

Informationsdienst

Depression – verhindern, erkennen, behandeln

GVG-Konferenz am 28. November 2005



Informationsdienst
Köln, März 2006

311

Inhalt

Vorwort	1
Begrüßung <i>Dr. Herbert Rische</i>	3
Einführung <i>Dr. Rainer Hess</i>	7
Herr B.: „Das kann jeden treffen“ – Bericht eines Betroffenen	10
Wie kann man Depression erkennen? <i>Prof. Dr. med. Ulrich Hegerl</i>	12
Können Depressionen verhindert werden? <i>Dipl.-Psych. Petra Baumann-Frankenberger</i>	15
Wie werden Depressionen behandelt? <i>Prof. Dr. Marianne Leuzinger-Bohleber</i> <i>Prof. Dr. med. Manfred Wolfersdorf</i>	18
Wie kann die Position der Betroffenen und Angehörigen verbessert werden? <i>Prof. Dr. Dr. Martin Härter / Ursula Brand</i>	24
Was ist zu tun und wie geht es weiter? <i>Dr. Birgit Clever</i>	27
Beiträge der Partner im Gesundheitswesen zur Maßnahmenumsetzung des Gesundheitsziels – Diskussion <i>Moderation: Jürgen Zurheide</i>	30
Zusammenfassung und Schlusswort	37
Anhang	
Tabellarische Übersicht zum Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen“ Empfehlungen für Startermaßnahmen Veranstaltungsprogramm	

Vorwort

Weltweit leidet ungefähr 1/5 der Bevölkerung im Laufe des Lebens zumindest einmal unter einer klinisch relevanten depressiven Störung. Depressionen sind der häufigste Grund für in Behinderung verbrachte Lebensjahre. Nach Schätzungen der WHO werden Depressionen 2020 in den so genannten entwickelten Staaten die häufigste Volkskrankheit sein. Die Krankheit führt bei den Betroffenen zu erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität und Teilhabe am täglichen Leben. Für die Gesellschaft verursacht Depression hohe direkte und indirekte Kosten.

Deshalb wurden die depressiven Erkrankungen als weiteres krankheitsbezogenes Gesundheitsziel ausgearbeitet. Das 6. nationale Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ zeigt Möglichkeiten für sinnvolle Interventionen auf, um dieser gesundheitspolitischen Herausforderung zu begegnen. Das Gesundheitsziel wird im März 2006 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) veröffentlicht. Dies ist ein weiterer Meilenstein im nationalen Gesundheitszieleprozess.

Mit Erfolg arbeitet seit Dezember 2000 *gesundheitsziele.de*, eine breite Plattform der verantwortlichen Akteure aus dem Gesundheitswesen und angrenzenden Bereichen, unter dem Dach der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung e.V. (GVG), um exemplarische Gesundheitsziele für Deutschland im Konsens zu entwickeln und diese in Selbstverpflichtung und Eigenverantwortung umzusetzen.

Die von den Akteuren gemeinsam entwickelten Ziele und Maßnahmenvorschläge zum Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ wurden der (Fach-)Öffentlichkeit erstmals im Rahmen einer Konferenz am 28. November 2005 vorgestellt. Die nun vorliegende Dokumentation dieser Konferenz steht in einer Reihe von Publikationen, Veranstaltungen und Workshops, die den nationalen Gesundheitszieleprozess von Anfang an für alle sichtbar und zugänglich gemacht haben.

Die Dokumentation verdeutlicht erneut den umfassenden und sektorenübergreifenden Ansatz des Zieleprozesses. Auch für das Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ wurden Ziele und Maßnahmen für die Aktionsfelder (1) Aufklärung, (2) Prävention, (3) Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie, (4) Stärkung der Patient(inn)en und Betroffenen, (5) Rehabilitation und Versorgungsstrukturen entwickelt.

Zentrales Ziel der Veranstaltung war es, den verantwortlichen Akteuren konkrete Impulse zu geben, das Gesundheitsziel möglichst zeitnah aufzugreifen und in ihre jeweiligen Handlungsfelder zu integrieren. Welchen Beitrag die einzelnen Akteure zur Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen leisten können, spiegeln die zusammengefassten Statements der Podiums- und Plenumsteilnehmer(innen) wider.

Impulse zur Umsetzung zu geben, ist auch Ziel dieser Dokumentation. Deshalb sind im Anhang auch die tabellarische Übersicht mit Zielen, Teilzielen und Maßnahmen sowie Empfehlungen für Startermaßnahmen enthalten.

Gerade auch das Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ verdeutlicht erneut die Bedeutung einer zielgerichteten Zusammenarbeit. Die vorliegenden Arbeitsergebnisse ermutigen, den sektorenübergreifenden nationalen Zieleprozess fortzusetzen und die Umsetzung der Gesundheitsziele voranzubringen. Es gilt deshalb, die Zielorientierung in die Zuständigkeitsbereiche der verantwortlichen Akteure zu integrieren und *gesundheitsziele.de* in den nächsten Monaten vom Modellprojekt in Regelstrukturen zu überführen.

Dr. Sibylle Angele
Geschäftsführerin GVG e.V.

Hildegard Klus
Projektkoordinatorin *gesundheitsziele.de*

Begrüßung

*Der Vorsitzende des Vorstandes der GVG, **Dr. Herbert Rische** wies auf die erstmalige Vorstellung der Ziele und Maßnahmenvorschläge zum 6. nationalen Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ hin. In seinem Eröffnungsbeitrag unterstrich Dr. Rische die Bedeutung nationaler Gesundheitsziele und schilderte Grundlagen und Entwicklungsschritte des Gesundheitszieleprozesses.*

Nationale Gesundheitsziele als gesundheitspolitisches Instrument

Nationale Gesundheitsziele sind ein zentrales gesundheitspolitisches Instrument. Die Art ihrer Gestaltung und Umsetzung ist dabei wichtig: Gesundheitsziele können am grünen Tisch definiert und von oben verordnet oder aber gemeinsam mit den beteiligten Akteuren entwickelt und umgesetzt werden. Das Forum zur Entwicklung nationaler Gesundheitsziele gesundheitsziele.de hat sich für den Weg des Konsenses entschieden. Nur so besteht die Chance einer breiten Beteiligung und Umsetzung.

Auf diesem Weg fördern Gesundheitsziele die gemeinsame Problemwahrnehmung und bieten eine Plattform für planvolle Zusammenarbeit. Aufgabe ist es hierbei, zu gemeinsamen Problemlösungen zu gelangen. Gerade im stark gegliederten bundesdeutschen Gesundheitssystem ist zielorientierte Zusammenarbeit von großer Bedeutung. Gesundheitsziele leisten einen wichtigen Beitrag, die vorhandenen Ressourcen möglichst wirksam und wirtschaftlich zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung einzusetzen. Gesundheitsziele müssen daher auch das gesamte Versorgungsspektrum umfassen – von der Aufklärung und Prävention bis hin zur Rehabilitation und dabei die gesamten Versorgungsstrukturen einbeziehen.

Der nationale Zieleprozess

Im nationalen Zieleprozess sind für Deutschland sechs Gesundheitsziele formuliert worden. In 9 von 16 Bundesländern und in vielen Kommunen bestimmen heute Gesundheitsziele das Handeln der Akteure. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat ihre Politik bereits in den 1970er Jahren an Gesundheitszielen ausgerichtet.

Die Erfahrungen mit dem Instrument Gesundheitsziele haben gezeigt, dass diese auf verschiedenen Ebenen stattfindenden Prozesse einander wechselseitig befördern. Sie geben den vielschichtigen Herausforderungen zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung einen Handlungsrahmen. Dies hat sich auf nationaler Ebene für das Forum Gesundheitsziele Deutschland bestätigt.

Ende 2000 startete der Gesundheitszieleprozess in Deutschland als Kooperationsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG). Mehr als 70 Organisationen sind am nationalen Zieleentwicklungsprozess beteiligt: Verantwortliche aus Politik und Selbstverwaltung, Vertreter der Angehörigen- und Selbsthilfeorganisationen, der Berufs- und Fachverbände, Wissenschaftler und weitere Akteure.

Das Besondere am Zieleentwicklungsprozess, wie ihn *gesundheitsziele.de* begleitet und fördert, ist das Konsensprinzip: Alle Ergebnisse sind in gemeinsamer Arbeit entwickelt und von allen Beteiligten konsentiert worden. Nur durch diese konstruktive Zusammenarbeit ist überhaupt die Entwicklung tragfähiger Gesundheitsziele möglich. Dieses Verfahren garantiert auch die Ausrichtung an Inhalten – und nicht an partikularen Interessen. Eine solche langfristige und sektorenübergreifende Zusammenarbeit stellt eine Besonderheit im Gesundheitswesen dar.

Im Jahr 2003 sind der interessierten Öffentlichkeit fünf nationale Gesundheitsziele zu den folgenden fünf Zielthemen vorgestellt worden:

1. Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln;
2. Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen;
3. Tabakkonsum reduzieren;
4. Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung;
5. Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken.

Die ausführlichen Ergebnisse sind im BMG-Bericht sowie in zwei GVG-Publikationen dokumentiert worden.¹

Als ein sechstes, krankheitsbezogenes Gesundheitsziel mit dringendem Handlungsbedarf und von weitreichender gesundheitspolitischer Bedeutung ist das Thema Depression ausgewählt worden.

Dieses definierte Zielthema „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ verdeutlicht dabei erneut den umfassenden und bereichsübergreifenden Ansatz dieses Zieleentwicklungsprozesses. Prävention und Rehabilitation sind genauso Bestandteil wie Akutversorgung und Krisenintervention. Besonders wichtig ist dabei das Wissen und die Kompetenz

¹ Publikationen

- *gesundheitsziele.de* – Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Bericht. Hrsg. vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Bonn 2003;
- *gesundheitsziele.de* – Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte. Köln 2002 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 37];
- *gesundheitsziele.de* – Impulse, Wirkungen und Erfahrungen. Köln 2005 [= Schriftenreihe der GVG, Bd. 49].
- Zwischenergebnisse sind außerdem veröffentlicht worden als GVG-Informationsdienst 288, die Ergebnisse der Maßnahmenanmeldung sind im GVG-IIInformationsdienst 303 dokumentiert worden.

aller Beteiligten – der Bevölkerung, der Patienten und der behandelnden Ärzte und Therapeuten.

Die Arbeitsgruppe 9 von *gesundheitsziele.de* hat die im Anhang dieser Publikation vorgelegten Zwischenergebnisse zum Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ in den vergangenen Monaten entwickelt. Den Mitgliedern der Arbeitsgruppe 9 unter Leitung von Dr. Birgit Clever sei für die erfolgreiche Arbeit herzlich gedankt. Solches Engagement – das wird oft vergessen – erfolgt immer zusätzlich zum Alltagsgeschäft.

Diese Arbeit wird weiter fortgesetzt: Zurzeit erarbeitet die Gruppe einen einführenden und orientierenden Text für das Gesundheitsziel. Die Verabschiedung des Gesundheitsziels „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ im Ausschuss wird Anfang 2006 erfolgen. Analog zu den bereits vorliegenden fünf nationalen Gesundheitszielen ist anschließend eine BMG-Publikation vorgesehen.

Umsetzung der Gesundheitsziele

Die Umsetzung der Gesundheitsziele liegt in der Verantwortung der zuständigen Akteure im Gesundheitswesen. Sie kann nicht zentral gesteuert werden; das angemessene Durchsetzungsmittel ist die Selbstverpflichtung. Alle Beteiligten sind deshalb aufgerufen, die wissenschaftlich fundierten und konsentierten Ziele aufzugreifen, etablierte und neue Maßnahmen in ihren Zuständigkeitsbereichen zu integrieren und dort auch umzusetzen.

Die bei der GVG angesiedelte Geschäftsstelle von *gesundheitsziele.de* unterstützt die Umsetzungsprozesse durch ihre Aktivitäten. Sie gibt Impulse für die Umsetzung bei den wichtigen Hauptakteuren und dokumentiert zielführende Maßnahmen. Über die Meldung ihrer Maßnahmen – mit Hilfe eines Erhebungsbogens – können umgekehrt Akteure ihre Projekte in den Zieleprozess einbringen, und sie können auch das *gesundheitsziele.de*-Logo beantragen.

Insgesamt sind bis heute ca. 900 Maßnahmen dokumentiert, davon tragen etwa zwei Drittel das Logo von *gesundheitsziele.de*. Dieses Engagement erstreckt sich auch auf den neuen, sechsten Bereich. Denn obwohl das Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ noch nicht abgeschlossen ist, sind bereits 30 Maßnahmen zum Themenbereich gemeldet worden. Alle Beteiligten sind weiter aufgefordert, ihre zielführenden Maßnahmen einzubringen; von besonderem Interesse sind Maßnahmen mit größerer, übergreifender Reichweite, also regionale, landes- und bundesweite Angebote.

Ziele der Veranstaltung

Ziel dieser Veranstaltung und ihrer Dokumentation ist es, das Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ vorzustellen und konkrete Impulse für seine Umsetzung zu geben. Die Veranstaltung soll auch dazu beitragen, den allgemeinen Informationsstand über depressive Störungen zu verbessern.

Die Veranstaltung findet statt mit finanzieller Unterstützung des BMG, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV) und des AKiP Köln, Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, am Klinikum der Universität zu Köln.

Einführung

Dr. Rainer Hess, Vorsitzender des Ausschusses von gesundheitsziele.de, begründete in seinem in die Thematik einführenden Statement, warum „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ als nationales Gesundheitsziel in den Katalog aufgenommen wurde und skizzierte dabei Ausmaß und Bedeutung der Erkrankung.

Auswahlkriterien

Zu Beginn des nationalen Gesundheitszieleprozesses im Jahr 2001 sind neun Gesundheitsziele anhand bestimmter Auswahlkriterien – z.B. Schweregrad, Verbreitung, volkswirtschaftliche Relevanz, Verbesserungspotential, Machbarkeit, Messbarkeit – definiert worden. Dieser Auswahl lagen die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Analysen des Sachverständigenrates, Ansätze der Leitlinienentwicklung und weitere Expertisen und Studien zugrunde.

Bisher sind sechs der neun definierten Gesundheitsziele eingeführt worden – das im Rahmen dieser Veranstaltung vorzustellende eingeschlossen. Drei weitere Gesundheitsziele werden zu einem späteren Zeitpunkt zu entwickeln sein: (1) chronischer Rückenschmerz, (2) Herzinfarkt und (3) Impfen.

Das Zielthema „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ ist drei Jahre nach Beginn des nationalen Gesundheitszieleprozesses aufgenommen worden. Eine Arbeitsgruppe mit 25 Mitgliedern hat 2004 damit begonnen, das Gesundheitsziel zu bearbeiten. Die in die Agenda der Gruppe aufgenommenen Ziele gehen insofern über solche in „Disease Management Programmen“ (DMP) hinaus, als hier alle Glieder der Versorgungskette einbezogen werden: Aufklärung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Versorgungsstrukturen. Intervention erfolgt nicht erst zum Zeitpunkt eines Ausbruchs der Erkrankung, sondern das Auftreten von Depression soll möglichst bereits im Vorfeld verhindert werden.

Bestimmung, Ausmaß und Bedeutung der Erkrankung

Warum sind depressive Erkrankungen in den Katalog der Gesundheitsziele aufgenommen worden? Seelische Gesundheit bestimmt die Lebensqualität des Individuums; sie ist ein entscheidender Gesundheitsfaktor für jeden Einzelnen. Volkswirtschaftlich und sozioökonomisch betrachtet stellt sie die Grundvoraussetzung für produktives Arbeiten dar und führt damit zu wirtschaftlichem Wohlstand und schafft den Ausgangspunkt für soziale Gerechtigkeit.

Was verstehen wir – jenseits der alltagssprachlichen Verwendung dieser Bezeichnung – unter „Depression“? Depression ist nicht mit Gefühlen vorübergehender Niedergeschlagenheit gleichzusetzen, wie sie durch verschiedenartigste Lebenskrisen ausgelöst werden können. Gemeint ist vielmehr die klinische Ausprägung einer Störung entsprechend der Definition des Internationalen Klassifikationssystems von Erkrankungen und Gesundheitsbeeinträchtigungen (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), also ein bestimmtes und bestimmbares Krankheitsbild.

Die Krankheitslast bei Depression ist hoch und sie wird voraussichtlich weiter steigen. Depressive Erkrankungen belegen hinsichtlich Kostenintensität und Beeinträchtigung der Betroffenen einen Spitzenplatz unter den „Volkskrankheiten“. Die hohen Kosten entstehen u. a. dadurch, dass depressive Personen ein breites Spektrum medizinischer Einrichtungen in Anspruch nehmen. Kostenfaktor ist aber auch die reine Zahl der Erkrankungen: Es gibt schätzungsweise vier Millionen an Depression erkrankte Personen in Deutschland. Achtzehn Prozent der deutschen Bevölkerung, zwanzig Prozent der Weltbevölkerung erkranken einmal in ihrem Leben an Depression – also ein Fünftel. Depression ist zudem komplex, sie tritt häufig in Komorbidität mit weiteren psychischen oder körperlichen Erkrankungen auf.

Die Versorgung der an Depression erkrankten Patienten hat sich in den letzten Jahren deutlich verbessert, dennoch besteht weiterer Optimierungsbedarf hinsichtlich Prävention, Diagnostik, Behandlung und Kooperation der verschiedenen Versorgungsebenen. Die Folgen einer Depression sind nicht nur für den Betroffenen, sondern auch für die gesamte Gesellschaft schwerwiegend, da hohe Kosten durch Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung entstehen. Das zeigt auch das Verhältnis von Ausfällen insgesamt und depressionsbedingten Fehlzeiten: Obwohl die Krankheitstage insgesamt rückläufig sind, hat der Ausfall aufgrund von Depression zugenommen.

Vor diesem Hintergrund ist das Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ als ein vorrangiges Ziel für Deutschland ausgewählt worden. Hiermit wird auch die Anknüpfung an internationale und europäische Strategien geleistet, denn auch auf internationaler Ebene ist Depression ein Thema, und die EU hat soeben ein Grünbuch „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“ mit Empfehlungen für die Regierungen der Mitgliedstaaten vorgelegt. Das Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ ist aber auch im Zusammenhang mit länderspezifischen Maßnahmen aufgegriffen worden, z.B. ist es vom Land Nordrhein-Westfalen in dessen regionalen Zielekatalog aufgenommen worden.

Übersicht: Daten und Fakten zu depressiven Erkrankungen*

- Ca. 4 Millionen Menschen sind in Deutschland aktuell an Depression erkrankt.
- 18 % der Bevölkerung in Deutschland erkranken einmal im Leben an Depression.
- Deutschlandweit waren im Jahr 2001 11.000 Suizide zu verzeichnen.
- Weltweit ist ein Fünftel der Bevölkerung von depressiven Erkrankungen betroffen.
- Laut einer Prognose werden depressive Erkrankungen im Jahr 2020 die zweithäufigste Volkskrankheit sein.
- Es bestehen deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich Symptomatik, Diagnosestellung und Therapie sowie deren Inanspruchnahme.
- Bei depressiven Erkrankungen besteht eine hohe Chronifizierungsgefahr: je häufiger eine depressive Episode auftritt, desto höher ist das Risiko erneut zu erkranken.
- Die Folgekosten depressiver Erkrankungen betragen jährlich ca. vier Milliarden Euro.

* zusammengestellt aus den Vorträgen dieser Konferenz

Herr B.: „Das kann jeden treffen“ – Bericht eines Betroffenen

Im Kontext der Depressionsforschung und der Empfehlungen für eine frühe Wahrnehmung und optimierte Behandlung der Erkrankung wird immer wieder auf die zentrale Rolle, die die sensible Einbeziehung der Betroffenen und ihres Umfelds für den Erfolg spielt, hingewiesen. Ausgangspunkt und Voraussetzung eines solchen Einbezugs ist, die individuelle Krankengeschichte und Krankheitsperzeption ernst zu nehmen. Wichtig ist auch, die Hemmnisse zu erkennen, denen Erkrankte vielfach begegnen, wenn sie Hilfe suchen. Solche ganz konkreten Erfahrungen – dargelegt in einer Fallgeschichte, wie sie im Rahmen der Veranstaltung von einem Betroffenen selbst vorgetragen wurde – fordern das Ziele- und Maßnahmenmanagement heraus, individuelle Problemlagen in übergreifenden Strukturüberlegungen zu berücksichtigen.

Herr B. berichtet, er sei 1987 zum ersten Mal an Depression erkrankt. Er sei verheiratet gewesen, habe damals als Personalleiter in einer kaufmännischen Abteilung gearbeitet und nach allgemeinen Maßstäben ein glückliches Leben geführt. Nur im Winter habe er schon häufiger an Lustlosigkeit und Niedergeschlagenheit gelitten. Von seinem Hausarzt sei ihm deshalb hin und wieder Baldrian verschrieben worden.

Als ernstzunehmendes Problem habe Herr B. diese seine Gefühlslage allerdings nicht angesehen; das habe sich erst geändert, als sich sein Zustand schleichend verschlimmert hätte: An seinem Arbeitsplatz habe er nichts mehr zu Wege bringen können. Auch an allen Beschäftigungen, die ihm vorher besonders am Herzen lagen – wie das Hören von Musik – habe er jegliches Interesse verloren. Er habe außerdem unter Schlafstörungen gelitten.

Diese Elemente hätten sich zu einem völlig „freudlosen“ Zustand verdichtet, der für ihn unerträglich gewesen sei. In dieser Situation habe er daran gedacht, sich das Leben zu nehmen. Nur die Rücksichtnahme auf seine Frau habe ihn an diesem Schritt gehindert. Am Arbeitsplatz habe er das Problem verheimlicht. Besonders lange habe er gezögert, sich seinem Vorgesetzten anzuvertrauen. Nur zwei Kollegen hätten Bescheid gewusst und ihn auch hilfreich unterstützt. Größtenteils habe sein Umfeld aber vor allem mit Hilflosigkeit auf seine Erkrankung reagiert.

Herr B. empfand, dass sein Hausarzt nicht ausreichend auf seine Probleme eingegangen sei. Deshalb habe er nach langem Zögern einen Psychiater aufgesucht. Hierfür habe er auch Rückhalt gefunden: Mit seiner Frau habe zwar kein offenes Gespräch über die Depression stattgefunden, dennoch habe sie ihn in seinem Vorhaben unterstützt. Der Psychiater habe ihn mit Akupunktur behandelt und verschiedene Medikamente verabreicht. Alle 14 Tage sei das

Medikament gewechselt worden. Er habe sich hier zwar ernst genommen gefühlt – im Gegensatz zur Situation in der Hausarztpraxis –, eine Besserung der Symptomatik habe er jedoch nicht feststellen können. Zudem sei ihm der Sinn des häufigen Medikamentenwechsels nicht ausreichend erklärt worden.

Da ihm eine stationäre Behandlungsform in Wohnortnähe wichtig gewesen sei, habe er sich schließlich selbst auf die Suche nach einer geeigneten Einrichtung hierfür gemacht. Seine Frau habe ihn zum Erstgespräch dorthin begleitet. Dort sei ihm eine ambulante Therapieform vorgeschlagen worden.

Als besonders hilfreich und wohltuend habe er empfunden, den Auslöser für seine depressive Erkrankung zu erkennen. Dieser habe seiner Meinung nach in der Belastung am Arbeitsplatz gelegen.

Mittlerweile sei er vollständig genesen, obwohl er an seinen konfliktreichen Arbeitsplatz zurückgekehrt sei und den Tod seiner Ehefrau habe verwirren müssen.

Als Fazit aus seiner Krankheits- und Behandlungsgeschichte mahnte Herr B. eine Verbesserung der Früherkennung der Krankheit und kompetenten Behandlung an. Aus seiner Perspektive sei es für den Patienten besonders wichtig, vom Hausarzt frühzeitig richtig eingestuft und im Bedarfsfall schnell weiter überwiesen zu werden. Auch Öffentlichkeitsarbeit über die Krankheit und die Förderung eines Austauschs der Betroffenen seien notwendige Maßnahmen zur Unterstützung der Erkrankten und ihrer Angehörigen.

Wie kann man Depression erkennen?

Prof. Dr. med. Ulrich Hegerl von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München stellte in seinem Vortrag Entstehungsgründe und Erkennungsmerkmale depressiver Erkrankungen dar. Er erklärte weiter, warum Aufklärung über Depression Selbsttötung (Suizid) verhindern könne. Abschließend beschrieb Prof. Hegerl die Vernetzung verschiedener Handlungsebenen und nannte weitere Ansatzpunkte in diesem Bereich.

Merkmale depressiver Erkrankungen

Depression ist wegen der Häufigkeit und Schwere eine der belastendsten Erkrankungen, wie die WHO-Studie „Global Burden of Disease“ von Murray & Lopez 1997 gezeigt hat. Die Belastung durch depressive Erkrankungen liegt damit noch über der durch Demenz. Zudem ist Depression häufig Ursache für Selbsttötung.

Bei Selbsttötungen handelt es sich keineswegs um ein Randphänomen. Sie sind häufiger als tödliche Verkehrsunfälle. Ein weiterer Aspekt ist die Korrelation mit dem Lebensalter: Mit steigendem Alter nimmt die Suizidgefahr besonders dramatisch bei Männern zu, was angesichts der demographischen Entwicklung in Deutschland zu berücksichtigen ist.

Erkennen kann man eine Depression an folgenden Anzeichen, die im Rahmen eines internationalen Klassifikationssystems (ICD-10) festgelegt sind:

Krankheitsanzeichen bei Depression	
„Kernsymptome“	„Zusatzsymptome“
<ul style="list-style-type: none">- Verlust von Interesse- depressive Stimmung- verminderter Antrieb	<ul style="list-style-type: none">- negative Zukunftsgedanken- Schuldgefühle- Schlaflosigkeit- vermindertes Selbstwertgefühl- Appetitverlust- Suizidgedanken- schlechte Konzentration

Zwei der Kernsymptome und zusätzlich mindestens zwei der Zusatzsymptome müssen über mindestens zwei Wochen vorhanden sein, um von einer depressiven Erkrankung sprechen zu können. Die Phasen („Episoden“) großer Niedergeschlagenheit und Antriebslosigkeit dauern im Durchschnitt etwa 4-10 Monate; sie treten einmalig, meistens aber immer wieder (rezidivierend) auf.

Bei einer so genannten „bipolaren affektiven Störung“ wechseln sich Phasen der Niedergeschlagenheit mit Phasen gesteigerter Stimmung und Größenideen („manische Phase“) ab. In diesen Zeiträumen neigt der Betroffene zu unüberlegten Handlungen wie z.B. großen Geldausgaben oder spontanen Kündigungen, was zu weiteren sozialen Schwierigkeiten führen kann.

Da bei verschiedenen Personen ganz unterschiedliche Merkmale der Depression im Vordergrund stehen können, ist die Erkrankung oftmals schwer zu erkennen. So kann es z.B. sein, dass der Patient in erster Linie über körperliche Beschwerden klagt, da diese durch die Depression intensiviert werden können.

Ursachen depressiver Erkrankungen

Eine Depression hat selten eine einzige Ursache. Meist führt ein Zusammenspiel verschiedener Faktoren zur Erkrankung. Die Depression wird sowohl von der körperlichen, biologischen Seite her als auch von der psychischen und psychosozialen Seite erklärt und auch behandelt. Wie bei den zwei Seiten einer Medaille ergänzen sich auch hier die beiden Betrachtungsweisen.

Aufklärung über depressive Erkrankungen – Vernetzung der Initiativen

Gute Aufklärung ist eine wichtige Maßnahme zur Schadensbegrenzung bei Depression. Das „Vier-Ebenen-Aktionsprogramm“ im Rahmen des „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ zeigt, dass durch Aufklärung über Depression ein Rückgang suizidaler Handlungen (Suizide und Suizidversuche) bewirkt werden kann.

Eine große Anzahl Beteiligter (z.B. Kliniken, Ärztlicher Kreisverband, Kassenärztliche Vereinigung, der Verband der bayerischen Bezirke, Selbsthilfeorganisationen, Polizei u. a.) trugen zur Umsetzung bei. Informationen über depressive Erkrankungen sind so auf verschiedenen Ebenen verbreitet worden (Fortbildung von Hausärzten sowie Multiplikatoren wie Lehrer und Pfarrer, Unterstützung und Anregung von Selbsthilfe sowie Angebote für Risikogruppen und umfassende Öffentlichkeitsarbeit). Innerhalb von zwei Jahren ist in Nürnberg die Rate suizidaler Handlungen um 24% zurückgegangen, während sie in Würzburg, wo eine solche Art der Aufklärung nicht betrieben wurde, sogar gestiegen ist.

Das Deutsche Bündnis gegen Depression e.V. hat im Jahr 2005 bereits 25 Kooperationspartner in ganz Deutschland gefunden, die Kooperation von 23 weiteren Partnern deutschlandweit ist geplant. Auch auf europäischer Ebene

wird eine internationale Kampagne gegen Depression gefördert, die European Alliance Against Depression (EAAD).²

Fazit

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Depressionen häufige und schwere Erkrankungen sind. In der Versorgung depressiv Erkrankter eröffnen sich jedoch große Spielräume zur Optimierung. Die Arbeitsgruppe 9 hat konkrete Startermaßnahmen zur optimierten Versorgung vorgeschlagen. Eine erfolgreiche und kosteneffektive Umsetzung dieser Maßnahmen ist möglich, wie am Beispiel des „Deutschen Bündnisses gegen Depression“ verdeutlicht werden kann.

² Vgl. hierzu auch den Beitrag in: *gesundheitsziele.de* – Impulse, Wirkungen und Erfahrungen. Köln 2005
[=Schriftenreihe der GVG, Bd. 49], S. 179-188.

Können Depressionen verhindert werden?

Dipl.-Psych. Petra Baumann-Frankenberger, niedergelassene Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, erläuterte Wege, wie Depression verhindert werden könne. Sie verdeutlichte dabei, inwiefern sich präventive Maßnahmen lohnen und welche unterschiedlichen Formen der Krankheitsverhinderung eingesetzt werden können. In Bezug auf depressive Erkrankungen nannte Frau Baumann-Frankenberger verschiedene Beispiele für Risiko- und Schutzfaktoren und stellte exemplarisch zwei Präventionsmaßnahmen vor. In ihrer Schlussfolgerung betonte die Referentin den Nutzen existierender Präventionskonzepte und appellierte an die Mithilfe aller Beteiligten.

Formen der Prävention

Präventive Maßnahmen können an drei verschiedenen Punkten im Verlauf der Erkrankung einsetzen:

1. Vor Auftreten der Erkrankung können sie einen Ausbruch verhindern („primäre Prävention“). Beispiele für diesen Typus der Prävention sind das Verhindern von Risikofaktoren (körperliche Erkrankung und Schmerzen, Konflikte am Arbeitsplatz, andere psychische Erkrankungen) und das Stärken und Fördern von Schutzfaktoren (soziale Kompetenz, stabile Beziehungen, körperliche Gesundheit).
2. Nachdem die Erkrankung einmal ausgebrochen ist („sekundäre Prävention“), verhindern Maßnahmen, dass die Erkrankung chronisch (d.h. lang anhaltend) wird. Das gelingt z.B. durch rechtzeitige Diagnose und frühzeitige Behandlung.
3. Nach der Genesung („tertiäre Prävention“ oder „Rehabilitation“) verhindern Maßnahmen, dass ein Rückfall eintritt, z.B. durch spezielle Edukationsangebote oder Maßnahmen, die die geistige, soziale, berufliche und wirtschaftliche Leistungsfähigkeit (wieder)herstellen.

Darüber hinaus unterscheiden sich Präventionsmaßnahmen durch ihre jeweilige Zielgruppe:

1. Maßnahmen, die alle Teile der Bevölkerung erreichen („universelle Prävention“). Ein Beispiel hierfür wäre Aufklärung durch einen Fernsehspot vor der Tagesschau.

2. Maßnahmen, die sich an Risikoträger, z.B. Kinder psychisch erkrankter Eltern richten („spezielle Prävention“).

Neben diesen Differenzierungen kann noch zwischen Verhaltensprävention und Verhältnisprävention unterschieden werden: Erstere strebt die Veränderung konkreter Verhaltensweisen an, letztere versucht, gefährdende Verhältnisse auszuräumen. Dies kann unter anderem durch die Änderung bestimmter gesetzlicher Rahmenbedingungen erreicht werden.

Risiko- und Schutzfaktoren

Bei der Betrachtung der relevanten Faktoren ist wichtig, dass es auf der einen Seite auslösende und verstärkende Faktoren gibt, die eine Krankheit aufrechterhalten. Auf der anderen Seiten wirken auch schützende Faktoren, die den Einzelnen vor Erkrankung bewahren könnten. Diese Schutzfaktoren zu berücksichtigen, ist lohnend. Um hohe Folgekosten bei der Behandlung von Erkrankungen zu vermeiden, ist es auch wirtschaftlich sinnvoll, in solche schützenden Maßnahmen zu investieren.

Psychosoziale Risikofaktoren für eine Depression sind häufig chronische und auch bestimmte akute Erkrankungen, Angsterkrankungen, Multimorbidität, chronischer Schmerz, kritische Lebensereignisse, physische und psychische Belastungen am Arbeitsplatz, aber auch zur Inaktivität führende Wohn- und Versorgungsformen. Durch Maßnahmen zur Beseitigung dieser Risikofaktoren wird auch das Erkrankungsrisiko vermindert. Diesen Risikofaktoren wirken universelle Schutzfaktoren wie körperliche Gesundheit, soziale Kompetenz, positiver Denkstil, stabile und verlässliche Beziehungen zu Bezugspersonen, Genussfähigkeit und Erziehungskompetenz der Eltern entgegen. Durch eine Förderung dieser Faktoren kann das Erkrankungsrisiko also ebenfalls gesenkt werden.

Zur Verhinderung von Suiziden tragen das frühzeitige Erkennen einer Depression, die Verminderung von Nachahmefekten („Werther-Effekt“) und die Begrenzung des Zugangs zu gefährlichen Orten wie Brücken und Türmen („Hot Spots“) sowie zu Mitteln wie Waffen, Pestiziden und Barbituraten bei.

Exemplarische Präventionsmaßnahmen

Eine Zielgruppe für präventive Maßnahmen sind Kinder psychisch kranker Eltern. Diese Kinder sind besonders gefährdet, selbst zu erkranken. Die behandelnden Ärzte und Therapeuten psychisch erkrankter Personen sollten daher konkret auch nach deren Kindern fragen, so dass diese vorsorglich in die Behandlung einbezogen werden können.

Länger andauernde Fehlbelastungen am Arbeitsplatz wie ungelöste Konflikte, Über- oder Unterforderungen sind ebenfalls Risikofaktoren für depressive Erkrankungen. Aspekte der psychischen Gesundheit sollten daher gezielt in Maßnahmen des gesetzlichen und freiwilligen Arbeitsschutzes einbezogen werden. Eine besonders gefährdete Gruppe sind beispielsweise Führungskräfte in sozialen Einrichtungen, denen man spezielle Supervision zukommen lassen sollte.

Im Sinne der tertiären Prävention sollten an Depression erkrankte Arbeitnehmer frühzeitig wieder ins Erwerbsleben integriert werden. Berufsgenossenschaften, Krankenkassen und Arbeitgeber sind hier aufgefordert, geeignete Maßnahmen zu entwickeln. Hilfreich bei diesem Ziel, Erkrankte frühzeitig im Arbeitsprozess wieder einzusetzen, könnte ein entsprechendes Anreizsystem für Arbeitgeber sein.

Fazit

Prävention im Sinne von Risikoverminderung und Ressourcenaktivierung ist sinnvoll und möglich. Es gibt wissenschaftliche Konzepte, deren Wirksamkeit – auch in Längsschnittstudien – belegt ist. Zusätzlich besteht aber weiterhin großer Forschungsbedarf. Da Präventionsmaßnahmen auf so vielen Ebenen ansetzen, sind alle Beteiligten zur Mitarbeit aufgerufen.

Wie werden Depressionen behandelt?

Prof. Dr. Marianne Leuzinger-Bohleber vom Sigmund-Freud-Institut in Frankfurt a. M. ergänzte eingangs ihres Vortrags Daten und Fakten zu Depression und betonte die hohe Chronifizierungsgefahr bei dieser Erkrankung. Sie gab einen Überblick über die Inanspruchnahme verschiedener Verfahren und nannte die wissenschaftlich anerkannten Behandlungsmethoden. Anschließend legte sie Ergebnisse zur Evaluation ambulanter Versorgung vor. Sie schloss ihren Beitrag mit Vorschlägen zur Erweiterung ambulanter Versorgungsangebote.

Prof. Dr. med. Manfred Wolfersdorf vom Bezirkskrankenhaus Bayreuth bescheinigte stationärer Depressionsbehandlung im Rekurs auf verschiedene Evaluationsstudien, in denen auch das subjektive Patientenurteil Berücksichtigung fand, einen guten Erfolg. Darüber hinaus veranschaulichte der Referent anhand selbst erhobenen Datenmaterials, wie stationäre Versorgung konkret aussieht. Sein Vortrag schloss mit Optimierungsvorschlägen für die stationäre Form der Versorgung.

Ambulante Versorgungsangebote (Prof. Dr. Leuzinger-Bohleber)

Die Inanspruchnahme von Behandlungen bei depressiven Erkrankungen ist bislang unzureichend. Das Gesundheitssurvey 1998 hat eine Behandlungsquote von lediglich 50,1% der Personen, bei denen eine Indikation vorlag, festgestellt. Dabei ist zu bedenken, dass mangelnde Behandlung das Suizidrisiko in dieser Personengruppe erhöht.

Wissenschaftlich anerkannte Behandlungsverfahren von Depressionen sind zum einen psychodynamische Verfahren – wie die analytische Psychotherapie und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie –, zum anderen die Verhaltenstherapie. Gesprächspsychotherapie befindet sich „in der Warteschleife“ auf Anerkennung durch den Wissenschaftlichen Beirat. Die ambulante Versorgung verteilt sich auf verschiedene Berufsgruppen, wie die folgende Tabelle zeige.

Verteilung der Therapieformen auf die Berufsgruppen

	Ärztliche Psychotherapeuten	Psychologische Psychotherapeuten	Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten
Insgesamt	3700	12300	2500
Psychodynamische Verfahren	3663	7995	1950
Verhaltenstherapie	7	4305	550

Neben den genannten Therapieformen gibt es weitere Angebote von Psychologen, Sozialpädagogen oder anderen speziell ausgebildeten Berufsgruppen (z. B. Krisenberatung, schulpsychologische Dienste, Beratungsstellen, Pflegedienste). Auch Spezialambulanzen stellen ein sinnvolles ambulantes Versorgungsangebot dar. Diese Art der Versorgung wird in folgenden Einrichtungen angeboten: in den Psychiatrischen Kliniken des Bezirkskrankenhauses Bayreuth, in der Depressionsambulanz am Sigmund-Freud-Institut in Frankfurt a. M. und der Spezialambulanz für Kinder depressiver Eltern am Institut für Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, ebenfalls in Frankfurt/M.

Zur angemessenen Dauer von Therapien ist festzustellen: Grundsätzlich sind auch Kurzzeittherapien zu befürworten. Häufig treten jedoch neben der Depression weitere psychische Störungen auf – darunter an erster Stelle Angststörungen, dicht gefolgt von Persönlichkeitsstörungen – und solche Krankheitsbilder erfordern dann weitergehende Behandlungsmethoden.

Messbare Erfolge

Der Erfolg ambulanter Therapie ist anhand verschiedener Studien zu belegen: Auch etwa sechs Jahre nach Therapieabschluss stellten die Patienten eine deutliche und nachhaltige Reduktion der Krankheitssymptome fest, deren Ausprägung sie über einen standardisierten Fragebogen einschätzten („Symptom-Checklist-90-R“). Bis zu 80% der Befragten stellten nach Therapieabschluss eine Verbesserung ihrer Leistungsfähigkeit und eine Stärkung ihrer sozialen Beziehungen fest. Krankenkassendaten zeigen außerdem, dass nach einer ambulanten Therapie die Krankheitstage bei Depressiven im Vergleich zur übrigen Bevölkerung zurückgingen.

Fazit und Ausblick

In einigen Bereichen der ambulanten Versorgung depressiver Erkrankungen besteht großer Bedarf. Es ist notwendig, die Weiterbildung speziell hierauf auszurichten. Hierzu gehören beispielsweise die Behandlung von Depressionen, die im Zusammenhang mit Fehlgeburten auftreten, die Behandlung von depressiven Säuglingen und Kindern, die angemessene Intervention bei schweren Adoleszenzkrise. Aber auch andere Altersgruppen bedürfen besonderer Behandlungsangebote: Krisen des mittleren Lebensalters und Depressionen im Alter erfordern spezielle Weiterbildung der Behandler.

Eine starke regionale und überregionale Vernetzung der Experten, wie sie z.B. im Frankfurter Depressionsnetzwerk, im Kompetenznetzwerk Depression, im Nürnberger Bündnis gegen Depression oder im Therapiezentrum für Suizidale (TZS in Hamburg) bereits umgesetzt ist, ist zu befürworten. Darüber hinaus ist die Bildung weiterer Netzwerke erforderlich, wobei auch „therapieschulenspezifische“ Grenzen überwunden werden sollten.

Die richtige Behandlung depressiver Erkrankungen lohnt sich: Ambulante Behandlung ist wissenschaftlich fundiert und erwiesenermaßen nachhaltig wirksam. Langzeitbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen können bei der Mehrheit der Patienten einen erneuten Ausbruch einer Depression verhindern. Wichtig ist aber vor allen Dingen, überhaupt und rechtzeitig intervenieren zu können. Angebote der Behandlung sollen vermehrt und frühzeitig genutzt werden.

Welches sind die institutionellen Ansatzpunkte für eine weitere Verbesserung des Behandlungsangebots? Die Kooperation existierender Netzwerke sollte intensiviert, die Zusammenarbeit zwischen ambulanten, stationären und Rehabilitationsangeboten verbessert werden. Unter Berücksichtigung neuer Felder sollte vor allem auch die Weiterbildung verbessert werden.

Stationäre Versorgungsangebote (Prof. Dr. med. Wolfersdorf)

Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Depressionsbehandlung ist in Deutschland in vier Modellvarianten zu finden:

1. in diagnose-gemischten allgemeinen Akutstationen bzw. Psychotherapiestationen von Kliniken für Psychiatrie;
2. in Kliniken für Psychotherapie und Psychosomatik, Typ Fachkrankenhaus;
3. in stationsübergreifenden Depressionsgruppen;
4. in störungsbezogenen Behandlungseinheiten, sog. „Depressionsstationen“, ausschließlich auf ein Störungsbild spezialisiert.

Messbare Erfolge

Zwei groß angelegte Studien haben der stationären Versorgung von depressiven Erkrankungen insgesamt gute Erfolge bescheinigen können („Qualitätssicherung der stationären Depressionsbehandlung 1998 – 2000“ und weitere Studien innerhalb eines Qualitätssicherungsprojektes der Landesärztekammer Baden-Württemberg). Dabei wurden sowohl Evaluationskriterien von Experten als auch solche von Patienten erfasst. Gemessen wurde der Behandlungserfolg unter anderem über einen Fragebogen („Hamilton-Depressions-Rating-Skala“ – HAMD), der die Schwere depressiver Symptomatik misst. Bei der Entlassung war die depressive Symptomatik gegenüber der Aufnahme deutlich zurückgegangen. Aus Sicht der Patienten hatte sich in etwa 80% der Fälle das Befinden stark verbessert. Beinahe alle Befragten würden die Klinik weiterempfehlen und selbst wiederkommen.

Es wurde auch die Einschätzung der Betroffenen zu den einzelnen Elementen der stationären Depressionsbehandlung erhoben. Folgende Behandlungsaspekte wurden dabei von den Patienten selbst als besonders sinnvoll beurteilt: einzeltherapeutische Gespräche, Bewegungstherapie, Ergotherapie, Gruppenpsychotherapie, Medikamente, Abstand von zu Hause, Entspannungstraining, soziale Kontakte, strukturierter Tagesablauf, Einbeziehung von Angehörigen.

Insgesamt ergeben bisherige Studien, dass eine Kombination verschiedener Behandlungsmethoden den besten Therapieerfolg erzielt. Im Hinblick auf die Effektivität liegt eine Kombination aus Pharmako- und Einzeltherapie an der Spitze, dicht gefolgt von Pharmakotherapie gepaart mit Gruppentherapie sowie einer Kombination aus allen drei Therapieformen. Letztere nahm jedoch am meisten Zeit in Anspruch. Bei allen hier aufgeführten Behandlungsangeboten war die Zufriedenheit der Patienten sehr hoch und unterschied sich kaum.

Bei der Frage nach Wirkung und Optimierungspotential der stationären Behandlung von Depressionen ist zunächst wichtig zu erheben, was dort überhaupt geschieht. Eine Umfrage unter 44 Depressionsstationen zeigt, wie die Behandlung konkret aussieht (Wolfersdorf, 2002):

- Auslastung der Behandlungsplätze (Stationen und Tagesklinikplätze): 97%;
- zur Verfügung stehen pro Station im Mittel 22,1 Betten;
- an integrierten Tagesklinikplätzen stehen durchschnittlich 3,5 Plätze pro Station zur Verfügung;
- im Jahr 2001 gab es 148,2 Aufnahmen pro Station;
- die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer betrug 54 Tage;
- Die Zahl der psychiatrischen Gespräche pro Patient pro Woche betrug 1–3 (inkl. Visiten und Oberarztgespräche); Einzelpsychotherapie fand 1-3 Mal pro Woche statt;
- Gruppenpsychotherapie fand 1-5 Mal pro Woche (Dauer: ca. 1 Std.) statt;
- es finden weitere Trainings statt: zur Selbstsicherheit, Entspannung und Gestaltung, Körpertherapie, Musiktherapie, Psychoedukation;
- auf drei Viertel aller Depressionsstationen findet Vermittlung von Wissen über die Störung für Angehörige statt, eine Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen findet bei der Hälfte der Stationen statt.

Hinsichtlich der Verteilung ist festzuhalten, dass sich ca. 20 – 25% der primär depressiv Erkrankten auf etwa 160 Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie verteilen.

Wie sieht das Patientenprofil aus? Patienten, die stationäre Behandlung in Anspruch nehmen, sind typischerweise weiblich, schwer depressiv und zum ersten Mal erkrankt. Das Alter liegt eher über vierzig Jahren. Bis zu einem Drittel der Aufgenommenen weist zusätzliche körperliche oder weitere psychische Erkrankungen auf. Bis zu 30 % der stationär behandelten Patienten hatten im Vorfeld einen Suizidversuch unternommen (Wolfersdorf et al. 1997, Sitta et al. 2005).

Ausblick

Zu den Zielen für die Optimierung der stationären Behandlung depressiv Erkrankter gehört es, weitere Kennzahlen der Versorgungsqualität zu erfassen und die Methoden des fairen Vergleichs umzusetzen. Zusätzlich sollten die Umsetzung von Leitlinien untersucht, Qualitäts-Management-Maßnahmen evaluiert und in die Praxis transferiert werden.

Mehr Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Therapieschulen ist erforderlich; hierzu sind bereits verschiedene Studien in Arbeit.

Weiter ist anzunehmen, dass eine Erhöhung der Behandlungsqualität im stationären Bereich durch eine Verbesserung der Strukturen in den Fachkrankenhäusern erreicht werden kann. Eine Verkleinerung der Großkliniken ist ein Schritt in die richtige Richtung; nach wie vor muss aber auch die „innere Differenzierung“ vorangetrieben werden, d.h. es muss mehr Spezialisten innerhalb der Fachkliniken geben. Hilfreich sind störungsspezifische Angebote, diese sollten daher weiterentwickelt werden. Organisatorisch hieße das für die Krankenhäuser die Orientierung an einem zweigleisigen Versorgungssystem – mit Allgemeinversorgung in den kleinen Häusern und spezieller Versorgung in den großen Häusern.

Wie kann die Position der Betroffenen und Angehörigen verbessert werden?

Prof. Dr. Dr. Martin Härter vom Universitätsklinikum Freiburg stellte gemeinsam mit Ursula Brand, die für den Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. sprach, Modelle vor, wie von depressiven Erkrankungen Betroffene und ihre Angehörigen stärker in Behandlungsentscheidungen eingebunden werden könnten. Als Weg dorthin wurde die Beteiligung der Betroffenen und ihrer Angehörigen an Therapieentscheidungen und eine bessere Kommunikation zwischen Experten und Betroffenen gesehen. Beide Referenten lieferten aus dieser Perspektive der gestärkten Patientenbeteiligung Vorschläge zur Verbesserung der Behandlungsqualität.

Bereits die Ausgangslage bei der Behandlung von Depression weist ein Verbesserungspotential auf:

- Verbesserte Erkennung und Differenzialdiagnostik
- Stärkere Leitlinienorientierung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen
- Stärkerer Einbezug von Patienten und Angehörigen bei Therapieentscheidungen
- Bessere Vernetzung von Leistungserbringern

Partizipative Entscheidungsfindung

Die bessere Einbindung der Betroffenen in Therapieentscheidungen kann über Verfahren der „partizipativen Entscheidungsfindung“ erreicht werden. Dabei treffen weder der behandelnde Experte noch der Betroffene eine Entscheidung alleine. Dem Patienten sollen Wissen und Informationen über Krankheit und Behandlungsmöglichkeiten vermittelt werden, damit ein gleichwertiges Verhältnis zwischen Arzt / Therapeut und Betroffenen entstehen kann. Befürchtungen und Erwartungen auf Seiten des Patienten werden exploriert und schließlich wird gemeinsam eine Entscheidung getroffen („Shared Decision Making“, Elwyn, G. et al. 2005).

Eine vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Hausarztstudie (2001 – 2004) zu Depression und Patientenbeteiligung hat zeigen können, dass durch eine aktive Beteiligung der Betroffenen im Entscheidungsprozess Diagnostik und ambulante Therapie der Depression verbessert werden. Die Intervention hat evidenzbasierte Patienteninformation, ein Training zur Umsetzung von Leitlinien, den Einsatz partizipativer Entscheidungsfindung und eine spezielle „Entscheidungshilfe Depression“ enthalten. Diese Maßnahmen hatten eine Erhöhung der Patientenbeteiligung, der Behandlungszufriedenheit, der Zuverlässigkeit bei der Therapie und – bei stärker beteiligten Patienten – sogar einen erhöhten Behandlungserfolg bewirkt. Dabei war entgegen vieler Befürchtungen die Konsultationszeit nicht gestiegen.

Maßnahmen zur Zielerreichung

Neben der Maßnahme zur partizipativen Entscheidungsfindung umfasst das nationale Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ mit seinen 6 Zielen und 24 Teilzielen insgesamt 86 Vorschläge zu Maßnahmen. Die Verteilung auf die einzelnen Aktionsfelder sieht dabei wie folgt aus (vgl. auch die Tabellarische Übersicht im Anhang dieses Informationsdienstes):

- Ziel 1: Aufklärung (2 Teilziele): 7 Maßnahmen;
- Ziel 2: Prävention (4 Teilziele): 32 Maßnahmen;
- Ziel 3: Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie (5 Teilziele): 11 Maßnahmen;
- Ziel 4: Stärkung der Patienten und Betroffenen (6 Teilziele): 12 Maßnahmen;
- Ziel 5: Rehabilitation (3 Teilziele): 13 Maßnahmen;
- Ziel 6: Versorgungsstruktur (4 Teilziele): 11 Maßnahmen.

Startermaßnahmen

Als Startermaßnahmen werden empfohlen: die Weiterentwicklung von evidenzbasierten Informationen – das umfasst z.B. Patienteninformationen, Leitlinien – und der Einsatz evaluierter Aus-, Fort- und Weiterbildungsprogramme zur partizipativen Entscheidungsfindung. Implementiert werden können die Maßnahmen über die Fortbildung der behandelnden Ärzte und Therapeuten, beispielsweise in bundesweiten Schulungen, zertifizierten Ärzteausbildungen oder über Beiträge in Fachzeitschriften. Als strukturelle Maßnahmen können Tagungen angeboten, Selbsthilfegruppen stärker einbezogen und entsprechende Öffentlichkeitsarbeit betrieben werden. Die kommunikativen Verfahren partizipativer Entscheidungsfindung sollen in die medizinische Ausbildung integriert werden. Als Kooperationspartner hierbei bieten sich z. B. die Deutsche Gesellschaft für medizinische Soziologie bzw. medizinische Psychologie e.V. oder der Lehrbereich Allgemeinmedizin an.

Auf Expertenebene kann die Behandlung durch eine stärkere Einbindung von Selbsthilfe- und Angehörigengruppen verbessert werden. Das erfordert spezielle Fortbildungsmaßnahmen zur partizipativen Entscheidungsfindung. Daneben muss ein stärkerer Transfer der partizipativen Entscheidungsfindung in die Praxis stattfinden, und auch die Forschung in diesem Bereich sollte unterstützt werden.

**Statement der Vertreterin des Bundesverbandes psychisch Kranker e.V.
(Ursula Brand)**

Ein Hauptproblem ist, dass der Weg vom Erkennen der Erkrankung zum Therapiebeginn zu lange dauert. Das liegt häufig an mangelndem Wissen und an der Hilflosigkeit der Angehörigen. Beim Erstgespräch sind Angehörige selten dabei, obwohl sie eine wichtige Unterstützung sowohl für den Patienten als auch für den Arzt oder Therapeuten sein könnten. Aus Sicht aller Betroffenen ist die finanzielle Sicherstellung von Patienten und von Familien- Selbsthilfe-Organisationen anzustreben. Aus Sicht der Familien ist eine bessere Vernetzung der Angebote zur Entlastung der Familien notwendig.

Aufklärung muss auf verschiedenen Ebenen erfolgen. Der Austausch zwischen Experten und Betroffenen soll intensiviert werden. Das erfordert jedoch einen Zuwachs sowohl an Informationsbereitschaft als auch an kommunikativer Kompetenz: Notwendig sind eine leicht verständliche Wissensvermittlung durch die Experten und eine Stärkung der Kommunikationskompetenz bei den Betroffenen.

Betroffene und Angehörige sollten zudem bei Behandlungsentscheidungen stärker eingebunden werden.

In Bezug auf Krisenintervention sind die flächendeckende Einrichtung von Krisendiensten, eine übersichtliche Darstellung der Angebote für den Umgang mit Krisensituationen und niedrigschwellige Hilfsangebote dringende Maßnahmen.

Was ist zu tun und wie geht es weiter?

Dr. med. Birgit Clever stellte als Vorsitzende der Arbeitsgruppe 9 im Forum Gesundheitsziele Deutschland – gesundheitsziele.de konkrete Startermaßnahmen zur Umsetzung der erarbeiteten Ziele ins Zentrum ihres Vortrages.

Die gesundheitspolitische und ökonomische Relevanz des Felds machen unmittelbar einsichtig, warum „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ als 6. nationales Gesundheitsziel ausgewählt worden ist. In zahlreichen Sitzungen hat die Arbeitsgruppe 9 im Konsens die bereits genannten sechs Aktionsfelder bestimmt (Aufklärung; Prävention; Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie; Stärkung der Patienten und Betroffenen; Rehabilitation; Versorgungsstrukturen) sowie Ziele, Teilziele und Maßnahmenvorschläge entwickelt. Ein einführender und orientierender Text zur vorliegenden und im Anhang der Publikation abgedruckten tabellarischen Übersicht ist in der Bearbeitung.

Folgende Organisationen sind in der Arbeitsgruppe 9 vertreten:

- Bundesministerium für Gesundheit, Länder, Kommunen
- Bundesärztekammer
- Bundespsychotherapeutenkammer
- Kassenärztliche Vereinigung
- Fach- und Berufsverbände der Ärzte und Psychotherapeuten
- Wissenschaftler
- Private und Gesetzliche Krankenkassen
- Deutsche Rentenversicherung Bund
- Pflegewissenschaft
- Selbsthilfe- und Patientenorganisationen
- Pharmazeutische Industrie

Die Zusammensetzung der Arbeitsgruppe weist darauf hin, dass die Konsensfindung im Zieleentwicklungsprozess nicht immer leicht ist. Bei der Suche nach pragmatischen Lösungen gehören Konflikte und Kompromisse auf dem Weg zu gemeinsamer Prioritätensetzung immer wieder zum Arbeitsprozess.

Dass dies gelungen ist, zeigen die Ergebnisse: Die konsentierten Arbeitsergebnisse der Gruppe sind im Teilnehmer-Handout dieser Veranstaltung in der ‚Tabellarischen Übersicht‘ zum Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen“ und den ‚10 Startermaßnahmen‘ nachzulesen (vgl. Anhang dieser Dokumentation).

Die Umsetzung dieser Maßnahmen im nationalen Gesundheitszieleprozess – das hat Dr. Herbert Rische in seinem Eröffnungsstatement bereits ausgeführt – erfolgt durch die beteiligten Akteure in Selbstverpflichtung.

Die Arbeitsgruppe 9 hat deshalb drei Botschaften an die Akteure im Gesundheitswesen formuliert:

1. Information, Aufklärung und Prävention steht vor Behandlung und Rehabilitation.
2. Betroffene und Angehörige sollen gestärkt werden, damit sie die Verantwortung und Steuerung für die Bewältigung ihrer Erkrankung und die Wiedereingliederung ins Berufsleben übernehmen können.
3. Vernetzte Versorgungsstrukturen müssen quantitativ und qualitativ auf die Behandlungs- und Versorgungsbedarfe abgestimmt sein.

Startermaßnahmen

Für den Beginn der Umsetzung schlägt die Arbeitsgruppe spezielle in ihrer Wichtigkeit gleichrangige „Startermaßnahmen“ unter Nennung potentieller Akteure vor.

Dabei kann die Arbeit bestehender Initiativen zur Umsetzung der hier formulierten Teilziele nutzbar gemacht werden.

Das „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ hat Informationsmaterial über Depression erstellt, das flächendeckend eingesetzt werden könnte.

Ein weiteres Beispiel für eine Startermaßnahme im Aktionsfeld Prävention ist die Betreuung der Kinder psychisch kranker Eltern. Die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen hat ein Flugblatt zur Depression bei Kindern und Jugendlichen entwickelt. In diesem Informationsmittel wird z.B. auf die besondere Schwierigkeit, diese Erkrankung bei jungen Patienten zu erkennen, aufmerksam gemacht.

Für das Aktionsfeld Versorgungsstrukturen ist der Vertrag zur Integrierten Versorgung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen zwischen der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK), der Hamburg-Münchener Ersatzkasse und der Paracelsus-Klinik in Bad Gandersheim eine exemplarische Startermaßnahme.

Die Hoffnung der Arbeitsgruppe 9 ist, dass es neben dem „Leuchtturm-Projekt“ Demenz auch Spielraum zur mittel- und langfristigen Bekämpfung von Depression gibt. Von 1000 Verträgen zur Integrativen Versorgung, die zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern abgeschlossen werden, beziehen sich nur ca. 20% auf psychische Erkrankungen. Bisher haben sich besonders DAK und Techniker Krankenkasse (TK) im Bereich der psychischen Erkrankungen engagiert.

Wenn das Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ erfolgreich umgesetzt werden soll, muss besonders Augenmerk auf den Übergang zwischen stationärer und ambulanter Versorgung gelegt werden. Verbesserungen in diesem Bereich sind zentral für eine bessere kurative und rehabilitative Versorgung der Bevölkerung. Zentral für eine bessere Erkennung von Depressionen, aber auch für präventive Ansätze dagegen ist, dass die Bedeutung dieser Erkrankung in der Allgemeinheit wie in Fachbereichen erkannt und berücksichtigt wird.

Beiträge der Partner im Gesundheitswesen zur Maßnahmenumsetzung des Gesundheitsziels – Diskussion

Zum Abschluss der Veranstaltung moderierte **Jürgen Zurheide** die Plenums und Podiumsdiskussion mit den Vertreterinnen und Vertretern der Politik, Kostenträger, Leistungserbringer und Wissenschaft. Thema der Diskussionsrunde war der Beitrag der einzelnen Akteure zur Maßnahmenumsetzung. An der Podiumsdiskussion nahmen teil:

Dr. Volker Grigutsch (BMG)

Dr. Bernhard Egger (AOK-Bundesverband)

Prof. Dr. Jürgen Fritze (Verband der Privaten Krankenversicherung)

Dr. Susanne Kleudgen (Kassenärztliche Bundesvereinigung)

Elke Slawski-Haun (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW)

Prof. Dr. Ulrich Hegerl (LMU München)

Die Podiumsteilnehmer waren sich darin einig, dass integrierte Versorgungsmodelle verstärkt genutzt und evidenzbasierte Leitlinien für die Versorgung depressiv Erkrankter entwickelt werden müssen. An der Umsetzung von Aufklärung wollen sich sowohl Krankenkassen, als auch private Krankenversicherungen, das Bundesministerium für Gesundheit sowie das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen beteiligen.

Positionen des AOK Bundesverbandes

Auf die Frage, was bei der Bekämpfung von Depression im Verantwortungsbereich der gesetzlichen Krankenkassen liege, betonte **Dr. Bernhard Egger**, Vertreter des AOK-Bundesverbandes, die Behandlung von Depression sei in Deutschland als Bestandteil des Versorgungskatalogs sichergestellt.

Im internationalen Vergleich schneide die Versorgung hierzulande gut ab. Als konkrete Schritte zur Bekämpfung von Depression haben die Krankenkassen bisher unter anderem die Stärkung der Integrierten Versorgung eingeleitet. In Niedersachsen sei beispielsweise das Projekt „Kontinuität der Behandlung“ angelaufen. Ein Bezugstherapeut begleite dabei den Patienten über die Behandlungsepisode und Sektorengrenzen hinweg nach Hause oder zur ambulanten Weiterbehandlung.

Ein anderer wichtiger Schritt zur Optimierung sei, die vielfältigen Behandlungsarten im Sinne der Optimierung „schulenübergreifend“ zusammenzuführen.

Eine weitere zentrale Maßnahme der gesetzlichen Krankenkassen sei die Öffentlichkeitsarbeit, die vor allem mit dem Ziel betrieben werde, die Angehörigen depressiv Erkrankter zu sensibilisieren. Gerade diese Informationen und dieses Wissen über die Erkrankung im Umfeld der Erkrankten könne die Behandlung „auf den Weg bringen“. Das große Problem bei Depressiven sei ja die unzureichende Wahrnehmung eigener Interessen, da müssten Angehörige unterstützend handeln. Zudem banalisiere die Öffentlichkeit das Problem Depression durch einen leichtfertigen Einsatz dieses Begriffes in der Alltagssprache. Eine tatsächlich vorliegende klinische Depression sei dagegen immer noch schwer aufzudecken.

Die Frage des Moderators, ob Kostenzwänge dabei keine Rolle spielen würden, beantwortete Dr. Egger mit dem Hinweis, dass die richtige Passung zwischen Behandlungsmethode, Erkrankung und Individuum zu einer Kostenreduktion führe. Denn nur bei einer optimalen Abstimmung trete die Gesundung schnell ein. Weiterhin erforderlich sei auch eine Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinien und eine Fortführung der Leitlinien-Diskussion. Dazu sei ein Zuwachs an evidenz-basierter Erkenntnis erforderlich.

Positionen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung

An den Vertreter der Privaten Krankenversicherung, **Prof. Dr. Jürgen Fritze**, richtete sich die Frage nach Unterschieden zwischen gesetzlicher und privater Finanzierung der Psychotherapie. Prof. Dr. Fritze unterstrich, dass private Versicherer psychische Erkrankungen generell in der Versorgung erfassten. Aber auch hier gebe es abhängig vom individuellen Versicherungsvertrag eine Kontingentierung z.B. auf 30 Sitzungen im Jahr. Er wies darauf hin, dass Privatversicherte überproportional Leistungen wegen psychischer Erkrankungen in Anspruch nehmen. Dies liege seiner Ansicht nach aber nicht nur daran, dass eine gegebene Risikoabsicherung auch genutzt werde. Er vermute vielmehr, dass soziodemographische Eigenschaften privater Versicherter (wie z.B. ein höherer Bildungsstand) zu einer rationaleren Inanspruchnahme des Versorgungsangebotes führten. Dies sei zwar für den Versicherer zunächst teurer, aber medizinisch sinnvoll.

Auf die notwendige sektorenübergreifende Zusammenarbeit der Beteiligten angesprochen, wies Prof. Fritze darauf hin, dass es nicht in der Macht der Privatversicherer stehe, hier einzugreifen. Privatversicherer seien in ihrer Vertragsfreiheit durch den Gesetzgeber eingeschränkt und könnten nur im Rahmen von „Disease Management“ und „Case Management“ intervenieren. In welchem Maße dies geschehe, sei auch vom Wettbewerb zwischen den Privatversicherungen bestimmt.

Aufklärung über depressive Erkrankungen sei auch bei den privaten Krankenversicherungen ein wichtiges Anliegen – auch wenn bereits eine größere Aufgeschlossenheit der privat Versicherten bestehe, entsprechende Behandlungsangebote wahrzunehmen. Wünschenswert sei in jedem Fall, für die Öffentlichkeitsarbeit zukünftig wirksamere und ansprechendere Mittel nutzen zu können.

Positionen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Dr. Susanne Kleudgen von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung betonte nochmals die Bedeutung der Depression. In Bezug auf eine Verbesserung der frühen Erkennung von depressiven Erkrankungen und insbesondere der diagnostischen Situation bei den Hausärzten regte sie den routinemäßigen Einsatz von Kurz-Fragebögen – so genannten „Screenings“ – in den Praxen an, denn gute Diagnostik sei als Voraussetzung für eine frühzeitige Erkennung der Störung unabdingbar.

Daneben müsste aber auch die Kompetenz des Patienten erhöht werden, Symptome der Erkrankung selbst zu erkennen.

Um die rechtzeitige Weiterüberweisung indizierter Fälle sicherstellen zu können, sei vor allem auch eine bessere Vernetzung der Behandlungsebenen notwendig. Als wichtiger Beitrag von kassenärztlicher Seite sei darüber hinaus die Integration von Leitlinien in die hausärztliche Versorgung zu sehen. Neben diesen beiden Punkten der Vernetzung und Leitlinienumsetzung stellten integrierte Versorgungsprogramme das wichtigste Ziel dar.

Weiterhin sei zu diskutieren, ob sich Depression für ein Disease-Management-Programm eigne, d.h. für den flächendeckenden Einsatz entsprechender Maßnahmen.

Beiträge aus dem Plenum

Prof. Dr. Linden führte aus, er sehe aus seiner Perspektive der Versorgungsforschung keinen hohen Qualifizierungsbedarf bei den Hausärzten. Hier würde mit der Annahme von Defiziten oft übertrieben. Eine Studie, die die Entwicklung „nicht-erkannter“ depressiver Patienten untersucht habe, habe gezeigt, dass eine Überversorgung ebenso Schaden anrichten könne wie die Mangelversorgung.

Dagegen wandte Prof. Dr. Hegerl ein, es würden z. T. schwerste Depressionen in der primärärztlichen Versorgung übersehen. Er sehe in diesem Bereich sehr wohl noch einigen Handlungsbedarf.

Prof. Dr. Fritze ergänzte hierzu, nur 7% derjenigen Personen, die laut Indikation das suizidpräventive Lithium bekommen sollten, würde es auch verschrieben.

Als Vertreter der Arbeitsgruppe 9 formulierte Prof. Dr. Hegerl noch einmal die Erwartungen an die Politik. Depression weise einen großen Optimierungsspielraum in Diagnose und Behandlung auf, der bei anderen Erkrankungen wie der Demenz so nicht gegeben sei. Deshalb sollte Depression mehr Aufmerksamkeit erfahren. Auf europäischer Ebene seien bereits Schritte in diese Richtung unternommen worden. Weitergetrieben werden müssten auch die regionalen Bündnisse, hier wäre fortdauernde Unterstützung durch Politik und Krankenversicherungen sehr hilfreich. Das „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ sei beispielsweise vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) finanziert und zusätzlich von der AOK Bayern unterstützt worden.

Ob die Krankenkassen auch in Zukunft solche Forschungsprojekte fördern könnten, wollte Prof. Dr. Hegerl von Dr. Egger wissen. Dieser sagte generell Unterstützung zu, wies aber auch darauf hin, dass er keine konkreten Angaben machen könne. Gesetzliche Krankenkassen unterlägen in Bezug auf Finanzierung klaren gesetzlichen Rahmenvorgaben. In erster Linie könnten Selbsthilfe und Öffentlichkeitsarbeit gefördert werden.

Verantwortungsbereich der Politik

Dr. Volker Grigutsch vom Bundesministerium für Gesundheit sah die Rolle der Politik in erster Linie darin, einen Konsens zwischen den unterschiedlichen Beteiligten herzustellen. Wichtig sei seiner Meinung nach auch, dass gesundheitspolitische Gestaltung nicht nur den Krankenversicherungen überlassen bleibe. Konkret sehe er Aufgabenbereiche des BMG in der Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit, um zu einer Entstigmatisierung depressiver Erkrankungen beizutragen. Darüber hinaus liege die Verantwortung des BMG in der Sicherstellung präventiver Maßnahmen und – generell – im Anstoßen von Initiativen.

Das Präventionsgesetz sei Bestandteil der neuen Koalitionsvereinbarungen; die Instrumente dieses Gesetzes könnten genutzt werden. Zudem solle Integrierte Versorgung in Zukunft verstärkt gefördert werden.

In der offenen Diskussion forderte Prof. Dr. Dr. Härter eine Unterstützung des BMG, die über die Bereiche Integrationsversorgung und Kommunikation hinausgehe. Dr. Grigutsch unterstrich daraufhin, die Umsetzung von Maßnahmen müsse durch die Beteiligten erfolgen, das BMG könne eine Umsetzung nicht finanzieren.

Elke Slawski-Haun vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen wies auf die Bedeutung und Notwendigkeit einer Plattform auf Länderebene für die verschiedenen Akteure hin. Da das Land jedoch weder Kostenträger noch Leistungserbringer sei, liege seine Verantwortlichkeit im Gesundheitszieleprozess in erster Linie in der Motivation und Moderation. Motivation könne z.B. in Form einer Auslobung und Vergabe von Preisen erfolgen; das „Düsseldorfer Bündnis gegen Depression“ habe beispielsweise im Jahr 2005 den Gesundheitspreis des Landes erhalten. Zusätzlich sehe sie Möglichkeiten – beispielsweise in Form von Internetportalen – Öffentlichkeitsarbeit zu unterstützen. Zurzeit würden Gesundheitsportale entwickelt, die dem Thema Depression große Aufmerksamkeit widmen.

Beiträge aus dem Plenum

Prof. Dr. Hegerl ergänzte eine These über den Wirkmechanismus von Öffentlichkeitsarbeit: Zwar könne über Öffentlichkeitsarbeit das „Stigma“ einer psychischen Erkrankung nicht schnell aufgehoben oder die Einstellung von Nicht-Betroffenen verändert werden; öffentliche Kampagnen hätten aber insofern positive Effekte, als das „gefühlte Stigma“ der Betroffenen vermindert werde. Auf diesem Wege könne ihr Selbstbewusstsein gestärkt und Selbsthilfe angeregt werden. Zudem sei es wichtig, gegen falsche Überzeugungen in der Öffentlichkeit – wie „Antidepressiva machen süchtig“ – anzugehen.

Dr. Grigutsch merkte an, dass auch, wenn nur das Leuchtturmprojekt Demenz Eingang in die Koalitionsvereinbarung gefunden habe, weiterhin Förderungen des BMG in anderen Bereichen, wie z. B. Depressionen, stattfinden werden.

Dr. Clever wies auf eine zukünftige Zunahme in der Morbidität psychischer Erkrankungen und insbesondere der Depression hin. Die Frage, wie dieser Entwicklung in der Versorgung der Patienten Rechnung getragen werden könne und wie Geldflüsse entsprechend gesteuert werden sollten, sei bedenkenswert.

Neben der genauen Passung von Behandlungsart und Patient seien, so Dr. Egger, Psychotherapie-Richtlinien erforderlich. Hierfür müssten aber mehr evidenzbasierte Erkenntnisse über die Erkrankung zur Verfügung stehen. Dem stimmte Prof. Dr. Fritze zu, de facto seien diese Richtlinien aber in Deutschland noch nicht weit entwickelt. Das Problem bei einer direkten Beteiligung der Privatversicherer an der Ausarbeitung von Leitlinien sei, dass eventuell andernorts ihre Unparteilichkeit nicht mehr gegeben sei. Aus diesem Grund und um eine möglichst schnelle Entwicklung zu erzielen, sollten Leitlinien von den Fachgesellschaften aller beteiligten Disziplinen, im Konsens mit den Berufsverbänden, Angehörigen und Selbsthilfegruppen, im Sinne der S3-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften (ABMF) adaptiert werden. Der Entwicklungsstand sei in der Praxis noch nicht weit, bisher würden erst etwa 15 Leitlinien den S3-Standard erfüllen.

Auch Dr. Kleudgen wertete die Integration spezieller Leitlinien in die hausärztliche Versorgung als besonders wichtigen Punkt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bundesärztekammer und AWMF hätten bereits ein nationales Versorgungsleitlinienprogramm aufgelegt. Unter der Geschäftsführung des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin seien alle Leitlinien, die sich auf Depression bezögen, evaluiert worden. Jetzt werde zusammen mit der S3-Leitlinie eine nationale Depressions-Leitlinie entwickelt, die standardisierte, evidenzbasierte Kriterien zugrunde lege. Daneben dürfe die Bedeutung von Patientenleitlinien, die Aspekte der Krankheitsbewältigung beinhalten, nicht unterschätzt werden.

Dem schloss sich Prof. Dr. Fritze an, betonte aber nochmals, dass es seiner Ansicht nach wichtig sei, die Leitlinienerstellung auf Ebene der Fachgesellschaften und Betroffenen zu belassen und zusätzlich die Qualität der Leitlinien auch extern überprüfen zu lassen.

An Prof. Dr. Hegerl richtete sich daraufhin die Frage, wie weit die Fachgruppen in Bezug auf die Leitlinienentwicklung fortgeschritten seien. Dieser bestritt nicht, dass man dabei noch vom Ziel entfernt sei, da es immer langwierig sei, einen Konsens herzustellen. Neben der Erstellung von Leitlinien sei aber auch ihre Umsetzung problematisch, da sie von niedergelassenen Kollegen selten gelesen würden. Er schlug vor, sich in Zukunft nicht auf die reine Verteilung von Leitlinien zu beschränken, sondern diese stärker in die Fortbildung einzubinden.

Dr. Anke Bramesfeld von der Medizinischen Hochschule Hannover lobte die konkrete Ausarbeitung der Ziele und Maßnahmen, sie fragte nach der Evaluation und danach, welche Indikatoren zur Messung des Therapieerfolges eingesetzt würden. Dr. Kleudgen dankte für diese Anregung und unterstützte die Forderung nach einer Überprüfung des Therapieerfolges, wies jedoch darauf hin, dass es bei der Evaluation nach wie vor messtechnische Probleme gebe. Auch international werde dieses Thema immer wieder diskutiert. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung diskutiere derzeit, über alle Beteiligte ein „Core-Set“ an Indikatoren festzulegen, um alle Aspekte der ambulanten Versorgung mittels Qualitätsindikatoren messen zu lassen.

Prof. Dr. Fritze stellte klar, dass Evaluation ein Kernbestandteil des gesamten nationalen Gesundheitszieleprozesses sei. Es gebe eine eigene Arbeitsgruppe „Evaluation“. Diese würde auch auf den Einsatz sparsamer Indikatoren achten.

Petra Baumann-Frankenberger sprach die unzureichende Bedarfsplanung hinsichtlich des Therapieangebotes an. In Köln z.B. könne man sich trotz bestehenden Bedarfs nicht mehr niederlassen. Vor allem in Bezug auf die Therapie von Kindern und Jugendlichen bestehe ein Versorgungsnotstand. Dr. Egger entgegnete, dass hier zwischen der Versorgung im Erwachsenen- und im Kinder- und Jugendbereich unterschieden werden müsse. Für letzteren gebe es in Deutschland zu wenig ausgebildete Spezialisten, das müsse auch in der Ausbildung entsprechend berücksichtigt werden. Bezüglich der Zulassungsbeschränkung fügte er an, es solle bedacht werden, dass durch das Gesundheitssystem eine flächendeckende Versorgung sichergestellt werden müsse. Städtische Regionen seien gut versorgt, ländliche Regionen dagegen stark unterversorgt.

Zusammenfassung und Schlusswort

Der Moderator Jürgen Zurheide fasste als Ergebnis zusammen, dass die Beiträge den großen individuellen Leidensdruck bei Depression ebenso veranschaulicht hätten wie die enorme gesellschaftliche Herausforderung, die in der Verbreitung depressiver Erkrankung liege. Zugleich eröffneten sich gerade in diesem Krankheitsfeld viele Spielräume zur Verbesserung durch geeignete Maßnahmen. Ziel sollte es deshalb sein, die Wege zu verbessern und zu vereinfachen, damit an Depression Erkrankte zeitgerecht eine angemessene Behandlung erhalten. Für die Erfolgchancen, wie sie die Veranstaltung aufgezeigt habe, lohne es sich, Hürden bei der Ressourcenmobilisierung zu überwinden.

Dr. Sibylle Angele, die Geschäftsführerin der GVG, knüpfte hier mit ihrem Schlusswort an. Sie betonte, wie wichtig die zielorientierte Vernetzung von Maßnahmen und Initiativen sei. *gesundheitsziele.de* – das Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland habe es sich zur Aufgabe gemacht, genau diese Art der Vernetzung zu initiieren und zu moderieren. Dies könne aber nur mit dem Engagement und der Mithilfe aller Akteure gelingen. In diesem Sinne dankte Dr. Angele nochmals allen Beteiligten, die – in ehrenamtlicher Arbeit und mit großem Einsatz – eben diese Zusammenarbeit hergestellt hätten. Wichtige Gesundheitsziele seien bereits verabschiedet und auch zur Evaluation lägen erste Ergebnisse vor.

Nun sei es gerade auch für das Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ wichtig, mit seiner Umsetzung zu beginnen. Der vorgelegte Ziele- und Maßnahmenkatalog stelle hierfür ein integratives Handlungsgerüst dar. Im Mittelpunkt stehe die Selbstverpflichtung der Akteure, die – nach dem „Bottom-Up“-Prinzip – ihre Aktivitäten an im Konsens verabschiedeten Zielen orientieren. Zur Stärkung dieses Ansatzes sei eine komplementäre „Top-Down-Bewegung“ aber sinnvoll und wünschenswert. Aus diesem Grund hoffe man auch weiterhin auf die – sachliche, politische und finanzielle – Unterstützung des Gesundheitsministeriums.

Ein an vereinbarten gemeinsamen Zielen orientiertes, koordiniertes Vorgehen auf allen Handlungsebenen stelle in einem System mit vielen Akteuren einen Erfolg versprechenden Weg dar. Die Verbreitung von Wissen und Information über den Bereich Depression sei hier ein wichtiger und grundlegender Schritt.

Dr. Angele appellierte an alle, das Wissen um das Gesundheitsziel nach außen zu tragen, die Zielorientierung im eigenen Zuständigkeitsbereich zu fördern und sie in Handeln umzusetzen. Damit könne die zweifache Zielsetzung, wie sie im Mittelpunkt der Veranstaltung gestanden habe, erfolgreich angegangen werden: die Umsetzung des krankheitsbezogenen Gesundheitsziels „Depressive Erkrankungen“ und des strukturellen Ziels „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken“.

6. nationales Gesundheitsziel

Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln

Tabellarische Übersicht

- verabschiedet vom Ausschuss am 20. Oktober 2005
- vorgestellt am 28. November 2005
in Berlin auf der GVG - Veranstaltung „Depression: verhindern · erkennen · behandeln“

Gesundheitsziel: „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“

Tabellarische Übersicht

Ziel 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.

Teilziele	Maßnahmen
<p>1.1 Allgemein verfügbares Wissen über depressive Erkrankungen und Suizidalität, Rezidivgefahr und Chronifizierung sowie über Behandlungsmöglichkeiten und Hilfsangebote ist vorhanden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in der breiten Bevölkerung - bei Schlüsselpersonen (z.B. Führungskräfte, Pfarrer, Lehrer, Pflegekräfte, Behindertenbeauftragte) - bei Institutionen wie beispielsweise Versorgungs- und Gesundheitsämtern, Arbeitsagenturen, Sozialen Diensten und Medien - in der Arbeitswelt - bei Betroffenen und ihren Angehörigen 	<ul style="list-style-type: none"> - Entwicklung und Verbreitung von qualitätsgesicherten, zielgruppenspezifischen und massenwirksamen Informationen über das Krankheitsbild Depression und die Behandlungsmöglichkeiten (z.B. Entwicklung von Broschüren und Plakaten; Durchführung von massenwirksamen Kampagnen, z.B. durch die BZgA) - Initiierung von regionalen Bündnissen gegen Depression (z.B. Nutzung bestehender Erfahrungen, vorhandener Materialien und Konzepte); Durchführung von Schulungsprogrammen in Verbindung mit Train-the-Trainer-Konzepten (insbes. Initiierung von Fortbildungsveranstaltungen mit den entsprechenden Institutionen und Berufsgruppen) - Sicherstellung ausreichender Informationsvermittlung über depressive Erkrankungen in den Ausbildungscurricula der Schlüsselgruppen - Entwicklung gezielter Kooperationen mit Medien (z.B. Erstellung eines Leitfadens für die Medienarbeit, Einbeziehung der Medien in regionale Bündnisse gegen Depression) - Einbeziehung in das betriebliche Gesundheitsmanagement - Ausbau von qualitätsgesicherten (womöglich zertifizierten) Internet- und Patienteninformationssystemen zu depressiven Erkrankungen mit Hinweis auf regionale Beratungs-, Behandlungs- und Selbsthilfeangebote
<p>1.2 Eine unterstützende, verständnisvolle Haltung gegenüber Betroffenen und ihren Angehörigen ist vorhanden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Initiierung massenmedialer Kampagnen zur Entstigmatisierung depressiver Erkrankungen

Ziel 2 Prävention

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

Teilziele	Maßnahmen
<p>2.1 Die Risikofaktoren für depressive Erkrankungen sind reduziert:</p> <ul style="list-style-type: none">- beim Individuum (z.B. bei bestimmten akuten, chronisch körperlichen und psychischen Krankheiten, die das Erkrankungsrisiko erhöhen; bei Multimorbidität)	<ul style="list-style-type: none">- Verbreitung von Informationen und Selbsthilfestrategien über das Internet- Frühzeitige und rasche Behandlung von Erkrankungen, die als Risikofaktoren für depressive Erkrankungen gelten (z.B. Angststörungen, chronischer Schmerz)- Psychotherapeutische Interventionen für Angstpatient(inn)en, besonders für Kinder und Jugendliche und junge Erwachsene- Bei der Versorgung von multimorbiden und chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten routinemäßige Untersuchung auf depressive Störung
<ul style="list-style-type: none">- in der Familie (z.B. bei Gewalt-, Vernachlässigungs- und Missbrauchserfahrungen, bei Belastung durch psychische Erkrankung eines Elternteils, bei Belastung durch kritische Lebensereignisse wie z.B. Scheidung, bei Belastung durch den Tod eines nahen Angehörigen)	<ul style="list-style-type: none">- Familieninterventionsmaßnahmen bei psychischer und körperlicher Erkrankung eines Elternteils- Angebote für Alleinerziehende- Angebote zur flächendeckenden Unterstützung der Kinder psychisch kranker Eltern- Angebote zur Gewaltprävention für Jugendliche- Angebote für junge Mütter und Familien (Früherkennung von Postpartumdepressionen, Reduktion von besonderen Belastungssituationen; Umgang mit Schreibabys etc.)- Angebote für Eltern, Lehrkräfte und Erzieherinnen/Ehrzieher zum Umgang mit impulsiven und aggressiven Kindern- Angebote für pflegende Angehörige
<ul style="list-style-type: none">- im sozialen Umfeld und in der Umwelt (z.B. bei frühem Substanzmittelmissbrauch, bei Gewalt- und Missbrauchserfahrung, bei Traumatisierung)	<ul style="list-style-type: none">- Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention von Substanzmittelmissbrauch bei Jugendlichen- Einrichtung von Trauma-Ambulanzen und Opferschutzprogrammen

<p>- unter bestimmten sozioökonomischen Bedingungen z.B. bei Arbeitslosigkeit, bei Armut, bei Wohnungslosigkeit)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Spezifische Betreuungsangebote für Obdachlose und Angebote zur Wiedereingliederung, insbesondere für junge Erwachsene - Wohnortnahe Angebote zur Förderung der Aktivität für vereinsamte Menschen - Wohnortnahe und aufsuchende Angebote zur Förderung der Aktivität für ältere und alte Menschen - Angebote für Arbeitslose (z.B. Förderung von Selbsthilfeinitiativen, psychosoziale Angebote)
<p>- am Arbeitsplatz (z.B. bei physischer und/oder psychischer Überforderung bedingt durch Konflikte)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Betriebliche Gesundheitsförderung, Einrichtungen von Steuerungskreisen: Ermittlung von Belastungen und deren Beseitigung am Arbeitsplatz - Schulung von Führungskräften, Betriebsärzt(inn)en, Sicherheitsfachkräften und Betriebsrät(inn)en zu Risikofaktoren von Depression und deren Präventionsmöglichkeiten - Etablierung von Supervision für Angehörige helfender Berufe
<p>- in Heimen und institutionellen Wohnformen z.B. bei inaktivierenden Organisationsformen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ermöglichung selbst bestimmten Wohnens
<p>2.2 Die Rate an Suiziden und Suizidversuchen ist gesenkt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aufklärung von im Gesundheitssystem tätigen Personengruppen über Suizidalität als Symptom depressiver Erkrankungen und deren Behandelbarkeit (Suizid ist nicht Freitod) - Entschärfung von Orten mit hohen Suizidraten (z.B. Brücken, offene Türme) - Reduktion der Suizidalität induzierenden Medienberichte (Verbesserung der Medien-Selbstkontrolle, rasche und konzertierte Reaktion auf negative Medienberichte, Information der Medien über den Werther-Effekt)
<p>2.3 Unnötige Frühverrentungen, Erwerbsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit und allgemeine Partizipationsprobleme als Risikofaktor für Chronifizierung aufgrund von depressiven Erkrankungen sind reduziert.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Präzisierung der Kriterien zur Feststellung von Arbeitsunfähigkeit und ihre kritische Anwendung im Einzelfall unter Berücksichtigung von Kontraindikation - Maßnahmen zur gestuften Aktivierung und zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit und des sozialen Umfelds - Frühzeitige Einleitung gezielter Rehabilitationsmaßnahmen

2.4 Die protektiven, gesundheitsfördernden (salutogenen) und kompensatorischen Faktoren für depressive Erkrankungen sind gestärkt: z.B. das Vorhandensein von Resilienz (psychische Widerstandsfähigkeit), sozialer Kompetenz, Problemlösefähigkeiten und sozialer Unterstützung.

- Angebote zur Förderung der psychischen Gesundheit, z.B. Settingprojekte in Kindertagesstätten, Schulen und Senioreneinrichtungen mit Blick auf den Umgang mit und Abbau von Belastungssituationen (Stress, Mobbing, Gewalt etc.)
- Angebote zur Förderung elterlicher Erziehungskompetenz
- Angebote zur Förderung von sozialer Kompetenz in der Schule sowie Stressbewältigungsangebote für Kinder
- Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung (z.B. Trainings zur Sensibilisierung der Führungskräfte, Stressbewältigungstrainings)
- Angebote zur Förderung der psychischen Gesundheit im Alter

Ziel 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.

Teilziele	Maßnahmen
3.1 Bei den Primärversorgern, in der Pflege und in den Beratungsstellen ist die Kompetenz, depressive Erkrankungen zu erkennen und mit ihnen umzugehen, vorhanden. Risikogruppen sind bekannt.	- Entsprechende Lehrinhalte werden in der Ausbildung, in zertifizierten Fort- und Weiterbildungen vermittelt.
3.2 Bei Bedarf findet die Überweisung zu einer fachärztlichen / psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung im Rahmen fachübergreifender Kooperationsformen zeitnah, barrierefrei und unter Berücksichtigung differentieller Indikationsstellung statt.	- Vernetzte Versorgungsstrukturen werden geschaffen, wodurch Patientinnen und Patienten schnell und effizient versorgt werden. Regelungen für Übergänge im Behandlungsverlauf durch Kooperationen der verschiedenen Versorgungs- und Beratungseinrichtungen werden getroffen.
3.3 Die Qualität einer umfassenden, evidenzbasierten, medikamentösen, psychotherapeutischen und ergänzenden Therapien ist gesichert.	- Bedarfsgerechte fachgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung ist flächendeckend gewährleistet. - Zeitlich angemessene psychotherapeutische und/oder pharmakologische Erhaltungstherapie zur Verhinderung von Rezidiven - Qualitätszirkel und Fortbildung zu depressiven und allgemein zu psychischen Erkrankungen
- Akut depressive Patientinnen und Patienten, insbesondere Suizidgefährdete sowie Patientinnen und Patienten mit chronischen und rezidivierenden Depressionen werden schnell, umfassend und angemessen unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte versorgt	- Verbesserung der psychopharmakologischen und psychotherapeutischen Notfallversorgung für suizidale Patientinnen und Patienten, insbesondere durch eine verstärkte Zusammenarbeit von stationären und ambulanten Einrichtungen

<p>3.4 Wissenschaftlich anerkannte und klinisch wirksame Behandlungsverfahren im ambulanten und stationären Bereich werden angewendet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Abstimmung, regelmäßige Aktualisierung und Umsetzung von evidenzbasierten Leitlinien, Versorgungsleitlinien und Behandlungspfaden
<p>3.5 Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen mit depressiven Erkrankungen erhalten eine umfassende und angemessene Versorgung.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Spezielle Fort- und Weiterbildungsangebote für Mitarbeiter in Beratungsstellen - Verbesserte Zusammenarbeit zwischen Behandelnden und Institutionen wie z.B. Schulen, Kindergärten, Jugendämtern, Sozialpsychiatrische Dienste, Trägern der Freien Wohlfahrtspflege - Verbesserung der psychotherapeutischen und ggf. psychopharmakologischen Versorgung für Kinder und Jugendliche - Spezielle Fort- und Weiterbildungsangebote für Pflegekräfte

Ziel 4 Stärkung der Patienten und Betroffenen

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

Teilziele	Maßnahmen
4.1 Die Kommunikation zwischen Patient(inn)en und Behandelnden ist verbessert.	<ul style="list-style-type: none">- Praxisbezogene und wiederholte Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Behandelnde (Ärztinnen/Ärzte, Psychotherapeut(inn)en, Pflegekräfte sowie Mitarbeiter(innen) in Beratungs- und Versorgungseinrichtungen) zum Erwerb und zur Vertiefung kommunikativer Kompetenzen für den Umgang mit depressiv Erkrankten und deren Angehörigen
4.2 Partizipative Entscheidungsfindung (PEF, shared decision making) bei depressiven Erkrankungen findet flächendeckend, fach- und sektorenübergreifend statt.	<ul style="list-style-type: none">- Schulungsmaterialien und -programme für Patientinnen und Patienten über den Verlauf, die Behandlung und den Umgang mit der Erkrankung sowie zum Erkennen von Frühwarnsymptomen bei Rückfällen, zielgruppenspezifisch konzipiert und den kognitiven Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten angepasst, auch in relevanten Fremdsprachen- Für Laien verständliche Informationsmaterialien und Entscheidungshilfen zu Behandlungsalternativen (medikamentöse und / oder psychotherapeutische Behandlung) unter Nennung der Risiken und Prognosen- Aufklärung und Fortbildung von Behandelnden zu Fragen der Einbeziehung von Patientinnen und Patienten und Angehörigen in Therapieentscheidungen- Vermittlung besonderer Gesprächskompetenzen zur Erhebung der individuellen, subjektiven Krankheitskonzepte und Kontrollerwartungen der Patient(inn)en und ihrer Angehörigen, mit dem Ziel einer gemeinsam getragenen Entscheidungsfindung
4.3 Partner, Familie und soziales Umfeld der Patientin oder des Patienten sind in die Behandlung einbezogen.	<ul style="list-style-type: none">- Informationsmaterialien für die Familie und das soziale Umfeld der Patientin oder des Patienten, auch in Fremdsprachen für die wichtigsten Migrantengruppen- Partner- und Familienworkshops in Kliniken und Beratungsstellen
4.4 Organisationen der Patienten- und Angehörigen-Selbsthilfe sind an Entscheidungen zu Fragen der Versorgung von depressiv Erkrankten beteiligt.	<ul style="list-style-type: none">- Entwicklung strukturierter Behandlungsprogramme und Projekte der Integrierten Versorgung unter Beteiligung von Patienten- und Selbsthilfeorganisationen

4.5. Selbsthilfegruppen und deren Aktivitäten werden von den Behandelnden aktiv unterstützt.	<ul style="list-style-type: none">- Hinweis auf Selbsthilfegruppen in Kliniken und Praxen- Fachliche Beratung und organisatorische Unterstützung der Selbsthilfegruppen durch Behandelnde aus dem stationären und ambulanten Bereich- Unterstützung der Selbsthilfe bei ihrer Qualitätssicherung der Selbsthilfeangebote durch Behandelnde (z.B. Vorträge)
4.6 Organisationen der Selbsthilfe schaffen Transparenz hinsichtlich ihrer Struktur und Angebote.	<ul style="list-style-type: none">- Entwicklung und Veröffentlichung von Qualitätskriterien durch die Selbsthilfe zur Orientierung für betroffene Patientinnen und Patienten, ihre Angehörigen und professionelle Helferinnen/Helfer

Ziel 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.

Teilziele	Maßnahmen
5.1 Regulative Voraussetzungen für Rehabilitation bei Langzeiterkrankungen sind gegeben.	<ul style="list-style-type: none">- Entwicklung wissenschaftlich evaluierter Indikationskriterien für die Zuweisung zur Rehabilitation- Anpassung der Richtlinien und Schulung der Ärztinnen/Ärzte, damit psychische Erkrankungen bezüglich der Zuerkennung von Behinderungsgraden (Grad der Behinderung, Minderung der Erwerbstätigkeit) gleichrangig wie körperliche Erkrankungen behandelt werden.- Optimierung der Richtlinien für die Arbeitsunfähigkeit im Sinne einfach anzuwendender Beurteilungsalgorithmen für Fähigkeitsstörungen gemäß der Klassifikation der Funktions- und Fähigkeitsstörungen (ICF -International Classification of Functioning, Disability and Health)- Forderung von Wirksamkeitsnachweisen für die Langzeitwirksamkeit von Antidepressiva auch bezüglich Fähigkeitsstörungen für die Arzneimittelzulassung
5.2 Eine koordinierte, differenzierte und kontinuierliche Langzeitbehandlung ist gesichert.	<ul style="list-style-type: none">- Schaffung der Dokumentationsvoraussetzungen, damit bei Langzeitbehandlungen Behandelnde auf Erfahrungen von Vorbehandlungen zurückgreifen können.- Koordinierung von niedergelassenen Ärzt(inn)en, Krankenhäusern bzw. Fachabteilungen, Rehabilitationseinrichtungen und Selbsthilfegruppen stärken- Rehabilitation depressiv Kranker als Lerninhalt der Aus-, Weiter- und Fortbildung für Ärztinnen/Ärzte und andere Berufsgruppen- Etablierung von Maßnahmen zur Förderung der Lebensqualität (Salutotherapie) depressiv Erkrankter als bedeutsamer Teil ärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung

5.3 Depressiv Kranken ist es möglich, entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit am Erwerbsleben teilzunehmen.

- Schulung von Arbeitgeber(inn)n und Betriebsärzt(inn)en im Umgang mit depressiven Menschen bezüglich deren beruflicher Einschränkungen sowie der Einsatzmöglichkeiten
- Aufbau und Verbesserung der Kooperation zwischen Betrieben, Arbeitsagenturen, Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern zur Förderung von Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Ausbau der Integration ambulanter und stationärer Wiedereingliederungsmaßnahmen – auch mit Unterstützung der Arbeitgeber
- Betriebliches Wiedereingliederungsmanagement nach § 84 SGB IX ist verpflichtend um die Komponente „Psychische Belastungen am Arbeitsplatz“ zu erweitern
- Stärkung der Motivation der Betroffenen am Erwerbsleben wieder teilzunehmen, u. a. durch Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung, niedrigschwellige Arbeitsangebote

Ziel 6 Versorgungsstruktur

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

Teilziele	Maßnahmen
6.1 Depressive Patientinnen und Patienten haben einen niedrighschwelligigen Zugang zu Versorgungseinrichtungen.	<ul style="list-style-type: none">- verbesserte Koordination des Zugangs zu den vorhandenen Versorgungseinrichtungen- Schaffung von Strukturen, die eine sprechende Medizin fördern
6.2 Die ambulante Versorgung wird den tatsächlichen Versorgungserfordernissen angepasst.	<ul style="list-style-type: none">- Überprüfung der Bedarfsplanung für die ambulante und stationäre Versorgung und des Verfahrens der Bedarfsplanung unter Berücksichtigung der Prävalenzen depressiver Störungen, insbesondere für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen- Erfassung des regionalen Versorgungsbedarfs und entsprechende Festlegung des regional benötigten spezifischen Versorgungsangebotes (z.B. gemeindenahe Institutsambulanzen, Beratungsstellen, ambulante psychiatrische Pflege)- Überprüfung der Leistungskataloge in den Gebührenordnungen und entsprechend der sich verändernden Prävalenz aller Erkrankungen- Schaffung von zielgruppenorientierten und koordinierten Versorgungsangeboten, z.B. durch Verträge im Rahmen der Integrierten Versorgung nach § 140 ff SGB V, der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b SGB V, der Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 c SGB V (siehe Punkt 3.4)
6.3 Stationäre Versorgungseinrichtungen in der Akutversorgung wie Rehabilitation sind in ihrer Ausstattung für depressive Patienten angemessen.	<ul style="list-style-type: none">- Indikations- und zeitgerechter Zugang depressiver Patienten zu Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation; Rehabilitationskliniken sind besser in die regionalen Versorgungsstrukturen für depressive Patienten zu integrieren.- Entbürokratisierung bei planbaren Behandlungsmaßnahmen (ambulant, stationär, Rehabilitation)- Stationäre Behandlungseinrichtungen halten speziell auf depressive Patientinnen und Patienten abgestimmte Stationen und/oder Behandlungsmodule vor.

6.4 Strukturen der Arbeitswelt nehmen Rücksicht auf die besonderen Bedürfnisse depressiv Erkrankter.

- Betriebsärzte/Betriebsärztinnen und betriebliches Gesundheitsmanagement integrieren Maßnahmen zur Prävention depressiver Erkrankungen ebenso wie die Fürsorge für depressive Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.
- Aufbau von Abstimmungsverfahren zwischen Betrieben, Arbeitsagentur, Krankenkassen oder Rentenversicherungsträger, um bei irreversiblen Fähigkeitseinschränkungen depressiver Patientinnen und Patienten Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation einleiten zu können.

Gesundheitsziel:

„Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“

Empfehlung für Startermaßnahmen

Maßnahmen	Akteure / Umsetzer
Verbreitung und Weiterentwicklung von evidenzbasierten, allgemeinverständlichen Informationen über das Krankheitsbild Depression und die Behandlungsmöglichkeiten	u.a. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung - BZgA, Bündnis gegen Depression e.V., Frankfurter Depressionsnetzwerk, Kompetenznetz Depression, Fachgesellschaften, Privatversicherungen, Krankenkassen, Selbsthilfe (z.B. Familienselbsthilfe Psychiatrie), Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Bundesländer (z.B. Gesundheitsportal der Länder), Kommunen, Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD), [in Kooperation]
Anstoß, Ausbau, und Koordinierung von regionalen Bündnissen gegen Depression	u.a. Bündnis gegen Depression e.V., Kompetenznetz Depression, Frankfurter Depressionsnetzwerk, Fachgesellschaften, Privatversicherungen, BZgA, Krankenkassen, Selbsthilfe (z.B. Familienselbsthilfe Psychiatrie), Bundesländer (z.B. Gesundheitsportal der Länder), Kommunen, ÖGD, [in Kooperation]
Flächendeckende Unterstützung der Kinder psychisch kranker Eltern durch spezifische, niedrighwellige Beratungs- und Hilfsangebote	u.a. Beratungsstellen, Schulen, Kitas, Kliniken, Jugendämter, Gesundheitsämter in Zusammenarbeit mit psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken, ambulanten sozialpsychiatrischen Diensten und niedergelassenen Behandelnden und anderen im Gesundheitswesen Verantwortlichen
Bundesweiter Einsatz von evaluierten Fortbildungsprogramme zur „Partizipativen Entscheidungsfindung“ für die Versorgung depressiv Erkrankter	Aus- und Weiterbildungsprogramme unterstützt u. a. von Universitäten (medizinische Fakultäten), Fachgesellschaften, Landesärzte- und Psychotherapeutenkammern, Kassenärztliche Vereinigung, Berufsverbände

<p>Praxisbezogene und wiederholte Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Behandelnde (Ärztinnen/Ärzte, Psychotherapeut(inn)en, Pflegekräfte sowie Mitarbeiter(innen) in Beratungs- und Versorgungseinrichtungen) zum Erwerb und zur Vertiefung kommunikativer Kompetenzen für den Umgang mit depressiv Erkrankten und deren Angehörigen</p>	<p>u.a. Landesärztekammern, Landespsychotherapeutenkammern, Weiterbildungsstätten (Kliniken und Praxen bei Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeut(inn)en), Berufs- und Fachverbände, Kassenärztliche Vereinigungen, andere Weiterbildungseinrichtungen</p>
<p>Erweiterung des betrieblichen Arbeitsschutzes um Maßnahmen zur Reduzierung psychischer Belastungen und zur Förderung psychischer Gesundheit am Arbeitsplatz</p>	<p>u.a. Betriebe, Arbeitgeber- und Fachverbände, Berufsgenossenschaften, Krankenkassen, Rehabilitationsträger, Integrationsämter und Selbsthilfe</p>
<p>Verhinderung von Nachahmungssuiziden (im Sinne des „Werther-Effektes“) durch Maßnahmen zur Erreichung einer sensiblen Berichtserstattung in den Medien, z.B. Schießen von „Pressestillhalte-Abkommen“</p>	<p>u. a. Presse, Funk, Fernsehen, FSK (Freiwillige Selbstkontrolle), Internet, Gesetzgeber, Presserat</p>
<p>Betriebliches Eingliederungsmanagement nach § 84 SGB IX ist verpflichtend um die Komponente „Psychische Belastungen am Arbeitsplatz“ erweitern</p>	<p>Betriebe, Arbeits- und Gesundheitsministerium, Arbeitgeber- und Fachverbände, Berufsgenossenschaften</p>
<p>Weiterentwicklung wissenschaftlich evaluierter Indikationskriterien für die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen</p>	<p>u.a. Einrichtungen der Reha- und Versorgungsforschung, Fachgesellschaften, niedergelassene Ärztinnen/Ärzten, Krankenhäuser bzw. Fachabteilungen, Rehabilitationseinrichtungen, Selbsthilfe</p>
<p>Versorgungsebenenspezifische Implementation der evidenzbasierten und allgemein konsentierten Leitlinie Depression</p>	<p>u.a. Fachgesellschaften, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung; Krankenkassen, Privatversicherer, IQWiG, Reha-Kostenträger</p>
<p>Fachgruppen- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit in vernetzten Versorgungsstrukturen und verbesserte Koordination des Zugangs zu vorhandenen Versorgungseinrichtungen durch z.B. Integrationsverträge nach § 140 SGB V</p>	<p>u.a. Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte und Psychotherapeut(inn)en, Krankenhäuser, Reha-Kliniken, Sozialpsychiatrische Dienste Hausärztinnen/-ärzte, Fachärztinnen/-ärzte,</p>

ab 10:30 Uhr **Anmeldung**

11:00 Uhr **Begrüßung**
Dr. Herbert Rische
Vorsitzender des Vorstands der GVG

11:10 Uhr **Einführung**
Dr. Rainer Hess
Vorsitzender des Ausschusses von
gesundheitsziele.de

11:25 Uhr **„Das kann jeden treffen“**
Gespräch mit einem Betroffenen

11:50 Uhr **Wie kann man Depression erkennen?**
Prof. Dr. med. Ulrich Hegerl
Ludwig-Maximilians-Universität München
Klinik/ Poliklinik für Psychiatrie

12:15 Uhr **Können Depressionen verhindert werden?**
Dipl.- Psych. Petra Baumann-
Frankenberger
Psychologische Psychotherapeutin,
Kinder- und Jugendpsychotherapeutin

12:30 Uhr **Wie werden Depressionen behandelt?**
Prof. Dr. Marianne Leuzinger-
Bohleber
Sigmund-Freud-Institut
Prof. Dr. med. Manfred
Wolfersdorf
Bezirkskrankenhaus Bayreuth

13:00 Uhr **Pause mit Imbiss**

14:00 Uhr **Wie kann die Position der Betroffenen und Angehörigen verbessert werden?**
Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter
Universitätsklinikum Freiburg
Ursula Brand
Bundesverband der Angehörigen
psychisch Kranker e.V.

14:25 Uhr **Was ist zu tun und wie geht es weiter?**
Dr. med. Birgit Clever
Vorsitzende der AG 9 im Forum
gesundheitsziele.de

14:50 Uhr **Plenums- und Podiums-
diskussion**
Podium:
Dr. Volker Grigutsch
Bundesministerium für Gesundheit und
Soziale Sicherung
Dr. Bernhard Egger
AOK-Bundesverband
Prof. Dr. Jürgen Fritze
Verband der privaten
Krankenversicherung
Prof. Dr. Ulrich Hegerl
LMU München
Dr. Susanne Kleudgen
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Elke Slawski-Haun
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und
Soziales des Landes NRW

Moderation: Jürgen Zurheide

15:50 Uhr **Schlusswort**
Dr. Sibylle Angele

Gesellschaft für
Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V.



An der Veranstaltung

Depression – verhindern, erkennen, behandeln

Montag, 28.11.2005 - 11:00 bis 16:00 Uhr
Maritim proArte Hotel, Friedrichstr. 151, 10117 Berlin

nehme ich / nehmen wir teil

Name,
Vorname: _____

Institution: _____

Strasse. _____

PLZ / Ort: _____

Datum/Unterschrift

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Plätze werden in der Reihenfolge der Anmeldung vergeben und schriftlich bestätigt. Die Teilnahme an der Veranstaltung ist kostenfrei.