



Die Tür zur **guten** Therapie

Zu viel Fehldiagnostik, zu wenig passgenaue Therapie – in der Versorgung depressiv erkrankter Menschen liegt vieles im Argen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat deshalb ein neues Konzept entwickelt, mit dem er Schwachstellen systematisch aufzeigen kann – nicht nur beim Krankheitsbild Depression. **Barbara Pietsch, Matthias Perleth und Marc Nocon*** stellen Ergebnisse der Analysen vor.

* Weitere Autoren sind Dr. Michael Kulig, Alexandra Wieland, Sabine Gruber und Dr. Günter Wietschel.

Es beginnt mit Niedergeschlagenheit, steigert sich zu Gefühlen von Hoffnungslosigkeit und Minderwertigkeit und endet in Selbstentwertung und Schuldgefühlen. Die Betroffenen ziehen sich zurück und verlieren sogar die Fähigkeit, Freude oder Trauer zu empfinden. Aufgrund ständiger Negativgedanken ist ihr Antrieb derart gehemmt, dass selbst alltägliche Dinge wie Körperpflege, das Einkaufen im Supermarkt oder das Abwaschen des Geschirrs nicht mehr gelingen. Der Schlaf ist wenig erholsam, das Aufstehen eine Tortur. Die anfängliche Niedergeschlagenheit entwickelt sich zur handfesten Krankheit – zur Depression.

Depressive Erkrankungen haben inzwischen große gesundheitspolitische Relevanz erlangt. Zahlreiche Bundesbürger erkranken einmal oder mehrmals im Leben daran. Betroffen sind Frauen wie Männer, ältere wie jüngere Menschen. Selten hat die depressive Erkrankung nur eine einzige Ursache. In den meisten Fällen spielen mehrere Faktoren eine Rolle – angefangen bei einer genetischen Disposition über bestimmte Persönlichkeitsfaktoren bis hin zu psychosozialen Belastungen.

Stärkere Orientierung am Patienten. Vor diesem Hintergrund kommt der Frage, wie es um die Versorgung depressiv erkrankter Menschen steht und wo Optimierungsbedarf besteht, enorme Bedeutung zu. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) als wichtigster Akteur der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen hat sich der Herausforderung gestellt. Im Dezember 2008 beschloss er ein Konzept für ein „Verfahren zur versorgungsorientierten Koordination und Zusammenarbeit der Beratungen im GBA“. Ziel ist es, die bisherige Arbeitsweise des Bundesausschusses durch eine stärkere Orientierung an umfassenden Versorgungskonzepten nicht nur im Hinblick auf Krankheiten wie die Depression weiterzuentwickeln.

Soll-Ist-Vergleich in fünf Schritten. Das Konzept basiert auf fünf Arbeitsschritten, in denen Informationen recherchiert und aufbereitet sowie Verbesserungspotenziale dargestellt werden. Deren Identifikation ist das zentrale Element des Konzepts. Es basiert auf dem Vergleich zwischen empfohlener und tatsächlich beobachteter Versorgung einer bestimmten Erkrankung (Soll-Ist-Vergleich). Hierzu ist zunächst die Gliederung der empfohlenen Versorgung in die Bereiche Prävention, Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation wichtig. In einem zweiten Schritt wird die reale Versorgungssituation (Ist-Situation) untersucht. Beide Schritte beruhen auf einer evidenzbasierten Leitlinien- und Literaturrecherche. Zudem wird Expertenwissen einbezogen. In weiteren Schritten nimmt der GBA einen Soll-Ist-Vergleich vor und macht Verbesserungspotenziale mit entsprechenden Handlungsfeldern ausfindig. Außerdem wird untersucht, ob

Teilaspekte der ausgewählten Erkrankung bereits im GBA beraten werden und welche Regelungsmöglichkeiten bestehen. Auf der Basis der so gewonnenen Erkenntnisse werden in einem fünften Schritt Handlungsempfehlungen formuliert.

Pilotprojekt zum Krankheitsbild Depression. Der GBA verabschiedete im April vergangenen Jahres das oben beschriebene Konzept für einen versorgungsorientierten Ansatz und beauftragte eine Arbeitsgruppe mit der Durchführung eines Pilotprojektes für die Erkrankung Depression bis Ende 2010. Im Februar dieses Jahres hat der Bundesausschuss die Ergebnisse des Pilotprojektes vorgestellt. Zur Strukturierung der Erkrankung Depression erstellte er zunächst eine Übersicht wichtiger Aspekte der Krankheit. Diese Übersicht umfasst Informationen zur epidemiologischen, medizinischen und gesellschaftspolitischen Relevanz der Depression, zu Krankheitsformen, differentialdiagnostischer Klassifikation depressiver Störungen, zu Schweregraden, Ursachen und Risikofaktoren, zu Diagnostik und ihren Instrumenten, zu medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapien, zu primärer und sekundärer Prävention (siehe Glossar auf Seite 33) sowie zu lokalen und regionalen Versorgungsangeboten und Versorgungsstrukturen.

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

2.000 Publikationen gesichtet. Als Basis der Analyse der Versorgungssituation wurde eine systematische Literaturrecherche in allen thematisch relevanten Datenbanken für den Zeitraum 2000 bis 2010 vorgenommen. Die Recherche wurde auf Publikationen beschränkt, die sich auf den deutschen Versorgungskontext und auf „unipolare Depression“ beziehungsweise

Lese- und Webtipps

- **S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression:** http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression/pdf/s3_nvl_depression_lang.pdf
- Leitliniensynopse zum Thema „Depression“: www.iqwig.de/download/Arbeitspapier_Leitliniensynopse_zum_Thema_Depression_.pdf
- Themenheft „Depressive Erkrankungen“ des Robert Koch-Instituts (RKI): www.rki.de/cln_178/nn_199850/DE/Content/GBE/Gesundheitsbericht-erstattung/GBEDownloadT/depression.html
- Abschlussbericht des GBA zum Pilotprojekt „Verfahren zur verbesserten versorgungsorientierten am Beispielthema Depression“: www.g-ba.de/institution/service/publikationen/vortraege/



Bei der Diagnose Depression tun sich Allgemeinmediziner häufig schwer.

„Major Depression“ (*siehe Glossar*) beziehen. Zudem bezogen sie statistische Auswertungen von Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung sowie klinische, epidemiologische und versorgungsforschende Expertise ein. Die Auswahl der relevanten Literatur erfolgte in einem zweistufigen Prozess mit anschließender Klassifikation der ausgewählten Publikationen in die Kategorien Epidemiologie, Diagnostik und Screening, Therapie, Prävention und Suizidprävention, Qualität, Versorgungsepidemiologie und Gesundheitsökonomie. Die Kerninformationen wurden mithilfe strukturierter Tabellen erhoben, ausgewertet und hinsichtlich methodischer Qualität und Aussagekraft bewertet. Von insgesamt rund 2.000 Publikationen schlossen die GBA-Experten am Ende des Auswahl- und Bewertungsprozesses 94 Publikationen in die Analyse mit ein.

Häufigkeit von Depression. Die Angaben zur Häufigkeit von Depressionen in Deutschland fielen in den Publikationen teils sehr heterogen aus. Für Erwachsene wurde eine 12-Monatsprävalenz von drei bis elf Prozent angegeben. Es ist demnach davon auszugehen, dass drei bis elf Prozent der erwachsenen Bevölkerung innerhalb eines Jahres an einer Depression erkranken. Bei Kindern und Jugendlichen lag die an einem Stichtag erhobene Krankheitshäufigkeit (Punktprevalenz) im Bereich von 1,3 bis 10,9 Prozent, bei Personen über 50 Jahren in einem Bereich von 5,3 bis 18,5 Prozent. Die Ursachen für diese Heterogenität können durch Unterschiede hinsichtlich der untersuchten Patientengruppen, der Mess- oder Screening-Instrumente oder der zugrundeliegenden diagnostischen Klassifikationen (ICD oder DSM; *siehe Glossar*) begründet sein. Homogenere Angaben zur Erkrankungshäufigkeit stammen von den gesetzlichen Krankenkassen (7,2 bis 8,4 Prozent bezogen auf die Gruppe der erwerbstätigen Versicherten) sowie aus Untersuchungen von Patientengruppen von Haus- oder Allgemeinarztpraxen (etwa zehn Prozent). In fast allen Erhebungen waren Frauen deutlich häufiger von Depressionen betroffen als Männer.

Längsschnittstudien fehlen. Aussagen hinsichtlich einer oft diskutierten Zunahme von Depressionen in den vergangenen Jahrzehnten lassen sich aufgrund der Studienlage nicht zuverlässig treffen. Hierzu wären Studien notwendig, in denen Pati-

enten über viele Jahre hinweg beobachtet werden (Längsschnittstudien). Solche Untersuchungen sind derzeit nicht vorhanden. Die vorliegenden Querschnittsstudien – das heißt, Probanden werden in der Studie nur einmal beobachtet – aus den Jahren 1991 bis 2009 lassen keine Zunahme von Depressionen erkennen. Sie sind aber aufgrund des Studienaufbaus sowie unterschiedlicher (Patienten-)Gruppen und Messmethoden nur begrenzt aussagekräftig und daher schwer miteinander vergleichbar.

Fehldiagnosen in der Hausarztpraxis. Fünf Studien beschäftigen sich mit der Frage, ob depressive Störungen in der hausärztlichen Versorgung in Deutschland richtig erkannt werden. Danach diagnostizieren Ärzte 40 bis maximal 75 Prozent der Patienten, die an Depression leiden, korrekt. Das weist auf einen hohen Anteil an Untererkennung der Krankheit hin. Zwölf bis 18 Prozent der Patienten werden fälschlicherweise als an Depression erkrankte Personen eingestuft, was wiederum auf einen hohen Anteil an Fehlererkennung hindeutet.

Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse wird allerdings erschwert durch die methodische Uneinheitlichkeit der Studien: So wurden unterschiedliche Patientengruppen untersucht, verschiedene Messinstrumente eingesetzt und die Klassifikation der Depression erfolgte mit Hilfe unterschiedlicher Systeme. Zudem kamen meist für die Diagnostik ungeeignete Screening-Fragebögen und nicht das ausführlichere klinische Interview zum Einsatz. Drei der fünf Studien machen Angaben zur Häufigkeit der Diagnostik depressiver Störungen in der Hausarztpraxis. Diese Häufigkeiten liegen in allen drei Studien über den mit dem jeweiligen Messinstrument erfassten Häufigkeiten. Das heißt: Hausärzte stellen die Diagnose „Depression“ bei teilweise anderen Patienten als dies beim Einsatz eines Fragebogens der Fall ist. Damit bleibt die Untererkennung depressiver Störungen bestehen. Möglicherweise berücksichtigen Ärzte bei der Diagnose aber auch soziale oder biographische Informationen, die in den Fragebögen nicht abgebildet werden.

Wann ist ein Screening sinnvoll? Aufgrund der niedrigen Sensitivität hausärztlicher Diagnosen stellt sich die Frage, ob ein Screening auf depressive Störungen sinnvoll ist. Ein solches systematisches Screening von Patienten in der Grundversorgung wird weder von der Nationalen Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ noch von internationalen Leitlinien empfohlen. Ein mit validierten Messinstrumenten angelegtes Screening von Menschen, die ein hohes Risiko für eine Depression haben (zum Beispiel Depression in der Familie, vorausgehende Angststörung), wird hingegen in den Leitlinien überwiegend empfohlen. Problematisch erscheint weiterhin die Kategorisierung depressiver Störungen im hausärztlichen Bereich.

Aus einer Erhebung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland geht hervor, dass etwa 80 bis 90 Prozent der Depressionsdiagnosen auf die unspezifischen ICD-Kategorien (*siehe Glossar*) entfallen. Eine Einteilung depressiver Störungen nach Schweregrad – wie von der Nationalen Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ empfohlen – findet also weitestgehend nicht statt. Zusammenfassend lässt sich deshalb festhalten, dass viele Patienten mit Depression beim

Diagnose Depression: Versorgungsanalyse deckt Handlungsbedarf auf

Handlungsfelder	Defizite und Lösungsansätze
Diagnostik	<p>Die leitlinienkonforme Diagnostik erscheint verbesserungswürdig. Depressionen werden in der hausärztlichen Versorgung möglicherweise nicht in ausreichendem Maße erkannt. Dies ist problematisch, da dies zu Nicht-Erkennung der Depression sowie zu Fehldiagnosen führt. Dabei stehen den Ärzten valide Instrumente wie Screening, klinische Diagnose oder Klassifikation zur Verfügung, um das Krankheitsbild exakt bestimmen zu können.</p> <p>Die Klassifikation der Diagnose Depression erfolgt mehrheitlich (80 Prozent) bei Allgemeinärzten und Internisten nicht nach Schweregraden, sondern unspezifisch. Das ist problematisch, da die Leitlinienempfehlungen zur Behandlung der Depression je nach Schweregrad unterschiedlich sind.</p>
Therapie	<p>Im Bereich Arzneimitteltherapie gibt es Hinweise auf Verbesserungspotenziale im Hinblick auf leitlinienkonforme Strategien. Dazu gehört etwa der adäquate Einsatz von Antidepressiva in Abhängigkeit vom Schweregrad der jeweiligen Depression.</p> <p>Hinweise auf Unter-Dosierung von bestimmten Antidepressiva sprechen für eine nicht-leitlinienkonforme Therapie.</p> <p>Psychiater im ambulanten Bereich scheinen ein anderes therapeutisches Vorgehen bei der Verordnung von Arzneimitteln und Psychotherapie zu präferieren als Hausärzte. Psychiater setzen überwiegend Arzneimittel, selten jedoch andere Therapieformen ein.</p> <p>Die leitlinienkonforme Anwendung der Psychotherapie – abhängig von Schweregrad und der Kombination mit Antidepressiva – ist verbesserungsfähig. Hier besteht möglicherweise gleichzeitig Unter- und Überversorgung. Problematisch kann auch der Zugang zur Psychotherapie sein (Stichwort: lange Wartezeiten).</p> <p>Hinweise auf therapeutische Unterversorgung gibt es bei Kindern und Jugendlichen in Heimen sowie bei älteren Menschen (Alleinlebende, Heimbewohner). Für weitere Patientengruppen fehlen Informationen.</p> <p>Qualitätssicherungsprojekte in psychiatrischen Kliniken oder Fachabteilungen beschreiben eine insgesamt gute stationäre Versorgung. Es gibt jedoch Hinweise auf Verbesserungspotenziale bei der Leitlinienkonformität der Behandlung.</p>
Ärztliche Fortbildung	<p>Hausärzte, aber auch Fachärzte, sollten sich in Diagnostik, Therapie (speziell: medikamentöse Akutbehandlung), Kombinationstherapie, Rückfallprophylaxe, Umgang mit Suizidneigung, Suizidprävention sowie zu leitlinienkonformer Versorgung stärker fortbilden.</p>
Einbeziehung des Patienten	<p>Die Information der Patienten über die Erkrankung sowie ihre aktive Einbeziehung in die Behandlung unter Berücksichtigung persönlicher Präferenzen (wie etwa für Phytotherapeutika) erscheint wünschenswert, da beides zur Akzeptanz von Diagnose und Therapie sowie zu positiven Therapieergebnissen beiträgt.</p>
Prävention	<p>Hinweise aus Studien zeigen, dass Präventionsprogramme bereits in Schulen möglich und auf regionaler Ebene praktikabel einsetzbar sind. Es gibt ferner Hinweise, dass solche Programme zu einer Senkung der Zahl der Suizide führen können.</p>
Zugang zur Versorgung	<p>Aussagen über bedarfsgerechte Behandlungsmöglichkeiten fallen unterschiedlich aus. Insbesondere in der psychotherapeutischen Versorgung gibt es Hinweise auf zum Beispiel regional nicht bedarfsgerechte Strukturen. Regelungen zur Bedarfsplanung könnten hier Abhilfe schaffen. Aus Expertensicht wird zudem auf teilweise lange Wartezeiten, nicht adäquate Zuweisungen sowie Kooperationsdefizite in der Versorgung hingewiesen.</p>
Koordination der Versorgung	<p>Es gibt Hinweise, dass die Kommunikation und Kooperation zwischen den Leistungserbringern verbesserungswürdig ist. Allerdings sind Aussagen zu Aspekten der korrekten Zuweisung von Patienten abhängig von deren Bedarf schwierig. Ansätze des Disease-/Case-Managements (insbesondere das Monitoring von und Kontakthalten mit Patienten) zeigen Hinweise auf positive Effekte hinsichtlich einer sektoren- und versorgungsübergreifenden Begleitung der Patienten entlang ihres Behandlungsverlaufs.</p> <p>Eine sektorenübergreifende systematische Beobachtung längerfristiger, poststationärer Behandlungsergebnisse zur Früherkennung von Rückfällen sowie Vermeidung von Drehtüreffekten sind aus Sicht der stationären Qualitätssicherung als sinnvoll zu erachten.</p>
Reintegration des Patienten	<p>Die Zunahme der Arbeitsunfähigkeitszeiten bei Depression und generell psychischen Störungen gibt Hinweise auf mögliche Ursachen im beruflichen Umfeld. Zudem können Depressionen häufig zu Berufsunfähigkeit und Frühberentung führen. Daher sind – auch aus volkswirtschaftlicher Sicht – Schritte zur beruflichen Wiedereingliederung und zur Kompetenzentwicklung von Arbeitsmedizinern von Bedeutung.</p>

Quelle: Pietsch et al.



„Die Vielfalt der Lösungsansätze stärker bündeln“

Dr. Rainer Hess, Unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA)

G+G: Herr Dr. Hess, warum hat sich der Gemeinsame Bundesausschuss eine verbesserte Versorgungsorientierung als Ziel auf die Fahnen geschrieben?

Hess: Die dem GBA gesetzlich übertragenen Aufgaben haben das übergeordnete Ziel, Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung zu sichern und zu verbessern. Die einzelnen Aufgabenbereiche sind dabei differenziert beschrieben – zum Beispiel Methodenbewertung oder Qualitätssicherung – und häufig mit eigenen Verfahrensregelungen ausgestaltet. Die Entscheidungen des GBA sind entsprechend dieser differenzierten Aufgabenstellung immer selektiv auf bestimmte Leistungs- oder Themenbereiche bezogen. Mit der Beauftragung einer Arbeitsgruppe zur Analyse eines krankheitsbezogenen Versorgungsproblems verfolgt der GBA zunächst nur das Ziel, intern zu klären, ob auf der Grundlage einer solchen Analyse diese Vielfalt der dem GBA übertragenen einzelnen Aufgabenfelder nicht besser koordiniert und zur Lösung eines Versorgungsproblems gebündelt werden können.

G+G: Das Pilotprojekt, zu dem erste Ergebnisse vorliegen, widmet sich dem Krankheitsbild der Depression. Warum?

Hess: Wir haben das Krankheitsbild Depression als Pilotprojekt exemplarisch unter Berücksichtigung der Komplexität und der Relevanz dieses Krankheitsbildes für die medizinische Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgewählt. Dazu beigetragen hat auch die Tatsache, dass durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen die Versorgungsleitlinie Depression bereits bewertet wurde. Zudem hat der Ausschuss „Gesundheitsziele“ der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und Versicherungsgestaltung, in der neben den gesetzlichen Sozialversicherungen und privaten Kranken-, Pflege- und Lebensversicherungen auch Ärzte, Kliniken und Apotheker sowie Pharmaindustrie und Medizintechnik-Hersteller vertreten sind, die Verbesserung der medizinischen Versorgung für dieses Krankheitsbild als neues krankheitsbezogenes Gesundheitsziel definiert.

G+G: Wie geht es nun weiter? Dehnt der GBA das Verfahren auf weitere Krankheitsbilder aus?

Hess: Der interne Klärungsprozess innerhalb des GBA ist noch nicht abgeschlossen, wobei die Machbarkeit einer solchen Versorgungsorientierung durch die durchgeführte Analyse bestätigt wurde. Probleme für die Ausweitung auf andere Erkrankungen können sich aber aus dem mit derartigen Analysen verbundenen Arbeitsaufwand der Geschäftsstelle ergeben. Insoweit wird man zunächst die sich aus dem anstehenden Gesetzgebungsverfahren eines GKV-Versorgungsstrukturgesetzes abzeichnenden Auswirkungen auf Struktur und Aufgabenstellung des GBA abwarten müssen. ■

Die Fragen stellte Thomas Hommel.

Hausarzt nicht erkannt und teilweise auch fehldiagnostiziert werden. Zudem werden depressive Störungen häufig nicht wie empfohlen nach Schweregrad, sondern allgemein klassifiziert, was sich ungünstig auf die Wahl einer adäquaten Therapie auswirken kann.

Verordnungsspektrum ändert sich. Für den Bereich Therapie zeigte sich ebenfalls eine recht heterogene Studienlage. Die Auswertungen der Literatur zur Arzneimitteltherapie zeigten für den beobachteten Zeitraum von zehn Jahren einen allgemeinen Anstieg von Verordnungen bei gleichzeitiger Änderung des Verordnungsspektrums – weg von trizyklischen Antidepressiva hin zu Antidepressiva vom Typ SSRI (selektive Serotonin-Aufnahmehemmer), die in Leitlinien als besser verträglich dargestellt werden. SSRI wurden zudem häufiger von Psychiatern als von Hausärzten verordnet, die wiederum häufiger Männer als Frauen behandelten. Einige Ergebnisse der gefundenen Studien weisen darauf hin, dass bei leichten Depressionen Psychotherapie zu wenig und Arzneimitteltherapie zu häufig eingesetzt wird. Die Studienlage für weitere Therapiearten wie etwa Lichttherapie oder Wachttherapie war unzureichend, sodass sich keine Aussage zur Versorgungssituation ableiten lässt.

Wirken Präventionsprogramme? Die wenigen verfügbaren Studien zur Prävention von Depression wurden in Schulen durchgeführt. Sie liefern Hinweise, dass ein verhaltensorientiertes Präventionsprogramm Risikofaktoren für die Entstehung von Depressionen bei Jugendlichen reduzieren könnte. In einer Studie wurde auch dem Medikament Lithium ein Potenzial zur Prävention beziehungsweise Verhinderung von Suiziden zugesprochen. Allerdings war die Aussage mit methodischer Unsicherheit belegt. Es zeigten sich keine Hinweise dafür, dass depressionsbedingte Suizide in den vergangenen Jahren zugenommen haben. Im Gegenteil: Insgesamt nehmen Suizide in Deutschland ab, sowohl bei Männern wie auch bei Frauen. Inwieweit Initiativen zur Prävention von Suiziden wie das regionale Projekt „Nürnberger Bündnis gegen Depressionen“, bei dem Ärzte geschult, die Öffentlichkeit informiert, Netzwerke gebildet sowie Betroffene und Angehörige in Krisensituationen unterstützt werden, hierzu beigetragen haben, lässt sich aus den Daten nicht ermitteln.

Leitlinien stärker einbeziehen. Die ausgewerteten Studien, die über Ergebnisse aus Modellprojekten zur einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung bei der Erkrankung Depression berichten, weisen auf Verbesserungspotenziale der Versorgungsqualität hin. Insbesondere wird über Defizite in Bezug auf eine leitlinienorientierte ambulante und stationäre Versorgung berichtet – etwa in den Bereichen Diagnostik, (nicht-)medikamentöse (Erhaltungs-)Therapie, Suizid-Prävention und Ergebnisqualität (zum Beispiel das Ansprechen auf die Therapie). Insgesamt weisen die Ergebnisse der Studien darauf hin, dass die Anwendung evidenzbasierter und versorgungsorientierter Leitlinien zur Erkrankung Depression eine wichtige Möglichkeit darstellt, Defizite hinsichtlich Prozess- und Ergebnisqualität zu beheben. Vorschläge für Qualitätsindikatoren zur Messung einer

leitlinienkonformen Versorgungsqualität liegen im Rahmen der Nationalen Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ sowie aus dem Projekt „Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“ (AQUIK) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vor.

Lückenhaftes Bild der Versorgung. Statt einer wünschenswerten umfassenden Übersicht ergibt sich ein insgesamt recht lückenhaftes Bild der Versorgungssituation von an Depression erkrankten Personen. Bei der Arzneimittelversorgung lässt sich eine klare Präferenz niedergelassener Psychiater für eine medikamentöse Therapie erkennen, Psychotherapie wird demgegenüber weniger häufig verordnet. Für die Psychotherapie finden sich Hinweise auf eine angebotsorientierte Anwendung von Psychoanalyse, Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie. Die angewandten Therapien korrespondieren also mit den jeweiligen Schwerpunkten der Psychotherapeuten.

Zudem ist die geographische Verteilung der Psychotherapeuten äußerst heterogen. In der Krankenhausversorgung zeigt sich ein eindeutiger Trend hin zu einer Verkürzung der Verweildauern bei gleichzeitig zunehmenden Fallzahlen und einer Verschiebung des Schweregrades hin zu schwereren Formen der Depression. Das bedeutet, dass leichtere depressive Störungen weniger häufig stationär behandelt werden. Hinweise auf Unterversorgung finden sich bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen insbesondere in Heimen sowie bei älteren Menschen. Darüber hinaus sind Depressionen häufige Ursache für Berufsunfähigkeit und Frühberentungen.

Wo besteht Handlungsbedarf? Um Defizite in den verschiedenen Versorgungsaspekten zu erkennen, wurde Ist und Soll der Versorgung gegenüber gestellt. Das Soll – im Sinne einer leitlinienkonformen Versorgung – wird aus den Kernaussagen und Empfehlungen der Leitliniensynopse des IQWiG sowie der Nationalen Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ abgeleitet. Das Ist ergibt sich aus der in der Versorgungsanalyse vorgefundenen tatsächlichen Versorgung. Ergänzt wurde diese Gegenüberstellung um die Aussagen der in das Projekt eingebunden Experten. Aus der Gesamtschau lassen sich Defizite und Verbesserungspotenziale beschreiben und mögliche Handlungsfelder ableiten (siehe Tabelle „Diagnose Depression: Versorgungsanalyse deckt Handlungsbedarf auf“ auf Seite 31).

Zusammenfassend lässt sich sagen: Bereits das Erkennen und die leitliniengerechte Diagnosestellung und Klassifizierung einer Depression in der hausärztlichen Versorgung sind unzureichend. Die dem Schweregrad der Depression angemessenen medikamentösen und nicht-medikamentösen therapeutischen Strategien werden häufig ebenfalls nicht leitlinienkonform angewendet. Deutliche Verbesserungspotenziale zeigen sich auch bei der Versorgung der Patienten an den Schnittstellen zwischen haus- und fachärztlicher sowie stationärer Behandlung. Ein ähnliches Bild zeigt sich in der Suizidprävention. Insgesamt sind sowohl Aspekte von Über-, Unter- als auch Fehlversorgung zu erkennen.

Einige aktuelle Beratungsthemen des GBA, zum Beispiel im Arzneimittel-, Qualitätssicherungs- oder Psychotherapiebereich, zeigen einen Bezug zum Thema Depression. Zusammen mit den in der Tabelle auf Seite 31 dargestellten Handlungsfeldern

Glossar

Prävalenz: Anzahl der Erkrankungsfälle einer bestimmten Erkrankung bzw. Häufigkeit eines bestimmten Merkmals zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz) oder innerhalb eines Jahres (Jahresprävalenz beziehungsweise 12-Monatsprävalenz).

Prävention: **Primäre Prävention:** Förderung der Gesundheit und Vermeidung von Erkrankung. **Sekundäre Prävention:** Krankheitsfrüherkennung durch Sicherstellung frühestmöglicher Diagnose und Therapie (vergleiche zum Beispiel Früherkennungsuntersuchung, Screening-Verfahren).

Screening-Verfahren: Untersuchungsmethode insbesondere zur Erfassung eines klinisch symptomlosen oder prämorbidem Krankheitsstadiums

Epidemiologie: Wissenschaft, die sich mit der Verteilung von Krankheiten und deren Determinanten sowie Folgen in der Bevölkerung befasst.

Evidenzbasierte Medizin (EbM): Evidence (englisch): Aussage, Beweis, Beleg. EbM: basiert auf Informationen aus wissenschaftlichen Studien und systematisch zusammengetragenen klinischen Erfahrungen, die einen Sachverhalt erhärten oder aber widerlegen

ICD (Abkürzung): International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: Internationale Klassifikation der Krankheiten; ICD-10 bedeutet zehnte Revision

DSM (Abkürzung): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen der amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft; Handbuch zur Klassifikation und Vereinheitlichung der Nomenklatur in der Psychiatrie; DMS IV bedeutet vierte Version

Population: (Statistische) Bezeichnung für die Gesamtheit von Individuen, die sich hinsichtlich bestimmter Kriterien gleichen

Sensitivität: Fähigkeit eines diagnostischen Tests, eine Krankheit zu erkennen

Affektivität: Gesamtheit des Gefühls- und Gemütslebens mit Stimmungen, Emotionen und Trieben

Major Depression: Schwere Störung der Affektivität mit depressiven Episoden

Unipolare Depression: Depression ohne Episoden von Manie; psychiatrische Erkrankung, die sich meist durch Störung der Affektivität äußert

Bipolare Depression: Depression und Manie (die sich durch unkontrollierte Hyperaktivität, gehobene Stimmung und mangelnde Kritikfähigkeit auszeichnet) wechseln sich in zeitlich unterschiedlich langen Phasen ab, daher auch die ältere Bezeichnung „manisch-depressive Erkrankung“

Quelle: u. a. Psyhyrembel

lassen sich an vielen Stellen Regelungsmöglichkeiten durch den GBA identifizieren. Die entsprechenden Gremien werden sich mit den Handlungsfeldern befassen und gegebenenfalls geeignete Beratungen aufnehmen. Ob und inwiefern der GBA die festgestellten Handlungsfelder aufgreift, soll bereits in diesem Herbst entschieden werden. Bei Aspekten, für die der GBA keine Zuständigkeiten hat (zum Beispiel die Primärprävention), wären Anregungen an die jeweils zuständigen Stellen denkbar.

Die Erfahrungen mit den Methoden und der Umsetzung des Modellprojektes sind insgesamt positiv. Der GBA hat damit innovative Wege zur verbesserten Versorgungsorientierung beschritten. Eine Übertragung des Vorgehens auf andere Erkrankungen erscheint gut möglich. ■

Dr. Barbara Pietsch, Dr. Matthias Perleth und Dr. Marc Nocon

sind Mitarbeiter der Abteilung Fachberatung Medizin des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) in Berlin. **Kontakt: barbara.pietsch@g-ba.de**