

Evaluationskonzept von



Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider

September 2006

Bericht aus dem Evaluationsbeirat

Evaluationskonzept

Ziele

- Entwicklung eines wissenschaftlichen Konzepts für die Evaluation der formulierten Gesundheitsziele

Aufgaben

- Entscheidung der Ebene der Evaluation, Entwicklung von Evaluationszugängen, Auswahl von Datenquellen, Festlegung von Indikatoren, Identifizierung von Datenlücken

Struktur und Beteiligte

- Einrichtung eines Evaluationsbeirats, Mitglieder aus den Beteiligten an gesundheitsziele.de (wiss. Hintergrund, Datenhalter, z.B. RKI, BZgA, Stat. BA, ZI, PKV)

Evaluationskonzept - Kriterien

Gesellschaft für
Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V.



Warum Evaluation?

- Herstellen von Transparenz gegenüber der Öffentlichkeit, Rechenschaftspflicht

Evaluation der einzelnen Ziele

- Abbildung der Wirkung der einzelnen Ziele und Maßnahmen

Evaluation auf Makroebene

- repräsentativ, bevölkerungsbezogene Evaluation
- Evaluation von groß angelegten (bundesweiten) Kampagnen und Maßnahmen
- Einbezug von Strukturzielen und –indikatoren
- Nutzung von Datenquellen und Berichtssystemen

Evaluationskonzept - Vorgehen

Gesellschaft für
Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V.



- Einrichtung einer Unterarbeitsgruppe aus fachkompetenten Kollegen/innen
- UAG ♦ Evaluationsbeirat ♦ Rückkopplung AGs ♦ Ausschuss ♦ Steuerungskreis ♦ Publikation
- Ausgangspunkt sind Ziele, Maßnahmen, Indikatoren der AGs (Basismaßnahmen)
- Identifizierung von Datenquellen
- Indikator in der Datenquelle verfügbar?
- Indikator(frage)?
- Datenlücken?
- Aufbereitung in Text und Tabellen

Evaluationskonzept - Zielbereiche

Gesellschaft für
Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V.



- *„Tabakkonsum reduzieren“*
UAG: Lampert (RKI), Kröger (IFT), Schulze (dkfz), Stander + Töppich (BZgA), Maschewsky-Schneider (EB)
- *„Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken“*
UAG: Dierks (MHH), Hölling (BAG Patientinnenstellen), Horch (RKI), Sängler (ÄZQ), Schellschmidt (WIdO), Maschewsky-Schneider (EB)
- *„Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“*
(UAG: Härter/ Bermejo (UK Freiburg, Böhm (StatBA), Haaf (DRV), Hundertmark-Mayser (DAG Selbsthilfegruppe), Lampert (RKI), Riedel-Heller/ Hegerl (UK Leipzig), (Maschewsky-Schneider (EB)

1 – Tabaksteuererhöhungen

Gesellschaft für
Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V.



Erfolgsindikatoren:

- Preisgestaltung der Tabakwaren,
- Prävalenz- und Inzidenzraten

Daten und Indikatoren:

- z.B. zur Beurteilung der **Preisgestaltung**, zur Veränderung des Rauchverhaltens nach Erhöhung: „rauchfrei 2005“-Befragung der BZgA, telefonischer Gesundheitssurvey des RKI, Erhebung des IFT, aml. Statistiken zur Preiselastizität d. Nachfrage etc.
- **Prävalenz Erwachsene:** Gesundheitssurvey RKI, Epidemiologischer Suchtsurvey des IFT
- **Prävalenz Kinder und Jugendliche:** Drogenaffinitätsstudie und „rauchfrei 2005“ der BZgA, europäische Schülerstudie
- **Inzidenz:** nur über regelmäßig erhobene Daten: z.B. Drogenaffinitätsstudie der BZgA, Gesundheitssurvey des RKI, Suchtsurvey des IFT

Fazit: „Tabakkonsum reduzieren“

Gesellschaft für
Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V.



Bundesweit besteht eine vergleichsweise **sehr gute Datenlage** zu den Gesamteffekten im Bereich Tabakprävention!

Empfehlungen:

- **Regelmäßige Durchführung** der Erhebungen
- **(Längsschnitt-) Daten** zu wichtigen Bereichen, z.B. Wahrnehmung und Wirkung von Tabakwerbeverbot, Kampagnen
- **Weiterentwicklung und Abstimmung** vorhandener Erhebungssysteme statt Schaffung neuer Datenquellen
- **Ausbau** des Themas Tabakkonsum in der **Gesundheitsberichterstattung**, Dokumentation der Angebote der GKV nach § 20 SGB V
- **Dokumentationsstelle** zur Unterstützung der Vernetzung der Akteure

Ziel 2: Kompetenz entwickeln

Gesellschaft für
Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V.



Teilziel 2.1: Gesundheitsbezogenes Selbstmanagement

Maßnahme: Angebote z. Förderung individueller Gesundheitskompetenz

Erfolgsindikatoren (N=26):

- Kursangebote
- Teilnahme an Maßnahmen/Bonusprogrammen
- Vertrauen in eigene Handlungsfähigkeit
- Selbstmanagement bei Gesundheit und Krankheit*
- Bereitschaft, sich an Entscheidungen zu beteiligen
- Selbstbestimmtes Handeln in Bezug auf Ärzte und Krankenkassen
- Interesse an Gesundheitsthemen, Informationssuche allgemein
- Qualität von Informationen, Kenntnis über Qualitätslabel*
- Grad der Informiertheit über diverse Aspekte
- Präventives Verhalten

Datenquellen: BGS 98, Telef. GS, Gesundheitsmonitor, ALLBUS, AIDS im öffentlichen Bewusstsein

***Datenlücken:** *Integration entsprechender Fragen in Surveys

Ziel 3: Patientenrechte stärken

Teilziel 3.1: Kollektive Beteiligung

Gesellschaft für
Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V.



Maßnahme: Kollektive Beteiligung in Beratungs- und Entscheidungsgremien

Erfolgsindikatoren (N=6)

- Strukturen der Beteiligung*
- Bewertung der Beteiligung*
- Wissen und Einschätzung der Bevölkerung bezüglich der Beteiligung*
- Bürgerschaftliches Engagement
- Ehrenamtliche Tätigkeit
- Politische Beteiligung

Datenquellen: Freiwilligen Survey, SOEP

***Datenlücken:** Erhebungen erforderlich

Fazit: „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken“

Gesellschaft für
Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V.



Zahlreiche **Indikatoren bereits** populationsbezogen **erfasst**

Empfehlungen

- Fokussierung auf die Entwicklung der Nutzerperspektive
- Fortsetzung der längsschnittlichen Erfassung der vorliegenden Datenquellen, ergänzt durch weitere Fragen
- Zusätzliche Untersuchungen zu relevanten Strukturdaten, zu Bedarfsfragen und zum Aktionsfeld Patientenbeteiligung
- Studien zur Darstellung des Einflusses spezifischer Maßnahmen erforderlich
- Weiterentwicklung des Gesundheitsziels mittels qualitativen Monitorings der Nutzer
- Einbezug vulnerabler Gruppen (Ältere, Migranten), Geschlechterbezug

Verwendung der Evaluationskonzepte

Gesellschaft für
Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V.



- Wer evaluiert?
- Wie können die Daten zusammengeführt werden?
- Wer trägt die Kosten?
- Sind Einzelstudien zur Evaluation von Teilbereichen sinnvoll?
- Wie kann die Durchführung der Evaluation der Gesundheitsziele langfristig strukturell abgesichert werden?

Gemeinsam Zukunft gestalten: Gesundheitsziele konkret!
Workshop 2: Evaluation am Beispiel „Depressive Erkrankungen“

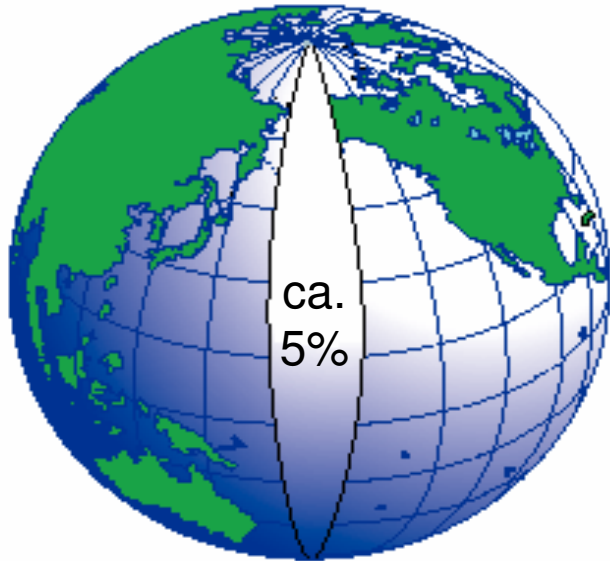
Evaluationskonzept

„Depressive Erkrankungen“

Prof. Dr. Dr. Martin Härter
(Universität Freiburg)

Berlin - 10.09.2007

Häufigkeit depressiver Erkrankungen

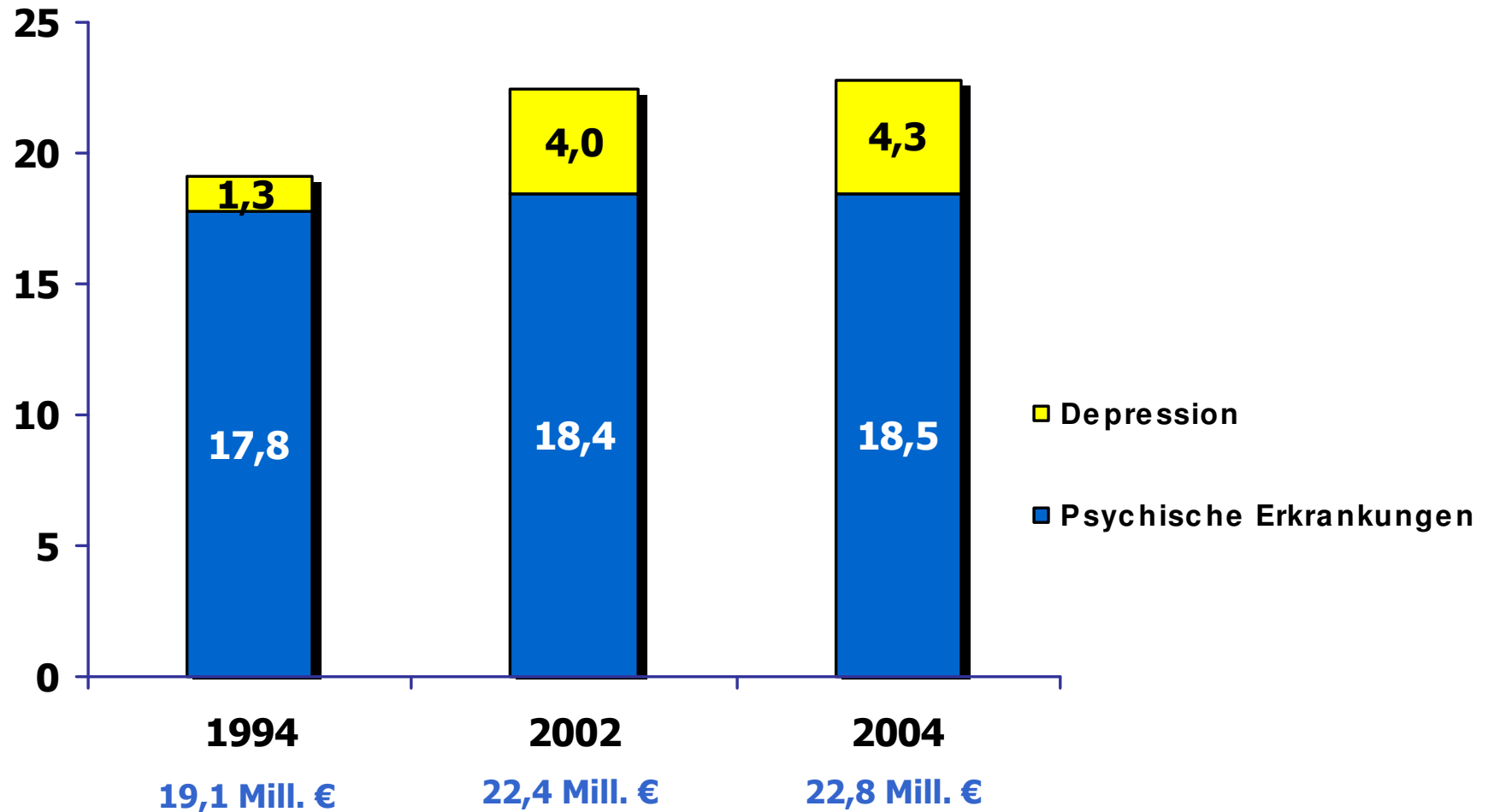


- „Global Burden of Disease“ 2000
Punktprävalenz weltweit: ca. 5%
- Bundesgesundheitsurvey 1998
aktuelle Prävalenz: ca. 6%
- Frauen : Männer = 2 : 1, alle Altersgruppen
- 10% der Hausarztpatienten
- 25% aller stationären Behandlungen in Fachkliniken

Jede 4. Frau und jeder 8. Mann erkranken im Laufe des Lebens

Kostenentwicklung der Depression

(Statistisches Bundesamt 1999, 2004, 2006; Kosten in Milliarden €)



Hintergrund

- Depressive Störungen = sehr häufige Beratungsanlässe und Erkrankungen in der Versorgung, erhebliche volkswirtschaftliche Kosten
- auch im Kindes- und Jugendalter von zentraler Bedeutung
- Zentrale Priorität:
 - Maßnahmen zur Prävention depressiver Erkrankungen bzw. zur Vermeidung einer Chronifizierung
 - Gewährleistung einer wirksamen und qualitativ hochwertigen Versorgung für alle depressiv Erkrankten

6. nationales Gesundheitsziel

Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln



2004-2006 Erarbeitung in
interdisziplinärer Expertengruppe (AG 9)



März 2006 Publikation



Definition von 6 Aktionsfeldern und
Empfehlung von 11 Startermaßnahmen



Ende 2006 Auftrag an UAG des
Evaluationsbeirats zur Entwicklung
eines Evaluationskonzepts



Mai 2007 Vorlage des
Evaluationskonzepts

Aufgabe und Ausgangsbasis

Ausgangsbasis:

Sechs Aktionsfelder zum Gesundheitsziel *Depressive Erkrankungen*

- Aufklärung
- Prävention
- Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie
- Stärkung der Patienten und Betroffenen
- Rehabilitation
- Versorgungsstrukturen

mit 24 zentralen Teilzielen und über 80 Maßnahmen

Entwicklung eines Konzeptes zur Evaluation der formulierten Ziele unter Berücksichtigung vorhandener Daten- bzw. Informationsquellen

Unterarbeitsgruppe des Evaluationsbeirates

Prof. Dr. Dr. Martin Härter (Universität Freiburg, Federführung)

Karin Böhm (Statistisches Bundesamt Berlin)

Dr. Hans-Günter Haaf (Deutsche Rentenversicherung Bund Berlin)

Dr. Jutta Hundertmark-Mayser (Dt. AG Selbsthilfegruppe e.V. c/o NAKOS)

Thomas Lampert (Robert Koch-Institut Berlin)

Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider (Charité Berlin)

Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller, Prof. Dr. Ulrich Hegerl (Universitätsklinikum Leipzig)

Vorgehen bei der Konzeptentwicklung

- Fokussierung auf die im Gesundheitsziel als prioritär eingestuften 11 Startermaßnahmen
- Ergänzung durch zusätzliche als zentral betrachtete Teilziele bzw. Maßnahmen
- Identifizierung vorhandener Daten- bzw. Informationsquellen (primär zur Verfügung stehende Routinedaten)
- Prüfung, inwieweit vorhandene Daten zur Bewertung der Erfolgsindikatoren nutzbar sind
- Vorschläge für notwendige zusätzliche Erhebungen zur Evaluation

Gliederung des Konzeptes

1. Einleitung

2. Zielformulierungen zu den verschiedenen Aktionsfeldern

3. Dokumentation der Daten und Indikatoren

Aktionsfeld 1: Aufklärung

- Zieldefinition
- Startermaßnahmen
- Erfolgsindikatoren
- Daten- bzw. Informationsquellen und Verfügbarkeit

Aktionsfeld 2: Prävention

Aktionsfeld 3: Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie

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

Aktionsfeld 5: Rehabilitation

Aktionsfeld 6: Versorgungsstruktur

4. Fazit

Anhang - Tabellen

Anhang 1: Aktionsfeld „Aufklärung“

Anhang 2: Aktionsfeld „Prävention“

Anhang 3: Aktionsfeld „Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie“

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

Anhang 5: Aktionsfeld „Rehabilitation“

Anhang 6: Aktionsfeld „Versorgungsstruktur“

Aktionsfeld 1: Aufklärung

Definition und Maßnahmen

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

Startermaßnahmen:

- 1) Verbreitung und Weiterentwicklung von evidenzbasierten, allgemeinverständlichen Informationen über das Krankheitsbild Depression und die Behandlungsmöglichkeiten
- 2) Anstoß, Ausbau und Koordinierung von regionalen Bündnissen gegen Depression
- 3) *Reduktion der sozialen Distanz zu depressiv Erkrankten*

Aktionsfeld 1: Aufklärung

Indikatoren und Indikatorfragen

Maßnahmen	Indikator	Indikatorfragen
Verbreitung und Weiterentwicklung von Informationen	<ul style="list-style-type: none"> - Qualität und Quantität der Informationen - Verständlichkeit und Nutzbarkeit (v.a. für Laien) - Akzeptanz und Nutzung (v.a. durch Betroffene) 	<ul style="list-style-type: none"> - Welche Patienteninformationen liegen vor? - Wie ist deren Evidenzbasierung? - Wie verständlich und nutzbar sind die Materialien?
Regionale Bündnisse gegen Depression	<ul style="list-style-type: none"> - Durchdringungsgrad der regionalen Depressionsnetzwerke - Anzahl der regionalen Bündnisse gegen Depression (DBgD) - Inanspruchnahmequote (Relation zw. Bevölkerung und Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmern) 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie viele Veranstaltungen wurden durchgeführt (pro Region)? - Wie viele Teilnehmerinnen/Teilnehmer? - Wie viele sind geplant? - Wie ist die Relation von Bevölkerung zu Teilnehmerinnen/Teilnehmern?
Reduktion der sozialen Distanz	<ul style="list-style-type: none"> - konkretes Wissen und Einstellungen von Patientinnen/Patienten, Angehörigen und Professionellen - Reduktion der sozialen Distanz zu depressiv Erkrankten 	<ul style="list-style-type: none"> - Wie ist der Wissens- und Kenntnisstand der Bevölkerung bzw. von Experten? - Entspricht dieser dem aktuellen Wissensstand? - Wie hoch ist der Grad der Distanzierung zu Depressiven?

Aktionsfeld 1: Aufklärung

Akteure, Quellen, Verfügbarkeit

Maßnahmen	Akteure/Umsetzer	Daten-/ Informationsquellen	Verfügbarkeit
Verbreitung und Weiterentwicklung von Informationen	Deutsches Bündnis gegen Depression (DBgD), Kompetenznetz Depression (KND), Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Krankenkassen, Selbsthilfe und Patientenorganisationen, Patientenberatungsstellen, Verbraucherzentralen	Deutsches Bündnis gegen Depression e.V., ÄZQ, Krankenkassen, Reha-Träger, Pharmaindustrie	- Nicht bundesweit verfügbar - Spezifische Erhebungen notwendig
Regionale Bündnisse gegen Depression	Deutsches Bündnis gegen Depression e.V., Kompetenznetz Depression, Fachgesellschaften, BZgA, Krankenkassen, Selbsthilfe, Bundesländer, Kommunen, Öffentlicher Gesundheitsdienst	Deutsches Bündnis gegen Depression e.V.,	- Regionale Daten beim DBgD vorhanden - Re-Analyse vorhandener Daten für bundesweite Aussagen notwendig
Reduktion der sozialen Distanz	Deutsches Bündnis gegen Depression e.V., Kompetenznetz Depression, Fachgesellschaften, Robert-Koch-Institut (RKI), Krankenkassen, Selbsthilfe	Repräsentative Erfassung von Wissen und Einstellungen von Patientinnen / Patienten, Angehörigen und Professionellen	- spezifische Betroffenenbefragungen, Ergänzungen im Gesundheitsmonitoring (RKI), auf besondere Zielgruppen gerichtete Studien notwendig

Aktionsfeld 3: Diagnostik, Indikationsstellung, Therapie

Definition und Maßnahmen

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, die Gesundheit möglichst schnell wiederherzustellen bzw. Funktionseinschränkungen zu vermindern.

Startermaßnahme:

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

Aktionsfeld 3: Diagnostik, Indikationsstellung, Therapie

Indikator und Indikatorfragen

Indikator	Indikatorfragen
<ul style="list-style-type: none"> - Vorhandensein von LL, Graduierung (S1-S3), Aktualität - Explizit formulierte Implementierungs- und Evaluationsstrategien - Nutzung und Akzeptanz der LL - Indikatoren der Struktur,- Prozess- und Ergebnisqualität (QI) in der Versorgung - Effektivität und Wirtschaftlichkeit - Existenz einer Patientenleitlinie Depression (P-LL) 	<ul style="list-style-type: none"> - Welche LL sind in D vorhanden? - Welche sind evidenzbasiert und konsentiert? - Wie werden diese bewertet? - Welche LL werden in der Praxis genutzt? - Werden adäquate Qualitätsindikatoren (QI) benannt? - Welche Effekte auf zentrale QI lassen sich erkennen? - Ist in den vorhandenen LL eine entsprechende P-LL integriert? - Wie ist die Nutzung und Akzeptanz der P-LL?

Aktionsfeld 3: Diagnostik, Indikationsstellung, Therapie

Akteure, Quellen, Verfügbarkeit

Akteure/Umsetzer	Daten-/ Informationsquellen	Verfügbarkeit
<p>Fachgesellschaften, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), gesetzliche und private Krankenkassen, Reha-Kostenträger, Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), u.a.</p>	<p>ÄZQ, Fachgesellschaften, AWMF, Deutsche Rentenversicherung (DRV)</p> <p>QM-Projekte, – programme und Forschungsprojekte</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bestandsaufnahme und spezifische Analysen notwendig - Regionale Daten von QM-Modellprojekten vorhanden - Bundesweite, repräsentative Daten stehen derzeit nicht zur Verfügung - Spezifische Erhebungen notwendig

Zusammenfassung

- Vorliegende Erfahrungen/Ergebnisse aus Modellprojekten haben nur eingeschränkte Aussagekraft aufgrund ihrer regionalen Fokussierung
- Zu den meisten Erfolgsindikatoren fehlen aussagekräftige Daten, um eine konkrete Evaluation durchführen zu können
- Für eine umfassende und fundierte Bewertung der geforderten Maßnahmen sind zusätzliche systematische Erhebungen notwendig
- Deutlicher Nachholbedarf besteht bzgl. der Generierung und dem Aufbau aussagekräftiger Daten- bzw. Informationsquellen
- Gender Mainstreaming bzw. Subgruppen sind in den bisher vorliegenden Daten- bzw. Informationsquellen und Analysen nur unzureichend berücksichtigt

Fazit

- Für eine umfassende Evaluation müssen für die hier genannten Erfolgsindikatoren konkrete Kriterien zur Zielerreichung definiert werden
- Bei Auswahl, Darstellung und Interpretation ist der Bezug auf weitere Indikatorensysteme auf Landes-, Bundes- und EU-Ebene zu beachten
- Verschiedene Erfolgsindikatoren müssen zusammenfassend analysiert werden
- Bestehende Routineerhebungen müssen um Fragen zu relevanten Maßnahmen und Erfolgsindikatoren erweitert werden
- Wesentlicher Indikatorenbereich = Zugangs- und Bedarfsgerechtigkeit
- Enge Verzahnung mit dem Gesundheitsziel „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken“ sinnvoll

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



Prof. Dr. Dr. M. Härter

Sektion Klinische Epidemiologie und Versorgungsforschung

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie

Universitätsklinikum Freiburg

martin.haerter@uniklinik-freiburg.de

Beitrag der Evaluation zur Umsetzung des Gesundheitsziels bei depressiven Erkrankungen

Martin Hautzinger

Eberhard Karls Universität Tübingen

Psychologisches Institut

hautzinger@uni-tuebingen.de

Beitrag zum Workshop 2 Evaluation am Beispiel „Depression“ (10. 9. 2007)

Ausgangspunkt:

„Stellen Sie sich vor, „Melancholie“ ist die Folge

1. ...eingedickter oder dunkler Körpersäften bzw. (moderner) Transmitterstoffe → Therapie: Aderlaß, Licht, Ernährungsumstellung, Medikamente
2. ... traumatisierender Kindheitserfahrungen durch eine ambivalente, emotional nicht verfügbare Mutter, doch dieser Konflikt ist verdrängt → Therapie: Auf- und Durcharbeiten dieses Trauma durch jahrelange Analysen und verbale Interventionen
3. ... selbstverschuldete bzw. normale Reaktionen und benötigen keine gezielte Maßnahmen → Therapie: Abwarten, Selbsterholung, Appell an Wille der Betroffenen

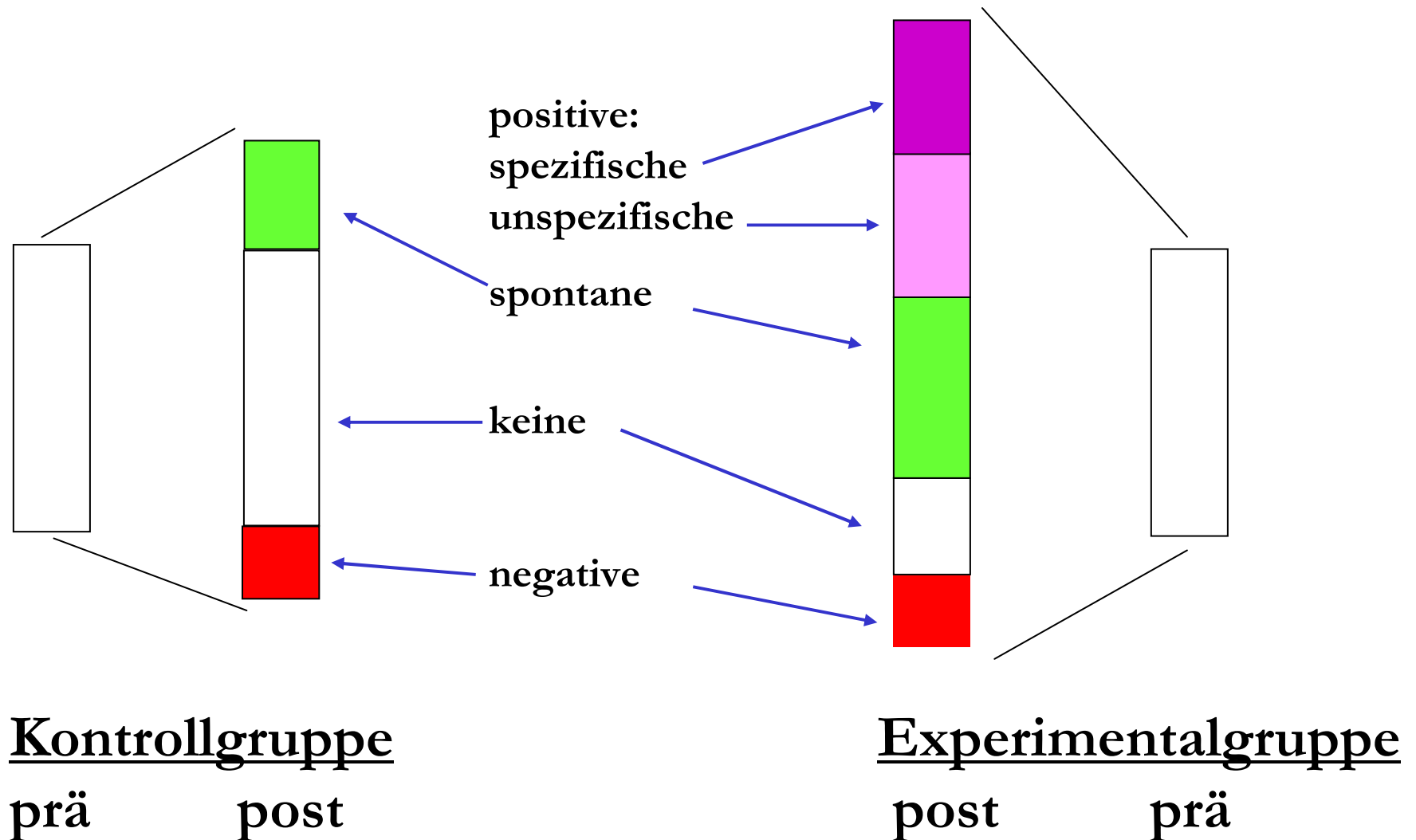
Nutzen von Evaluation?

1. Wissen von Aberglaube zu trennen (bezüglich Ätiologie, Therapie, Prävention)
2. Vorhersagen und Erfolgsabschätzungen vornehmen zu können
3. Mittel (begrenzte) Ressourcen angemessen und optimal zu verwenden
4. Hilfe für Ausbildung und Versorgung (Etablierung von Qualitätsstandards)
5. Belastungen (im Verhältnis zum Erfolg) für Patienten gering zu halten
6. Förderung mündiger Patienten („shared decision“)

Probleme von Evaluation

1. Zahlreiche Einflussgrößen (hohe Komplexität)
2. Vage und unpräzise Begrifflichkeiten
(Maßnahmen, Ziele, Erwartungen)
3. Erfordert Längsschnittbetrachtung (Zeit, kurz- und langfristige Wirkungen)
4. Wirkung (Effekte) von unterschiedlicher Stärke und hoher Variabilität
5. Benötigt Vergleichs- und Kontrollgruppen, vor allem große Stichproben

Veränderungsmöglichkeiten bei Interventionen



Neurobiologische Effekte von Placebo

(Mayberg et al.. 2002; Leuchter et al. 2002)

- **PET Studie** an 17 unipolar **depressiven Männern**, stationäre Behandlung, Glukosestoffwechsel mit Standardprotokoll nach 1 und 6 Wochen
- doppelblinde Behandlung entweder mit **Fluoxetin oder Placebo**
- Bei den **Respondern** (4 Verum, 4 Placebo):
Zunahme des Stoffwechsels im präfrontalen Kortex (9, 46), prämotorischen Kortex (6), parietaler Kortex (40), insula, cingulum (23, 31);
Abnahme Hypothalamus, Thalamus, Parahippocampus
- Fluoxetin Responder zeigten zusätzliche Effekte in subkorticale und limbische Regionen

Kriterien der Interventionsforschung

- Objektivität, Reliabilität der Methoden
- Konkrete und klare Ziele
- Interventions- und Behandlungsintegrität
- Kontrolle von Stör- und Einflussgrößen
- Kontrollbedingungen
- ausreichende Stichprobengröße (Power)
- Unabhängige Effektbeurteilung
- Interne und externe Validität
- Statistische und praktische Relevanz

**Prävention:
Früherkennung und Verbesserung von
Versorgung**



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



Bündnis gegen Depression

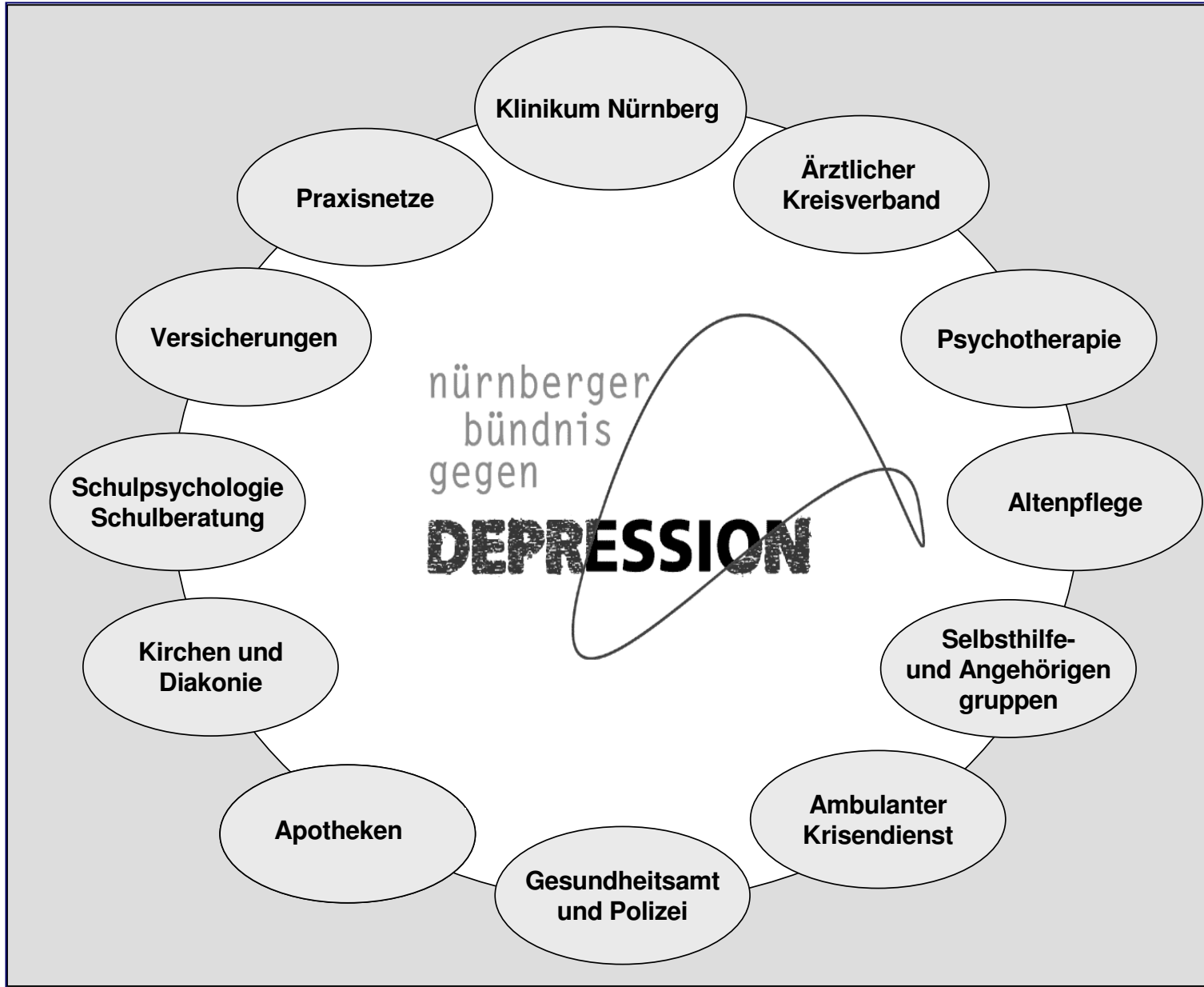
Aufklärungskampagne in Nürnberg

Ziel: (Früh-) Erkennung von Depression und Suizidalität zu erhöhen sowie die Versorgung depressiv erkrankter Menschen zu verbessern.

4 Ebenen:

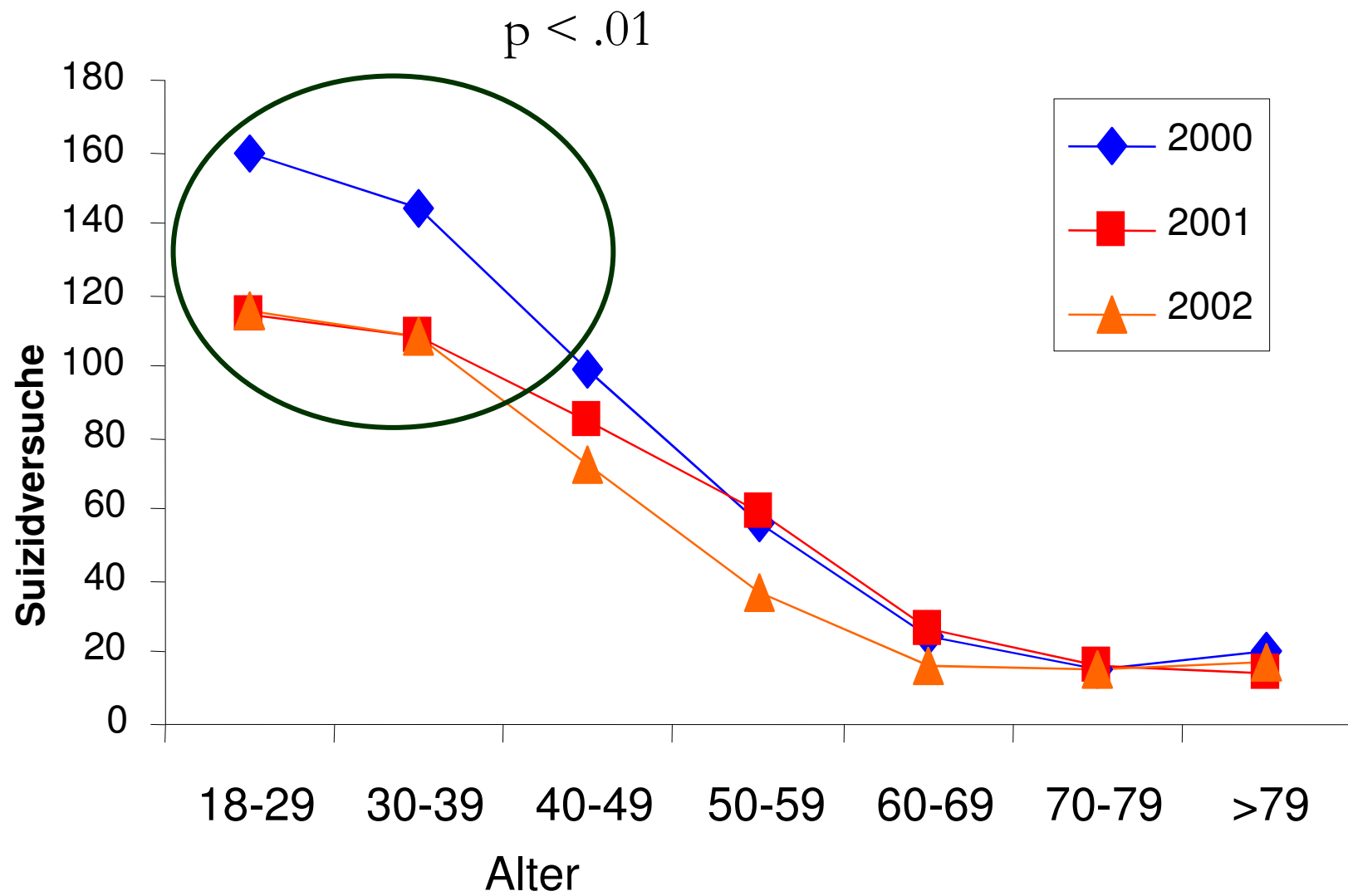
- * Optimierung hausärztlicher Versorgung
- * Aufklärungskampagne in Öffentlichkeit
- * Einbezug weiterer Berufsgruppen
- * Maßnahmen für Betroffene, Angehörige

Informationen verfügbar machen über alle Medien (www, Videos, Kinospots, Plakate, öffentliche Veranstaltungen mit Prominenten, Flyer, Broschüren, Pressemitteilungen usw.)



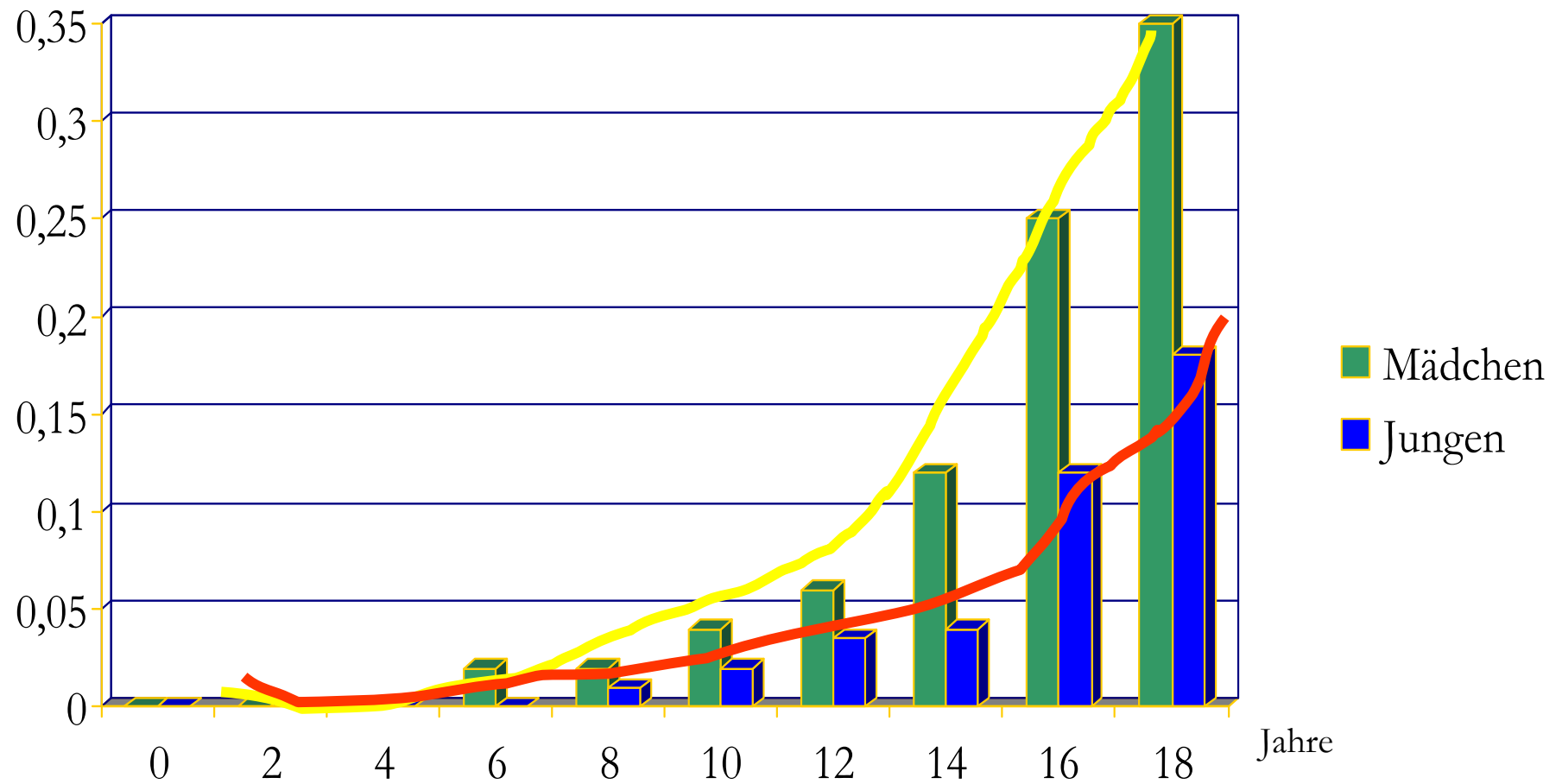
Effekte des Bündnisses

- Wissensdefizite reduziert
- 30% geben an, nach 1 Jahre Kampagne von dem Bündnis schon gehört zu haben
- Rückgang der suizidalen Handlungen um über 20% (Kontrollregion erlebte sogar leichte Zunahme) während der zweijährigen Interventionsphase



Prävention:
Verhinderung des Auftretens und
Verringerung der Häufigkeit depressiver
Beschwerden

Wahrscheinlichkeit einer Depression in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht



Psychosoziale Folgen:

Schulische Probleme: 50% vs. 28%

Juristische Probleme: 32% vs. 13%

Familiäre Probleme: 27% vs. 12%

Komorbiditäten:

18 % Angststörungen

11 % Störungen durch Substanzkonsum

Rezidivierender Verlauf:

nach 1 Jahr: 47,2%

nach 2 Jahren: 69,4%

nach 5 Jahren: 76,2%

Evaluation von ‚**LARS&LISA**‘

- **Risikofaktoren:**

Automatische Gedanken

Tägliche Belastungen, Stress, Lebensereignisse

Intrusiven Gedanken, dysfunktionale Überzeugungen
ungünstige familiäre Einflüsse

- **Schutzfaktoren:**

Soziale Kompetenz, positive Ereignisse (uplifts)

Selbstwert, günstige familiäre Einflüsse

- **Outcome/Ergebnisse**

Depressivität (ADS), Affektivität (PANAS)

Lehrerurteil (TNID), Schulverhalten (Fehlzeiten, Schulnoten),

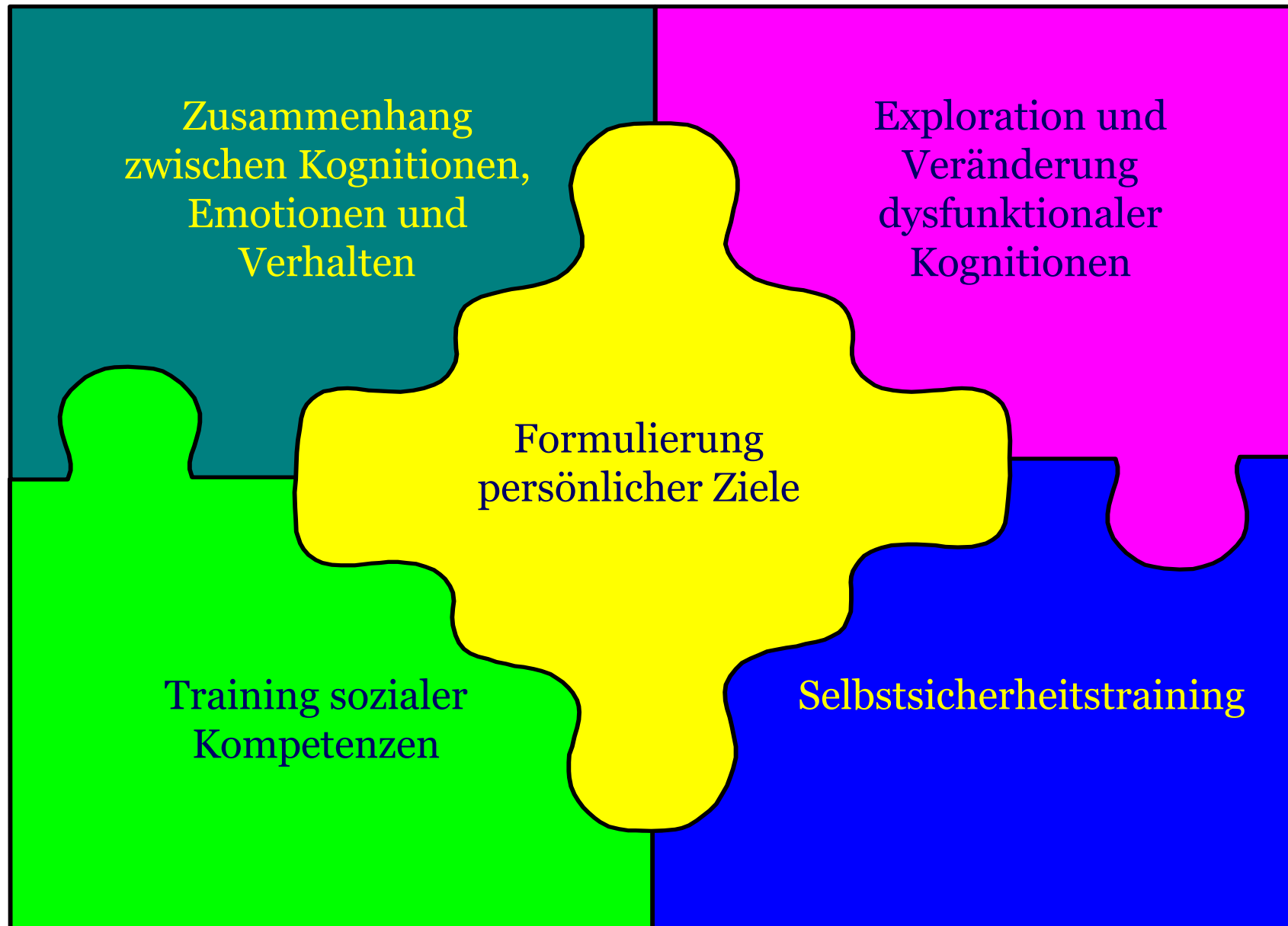
Gesundheitsverhalten (Arztbesuche etc.)

Präventionsstudie: „LARS&LISA“

gefördert durch: **Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG)**
Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

- **Universelle** Prävention
- Ziel: Verringerung der Häufigkeit depressiver Beschwerden und des Auftretens depressiver Störungen
- Beeinflussung (Reduktion) von Risikofaktoren
- Steigerung (Empowerment) von Schutzfaktoren und Resilienzen
- Schaffung und Training von Fertigkeiten und Fähigkeiten

Bausteine des Präventionsprogramms LARS&LISA



Inhaltsübersicht

- 1. Doppelstunde: Einführung, Kennenlernen, Regeln, Ziele
- 2. Doppelstunde: Magische Spirale
- 3. Doppelstunde: Think I
- 4. Doppelstunde: Think II
- 5. Doppelstunde: Think III
- 6. Doppelstunde: Just do it I
- 7. Doppelstunde: Just do it II
- 8. Doppelstunde: Just do it III
- 9. Doppelstunde: Get in touch I
- 10. Doppelstunde: Get in touch II

Vergleichsstudie **L&L** vs **JES!**

Realschüler 8. Schuljahr

LARS&LISA

Anzahl: 187

Alter: 13.6 (0,7)

weiblich: 45%

Kontrollen

Anzahl: 128

Alter: 14 (0,9)

weiblich: 50%

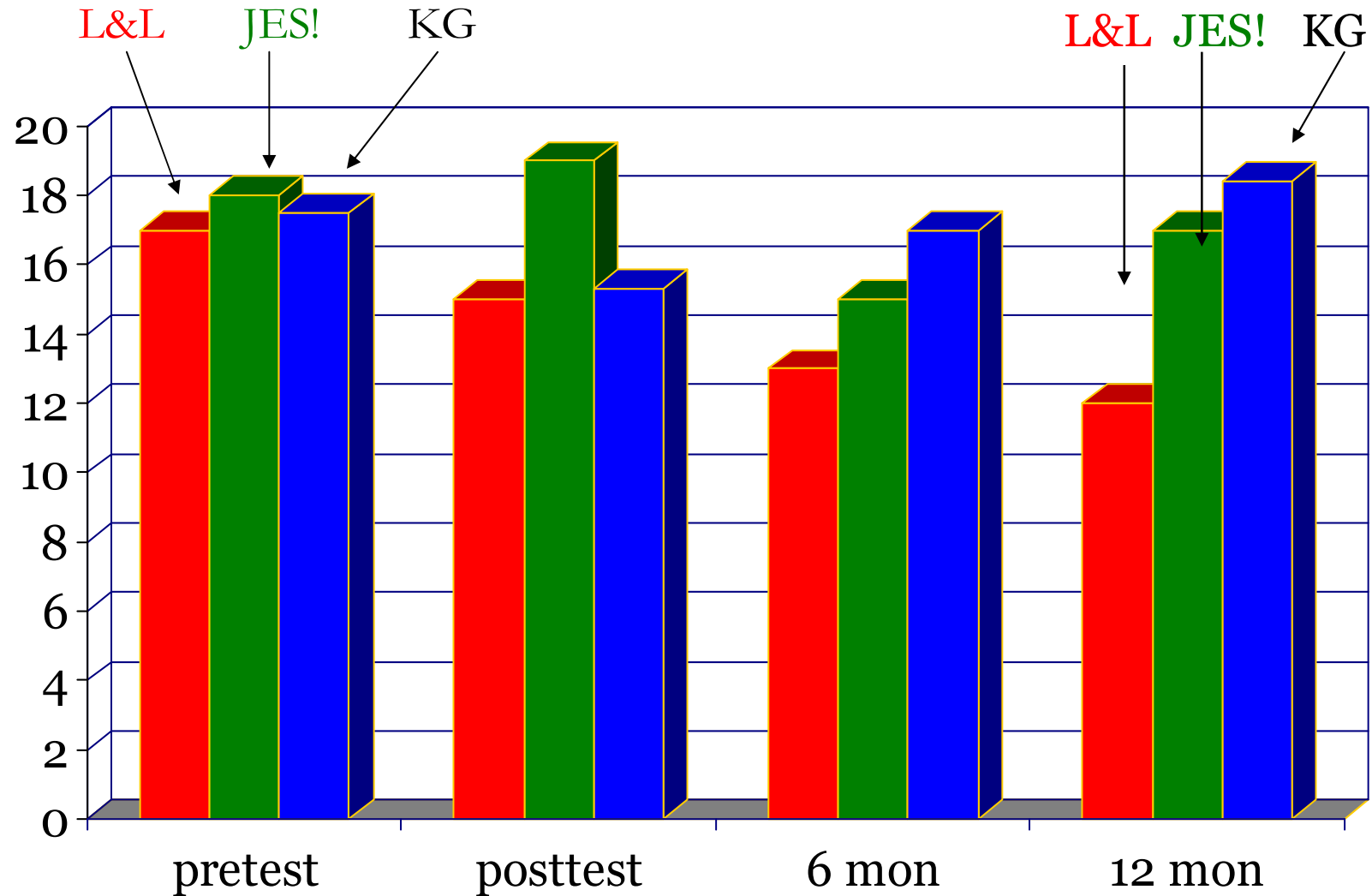
JES!

Anzahl: 195

Alter: 14 (0,8)

weiblich: 51%

Depressive Symptome



Fazit

- „**LARS&LISA**“ kommt bei den Kindern und Jugendlichen gut an und zeigt dauerhafte Effekte.
- Die psychologischen Themen zur Prävention von Depression können in den Schulunterricht gut integriert werden
- Notwendigkeit zur Prävention ist angesichts der hohen Prävalenz internalisierender (depressiver) Störungen unbestreitbar!
- **Unklar bislang**: Ergeben sich ähnliche Effekte, wenn L&L durch Lehrer (also nicht-psychologische Fachkräfte) angewandt und vermittelt wird?

Intervention:
Behandlung von Patienten mit
Depressionen unterschiedlicher Schwere

Psychotherapie bei (akuten) Depressionen im Alter

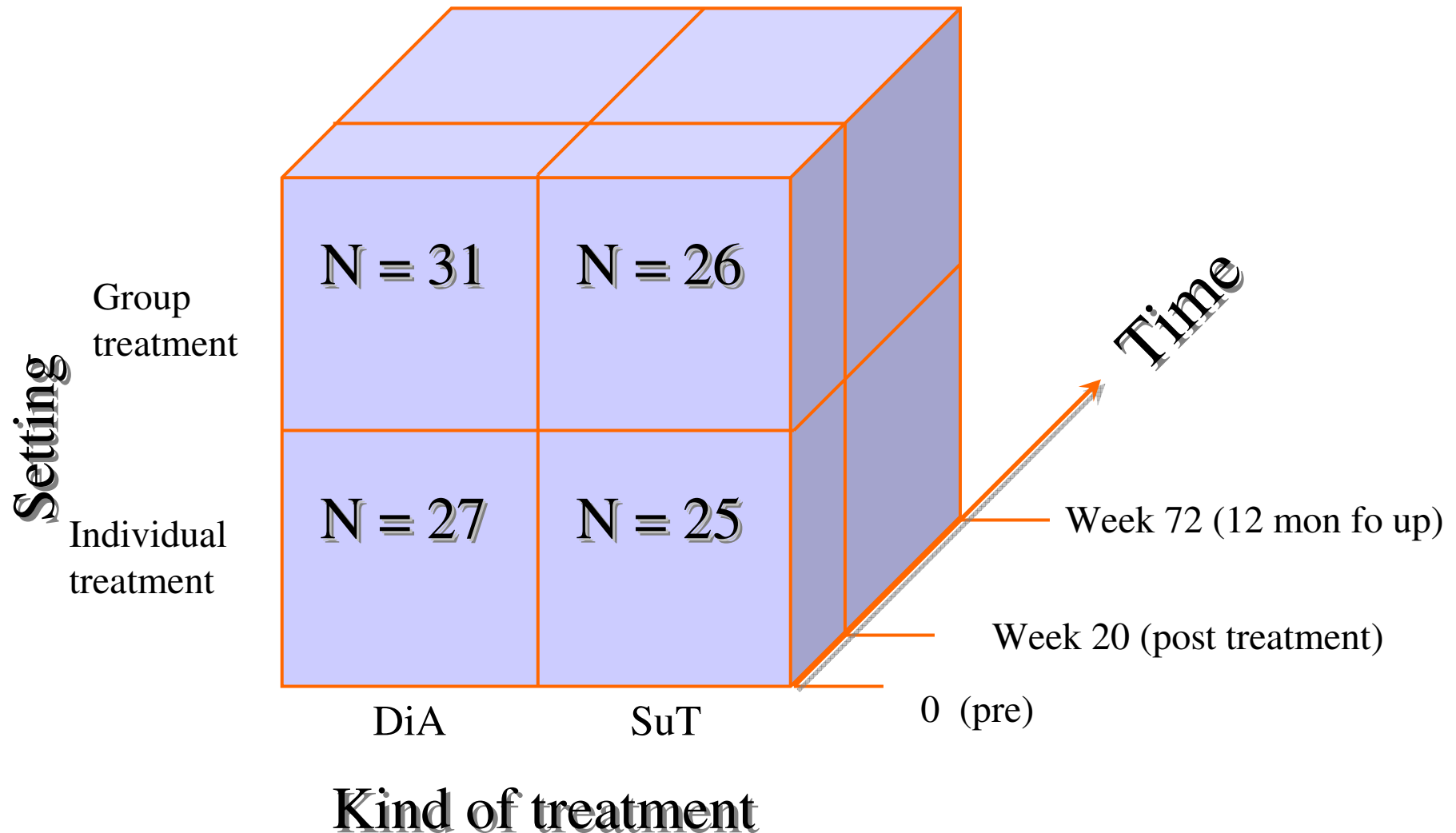
Vergleich Einzel- und
Gruppentherapie bzw. spezifische und
unspezifische Intervention

gefördert durch: **Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG)**

DiA-Programm Varianten

- **12 Wochen** Programm in geschlossenen Gruppen zu 6-8 Teilnehmern (über 60jährige Patienten)
ambulant, stationär
- **15 Wochen** Programm in offenen Gruppen zu 5-7 Teilnehmern (zwischen 65 und 85 Jährige)
 - 1 Einzelgespräch zur Einführung
 - 5 Gruppensitzungen Modul „Aktivierung“
 - 4 Gruppensitzungen Modul „Kognitionen“
 - 4 Gruppensitzungen Modul „Soziale Fertigkeiten“
 - 1 Einzelgespräch zum Abschluß, Notfallplanung und Beibehaltung des Gelernten

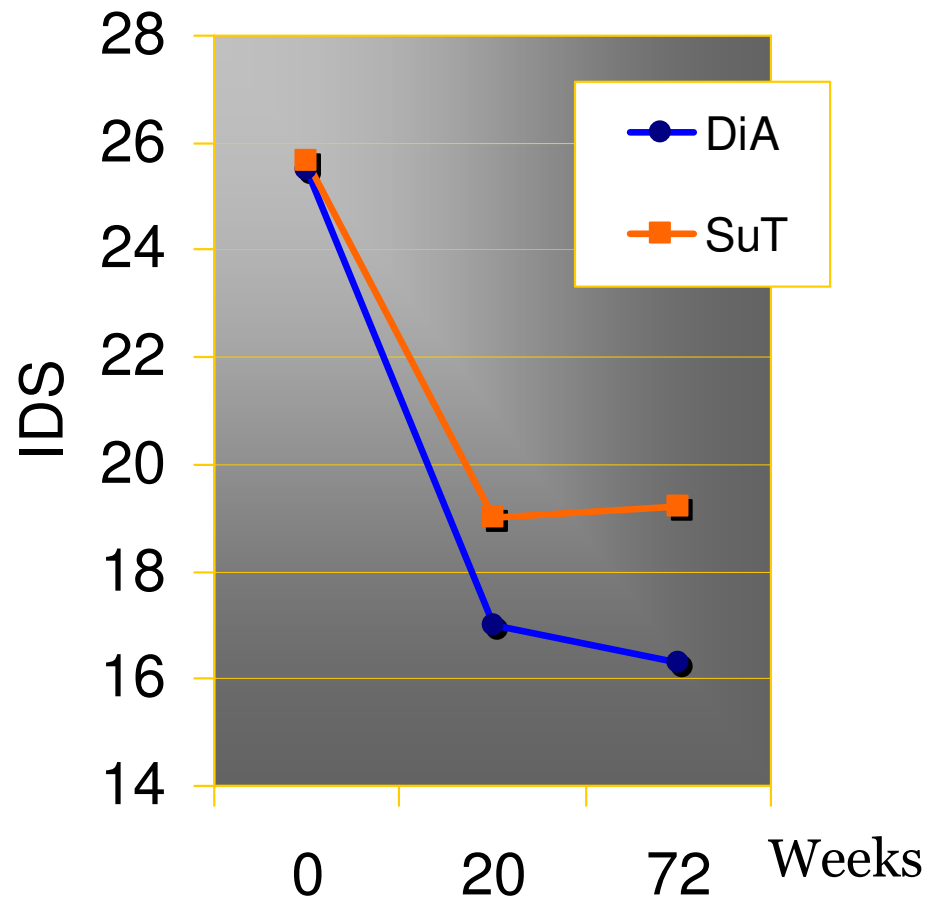
DiA 3: Design (MDD, Dystymia, Alter > 65 J, MMST > 21, mit/ohne Medikation, 15 Wochen Intervention)



DiA 3: Stichprobenmerkmale

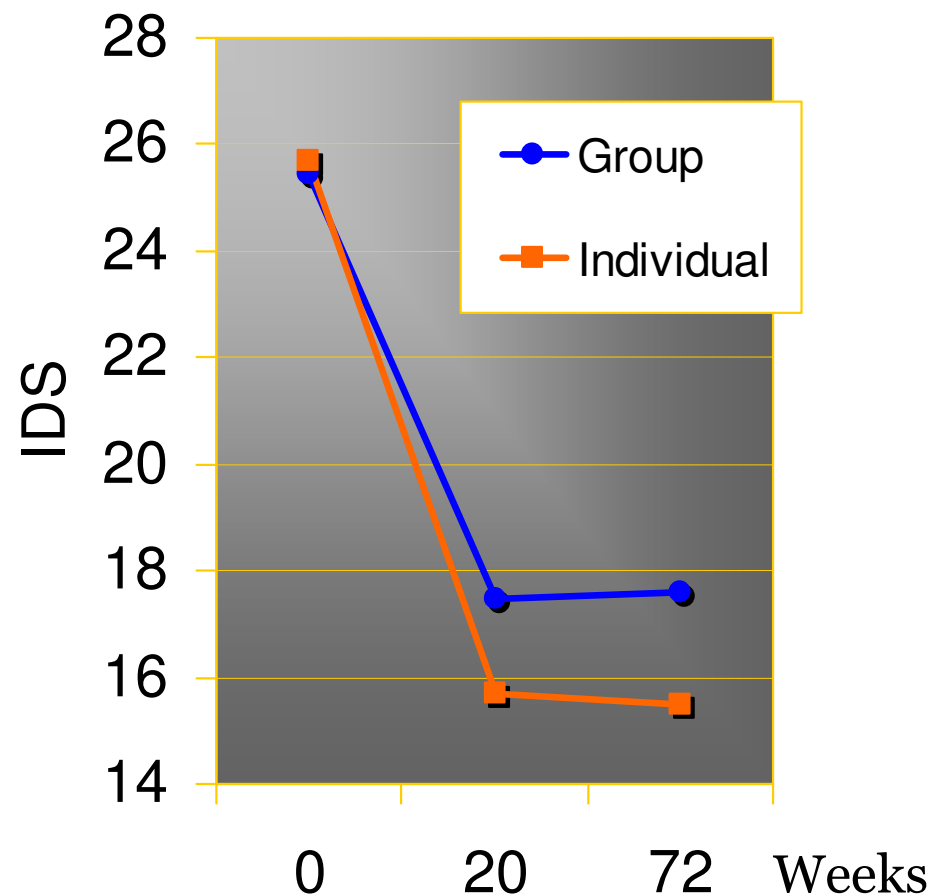
		DiA (58)		SuT (51)	
		G	I	G	I
Age		71,7	72,6	69,9	70,2
> 75 yrs		32 %	26%	18%	26%
Female		71 %	51%	65 %	80%
Diagnosis	MDD	70,6 %	63,0%	76,9 %	92,0%
	Dysthymia	19,4 %	37,0%	23,1 %	8,0%
Komorbidity		16,1 %	22,2%	23,1 %	24,0%
MDD, lifetime		58,4 %	70,7%	68,5 %	68,0%
Antidepressive Med.		68,4 %	70,4%	71,5 %	80,0%
Mild cogn. imp. (25 > MMST > 21)		51,6 %	29,6%	50,0 %	50,0%

DiA 3: IDS time \times kind of trx



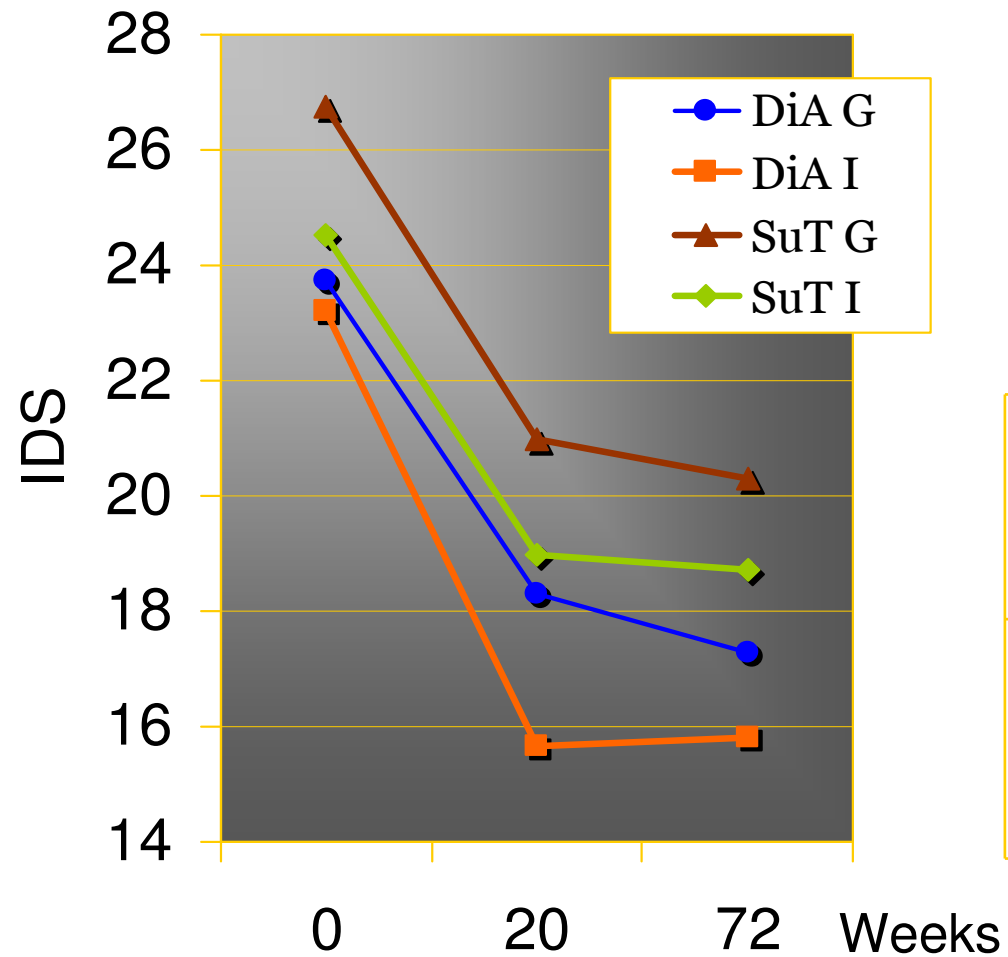
		Weeks		
		0	20	72
DiA	25,5	17,0	16,3	
SuT	25,7	19,1	19,2	

DiA 3: IDS time x setting



		Weeks		
		0	20	72
	G	25,4	17,5	17,6
	I	25,7	15,7	15,5

DiA 3: IDS time × kind of trx × setting



		Weeks		
		0	20	72
DiA	G	23,7	18,3	17,3
	I	23,2	15,6	15,8
SuT	G	26,8	21,1	20,3
	I	24,5	19,0	18,7



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



MinD – Studie

Hautzinger, Hegerl, Henkel et al. 2000-2006

Randomisierte, prospektive Therapiestudie zur Wirksamkeit von Pharmakotherapie und Psychotherapie bei „Minor Depression“ in einem (doppelblind) placebokontrollierten Kontrollgruppendedesign

„Minor“ Depression ...

- Nicht-psychotische Episode oder Periode einer Störung, bei der eine relativ anhaltende depressive Gemüthsstimmung vorherrscht, ohne dass das Vollbild einer MDD erreicht wird.
- Zwei oder mehr bekannter depressiver Symptome (z.B. Appetitmangel, Gewichtsverlust, Schlafstörungen, Energieverlust, Erschöpfung, Interesseverlust, Anhedonie, Selbstmitleid, Selbstvorwürfe, Konzentrationsprobleme, Todesgedanken, Pessimismus, Grübeln, Sorgen...)
- Episode dauert mindestens zwei Wochen

„MinD“-Studie: Studiendesign

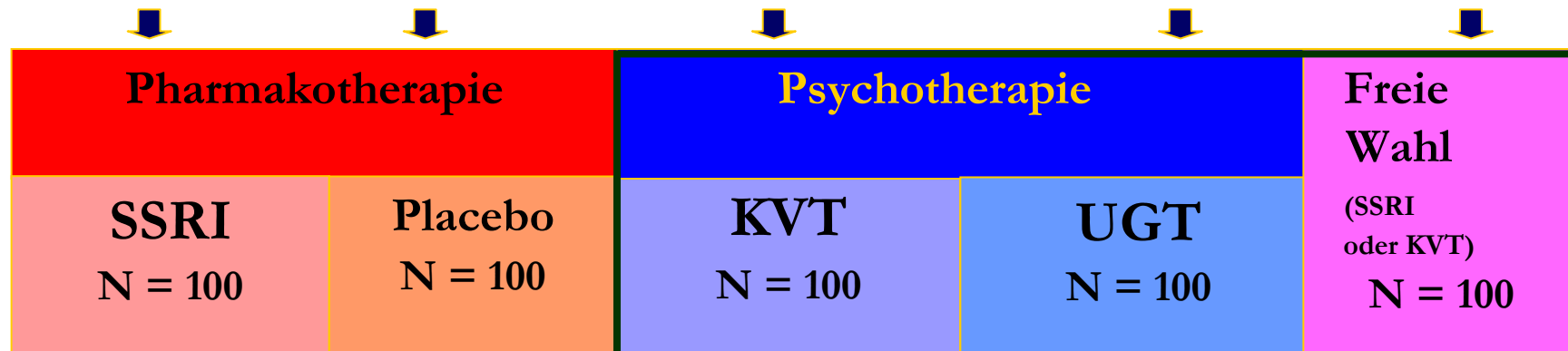
Screening in hausärztlichen Praxen (WHO-5)



Baselineerhebung (CIDI / $8 \leq \text{HAM-D} \leq 22$): Prä-Testung



Stratifizierte Randomisierung



Behandlungsdauer pro Patient/Patientin: 10 Wochen



Follow-up nach 12 Monaten („LIFE“-Interview)

PsychoPharmakotherapie

- Selektive Serotonin Wiederaufnahme Hemmer (Sertralin[®]) als neue, bewährte, gut verträgliche Antidepressiva
- Dosierung einheitlich, individuell Anpassung möglich, über 10 Wochen: 50-200 mg/Tag
- erfahrene Psychiater, Clinical Management
- Placebomedikation identisches Aussehen wie SSRI/Sertralin
- Dosierungsschema identisch wie Verum
- Behandlung über 10 Wochen
- erfahrene Psychiater, Clinical Management
- Doppelblindbedingung

KVT Kognitiv-Verhaltenstherapeutische Gruppe

- Strukturiert, manualisiert, Materialien bezogen, geleitet von erfahrenen, appropierten VTlerinnen
- 10 Therapiesitzungen: 1 Einzel(60 Min) 9 Gruppen (je 90-100 Minuten), offene Gruppe
- Modul 1 (3 Sitzungen): Aktivitätsaufbau, Tagesstruktur, Steigerung angenehmer Aktivitäten, Tages- und Wochenplan
- Modul 2 (3 Sitzungen): Negatives Denken korrigieren, kognitives Umstrukturieren, Gedankenkontrolle, ABC-Methode
- Modul 3 (3 Sitzungen): Kompetenztraining, Erlernen neuer Fertigkeiten, Rollenspiele, Übungen

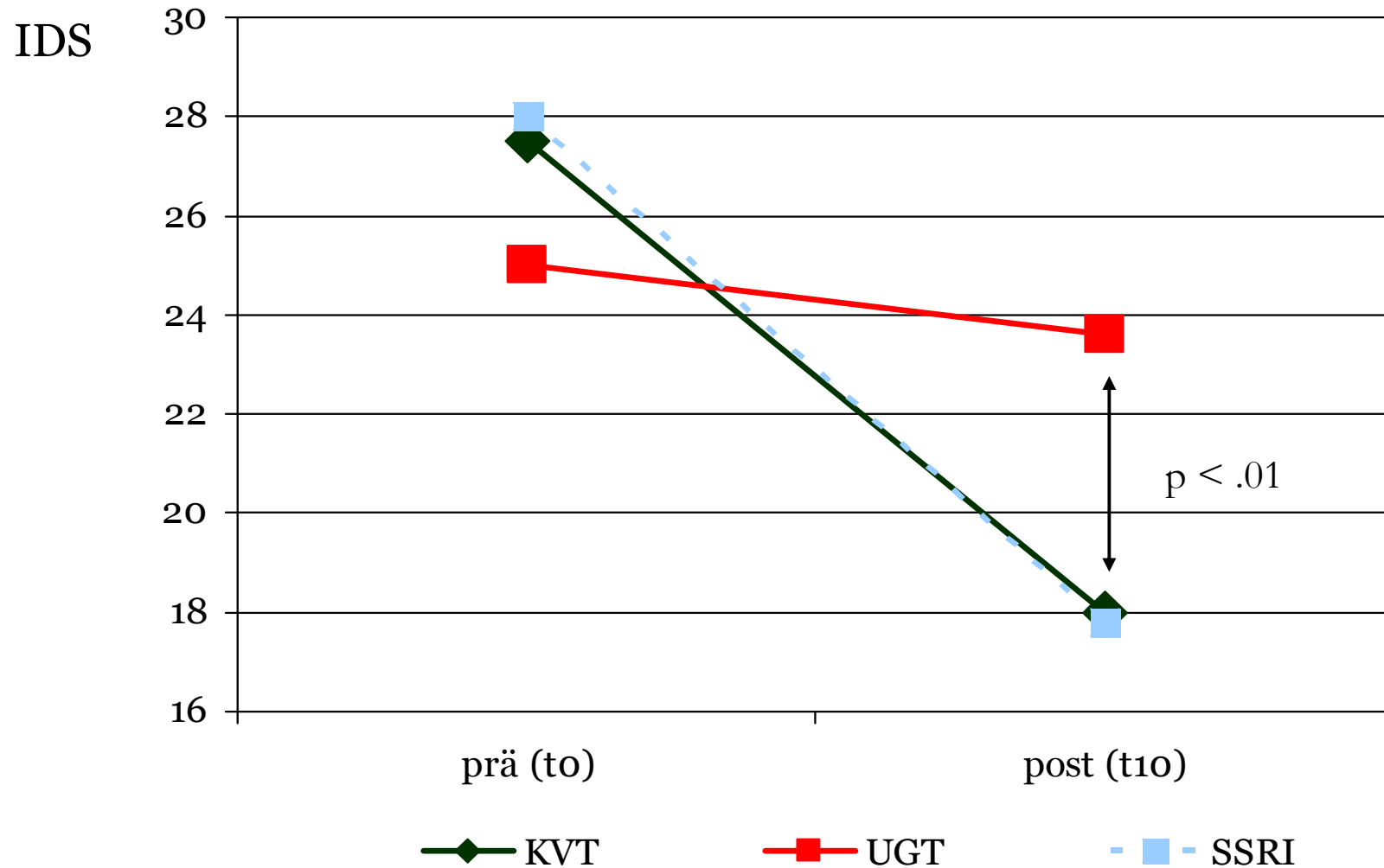
UGT Unspezifische, unterstützende Gruppentherapie

- Keine Materialien, wenig Struktur, geleitet durch erfahrene Therapeutinnen, festgelegte und erlaubte Elemente und Vorgehensweisen
- 1 Einzelgespräch, 9 Gruppensitzungen, offene Gruppe
- Entspannungstraining (gegen Stress, für Schlaf)
- Austausch über Alltag, Themen und Probleme die einen bewegen (Klärung und Unterstützung)
- Empathische, verständnisvolle und zugewandte Therapeutinnen, Informationen über Depression erlaubt
- Botschaft: Gruppe will anregen, anstossen, durch Unterstützung und Kontakte helfen

Vorgehen und Ablauf

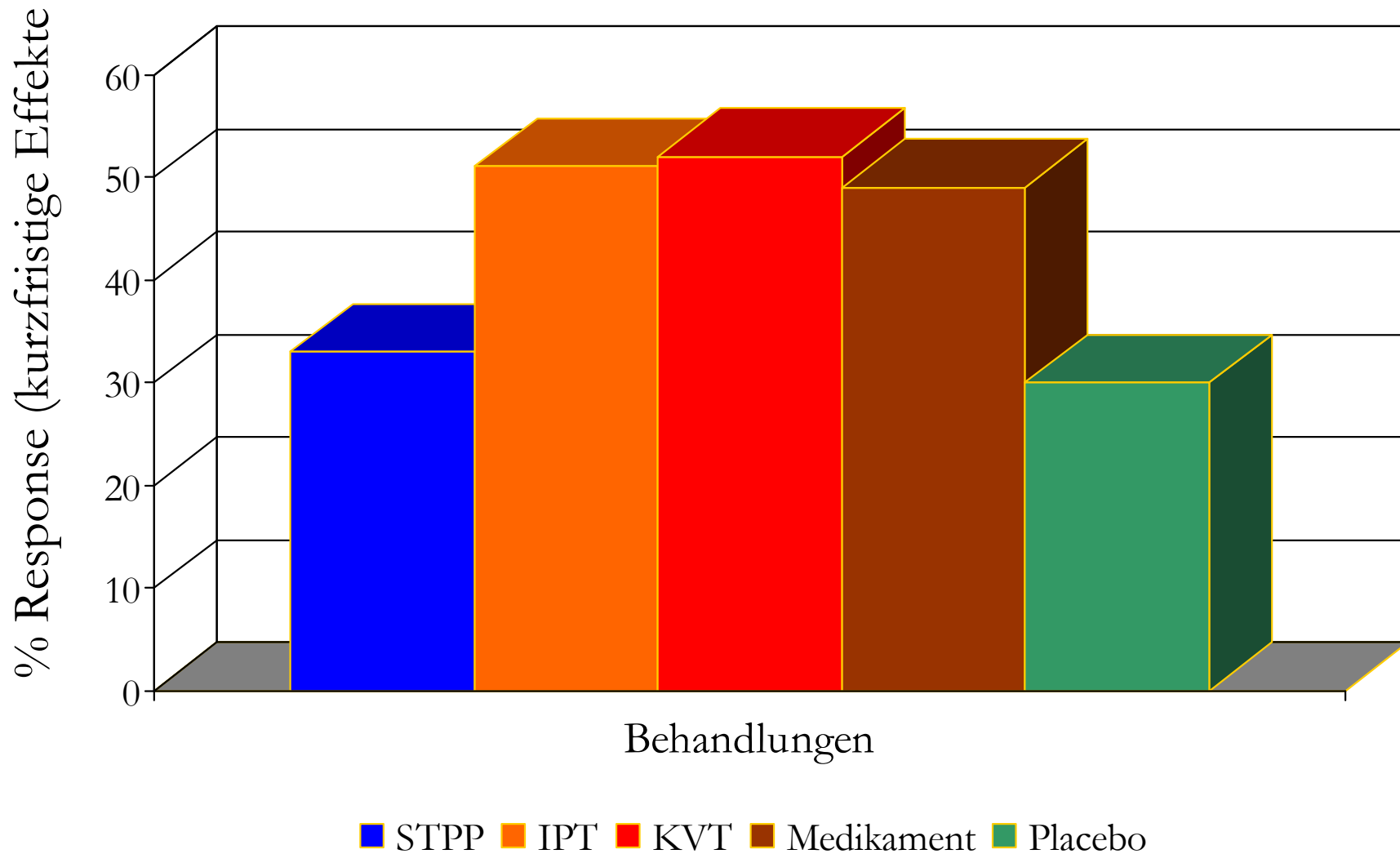
- Ärztliche und psychologische Untersuchung durch nicht an der Therapie beteiligte, verblindete Kliniker (3 Ärzte, 3 Psychologinnen)
- 6 Messpunkte während der 10wöchigen Interventionsphase, dann Katamnesen zu Monat 6 und 12 nach Interventionsende
- Randomisierung, Monitoring und Auswertung durch unabhängiges Methodenzentrum

Endergebnisse IDS Reduktion (ITT)



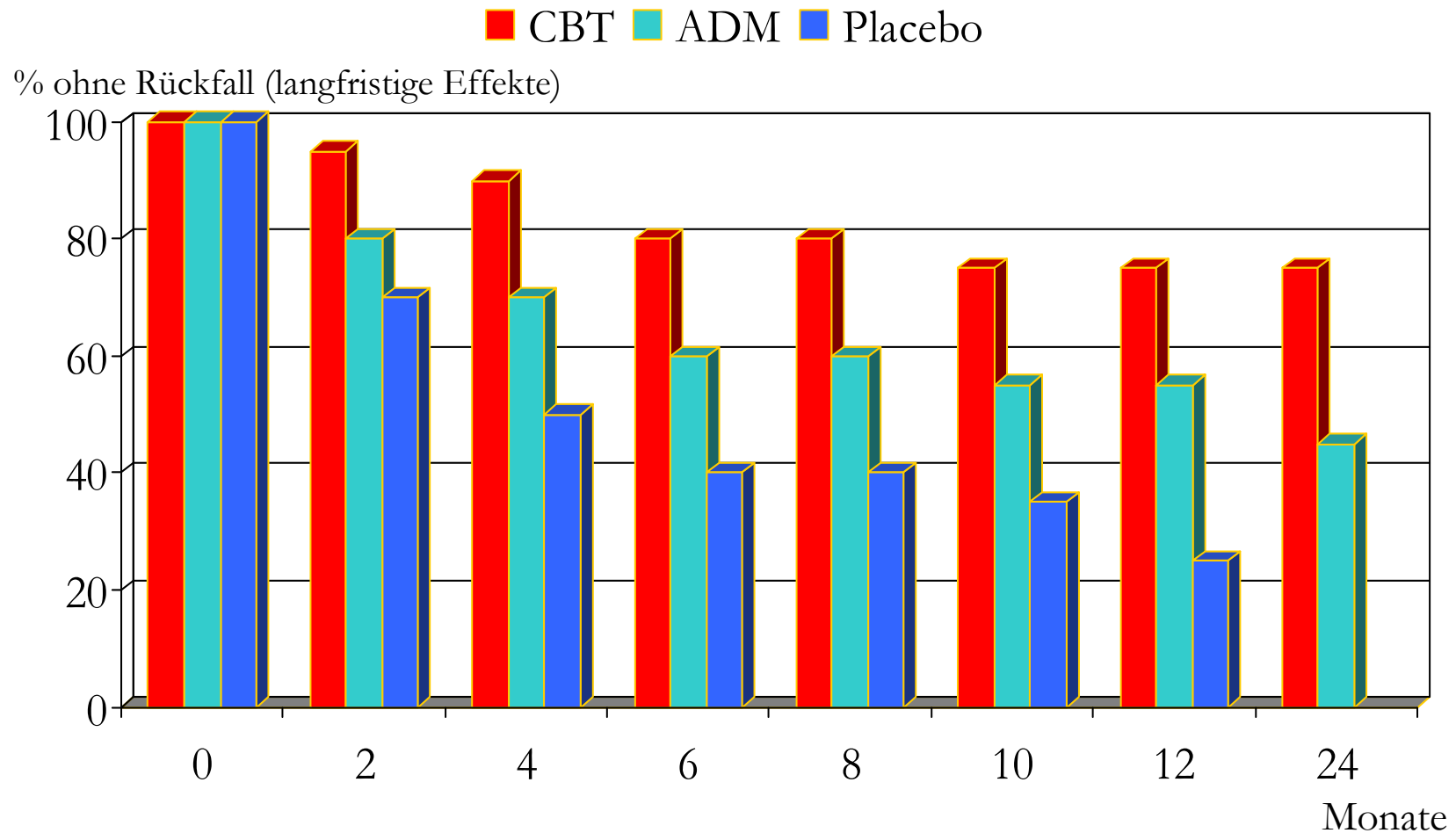
Schlussfolgerungen....

Psychotherapie und Medikation im Vergleich (Hollon et al. 2002, 2005)



Rückfallverhinderung nach Remission

CBT (3 booster), ADM (continuation), Placebo (continuation)
(Hollon et al. 2005)



Aktueller Wissenstand zu Psychologischen Interventionen bei affektiven Störungen

	KVT	IPT	STPP
Akuttherapie unipolare Depressionen			
Einzeltherapie	I	I	I
Gruppentherapie	I	II	III
Paartherapie	I	II	III
Ambulante Therapie	I	I	I
Stationäre Therapie	II	II	III
Leichte Depressionen	I	III	III
Schwere Depressionen	I	II	III
Kombinationstherapie unipolare Depression	I	II	III
Erhaltungstherapie unipolare Depression	I	I	III
Therapie chronischer Depressionen	I	I	III
Therapie rezidivierender Depressionen	I	II	III

	KVT	IPT	STPP
Depressionen bei Kindern und Jugendlichen	I	II	III
Depressionen im höheren Alter	I	II	II
Depressionen Schwangerschaft/Postpartum	II	II	II
Depressionen im Klimakterium	II	III	III
Kombinationstherapie bipolare Störungen	I	II	III
Prävention affektiver Störungen	I	III	III

Gesamtbewertung (Summe)	20	33	45
--------------------------------	-----------	-----------	-----------

Gesamtbewertung (Summe nationaler Studien)	34	43	51
---	-----------	-----------	-----------

De Jong-Meyer, Hautzinger, Kühner, Schramm (2007) Psychotherapie affektiver Störungen. Evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen. Hogrefe, Göttingen

Herzlichen Dank!

Martin Hautzinger

Eberhard Karls Universität Tübingen

Psychologisches Institut

hautzinger@uni-tuebingen.de

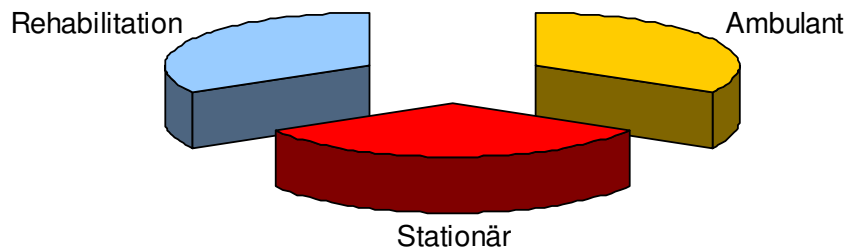
Integrierte Versorgung Depression Aachen



Frank Schneider
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Aachen

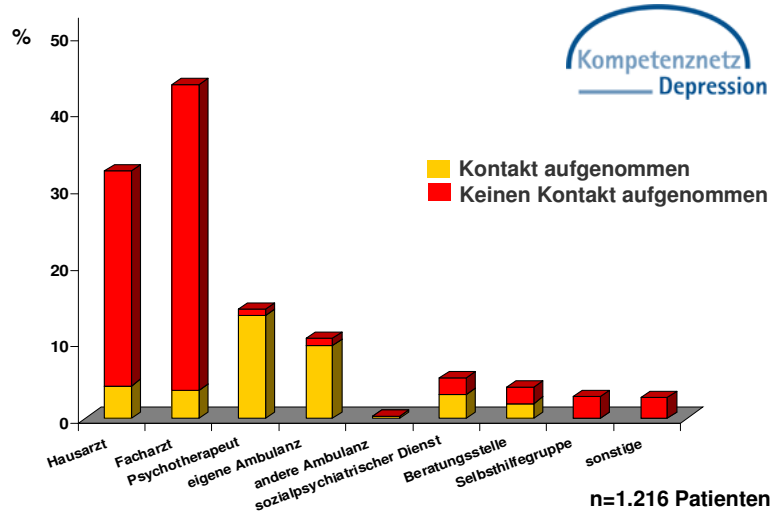
Ruth Zaunbrecher
AOK Rheinland Hamburg

Ausgangssituation: Sektorisierung der psychiatrischen Versorgung in Deutschland



Deutsches Ärzteblatt, 2004

Schnittstellenmanagement: Ambulante Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt (depressive Störungen)



Schneider et al., Brit J Psychiatry 2005

DGPPN Rahmenkonzept

SGB V, § 140

Sicherstellung und qualitative und ökonomische Verbesserung der Gesundheitsversorgung



Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Depression

der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)

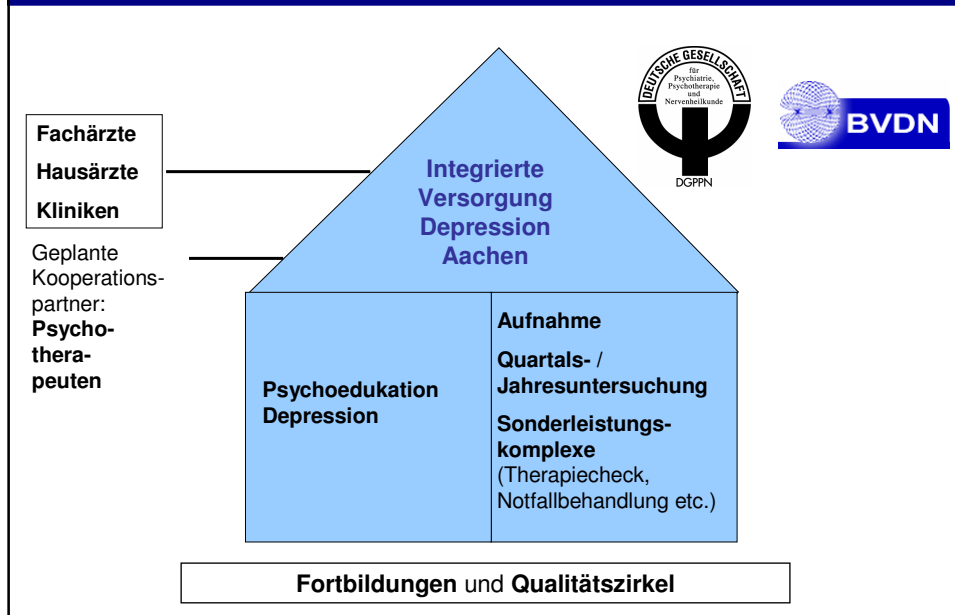
Inhalt

- 1. Einleitung
- 1.1 Aufgaben
- 1.2 Zielsetzung
- 1.3 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.4 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.5 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.6 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.7 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.8 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.9 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.10 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.11 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.12 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.13 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.14 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.15 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.16 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.17 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.18 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.19 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.20 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.21 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.22 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.23 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.24 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.25 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.26 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.27 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.28 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.29 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.30 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.31 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.32 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.33 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.34 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.35 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.36 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.37 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.38 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.39 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.40 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.41 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.42 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.43 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.44 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.45 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.46 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.47 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.48 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.49 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.50 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.51 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.52 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.53 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.54 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.55 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.56 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.57 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.58 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.59 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.60 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.61 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.62 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.63 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.64 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.65 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.66 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.67 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.68 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.69 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.70 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.71 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.72 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.73 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.74 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.75 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.76 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.77 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.78 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.79 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.80 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.81 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.82 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.83 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.84 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.85 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.86 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.87 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.88 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.89 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.90 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.91 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.92 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.93 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.94 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.95 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.96 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.97 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.98 Darstellung der integrierten Versorgung
- 1.99 Darstellung der integrierten Versorgung
- 2.00 Darstellung der integrierten Versorgung

1. Einleitung

Das Rahmenkonzept hat mit dem § 140 SGB V die gesetzlichen Grundlagen zur Sicherstellung und Verbesserung der Versorgung der Integrierten Versorgung (IV) festgelegt. Ziel ist es, die Versorgung der Integrierten Versorgung (IV) zu verbessern und zu optimieren und die Versorgung der Integrierten Versorgung (IV) zu verbessern und zu optimieren.

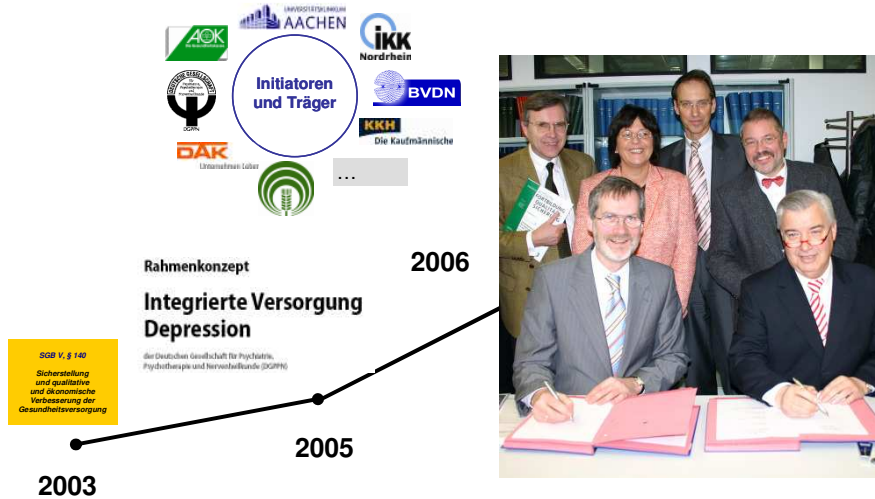
Gemeinsames IV-Modellprojekt DGPPN und BVDN



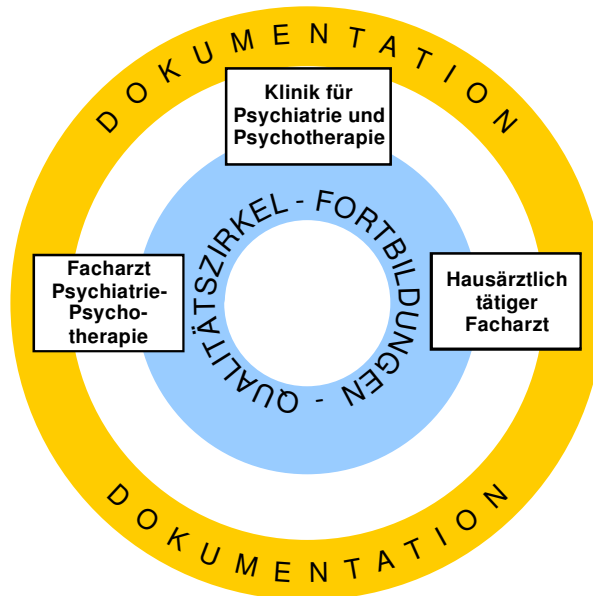
Integrierte Versorgung Depression Aachen



3.2.2006 Vertragsunterzeichnung in Aachen



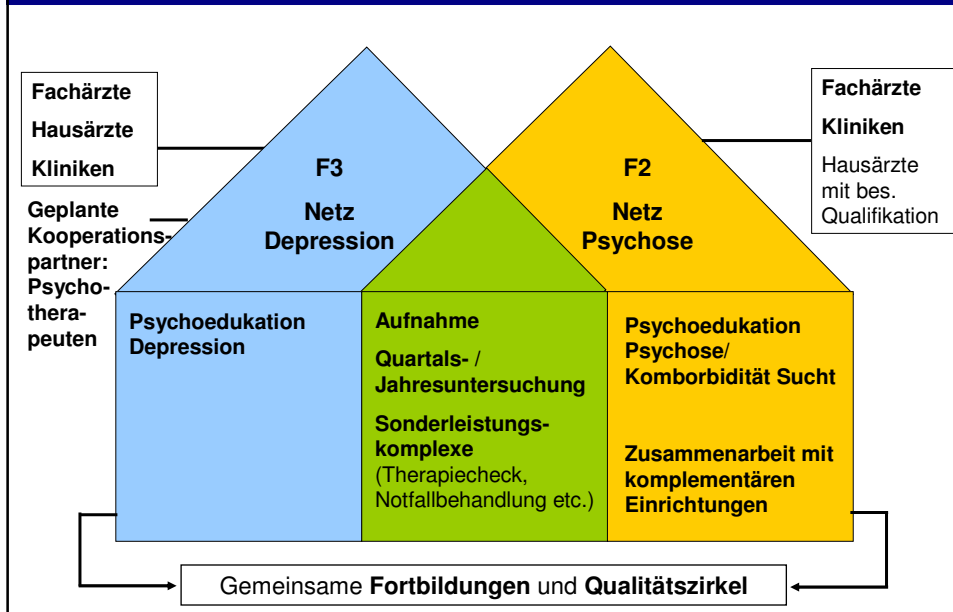
Vernetzung der Behandlungsebenen



Aufgabenverteilung

Niedergelassene Fachärzte und Hausärzte	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	Netzmanagement (UKA, ArGe IGV- Rheinland)	Krankenkassen
<ul style="list-style-type: none"> • Ambulante Behandlung • Qualitätszirkel (gem. mit Klinik) • Fallkonferenzen (gem. mit Klinik) 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlung (amb. und stat.) • Teilnehmerfortbildungen • Call Center • Dokumentation und Berichtswesen • Wissenschaftl. Auswertung 	<ul style="list-style-type: none"> • Faktuierung und Controlling (UKA) • Statistische Auswertung (wissenschaftl. Institut) 	<ul style="list-style-type: none"> • Vertragsabwicklungen mit den teilnehmenden Ärzten

2007: Integrierte Versorgung Seelische Gesundheit



Qualitätssicherung

Leitlinien-Orientierung

Netzbeirat

1 x pro Quartal

Qualitätszirkel und klinische Fallkonferenzen

6 x pro Jahr für alle Netzteilnehmer

(Fachärzte und Hausärzte gemeinsam)

Zertifizierte Fortbildung

2 x jährlich

Standardisierte Dokumentation

Dokumentation

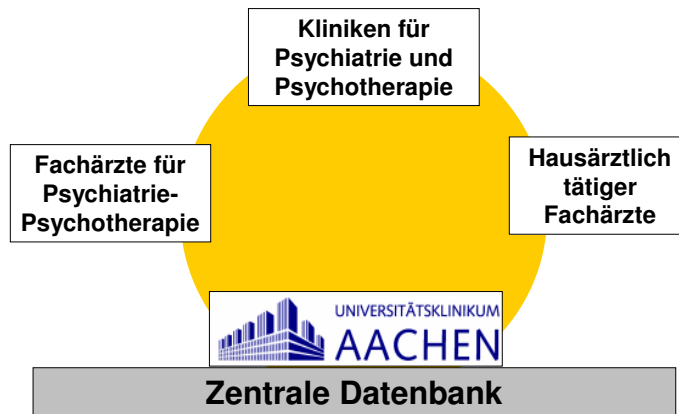
Basisleistungskomplexe

- **Aufnahmeuntersuchung/ Jahresuntersuchung**
- **Quartalsuntersuchungen (je 1 x im Quartal)**
- **Psychoedukation**

Sonderleistungskomplexe

- **Zweitmeinung
Diagnosesicherung**
- **Therapiecheck,
- intensivierung**
- **Zusammenarbeit mit
komplementären
Einrichtungen (F2)**
- **Notfall**
- **Zweitmeinung vor Einweisung**
- **Vor Entlassung**
- **Stabilisierung nach Entlassung**

EDV basierte Dokumentation



Psychoedukation

Psychoedukation

- nach einem festgelegten Curriculum (Teilnahme der Angehörigen an gesonderten Terminen)
- Umfang:
 - 8 Sitzungen à 45 Min. (F3)
 - 16 Sitzungen à 45 Min. (F2)

Inhalte:

- Vermittlung von Krankheitsmodellen
- Vulnerabilitäts-Stress-Modell
- Therapiemöglichkeiten (Medikamente, Psychotherapieverfahren)
- Verhaltenstherapeutische Elemente (Bsp. Training sozialer Kompetenzen)
- Krisenplan
- Austausch und emotionale Entlastung
- Modul Komorbidität Psychose und Sucht

Basisleistungskomplexe

Aufnahmeuntersuchung / Jahresuntersuchung	Erfüllt der Patient die Aufnahmekriterien? <ul style="list-style-type: none"> •Information des Patienten über die IV •Einverständniserklärung •Erhebung der Patientenstammdaten •Ein- und Ausschlusskriterien •HAM-D (F3)/ BPRS (F2) •Clinical Global Impression (CGI) •WHO-5 (F3) •SF12
Quartalsuntersuchungen (1x im Quartal)	Therapiebegleitung, regelmäßige Konsultation bei stabiler Therapie <ul style="list-style-type: none"> •Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien •HAM-D (F3)/ BPRS (F2) •Clinical Global Impression (CGI) •Verlaufsdokumentation
Psychoedukation	Indikation: jeder schulungsfähige Patient nach Aufnahme (ca. 90%)

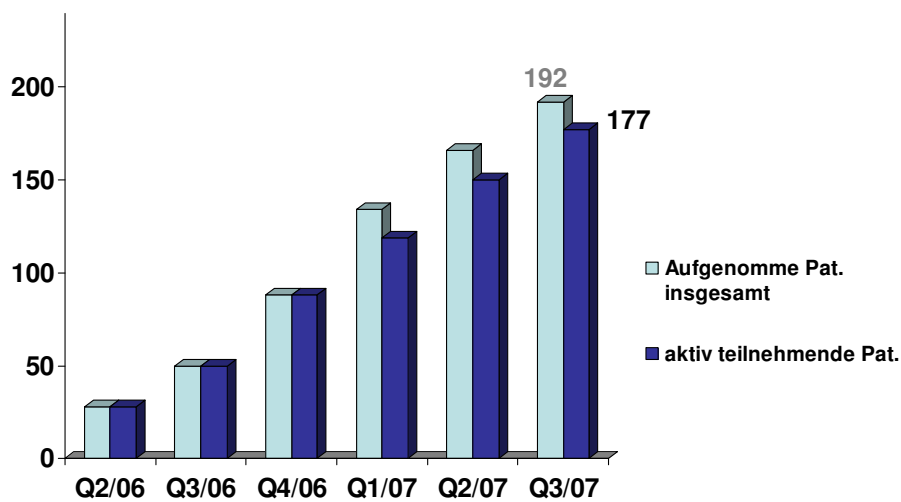
Sonderleistungskomplexe

Zweitmeinung Diagnosesicherung	Überprüfung/Sicherstellung der Diagnose/ Therapie mittels Zweitmeinung <ul style="list-style-type: none"> •Clinical Global Impression (CGI) •Verlaufsdokumentation
Therapiecheck, -intensivierung	Indikation: Komplikationen (Verschlechterung der Symptomatik, Nebenwirkungen, suizidale Ideen, Therapieumstellung etc.) <ul style="list-style-type: none"> •engmaschige Termine und Dokumentation •Clinical Global Impression (CGI) •Verlaufsdokumentation
Notfall	Kurzfristige Notfallkonsultation des Patienten <ul style="list-style-type: none"> •Clinical Global Impression (CGI) •Verlaufsdokumentation

Sonderleistungskomplexe (stationäre Behandlung)

Zweitmeinung vor Einweisung	Prüfung der Indikation zur stationären Einweisung •Clinical Global Impression (CGI) •Verlaufsdokumentation
Vor Entlassung	Die bevorstehende Entlassung wird eingeleitet: Kontaktaufnahme mit dem nachbetreuenden Arzt (Terminvergabe) •Clinical Global Impression (CGI) •Verlaufsdokumentation •ggf. Anruf vom Klinikarzt mit mündlichem Verlaufsbericht
Stabilisierung nach Entlassung	nach Entlassung, ambulantes Intensivprogramm (engmaschige Termine und Dokumentation) •Clinical Global Impression (CGI) •Verlaufsdokumentation

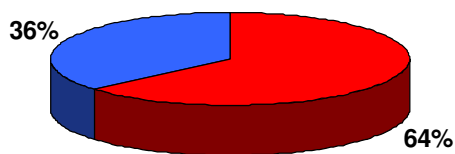
Entwicklung der Fallzahlen



IV Depression Aachen, 31.08.2007

Komorbide somatische Erkrankungen bei Aufnahme

64% der Patienten haben bei Aufnahme mindestens eine komorbide somatische Erkrankung



Häufigste Erkrankungen

- Hypertonie
- Krankheiten des Rückens und der Wirbelsäule
- Rheumatismus
- Adipositas
- Migräne

IV Depression Aachen

Evaluation

GKV-Routinedaten

Bildung einer stratifizierten Vergleichsgruppe der Regelversorgung

Analyse von

- Outcomeparametern (Mortalität, Inzidenz von Pflegefällen)
- Leistungen (Krankenhaustage, -verweildauer)
- Kosten (Partialkosten)
- Durchschnittliche Kosten je IGV-Patient und je Patient in der Vergleichsgruppe

Ergebnisse

Patientenzufriedenheit



Therapieerfolg

- Diagnostik: Erkennensrate
- operationalisierte Messungen
- Therapieoptimierung beim HA und FA
- Verbesserung der Schnittstelle HA-FA-Klinik
- Schnelligkeit
- Bessere Indikationsstellung und gezieltere Überweisung zur Psychotherapie



Kostenreduktion

- Arbeitsunfähigkeitszeiten
- Stationäre Aufnahmen bzw. Aufenthaltsdauer
- Kurmaßnahmen und psychosomatische Reha-Verfahren

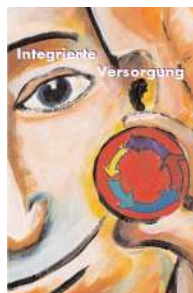


Adäquate Finanzierung ärztlicher Leistungen



Vorteile für die Patienten

- Erweiterte Diagnostik
- Kürzere Wartezeiten
- Standardisiertes Therapiemanagement: längere Arztkontakte
- Notfallmanagement
- Erweiterte Therapie und Sekundärprävention
- Leitlinienorientierung und Evidenzbasierung

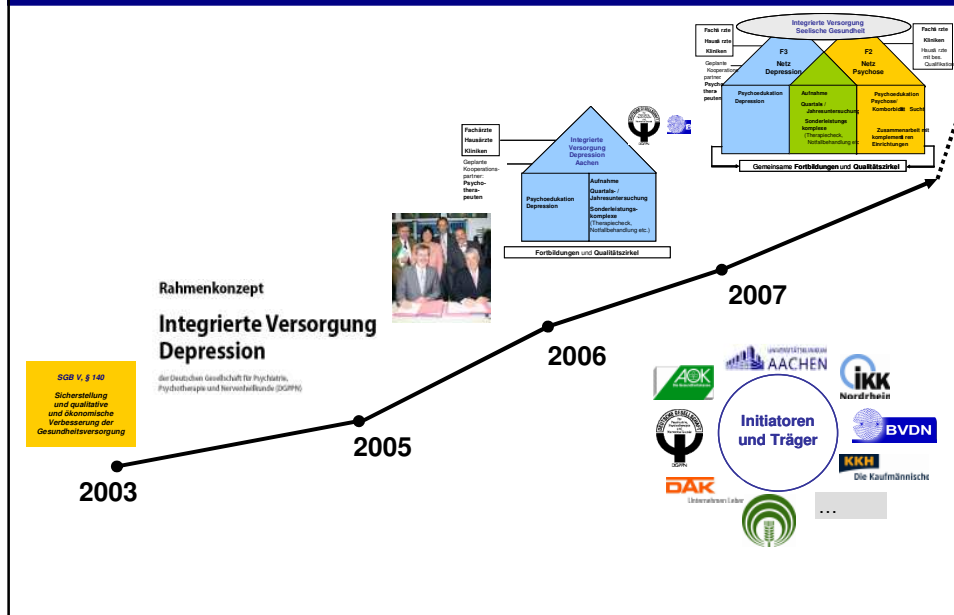


- Vermittlung Psychotherapie
- Psychoedukation
 - Patienten
 - Angehörige
- Optimale, mehrdimensionale Therapie basierend auf neusten Erkenntnissen
- Alle an Therapie und Versorgung Beteiligten auf gleichem Informationsstand

Infohotline: 0241/ 80 85 777

www.psychiatrie.ukaachen.de

Zukünftige Ziele: Ausweitung der Standorte, Partner und Indikationen



Zusammenfassung und Ausblick

- Modellprojekt von BVDN und DGPPN
- Hohe Akzeptanz bei Ärzten und Patienten
- Verbesserte Zusammenarbeit Hausärzte-Fachärzte-Klinik
- Psychoedukation als wichtiges Behandlungsmodul
- Erfolgreiche Qualitätssicherung durch leitlinienbasierte Behandlung
- EDV-basierte Dokumentation
- Ausweitung Standorte, Partner und Indikationen

**Integrierte Versorgung Seelische Gesundheit
als zukunftsweisendes Versorgungsmodell**

www.psychiatrie.ukaachen.de
www.dgppn.de
www.bvdn.de

www.aok.de/rh/



Frank Bergmann, BVDN
Alexandra Classen, AOK Rheinland Hamburg
Jürgen Engels, AOK Rheinland Hamburg
Claudia Hein, IKK Nordrhein
Peter Lipp, ArGe IGV
Wilhelm Pauly, KKH

Barbara Franzen
Franz-Josef Hansen
Tilo Kircher
Kathrin Oebel
Sabine Wien



Dr. Rüdiger Meierjürgen

MindMatters – Ein Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit in Schulen

**gesundheitsziele.de. Gemeinsam Zukunft gestalten:
Gesundheitsziele konkret!**

Berlin, 10. September 2007



6. Nationales Gesundheitsziel: „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ und MindMatters



MindMatters

- ... basiert auf einem international hochbewerteten australischen Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit.
- ... ist im Rahmen eines Modellversuchs an deutschen und schweizerischen Schulen der Sekundarstufe 1 erprobt und evaluiert worden.
- ... ist ein Kooperationsprojekt der Gemeindeunfallversicherungsverbände Hannover, Westfalen und Rheinland, dem Schweizerischen Bundeamt für Gesundheit (bis Ende 2006) und der BARMER unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Peter Paulus, Universität Lüneburg.
- ... korrespondiert mit zwei Aktionsfeldern des 6. Nationalen Gesundheitsziels (Aufklärung, Prävention)

Ziele von MindMatters

- Förderung psychischer Gesundheit und Prävention psychischer Krankheiten aller Schulmitglieder
 - mehr Respekt und Toleranz im Unterricht
 - Aufbau einer unterstützenden und fürsorglichen Schulkultur
 - Aufbau von Netzwerken und Partnerschaften
 - Verbesserung von Lehren und Lernen und Steigerung der Bildungsqualität („gute, gesunde Schule“)

Warum MindMatters?

- Psychische Gesundheit als zentrale Komponente der Gesundheit –
„**There is no health without mental health**“ (WHO)

- Ergebnisse der BELLA Studie (Ravens-Sieberer u. a., 2007)
 - ➔ 21,9 % aller Kinder und Jugendlichen zeigen Hinweise auf psychische Auffälligkeiten
 - ➔ Ängste (10%), Störungen des Sozialverhaltens (7,6%), Depressionen (5,4%)
 - ➔ niedriger sozioökonomischer Status, ungünstiges Familienklima bedeutsame Risikofaktoren
 - ➔ psychische Störungen des Erwachsenenalters haben oftmals ihre Vorläufer in der Kindheit und Jugend

- Psychische Gesundheit vieler Lehrkräfte ist beeinträchtigt
 - ➔ psychische und psychosomatische Erkrankungen sind eine wesentliche Ursache von Dienstunfähigkeit und Frühverrentung

Psychische Protektiv- und Beanspruchungsfaktoren in der Schule

Klassenklima	Zusammenhalt, gegenseitige Unterstützung	VS.	Ausgrenzung von Schülerinnen und Schülern oder Gewalt
Lehrer-Schüler Verhältnis	Gegenseitige Akzeptanz, Wertschätzung, Offenheit und Respekt voreinander	VS.	Desinteresse, Zurückweisung
Schulleistung	Transparenz und Gerechtigkeit hinsichtlich der Leistungsanforderung und der Leistungsrückmeldung	VS.	Bevorzungen, Unklarheit bei Leistungsbewertungen
Schulklima	Gerechtigkeit im sozialen Miteinander und Zugehörigkeitsgefühl zur Schule unter der Mehrheit der Mitglieder der Schule	VS.	Ausgeschlossensein, ungerechte Behandlung
Mitbestimmung	Beteiligung an der Ausformulierung und Umsetzung von Schul-/ Klassenregeln	VS.	autoritäre Durchsetzung von Anordnungen
Perspektiven, Sinnerfahrungen	Einhergehen schulischer Leistung mit beruflichen Ausbildungschancen und Lebensperspektiven	VS.	Schule als wenig sinnstiftende und lebensvorbereitende Veranstaltung

Handlungsfelder

Schulisches Gesundheitsmanagement:

- Führungsverhalten der Schulleitung verbessern
- (Psychische) Gesundheit der Lehrkräfte und des nicht unterrichtenden Personals beachten

Außerschulische Dienste

- Kooperation mit außerschulischen Partnern nutzen (z.B. Krankenkassen; Gesundheitsämter; Jugendamt)

„Was kann
Schule tun?“

Lehren / Lernen / Curriculum:

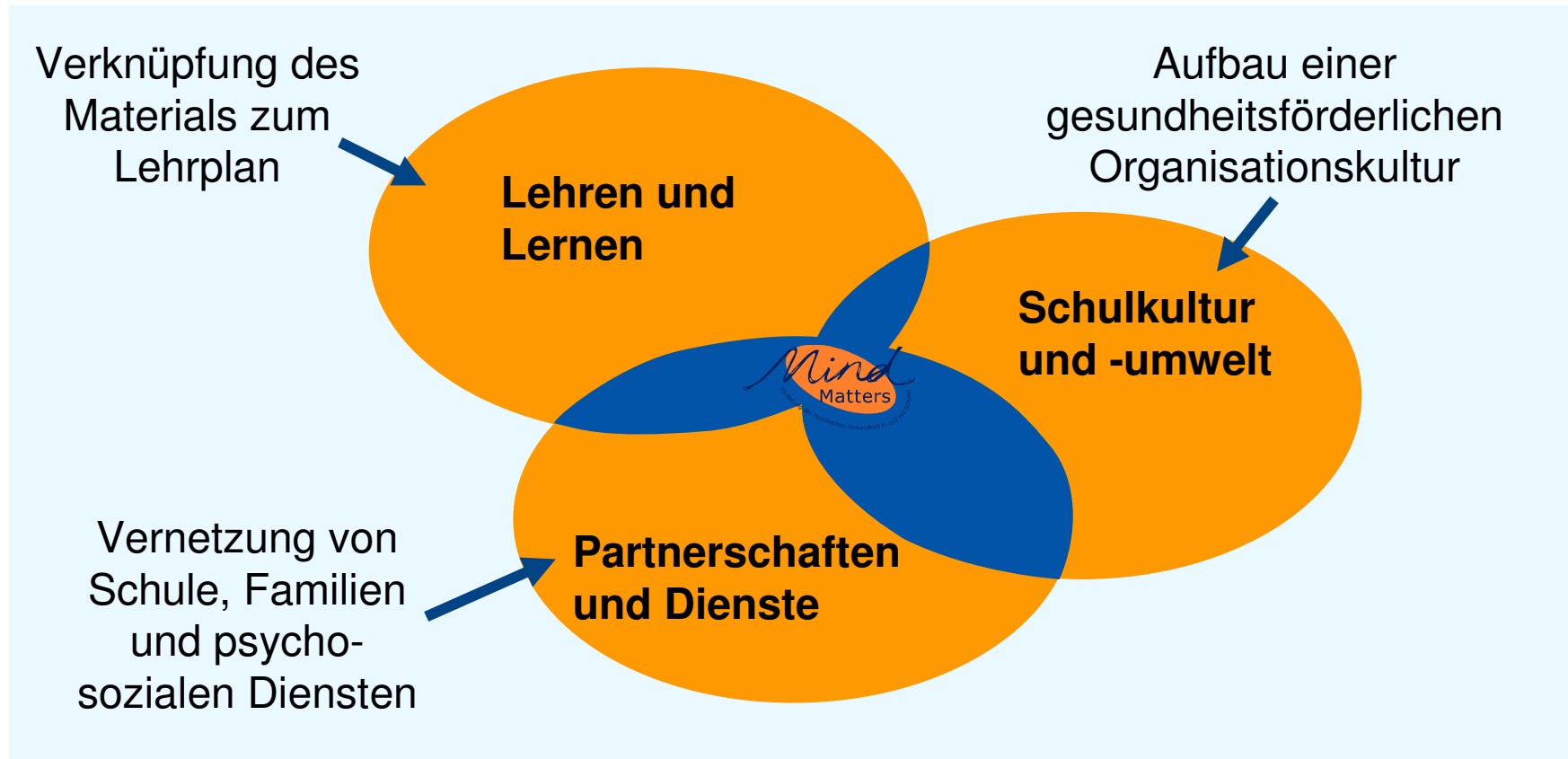
- Stärkung der „Lebenskompetenz“ der Schüler/innen
- Vermittlung von Lebensperspektive und Sinnerfahrungen

Schulklima/Schulethos:

- Gestaltung des Schullebens und Schulkultur; Verbundenheit mit der Schule stärken, soziale Unterstützung anbieten, Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen fördern; Gesundheit der Lehrkräfte und des nicht-unterrichtenden Personals beachten



Der ganzheitliche Ansatz von MindMatters





Die MindMatters-Materialien

Das „Dach“ von MindMatters ist ausbaufähig!

Freunde finden, behalten und dazugehören
Förderung der Resilienz in der Schule

Freundschaft & Zusammengehörigkeit

Spielsammlung

Beziehungen aufbauen

Fit für den Schulalltag –
Umgang mit Mobbing und Belästigung

Hinsehen statt wegschauen

Die Dinge beim Namen nennen

Schlüsselmomente

Mit Stress umgehen- im Gleichgewicht bleiben
Förderung der Resilienz in der Schule

Coping-Konstruktiver Umgang mit Stress

Fang den Stress!

Wie geht's? –
Psychische Krankheiten verstehen lernen

RückRat für die Seele –
Umgang mit Trauer & Verlust

LifeMatters

Leitfaden zur Prävention von Selbstverletzung und Suizid

CommunityMatters

Netzwerke für Toleranz und Verantwortung in & um Schule

SchoolMatters

Handlungsansätze für Planung und Management psychischer Gesundheit in Schulen

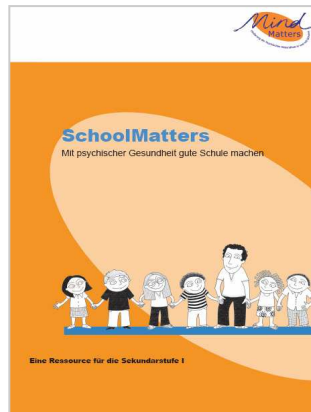
BARMER

Deutschlands größte Krankenkasse

MindMatters, Berlin 10. September 2007



Starterpaket



SchoolMatters – Mit psychischer Gesundheit gute Schule machen



Freunde finden behalten und dazugehören – Förderung von Resilienz in der Schule (5. - 6- Klasse)



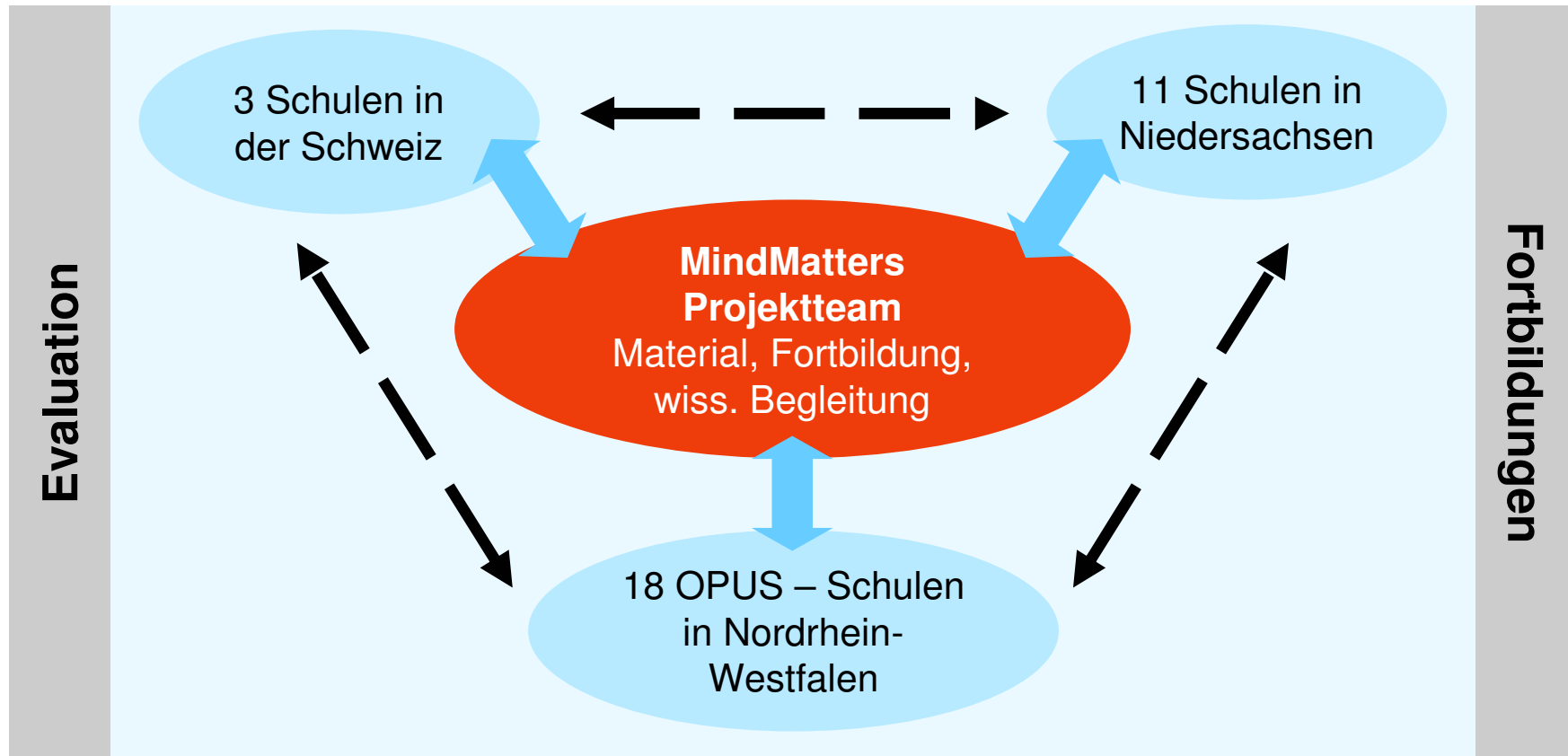
Mit Stress umgehen – im Gleichgewicht bleiben – Förderung von Resilienz in der Schule (7. - 10. Klasse)



Mobbing? Nicht in unserer Schule – Prävention und Handlungsstrategien



Schulen in der Modellphase





MindMatters Projektphase 1 (September '02 – Dezember '06)



Evaluationskonzept und Stichprobenbeschreibung



- Externe Evaluation durch PD Dr. Günther Gediga, Universität Osnabrück
- Sowohl Prozess- als auch Ergebnis-Evaluation im Fokus
- Pre-Post-Design (fragebogengestützt) sowie Interviews mit Schulleitungen und Lehrkräften

Stichprobe zum Pre-Post-Vergleich:

- N = 633 Lehrkräfte (N_{t1} = 407, N_{t2} = 226)
- N = 4019 Schüler/innen (N_{t1} = 2201, N_{t2} = 1818)

Bewertung der Unterrichtsmaterialien:

- N = 37 Lehrkräfte
- N = 435 Schüler/innen

Interviews:

- Lehrkräfte: N = 14
- Schulleitungen: N = 17

Materialevaluation Schülerinnen/Schüler – HEFT „Wie geht´s“

Fach: _____ Datum: _____ Klasse:

Bitte bewerte, wie Dir das Heft „Wie geht´s“ gefallen hat.

Bitte verteile Noten.

	sehr gut	gut	befriedi- gend	aus- reichend	mangel- haft	ungenü- gend
Insgesamt fand ich das Heft „Wie geht´s“ ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Bilder und Zeichnungen in „Wie geht´s“ bewerte ich mit ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie ist Deine Meinung zu folgenden Aussagen ?

	stimme völlig zu	stimme eher zu	teils-teils	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Der Unterricht mit diesem MindMatters-Heft war interessant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Unterricht mit „Wie geht´s“ war abwechslungsreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Thema war mir unangenehm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Thema hat mich durcheinander gebracht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Lehrer/meine Lehrerin konnte mir weiterhelfen, wenn ich Fragen hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Anweisungen auf den Arbeitsblättern waren verständlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über das Thema „psychische Krankheiten“ fühle ich mich nun besser informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke, dass ich zukünftig besser mit dem Thema „psychische Krankheiten“ umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Thema „psychische Krankheiten“ ist an meiner Schule ein Problem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dieses Thema betrifft Personen in meiner Umgebung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Thema betrifft mich auch selbst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe bei den Hausaufgaben oder den Arbeitsblättern immer gewusst, was ich machen sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BARMER

Deutschlands größte Krankenkasse

MindMatters, Berlin 10. September 2007

Ergebnisse de Evaluation - Signifikante Effekte bei Lehrkräften

Skala	Beispiel-Item
Bessere Übereinstimmung bei den gemeinsamen Vorstellungen im Kollegium (8)	„Schülerinnen/Schüler und Eltern unserer Schule machen öfter Vorschläge zur Gestaltung des Schullebens.“
Verbesserte Leistungsfähigkeit (5)	„Es fällt mir leicht, eine entspannte Atmosphäre mit meinen Schülerinnen/Schülern herzustellen.“
Höhere Einschätzung der Schulqualität (17)	„An dieser Schule arbeiten wir seit langem gezielt an der Verbesserung der Unterrichtsqualität.“
Bessere Einschätzung des Verhältnisses zur Schulleitung (4)	„Unsere Schulleiterin/unsere Schulleiter versucht, uns Lehrkräfte zu unterstützen und unsere Arbeit zu erleichtern.“
Verbesserung der Kommunikation in Gruppen (3)	Ich weiß, wie ich eine Lerngruppe motivieren kann, als Team zu arbeiten.“

Ergebnisse der Evaluation - Signifikante Veränderungen bei Schüler/innen

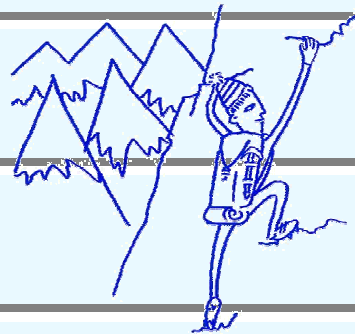
Skala	Beispiel-Item
<p>Nach einem Jahr MindMatters signifikant höhere Werte in den Skalen ...</p>	
<p>„Strenge-Kontrolle“ (2)</p>	<p>„An dieser Schule gibt es klare Regeln, wie man sich verhalten soll“ (bedeutet, dass die eigene Schule nach einem Jahr stärker als Ort erlebt wird, an dem es klare Regeln gibt.)</p>
<p>„Pädagogisches Engagement“ (4)</p>	<p>„Die Schule trägt dazu bei, dass ich lerne mit Konflikten umzugehen.“</p>
<p>„Wärme-Schulklima“ (4)</p>	<p>„Die Lehrer sind im allgemeinen unterstützend, helfend.“</p>





Ergebnisse der Evaluation - Signifikante Veränderungen bei Schüler/innen

Skala	Beispiel-Item
Nach einem Jahr MindMatters signifikant niedrigere Werte in den Skalen ...	
„psychovegetative Beschwerden“ (5)	Unter folgenden Beschwerden leide ich: Übelkeit, Erbrechen
„negative Gefühlslage“ (3)	Ich fühle mich ... missmutig
„Schulstress“ (5)	Folgende Probleme habe ich: innere Unruhe und Nervosität
„psychische Belastung durch die Schule“ (7)	Folgende Probleme habe ich: Niedergeschlagenheit, Verstimmtheit



Ziele/Aufgaben Projektphase 2 (2007–2009)

- (Bundesweite) Implementation von MindMatters an Schulen der Sekundarstufe 1
- Weiterentwicklung von MindMatters in Deutschland (z. B. Materialien Primarbereich, Übergang Schule/ Berufswelt, ...)
- Ausbildung und Zertifizierung von MindMatters-Trainern („Train-the-Trainer“)



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

www.mindmatters-schule.de



Ein Beispiel für die Arbeit mit MindMatters in einer der Modellschulen

SCHULPSYCHOLOGISCHER JUGENDAMTSDIENST	Stufe 9/10	Ausbildung und Durchführung: Mediation Paten	Ausbildung und Durchführung: Schulsanitäter	Ausbildung und praktischer Einsatz: Jugendleiter/in	MindMatters: Psychische Erkrankungen Trauer&Verlust Förderung der psychischen Gesundheit	Polizei: Gespräche zu Drogen und Jugendkriminalität; Besuche beim Amtsgericht Aachen	ANKERCARITASBERATUNGSLEHRERIN
	Stufe 7/8	"Be smart don't start" Nichtraucherwettbewerb	MindMatters: Mobbing	Polizei+Suchtberatung: Elterninformationsabende zu illegalen Drogen	MindMatters: Glück statt Stress	Thema Drogenprävention in Sozialwissenschaften und Religion	
	Stufe 5/6	Lernen Lernen	MindMatters: Stark, stärker, echt stark	 <p>Pate: Herzlich Willkommen</p>	ALF	Mediation	
Schule im Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen OPUS (Modellschule)							