

Evaluationskonzept

Nationales Gesundheitsziel

**"Depressive Erkrankungen:
verhindern, früher erkennen,
nachhaltig behandeln"**

9 Konzept zur Evaluierung des Gesundheitsziels „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“

Erarbeitet von der Unterarbeitsgruppe (UAG) des Evaluationsbeirates:

Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Universitätsklinikum Freiburg (Federführung) ¹¹:

Karin Böhm, Statistisches Bundesamt

Dr. Jutta Hundertmark-Mayser, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppe e.V. c/o
NAKOS

Thomas Lampert, Robert Koch-Institut

Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider, Charité - Universität Berlin

Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller, Universitätsklinikum Leipzig

Prof. Dr. Ulrich Hegerl, Universitätsklinikum Leipzig

Vorgelegt vom Evaluationsbeirat

Verabschiedet vom Ausschuss im Juli 2007

¹¹ Unter Mitarbeit von Dr. I. Bermejo, Universitätsklinikum Freiburg, Abt. Psychiatrie und Psychotherapie, Sektion Klinische Epidemiologie und Versorgungsforschung

Anmerkung

Bei der Abfassung des Berichtes wurden zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Sprache weitgehend die Empfehlungen des wissenschaftlichen Rats der Dudenredaktion berücksichtigt. Die eindeutigste Form der sprachlichen Gleichstellung ist die Doppelnennung [Patientinnen und Patienten]. Wo diese aus stilistischen oder sprachökonomischen Gründen nicht möglich ist, kommen die Klammersetzung [Patient(inn)en] und der Schrägstrich [Patientin/Patient] zum Einsatz.

Bei Komposita [Patientenorientierung/Patientinnenorientierung] wurde, wenn eine Umformulierung nicht möglich war, auf Doppelnennung und Klammersetzung verzichtet.

Für Komposita, deren beide Teile aus einer Personenbezeichnung bestehen [Patientenvertreter/Patientinnenvertreterinnen], ist die Doppelnennung nicht sinnvoll und die Klammersetzung nicht empfohlen.

9.1 Einleitung

Seit über fünf Jahren arbeiten mehr als 70 Organisationen des Gesundheitswesens im Rahmen des Projektes „*gesundheitsziele.de*“ (Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland) zusammen. Im Jahr 2006 wurde das sechste nationale Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ formuliert und publiziert (BMG-Bericht 2006). Hierbei haben Vertreterinnen und Vertreter verantwortlicher Institutionen des Gesundheitswesens, aus Selbsthilfe und Patientenvertretung sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sechs Aktionsfelder definiert, in denen Verbesserungspotenziale mobilisiert werden können. Darüber hinaus wurden aus einer Vielzahl von Maßnahmenvorschlägen Startermaßnahmen empfohlen, um Akteurinnen/Akteure konkrete Impulse für die Umsetzung zu geben. Alle verantwortlichen Akteurinnen/Akteure und Entscheidungsträger sind nun aufgerufen, die wissenschaftlich fundierten und konsentierten Ziele und Maßnahmenvorschläge in ihren jeweiligen Zuständigkeitsfeldern verantwortlich umzusetzen.

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten Beratungsanlässen und Erkrankungen in der Versorgung (Murray & Lopez, 1997; Wittchen et al., 2000). Die volkswirtschaftlichen Kosten sind erheblich (Luppa et al. 2007). Man rechnet damit, dass bis zum Jahr 2030 Depressionen in den Industriestaaten die häufigste Ursache und weltweit die zweithäufigste Ursache von erkrankungsbedingten Belastungen sein werden (WHO, 2001; Mathers & Loncar, 2006). Dabei sind depressive Erkrankungen auch im Kindes- und Jugendalter von zentraler Bedeutung. So zeigen beispielweise die Ergebnisse der bundesweiten Kinder- und Jugendstudie KiGGS (Bundesgesundheitsblatt 2007), dass auch ein erheblicher Teil der Kinder und Jugendlichen in Deutschland unter psychischen Problemen leidet. Von zentraler Priorität sind daher verstärkte Maßnahmen zur Prävention depressiver Erkrankungen bzw. zur Vermeidung einer Chronifizierung sowie die Gewährleistung einer wirksamen und qualitativ hochwertigen Versorgung für alle depressiv Erkrankten (Alonso et al., 2004).

9.2 Zielformulierungen zu den verschiedenen Aktionsfeldern

Die multiprofessionell und versorgungssektorenübergreifend zusammengesetzte Arbeitsgruppe 9 zum Gesundheitsziel Depression hat vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen Evidenz und evaluierter Praxiserfahrungen folgende Aktionsfelder benannt, in denen

Verbesserungspotentiale mobilisiert werden können und für diese Bereiche Ziele, Teilziele und Maßnahmen definiert: (1) Aufklärung, (2) Prävention, (3) Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie, (4) Stärkung der Patienten und Betroffenen, (5) Rehabilitation und (6) Versorgungsstrukturen.

Alle Akteurinnen/Akteure im Gesundheitswesen sind sich einig, dass die Überprüfung der Wirkung der Maßnahmen im Hinblick auf die definierten Zielbereiche ein genuiner Bestandteil in der Entwicklung und Formulierung der Gesundheitsziele ist (vgl. a. Angele 2003). Mit der Erarbeitung entsprechender Evaluationsstrategien wurde nach Veröffentlichung des Gesundheitsziels „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ eine Arbeitsgruppe beauftragt, die unter Berücksichtigung vorhandener Daten- bzw. Informationsquellen das vorliegende Konzept zur Evaluation der formulierten Ziele erarbeitet hat. Basis hierfür waren die sechs Aktionsfelder mit ihren 24 zentralen Teilzielen und die hierzu formulierten Maßnahmen. Da die über 80 empfohlenen Maßnahmen teilweise sehr anspruchsvoll und nur schrittweise umsetzbar sind, ist es aus ökonomischer wie praktischer Hinsicht sinnvoll, dass das folgende Evaluationskonzept zunächst auf die im Gesundheitsziel als prioritär eingestuften 11 Startermaßnahmen fokussiert. Das Evaluationskonzept sollte zukünftig im Hinblick auf die weiteren im Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen“ definierten Einzelmaßnahmen ausgebaut werden.

Im Folgenden werden diese Startermaßnahmen und ihre zentralen Zielsetzungen beschrieben. Daraus werden mögliche Erfolgsindikatoren abgeleitet, um die Umsetzung dieser Maßnahmen zur Erreichung des Gesundheitsziels zu evaluieren. Ein zentrales Ziel war - neben der Identifizierung vorhandener Daten- bzw. Informationsquellen (primär zur Verfügung stehende Routinedaten) - die Prüfung, inwieweit vorhandene Daten zur Bewertung der Erfolgsindikatoren nutzbar sind und welche zusätzlichen Erhebungen zur Evaluation notwendig sein werden. In der tabellarischen Darstellung im Anhang liegt der Fokus auf relevanten Outcome-Variablen. Zusätzlich enthält diese Informationen zu den möglichen Akteurinnen/Akteuren (Institutionen, Organisationen, Gruppierungen) und zur Verfügbarkeit der vorgeschlagenen Daten- bzw. Informationsquellen.

9.3 Dokumentation der Daten und Indikatoren

9.3.1 Aktionsfeld 1: Aufklärung

Die Bevölkerung verfügt über einen ausreichenden Wissensstand über das Krankheitsbild Depression und seine Folgen, um mit der Erkrankung und den Erkrankten angemessen umgehen zu können.

Startermaßnahmen:

- 1) Verbreitung und Weiterentwicklung von evidenzbasierten, allgemeinverständlichen Informationen über das Krankheitsbild Depression und die Behandlungsmöglichkeiten.
- 2) Anstoß, Ausbau und Koordinierung von regionalen Bündnissen gegen Depression.

Eine unabdingbare Voraussetzung zur Initiierung angemessener Hilfsprozesse besteht in der Verbesserung des Wissens in allen Bevölkerungsschichten über depressive Erkrankungen, ihre Verbreitung, die bestehenden Behandlungsmöglichkeiten und Kontaktpersonen. Hierbei erscheint es durchaus möglich, mit breit angelegten Maßnahmen, die sich an die gesamte Bevölkerung richten, Veränderungen bzgl. dieses Wissens herbeizuführen. Um dies zu erreichen, wird die Entwicklung und Verbreitung von qualitätsgesicherten, zielgruppenspezifischen und massenwirksamen Informationen über das Krankheitsbild Depression und die Behandlungsmöglichkeiten als notwendig erachtet. Zur Umsetzung spielen darüber hinaus die Initiierung von regionalen Bündnissen gegen Depression, die Durchführung von spezifischen Schulungsprogrammen und die Entwicklung gezielter Kooperationen mit Medien eine entscheidende Rolle.

Erfolgsindikatoren: Qualität und Quantität der zielgruppenspezifischen Informationen; Informationsstand der breiten Bevölkerung sowie entsprechender Schlüsselpersonen; Durchdringungsgrad der regionalen Depressionsnetzwerke; konkretes Wissen und Einstellungen von Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Professionellen; Verständlichkeit, Nutzbarkeit und Akzeptanz für Betroffene und Interessierte; Grad der sozialen Distanzierung bzw. Akzeptanz psychischer Erkrankungen in der Öffentlichkeit.

Daten- bzw. Informationsquellen und Verfügbarkeit (vgl. Anlage 1): Als Daten- bzw. Informationsquellen können hier insbesondere Informationen der entsprechenden Anbieterinnen und Anbieter von Informations- und Aufklärungsprogrammen (z.B. Bundeszentrale für

gesundheitliche Aufklärung (BZgA; www.bzga.de), Deutsches Bündnis gegen Depression e.V. (www.buendnis-depression.de), Fachgesellschaften, Krankenkassen, Gesundheitsportale der Länder) genutzt werden. In erster Linie müssen die entsprechenden Materialien und Instrumente gesichtet und einerseits nach evidenzbasierten Kriterien analysiert (d.h. entsprechen die vermittelten Informationen dem aktuellen Stand der Wissenschaft?), andererseits unter Kriterien wie Allgemeinverständlichkeit (d.h. sind die Informationen auch für Laien und Personen mit unterschiedlichem Bildungsstand und kulturellem Hintergrund verständlich?) bewertet werden.

Darüber hinaus lassen sich Datenerhebungen des Deutschen Bündnisses gegen Depression (Teilnehmer(innen)- und Veranstaltungszahl) sowie anderer Organisationen/Vereine nutzen, um den gesellschaftlichen Durchdringungsgrad (z.B. Relation Einwohnerinnen/Einwohner zu spezifischen Informationsangeboten) zu analysieren. Aus den bisherigen Analysen der Bündnis-Aktivitäten lässt sich schlussfolgern, dass die öffentliche Aufmerksamkeit durch gezielte Aktionen bezüglich „Depression“ in Bündnis-Regionen deutlich erhöht werden kann (Hegerl et al., 2003). In bevölkerungsrepräsentativen Erhebungen der Jahre 1990 und 2001 konnte dagegen keine flächendeckende Verbesserung der Einstellung zu depressiv Erkrankten aufgezeigt werden (Angermeyer & Matschinger 2004). Die ergänzende Analyse der Inhalte der Ausbildungscurricula von relevanten Berufsgruppen (z.B. Medizin, Psychologie, Pflege) ermöglicht die Bewertung der Art, Qualität und Quantität der Information über depressive Erkrankungen bei Schlüsselgruppen und – professionen.

Da die o.g. Daten- bzw. Informationsquellen aber kaum Aussagen über den tatsächlichen Wissens- und Kenntnisstand der entsprechenden Personenkreise (breite Bevölkerung und Multiplikatorinnen/Multiplikatoren) ermöglichen, sind zusätzliche repräsentative Erhebungen von Wissen und Einstellungen sinnvoll. Als mögliche Datenzugänge können Ergänzungen im Gesundheitsmonitor (z.B. Bertelsmann), die Integration entsprechender Erhebungsinstrumente in das bundesweite Gesundheitsmonitoring des RKI und weitere bevölkerungsrepräsentative und auf besondere Zielgruppen ausgerichtete Studien zum Wissen und zu den Einstellungen der Bevölkerung hinsichtlich depressiver Störungen und deren Determinanten dienen.

9.3.2 Aktionsfeld 2: Prävention

Auftreten und Krankheitslast schwerer und chronischer depressiver Erkrankungen sind reduziert. Maßnahmen zu universeller, selektiver und indizierter Prävention sind etabliert.

Startermaßnahmen:

- 1) Flächendeckende Unterstützung der Kinder psychisch kranker Eltern durch spezifische, niederschwellige Beratungs- und Hilfsangebote,
- 2) Förderung psychischer Gesundheit in der Schule,
- 3) Erweiterung des betrieblichen Arbeitsschutzes, um Maßnahmen zur Reduzierung psychischer Belastungen und zur Förderung psychischer Gesundheit am Arbeitsplatz;
- 4) Verhinderung von Nachahmungssuiziden durch Maßnahmen zur Erreichung einer sensiblen Berichterstattung in den Medien.

Zur Reduzierung der gesamtgesellschaftlichen Krankheitslast sind Maßnahmen der Prävention ein effektiver Weg, die Entwicklung depressiver Störungen zu verhindern, diese frühzeitig zu erkennen und frühzeitig geeignete Behandlungsmaßnahmen einzuleiten sowie Chronifizierungen und Rückfällen vorzubeugen. Hierbei sind v.a. Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Familien sowie Maßnahmen zur frühzeitigen Intervention bei Gruppen mit einem erhöhten Risiko wichtig. Eine besondere Aufmerksamkeit verdient angesichts der hohen Prävalenz von suizidalen Handlungen bei depressiv Erkrankten der Bereich der Prävention von Suiziden und Suizidversuchen.

Erfolgsindikatoren: Anzahl und Inhalte/Qualität der Angebote zur psychischen Gesundheitsförderung in Kindergärten, Schulen und zur Unterstützung der Kinder psychisch kranker Eltern; Anzahl und Nutzer(innen)/Teilnehmer(innen) bei Angeboten des betrieblichen Arbeitsschutzes; Inhalte/Qualität von Medienberichten zum Thema Suizide; Zahl an Suizidversuchen und Suizide; Inzidenz- und Prävalenzraten depressiver Erkrankungen.

Daten- bzw. Informationsquellen und Verfügbarkeit (vgl. Anlage 2): Aus der Analyse nationaler epidemiologischer und europäischer Vergleichstudien lassen sich Aussagen zu den Inzidenz- und Prävalenzraten depressiver Erkrankungen ableiten (z.B. Jacobi et al., 2002, 2004; Wittchen & Jacobi, 2005). Anhand der Daten der statistischen Landesämter lässt

sich die regionale Entwicklung der Suizidzahlen analysieren und in Beziehung zu spezifischen Maßnahmen setzen. Aus den bisher vorliegenden regionalen Analysen des Nürnberger Bündnisses gegen Depression (Awareness- und Präventionsprojekte) kann ein signifikanter Rückgang der suizidalen Handlungen und der Suizidversuche abgeleitet werden. Zur eindeutigen Bewertung der Wirksamkeit ist allerdings die Analyse größerer und repräsentativer Datensätze notwendig (Althaus et al., 2006).

Der Umgang der Medien mit den Themen Depression und Suizidalität lässt sich durch die spezifische quantitative und inhaltliche Auswertung entsprechender Medienberichte und Pressespiegel analysieren. Zusätzlich können die Maßnahmen der regionalen Depressionsnetzwerke (v.a. der Bündnisse gegen Depression) zur Verbesserung der Medien-Selbstkontrolle, zur Information der allgemeinen Bevölkerung durch die Medien und zur Erreichung einer sensiblen Berichterstattung in den Medien ausgewertet werden. So zeigen beispielsweise bisherige Analysen, dass durch intensive Arbeit mit Journalistinnen und Journalisten und flächendeckende Einführung sogenannter „Medienguides“ die Suizidberichterstattung positiv beeinflusst und ein Rückgang der Berichte zum Thema Suizidalität erreicht werden kann (Schäfer et al., 2006).

Hinsichtlich betrieblicher depressionsspezifischer Präventionsangebote und Angebote der Gesundheitsförderung können die jeweiligen Statistiken der Anbieter von Beratungs- und Hilfsangeboten (z.B. Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände, Fachverbände, Berufsgenossenschaften) sowie der sozialen und medizinischen Dienste in (Mittel- und) Großbetrieben analysiert werden. Hierbei ist aber davon auszugehen, dass aufgrund einer geringen Systematik bei der Datengenerierung und einem unterschiedlichen Differenzierungsgrad diese nur eine eingeschränkte Aussagekraft im Hinblick auf die relevanten Qualitätsindikatoren haben werden.

Neben einer im Hinblick auf die Erfolgsindikatoren spezifischen Analyse vorhandener Daten sind aber zusätzliche systematische Erhebungen notwendig, da viele notwendige Informationen nur ansatzweise und unspezifisch vorhanden sein werden. So sind zur vergleichenden Analyse von bevölkerungs- und risikogruppenbezogenen Inzidenz- bzw. Prävalenzraten, v.a. chronifizierter depressiver Erkrankungen, die regelmäßige Erhebung epidemiologischer Daten, z.B. mittels geeigneter Erhebungsinstrumente im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des RKI, sinnvoll und notwendig. Dabei sollten die Fragenkomplexe,

wie „Gesundheitszustand und Belastungsgrad der Kinder und Eltern Betroffener“ und „Kontaktaufnahme mit dem Gesundheitssystem“ depressionsspezifisch erweitert werden. Hinsichtlich betrieblicher depressionsspezifischer Angebote der Gesundheitsförderung könnten beispielsweise das SOEP-Panel und das IAB-Betriebspanel¹² um Fragestellungen zur Berücksichtigung psychischer, insbesondere depressionsspezifischer Belastungen am Arbeitsplatz erweitert werden. Auch der Einbezug dieser Themen in die Forschungsschwerpunkte des BIBB¹³ wäre in diesem Zusammenhang zu nennen.

9.3.3 Aktionsfeld 3: Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie

Patientinnen und Patienten mit depressiven Erkrankungen unterschiedlicher Schweregrade und unterschiedlicher Chronizität werden frühzeitig erkannt und mit wissenschaftlich anerkannten und klinisch wirksamen Verfahren umfassend und schnell behandelt mit dem Ziel, Suizide zu verhindern, Krankheitsphasen zu verkürzen und die Gesundheit möglichst schnell wiederherzustellen bzw. Funktionseinschränkungen zu vermindern.

Startermaßnahme: Versorgungsebenenspezifische Implementierung von evidenzbasierten und allgemein konsentierten Leitlinien zur Diagnostik und Therapie depressiver Erkrankungen.

Erfolgsindikatoren: Vorhandensein von Leitlinien und Graduierungsgrad (S1-S3); Aktualität der Leitlinien; explizite Implementierungs- und Evaluationsstrategien; Nutzung und Akzeptanz der Leitlinien in der Praxis; Indikatoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Entscheidend für eine adäquate Behandlung depressiver Patientinnen und Patienten ist die Verbreitung und konkrete Anwendung evidenzbasierter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Hierfür ist zu prüfen, inwieweit wissenschaftlich anerkannte und kli-

¹² Das Sozio-ökonomische Panel (SOEP) ist eine repräsentative Wiederholungsbefragung (jährlicher Rhythmus) privater Haushalte in Deutschland und stellt für die sozial- und wirtschaftswissenschaftliche Grundlagenforschung Mikrodaten bereit. Das IAB-Betriebspanel ist eine repräsentative Arbeitgeberbefragung zu betrieblichen Bestimmungsgrößen der Beschäftigung durch das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB).

¹³ Das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) ist das nationale und internationale Kompetenzzentrum zur Erforschung und Weiterentwicklung der beruflichen Aus- und Weiterbildung.

nisch wirksame Behandlungsverfahren im ambulanten und stationären Bereich angewendet werden.

Daten- bzw. Informationsquellen und Verfügbarkeit (vgl. Anlage 3): In einem ersten Schritt können aktuelle vorhandene Leitlinien zu depressiven Erkrankungen zusammengestellt und bewertet werden. Als Ausgangspunkt kann der Leitlinien-Clearingbericht „Depression“ des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ, 2003) genutzt werden, welcher insbesondere im Hinblick auf nationale Leitlinien ergänzt werden sollte. Als weitere Daten- bzw. Informationsquellen können das Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL-Programm) des ÄZQ (www.versorgungsleitlinien.de), die Datenbank der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF; www.awmf-online.de), der Deutschen Rentenversicherung Bund (www.deutscherentenversicherung-bund.de) sowie medizinischer und psychologischer Fachgesellschaften genutzt werden. Zur Erfassung spezifischer Empfehlungen von Fach- und Berufsgruppen bzw. Versorgungsbereichen sollten auch weitere Akteurinnen/Akteure in die Analyse einbezogen werden.

Neben der Bewertung des Entstehungsprozesses und der Güte (z.B. Graduierungsgrad S1 bis S3) ist eine Analyse und Bewertung der in den Leitlinien aufgeführten Implementierungs- und Evaluationsstrategien im Hinblick auf ihren Praxisbezug erforderlich. Hier zeigten bisherige Reviews den größten Optimierungsbedarf (Härter et al. 2001; ÄZQ 2003). Da diese aber nur eine Aussage über Art und Güte von Umsetzungsempfehlungen zulässt, sollten auch konkrete Daten und Informationen zur tatsächlichen Anwendung und Akzeptanz in der Praxis erhoben und analysiert werden. Hierfür könnten in einem ersten Schritt diesbezügliche wissenschaftliche Studien und Projekte (v.a. aus der Versorgungsforschung) zusammenfassend analysiert werden. Dabei lassen sich aus der Analyse von Versorgungsforschungsstudien in Deutschland im Bereich depressiver Erkrankungen sowohl bzgl. der Akzeptanz als auch der Praxisanwendung Verbesserungspotentiale ableiten (vgl. Härter et al., 2003; Härter & Bermejo, 2006; Härter et al., 2006). Zusätzlich müssten – z.B. anhand verschiedener Daten- bzw. Informationsquellen der Fachgesellschaften und Berufsverbände - Informationen über konkrete Umsetzungsempfehlungen an deren Mitgliederinnen und Mitglieder (d.h. Empfehlungen bzgl. des Einsatzes evidenzbasierter

Methoden) der in Leitlinien dargestellten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen gesammelt und bewertet werden.

Aus Projekten zum Qualitätsmanagement und/oder zu spezifischen Programmen in Kliniken, Arztnetzen oder Einzelpraxen (vgl. Qualitätsmanagementprojekte im Kompetenznetz Depression; www.kompetenznetz-depression.de) lassen sich Aussagen zu den Effekten von Leitlinienimplementierung bzgl. zentraler Struktur- (z.B. Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Praxis-/ Klinikmerkmale, Überweisungs-, Warte- und Behandlungszeiten, Latenz der Befund-/Berichtübermittlung, QS-Maßnahmen), Prozess- (z.B. durchgeführte diagnostische Maßnahmen, Substanz, Dosierung bei Pharmakotherapie, Art und Umfang an Psychotherapie) und Ergebnisindikatoren (z.B. Therapieeffekte/Symptomreduktion, Patientenzufriedenheit, Behandlungsdauer) ableiten (vgl. Härter et al., 2004; Schneider et al., 2005; Sitta et al., 2005). Diese Modellprojekte belegen, dass durch eine stärkere Leitlinienorientierung ärztlicher Entscheidungen, eine vernetzte Versorgung und die Einführung von Case-Management-Strategien eine substantielle Verbesserung des Behandlungserfolges in der Depressionsbehandlung erzielt werden kann (Härter et al., 2006). Eine zentrale Rolle für übergreifende und weiterführende Fragestellungen können interdisziplinäre Forschungsverbünde (z.B. Forschungsnetz „Psychische Gesundheit“) und spezifische Projekte der Versorgungsforschung zum Praxistransfer evaluierter QM-Programme, zur Integrierten Versorgung und Case-Management spielen.

Für konkrete und praxisbezogene Aussagen zur Akzeptanz und von Effekten evidenzbasierter Leitlinien in der ambulanten und stationären Behandlung sind ergänzende systematische Erhebungen notwendig. Hierbei sollten die o.g. zentralen Qualitätsindikatoren um weitere spezifische Indikatoren (z.B. erleichterte Zugangswege, optimierte Behandlungszeiten, Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen, Effektivität und Wirtschaftlichkeit, soziale und berufliche Reintegration) in Kliniken bzw. Arztnetzen vor und nach der expliziten Implementierung von Leitlinien analysiert werden. Andererseits können auch solche Kliniken bzw. Arztnetzen mit anderen Kliniken bzw. Arztnetze verglichen werden, die Leitlinien nicht explizit einsetzen. Hierbei kann auf spezifische Erfahrungen und Resultate verschiedener Projekte, z.B. im Rahmen des Kompetenznetzes Depression, zurückgegriffen werden (Schneider et al., 2005).

9.3.4 Aktionsfeld 4: Stärkung der Patient(inn)en und Betroffenen

Die Position der Patientinnen und Patienten mit depressiven Erkrankungen und ihrer Angehörigen ist gestärkt.

Startermaßnahmen:

- 1) Praxisbezogene und wiederholte Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Behandelnde (Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Pflegekräfte sowie Mitarbeiter(innen) in Beratungs- und Versorgungseinrichtungen) zum Erwerb und zur Vertiefung kommunikativer Kompetenzen für den Umgang mit depressiv Erkrankten und deren Angehörigen;
- 2) Bundesweiter Einsatz von evaluierten Fortbildungsprogrammen zur „Partizipativen Entscheidungsfindung“ für depressiv Erkrankte.

Der stärkere Einbezug von Patientinnen und Patienten und Angehörigen in den medizinischen Entscheidungsprozess ist ein zentrales Element bei der Behandlung depressiver Patientinnen und Patienten. Ziel ist ein höheres Wissen über Behandlungsmöglichkeiten und realistischere Erwartungen über Verlauf und Behandlung zur Verbesserung der aktiven Mitarbeit der Patientinnen und Patienten und der Erhöhung der Patientenzufriedenheit. Die Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Selbsthilfekontaktstellen und indikationsbezogenen Selbsthilfeorganisationen im Sinne von Multiplikatorenschulungen dient hier der zielgerichteten Beratung und Unterstützung von Betroffenen.

Erfolgsindikatoren: Art, Anzahl, Inhalte und Teilnehmer(innen) von Fortbildungsprogrammen zur „Partizipativen Entscheidungsfindung“; Anzahl spezifisch weiter- bzw. fortgebildeter relevanter Berufsgruppen (Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Pflegekräfte sowie Mitarbeiter(innen) in Beratungs- und Versorgungseinrichtungen); Art und Intensität der spezifischen Inhalte zur Patientenbeteiligung in den jew. Aus-, Fort- und Weiterbildungscurricula.

Daten- bzw. Informationsquellen und Verfügbarkeit (vgl. Anlage 4): Zur Evaluation der Startermaßnahmen sind z.B. Inhalte und Ergebnisse der Modellprojekte im Förderschwerpunkt „Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ (Bundesministerium für Gesundheit; www.patient-als-partner.de) nutzbar. Im Rahmen eines ersten Modellpro-

jektes konnten positive Effekte der Inhalte zur Patientenbeteiligung hinsichtlich einer größeren Patienten- und Ärztezufriedenheit, einer höheren Patienten-Compliance und verbesserte Behandlungseffekte bei depressiven Erkrankungen gezeigt werden (Loh et al., 2007). Insbesondere die Transferprojekte der 2. Förderphase des BMG- Förderschwerpunkts beschäftigen sich explizit mit der Weiterentwicklung, Implementierung und Evaluation von Konzepten und Programmen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von Betroffenen sowie Ärztinnen und Ärzten.

Aus den hier gewonnenen Daten können Rückschlüsse auf Akzeptanz und mögliche Effekte solcher Fortbildungsprogramme sowie auf die Erreichbarkeit relevanter Berufsgruppen gezogen werden. Durch eine zusätzliche Analyse der Ausbildungscurricula relevanter Berufsgruppen lassen sich darüber hinaus Aussagen über den Verbreitungs- und Durchdringungsgrad des Konzeptes der „Partizipativen Entscheidungsfindung“ machen. Diesbezügliche Befragungen zeigten, dass trotz bereits vorliegender Erfahrungen mit dem Ansatz der partizipativen Patientenbeteiligung in der Lehre ein höherer Stellenwert gewünscht wird und ein Bedarf an Lehrmaterialien besteht (Loh et al., 2006).

Über zentrale Internetseiten bzw. Selbsthilfeorganisationen von Patientinnen/Patienten und Angehörigen lassen sich Informationen über Schulungsmaterialien und -programme für Patientinnen und Patienten erfassen und im Hinblick darauf analysieren, inwieweit die Informationsmaterialien und Entscheidungshilfen zu Behandlungsalternativen in einer für Laien verständlichen Art und Weise formuliert sind. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Qualität der vorhandenen Informationen. Hier kann z. B. geprüft werden, inwieweit die vorhandenen Informationsmaterialien, Patientenleitlinien und Entscheidungshilfen Qualitätszertifikaten (HoN- bzw. Afgis-Kriterien) entsprechen bzw. wo und welche Verbesserungspotentiale vorhanden sind. Dabei ist die Sichtweise der Betroffenen unbedingt zu erfassen (z.B. über Patientenbefragungen, Befragungen von Selbsthilfegruppen). Dies könnte beispielsweise unter Nutzung der Strukturen existierender Betroffenen-Netzwerke wie bspw. der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) (www.nakos.de) geschehen. Das spezifisch für Betroffene eingerichtete Diskussionsforum des Kompetenznetzes Depression (www.kompetenznetz-depression.de) stellt hierbei mit seinen vielfältigen Angeboten und der hohen Zahl an Nutzerinnen und Nutzern ein weiteres und sehr dynamisches Element der Selbsthilfe dar.

Von besonderer Bedeutung sind zielgruppenspezifisch konzipierte Materialien (z.B. in relevanten Fremdsprachen, Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte). Darüber hinaus sind Informationen wichtig, inwiefern die Organisationen der Patienten- und (Angehörigen-)Selbsthilfe durch die Behandelnden aus dem stationären und ambulanten Bereich fachlich beraten und unterstützt werden. Hierfür liegen allerdings kaum auswertbare Daten vor, so dass hier zusätzliche Erhebungen notwendig erscheinen. Desgleichen trifft auch für die Bewertung von Programmen und Projekten der Integrierten Versorgung im Hinblick auf die Beteiligung von Patienten- und Selbsthilfeorganisationen zu.

Die Erfassung der realen Beteiligung von Patientinnen und Patienten am Behandlungsprozess (Grad und Qualität) ist allerdings nur durch ergänzende Studien möglich, in denen die Arzt-Patienten-Interaktionen spezifisch analysiert werden.

9.3.5 Aktionsfeld 5: Rehabilitation

Die Führung und Langzeitbehandlung depressiv kranker Menschen einschließlich der Hilfen zur Bewältigung der Krankheit und ihrer Auswirkungen auf den Langzeitverlauf, die Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben und die Lebensqualität werden bedarfs- und fachgerecht verbessert bzw. weiterentwickelt.

Startermaßnahmen:

- 1) Weiterentwicklung wissenschaftlich evaluierter Indikationskriterien für die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen;
- 2) Erweiterung des betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 SGB IX i um die Komponente „Psychische Belastungen am Arbeitsplatz“.

Aufgrund des oftmals rezidivierenden oder chronischen Verlaufs depressiver Erkrankungen ist in vielen Fällen eine mehrdimensionale, rehabilitativ orientierte Behandlung, bei der die vorliegenden Fähigkeits- und Partizipationsstörungen integriert sind, notwendig. Diese ist bereits Teil der Akutbehandlung und leitet bei Bedarf über zur Rehabilitation im engeren Sinne.

Erfolgsindikatoren: Anzahl und Konkretisierungsgrad wissenschaftlich evaluierter Indikationskriterien für die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen; real umgesetzte Maßnah-

men zur Wiedereingliederung; Zahl und Inhalt der erweiterten betrieblichen Eingliederungsmaßnahmen.

Daten- bzw. Informationsquellen und Verfügbarkeit (vgl. Anlage 5): Im Hinblick auf die Weiterentwicklung wissenschaftlich evaluierter Indikationskriterien für die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen kann auf die Arbeiten und Ergebnisse eines von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderten Projektes zur Formulierung von Indikationskriterien für die differentielle Zuweisung von Patientinnen und Patienten mit depressiven Erkrankungen zur Rehabilitation - in Abgrenzung zur Krankenhaus- bzw. ambulanten Behandlung - zurückgegriffen werden. Des Weiteren können auch die Ergebnisse und Empfehlungen der Entwicklung einer nationalen S3- bzw. Versorgungsleitlinie Depression sowie der bereichsspezifischen Leitlinie zur rehabilitativen Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Angststörungen und Depression (s. www.deutsche-rentenversicherung-bund.de) genutzt werden. Durch den Einbezug von Expertinnen und Experten aus allen Versorgungsbereichen und –sektoren ist zu erwarten, dass die hier formulierten Kriterien gleichermaßen evidenzbasiert wie praxisorientiert sein werden. Inwiefern diese Kriterien und Empfehlungen in der konkreten Praxis umgesetzt werden, muss mit gesonderten Erhebungen und Datenanalysen geprüft werden. Hierfür sind interdisziplinäre Forschungsverbünde bzw. -netze notwendig.

Zur Bewertung von Maßnahmen zur betrieblichen Wiedereingliederung im Hinblick auf besondere Berücksichtigung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz ist die Analyse von Daten der Arbeitgeberverbände, Berufs- und Fachverbände, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften notwendig. Inwiefern die hier vorliegenden Daten ausreichend zur Bewertung dieser Startermaßnahme zur Rehabilitation sind, ist noch nicht hinreichend geklärt. Es ist aber davon auszugehen, dass diesbezüglich keine spezifischen Daten vorliegen. Hier müssten die Routineerhebungen der entsprechenden Organisationen und Institutionen um Fragen zur spezifischen Orientierung der Maßnahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagement an den Belangen von Menschen mit depressiven Erkrankungen erweitert werden. Hierzu gehört neben der besonderen Berücksichtigung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz auch die Berücksichtigung der spezifischen Auswirkungen einer depressiven Erkrankung auf die kognitive und emotionale Belastbarkeit der Betroffenen.

9.3.6 Aktionsfeld 6: Versorgungsstruktur

Die Versorgungsstrukturen (ambulante und stationäre Einrichtungen, Rehabilitationskliniken etc.) sind jedem depressiv Erkrankten bedarfsgerecht zugänglich.

Startermaßnahme: Fachgruppen- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit in vernetzten Versorgungsstrukturen und verbesserte Koordination des Zugangs zu vorhandenen Versorgungseinrichtungen durch z.B. Integrationsverträge nach § 140 SGB V.

Um die Behandlung depressiv Erkrankter bedarfsgerecht zu organisieren, sind Versorgungsformen mit höherer Durchlässigkeit und integrierter Zusammenführung der Leistungen verschiedener Bereiche notwendig. Hierbei sind einerseits Konzepte zu nennen, die die verschiedenen Versorgungssektoren und spezifischen Behandlungsschritte einbeziehen (Akut-, Erhaltungstherapie, Rückfallprophylaxe, Nachsorge, effektive Patientenbegleitung, ambulante, stationäre und Rehabilitationsbehandlung). Andererseits sind Konzepte von Bedeutung, die durch veränderte Finanzierungsformen (z.B. regionale Psychriatriebudgets) eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung erreichen wollen (Roick et al. 2005).

Erfolgsindikatoren: Anzahl und Schwerpunkte von Netzwerken, Teilnehmerinnen und Teilnehmer, Patientinnen und Patienten; Effektivitätsmaße (Wirksamkeit der Behandlung); Evaluationsergebnisse; leitlinienorientierte Diagnostik und Behandlungsmaßnahmen; bedarfsgerechte Zugangswege; abgestimmter Gesamtbehandlungsprozess; Qualität der Beteiligung der Patientenselbsthilfe (z.B. Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker) bei Gestaltung von IV-Verträgen .

Daten- bzw. Informationsquellen und Verfügbarkeit (vgl. Anlage 6): In erster Linie ist eine Analyse der Datenbanken und Daten- bzw. Informationsquellen der Fachverbände im Hinblick auf die real umgesetzten Verträge im Rahmen der Integrierten Versorgung nach § 140 ff SGB V, der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b SGB V und der Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 c SGB V notwendig. So kann bspw. auf Internetseiten von Fachgesellschaften der aktuelle Stand zur Integrierten Versorgung zu depressiven Erkrankungen abgerufen werden, aus dem sich Informationen zu den organisatorischen und inhaltlichen Rahmenbedingungen ableiten lassen (z.B. www.dgppn.de). Als zusätzliche Daten- bzw. Informationsquellen zur Prüfung einer flä-

chendeckenden und bedarfsgerechten fachgruppen- und sektorenübergreifenden Versorgungsangebote können Daten der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS; www.bqs-online.de) und der Landesgeschäftsstellen, der Krankenkassen sowie Daten der Ländergesundheitsministerien und Gesundheitsämter einbezogen und analysiert werden. Durch die zusammenfassende Analyse dieser Daten- bzw. Informationsquellen könnte die Erstellung regionaler sowie einer bundesweiten „Landkarte“ an Angeboten und Netzwerken für depressive Patientinnen und Patienten möglich werden.

Hierbei sollten nicht nur Anzahl und inhaltliche Schwerpunkte der Netzwerke, die Anzahl und berufliche Orientierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie die Zahl der einbezogenen Patientinnen und Patienten erfasst und bewertet werden. Wichtig wäre auch die Prüfung der konkreten diagnostischen und Therapieangebote hinsichtlich deren Leitlinienorientierung. Am aussagekräftigsten im Hinblick auf das zentrale Ziel des Aktionsfeldes 6 ist allerdings die Analyse und Bewertung der Effekte und Evaluationsergebnisse der jeweiligen Netzwerke. Hierfür können die netzwerkeigenen Evaluationsberichte und Analysen genutzt werden, wobei durch eine übergreifende Analyse der Ergebnisse der verschiedenen Netzwerke i.S. einer Übersichtsarbeit zusätzliche Informationen und Schlussfolgerungen gewonnen werden können. Hierbei könnten die Daten bereits realisierter IV-Modelle (z.B. in den Regionen Hamburg, Lübeck/Herzogtum Lauenburg, Aachen, München, Südbaden) evaluiert werden. Inwiefern die öffentlich zugänglichen Daten hierfür ausreichend sind, wäre zu prüfen. Ideal wäre der Zugriff auf die Originaldaten zur Durchführung von zusammenfassenden Analysen.

Zur umfassenden Bewertung im Hinblick auf die Erfolgsindikatoren sind zusätzliche systematische Erhebungen notwendig, da notwendige Informationen nur unsystematisch vorhanden sein werden. Hierbei können, aufbauend auf den vorhandenen Daten der Netzwerke, weitere Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren erfasst und analysiert werden. Insbesondere zur Evaluation der Zugangsmöglichkeiten und –barrieren von Patientinnen und Patienten zu den Angeboten der ambulanten, stationären bzw. rehabilitativen Versorgungseinrichtungen sind ergänzende Datenerhebungen notwendig. Hierbei könnten wesentliche dieser Informationsbedarfe über zusätzliche Module im Rahmen des RKI-Gesundheitsmonitorings bedient werden und in spezifischen Studien Patientinnen und Pa-

tienten und Angehörige hinsichtlich der genutzten Behandlungsangebote und der erlebten Barrieren und Schwierigkeiten befragt werden.

9.4 Fazit

Das Evaluationskonzept hat sich aus umsetzungsstrategischen Überlegungen heraus auf die im Gesundheitsziel als primär eingestuften Startermaßnahmen für die 6 Aktionsfelder konzentriert. Hierzu wurden zentrale und für die gesamte Bundesrepublik relevante mögliche Evaluationskriterien formuliert. Nach Darlegung der vorliegenden Datenlage im Hinblick auf die jeweiligen Aktionsfelder wurden notwendige Ergänzungen und Erweiterungen der Datenlage diskutiert. Ein wichtiger Aspekt lag in der Erörterung der Verfügbarkeit und Erweiterbarkeit der entsprechenden Daten- bzw. Informationsquellen.

Im weiteren Verlauf muss das Evaluationskonzept hinsichtlich der noch nicht explizit einbezogenen Einzelmaßnahmen systematisch erweitert werden.

In einigen Bereichen, v.a. „Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie“, „Stärkung der Patient(inn)en und Betroffenen“ und „Versorgungsstruktur“ liegen bereits Erfahrungen und Ergebnisse aus Modellprojekten vor, die allerdings nur eingeschränkte Aussagekraft aufgrund ihrer regionalen Fokussierung zulassen. Für weitergehende und praxisbezogene Aussagen sind zusammenfassende Analysen dieser Daten- bzw. Informationsquellen und ergänzende systematische Erhebungen notwendig.

Zu den meisten Erfolgsindikatoren allerdings fehlen aussagekräftige Daten, um eine diesbezügliche konkrete Evaluation durchführen zu können. So sind auf der Basis der aktuell vorhandenen Daten und Informationen nur sehr eingeschränkt konkrete Aussagen und Bewertungen möglich, da notwendige Informationen nur unsystematisch vorhanden sind.

Für eine umfassende Evaluation müssen für die hier genannten Erfolgsindikatoren konkrete Kriterien zur Zielerreichung (z.B. Wie viele Menschen sollten durch spezifische Präventionsmaßnahmen erreicht werden? Wie soll der Grad der Distanzierung erfasst und bewertet werden? Wie wird der Grad der Patientenbeteiligung bewertet?) definiert werden, um die Wirkung und Folgen der jeweiligen Maßnahmen überprüfen zu können.

Für eine umfassende und fundierte Bewertung der geforderten Startermaßnahmen sind zusätzliche systematische Erhebungen notwendig, die Zeitreihen zu einzelnen Erfolgsindi-

katoren, insbesondere im Hinblick auf die Aktionsfelder „Aufklärung“, „Prävention“ und „Rehabilitation“, liefern. In diesem Zusammenhang müssten bestehende Routineerhebungen um Fragen zu relevanten Maßnahmen und Erfolgsindikatoren erweitert werden.

Insgesamt lässt sich ein deutlicher Nachholbedarf bezüglich der Generierung und dem Aufbau aussagekräftiger Daten- bzw. Informationsquellen (primär zur Verfügung stehende Routinedaten) feststellen. Falls entsprechende Daten- bzw. Informationsquellen vorliegen, sind diese häufig nicht zur Evaluation und Bewertung der relevanten Erfolgsindikatoren geeignet.

Entsprechend Beschlüssen in der EU und in der Bundesregierung sollen die Unterschiede zwischen den Lebensverhältnissen und Bedürfnissen von Frauen und Männern systematisch und die Perspektive der Geschlechtsdifferenzierung in allen Aktionsfeldern berücksichtigt werden (Gender Mainstreaming). Dieser zentrale Aspekt ist in den bisher vorliegenden Daten- bzw. Informationsquellen und Analysen nur unzureichend berücksichtigt worden. Daher sollten geschlechtsspezifische Besonderheiten bei der Darstellung berücksichtigt, die relevanten Daten geschlechtsspezifisch bzw. nach Geschlecht differenziert dargestellt und analysiert und bei Schlussfolgerungen auf geschlechtsspezifische Besonderheiten eingegangen werden.

Für bewertende Aussagen zum Erreichen der Gesundheitsziele sowie für die Darstellung von Entwicklungen und Zusammenhängen im Rahmen der Evaluation müssen verschiedene Erfolgsindikatoren im Zusammenhang mit einer Aussage zusammenfassend analysiert werden.

Bei der Auswahl, Darstellung und Interpretation der Indikatoren ist deren Bezug auf weitere Indikatorensysteme auf Landes-, Bundes- und EU-Ebene (http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/indicators/indic_data_de.htm) zu beachten und entsprechend einzubeziehen.

Ein wesentlicher Indikatorenbereich dieses Gesundheitsziels muss die Zugangs- und Bedarfsgerechtigkeit sein. Da diese insbesondere durch die Nutzerinnen und Nutzer, Patientinnen und Patienten, Betroffenen sowie Angehörigen beurteilt werden kann, muss diese Perspektive in allen Methoden und Zugängen berücksichtigt werden. In diesem Zusam-

menhang ist eine enge Verzahnung des Gesundheitsziels Depression mit dem Gesundheitsziel „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken“ sinnvoll.

Literatur

- Alonso J, Angermeyer M, Bernert S et al. (2004). Use of mental health services in Europe: results from the European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. *Acta Psychiatr Scand*, 109 (suppl. 420), 47-54.
- Althaus D, Niklewski G, Schmidtke A, Hegerl U (2006). Veränderung der Häufigkeit suicidalen Handlungen nach zwei Jahren „Bündnis gegen Depression“. *Nervenarzt*, 78, 272-282.
- Angele S (2003). Die Entwicklung von Gesundheitszielen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz*, 46, 109-113.
- Angermeyer MC, Matschinger H (2004). Public attitudes to people with depression: have there been any changes over the last decade? *J Affect Disord*, 83, 177-82.
- ÄZQ (2003). Leitlinien-Clearingbericht Depression.
(<http://www.leitlinien.de/clearingverfahren/clearing-berichte/index/depression/00depression/7depression/view#volltext>)
- Bundesgesundheitsblatt (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006 *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz*, Bd. 50, Heft 5/6.
- Härter M, Bermejo I, Aschenbrenner A, Berger M (2001). Analyse und Bewertung aktueller Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung depressiver Störungen. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 69, 390-401
- Härter M, Bermejo I, Niebling W (Hrsg.) (2007). *Praxismanual Depression – Diagnostik und Therapie erfolgreich umsetzen*. Köln, Deutscher Ärzte-Verlag.
- Härter M, Bermejo I, Ollenschläger G, Weingart O, Schneider F, Gaebel W, Hegerl U, Niebling W, Berger M (2006). Improving quality of care for depression - The German action programme for the implementation of evidence-based guidelines. *Int J Qual Health Care*, 18, 113-119.
- Härter M, Bermejo I (2006). Leitlinien – Entwicklung und Umsetzung von Depressionsleitlinien in Deutschland In Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz FW (Hrsg.). *Volkskrankheit Depression. Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Heidelberg, Springer, 387-404.

- Härter M, Schneider F, Gaebel W, Berger M (Hrsg.) (2003). Versorgungsleitlinien für depressive Störungen in der ambulanten Praxis. *Z ärztl Fortbild Quallsich*, 97 (suppl. V), 9-91.
- Härter M, Sitta P, Keller F, Metzger R, Wiegand W, Schell S, Stieglitz RD, Wolfersdorf M, Felsenstein M, Berger M (2004). Prozess- und Ergebnisqualität stationärer Depressionsbehandlungen in Baden-Württemberg. *Nervenarzt*, 75, 1083-1091.
- Hegerl U, Althaus D, Stefanek J (2003). Public attitudes towards treatment of depression: Effects of an information campaign. *Pharmacopsychiat*, 36, 288-291.
- Jacobi F, Wittchen H-U, Hölting C, Höfler M, Pfister H, Müller N, Lieb R (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med*, 34, 597-611.
- Jacobi F, Wittchen HU, Müller N, Hölting C, Sommer S, Lieb R, Höfler M, Pfister H (2002). Estimating the prevalence of mental and somatic disorders in the community: Aims and methods of the German National Health Interview and Examination Survey. *Int J Methods Psychiatr Res*, 11, 1-18.
- Loh A, Leonhart R, Wills CE, Simon D, Härter M (2007). The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. *Patient Educ Couns*, 65, 69-78.
- Loh A, Simon D, Rockenbauch K, Härter M (2006). Partizipative Entscheidungsfindung – Stellenwert und Verbreitung in der medizinischen Ausbildung. *Z Med Psychol*, 15, 87-92.
- Luppa M, Heinrich S, Angermeyer MC, König HH, Riedel-Heller SG (2007). Cost-of-illness studies of depression: a systematic review. *J Affect Disord*, 98, 29-43.
- Mathers CD, Loncar D (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*, 3, e442. doi:10.1371/journal.p.med.0030442.
- Murray CJ, Lopez AD (eds.) (1997). The global burden of disease. Global burden of disease and injury series (volume I). Harvard University Press, Harvard.
- Roick C, Deister A, Zeichner D, Birker T, König HH, Angermeyer MC (2005). Das Regionale Psychiatricbudget: Ein neuer Ansatz zur effizienten Verknüpfung stationärer und ambulanter Versorgungsleistungen. *Psychiatr Prax*, 32, 177-84.

- Schäfer R, Althaus D, Brosius HB, Hegerl U (2006). Suizidberichte in Nürnberger Printmedien - Häufigkeit und Form der Berichterstattung vor und nach der Implementierung eines Medienguides. *Psychiat Prax*, 33, 132-137.
- Schneider F, Härter M, Brand S, Sitta P, Menke R, Hammer-Filipiak U, Kudling K, Heindl A, Herold K, Frommberger U, Elmer O, Hetzel G, Witt G, Wolfersdorf M, Berger M, Gaebel W (2005). Guideline adherence of inpatient depression treatment. *Brit J Psychiat*, 187, 462-469.
- Sitta P, Brand S, Schneider F, Gaebel W, Berger M, Wolfersdorf M, Härter M (2005). Qualitätsindikatoren in der Praxis. Ergebnisse aus einem Qualitätssicherungsprojekt des Kompetenznetzes Depression. *Nervenheilkunde*, 5, 388-396.
- WHO, World Health Report 2001, p. 11. <http://www.who.int/whr/2001>.
- Wittchen HU, Jacobi F (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neurospsychopharm*, 15, 357-376.
- Wittchen HU, Müller N, Schmidtkunz B, Winter S, Pfister H (2000). Erscheinungsformen, Häufigkeiten und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys "Psychische Störungen". *Fortschr Med*, 118 (suppl. I), 4-10.

9.5 Anhang: Gesundheitsziel Depression – Indikatoren und Daten-/Informationsquellen zur Evaluation der Startermaßnahmen

9.5.1 Anhang 1: Aktionsfeld „Aufklärung“

Maßnahmen	Indikator	Indikatorfragen	Akteure/Umsetzer	Daten-/ Informationsquellen ¹⁴	Verfügbarkeit
Verbreitung und Weiterentwicklung von evidenzbasierten, allgemeinverständlichen Informationen über das Krankheitsbild Depression und die Behandlungsmöglichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Qualität und Quantität der Informationen • Verständlichkeit und Nutzbarkeit (v.a. für Laien) • Akzeptanz und Nutzung (v.a. durch Betroffene) 	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Patientinnen/Patienteninformationen existieren? • Wie ist deren Evidenzbasierung? • Wie verständlich und nutzbar sind die Materialien? 	Deutsches Bündnis gegen Depression (DBgD), Kompetenznetz Depression (KND), Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Krankenkassen, Selbsthilfe und Patientenorganisationen, Patientenberatungsstellen, Verbraucherschutz	DBgD, ÄZQ, Krankenkassen, Reha-Träger, Pharmaindustrie	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht bundesweit verfügbar • Spezifische Erhebungen notwendig
Anstoß, Ausbau, und Koordinierung von regionalen	<ul style="list-style-type: none"> • Durchdringungsgrad der regionalen Depressionsnetzwerke 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie viele Veranstaltungen wurden abgehalten (pro Regi- 	Deutsches Bündnis gegen Depression e.V., Kompetenznetz Depression,	DBgD	<ul style="list-style-type: none"> • Regionale Daten beim DBgD vorhanden

¹⁴ Die hier genannten Daten- und Informationsquellen beinhalten vielfältige Formate und Inhalte, die einen unterschiedlichen Differenzierungsgrad aufweisen. Inwiefern die genannten Datenquellen für die Beantwortung der spezifischen Indikatorfragen hinreichend geeignet sind oder ob Ergänzungen bzw. zusätzliche Spezifizierungen im Hinblick auf die Indikatoren notwendig sind, muss im Einzelfall geprüft werden.

Maßnahmen	Indikator	Indikatorfragen	Akteure/Umsetzer	Daten-/ Informationsquellen ¹⁴	Verfügbarkeit
Bündnissen gegen Depression	<ul style="list-style-type: none"> Anzahl der regionalen Bündnisse gegen Depression (DBgD) Inanspruchnahmequote (Relation zw. Bevölkerung und Teilnehmerinnen/Teilnehmer) 	<p>on)?</p> <ul style="list-style-type: none"> Wie viele Teilnehmerinnen/Teilnehmer? Wie viele sind geplant? Wie ist die Relation von Bevölkerung zu Teilnehmerinnen/Teilnehmern? 	Fachgesellschaften, BZgA, Krankenkassen, Selbsthilfe, Bundesländer, Kommunen, Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)		<ul style="list-style-type: none"> Re-Analyse vorhandener Daten für bundesweite Aussagen notwendig
Reduktion der sozialen Distanz zu depressiv Erkrankten	<ul style="list-style-type: none"> konkretes Wissen und Einstellungen von Patientinnen/Patienten, Angehörigen und Professionellen Reduktion der sozialen Distanz zu depressiv Erkrankten 	<ul style="list-style-type: none"> Wie ist der Wissens- und Kenntnisstand der Bevölkerung bzw. von Experten? Entspricht dieser dem aktuellen Wissensstand? Wie hoch ist der Grad der Distanzierung zu Depressiven? 	Deutsches Bündnis gegen Depression e.V., Kompetenznetz Depression, Fachgesellschaften, Robert-Koch-Institut (RKI), Krankenkassen, Selbsthilfe	Repräsentative Erfassung / Erhebungen von Wissen und Einstellungen von Patientinnen/Patienten, Angehörigen und Professionellen	<ul style="list-style-type: none"> Hier sind spezifische Betroffenenbefragungen, Ergänzungen im Gesundheitsmonitoring des RKI sowie auf besondere Zielgruppen gerichtete Studien nötig

9.5.2 Anhang 2: Aktionsfeld „Prävention“

Maßnahmen	Indikator	Indikatorfragen	Akteure/Umsetzer	Daten-/Informationsquellen	Verfügbarkeit
Flächendeckende Unterstützung der Kinder psychisch kranker Eltern durch spezifische, niederschwellige Beratungs- und Hilfsangebote	<ul style="list-style-type: none"> Angebote zur Unterstützung der Kinder psychisch kranker Eltern Effektivität 	<ul style="list-style-type: none"> Welche Angebote gibt es? Wer nimmt daran teil? Werden diese evaluiert? mit welchem Resultat? Wie ist der Zugangsweg hierzu? 	Beratungsstellen, Schulen, KiTas, Kliniken, Jugend- und Gesundheitsämter, Fachkliniken, sozialpsychiatrische Dienste, niedergelassene Ärztinnen/Ärzte und Therapeutinnen/Therapeuten und andere im Gesundheitswesen Tätige	Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfegruppen, Berufs- und Fachverbände, Bundesverband der Angehörigen	<ul style="list-style-type: none"> Nicht bundesweit verfügbar Spezifische Erhebungen notwendig
Förderung psychischer Gesundheit in Schulen	<ul style="list-style-type: none"> Anzahl, Inhalte/Qualität, Nutzerinnen/Nutzer, Teilnehmerinnen/Teilnehmer der Angebote von Präventionsangeboten in Schulen 	<ul style="list-style-type: none"> Welche Angebote gibt es? Wer nimmt daran teil? Werden diese evaluiert? mit welchem Resultat? 	Beratungsstellen, Schulen, KiTas, Jugend- und Gesundheitsämter, Schulpsychologischer Dienst und andere im Gesundheitswesen Tätige	Schulen und Schulämter, Lehrerberufs- und Fachverbände	<ul style="list-style-type: none"> Nicht bundesweit verfügbar Spezifische Erhebungen notwendig
Erweiterung des betrieblichen Arbeitsschutzes um Maßnahmen zur Reduzie-	<ul style="list-style-type: none"> Anzahl, Inhalte/Qualität, Nutzerinnen/Nutzer, Teilnehmerin- 	<ul style="list-style-type: none"> Welche Maßnahmen gibt es? Welche Inhalte haben diese? 	Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände, Fachverbände, Berufsgenossenschaften, Kranken-	Informationen aus den sozialen und medizinischen Diensten in Betrieben	<ul style="list-style-type: none"> Nicht bundesweit verfügbar Spezifische Erhebungen not-

Maßnahmen	Indikator	Indikatorfragen	Akteure/Umsetzer	Daten-/Informationsquellen	Verfügbarkeit
<p> rung psychischer Belastungen und zur Förderung psychischer Gesundheit am Arbeitsplatz</p>	<p>nen/Teilnehmer der Angebote</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effektivität • Angaben zum betrieblichen Gesundheitsmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> • Wer nimmt teil? • Wie werden diese bewertet? 	<p>kassen, Rentenversicherungsträger, Integrationsämter und Selbsthilfe</p>		<p>wendig</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zusätzliche Module im SOEP-Panel, IAB-Betriebspanel
<p>Verhinderung von Nachahmungssuiziden durch Maßnahmen zur Erreichung einer sensiblen Berichterstattung in den Medien, z.B. Schließen von „Pressestillhalte-Abkommen“</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl, Inhalte/Qualität von entsprechenden Medienberichten 	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Medien berichten wie? • Wie werden die Berichte in der Bevölkerung aufgenommen? • Welche Abkommen existieren? • Welche Konsequenz haben sie? 	<p>Presse, Funk, Fernsehen, FSK (Freiwillige Selbstkontrolle), „Internet-Provider“, Gesetzgeber, Presserat</p>	<p>Medienberichte, Pressespiegel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Daten aus regionalen Projekten des DBgD liegen vor • Bundesweite, repräsentative Daten stehen derzeit nicht zur Verfügung.
<p>Die Rate an Suiziden und Suizidversuchen ist gesenkt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inzidenz- und Prävalenzraten depressiver Erkrankungen • Anzahl von Suizi- 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie hoch sind Inzidenz-/ Prävalenzraten? • Zahl der Suizide 	<p>RKI, Beratungsstellen, Gesundheitsämter, sozialpsychiatrische Dienste, niedergelassene Be-</p>	<p>Todesursachenstatistiken der statistischen Bundes- & Landesämter, Gesundheitsmonitoring des RKI, Bündnisse ge-</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Daten liegen teilweise vor und können direkt analysiert werden

Maßnahmen	Indikator	Indikatorfragen	Akteure/Umsetzer	Daten-/Informationsquellen	Verfügbarkeit
	den <ul style="list-style-type: none"> Anzahl von Suizidversuchen 	und –versuche? <ul style="list-style-type: none"> Veränderung über die Zeit hinweg? Lassen sich Beziehungen zu externen Faktoren erkennen? 	handelnde und andere im Gesundheitswesen Verantwortliche, Fachkliniken	gen Depression, Krankenhausdiagnosestatistiken, KBV-Daten, ADT-Panel ¹⁵	<ul style="list-style-type: none"> Zusätzliche Module im Gesundheitsmonitoring, Gesundheitssurveys für bevölkerungs- und risikogruppenbezogene Daten
Unnötige Frühverrentung, Erwerbsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit und allgemeine Partizipationsprobleme als Risikofaktor für Chronifizierung aufgrund von depressiven Erkrankungen sind redu-	<ul style="list-style-type: none"> Depressionsbezogene AU-Tage Anzahl depressionsbedingter Frühberentungen Grad der sozialen/gesellschaftlichen Partizipation 	<ul style="list-style-type: none"> Anzahl depressionsbedingter AU-Tagen und EU-Anträge? Wie hoch ist der Anteil depressiver Patientinnen/Patienten, die sich vom sozialen und gesellschaftli- 	Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände, Berufsgenossenschaften, Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Krankenkassen Selbsthilfegruppen, Bundesverband der Angehörigen	AU-Diagnosen, EU-Diagnosedaten, Informationen aus den sozialen und medizinischen Diensten in Betrieben Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfegruppen, Bundesverband der Angehörigen	<ul style="list-style-type: none"> Daten zu AU und EU liegen teilweise vor und können direkt analysiert werden Daten zur sozialen Partizipation liegen nicht vor. Spezifische Erhebungen not-

¹⁵ Das ADT-Panel des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland beinhaltet Daten zum versicherten-, diagnose- und leistungsbezogenen Behandlungsgeschehen bei Patientinnen/Patienten niedergelassener Ärztinnen/Ärzte

Maßnahmen	Indikator	Indikatorfragen	Akteure/Umsetzer	Daten-/Informationsquellen	Verfügbarkeit
ziert.		chen Leben ausge- schlossen fühlen?			wendig

9.5.3 Anhang 3: Aktionsfeld „Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie“

Maßnahmen	Indikator	Indikatorfragen	Akteure/Umsetzer	Daten-/ Informationsquellen	Verfügbarkeit
Versorgungsebenenspezifische Implementierung der evidenzbasierten und allgemein konsentierten Leitlinie Depression	<ul style="list-style-type: none"> • Vorhandensein von LL, Graduierung (S1-S3), Aktualität, • Explizite Implementierungs- und Evaluationsstrategien • Nutzung und Akzeptanz der LL • Indikatoren der Struktur,- Prozess- und Ergebnisqualität (QI) in der Versorgung • Effektivität und Wirtschaftlichkeit • Existenz einer Patientenleitlinie Depression (PLL) 	<ul style="list-style-type: none"> • Welche LL sind in D vorhanden? • Welche sind evidenzbasiert und konsentiert? • Wie werden diese bewertet? • Welche LL werden in der Praxis genutzt? • Werden adäquate QI benannt? • Welche Effekte auf zentrale QI lassen sich erkennen? • Sind LL wirtschaftlich anwendbar? • Ist in den vorhandenen LL eine entsprechende PLL integriert? • Wie ist die Nutzung und Akzeptanz der PLL? 	Fachgesellschaften, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, gesetzliche und private Krankenkassen, Reha-Kostenträger, Bundespsychotherapeutenkammer, u.a.	ÄZQ, Fachgesellschaften, AWMF, Deutsche Rentenversicherung (DRV) QM-Projekte, –programme und Forschungsprojekte	<ul style="list-style-type: none"> • Bestandsaufnahme und spezifische Analysen notwendig • Regionale Daten von QM-Modellprojekten vorhanden • Bundesweite, repräsentative Daten stehen derzeit nicht zur Verfügung. • Spezifische Erhebungen notwendig

9.5.4 Anhang 4: Aktionsfeld „Stärkung der Patient(inn)en und Betroffenen“

Maßnahmen	Indikator	Indikatorfragen	Akteure/Umsetzer	Daten-/ Informationsquellen	Verfügbarkeit
Bundesweiter Einsatz von evaluierten Fortbildungsprogrammen zur Erhöhung der Patientinnen/Patientenbeteiligung am medizinischen Entscheidungsprozess	<ul style="list-style-type: none"> Art, Anzahl, Inhalte/Qualität, Nutzerinnen/Nutzer, Teilnehmerinnen/Teilnehmer der Angebote, Anzahl spezifisch weiter- bzw. fortgebildeter Ärzte 	<ul style="list-style-type: none"> Welche Fortbildungsprogramme existieren? Welche PEF-Elemente werden vermittelt? Welche und wie viele Teilnehmerinnen/Teilnehmer gibt es? Wie werden diese Fortbildungsprogramme evaluiert? Werden Patientinnen/Patienten nach solchen FB stärker beteiligt? 	Aus- und Weiterbildungsprogramme unterstützt u.a. von Universitäten (medizinische Fakultäten), Landesärztle- und Psychotherapeutenkammern, Kassenärztliche Vereinigungen, Berufsverbände und Fachgesellschaften	Transferprojekte BMG, Patientenbefragungen (spezifische Versorgungs-forschungsprojekte)	<ul style="list-style-type: none"> Daten aus regionalen Projekten liegen vor Für bundesweite Aussagen sind weitere Erhebungen notwendig
Praxisbezogene und wiederholte Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Behandelnde (Ärztinnen/Ärzte, Psychotherapeut(inn)en, Pflegekräfte sowie Mitarbeiter(innen) in Beratungs- und Versorgungseinrich-	<ul style="list-style-type: none"> Art und Intensität der spez. Inhalte in den jew. Curricula 	<ul style="list-style-type: none"> In welchen und wie vielen Aus-, Fort- und Weiterbildungscurricula sind PEF-Module integriert? Welchen Stellenwert nehmen sie ein? 	Landesärztekammern, Landespsychotherapeutenkammern, Weiterbildungsstätten (Kliniken und Praxen), Berufs- und Fachverbände, Kassenärztliche	Ärzttekammern, Psychotherapeutenkammern, weitere Ausbildungsinstitutionen	<ul style="list-style-type: none"> Daten aus Modellprojekten liegen vor Für bundesweite Aussagen sind weitere Erhebungen notwendig

Maßnahmen	Indikator	Indikatorfragen	Akteure/Umsetzer	Daten-/ Informationsquellen	Verfügbarkeit
tungen) zum Erwerb und zur Vertiefung kommunikativer Kompetenzen für den Umgang mit depressiv Erkrankten und deren Angehörigen			Vereinigungen, andere Weiterbildungseinrichtungen		
Partizipative Entscheidungsfindung (PEF, shared decision making) bei depressiven Erkrankungen findet flächendeckend, fach- und sektorenübergreifend statt.	<ul style="list-style-type: none"> Grad der Patientenbeteiligung 	<ul style="list-style-type: none"> Wie und in welchem Umfang sind Patientinnen/Patienten und ihre Angehörigen beteiligt? 	Selbsthilfe und Patientenorganisationen, niedergelassene Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeuten/Psychotherapeuten und andere im Gesundheitswesen Tätige, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen	Zusatzsurveys, spezifische Versorgungsforschungsprojekte	<ul style="list-style-type: none"> Daten stehen derzeit nicht zur Verfügung. Erhebungen notwendig, soweit möglich entsprechende Instrumente im Rahmen des Gesundheitsmonitoring des RKI
Qualifizierung von Mitarbeiter/innen in Selbsthilfekontaktstellen und indikationsbezogenen Selbsthilfe-	<ul style="list-style-type: none"> Art, Anzahl, Inhalte/Qualität, Nutzerinnen/Nutzer, Teilnehmerin- 	<ul style="list-style-type: none"> Welche Qualifizierungsprogramme existieren? Wie werden diese evaluiert? Welche und wie viele Teilneh- 	Selbsthilfe und Patientenorganisationen, Aus- und Weiterbildungsinstituti-	Zusatzerhebungen, spezifische Versorgungsforschungsprojekte	<ul style="list-style-type: none"> Daten stehen derzeit nicht zur Verfügung. Erhebungen

Maßnahmen	Indikator	Indikatorfragen	Akteure/Umsetzer	Daten-/ Informati- onsquellen	Verfügbarkeit
organisationen	nen/Teilnehmer der Angebote	merinnen/Teilnehmer gibt es?	onen		notwendig

9.5.5 Anhang 5: Aktionsfeld „Rehabilitation“

Maßnahmen	Indikator	Indikatorfragen	Akteure/Umsetzer	Daten-/ Informationsquellen	Verfügbarkeit
Erweiterung des betriebliches Eingliederungsmanagement nach § 84 SGB IX um die Komponente „Psychische Belastungen am Arbeitsplatz“	<ul style="list-style-type: none"> • Zahl real umgesetzter Maßnahmen • Inhalt der erweiterten betrieblichen Eingliederungsmaßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie viele Maßnahmen gibt es? • Wie viele Personen profitieren davon? • Welche Inhalte haben sie? • Wie werden diese akzeptiert und bewertet? 	Betriebe, Arbeits- und Gesundheitsministerium, Arbeitgeber- und Fachverbände, Berufsgenossenschaften, DRV	Daten der Arbeitgeberverbände, DRV, Berufs- und Fachverbände, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften	<ul style="list-style-type: none"> • Bestandsaufnahme und spezifische Analysen notwendig • weitere Erhebungen notwendig
Weiterentwicklung wissenschaftlich evaluierter Indikationskriterien für die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl und Konkretisierungsgrad von Kriterien 	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Kriterien existieren? • Sind diese evidenzbasiert? • Sind diese in der Praxis bekannt/werden sie angewendet? • Bewähren sie sich in der Praxis? 	Einrichtungen der Reha- und Versorgungsfor- schung, Fachgesellschaften, niedergelassene Ärztinnen/ Ärzte, Krankenhäuser bzw. Fachabteilungen, Rehabilitationseinrichtungen, Selbsthilfe	MDK, DRV, Reha- Forschungsverbände	<ul style="list-style-type: none"> • Daten aus Modellprojekt liegen vor • Spezifische Analyse notwendig

9.5.6 Anhang 6: Aktionsfeld „Versorgungsstruktur“

Maßnahmen	Indikator	Indikatorfragen	Akteure/Umsetzer	Daten-/ Informationsquellen	Verfügbarkeit
Fachgruppen- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit in vernetzten Versorgungsstrukturen und verbesserte Koordination des Zugangs zu vorhandenen Versorgungseinrichtungen durch z.B. Integrationsverträge nach § 140 SGB V	<ul style="list-style-type: none"> Anzahl und Schwerpunkte von Netzen, Teilnehmerinnen/Teilnehmer, Patientinnen/Patienten Effektivitätsmaße Evaluationsergebnisse LL-orientierte Diagnostik und Behandlungsmaßnahmen Bedarfsgerechte Zugangswege Abgestimmter Gesamtbehandlungsprozess Qualität der Beteiligung der Patientinnen/Patientenselbsthilfe 	<ul style="list-style-type: none"> Welche spez. Netze existieren? Wie viele Teilnehmerinnen/Teilnehmer haben sie? Wie werden diese angenommen? Welche Inhalte und Konzepte haben diese? Wie ist deren Effektivität und Effizienz? Welche Maßnahmen werden real umgesetzt? Wie einfach/schnell ist der Zugang für Patientinnen/Patienten? Kann eine bundesweite Landkarte an Angeboten erstellt werden? Existieren Patientinnen/Patientenbezogene Behandlungspläne? Wie wurde die Patientinnen/Patientenselbsthilfe in den 	Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Hausärztinnen/-ärzte, Fachärztinnen/-ärzte, Psychotherapeut(inn)en, Krankenhäuser, Reha-Kliniken, Sozialpsychiatrische Dienste	z.B. BQS, DGPPN, Krankenkassen, KVn, Fachverbände, Rehabilitation, Verschreibungsdaten zu Medikamenten	<ul style="list-style-type: none"> Bestandsaufnahme und spezifische Analysen notwendig Regionale Daten von IV-Modellprojekten vorhanden Bundesweite, repräsentative Daten stehen derzeit nicht zur Verfügung. Spezifische Erhebungen notwendig

		Entwicklungs- und Implementierungsprozess eingebunden?			
--	--	--	--	--	--