

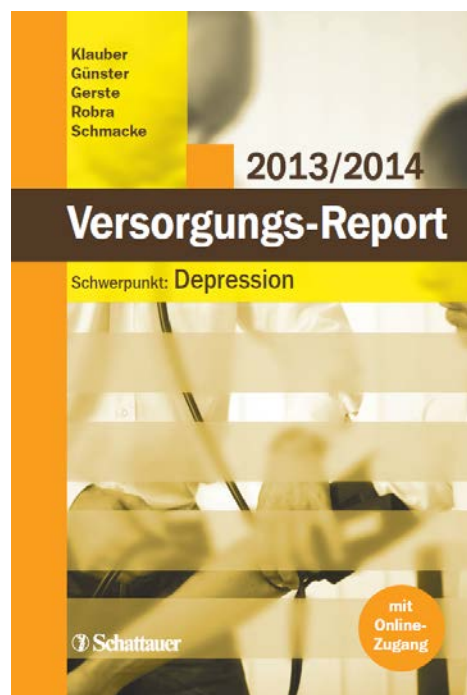
Versorgungs-Report 2013/2014

„Depression“

Jürgen Klauber / Christian Günster /
Bettina Gerste / Bernt-Peter Robra /
Norbert Schmacke (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2014

Auszug Seite 55-75



3	Verbesserte Versorgungsorientierung am Beispiel Depression – Ergebnisse aus dem Pilotprojekt des Gemeinsamen Bundes- ausschusses (G-BA)	55
	<i>Barbara Pietsch, Martin Härter, Alexandra Nolting, Marc Nocon, Michael Kulig, Sabine Gruber, Alric Rütger, Ulrich Siering und Matthias Perleth</i>	
3.1	Hintergrund	56
3.2	Leitfragen und Konzept zur verbesserten Versorgungsorientierung.....	57
3.3	Methodisches Vorgehen	58
3.4	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	60
3.4.1	Häufigkeit von Depression.....	60
3.4.2	Diagnostik/Erkennen depressiver Störungen.....	61
3.4.3	Therapie.....	62
3.4.4	Prävention/Suizidprävention	63
3.4.5	Qualität der Versorgung	65
3.4.6	Versorgungsepidemiologie.....	66
3.5	Diskussion der Analyse der Versorgungssituation	68
3.6	Identifikation von möglichen Handlungsfeldern.....	69
3.7	Beratung im G-BA und Regelungsmöglichkeiten	71
3.8	Schlussfolgerungen	72

3 **Verbesserte Versorgungsorientierung am Beispiel Depression – Ergebnisse aus dem Pilotprojekt des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)**

Barbara Pietsch, Martin Härter, Alexandra Nolting, Marc Nocon, Michael Kulig, Sabine Gruber, Alric Rütger, Ulrich Siering und Matthias Perleth

Abstract

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als wichtigster Akteur der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen hat sich im Jahr 2008 im Rahmen eines Pilotprojektes das Ziel gesetzt, neue versorgungsorientierte Wege zur umfassenden Analyse und Verbesserung der Patientenversorgung zu erproben. Beispielhaft wurde hierzu die Versorgung von Patienten mit Depression ausgewählt. Folgende zentrale Leitfragen standen im Mittelpunkt des Projektes: Welche Probleme bestehen in der Versorgung, wie können sie identifiziert und wie behoben werden?

Das methodische Vorgehen zur Beantwortung der Fragen umfasste u. a. eine systematische Literaturrecherche und -auswertung zur Beschreibung der tatsächlichen Versorgung in Deutschland, einen Abgleich mit hochwertigen Leitlinien zur Feststellung möglicher Differenzen zwischen Ist und Soll der Versorgung, die Untersuchung, in welchen seiner Bereiche der G-BA Regelungsmöglichkeiten hat, sowie die Formulierung von Handlungsempfehlungen zur Behebung ggf. identifizierter Versorgungsprobleme.

Die Ergebnisse des Pilotprojektes zeigten u. a. folgende Verbesserungspotenziale: Probleme beim Erkennen von depressiven Störungen sowie der leitliniengerechten Diagnosestellung und Klassifizierung einer Depression in der ambulanten Versorgung; Probleme bei der Anwendung von leitlinienkonformen therapeutische Strategien in Abhängigkeit vom Schweregrad der Depression; Probleme an den Schnittstellen zwischen haus-, fachärztlicher und stationärer Versorgung sowie Probleme im Angebot psychotherapeutischen Versorgung durch großer Unterschiede in der regionalen Verteilung. Die Gremien des G-BA befassten sich mit den Ergebnissen, konkrete Handlungsempfehlungen wurden aus verschiedenen Gründen jedoch nicht formuliert und weitere Schritte zur Behebung der Defizite wurden nicht eingeleitet.

Die Erfahrungen mit der neuen versorgungsorientierten Vorgehensweise des G-BA, die im Pilotprojekt umgesetzt wurden, können insgesamt als positiv eingeschätzt werden. Ein innovativer Weg konnte erprobt und die Machbarkeit aufgezeigt werden. Eine Übertragung des Vorgehens auf andere Erkrankungen erscheint möglich.

In 2008, the Federal Joint Committee (G-BA), the highest decision-making body in German statutory health care, implemented a pilot project to investigate a new approach for the comprehensive analysis and improvement of patient care. The project examined the care of patients with depression. The project's key questions were: Which problems exist in the supply of care, how can they be identified and how can they be eliminated? The methods used in the project included a systematic literature search and evaluation to describe the actual situation of care in Germany, a comparison of the care routine with the guidelines to detect possible differences between actual and recommended care, an investigation of the G-BA's options to regulate the improvement of identified problems, and recommendations for addressing the problems discovered.

The results of the pilot project revealed room for in the care of patients with depression. This includes problems in the detection of depressive disorders in outpatient care, in the diagnosis and classification of depression in accordance with accepted guidelines, and in the application of appropriate, guideline-compliant therapeutic strategies depending on the severity of the depression. Furthermore, problems at the interface between outpatient care rendered by general practitioners or by specialists and inpatient care were identified as well as unequal supply and access to psychotherapeutic care due to regional variations. The G-BA discussed the results of the pilot project concerning depression care, however, for various reasons, practical recommendations for improvement did not follow and no further steps were taken to remedy the deficiencies.

Overall, the G-BA's experiences with the new approach for the comprehensive analysis and improvement of patient care can be assessed as positive. An innovative approach was successfully applied and its feasibility was demonstrated. A transfer of the approach to other diseases seems possible.

3.1 Hintergrund

Depressive Erkrankungen haben aufgrund ihrer Häufigkeit, ihrer Komplikationen und Folgen eine große klinische, gesundheitspolitische und gesundheitsökonomische Bedeutung (Robert Koch-Institut 2010). Nach der Studie „The Global Burden of Disease“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind unipolare Depressionen nach ischämischen Herzerkrankungen und zerebrovaskulären Erkrankungen der dritthäufigste Grund für durch Krankheit verlorene Lebensjahre in Europa. In Ländern mit höherem Einkommen verursachen Depressionen bereits eine höhere Krankheitslast als alle anderen Erkrankungen (WHO 2008). In Deutschland zählen depressive Störungen mit einer Lebenszeitprävalenz von 16 bis 20 Prozent zu den häufigsten Erkrankungen und Beratungsanlässen in der ärztlichen Versorgung (Jacobi et al. 2002; Wittchen et al. 2000).

Zahlreiche Initiativen auf europäischer Ebene haben sich zum Ziel gesetzt, die psychische Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern. So wurde auch in Deutschland im Rahmen der Initiative „gesundheitsziele.de“ das Thema „depressive Erkrankungen“ mit den Hauptzielen „Depressive Erkrankungen: Verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ aufgegriffen (Bermejo et al. 2009a). Die nationalen

und internationalen Aktivitäten unterstreichen die klinische, epidemiologische und gesundheitsökonomische Bedeutung der depressiven Erkrankungen. Zusätzlich weisen verschiedene Studien auf Versorgungsprobleme hin und machen auch dadurch auf das Thema Depression als Problem des Gesundheitssystems aufmerksam (RKI 2010). Die Erforschung der Behandlungsmöglichkeiten bei depressiven Erkrankungen hat in den vergangenen Jahren zwar deutliche Fortschritte gemacht, dennoch bestehen in allen Bereichen der Versorgung von Patienten mit Depression Optimierungspotenziale, insbesondere hinsichtlich einer abgestuften und vernetzten Versorgung zwischen haus-, fachärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung sowie der Indikationsstellung für ambulante und stationäre Behandlungsmaßnahmen und deren Abstimmung (DGGPN et al. 2009). Unter anderem zur Unterstützung dieser Optimierungspotenziale wurde die 2009 erschienene „S3-Leitlinie/ Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression“ (DGGPN et al. 2009)¹ mit evidenz- und konsensbasierten Empfehlungen erarbeitet. Die Leitlinie umfasst Empfehlungen in den Bereichen adäquates und rechtzeitiges Erkennen depressiver Störungen, zur evidenzbasierten Diagnostik und Therapie sowie zu einer abgestuften und vernetzten beziehungsweise sektorenübergreifenden Versorgung (Härter et al. 2010).

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als wichtigster Akteur der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen hat sich ebenfalls der Herausforderung gestellt, im Rahmen eines Pilotprojektes Wege zur Verbesserung der Versorgung von Patienten (hier: von Patienten mit Depression) zu erproben, und zwar auf der Basis einer für den G-BA neuen Herangehensweise. Im Dezember 2008 wurde ein Konzept für ein „Verfahren zur versorgungsorientierten Koordination und Zusammenarbeit der Beratungen im G-BA“ beschlossen. Ziel war es, die bisherige Arbeitsweise des Gemeinsamen Bundesausschusses durch eine stärkere Orientierung an umfassenden Versorgungskonzepten allgemein und beispielhaft im Hinblick auf die Erkrankung Depression weiterzuentwickeln. Zwei Ziele sollten daher mit dem Pilotprojekt erreicht werden: die Erprobung einer neuen, generell einsetzbaren, versorgungsorientierten und gremienübergreifenden Herangehensweise des G-BA einerseits und die konkrete Umsetzung dieser Herangehensweise am Beispiel der Erkrankung Depression andererseits.

3.2 Leitfragen und Konzept zur verbesserten Versorgungsorientierung

Folgende zentrale Leitfragen waren für das Konzept – sowohl in allgemeiner wie in spezieller Hinsicht (Beispiel Depression) – von zentraler Bedeutung:

- Welche Verbesserungspotenziale bestehen in der Versorgung und wie können sie identifiziert werden?
- Wie können ggf. identifizierte Versorgungsprobleme behoben werden?

¹ Im Folgenden verkürzt als S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ bezeichnet.

Die Beantwortung dieser Fragen erfolgte systematisch in fünf Arbeitsschritten:

- Untersuchung und Strukturierung der Informationen zur ausgewählten Erkrankung in die Versorgungsbereiche Früherkennung und Prävention, Diagnostik, Therapie, ggf. Rehabilitation
- Analyse der realen Versorgungssituation (Ist-Situation) in Deutschland
- (Beide Schritte basieren auf den Ergebnissen einer systematischen, evidenzbasierten Leitlinien- und Literaturrecherche sowie der Einbeziehung von Expertenwissen.)
- Vergleich zwischen auf Leitlinien beruhender und tatsächlicher Versorgung (Soll-Ist-Vergleich) mit Hinweisen auf Verbesserungspotenziale
- Untersuchung, ob Teilaspekte der ausgewählten Erkrankung und Versorgungsfragen bereits im G-BA beraten werden und welche Regelungsmöglichkeiten ggf. bestehen
- Formulierung von Handlungsempfehlungen zur Behebung ggf. identifizierter Versorgungsprobleme

Der G-BA verabschiedete im April 2010 das oben beschriebene Konzept für einen versorgungsorientierten Ansatz und beauftragte eine Arbeitsgruppe mit der Durchführung eines Pilotprojekts für die Erkrankung Depression bis Ende 2010. Im Februar 2011 hat der G-BA die Ergebnisse des Pilotprojekts vorgestellt und veröffentlicht (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011).

3.3 Methodisches Vorgehen

Zur Strukturierung der Informationen zur Erkrankung Depression wurde im ersten methodischen Schritt zunächst eine Übersicht zu relevanten Aspekten erstellt: epidemiologische, medizinische und gesellschaftspolitische Relevanz der Depression, Krankheitsformen, differentialdiagnostische Klassifikation depressiver Störungen, Schweregrade, Ursachen und Risikofaktoren, Diagnostik und ihre Instrumente, medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapien, primäre und sekundäre Prävention sowie lokale und regionale Versorgungsangebote und Versorgungsstrukturen.

Die Durchsicht von evidenzbasierten Leitlinien sowie der vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erstellten Leitliniensynopse (IQWiG 2009), ergänzende Recherchen und eine Expertenkonsultation haben maßgeblich zur Strukturierung der Versorgungsbereiche wie Primär- und Sekundärprävention, Diagnostik, Akut- und Langzeitversorgung, Rehabilitation sowie Pflege beigetragen (vgl. Tabelle 3–1).

Als Basis der Analyse der Versorgungssituation wurde eine systematische Literaturrecherche in allen thematisch relevanten Datenbanken im Zeitraum 01/2000 bis 05/2010 durchgeführt. Die Recherche wurde auf *Major Depression* und *Unipolare Depression* sowie gezielt auf den deutschen Versorgungskontext – ohne sprachliche Eingrenzung – eingeschränkt. Weitere Kriterien wie Aspekte zu Über-, Unter-, Fehlversorgung, zu Diagnostik und Therapien sowie zu epidemiologischen Angaben wurden nicht in der Recherche spezifiziert, sondern als Filterkriterien bei der Auswahl der Literatur eingesetzt.

Tabelle 3–1

Strukturierung der Thematik „Depression“ in Versorgungsbereiche

Versorgungsbereich/-kette	Versorgungsaspekte
Primärprävention/Gesundheitsförderung	Erfassung von Risikofaktoren und Risikogruppen
Screening/Sekundärprävention	Früherkennung von Depression (z. B. bei chronisch Kranken, bei Demenzkranken, Depression in der Anamnese) Screening-Instrumente Maßnahmen zur Verhinderung von Suiziden
Diagnose/Indikationsstellung	Diagnose-Instrumente Kriterien für Zu-/Überweisung (Facharzt, Psychotherapeut, Krankenhaus) Einschätzung der Suizidgefahr
Akuttherapie	Medikamentöse Therapie (z. B. Antidepressiva) Nicht-medikamentöse Therapie (z. B. Psychotherapie, Wachtherapie, Lichttherapie, körperliches Training) Kombinationstherapie (medikamentös und nicht-medikamentös)
Versorgung bei akuter Verschlechterung/Notfallversorgung	Medikamentöse Suizidprävention Nicht-medikamentöse Therapie (z. B. Psychotherapie, Wachtherapie, Lichttherapie, körperliches Training) Verhinderung eines chronischen Krankheitsverlaufs Kombinationstherapie (medikamentös und nicht-medikamentös) Krisenintervention
Langzeitversorgung	Erhaltungstherapie (Vermeidung von Rückfällen) Suizidprävention (Nachsorge)
Rehabilitation	Rehabilitationsmaßnahmen bei (drohendem) Arbeitsplatzverlust und sozialer Isolation
Pflege	Depression als Komorbidität bei Pflegebedürftigen
Versorgungsstruktur	Verfügbarkeit und Qualifikation von Hausärzten und Psychotherapeuten Vernetzung der Leistungserbringer Dokumentation der Langzeitbehandlung Qualitätsmanagement/Qualitätsindikatoren Telefonisches Fallmanagement

Versorgungs-Report 2013/2014

WidO

Darüber hinaus wurden weitere Informationen in der Analyse berücksichtigt, z. B. statistische Auswertungen von Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) sowie klinische, epidemiologische und versorgungsforschende Expertise.

Die relevanten Literatur wurde in einem zweistufigen Prozess (erste Stufe: Einschluss der potenziell relevanten Publikation aufgrund der Informationen im Abstract, zweite Stufe: Einschluss aufgrund der Informationen im Volltext) nach dem Vieraugenprinzip ausgewählt, anschließend wurden die ausgewählten Publikationen nach den Kategorien Epidemiologie, Diagnostik und Screening, Therapie, Prävention und Suizidprävention, Qualität, Versorgungsepidemiologie und Gesundheitsökonomie klassifiziert. Die Kerninformationen der ausgewählten Publikationen wurden mithilfe strukturierter Tabellen (Datenextraktionstabellen) nach Kriterien wie Studienaufbau, einbezogene (Patienten-)Gruppen, Behandlungsmaßnahme

(Intervention) und Kontrolle sowie Studienergebnisse von erfahrenen Methodikern extrahiert, zusammenfassend ausgewertet und hinsichtlich methodischer Qualität und Aussagekraft bewertet.

Von insgesamt 2.055 zunächst identifizierten Publikationen wurden am Ende des Auswahl- und Bewertungsprozesses 94 Publikationen in die Analyse eingeschlossen und ausgewertet. In den folgenden Abschnitten wird die Analyse zur Versorgungssituation in den Unterkapiteln „Häufigkeit von Depression“, „Diagnostik/Erkennung depressiver Störungen“, „Therapie“, „Prävention/Suizidprävention“, „Qualität der Versorgung“ sowie „Versorgungsepidemiologie“ zusammengefasst. (Alle eingeschlossenen Publikationen sowie sämtliche Informationen zum Pilotprojekt sind umfassend dem Abschlussbericht des G-BA zu entnehmen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011)).

3.4 Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation

3.4.1 Häufigkeit von Depression

Die ausgewerteten epidemiologischen Studien zum Thema „Häufigkeit von Depression“ zeigen teilweise deutlich abweichende Schätzungen zur Prävalenz depressiver Störungen in Deutschland. So reichen die Schätzungen zur Prävalenz depressiver Störungen bei Erwachsenen in Deutschland innerhalb von zwölf Monaten von 3,0% bis 10,9% (Friemel et al. 2005: 3%; RKI 2010: 6,3%; Jacobi et al. 2004: 10,7%; Ellert et al. 2006: 10,9%).

Die Angaben zu Zwölf-Monats-Prävalenzen auf der Basis von Versorgungsdaten von gesetzlichen Krankenkassen zu depressiven Störungen bei erwerbstätig Versicherten schwanken zwischen 7,2% (Techniker Krankenkasse 2008, mit Daten aus dem Jahr 2006) und 8,4% (Deutsche Angestellten Krankenkasse 2005, mit Daten aus dem Jahr 2004 und Gmünder Ersatzkasse 2008, mit Daten aus dem Jahr 2007).

Die Schätzungen zur Punktprävalenz von depressiven Störungen bei Kindern, Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen aus epidemiologischen Studien reichen von 1,3% bis 10,9% (Andrade et al. 2003: 1,3%; Nützel et al. 2005: 8,6%; Bettge et al. 2008: 10,9%). Bei älteren Populationen schwanken die Punktprävalenzen zwischen 5,3% (Helmchen et al. 1996, Personen ab 70 Jahre) und 18,5% (Castro-Costa et al. 2007, Personen ab 50 Jahre).

Mögliche Gründe für die Heterogenität der Prävalenz-Angaben können in den Unterschieden hinsichtlich der untersuchten Populationen, der eingesetzten Messinstrumente, der erfassten Schweregrade, der zugrunde liegenden Klassifizierung (ICD oder DSM), der Referenzzeiträume (Punkt-, Jahres-, Lebenszeit-Prävalenzen) sowie der gewählten Studienansätze und Datenquellen liegen. Diese Unterschiede erschweren die Beurteilung der Validität und die Vergleichbarkeit der Ergebnisse.

In fast allen oben angeführten Erhebungen waren Frauen häufiger von depressiven Störungen betroffen als Männer.

Aussagen hinsichtlich einer oft diskutierten Zunahme von Depressionen in den vergangenen Jahrzehnten lassen sich aufgrund der Studienlage nicht zuverlässig-

sig treffen. Hierzu wären Studien notwendig, in denen Patienten über viele Jahre hinweg beobachtet werden (Längsschnittstudien), oder wiederholte, methodisch vergleichbare Querschnittsstudien. Solche Untersuchungen sind derzeit nicht vorhanden. Die vorliegenden Querschnittsstudien aus den Jahren 1991 bis 2009 lassen keine Zunahme von Depressionen erkennen. Sie sind aber aufgrund des Studiendesigns sowie unterschiedlicher (Patienten-)Gruppen und Messmethoden nur sehr eingeschränkt im Hinblick auf zeitliche Trends zu interpretieren. Im Rahmen des Deutschen Gesundheitssurveys (DEGS) sind auf der Basis von zum Teil längsschnittlichen Studiendesigns neuere Erkenntnisse zu erwarten (Kurth 2009), die voraussichtlich Mitte 2013 publiziert werden.²

3.4.2 Diagnostik/Erkennen depressiver Störungen

Die Einteilung der Depression in leichte, mittelgradige und schwere Depression beruht in der S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ im Wesentlichen auf dem Schema des ICD-10. Das neben dem ICD-10 gebräuchlichste Klassifikationssystem ist das DSM-IV. ICD-10 und DSM-IV unterscheiden sich vor allem hinsichtlich der Einteilung des Schweregrads der Depression. Eine leichte depressive Episode nach ICD-10 fiel nach DSM-IV noch unter die so genannte unterschwellige („sub-threshold“) Depression.

Die Diagnosestellung auf der Basis von ICD-10- oder DMS-IV-Klassifikation wird von mehreren Leitlinien empfohlen. So ist der Leitlinien-Synopse des IQWiG (2009), in der sieben evidenzbasierte, nach 2004 publizierte deutsch- und englischsprachige Leitlinien zu depressiven Störungen ausgewertet wurden, zu entnehmen, dass vier dieser Leitlinien eine Diagnosestellung gemäß ICD-10 oder DMS-IV empfehlen, drei der sieben Leitlinien machen keine expliziten Angaben zur Diagnostik.³

Ein systematisches Screening aller Patienten auf depressive Störungen mit entsprechenden Fragebögen ist nach der S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ nicht zu empfehlen. Dennoch soll das Vorliegen einer depressiven Störung „aktiv exploriert“ werden. Empfohlen (Empfehlungsgrad B) wird ein opportunistisches Screening von Hochrisikogruppen (z. B. frühere depressive Störungen, depressive Störungen in der Familie, frühere Suizidversuche, andauernde somatische Beschwerden). Zum Erkennen von möglichen depressiven Störungen stehen schnell einsetz- und auswertbare Instrumente für die Praxis zur Verfügung, z. B. der so genannte „Zwei-Fragen-Test“⁴, der mit einer Sensitivität von 96 % und einer Spezifität von 57 % ein zeitökonomisches Vorgehen darstellt (S3-Leitlinie „Unipolare Depressi-

2 www.degs-studie.de

3 ICD-10/ DSM-IV werden empfohlen von: Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), New Zealand Guideline Group (NZGG).

Keine Angaben machen: American College of Physicians (ACP), Canadian Psychiatric Association (CPA), Canadian Task Force (CTF).

4 Die beiden Fragen lauten: „Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos?“ und „Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?“

on“). Bei Hinweisen auf depressive Symptome oder auffällige Testwerte sollte sich eine weitere ausführliche Diagnostik anschließen.

Mehreren Studien ist zu entnehmen, dass 40% bis 75% der Patienten mit depressiven Störungen in der hausärztlichen Versorgung entsprechend diagnostiziert werden (Wittchen et al. 2001 und 2002; Bermejo et al. 2005; Löwe et al. 2004; Sielk et al. 2009). 12 bis 18% der Patienten werden als an einer depressiven Störung leidend diagnostiziert, obwohl keine Depression vorliegt. Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse wird erschwert durch die methodische Heterogenität der Studien: Es wurden unterschiedliche Populationen untersucht, verschiedene Messinstrumente eingesetzt und die Klassifikation erfolgte teils nach ICD-10, teils nach DSM-IV. Eine wichtige Limitation aller Studien mit Ausnahme der Arbeit von Löwe et al. (2004) ist, dass Screening-Fragebögen eingesetzt wurden und nicht das ausführlichere klinische Interview als Goldstandard zur Depressions-Diagnose.

Drei der fünf Studien sind Angaben zu entnehmen, wie häufig depressive Störungen von den behandelnden Ärzten diagnostiziert werden (Wittchen et al. 2001; Bermejo et al. 2005; Sielk et al. 2009). Diese Häufigkeiten liegen in allen drei Studien über den mit dem jeweiligen Fragebogen erfassten Häufigkeiten, d. h. die Untererkennung depressiver Störungen liegt ggf. nicht an einer generellen Zurückhaltung bei der Vergabe der Diagnose Depression, sondern daran, dass die Ärzte andere Patienten als depressiv einstufen als die Einstufung durch die Fragebögen nahelegen würde. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte sein, dass die Ärzte soziale oder biografische Informationen berücksichtigen, die in den Fragebögen nicht abgebildet werden. Es gibt zudem Hinweise, dass das Erkennen depressiver Störungen sowohl mit Patientenmerkmalen (Alter, Geschlecht, Vorerkrankungen) als auch mit Arztmerkmalen (Alter, Fortbildungen zu Depression) assoziiert ist (Wittchen et al. 2001 und 2002).

Zusammenfassend ergeben sich aus den Studien Hinweise, dass wahrscheinlich depressive Störungen bei zahlreichen Patienten beim Hausarzt nicht erkannt und teilweise auch nicht ausreichend korrekt diagnostiziert werden. Zudem liegen Hinweise vor, dass depressive Störungen insbesondere bei Allgemeinärzten und Internisten nicht nach Schweregrad, sondern in ca. 80% bis 90% der Fälle als unspezifische oder sonstige depressive Störungen kategorisiert werden. Der Anteil unspezifischer Diagnosen ist im fachärztlichen Bereich deutlich niedriger (vgl. Auswertungen aus dem ZI-ADT-Panel (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011)).

3.4.3 Therapie

Die Wahl von geeigneten therapeutischen Alternativen richtet sich nach klinischen Faktoren (Symptomschwere, Erkrankungsverlauf) sowie nach der Patientenpräferenz. In Anlehnung an die Empfehlungen der S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ lassen sich für die Akutbehandlung depressiver Störungen mit unterschiedlichem Schweregrad die Therapiegrundsätze im Hinblick auf medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung wie in Tabelle 3–2 dargestellt kurz zusammenfassen.

Vor diesem allgemeinen Hintergrund zu „empfohlenen“ therapeutischen Strategien spiegeln die im Rahmen der Literaturrecherche identifizierten Publikationen zur therapeutischen Versorgungssituation eine heterogene Datenlage wider. Von den insgesamt 17 ausgewerteten Publikationen befassten sich sechs mit der Arzneimit-

Tabelle 3–2

Schweregrade der Depression und ihre Behandlung

Schwere der depressiven Störung	Behandlung
Leichte Depression	Psychotherapie (Empfehlungsgrad A) ODER Pharmakotherapie: Antidepressiva sollten nicht generell zur Erstbehandlung eingesetzt werden, ggf. unter besonders kritischer Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses (Empfehlungsgrad B)
Mittelgradige Depression	Psychotherapie (Empfehlungsgrad A) ODER Pharmakotherapie: Angebot einer medikamentösen Therapie mit einem Antidepressivum (Empfehlungsgrad A)
Schwere Depression	Psychotherapie UND Pharmakotherapie: Angebot einer Kombinationsbehandlung aus medikamentöser Therapie und Psychotherapie (Empfehlungsgrad A)

Versorgungs-Report 2013/2014

Wido

telversorgung (Alonso et al. 2004; Bauer et al. 2008; Berner et al. 2008; Demyttenaere et al. 2008; Müller-Oerlinghausen et al. 2003; Thiels et al. 2005), die übrigen Publikationen mit anderen Therapie- und Versorgungsformen. Im Folgenden wird nur zusammenfassend über die Studienergebnisse referiert, bzgl. detaillierter Informationen wird auf den Abschlussbericht des G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011) verwiesen.

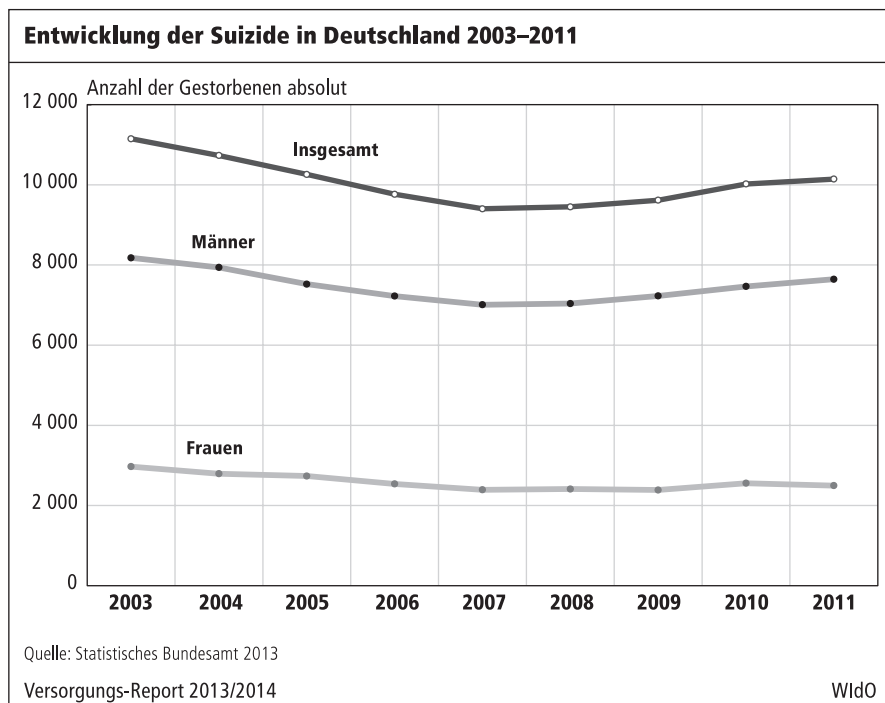
Zur Arzneimittelversorgung wurden neben den erwähnten Studien auch Informationen aus dem Arzneiverordnungs-Report 2008 und dem Report „State of Mental Health in the European Union“ (2004)⁵ herangezogen. Im europäischen Vergleich wurden in Deutschland im Jahr 2000 weniger Psychopharmaka eingenommen als im Durchschnitt der untersuchten Länder. Die Gesamtmenge der verordneten Antidepressiva hat sich allerdings in der letzten Dekade mehr als verdoppelt und es lässt sich eine Verschiebung bei den Arzneimitteln von trizyklischen Antidepressiva zu SSRI beobachten. In Leitlinien werden SSRI eine bessere Verträglichkeit bescheinigt, was ein Erklärungsansatz für diese Beobachtung sein könnte. SSRI wurden zudem häufiger von Psychiatern als von Hausärzten verordnet, die wiederum häufiger Männer als Frauen behandelten. Insgesamt fanden sich in den Publikationen Hinweise auf unterschiedliche Problembereiche, z. B. Therapieadhärenz und Psychotherapie als Determinanten des Behandlungserfolgs in der Krankenhausversorgung, Überversorgung mit Arzneimitteln bei leichten Depressionen, Unternutzung von Lithiumprophylaxe sowie Unterversorgung mit Psychotherapie und medikamentöser Therapie bei schwerer Depression.

3.4.4 Prävention/Suizidprävention

Zu Fragen der Prävention/Suizidprävention wurden sieben Publikationen ausgewertet, von denen sich vier auf Präventionsansätze in der Schule (Groen et al. 2003; Pössel et al. 2003; Pössel et al. 2004; Pössel et al. 2006), zwei auf eine bevölke-

5 Quelle: http://www.euphix.org/object_document/o5840n27170.html

Abbildung 3–1



rungsbezogene Kampagne (Althaus et al. 2003 und 2007) und eine auf medikamentöse Suizidprävention (Müller-Oerlinghausen et al. 2003) bezogen.

Aus den vorliegenden Publikationen zu den genannten Themenbereichen lassen sich aus methodischen Gründen kaum belastbare Aussagen zu Versorgungsproblemen in Bezug auf das Thema Prävention ableiten. Die ausgewerteten Studien können dennoch einige Hinweise dafür liefern, dass präventive Ansätze bereits in der Schule möglich sind. Es wurde z. B. untersucht, ob ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Präventionsprogramm die Risikofaktoren für die Entstehung einer Depression im Jugendalter reduziert mit dem Ergebnis, dass in der Interventionsgruppe (Präventionsprogramm) nach sechs Monaten weniger oft über depressive Symptome berichtet wurde und in der Kontrollgruppe keine Veränderungen festzustellen waren (Pössel et al. 2004).

Zum Thema Suizidprävention wird in der Studie von Müller-Oerlinghausen et al. 2003 berichtet, dass durch Lithiumgabe ca. 250 Suizide pro Jahr in Deutschland verhindert werden könnten. Diese Zahl geht auf eine 2001 von Ahrens und Müller-Oerlinghausen (2001) publizierte Berechnung zurück. Diese Modellberechnungen beruhen auf zahlreichen Annahmen sowie einer kleinen Stichprobe, sodass diese Angaben vorsichtig interpretiert werden müssen.

In der Literatur zeigten sich keine Hinweise dafür, dass depressionsbedingte Suizide in den vergangenen Jahren zugenommen haben. Insgesamt scheinen Suizide (allerdings ohne weitere Differenzierung nach Ursachen) in Deutschland sowohl bei Männern als auch bei Frauen eher abzunehmen bzw. bei Männern wieder leicht

anzusteigen (vgl. Abbildung 3–1), wobei auch von einer sich nicht in der Statistik widerspiegelnden Dunkelziffer ausgegangen werden kann. Inwieweit Initiativen zur Prävention von Suiziden – wie das regionale Projekt „Nürnberger Bündnis gegen Depressionen“ (vgl. Evaluationsstudien von Althaus et al. 2003 und 2007) auf Bevölkerungsebene, bei dem Ärzte geschult, die Öffentlichkeit informiert, Netzwerke gebildet sowie Betroffene und Angehörige in Krisensituationen unterstützt werden – zum Rückgang von Suiziden und Suizidversuchen beigetragen haben, lässt sich aus den vorliegenden Daten nicht ermitteln.

3.4.5 Qualität der Versorgung

Zum Thema „Qualität der Versorgung“ wurden insgesamt zwölf Studien ausgewertet, denen Hinweise sowohl auf gute Qualität als auch auf mögliche Verbesserungspotenziale (einschließlich Lösungsvorschläge) bei der Versorgung von Patienten mit Depression zu entnehmen sind. Fünf der Publikationen basieren auf Daten aus Modellprojekten zur stationären einrichtungsübergreifenden („extern vergleichenden“) Qualitätssicherung der Depressionsbehandlung. Im Rahmen eines dieser Modellprojekte, dem Pilotprojekt „Qualitätssicherung der stationären Depressionsbehandlung in der klinischen Psychiatrie Baden-Württemberg“, wurden insbesondere über Prozess- und Ergebnisparameter von über 3 000 Patienten aus 24 Krankenhäusern aus den Jahren 1998 bis 2000 berichtet (Härter et al. 2004). Auf der Basis der systematisch erhobenen Daten wird differenziert die Versorgung stationärer depressiver Patienten beschrieben. Neben den Diagnose-Häufigkeiten (z. B. 40 % unipolare Depression [F32.xx], 35 % rezidivierende depressive Störung [F33.xx]) und Schweregraden (82 % schwer erkrankt) wurden im Sinne von Prozess-Parametern die Behandlungsformen quantifiziert (z. B. 94 % Antidepressiva, unterschiedliche Psychotherapien in Art und Häufigkeit, 35 % nur Monotherapie). Im Ergebnis verbesserte sich bei 83 % der Patienten die Symptomatik (50 % Vollremission, 33 % Teilremission). 90 % der Patienten beurteilten ihre Behandlung mit hoher Zufriedenheit. Die Autoren weisen auf die Notwendigkeit einer post-stationären sektorenübergreifenden Betrachtung von Langzeitergebnissen hin, z. B. hinsichtlich Transfer und Nachhaltigkeit der stationär erzielten guten Ergebnisse in den Alltag, Wiederaufnahmen, Einbeziehung der Hausärzte für die ambulante Nachbetreuung, Früherkennung von Rückfällen.

Ebenfalls auf der Basis eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungs-Ansatzes untersuchten Schneider et al. (2005) in zehn psychiatrischen Kliniken in Deutschland die Adhärenz zu Behandlungsleitlinien sowie die Ergebnisqualität bei 1 202 depressiven Patienten (Zeitraum: 12/2001 bis 02/2003). Die Versorgung wird insgesamt als gut eingeschätzt, dennoch wird auf Verbesserungspotenziale im Hinblick auf eine leitliniengerechte Versorgung hingewiesen, insbesondere z. B. bei der Dosierung der trizyklischen Antidepressiva, der Reduktion von Benzodiazepinen, der Steigerung elektrokonvulsiver Therapie und interpersoneller Therapie. Die Autoren weisen explizit darauf hin, dass ein positiver Outcome (Response) mit einer leitliniengerechten Versorgung assoziiert ist. Darüber hinaus wird das Benchmarking der beteiligten Kliniken anhand von Prozess- und Ergebnisparametern als positive Möglichkeit eingeschätzt, um die Qualität mithilfe interner Qualitätsmanagement-Tools zu verbessern.

Weitere Studien mit zum Teil heterogener Aussagekraft fokussieren auf verschiedene Themen mit Bezug zu leitlinienorientierter Versorgung. Eine Befragungsstudie bei 180 Hausärzten mit relativ geringer Rücklaufquote von 18 % und regional begrenztem Bezug (Südbaden) ergab dennoch relevante Hinweise zu Erfahrungen von Hausärzten zur Versorgung von Patienten mit depressiven Störungen, u. a. zum eigenen Fortbildungsbedarf insbesondere im Umgang mit Suizidalität und medikamentöser Akutbehandlung (Bermejo et al. 2002).

Die Ergebnisse der Studien im Bereich „Qualität der Versorgung“ geben Hinweise darauf, dass die Anwendung evidenzbasierter und versorgungsorientierter Leitlinien eine Möglichkeit darstellt, Verbesserungspotenziale hinsichtlich Prozess- und Ergebnisqualität durch entsprechende Maßnahmen zu realisieren. Vorschläge für Qualitätsindikatoren zur Messung einer leitlinienkonformen Versorgungsqualität liegen im Rahmen der S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ (zu Symptomatik und Diagnosestellung gemäß ICD-10, Behandlungsziele und Einbezug von Patienten und Angehörigen, Pharmakotherapie, Maßnahmen bei Nichtansprechen, Psychotherapie, Nicht-medikamentöse somatische Therapieverfahren, Management bei Suizidgefahr) sowie aus dem AQUIK-Projekt (Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen) der KBV (2010) vor. Hinweise auf Implementationsstrategien von Leitlinien einschließlich flankierender Maßnahmen, Umsetzung entsprechender Fortbildungsangebote für Ärzte sowie verbesserte Kommunikations- und Einbindungsstrategien für die Patienten runden das Bild der Verbesserungsmöglichkeiten ab.

3.4.6 Versorgungsepidemiologie







Insgesamt zeigte sich auf der Basis der ausgewerteten – auch hinsichtlich Methodik, Qualität und Aussagekraft heterogenen – Publikationen bzw. Statistiken ein lückenhaftes Bild der Versorgungssituation von an Depression erkrankten Personen.

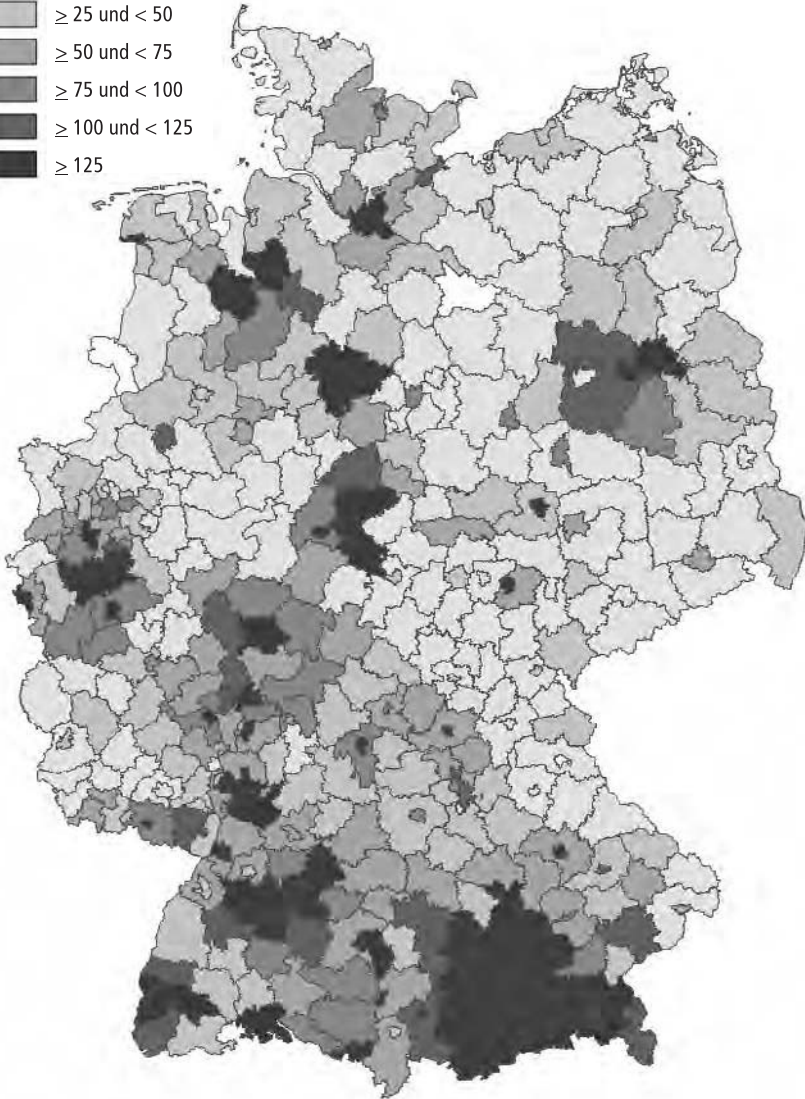
Zum Aspekt „räumliche Verteilung“ der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, die für die jeweiligen Psychotherapie-Richtlinienverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie) zugelassen sind, wurden u. a. die statistischen Auswertungen der Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) herangezogen (Gemeinsamer Bundeausschuss 2011, Anhang d.). Die Auswertungen zeigten u. a., dass deutschlandweit von einer Ungleichverteilung sowohl der ärztlichen als auch der psychologischen Psychotherapeuten auszugehen ist – während in bestimmten Landkreisen nur wenige Psychotherapeuten zur Verfügung stehen, ist deren Dichte in anderen Landkreisen deutlich höher. Die räumliche Verteilung der unterschiedlichen Behandlungsverfahren erwies sich ebenfalls als ungleich, was auch hier wiederum mit der Dichte der entsprechend zugelassenen Leistungserbringer zusammenhängt. Abbildung 3–2 zeigt beispielhaft die kartografische Verteilung der psychoanalytisch behandelten depressiven Patienten bzw. Fälle pro 100 000 Einwohner in Deutschland. Weitere regionale Unterschiede zeigen sich bei der Verteilung der Verhaltenstherapie sowie der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (Kurz- und Langzeittherapie). Insgesamt weisen die Daten auf ein Stadt-Land- sowie ein Ost-West-Gefälle und zusätzlich auf eine angebotsinduzierte Leistungserbringung hin.

Abbildung 3-2

Kartographische Darstellung der Anzahl Fälle pro 100.000 Einwohner im Hinblick auf das Behandlungsverfahren analytische Psychotherapie bei Depression

Fälle je 100.000 Einwohner (alters- und geschlechtsstandardisiert)

-  < 25
-  ≥ 25 und < 50
-  ≥ 50 und < 75
-  ≥ 75 und < 100
-  ≥ 100 und < 125
-  ≥ 125



Datengrundlage: KBV

Geometrische Grundlage: Kreise und kreisfreie Städte; © Microm 2013, 2013 DDS GmbH

Versorgungs-Report 2013/2014

WIdO

Auswertungen von Krankenkassen- und Abrechnungsdaten weisen ebenfalls darauf hin, dass die Art der Psychotherapie (Psychoanalyse, Verhaltenstherapie) bei Depression vom Standort abhängt (Ballast 2010). Auswertungen von Daten der KV Bayern (Lüders 2007) weisen auf eine bevorzugte Ansiedlung von Psychotherapeuten in Ballungsräumen bei gleichzeitiger Überkapazität hin, mit dem Ergebnis, dass die Patienten weitere Anfahrtswege haben. Zudem zeigen die Auswertungen der KBV deutlichere regionale Häufungen von tiefenpsychologischen sowie verhaltenstherapeutischen Kurzzeittherapien (überwiegend in den alten Bundesländern) im Vergleich zu Langzeittherapien (Gemeinsamer Bundeaussschuss 2011, Anhang d.).

Hinweise auf eine psychotherapeutische oder psychopharmakologische Unterversorgung finden sich bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen in Heimen (Nützel et al. 2005). Ebenfalls gibt es Hinweise auf eine mögliche medikamentöse Unterversorgung bei älteren Menschen mit depressiven Störungen (Riedel-Heller 2001).

3.5 Diskussion der Analyse der Versorgungssituation

Die oben dargelegten Ergebnisse aus der Analyse der Versorgungssituation lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Literaturrecherche ergab durch die Einschränkungen auf *Unipolare* und *Major Depression*, auf die letzten zehn Jahre sowie auf den deutschen Versorgungskontext rund 2.000 Treffer. Ohne diese Einschränkungen wäre die Trefferzahl um den Faktor 50 höher gewesen, was im Rahmen des Modellprojekts nicht zu bewältigen gewesen wäre. Eine möglicherweise eingeschränkte Sensitivität, d. h. ein Verlust von ggf. relevanten Publikationen, wurde durch diese Einschränkungen in Kauf genommen. Im Ergebnis zeigte sich die Recherchestrategie jedoch als hinreichend sensitiv.
- Der zweistufige Auswahlprozess zum Einschluss der relevanten Publikationen erfolgte ebenfalls unter dem Aspekt, keine wichtigen Arbeiten zu übersehen. Andererseits musste durch die Einschränkung der Studien auf den geografischen Suchbegriff *Germany* von Verlusten durch unzureichend verschlagwortete Studien ausgegangen werden. Darüber hinaus erwies sich die vorab definierte Struktur der Thematik teilweise als schwierig bei der Auswahl und Kategorisierung der Studien (auch Studientypen), die in die Versorgungsanalyse einzuschließen bzw. auszuschließen waren (z. B. Studien zu (hier nicht relevanter) Nutzenbewertung). Diese Erfahrungen sind u. a. auch dem explorativen Ansatz im Rahmen des Modellprojektes zuzuschreiben. Für ggf. zukünftige Projekte wäre daher eine Optimierung der Recherchestrategie sowie der Studien-Auswahlkriterien anzustreben.
- Die insgesamt geringe Anzahl der untersuchten Versorgungsstudien war von unterschiedlichen Ansätzen, heterogener Qualität und Validität geprägt, sodass viele Aussagen nur als Hinweise bzw. Aufgreifkriterien für eine nähere Überprüfung betrachtet werden können.
- Die Versorgungsrealität konnte letztlich durch die Auswertung der Studien anhand der vorab strukturierten Versorgungskette (sicher auch in Ermangelung

entsprechender Versorgungsforschungsprojekte) nur lückenhaft abgebildet werden, sodass die Beschreibung der gesamten Versorgung unvollständig blieb. Für die Vervollständigung hilfreich ist die Nutzung von weiteren Datenquellen, z. B. administrativer Daten, von Expertenaussagen sowie die Einbeziehung von verfügbaren Krankenhaus- oder Mortalitätsstatistiken.

3.6 Identifikation von möglichen Handlungsfeldern

Nach der oben beschriebenen Analyse der „realen“ Versorgungssituation – mit allen ihren Limitationen – folgte im nächsten Arbeitsschritt der Vergleich der „tatsächlichen“ mit der auf Leitlinien beruhenden „empfohlenen“ Versorgung. Durch diesen Vergleich waren Hinweise auf Verbesserungspotenziale in den verschiedenen Versorgungsaspekten ableitbar und ggf. mögliche Handlungsfelder identifizierbar. Der Vergleich wurde durch eine Gegenüberstellung des „Soll“ mit dem „Ist“ der Versorgung vorgenommen.

Das „Soll“ – im Sinne einer leitlinienkonformen Versorgung – wurde aus den Kernaussagen und Empfehlungen der Leitliniensynopse des IQWiG (2009) sowie der S3 Leitlinie „Unipolare Depression“ abgeleitet. Das „Ist“ ergab sich aus der tatsächlich vorgefundenen Versorgung. Ergänzt wurde diese Gegenüberstellung um die Aussagen der in das Projekt eingebundenen Experten.

Aus der Gesamtschau der Unterschiede, die sich aus der Gegenüberstellung ergaben, ließen sich Hinweise auf Verbesserungspotenziale und mögliche Handlungsfelder in folgenden Bereichen ableiten:

Diagnostik:

- Der Anteil, zu dem Depressionen in der ambulanten Versorgung erkannt werden, erscheint verbesserungsbedürftig. Depressive Patienten werden möglicherweise nicht in ausreichendem Maße als solche eingeschätzt; problematisch ist, dass dies zu Nichtbehandlung der Depression sowie zu Fehldiagnosen führen kann. Um das Krankheitsbild exakt bestimmen zu können, stehen valide Instrumente wie Screening, klinische Diagnose oder Klassifikationen zur Verfügung.
- Die Klassifikation der Diagnose Depression erfolgt bei Allgemeinärzten und Internisten mehrheitlich (zu ca. 80 Prozent) nicht nach Schweregraden, sondern unspezifisch. Das kann problematisch sein, da die Leitlinienempfehlungen zur Behandlung der Depression je nach Schweregrad unterschiedlich sind.

Therapie:

- Im Bereich Arzneimitteltherapie gibt es Hinweise auf Verbesserungspotenziale im Hinblick auf leitlinienkonforme Strategien. Dazu gehört etwa der adäquate Einsatz von Antidepressiva in Abhängigkeit vom Schweregrad der jeweiligen Depression.
- Die leitlinienkonforme Anwendung der Psychotherapie – abhängig von Schweregrad und der Kombination mit Antidepressiva – scheint verbesserungsfähig. Hier besteht möglicherweise gleichzeitig Unter- und Überversorgung. Problematisch kann auch der Zugang zur Psychotherapie sein (Stichwort: lange Wartezeiten).

- Es gibt Hinweise auf eine therapeutische Unterversorgung bei Kindern und Jugendlichen in Heimen sowie bei älteren Menschen (Alleinlebende, Heimbewohner).
- Qualitätssicherungsprojekte in psychiatrischen Kliniken oder Fachabteilungen beschreiben eine insgesamt gute stationäre Versorgung. Auch hier gibt es jedoch Hinweise auf Verbesserungspotenziale bei der Leitlinienkonformität der Behandlung, da diese mit hoher Ergebnisqualität assoziiert erscheint.

Ärztliche Fortbildung:

- Es gibt Hinweise auf Fortbildungsbedarf für Haus-, aber auch für Fachärzte im Hinblick auf Diagnostik, Therapie (speziell: medikamentöse Akutbehandlung), Kombinationstherapie, Rückfallprophylaxe, Umgang mit Suizidneigung, Suizidprävention sowie zur leitlinienkonformen Versorgung bei Patienten mit depressiven Störungen.

Einbeziehung der Patienten:

- Es erscheint wünschenswert, die Patienten über die Erkrankung zu informieren und unter Berücksichtigung persönlicher Präferenzen (wie etwa für Phytotherapeutika wie Johanniskraut) aktiv in die Behandlung einzubeziehen, da beides zur Akzeptanz von Diagnose und Therapie sowie zu positiven Therapieergebnissen beiträgt.

Prävention:

- Hinweise aus Studien zeigen, dass Präventionsprogramme bereits in Schulen möglich und auf regionaler Ebene praktikabel einsetzbar sind.

Zugang zur Versorgung:

- Aussagen über bedarfsgerechte Behandlungsmöglichkeiten fallen unterschiedlich aus. Insbesondere in der psychotherapeutischen Versorgung gibt es beispielsweise Hinweise auf regional nicht bedarfsgerechte Strukturen. Hier könnten Regelungen zur Bedarfsplanung hilfreich sein. Aus Expertensicht wird zudem auf teilweise lange Wartezeiten, nicht geeignete Zuweisungen sowie Kooperationsprobleme in der Versorgung hingewiesen.

Koordination der Versorgung:

- Es gibt Hinweise, dass die Kommunikation und Kooperation zwischen den Leistungserbringern verbesserungsfähig ist. Ansätze des Disease-/Case-Managements (insbesondere das Monitoring von und Kontakthalten mit Patienten) zeigen Hinweise auf positive Effekte hinsichtlich einer sektoren- und versorgungsübergreifenden Begleitung der Patienten entlang ihres Behandlungsverlaufs.
- Es wird als sinnvoll erachtet, längerfristige poststationäre Behandlungsergebnisse systematisch sektorenübergreifend zu beobachten, um Rückfälle frühzeitig zu erkennen und Drehtüreffekte zu vermeiden.

Reintegration der Patienten:

- Die Zunahme der Arbeitsunfähigkeitszeiten aufgrund von Depression und generell psychischen Störungen weist darauf hin, dass die Ursachen auch im beruflichen Umfeld liegen können. Zudem können Depressionen häufig zu Berufsunfähigkeit und Frühberentung führen. Daher sind – auch aus volkswirtschaftlicher Sicht – Schritte zur beruflichen Wiedereingliederung und zur Kompetenzentwicklung von Arbeitsmedizinern von Bedeutung.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es einige Hinweise auf mögliche Verbesserungspotenziale gibt, z. B. beim Erkennen einer depressiven Störung sowie der leitliniengerechten Diagnosestellung und Klassifizierung einer Depression in der ambulanten Versorgung. Die medikamentösen und nicht-medikamentösen therapeutischen Strategien scheinen ebenfalls teilweise nicht mit den Leitlinien-Empfehlungen übereinzustimmen, da sie häufig nicht dem Schweregrad der Depression entsprechen. Hinweise auf mögliche Verbesserungspotenziale zeigten sich auch bei der Versorgung der Patienten an den Schnittstellen zwischen haus- und fachärztlicher sowie stationärer Behandlung. Ein ähnliches Bild zeigte sich in der Suizidprävention. Insgesamt gab es Hinweise sowohl auf Aspekte von Über- und Unter- als auch von Fehlversorgung.

3.7 Beratung im G-BA und Regelungsmöglichkeiten

Hinsichtlich der Beratungsthemen im G-BA zeigen sich u. a. in den Bereichen Arzneimittel, Qualitätssicherung und Psychotherapie Bezüge zum Thema Depression. Neben den dargestellten Handlungsfeldern ließen sich an verschiedenen Stellen Regelungsmöglichkeiten durch den G-BA identifizieren, z. B. im Bereich der sektorübergreifenden Qualitätssicherung auf der Basis einer leitlinienkonformen Versorgung. Bei Aspekten, für die der G-BA keine Zuständigkeiten hat (zum Beispiel die Primärprävention), wären Anregungen an die jeweils zuständigen Stellen denkbar.

Im Februar 2011 wurden die Ergebnisse der Pilotstudie im Plenum des G-BA vorgestellt. Die Unterausschüsse des G-BA, die um Stellungnahme in Bezug auf die jeweilige Beratungsrelevanz und ggf. resultierender Maßnahmen zu den identifizierten Handlungsfeldern gebeten wurden, haben den Handlungsbedarf und die Zuständigkeit in Bezug auf Beratungen im Kontext der Erkrankung Depression zur Kenntnis genommen. Im Oktober 2011 hat das Plenum des G-BA beschlossen, den neuen Ansatz der versorgungsorientierten Herangehensweise wegen der Priorität anderer Aufgaben zunächst zurückzustellen und ggf. zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufzugreifen.

3.8 Schlussfolgerungen

Die beiden zentralen Leitfragen des Pilotprojekts zur verbesserten Versorgungsorientierung am Beispiel Depression lassen sich mit folgendem Fazit beantworten:

- Die systematische Versorgungsanalyse und der Vergleich mit der „empfohlenen“ Versorgung zeigen relevante Hinweise auf Verbesserungspotenziale bei der Erkrankung Depression in verschiedenen Handlungsfeldern.
- Die Erfahrungen mit der neuen versorgungsorientierten Herangehensweise des G-BA, die im Modellprojekt umgesetzt wurde, sind insgesamt positiv. Der G-BA hat damit exemplarisch einen innovativen Weg zur verbesserten Versorgungsorientierung erprobt und die Machbarkeit aufgezeigt. Eine Übertragung des Vorgehens auf andere Erkrankungen erscheint möglich.
- Die Herangehensweise kann u. a. dadurch optimiert werden, dass die Gremien des G-BA auf der inhaltlich-thematischen Arbeitsebene stärker und frühzeitiger einbezogen werden.

Literatur

- Ahrens B, Müller-Oerlinghausen B. Does lithium exert an independent antisuicidal effect? *Pharmacopsychiatry* 2001; 34: 132–6.
- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Demyttenaere K, Haro JM, Kessler RC, Léne JP, Buist-Bouwman MA, Bernal M, Autonell J, Arbabzadeh-Bouchez S, Almansa J, Vilagut G, Russo LJ, Polidori G, Ormel J, Vollebergh WAM, Taub N, Romera B, Palacín C, Morosini P, Morgan Z, Mazzi F, Matschinger H, Martínez-Alonso M, Joo SS, Ferrer M, Domingo-Salvany A, Codony M, Kovess V, Katz SJ, Gasquet I, De GR, Bryson H, De GG. Psychotropic drug utilization in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109 (Suppl 420): 55–64.
- Althaus D, Niklewski G, Schmidtke A, Felber W, Kunz J, Lehfeld H, Hegerl U. Veränderungen in der Häufigkeit von Suizidversuchen: Ergebnisse nach neun Monaten Intervention des „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ – Changes in the rate of attempted suicides after 9 months of the Nuremberg Alliance against Depression. *Psychoneuro* 2003; 29 (1–2): 28–34.
- Althaus D, Niklewski G, Schmidtke A, Hegerl U. Veränderung der Häufigkeit suizidaler Handlungen nach zwei Jahren „Bündnis gegen Depression“ [Changes in the frequency of suicidal behaviour after a 2-year intervention campaign]. *Nervenarzt* 2007; 78 (3): 272–80, 282.
- Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, De GR, Vollebergh W, Dragomirecka E, Kohn R, Keller M, Kessler RC, Kawakami N, Kiliç C, Offord D, Ustun TB, Wittchen HU. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Die Epidemiologie klinischer depressiver Episoden: Befunde der ICPE-Studie. Int J Meth Psychiatr Res* 2003; 12 (1): 3–21.
- Ballast T. Über-, Unter- und Fehlversorgung bei psychisch Kranken. (Vortrag). Symposium „Zunahme Psychischer Erkrankungen – Antworten auf die Versorgung“ der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung, Berlin, 10 Juni 2010.
- Bauer M, Monz BU, Montejo AL, Quail D, Dantchev N, Demyttenaere K, Garcia-Cebrian A, Grassi L, Perahia DG, Reed C, Tylee A. Prescribing patterns of antidepressants in Europe: results from the Factors Influencing Depression Endpoints Research (FINDER) study. *Eur Psychiatry* 2008; 23 (1): 66–73.
- Bermejo I, Lohmann A, Berger M, Härter M. Barrieren und Unterstützungsbedarf in der hausärztlichen Versorgung depressiver Patienten. [Barriers and need for support in the primary care of depressive patients]. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 2002; 96 (9): 605–13.

- Bermejo I, Niebling W, Berger M, Härter M. Patients' and physicians' evaluation of the PHQ-D for depression screening. *Prim Care Community Psychiatr* 2005; 10 (4): 125–31.
- Bermejo I, Klars G, Bohm K, Hundertmark-Mayer J, Lampert T, Maschewsky-Schneider U, Riedel-Heller S, Härter M. Evaluation des nationalen Gesundheitsziels „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“. [Evaluation of Germany's sixth national health target entitled „Depressive illnesses – prevention, early diagnosis, sustainable treatment“]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2009a; 52 (10): 897–904.
- Berner MM, Kriston L, Sitta P, Härter M. Treatment of depressive symptoms and attitudes towards treatment options in a representative German general population sample. (*Int J Psychiatr Clin Pract* 2008; 12 (1): 5–10.
- Bettge S, Wille N, Barkmann C, Schulte-Markwort M, Ravens-Sieberer U. Depressive symptoms of children and adolescents in a German representative sample: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17 (Suppl 1): 71–81.
- Castro-Costa E, Dewey M, Stewart R, Huppert F, Bula C, Wancata J, Tsolaki M, Prince M, Mateos R, Ritchie K, Reisches F, Mendonca-Lima C, Banerjee S. Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries: The SHARE study. *Br J Psychiatry* 2007; 191 (5): 393–401.
- Demyttenaere K, Bonnewyn A, Bruffaerts R, De GG, Gasquet I, Kovess V, Haro JM, Alonso J. Clinical factors influencing the prescription of antidepressants and benzodiazepines: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD). *J Affect Disord* 2008; 110 (1–2): 84–93.
- Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK), DAK Versorgungsmanagement. DAK Gesundheitsreport 2005. Hamburg 2005.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK), Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAGSHG). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. Version 1.1, Dezember 2009. http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression/pdf/s3_nv1_depression_lang.pdf
- Ellert U, Wirz J, Ziese T. Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts (2. Welle): deskriptiver Ergebnisbericht. Berlin: Robert-Koch-Institut 2006. (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes).
- Friemel S, Bernert S, Angermeyer MC, König HH. Die direkten Kosten von depressiven Erkrankungen in Deutschland – Ergebnisse aus dem European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Projekt. *Psychiatr Prax* 2005; 32 (3): 113–21.
- Gemeinsamer Bundesausschuss, AG Versorgungsorientierung / Priorisierung. Modellprojekt Verfahren zur verbesserten Versorgungsorientierung am Beispielthema Depression. Abschlussbericht 2011. www.g-ba.de/downloads/17-98-3016/2011-02-17_Versorgungsorientierung_Bericht.pdf
- Gmünder Ersatzkasse (GEK). GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2008. Auswertung der GEK Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt Erkrankungen und zukünftige Ausgaben. Stand: Dezember 2008. St. Augustin: Asgaard 2008. (Gmünder Ersatzkasse: GEK-Edition; Bd. 67).
- Groen G, Pössel P, Al-Wiswasi S, Petermann F. Universelle, schulbasierte Prävention der Depression im Jugendalter: Ergebnisse einer Follow-Up-Studie Universal, school-based prevention of depression in adolescence: Results of a follow-up study. *Kindheit und Entwicklung* 2003; 12 (3): 164–74.
- Härter M, Sitta P, Keller F, Metzger R, Wiegand W, Schell G, Steiglitz RD, Wolfersdorf M, Felsenstein M, Berg D. Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Depressionsbehandlung. Prozess- und Ergebnisqualität anhand eines Modellprojekts in Baden-Württemberg. [Psychiatric-psychotherapeutic inpatient treatment for depression. Process and outcome quality based on a model project in Baden-Württemberg]. *Nervenarzt* 2004; 75 1083–91.
- Härter M, Klesse C, Bermejo I, Schneider F, Berger M. Unipolare Depression: Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie aus der aktuellen S3- und Nationalen Versorgungs-Leitlinie „Unipolare

- Depression“. [Unipolar depression: diagnostic and therapeutic recommendations from the current S3/National Clinical Practice Guideline]. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107 (40): 700–8.
- Helmchen H, Baltes MM, Geiselmann B, Kanowski S, Linden M, Reischies F, Wagner M, Wilms HU. Psychische Erkrankungen im Alter. , In: Mayer KU, Baltes PB (Hrsg). *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag 1996; 185–219.
- Hölzel L, von WA, Kriston L, Härter M. Unter welchen Bedingungen bleibt eine stationäre Depressionsbehandlung erfolglos? Eine Analyse an routinemäßig erhobenen Daten von 511 Patienten. [Risk factors for nonresponse in inpatient depression treatment. Analysis of routinely collected data in 511 patients]. *Psychiatr Prax* 2010; 37 (1): 27–33.
- IQWiG (Hrsg.). Leitliniensynopse zum Thema „Depression“. Arbeitspapier Version 1.0. IQWiG-Berichte – Jahr: 2009 Nr. 34. https://www.iqwig.de/download/Arbeitspapier_Leitliniensynopse_zum_Thema_Depression_.pdf
- Jacobi F, Hofler M, Meister W, Wittchen HU. Prävalenz, Erkennens- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen. Eine bundesdeutsche Hausarztstudie. [Prevalence, detection and prescribing behavior in depressive syndromes. A German federal family physician study]. *Nervenarzt* 2002; 73 (7): 651–8.
- Jacobi F, Wittchen H, Höflich C, Höfler M, Pfister H, Müller N, Lieb R. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interviews and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 2004; 34 1–15.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). AQUIK-Indikatoren. Depression. Darstellung und Ergebnisse der bewerteten Indikatoren. Berlin: KBV 2010; Zugriff am 15. September 2010.
- Kurth BM. DEGS – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland: Projektbeschreibung. Berlin: Robert-Koch-Institut 2009. Ill. graph. Darst. (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung).
- Löwe B, Spitzer RL, Grafe K, Kroenke K, Quenter A, Zipfel S, Buchholz C, Witte S, Herzog W. Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *J Affect Disord* 2004; 78 (2): 131–40.
- Lüders D. Die Versorgungssituation bei ambulanter Psychotherapie in Bayern. Eine Zustandsanalyse auf Datenbasis der Kassenärztliche Vereinigung Bayerns. Jena: Diss. 2007.
- Müller-Oerlinghausen B, Berghofer A, Ahrens B. The antisuicidal and mortality-reducing effect of lithium prophylaxis: consequences for guidelines in clinical psychiatry. *Can J Psychiatry* 2003; 48 (7): 433–9.
- Nützel J, Schmid M, Goldbeck L, Fegert JM. Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von psychisch belasteten Heimkindern. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2005; 54 (8): 627–44.
- Pössel P, Horn AB, Groen G, Hautzinger M. School-Based Prevention of Depressive Symptoms in Adolescents: A 6-Month Follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2004; 43 (8): 1003–10.
- Pössel P, Horn AB, Hautzinger M. Erste Ergebnisse eines Programms zur schulbasierten Prävention von depressiven Symptomen bei Jugendlichen. [Initial results of a school-based depression prevention program for adolescents]. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 2003; 11 (1): 10–20.
- Pössel P, Horn AB, Hautzinger M. Vergleich zweier schulbasierter Programme zur Prävention depressiver Symptome bei Jugendlichen. [Comparison of two school-based depression prevention programs for adolescents]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 2006; 35 (2): 109–16.
- Riedel-Heller SG, Matschinger H, Schork A, Angermeyer MC. The utilization of antidepressants in community-dwelling and institutionalized elderly – results from a representative survey in Germany. *Pharmacopsychiatry* 2001; 34 (1): 6–12.
- Robert Koch-Institut (RKI). *Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51*. Berlin: RKI 2010.
- Schneider F, Härter M, Brand S, Sitta P, Menke R, Hammer-Filipiak U, Kudling R, Heindl A, Herold K, Frommberger U, Elmer O, Hetzel G, Witt G, Wolfersdorf M, Berger M, Gaebel W. Adherence to guidelines for treatment of depression in in-patients. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 462–9.
- Sielk M, Altiner A, Janssen B, Becker N, de Pilars MP, Abholz HH. Prävalenz und Diagnostik depressiver Störungen in der Allgemeinarztpraxis. Ein kritischer Vergleich zwischen PHQ-D und hausärztlicher Einschätzung. [Prevalence and diagnosis of depression in primary care. A critical comparison between PHQ-9 and GPs' judgement]. *Psychiatr Prax* 2009; 36 (4): 169–74.

- Statistisches Bundesamt. Ergebnisse der Todesursachenstatistik für Deutschland. 2013.
- Techniker Krankenkasse (Hrsg). Gesundheitsreport: Auswertungen 2008. Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnung. Schwerpunkt: Psychische Störungen. Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK 18. Hamburg 2008.
- Thiels C, Linden M, Grieger F, Leonard J. Gender differences in routine treatment of depressed outpatients with the selective serotonin reuptake inhibitor sertraline. *Int Clin Psychopharmacol* 2005; 20 (1): 1–7.
- Vetter PH, von PJ, Jungmann K, Moises HW, Kropp P, Köller O. Motivation to seek psychotherapy in patients with recurrent depressive disorder (Therapiemotivation bei Patienten mit rezidivierenden depressiven Episoden). *Psychother Res* 2000; 10 (2): 159–68.
- Wittchen HU, Müller N, Schmidt-kunz B, Winter S, Pfister H. Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitssurveys „Psychische Störungen“. [Presentation, prevalence, and treatment rates of depression in Germany. Results of the German Health Interview and Examination Survey – Mental Health Supplement]. *Fortschr Med* 2000; 118 (Supplement 1): 4–10.
- Wittchen HU, Hofler M, Meister W. Prevalence and recognition of depressive syndromes in German primary care settings: poorly recognized and treated? *Int Clin Psychopharmacol* 2001; 16 (3): 121–35.
- Wittchen HU, Pittrow D. Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. *Hum Psychopharmacol* 2002; 17 (Suppl 1): 1–11.
- World Health Organization (WHO). The global burden of disease. 2004 update. Genf: WHO 2008.