



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Abschlussbericht
AG Versorgungsorientierung / Priorisierung

Modellprojekt
Verfahren zur verbesserten Versorgungsorientierung am
Beispielthema Depression

Stand: 3. Februar 2011



Arbeitsgruppe Versorgungsorientierung / Priorisierung
des Plenums des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Fachberatung Medizin

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: www.g-ba.de

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	viii
Tabellenverzeichnis	ix
Abkürzungsverzeichnis.....	x
Zusammenfassung.....	1
1. Vorbemerkung.....	6
2. Vorgehensweise.....	8
2.1. Beratungsverlauf.....	8
2.2. Konzeption.....	9
2.2.1. Fünfschrittiges Vorgehen	9
3. Strukturierung der Thematik	12
3.1. Einführung zur Depression	12
3.1.1. Krankheitsformen.....	13
3.1.2. Diagnostik	14
3.1.3. Ursachen und Risikofaktoren	14
3.1.4. Folgen.....	15
3.1.5. Versorgungsangebote	15
3.1.6. Therapie.....	16
3.1.7. Prävention.....	17
3.2. Strukturierung der Thematik	18

4. Analyse der Versorgungssituation.....	21
4.1. Methodik.....	21
4.1.1. Literaturrecherche	21
4.1.2. Literaturauswahl.....	21
4.1.3. Auswertung und Bewertung der Literatur.....	22
4.2. Ergebnisse.....	24
4.2.1. Häufigkeit von Depressionen in Deutschland.....	25
4.2.1.1. Erwachsene allgemein.....	25
4.2.1.2. Kinder / Jugendliche / Junge Erwachsene.....	26
4.2.1.3. Ältere Erwachsene	27
4.2.1.4. Patientenpopulationen.....	28
4.2.1.5. Diskussion.....	32
4.2.2. Diagnostik / Screening depressiver Störungen.....	34
4.2.2.1. Erkennen depressiver Störungen in der hausärztlichen Versorgung	34
4.2.2.2. Diagnoseklassifikation von Depressionen in der ambulanten Versorgung	37
4.2.2.3. Diskussion.....	39
4.2.3. Therapie.....	40
4.2.3.1. Studienlage.....	40
4.2.3.2. Psychotherapie	40
4.2.3.3. Arzneimitteltherapie.....	42
4.2.3.4. nicht-psychotherapeutische, nicht-medikamentöse Therapie, andere Versorgungsformen	47
4.2.3.5. Übergeordnete Versorgungskonzepte: Disease-Management-Programme und Case- Management	48
4.2.3.6. Diskussion.....	50
4.2.4. Prävention / Suizidprävention	52

INHALTSSVERZEICHNIS

4.2.4.1.	Studienlage.....	52
4.2.4.2.	Präventionsansätze	52
4.2.4.3.	Suizidprävention	53
4.2.4.4.	Diskussion.....	57
4.2.5.	Ergebnisse aus den Studien der Kategorie „Qualität“ zur Versorgung von depressiven Patienten	57
4.2.5.1.	Studienlage.....	57
4.2.5.2.	Studien auf der Basis von Modellprojekten zur Qualitätssicherung der Depressionsbehandlung	57
4.2.5.3.	Studien mit Bezug zur leitlinienorientierten Versorgung	59
4.2.5.4.	Qualitätsindikatoren	61
4.2.5.5.	Qualität der Diagnosekodierung bei Psychotherapeuten	61
4.2.5.6.	Diskussion.....	62
4.2.6.	Versorgungsepidemiologie.....	63
4.2.6.1.	Studienlage.....	63
4.2.6.2.	Geographische Variationen, Angemessenheit	64
4.2.6.3.	Arzneimittelversorgung, Pharmakoepidemiologie	67
4.2.6.4.	ambulante Versorgung	71
4.2.6.5.	stationäre Versorgung	71
4.2.6.6.	Versorgung von Älteren, Heimbewohnern, Heimkindern, Alleinstehenden.....	75
4.2.6.7.	Berufsunfähigkeit, Frühberentung, Arbeitswelt.....	76
4.2.6.8.	Diskussion zur Versorgungsepidemiologie	76
4.2.7.	Ergebnisse aus den Studien der Kategorie „Gesundheitsökonomie“ zu Depressionen in Deutschland	78
4.2.7.1.	Diskussion.....	81
4.2.8.	Ergebnisse aus den Studien der Kategorie „Sonstiges“ zu Depressionen in Deutschland.....	83

4.2.8.1.	Studienlage.....	83
4.2.8.2.	Depression und Arbeitsumfeld.....	84
4.2.8.3.	Depression als gesamtgesellschaftliches Problem	85
4.2.8.4.	Evaluation des Gesundheitsziels „Depressive Erkrankungen“	86
4.2.8.5.	Diskussion.....	87
4.3.	Diskussion der Analyse der Versorgungssituation.....	88
4.3.1.	Literaturrecherche und -auswahl.....	89
4.3.2.	Abgrenzung verschiedener Studientypen.....	90
4.3.3.	Studienqualität und -validität	91
4.3.4.	Abbildung der Versorgungskette	91
5.	Identifikation von möglichen Handlungsfeldern.....	93
5.1.	Vorgehensweise.....	93
5.1.1.	Gegenüberstellung von Empfehlungen und Ergebnissen der Versorgungsanalyse	93
5.2.	Darstellung von möglichen Handlungsfeldern	95
5.3.	Darstellung aktueller Beratungsthemen.....	100
5.4.	Mögliche Handlungsfelder in Bezug zur Regelbarkeit durch den G-BA.....	102
6.	Weitere Vorgehensweise	103
7.	Erfahrungsbericht.....	104
7.1.	Erfahrungen bei der Entwicklung des methodischen Vorgehens.....	104
7.2.	Darstellung des methodischen Vorgehens.....	106
7.3.	Erfahrungen zum Ablauf des Modell-Projektes	108
7.4.	Einschätzung der Machbarkeit, des Nutzens und des Aufwandes (Zeit, Personal).....	111

Literaturverzeichnis.....	113
Anhang	123
a. Suchstrategie Literaturrecherche	124
b. (Exemplarische) Datenextraktionstabelle.....	127
c. Auswertung der Daten des ZI (ADT-Panel).....	128
d. Auswertung der Daten der KBV	180
e. Expertenaussagen	206
i. Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	206
ii. Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen, Technische Universität Dresden	218
f. Leitliniensynopse.....	235

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Schematische Darstellung des Konzepts	9
Abbildung 2:	Flussdiagramm – Ergebnisse der Literaturrecherche	24
Abbildung 3:	Prozentuale Anteile und absolute Häufigkeiten endstelliger F32-Kategorien bei Allgemeinärzten	37
Abbildung 4:	Prozentuale Anteile und absolute Häufigkeiten endstelliger F32-Kategorien bei Internisten	38
Abbildung 5:	Prozentuale Anteile und absolute Häufigkeiten endstelliger F32-Kategorien bei Psychiatern / Neurologen	38
Abbildung 6:	Antidepressiva-Einnahme im Jahr 2000 im europäischen Vergleich.....	43
Abbildung 7:	Trends bei Antidepressiva-Verordnungen in Deutschland 1999-2008	44
Abbildung 8:	Verordnungsspektrum für Antidepressiva 2005 und 2008 im Vergleich.....	44
Abbildung 9:	Entwicklung der Suizide in Deutschland 2003-2008	55
Abbildung 10:	Entwicklung von Suizidmethoden in Deutschland 2003-2008	56
Abbildung 11:	Geographische Variationen der psychotherapeutischen Versorgung bei Depression	65
Abbildung 12:	Diskrepanz zwischen Wohnort und Behandlungsort von Patienten mit psychischen Diagnosen	66
Abbildung 13:	Entwicklung der stationären Verweildauern für verschiedene Krankheitsgruppen.....	72
Abbildung 14:	Leichte und mittelgradige depressive Episode	73
Abbildung 15:	Schwere depressive Episode ohne psychotische und mit psychotischen Symptomen	74
Abbildung 16:	AU-Tage und psychische Erkrankungen im Jahr 2004	85
Abbildung 17:	Aktionsfelder und Ziele im Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen“	87
Abbildung 18:	Beispielhafte Darstellung des „Soll-Ist-Abgleichs“	94

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Vorgehensweise	8
Tabelle 2:	Bewertungsraster	11
Tabelle 3:	Strukturierung der Thematik anhand des Krankheitsbildes Depression	20
Tabelle 4:	Prävalenz von Depressionen – Erwachsene allgemein	30
Tabelle 5:	Prävalenz von Depressionen – Kinder / Jugendliche / junge Erwachsene	30
Tabelle 6:	Prävalenz von Depressionen – Ältere Erwachsene	31
Tabelle 7:	Prävalenz von Depressionen – Patienten in hausärztlicher Versorgung	31
Tabelle 8:	Erkennen depressiver Störungen in hausärztlicher Versorgung	36
Tabelle 9:	Veränderung bei suizidalen Handlungen Nürnberg vs. Würzburg	54
Tabelle 10:	Veränderung bei Suizidversuchen Nürnberg vs. Würzburg	54
Tabelle 11:	Versorgungsaspekte und Ergebnisse aus der Versorgungsanalyse	92
Tabelle 12:	Vorschläge für mögliche Handlungsfelder	96
Tabelle 13:	Aktuelle Beratungsverfahren mit Bezug zur Depression im G-BA	101
Tabelle 14:	Methodik der AG Versorgungsorientierung / Priorisierung	107

Abkürzungsverzeichnis

ACP	American College of Physicians
ADS	Allgemeine Depressionsskala
AKdÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
AQUIK	Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
AU-Tage	Arbeitsunfähigkeitstage
BAG	Bericht an den Gutachter
BDI	Beck Depression Inventory
BKK	Betriebskrankenkasse
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CES-DC	Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children
CGI	Clinical Global Impression Severity of Illness Score
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
CPA	Canadian Psychiatric Association
CTF	Canadian Task Force
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse
DDD	Defined Daily Doses
DEGS	Studie zur Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland
Destatis	Statistisches Bundesamt
DIMD	Diagnostic Interview for Mental Disorders
DISYPS-KJ	Diagnostisches System für psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen
DMP	Disease-Management-Programm
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (IV)

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

DSQ	Depression Screening Questionnaire
EAGP	European Association of Geriatric Psychiatry
EDSP	Early Developmental Stages of Psychopathology
EKT	Elektrokonvulsionstherapie
ESEMeD	European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
EU	Europäische Union
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBD	Global Burden of Disease Studie
GDS	Geriatric Depression Scale
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GMS	Geriatric Mental State
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision
ICSI	Institute for Clinical Systems Improvement
IGSLi	International Group for the Study of Lithium Treated Patients
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KV	Kassenärztlichen Vereinigung
LARS	Lust an Realistischer Sicht
LISA	Leichtigkeit im Sozialen Alltag
LTSL	long-term sick leave
MAO	Monoaminoxidase
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NSMRI	Nichtselektive Monoamin-Wiederaufnahmehemmer

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

NZGG	New Zealand Guidelines Group
PHQ	Patient Health Questionnaire
PHQ-2	Patient Health Questionnaire – Screening-Fragebogen mit 2 Fragen
PHQ-D	Patient Health Questionnaire – deutsche Version
QALY	Qualitätsadjustiertes Lebensjahr
RCT	Randomized Controlled Trial – Randomisierte kontrollierte Studie
RKI	Robert Koch-Institut
rTMS	repetitive Transkranielle Magnetstimulation
SCID	Structured Clinical Interview for DSM-IV
SGB V	Sozialgesetzbuch V
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
SMR	Standardisierte Mortalitätsrate
SNRI	Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer
SPI	Standardisierte Psychiatrische Interview
SSNRI	Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer
SSRI	Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
TFM	Telefonisches Fall-Management
TK	Techniker Krankenkasse
UAW	Unerwünschte Arzneimittelwirkung
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland
ZI-ADT-Panel	Patienten-Arzt-Panel zur Morbiditätsanalyse des ZI

Zusammenfassung

Hintergrund

Im Dezember 2008 beschloss das Plenum des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) die Erstellung eines Konzepts für ein „Verfahren zur versorgungsorientierten Koordination und Zusammenarbeit der Beratungen im G-BA“. Das Konzept zur Versorgungsorientierung soll an der bisherigen Praxis der Beratung einzelner Themen ansetzen, die häufig Krankheitsbilder punktuell in den Blick nehmen und beispielsweise indikationsbezogen einer bestimmten medizinischen Technologie, einem Bereich medizinischer Interventionen oder der Qualitätssicherung zugeordnet sind. Neu am Konzept der Versorgungsorientierung ist der Versuch der Weiterentwicklung dieser bisherigen Beratungspraxis hin zu einer umfassenden, stärker krankheits- bzw. versorgungsorientierten Betrachtung. Das übergeordnete Ziel ist die umfassende Verbesserung der Versorgung bestimmter Krankheitsbilder auf Grundlage einer systematischen, weniger fragmentarischen Herangehensweise. Hierbei sind allerdings die bestehenden Antragsrechte gemäß Sozialgesetzbuch V (SGB V) weiter zu beachten. Dieses Konzept kann die bereits gesetzlich verankerten Aufgaben des G-BA ergänzen.

Um ein Thema bzw. Krankheitsbild aufzuarbeiten, wurde ein zweistufiges Vorgehen vorgeschlagen. Nach der Themenvorgabe durch das G-BA-Plenum sollen in insgesamt fünf Arbeitsschritten Recherchen durchgeführt, Ergebnisse dargestellt und resultierend aus einem Abgleich mit evidenzbasierten Empfehlungen mögliche Handlungsfelder im Kontext bereits beratener Themen aufgezeigt werden. Ergebnis dieser Recherchen soll ein Bericht mit Handlungsempfehlungen an das Plenum sein. In dem Konzept bleibt die Entscheidung über die Wahl des Themas dem Plenum vorbehalten, ebenso wie die Entscheidung über den Umgang mit möglichen Handlungsempfehlungen.

Im April 2010 wurde das oben dargelegte von der AG Versorgungsorientierung / Priorisierung erarbeitete Konzept einer Methodik (siehe Abbildung 1, Seite 9) im Plenum beraten und als Grundlage für eine modellhafte Erprobung am Beispiel der Depression angenommen.

Um Verbesserungspotentiale in der Versorgung und somit mögliche Handlungsfelder für den G-BA zu identifizieren, besteht das entscheidende Kernelement des Konzepts im Abgleich von empfohlener und tatsächlich beobachteter Versorgung für ein bestimmtes Krankheitsbild (sog. „Soll-Ist-Vergleich“). Dazu ist zunächst die Identifikation der empfohlenen Versorgung in möglichen Versorgungsbereichen wie z.B. Prävention, Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation u.a. anhand von Leitlinien notwendig. Das Konzept benennt diesen ersten Arbeitsschritt als „*Strukturierung der Thematik*“. Im zweiten Schritt findet die Beschreibung der realen Versorgungslage in Deutschland, somit die „*Analyse der Versorgungssituation*“ statt. Beide Schritte sollen dabei auf Basis einer systematischen und evidenzbasierten Methodik mithilfe von Leitlinien-, Literaturrecherche und Expertenanhörung umgesetzt werden. Danach soll der gewünschte „Soll-Ist-Vergleich“ möglich sein und Verbesserungs-

ZUSAMMENFASSUNG

potenziale sowie mögliche Handlungsfelder identifiziert werden können. Diese müssen dann mit bereits im G-BA beratenen Themen im dritten Arbeitsschritt („*Identifikation von Beratungsthemen*“) abgeglichen und im vierten Arbeitsschritt auf ihre Regelbarkeit durch den G-BA hin überprüft werden („*Analyse der Regelbarkeit*“). Danach ist der letzte und fünfte Schritt des Konzepts, nämlich die „*Erstellung von Handlungsempfehlungen*“, an den G-BA vorgesehen.

Zielsetzung und Fragestellung

Ziel der AG Versorgungsorientierung / Priorisierung war es, zu überprüfen, inwieweit diese fünf Arbeitsschritte methodisch umsetzbar und praktikabel sind. Dabei sollten die einzelnen Arbeitsschritte sowie der dafür notwendige Aufwand festgehalten werden. Darüber hinaus sollten Möglichkeiten und Limitationen des methodischen Vorgehens eingeschätzt werden.

Vorgehen und Ergebnisse

Die Erarbeitung der beiden ersten Punkte des Konzepts „*Strukturierung der Thematik*“ und „*Analyse der Versorgungssituation*“ beinhalteten zahlreiche weitere Arbeitsschritte: U.a. Beauftragung des Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zur Erstellung einer Leitliniensynopse, Entwicklung einer Suchstrategie sowie von Ein- und Ausschlusskriterien für die eigene Literaturrecherche, umfangreiche Datenextraktionen und Expertenanhörungen. Eine detaillierte Aufstellung der einzelnen Arbeitsschritte sowie der im Probelauf jeweils verantwortlichen Bearbeiter findet sich in Tabelle 14 (Kapitel 7, Seite 108). Alle Arbeitsergebnisse wurden jeweils in der AG Versorgungsorientierung / Priorisierung vorgestellt, diskutiert, eventuell überarbeitet und abschließend konsentiert. Im Ergebnis konnte exemplarisch eine auch für andere Themen einsetzbare zusammenfassende Tabelle zur Darstellung eines „Soll-Ist-Vergleichs“ der Versorgungssituation für ein Krankheitsbild generiert werden (siehe Abbildung 18, Seite 94). Diese Tabelle listet entlang der Versorgungskette getrennt nach den Bereichen Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation Kernempfehlungen aus Leitlinien inklusive Benennung der zugrundeliegenden Evidenzkategorien auf und stellt sie den Ergebnissen der Analyse der Versorgungssituation aus Literaturrecherche und Expertenanhörung gegenüber. Im weiteren Arbeitsverlauf erschien es notwendig, aus der oben genannten sehr umfangreichen Übersichtstabelle, Verbesserungspotenziale in wichtigen Bereichen („big points“) und somit mögliche Handlungsfelder zu extrahieren. Dazu wurde eine zweite zusammenfassende Übersichtstabelle (Tabelle 12, Seite 96) erstellt, die erneut in der AG Versorgungsorientierung / Priorisierung diskutiert, angepasst und konsentiert wurde.

Zur Dokumentation des Arbeitsergebnisses zum dritten Arbeitsschritt „*Identifikation von Beratungsthemen*“ wurde ebenfalls exemplarisch eine Tabelle generiert (Tabelle 13, Seite

ZUSAMMENFASSUNG

101), die aktuelle Beratungsthemen sortiert nach den Arbeitsgebieten des G-BA auflistet und somit einen raschen Überblick über aktuelle Aktivitäten des G-BA auf dem Gebiet des zu bearbeitenden Krankheitsbildes gibt.

Die beiden letzten Arbeitsschritte des Konzepts „*Analyse der Regelbarkeit*“ und „*Erstellung von Handlungsempfehlungen*“ wurden von der AG Versorgungsorientierung / Priorisierung bisher noch nicht abschließend beraten, weil sich hier prinzipielle Fragen stellen, die im Vorfeld im Plenum zu diskutieren wären. In Bezug auf die „*Analyse der Regelbarkeit*“ stellt sich z.B. die methodische Frage, inwieweit die AG Versorgungsorientierung / Priorisierung hier die betroffenen Unterausschüsse direkt einbeziehen soll und welcher Zeitpunkt hierfür am günstigsten wäre. Auch bei der konkreten „*Erstellung von Handlungsempfehlungen*“, die aus den identifizierten Handlungsfeldern noch entwickelt werden müssten, ist zur Zeit noch nicht beraten, ob Handlungsempfehlungen und z.B. konkrete Beratungsaufträge vom Plenum an die betroffenen Unterausschüsse erfolgen sollen oder ob z.B. die direkte Weitergabe der identifizierten Handlungsfelder an die Unterausschüsse ausreichend ist, um von dort aus eine Plenumsentscheidung zu Beratungsaufträgen zu veranlassen. Die Entwicklung möglicher Handlungsempfehlungen und die Erarbeitung von Vorschlägen für konkrete Aktivitäten wären dann zunächst direkt von den entsprechenden Unterausschüssen fachlich detaillierter zu prüfen. Es müsste in der Folge geprüft werden, ob durch die Befassung der Unterausschüsse mit möglichen Handlungsfeldern das Ziel einer verbesserten Koordination erreicht werden kann.

Die im Rahmen des Probelaufs für die Erkrankung Depression bisher fertig gestellten Arbeitsschritte und konkreten Ergebnisse sind in den jeweils oben genannten Tabellen aufgeführt, weitere Details finden sich in den nachfolgenden Kapiteln.

Möglichkeiten und Limitationen

Die eingangs formulierten Fragestellungen sind für die bisher bearbeiteten Arbeitsschritte des Konzepts wie folgt zu beantworten:

Möglichkeiten

1. Die Punkte „*Strukturierung der Thematik*“, „*Analyse der Versorgungssituation*“ und „*Identifikation von Beratungsthemen*“ erscheinen methodisch grundsätzlich machbar, wobei der Aufwand vor allem für die ersten beiden Punkte für alle Beteiligten erheblich war. Aufgrund der Tatsache, dass im Probelauf sowohl die Methodik im Detail erarbeitet werden musste als auch die konkrete Umsetzung bei einem Thema im Probelauf stattfand, könnte man in Zukunft eine Beschleunigung der Umsetzung dieses Teilschritts erwarten. Bewusst wurde im jetzigen Beratungsprozess gerade auf methodische Diskussionen großen Wert gelegt, die fachlich-thematische Diskussion zum Thema Depression aus pragmatisch-

ZUSAMMENFASSUNG

zeitlichen Gründen daher verkürzt. In einem „Echtlauf“ wären je nach Thematik / Fragestellung unter Umständen umfangreichere Diskussionen hinsichtlich der fachlichen Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Thema erforderlich, welche den Beratungsprozess deutlich verlängern könnten. Eine abschließende Wertung des Aufwandes erscheint somit nach Bearbeitung eines einzigen Themas noch nicht möglich. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass der Aufwand mit der Komplexität der Thematik in Relation steht.

2. Die einzelnen für die Bearbeitung des Konzepts erforderlichen Arbeitsschritte konnten benannt, Zuständigkeiten und notwendige Konsentierungszeitpunkte definiert werden. Das Vorgehen wurde sorgfältig aufgezeichnet, Unterlagen und Dokumente für zukünftige Beratungen anderer Themen entwickelt und allgemeingültig gestaltet.
3. Mithilfe der eingesetzten Methodik konnte ein „Soll-Ist-Vergleich“ in allen für das Krankheitsbild relevanten Versorgungsbereichen durchgeführt werden.
4. Es fanden sich keine wirklich relevanten Unterschiede zwischen der Einschätzung der Experten und den Informationen aus der systematischen Recherche in Bezug auf den „Soll-Ist-Vergleich“, somit eine gute interne Validität.
5. Es konnten konkrete Handlungsfelder – bisher noch ohne Bewertung bezüglich der Regelungskompetenz des G-BA – identifiziert werden. Bei der Literaturswahl bestand zunächst in der Abgrenzung zwischen Studien zur Nutzenbewertung und Studien zur Evaluation der Versorgungssituation in manchen Fällen noch eine unklare Trennschärfe. Durch Nachjustierung von Ein- und Ausschlusskriterien beim Literaturscreening konnte die Problematik gelöst werden. Auf diesen Punkt sollte in zukünftigen Beratungen geachtet werden. Hier wird aber ein weiterer Lernprozess notwendig sein.
6. Um den Arbeitsablauf effizient zu gestalten und den Arbeitsaufwand für alle Beteiligten angemessen zu gestalten, sollte das Konzept noch dahingehend überprüft werden, bis in welche Detailtiefe eigene Recherchen und Studienauswertungen tatsächlich notwendig sind und welche Kriterien angelegt werden sollten, um für ein Thema zunächst orientierend Handlungsfelder zu identifizieren.

Limitationen

1. Der „Soll-Ist-Vergleich“ kann nur so gut sein wie die zugrundeliegende Datenlage. Das Erkennen von Versorgungsproblemen bei Krankheitsbildern, die wenig erforscht sind, wird so erschwert bis unmöglich. Hier besteht für den G-BA prinzipiell bei der Auswahl von Themen die Gefahr einer Verzerrung im Sinne „man kümmert sich in erster Linie um Krankheiten, die bereits im Fokus der

Forschung / Evaluation stehen“. Andererseits ist insbesondere bei häufigen „großen“ Krankheitsentitäten aufgrund ihrer Versorgungsrelevanz naturgemäß mehr Versorgungsforschungsaktivität zu erwarten als bei kleinen Entitäten, so dass sich grundsätzlich die Frage der unterschiedlichen Anwendbarkeit auf die verschiedenen Krankheitsbilder stellt. Unabhängig von der Häufigkeit einer Erkrankung ist es aber wichtig, nur solche Handlungsfelder aufzugreifen, für die möglichst aussagekräftige Erkenntnisse über Versorgungsdefizite vorliegen.

2. Die Definition des „Soll“ ist abhängig von der Güte / Evidenzgrundlage der verwendeten / vorliegenden Leitlinien oder Experteninformationen. Über diesen Unsicherheitsfaktor für die Aussagekraft der Ergebnisse sollte man sich im Klaren sein. Eine Abschätzung der Bearbeiter dazu sollte im Abschlussbericht vorhanden sein (im Probelauf bisher noch nicht durchgeführt).
3. Die Definition des „Ist“ beruht eventuell auf Daten aus älteren Studien, die die tatsächliche Versorgungslage gar nicht mehr realistisch wiedergeben. Unter Umständen stehen auch – bis auf Expertenaussagen – gar keine weiteren Daten zur Verfügung. Auch hier sollte eine Abschätzung der Bearbeiter dazu im Abschlussbericht vorhanden sein (im Probelauf bisher noch nicht durchgeführt).
4. Wenn Handlungsfelder identifiziert und aktiv bearbeitet werden sollen, sollte im Anschluss daran aufgrund der oben genannten Unsicherheiten eine Evaluation stattfinden, um den Einfluss von eingeleiteten Maßnahmen direkt und nachweisbar zu messen.
5. Die Einschränkung der Literaturrecherche zur Analyse der Versorgungssituation auf „Deutschland“ könnte von deutschen Forschern international publizierte, für die Fragestellung aber relevante Studien eventuell nicht entdecken. Ob diese Limitation aus Arbeits- und Kapazitätsgründen in Kauf genommen werden kann, bedarf einer weiteren Diskussion in Abwägung einer ansonsten deutlich umfangreicheren Bearbeitung der Versorgungsanalyse.

Schlussfolgerung

Im Ergebnis ist es mit der in der AG Versorgungsorientierung / Priorisierung erarbeiteten Methodik gut möglich, einen ersten orientierenden Überblick über ein Themengebiet zu generieren, Versorgungsprobleme zu identifizieren und Handlungsfelder zu benennen. Allerdings sind die genannten Limitationen und der Aufwand zu beachten. Für eine weitere Optimierung des Konzepts sollten ggf. Vorschläge zur Steigerung der Arbeitseffizienz entwickelt werden.

1. VORBEMERKUNG

1. Vorbemerkung

Der G-BA regelt in umfänglicher und vielschichtiger Weise die Versorgung der gesetzlich krankenversicherten Menschen in Deutschland. Dies reicht von der Früherkennung von Krankheiten über die zahlreichen Aspekte der ambulanten und stationären Krankenversorgung bis hin zur Verordnung von Maßnahmen zur Rehabilitation.

Die entsprechenden Grundlagen dazu sind in einer Vielzahl gesetzlicher Bestimmungen im SGB V hinterlegt. Wesentliche Grundzüge seiner Arbeitsweisen hat der G-BA in seiner Geschäfts- und Verfahrensordnung festgelegt. Die konkreten Beratungsthemen des G-BA, welche am Ende zumeist in (Richtlinien-)Beschlüssen münden, ergeben sich in der Regel durch gesetzlich determinierte Antragsrechte oder innerhalb des G-BA durch von den Träger- oder Patientenorganisationen gestellte Beratungsanträge.

Eine grundsätzliche Kritik am G-BA bezieht sich in diesem Zusammenhang auf die Themenauswahl, die kürzlich als unsystematische Themenbearbeitung „auf Zuruf“ apostrophiert wurde (vgl. Krüger-Brand, 2010). Bereits Mitte 2008 wurde vom Vorsitzenden des G-BA die Absicht geäußert, die Arbeit des G-BA stärker an umfassenden Versorgungskonzepten zu orientieren und auf diese Weise zu einer eigenen Schwerpunktsetzung zu kommen. Im Dezember 2008 beschloss das Plenum die Erstellung eines Konzepts für ein „Verfahren zur versorgungsorientierten Koordination und Zusammenarbeit der Beratungen im G-BA“. Das übergeordnete Ziel dieser Konzeption ist die umfassende Verbesserung der Versorgung bestimmter Krankheitsbilder auf Grundlage einer strukturierten und evidenzbasierten Herangehensweise. Ein wichtiges Kernelement der Konzeption und gleichzeitig Gegenstand der jetzigen Erprobung stellt der Ansatz der Beschreibung der Versorgungslage in wichtigen Erkrankungsgebieten auf der Basis systematischer, koordinierter, effektiver und effizienter Vorgehensweisen dar. In der Plenumssitzung im April 2010 wurde die von der AG Versorgungsorientierung / Priorisierung erarbeitete Konzeption beraten und als Grundlage für eine modellhafte Erprobung anhand des Erkrankungsbeispiels Depression angenommen. Ziel der AG Versorgungsorientierung / Priorisierung und dieses Berichtes ist somit, für dieses Vorgehen einen methodischen Masterplan zu entwickeln und beispielhaft zu erproben. Der zuständigen AG Versorgungsorientierung / Priorisierung wurde ein Zeitrahmen bis Ende 2010 gesetzt, damit das Plenum in seiner Sitzung im Januar 2011 anhand der bis dahin vorliegenden Ergebnisse eine erste Einschätzung und das weitere Vorgehen beraten kann.

Das Konzept zur Versorgungsorientierung setzt an der bisherigen Praxis der Beratung einzelner Themen bzw. Themenkomplexe an, die häufig Krankheitsbilder eher punktuell in den Blick nehmen und beispielsweise indikationsbezogen einer bestimmten medizinischen Technologie oder einem Bereich medizinischer Interventionen zugeordnet sind (z.B. Positronen-Emissions-Tomographie, Psychotherapie, Akupunktur, Arzneimittel) oder andere Bereiche der Gesundheitsversorgung regeln (z.B. die Bedarfsplanung im vertragsärztlichen

1. VORBEMERKUNG

Bereich oder Richtlinien zur Arbeitsunfähigkeit). Neu am Konzept der Versorgungsorientierung ist die mögliche Weiterentwicklung der bisherigen Beratungspraxis hin zu einer stärker krankheits- bzw. versorgungsorientierten Betrachtung ergänzend zur bisher üblichen Beratung von Einzelthemen. Ziel ist u.a. auch die Vernetzung und bessere Abstimmung zwischen den Gremien, insbesondere zwischen den Unterausschüssen.

Um ein Schwerpunktthema für weitere Beratungen aufzuarbeiten, wird ein zweistufiges Vorgehen vorgeschlagen. Nach der Themenvorgabe durch das G-BA-Plenum inklusive einer Fristsetzung werden in insgesamt fünf Arbeitsschritten Recherchen durchgeführt, die Ergebnisse dargestellt und resultierend aus einem Abgleich mit evidenzbasierten Empfehlungen mögliche Handlungsfelder ggf. im Kontext bereits beratener Themen aufgezeigt. Ergebnis dieser Recherchen ist dann ein Bericht mit Handlungsempfehlungen an das Plenum. In dem Konzept bleibt die Entscheidung über die Wahl des Schwerpunktthemas dem Plenum vorbehalten, ebenso wie die Entscheidung im Umgang mit möglichen Handlungsempfehlungen.

Neben dem prinzipiell zweistufigen Vorgehen sind einige weitere grundsätzliche Voraussetzungen des Konzepts zu erwähnen. Es handelt sich um eine Ergänzung des bisherigen Antragsverfahrens, das selbst weiterhin unverändert gilt. Dies bedeutet auch, dass im Falle neuer Beratungsthemen als Ergebnis der Arbeiten anhand dieser Konzeption die ggf. gesetzlich erforderlichen Anträge zu stellen wären. Zudem wird in der Abarbeitung der Konzeption kein Vollständigkeitsanspruch erhoben, d.h. eine enzyklopädische Aufbereitung der Versorgung eines kompletten Krankheitsbildes kann nicht geleistet werden. Soweit möglich, soll eine zeitlich parallele Bearbeitung der konzeptionell getrennten fünf Arbeitsschritte erfolgen.

2. VORGEHENSWEISE

2. Vorgehensweise

In diesem Abschnitt wird die in der AG Versorgungsorientierung / Priorisierung konsentrierte Vorgehensweise vorgestellt.

2.1. Beratungsverlauf

Tabelle 1: Vorgehensweise

Gremium	Datum	Beratungsgegenstand
Plenum	18.12.2008	Einsetzung und Beauftragung der AG Versorgungsorientierung / Priorisierung mit der Erarbeitung eines Vorschlages, ob und in welchem Umfang sich der G-BA bei der Auswahl von Beratungsthemen und deren Priorisierung an identifizierten Versorgungsfragen und -problemen orientieren soll
AG Versorgungsorientierung / Priorisierung	29.06.2009	Konstituierende Sitzung und Erarbeitung eines Konzeptvorschlages
AG Versorgungsorientierung / Priorisierung	05.10.2009	Erarbeitung eines Konzeptvorschlages
AG Versorgungsorientierung / Priorisierung	08.04.2010	Überarbeitung des Konzepts (Beratung eines Themas für ein Pilotprojekt)
Plenum	15.04.2010	Genehmigung des durch die AG erarbeiteten Konzepts zur Versorgungsorientierung und Beauftragung mit der Erprobung anhand des Krankheitsbildes Depression
AG Versorgungsorientierung / Priorisierung	02.06.2010	Erprobung des Konzeptes anhand des Krankheitsbildes Depression (Strukturierung der Thematik)
AG Versorgungsorientierung / Priorisierung	25.08.2010	Erprobung des Konzeptes anhand des Krankheitsbildes Depression (Analyse der Versorgungssituation)
AG Versorgungsorientierung / Priorisierung	24.09.2010	Erprobung des Konzeptes anhand des Krankheitsbildes Depression (Analyse der Versorgungssituation)
AG Versorgungsorientierung / Priorisierung	28.10.2010	Erprobung des Konzeptes anhand des Krankheitsbildes Depression (Expertenanhörung und Identifikation von Handlungsfeldern)
AG Versorgungsorientierung / Priorisierung	26.11.2010	Erprobung des Konzeptes anhand des Krankheitsbildes Depression (Identifikation von Handlungsfeldern) und Beginn der Abstimmung des Abschlussberichts
AG Versorgungsorientierung / Priorisierung	15.12.2010	Abstimmung des Abschlussberichts
AG Versorgungsorientierung / Priorisierung	17.01.2011	Abstimmung des Abschlussberichts
AG Versorgungsorientierung / Priorisierung	26.01.2011	Abstimmung des Abschlussberichts
Plenum	17.02.2011 (vorgesehen)	Darstellung des „Verfahrens zur verbesserten Versorgungsorientierung“ am Beispiel Depression (Abschlussbericht) und Entscheidung über weiteres Vorgehen

2. VORGEHENSWEISE

2.2. Konzeption

Die Abbildung zeigt schematisch die konzeptionelle Vorgehensweise. In fünf Arbeitsschritten soll die AG Versorgungsorientierung / Priorisierung eine Thematik so aufarbeiten, dass eine Liste mit begründeten Empfehlungen an das Plenum resultiert. Die Wahl des Themas und die Umsetzung der Empfehlungen bleiben dem Plenum vorbehalten. Durchgehend ist eine Abstimmung mit den Unterausschüssen vorzusehen.

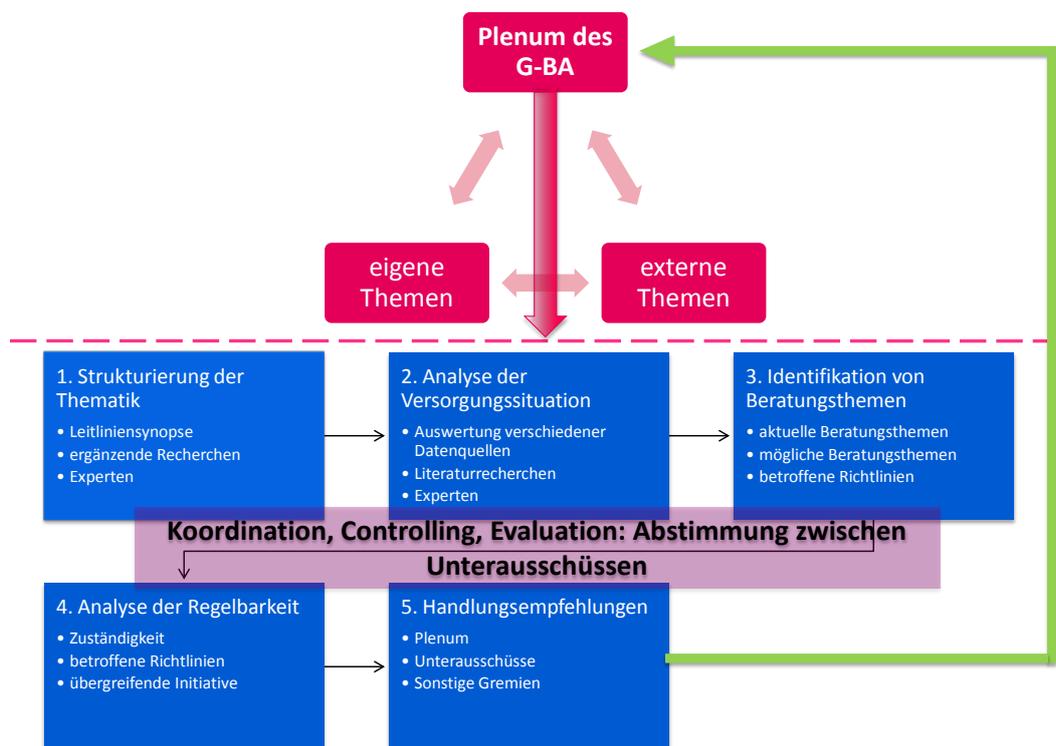


Abbildung 1: Schematische Darstellung des Konzepts

2.2.1. Fünfschrittiges Vorgehen

Schritt 1: Im ersten Arbeitsschritt wird eine Strukturierung der Thematik vorgenommen, die auf einer Leitliniensynopse (z.B. durch das IQWiG) aufbaut und ein Rahmenkonzept für die weiteren Analysen vorgibt. Die Strukturierung dürfte sich in den meisten Fällen an der Versorgungskette orientieren, z.B. Prävention – Diagnostik – Therapie – Rehabilitation, die allerdings krankheitsspezifisch zu modifizieren ist. In diesem Schritt kann auch eine Differenzierung in den Bereichen Patientenpopulation oder Setting erfolgen. Ergänzend zu dieser Analyse wird eine Darstellung der Versorgungsstruktur vorgenommen, die naturgemäß alle Aspekte der Versorgungskette betrifft. Die wichtigsten Bestandteile der Leitliniensynopse sind die Darstellung der Versorgungsstandards und der Versorgungsaspekte sowie die

2. VORGEHENSWEISE

strukturierte Darstellung der Kernempfehlungen und -aussagen. Ergänzend werden Recherchen zu weiteren gliedernden Dokumenten durchgeführt (z.B. umfassende Gutachten bei www.Gesundheitsziele.de). Für diesen Arbeitsschritt ist die Hinzuziehung von Experten zur Überprüfung der Plausibilität der Strukturierung sinnvoll. Das Ergebnis von Schritt 1 ist die Strukturierung der zu bearbeitenden Thematik einerseits, die Darstellung des Versorgungsstandards, so wie er sich in Leitlinien abbildet, andererseits.

Schritt 2: Dieser Schritt umfasst die Analyse der Versorgungssituation in einem mehrdimensionalen Ansatz. Es handelt sich um den aufwändigsten Bearbeitungsschritt, da er mit umfangreichen Recherchen und der Auswertung von (unter Umständen zahlreichen) Publikationen verbunden ist. Die Analysedimensionen für den 2. Arbeitsschritt beinhalten die Fragen danach, welche Leistungen / Methoden erbracht werden (z.B. angemessen durchgeführte Diagnostik und Therapie), in welcher Qualität (z.B. anhand von Qualitätsindikatoren) und mit welchem Ergebnis, wo und bei wem sie erbracht werden (Bedarf, Zugang, Angemessenheit) und ob sie effizient erbracht werden. Ziel von Schritt 2 ist es, auch mit Fokus auf Schritt 4, die aktuelle Versorgungssituation im Sinne eines „Ist-Zustandes“ entsprechend der Gliederung aus Schritt 1 zu beschreiben.

Es ist damit zu rechnen, dass in der recherchierten und ausgewerteten Literatur und in weiteren Quellen bereits Bewertungen (im Sinne von zufriedenstellender oder problematischer Versorgung) durch Autoren formuliert werden, ohne dass diese mit den Empfehlungen aus evidenzbasierten Leitlinien abgeglichen sind. Im Rahmen der hier vorgestellten Konzeption ist in diesem Arbeitsschritt jedoch noch keine Bewertung vorgesehen. Diese kann erst in den folgenden Arbeitsschritten geleistet werden, insbesondere beim Abgleich mit den Maßstäben einer guten Versorgung, basierend auf der Leitliniensynopse.

Auch nach Vorliegen der Ergebnisse des zweiten Bearbeitungsschrittes erscheint es sinnvoll, Experten zur Diskussion der Ergebnisse hinzuzuziehen.

Schritt 3: Dieses Raster wird durch eine Bestandsaufnahme aktuell in Beratung befindlicher Themen und der jeweils betroffenen Richtlinien ergänzt. Hierzu werden die geschäftsführenden Abteilungen in der G-BA-Geschäftsstelle um Benennung einschlägiger Beratungsgegenstände gebeten. Berücksichtigung finden auch eingegangene aber noch nicht priorisierte Beratungsanträge.

Schritt 4: In diesem Schritt werden Ergebnisse aus den vorangegangenen Arbeitsschritten zusammengeführt. Im Zentrum steht der Versuch, den „Soll-Zustand“ (wie er sich aus der Leitliniensynopse ergibt, Schritt 1) und den „Ist-Zustand“ der Versorgungssituation (Schritt 2) in Beziehung zueinander zu setzen, unter Berücksichtigung bereits in Beratung befindlicher Themen (Schritt 3). Hieraus ergibt sich eine erste Liste mit möglichen Handlungsfeldern und ggf. darauf aufbauender Beratungsthemen. Die resultierende vorläufige Themenliste wird mit der Zuständigkeit des G-BA und der Regelbarkeit durch den G-BA abgeglichen.

2. VORGEHENSWEISE

Schritt 5: In diesem abschließenden Arbeitsschritt werden konkrete Handlungsempfehlungen für das Plenum entwickelt, die sich aus dem 4. Schritt ergeben. Sie adressieren die Frage, welche Einzelaspekte bearbeitet werden sollen (z.B. Arzneimittelbewertung, Methodenbewertung, Bedarfsplanung), welche Versorgungsziele erreicht und welche weiteren Initiativen ergriffen werden sollten. Das Plenum soll die Handlungsempfehlungen in Hinblick auf eine Umsetzung beraten und die Vorgehensweise abstimmen. Dies kann auch die Festlegung eines Zeitplanes beinhalten. Maßnahmen können z.B. einzelne Unterausschüsse betreffen (ggf. Änderung von Richtlinien). Eventuell kann auch die Einrichtung unterausschussübergreifender Arbeitsgruppen zweckmäßig sein. Weitere Empfehlungen können sich auf die Kommunikation der Ergebnisse mit anderen Organisationen im Gesundheitswesen beziehen. Tabelle 2 fasst das allgemeine Bewertungsraster zusammen:

Tabelle 2: Bewertungsraster

1. Versorgungsbereich	2. Versorgungsproblem	3. aktuelle Beratungsthemen	4. mögliche Beratungsthemen	5. Zuständigkeiten / betroffene Richtlinien
	<i>Analysedimensionen</i>			
Primärprävention / Gesundheitsförderung				
Screening / Sekundärprävention				
Diagnose / Indikationsstellung				
Therapie				
Rehabilitation				
Pflege / Palliativversorgung				
Versorgungsstruktur				

3. STRUKTURIERUNG DER THEMATIK

3. Strukturierung der Thematik

Die Strukturierung der Thematik beginnt methodisch mit einer orientierenden Übersicht zum zu bearbeitenden Thema, in der wichtige Aspekte wie z.B. Krankheitsformen, Diagnostik, Ursachen und Risikofaktoren, Folgen, Versorgungsangebote, Therapiemöglichkeiten oder Präventionsaspekte angesprochen und eingeführt werden. Exemplarisch ist dies zum Thema Depression im Folgenden dargestellt.

3.1. Einführung zur Depression

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

Auf europäischer Ebene wurde im Grünbuch der Europäischen Kommission das Ziel formuliert, die psychische Gesundheit der europäischen Bevölkerung zu verbessern. In der Folge haben die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) 2008 den Europäischen Pakt „Zusammen für psychische Gesundheit und Wohlbefinden“ initiiert mit dem Ziel, den Erfahrungsaustausch zwischen Politik, Wissenschaft und Praxis zu Konzepten in der Bekämpfung von Depression und Suizidalität zu fördern.

In Deutschland wurden im Rahmen des Projektes „gesundheitsziele.de“ depressive Erkrankungen im Jahr 2006 als sechstes nationales Gesundheitsziel adressiert (www.gesundheitsziele.de), mit den Hauptzielen: „Depressive Erkrankungen: Verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“. Insgesamt wurden sechs Aktionsfelder mit 11 prioritären Maßnahmenvorschlägen zu deren Umsetzung benannt (Bermejo et al., 2009a).

Die nationalen und internationalen Aktivitäten im Bereich „Depression“ unterstreichen die medizinische, epidemiologische und gesundheitsökonomische Bedeutung der Depression. Zusätzlich weisen verschiedene Studien auch auf Versorgungsprobleme hin und machen auch dadurch die Depression zu einem wichtigen Problem des Gesundheitssystems (Robert Koch-Institut (RKI), 2010).

3. STRUKTURIERUNG DER THEMATIK

Die neue „S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression“¹ formuliert evidenz- und konsensbasierte Empfehlungen zu Diagnostik und Therapie der unipolaren Depression. In der Leitlinie werden Empfehlungen für die Versorgung in den Bereichen adäquates und rechtzeitiges Erkennen depressiver Störungen, der Ausrichtung an evidenzbasierten Empfehlungen bezüglich Diagnose und Behandlung sowie einer abgestuften und vernetzten beziehungsweise sektorenübergreifenden Versorgung formuliert (Härter et al., 2010).

3.1.1. Krankheitsformen

Depressive Erkrankungen – auch als Störungen der Gemütslage bezeichnet (RKI, 2006) – sind den so genannten affektiven Störungen zugeordnet und sollten auf der Grundlage expliziter diagnostischer Kriterien nach ICD-10 (F30 bis F39) beschrieben, klassifiziert und diagnostiziert werden. Behandlungsbedürftige Depressionen sind durch charakteristische Beschwerdemuster aus körperlichen, psychischen und verhaltensmäßigen Beschwerden geprägt. Die Kernsymptome sind Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Verlust von Interesse sowie Kraft- und Energieverlust, die mindestens über zwei Wochen hinweg anhalten (Wittchen et al., 2000).

Man unterscheidet zwischen depressiven Episoden (ICD-10: F32 und F33, auch Major Depression genannt), depressiven Störungen im Rahmen von bipolaren affektiven Erkrankungen (ICD-10: F31, früher als manisch depressive Erkrankung bezeichnet) und dysthymen Störungen (ICD-10: F34.1) (Wittchen et al., 2000).

Die differentialdiagnostische Klassifikation depressiver Störungen unterscheidet u.a.:

- ob Art und Anzahl der depressiven Symptome die Schwellenkriterien für eine depressive Episode erfüllen,
- in leicht-, mittel- oder schweregradige Episoden (mit und ohne psychotische Symptome),
- in rezidivierende Depression oder eine Depression im Rahmen einer bipolaren Störung (RKI, 2010),
- ob die Depression durch Substanzen oder einen körperlichen Faktor ausgelöst wird (RKI, 2010).

Nach der deutschen S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ liegt eine Depression vor, wenn mindestens zwei der folgenden drei Symptome für mindestens zwei Wochen anhalten:

- depressive, gedrückte Stimmung,

¹ DGGPN et al., 2009. Im Folgenden verkürzt als S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ bezeichnet.

3. STRUKTURIERUNG DER THEMATIK

- Interessenverlust und Freudlosigkeit,
- Verminderung des Antriebs und Einschränkungen der Aktivität mit erhöhter Ermüdbarkeit auch nach kleinen Anstrengungen.

Der Schweregrad der Depression wird über das Vorliegen folgender Zusatzsymptome diagnostiziert:

- reduzierte Aufmerksamkeit / Konzentration,
- reduziertes Selbstwertgefühl / Selbstvertrauen,
- Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit,
- negative und pessimistische Zukunftsperspektiven,
- Selbstverletzungen oder Suizidhandlungen oder Suizidgedanken,
- Schlafstörungen,
- reduzierter Appetit.

Bei einer leichten Depression sind neben den Hauptsymptomen mindestens 2 der Zusatzsymptome vorhanden, bei einer mittelgradigen Depression drei bis vier Zusatzsymptome und bei einer schweren Episode 4 oder mehr Zusatzsymptome. Bei einer rezidivierenden depressiven Episode liegt in der Vergangenheit mindestens eine depressive Episode vor. Der Schweregrad der rezidivierenden depressiven Episode entspricht dem Schweregrad der aktuellen depressiven Episode.

3.1.2. Diagnostik

Die klinische Diagnostik depressiver Störungen erfordert die Anwendung der etablierten diagnostischen Kriterien nach ICD-10 oder DSM-IV. Hierzu stehen standardisierte Instrumente zur Verfügung (z.B. das diagnostische Interview CIDI (Composite International Diagnostic Interview)). Zur Beschreibung und Erfassung depressiver Symptome können verschiedene Depressionsskalen (z.B. BDI (Beck Depression Inventory) eingesetzt werden, zum Depressionsscreening z.B. der Gesundheitsfragebogen für Patienten PHQ-D (Patient Health Questionnaire-deutsche Version).

3.1.3. Ursachen und Risikofaktoren

Meist liegen einer Depression mehrere Ursachen zugrunde. Die ätiologische Depressionsforschung geht von einem multikausalen Bedingungsgefüge aus. Dabei wirken biologische (genetische Prädisposition), psychische (z.B. kognitive Defizite) und soziale (z.B. Arbeitslosigkeit, Partnerschaftsprobleme) Faktoren zusammen. Die Erkrankungswahr-

3. STRUKTURIERUNG DER THEMATIK

scheinlichkeit hängt einerseits von der genetischen und neurobiologischen Grundausstattung eines Menschen, andererseits von den seelischen Belastungen, denen er in seinem Leben ausgesetzt ist, ab (Robert Koch Institut (RKI), 2006; Wittchen et al., 2000). Man geht davon aus, dass depressive Störungen durch das Zusammenspiel einer vorhandenen Depressionsanfälligkeit mit belastenden Lebenssituationen entstehen.

Empirisch gesichert bezüglich der Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren für depressive Erkrankungen sind neben dem Geschlecht (Frauen haben eine höhere Erkrankungswahrscheinlichkeit als Männer): familiengenetische Faktoren, neurobiologische Veränderungen, bestimmte dysfunktionale Kognitionsstile, vorangehende Angsterkrankungen sowie die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen, akute und chronische psychosoziale (Stressbelastungs-)Faktoren, wie Trennung, Arbeitslosigkeit, Lebenskrisen, Verlusterlebnisse und Einsamkeit, bestimmte chronische körperliche Erkrankungen (z.B. chronisches Schmerzsyndrom).

3.1.4. Folgen

Die subjektive Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Betroffenen sind durch Depressionen erheblich eingeschränkt mit zum Teil massiven Einschränkungen der Arbeitsproduktivität bis hin zu lang anhaltendem Arbeitsausfall, Erwerbsunfähigkeit und Frühberentung (volkwirtschaftliche Folgen). Darüber hinaus gehen depressive Erkrankungen mit einem erhöhten Sterblichkeitsrisiko einher (RKI, 2010), zum einem im Zusammenhang mit Suiziden als gefürchteter Folge einer Depression, zum anderen mit frühzeitigem Versterben durch Unfälle, körperliche Ursachen oder depressionstypisch ungesundem Lebensstil (z.B. Ernährung, Bewegungsmangel).

Die Krankheitskosten für Depression (Ausgaben für medizinische Heilbehandlung, Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahmen) beliefen sich im Jahr 2008 geschätzt auf insgesamt 5,2 Mrd. Euro (davon ca. 1,8 Mrd. Euro für den ambulanten, ca. 2,9 Mrd. Euro für den (teil-)stationären Bereich).

3.1.5. Versorgungsangebote

Depressive Erkrankungen sind grundsätzlich gut behandelbar, wenn die Erkrankung rechtzeitig erkannt wird und eine an aktuellen Leitlinien ausgerichtete Therapie erfolgt (Robert Koch-Institut (RKI), 2010). Zur Versorgung von depressiven Erkrankungen steht ein breites Spektrum an Diensten im ambulanten und stationären Bereich zur Verfügung. Den Hausärzten kommt dabei eine besondere Verantwortung für ein rechtzeitiges Erkennen, die Überweisung zum Spezialisten und die Einleitung adäquater Behandlungsmaßnahmen zu. Daneben sind vor allem ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten, einschließlich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, sowie u.a. Fachärzte für Nervenheilkunde, für

3. STRUKTURIERUNG DER THEMATIK

Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und für Neurologie an der Versorgung beteiligt. Psychosoziale Beratungsstellen, sozialpsychiatrische Dienste sowie Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen stehen für die Betroffenen ebenfalls zur Verfügung (RKI, 2010; Wittchen et al., 2000).

3.1.6. Therapie

Als allgemeine Behandlungsziele bei Depression gelten:

- Verminderung der depressiven Symptome
- Verhinderung von Mortalität, insbesondere durch Suizid
- Wiederherstellung der beruflichen und psychosozialen Leistungsfähigkeit
- Wiedererlangung des seelischen Gleichgewichtes
- Reduzierung der Rückfallwahrscheinlichkeit

Die Entscheidung, welche Behandlungsalternative durchgeführt wird, ist abhängig von den klinischen Faktoren (Schweregrad, bisheriger Verlauf), aber u.a. auch von den Präferenzen der Betroffenen selbst.

Zur Therapie der depressiven Störungen stehen die medikamentöse und die psychotherapeutische Behandlung sowie weitere Maßnahmen (u.a. Schlafentzugstherapie, Elektrokonvulsionstherapie (EKT) bei therapieresistenten Depressionen, Lichttherapie, körperliche Aktivitäten) zur Verfügung.

Die Pharmakotherapie basiert auf unterschiedlichen Gruppen von Arzneimitteln, von denen eine Wirkung auf die Symptomatik und den Krankheitsverlauf erwartet wird, wobei u.a. die trizyklischen Antidepressiva, die Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), die (Selektiven) Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI, SSNRI), aber auch Phytopharmaka (u.a. Johanniskraut) eingesetzt werden.

Neben den Antidepressiva sind psychotherapeutische Behandlungen, entweder allein oder in Kombination mit Antidepressiva, Verfahren der ersten Wahl bei Depression. Hierfür stehen verschiedene psychotherapeutische Verfahren und Methoden zur Verfügung. Deren jeweilige Anwendung sollte im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung gemeinsam mit den Patienten im Hinblick auf den bestmöglichen Therapieerfolg ausgewählt werden.

3. STRUKTURIERUNG DER THEMATIK

3.1.7. Prävention

Die Prävention von depressiven Erkrankungen erfolgt idealerweise im Sinne der primären Prävention durch das Verhindern von Risikofaktoren sowie die Stärkung und Förderung von Resilienzfaktoren². Bei Kindern und Jugendlichen setzen die präventiven Programme u.a. im Setting Schule oder Kindergarten ein, um Risiko- und Resilienzfaktoren zu identifizieren. Sekundär präventive Maßnahmen sind auf das Vermeiden einer chronischen Erkrankung ausgerichtet, welches durch frühzeitige Diagnosestellung und Therapie zu erreichen sein kann. Ziel der tertiären Prävention ist die Vermeidung von Rückfällen nach Genesung (RKI, 2010). Bei depressiven Erkrankungen liegt ein wesentlicher Schwerpunkt auf der Prävention von Suizidalität und Aufklärung über die Erkrankung. Fortbildung von Hausärzten, Öffentlichkeitsarbeit (Entstigmatisierung), Schulung von Multiplikatoren (u.a. Lehrer, Altenpfleger, Sozialberater), Unterstützungsangebote für Betroffene und Angehörige können aufklärende und präventive Wirkungen entfalten.

Insgesamt gesehen geht es bei der Prävention der depressiven Störungen (RKI, 2010) um Risikominderung (z.B. Kinder depressiv Erkrankter gelten als potentielle Präventionsgruppe) und Ressourcenaktivierung (z.B. Reintegration erkrankter Arbeitnehmer in das Erwerbsleben).

Im Rahmen des Modellprojektes Versorgungsorientierung / Priorisierung am Beispiel Depression werden zu den oben skizzierten Aspekten des Krankheitsbildes Depression im folgenden die methodische Herangehensweise sowie die Ergebnisse der Literaturrecherche und -auswertung im Hinblick auf eine differenzierte Analyse der Versorgungssituation von an Depression erkrankten Menschen in Deutschland dargestellt und auf relevante Handlungsfelder hingewiesen. Dies geschieht auch vor dem Hintergrund vermuteter Defizite in der Versorgung depressiver Patienten (RKI, 2010).

² Resilienz: Fähigkeit, erfolgreich mit belastenden Lebensumständen und Stress umzugehen (RKI, 2010)

3. STRUKTURIERUNG DER THEMATIK

3.2. Strukturierung der Thematik

Die im Rahmen des Probelaufs entwickelte Strukturierung einer Thematik in die Punkte

- Primärprävention / Gesundheitsförderung
- Sekundärprävention / Screening
- Diagnostik
- Patienteninformation /-kommunikation
- Pharmakotherapie
- Erhaltungstherapie / Rezidivprophylaxe
- Nichtmedikamentöse Therapie
- Maßnahmen zur medizinischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation bzw. Wiedereingliederung
- Koordination von Maßnahmen und Kooperation der Versorger
- Implementierung / Qualitätssicherung

kann als Grundlage auch für andere Themen verwendet werden. Hierbei ist dann jeweils zu prüfen, inwieweit Anpassungen oder Ergänzungen themenspezifisch vorzunehmen sind.

Die für das Thema Depression konkretisierte Fassung der Strukturierung der Thematik ist im Folgenden dargestellt:

Maßgeblich für die Strukturierung des Versorgungsbereichs der Depression waren die Durchsicht von evidenzbasierten Leitlinien sowie ergänzende Recherchen und eine Expertenkonsultation. Leitlinien eignen sich u.a. deshalb für die Strukturierung, weil sie oft mit dem Anspruch erstellt werden, die gesamte Versorgungskette einer Krankheit abzubilden.

Als Teil der Konzepterstellung wurde das IQWiG von der AG Versorgungsorientierung / Priorisierung beauftragt, eine Leitliniensynopse zum Thema Depression zu erstellen.³ Diese sollte evidenzbasierte Empfehlungen zur Versorgung von Patienten mit unipolarer Depression zusammenstellen, um einen Überblick über den Versorgungsstandard zu ermöglichen. Hierzu wurden Kernaussagen aus den einzelnen Leitlinien extrahiert und in Kernempfehlungen zusammengefasst. Aus der Analyse der sieben in die Synopse eingeschlossenen Leitlinien ergab sich folgende Struktur:

³ IQWiG (Hrsg.). Leitliniensynopse zum Thema "Depression". Arbeitspapier Version 1.0. IQWiG-Berichte – Jahr: 2009 Nr. 34.

3. STRUKTURIERUNG DER THEMATIK

- Primärprävention / Gesundheitsförderung
- Sekundärprävention / Screening
- Diagnostik
- Patienteninformation / -kommunikation
- Pharmakotherapie
 - Antidepressiva, allgemein
 - SSRI
 - Monoaminoxidase (MAO)-Inhibitoren
 - Nichtselektive Monoamin-Wiederaufnahmehemmer (NSMRI) Trizyklika
 - Weitere Antidepressiva (SSNRI u.a.), Kombinations- / Augmentations-therapien
 - Phytotherapeutika
- Erhaltungstherapie / Rezidivprophylaxe
- Suizidprävention
- Nichtmedikamentöse Therapie
 - Psychotherapie / psychosoziale Interventionen
 - Weitere nichtmedikamentöse Interventionen
- Maßnahmen zur medizinischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation bzw. Wiedereingliederung
- Koordination von Maßnahmen und Kooperation der Versorger
- Implementierung / Qualitätssicherung

Zusätzlich zur Leitliniensynopse des IQWiG wurde die erst im Dezember 2009 publizierte S3-Leitlinie "Unipolare Depression" berücksichtigt. Folgende Strukturierung (Tabelle 3) wurde mit einem Experten (Prof. Dr. Dr. Härter, Hamburg) diskutiert und in der AG Versorgungsorientierung / Priorisierung im Juni 2010 vorgestellt:⁴

⁴ Diese Struktur dient dazu, einen Überblick über das gesamte Krankheitsbild Depression zu erhalten und ist nicht mit der Struktur der Versorgungsanalyse in Kapitel 4 zu verwechseln. Letztere wurde auch auf Grundlage einer geeigneten Gliederung der vorgefundenen Studien bzw. Informationen zur Versorgungslage angepasst.

3. STRUKTURIERUNG DER THEMATIK

Tabelle 3: Strukturierung der Thematik anhand des Krankheitsbildes Depression

Versorgungsbereich / -kette	Versorgungsaspekte
Primärprävention / Gesundheitsförderung	Erfassung von Risikofaktoren
	Risikogruppen
Screening / Sekundärprävention	Früherkennung von Depression (z.B. chronisch Kranke, Depression in der Anamnese, Demenzkranke)
	Screeninginstrumente
	Suizidprävention
Diagnose / Indikationsstellung	Diagnoseinstrumente
	Kriterien für Zu- / Überweisung (Facharzt, Psychotherapeut, Krankenhaus)
	Einschätzung Suizidgefahr
Akuttherapie	medikamentös: SSRI, MAO-Hemmer, NSMRI / Trizyklika, SSNRI, Phytotherapeutika
	nichtmedikamentös (Psychotherapie, EKT, Wachtherapie, Lichttherapie, körperliches Training, Internet-Selbsttherapie)
	Kombinationstherapie (medikamentös und nichtmedikamentös)
Versorgung bei akuter Verschlechterung / Notfallversorgung	Suizidprävention medikamentös
	nichtmedikamentös (Psychotherapie, EKT, Wachtherapie, Lichttherapie, körperliches Training, Internet-Selbsttherapie)
	Verhinderung von Chronifizierung
	Kombinationstherapie (medikamentös und nichtmedikamentös)
	Krisenintervention
Langzeitversorgung	Erhaltungstherapie
	Suizidprävention (Nachsorge)
Rehabilitation	Rehabilitationsmaßnahmen bei (drohendem) Arbeitsplatzverlust und sozialer Isolation
Pflege	Depression als Komorbidität bei Pflegebedürftigen
Versorgungsstruktur	Verfügbarkeit und Qualifikation von Hausärzten und Psychotherapeuten
	Vernetzung der Leistungserbringer
	Dokumentation der Langzeitbehandlung
	Qualitätsmanagement / Qualitätsindikatoren
	Telefonisches Fallmanagement

4. Analyse der Versorgungssituation

4.1. Methodik

4.1.1. Literaturrecherche

Für die Analyse der Versorgungssituation (Arbeitsschritt 2) wurde eine eigene Recherche-strategie entwickelt (siehe Anhang) und eine auf dieser basierende Suche im Juni 2010 in zahlreichen relevanten Datenbanken durchgeführt. Der Recherchezeitraum wurde auf 10 Jahre begrenzt, um eine gewisse Aktualität der Datenlage zu gewährleisten. Die Suchstrategie war wie folgt aufgebaut: Es wurde in allen relevanten biomedizinischen Datenbanken recherchiert. Die Recherche-strategie war modular aufgebaut, d.h. krankheitsspezifische Suchbegriffe (‚Depression‘) wurden mit der geographischen Einschränkung (‚Germany‘) kombiniert. Tierversuchsstudien wurden ausgeschlossen. Es wurde kontrolliertes Vokabular (bei Medline MeSH-Begriffe) verwendet, soweit verfügbar. Weitere Einschränkungen bzw. Spezifizierungen, etwa zu Endpunkten wie Fehl-, Über-, Unterversorgung, Therapie, Screening, Prävalenz, Epidemiologie wurden nicht vorgenommen, da dies mit den Filterkriterien des ersten Screenings durchgeführt wurde. Anschließend wurden die Recherchelisten in das Literaturmanagement-programm Reference Manage importiert und es wurden Dubletten entfernt.

Ergänzend wurden Recherchen im Internet durchgeführt, Daten aus Statistiken ausgewertet und die Mitglieder der AG Versorgungsorientierung / Priorisierung um zusätzliche Hinweise ersucht. Konkret wurde jeweils eine Anfrage an die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und an das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) formuliert, die Versorgungssituation in der ambulanten Psychotherapie und der Depressionsbehandlung näher zu analysieren.

Zusätzliches Material wurde von Experten (Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen) zur Verfügung gestellt.

4.1.2. Literaturauswahl

Die Trefferliste wurde einem zweistufigen Literaturscreening nach dem Vieraugenprinzip unterzogen. Ziel des Auswahlprozesses war es, Studien zu finden, die eine Aussage über die Versorgungssituation depressiver Patienten in Deutschland erlauben. Solche Studien mussten von solchen abgegrenzt werden, die eine bestimmte diagnostische oder therapeutische Methode hinsichtlich ihrer Wirksamkeit evaluieren.

Im ersten Screening wurden Studien auf der Basis von Titel und Abstract ausgeschlossen, wenn sie einer der folgenden Rubriken eindeutig zugeordnet werden konnten: Grundlagenforschung, thematisch nicht relevant, Dublette, Studientyp (Editorial, Comment, Note, Abstract).

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

Für das zweite Screening wurden die aus dem ersten Screening resultierenden Publikationen im Volltext beschafft und erneut entsprechend der für den ersten Auswahlschritt formulierten Kriterien ausgewählt. Der aus dem zweiten Screening resultierende Studienpool wurde in die folgenden thematischen Kategorien klassifiziert (siehe Abschnitte 4.2.1. bis 4.2.8.):

- Epidemiologie
 - Subpopulationen
 - Arztpraxen
- Diagnostik / Screening
- Therapie
 - Psychotherapie
 - Arzneimitteltherapie
 - nicht-psychotherapeutische, nicht-medikamentöse Therapie, andere Versorgungsformen
- Prävention / Suizidprävention
- Qualität
- Versorgungsepidemiologie
 - administrative Daten
 - sonstige Studien
- Gesundheitsökonomie
- Sonstiges

4.1.3. Auswertung und Bewertung der Literatur

Die ausgewählten Publikationen wurden in Datenextraktionstabellen ausgewertet, die nach dem folgenden Schema aufgebaut waren:

Zitat	Fragestellung	Studiendesign	Population	Intervention / Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen / Bewertung	Kategorie
-------	---------------	---------------	------------	--------------------------	------------	-------------------------	-----------

Die Datenextraktionstabellen sind beispielhaft im Anhang abgebildet. In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse im Zusammenhang dargestellt.

Die Studien wurden auch hinsichtlich ihrer methodischen Qualität und Aussagekraft bewertet. Dabei wurden die folgenden Kriterien zugrunde gelegt:

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

- Studiendesign (Anfälligkeit für Verzerrungen), z.B.
 - mit / ohne Kontrollgruppe
 - retrospektiv / prospektiv
 - Längsschnitt / Querschnitt
- Population
- Repräsentativität, definierte Gruppe, Anzahl (Stichprobengröße), Aktualität
- Zuverlässigkeit der Diagnose
 - objektivierbare Diagnose nach ICD-10 / DSM-IV oder Selbstauskunft
 - Differenzierung in Schweregrade (leicht, mittel, schwer)
- Berichtsqualität
- Einschätzung der Relevanz für die Fragestellung

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten 2000/2001 zur Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit in Band III ("Über-, Unter- und Fehlversorgung") Definitionen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung vorgelegt. Unterversorgung ist demnach definiert als "teilweise oder gänzliche Verweigerung einer Versorgung trotz individuellen, professionell, wissenschaftlich und gesellschaftlich anerkannten Bedarfs, obwohl an sich Leistungen mit hinreichend gesichertem Netto-Nutzen und – medizinisch gleichwertigen Leistungsalternativen – in effizienter Form, also, i.e.S. 'wirtschaftlich', zur Verfügung stehen". Eine Versorgung über die Bedarfsdeckung hinaus, d.h. eine Versorgung mit nicht indizierten Leistungen, oder mit Leistungen ohne hinreichend gesichertem Netto-Nutzen (medizinische Überversorgung) oder mit Leistungen mit nur geringem Nutzen, der die Kosten nicht mehr rechtfertigt, oder in ineffizienter, also 'unwirtschaftlicher' Form erbracht werden ('ökonomische Überversorgung'). Über- bzw. Unterversorgung nachzuweisen erfordert grundsätzlich unterschiedliche Ansätze in der Versorgungsforschung. Überversorgung dürfte dabei methodisch problematischer nachzuweisen sein, da ein Konsens bezüglich eines angemessenen Versorgungsstandards erforderlich ist. Eine über dem Versorgungsstandard liegende Versorgungsdichte wäre dann als Überversorgung zu definieren. Zudem ist noch die strukturelle Überversorgung (d.h. mehr Leistungserbringer als erforderlich vorhanden) von der Überversorgung mit bestimmten Leistungen (d.h. ein Patient erhält eine Leistung, die nicht erforderlich ist) abzugrenzen. Umgekehrt konstituiert Unterversorgung die Nichterbringung einer erforderlichen Leistung oder das Fehlen von Leistungserbringern. Unterversorgung kann u.a. dann vermutet werden, wenn bestimmte Patientengruppen oder Regionen schlechtere Behandlungsergebnisse aufweisen oder bei Heterogenität der Leistungserbringung eine unterdurchschnittliche Versorgung festgestellt wird. Diese Situationen können auch in Kombination vorkommen und es kann gleichzeitig Über- und Unterversorgung vorkommen. Drittens können Leistungen, die notwendigerweise erbracht werden, in

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

unzureichender Qualität oder Menge oder Dauer erbracht werden (Fehlversorgung). Beispiele fanden sich in der Unterdosierung bestimmter Medikamente.

4.2. Ergebnisse

Im Folgenden werden die anhand der in den Kapiteln 4.1.1. bis 4.1.3. vorgestellten Methodik erzielten Ergebnisse am Thema Depression beispielhaft beschrieben. Die Ergebnisse der Literaturrecherche sind in einem Flussdiagramm dargestellt. Insgesamt wurden aus rund 2.000 Treffern sowie nach Handsuche und unter Berücksichtigung zusätzlicher Recherchen 94 Quellen ausgewertet.

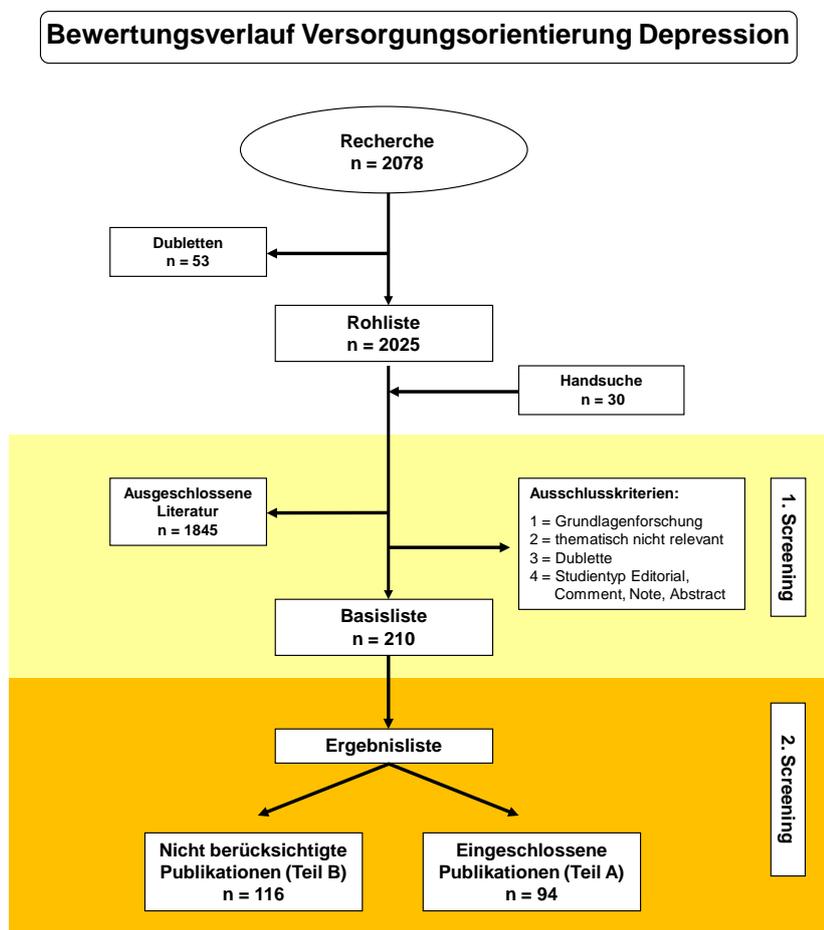


Abbildung 2: Flussdiagramm – Ergebnisse der Literaturrecherche

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

4.2.1. Häufigkeit von Depressionen in Deutschland

4.2.1.1. Erwachsene allgemein

Zur Häufigkeit depressiver Störungen bei Erwachsenen in Deutschland konnten 6 Studien und 4 Berichte von gesetzlichen Krankenkassen identifiziert werden.

Die einzige populationsbasierte Längsschnittstudie wurde über einen Zeitraum von 27 Jahren in drei oberbayerischen Gemeinden durchgeführt (Fichter et al., 2008). Messzeitpunkte waren 1975-1979, 1980-1984 und 2001-2004. Es nahmen 838 Personen an allen drei Messungen teil. Das Vorliegen depressiver Störungen wurde mit dem Standardisierten Psychiatrischen Interview (SPI) erfasst. Es wurde ein niedriger Grenzwert festgelegt, der in etwa der Definition der unerschwelligen Depression nach DSM-IV entspricht. Die Auswertung ergab dafür Punktprävalenzen von 18% (1975-1979), 14% (1980-1984) und 16% (2001-2004). Frauen waren zu allen Messzeitpunkten etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer. Angaben zu 12-Monats- oder Lebenszeit-Prävalenzen werden nicht gemacht.

Der 1998/1999 durchgeführte Bundesgesundheitsurvey hat im Rahmen des Zusatzsurveys „Psychische Störungen“ u.a. die Häufigkeit depressiver Störungen untersucht (Jacobi et al., 2004). An der Untersuchung nahmen 4.181 zufällig ausgewählte Personen im Alter von 18 bis 65 Jahren teil. Nach Ausfüllen eines Screening-Fragebogens wurde das Vorliegen einer Depression mit dem CIDI erfasst. Die Auswertung ergab eine 4-Wochen-Prävalenz für depressive Störungen nach DSM-IV-Kriterien von 5,6% (Frauen 6,9%, Männer 4,2%). Die 12-Monats-Prävalenz lag bei 10,7% (Frauen 14,0%, Männer 7,5%), die Lebenszeit-Prävalenz bei 17,1% (Frauen 23,3%, Männer 11,1%).

An einer 2002 bundesweit durchgeführten Studie nahmen 2.224 zufällig ausgewählte Personen ab 14 Jahren teil (Berner et al., 2008). Das Vorliegen depressiver Störungen wurde mit einer an ICD-10 und DSM-IV angelehnten, aber nicht validierten Symptom-Checkliste erfasst und in leichte, moderate und schwere Symptome kategorisiert. Nach Auffassung der Autoren entsprechen schwere Symptome ungefähr den Kriterien einer depressiven Störung (ob nach ICD-10 oder DSM-IV ist unklar). Die Auswertung ergab danach eine Punktprävalenz depressiver Störungen von 6,5% (Frauen 6,6%, Männer 6,4%). 12-Monats- oder Lebenszeit-Prävalenzen sind nicht berichtet.

An der 2002/2003 durchgeführten European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) nahmen in Deutschland 3.555 zufällig ausgewählte Personen im Alter von 20 bis 89 Jahren teil (Friemel et al., 2005). Das Vorliegen einer Depression wurde mit dem CIDI erfasst. Die Auswertung ergab eine 12-Monats-Prävalenz für depressive Störungen nach DSM-IV-Kriterien von 3,0%. Punkt- oder Lebenszeit-Prävalenzen sind nicht berichtet.

An dem 2003/2004 durchgeführten telefonischen Gesundheitssurvey nahmen 7.341 Personen ab 18 Jahren teil (Ellert et al., 2006). Das Vorliegen depressiver Störungen wurde nicht mit einem validierten Fragebogen oder Interview erhoben, sondern beruht auf einer Selbsteinschätzung der

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

Befragten. Danach waren aktuell 5,2% (Frauen 6,4%, Männer 4,1%) der Befragten von depressiven Störungen betroffen, die 12-Monats-Prävalenz lag bei 10,9% (Frauen 13,2%, Männer 8,7%) und die Lebenszeit-Prävalenz bei 17,5% (Frauen 21,9%, Männer 13,2%). Die am häufigsten betroffene Altersgruppe war bei beiden Geschlechtern die der 50- bis 59-Jährigen.

An dem 2008/2009 durchgeführten telefonischen Gesundheitssurvey nahmen 21.262 Personen ab 18 Jahren teil (RKI, 2010; Ellert et al., 2006). Das Vorliegen depressiver Störungen wurde nicht mit einem validierten Fragebogen oder Interview erhoben, sondern beruht auf einer Selbstangabe der Befragten, ob eine depressive Störung von einem Arzt oder einem Psychotherapeuten diagnostiziert wurde und innerhalb der letzten 12 Monate bestand. Danach lag die 12-Monats-Prävalenz bei 6,3% (Frauen 8,0%, Männer 4,5%). Punkt- oder Lebenszeit-Prävalenzen sind nicht berichtet. Die am häufigsten betroffene Altersgruppe war bei beiden Geschlechtern die der 45- bis 64-Jährigen.

Neben diesen Studien liegen Daten gesetzlicher Krankenkassen zur Häufigkeit ambulanter ärztlich diagnostizierter depressiver Störungen (ICD-Codes F32 und F33) vor. Die Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK) hat Daten von 2,6 Millionen erwerbstätigen Versicherten im Alter von 15 bis 64 Jahren für das Jahr 2004 ausgewertet (Deutsche Angestellten Krankenkasse et al., 2005). Danach hatten 8,4% der Versicherten eine depressive Störung (Frauen 11,2%, Männer 5,4%). Für das Jahr 2006 liegen Angaben der Techniker Krankenkasse (TK) vor, basierend auf 2,6 Millionen erwerbstätigen Versicherten im Alter von 15 bis 64 Jahren. Die Auswertung ergab eine Prävalenz von 7,2% (Frauen 11,1%, Männer 4,4%) (Techniker Krankenkasse, 2008). Die Gmünder Ersatzkasse (GEK) hat Daten von 1,5 Millionen Versicherten für 2006 und 2007 ausgewertet (GEK, 2007; 2008). Danach hatten 8,1% bzw. 8,4% der Versicherten eine depressive Störung.

4.2.1.2. Kinder / Jugendliche / Junge Erwachsene

Zur Häufigkeit depressiver Störungen bei Kinder / Jugendliche / jungen Erwachsenen in Deutschland konnten 4 Studien identifiziert werden.

An der 1995 im Raum München durchgeführten Early Developmental Stages of Psychopathology Study nahmen 3.021 zufällig ausgewählte Personen im Alter von 14 bis 25 Jahren teil (Andrade et al., 2003). Das Vorliegen einer Depression wurde mit dem CIDI erfasst. Die Auswertung ergab eine 4-Wochen-Prävalenz für depressive Störungen nach DSM-IV-Kriterien von 1,3%. Die 12-Monats-Prävalenz lag bei 5,2%, die Lebenszeit-Prävalenz bei 11,5%. Durchschnittlich 42 Monate nach der Baseline Erhebung wurde eine weitere Erfassung depressiver Störungen durchgeführt (Pezawas et al., 2003). Daran nahmen 2.548 Personen (84% der Baseline Population) teil. Die Auswertung ergab eine Prävalenz (Baseline bis Follow-Up) von 13,9%.

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

An einer 1996/1997 in Bremen durchgeführten Studie nahmen 1.035 zufällig ausgewählte Jugendliche von 12 bis 17 Jahren teil (Essau, 2005). Das Vorliegen einer Depression wurde mit dem CIDI erfasst. Die Auswertung ergab eine Lebenszeitprävalenz für depressive Störungen nach DSM-IV-Kriterien von 17,9%. Punkt- oder 12-Monats-Prävalenzen sind nicht berichtet.

Die Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Jugendhilfeeinrichtungen wurde in einer Studie aus dem Raum Ulm untersucht (Nutzel et al., 2005). Angaben zum Zeitraum der Untersuchung werden nicht gemacht. An der Studie nahmen 464 Personen im Alter von 4 bis 19 Jahren (Median 15 Jahre) aus 20 Jugendhilfeeinrichtungen teil. Das Vorliegen depressiver Störungen wurde nach einem Screening mit der Child Behaviour Checklist und dem Youth Self Report mit einem klinischen Interview auf Basis des Diagnostischen Systems für psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen (DISYPS-KJ) erhoben. Die Auswertung ergab eine Punktprävalenz depressiver Störungen oder Dysthymie nach ICD-10-Kriterien von 8,6%. 12-Monats- oder Lebenszeit-Prävalenzen sind nicht berichtet.

Im Rahmen der 2003 bis 2006 bundesweit durchgeführten Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland wurden ergänzend Daten zur psychischen Gesundheit erhoben. Daran nahmen 2.860 zufällig ausgewählte Kinder und Jugendliche im Alter von 7 bis 17 Jahren teil (Bettge et al., 2008). Das Vorliegen depressiver Störungen wurde in Telefoninterviews mit Kindern / Jugendlichen und / oder Eltern erhoben mit der Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC). Die Sensitivität des CES-DC zur Erfassung einer Depression nach DSM-IV-Kriterien liegt bei 71%, die Spezifität bei 57%. Die Auswertung ergab eine Punktprävalenz depressiver Störungen von 10,9% (nach Elternurteil) bei 7- bis 17-Jährigen. Die Prävalenz depressiver Störungen nach Selbsteinschätzung liegt für 11- bis 17-jährige Jungen bei 12,3% (Elternurteil:10,7%) und für 11- bis 17-jährige Mädchen bei 21,2% (Elternurteil 11,5%). 12-Monats- oder Lebenszeit-Prävalenzen sind nicht berichtet.

4.2.1.3. Ältere Erwachsene

Zur Häufigkeit depressiver Störungen bei älteren Erwachsenen in Deutschland konnten 4 Studien identifiziert werden.

An der 1990 bis 1993 durchgeführten Berliner Altersstudie nahmen 516 Personen ab 70 Jahren teil (Helmchen et al., 1996). Das Vorliegen depressiver Störungen wurde mit dem Geriatric Mental State (GMS) erfasst. Die Auswertung ergab eine Punktprävalenz depressiver Störungen nach DSM-III-R-Kriterien von 5,3% (Frauen 5,9%, Männer 3,5%). 12-Monats- oder Lebenszeit-Prävalenzen sind nicht berichtet.

An einer 1998 bundesweit durchgeführten Studie nahmen 622 zufällig ausgewählte Personen über 60 Jahren teil (Schwarz et al., 2001). Das Vorliegen depressiver Störungen wurde mit der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) erfasst. Angaben zur Übertragbarkeit der Ergebnisse in ICD- oder DSM-Kategorien für depressive Störungen werden nicht gemacht,

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

allerdings wurde ein HADS-Grenzwert benutzt, der unterhalb der ICD- und DSM-Grenzen für depressive Störungen liegt. Die Auswertung ergab eine Prävalenz subdiagnostischer depressiver Störungen von 27,5%. Es gab in dieser Altersgruppe keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

An dem 2004 durchgeführten Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) nahmen in Deutschland 3.020 zufällig ausgewählte Personen ab 50 Jahren teil (Castro-Costa et al., 2007). Das Vorliegen depressiver Störungen wurde mit dem EURO-D Fragebogen (12 Item Fragebogen zu Depression) erfasst. Angaben zur Übertragbarkeit der Ergebnisse in ICD- oder DSM-Kategorien für depressive Störungen werden nicht gemacht. Die Auswertung ergab eine Punktprävalenz depressiver Störungen von 18,5%. 12-Monats- oder Lebenszeit-Prävalenzen sind nicht berichtet.

An einer 2006 bundesweit durchgeführten Befragung nahmen 1.156 zufällig ausgewählte Personen ab 50 Jahren teil (Glaesmer et al., 2010). Das Vorliegen depressiver Störungen wurde mit der Allgemeinen Depressionsskala (ADS) und dem Patient Health Questionnaire – 2 (PHQ-2, Screening-Fragebogen mit 2 Fragen) erfasst. Die Sensitivität des PHQ-2 zur Erfassung Majorer Depressionen liegt bei 87%, die Spezifität bei 78% (entsprechende Angaben zur ADS werden nicht gemacht). Die Auswertung ergab eine Punktprävalenz depressiver Störungen von 15,9% (ADS) bzw. 9,6% (PHQ-2). 12-Monats- oder Lebenszeit-Prävalenzen sind nicht berichtet.

4.2.1.4. Patientenpopulationen

Zur Häufigkeit depressiver Störungen bei Patientenpopulationen in Deutschland konnten 6 Studien mit Patienten in hausärztlicher Versorgung und eine Studie mit Diabetes-Patienten in stationärer Versorgung identifiziert werden.

An einer 1991/1992 in Berlin und Mainz durchgeführten Studie nahmen 800 Patienten (Durchschnittsalter 39 Jahre) aus 55 Allgemeinarztpraxen teil (Linden et al., 1996). Nach Ausfüllen eines Screening-Fragebogens wurde das Vorliegen einer Depression mit dem CIDI erfasst. Die Auswertung ergab eine Punktprävalenz depressiver Störungen von 8,6% nach ICD-10-Kriterien. 12-Monats- oder Lebenszeit-Prävalenzen sind nicht berichtet.

Im Rahmen der Studie von Petrak et al. wurde 1996 bis 1999 die Prävalenz depressiver Störungen bei Patienten mit Typ 1 Diabetes aus 12 Krankenhäusern in Deutschland untersucht (Petrak et al., 2003). An der Studie nahmen 313 Personen im Alter von 17 bis 40 Jahren teil. Das Vorliegen depressiver Störungen wurde mit dem Diagnostic Interview for Mental Disorders (DIMD) erhoben. Die Auswertung ergab eine Punktprävalenz depressiver Störungen nach DSM-IV-Kriterien von 5,8%. 12-Monats- oder Lebenszeit-Prävalenzen sind nicht berichtet.

An einer 1999 bundesweit durchgeführten Studie nahmen 20.421 Patienten ab 15 Jahren aus 633 Hausarztpraxen teil (Wittchen et al., 2001). Das Vorliegen depressiver Störungen wurde mit dem Depression Screening Questionnaire (DSQ) erfasst. Die Auswertung ergab eine Punktprävalenz

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

depressiver Störungen von 11,3% nach ICD-10-Kriterien (Frauen 13%, Männer 8,7%) bzw. 4,2% nach DSM-IV-Kriterien (Frauen 4,9%, Männer 3,1%). 12-Monats- oder Lebenszeit-Prävalenzen sind nicht berichtet.

An einer ebenfalls 1999 bundesweit durchgeführten Studie nahmen 15.081 Patienten ab 16 Jahren aus 412 Hausarztpraxen (Wittchen et al., 2002) teil. Das Vorliegen depressiver Störungen wurde mit dem DSQ erfasst. Die Auswertung ergab eine Punktprävalenz depressiver Störungen von 10,9% nach den ICD-10-Kriterien (Frauen 11,9%, Männer 9,4%). 12-Monats- oder Lebenszeit-Prävalenzen sind nicht berichtet.

An einer 2001/2002 in Südbaden, dem Rheinland und München durchgeführten Studie nahmen 1.233 Patienten von 18 bis 92 Jahren aus 32 Hausarztpraxen teil (Bermejo et al., 2003). Das Vorliegen depressiver Störungen wurde mit dem PHQ erfasst. Die Auswertung ergab eine Punktprävalenz von 10,2% für depressive Störungen nach DSM-IV-Kriterien. 12-Monats- oder Lebenszeit-Prävalenzen sind nicht berichtet.

An einer 2003/2004 durchgeführten Studie nahmen 3.327 Patienten von Hausarztpraxen in Bonn, Düsseldorf, Hamburg, Leipzig, Mannheim und München ab 75 Jahren teil (Weyerer et al., 2008). Das Vorliegen depressiver Störungen wurde mit der GDS erfasst. Die Sensitivität der GDS zur Erfassung einer Depression nach ICD-10- / DSM-IV-Kriterien liegt bei 84%, die Spezifität bei 89%. Die Auswertung ergab eine Punktprävalenz depressiver Störungen von 9,7% (Frauen 11,1%, Männer 6,8%). 12-Monats- oder Lebenszeit-Prävalenzen sind nicht berichtet.

An einer 2006 in Düsseldorf durchgeführten Studie nahmen 902 Patienten (Durchschnittsalter 51 Jahre) aus 35 Allgemeinarztpraxen teil (Sielk et al., 2009). Das Vorliegen depressiver Störungen wurde mit dem PHQ erfasst. Die Auswertung ergab eine Punktprävalenz depressiver Störungen von 9,3% nach DSM-IV-Kriterien. 12-Monats- oder Lebenszeit-Prävalenzen sind nicht berichtet.

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

Tabelle 4: Prävalenz von Depressionen – Erwachsene allgemein

Studie	Aus Jahr	Ort	Alter	N	Messung	Klassifikation	Prävalenz Punkt	Prävalenz 12 Monate	Prävalenz Leben
Fichter	1975-1979 1980-1984 2001-2004	Oberbayern	≥ 15	838	PSI	DSM-IV (SD)	18,0% 14,0% 16,0%	-	-
Jacobi	1998/1999	bundesweit	18-65	4.181	CIDI	DSM-IV	5,6%	10,7%	17,1%
Berner	2002	bundesweit	≥ 14	2.224	Checkliste*	unklar	6,5%	-	-
Friemel	2002/2003	bundesweit	20-89	3.555	CIDI	DSM-IV	-	3,0%	-
RKI	2003/2004	bundesweit	≥ 18	7.341	Selbstbeurteilung	-	5,2%	10,9%	17,5%
RKI	2008/2009	bundesweit	≥ 18	21.262	Selbstauskunft [#]	-	-	6,3%	-
DAK	2004	bundesweit	15-64**	2,6 Mio	Diagnose Arzt	ICD-10	-	8,4%	-
TK	2006	bundesweit	15-64**	2,6 Mio	Diagnose Arzt	ICD-10	-	7,2%	-
GEK	2006	bundesweit	15-64**	1,5 Mio	Diagnose Arzt	ICD-10	-	8,1%	-
GEK	2007	bundesweit	15-64**	1,5 Mio	Diagnose Arzt	ICD-10	-	8,4%	-

*Nicht validierter Symptomfragebogen, angelehnt an ICD- / DSM-Symptome; [#] Selbstauskunft ob ärztliche Diagnose vorliegt; **Nur Erwerbstätige

Tabelle 5: Prävalenz von Depressionen – Kinder / Jugendliche / junge Erwachsene

Studie	Aus Jahr	Ort	Alter	N	Messung	Klassifikation	Prävalenz Punkt	Prävalenz 12 Monate	Prävalenz Leben
Andrade	1995	München	14-25	3.021	CIDI	DSM-IV	1,3%	5,2%	11,5%
Esau	1996/1997	Bremen	12-17	1.035	CIDI	DSM-IV	-	-	17,9%
Nützel	k.A.	Ulm**	4-19	464	DISYPS-KJ	ICD-10	8,6%	-	-
Bettge	2003-2006	bundesweit	7-17	2.860	CES-DC (Eltern)	DSM-IV?	10,9%	-	-

**Kinder und Jugendliche aus Jugendhilfeeinrichtungen

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

Tabelle 6: Prävalenz von Depressionen – Ältere Erwachsene

Studie	Aus Jahr	Ort	Alter	N	Messung	Klassifikation	Punktprävalenz*
Helmchen	1990-1993	Berlin	≥ 70	516	GMS	DSM-III-R	5,3%
Schwarz	1998	bundesweit	≥ 60	622	HADS	ICD/DSM (SD)	27,5%
Castro-Costa	2004	bundesweit	≥ 50	3.020	EURO-D	unklar	18,5%
Glaesmer	2006	bundesweit	≥ 50	1.156	ADS, PHQ-2	unklar	15,9% (ADS); 9,6% (PHQ-2)

*keine Angaben zu 12-Monats- oder Lebenszeit-Prävalenzen

Tabelle 7: Prävalenz von Depressionen – Patienten in hausärztlicher Versorgung

Studie	Aus Jahr	Ort	Alter	N	Messung	Klassifikation	Punktprävalenz*
Linden	1991/1992	Berlin, Mainz	39 (Mittel)	800	CIDI	ICD-10	8,6%
Wittchen	1999	bundesweit	≥ 15	20.421	DSQ	ICD-10 und DSM-IV	11,3% (ICD-10), 4,2% (DSM-IV)
Wittchen	1999	bundesweit	≥ 16	15.081	DSQ	ICD-10	10,9%
Bermejo	2001/2002	Rheinland, München	18-92	1.233	PHQ	DSM-IV	10,2%
Weyerer	2003/2004	bundesweit	≥ 75	3.327	GDS	ICD10/DSM-IV	9,7%
Sielk	2006	Düsseldorf	51 (Mittel)	902	PHQ	DSM-IV	9,3%

*keine Angaben zu 12-Monats- oder Lebenszeit-Prävalenzen

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

4.2.1.5. Diskussion

Die eingeschlossenen Studien kommen zu teilweise erheblich abweichenden Schätzungen zur Prävalenz depressiver Störungen in Deutschland. Mögliche Gründe für diese Heterogenität sind Unterschiede hinsichtlich der untersuchten Populationen, der eingesetzten Messinstrumente, der zugrundeliegenden Klassifizierung (ICD oder DSM) und des Referenzzeitraums (Punkt-, Jahres-, Lebenszeit-Prävalenzen). Diese Unterschiede erschweren die Beurteilung der Validität und die Vergleichbarkeit der Ergebnisse.

Die Schätzungen zur Prävalenz depressiver Störungen bei Erwachsenen in Deutschland innerhalb von 12 Monaten reichen von 3,0% bis 10,9%. Noch deutlicher ist die Spannweite hinsichtlich der Ergebnisse zu Jugendlichen (Punktprävalenz von 1,3% bis 10,9%) und älteren Populationen (5,3% bis 18,5%). Homogener sind die Angaben der gesetzlichen Krankenkassen zur Häufigkeit ambulanter Depressionsdiagnosen (ca. 8% der erwerbstätigen Versicherten) und zur Häufigkeit von Depression bei Patienten von Haus- oder Allgemeinarztpraxen (ca. 10%).

Von den 6 Studien zur Prävalenz von Depressionen bei Erwachsenen beruhen die Angaben des Bundesgesundheits surveys und der ESEMeD Studie auf vergleichbaren Populationen und Methoden (Friemel et al., 2005; Jacobi et al., 2004). Beide Studien basieren auf repräsentativen Bevölkerungsstichproben, haben validierte klinische Interviews zur Diagnosestellung benutzt und legen die DSM-IV-Kriterien für Majore Depressionen zugrunde. Trotz dieser Übereinstimmungen kommen die Studien mit Schätzungen von 10,7% bzw. 3% zu erheblich abweichenden Angaben für die 12-Monatsprävalenz depressiver Störungen. Die telefonischen Gesundheitssurveys des RKI beruhen ebenfalls auf repräsentativen Bevölkerungsstichproben. Der Survey 2003/2004 kommt zu einer ähnlichen Prävalenzschätzung wie der Bundesgesundheits survey, beruht aber lediglich auf einer Selbstauskunft der Befragten hinsichtlich des Vorliegens depressiver Störungen, die nicht nach ICD / DSM kategorisiert wurde. Der Survey 2008/2009 berichtet eine niedrigere Prävalenz, beruht allerdings nicht auf einer Selbsteinschätzung sondern auf Selbstauskünften zum Vorliegen ärztlich diagnostizierter depressiver Störungen.

Deutlich homogenere Angaben zur Häufigkeit von Depressionen kommen aus den berücksichtigten Jahresberichten gesetzlicher Krankenkassen. Danach ergeben sich Prävalenzen im Bereich von 7,2% bis 8,4%. Diese Zahlen beziehen sich allerdings auf erwerbstätige Versicherte. Es wäre möglich, dass sich diese Population systematisch von der Gesamtbevölkerung unterscheidet.

Die einzige bundesweite Studie zur Häufigkeit depressiver Störungen bei Kindern / Jugendlichen ist die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) des RKI aus den Jahren 2003 bis 2006 (Bettge et al., 2008). Im Rahmen dieser Studie wurden Depressionen allerdings lediglich mit einem Screening-Instrument mit mäßiger Testgüte erfasst. Die so ermittelte Punktprävalenz – basierend auf Interviews mit den Eltern –

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

lag bei 10,9%. Die Mitte der 1990er Jahre durchgeführte Early Developmental Stages of Psychopathology (EDSP) Studie hatte eine höhere Fallzahl und die Angaben zur Prävalenz basierten auf einem klinischen Interview (Andrade et al., 2003). In dieser Studie lag die Prävalenz depressiver Störungen mit 1,3% erheblich niedriger. Die EDSP wurde allerdings nicht bundesweit durchgeführt, und hatte einen höheren Altersbereich als der KiGGS.

Die umfangreichsten Studien zur Prävalenz depressiver Störungen bei älteren Erwachsenen stammen aus den Jahren 2004 bzw. 2006. Beide Studien haben Erwachsene ab 50 Jahren untersucht, aber lediglich Screening-Fragebögen zur Erfassung depressiver Störungen eingesetzt, deren Übertragbarkeit in ICD- bzw. DSM-Kategorien unklar ist. Die so ermittelten Punktprävalenzschätzungen lagen bei 18,5% bzw. bei 15,9% und 9,6% (je nach eingesetztem Fragebogen) (Castro-Costa et al., 2007; Glaesmer et al., 2010).

Es konnten sechs Studien identifiziert werden, welche die Prävalenz depressiver Störungen bei Patienten von Haus- oder Allgemeinarztpraxen untersucht haben. Drei der sechs Studien sind nicht bundesweit durchgeführt worden (Linden et al., 1996; Bermejo et al., 2003; Sielk et al., 2009). Nur in der ältesten Studie wurde ein klinisches Interview zur Diagnosestellung eingesetzt (Linden et al., 1996), und Depressionen wurden teils nach ICD, teils nach DSM kategorisiert. Trotz dieser methodischen Unterschiede kommen die Studien zu ähnlichen Angaben hinsichtlich der Häufigkeit depressiver Störungen (8,6%-11,3%). Ein abweichendes Resultat wird lediglich in einer Studie berichtet, wonach die Prävalenz depressiver Störungen nach ICD-10 zwar 11,3% beträgt, nach DSM-IV-Kriterien jedoch mit 4,2% deutlich niedriger ist (Wittchen et al., 2001).

Die Frage, ob depressive Störungen in Deutschland zunehmen, kann anhand der derzeitigen Studienlage kaum beantwortet werden. Die einzige längsschnittliche Studie konnte von 1975 bis 2004 zwar keinen Anstieg von Depressionen feststellen, allerdings beruhen die Angaben auf einer nicht repräsentativen Population und beziehen sich nicht auf die Häufigkeit Majorer Depressionen (Fichter et al., 2008). Es liegen ferner Angaben aus Querschnittsstudien zur Häufigkeit depressiver Störungen zu verschiedenen Zeitpunkten (1991 bis 2009) vor. Auch hier zeigt sich kein Anstieg, aber aufgrund des querschnittlichen Studiendesigns, unterschiedlicher Populationen und Messmethoden, sind diese Angaben nur sehr eingeschränkt im Hinblick auf zeitliche Trends zu interpretieren.

Von Bedeutung ist insbesondere die Abhängigkeit der Ergebnisse von den Messmethoden. Die Studien von Glaesmer et al. und Löwe et al. weisen darauf hin, dass verschiedene Screening-Fragebögen bei denselben Populationen zu deutlich unterschiedlichen Ergebnissen kommen können. Auch die Klassifikation nach ICD oder DSM beeinflusst die Diagnosestellung. In der Studie von Wittchen et al. waren depressive Störungen nach den DSM-IV-Kriterien deutlich seltener als nach den ICD-10-Kriterien.

Validere Angaben sind von der derzeit laufenden Studie zur Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland (DEGS) des RKI zu erwarten (Kurth, 2009). DEGS enthält wie der

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

Bundesgesundheitsurvey 1998 ein Modul zur psychischen Gesundheit, erfasst mit einem klinischen Interview. Darüber hinaus wird die Aussagekraft der Ergebnisse durch ein teilweise längsschnittliches Studiendesign erhöht. Mit ersten Ergebnissen ist aber nicht vor 2013 zu rechnen.

4.2.2. Diagnostik / Screening depressiver Störungen

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

Die Leitlinien-Synopse des IQWiG hat sieben evidenzbasierte nach 2004 publizierte deutsch- oder englischsprachige Leitlinien zu depressiven Störungen identifiziert. Von diesen sieben Leitlinien empfehlen vier eine Diagnosestellung basierend auf der ICD-10- oder DSM-IV-Klassifikation, drei Leitlinien machen keine expliziten Angaben zur Diagnostik⁵.

Ein systematisches Screening aller Patienten mit entsprechenden Fragebögen ist nach der S3-Leitlinie "Unipolare Depression" nicht zu empfehlen. Dennoch soll das Vorliegen einer depressiven Störung „aktiv exploriert“ werden. Empfohlen (Empfehlungsgrad B) wird ein opportunistisches Screening von Hochrisikogruppen (z.B. frühere depressive Störungen, depressive Störungen in der Familie, frühere Suizidversuche, andauernde somatische Beschwerden). Dieses Screening kann mit validierten Screening-Fragebögen erfolgen, an das sich bei positivem Testergebnis eine vollständige Diagnostik anschließen sollte.

4.2.2.1. Erkennen depressiver Störungen in der hausärztlichen Versorgung

Es konnten fünf Studien identifiziert werden, in denen das Erkennen depressiver Störungen in der hausärztlichen Versorgung in Deutschland untersucht wurde.

An einer 1999 bundesweit durchgeführten Studie nahmen 20.421 Patienten ab 15 Jahren aus 633 Hausarztpraxen teil (Wittchen et al., 2001). Die Patienten füllten an einem Stichtag den DSQ aus. Die Hausärzte füllten den Clinical Global Impression Severity of Illness Score

⁵ ICD-10/ DSM-IV werden empfohlen von: Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), National Institute for Clinical Excellence (NICE), New Zealand Guideline Group (NZGG).

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

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

(CGI) aus. Die Auswertung ergab eine Prävalenz von 11,3% nach ICD-10-Kriterien bzw. 4,2% nach DSM-IV-Kriterien für depressive Störungen. Die Hausärzte stuften 17,1% der Patienten als depressiv ein. Von den nach ICD-10 oder DSM-IV als depressiv eingestuften Patienten wurden 59% auch von den Ärzten als depressiv eingestuft. Von den nach DSM-IV als depressiv eingestuften Patienten wurden 74,8% auch von den Ärzten als depressiv eingestuft. Eine falsch positive Einstufung erhielten 12% der Patienten.

An einer ebenfalls 1999 bundesweit durchgeführten Studie (Wittchen et al., 2002) nahmen 15.081 Patienten aus 412 Hausarztpraxen teil. Die Patienten füllten an einem Stichtag den DSQ aus. Die Hausärzte füllten einen Fragebogen u.a. zu Diagnosen und Schweregrad von Erkrankungen aus. Die Auswertung ergab eine Prävalenz von 10,9% für depressive Störungen nach den ICD-10-Kriterien (3,2% mit milden, 3,4% mit moderaten, und 4,3% mit schweren Depressionen). Von den nach DSQ als depressiv eingestuften Patienten wurden 55% auch von den Ärzten als depressiv eingestuft. Die korrekte Diagnose war nur schwach mit dem Schweregrad der Depression nach DSQ assoziiert.

An einer 2001/2002 in Südbaden, dem Rheinland und München durchgeführten Studie nahmen 32 Hausarztpraxen und 1.233 Patienten teil (Bermejo et al., 2005). Die Patienten füllten an 2 bis 3 Stichtagen den PHQ aus. Die Ärzte füllten einen Fragebogen zu ihren Diagnosen aus. Die Auswertung ergab eine Prävalenz von 10,2% für depressive Störungen nach DSM-IV-Kriterien. Die Hausärzte stuften 18% der Patienten als depressiv ein. Von den nach PHQ als depressiv eingestuften Patienten wurden 45,2% auch von den Ärzten als depressiv eingestuft. Eine falsch positive Diagnose erhielten 14,8% der Patienten.

An einer 2000/2001 in Heidelberg durchgeführten Studie nahmen die Ambulanzen des Heidelberger Universitätsklinikums, 12 Hausarztpraxen und 288 Patienten teil (Löwe et al., 2004). Nach Ausfüllen eines Screening-Fragebogens wurde das Vorliegen einer Depression mit dem Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) erfasst. Angaben zur Prävalenz depressiver Störungen werden nicht gemacht. Von den nach SCID als depressiv eingestuften Patienten wurden 40% auch von den Ärzten als depressiv eingestuft. Eine falsch positive Diagnose erhielten 13% der Patienten.

An einer 2006 in Düsseldorf durchgeführten Studie nahmen 35 Allgemeinarztpraxen und 902 Patienten teil (Sielk et al., 2009). Die Patienten füllten an einem Stichtag den PHQ aus. Die Ärzte füllten einen Kurzfragebogen zur Beurteilung psychischer Störungen aus. Die Auswertung ergab eine Prävalenz von 9,3% für depressive Störungen nach DSM-IV-Kriterien. Die Hausärzte stuften 17% der Patienten als depressiv ein. Von den nach PHQ als depressiv klassifizierten Patienten wurden 48,8% auch von den Ärzten als depressiv eingestuft. Eine falsch positive Diagnose erhielten 13,7% der Patienten.

Tabelle 8 zeigt die Ergebnisse der Studien im Überblick.

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

Tabelle 8: Erkennen depressiver Störungen in hausärztlicher Versorgung

Studie	Aus Jahr	Ort	N (Patienten / Praxen)	Referenz	Klassifikation	Sensitivität	Spezifität
Wittchen	1999	Bundesweit	20.421 / 633	DSQ	ICD-10 & DSM-IV	59,0% (ICD) / 74,8% (DSM)	88,0%
Wittchen	1999	Bundesweit	15.081 / 412	DSQ	ICD-10	55,0%	-
Bermejo	2001/2002	Rheinland, München	1.232 / 32	PHQ	DSM-IV	45,2%	86,2%
Löwe	2001/2002	Heidelberg	288 / 12*	SCID	DSM-IV	40,0%	87,0%
Sielk	2006	Düsseldorf	902 / 35	PHQ	DSM-IV	48,8%	82,3%

*Zzgl. ambulante Einrichtungen der Heidelberger Universitätsklinik

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

4.2.2.2. Diagnoseklassifikation von Depressionen in der ambulanten Versorgung

Das ZI hat für diesen Bericht Auswertungen aus dem Patienten-Arzt-Panel zur Morbiditätsanalyse (ZI-ADT-Panel) zur Diagnostik depressiver Störungen bei niedergelassenen Ärzten zur Verfügung gestellt. Berücksichtigt wurden Angaben von Allgemeinärzten, Internisten und Psychiatern / Neurologen. Die Stichprobe umfasst 450 Praxen mit ca. 600.000 Behandlungsfällen aus der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein aus den Jahren 2000 bis 2009. Berichtet werden vierstellige F32-Diagnosen (depressive Episode).

Die Abbildungen 3 bis 5 zeigen die Häufigkeiten vierstelliger ICD-F32-Diagnosen für die Jahre 2000, 2005 und 2009.⁶ Bei Allgemeinärzten und Internisten entfielen in allen drei Jahren die große Mehrheit der Diagnosen auf die unspezifischen Kategorien F32.8 (sonstige depressive Episode) bzw. F32.9 (depressive Episode, nicht näher bezeichnet). Ein deutlicher Trend im Zeitverlauf zu einer spezifischeren Diagnosestellung war nicht zu erkennen. Bei den Psychiatern / Neurologen waren bereits im Jahr 2000 etwa die Hälfte aller Diagnosen einem der Schweregrade, also spezifischeren Diagnosen zugeordnet. Dieser Anteil war bis 2009 auf etwa 70% angestiegen.

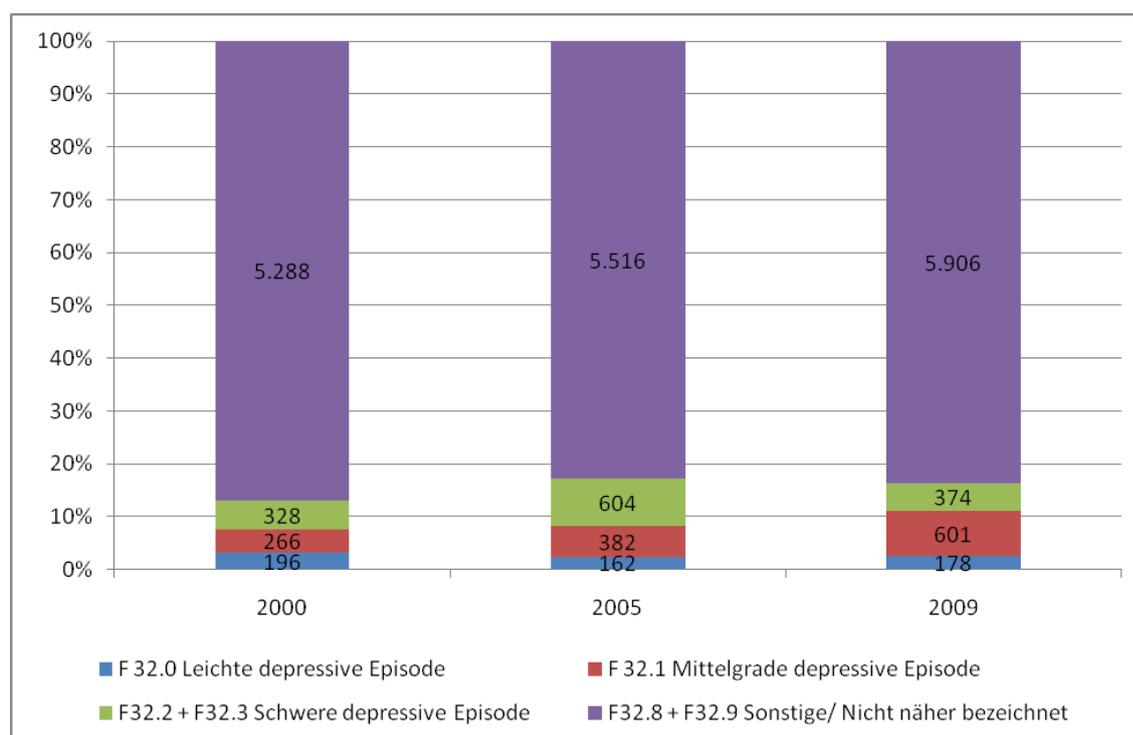


Abbildung 3: Prozentuale Anteile und absolute Häufigkeiten endstelliger F32-Kategorien bei Allgemeinärzten

⁶ In den Jahren 2000 bis 2003 waren noch dreistellige ICD-Schlüsselnummern zulässig. Diese dreistelligen Kodierungen sind in den folgenden Grafiken der Kategorie F32.8/F32.9 zugerechnet worden. Für die vollständige Darstellung der Diagnosegruppen über die Jahre 2000 bis 2009, siehe Anhang.

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

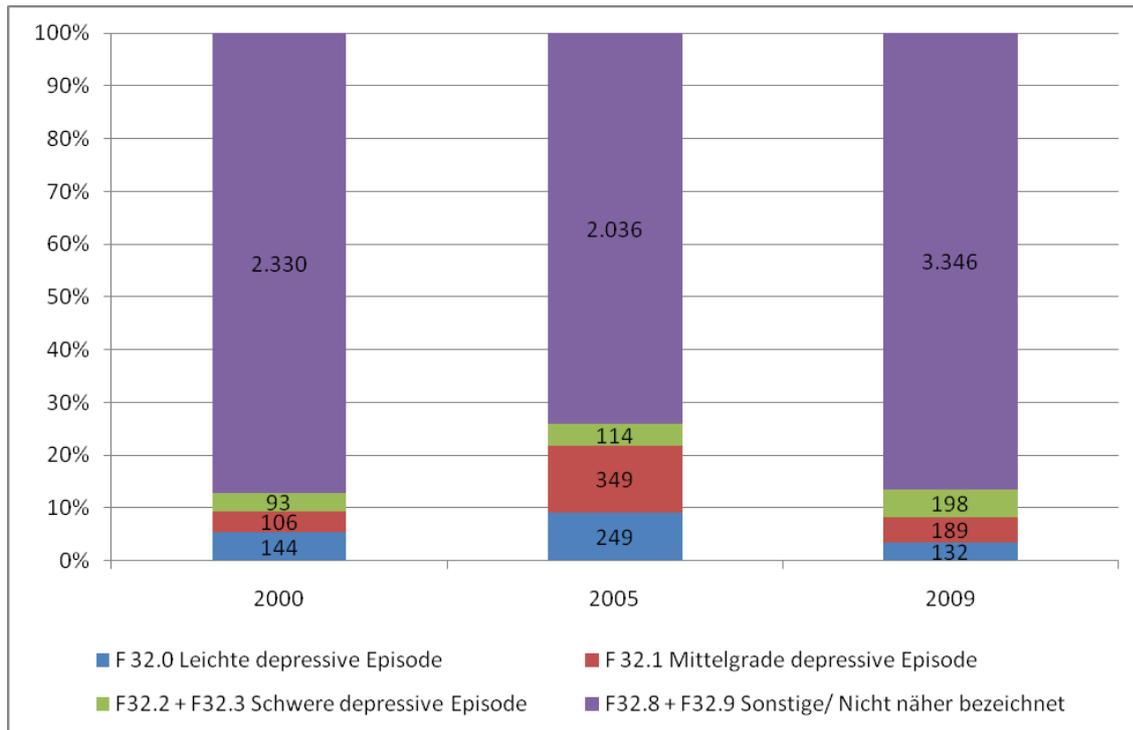


Abbildung 4: Prozentuale Anteile und absolute Häufigkeiten endstelliger F32-Kategorien bei Internisten

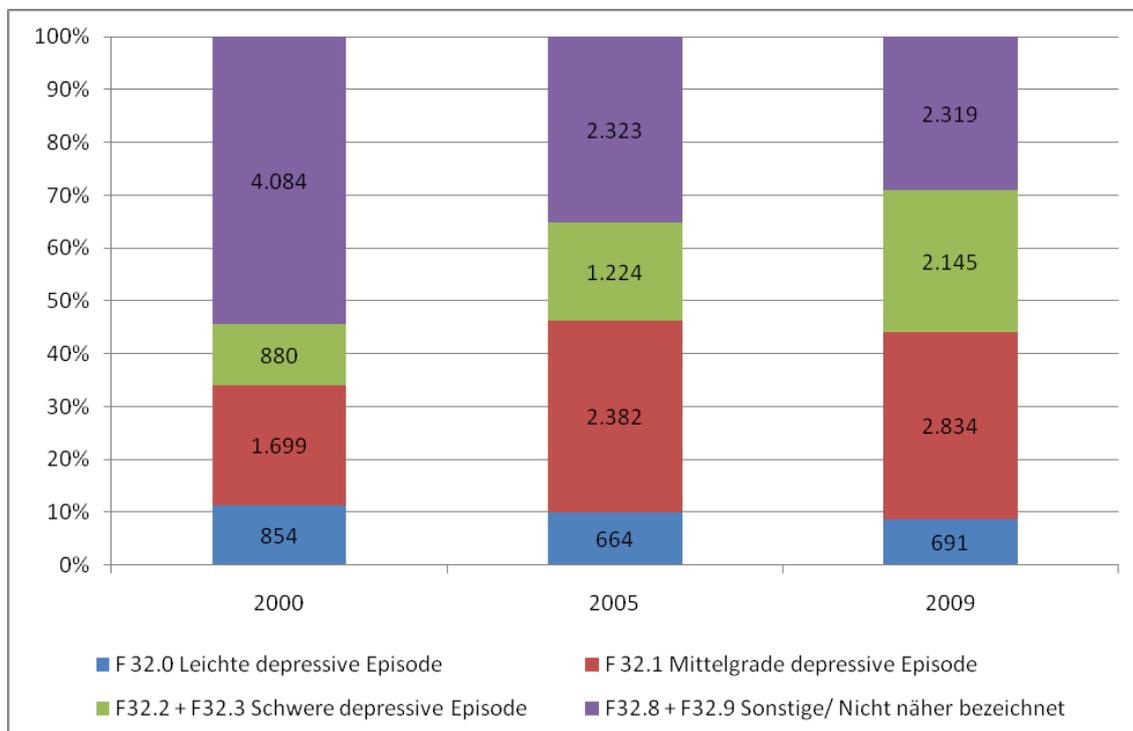


Abbildung 5: Prozentuale Anteile und absolute Häufigkeiten endstelliger F32-Kategorien bei Psychiatern / Neurologen

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

4.2.2.3. Diskussion

Nach den berücksichtigten Studien werden 40% bis 75% der Patienten mit depressiven Störungen in der hausärztlichen Versorgung entsprechend diagnostiziert, 12% bis 18% der Patienten wurden fälschlich als an einer depressiven Störung leidend diagnostiziert. Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse wird erschwert durch die methodische Heterogenität der Studien: Es wurden unterschiedliche Populationen untersucht, verschiedene Messinstrumente eingesetzt, und die Klassifikation erfolgte teils nach ICD-10, teils nach DSM-IV. Eine wichtige Limitation aller Studien mit Ausnahme der Arbeit von Löwe et al. ist der Einsatz von Screening-Fragebögen als Goldstandard der Depressions-Diagnose.

Von Bedeutung sind aufgrund der hohen Fallzahl und der bundesweiten Durchführung die beiden Studien aus der Arbeitsgruppe von Wittchen aus dem Jahr 1999 (Wittchen et al., 2001; Wittchen et al., 2002). Diese Studien berichten mit 55% bzw. 59% ähnliche Sensitivitäten für das Erkennen depressiver Störungen nach der ICD-10-Klassifikation. In einer der Studien wurde zudem die Sensitivität für das Erkennen depressiver Störungen nach DSM-IV berichtet, die mit 74,8% deutlich höher liegt (Wittchen et al., 2001). Dieser Unterschied beruht auf den strengeren DSM-Kriterien für Majore Depressionen. Danach würden schwerere Erkrankungsformen im hausärztlichen Bereich deutlich zuverlässiger erkannt als mildere Krankheitsverläufe. Dieses Ergebnis wird durch die methodisch ähnliche zweite Studie jedoch nicht bestätigt: nach dieser Studie ist die Sensitivität ärztlicher Diagnosen unabhängig vom Schweregrad der depressiven Störung (Wittchen et al., 2002). Auch in den anderen Studien, die den Schweregrad depressiver Störungen nach den strengeren DSM-IV-Kriterien klassifizieren, liegt die Sensitivität hausärztlicher Diagnosen lediglich im Bereich von 40% bis 50% (Bermejo et al., 2005; Löwe et al., 2004; Sielk et al., 2009).

In vier der fünf berücksichtigten Arbeiten wurde kein klinisches Interview als Goldstandard zur Diagnose depressiver Störungen eingesetzt, sondern Screening-Fragebögen (je zweimal der DSQ, und der PHQ), d.h. die angegebenen Sensitivitäten und Spezifitäten beziehen sich auf die Übereinstimmung ärztlicher Diagnosen mit Ergebnissen von Screening-Tests. Dies ist insofern problematisch, als dass verschiedene Depressions-Fragebögen zu teilweise deutlich abweichenden Ergebnissen hinsichtlich des Vorliegens depressiver Störungen kommen können. In einer Studie (Glaesmer et al., 2010) ist die Prävalenz von Depressionen 15,9% nach ADS, und 9,6% nach PHQ-2. In einer weiteren Studie wurden drei verschiedene Screening-Fragebögen mit den Ergebnissen eines klinischen Interviews verglichen. Danach liegt die Sensitivität je nach Fragebogen und gewählten Cut-Off-Wert für das Vorliegen von Depressionen bei 74% bis 98% und die Spezifität bei 73% bis 90% (Löwe et al., 2004). Diese Studie hat als einzige der eingeschlossenen Arbeiten ein klinisches Interview zur Diagnostik eingesetzt (Löwe et al., 2004). Die Sensitivität ärztlicher Diagnosen lag danach mit 40% noch unterhalb der Ergebnisse der anderen Studien. Diese Studie ist allerdings mit 288 Patienten aus dem Raum Heidelberg die kleinste der eingeschlossenen Arbeiten.

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

Drei der fünf Studien haben Angaben dazu gemacht wie häufig depressive Störungen von den behandelnden Ärzten diagnostiziert werden (Bermejo et al., 2005; Sielk et al., 2009; Wittchen et al., 2001). Diese Häufigkeiten liegen in allen drei Studien über den mit dem jeweiligen Messinstrument erfassten Häufigkeiten, d.h. die Untererkennung depressiver Störungen liegt nicht an einer generellen Zurückhaltung bei der Vergabe der Diagnose Depression, sondern daran, dass die Ärzte andere Patienten als depressiv einstufen als die Fragebögen. Möglich wäre zum Beispiel, dass von den Ärzten soziale oder biographische Informationen berücksichtigt werden, die von den Fragebögen nicht abgebildet werden. Es gibt zudem Hinweise, dass das Erkennen depressiver Störungen sowohl mit Patientenmerkmalen (Alter, Geschlecht, Vorerkrankungen) als auch Arztmerkmalen (Alter, Fortbildungen zu Depression) assoziiert ist (Wittchen et al., 2001; Wittchen et al., 2002).

Die vorliegenden Studien weisen somit insbesondere auf eine Untererkennung depressiver Störungen im hausärztlichen Bereich hin, aber auch auf eine Fehldiagnostik (inklusive falsch positiver Befunde). Die Ergebnisse des ZI-ADT-Panel zeigen zudem, dass insbesondere bei Allgemeinärzten und Internisten depressive Störungen nicht nach Schweregrad, sondern in den weitaus meisten Fällen (80% bis 90%) als unspezifische oder sonstige depressive Störungen kategorisiert werden. Allerdings ist der Anteil unspezifischer Diagnosen bei Psychiatern / Neurologen erheblich niedriger (wenn auch mit ca. 30% in 2009 immer noch unerwartet hoch) und hat sich darüber hinaus von 2000 bis 2009 deutlich verringert, was ein Hinweis darauf ist, dass eine spezifischere Diagnosestellung im fachärztlichen Bereich möglich ist.

4.2.3. Therapie

4.2.3.1. Studienlage

Für den Abschnitt Therapie wurden insgesamt 19 Publikationen ausgewertet, davon vier zur Psychotherapie, sechs zur Arzneimittelversorgung und neun zu anderen Therapie- und Versorgungsformen. Es handelte sich dabei um drei systematische Übersichten / Metaanalysen, eine unsystematische Übersichtsarbeit, zwei randomisierte kontrollierte Studien, fünf unkontrollierte Beobachtungsstudien bzw. Fallserien sowie um fünf Surveys (telefonisch, schriftlich). Die Ergebnisse werden im Folgenden für jede Studie separat berichtet. Am Ende des Abschnitts erfolgt eine gemeinsame Diskussion für den Bereich Therapie.

4.2.3.2. Psychotherapie

In der Auswertung zur Psychotherapie wurden zunächst vier Publikationen eingeschlossen, davon zwei (Hölzel et al. 2010, Vetter et al. 2000) detailliert ausgewertet. In der Studie von Hölzel et al. (2010) wurde der Frage nachgegangen, ob eine Vorhersage des stationären

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

Therapieerfolgs (Response) anhand der Daten der Basisdokumentation möglich ist. Es handelt sich um eine unkontrollierte Beobachtungsstudie, die wiederum auf einer Sekundäranalyse von Qualitätssicherungsdaten aus der Basisdokumentation (vgl. Sitta et al., 2006) beruht. Die Studie wurde im Rahmen des Kompetenznetzwerks Depression durchgeführt. Es wurde eine depressionsspezifische Basisdokumentation mit soziodemographischen, klinischen und prozessbezogenen Variablen ausgewertet. Als Nonresponse wurde eine weniger als 50% Verbesserung im BDI bis zur Entlassung definiert. Die Auswertung erfolgte mittels uni- und multivariater Regressionsmodelle. 511 von 662 stationären Patienten (111 wegen unvollständiger Dokumentation, 40 aufgrund fehlender Arzneimitteltherapie ausgeschlossen) in 10 Kliniken in Bayern, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen bildeten die Studienpopulation. Eingeschlossen wurden alle Patienten, die wegen unipolarer oder rezidivierender Depression in 10 Kliniken im Zeitraum 2001/2002 stationär aufgenommen wurden, über 18 Jahre alt waren, mindestens 18 Punkte im BDI aufwiesen und mindestens drei Tage stationär behandelt wurden. Der BDI bei Aufnahme betrug im Durchschnitt 31,8 Punkte, was mit schwerer Depression kompatibel ist. 41,7% der Patienten wiesen somatische, 27,8% psychische Komorbidität auf. 68,1% erhielten während des stationären Aufenthalts Psychotherapie. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 53,7 Tage, 31,5% (n=161) waren Nonresponder. Bei multivariater Betrachtung erklärten Medikamentencompliance und Psychotherapie den Anteil der Nonresponder, die Effekte waren aber schwach, lediglich 18,3% der Varianz wurden durch das multivariate Modell erklärt. Die Analyse war in ihrer Aussagekraft auch durch die begrenzte Anzahl von Variablen in der Basisdokumentation eingeschränkt. Die Studie weist eine gute Berichtsqualität auf. Allerdings stammt die Datenerhebung bereits aus den Jahren 2001/2002, was die Frage nach der Aktualität aufwirft.

Vetter et al. (2000) untersuchten, ob sich Patienten mit rezidivierender psychogener und endogener Depression in ihrer Motivation, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, unterscheiden. Die untersuchte Population waren 55 im Krankenhaus behandelte Patienten (Antidepressiva) mit der ICD-Diagnose rezidivierende depressive Episoden (25 mit psychogener, 30 mit endogener Depression) der Universitätsklinik Kiel (1994/1995). Die beiden Gruppen wurden mit dem CIDI und dem Questionnaire for Assessment of Motivation to Seek Psychotherapy untersucht. Die beiden Gruppen unterschieden sich wie folgt: die psychogen depressiven Patienten hatten eine höhere Motivation als die endogen depressiven Patienten, Psychotherapie aufzusuchen. Statistisch signifikante Unterschiede fanden sich allerdings nur auf der Basis von drei Subskalen des Questionnaire for Assessment of Motivation to Seek Psychotherapy: „laymans etiology“, „general expectations from therapy“ und im „overall score“. Angaben zur Arzneimitteltherapie fehlten. Die Ergebnisse sind eventuell von Interesse, um Prädiktoren für Psychotherapie-Response bei Patienten mit rezidivierender Depression zu identifizieren. Es ist unklar, ob die Ergebnisse auf die modernere Klassifikation entsprechend ICD-10 / DSM-IV übertragbar sind. Insgesamt ist die Methodik unzureichend berichtet. Es handelt sich um eine kleine Stichprobe. Die Daten wurden bereits in den Jahren 1994/1995 erhoben, so dass die Aktualität in Frage gestellt ist.

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

Die zunächst eingeschlossenen Publikationen von Cuijpers et al. (2010) und von van Calker et al. (2009) wurden nachträglich als Studien zur Nutzenbewertung eingeordnet und werden daher nicht weiter dargestellt.

4.2.3.3. Arzneimitteltherapie

In der europäischen vergleichenden ESEMeD⁷-Studie (Alonso et al., 2004) wurde der Psychopharmaka-Gebrauch in den vergangenen 12 Monaten, auch bei nur einmaliger Einnahme, bei Personen mit einer DSM-IV-Diagnose erhoben. Hierzu wurden repräsentative Stichproben für eine Bevölkerungsumfrage in Belgien, Frankreich, Deutschland, Italien, Niederlande und Spanien gezogen. Es handelte sich um eine Querschnittsstudie mit telefonischer Befragung, die Daten beruhten auf Selbstauskünften der Befragten. Insgesamt wurden 21.425 nicht-institutionalisierte Erwachsene über 18 Jahre befragt. Die Studie wurde von 2001 bis 2003 durchgeführt, Erhebungsinstrument war das CIDI. Insgesamt nahmen 12,3% der Stichprobe Psychopharmaka in den letzten 12 Monaten ein (Anxiolytika 9,8% [ausschließlich 6,8%], Antidepressiva 3,7% [1,4%], Antipsychotika 1,2% [0,4%]). Länderspezifische Prävalenzen (trotz länderspezifischem Sampling) wurden nicht angegeben. Frauen mit Depression nahmen signifikant häufiger Antidepressiva ein (OR 2,7 [1,2-5,7]). Das Ausmaß der Einnahme von Psychopharmaka variierte in den einzelnen Diagnosen. Insgesamt wurden bei Majoren Depressionen häufiger Anxiolytika eingenommen (32,5%) als im Gesamtdurchschnitt (25,5%). Es fand sich keine Unterscheidung, ob es sich um die einmalige oder dauerhafte Einnahme von Medikamenten während des 12-Monatszeitraums handelte. Mit zunehmendem Alter (> 65 Jahre) war die Zunahme in der Einnahme der Psychopharmaka (geschlechterunabhängig) zu beobachten. Arbeitslose, Kranke und Rentner nahmen am meisten Psychopharmaka ein. Ein weiteres Ergebnis war, ohne dass dazu Daten explizit berichtet wurden, dass sich die Prävalenz der Einnahme von Psychopharmaka in Deutschland im Ländervergleich am unteren Ende bewegte.

In Abbildung 6 sind ambulante Daten aus dem State of Mental Health in the European Union-Report⁸ (2004) ergänzend dargestellt. Die Statistik zeigt ergänzend zum Ergebnis aus der ESEMeD-Studie eine im europäischen Vergleich moderate Nutzungshäufigkeit von Antidepressiva in Deutschland. Die Daten lassen allerdings keine Aussage zur Angemessenheit der Medikamenteneinnahme zu.

⁷ ESEMeD = European Study of the Epidemiology of Mental Disorders.

⁸ Quelle: http://www.euphix.org/object_document/o5840n27170.html

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

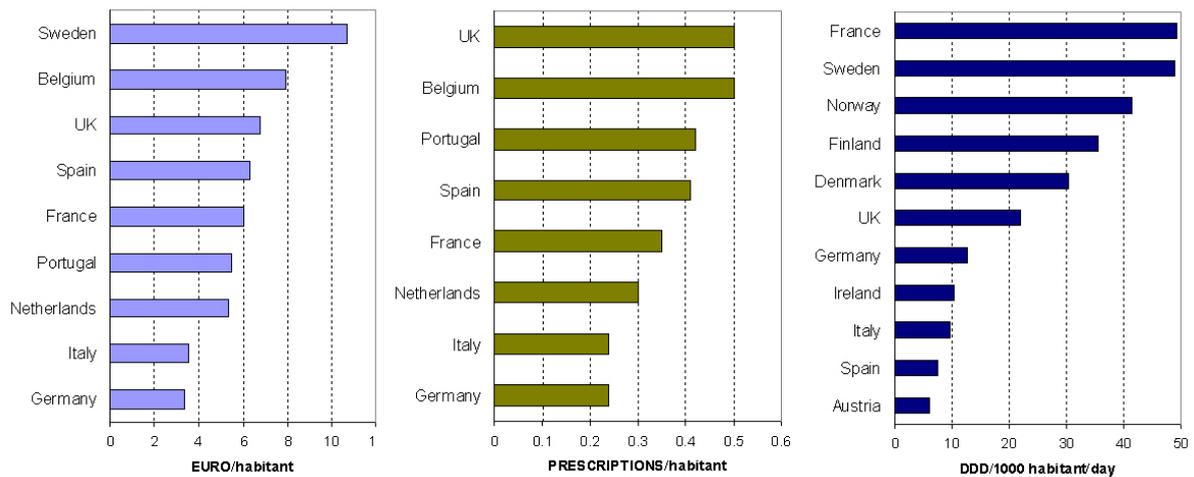


Abbildung 6: Antidepressiva-Einnahme im Jahr 2000 im europäischen Vergleich

In Deutschland ist allerdings ein seit 10 Jahren steigender Trend bei der Verordnung von Antidepressiva zu verzeichnen, die insgesamt verordnete Menge an Tagesdosen hat sich zwischen 1999 und 2008 mehr als verdoppelt (Abbildung 7). Ein Erklärungsansatz für die Steigerung könnte darin liegen, dass die Anzahl der (medikamentös behandelten) Patienten mit einer Diagnose Depression ebenfalls angestiegen ist. Außerdem könnten Substitutionseffekte bei der Medikamentenverschreibung zumindest einen Teil des Anstiegs erklären. So hat im selben Zeitraum insbesondere die Verordnung von Tranquillantien (u.a. Benzodiazepine) deutlich abgenommen (von 185 Mio. defined daily doses (DDD) im Jahr 2000 auf 138 Mio. DDD im Jahr 2008). Weiterhin wird im Arzneimittelreport diskutiert, dass die Zunahme auch Ausdruck einer erweiterten Indikationsstellung bei der Verordnung von Antidepressiva sein könnte. Schließlich werden einige Antidepressiva (z.B. Amitriptylin, Venlafaxin) auch in der Schmerztherapie sowie bei anderen psychischen Störungen (z.B. SSRI bei Angststörungen) eingesetzt, so dass nicht alle Verordnungen der Therapie der Depression zugeordnet werden können.

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

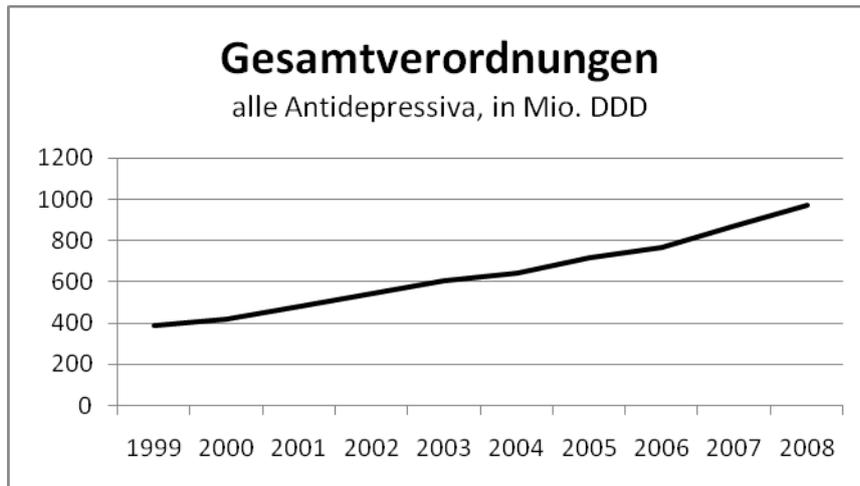


Abbildung 7: Trends bei Antidepressiva-Verordnungen in Deutschland 1999-2008
(Quelle: Arzneiverordnungsreport 2008)

In diesem Zeitraum findet sich eine Verschiebung des Verordnungsanteils von trizyklischen Antidepressiva hin zu SSRI.

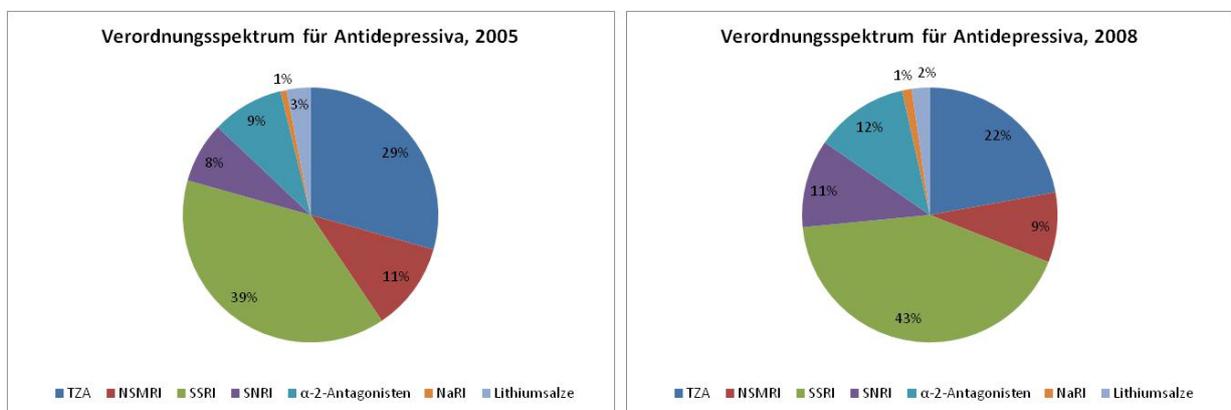


Abbildung 8: Verordnungsspektrum für Antidepressiva 2005 und 2008 im Vergleich
(Quelle: Arzneiverordnungsreport)

Bauer et al. (2008) analysierten Einflüsse von Arzt- und Patientencharakteristika auf das Verschreibungsverhalten für Antidepressiva im internationalen Vergleich.⁹ In einer in 12 Ländern durchgeführten Beobachtungsstudie (Österreich, Belgien, Deutschland, England, Frankreich, Irland, Italien, Niederlande, Norwegen, Portugal, Schweden, Schweiz) wurden zu

⁹ Factors Influencing Depression Endpoints Research (FINDER)-Studie, finanziert von Eli Lilly und Boehringer Ingelheim.

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

drei Zeitpunkten (Baseline, 3 und 6 Monate) Datenerhebungen zu anamnestischen und Verschreibungsdaten bezogen auf die letzten 2 Jahre durchgeführt. Werte für die Instrumente HADS, EQ-5D-VAS und VAS (für Schmerzen) wurden zusätzlich erhoben. Befragt wurden Erwachsene mit neuer Depressionsdiagnose oder neuer Episode und am Beginn einer Arzneimitteltherapie in Haus- und psychiatrischen Praxen von 2004 von 2005. Daten von 3.468 Patienten wurden ausgewertet, davon 649 aus Deutschland. Ergebnisse aus Portugal und Norwegen wurden in der Auswertung nicht berücksichtigt (kleines Sample). Im Ergebnis zeigte sich bei depressiven Patienten eine eingeschränkte Lebensqualität (EQ-5D VAS 44,8), HADS-D 12,3 (pathologisch ab 11). SSRI wurden bei 63,3% der Patienten verordnet (Deutschland 31,7%), SNRI bei 13,6% (Deutschland ca. 10%), trizyklische Antidepressiva bei ca. 8% (Deutschland 26,5%). Stärkster Prädiktor für die Verschreibung von SSRI war die frühere Einnahme von Antidepressiva (OR 0,64). In Deutschland verschrieben Hausärzte häufiger trizyklische Antidepressiva als Psychiater, weibliche Ärzte verschrieben deutlich seltener trizyklische Antidepressiva als ihre männlichen Kollegen. Die Gründe hierfür sind unbekannt, die Autoren konnten auch keine früheren Studienergebnisse hierzu präsentieren. Die Publikation weist einige Limitationen in der Berichtsqualität auf. In der Publikation wurden lediglich Ergebnisse aus der Baseline-Erhebung präsentiert. Es wird nicht berichtet, wie die Diagnosen gestellt wurden. Die Studie geht davon aus, dass SSRI den Therapiestandard darstellen. Die VAS-Ergebnisse für Schmerzen wurden nicht berichtet. In der Diskussion werden weitere Ergebnisse vorgestellt, die im Ergebnisteil fehlen. Die Repräsentativität der nationalen Stichproben ist unklar bzw. wurde nicht geprüft. Die Selektion der Studienärzte wurde ebenfalls nicht beschrieben.

In einem repräsentativen Survey mit 2.224 Teilnehmern untersuchten Berner et al. (2008) die Prävalenz depressiver Symptome, Behandlungsquoten, -präferenzen und -modalitäten sowie selbst-initiierte Therapien. Die Teilnehmer füllten eine Symptomcheckliste für Depression mit 14 Items aus und wurden zu ihrer aktuellen Behandlung und ihren Behandlungspräferenzen befragt. Der Summenscore diente zur Ermittlung des Schweregrads. Außerdem wurden soziodemographische Angaben erhoben. 69,3% der Befragten waren nicht von Depressionen betroffen. 16,7% fielen unter die milde Kategorie, 7,5% in die moderate und 6,5% in die stark ausgeprägte Kategorie (schwere Depression). Das Verhältnis von Frauen zu Männern lag bei 1,28 (26,9% Männer und 34,4% Frauen waren betroffen), dabei waren die Frauen vor allem in den unteren beiden Kategorien überrepräsentiert. In der Gruppe der schweren Depressionen war die Quote nahezu gleich (6,6% (m) vs. 6,4% (w)). Depressionen waren häufiger bei geschiedenen / verwitweten Personen und bei niedrigerem Bildungsstatus ($p < 0,05$). Die Schwere der Symptome nahm mit steigendem Einkommen konstant ab ($p < 0,001$). Menschen in Ballungsräumen waren häufiger von Depressionen betroffen als Menschen in Kleinstädten ($p < 0,001$). 22,7% der Betroffenen befanden sich akut oder jemals in Behandlung; 29,2% wünschten eine Behandlung aufgrund depressiver Symptome, 70,8% wünschten keine. Der Wunsch nach einer Behandlung nahm mit dem Schweregrad der Symptome zu ($p < 0,001$). Trotzdem lag selbst in der Gruppe der hochgradig depressiven Patienten der Anteil Unbehandelter bei 57,9% und der Anteil derjenigen ohne Behandlungswunsch bei 46,4%

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

(vermutlich ist hier ein Anteil Selbstbehandelter enthalten). Insgesamt erhielten 19,8% der Betroffenen Arzneimittel aufgrund der Depression. Bei 13,8% war dies durch den Arzt initiiert, bei 7,2% durch den Patienten selbst. 5,9% wurden durch den Arzt beraten, erhielten aber keine weitere Therapie, nur 1% der schwer depressiven Patienten erhielt Psychotherapie. Selbst bei den hochgradig depressiven Patienten erhielt nur ein Drittel irgendeine Form von Medikation. Behandlungspräferenzen: Je nach Schweregrad der Depression bevorzugten 44,3% bis 53,1% der Befragten eine phytopharmakologische Therapie.

Demyttenaere et al. (2008) berichten über ein weiteres Ergebnis aus der ESEMeD-Studie (vgl. Alonso et al. 2004): Patientencharakteristika die mit der Einnahme von Antidepressiva und Benzodiazepinen in den letzten 12 Monaten assoziiert sind. 4,38% bzw. 9,17% der gesamten Stichprobe hatten in den letzten 12 Monaten Antidepressiva bzw. Benzodiazepine eingenommen, 11,68% eines von beiden; 48,33% der Major depressiven Patienten hatten Antidepressiva oder Benzodiazepine eingenommen, aber 46,4% mit Dysthymie. Eine häufigere Einnahme fand sich bei Frauen, bei höherem Alter und niedrigerem sozioökonomischen Status. 51,67% der Hilfesuchenden mit Major Depression nahmen Antidepressiva ein vs. 16,39% der nicht Hilfesuchenden. Hilfesuche für emotionale Probleme erwies sich als der stärkste Prädiktor für die Verschreibung von Antidepressiva (OR 13,58). Insgesamt nahm ein relativ geringer Anteil Major depressiver Patienten Antidepressiva ein, dafür ein hoher Anteil von Befragten, die nicht die Kriterien für eine Major Depression erfüllten (nebeneinander von Unter-, Fehl- und Überversorgung). Die Studie weist einige Limitationen auf: eine länderspezifische Darstellung fehlt. Die Diagnosen beruhen auf Selbstauskünften.

Müller-Oerlinghausen et al. (2003) referierten in einem unsystematischen Review Studien zur Suizidprophylaxe mit Lithium. Angaben zur Recherche, Auswahl und Bewertung der Studien fehlen. Hauptinhalt bildet aber die Studie der International Group for the Study of Lithium Treated Patients (IGSLi) des Erstautors, die in den 1990er Jahren durchgeführt wurde. Die Autoren leiten die folgenden Aussagen aus den ausgewerteten Studien ab: Bis zu 30% der Patienten mit affektiven Störungen versterben durch Suizid. Die suizidbezogene SMR (Standardisierte Mortalitätsrate) liegt bei 21,24 für Patienten mit Major Depression und bei 11,73 bei Patienten mit bipolaren Störungen. In Deutschland müssten ca. 820.000 Patienten Lithium erhalten, eine Schätzung für 2001 kommt aber nur auf ca. 50.000 mit Lithiumprophylaxe behandelte depressive Patienten. Nach einem von den Autoren entwickelten Modell könnten durch Lithiumgabe ca. 250 Suizide pro Jahr in Deutschland verhindert werden. Die Zahlenangaben zum Lithiumbedarf in Deutschland beruhen auf Schätzungen der Autoren.

In einem Ärztesurvey untersuchten Thiels et al. (2005) Geschlechtsunterschiede in der Behandlung mit dem SSRI Sertralin in der Routinebehandlung der Depression. Erfasst wurden Dosierung, Dauer, Therapieerfolg und Nebenwirkungen (nach WHO-ART) der Therapie. 1.660 Ärzte (69% Allgemeinärzte, 31% Psychiater, 70,7% Frauen) wurden mit

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

einem standardisierten Instrument zur Behandlung von Patienten mit Sertralin befragt. Es sollten Befragungen zu fünf Zeitpunkten in 6 Monaten während der Therapie durchgeführt werden. Bei 87% der Ärzte wurden alle 5 Befragungen durchgeführt. 45 Patienten wurden wegen unvollständiger Dokumentation aus der Analyse ausgeschlossen. Es zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern hinsichtlich Schweregradverteilung. Unterschiede zeigten sich darin, dass Frauen häufiger als Männer vom Allgemeinarzt behandelt wurden, Männer aber häufiger vom Psychiater (39,5% vs. 32,4%). Außerdem waren Frauen in Therapie älter als Männer, hatten einen späteren Krankheitsbeginn, litten eher an wiederholten Episoden bzw. waren bereits früher in Behandlung aufgrund von Depression und zeigten eher ängstliche Symptome. Es handelt sich insgesamt um eine sorgfältig geplante und durchgeführte Studie. Allerdings wurden viele Tests ohne Korrektur für multiples Testen durchgeführt. Die Bewertung des Schweregrads erfolgte auf einer eigenen Skala. Der Therapieeffekt wurde lediglich subjektiv auf einer 5-Punkte-Skala eingeschätzt. Psychotherapie wurde nicht erfasst. Es findet sich keine Angabe zur Finanzierung bzw. zu Interessenkonflikten, ein Autor ist allerdings ein Mitarbeiter bei Boehringer Ingelheim (= früherer Hersteller von Sertralin).

4.2.3.4. nicht-psychotherapeutische, nicht-medikamentöse Therapie, andere Versorgungsformen

Bei den nicht-psychotherapeutischen, nicht-medikamentösen Therapiemethoden wurden keine Studien identifiziert, die die Versorgungslage beschrieben. Für verschiedene Therapiemethoden fanden sich allerdings wenige Fallserien bzw. unkontrollierte Studien:

Brakemeier et al. (2007, 2008) untersuchten die Wirksamkeit von repetitiver Transkranialer Magnetstimulation (rTMS) des dorsolateralen präfrontalen Kortex zur Behandlung von Depressionen bzw. biografische, klinische und psychopathologische Parameter die mit einer Therapieresponse auf rTMS korrelieren. In einer Multicenterstudie wurde die Wirksamkeit der Vagusnervstimulation mittels eines subkutan implantierten bipolaren Impulsgenerators bei Patienten mit therapieresistenter Major Depression untersucht (Schlaepfer et al., 2008). Voderholzer et al. (2003) untersuchten im Rahmen einer Fallserie die Frage, ob eine Drei-Tages Schlaf-Phasenhebung nach Schlafentzug zur Aufrechterhaltung des antidepressiven Effektes bei depressiven Patienten beiträgt.

Diese Studien waren allerdings auf die Bewertung der Wirksamkeit ausgelegt und konnten nicht zur Analyse der Versorgungssituation herangezogen werden.

Zur EKT konnte lediglich eine wenig aussagekräftige Publikation identifiziert werden, die für sich genommen keine Aussage über den Status der Methode in Versorgung depressiver Patienten in Deutschland zulässt (Philpot et al., 2002). In einem Survey unter zufällig ausgewählten Mitgliedern der European Association of Geriatric Psychiatry (EAGP) in allen europäischen Ländern wurden medizinisch-juristische Aspekte zum Einsatz der EKT bei

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

Älteren mit Depression erhoben. Der Fragebogen bezog sich auf die Verfügbarkeit der EKT, gesetzliche oder sonstige Restriktionen, Indikationen für die EKT und der Position der Befragten zum Nutzen der Methode. Die Ergebnisse wurden in einer Tabelle qualitativ berichtet. In Belgien und Deutschland war die EKT nur in spezialisierten Zentren verfügbar, in einigen Ländern gab es nationale Vorschriften zum Einsatz (Dänemark, Irland, Lettland, Niederlande, Schweden, Schweiz, Großbritannien) der Methode. Als Hauptindikationen wurden genannt: schwere, arzneimittelresistente Depression, psychotische Depression, hohes Suizidrisiko, Schizophrenie, Katatonie. Die EKT konnte ohne Einverständnis des Patienten in Österreich und Deutschland nach Gerichtsbeschluss durchgeführt werden. Antworten lagen nur für 23 Länder vor. Die Validität der Antworten ist als fraglich einzustufen, da lediglich Mitglieder der EAGP befragt wurden, die möglicherweise nicht in allen Fragebereichen Expertise aufwiesen. Insbesondere zur Anwendung der EKT bei Älteren sind die Antworten als subjektiv einzuschätzen. Ein umfangreicher Konsens bestand bezüglich der Indikationen zur EKT.

4.2.3.5. Übergeordnete Versorgungskonzepte: Disease-Management-Programme und Case-Management

Insgesamt vier Publikationen wurden zu Disease-Management-Programmen (DMP) und zum Case-Management identifiziert. Zwei der Publikationen (Gensichen et al., 2006; Gensichen et al., 2009) berichten über das in Deutschland durchgeführte Primary care Monitoring for depressive Patients Trial (PRoMPT), zwei weitere sind Metaanalysen über Studien zu DMPs und zum Case-Management (Neumeyer-Gromen et al., 2004; Lehmann et al., 2010).

In der PRoMPT-Studie umfasste die Intervention (nach dem so genannten Chronic Care Model) die telefonische Kontaktaufnahme von Praxispersonal mit den Patienten zum Monitoring von Depressionssymptomen und der Therapieadhärenz und die nachfolgende Weiterleitung der Berichte an die behandelnden Ärzte. In die Metaanalyse von Neumeyer-Gromen et al. (2004) wurden RCTs (randomisierte kontrollierte Studien) eingeschlossen, die jeweils alle Komponenten von DMPs enthielten (Orientierung an evidenzbasierten Leitlinien, Patientenselbstmanagement, Schulung von Patienten und Leistungserbringern, Screening potentiell betroffener Patienten, Routineberichterstattung und Feedback an die Leistungserbringer). Die Übersichtsarbeit von Lehmann et al. (2010) schloss wiederum lediglich RCTs ein, die ein telefonisches Fallmanagement untersuchten.

Gensichen et al. (2006) stellten die Entwicklung eines Instruments zum Therapiemonitoring von Patienten mit Depression durch Arzthelferinnen (Case Manager) in der Hausarztpraxis vor. Es handelte sich um die Konzeption, Überprüfung der Praktikabilität und den Praxistest des Instruments in 8 Hausarztpraxen an 64 Patienten. Das Instrument wurde aus der deutschen Fassung des Patient Health Questionnaire (PHQ-D) abgeleitet (Fragen 1 bis 9), ergänzt um Fragen zur Therapieadhärenz und ein „Ampelschema“ für Gefahrensituationen. Das

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

Instrument erwies sich als anwendbar im Pretest, der Informationsfluss funktionierte. Es wurden keine Ergebnisse zu psychometrischen Gütekriterien berichtet, allerdings gilt der zugrunde liegende PHQ-D-Fragebogen als umfassend validiert. Die Änderungssensitivität blieb aber unklar und müsste weiter untersucht werden. Das Instrument wurde in der PRoMPT-Studie eingesetzt, deren Ergebnisse wiederum in Gensichen et al. (2009) publiziert wurden.

In der PRoMPT-Studie wurde im Rahmen eines Cluster-RCT ein Case-Management durch Arzthelferinnen im Vergleich zur Standardversorgung von Patienten mit Major Depression in Hausarztpraxen auf die Wirksamkeit hinsichtlich Depressionssymptome untersucht. In 74 Hausarztpraxen wurden 626 Patienten (n=310 in der Interventionsgruppe, n=316 in der Kontrollgruppe) von 18 bis 80 Jahren mit der Diagnose Major Depression rekrutiert. Der primäre Endpunkt umfasste Depressionssymptome des PHQ-D im Gruppenvergleich. Das Follow-up betrug 12 Monate. Die Studie lief von 2005 bis 2007. Die Intervention bestand in strukturierten Telefoninterviews durch Case Manager mit dem vorab entwickelten Monitoringinstrument. Telefonkontakte wurden 2 Mal wöchentlich im ersten Monat und in den folgenden 11 Monaten in monatlichen Abständen hergestellt. Darin wurden Depressionssymptome und Therapieadhärenz erfragt. Außerdem sollten die Patienten telefonisch zu eigenen Aktivitäten motiviert werden. Anschließend erfolgte eine strukturierte Rückmeldung an die Ärzte mit einer Einschätzung der Dringlichkeit einer Intervention. In der Interventionsgruppe fand sich eine etwas stärkere Reduktion der Symptomatik (PHQ-D 10,7 vs. 12,1), absolute Differenz -1,41 (95% KI -2,49;-0,33). Außerdem fand sich eine bessere Therapieadhärenz in der Interventionsgruppe. Trotz der sorgfältigen Studienplanung konnte kein komplettes Follow-up erreicht werden (80% in der Interventions- und 87% in der Kontrollgruppe). Die Studie wurde nicht verblindet durchgeführt.

In zwei Metaanalysen wurden RCTs zur Wirksamkeit von DMPs bzw. Case Management-Programmen bei Depression ausgewertet. Neumeyer-Gromen et al. (2004) untersuchten in einem systematischen Review mit Metaanalyse die Wirksamkeit und Kosten-Effektivität von DMPs bei Depression auf den Krankheitsverlauf, die Einhaltung des Behandlungsregimes / Compliance und die Lebensqualität im Vergleich zur Standardversorgung. Auf der Basis einer systematischen Literaturrecherche wurden aus einem Pool von 25 potentiell relevanten RCTs 10 in die Auswertung eingeschlossen. Einschlusskriterien waren randomisierte kontrollierte Studie, Endpunktmessung mittels publizierter Instrumente, Bereitstellung eines Summenscores zur Erfassung eines komplexen Endergebnisses, Instrument vom Studienteilnehmer, einem Angehörigen oder einem unabhängigen Beurteiler ausgefüllt, DMPs im umfassenden Sinn und Patienten über 18 Jahre. DMPs waren über die Kernelemente des Einsatzes von evidenzbasierten Leitlinien, Patientenedukation und Leistungserbringer-Schulung, Schnittstellenmanagement, sektor- und fachübergreifende Versorgung, Erinnerungssystemen und Monitoring definiert. Die Review-Methodik wurde nach den Kriterien der Cochrane-Collaboration durchgeführt, so dass auch die Studien hinsichtlich ihrer Qualität gemäß diesen Kriterien bewertet wurden. Alle eingeschlossenen

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

Studien wurden in den USA durchgeführt, überwiegend in Health Maintenance Organisations. Im Ergebnis zeigten DMPs hinsichtlich der Schwere der Depression (Kriterium: >50% Verbesserung) eine signifikant höhere Wirksamkeit als die Standardversorgung (RR 0,75 (95 % KI 0,70;0,81) nach 4 bis 12 Monaten). Der überlegende Effekt bestätigte sich in allen Sensitivitätsprüfungen und über die verschiedenen Outcome-Parameter hinweg, wobei die Lebensqualität in 4 RCTs erfasst wurde.

Lehmann et al. (2010) untersuchten die Fragestellung, inwieweit telefonisches Fall-Management (TFM) dazu geeignet sei, die Versorgung depressiver Menschen in Deutschland zu verbessern. Hierzu wurden 10 RCTs in 11 Publikationen aus 92 potentiell relevanten Studien ausgewertet. Die Interventionen waren sehr unterschiedlich, und zwar in Bezug auf die Frequenz der Telefonkontakte (1-mal wöchentlich bis 1-mal monatlich) wie auch bezogen auf die Dauer (6 Wochen bis 12 Monate). TFM reduzierte die depressive Symptomatik in 9 von 10 RCTs signifikant stärker im Vergleich zur Kontrollgruppe. Widersprüchliche Ergebnisse fanden sich hinsichtlich der differenziellen Wirksamkeit in Abhängigkeit vom Schweregrad der Depression. Eine Aussage zum Einfluss des TFM auf die Häufigkeit von Rezidiven war nicht möglich. Der Einfluss von Anzahl / Dauer und Inhalte (z.B. psychotherapeutisch orientierte Gespräche) der Telefonkontakte auf die Wirkung war nicht zu beurteilen. Eine Metaanalyse wurde nicht durchgeführt. Leider wurden die Effektstärken nur qualitativ berichtet, was die Interpretation der Publikation erheblich erschwert.

Eine Überschneidung zwischen den beiden Metaanalysen findet sich nur für drei der eingeschlossenen Studien, so dass die Ergebnisse als einander ergänzend interpretiert werden können.

4.2.3.6. Diskussion

Die zum Thema Versorgungslage in der Therapie der Depression ausgewerteten Studien spiegeln eine sehr heterogene Datenlage wider. Die Qualität und Aussagekraft der meisten Studien war gering, z.B. beruhten die Diagnosen bei einigen Studien auf Selbstauskünften, keine Korrektur bei multiplem Testen, unvollständiges Follow-up. Für die *Psychotherapie* wurden zwei Studien ausgewertet. Ein Erfolg der stationären Therapie lässt sich alleine aufgrund der Basisdokumentation oder bestimmter Patientencharakteristika vermutlich nicht vorhersagen, die Studien hierzu waren jedoch wenig aussagekräftig. Zur *Arzneimitteltherapie* lagen sechs Publikationen vor, außerdem wurden Daten aus dem Arzneiverordnungsreport und dem State of Mental Health in the European Union-Report herangezogen. Im europäischen Vergleich wurden in Deutschland im Jahr 2000 weniger Psychopharmaka eingenommen als im Durchschnitt der untersuchten Länder. Die Gesamtmenge der verordneten Antidepressiva hat sich allerdings in der letzten Dekade mehr als verdoppelt und es lässt sich eine Verschiebung bei den Arzneimitteln von trizyklischen Antidepressiva zu SSRI beobachten. In Leitlinien werden SSRI eine bessere Verträglichkeit bescheinigt, was ein

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

Erklärungsansatz für diese Beobachtung sein könnte. SSRI wurden zudem häufiger von Psychiatern als von Hausärzten verordnet, die wiederum häufiger Männer als Frauen behandelten. Insgesamt fanden sich Hinweise auf unterschiedliche Probleme (z.B. Therapieadhärenz und Psychotherapie als Determinante des Behandlungserfolges in der Krankenhausversorgung, Überversorgung mit Arzneimitteln bei leichten Depressionen, Unternutzung der Lithiumprophylaxe). Die Studienlage für *nicht-psychotherapeutische, nicht-medikamentöse Therapieformen* war sehr uneinheitlich. Für einige experimentelle Therapieverfahren (rTMS, Schlafentzugstherapie und Vagusnervstimulation) fanden sich keine auswertbaren Aussagen zur Versorgungssituation in Deutschland, weder was Fragen zur Qualität und Angemessenheit betrifft, noch hinsichtlich des Nutzens. Dieser Befund korrespondiert mit einer Aussage in der S3-Leitlinie "Unipolare Depression", wonach die Evidenzlage unzureichend sei, um eine Empfehlung zum Nutzen abgeben zu können. Zum Stellenwert der EKT ist ebenfalls keine Aussage möglich, hier fand sich nur eine unzureichende Umfrage unter Mitgliedern einer europäischen Fachgesellschaft. Ähnlich verhält es sich mit der Schlafentzugstherapie. Eine Studie in deutschen Hausarztpraxen weist auf Verbesserungsmöglichkeiten durch strukturierte Behandlungsprozesse hin.

Ein generelles Problem stellt die Abgrenzung von Studien dar, die die Wirksamkeit untersuchen und Studien, die einen Rückschluss auf die Versorgungssituation zulassen (siehe auch 4.3.2.). Man könnte beispielsweise, wie bei den Publikationen zum Disease- / Case-Management, primär nutzenbewertende Publikationen als indirekten Hinweis auf die Versorgungssituation werten, indem gefolgert wird, dass eine möglicherweise effektive Versorgungsform zu wenig genutzt wird. Umgekehrt könnten Wirksamkeitsstudien einen Rückschluss auf unangemessene Anwendung erlauben. Allerdings sind verlässliche Aussagen zum Nutzen im Sinne methodisch inadäquater Evaluationen nicht möglich, da die Literaturrecherche in dieser Hinsicht erheblichen Einschränkungen unterlag (z.B. Beschränkung auf Deutschland). Bewertende Aussagen zum Nutzen sind erst auf Grundlage einer umfassenden internationalen Literaturrecherche im Rahmen einer Nutzenbewertung möglich. Außerdem ist die Fragestellung von reinen Effektivitätsstudien eine andere als von Studien zur Versorgungsanalyse, in denen u.a. festgestellt werden soll, wie häufig, angemessen oder inadäquat medizinische Interventionen angewandt werden. Es stellt sich dann noch die Frage der Übertragbarkeit von Studienergebnissen, wie am Beispiel der DMPs gezeigt werden kann: die in der Metaanalyse von Neumeyer-Gromen ausgewerteten Studien wurden sämtlich in den USA durchgeführt, und es ist noch offen, ob sich die Ergebnisse auch in Deutschland reproduzieren lassen würden.

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

4.2.4. Prävention / Suizidprävention

4.2.4.1. Studienlage

Zu Fragen der Prävention / Suizidprävention wurden sieben Publikationen ausgewertet. Außerdem wurde die Suizidstatistik für eine Detailfrage herangezogen. Zwei Publikationen bezogen sich auf das „Nürnberger Bündnis gegen Depression“, eine zur Lithiumprophylaxe und vier weitere zu Präventionsansätzen in der Schule.

4.2.4.2. Präventionsansätze

In drei Studien (vier Publikationen) wurden verhaltensorientierte Präventionsansätze bei Schülern von 8. Klassen von einer Tübinger Arbeitsgruppe untersucht (Groen et al., 2003; Pössel et al., 2003; Pössel et al., 2004; Pössel et al., 2006). Die Hypothese lautete, dass ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Präventionsprogramm die Risikofaktoren für die Entstehung einer Depression im Jugendalter reduziert. 338 Schüler (Interventionsgruppe: 187 Jugendliche, Durchschnittsalter 13,83 Jahre; Kontrollgruppe: 151 Jugendliche, Durchschnittsalter 13,87 Jahre) aus 8. Klassen von 9 Realschulen im Raum Tübingen wurden für die Dauer von drei Monaten in ein Training mit dem Programm „Leichtigkeit im Sozialen Alltag“ (LISA) aufgenommen. In einem 10 Doppelstunden umfassenden Gruppentraining wurden die vier Teilbereiche 1) Vermittlung der Zusammenhänge von Kognitionen, Emotionen und Verhalten, 2) Exploration und Veränderung von dysfunktionalen Kognitionen, 3) Selbstsicherheitstraining und 4) Training sozialer Kompetenz eingeübt. Es wurde ein Prä-Post-Vergleich der Inzidenzrate von Depressionen vorgenommen, die Datenerhebung erfolgte mittels Fragebogen. Die Zuteilung erfolgte klassenweise. In der Kontrollgruppe fand keine Intervention statt. Nach 3 Monaten zeigte sich eine Verbesserung der sozialen Kompetenz sowie der sozialen Kontakte und ein Rückgang depressiver Symptome bei Mädchen, aber nicht bei Jungen. Die Ergebnisse beruhten auf Selbstberichten der Jugendlichen. Sechsmonatsergebnisse wurden bei Pössel et al. (2004) berichtet. Die Daten von 324 Schülern wurden ausgewertet. Es zeigte sich keine Zunahme der depressiven Symptome in der Interventionsgruppe, wohl aber in der Kontrollgruppe. Die Unterschiede zwischen der Trainings- und der Kontrollgruppe waren nur gering ausgeprägt.

Groen et al. (2003) untersuchten in einem vergleichbaren Design die Wirksamkeit eines kombinierten Präventionsprogramms (LISA und „Lust an Realistischer Sicht“ (LARS)) an fünf Schulen (Realschule, Gymnasium) mit insgesamt 356 Schülern (179 Intervention, 177 Kontrolle). Das Follow-up betrug 13 Monate. Das Trainingsprogramm wurde über 9 Wochen in 9 Einheiten zu je 90 Minuten durchgeführt. Es konnten lediglich Daten von 225 Schülern ausgewertet werden (63%). Am Ende zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich Depression, aber schwache Effekte zugunsten der Intervention hinsichtlich Selbstwert und Selbstwirksamkeit. Wie die anderen Studien

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

handelte es sich nicht um einen RCT. Der Drop-Out war sehr hoch, vermutlich resultierte dadurch eine zu geringe Power, um einen signifikanten Unterschied aufzuzeigen.

In einer weiteren Studie aus diesem Projekt (Pössel et al. 2006) wurde untersucht, ob ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Präventionsprogramm (LISA) die Risikofaktoren für die Entstehung depressiver Symptome bei Jugendlichen stärker reduziert als ein auf expressivem Schreiben basierendes Programm. Es handelte sich um ein nicht randomisiertes, dreiarmliges Studiendesign. In einem Prä-Post-Vergleich mit einem Follow-up von drei Monaten wurden Ergebnisse zur Depression mit der ADS und zur Lebenszufriedenheit erhoben. 579 Schüler aus 8. Klassen von 6 Realschulen im Raum Tübingen wurden in die Studie eingeschlossen. 213 Jugendliche erhielten das Trainingsprogramm LISA-T (= Training) über 10 Doppelstunden, 215 Jugendliche das Schreibprogramm LISA-S (= Schreiben) über 6 Einzelstunden, die Kontrollgruppe umfasste 151 Jugendliche. Die Gruppen und Ausgangswerte waren zu Studienbeginn vergleichbar bis auf eine geringere Lebenszufriedenheit in der Schreibgruppe. Es zeigte sich eine kurzzeitige Überlegenheit des Trainingsprogramms bei zu Beginn unauffälligen Jugendlichen, der Effekt war beim Follow-up nicht mehr nachweisbar. Bei subklinisch depressiven Jugendlichen erwies sich LISA-T erst beim Follow-up als wirksam. Das Schreibprogramm hatte einen positiven Effekt auf die Lebenszufriedenheit. Es handelte sich ebenfalls um eine nicht randomisierte Studie. Die Ergebnisse beruhten auf Selbstberichten der Jugendlichen.

4.2.4.3. Suizidprävention

In diese Kategorie wurde die bereits unter 4.2.3.3 erwähnte Studie von Müller-Oerlinghausen et al. (2003) eingeordnet. Demnach könnten durch Lithiumgabe ca. 250 Suizide pro Jahr in Deutschland verhindert werden. Diese Zahl geht auf eine 2001 von Ahrens und Müller-Oerlinghausen publizierte Berechnung zurück.¹⁰ Darin wurde eine Subgruppe mit hohem Suizidrisiko aus einer klinischen Studie zur Lithiumtherapie (n=167) über drei Jahre im Vergleich mit einer nach Alter und Geschlecht angepassten Bevölkerungsstichprobe als Referenzgruppe beobachtet. Die mit Lithium behandelten Patienten wurden nach der Therapieantwort in ‚exzellente‘ (n=45), ‚moderate‘ (n=81) und ‚schlechte‘ (n=41) Responder klassifiziert. Das Präventionspotential ergab sich aus dem Vergleich der beobachteten vs. der erwarteten Suizide. Es ist zu beachten, dass es sich um eine kleine Stichprobe handelte mit entsprechend großer Unsicherheit in der Aussage.

In den Publikationen von Althaus et al. (2003, 2007) wurde über die Evaluation des Projektes Nürnberger Bündnis gegen Depressionen zur Suizidprävention (Rückgang von Suizidversuchen und Todesfällen aufgrund von Suizid) berichtet. Bei dem Programm handelte

¹⁰ Ahrens B, Müller-Oerlinghausen B. Does lithium exert an independent antisuicidal effect? *Pharmacopsychiatry* 2001;34:132–6.

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

es sich um einen Ansatz, der vier Handlungsebenen einbezog: Primärärztliche Versorgung (Schulungen von Ärzten, Screeninginstrumente), Aufklärung der Öffentlichkeit (Flyer, Informationskampagne), Kooperation mit Multiplikatoren (Schulungen, interdisziplinäre Vernetzung) und Angebote für Betroffene und Angehörige (Notfallkarte, Notfallhotline, Krisenmanagement). Nürnberg (410.000 Einwohner >18 Jahre) diente als Interventionsregion, Würzburg (235.000 Einwohner >18 Jahre) als Kontrollregion. Das primäre Evaluationskriterium waren Veränderungen der Suizide und Suizidversuche zum Baseline-Jahr 2000. Die Erfassung der Suizide erfolgte über das Bayerische Landesamt für Statistik, die Erfassung der Suizidversuche (entsprechend der WHO-Definition) über Kliniken, Gesundheitsämter, niedergelassene Ärzte und Krisendienste. Nach 2 Jahren waren in Nürnberg 24% weniger Suizide, in Würzburg 7,7% mehr „suizidale Handlungen“ (Suizide plus suizidale Handlungen) registriert worden (χ^2 -Test 2000 vs. 2002 = 8,28; $df=1$; $p \leq 0,004$) (Tabelle 9). Bei den vollendeten Suiziden konnte kein eindeutiger Trend gezeigt werden. Auch bei den Suizidversuchen alleine zeigte sich ein Trend zugunsten von Nürnberg (Tabelle 10). Zudem zeigte sich ein überproportionaler und im Vergleich zu Würzburg statistisch signifikanter Rückgang von besonders drastischen Methoden bei Suiziden (z.B. Erhängen, Erschießen) in der Region Nürnberg.

Tabelle 9: Veränderung bei suizidalen Handlungen* Nürnberg vs. Würzburg

Region	2000	2001	2002	%
Nürnberg	620	500	471	-24,0
Würzburg	183	182	196	+ 7,7

* definiert als Suizide plus suizidale Handlungen

Tabelle 10: Veränderung bei Suizidversuchen Nürnberg vs. Würzburg

Region	2000	2001	2002	%
Nürnberg	520	425	382	-26
Würzburg	125	140	156	+24

Sekundäre Parameter waren Veränderungen des Wissens und der Einstellung zum Thema Depressionen, Veränderungen der Verschreibungsprofile und im Überweisungsverhalten sowie Veränderungen in Medienberichten. Die sekundären Erfolgskriterien wurden in der Publikation nicht dargestellt.

In Ergänzung der Ergebnisse aus dem Modellprojekt in Nürnberg wurden Daten aus der Todesursachenstatistik ausgewertet, die beim Statistischen Bundesamt (Destatis) vorliegen. Detaillierte Daten liegen für die Jahre 2003 bis 2008 in der Fachserie 12, Reihe 4¹¹ vor.

¹¹ Ergebnisse der Todesursachenstatistik für Deutschland - Ausführliche vierstellige ICD-10-Klassifikation.

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

Abbildung 9 illustriert einen Rückgang von Suiziden im Beobachtungszeitraum sowohl bei Männern wie auch bei Frauen.

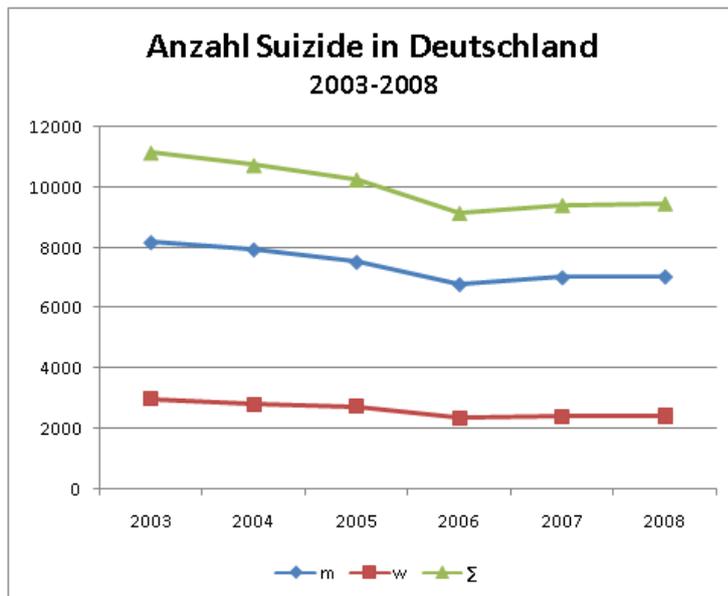


Abbildung 9: Entwicklung der Suizide in Deutschland 2003-2008
(Quelle: Destatis)

Abbildung 10 zeigt einen Trend zu weniger drastischen Suizidmethoden im selben Beobachtungszeitraum (für den vierstellige ICD-10-Kodierungen zur Verfügung stehen).

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

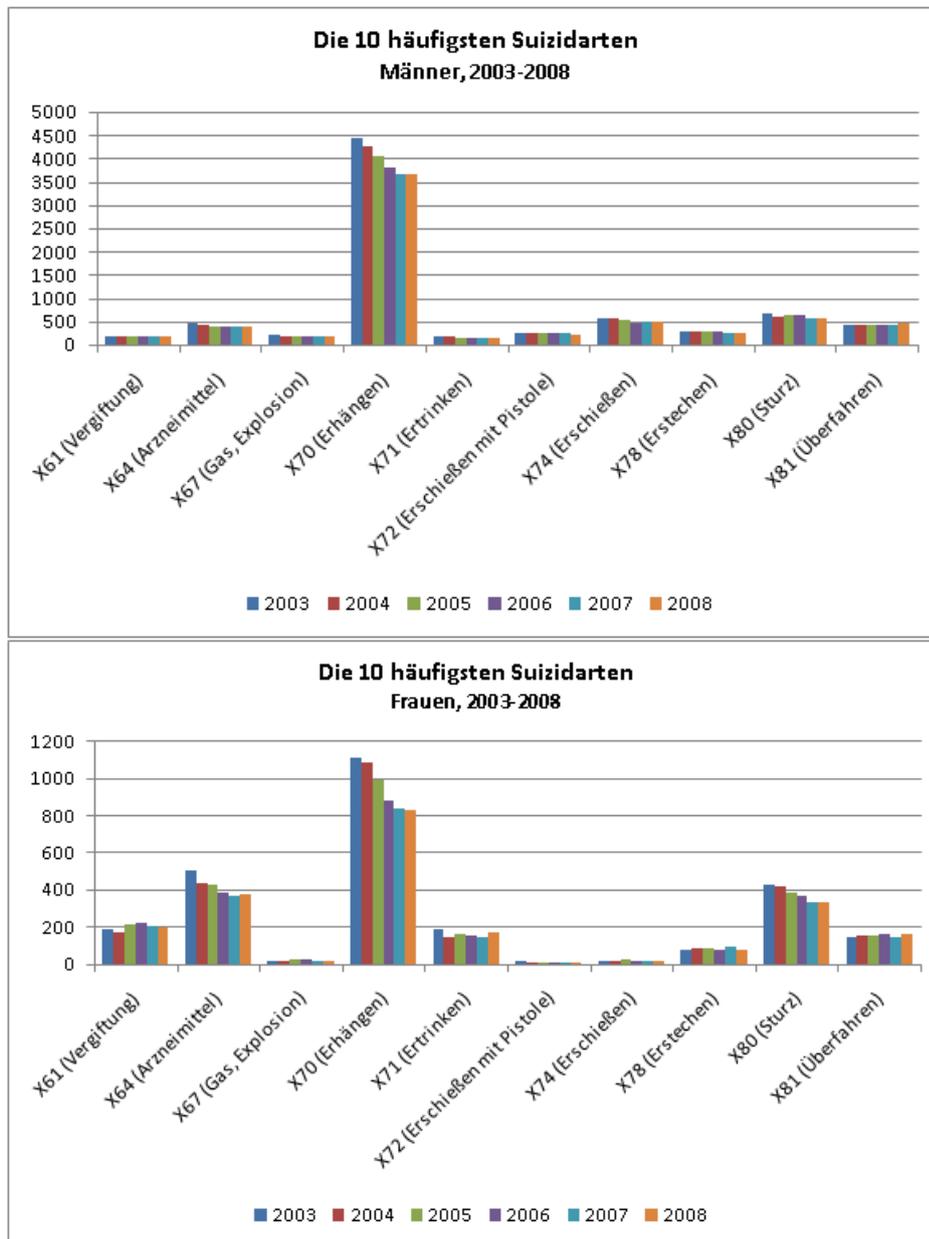


Abbildung 10: Entwicklung von Suizidmethoden in Deutschland 2003-2008
(Quelle: Destatis)

Deutschland liegt mit der Suizidinzidenzrate im Durchschnitt der EU und auch der rückläufige Trend lässt sich in den meisten Ländern der EU beobachten (Ausnahmen stellen Polen und Zypern dar) (Wahlbeck et al., 2008).

In einem europäischen Konsenspapier (Wahlbeck et al., 2008) wurde zusätzlich auf die Bedeutung der Restriktion von Schusswaffen sowie des Zugangs zu Bahngleisen (insbesondere in der Umgebung von psychiatrischen Kliniken) und Brücken hingewiesen. Der erschwerte Zugang zu so genannten „hot spots“ resultierte in weniger Suiziden.

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

4.2.4.4. Diskussion

Aus den vorliegenden Publikationen zu drei Themenbereichen (Präventionsansätze in der Schule, medikamentöse Suizidprophylaxe, bevölkerungsbezogene Kampagne gegen Depression) lassen sich keine belastbaren Aussagen zu Versorgungsdefiziten bezogen auf die Prävention ableiten. Die ausgewerteten Studien können dennoch einige Hinweise dafür liefern, dass präventive Ansätze bereits in Schulen möglich sind und auch auf Bevölkerungsebene wie im Nürnberger Bündnis gegen Depression praktikabel sind. Die Auswertung der Suizidstatistik spricht nicht gegen die Ergebnisse aus der methodisch problematischen Evaluationsstudie zu diesem Bündnis. Allerdings ist zu beachten, dass möglicherweise eine erhebliche Dunkelziffer bei Suiziden die Statistik verfälscht haben könnte. Die Zahlenangaben zum Präventionspotential der Lithiumprophylaxe entstammen Modellberechnungen und beinhalten zahlreiche Annahmen, so dass diese Zahlen ebenfalls vorsichtig interpretiert werden müssen.

4.2.5. Ergebnisse aus den Studien der Kategorie „Qualität“ zur Versorgung von depressiven Patienten

4.2.5.1. Studienlage

Aus dem Gesamtpool der bewerteten Studien zur Versorgung von Patienten mit Depression in Deutschland wurden insgesamt 12 Studien der Kategorie „Qualität“ zugeordnet, deren Hauptergebnisse im Folgenden kurz dargestellt werden. Zusätzlich in dieses Kapitel aufgenommen wurde eine Untersuchung zur Kodierqualität von Diagnosen bei Psychotherapeuten.

4.2.5.2. Studien auf der Basis von Modellprojekten zur Qualitätssicherung der Depressionsbehandlung

Fünf der 12 Publikationen basieren auf Auswertungen und Analysen aus zwei Modellprojekten auf der Basis des „klassischen“ einrichtungsübergreifenden („extern vergleichenden“) Qualitätssicherungs-Konzeptes mit Rückmeldung der Daten an die beteiligten Krankenhäuser. Im Rahmen des landesweiten Pilotprojektes „Qualitätssicherung der stationären Depressionsbehandlung in der klinischen Psychiatrie Baden-Württemberg“ wurden insbesondere über Prozess- und Ergebnisparameter von über 3.000 Patienten aus 24 Krankenhäusern aus den Jahren 1998 bis 2000 berichtet (Härter et al., 2004). Auf der Basis der systematisch erhobenen Daten wird differenziert die Versorgung stationärer depressiver Patienten beschrieben. Neben den Diagnose-Häufigkeiten (z.B. 40% unipolare Depression [F32.xx], 35% rezidivierende depressive Störung [F33.xx]) und Schweregraden (82% schwer

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

erkrankt) werden im Sinne von Prozess-Parametern die Behandlungsformen quantifiziert (z.B. 94% Antidepressiva, unterschiedliche Psychotherapien in Art und Häufigkeit, 35% nur Monotherapie). Im Ergebnis verbesserte sich bei 83% der Patienten die Symptomatik (50% Vollremission, 33% Teilremission). 90% der Patienten beurteilten ihre Behandlung mit hoher Zufriedenheit. Auf die Notwendigkeit einer post-stationären sektorenübergreifenden Betrachtung von Langzeitergebnissen (Transfer und Nachhaltigkeit der stationär erzielten guten Ergebnisse in den Alltag, Wiederaufnahmen, Einbeziehung der Hausärzte in der ambulanten Nachbetreuung, Früherkennung von Rückfällen usw.) wird durch die Autoren hingewiesen.

Im Sinne von sekundärer Datennutzung der Datenbasis des Pilotprojektes aus Baden-Württemberg haben Keller et al. (2001) die Frage untersucht, ob sich die Behandlung von Patienten mit chronischer Depression (n=725) von der von Patienten mit einer ersten depressiven Episode (n=599) in der stationären Versorgung unterscheidet. Wolfersdorf et al. (2004) untersuchen in ähnlicher Weise ebenfalls zwei Krankheitsgruppen (Patienten mit endogener (n=2.057) und neurotischer Depression (n=1.026)). Beide Studien zeigen kaum Unterschiede bzgl. Behandlungsprozess und Ergebnis.

Ebenfalls auf der Basis eines einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungs-Ansatzes wurde von Schneider et al. (2005) in 10 psychiatrischen Kliniken in Deutschland die Adhärenz zu Behandlungsleitlinien sowie die Ergebnisqualität bei 1.202 depressiven Patienten untersucht (Zeitraum: 12/2001 – 02/2003). Die Versorgung wird insgesamt als gut eingeschätzt, dennoch wird auf Verbesserungspotentiale im Hinblick auf eine leitliniengerechte Versorgung hingewiesen, insbesondere z.B. bei der Dosierung der trizyklischen Antidepressiva, der Reduktion von Benzodiazepine, der Steigerung elektrokonsuliver Therapie und Interpersoneller Therapie. Die Autoren weisen explizit darauf hin, dass ein positiver Outcome (Response) mit einer leitliniengerechten Versorgung assoziiert ist. Darüber hinaus wird das Benchmarking der beteiligten Kliniken anhand von Prozess- und Ergebnisparametern als positive Möglichkeit zur Verbesserung der Qualität unter Einsatz interner Qualitätsmanagement-Tools eingeschätzt.

Auf der Basis der gleichen Daten wie Schneider et al. haben Sitta et al. (2006) die Frage nach Prognosefaktoren für die sehr unterschiedlichen, insgesamt jedoch zurückgehenden stationären Verweildauern untersucht. Die Ergebnisse (n=2.133 Patienten, Zeitraum: 10/2001 – 04/2004) deuten darauf hin, dass nicht allein die Einflussparameter wie Dauer und Schwere der Erkrankung, Lebensführung, rezidivierende Depression und Suizid in der Vorgeschichte, sondern zusätzliche Faktoren wie ärztlicher Behandlungsstil, Behandlungsangebot sowie klinikbezogene Strukturvariable die Verweildauern beeinflussen können und daher weitere diagnosespezifische Ergebnis-Indikatoren einzubeziehen sind. Die Kurzformel „schnellere = bessere Behandlung“ greift nach Ansicht der Autoren zu kurz und vernachlässigt weitere zu berücksichtigende Qualitätsaspekte. Auch diese Autorengruppe betont die positive Bedeutung

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

des Benchmarking-Ansatzes zur Qualitätsdarlegung und weist auf die Wichtigkeit der Case-Mix-Korrekturen für „faire“ Qualitäts-Vergleiche hin.

4.2.5.3. Studien mit Bezug zur leitlinienorientierten Versorgung

Sechs der 12 Studien nehmen im weiteren Sinne ebenfalls Bezug zu einer leitlinienorientierten Versorgung. Bermejo et al. (2002) befragten 180 Hausärzte (18% Rücklauf) zu Erschwernissen und Problemen in der Versorgung depressiver Patienten, zu ihrer eigenen Kompetenz und zu Fortbildungserfordernissen. Die Ergebnisse zeigen neben den von Hausärzten berichteten strukturellen Problemen (z.B. eingeschränktes Budget für Verordnungen, Zeit, Vergütung [Range: 18% bis 43%]) patientenseitige Probleme (z.B. Akzeptanz der Diagnose, Nebenwirkungen der Antidepressiva [Range: 30% bis 55%]) auch arztseitige Probleme (z.B. geringe Kenntnis in Diagnostik und Therapie [Range: 17% bis 19%]) bei jedoch überwiegend hoher selbst eingeschätzter Kompetenz in der Basisbetreuung. Explizit wird auf deutlichen Fortbildungsbedarf (insbesondere im Umgang mit Suizidalität und medikamentöser Akutbehandlung) hingewiesen und praxisorientierte Maßnahmen zur Optimierung einer leitliniengerechten Versorgung vorgeschlagen. Zur Reduzierung von Problemen wird die aktive Einbeziehung der Patienten in den Behandlungsprozess ebenfalls hoch eingeschätzt. Dieser Gedanke findet sich auch in der Studie von Hoyer et al. (2006) wieder, der im Rahmen einer Befragung (Fragebogen in Zeitschrift integriert) zu dem Schluss kam, dass eine verbesserte Kommunikation zwischen Arzt und Patient zu einer höheren Zufriedenheit der Patienten mit psychotherapeutischer Behandlung beiträgt.

Bermejo et al. (2009) untersuchten in einer kontrollierten Studie (zwei Gruppen von Ärzten – 29 Ärzte für Allgemeinmedizin, 15 Psychiater; 361 Patienten vor und 337 Patienten nach Intervention – über 8 Wochen in einem prae-post-Design) die Effekte eines Leitlinien-Trainings zur Diagnose und Therapie von depressiven Störungen. Das Training war als vielschichtige Intervention angelegt und kombinierte neben der Leitlinien-Schulung u.a. auch Benchmarking-Ansätze und interdisziplinäre Qualitäts-Zirkel. Im Ergebnis zeigt sich, dass 88% der Teilnehmer die Leitlinie als nützlich für ihre tägliche Arbeit bezeichneten. Es zeigte sich allerdings kein signifikanter Unterschied im Outcome (Response, Remission) zwischen den beiden Gruppen (mit und ohne Leitlinien-Intervention), da sich beide Gruppen verbesserten (Interventionsgruppe von 49% auf 67%, Kontrollgruppe von 55% auf 62%). Die Autoren erachten es dennoch im Sinne eines integrierten Behandlungsmodells für wichtig, Leitlinien zu implementieren, deren Anwendung zu schulen und die Ergebnisse der Versorgung in Qualitätszirkeln zu erörtern, d.h. die Instrumente des Qualitätsmanagements einzusetzen.

Über die Studie von Gandjour et al. (2004) wird im Kapitel „Gesundheitsökonomie“ berichtet. An dieser Stelle wird lediglich darauf verwiesen, dass die Autoren davon ausgehen, dass in Deutschland nur 35% der depressiven Patienten evidenzbasiert (England: 52%,

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

Schweiz: 56%) behandelt werden und daher die Verbesserung der Versorgung durch Leitlinien-Orientierung möglich sei.

Die Studie von Jacobi et al. (2002) beschreibt in erster Linie die Stichtagsprävalenz depressiver Symptome in über 600 Hausarztpraxen (mit insgesamt 20.421 Patienten). Unter Qualitätsaspekten sind die Hinweise der Autoren hinsichtlich geringer Erkennensrate (59%), hohem Anteil an Fehldiagnosen (40% falsch positive Diagnosen) sowie geringe leitliniengerechte Versorgung erwähnenswert.

Linden et al. (2007) untersuchten in einer randomisierten kontrollierten Studie die Effekte einer Dosierungsleitlinie zum Antidepressivum Doxepin. Nur 3% der Patienten in beiden Gruppen erhielten die in der Leitlinie empfohlene Dosierung, in beiden Gruppen zeigte sich eine deutliche Unterdosierung.

Menke et al. (2003) beschreiben in einer zusammenfassenden Übersichtsarbeit die Qualitätsprobleme in der Versorgung von depressiven Patienten und schlagen Lösungen zur Qualitätsverbesserung vor. Unter anderem werden folgende Probleme genannt:

- Eine Minderheit depressiver Patienten erhält eine leitliniengerechte Medikation.
- Das Potential einer konsequenten medikamentösen Rezidivprophylaxe wird nicht genutzt.
- 35% der ambulant antidepressiv behandelten Patienten sind nicht compliant.
- Rund 30% aller Patienten mit einer voll ausgebildeten Depression in deutschen Allgemeinarztpraxen sind nach einem Jahr immer noch bzw. erneut von derselben Erkrankung betroffen.
- Die Suizidwahrscheinlichkeit schwerer, stationär behandelter Fälle liegt bei etwa 15%.
- Depressive Störungen verursachen in der Bundesrepublik rund 1% der Krankenhaus-fälle, entspricht etwa 160.000 Krankenhaus-Aufnahmen.
- Depressive Patienten haben doppelt so viele Arbeitsunfähigkeits-Tage (AU-Tage) monatlich (3,2 vs. 1,7) und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nannte 15.000 Frühberentungen und 11Mio. AU-Tage jährlich aufgrund von Depressionen.

Als Lösung dieser Probleme zur Qualitäts- und Kostenoptimierung wird auch von diesem Autorenteam die Orientierung an Leitlinien empfohlen. Darüber hinaus werden leitlinienorientierte Vergütungs-Anreize für verbesserte Prozess- und Ergebnisqualität vorgeschlagen.

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

4.2.5.4. Qualitätsindikatoren

In der S3-Leitlinie "Unipolare Depression" werden insgesamt 16 für die Versorgung von Patienten mit Depression relevante Qualitätsindikatoren vorgeschlagen. Diese werden hier berichtet, da die Leitlinie in diesem Fall in Bezug auf die dort vermuteten bzw. angemerkten Versorgungsprobleme betrachtet wird. Die Bereiche, für die Qualitätsindikatoren vorgeschlagen werden, beziehen sich auf die Empfehlungen resp. Kapitel der Leitlinie und umfassen: Symptomatik und Diagnosestellung gemäß ICD-10, Behandlungsziele und Einbezug von Patienten und Angehörigen, Pharmakotherapie, Maßnahmen bei Nichtansprechen, Psychotherapie, Nicht-medikamentöse somatische Therapieverfahren, Management bei Suizidgefahr. Mit diesen Indikatoren soll es ermöglicht werden, die Einhaltung einer leitlinienorientierten Versorgung für wichtige Bereiche in der Versorgung von depressiven Patienten zu messen und zu bewerten.

Ziel des Projektes AQUIK (Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen) der KBV war die Erprobung und Etablierung eines validen, transparenten Satzes von Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für die vertragsärztliche Versorgung. 48 Indikatoren aus 18 Bereichen (u.a. AIDS / HIV, Arthrose, Demenz, Depression, Harninkontinenz) wurden entwickelt. Für den Bereich Depression liegen 6 Qualitätsindikatoren zu Diagnosekriterien, Einschätzung Fallschwere, Medikation, Patientenregister, Screening bei koronarer Herzkrankheit und / oder Diabetes sowie Suizidrisiko vor.

4.2.5.5. Qualität der Diagnosekodierung bei Psychotherapeuten

Zur Frage der Konsistenz der Diagnosekodierungen anhand von Auswertungen von Psychotherapiegutachten lagen Zwischenergebnisse einer Studie der Universität Chemnitz vor.¹² Anhand von Antragsunterlagen des Gutachterverfahrens für ambulante Verhaltenstherapie wurde die Konsistenz der Diagnosekodierungen durch Abgleich zwischen den Angaben des Therapeuten zum Antrag des Versicherten an die Vertragskasse (Formblatt PTV2) und den Bericht an den Gutachter ermittelt. Die Datenbasis war eine unselektierte Stichprobe von 1.011 analysierten Fällen / Anträgen aus dem Bestand eines Obergutachters (Jahre 2005 bis 2007). Angaben zu den ICD-10-Diagnosen bezogen sich bei Erst- oder Folgeanträgen auf den jeweiligen Antragszeitpunkt. „Informelle / verbale“, nicht ICD-10-verschlüsselte Diagnosen, wurden für den Vergleich der Leitdiagnosen mit einbezogen. Die Anzahl unspezifischer Diagnosen („sonstige“, „nicht näher bezeichnet“ und „Oberklassen“) betrug 7,2%.

¹² Mühlig S. Analyse formaler Aspekte der Berichtsqualität im Rahmen des Antrags- und Gutachterverfahrens für ambulante Antrags Psychotherapie – Auswahl vorläufiger Ergebnisse. Vortrag bei Gutachterqualitätszirkel Bestandsaufnahme und Perspektiven des Gutachterverfahrens in der Verhaltenstherapie 05.10.2010, Nexusklinik, Baden-Baden.

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

Als Ergebnis des Diagnoseabgleichs ergab sich eine Abweichung bei 426 Fällen (42%) zwischen PTV2 und dem Bericht an den Gutachter. Davon wichen in 67% dieser Fälle die Anzahl der Diagnosekodierungen voneinander ab, wobei im Bericht an den Gutachter signifikant mehr unterschiedliche Diagnosen angegeben wurden als im PTV2 (Unterschätzung der Störungsschwere in Krankenkassendaten). In 25% der Fälle fehlte die ICD-10-Kodierung in einer der beiden Datenquellen gänzlich (keine signifikanten Unterschiede zwischen dem Bericht an den Gutachter und PTV2).

Wurden informelle Diagnoseangaben in die Analyse einbezogen, wichen vergebene Diagnosen noch bei 171 von 1.011 Fällen (16,9%) im Bericht an den Gutachter und im PTV2 ab. Von diesen Abweichungen stimmten in 127 Fällen die Angaben nicht überein, in weiteren 37 Fällen wurden weder informelle noch ICD-10-Kodierungen im PTV2 angegeben und in 7 Fällen erschienen keine Diagnosen an der entsprechenden Stelle im Bericht.

4.2.5.6. Diskussion

In der übergeordneten Kategorie „Qualität“ wurden insgesamt 12 Studien ausgewertet, die Hinweise auf Verbesserungspotentiale der Versorgungsqualität von Patienten mit Depression geben sowie darüber hinaus auch Lösungen zur Qualitätsverbesserung vorschlagen. Die unter 4.2.5.2 aufgeführten Studien basieren auf zwei Modellprojekten zur stationären Qualitätssicherung der Depressionsbehandlung. Es handelt sich bei beiden Modellprojekten um regionale multizentrische „Kohortenstudien“ bzw. Beobachtungsstudien in verschiedenen Regionen in Deutschland mit insgesamt ca. 5.000 Patienten (Härter et al., 2004; Schneider et al., 2005; Sitta et al., 2006). Zwei der fünf Studien (Keller et al., 2001; Wolfersdorf et al., 2004) verwendeten die Daten aus dem baden-württembergischen Modellprojekt als sekundäre Datenquellen für Spezialfragestellungen im Kontext der stationären Versorgung. Insgesamt können die Aussagen aus diesen Studien auf der Basis von beschreibenden Auswertungen zur Qualität der Versorgung als qualitativ adäquat eingeschätzt werden.

Die unter 4.2.5.3 aufgeführten Studien mit Bezug zur leitlinienorientierten Versorgung beziehen sich auf verschiedene Themen, die im weiteren Sinne auf eine leitlinienorientierte Versorgung fokussieren. Insgesamt sind sie als von eher heterogener (von geringer bis höherer) Aussagekraft einzuschätzen. Von geringerer Aussagekraft z.B. ist die Befragung von 180 Hausärzten (Bermejo et al., 2002), wegen der geringen Rücklaufquote von 18% und eines regional begrenzten Bezuges (Südbaden), wobei dennoch relevante Hinweise zu Erfahrungen von Hausärzten der Studie zu entnehmen sind. Weniger aussagefähig ist auch die Befragung mittels eines in einer Zeitschrift eingefügten Fragebogens, da weder von einer repräsentativen Stichprobe noch von adäquater interner und externer Validität der Studienergebnisse ausgegangen werden kann (Hoyer et al., 2006). Die randomisierte Studie (Linden et al., 2007), die Effekte von Dosierungsleitlinien zu Doxepin (zwei Arzt-Gruppen mit und ohne Leitlinien-Information, wobei nicht konkret angegeben ist, um welche Leitlinie es sich

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

handelt) untersuchte, ist hinsichtlich ihrer Aussagekraft ebenfalls limitiert, da von einem Bias durch die Auswahl der Ärzte (Doxepin-Verschreibende) ausgegangen werden kann. Die kontrollierte Studie zur Untersuchung der Effekte eines Leitlinientrainings (Bermejo et al., 2009b) ist methodisch grundsätzlich gut angelegt, zeigt allerdings einige Limitationen hinsichtlich der Fallzahlen (ggf. Unterpowerung) sowie der Repräsentativität durch die Auswahl der Ärzte. Dennoch lassen sich relevante und praktische Hinweise hinsichtlich der Implementation von Leitlinien ableiten. Ebenfalls von höherer Aussagekraft ist – auch unter Qualitätsaspekten – die Querschnittsstudie hinsichtlich des geringen Erkennens der Depression und hohem Anteil von Fehldiagnosen mit über 20.000 Patienten einzuschätzen (Jacobi et al., 2002). Die Übersichtsarbeit von Menke et al. (2003) ohne eigene Daten erläutert in zusammenfassendem Sinne Qualitätsprobleme in der Versorgung depressiv Erkrankter.

Die Studien, insbesondere auf der Basis der Modellprojekte zur einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung, weisen auf der Basis adäquater Aussagekraft explizit auf Verbesserungspotentiale der Qualität der Versorgung hinsichtlich leitlinienorientierter ambulanter und stationärer Versorgung u.a. in den Bereichen Diagnostik, (nicht-)medikamentöser (Erhaltungs-)Therapie, Suizidprävention und Outcome (z.B. Therapie-Response) hin.

Die Ergebnisse der in diesem Kapitel dargelegten Studien weisen insgesamt darauf hin, dass die Anwendung evidenzbasierter und versorgungsorientierter Leitlinien eine wichtige Möglichkeit darstellt, Verbesserungspotentiale hinsichtlich Prozess- und Ergebnisqualität durch entsprechende Maßnahmen zu realisieren. Vorschläge für Qualitätsindikatoren zur Messung einer leitlinienkonformen Versorgungsqualität liegen im Rahmen der S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ sowie aus dem AQUIK-Projekt der KBV vor.

Hinweise auf Implementationsstrategien von Leitlinien, einschließlich flankierender Maßnahmen, Umsetzung entsprechender Fortbildungsangebote für Ärzte sowie verbesserte Kommunikations- und Einbindungsstrategien für die Patienten runden das Bild der Verbesserungsmöglichkeiten ab.

4.2.6. Versorgungsepidemiologie

4.2.6.1. Studienlage

Für die unter der Kategorie Versorgungsepidemiologie eingeordneten Themenbereiche wurden 16 Quellen ausgewertet. Einige Publikationen wurden mehreren Themenbereichen zugeordnet, darauf wird an entsprechender Stelle jeweils verwiesen. Auch in dieser Kategorie repräsentierten die eingeschlossenen Arbeiten eine Vielzahl methodischer Ansätze und hatten eine sehr heterogene Qualität und Aussagekraft. Es handelte sich um 6 Surveys bzw.

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

Querschnittsstudien, 5 Auswertungen von administrativen Daten, 3 retrospektiven Studien, 1 RCT sowie eine ergänzende Auswertung aus der Krankenhausdiagnosestatistik.¹³

4.2.6.2. Geographische Variationen, Angemessenheit

Zu diesem Aspekt wurden zwei Publikationen ausgewertet, die sich mit der räumlichen Verteilung der Leistungserbringer im Bereich Psychotherapie bzw. der Art der erbrachten Leistungen beschäftigten (Ballast, 2010; Lüders, 2007). Außerdem wurden auf Anfrage durch den G-BA seitens der KBV Auswertungen zur räumlichen Verteilung von Leistungserbringern und von psychotherapeutischen Leistungen zur Verfügung gestellt. In allen Fällen wurden administrative Daten ausgewertet.

Ballast (2010) thematisierte in einem Vortrag das Thema Über-, Unter- und Fehlversorgung bei psychisch Kranken. Es fanden sich Hinweise auf ein Stadt-Land- sowie Ost-West-Gefälle beim Angebot an Psychotherapeuten bei grundsätzlicher Überversorgungssituation (Folie 9): es gab keine unterversorgten Planungsbereiche, 32 Bereiche mit Regelversorgung und 370 Bereiche mit Überversorgung. Geographische Variationen zeigten sich für Psychotherapie und Psychoanalyse graphisch anhand von Daten der TK (s. Abbildung 11), die als Hinweise für angebotsinduzierte Leistungserbringung gewertet wurden: Je nach Postleitzahlbereich fanden sich große Unterschiede bei den Anteilen für Psychoanalyse oder Verhaltenstherapie bei der ICD-10-Diagnose F32 (Depression). Es fand sich auch die Behauptung einer nicht leitliniengerechten Arzneimitteltherapie, allerdings ohne Quellenangabe. Über- und Unterversorgung wurden auf die Behandlungskapazität bezogen (Bedarfsplanung), Qualitätsdefizite und unangemessene Versorgung wurden unter Fehlversorgung subsummiert. Die Quellen wurden nur teilweise angegeben.

¹³ Nach Abschluss der Recherchen veröffentlichte das RKI ein Themenheft aus der Reihe Gesundheitsberichterstattung zur Depression (RKI, 2010), das ebenfalls einige der in diesem Bericht aufgegriffenen Versorgungsaspekte aufgreift. Es finden sich aber keine Informationen im RKI-Heft, die über die im Bericht der AG Versorgungsorientierung / Priorisierung geschilderten hinausgehen.

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

4. Häufigkeit der Psychoanalyse bei Depression (F32) in %

(Quelle: Techniker Krankenkasse, basierend auf EBM-Daten, AV.2)

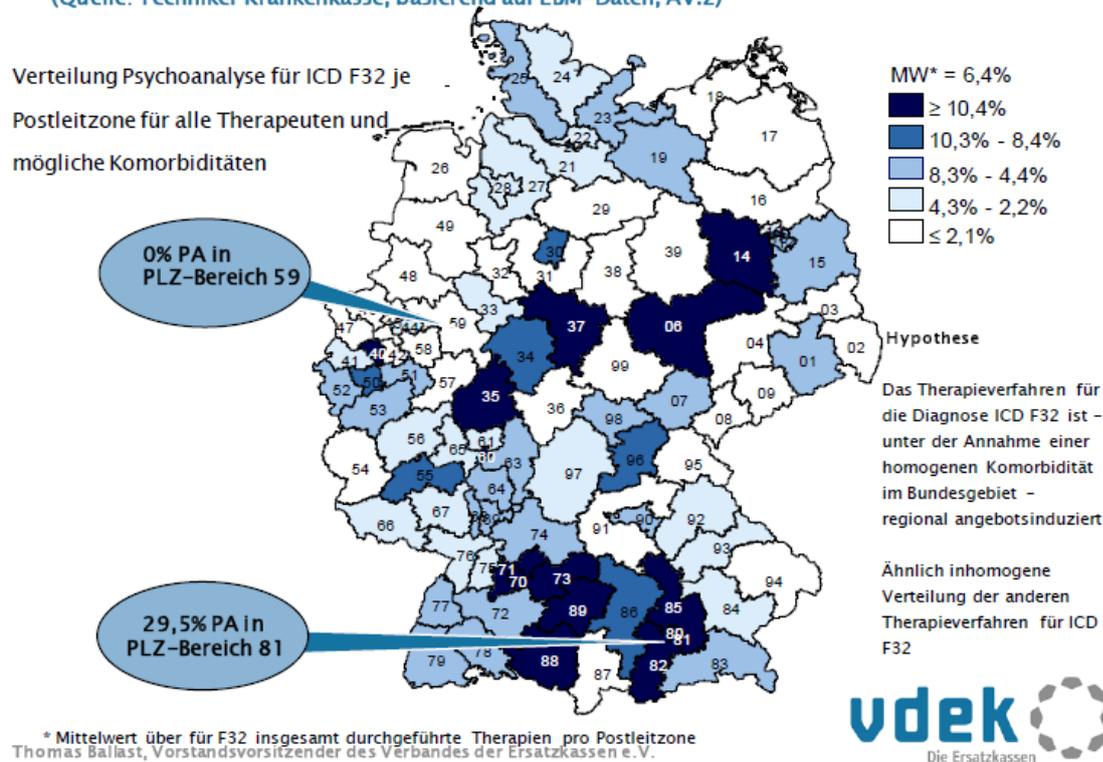


Abbildung 11: Geographische Variationen der psychotherapeutischen Versorgung bei Depression (Quelle: Ballast; 2010)

In einer Untersuchung anhand von Abrechnungsdaten der KV Bayerns untersuchte Lüders (2007) die Versorgungssituation der ambulanten Psychotherapie in Bayern. Ausgewertet wurden Daten von Patienten, die in mindestens einem der vier Quartale (4/05, 1/06, 2/06, 3/06) mindestens eine psychische Diagnose bzw. psychotherapeutische Leistung ambulant erhalten hatten. Es zeigten sich signifikante Alters-, Geschlechts- und regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen. Mit 37,6% machten die affektiven Störungen die zweitgrößte Diagnosegruppe aus, dabei stand die depressive Episode (F32) in dieser Gruppe an erster Stelle. Bei reiner Summierung der Einzeldiagnosen ohne Patientenbezug standen die depressiven Episoden an erster Stelle. Es wurden sehr detaillierte Ergebnisse zur Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen und Verteilung der Krankheitsbilder berichtet, allerdings nicht immer differenziert nach Depressionen und nur für gesetzlich Krankenversicherte in Bayern. Abbildung 12 fasst wesentliche Erkenntnisse graphisch zusammen. Es wurden insgesamt 1,46% der Versicherten im Beobachtungszeitraum psychotherapeutisch behandelt. Zwei Drittel erhielten eine Kurzzeit-Psychotherapie. Die analytische Einzeltherapie erwies sich als am teuersten. Ein wichtiger Befund war, dass Diagnose- und Behandlungsort auseinander fielen (Schwerpunkt Oberbayern mit München). Das bedeutet, dass sich Psychotherapeuten vor allem in Ballungsräumen angesiedelt haben,

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

gleichzeitig bestanden Überkapazitäten. Hierdurch ergab sich das Problem, dass auch in ländlichen Regionen keine freien Sitze mehr verfügbar waren mit der Konsequenz weiterer Anfahrtswege für Patienten.

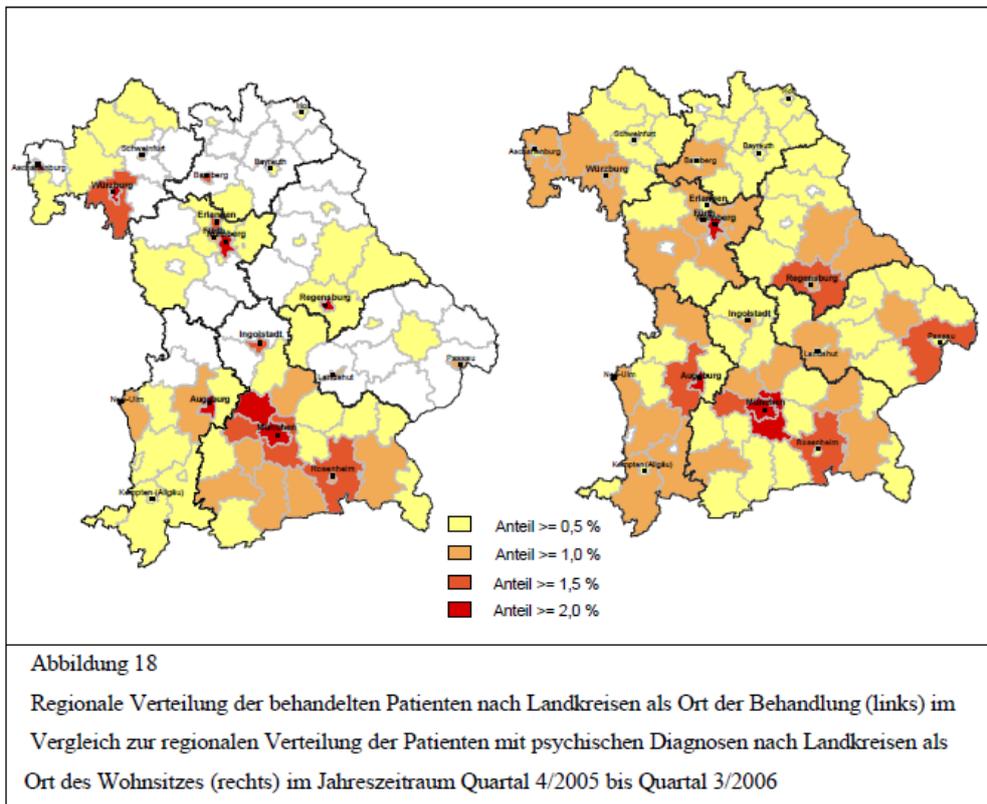


Abbildung 12: Diskrepanz zwischen Wohnort und Behandlungsort von Patienten mit psychischen Diagnosen (Quelle: Lüders 2007)

Durch die KBV wurde eine Auswertung aus dem Bundesarztregister 2008 zur räumlichen Verteilung von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, der durchgeführten psychotherapeutischen Behandlungen (auf der Basis von Abrechnungsdaten von 2009) inklusive Kurz- und Langzeittherapien und zum Verhältnis von Leistungserbringern und Behandlungsverfahren zur Verfügung gestellt.¹⁴ Bezogen auf die räumliche Verteilung zeigte sich eine Ungleichverteilung von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten. Es gab deutlich mehr psychologische als ärztliche Psychotherapeuten und eine Konzentration der Psychotherapeuten insgesamt in Ballungsräumen. Die Erbringung von psychotherapeutischen Leistungen entsprach der Verteilung der Leistungserbringer. Analytische Psychotherapie erfolgte vergleichsweise weniger häufig, tiefenpsychologische und verhaltenstherapeutische

¹⁴ Schreiben an Dr. Hess vom 12.11.2010.

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

Verfahren fanden etwa gleich häufig statt, allerdings führten Psychologische Psychotherapeuten deutlich häufiger Verhaltenstherapie bei allen Schweregraden der Depressionen durch als ärztliche Psychotherapeuten. Der Schwerpunkt der Psychotherapie lag bei den mittelschweren Depressionen. Das räumliche Verteilungsmuster wiederholte sich auch bei der Differenzierung in Kurz- und Langzeittherapien. Allerdings fiel ein deutliches Überwiegen von Kurzzeit- gegenüber Langzeittherapien sowohl bei der Tiefenpsychologie wie auch bei der Verhaltenstherapie auf (Psychoanalyse wird nur als Langzeittherapie angeboten).

4.2.6.3. Arzneimittelversorgung, Pharmakoepidemiologie

Zur Pharmakoepidemiologie / Arzneimittelversorgung lagen 6 Studien vor. (Bermejo et al., 2008) untersuchten den Status quo der Versorgung depressiver Patienten im ambulanten fachärztlichen Bereich aus der Sicht der behandelnden Fachärzte sowie die erlebten Barrieren in der Behandlung depressiver Patienten. Hierzu wurde ein schriftlicher Fragebogensurvey durchgeführt. 71 von 156 angeschriebenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde im Raum Südbaden (Rücklauf 46%) beteiligten sich. Die Auswertung erfolgte deskriptiv-statistisch (Mittelwert, Median, Standardabweichung, Range). 69% der Fachärzte waren männlich, das Durchschnittsalter betrug 56,2 (38 bis 71) Jahre. 56,3% waren Fachärzte für Nervenheilkunde, 43,7% Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie. Die durchschnittliche Niederlassungszeit lag bei 15,8 (1 bis 35) Jahren. Wöchentlich wurden 5,7 (0 bis 30) neu erkrankte depressive Patienten sowie 26,9 (3 bis 130) bereits in Behandlung befindliche depressive Patienten gesehen. Der Anteil depressiver Patienten in der Praxis betrug im Durchschnitt 40,6 % (10 bis 90). Die Diagnosestellung erfolgte in der Regel durch Patientenangaben, jeweils 87,1% der Patienten wirkte depressiv oder hatte Beschwerden die für eine Depression sprachen. 78,6% der Diagnosen beruhten auf Routinefragen, 76,8% auf Selbstauskünften der Patienten. Das Suizidrisiko wurde durch direktes Ansprechen durch den Facharzt bei 60% der Patienten ermittelt. 21,5% sahen keine Notwendigkeit, das Suizidrisiko des Patienten zu erfassen; bei 78,6% wurde das Suizidrisiko als niedrig bis sehr niedrig eingeschätzt. Die initiale Intervention (primäre Therapie) bestand bei praktisch allen Patienten in der Aufklärung über die Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten (98,6%), antidepressive Medikation (87,3%), ein kurzes therapeutisches Gespräch (80,6%), aber seltener in psychotherapeutischer Behandlung (58,8%). 44,9% erhielten eine AU-Bescheinigung. Die Medikation setzte sich zu 41,7% aus SSRI, neueren (32,1%) und trizyklischen Antidepressiva (20,2%), Johanniskraut (3,6%) und MAO-Hemmern (2,4%) zusammen. Eine Weiterbehandlung erfolgte bei 97,1% der Patienten (d.h. Anschlusstermin wurde vereinbart). 22,9% wurden an einen Psychotherapeuten, 11,4% an eine Klinik und 10% zum Hausarzt überwiesen. Die Selbsteinschätzung hinsichtlich der Kompetenz und Kenntnisse sowie zum Fortbildungsbedarf ergab sehr hohe Werte für die Diagnosestellung (97,2%), die Basisbetreuung (94,4%), die Medikation (91,5%) und die Patientenedukation (88,7%). Der Schulungsbedarf wurde insgesamt als gering eingestuft. Der höchste Bedarf für Fortbildung wurde für die Kombinationsbehandlung (32,4%) sowie die Rezidivprophylaxe

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

(29,6%) gesehen. Die Versorgung von depressiv Erkrankten im Untersuchungszeitraum wurde insgesamt als gut eingeschätzt, die Kooperation mit anderen sozialen Einrichtungen allerdings als verbesserungsfähig. Aufgrund der kleinen Stichprobe ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse unklar. Die Ergebnisse beruhen ausschließlich auf Selbstauskünften der Befragten.

In der Studie von Berner et al. (2008) wurden in einem Survey in der Allgemeinbevölkerung die Prävalenz depressiver Symptome, Behandlungsquoten, -präferenzen und -modalitäten sowie selbst-initiierte Therapien erfragt. Ziel war es, Konsequenzen für das Arzt-Patient-Verhältnis, Politik und Wissenschaft abzuleiten. An der Umfrage nahmen 2.224 zufällig ausgewählte Personen über 14 Jahre teil. 69,3% waren nicht von Depressionen betroffen. 16,7% fielen unter die Kategorie milde Depression, 7,5% in die moderate und 6,5% in die stark ausgeprägte Kategorie. Das Geschlechterverhältnis lag bei 1,28 (26,9% Männer und 34,4% Frauen), dabei waren die Frauen vor allem in den beiden Kategorien milde und moderate Depression überrepräsentiert. In der Gruppe der starken Depressionen war die Quote nicht unterschiedlich (6,6% (m) vs. 6,4% (w)). Depressionen kamen häufiger bei geschiedenen / verwitweten Personen und bei niedrigerem Bildungsstatus ($p < 0,05$) vor. Die Schwere der Symptome nahm mit steigendem Einkommen konstant ab ($p < 0,001$). Menschen in Ballungsräumen waren häufiger von Depressionen betroffen als Menschen in Kleinstädten ($p < 0,001$). 22,7% der Betroffenen befanden sich akut oder jemals in Behandlung; 29,2% wünschten eine Behandlung aufgrund depressiver Symptome, 70,8% wünschten keine. Der Wunsch nach einer Behandlung nahm mit dem Schweregrad der Symptome zu ($p < 0,001$). Trotzdem lag selbst in der Gruppe der hochgradig depressiven Patienten der Anteil ohne Arztkontakt bei 57,9% und der Anteil ohne Behandlungswunsch bei 46,4%. Insgesamt 19,8% der Betroffenen erhielten Pharmakotherapie aufgrund der Depression. Bei 13,8% war dies durch den Arzt initiiert, bei 7,2% durch den Patienten selbst. 5,9% wurden durch den Arzt beraten, erhielten aber keine weitere Therapie. Selbst bei den hochgradig depressiven Patienten erhielt nur ein Drittel irgendeine Form der Medikation. Bezogen auf Behandlungspräferenzen zeigte sich, dass die phytopharmakologische Therapie bevorzugt wurde (44,3% bis 53,1% je nach Schweregrad der Depression). Es handelte sich um eine repräsentative, allerdings kleine Bevölkerungsstichprobe. Die Diagnosestellung beruhte auf Selbstauskünften anhand einer Symptomliste, eine Validierung erfolgte nicht. Die Daten wurden bereits 2002 erhoben, ob die Ergebnisse noch aktuell sind, ist unklar. Es zeigte sich eine geringe Präferenz für chemisch definierte Antidepressiva. Lediglich 0,7% bis 1,8% erhielten eine andere Therapie als Arzneimittel (inklusive Psychotherapie). Die Studie wurde durch die Firma Schwabe finanziert.

Die ESEMeD-Studie (Demyttenaere et al., 2008) wurde bereits im Abschnitt 4.2.3.3. besprochen. In dieser Publikation wurden Patientencharakteristika analysiert, die mit der Einnahme von Antidepressiva und Benzodiazepinen in den letzten 12 Monaten assoziiert sind. Wichtigster Aspekt für die Versorgungsqualität war der Hinweis auf ein Nebeneinander von Unter-, Fehl- und Überversorgung: ein relativ geringer Anteil an Patienten mit einer

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

Major Depression nahm Antidepressiva ein, dafür ein hoher Anteil von Befragten, die nicht die Kriterien für eine Major Depression erfüllten.

Zwei Studien bezogen sich auf die Verordnung bestimmter Antidepressiva: Linden et al. (2001, 2007) führten Studien zu Venlafaxin bzw. Doxepin durch, beide Studien wurden durch Arzneimittelhersteller finanziert. Linden et al. (2001) führten einen Vergleich bei ambulant und stationär mit Venlafaxin behandelten Patienten mit Depression hinsichtlich Patientencharakteristika, Dosierung, unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW), sonstiger Therapie und Krankheitsverlauf durch. Es handelte sich um eine pharmakoepidemiologische Querschnittsstudie mit 1.300 stationären und 5.376 ambulanten Patienten, die bei 2.045 Psychiatern, davon 1.636 niedergelassenen und 409 stationär tätigen Ärzten in Behandlung waren. Im Krankenhaus behandelte Patienten waren älter, schwerer krank und litten häufiger an rezidivierender Depression. Ambulant Behandelte wiesen häufiger einen chronischen Verlauf auf. Die durchschnittliche Venlafaxindosis war bei den stationär behandelten Patienten deutlich höher, außerdem wurden stationär mehr Zusatztherapien durchgeführt. Therapieabbrüche wurden ambulant bei 41,6%, stationär bei 29,6% der Patienten auf eigenen Wunsch (39,7 / 42,1%), wegen ungenügender Wirksamkeit (51,5 / 24,2%) und UAW (37,7 / 34,7%) registriert. Die beiden Gruppen waren nicht vergleichbar. Es wurden keine Schweregrade angegeben. Ein Selektionsbias ist nicht ausgeschlossen. Ambulant wurde fast ausschließlich Arzneimitteltherapie (80%) eingesetzt.

In der Studie von Linden et al. (2007) wurde der Effekt einer detaillierten Dosierungsleitlinie zu Antidepressiva auf Therapie und Outcome von Patienten mit depressiven Störungen im Rahmen eines RCT untersucht. Niedergelassene Ärzte wurden von einem Arzneimittelhersteller (Arzneimittelwerk Dresden und Sponsor der Studie) als regelmäßige Verordner von Doxepin angeschrieben. 161 Hausärzte und 162 niedergelassene Psychiater dokumentierten 1.319 Patienten, die aus verschiedenen Gründen Doxepin erhielten. Die Ärzte wurden zufällig in eine Gruppe mit und ohne Dosierungsanleitung eingeteilt. Der Interventionsgruppe (n=158) wurden detaillierte Leitlinien zur Verschreibung und Dosierung von Doxepin ausgehändigt, die Kontrollgruppe (n=165) erhielt keine genaueren Informationen. 61,5% der Patienten litten an einer schweren Depression ohne psychotische Symptome, 10,9% unter einer schweren Episode mit psychotischer Symptomatik. Die mittlere maximale Höchstdosis lag bei 83mg in der Kontroll- und bei 95mg in der Interventionsgruppe ($p < 0,001$). Die Dosierungen waren nicht signifikant unterschiedlich zwischen Hausärzten und Psychiatern. In beiden Gruppen erhielten aber nur 3% der Patienten die empfohlene Dosis von 150mg/d. Es fand sich eine Korrelation zwischen Krankheitsschwere und Dosierung, mit höherer Dosierung bei schwererer Symptomatik. Patienten mit milder Symptomatik und der niedrigsten Dosierung zeigten den stärksten Rückgang der Symptomatik, was sich aber nicht plausibel erklären ließ. Die Kenntnis der Leitlinien hatte keinen Einfluss auf die Dosierungspräferenzen der verschreibenden Ärzte. Die Dosierungsempfehlungen der Leitlinie wurden offenbar für milde Verlaufsformen angepasst, eine Einheitsdosis wurde nicht angewandt. Doxepin wurde dennoch fast immer unterdosiert und auch bei leichter Depression verordnet. Die

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

Randomisierung wurde nicht beschrieben. Da es sich um Ärzte handelte, die Erfahrung mit Doxepin aufwiesen, sind die Ergebnisse wohl nicht generalisierbar.

Auf der Basis von administrativen Daten analysierten Ufer et al. (2007) Muster und Prävalenz von Antidepressiva-Gebrauch bei ambulanten Patienten in Baden-Württemberg. In einem historischen Kohortendesign wurden Verschreibungsdaten von AOK-Versicherten aus Baden-Württemberg (rund 39% der dortigen Bevölkerung) ausgewertet. Analysiert wurde die Anzahl von Verschreibungen pro Patient. Es wurde ein Vergleich von first- und second-line-Therapien in einer 3-Jahres-Periode (2000 bis 2002) durchgeführt. Die 1-Jahres-Prävalenz von Antidepressivaverordnungen unter 4,14 Mio. Versicherten lag bei 7,4% (n=306.093, darunter Männer: 4,3%, Frauen: 10,2%). Im gesamten Untersuchungszeitraum (3 Jahre) erhielten 589.827 Versicherte eine Antidepressivaverordnung. Die Verschreibung von SSRI nahm um rund 65% im Studienzeitraum zu, Johanniskrautverordnungen nahmen um 36,5% ab. Am häufigsten wurden Amitriptylin (Anteil 17%), Doxepin (16%) und Johanniskraut (16%) verordnet. Bei Kindern und Jugendlichen lag der Verordnungsanteil von Johanniskraut bei einem Drittel.¹⁵ 38,3% der Patienten erhielten nur eine einzige Verschreibung zwischen 2000 und 2002. Dabei war Johanniskraut das am häufigsten verschriebene Präparat (28,5%), wenn nur eine Verordnung erfolgte. Die Autoren führen den hohen Anteil von trizyklischen Antidepressiva (Amitriptylin, Doxepin) auf traditionelles Verschreibungsverhalten und finanzielle Anreize in Richtung Generikaverschreibung zurück. Für die Analyse der second-line-Therapie standen lediglich Daten von 64.571 Patienten zur Verfügung. 45,1% der first-line-Nutzer von nichtselektiven Monoamin-Wiederaufnahmehemmern (NSMRI, z.B. Amitriptylin, Doxepin) erhielten ein Präparat einer anderen Wirkstoffklasse als second-line-Therapie (am häufigsten SSRI). Johanniskraut wurde am häufigsten als first-line-Präparat eingesetzt. Da es sich um die Analyse von Verordnungsdaten ohne Angaben zur Indikationsstellung handelt, ist keine Aussage darüber möglich, ob die Arzneimittel indikationsgerecht – also zur Behandlung der Depression und nicht im Rahmen anderer Anwendungsgebiete der untersuchten Arzneimittel – eingesetzt wurden. Für Johanniskraut ist außerdem noch zusätzlich mit Selbstmedikation zu rechnen. Die Diagnose ergab sich lediglich anhand der Medikation, ein Abgleich mit ICD-Diagnosen fand nicht statt. Relevant erschien der Befund, dass für einen großen Teil der Patienten nur eine einzelne Verordnung nachweisbar war, was für eine angemessen lange Therapiedauer nicht ausreichen dürfte (Hinweis auf mögliche Unterversorgung). Die Daten stammen aus den Jahren 2000 bis 2002. Seitdem haben sich sowohl das Spektrum verfügbarer Arzneimittel mit antidepressiver Wirksamkeit und die Anwendung einiger Antidepressiva in anderen Indikationen als auch möglicherweise das Verordnungsverhalten und die Einstellung von Ärzten und Patienten zur

¹⁵ Dies könnte auch damit zusammenhängen, dass viele Antidepressiva nicht für Kinder und Jugendliche zugelassen bzw. unwirksam sind (vgl. die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie „Depressive Episoden und Rezidivierende depressive Störungen (F32, F33) Anhaltende affektive Störungen (F34)“, <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/028-005.htm>).

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

Therapie erheblich verändert. Es ist daher unsicher, ob und welche der Beobachtungen aus der Studie noch Gültigkeit beanspruchen können.

4.2.6.4. ambulante Versorgung

Es wurden lediglich zwei Untersuchungen zur ambulanten Versorgung, je eine im hausärztlichen und im fachärztlichen Bereich, ausgewertet (Spiessl et al., 2006; Bermejo et al., 2008).

Spiessl et al. (2006) bewerteten die ambulante Vorbehandlung depressiver Patienten in der Hausarztpraxis vor Krankenhausaufnahme retrospektiv anhand von Daten der Basisdokumentation von 360 Patienten mit mittelgradiger oder schwerer depressiver Episode einer Klinik in Regensburg. 72 Patienten wurden von Hausärzten und 59 von Nervenärzten / Psychiatern eingewiesen. Die übrigen wurden von anderen Kliniken verlegt oder hatten sich selbst eingewiesen. Erhebungsjahr war 2003. Die Basisdokumentation erfasste 70 Variablen, u.a. zur medikamentösen und psychotherapeutischen Vorbehandlung und zu soziodemographischen Charakteristika. Es erfolgte eine multivariate Kalkulation von Prädiktoren für die Vorbehandlung mit antidepressiven Arzneimitteln in der Hausarztpraxis mittels logistischer Regression. Die Patienten litten zu 52,7% an einer schweren und zu 40,4% an einer mittelgradigen Depression, 61,9% (Hausärzte) bzw. 82,5% (Fachärzte) wiesen einen chronischen bzw. rezidivierenden Verlauf auf. Als Prädiktoren für die Behandlung mit Antidepressiva erwiesen sich die Verschlechterung der Symptomatik, die Schwere der Erkrankung und der Familienstand nicht getrennt / nicht geschieden und weibliches Geschlecht. Allerdings konnte das Modell lediglich 18% der Varianz erklären. Mit 4,7% bei Hausärzten bzw. 5,4% bei Fachärzten wurde Psychotherapie insgesamt selten verordnet. Mit Antidepressiva vorbehandelt waren 53,1% der Patienten beim Hausarzt und 87,9% der Patienten beim Facharzt. In einer Zeitreihe seit 2000 zeigte sich keine Änderung des Ordnungsverhaltens von Hausärzten. Die Studie weist auf eine Unterversorgung mit Antidepressiva und Psychotherapie von ambulant behandelten Patienten mit Depression sowie auf einen Fortbildungsbedarf bei Hausärzten hin. Die Behandlungshäufigkeiten im Bereich der Vorbehandlung durch Fachärzte lagen höher als bei den hausärztlich vorbehandelten Patienten. Die Ergebnisse basierten nur auf 36% der in der Einrichtung im Indexjahr behandelten depressiven Patienten.

Die Publikation von Bermejo et al. (2008) wurde bereits im Abschnitt 4.2.6.3. ausführlich besprochen.

4.2.6.5. stationäre Versorgung

Mit dem Gesundheitsreport der Barmer-GEK von 2010 (Barmer GEK, 2010) wurde eine Analyse des stationären Versorgungsgeschehens unter Alltagsbedingungen für das Jahr 2009 vorgelegt. Die Auswertung basiert auf Daten von rund 8,5 Mio. Versicherten. Der

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

Schwerpunkt des Berichts lag auf der Analyse der Hüft- und Knieendoprothetik (hier nicht berichtet). Relevante Ergebnisse für Depression finden sich in Kapitel 2 und im Anhang des Gesundheitsreports der Barmer GEK. Rezidivierende depressive Störungen (F33) und depressive Episoden (F32) standen neben Schizophrenie an der Spitze der Zahl der Krankenhausaufenthalte mit 13,26 bzw. 14,93 Krankenhausfällen je 10.000 Versicherte mit jeweils 510,9 bzw. 496,2 Krankenhaustagen (38,5 bzw. 33,2 Tage je Fall). Dies entsprach einem Anteil von 5,7% an allen Krankenhaustagen. Besonders auffällig war die Veränderung der Verweildauern, die einen Anstieg für psychische Erkrankungen seit etwa 1996 zeigt, der sich nach 2004 verstärkt hat, während für alle anderen Diagnosegruppen die Verweildauer sank (Abbildung 13).

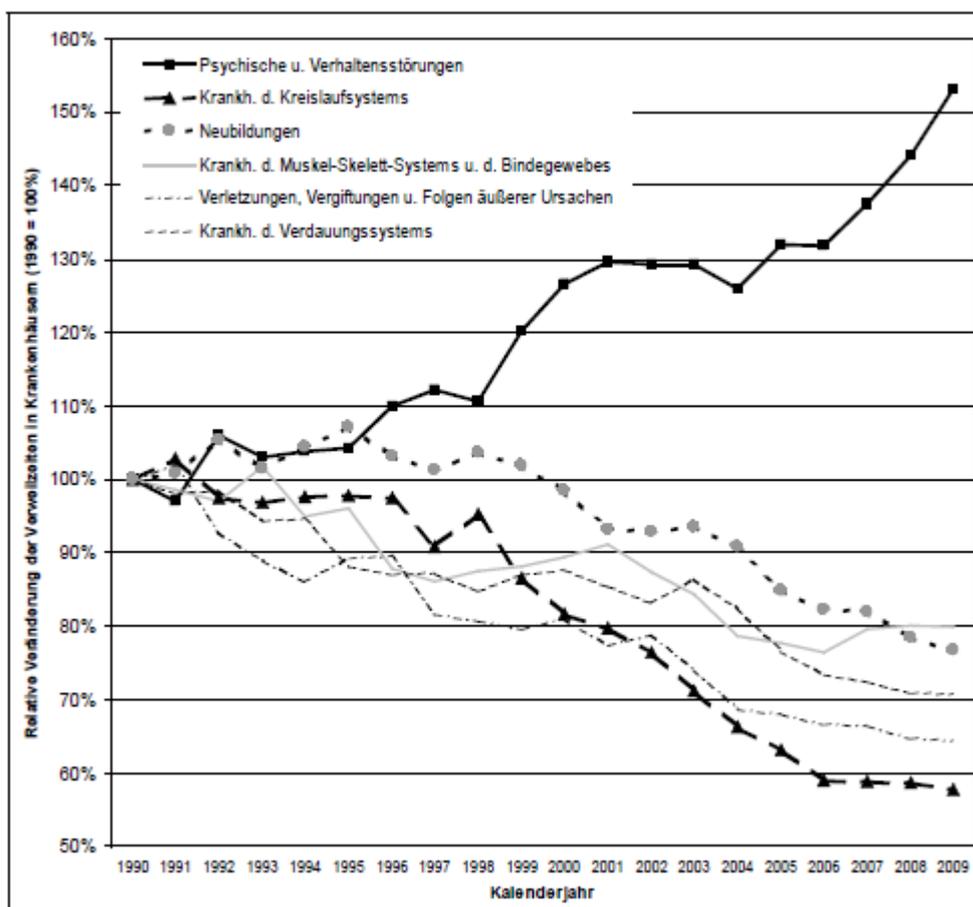


Abbildung 13: Entwicklung der stationären Verweildauern für verschiedene Krankheitsgruppen (Barmer GEK, 2010).

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

Mit Hilfe von Daten der Krankenhausdiagnosestatistik der Jahre 2000 bis 2008¹⁶ wurde untersucht, ob der Trend zu längeren Verweildauern für die Diagnose Depression nachvollziehbar ist. Dabei zeigte sich ein gegenläufiger Trend: Abnahme der Verweildauer für alle untersuchten Schweregrade der Depression bei gleichzeitiger Abnahme leichter depressiver Störungen zugunsten der Zunahme mittelgradiger und schwerer Depressionen bei gleichzeitiger absoluter Fallzunahme (Abbildungen 14 und 15). Diese Entwicklung spricht für eine gezieltere Hospitalisierung von Patienten mit schwerer Depression. In der Expertenanhörung führte Prof. Dr. Dr. Härter bestehende Wartezeiten für Krankenhausbehandlung an, die eventuell zu verkürzten Krankenhausaufenthalten (d.h. schnellere Entlassung) führen könnten; zudem wies er auf die Zunahme chronifizierter Verläufe hin, die einer stationären Behandlung bedürften. Insgesamt ist anzumerken, dass auch in der Entwicklung der S3-Leitlinie "Unipolare Depression" vielfach keine zielgenauen oder evidenzbasierten Angaben zur Zuweisung bestimmter Patienten bzw. Patientengruppen zu Versorgungsebenen und Gruppen von Versorgern möglich waren. Nach der Einschätzung des Sachverständigen Prof. Dr. Dr. Härter können verlässliche Angaben zur Frage des adäquaten Überweisungsverhaltens innerhalb und zwischen den Sektoren nicht getroffen werden, was jedoch zukünftig anzustreben wäre.

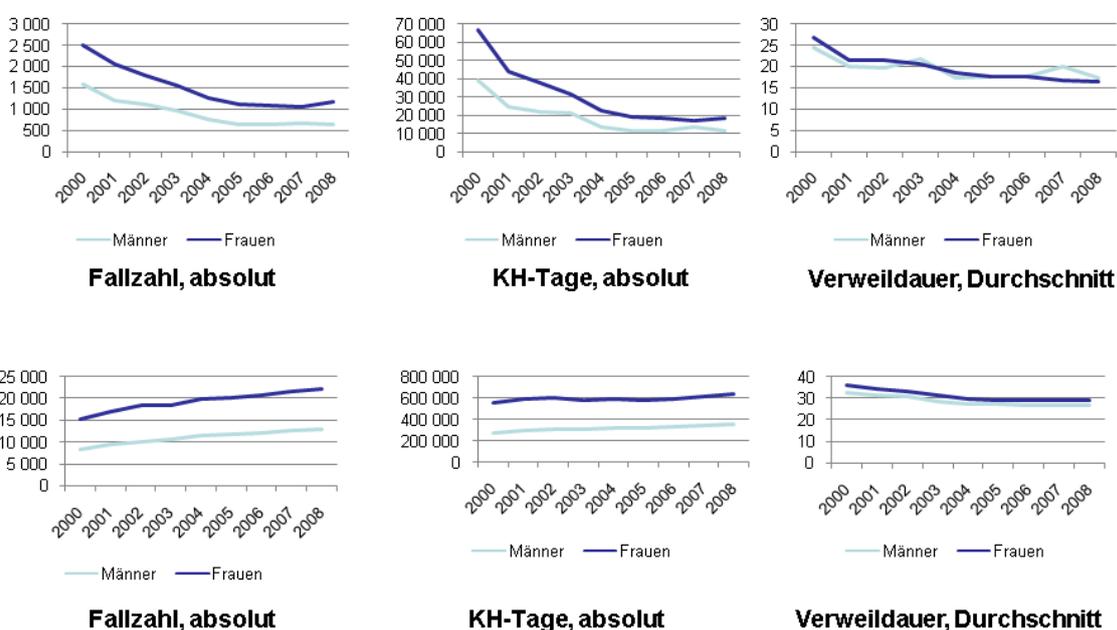


Abbildung 14: Leichte (oben) und mittelgradige (unten) depressive Episode (ICD-10 F32.0 bzw. F32.1)

¹⁶ Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen u. patienten (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle) Fachserie 12 Reihe 6.2.1

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

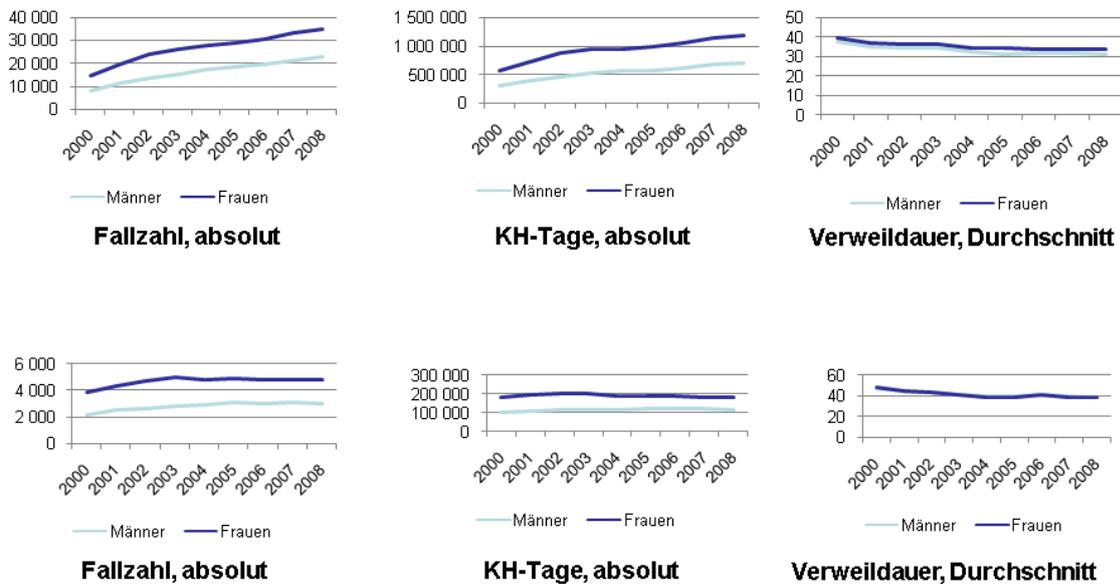


Abbildung 15: Schwere depressive Episode ohne psychotische (oben) und mit psychotischen Symptomen (unten) (ICD-10 F32.2 bzw. F32.3)

Bergk et al. (2007) untersuchten den Zusammenhang zwischen der Nutzung des therapeutischen Angebotes auf Depression spezialisierter Behandlungsstationen (Stationskonzepte) mit diagnostisch gemischten Stationen. Eine retrospektiv durchgeführte Patientenbefragung (inklusive Erfassung der Zufriedenheit) wurde mit der Analyse des therapeutischen Angebots kombiniert. Alle Patienten mit der Hauptdiagnose depressive Störung (ICD-10 F31 bis F34), die vom 9. Februar bis zum 6. April 2004 länger als eine Woche in südwürttembergischen, psychiatrischen Einrichtungen (17 Stationen in 3 Kliniken) behandelt wurden, wurden befragt. Die Angebote wurden bei den Krankenhäusern, die Inanspruchnahme von den Patienten erfragt. 167 von 201 Patienten nahmen teil (Rücklauf 83%). Insgesamt 23 unterschiedliche Therapieangebote in 5 Blöcken (somatische Therapie, Gesprächsmöglichkeiten, Gruppenangebote, Zusatztherapie, Aktivitäten) wurden gezählt. Spezialstationen boten 18 verschiedene Therapieangebote an, gegenüber 13 auf allgemeinspsychiatrischen Stationen (kein signifikanter Unterschied). Die Inanspruchnahme des therapeutischen Angebotes war aber bei Patienten auf Spezialstationen statistisch signifikant höher (6,45 Allgemeinpsychiatrie vs. 9,19 auf Schwerpunktstationen, 9,08 auf Depressionsstationen, 7,66 auf Satellitenstationen und 8,78 auf Psychotherapiestationen). In einer weiteren Analyse wurde die Einnahme von Psychopharmaka erfragt. 95% der Befragten erhielten Antidepressiva. Auf Psychotherapiestationen mit durchschnittlich 0,9 Antidepressiva pro Patient wurde signifikant weniger pharmakologische Behandlung verordnet (Allgemeinpsychiatrie 1,2, Depressionsstation 1,3, Schwerpunktstation 1,6, Satellitenstation 1,4). Die Patientenzufriedenheit mit den unterschiedlichen Stationskonzepten ergab keinen statistisch signifikanten Unterschied. Eine Aussage zum therapeutischen Erfolg konnte aus der Studie nicht abgeleitet werden.

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

4.2.6.6. Versorgung von Älteren, Heimbewohnern, Heimkindern, Alleinstehenden

In einem Survey untersuchten Nutzelt et al. (2005), welcher Anteil psychisch auffälliger Jugendlicher in Heimen eine psychotherapeutische oder psychopharmakologische Behandlung erhielt und welcher Bedarf an Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie von der Jugendhilfe geäußert wurde. Die Studienpopulation bildeten 689 Kinder und Jugendliche aus 20 südwestdeutschen Jugendhilfeeinrichtungen, von denen 557 einwilligten, von den übrigen lagen anonyme Beurteilungen vor. Das Studiendesign umfasste zwei Phasen. In der ersten Phase wurden die Kinder und Jugendlichen mittels altersspezifischer Symptomchecklisten auf psychische Auffälligkeiten gescreent. In der zweiten Phase wurden die auffälligen Kinder diagnostisch interviewt. Das Durchschnittsalter betrug 14,36 Jahre. 57,1% der im zweiten Untersuchungsdurchgang untersuchten 359 Kinder und Jugendlichen erfüllten die Kriterien mindestens einer ICD-10-(F)-Diagnose (82,6% externalisierende Störungsbilder, 8,6% Depressionen, 3,7% Angststörungen). Etwa die Hälfte der Kinder mit psychischen Störungen erhielt auch eine Therapie. Von den Kindern mit depressiver Störung erhielten 15% ein Arzneimittel, 47,5% eine Psychotherapie. Die am häufigsten genannten Wünsche zur Kooperation waren verbesserte interdisziplinäre Kommunikation und die Möglichkeit kurzfristiger stationärer Kriseninterventionen. Die Studie wurde durch einen Arzneimittelhersteller (Janssen-Cilag) finanziert. Die Studie liefert einen Hinweis auf eine Unterversorgung von Heimkindern.

Riedel-Heller et al. (2001) untersuchten den Gebrauch von Antidepressiva bei älteren Menschen (Heimbewohner und allein Wohnende) hinsichtlich der Einzelsubstanzen und der Art der Versorgung. Untersucht wurden Patienten über 75 Jahre, insgesamt 1.500 allein Wohnende und 470 Heimbewohner in einer städtischen Region (Leipzig Süd). Die Personen wurden durch Ärzte oder Psychologen anhand von Fragebögen und einer Depressionsskala zuhause bzw. in ihrer Einrichtung befragt. Es wurde nach Arzneimittelverordnungen und Selbstmedikation gefragt. Die Medikation der Heimbewohner wurde aus den Akten entnommen. Die Daten wurden nach Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status stratifiziert. Die zuhause Wohnenden und die Heimbewohner waren nicht vergleichbar. Für die Auswertung standen Daten von 1.193 allein wohnenden Personen sowie von 470 Heimbewohnern zur Verfügung. Bei den zuhause Lebenden wurde bei 12,9% eine schwere Depression festgestellt, jedoch nahmen nur 2,2% synthetische Antidepressiva und weitere 4,2% Phytopharmaka (Johanniskraut) ein. Bei den Heimbewohnern wurden 44,6% vom Pflegepersonal als depressiv eingeschätzt. Von diesen nahmen 3,6% synthetische Antidepressiva und 2,8% Phytopharmaka ein. Die Daten wurden bereits 1997 erhoben, es ist unklar, ob die Ergebnisse noch gültig sind. Die Darstellung der Studienergebnisse ist teilweise widersprüchlich, weist aber auf eine mögliche medikamentöse Unterversorgung von Älteren mit Depression hin.

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

4.2.6.7. Berufsunfähigkeit, Frühberentung, Arbeitswelt

In dieser Kategorie wurden vier Studien ausgewertet, von denen allerdings zwei auch in anderen Abschnitten diskutiert werden.

Akermann (2002) untersuchte retrospektiv Berufsunfähigkeit bei Presseberufen anhand von Leistungen aus Berufsunfähigkeitszusatzversicherungen der Allianz. Der genaue Beobachtungszeitraum blieb unklar („ab Mitte der 90er Jahre erfasst und ausgewertet“). Die Stichprobe umfasste Journalisten / Redakteure (77,5%), Verwaltungskräfte (8,1%) und Kameralleute / Fotografen / Fernsehspezialisten (14,4%). Ausgewertet wurden insgesamt 1.090 Verträge, davon waren etwa 30% Frauen. Bei allen waren Rentenleistungen bewilligt worden. Der Altersdurchschnitt bei Berufsunfähigkeit lag bei 49,6 Jahren. Männer waren im Durchschnitt 51 Jahre alt (= 18 Jahre Laufzeit), Frauen 46 Jahre (= 12 Jahre Laufzeit), d.h. der Untersuchungszeitraum umfasste etwa 20 Jahre. Als Hauptdiagnose für die Ursache der Berufsunfähigkeit standen an erster Stelle mit 23,5% psychische Erkrankungen, davon 50% Depressionen, danach Tumorerkrankungen (16,8%), Erkrankungen des Bewegungsapparates (16,5%) und Herz-Kreislaufkrankungen (13,7%). Bei 11% der Fälle war die Berufsunfähigkeit nur vorübergehend, der Anteil der depressiven Patienten lag bei 20%. Somit erwies sich Depression als eine häufige Ursache für (zumindest zeitweise) Berufsunfähigkeit in dieser Berufsgruppe.

Die Studie von Wedegartner et al. (2007) untersuchte mittels der Auswertung von Daten aus der Gesundheitsberichterstattung (Daten der Gesetzlichen Rentenversicherung) den Einfluss von Depression auf die Erwerbsfähigkeit bzw. Frühberentung. Zwischen 1985 und 2005 verdreifachte sich der Anteil der psychisch Erkrankten an den Ursachen für Frühberentung von 10,9% auf 32,5%. Gleichzeitig sanken Frühberentungen aufgrund von Herz-Kreislauf- und muskuloskeletalen Erkrankungen. Da Depression am häufigsten im Erwerbstätigenalter auftritt, sind die ökonomischen Konsequenzen besonders gravierend. Das durchschnittliche Renteneintrittsalter aufgrund psychischer Erkrankung lag 2005 bei 47,2 Jahren. Die Depression war die häufigste Ursache von Berentung aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit in der Gruppe der psychischen Erkrankungen mit einem Anteil von 30% (davon waren zwei Drittel Frauen).

Die Publikationen von Weber et al. (2006) und Unger (2007) werden im Kapitel 4.2.8. besprochen.

4.2.6.8. Diskussion zur Versorgungsepidemiologie

Die Evidenzlage war mit insgesamt 16 ausgewerteten Publikationen bzw. Statistiken, die überwiegend beobachtenden Charakter hatten, sehr lückenhaft.

Aus mehreren Quellen ergaben sich deutliche Hinweise auf ein räumlich-geographisches Ungleichgewicht beim Angebot der Psychotherapie in der ambulanten Versorgung.

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

Krankenkassen- und Abrechnungsdaten zeigten, dass die Art der Psychotherapie (Psychoanalyse, Verhaltenstherapie) bei Depression vom Standort abhängt und Daten der KV Bayerns zeigten eine bevorzugte Ansiedlung von Psychotherapeuten in Ballungsräumen bei gleichzeitiger Überkapazität mit dem Ergebnis weiterer Anfahrtswege für Patienten. Zudem überwiegt die Leistungserbringung in Form von Kurzzeittherapien.

Die Studien zur Arzneimittelversorgung ergaben Hinweise, dass niedergelassene Psychiater überwiegend Arzneimittel anwenden, selten andere Therapieformen insbesondere Psychotherapie. Andererseits zeigten Patienten eine geringe Präferenz für chemisch definierte Antidepressiva. Aus europäischen Vergleichsstudien ließ sich ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung ableiten. Außerdem ließ sich auf eine Unterdosierung bei einzelnen Arzneimitteln (Doxepin, Venlafaxin) schließen.

Bei der Auswertung von Daten der Krankenhausversorgung bestätigte sich ein in einer Auswertung der Barmer-GEK gezeigter Trend zu einer Verlängerung der Verweildauer bei psychischen Erkrankungen bei separater Betrachtung der Depression nicht. Die Krankenhausstatistik weist vielmehr darauf hin, dass im Krankenhaus vermehrt schwere Depressionen bei gleichzeitiger Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer, aber Anstieg der absoluten Fallzahlen, behandelt werden. Eine Bewertung dieser Entwicklung wird dadurch erschwert, dass verlässliche Angaben zum angemessenen Überweisungsverhalten und der Zuweisung zu adäquaten Versorgungsebenen häufig fehlen. Die Inanspruchnahme therapeutischer Angebote auf speziellen Depressionsstationen war höher im Vergleich zu allgemeinspsychiatrischen Stationen.

Hinweise auf Unterversorgung ergaben sich bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen (insbesondere Depression) in Heimen hinsichtlich psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung sowie bei älteren Menschen (Alleinlebende und Heimbewohner) mit Depressionen hinsichtlich des Einsatzes von Antidepressiva / Phytopharmaka. Aus zwei Studien ergaben sich Hinweise auf einen Bedarf zur Wissensverbesserung über Symptome und Therapien sowie zu speziellen Kompetenzen (gerontopsychiatrisch, Kinder und Jugendliche), außerdem wurden verbesserte Kooperationen zwischen Leistungserbringern und zuständigen Behörden als wünschenswert angesehen.

Studien zum Arbeitsumfeld zeigten, dass Depressionen häufig Ursache für Berufsunfähigkeit (am Beispiel Presseberufe) und für Frühberentungen sind. Es wurden Maßnahmen zur Vermeidung von (volkswirtschaftlich bedeutsamen) Frühberentungen vorgeschlagen, z.B. zur beruflichen Wiedereingliederung und zur Kompetenzentwicklung von Arbeitsmedizinern sowie zur Berücksichtigung der Arbeitswelt in der psychotherapeutischen Behandlung.

Es ist noch einmal zu unterstreichen, dass die Datenlage als lückenhaft, methodisch häufig wenig zuverlässig und auch in erheblichen Teilen vermutlich inzwischen veraltet ist.

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

4.2.7. Ergebnisse aus den Studien der Kategorie „Gesundheitsökonomie“ zu Depressionen in Deutschland

Aus dem Gesamtpool der bewerteten Studien zu Depressionen in Deutschland wurden insgesamt acht Studien der Kategorie „Gesundheitsökonomie“ zugeordnet, deren Hauptergebnisse im Folgenden kurz dargestellt und im Anschluss diskutiert werden.

Zwei Studien berichten Ergebnisse aus dem populationsbasierten ESEMeD-Projekt. In diesem Projekt werden anhand einer repräsentativen Stichprobe von 3.555 Personen der nicht institutionalisierten Bevölkerung in Deutschland Daten zu Prävalenz, Lebensqualität und gesundheitsökonomischen Faktoren erhoben (s.a. Demyttenaere et al., 2006).

Bei Friemel et al. (2005) lag der Schwerpunkt in der Abschätzung der direkten Kosten von depressiven Erkrankungen in Deutschland anhand einer Stichprobe von 131 Personen mit einer 12-Monats-Prävalenz von Major Depression, Minor Depression oder Dysthymie gemäß DSM-IV. Die Autoren führten eine retrospektive Befragung des Ressourcenverbrauchs zu den vorangegangenen 12 Monaten bei dieser Population durch und berechneten die Kosten anhand der im Jahr 2002 gültigen Preisstrukturen. Dabei wurden vier Kostenblöcke identifiziert, die in die Kostenberechnung Eingang fanden: Arzneimittelverbrauch, Inanspruchnahme von Ärzten und Therapeuten, Inanspruchnahme von stationären Krankenhausleistungen und nicht weiter spezifizierte Ausgaben der Patienten für psychische Gesundheitsleistungen. Hinsichtlich des Diagnosespektrums fanden sich in der untersuchten Stichprobe von 131 Personen 71% mit Major Depression, 9,9% mit Minor Depression und 8,4% mit Dysthymie. Bei 10,7% lag eine Kombination von Major Depression und Dysthymie vor. Die aufgrund der vier Kostenblöcke ermittelten durchschnittlichen direkten Kosten pro Patient und Jahr lagen bei 686 €. Die Kosten gliedern sich im Einzelnen auf (jeweils pro Patient und Jahr) in 63 € für Arzneimittel, 236 € für ambulante und 365 € für stationäre Gesundheitsleistungen sowie 21 € private Kosten. Dabei hatten 59 Patienten (45%) keinerlei Leistungen in Anspruch genommen, weitere 59 Patienten hatten 20% der Kosten verursacht und lediglich 10% der Patienten waren für die restlichen 80% der Kosten verantwortlich. Zusätzlich wurde festgestellt, dass 60% der Patienten, die Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen haben, an mehreren psychischen Erkrankungen litten. Hochgerechnet auf die deutsche Gesamtbevölkerung bei einer in der Studie ermittelten 12-Monats-Prävalenz von 3,51% entspräche dies Gesamtkosten von 1,6 Mrd. Euro pro 12 Monaten. Die ermittelten Kostenschätzungen wurden in Sensitivitätsanalysen untersucht und publizierten nationalen sowie internationalen Angaben gegenübergestellt.

Die zweite Arbeit aus der ESEMeD-Studie (Günther et al., 2007) beschäftigte sich mit Unterschieden in präferenzbasierten Bewertungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie der Zahlungsbereitschaft für die Herstellung vollständiger Gesundheit zwischen an Depressionen erkrankten und nicht an Depressionen erkrankten Personen. Dabei bezogen sich Günther et al. auf die gleiche Stichprobe von 131 Personen mit durch DSM-IV bestimmter 12-Monats-Prävalenz einer depressiven Störung. Die Vergleichsgruppe ohne depressive

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

Erkrankungen umfasste 3.412 Personen mit einem etwas geringeren Frauenanteil (52,8% vs. 64,1%) und etwas höherem Durchschnittsalter (48,2 Jahre vs. 45,2 Jahre).

In die Berechnung der Krankheitslast gingen die aus der ESEMeD-Studie ermittelte Prävalenz für depressive Erkrankungen sowie die Bevölkerungsdaten des Statistischen Bundesamtes ein. Die Verluste an qualitätsadjustierten Lebensjahren (QALY) der Personen mit depressiver Erkrankung in Deutschland ergaben sich für jedes Präferenzmaß durch Multiplikation des gewichteten Mittelwertes der QALY-Verluste mit der Anzahl der bundesweit Erkrankten. Je nach verwendetem Präferenzmaß lag die Summe der in Deutschland pro Jahr aufgrund von Depressionen verlorenen QALYs zwischen 144.886 und 403.373. Die gesamte zusätzliche Zahlungsbereitschaft der an Depressionen erkrankten deutschen Bevölkerung (im Alter von 20 bis 89 Jahren) lag bei 4,3 Mrd. € pro Jahr (95% KI 0,9;7,7). Dabei lag die Zahlungsbereitschaft pro Monat bei Männern bei 569 € (95% KI 230;908) und bei Frauen bei 105 € (95% KI 68;142).

Die Autoren schlussfolgerten, dass depressive Erkrankungen gemäß der präferenzbasierten Bewertung der Lebensqualität durch die Betroffenen und die Allgemeinbevölkerung eine erhebliche Krankheitslast verursachen, die jedoch je nach verwendetem Präferenzmaß deutliche Unterschiede aufweist.

In einer retrospektiven, multizentrischen Beobachtungsstudie versuchten Gandjour et al. (2004) die Kosten der Erstbehandlung einer Major Depression in Deutschland, England und der Schweiz zu ermitteln. Dabei wurden für Deutschland die Daten von 23 Praxen der hausärztlichen Versorgung und deren Patienten im Alter von 18 Jahren und älter und mit einer Erstmanifestation einer Depression nach DSM-IV oder ICD-10 innerhalb der vorausgegangenen 10 Monate herangezogen. Patienten mit schwerer Depression und Suizidversuch waren ausgeschlossen. Aufgrund dieser Patientendaten wurde für jede Arztpraxis eine typische Fallvignette erarbeitet, zu dem der jeweilige Arzt Behandlungsabläufe für diesen hypothetischen Patienten abschätzte. Auf Grundlage dieser Angaben wurden die Kostendaten berechnet. Die Autoren ermittelten auf Grundlage der Arzneimittelkosten, der Kosten für Psychotherapie und für ambulante Gesundheitsleistungen einen Betrag von 464±67,8 € pro Episode und Patient in der ambulanten Versorgung. Im Einzelnen beliefen sich die Kosten auf 237±63,3 € für Antidepressiva, 42,9±18,8 € für Psychotherapie und 184,1±15,2 € für Arztbesuche und sonstige ambulante Leistungen. Zusammen mit den ermittelten Kosten durch Produktivitätsausfall in Höhe von 2.054,4±294,5 € lagen die Gesamtkosten eines hypothetischen ambulanten Patienten in Deutschland bei 2.518,4±302,2 € pro Episode. Bei dieser Kostenschätzung muss berücksichtigt werden, dass diese anhand einer hypothetischen Fallvignette ohne Angabe der zugrunde liegenden Anzahl von Patienten und zahlreicher vereinfachender Annahmen beim Kostenmodell erfolgen. Auch die Autoren diskutieren mehrere Limitationen hierzu.

In der Arbeit von Luppá et al. (2008) wurde der Einfluss depressiver Erkrankungen auf die direkten Gesundheitskosten älterer Menschen anhand eines strukturierten Interviews mit

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

zufällig ausgewählten Patienten über 75 Jahren aus 20 Hausarztpraxen in Leipzig untersucht. 451 Patienten willigten in die Teilnahme ein. Die Kostendaten wurden retrospektiv erhoben. Der Depressionsstatus wurde mittels des Geriatric Depression Scale (GDS) erhoben. Von den 63 Befragten mit Depression gemäß GDS hatten nur neun eine Major Depression entsprechend der DSM-IV-Klassifikation.

Aufgrund der Befragung ergaben sich mittlere jährliche direkte Kosten von 5.241 € für depressive im Vergleich zu 3.648 € für nicht-depressive ältere Menschen. Dabei wurden signifikante Unterschiede hinsichtlich der pharmazeutischen Kosten, Kosten für Medizinprodukte und Zahnersatz sowie für Heimbetreuung festgestellt. Nur ein geringer Anteil der ermittelten Kosten war auf die Behandlung der Depression selbst zurückzuführen. Die Autoren konnten weiterhin feststellen, dass ein Anstieg um einen Punkt des GDS-Scores mit einer jährlichen Kostensteigerung von 336 € verbunden war.

Salize et al. (2004) ermittelten die Behandlungskosten für das Jahr 2001 aus einer Stichprobe von 488 depressiven Patienten in 43 Haus- und 23 nervenärztlich-psychiatrischen Facharztpraxen (ursprünglich mehr als 400 angeschrieben) aus 3 Regionen in Deutschland (Rheinland, Südbaden, München). Von 270 Patienten lagen ausreichend Daten über die Inanspruchnahme von Leistungen vor. Dabei erfolgte die Berechnung der direkten Kosten auf Grundlage der individuellen Inanspruchnahme der ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgungseinrichtungen verbunden mit der monetären Bewertung aufgrund eines detaillierten Kostenkataloges. Die erforderlichen Daten wurden über acht Wochen mittels eines Patientenfragebogens erhoben und auf ein Jahr hochgerechnet. Bei insgesamt 186 der 270 Patienten wurde die Diagnose gemäß ICD-10 als eine F32-Diagnose verifiziert (inklusive der subsyndromalen depressiven Episode). Im Ergebnis lagen die mittleren Gesamtbehandlungskosten pro Patient und Jahr für alle 270 Patienten bei 3.849 €. Von diesen Gesamtkosten entfielen 1.719 € auf die stationäre, 1.486 € auf die ambulante, 324 € auf die rehabilitative / komplementäre sowie 335 € auf die außerstationäre medikamentöse Behandlung. Die mittleren Kosten für die unter der Leitdiagnose Depression vorgenommene psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der Studienpatienten betragen pro Patient und Jahr 2.073 €. Bezogen auf die 186 Patienten mit F32-Diagnose beliefen sich die Gesamtbehandlungskosten auf 4.715 € und die Kosten für die Depressionsbehandlung auf 2.542 € pro Jahr und Patient. Letztere setzen sich zusammen aus 686 € für stationäre, 1.351 € für ambulante, 91 € für rehabilitative / komplementäre und 449 € für medikamentöse Behandlung (ebenfalls pro Patient und Jahr).

Die Autoren schätzen, dass bei dem hohen Anteil der durch die eingeschlossenen Haus- und Fachärzte als depressiv eingestuften Patienten (keine dezidierte Zahlenangabe, da Grundgesamtheit fehlt) möglicherweise ein Teil als falsch-positiv anzunehmen ist und diskutieren dies als versorgungsepidemiologisch und bezogen auf die Finanzierung der Leistungen problematisch. Auch wenn sich die Gesamtbehandlungs- bzw. depressions-spezifischen Kosten in dieser Gruppe als geringer gegenüber denjenigen der mittels ICD-10

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

verifizierten Patienten erwiesen, müsse weiter untersucht werden, inwieweit die für diese Patienten erbrachten depressionsspezifischen Behandlungsmaßnahmen fachlich gerechtfertigt waren und ob hier ein gesundheitsökonomisch bedeutsamer Anteil falsch eingesetzter Finanzmittel zu identifizieren sei.

Der Ressourcenverbrauch für stationäre Episoden bei depressiven Störungen steht im Mittelpunkt der Untersuchung von Stamm et al. (2007). Als Datengrundlage dienten Informationen der depressionsspezifischen Basisdokumentation bei Aufnahme, Verlauf und Entlassung aus 10 Kliniken (fünf psychiatrische Fachkliniken, zwei psychiatrische Unikliniken und drei psychiatrische Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern) in Baden-Württemberg, Bayern und Nordrhein-Westfalen. Es wurden 1.202 stationäre Episoden nach ICD-10 F31.3 bis F31.5, F32, F33, F34.1 sowie F43.20 und F43.21 ermittelt. Die mittlere stationäre Verweildauer lag bei 50 Tagen mit durchschnittlichen Behandlungskosten von 213 € pro Patient und Tag. Zur Berechnung der Versorgungskosten pro Episode wurden die episodenspezifischen Verweildauerangaben mit den jeweiligen Pflegesätzen der behandelnden Einrichtung multipliziert. Als durchschnittliche Kosten pro Episode ermittelten die Autoren einen Betrag von 10.680 €, wobei die Kosten der Depressionsbehandlung zwischen den verschiedenen psychiatrischen Kliniken deutliche Unterschiede aufwiesen. Ein Ergebnis der Studie war außerdem, dass bereits bei der Aufnahme vorliegende und generell im Zeitverlauf stabile Patientenmerkmale, wie z.B. Anpassungsstörung und Suizidversuche in der Vorgeschichte, nur zu einem geringen Teil die Vorhersage des Ressourcenverbrauchs erlauben.

Dem Report der GEK (2008), mit durchschnittlich 1,4 bis 1,8 Mio. GEK-Versicherten von 2004 und 2007, lässt sich entnehmen, dass die Kodierung F32 „depressive Episoden“ die am weitesten verbreitete Diagnose im Bereich der psychischen Erkrankungen darstellen, von denen 8,4% der Bevölkerung innerhalb eines Jahres betroffen sind (bei Frauen um den Faktor 2 erhöht gegenüber den Männern). Allerdings finden sich wenige Angaben zum Schweregrad der Depression. Betrachtet man die im Bericht dargestellte Verteilung der AU-Tage nach Diagnose und Geschlecht der Versicherten, so zeigt sich, dass der Anteil der F32-Diagnosen an allen Arbeitsunfähigkeitsfällen im Jahr 2007 insgesamt 1% (0,7% für Männer und 1,4% für Frauen) betrug und damit an 16. Stelle der 20 häufigsten Diagnosen zu finden ist, auf die mehr als die Hälfte aller Krankmeldungen im Jahr 2007 entfielen. Anders ausgedrückt waren 3,8% aller AU-Tage im Jahr 2007 einer F32-Diagnose geschuldet, mit im Mittel 48 Tagen je Fall.

4.2.7.1. Diskussion

In den eingeschlossenen Studien werden auf unterschiedlichste Weise die mit depressiven Erkrankungen in Zusammenhang stehenden direkten und indirekten Kosten ermittelt. Dabei beziehen sich die direkten Kosten entweder nur auf den ambulanten Sektor oder es werden ausschließlich oder zusätzlich die Kosten der stationären Versorgung ermittelt. Der in diesem

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

Kapitel verwendete Terminus „ambulante“ Versorgung ist auf die vertragsärztliche Versorgung zu beziehen. Dies ergibt sich aus dem Kontext der Studienergebnisse, auch wenn dies in der Methodenbeschreibung der Studien nicht immer explizit erwähnt bzw. unterschieden wird. Die Darstellung der ermittelten Kosten erfolgt sowohl patienten- als auch episodenzugeordnet.

Die ermittelten gesundheitsökonomischen Daten und Ergebnisse basieren auf sechs empirischen Untersuchungen, einer Auswertung von über 1 Mio. bundesweiter Versicherten- und einer Modellierungsstudie. In die 6 Studien wurden rund 2.300 depressive Patienten aus 109 Hausarzt- oder Facharztpraxen, 10 Krankenhäusern bzw. Privathaushalten aus 147 Gemeinden eingeschlossen. Drei der Studien rekrutierten bundesweit, zwei überregional und eine lokal. Die Stichproben sind meist jedoch nicht als repräsentativ für Deutschland anzusehen, da entweder trotz ursprünglich populationsbasierter, repräsentativer Stichprobenziehung oder aufgrund von regionalen Studiengegebenheiten von mehr oder weniger starken Selektionseffekten bei der endgültigen Teilnehmerzahl auszugehen ist. Die eigentliche Kostendatenerfassung erfolgt größtenteils retrospektiv (teilweise bis zu einem Jahr; Risiko eines Recall-Bias), bei eher mäßigen Responderaten.

Hinzu kommt eine Ungenauigkeit bei der Kostenerfassung, wie es z. B. bei Stamm et al. der Fall ist, da hier aufgrund von Unterschieden der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung die Abteilungspflegesätze verschiedener Kliniken selbst bei ähnlichem Patientenmix nur schwer vergleichbar sind. Je nach verwendetem Erhebungsinstrument kann es zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen. In der Studie von Günther et al. zeigen sich beispielsweise deutliche Unterschiede in der Summe der pro Jahr durch Depressionen verlorenen QALYs, da Präferenzmaße mit unterschiedlichen Methoden erfasst wurden.

Pro Patient werden direkte Kosten von jährlich 685 € in der ambulanten Versorgung und von 2.500 € für ambulante, stationäre und rehabilitative Versorgung zusammen veranschlagt. Auf Episodenebene reichen die Angaben von 464 € bis 3.600 € (bei erstmaliger Episode) für ambulante und stationäre Versorgung und liegen für eine durchschnittlich 50-tägige Episode im stationären Bereich bei 10.700 €

Auf die einzelnen Leistungsbereiche entfallen im ambulanten Bereich 63 € pro Jahr bzw. 237 € pro Episode auf Arzneimittel und ca. 43 € pro Episode auf die psychotherapeutische Versorgung. Als direkte Gesamtkosten veranschlagen Friemel et al., unter der Annahme einer 12-Monats-Prävalenz von 3,51%, einen Betrag in Höhe von 1,62 Mrd. € pro Jahr. Einen Hinweis auf eine mögliche Unterversorgung sehen die Autoren in dem Ergebnis, dass 45% der untersuchten depressiven Patienten keine Leistungen in Anspruch genommen haben. Davon ausgehend, dass entsprechend der Leitlinienempfehlung nur für Patienten mit einer leichten Depression eine aktiv abwartende Begleitung als therapeutische Maßnahme in Frage kommt, könnte für unterversorgte Patienten deshalb eine u.U. unnötige Krankheitsverlängerung resultieren. Da in einer weiteren Studie die möglichen indirekten Kosten auf rund 2.000 € pro Episode und Patient geschätzt werden (Gandjour et al.), ist ein möglicher

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

erheblicher Produktivitätsausfall anzunehmen. Werden beispielsweise die Angaben aus dem ADT-Panel des ZI (siehe Kapitel 4.2.2.2.) zu Grunde gelegt, kann anhand der Verteilung der Schweregrade eine Unterversorgung diskutiert werden. Demgegenüber könnte eine fachgerechte Versorgung von Patienten, die bisher keine Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend der hier aufgeführten ökonomischen Modellberechnungen zu zusätzlichen Kosten führen. Inwieweit sich solche unterschiedlichen Kostenwirkungen ausgleichen können, ist nicht geklärt, da dazu keine Untersuchungen vorliegen.

Die nur auf die direkten Kosten bezogene Fragestellung, ob depressive Patienten statt einer erforderlichen Depressionsbehandlung andere Leistungen in Anspruch nehmen und ob somit Mehrkosten einer adäquaten depressiven Therapie geringere Kosten für andere Leistungen bzw. Komorbiditäten gegenüberstehen, kann mit dem vorliegenden Datenmaterial ebenfalls nicht beantwortet werden.

Die große Spannweite der in den vorgestellten Studien ermittelten gesundheitsökonomischen Konsequenzen der Depressionen in Deutschland ist auf die Heterogenität der Studien hinsichtlich der untersuchten Populationen, des Versorgungssettings, der Kostenerfassung, der teilweise fehlenden Diagnosevalidierung und der sehr unterschiedlichen Modellannahmen zurückzuführen.

Trotz der Spannweite der ermittelten Kostendaten zeigen sie übereinstimmend eine relevante Kostengröße für die Erkrankung Depression, mit dreistelligen Eurobeträgen pro Patient und pro Episode bzw. pro Jahr für ambulante Kosten und im vierstelligen Eurobereich für den stationären Bereich. Angesichts der Häufigkeit der Erkrankung entstehen dadurch hohe Gesamtkosten für die Depression in Deutschland, die in einer Untersuchung auf 1,62 Mrd. € pro Jahr geschätzt wurden und noch nicht Kosten für Arbeitsunfähigkeit, Frühberentungen und ggf. andere indirekte Kosten berücksichtigen.

4.2.8. Ergebnisse aus den Studien der Kategorie „Sonstiges“ zu Depressionen in Deutschland

4.2.8.1. Studienlage

Aus dem Gesamtpool der bewerteten Studien zu Depressionen in Deutschland wurden drei Studien aufgrund ihrer Thematik der Kategorie „Sonstiges“ zugeordnet.¹⁷ Dabei handelt es sich zum einen um zwei Übersichtsarbeiten über den Zusammenhang von Depression und

¹⁷ In einem Cochrane-Review aus dem Jahr 2009, der für diesen Bericht nicht ausgewertet wurde, kommen die Autoren auf Grundlage von 11 Studien zu dem Schluss, dass derzeit keine ausreichende Evidenz für einen Effekt von alleiniger medikamentöser Behandlung, verbesserter Primärversorgung, psychologischen Interventionen oder Kombinationen letzterer mit medikamentöser Behandlung auf die AU-Tage depressiver Personen besteht. Für zukünftige RCTs wäre ein spezifischerer Arbeitsbezug wünschenswert (Nieuwenhuijsen et al., 2008).

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

Arbeitsumfeld sowie zur gesamtgesellschaftlichen Betrachtung der Depression (Unger, 2007; Weber et al., 2006), zum anderen um die Darstellung der Evaluation des nationalen Gesundheitsziels „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ (Bermejo et al., 2009).

4.2.8.2. Depression und Arbeitsumfeld

In Form einer narrativen Übersicht widmet sich Unger den drei Fragestellungen, wie das Arbeitsumfeld zur Entstehung depressiver Erkrankungen beiträgt, wie der Zusammenhang zwischen Arbeitsproduktivität und depressiven Erkrankungen darstellbar ist sowie welche möglichen Konsequenzen und Handlungsempfehlungen daraus erwachsen könnten.

Es werden zwei wesentliche Arbeitsmodelle beschrieben. Zum einen das „Anforderungs-Kontroll-Modell“ des amerikanischen Soziologen R.A. Karasek, der in den beiden Dimensionen „Entscheidungsspielraum / Kontrolle“ und „psychische Anforderungen“ die entscheidenden psychosozialen Faktoren für das Maß an Belastung am Arbeitsplatz sieht. Dabei wird die Kombination aus niedrigem Entscheidungsspielraum und hohen Arbeitsanforderungen als gesundheitsbelastender Stressfaktor gesehen. Als zweites Modell hebt Unger das „Effort-Imbalance-Modell“ von J. Siegrist hervor, in dem das Ungleichgewicht zwischen geleisteter Verausgabung und nicht angemessener Belohnung – auch i.S. einer emotionalen Anerkennung – eine zentrale Rolle spielt.

Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen dem Auftreten affektiver Erkrankungen und der Arbeitsproduktivität wird berichtet, dass in den USA jährlich Kosten in Höhe von 43 Mrd. US-Dollar durch affektive Störungen entstehen, davon ein Drittel als direkte Behandlungskosten und zwei Drittel aufgrund von Arbeitsunfähigkeit und Produktivitätsverlust. Im Europäischen Raum wird seit den 1990er Jahren eine deutliche Zunahme von „long-term sick leave“ (LTSL), also Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Monaten, festgestellt. In einer Stichprobe von 200 Angestellten wurde dabei mittels persönlicher Interviews mit der SCID I und II die LTSL in 80% der Fälle auf eine Major Depression zurückgeführt.

Hinsichtlich der sich ergebenden Konsequenzen und Maßnahmen hält Unger fest, dass die psychiatrisch-psychosomatische Kompetenz von Arbeitsmedizinern sowie die adäquate Berücksichtigung des Arbeitsumfeldes in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung wichtige Faktoren für das Gelingen einer beruflichen Wiedereingliederung darstellen. Dies setzt auch eine enge Kooperation zwischen Angestelltem, Betriebsarzt, Hausarzt und Psychiater voraus. Auch die Frühberentung aufgrund psychischer Erkrankungen stellt einen wichtigen Aspekt dar, da die Möglichkeiten einer „rehabilitativen Psychiatrie“ nicht greifen können, wenn es zu einer vorzeitigen Berentung kommt. So belegt eine Untersuchung anhand einer Stichprobe stationär behandelter affektiv Erkrankter, dass unipolar depressive Patienten im Alter von 51 Jahren zu einem Viertel und im Alter von 58

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

Jahren bereits zur Hälfte vorzeitig berentet waren, bei den bipolaren Patienten war die Hälfte sogar schon mit 46 Jahren berentet.

4.2.8.3. Depression als gesamtgesellschaftliches Problem

Depressiven Störungen kommen als Ursache einer eingeschränkten Lebensqualität und Leistungsfähigkeit sowie krankheitsbedingter Fehlzeiten und eines vorzeitigen Berufsausstiegs wachsende Bedeutung zu. In der „Burden of Disease Study“ der WHO und der Weltbank wird prognostiziert, dass Depressionen im Jahr 2020 weltweit den zweiten Rang unter den Behinderungen verursachenden Krankheiten einnehmen werden.

Dies nehmen Weber et al. (2006) zum Anlass, sich in ihrer Übersichtsarbeit der Bedeutung der Wiederherstellung der seelischen Gesundheit unter Bezug auf die in Deutschland ermittelbaren Krankenkassen- und Rentenversicherungsdaten zu den so genannten F-Diagnosen, also allen psychischen Erkrankungen, zu widmen. So wird dargestellt, dass trotz des bundesweit abnehmenden Trends an AU-Tagen zwischen 1997 und 2004, bei DAK-Versicherten im gleichen Zeitraum eine Zunahme der AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen um 70% zu verzeichnen war. Bei Versicherten der TK nahmen psychische Erkrankungen im Jahr 2004 mit 13,7% den zweiten Platz in der Arbeitsunfähigkeits-Morbiditätsrangfolge ein (vgl. Abbildung 16).

Tabelle 2				
Arbeitsunfähigkeit und psychische Erkrankungen bei berufstätig Versicherten/2004				
Krankenkasse	Anteil an AU-Tagen		Dauer	Rangplatz
Techniker Krankenkasse	13,7 %	w > m	m: 49 Tage w: 55 Tage	2
	Arbeitslose: 28 %			
DAK	9,8 %	m: 8,4 % w: 11,6 %	27,8 Tage	4
AOK	7,8 %	w > m	16,4 Tage	4
BKK	7,5 %	m: 5,6% w: 10,0 %	29 Tage	4
	Arbeitslose: 16,3 %			

Abbildung 16: AU-Tage und psychische Erkrankungen im Jahr 2004 bei TK-Versicherten (Quelle: Weber et. al., 2006)

Zur Problematik der Frühberentung berichten die Autoren, dass psychisch kranke Arbeitnehmer in Deutschland, zumal wenn sie älter als 50 Jahre sind, kaum Chancen auf

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

Reintegration und Teilhabe am Arbeitsleben haben. Die Daten der Rentenzugangsstatisik des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger belegen, dass 2004 fast ein Drittel der Frühberentungen aufgrund einer psychisch bedingten Erwerbsminderung erfolgten. Außerdem findet der Ausstieg aus dem Erwerbsleben bei psychisch Kranken rund 20 Jahre vor der gesetzlichen Altersgrenze bzw. rund 13 Jahre vor dem tatsächlichen durchschnittlichen Renteneintrittsalter von damals 60,4 Jahren statt.

Bezüglich der Verweildauer wird anhand von Daten der Betriebskrankenkasse (BKK) belegt, dass diese im Jahr 2003 mit durchschnittlich 25,3 Leistungstagen den zweiten Platz nach den onkologischen Erkrankungen einnahm.

Schließlich widmen sich die Autoren der gesundheitsökonomischen Bedeutung psychischer Erkrankungen in Deutschland und zitieren eine Schätzung der Gewerkschaft ver.di, wonach psychische Störungen im Jahr 2003 zu einem Produktionsausfall von rund 4,1 Mrd. € geführt haben. Die Kosten aufgrund von Fehlzeiten beliefen sich im gleichen Jahr laut AOK-Bundesverband auf 3 Mrd. Euro.

Die Autoren schlussfolgern, dass der Optimierung von Reha-Maßnahmen eine Schlüsselrolle zukommt und sich psychotherapeutische Angebote Fragen nach Qualität, Effektivität und Effizienz stellen müssen. Es müssen berufsbezogene Therapiekonzepte und berufliche Wiedereingliederungsmaßnahmen geschaffen werden, um den Grad der Frühberentungen zu reduzieren.

4.2.8.4. Evaluation des Gesundheitsziels „Depressive Erkrankungen“

Bermejo et al. (2009a) berichten über das durch eine interdisziplinäre Gruppe von Fachexperten im Jahr 2006 entwickelte Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“, welches insgesamt sechs Aktionsfelder und 11 prioritäre Maßnahmenvorschläge zu deren Umsetzung beinhaltet. Dabei ist jedes Aktionsfeld durch klare Zielsetzungen definiert (vgl. Abb. 17).

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

Tab. 1 Aktionsfelder und Ziele im Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen“	
Aktionsfelder	Ziele
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.
2. Prävention	Auftreten und Krankheitslast schwerer und chronischer depressiver Erkrankungen sind reduziert. Maßnahmen zu universeller, selektiver und indizierter Prävention sind etabliert.
3. Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie	Patient(inn)en 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 beziehungsweise Funktionseinschränkungen zu vermindern.
4. Stärkung der Patient(inn)en und Betroffenen	Die Position der Patient(inn)en mit depressiven Erkrankungen und ihrer Angehörigen ist gestärkt.
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 beziehungsweise weiterentwickelt.
6. Versorgungsstruktur	Die Versorgungsstrukturen (ambulante und stationäre Einrichtungen, Rehabilitationskliniken et cetera) sind jedem depressiv Erkrankten bedarfsgerecht zugänglich.

Abbildung 17: Aktionsfelder und Ziele im Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen“
(Quelle: Bermejo et al., 2009a)

Im Rahmen der Entwicklung einer Evaluationsstrategie wurden von den Fachexperten darüber hinaus relevante und messbare Indikatoren definiert, anhand derer sich der Erfolg der Maßnahmen hinsichtlich der definierten Zielbereiche darstellen lässt, sowie relevante bundesweite und regionale Datenquellen ermittelt.

Die Autoren gelangen zu dem Schluss, dass für die meisten Indikatoren keine aussagekräftigen Daten vorliegen, aufgrund derer sich die Zielerreichung evaluieren ließe.

Gerade für die Aktionsfelder „Aufklärung“, „Prävention“ und „Rehabilitation“ seien Verlaufsmessungen zu einzelnen Indikatoren notwendig. Für die Darstellung von Entwicklungen und Zusammenhängen im Rahmen der Evaluation sei darüber hinaus die zusammenfassende Analyse verschiedener Erfolgsindikatoren unabdingbar. Da insbesondere die Zugangs- und Bedarfsgerechtigkeit durch die Nutzer beurteilt werden könne, befinden die Autoren, dass diese Perspektive in allen Methoden und Zugängen Berücksichtigung finden müsste. Dies könnte zum Beispiel durch eine enge Verzahnung mit dem Gesundheitsziel „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“ gewährleistet werden.

4.2.8.5. Diskussion

Die hier dargestellten narrativen Übersichten widmen sich der Bedeutung, die depressive Erkrankungen in Deutschland einnehmen aus volkswirtschaftlicher und gesamtgesellschaftlicher Sicht und zeigen Handlungsfelder und deren Evaluationsmöglichkeiten auf. Dabei berufen sich Weber et al. (2006) vor allem auf Kranken- und Rentenversicherungsdaten, dies allerdings in sehr selektierter Form und mit Bezug auf alle psychischen und

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

Verhaltensstörungen. Unger (2007) setzt seinen Schwerpunkt auf die durch wechselseitige Beeinflussung charakterisierte Beziehung zwischen Arbeit und Depression und geht auf den Trend des zunehmenden Produktionsverlustes aufgrund psychischer Erkrankungen seit Mitte der 1990er Jahre ein. Er richtet seinen Fokus auf zwei Arbeitsstressmodelle und die Notwendigkeit der Stärkung der psychologischen Kompetenz von Arbeitsmedizinern, ohne jedoch systematisch ermittelte Nachweise des Nutzens solcher Maßnahmen zu liefern. Schließlich berichten Bermejo et al. (2009) über ein konkretes Gesundheitsziel und die Möglichkeiten, dieses Gesundheitsziel aufgrund der in Deutschland ermittelbaren Daten zu evaluieren. Allerdings bleibt in dieser Arbeit unklar, mit welcher Systematik geeignete Datenquellen ermittelt wurden und inwieweit die Ergebnisse über einen reinen Expertenkonsens hinausgehen.

Als Fazit lässt sich aus allen Arbeiten ziehen, dass die Versorgung der an Depressionen erkrankten Personen eine interdisziplinäre Aufgabe darstellt, deren Bedeutung in den kommenden Jahren – auch aus volkswirtschaftlicher Sicht – nach Ansicht der Autoren deutlich zunehmen wird. Dabei ist für verschiedene Bereiche die Qualität der ermittelbaren bundesweiten und regionalen Daten oft nicht ausreichend, um zum Einsatz kommende Maßnahmen entsprechend zu evaluieren. Es besteht jedoch Handlungsbedarf, eine entsprechende Datengrundlage zu schaffen bzw. bereits vorhandene Daten zielführend zu nutzen und Evaluationsansätze zu generieren.

4.3. Diskussion der Analyse der Versorgungssituation

Die Studienlage zur Versorgungssituation depressiver Patienten in Deutschland stellt sich heterogen dar. Im Folgenden sollen wichtige Aspekte, die sich aus dieser Analyse ergeben haben, übergreifend diskutiert werden. Die Erkenntnisse zur Versorgungssituation und der Abgleich mit den in Leitlinien abgebildeten Empfehlungen zu guter Versorgung werden in Kapitel 5 dargestellt.

Die Diskussion gliedert sich in die folgenden Abschnitte:

- Literaturrecherche und Literaturliste
- Abgrenzung verschiedener Studientypen
- Studienqualität, Validität der Aussagen
- Abbildung der Versorgungskette

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

4.3.1. Literaturrecherche und -auswahl

Die Literaturrecherche wurde so eingeschränkt, dass die Versorgungssituation in Deutschland gezielt abgebildet wurde. Das heißt, der Suchbegriff „Germany“ wurde in die Recherche-strategie aufgenommen, um die Anzahl der Treffer handhabbar zu gestalten (siehe 4.1 Methodik). Außerdem wurde die Recherche auf unipolare Depression bzw. Major Depression eingeschränkt. Diese Recherchestrategie resultierte in ca. 2.000 Treffern. Ohne diese Einschränkungen wäre eine mindestens um den Faktor 50 höhere Trefferzahl die Folge gewesen, was im Rahmen eines Modellprojekts – und wahrscheinlich auch generell – kaum zu bewältigen gewesen wäre. Damit wurde allerdings auch eine möglicherweise eingeschränkte Sensitivität in Kauf genommen, d.h., dass nicht alle relevanten Studien erfasst wurden. Tatsächlich wurde eine relevante Arbeit erst im Nachhinein erfasst. Bis zum Abschluss der Datenauswertung wurden allerdings keine weiteren zunächst nicht erfassten Publikationen identifiziert. Insgesamt kann die Recherchestrategie damit als hinreichend sensitiv betrachtet werden. Außerdem wurde die Suche auf den Zeitraum der letzten 10 Jahre eingeschränkt, um eine gewisse Aktualität der Datenlage zu gewährleisten. Es war davon auszugehen, dass Daten von vor 2000 die aktuelle Versorgungs-situation nicht repräsentieren. Die Wahl dieses spezifischen Zeithorizontes von 10 Jahren für die Recherche ist somit als pragmatisch notwendige Einschränkung zu betrachten.

Die Auswahl der Literatur erfolgte in zwei Screeningschritten. Im ersten Screening wurden anhand von Titel und Abstract potentiell relevante Publikationen eingeschlossen. In diesem Auswahlschritt erfolgte nur ein Ausschluss, wenn eindeutig keine Relevanz für die Fragestellung vorlag bzw. einer der grundsätzlichen Ausschlussgründe erfüllt war (z.B. Grundlagenforschung, Dublette, Studientyp Editorial, Comment, Note, Kongressabstract). Kongressabstracts wurden ausgeschlossen, um den Aufwand bei der Literatúrauswahl zu begrenzen, was angesichts des Modellcharakters des Projekts vertretbar erscheint. Prinzipiell können Kongressbeiträge allerdings Hinweise auf laufende Studien liefern. Da der erste Auswahlschritt ebenfalls unter dem Aspekt der Erzielung einer hohen Sensitivität erfolgte, ist es sehr unwahrscheinlich, dass relevante Publikationen irrtümlich ausgeschlossen wurden. Im zweiten Auswahlschritt wurden Publikationen als Volltexte gesichtet und der vollständige Studienpool erstellt. Um die Auswertung möglichst nachvollziehbar zu machen, erfolgte eine Einteilung der Studien in die Abschnitte dieses Kapitels, die allerdings nur teilweise mit der eingangs erstellten Strukturierung der Thematik übereinstimmen. Im Laufe der Auswertung zeigte sich jedoch, dass die Auswahl im zweiten Screening zu unpräzise war, d.h. es wurde nachträglich noch eine Reihe von Studien ausgeschlossen. Hierunter fielen u.a. Studien, die in den Bereich der Nutzenbewertung fallen, aber nicht Gegenstand der Auswertung sein sollten. Diese Entwicklung kann auch als Lernprozess interpretiert werden, die Wahl der Einschlusskriterien hätte noch dezidierter erfolgen können. Eine weitere Einschränkung betraf die Limitation auf den geographischen Suchbegriff 'Germany'. Hiermit sollte sichergestellt werden, dass die Trefferzahl überschaubar bleibt, gleichzeitig wurde aber die Gefahr induziert, unzureichend verschlagwortete Studien zu übersehen. Insbesondere für den Fall,

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

dass Hinweise auf Defizite in der Evaluation des Nutzens von Methoden vorliegen und systematisch recherchiert werden sollen, müsste ein eigener Suchschritt ohne geographische Einschränkung formuliert werden (vgl. Kapitel 4.3.2).

4.3.2. Abgrenzung verschiedener Studientypen

Im Zusammenhang mit der Zusammenstellung des Studienpools ergab sich die Herausforderung, diejenigen Studien zu identifizieren, die eine Aussage über die Versorgungssituation in Deutschland erlauben und von anderen ebenfalls in Deutschland durchgeführten Studien abzugrenzen, die hierfür nicht relevant waren.

Eine methodische Herausforderung stellten dabei vor allem solche Studien dar, die sich nicht eindeutig einem Aspekt (Versorgungsanalyse oder Nutzenbewertung) zuordnen ließen. Beispielsweise lagen Studien zu bestimmten innovativen Therapiemethoden vor (z.B. rTMS), die eigentlich als klinische Studien für die Nutzenbewertung herangezogen werden müssten, aber keine direkte Aussage über die Versorgung depressiver Patienten zulassen, außer den Verdacht, dass die in ihrem Stellenwert anscheinend noch unklaren Methoden möglicherweise im klinischen Alltag angewendet werden. Zur Angemessenheit der Anwendung dieser Methoden sind aber keine Aussagen möglich.

Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Entwicklung präziser Fragestellungen und deren abschließende Beantwortung im Rahmen dieses Projekts im Sinne eines explorativen Ansatzes nicht vorgesehen war. Am Beginn der Recherche zur Versorgungssituation lag lediglich eine Strukturierung der Thematik vor, Erkenntnisse zur Versorgungsqualität und zu den weiteren Analysedimensionen sollten ja erst im Rahmen der Literaturrecherche gesammelt werden.

Eine genauere Definition von Ein- und Ausschlusskriterien erscheint daher lohnenswert, um die Versorgungsanalyse von rein klinischen Studien zu spezifischen Effektivitätsfragen einzelner therapeutischer Interventionen abzugrenzen. Hier erscheint eine weitere konzeptionelle Entwicklungsarbeit notwendig.

Schließlich war zu beachten, dass die Thematik Depression unter Außerachtlassung der Zuständigkeiten des G-BA aufbereitet werden sollte. Dieser Ansatz hatte zur Konsequenz, dass auch konzeptionelle Ansätze und nicht systematische Übersichten ausgewertet wurden, falls anderweitig keine Informationen zu einem Aspekt ermittelt werden konnten.

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

4.3.3. Studienqualität und -validität

Zu zahlreichen Fragestellungen standen nur zeitlich und regional limitierte Daten zur Verfügung, die überdies in vielen Fällen methodisch wenig belastbar waren. Aus diesem Grund sind viele Aussagen nur als Hinweise zu werten. Nicht alle Daten waren aktuell, z.T. stammten Datenerhebungen noch aus den 1990er Jahren (wurden aber erst ab 2000 publiziert), so dass dann die Frage nach der Gültigkeit gestellt werden muss. Vergleichsweise belastbare Aussagen aus flächendeckenden oder repräsentativen Erhebungen waren nur für wenige Aspekte (z.B. Psychotherapie, Qualität der Diagnosekodierung) möglich bzw. ergaben sich aus Statistiken und administrativen Daten.

Eine Zusammenstellung der auf der Basis der ausgewerteten Publikationen möglichen Aussagen findet sich in Kapitel 5 zusammen mit einer Darstellung der zugrunde liegenden Studienlage (Anzahl und Design der Studien, Anzahl Patienten, Repräsentativität).

Nicht alle Ergebnisse aus den ausgewerteten versorgungsepidemiologischen Studien konnten interpretiert werden. Letztlich nicht zu klären war beispielsweise, ob die höhere Behandlungsprävalenz als Ausdruck einer zunehmenden Entstigmatisierung zu interpretieren sei und die Zunahme der Arzneimitteltherapie entsprechend als Reduktion einer bisherigen Untertherapie.

Im Rahmen der Recherchen zur Versorgungslage der Depression wurden sehr unterschiedliche Studientypen mit heterogener Qualität und Validität ausgewertet. Das im Kapitel 4.1.3 dargestellte Bewertungsraster hat sich dabei prinzipiell bewährt. Die abschließende Einschätzung der Relevanz für die Fragestellung (lässt sich eine Aussage zur Versorgungssituation ableiten) ließ sich aber nur im Kontext der Zusammenschau aller anderen Ergebnisse zu einem Aspekt vornehmen. Die Ergebnisse verstehen sich daher eher als Hinweise bzw. Aufgreifkriterien, die ggf. einer näheren Überprüfung bedürfen.

4.3.4. Abbildung der Versorgungskette

Nach Auswertung aller Datenquellen entstand nur ein lückenhaftes Bild der Versorgungsrealität, einige Bereiche der Versorgungskette waren nicht beurteilbar. Vergleicht man die Auswertung der versorgungsrelevanten Studien (selbst bei Einschluss weniger valider Studien) mit der Strukturierung der Thematik, dann stellt man fest, dass viele Bereiche ohne Aussage bleiben, d.h. ein Abbild der Gesamtversorgung konnte nicht erstellt werden (s. Tabelle 11). Dies gilt erst recht, wenn man die projizierten Analysedimensionen berücksichtigt (vgl. Bewertungsraster im Kapitel 2.2.1.).

Eine Möglichkeit, die Analyse der Versorgungslage zu vervollständigen, ist die Hinzuziehung weiterer Datenquellen (vor allem Statistiken, administrative Daten, Expertenaussagen), insbesondere um Hinweise zu prüfen und um Datenlücken zu füllen. In einigen Fällen wurden verfügbare Statistiken ausgewertet (Krankenhausstatistik, Mortalitätsstatistik), um Aussagen differenzierter bewerten zu können. Für die stationäre Behandlung der Depression konnte

4. ANALYSE DER VERSORGUNGSSITUATION

beispielsweise gezeigt werden, dass entgegen der Beobachtung für andere psychische Erkrankungen, die stationäre Aufenthaltsdauer von depressiven Patienten rückläufig ist. Weitere statistische Daten wurden von der KBV bzw. dem ZI für einige Fragestellungen zur Verfügung gestellt. Daten von Krankenkassen wurden nicht angefordert. Die Expertenaussagen bestätigten die durch die Literaturlauswertung gewonnenen Erkenntnisse, auch bezüglich der Erkenntnislücken. Es handelte sich daher um einen wichtigen Plausibilisierungsschritt.

Tabelle 11: Versorgungsaspekte und Ergebnisse aus der Versorgungsanalyse

Versorgungsbereich / -kette	Versorgungsaspekte	Ergebnisse aus Versorgungsanalyse
Primärprävention / Gesundheitsförderung	Erfassung von Risikofaktoren	nein
	Risikogruppen	nur Schüler (8. Klasse)
Screening / Sekundärprävention	Früherkennung von Depression (z.B. chronisch Kranke, Depression in der Anamnese, Demenzkranke)	ja
	Screeninginstrumente	ja
	Suizidprävention	ja
Diagnose / Indikationsstellung	Diagnoseinstrumente	nein
	Kriterien für Zu-/Überweisung (Facharzt, Psychotherapeut, Krankenhaus)	nein
	Einschätzung Suizidgefahr	nein
Akuttherapie	medikamentös: SSRI, MAO-Hemmer, NSMRI / Trizyklika, SSNRI, Phytotherapeutika	nur für wenige Wirkstoffe bzw. Wirkstoffgruppen
	nichtmedikamentös (Psychotherapie, EKT, Wochtherapie, Lichttherapie, körperliches Training, Internet-Selbsttherapie)	für einen Teil der Methoden
	Kombinationstherapie (medikamentös und nichtmedikamentös)	nein
Versorgung bei akuter Verschlechterung / Notfallversorgung	Suizidprävention medikamentös	nein
	nichtmedikamentös (Psychotherapie, EKT, Wochtherapie, Lichttherapie, körperliches Training, Internet-Selbsttherapie)	für einen Teil der Methoden
	Verhinderung von Chronifizierung	nein
	Kombinationstherapie (medikamentös und nichtmedikamentös)	nein
	Krisenintervention	nein
Langzeitversorgung	Erhaltungstherapie	nein
	Suizidprävention (Nachsorge)	ja
Rehabilitation	Rehabilitationsmaßnahmen bei (drohendem) Arbeitsplatzverlust und sozialer Isolation	nein
Pflege	Depression als Komorbidität bei Pflegebedürftigen	nein
Versorgungsstruktur	Verfügbarkeit und Qualifikation von Hausärzten und Psychotherapeuten	ja
	Vernetzung der Leistungserbringer	nein
	Dokumentation der Langzeitbehandlung	nein
	Qualitätsmanagement / Qualitätsindikatoren	ja
	Telefonisches Fallmanagement	ja

5. Identifikation von möglichen Handlungsfeldern

5.1. Vorgehensweise

Entsprechend der in Kapitel 2 skizzierten Vorgehensweise sehen die Schritte 3 und 4 vor, aktuell in Beratung befindliche Themen und die jeweils betroffenen Richtlinien zu erfassen und mit den Ergebnissen aus der Analyse der Versorgungssituation zusammenzuführen. Dies beinhaltet eine Gegenüberstellung der Empfehlungen aus der Leitliniensynopse mit den Ergebnissen der Versorgungsanalyse (Kapitel 4). Hieraus ergeben sich mögliche Handlungsfelder aus denen ggf. konkrete Beratungsthemen abgeleitet werden können. Betreffend der möglichen Handlungsfelder werden Zuständigkeit bzw. Regelbarkeit durch den G-BA ermittelt.

5.1.1. Gegenüberstellung von Empfehlungen und Ergebnissen der Versorgungsanalyse

Der Abgleich der darstellbaren Versorgungssituation mit den in Leitlinien dargelegten Empfehlungen erfolgte auf der Basis einer umfassenden Synopse. Die Synopse wurde zunächst aus den Kernaussagen und Kernempfehlungen der IQWiG-Leitliniensynopse erstellt. Dargestellt wurden auch die Evidenz- und Empfehlungskategorien der IQWiG-Synopse. Hierzu wurde die Gliederung der Synopse beibehalten. In dieser Synopse wurden die Aussagen aus der S3-Leitlinie "Unipolare Depression" ergänzt. In einem weiteren Schritt wurden die Ergebnisse aus der Analyse der Versorgungssituation in Deutschland den Leitlinienaussagen zugeordnet. Abschließend wurden die Aussagen der von der AG Versorgungsorientierung / Priorisierung konsultierten Experten dargestellt. Die vollständige Synopse ist im Anhang dokumentiert.

Die folgende Abbildung 18 soll diesen Prozess illustrieren. Die ersten vier Spalten (hellblau) enthalten die Ergebnisse aus der IQWiG-Synopse. Im Beispiel wurde für den Bereich Diagnostik die Empfehlung dargestellt, die Diagnose der Depression gemäß der Kriterien nach DSM-IV bzw. ICD-10 zu stellen. In den untersuchten Leitlinien fand sich eine Empfehlungsstärke von ‚schwach‘ (↔) bis ‚stark‘ (↑↑).¹⁸ Diese beruht letztlich auf einer konkreten Empfehlung der Leitlinie des Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) sowie auf so genannten Kernaussagen der Leitlinien der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AKdÄ), des britischen National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) sowie der New Zealand Guidelines Group (NZGG), die sich im Hintergrundtext finden (vgl. IQWiG, 2009). Die ICSI-Kernempfehlung wird in der 4. Spalte

¹⁸ Kategorisierung der Evidenz- bzw. Empfehlungseinstufungen des IQWiG:

- ↑↑ hoch (starke Evidenz bzw. Empfehlung)
- ↑ mittel (mittlere Evidenz bzw. Empfehlung)
- ↔ niedrig (schwache Evidenz bzw. Empfehlung)
- keine (Evidenz bzw. Empfehlung)

5. IDENTIFIKATION VON MÖGLICHEN HANDLUNGSFELDERN

der IQWiG-Leitliniensynopse wiedergegeben (vgl. IQWiG, 2009). Im vorliegenden Fall wurde keine Empfehlungskategorie angegeben, weil die ICSI-Leitlinie keine Angaben dazu enthielt.

In der nächsten Spalte wurden ergänzend die Empfehlungen der nach Abschluss der IQWiG-Synopse veröffentlichten S3-Leitlinie "Unipolare Depression" aufgenommen. Es handelte sich hierbei um die Empfehlung 2-2 mit dem Empfehlungsgrad A (starker Empfehlungsgrad: „soll“). Die letzten beiden Spalten enthalten die Ergebnisse der Recherchen zur Versorgungssituation sowie die Aussagen der Experten (Prof. Dr. Dr. Härter, Prof. Dr. Wittchen). Hierbei wurde geprüft, ob für eine Leitlinienempfehlung eine korrespondierende Aussage zum Ist-Zustand vorhanden war. Diese wurde unter Angabe der Referenzen dargestellt. Durch den Vergleich der Aussagen aus den Leitlinienempfehlungen mit denen aus der Analyse der Versorgungssituation lässt sich ggf. eine Differenz zwischen „Soll“ und „Ist“ feststellen. In der Abbildung wurden die Daten aus dem ZI-ADT-Panel zur Schweregradklassifikation herangezogen (vgl. Kapitel 4.2.2.2.). Die Experten wiesen in ihren Stellungnahmen explizit auf die Bedeutung einer adäquaten Diagnostik für eine leitliniengerechte Therapie hin.

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenzkategorie (EVK) IQWiG	Empfehlungskategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsempfehlung Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
Diagnostik						
Die Diagnosestellung sollte gemäß DSM-IV (bzw. ICD-10) erfolgen	↔ ↑ ↑	-	ICSI: Detection and diagnosis (Annotation #1, 2) Systems in place to reliably determine if a patient is depressed Use of DSM-IV TR criteria and structured questionnaire (such as PHQ-9) (M,R,C)	Symptomatik und Diagnosestellung gemäß ICD-10 Erkennen depressiver Störungen 2-2 Da depressive Patienten selten spontan über typische depressive Kernsymptome berichten und eher unspezifische Beschwerden wie Schlafstörungen mit morgendlichem Früherwachen, Appetitminderung, allgemeine Kraftlosigkeit, anhaltende Schmerzen und/oder körperliche Beschwerden angeben, soll das Vorliegen einer depressiven Störung bzw. das Vorhandensein weiterer Symptome einer depressiven Störung aktiv exploriert werden. (A)	bei Allgemeinärzten und Internisten werden depressive Störungen nicht nach Schweregrad, sondern in den weitaus meisten Fällen (80-90%) als unspezifische oder sonstige depressive Störungen kategorisiert bei Psychiatern/Neurologen liegt der Anteil mit ca. 30% in 2009 immer noch unerwartet hoch (ZI-ADT-Paneldaten 2000-2009)	H: Hinweis auf die... besondere Bedeutung der Diagnostik als Eingangspforte der Behandlung“ “Das Klassifikationsmodell des DSM-IV und ICD 10 werde derzeit überarbeitet. Zeitl. Abschluss ist unklar“ “... dass sich erst anhand verbesserter systematischer Diagnostik, insbesondere durch die ICD 10 konforme Einstufung in Schweregrade, die Leitlinienkonformität der Behandlung prüfen und abbilden ließe.“ → wenn die Diagnostik nicht leitlinienkonform erfolge liege die Unter-, Über- und Fehlversorgung auf der Hand → Empfehlung Studien anlegen und in Modellprojekten und hausärztlichen Praxen weitere Daten zu generieren W: „Die Definitionskriterien haben sich seit 1980 kaum verändert. Auch die diagnostischen Methodenstandards sind gleich geblieben. Auch für die kommende ICD-11 und DSM-V (2012) sind keine gravierende Änderungen zu erwarten“

Abbildung 18: Beispielhafte Darstellung des „Soll-Ist-Abgleichs“

5. IDENTIFIKATION VON MÖGLICHEN HANDLUNGSFELDERN

Aus der Gesamtschau der dargestellten Defizite und Verbesserungsmöglichkeiten wurde eine Beschreibung möglicher Handlungsfelder zusammengestellt (siehe 5.2.).

5.2. Darstellung von möglichen Handlungsfeldern

Aus der in 5.1.1. beschriebenen umfassenden Synopse aus Leitlinien, Ergebnissen der Versorgungsanalyse sowie den Aussagen der befragten Experten zu deren Gegenüberstellung („Soll-Ist-Abgleich“) wurde eine weitere verdichtete Synopse mit potenziellen Handlungsfeldern und Kernaussagen zu Verbesserungspotenzialen entwickelt (siehe Tabelle 12).

Der Prozess der Entwicklung dieser verdichteten Synopse kann wie folgt beschrieben werden:

- Auf der Basis der Information der umfassenden Synopse wurden Aspekte zu Versorgungsdefiziten exzerpiert, die entweder aus Aussagen der Analyse der Versorgungssituation und / oder aus Auskünften der Experten stammen.
- Diese Aussagen wurden von der Abteilung Fachberatung Medizin im Sinne von „wichtigen Bereichen“ („big points“) zu Kernaussagen im Hinblick auf Verbesserungspotenziale zusammengefasst und übergeordneten „Handlungsfeldern“ zugeordnet (z.B. leitlinienkonforme Diagnostik, leitlinienkonforme Therapie usw.). Unter der Prämisse der raschen Entwicklung einer Methodik durch einen Probelauf, hat die Fachberatung Medizin diese Zusammenstellung vorbereitet und der AG Versorgungsorientierung / Priorisierung zur Verfügung gestellt.
- Der Bezug zu den einzelnen Abschnitten des Kapitels 4.2. ff., einschließlich der dort ausgewerteten Studien, sind der dritten und vierten Spalte zu entnehmen. Die entsprechenden Abschnitte der umfassenden Synopse mit den Experten-Aussagen wurden in der fünften Spalte ergänzt.
- Die AG Versorgungsorientierung / Priorisierung identifiziert auf der Grundlage der Vorarbeiten der Fachberatung Medizin und in Würdigung der zugrundeliegenden Erkenntnisse aus der herangezogenen Literatur und den Expertenanhörungen mögliche Handlungsfelder.

In der nachfolgenden Tabelle 12 werden für die möglichen Handlungsfelder außerdem die jeweils zugrundeliegenden Studien deskriptiv dargestellt. In die Darstellung gehen die Anzahl der Studien, die Anzahl der Patienten, das Studiendesign und die "Repräsentativität" (lokal, regional, bundesweit) ein.

5. IDENTIFIKATION VON MÖGLICHEN HANDLUNGSFELDERN

Tabelle 12: Vorschläge für mögliche Handlungsfelder

Handlungsfeld	Kernaussagen (Verbesserungspotenzial, Defizite)	Bezug: Kap. im Bericht	Evidenzgrundlage	Bezug: Kap. in Synopse / Experten	Empfehlung / weiteres Vorgehen
Leitlinienkonforme Diagnostik	<ul style="list-style-type: none"> Der Anteil des Erkennens von Depressionen in der hausärztlichen Versorgung erscheint verbesserungsbedürftig. Depressive Patienten werden möglicherweise nicht in ausreichendem Maße erkannt; dies ist problematisch, da dies zu Nicht-Erkennung der Depression sowie zu Fehldiagnosen (fälschlich als depressiv Erkrankte angesehen) führt. 	<ul style="list-style-type: none"> 4.2.2.1 Erkennen depressiver Störungen in der hausärztlichen Versorgung 4.2.2.3 Diskussion zu 4.2.2 Diagnostik / Screening 4.2.5.3 Studien mit Bezug zur leitlinienorientierten Versorgung im Kapitel 4.2.5 Qualität 	5 Querschnittsstudien: 2 bundesweite (n=35.502 in 1.045 Praxen), 1 regionale (n=1.233, 32 Praxen), 2 lokale (n=1.190, 47 Praxen) 1 bundeweite Querschnittsstudie (n=20.421, 633 Praxen)	Prävention Screening / Diagnose	<i>noch unbesetzt</i>
	<ul style="list-style-type: none"> Die leitlinienkonforme Diagnostik von Depression gemäß Kriterien nach ICD-10 (Symptome, Schweregrade) ist zu verbessern. Valide Instrumente stehen zur Verfügung (Screening, Klinische Diagnose, Klassifikation); die Implementierung dieser Instrumente ist notwendig. 	<ul style="list-style-type: none"> 4.2.2.1 Erkennen depressiver Störungen in der hausärztlichen Versorgung 4.2.2.3 Diskussion zu 4.2.2 Diagnostik / Screening 	s.o.	Prävention Screening / Diagnose	<i>noch unbesetzt</i>
	<ul style="list-style-type: none"> Die Klassifikation der Diagnose erfolgt mehrheitlich (ca. 80%) bei Allgemeinärzten und Internisten nicht nach Schweregraden, sondern unspezifisch (F32.8: sonstige depressive Episode, F32.9: depressive Episode, nicht näher bezeichnet); dies ist problematisch, da die Leitlinienempfehlungen zur Behandlung nach Schweregraden differenziert. 	<ul style="list-style-type: none"> 4.2.2.2 Diagnoseklassifikation von Depression in der ambulanten Versorgung 4.2.2.3 Diskussion zu 4.2.2 Diagnostik / Screening 	2 Regionen mit ca. 450 Praxen und ca. 600.000 Behandlungsfällen	Prävention Screening / Diagnose	<i>noch unbesetzt</i>
Leitlinienkonforme Therapie	<ul style="list-style-type: none"> Es finden sich Hinweise auf Verbesserungspotenziale im Hinblick auf leitlinienkonforme Strategien in der Arzneimitteltherapie (z.B. adäquater Einsatz von Antidepressiva in Abhängigkeit vom Schweregrad, indikationsgerechte Wahl der Antidepressiva, z.B. trizyklische Antidepressiva, SSRI, Johanniskraut, Reduktion von Benzodiazepinen). 	<ul style="list-style-type: none"> 4.2.3.5 Fazit im Kapitel 4.2.3 Therapie (hier: Arzneimitteltherapie) 4.2.6.3 Arzneimittelversorgung, Pharmakoepidemiologie im Kapitel 4.2.6 Versorgungsepidemiologie 	3 bundesweite Studien: 2 Querschnittsstudien (n=23.649), 1 Längsschnittstudie (n=649)	Pharmako- therapie, Phytothera- peutika	<i>noch unbesetzt</i>
	<ul style="list-style-type: none"> Hinweise auf Unter-Dosierungen von Antidepressiva (z.B. Doxepin, Venlafaxin) sprechen für eine nicht-leitlinienkonforme Therapie. 	<ul style="list-style-type: none"> 4.2.6.8 Fazit zu Kap. 4.2.6 Versorgungsepidemiologie. 	2 bundesweite Studien: 1 Querschnittsstudie (n=6.676, 2.045 Ärzte), 1 RCT (n=1.319, 323 Praxen)		<i>noch unbesetzt</i>

5. IDENTIFIKATION VON MÖGLICHEN HANDLUNGSFELDERN

Handlungsfeld	Kernaussagen (Verbesserungspotenzial, Defizite)	Bezug: Kap. im Bericht	Evidenzgrundlage	Bezug: Kap. in Synopse / Experten	Empfehlung / weiteres Vorgehen
	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiater (ambulant) scheinen ein anderes therapeutisches Vorgehen (Arzneimittelverordnungen, Psychotherapie) als Hausärzte zu präferieren. Niedergelassene Psychiater setzen überwiegend Arzneimittel, selten andere Therapieformen ein. 	<ul style="list-style-type: none"> • 4.2.3.5 Fazit zu Kapitel 4.2.3 Therapie • 4.2.6.8 Fazit zum Kapitel 4.2.6 Versorgungsepidemiologie 	2 Studien: 1 bundesweite Querschnittsstudie (n=2.224), 1 regionale Querschnittsstudie (n=71 Psychiater)		<i>noch unbesetzt</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Die leitlinienkonforme Anwendung der Psychotherapie (abhängig von Schweregrad, Kombination mit Antidepressiva) ist verbesserungsfähig; auch hier besteht möglicherweise gleichzeitig Unter- und Überversorgung; problematisch kann auch der Zugang zu Psychotherapie sein (vgl. unter „Zugang“); die Datenlage zur Versorgung ist insgesamt heterogen. 	<ul style="list-style-type: none"> • 4.2.3.5 Fazit zu Kapitel 4.2.3 Therapie 	s.o.		<i>noch unbesetzt</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Hinweise auf therapeutische Unterversorgung (Antidepressiva, Psychotherapie), zeigen sich bei Kindern und Jugendlichen in Heimen sowie bei älteren Menschen (Alleinlebende, Heimbewohner). Für ggf. weitere, besondere Patientengruppen fehlen Informationen. 	<ul style="list-style-type: none"> • 4.2.6.6 Versorgung von Älteren, Heimbewohnern, Heimkindern, Alleinstehenden 	1 regionale Querschnittsstudie (n=689 Kinder / Jugendliche, 20 Einrichtungen), 1 lokale Querschnittsstudie (n=1.970 Personen >75J.) Expertenaussage (vgl. Anhang)		<i>noch unbesetzt</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Einige Qualitätssicherungsprojekte in der stationären Versorgung (psychiatrische Kliniken, Fachabteilungen) beschreiben eine insgesamt gute stationäre Versorgung, weisen jedoch auf Verbesserungspotentiale hinsichtlich Leitlinienkonformität hin, da letztere mit hoher Ergebnisqualität assoziiert erscheint. 	<ul style="list-style-type: none"> • 4.2.5.2 Studien auf der Basis von Modellprojekten zur Qualitätssicherung 	5 Publikationen zu 2 regionalen Studien: 1 Längsschnittstudie (2 J.) (n=3.083, 24 Krankenhäuser), 1 Querschnittsstudie (n=1.202, 10 Krankenhäuser)		<i>noch unbesetzt</i>
Fortbildung Ärzte	<ul style="list-style-type: none"> • Fortbildung und Professionalisierung der Hausärzte (auch Fachärzte) u.a. zu Diagnostik, Therapie (speziell: medikamentöse Akutbehandlung), Kombinationstherapie, Rezidivprophylaxe, Umgang mit Suizidalität, Suizidprävention (generell: zu leitlinienkonformer Versorgung) erscheint sinnvoll. Hierzu gehört auch das Schaffen von Wissen und Information bei den Ärzten über die Erkrankung. 	<ul style="list-style-type: none"> • 4.2.5.3 Studien mit Bezug zur leitlinienorientierten Versorgung im Kapitel 4.2.5 Qualität 	2 regionale Querschnittsstudien (n=180 Hausärzte, 71 Psychiater)	Prävention Screening / Diagnose Pharmakotherapie, Erhaltungstherapie / Rezidivprophylaxe	<i>noch unbesetzt</i>

5. IDENTIFIKATION VON MÖGLICHEN HANDLUNGSFELDERN

Handlungsfeld	Kernaussagen (Verbesserungspotenzial, Defizite)	Bezug: Kap. im Bericht	Evidenzgrundlage	Bezug: Kap. in Synopse / Experten	Empfehlung / weiteres Vorgehen
Einbeziehung Patienten und ihrer Präferenzen	<ul style="list-style-type: none"> Das Schaffen von Wissen und Information bei den Patienten über die Erkrankung sowie die aktive Einbeziehung der Patienten (shared decision making, partizipative Entscheidungsfindung) und Berücksichtigung ihrer Präferenzen (z.B. für Phytotherapeutika) erscheint wünschenswert, da beides zur Akzeptanz von Diagnose und Therapie sowie zu positiven Therapieergebnissen beiträgt. 	<ul style="list-style-type: none"> 4.2.5.3 Studien mit Bezug zur leitlinienorientierten Versorgung im Kapitel 4.2.5 Qualität 4.2.6.3 Arzneimittelversorgung, Pharmakoepidemiologie im Kapitel 4.2.6 Versorgungsepidemiologie 	2 bundesweite Querschnittsstudien (n=2.697)	Patienteninformation, -kommunikation	<i>noch unbesetzt</i>
Prävention / Suizidprävention	<ul style="list-style-type: none"> Hinweise aus Studien sprechen dafür, dass Präventionsprogramme bereits in Schulen möglich und auf regionaler Ebene (z.B. Nürnberger Bündnis) praktikabel einsetzbar sind. Es gibt Hinweise dafür, dass solche Programme zu einer Senkung der Zahl der Suizide führen. 	<ul style="list-style-type: none"> 4.2.4.4 Fazit im Kapitel 4.2.4 Prävention, Suizidprävention 	3 lokale prospektive Studien (n=1.273)	Pharmakotherapie, Suizidprävention	<i>noch unbesetzt</i>
Zugang zur Versorgung, Angebot, Bedarf	<ul style="list-style-type: none"> Aussagen zum bedarfsgerechten „zur-Verfügung-Stehen“ von Behandlungsmöglichkeiten sind unterschiedlich. Insbesondere in der psychotherapeutischen Versorgung gibt es Hinweise, dass z. B. regional nicht bedarfsentsprechende Strukturen vorzufinden sind. Die Regelungen zur Bedarfsplanung scheinen hier ein Verbesserungspotenzial zu bergen. Im Rahmen der Expertenanhörungen werden auch Aussagen zu teilweise langen Wartezeiten (ambulant wie stationär), inadäquaten Zuweisungen, Kooperationsdefizite getroffen. 	<ul style="list-style-type: none"> 4.2.6.8 Fazit zu Kap. 4.2.6 Versorgungsepidemiologie 	Datenauswertungen der TK (bundesweit, der KV Bayerns und des ZI (regional), mehrere Mio. Versicherte Expertenaussage (vgl. Anhang)	Nichtmedikamentöse Therapie, Koordination von Maßnahmen und Koordination der Versorger	<i>noch unbesetzt</i>
Kooperation / Koordination (u.a. Entlassungsmanagement), Vernetzung; Monitoring, Disease-/Case Management	<ul style="list-style-type: none"> Es gibt Hinweise, dass die Kommunikation und Kooperation zwischen Leistungserbringern verbesserungswürdig sind. 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) geben Hinweise auf positive Effekte von sektoren- und versorgungsübergreifenden Maßnahmen bzgl. der Begleitung der Patienten entlang ihres Behandlungspfades und manche Ansätze hierzu haben sich in Studien als wirksam erwiesen. 	<ul style="list-style-type: none"> 4.2.6.8 Fazit zu Kap. 4.2.6 Versorgungsepidemiologie 4.2.3.4.5 Case-Management in 4.2.3 Therapie 	s.o. 4 Publikationen: 1 Metaanalyse (10 RCTs), 1 systematischer Review ohne Metaanalyse (10 RCTs), 1 regionaler Cluster-RCT (n=626, 74 Praxen), 1 prospektive Studie (n=64, 8 Praxen)	Koordination von Maßnahmen und Koordination der Versorger Patienteninformation, -kommunikation	<i>noch unbesetzt</i>

5. IDENTIFIKATION VON MÖGLICHEN HANDLUNGSFELDERN

Handlungsfeld	Kernaussagen (Verbesserungspotenzial, Defizite)	Bezug: Kap. im Bericht	Evidenzgrundlage	Bezug: Kap. in Synopse / Experten	Empfehlung / weiteres Vorgehen
	<ul style="list-style-type: none"> Eine sektorenübergreifende systematische Beobachtung von längerfristigen poststationären Behandlungsergebnissen zur Früherkennung von Rückfällen sowie Vermeidung von Drehtüreffekten und Rehospitalisierung wird aus dem stationären Qualitätssicherungs-Bereich als sinnvoll erachtet. 	<ul style="list-style-type: none"> 4.2.5.2 Studien auf der Basis von Modellprojekten zur Qualitätssicherung 	1 Längsschnittstudie (2 J.) (n=3.083, 24 Krankenhäuser)	Koordination von Maßnahmen und Koordination der Versorger	<i>noch unbesetzt</i>
Arbeitsumfeld, Reintegration in Beruf, Frühberentung	<ul style="list-style-type: none"> Die Zunahme der Arbeitsunfähigkeitszeiten bei Depression und generell psychischen Störungen, gibt Hinweise auch auf mögliche Ursachen im beruflichen Umfeld; Depressionen können auch als häufige Ursache für Berufsunfähigkeit und für Frühberentungen eingeschätzt werden. Auch aus volkswirtschaftlicher Sicht sind adäquate Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung und zur Kompetenzentwicklung von Arbeitsmedizinern von Bedeutung. In der psychotherapeutischen Behandlung sollte die Arbeitswelt ebenfalls Berücksichtigung finden. 	<ul style="list-style-type: none"> 4.2.6.8 Fazit zu Kap. 4.2.6 Versorgungsepidemiologie 	1 retrospektive bundesweite Studie (n=1.090), 1 Auswertung bundesweiter Daten der Rentenversicherung, 1 Auswertung von Daten verschiedener bundesweiter Krankenkassen 1 Cochrane Review		<i>noch unbesetzt</i>

5. IDENTIFIKATION VON MÖGLICHEN HANDLUNGSFELDERN

5.3. Darstellung aktueller Beratungsthemen

Die derzeit in Beratung befindlichen Themen mit Bezug zur Depression wurden durch eine Abfrage in den geschäftsführenden Abteilungen des G-BA (Arzneimittel, Methodenbewertung und veranlasste Leistungen, Qualitätssicherung und sektorenübergreifende Versorgungskonzepte) erfasst (siehe Tabelle 13).

Der Wissenschaftliche Beirat gemäß § 11 Psychotherapeutengesetz hat sich in zwei Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der psychodynamischen Psychotherapie (tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie) und der Verhaltenstherapie geäußert. Die entsprechenden Stellungnahmen erfolgten aufgrund der Auswertung von überwiegend RCTs und Metaanalysen und konstatierten, dass die Verfahren als wissenschaftlich anerkannt angesehen werden können. Dabei wurden sowohl für die psychodynamischen Verfahren (Stellungnahme vom 11.11.2004) als auch für die Verhaltenstherapie (Stellungnahme vom 29.12.2003) Wirksamkeitsnachweise im Bereich der Affektiven Störungen und damit auch der Depression festgestellt.

Obwohl dies noch kein Präjudiz für das Ergebnis einer Prüfung seitens des G-BA ist, gibt es doch einen Hinweis im Hinblick auf Wirksamkeitsnachweise. Aufgrund der Prüfung der Gesprächspsychotherapie und dem dort diskutierten Grundsatz einer Gleichbehandlung mit den Richtlinien-Verfahren bezogen auf Kriterien der Prüfung von Richtlinienverfahren wurde am 24.04.2008 im G-BA ein gemeinsamer Antrag von GKV, KBV und Patientenvertretern auf Prüfung der drei anerkannten Richtlinienverfahren gestellt. Seit März 2009 erfolgt die entsprechende Prüfung in einer AG des Unterausschusses Methodenbewertung des G-BA.

Die oben genannte AG zur Prüfung der Richtlinienverfahren befindet sich derzeit noch in einem zeitaufwändigen Prüfungsprozess, so dass noch keine endgültigen Ergebnisse der Prüfung vorliegen. Im Screening der Metaanalysen wurden jedoch im Bereich der analytisch begründeten Verfahren bisher insgesamt 21 und in der Verhaltenstherapie 74 Reviews für eine vollumfängliche Auswertung identifiziert, darunter jeweils auch einige aus dem Indikationsbereich der Depressionen.

Diese Tatsache in Verbindung mit den oben genannten Voten des Wissenschaftlichen Beirats gibt belastbare Hinweise auf eine Wirksamkeit von Richtlinien-Psychotherapie bei Depressionen. Dies entspricht auch der Literaturlauswertung von Margraf (2009). Dieser konstatiert in seinem Fazit gute Belege für die Wirksamkeit von Verhaltenstherapie, psychodynamischen Kurzzeittherapien und Interpersoneller Psychotherapie.

5. IDENTIFIKATION VON MÖGLICHEN HANDLUNGSFELDERN

Tabelle 13: Aktuelle Beratungsverfahren mit Bezug zur Depression im G-BA

Versorgungsbereich / -kette	Unterausschuss / Richtlinie						
	Arzneimittel	Methodenbewertung	Qualitätssicherung	Psychotherapie	Sektorenübergreifende Versorgung	Bedarfsplanung	veranlasste Leistungen
Primärprävention / Gesundheitsförderung							
Screening / Sekundärprävention							
Diagnose / Indikationsstellung							
Akuttherapie	Änderung der Anlagen IX und X der AMR Neubildung Festbetrags-Gruppen • Venlafaxin (Gruppe 1, Stufe 1) • SSRI, Citalopram / Escitalopram (Gruppe 1, Stufe 2) AMR, Verordnungsaußchluss von Reboxetin IQWiG-Abschlussbericht zur Nutzenbewertung von SNRI IQWiG-Abschlussbericht zu Bupropion, Mirtazapin und Reboxetin Kosten-Nutzen-Bewertung von Venlafaxin, Duloxetin, Bupropion und Mirtazapin beauftragt Bewertung zu SSRI zurückgestellt	Psychotherapie-Richtlinienverfahren, Indikation Depression	Antrag QS Depression QS Psychiatrie/ Psychosomatik	QS / Dokumentationsbogen (Gutachter-Verfahren PT)			
Versorgung bei akuter Verschlechterung / Notfallversorgung					DMP (Depression im Sinne einer Komorbidität, z.B. bei Herzinsuffizienz und KHK)		<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrische häusliche Krankenpflege • Sozialtherapie
Langzeitversorgung							
Rehabilitation							
Pflege							
Versorgungsstruktur						Psychotherapeuten im Rahmen der Überarbeitung der RL berücksichtigt, kein Bezug zu Krankheitsbildern	

5. IDENTIFIKATION VON MÖGLICHEN HANDLUNGSFELDERN

Im Unterausschuss Arzneimittel wird die Bewertung mehrerer Antidepressiva beraten. In den Unterausschüssen Methodenbewertung und Bedarfsplanung wird Depression im Rahmen der Psychotherapie- bzw. Bedarfsplanungsrichtlinie beraten. Im Bereich Qualitätssicherung finden sich Anträge zur Befassung mit psychischen Erkrankungen inklusive Depression. Die AG Qualitätssicherung / Dokumentationsbogen des Unterausschusses Psychotherapie ist mit einer Konzepterstellung zur Qualitätssicherung im Rahmen des Gutachterverfahrens Psychotherapie befasst. Der Unterausschuss Veranlasste Leistungen ist im Kontext der Psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sowie der Soziotherapie ebenfalls mit der Depression befasst. Im Rahmen der Beratungen zu den DMPs im Unterausschuss Sektorenübergreifende Versorgung wird die Depression im Sinne einer Komorbidität, insbesondere bei Herzinsuffizienz und koronarer Herzkrankheit (KHK), berücksichtigt.

5.4. Mögliche Handlungsfelder in Bezug zur Regelbarkeit durch den G-BA

Aus Sicht der methodischen Vorgehensweise im Modellprojekt sind als Ergebnis aus der verdichteten Synopse Handlungsmöglichkeiten des G-BA abzuleiten. Teilweise könnten die Unterausschüsse – auf der Basis dieser Handlungsmöglichkeiten – zur Erarbeitung von Handlungsempfehlungen und deren Umsetzung beauftragt werden.

Für viele der unter 5.2. genannten möglichen Handlungsfelder bestehen Regelungsmöglichkeiten durch den G-BA.

Aus Sicht der AG Versorgungsorientierung / Priorisierung bedarf es hierzu einer Klärung durch das Plenum, ob durch eine Befassung der Unterausschüsse mit der Thematik in Bezug auf die Regelbarkeit möglicherweise eine weitere Konkretisierung der Handlungsfelder erfolgen soll.

Gemessen an dem Ziel eine umfassende Verbesserung der Versorgung von an Depression erkrankten Patienten zu erreichen, sprechen aus inhaltlicher Sicht viele der in den möglichen Handlungsfeldern genannten Aspekte und Verbesserungspotentiale für eine noch teilweise unzureichende Implementierung der S3-Leitlinie "Unipolare Depression" in der Versorgung. Selbst mit einer verstärkten Implementierung hier würde aber – mangels Aussagen in der S3-Leitlinie "Unipolare Depression" – weder die Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung und Koordination angegangen noch würden die Veränderungen der Versorgungsstrukturen berücksichtigt, die sich u.a. aus der zunehmenden Verbreitung von wissenschaftlich kaum untersuchten Einzelverträgen ergeben.

6. Weitere Vorgehensweise

In den vorausgegangenen Kapiteln wurde dargestellt, wie mögliche Handlungsfelder aus einem Abgleich von Versorgungssituation und Versorgungsstandard (leitlinienkonforme Versorgung) mit der von der AG Versorgungsorientierung / Priorisierung entwickelten Methodik abgeleitet werden können. Darin ist auch eine grobe Abschätzung der Regelbarkeit durch den G-BA enthalten. Eine Methodik bzw. Vorgehensweise zur Weiterentwicklung möglicher Handlungsfelder in konkrete Vorschläge für Beratungsthemen wurde noch nicht beraten. Die AG Versorgungsorientierung / Priorisierung hat an dieser Stelle zunächst einen Bericht an das Plenum vorgesehen, da sich die Erarbeitung einer umfassenden Analyse der Versorgungssituation für ein Krankheitsbild entsprechend der Konzeption als prinzipiell machbar erwiesen hat. Für die weitere Ausarbeitung der möglichen Handlungsfelder im Rahmen der modellhaften Erprobung des Vorgehens in Bezug auf die Indikation "Depression" in ggf. konkrete Beratungsthemen gibt es mindestens zwei Optionen: Entweder könnte die AG Versorgungsorientierung / Priorisierung eine Konkretisierung selbst vornehmen oder das Plenum die Unterausschüsse mit der weiteren Prüfung der für sie jeweils relevanten Handlungsfelder beauftragen.

Die weiteren Schritte zur geplanten Vorgehensweise (entsprechend Schritt 5 der Konzeption) umfassen insgesamt

1. die Kenntnisnahme der Methodik durch den G-BA und die Entscheidung des G-BA, ob diese grundsätzlich weiterverfolgt werden soll,
 2. die Entscheidung des G-BA, ob in den Gremien des G-BA eine weitergehendere Befassung mit dem Thema Depression erfolgen soll,
- und
3. die mögliche Weiterbeauftragung der AG Versorgungsorientierung / Priorisierung, das Konzept zu vervollständigen und ggf. unter Einbeziehung der Unterausschüsse Empfehlungen für weitere Schritte abzugeben.

7. Erfahrungsbericht

Im Folgenden wird über die zwischen Juni und Dezember 2010 gemachten Erfahrungen bei der modellhaften Umsetzung des Projektes berichtet. Aspekte der methodischen Entwicklung sowie des Projekt-Ablaufs werden beschrieben und bewertet sowie um Einschätzungen zur Machbarkeit, zu den erreichten Zielen und zum Aufwand ergänzt.

Eine abschließende „Ergebnis-Evaluation“ des Modell-Projektes zur Entwicklung und Erprobung eines „Verfahrens zur versorgungsorientierten Koordination und Zusammenarbeit der Beratungen im G-BA“ am Beispiel der Erkrankung Depression im Sinne einer systematischen Bewertung der Wirkungen und des Nutzens des Projektes kann zu diesem Zeitpunkt nicht vorgenommen werden. Diese kann frühestens nach der Sitzung des Plenums im Februar 2011, wenn auch feststeht, wie mit den noch ausstehenden Schritten aus dem Konzept umgegangen wird, in Angriff genommen werden.

Andererseits können die kontinuierlichen Diskussionen, Reflexionen, Kommentierungen und Vorschläge zum Prozess der Entwicklung und Umsetzung des Verfahrens durch die AG Versorgungsorientierung / Priorisierung durchaus als begleitende „Prozess-Evaluation“ angesehen werden, aus der wertvolle Hinweise für den gesamten Entwicklungsprozess – der methodisch und inhaltlich im Wesentlichen von der Abteilung Fachberatung Medizin und organisatorisch von der Abteilung Recht getragen wurde – abgeleitet werden konnten.

7.1. Erfahrungen bei der Entwicklung des methodischen Vorgehens

Das Vorgehen zur umfassenden Analyse des Versorgungsgeschehens einer ausgewählten Erkrankung erforderte die Entwicklung und Umsetzung u.a. folgender Verfahrensschritte:

- Strukturierung des Themas mit Herausarbeitung und Abbildung der Versorgungsbereiche und Aspekte möglicher Versorgungsprobleme
- Feststellung des „Soll“ der Versorgung durch Sichtung von Leitlinien, Einbeziehung der Leitlinien-Synopse des IQWiG
- Feststellung des „Ist“ der Versorgung durch Aufarbeitung verfügbarer Informationen (Literatur, Datenquellen, Expertenwissen usw.):
 - Entwicklung einer spezifisch auf die deutsche Versorgungssituation fokussierten Literaturrecherche (mit den in Kapitel 4.3 diskutierten Schwierigkeiten bei der Literatursuche und Vollständigkeit hinsichtlich einzelner Versorgungsbereiche)
 - Entwicklung von Kriterien zu Ein- und Ausschluss der Literatur

7. ERFAHRUNGSBERICHT

- Recherche nach und Analyse von geeigneten Datenquellen zusätzlich zu gängigen Datenbanken und publizierten Studien (Ziel: Informationsgewinnung zur Versorgungssituation)
- Sichtung, Sortierung und Zuordnung zu (Sub-)Kategorien der Versorgung
- Screening der Literatur durch jeweils 2 Reviewer (4-Augen-Prinzip)
- Entwicklung der Gliederungspunkte für den Datenextraktionsbogen
- Inhaltliche Extraktion und Bewertung sowie methodische Kurzbewertung der Literatur, kapitelweise Aufbereitung und Zusammenfassung (u.a. Folien für AG, Datenextraktionstabelle)
- Verschriftlichung der Ergebnisse in das Kapitel 4 des Abschlussberichts „Analyse der Versorgungssituation“
- Einbeziehung von Expertenbefragung und Aufbereitung ihrer Informationen
- Darstellung aktueller Beratungsthemen des G-BA mit Bezug zur beispielhaft ausgewählten Erkrankung Depression
- Gegenüberstellung von „Soll“ und „Ist“ der Versorgung:
 - Erstellung einer umfassenden Synopse basierend auf evidenzbasierten Leitlinien als „Soll“ der Versorgung und die Gegenüberstellung der aus der Recherche ermittelten Informationen der Versorgungsanalyse sowie den Aussagen der Experten als „Ist“ der Versorgungssituation.
- Darstellung von Handlungsfeldern mit Kernaussagen aus der Feststellung der Differenz zwischen „Soll“ und „Ist“ der Versorgung in einer verdichteten Synopse, einschließlich Handlungsmöglichkeiten des G-BA.

Die dargestellten Schritte bei der Entwicklung des Verfahrens beschreiben systematisch einen Weg von der Strukturierung eines Themas über die Informationsgewinnung bis hin zur hoch komprimierten Aufbereitung der Ergebnisse und der Präsentation von konkreten Handlungsfeldern mit möglichen Handlungsoptionen durch den G-BA. Als Ergebnis der beschriebenen Prozesse wurde das Ziel der Erarbeitung von möglichen Handlungsfeldern erreicht.

Die Erfahrungen im Rahmen der Entwicklung des Verfahrens zeigen aus der Sicht der Abteilung Fachberatung Medizin, dass während des Prozesses mehrere Schritte zur Verbesserung und Optimierung des Vorgehens – auch durch das kontinuierliche Feedback der Mitglieder der AG Versorgungsorientierung / Priorisierung – erforderlich waren. Dieses parallele „Lernen“ hat sicher insgesamt den Entwicklungsaufwand erhöht, aber im Ergebnis zu einer methodisch gut machbaren, funktionierenden und auf andere Krankheitsbilder übertragbaren Vorgehensweise bei der Umsetzung des Konzeptes der Versorgungsorientierung geführt.

7. ERFAHRUNGSBERICHT

Die erzielten inhaltlichen Ergebnisse zum Beispielthema Depression sprechen ebenfalls für eine (der Studien- und Datenlage entsprechenden) umfassende Beschreibung der Versorgungssituation, einschließlich Versorgungsdefiziten, ausgedrückt als Differenz zwischen „Soll“ und „Ist“ der Versorgung. Die Aussagen der beiden Experten stützen ebenfalls deutlich und in hoher Übereinstimmung die Plausibilität der beschriebenen inhaltlichen Erkenntnisse.

Der Schritt der Beschreibung von Handlungsfeldern ist im Konzept nicht vorgesehen, sondern hat sich im Verlauf des Modellprojektes so entwickelt und sich den konzeptionell vorgesehenen Handlungsempfehlungen vorgelagert. Den Schritt der Ableitung von konkreten Handlungsempfehlungen (Schritt 5 des Gesamtkonzepts, vgl. Kapitel 2.2.) hat die AG Versorgungsorientierung / Priorisierung nicht vollzogen, da zunächst im Plenum über die bisherigen Vorgehensweisen und Ergebnisse im Rahmen der Entwicklung des Verfahrens informiert und über das weitere Vorgehen beraten werden soll.

7.2. Darstellung des methodischen Vorgehens

Ziel der zusammenfassenden Darstellung der von der AG Versorgungsorientierung / Priorisierung entwickelten Methodik ist es, kurz und übersichtlich die notwendigen Arbeitsschritte aufzuzeigen. Dabei werden jeweils die hauptverantwortlichen Bearbeiter benannt.

Vom Plenum wurde beschlossen, die zu erarbeitende Methodik modellhaft an der Erkrankung Depression zu erproben. Um die Zeitvorgabe des Plenums für die Erstellung eines methodischen Masterplans zu erfüllen, wurde teilweise auf die vollständige Bearbeitung einzelner Arbeitsschritte verzichtet. In erster Linie ging es darum, die grundsätzliche Methodik zu entwickeln und ihre Machbarkeit zu überprüfen. Soweit einzelne Arbeitsschritte nun in der modellhaften Erprobung noch nicht endgültig fertig gestellt sind, ist dies entsprechend in der Spalte „Aktueller Stand“ festgehalten.

Durch diese zusammenfassende, einer Checkliste vergleichbare Darstellung soll insbesondere für zukünftige Beratungen eine einheitliche und leicht verständliche Arbeitsgrundlage geschaffen werden. Dies stellt z.B. bei Wechsel oder Neubenennung von AG-Mitgliedern eine einfache und rasche Einarbeitung sicher. Auch bei der Vorstellung der durch diese Methodik erzielten Ergebnisse, z.B. in von den Ergebnissen betroffenen Unterausschüssen des G-BA, ist es notwendig, den Unterausschuss-Mitgliedern kurz und transparent die zugrundeliegende Arbeitsweise darzustellen.

7. ERFAHRUNGSBERICHT

Ergänzungen oder – durch entsprechende in weiteren Beratungen gemachte Erfahrungen – notwendige Anpassungen sind durch Versionierung der Tabelle leicht umsetzbar. Der Abschlussbericht muss dann nicht jeweils geändert werden.

Die hier vorliegende zusammenfassende Darstellung dient somit als Basisversion. In begründeten Fällen kann im Einvernehmen der AG-Mitglieder zukünftig themenabhängig davon abgewichen werden, wobei die Abweichungen zu dokumentieren wären.

Tabelle 14: Methodik der AG Versorgungsorientierung / Priorisierung

	Arbeitsschritte	Verantwortlicher Bearbeiter	Modellhafte Erprobung
			Aktueller Stand
1.	Themenvorgabe	Plenum	<i>Depression</i>
2.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Strukturierung der Thematik ○ Beauftragung des IQWiG zur Erstellung einer Leitliniensynopse ○ Beauftragung der FB Med zur Erstellung eines Vorschlages zur Literaturrecherche zur Analyse der Versorgungssituation (von der Prävention über die Therapie bis zur Rehabilitation) ○ Expertenauswahl und Berufung 	AG* / FB Med** AG AG AG	✓(<i>erledigt</i>) ✓ ✓ ✓
3.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Vorstellung der Suchstrategie und der Kriterien für das 1. und 2. Literaturscreening zur Analyse der Versorgungssituation ○ Diskussion, Anpassung und Konsentierung ○ Beauftragung der FB Med zur Literaturrecherche ○ Vorstellung der Leitliniensynopse ○ Diskussion, Anpassung und Abnahme der Leitliniensynopse 	FB Med AG AG IQWiG AG	✓ ✓ ✓ ✓ ✓
4.	<ul style="list-style-type: none"> Vorstellung der Rechercheergebnisse ○ Diskussion, Anpassung (evtl. Feinjustierung der Screeningkriterien wegen der Problematik der Abgrenzung der Versorgungsanalyse zur einzelnen Nutzenbewertung) und Konsentierung ○ Beauftragung der FB Med zur Datenextraktion aus der Literatur und Zusammenstellung der gesamten Evidenz aus Leitliniensynopse, Literaturrecherche und Expertenanhörung sowie Erstellung eines „Soll-Ist-Vergleichs“ 	FB Med AG AG	✓ ✓ ✓
5.	Expertenanhörung	Experten / AG / FB Med	✓
6.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Vorstellung der Datenextraktionen und der Zusammenstellung der gesamten Evidenz aus Leitliniensynopse, Literaturrecherche und Expertenanhörung sowie Erstellung eines „Soll-Ist-Vergleichs“ (Abbildung 18, Anhang f) ○ Diskussion, Anpassung und Konsentierung ○ Festlegung von Kriterien zur Identifizierung von möglichen Handlungsfeldern (z.B. nur Handlungsfelder aufzeigen, auf die der G-BA direkt Einfluss hat) und Beauftragung der FB Med 	FB Med AG AG / FB Med	✓ ✓ ✓
7.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Beauftragung der FB Med zur Zusammenstellung aktueller Beratungsverfahren im G-BG bezogen auf das Beratungsthema ○ Vorstellung der Zusammenstellung aktueller Beratungsverfahren im G-BA zum Beratungsthema ○ Vorstellung eines Vorschlages für mögliche Handlungsfelder inklusive Darstellung der Evidenzgrundlage (Tabelle 12) ○ Diskussion, Anpassung und Konsentierung der potentiellen Handlungsfelder 	AG FB Med FB Med AG	✓ ✓ ✓ ✓

7. ERFAHRUNGSBERICHT

	Arbeitsschritte	Verantwortlicher Bearbeiter	Modellhafte Erprobung
			Aktueller Stand
8.	Vorstellung der konsentierten Handlungsfelder sowie der Zusammenstellung aktueller Beratungsverfahren im Plenum	AG / FB-Med	<i>Geplant für das Plenum im Februar 2011</i>
9.	Diskussion sowie Entscheidung über folgende Optionen: 1) Beauftragung der AG zur Entwicklung von Handlungsempfehlungen aus den Handlungsfeldern für Unterausschüsse des G-BA 2) Zurückstellung des Themas bis weitere Evidenz vorliegt 3) Einstellung des Themas (z.B. wegen fehlender Regelungskompetenz des G-BA in den identifizierten Handlungsfeldern)	Plenum	<i>Vorgehen noch zu beraten</i>
10.	Identifizierung und konsentierte Formulierung von Handlungsempfehlungen	AG / FB Med	<i>Vorgehen noch zu beraten</i>
11.	Vorstellung der konsentierten Handlungsempfehlungen im Plenum	AG / FB Med	<i>Vorgehen noch zu beraten</i>
12.	Diskussion sowie Entscheidung über Beauftragung von Unterausschüsse zur spezifischen Überprüfung der Umsetzbarkeit der Handlungsempfehlungen	Plenum	<i>Vorgehen noch zu beraten</i>
13.	Vorstellung der Handlungsempfehlungen aus den Beratungen der AG in vom Plenum beauftragten Unterausschuss	AG / FB Med	<i>Vorgehen noch zu beraten</i>
14.	Regelmäßige Berichterstattung an die AG von der Themenbearbeitung in den vom Plenum beauftragten Unterausschüssen bzw. über die Evidenzentwicklung zurückgestellter Themen	FB Med	<i>Vorgehen noch zu beraten</i>

*AG Versorgungsorientierung / Priorisierung; **Abteilung Fachberatung Medizin

7.3. Erfahrungen zum Ablauf des Modell-Projektes

Die Abläufe des Projektes sowie das Projektmanagement umfasste u.a. folgende Aspekte:

- Wöchentliche Teambesprechungen (Juni bis Dezember 2010) in der Abteilung Fachberatung Medizin unter Einbindung der Abteilung Recht und der geschäftsführenden Abteilungen
- Monatliche Sitzungen der AG Versorgungsorientierung / Priorisierung
- Punktuelle Einbeziehung der Gremien (Unterausschüsse, Arbeitsgruppen)
- Einbeziehung von Experten

Die Erfahrungen im Ablauf des Projektes weisen aus der Sicht der Abteilung Fachberatung Medizin – neben insgesamt weitgehend positiven Eindrücken – auch auf einige Verbesserungspotentiale hin, die wie folgt zusammengefasst werden können:

- Die Vernetzung innerhalb der Geschäftsstelle hat teilweise gut funktioniert, die Information, Einbeziehung, Kommunikation, Kooperation und Unterstützung der

7. ERFAHRUNGSBERICHT

Unterausschüsse ist – einschließlich deren Quervernetzung – allerdings verbesserungsfähig.

- Der Überblick über und die Auswertungen der Literatur benötigen deutlich mehr Zeit als angenommen; die zeitlichen Abläufe sind dahingehend optimierbar, dass die Einbeziehung der AG Versorgungsorientierung / Priorisierung in die Diskussion der Analysen erst bei vollständigem Überblick über die Studien- und Datenlage erfolgt.
- Bei vollständigem Überblick über die Studien- und Datenlage sollte zeitnah die inhaltliche Auseinandersetzung mit den Studien-Informationen durch die Mitglieder der AG Versorgungsorientierung / Priorisierung erfolgen.
- Die Einbeziehung von Experten wird als sehr wertvoll eingeschätzt, weil sich gezeigt hat, dass auf diese Weise ergänzende, über die Literaturrecherche nicht ermittelte Informationen erlangt werden oder recherchierte Ergebnisse differenziert bewertet werden konnten. Sie erfordert allerdings eine dezidierte zeitliche Planung und inhaltliche Vorbereitung. Die Auswahl der Experten sollte aufgrund nachvollziehbarer Kriterien, z.B. Forschungstätigkeit auf dem Gebiet der ausgewählten Erkrankung, erfolgen.
- Eine dem Arbeitsaufwand angemessene Besetzung der AG Versorgungsorientierung / Priorisierung ist wichtig für die zeitgerechte Bearbeitung.

Erfahrungen und Anregungen, die für weitere Beratungen von Bedeutung sein könnten wurden von verschiedenen an der Beratung Beteiligten eingebracht. Die dazugehörigen Diskussionen sind allerdings noch nicht abgeschlossen, so dass die folgenden Aspekte noch keine konsentiertere Meinung der AG Versorgungsorientierung / Priorisierung abbilden:"

- Die modellhafte Erarbeitung hat gezeigt, dass eine Konzentration auf bestimmte Felder und die Formulierung genauerer Fragestellungen zur Versorgung angezeigt sein kann, bevor eine weitere Analyse der Versorgungssituation angegangen wird. Hierzu könnte ggf. eine vorgeschaltete Beratung (z.B. in Form eines "Scoping-Workshop" oder von leitfadengestützten Experteninterviews, wobei Teilnehmer dazu aufgefordert werden sollten, die Evidenzgrundlage für vorgebrachte Probleme oder Verbesserungsvorschläge zu benennen.) in der Methodik vorgesehen werden. Jede Modifizierung des methodischen Vorgehens muss allerdings die Durchführung einer umfassenden wissenschaftlich fundierten Versorgungsanalyse gewährleisten und sich von einer fragmentarischen Zurufpraxis differenzieren.
- Eine Trennung konzeptionell und analytisch klar unterscheidbarer Sachverhalte stößt, basierend auf vorliegender Literatur und der Methodik der

7. ERFAHRUNGSBERICHT

Versorgungsanalyse bisher noch auf Probleme: 1. Mögliches Versorgungsproblem als faktisch beobachtete Abweichung empfohlener von beobachteter Versorgung, 2. die vermuteten, explorierten oder belegten Ursachen hierfür, sowie 3. mögliche Mittel zu deren Behebung, die vorgeschlagen oder erprobt wurden. Eine klare Unterscheidung dieser Sachverhalte ist für die weitere Bearbeitung im Hinblick auf mögliche Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen anzuraten.

- Die im Rahmen der modellhaften Erprobung gewählte Vorgehensweise verfährt häufig analog zu einigen methodischen Ansätzen bei der Nutzenbewertung von Intervention, wie z.B. die diskutierten Abgrenzungsschwierigkeiten zur Nutzenbewertung spezifischer therapeutischer Interventionen bei der Berücksichtigung von Publikationen im Rahmen der Erarbeitung zeigt. In diesem Zusammenhang sollten verschiedene vorgenommene Ein- bzw. Abgrenzungen bei der Literatursuche bzw. der Berücksichtigung von Literatur bedacht werden. Beschränkungen auf Literatur, die z.B. nur die deutsche Versorgungslage betrifft, sind umso sinnvoller, je deskriptiver die Fragestellung konzipiert ist. Werden eher analytische Fragestellungen, nach Ursachen oder Interventionsmöglichkeiten, in den Mittelpunkt gerückt, so ist diese Abgrenzung möglicherweise weniger gerechtfertigt. Hier könnte dann die Beschränkung zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen.
- Die Entwicklung von Kriterien für den Grad der Sicherheit bzw. Unsicherheit, mit der Versorgungsprobleme ermittelt werden können, war erst in Ansätzen leistbar und bedarf der weiteren methodischen Erörterung auch im Kontext von möglichen Handlungsempfehlungen und deren Relevanz. In diesem Zusammenhang sind auch mögliche Limitationen zu bedenken, die sich beim Bezug auf Publikationen bzw. veröffentlichte Daten ergeben. Es ist zu bedenken, für welche einzelnen Fragestellungen, in welchem Maß und in welcher Qualität (Sekundär-)Analysen nicht veröffentlichter Daten notwendig sein können oder prospektive Datenerhebungen, z.B. im Rahmen von Qualitätssicherungsverfahren, für notwendig erachtet werden.
- Leitlinien-Empfehlungen als Grundlage des "Soll"-Maßstabes einer guten Versorgung können Defizite aufweisen. Auch methodisch und hinsichtlich der faktischen Entwicklung hochwertige Leitlinien können im Hinblick auf die Empfehlungen nur so gut sein, wie die zugrunde liegenden (evidenzbasierten) Informationen, die bei der Entwicklung zur Verfügung standen. Daher ist, insbesondere wenn Handlungsempfehlungen abgeleitet werden sollen, die Qualität der Empfehlungen bzw. die ihrer Grundlagen zu berücksichtigen.
- Die modellhafte Erarbeitung anhand der Depression stellt insofern eine Besonderheit dar, als dass der Bereich der Versorgung psychischer Erkrankungen,

7. ERFAHRUNGSBERICHT

explizit auch nach dem SGB V, eine besondere Berücksichtigung verlangt. Dies zeigt sich z. B. auch darin, dass hier Bedarfe und Leistungen außerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung häufig eine besondere Bedeutung haben und in der damit in Zusammenhang stehenden Komplexität der Versorgungsstrukturen und -prozesse. Dies ist bei der Bewertung der Methodik und der Ergebnisse zu berücksichtigen.

- In Bezug auf die Ausarbeitung und Konkretisierung von Handlungsempfehlungen auf Grundlage der von der AG Versorgungsorientierung / Priorisierung identifizierten möglichen Handlungsfelder bestehen verschiedene Optionen, die der Entscheidung des Plenums obliegen: Demnach könnten die AG Versorgungsorientierung / Priorisierung oder die Unterausschüsse damit beauftragt werden. Dazu wäre abzuwägen, ob bei Konkretisierung der Handlungsempfehlungen eine größere Arbeitseffizienz durch die Unterausschüsse oder durch die AG Versorgungsorientierung / Priorisierung zu erwarten wäre. Weiterhin wäre in Bezug auf das übergeordnete Ziel einer verbesserten Koordination zu prüfen, ob bei Konkretisierung der Handlungsempfehlungen durch die Unterausschüsse eher eine Fragmentarisierung der Themen als bei Konkretisierung durch die AG Versorgungsorientierung / Priorisierung als zentrale Funktionseinheit eintreten würde. Ebenso wäre zu prüfen, ob eine Konsultation der Unterausschüsse zu diesem Zeitpunkt angebracht sein könnte, um zu einer Bewertung der Ergebnisse im Kontext des modellhaften Vorgehens und im Hinblick auf Umsetzungsperspektiven beizutragen.

7.4. Einschätzung der Machbarkeit, des Nutzens und des Aufwandes (Zeit, Personal)

Aus der Sicht der Abteilung Fachberatung Medizin kann das Projekt zur Erprobung des Verfahrens als methodisch machbar und auf weitere versorgungsrelevante Themen übertragbar eingeschätzt werden. Der Nutzen des Projektes kann zum jetzigen Zeitpunkt unter zwei Aspekten betrachtet werden: Die erprobten methodischen Verfahrensschritte sind, abgesehen von den oben skizzierten Modifikationsvorschlägen, adäquat, durchführbar und auf andere Themenfelder anwendbar. Anhand dieser Verfahrensweise wird das Ziel der Identifikation von inhaltlich relevanten Handlungsfeldern erreicht. Inwiefern aus diesen Handlungsfeldern konkrete Beratungsthemen resultieren ist Gegenstand weiterer Beratungen.

Hinsichtlich der eingesetzten zeitlichen und personellen Ressourcen können in Bezug auf das Team der Abteilung Fachberatung Medizin derzeit nur Schätzungen abgegeben werden. Für das Modellprojekt (Entwicklung und Umsetzung zwischen Juni und Dezember 2010) kann

7. ERFAHRUNGSBERICHT

von einer Schätzung zwischen 7 und 9 Personenmonaten, verteilt auf 7 Personen, ausgegangen werden. Das Team der Abteilung Fachberatung Medizin hat dieses Projekt mit größtem Engagement und höchster Motivation durchgeführt und war positiv getragen von dem Ziel des Projektes, der umfassenden versorgungsorientierten und methodischen Herangehensweise.

Die zeitlichen und personellen Aufwendungen des IQWiG für die Erstellung von Leitliniensynopsen müssen insbesondere für die Analyse, Aufbereitung und Darstellung der „Soll“-Situation der Versorgung einer Erkrankung ebenfalls Berücksichtigung finden.

Für den vorliegenden Bericht haben 8 Sitzungen der AG Versorgungsorientierung / Priorisierung stattgefunden. Deren inhaltliche Vor- und Nachbereitung, insbesondere vor dem Hintergrund zumeist sehr umfänglicher Unterlagen hat auch bei den AG-Mitgliedern und den dahinterstehenden Organisationen zu einem erheblichen Arbeitsaufwand mit substantieller Ressourcenbindung geführt.

Für den Fall einer zukünftigen Anwendung des Konzeptes ist zudem zu bedenken, dass zwar die zu diesem Bericht geführten und durchaus Zeit einnehmenden Diskussionen, zu grundsätzlichen mit der Modellerprobung zusammenhängenden Aspekten, geringer ausfallen werden. Gleichzeitig werden dann aber die spezifischen stärker themenbezogenen, diesmal aus zeitlichen Gründen häufig zurückgestellten, Beratungen in den Vordergrund treten, denen dann der erforderliche und durchaus umfangreiche Raum einzuräumen ist.

Literaturverzeichnis

Akermann S. Berufsunfähigkeit bei Presseberufen. [Work disability in public press professions]. *Versicherungsmedizin* 2002; 54 (3): 132-7.

Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Demyttenaere K, Haro JM, Kessler RC, Léne JP, Buist-Bouwman MA, Bernal M, Autonell J, Arbabzadeh-Bouchez S, Almansa J, Vilagut G, Russo LJ, Polidori G, Ormel J, Vollebergh WAM, Taub N, Romera B, Palacín C, Morosini P, Morgan Z, Mazzi F, Matschinger H, Martínez-Alonso M, Joo SS, Ferrer M, Domingo-Salvany A, Codony M, Kovess V, Katz SJ, Gasquet I, De GR, Bryson H, De GG. Psychotropic drug utilization in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109 (Suppl 420): 55-64.

Althaus D, Niklewski G, Schmidtke A, Felber W, Kunz J, Lehfeld H, Hegerl U. Veränderungen in der Häufigkeit von Suizidversuchen: Ergebnisse nach neun Monaten Intervention des "Nürnberger Bündnis gegen Depression" ^ Changes in the rate of attempted suicides after 9 months of the Nuremberg Alliance against Depression. *Psychoneuro* 2003; 29 (1-2): 28-34.

Althaus D, Niklewski G, Schmidtke A, Hegerl U. Veränderung der Häufigkeit suizidaler Handlungen nach zwei Jahren "Bündnis gegen Depression" [Changes in the frequency of suicidal behaviour after a 2-year intervention campaign]. *Nervenarzt* 2007; 78 (3): 272-80, 282.

Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, De GR, Vollebergh W, Dragomirecka E, Kohn R, Keller M, Kessler RC, Kawakami N, Kiliç C, Offord D, Ustun TB, Wittchen HU. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys ^ Die Epidemiologie klinischer depressiver Episoden: Befunde der ICPE-Studie. *International journal of methods in psychiatric research* 2003; 12 (1): 3-21.

Ballast T. Über-, Unter- und Fehlversorgung bei psychisch Kranken. (Vortrag). Symposium "Zunahme Psychischer Erkrankungen - Antworten auf die Versorgung" der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung, Berlin Donnerstag, 10 Juni 2010 .

Barmer GEK (Hrsg). Barmer GEK Report Krankenhaus 2010. Schwerpunktthema: Trends in der Endoprothetik des Hüft- und Kniegelenks. Schwäbisch Gmünd: Barmer GEK, 2010.

Bauer M, Monz BU, Montejo AL, Quail D, Dantchev N, Demyttenaere K, Garcia-Cebrian A, Grassi L, Perahia DG, Reed C, Tylee A. Prescribing patterns of antidepressants in Europe: results from the Factors Influencing Depression Endpoints Research (FINDER) study. *Eur Psychiatry* 2008; 23 (1): 66-73.

Bergk JE, Lang M, Gebhardt R. Höhere Inanspruchnahme des therapeutischen Angebots auf spezialisierten Depressionsstationen. [Higher utilization of the therapeutic options on specialized wards for depressive disorders]. *Nervenheilkunde: Zeitschrift für interdisziplinäre Fortbildung* 2007; 26 (3): 173-9.

Bermejo I, Bachmann L, Kriston L, Harter M. Fachärztliche Depressionsbehandlung - subjektive Wahrnehmung der Versorgungssituation und erlebte Barrieren. [Depression treatment by psychiatrists - treatment strategies and experienced barriers from psychiatrists' point of view]. *Psychiatr Prax* 2008; 35 (8): 392-8.

Bermejo I, Klars G, Böhm K, Hundertmark-Mayser J, Lampert T, Maschewsky-Schneider U, Riedel-Heller S, Harter M. Evaluation des nationalen Gesundheitsziels "Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln". [Evaluation of Germany's sixth national health target entitled "Depressive illnesses - prevention, early diagnosis, sustainable treatment"]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2009a; 52 (10): 897-904.

Bermejo I, Schneider F, Kriston L, Gaebel W, Hegerl U, Berger M, Härter M. Improving outpatient care of depression by implementing practice guidelines: a controlled clinical trial. *Int J Qual Health Care* 2009b; 21 (1): 29-36.

Bermejo I, Kratz S, Schneider F, Gaebel W, Mulert C, Hegerl U, Berger M, Harter M. [Agreement in physicians' and patients' assessment of depressive disorders] Konkordanz von Arzt- und Patienten-Einschätzung bei depressiven Störungen. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 2003; 97 Suppl 4 44-9.

Bermejo I, Lohmann A, Berger M, Harter M. Barrieren und Unterstützungsbedarf in der hausärztlichen Versorgung depressiver Patienten. [Barriers and need for support in the primary care of depressive patients]. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 2002; 96 (9): 605-13.

Bermejo I, Niebling W, Berger M, Härter M. Patients' and physicians' evaluation of the PHQ-D for depression screening. *Primary Care & Community Psychiatry* 2005; 10 (4): 125-31.

Berner MM, Kriston L, Sitta P, Härter M. Treatment of depressive symptoms and attitudes towards treatment options in a representative German general population sample. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 2008; 12 (1): 5-10.

Bettge S, Wille N, Barkmann C, Schulte-Markwort M, Ravens-Sieberer U. Depressive symptoms of children and adolescents in a German representative sample: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17 (Suppl 1): 71-81.

Brakemeier EL, Luborzewski A, Danker-Hopfe H, Kathmann N, Bajbouj M. Positive predictors for antidepressive response to prefrontal repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS)^ Positive Prädiktoren der antidepressiven Wirkung von präfrontaler repetitiver transkranieller Magnetstimulation (rTMS). *J Psychiatr Res* 2007; 41 (5): 395-403.

Brakemeier EL, Wilbertz G, Rodax S, Danker-Hopfe H, Zinka B, Zwanzger P, Grossheinrich N, Varkuti B, Rupprecht R, Bajbouj M, Padberg F. Patterns of response to repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) in major depression: replication study in drug-free patients. *J Affect Disord* 2008; 108 (1-2): 59-70.

Castro-Costa E, Dewey M, Stewart R, Huppert F, Bula C, Wancata J, Tsolaki M, Prince M, Mateos R, Ritchie K, Reisches F, Mendonca-Lima C, Banerjee S. Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries: The SHARE study. *Br J Psychiatry* 2007; 191 (5): 393-401.

Demyttenaere K, Bonnewyn A, Bruffaerts R, De GG, Gasquet I, Kovess V, Haro JM, Alonso J. Clinical factors influencing the prescription of antidepressants and benzodiazepines: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD). *J Affect Disord* 2008; 110 (1-2): 84-93.

Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK), DAK Versorgungsmanagement. DAK Gesundheitsreport 2005. Hamburg 2005.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BAPK), Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAGSHG). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. Version 1.1, Dezember 2009. http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression/pdf/s3_nvl_depression_lang.pdf , Zugriff am 15.06.2010.

Ellert U, Wirz J, Ziese T. Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts (2. Welle) : deskriptiver Ergebnisbericht. Berlin: Robert-Koch-Institut, 2006. 64 S. (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes). 2006.

Essau CA. Frequency and patterns of mental health services utilization among adolescents with anxiety and depressive disorders. *Depress Anxiety* 2005; 22 (3): 130-7.

Fichter MM, Kohlboeck G, Quadflieg N. The Upper Bavarian longitudinal community study 1975-2004. 2. Long-term course and outcome of depression. A controlled study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 258 (8): 476-88.

Friemel S, Bernert S, Angermeyer MC, König HH. Die direkten Kosten von depressiven Erkrankungen in Deutschland -- Ergebnisse aus dem European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Projekt. *Psychiatr Prax* 2005; 32 (3): 113-21.

Gandjour A, Telzerow A, Lauterbach KW. Costs and quality in the treatment of acute depression in primary care: a comparison between England, Germany and Switzerland. *Int Clin Psychopharmacol* 2004; 19 (4): 201-8.

Gensichen J, Peitz M, Torge M, Mosig-Frey J, Wendt-Hermainski H, Rosemann T, Gerlach FM, Lowe B. Die "Depressions-Monitoring-Liste (De MoL)" mit integriertem PHQ-D-Rationale und Entwicklung eines Instruments für das hausärztliche Case Management bei Depression. [The "Depression Monitoring list" (DeMoL) with integrated PHQ-D-Rationale and design of a tool for the case management for depression in primary care]. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 2006; 100 (5): 375-82.

Gensichen J, von KM, Peitz M, Muth C, Beyer M, Guthlin C, Torge M, Petersen JJ, Rosemann T, König J, Gerlach FM. Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: a cluster randomized trial. *Ann Intern Med* 2009; 151 (6): 369-78.

Glaesmer H, Kallert TW, Brahler E, Hofmeister D, Gunzelmann T. Die Prävalenz depressiver Beschwerden in der älteren Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland und die Bedeutung methodischer Aspekte für die identifizierten Prävalenzen. [The prevalence of depressive symptomatology in the German elderly population and the impact of methodical aspects on the identified prevalence]. *Psychiatr Prax* 2010; 37 (2): 71-7.

Gmünder Ersatzkasse (GEK). GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2007. Auswertung der GEK Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt Ambulante Psychotherapie. Stand: November 2007. St. Augustin: Asgaard-Verl, 2007. (Gmünder Ersatzkasse: GEK-Edition; Bd. 67). 2007.

Gmünder Ersatzkasse (GEK). GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2008. Auswertung der GEK Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt Erkrankungen und zukünftige Ausgaben. Stand: Dezember 2008. St. Augustin: Asgaard-Verl, 2008. (Gmünder Ersatzkasse: GEK-Edition; Bd. 67). 2008.

Groen G, Pössel P, Al-Wiswasi S, Petermann F. Universelle, schulbasierte Prävention der Depression im Jugendalter: Ergebnisse einer Follow-Up-Studie^ Universal, school-based prevention of depression in adolescence: Results of a follow-up study. *Kindheit und Entwicklung* 2003; 12 (3): 164-74.

Günther OH, Friemel S, Bernert S, Matschinger H, Angermeyer MC, König HH. Die Krankheitslast von depressiven Erkrankungen in Deutschland - Ergebnisse aus dem Projekt European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)[The burden of depressive disorders in Germany - results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)]. *Psychiatr Prax* 2007; 34 (6): 292-301.

Harter M, Klesse C, Bermejo I, Schneider F, Berger M. Unipolare Depression: Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie aus der aktuellen S3- und Nationalen Versorgungs-Leitlinie "Unipolare Depression". [Unipolar depression: diagnostic and therapeutic recommendations from the current S3/National Clinical Practice Guideline]. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107 (40): 700-8.

Härter M, Sitta P, Keller F, Metzger R, Wiegand W, Schell G, Steiglitz RD, Wolfersdorf M, Felsenstein M, Berg D. Stationäre psychiatrisch - psychotherapeutische Depressionsbehandlung. Prozess- und Ergebnisqualität anhand eines Modellprojekts in Baden-Württemberg. [Psychiatric-psychotherapeutic inpatient treatment for depression. Process and outcome quality based on a model project in Baden-Wurttemberg]. *Nervenarzt* 2004; 75 1083-91.

Helmchen H, Balthes MM, Geiselmann B, Kanowski S, Linden M, Reischies F, Wagner M, Wilms HU. Psychische Erkrankungen im Alter. , In: **Mayer KU, Balthes PB (Hrsg).** Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag, 1996. S.185-219. 1996.

Hölzel L, von WA, Kriston L, Härter M. Unter welchen Bedingungen bleibt eine stationäre Depressionsbehandlung erfolglos? Eine Analyse an routinemäßig erhobenen Daten von 511 Patienten. [Risk factors for nonresponse in inpatient depression treatment. Analysis of routinely collected data in 511 patients]. *Psychiatr Prax* 2010; 37 (1): 27-33.

Hoyer J, Helbig S, Wittchen H. Experiences with Psychotherapy for Depression in Routine Care: A Naturalistic Patient Survey in Germany. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2006; 13 (6): 414-21.

IQWiG (Hrsg.). Leitliniensynopse zum Thema "Depression". Arbeitspapier Version 1.0. IQWiG-Berichte – Jahr: 2009 Nr. 34.

Jacobi F, Hofler M, Meister W, Wittchen HU. Prävalenz, Erkennens- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen. Eine bundesdeutsche Hausarztstudie. [Prevalence, detection and prescribing behavior in depressive syndromes. A German federal family physician study]. *Nervenarzt* 2002; 73 (7): 651-8.

Jacobi F, Wittchen H, Hölting C, Höfler M, Pfister H, Müller N, Lieb R. Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interviews and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 2004; 34 1-15.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). AQUIK-Indikatoren. Depression. Darstellung und Ergebnisse der bewerteten Indikatoren. Berlin: KBV, 2010, Zugriff am 15.09.2010.

Keller F, Härter M, Metzger R, Wiegand W, Schell G. Prozess- und Ergebnisqualität in der stationären Behandlung ersterkrankter und chronisch depressiver Patienten. (Process and outcome quality in inpatient treatment of patients with first episode and chronic depression). *Krankenhauspsychiatrie* 2001; 12 (Suppl1): S50-S56.

Krüger-Brand HE. Health Technology Assessment: Feste Größe im Gesundheitswesen. *Dtsch Ärztebl* 2010; 107: A-635-6.

Kurth BM. DEGS - Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland : Projektbeschreibung. Berlin: Robert-Koch-Institut, 2009. 115 S. : Ill., graph. Darst. (Beiträge zur Gesundheitsberichtserstattung). 2009.

Lehmann S, Domdey A, Bramesfeld A. Telefonisches Fall-Management: Ist ein Benefit für die Versorgung depressiver Menschen in Deutschland zu erwarten? Systematische Literaturübersicht. [Telephone Case Management: Is it Beneficial for the Care of Depression Patients in Germany? A Systematic Literature Survey]. *Gesundheitswesen* 2010; 72 (05): e33-e37.

Linden M, Ludewig K, Munz T. Depressive Erkrankungen und antidepressive Therapie: Ein Vergleich von Nervenarztpraxis und psychiatrischer Klinik.[^] Depressive disorders and antidepressive therapy in outpatient and inpatient psychiatric treatment. *Der Nervenarzt* 2001; 72 (7): 521-8.

Linden M, Maier W, Achberger M, Herr R, Helmchen H, Benkert O. Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland: Ergebnisse aus einer Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO). [Psychiatric diseases and their treatment in general practice in Germany. Results of a World Health Organization (WHO) study]. *Nervenarzt* 1996; 67 (3): 205-15.

Linden M, Schotte K. A randomized controlled clinical trial comparing "guideline exposed" and "guideline naive" physicians in respect to dosage selection and treatment outcome with doxepin in depressive disorders. *Pharmacopsychiatry* 2007; 40 (2): 77-81.

Löwe B, Spitzer RL, Grafe K, Kroenke K, Quenter A, Zipfel S, Buchholz C, Witte S, Herzog W. Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *J Affect Disord* 2004; 78 (2): 131-40.

Lüders D. Die Versorgungssituation bei ambulanter Psychotherapie in Bayern. Eine Zustandanalyse auf Datenbasis der Kassenärztliche Vereinigung Bayerns. Jena: Diss., 2007.

Luppa M, Heinrich S, Matschinger H, Sandholzer H, Angermeyer MC, König HH, Riedel-Heller SG. Direct costs associated with depression in old age in Germany. *J Affect Disord* 2008; 105 (1-3): 195-204.

Margraf J. Kosten und Nutzen der Psychotherapie. Eine kritische Literaturlauswertung. Heidelberg: Springer, 2009, S. 58

Menke R, Schneider F, Harter M, Salize HJ, Berger M, Gaebel W. Kostenoptimierung ambulanter Depressionsbehandlung. [Cost optimization of the outpatient management of depression]. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 2003; 97 (Suppl 4): 74-9.

Müller-Oerlinghausen B, Berghofer A, Ahrens B. The antisuicidal and mortality-reducing effect of lithium prophylaxis: consequences for guidelines in clinical psychiatry. *Can J Psychiatry* 2003; 48 (7): 433-9.

Neumeyer-Gromen A, Lampert T, Stark K, Kallischnigg G. Disease management programs for depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Med Care* 2004; 42 (12): 1211-21.

Nieuwenhuijsen K, Bültmann U, Neumeyer GA, Verhoeven AC, Verbeek JH, Feltz Cornelis CM. Interventions to improve occupational health in depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008; (2): CD006237.pub2.

Nutzel J, Schmid M, Goldbeck L, Fegert JM. Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von psychisch belasteten Heimkindern. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2005; 54 (8): 627-44.

Petrak F, Hardt J, Wittchen HU, Kulzer B, Hirsch A, Hentzelt F, Borck K, Jacobi F, Egle UT, Hoffmann SO. Prevalence of psychiatric disorders in an onset cohort of adults with type 1 diabetes. *Diabetes Metab Res Rev* 2003; 19 (3): 216-22.

Pezawas L, Wittchen H, Pfister H, Angst J, Lieb R, Kasper S. Recurrent brief depressive disorder reinvestigated: A community sample of adolescents and young adults. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences* 2003; 33 (3): 407-18.

Philpot M, Treloar A, Gormley N, Gustafson L. Barriers to the use of electroconvulsive therapy in the elderly: a European survey. *European Psychiatry* 2002; 17 (N1): 41-5.

Pössel P, Horn AB, Groen G, Hautzinger M. School-Based Prevention of Depressive Symptoms in Adolescents: A 6-Month Follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2004; 43 (8): 1003-10.

Pössel P, Horn AB, Hautzinger M. Erste Ergebnisse eines Programms zur schulbasierten Prävention von depressiven Symptomen bei Jugendlichen. [Initial results of a school-based depression prevention program for adolescents]. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 2003; 11 (1): 10-20.

Pössel P, Horn AB, Hautzinger M. Vergleich zweier schulbasierter Programme zur Prävention depressiver Symptome bei Jugendlichen. [Comparison of two school-based depression prevention programs for adolescents]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 2006; 35 (2): 109-16.

Riedel-Heller SG, Matschinger H, Schork A, Angermeyer MC. The utilization of antidepressants in community-dwelling and institutionalized elderly--results from a representative survey in Germany. *Pharmacopsychiatry* 2001; 34 (1): 6-12.

Robert Koch-Institut (RKI). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland. Berlin: RKI, 2006.

Robert Koch-Institut (RKI). Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51. Berlin: RKI, 2010.

Salize HJ, Stamm K, Schubert M, Bergmann F, Harter M, Berger M, Gaebel W, Schneider F. Behandlungskosten von Patienten mit Depressionsdiagnose in haus- und fachärztlicher Versorgung in Deutschland. [Cost of care for depressive disorders in primary and specialized care in Germany]. *Psychiatr Prax* 2004; 31 (3): 147-56.

Schlaepfer TE, Frick C, Zobel A, Maier W, Heuser I, Bajbouj M, O'Keane V, Corcoran C, Adolfsson R, Trimble M, Rau H, Hoff HJ, Padberg F, Müller-Siecheneder F, Audenaert K, Van den Abbeele D, Matthews K, Christmas D, Stanga Z, Hasdemir M. Vagus nerve stimulation for depression: Efficacy and safety in a European study. *Psychol Med* 2008; 38 (5): 651-61.

Schneider F, Harter M, Brand S, Sitta P, Menke R, Hammer-Filipiak U, Kudling R, Heindl A, Herold K, Frommberger U, Elmer O, Hetzel G, Witt G, Wolfersdorf M, Berger M, Gaebel W. Adherence to guidelines for treatment of depression in in-patients. *Br J Psychiatry* 2005; 187 462-9.

Schwarz R, Gunzelmann T, Hinz A, Brahler E. Angst und Depressivität in der über 60-jährigen Allgemeinbevölkerung. [Anxiety and depression in the general population over 60 years old]. *Dtsch Med Wochenschr* 2001; 126 (21): 611-5.

Sielk M, Altiner A, Janssen B, Becker N, de Pilars MP, Abholz HH. Prävalenz und Diagnostik depressiver Störungen in der Allgemeinarztpraxis. Ein kritischer Vergleich zwischen PHQ-D und hausärztlicher Einschätzung. [Prevalence and diagnosis of depression in primary care. A critical comparison between PHQ-9 and GPs' judgement]. *Psychiatr Prax* 2009; 36 (4): 169-74.

Sitta P, Brand S, Schneider F, Gaebel W, Berger M, Farin E, Harter M. Faires Benchmarking der Behandlungsdauer depressiver Patienten in psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken. [Duration of inpatient depression treatment--fair benchmarking between hospitals]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2006; 56 (3-4): 128-37.

Spießl H, Hubner-Liebermann B, Schmid R, Cording C, Hajak G. Zögerliche antidepressive Therapie in der Hausarztpraxis. So behandeln Sie richtig. [Depressive patients in primary care]. *MMW Fortschr Med* 2006; 148 (35-36): 42-3.

Stamm K, Salize HJ, Harter M, Brand S, Sitta P, Berger M, Gaebel W, Schneider F. Ressourcenverbrauch stationärer Episoden bei depressiven Störungen. Eine Analyse aus Sicht der Krankenkassen. [Cost predictors of depressive inpatient episodes in Germany. The health insurer's point of view]. *Nervenarzt* 2007; 78 (6): 665-71.

Techniker Krankenkasse (Hrsg). Gesundheitsreport: Auswertungen 2008. Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnung. Schwerpunkt: Psychische Störungen. Hamburg, 2008. (Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK ; 18). 2008.

Thiels C, Linden M, Grieger F, Leonard J. Gender differences in routine treatment of depressed outpatients with the selective serotonin reuptake inhibitor sertraline. *Int Clin Psychopharmacol* 2005; 20 (1): 1-7.

Ufer M, Meyer SA, Junge O, Selke G, Volz HP, Hedderich J, Gleiter CH. Patterns and prevalence of antidepressant drug use in the German state of Baden-Wuerttemberg: a prescription-based analysis. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2007; 16 (10): 1153-60.

Unger HP. Depression und Arbeitswelt. [Work-related depression]. Psychiatr Prax 2007; 34 (Suppl 3): S256-S260.

vanCalker D, Zobel I, Dykieriek P, Deimel CM, Kech S, Lieb K, Berger M, Schramm E. Time course of response to antidepressants: Predictive value of early improvement and effect of additional psychotherapy. J Affect Disord 2009; 114 (1-3): 243-53.

Vetter PH, von PJ, Jungmann K, Moises HW, Kropp P, Köller O. Motivation to seek psychotherapy in patients with recurrent depressive disorder^ Therapiemotivation bei Patienten mit rezidivierenden depressiven Episoden. Psychotherapy Research 2000; 10 (2): 159-68.

Voderholzer U, Valerius G, Schaerer L, Giedke H, Berger M, Wiegand M, Schwärzler F, Riemann D. Is the antidepressive effect of sleep deprivation stabilized by a three day phase advance of the sleep period? A pilot study. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2003; 253 (2): 68-72.

Wahlbeck K, Mäkinen M. Prevention of depression and suicide. Consensus Paper. In: **Wahlbeck K, Mäkinen M.** Luxemburg: 2008.

Weber A, Hörmann G, Köllner V. Psychische und Verhaltenstörungen: die Epidemie des 21. Jahrhunderts? Dtsch Ärztebl (PP) 2006; 4 169-72.

Wedegartner F, Sittaro NA, Emrich HM, Dietrich DE. Invalidisierung durch affektive Erkrankungen--Lehren aus den Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes[Disability caused by affective disorders--what do the Federal German Health report data teach us?]. Psychiatr Prax 2007; 34 Suppl 3 S252-S255.

Weyerer S, Eifflaender-Gorfer S, Kohler L, Jessen F, Maier W, Fuchs A, Pentzek M, Kaduszkiewicz H, Bachmann C, Angermeyer MC, Lupp M, Wiese B, Mosch E, Bickel H. Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. J Affect Disord 2008; 111 (2-3): 153-63.

Wittchen HU, Müller N, Schmidtkunz B, Winter S, Pfister H. Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitssurveys "Psychische Störungen". [Presentation, prevalence, and treatment rates of depression in Germany. Results of the German Health Interview and Examination Survey - Mental Health Supplement]. Fortschr Med 2000; 118 (Supplement 1): 4-10.

Wittchen HU, Hofler M, Meister W. Prevalence and recognition of depressive syndromes in German primary care settings: poorly recognized and treated? Int Clin Psychopharmacol 2001; 16 (3): 121-35.

Wittchen HU, Pittrow D. Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. Hum Psychopharmacol 2002; 17 (Suppl 1): S1-11.

LITERATURVERZEICHNIS

Wolfersdorf M, Schell G, Heindl A, Sitta P, Härter M. Stationäre Depressionsbehandlung bei Patienten mit Dysthymia und bei Patienten mit depressiver Episode. Ergebnisse eines Qualitätssicherungsprojektes in Süddeutschland. (In-patient Depression Treatment of Patients with Depressive Episode or Dysthymia. Results of a Quality Assurance Project). Krankenhauspsychiatrie 2004; 15 (Suppl1): S39-S43.

World Health Organization (WHO). The global burden of disease. 2004 update. Geneva: WHO, 2008.

Anhang

Zum Abschlussbericht der AG Versorgungsorientierung / Priorisierung
Modellprojekt „Verfahren zur verbesserten Versorgungsorientierung“
am Beispielthema Depression“

Inhaltsübersicht:

- a) Suchstrategie Literaturrecherche
- b) (Exemplarische) Datenextraktionstabelle
- c) Auswertung der Daten des ZI (ADT-Panel)
- d) Auswertung der Daten der KBV
- e) Expertenaussagen
 - i. Prof. Dr. Dr. Martin Härter
 - ii. Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen
- f) Leitliniensynopse

a. Suchstrategie Literaturrecherche

Recherchestrategie Versorgungsorientierung – Depression

Datenbanken:

Verlagsdatenbanken: Thieme, Karger, Hogrefe (DIMDI)

Psychologische DB: Psyndex (deutsche DB (deutsch und englischsprachige Suche möglich, Hersteller: Leibniz Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation, Trier), enthält AV Medien, Testverfahren, Behandlungsprogramme, Literatur (DIMDI)

PsychINFO kompartibel mit Psyndex (DIMDI)

SciSearch (Referenzdatenbank)

Medline (PubMed): 658 Treffer

The Cochrane Library: 38 Treffer

SOMED (DIMDI): veraltet, enthält nur Daten bis 2000, eingestellt, wird nicht mehr gepflegt, keine Updates

CCMED quick and dirty Recherche: 18 Treffer

Deutsches Ärzteblatt: 30 Treffer

DIMDI (gesamt): 1334 Treffer

Embase zurückgestellt

Freie Internetsuche

Google, Google Scholar, Scirus

Aus allen Recherchen abzgl. Dubletten ergibt sich eine Gesamtzahl von **2025** Dokumenten

Kontrolliertes Vokabular:

CT, CTG, (MeshTerms): Depression, Depression (Emotion), Depressions, Depressive Disorder, depressive Störung, majore, Depressive Stoerung , Majore, depression, unipolare, depression, unipolar, depressive disorder, major

Deutschland, Germany

Spezifische für PsychINFO

CT= Major Depression

ANHANG

GH (Geographical Heading-geografische Schlagwort): Germany

Suche im Titel: Germany, Deutsch*, german*

Suche im Titel: major depress*, „unipolar* depression*, depressive disorder

Problem Verlagsdatenbanken keine Mesh Terms – Suche, sondern UT (unkontrolliertes Vokabular) und FT Suche geeignet

Recherchestrategie Versorgungsorientierung – Depression in PubMed vom 02.06.2010

Verwendete MeshTerms: Depression, Depressive disorder, major, Germany

Weitere Suchbegriffe: major depress, unipolar depression, depressive disorder, Germany, german

Nicht verwendete Suchbegriffe: keine weitere Einschränkung und Spezifizierung zu Endpunkten wie Fehl-, Über-, Unterversorgung, Therapie, Screening, Prävalenz, Epidemiologie → dies wird mit den Filterkriterien des 1. Screening gemacht

Einschränkung der Depression, da nur majore Depressionen definiert sind

Suchschritt	Suchfrage	Treffer
#1	Search major depress* OR "unipolar depression" OR "depressive disorder"	69118
#2	Search (" depression "[MeSH Terms]) OR (" depressive disorder, major "[MeSH Terms])	67171
#3	Search #1 OR #2	120327
#4	Search " germany "[MeSH Terms]	105498
#5	Search (" germany "[Title]) OR " german "[Title]	25972
#6	Search (#5) OR #4	113809
#7	Search (#6) AND #3	976
#8	Search (#6) AND #3 Limits: Publication Date from 2000/01/01 to 2010/06/02	659
#9	Search Limits: Animals, Publication Date from 2000/01/01 to 2010/06/02	1529845
#10	Search (#8) NOT #9	658

The Cochrane Library – Recherche Versorgungsorientierung 01.06.2010

Suchschritt	Suchfrage	Treffer
#1	MeSH descriptor Depressive Disorder, Major explode all trees	1562
#2	MeSH descriptor Depression , this term only	3872
#3	major depress* OR (depressive disorder) OR (unipolar* depression*)	11841
#4	MeSH descriptor Germany explode all trees	1923
#5	(#1 OR #2 OR #3)	14900
#6	#5 AND #4)	46
#7	(#6), from 2000 to 2010	38

Ergebnisse

Show **Results** **in:**
 Cochrane Reviews [0] | Other Reviews [0] | **Clinical Trials [28]** | Methods Studies [0]
 | Technology Assessments [0] | Economic Evaluations [10] | Cochrane Groups [0]

DIMDI – Recherche Versorgungsorientierung vom 02.06.2010

Suchschritt	Suchfrage	Treffer
1	HG05 KR03 TV01 TVPP ME60 PY81 PI67 IN73	28237745
2	("DEPRESSION"; "DEPRESSION (EMOTION)", "DEPRESSIONS"; "DEPRESSION, UNIPOLAR"/CT, CTG) OR ("DEPRESSIVE DISORDER, MAJOR"/CT, UT; IT,SH) OR ("DEPRESSIVE DISORDERS, MAJOR"/ CT, UT; IT,SH) OR ("DEPRESSIVE STOERUNG, MAJORE"; "DEPRESSIVE STÖRUNG, MAJORE"/CTG, UTG, ITG, SHG) OR ("DEPRESSION"; "DEPRESSIONS", "DEPRESSION, UNIPOLARE" CTG, UTG, ITG, SHG) OR ("MAJOR DEPRESSION/ CT, UT; IT,SH) OR ("MAJOR DEPRESSIONS/ CT, UT; IT,SH)	136409
3	major depress* OR (depressive disorder) OR (unipolar* depression*)	171939
4	2 OR 3	277440
5	(CT D "GERMANY" OR UT="GERMANY" OR IT="GERMANY" OR SH="GERMANY") OR (CTG D "DEUTSCHLAND" OR UTG="DEUTSCHLAND" OR ITG="DEUTSCHLAND" OR SHG="DEUTSCHLAND")	107907
6	GH=Germany	40887
7	ti=deutsch*	20021
8	ti=germany	36919
9	5 OR 6 OR 7 OR 8	181618
10	4 AND 9	3010
11	10 AND PY=2000 to 2010	2403
12	Check duplicates: unique in s=11	1995
13	s=12 NOR base=ME60	1334

b. (Exemplarische) Datenextraktionstabelle

Zitat	Fragestellung	Studiendesign	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen/ Bewertung	Kategorie
Ref ID 433 Schneider et al. 2005	Werden Patienten mit Depression in KH ausreichend und entsprechend der Leitlinien behandelt? Untersuchung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, Patientenzufriedenheit	„Kohorten“ aus 10 Krankenhäusern (multizentrische Studie) in Deutschland	1.202 stationäre Patienten aus 10 Krankenhäusern in Deutschland	-----	<u>Prozessqualität:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Behandlung: 82% wurden mit einer Kombination aus Pharmako- und Psychotherapie behandelt. • 48% der medikam. behandelten Pat. erhielten Antidepressiva (AD): Mirtazapin, Venlafaxin, Reboxetin, 30% SSRIs, 27% tri- und tetrazyklische AD • Dosierung: 85% LL-gerecht (Unterdosierung insb. bei tri- und tetrazyklischen AD); Unterschiede zw. den Krankenhäusern • EKT bei schwerer Depression: 5.5% • PT: 92% (57% VT, ...) <u>Ergebnisqualität:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Mittlerer stat. Aufenthalt: 49,5 Tage • Sign. Verbesserung der Symptomatik (GAF, BDI, HRSD) durch die Behandlung; Unterschiede zw. den KHn. • Zusammenhang zw. Respondern und Non-Respondern und LL-gerechter Versorgung 	<u>Kernaussagen:</u> <ul style="list-style-type: none"> • LL-Orientierung (Leitlinienkonforme Behandlung ist mit hohen Ansprechraten assoziiert) • Folgendes Verbesserungspotenzial hins. LL-Empfehlung: trizykl. AD-Dosierung, Reduktion Benzodiazepine, Steigerung elektrokonvulsiver Therapie und Interpersoneller Therapie • Benchmark zeigt: Einsatz von QM-Tools notwendig <u>Methodik:</u> Gut	4

c. Auswertung der Daten des ZI (ADT-Panel)



ZENTRALINSTITUT FÜR DIE
KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG
IN DEUTSCHLAND

Herbert-Lewin-Platz 3 – 10623 Berlin – Tel.: 030 / 4005 2450 – Fax: 030 / 39 49 37 39

F32 Depressive Episode in endstelliger Verschlüsselungstiefe Sonderauswertung für den Gemeinsamen Bundesausschuss

nach Geschlecht und Altersgruppen

Diplom-Volkswirt Joachim Heuer
Dipl.-Kfm. Hedy Kerek-Bodden, Med.Dok.Ass

Berlin, 07. Dezember 2010

Inhaltsverzeichnis

ZUSAMMENFASSUNG	3
HINTERGRUND UND ZIEL	5
MATERIAL UND METHODEN	6
ERGEBNISSE	12
DIAGNOSENHÄUFIGKEITEN NACH GESCHLECHT UND ALTERSGRUPPE	12
Allgemeinarztpatienten und Patienten hausärztlicher Internisten	12
Nervenarztpatienten	33
DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNG	51

Zusammenfassung

Hinsichtlich der ausgewählten Diagnosen sind bei **Allgemeinarztpatienten** Patienten mit nicht näher bezeichneten depressiven Episoden (F32.9) die größte Gruppe. Derselbe Sachverhalt wird auch bei Patienten **hausärztlicher Internisten** beobachtet. Bezogen auf die durch diese Patienten ausgelösten Fälle bilden ebenfalls die nicht näher bezeichneten depressiven Episoden die größte Gruppe. Weibliche Patienten werden in höherem Anteil aufgrund von dieser Krankheit behandelt als männliche Patienten. Sowohl bei männlichen wie weiblichen Patienten dieser Fachgruppen ist ein Anstieg anteiliger Diagnosenhäufigkeit nicht näher bezeichneter depressiver Episoden im Lauf des Untersuchungszeitraums von dem Jahr 2000 bis 2009 zu sehen.

Unabhängig vom Jahr des Untersuchungszeitraums ist die anteilige Diagnosenhäufigkeit nicht näher bezeichneter depressiver Episoden umso höher, je älter die damit diagnostizierten Patienten bei Allgemeinärzten und hausärztlichen Internisten sind (Ausnahme männliche Patienten hausärztlicher Internisten 2006).

In allen drei Altersgruppen zeigt sich der Anstieg der anteiligen Diagnosenhäufigkeit während des Untersuchungszeitraums, teilweise nach zwischenzeitlichem Rückgang.

Patienten mit nicht näher bezeichneten depressiven Episoden bei Allgemeinärzten und hausärztlichen Internisten sind im Mittel deutlich älter als Patienten der jeweiligen Fachgruppen insgesamt (Abb. 3, 6). Das mittlere Alter von Patienten mit nicht näher bezeichneten depressiven Episoden bei diesen Fachgruppen ist bei zwischenzeitlichen Schwankungen im Lauf des Untersuchungszeitraums annähernd konstant, während das Durchschnittsalter aller Patienten der beiden Fachgruppen im Panel in diesem Zeitraum ansteigt.

Nervenärzte behandeln häufiger mittelgradige oder schwere depressive Episoden ohne psychotische Symptome (F32.1 bzw. F32.2). In der Häufigkeit nachgeordnet sind in dieser Fachgruppe Patienten mit nicht näher bezeichneten depressiven Episoden sowie mit leichten oder sonstigen depressiven Episoden (F32.9 bzw. F32.0 bzw. F32.8).

Die anteilige Diagnosenhäufigkeit mittelgradiger oder schwerer depressiver Episoden ohne psychotische Symptome unterliegt einem steigenden Trend im Lauf des Untersuchungszeitraums, sowohl bei männlichen wie weiblichen Nervenarztpatienten. Patienten mit nicht näher bezeichneten depressiven Episoden werden von Ner-

venärzten im Lauf des Untersuchungszeitraums mit abnehmender anteiliger Häufigkeit diagnostiziert nach zwischenzeitlichem Anstieg der relativen Häufigkeit. Die anteilige Zahl von Patienten mit sonstigen depressiven Episoden ist durchgängig rückläufig.

Männlichen Patienten von 25 bis 64 Jahren werden in jedem Jahr des Untersuchungszeitraums in höherem Maß als männlichen Patienten ab 65 Jahren mittelgradige oder schwere depressive Episoden ohne psychotische Symptome diagnostiziert. In beiden Altersgruppen ist der Trend ansteigend, jedoch am stärksten ausgeprägt in der Gruppe von 25 bis 64 Jahren mit einem Anstieg der Behandlungsprävalenz mittelgradiger Episoden von 2,4 auf 5,5 % sowie schwerer Episoden von 1,1 auf 3,8 % von 2000 bis 2009.

Mittelgradige depressive Episoden ohne psychotische Symptome werden bei weiblichen Patienten von 25 bis 64 Jahren in jedem Jahr des Untersuchungszeitraums bis auf das Jahr 2000 in höherem Maß als bei weiblichen Patienten ab 65 Jahren diagnostiziert. In beiden Altersgruppen ist der Trend ansteigend, jedoch am stärksten ausgeprägt in der Gruppe von 25 bis 64 Jahren mit einem Anstieg der Behandlungsprävalenz von 3,2 auf 6,6 %

Von schweren depressiven Episoden ohne psychotische Symptome ist unter weiblichen Nervenarztpatienten zu Anfang des Untersuchungszeitraums die höchste Altersgruppe am stärksten betroffen. Ab 2005 ist die höchste Behandlungsprävalenz dieser Diagnose in der mittleren Altersgruppe der weiblichen Nervenarztpatienten sichtbar. In beiden Altersgruppen ist der Trend ansteigend, jedoch am stärksten ausgeprägt in der Gruppe von 25 bis 64 Jahren mit einem Anstieg der Behandlungsprävalenz von 1,4 auf 4,7 % von 2000 bis 2009.

Das mittlere Alter von Patienten mit mittelgradigen oder schweren depressiven Episoden ohne psychotische Symptome bei Nervenarztpatienten ist unter zwischenzeitlichen Schwankungen im Lauf des Untersuchungszeitraums deutlich gesunken, während das Durchschnittsalter aller Nervenarztpatienten im Panel in diesem Zeitraum ansteigt und in den letzten beiden Jahren 2008 und 2009 höher ausfällt als bei der Teilgruppe von Nervenarztpatienten mit mittelgradigen oder schweren depressiven Episoden ohne psychotische Symptome.

Im Vergleich aller endstelligen ICD-10-Schlüsselnummern zu F32 fällt sowohl bei männlichen als auch bei weiblichen Patienten auf, dass im Verlauf der Untersuchungszeitraums von 2000-2009 die Häufigkeiten von F32.0 Leichte depressive Episoden, von F32.8 Sonstige depressive Episoden und F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet rückläufige Tendenzen aufweisen, während unter F32.1 Mit-

telgradige depressive Episode und F32.1 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome sowie ansatzweise auch bei F32.2 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen zunehmende Tendenzen festzustellen sind.

In den drei ausgewählten Fachgruppen werden die ausgewählten Diagnosen bei weiblichen Patienten deutlich häufiger diagnostiziert als bei männlichen Patienten. Der in den drei ausgewählten Fachgruppen ausgeprägte Trend ansteigenden mittleren Alters der Gesamtpatientenklientel findet sich bei der Teilgruppe von Nervenarztpatienten mit mittelgradigen oder schweren depressiven Episoden ohne psychotische Symptome sowie bei Allgemeinarztpatienten mit nicht näher bezeichneten depressiven Episoden nicht wieder. Vielmehr ist deren Durchschnittsalter im Untersuchungszeitraum annähernd konstant oder wie bei Nervenarztpatienten mit mittelgradigen oder schweren depressiven Episoden ohne psychotische Symptome im Trend rückläufig.

Inwieweit die festgestellten rückläufigen Tendenzen der Häufigkeit von Nervenarztpatienten mit den Diagnosen F32.0 Leichte depressive Episode, F32.8 Sonstige depressive Episode sowie F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet und der festgestellte zunehmende Trend der Häufigkeit von Nervenarztpatienten mit den Diagnosen F 32.1 Mittelgradige depressive Episode, F32.2. bzw. F32.3 Schwere depressive Episode ohne (bzw. mit) psychotische(n) Symptome(n) in Zusammenhang mit einem möglicherweise geänderten Kodierverhalten der Nervenärzte stehen könnte, wäre Gegenstand einer weiterführenden Untersuchung.¹

Hintergrund und Ziel

Folgende Anfrage von Herrn Dr. Kulig, Gemeinsamer Bundesausschuss, wird hier bearbeitet.

F32 in der endstelligen Verschlüsselungstiefe wegen der Darstellungsmöglichkeit des Schweregrades -Verteilung nach Geschlecht und Altersgruppen über einen Zeitraum von 10 Jahren (2000 bis 2009, KV Nordrhein) in den Fachgruppen

- *Allgemeinärzte*
- *Hausärztlich tätige Internisten*

¹ Beispielsweise: Analyse der Gesamtzahl der Patienten mit F32 auf dreistelliger Ebene im Zeitverlauf.

- *Nervenärzte.*

Vorgehen:

1. *Analyse der Zahl der Fälle (= Kumulation über 4 Quartale) und Zahl der Patienten je Jahr nach Geschlecht sowie relative Anteile. Angabe der Zahl der Analyse zugrundeliegenden Arztpraxen je Fachgruppe.*
2. *Analyse nach Altersgruppen ggf. nach Altersgruppen und Geschlecht und zusätzliche Darstellung der Alters- und Geschlechtsverteilung aller Fälle bzw. aller Patienten je Analysejahr aller Praxen je Fachgruppe.*

Nach Vorliegen der ersten Ergebnisse (1) soll über das weitere Vorgehen gemeinsam mit Dr. Kulig weiter beraten werden.

Soweit die Beschreibung der Anfrage. Die als Teil 1 vorgelegte Darstellung nach Geschlecht der Patienten wird hier erweitert um Angaben differenziert nach Altersgruppen.

Material und Methoden

Dazu werden alle Behandlungsfälle von Patienten aus Praxen der drei ausgewählten Fachgruppen mit der Diagnose „F32“ in der endstelligen Verschlüsselungstiefe aus dem Patienten-Arzt-Panel zur Morbiditätsanalyse (ZI-ADT-Panel) des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 2000 bis 2009 ausgewählt, im einzelnen sind dies folgende Schlüsselnummern:

- F32 Depressive Episode
- F32.- Depressive Episode
- F32.0 Leichte depressive Episode
- F32.1 Mittelgradige depressive Episode
- F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
- F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
- F32.8 Sonstige depressive Episoden
- F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet.

Die endstellig dreistelligen Schlüsselnummern (F32 und F32.-) sind im wesentlichen den Jahren bis 2003 zuzuordnen, als diese Einträge noch zulässig waren.

Das ZI-ADT-Panel wird seit 1998 geführt, und besteht aus einer geschichteten Zufallsstichprobe, gezogen aus den Daten elektronisch abrechnender Praxen in den

beiden Regionen Brandenburg und Nordrhein. Das Panel enthält Behandlungsdaten von Patienten aus 14 ausgewählten Arztgruppen in den Kassenärztlichen Vereinigungen Brandenburg und Nordrhein, in der hier zugrunde gelegten Region Nordrhein je Quartal rund 600.000 Behandlungsfälle von rund 450 Praxen. Die Behandlungsfälle der Jahre 2000 bis 2009 werden **je Jahr** sowohl fall- als auch patientenbezogen aufbereitet, wobei die Behandlungsfälle über jeweils vier Quartale kumuliert werden. Patienten werden durch die Kombination aus pseudonymisierter Arztnummer und im Panel gebildeter Versichertenidentifikation erkannt, welche aus Versichertennummer, Krankenkassennummer und Statuskennzeichen besteht. Im Ergebnis der Aufbereitung gilt also: ein Patient ist ein Versicherter in einer Praxis in mindestens einem Quartal des Jahres.

Es sind ausschließlich gültige Versichertenidentifikationen einbezogen, ungültige, sog. „Sammelpatienten“ sind aussortiert. Patienten mit wechselnden Geschlechts oder Geburtsjahresangaben im Lauf der Quartale eines Jahres sind ebenfalls nicht inkludiert, unter allen formal gültigen Versichertenidentifikationen macht dies je nach Jahr zwischen 1,3 und 5,3 % aus.

Nach Vorgabe durch Herrn Dr. Kulig werden drei Altersgruppen in Jahren gebildet.

- bis 24
- 25-64
- ab 65

Durch die geschichtete Stichprobe des ADT-Panels sind hier lediglich fachgruppenbezogene Aussagen dargestellt, eine Verfolgung des Patienten über Quartale und Praxen hinweg ist nicht möglich. Die fallbezogenen Angaben sind auf die kumulierten Fallzahlen je Jahr bezogen und Ausdruck davon, dass ein Patient in mehreren Quartalen des Jahres die Praxis aufsuchen kann. Anteilige Diagnosenhäufigkeiten sind bei Zellenbesetzungen größer oder gleich 30 dargestellt, bei kleineren Zahlen wird eine zu große Nähe zur Einzelfallbetrachtung erwartet.

Im Laufe des Untersuchungszeitraums schwankte die Zahl der Patienten in den Stichproben allgemeinärztlich, hausärztlich-internistisch sowie nervenärztlich behandelte Patienten je nach Jahr, wie folgenden Tabellen zu entnehmen ist (Tab. 1 bis 3). In dem Maß, wie die Patienten in mehreren Quartalen eines Jahres die ausgewählten Panelpraxen in Anspruch nahmen, übersteigt die Zahl der dadurch ausgelösten Fälle die Zahl der Patienten.

Arztgruppe = ALLGEMEINÄRZTE

Tab. 1: Anzahl ausgewählter Patienten

		männlich		weiblich	
		Patienten	Fälle	Patienten	Fälle
Jahr	2000	55.229	116.614	65.753	148.510
	2001	56.631	117.148	67.696	148.139
	2002	53.354	111.403	66.846	147.085
	2003	51.901	111.180	64.980	145.195
	2004	51.525	110.795	64.097	147.161
	2005	51.516	110.547	64.324	146.752
	2006	50.646	108.897	62.641	144.306
	2007	52.142	109.753	64.327	145.034
	2008	51.585	114.167	62.598	147.862
	2009	50.713	111.048	62.671	143.741

Quelle: ZI-ADT-Panel

Arztgruppe = INTERNISTEN <HA>

Tab. 2: Anzahl ausgewählter Patienten

		männlich		weiblich	
		Patienten	Fälle	Patienten	Fälle
Jahr	2000	25.315	54.284	35.310	77.476
	2001	23.522	50.495	32.997	72.470
	2002	23.095	51.110	32.205	73.728
	2003	22.048	49.987	30.504	71.268
	2004	20.852	47.390	29.056	68.843
	2005	21.029	47.232	27.843	64.334
	2006	20.184	46.687	25.512	60.619
	2007	20.547	46.780	25.668	60.871
	2008	20.724	49.793	26.490	65.668
	2009	20.582	47.265	26.290	62.551

Quelle: ZI-ADT-Panel

Arztgruppe = NERVENÄRZTE

Tab. 3: Anzahl ausgewählter Patienten

		männlich		weiblich	
		Patienten	Fälle	Patienten	Fälle
Jahr	2000	26.209	48.591	36.716	68.305
	2001	23.625	43.222	33.033	59.985
	2002	21.807	41.136	29.969	57.316
	2003	23.867	44.951	33.181	63.465
	2004	23.861	44.685	33.402	62.764
	2005	22.559	43.042	32.189	62.081
	2006	19.695	36.358	28.874	54.961
	2007	20.313	39.918	30.949	61.764
	2008	19.384	37.411	29.483	57.339
	2009	21.757	42.708	32.781	65.183

Quelle: ZI-ADT-Panel

Aufgrund der hohen Fallzahlen erfolgen sämtliche Auswertungen deskriptivstatistisch.

Der Anteil weiblicher bzw. männlicher Patienten bleibt je Jahr und Fachgruppe im wesentlichen konstant bzw. ist relativ wenig unterschiedlich. Bei Allgemeinarztpatienten ist das Verhältnis männlich/weiblich zu Beginn des Untersuchungszeitraums 46 zu 54 %, im letzten Untersuchungsjahr 2009 45 zu 55 %, bei Patienten hausärztlicher Internisten in 2000 42 zu 58 %, in 2009 44 zu 56 %, bei Nervenarztpatienten in 2000 42 zu 58 %, in 2009 40 zu 60 % (Tab. 4 bis 6).

Arztgruppe = Allgemeinärzte

Tab. 4: Verteilung ausgewählter Patienten nach Geschlecht

		Geschlecht				Gesamt	
		männlich		weiblich		Patienten	in %
		Patienten	in %	Patienten	in %		
Jahr	2000	55.229	45,7	65.753	54,3	120.982	100,0
	2001	56.631	45,6	67.696	54,4	124.327	100,0
	2002	53.354	44,4	66.846	55,6	120.200	100,0
	2003	51.901	44,4	64.980	55,6	116.881	100,0
	2004	51.525	44,6	64.097	55,4	115.622	100,0
	2005	51.516	44,5	64.324	55,5	115.840	100,0
	2006	50.646	44,7	62.641	55,3	113.287	100,0
	2007	52.142	44,8	64.327	55,2	116.469	100,0
	2008	51.585	45,2	62.598	54,8	114.183	100,0
	2009	50.713	44,7	62.671	55,3	113.384	100,0

Arztgruppe = hausärztliche Internisten

Tab. 5: Verteilung ausgewählter Patienten nach Geschlecht

		Geschlecht				Gesamt	
		männlich		weiblich		Patienten	in %
		Patienten	in %	Patienten	in %		
Jahr	2000	25.315	41,8	35.310	58,2	60.625	100,0
	2001	23.522	41,6	32.997	58,4	56.519	100,0
	2002	23.095	41,8	32.205	58,2	55.300	100,0
	2003	22.048	42,0	30.504	58,0	52.552	100,0
	2004	20.852	41,8	29.056	58,2	49.908	100,0
	2005	21.029	43,0	27.843	57,0	48.872	100,0
	2006	20.184	44,2	25.512	55,8	45.696	100,0
	2007	20.547	44,5	25.668	55,5	46.215	100,0
	2008	20.724	43,9	26.490	56,1	47.214	100,0
	2009	20.582	43,9	26.290	56,1	46.872	100,0

Arztgruppe = Nervenärzte

Tab. 6: Verteilung ausgewählter Patienten nach Geschlecht

		Geschlecht				Gesamt	
		männlich		weiblich		Patienten	in %
		Patienten	in %	Patienten	in %		
Jahr	2000	26.209	41,7	36.716	58,3	62.925	100,0
	2001	23.625	41,7	33.033	58,3	56.658	100,0
	2002	21.807	42,1	29.969	57,9	51.776	100,0
	2003	23.867	41,8	33.181	58,2	57.048	100,0
	2004	23.861	41,7	33.402	58,3	57.263	100,0
	2005	22.559	41,2	32.189	58,8	54.748	100,0
	2006	19.695	40,6	28.874	59,4	48.569	100,0
	2007	20.313	39,6	30.949	60,4	51.262	100,0
	2008	19.384	39,7	29.483	60,3	48.867	100,0
	2009	21.757	39,9	32.781	60,1	54.538	100,0

Folgenden Tabellen ist die Zahl ausgewählter Praxen zu entnehmen (Tab. 7 bis 9). Durch Abgang von Praxen im Verlauf eines Jahres und Nachziehung zum 1. Quartal eines Jahres schwankt deren Zahl im Jahresverlauf.

Arztgruppe = ALLGEMEINÄRZTE

Tab. 7: Anzahl ausgewählter Praxen in den Quartalen der Jahre des Untersuchungszeitraums

	Praxen		
	Mittelwert	Minimum	Maximum
2000	57	54	59
2001	56	53	59
2002	56	54	58
2003	57	56	59
2004	60	58	61
2005	60	59	61
2006	58	58	59
2007	59	57	62
2008	60	58	61
2009	59	58	60

Quelle: ZI-ADT-Panel

Arztgruppe = INTERNISTEN <HA>

Tab. 8: Anzahl ausgewählter Praxen in den Quartalen der Jahre des Untersuchungszeitraums

	Praxen		
	Mittelwert	Minimum	Maximum
2000	31	30	31
2001	30	29	31
2002	30	30	30
2003	29	29	29
2004	30	29	30
2005	28	27	30
2006	28	28	29
2007	29	28	30
2008	31	31	31
2009	31	30	32

Quelle: ZI-ADT-Panel

Arztgruppe = NERVENÄRZTE

Tab. 9: Anzahl ausgewählter Praxen in den Quartalen der Jahre des Untersuchungszeitraums

	Praxen		
	Mittelwert	Minimum	Maximum
2000	30	29	30
2001	29	28	30
2002	28	27	29
2003	30	30	30
2004	31	30	31
2005	31	30	31
2006	28	27	30
2007	31	30	31
2008	28	26	31
2009	31	30	31

Quelle: ZI-ADT-Panel

Ergebnisse

Diagnosenhäufigkeiten nach Geschlecht und Altersgruppe

Allgemeinarztpatienten und Patienten hausärztlicher Internisten

Unter den Patienten mit den ausgewählten Diagnosen sind bei **Allgemeinarztpatienten** die Patienten mit nicht näher bezeichneten depressiven Episoden die größte Gruppe, ebenso bei Patienten **hausärztlicher Internisten** (Tab. 12, 13, 18, 19). Bezogen auf die durch diese Patienten ausgelösten Fälle bilden ebenfalls die nicht näher bezeichneten depressiven Episoden die größte Gruppe (Tab. 10, 11, 16, 17). Weibliche Patienten werden in höherem Anteil aufgrund von dieser Krankheit behandelt als männliche Patienten. Sowohl bei männlichen wie weiblichen Patienten dieser Fachgruppen ist ein Anstieg anteiliger Diagnosenhäufigkeit nicht näher bezeichneter depressiver Episoden im Lauf des Untersuchungszeitraums zu sehen.

Unabhängig vom Jahr des Untersuchungszeitraums ist die anteilige Diagnosenhäufigkeit nicht näher bezeichneter depressiver Episoden umso höher, je älter die damit diagnostizierten Patienten bei Allgemeinärzten und hausärztlichen Internisten sind (Ausnahme: männliche Patienten hausärztlicher Internisten 2006) (Tab. 15, 21).

Anders ausgedrückt findet man eine positive Korrelation zwischen Behandlungsprävalenz und Patientenalter bei nicht näher bezeichneten depressiven Episoden.

In allen drei Altersgruppen zeigt sich der Anstieg der anteiligen Diagnosenhäufigkeit während des Untersuchungszeitraums, teilweise nach zwischenzeitlichem Rückgang (Abb. 1, 2, 4 und 5).

Patienten mit nicht näher bezeichneten depressiven Episoden bei Allgemeinärzten und hausärztlichen Internisten sind im Mittel deutlich älter als Patienten der jeweiligen Fachgruppen insgesamt (Abb. 3, 6). Das mittlere Alter von Patienten mit nicht näher bezeichneten depressiven Episoden bei diesen Fachgruppen ist bei zwischenzeitlichen Schwankungen im Lauf des Untersuchungszeitraums annähernd konstant, während das Durchschnittsalter aller Patienten der beiden Fachgruppen im Panel in diesem Zeitraum ansteigt.

Arztgruppe = ALLGEMEINÄRZTE

Tab. 10: Fallbezogene Häufigkeit ausgewählter Diagnosen in den Jahren des Untersuchungszeitraums

Geschlecht männlich

		F32 Depressive Episode*		F32.- Depressive Episode*		F32.0 Leichte depressive Episode		F32.1 Mittelgradige depressive Episode		F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome		F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen		F32.8 Sonstige depressive Episoden		F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	
		Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle
		Jahr	2000	151	,13	225	,19	95	,08	124	,11	167	,14	28	,02	416	,36	1.773	1,52
2001	55	,05	198	,17	80	,07	112	,10	187	,16	30	,03	399	,34	1.808	1,54	
2002	.	.	196	,18	82	,07	130	,12	203	,18	34	,03	425	,38	1.926	1,73	
2003	.	.	90	,08	76	,07	181	,16	212	,19	36	,03	437	,39	1.964	1,77	
2004	.	.	.	.	83	,07	236	,21	265	,24	97	,09	500	,45	2.088	1,88
2005	.	.	.	.	84	,08	220	,20	258	,23	106	,10	649	,59	2.409	2,18
2006	.	.	.	.	90	,08	242	,22	146	,13	95	,09	578	,53	2.317	2,13
2007	.	.	.	.	111	,10	306	,28	129	,12	89	,08	569	,52	2.611	2,38
2008	.	.	.	.	105	,09	305	,27	145	,13	79	,07	608	,53	2.753	2,41
2009	.	.	.	.	107	,10	418	,38	162	,15	85	,08	645	,58	3.037	2,73

*endstellige Schlüsselnummer

Quelle: ZI-ADT-Panel

Arztgruppe = ALLGEMEINÄRZTE

Tab. 11: Fallbezogene Häufigkeit ausgewählter Diagnosen in den Jahren des Untersuchungszeitraums
Geschlecht weiblich

		F32 Depressive Episode*		F32.- Depressive Episode*		F32.0 Leichte depressive Episode		F32.1 Mittelgradige depressive Episode		F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome		F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen		F32.8 Sonstige depressive Episoden		F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	
Jahr		Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle
		2000	585	,39	674	,45	254	,17	384	,26	323	,22	47	,03	1.369	,92	5.575	3,75
2001	312	,21	583	,39	229	,15	372	,25	407	,27	57	,04	1.388	,94	5.515	3,72	
2002	.	.	603	,41	205	,14	385	,26	443	,30	71	,05	1.374	,93	5.716	3,89	
2003	1	,00	265	,18	179	,12	548	,38	529	,36	101	,07	1.356	,93	5.324	3,67	
2004	.	.	1	,00	206	,14	691	,47	455	,31	277	,19	1.519	1,03	5.907	4,01	
2005	.	.	.	.	196	,13	581	,40	533	,36	272	,19	1.933	1,32	6.739	4,59
2006	.	.	.	.	241	,17	653	,45	316	,22	255	,18	1.811	1,25	7.020	4,86
2007	.	.	.	.	273	,19	687	,47	261	,18	173	,12	1.659	1,14	8.064	5,56
2008	.	.	.	.	336	,23	747	,51	276	,19	150	,10	1.567	1,06	8.301	5,61
2009	.	.	.	.	304	,21	797	,55	322	,22	153	,11	1.639	1,14	8.789	6,11

*endstellige Schlüsselnummer

Quelle: ZI-ADT-Panel

Arztgruppe = ALLGEMEINÄRZTE**Tab. 12: Patientenbezogene Häufigkeit ausgewählter Diagnosen in den Jahren des Untersuchungszeitraums**

Geschlecht männlich

Jahr	F32 Depressive Episode*		F32.- Depressive Episode*		F32.0 Leichte depressive Episode		F32.1 Mittelgradige depressive Episode		F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome		F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen		F32.8 Sonstige depressive Episoden		F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	
	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr
	2000	84	,15	88	,16	48	,09	68	,12	93	,17	19	,03	188	,34	992	1,80
2001	31	,05	79	,14	37	,07	58	,10	91	,16	20	,04	174	,31	1.015	1,79
2002	.	.	84	,16	38	,07	70	,13	100	,19	18	,03	202	,38	1.070	2,01
2003	.	.	64	,12	42	,08	103	,20	106	,20	20	,04	186	,36	1.031	1,99
2004	51	,10	136	,26	136	,26	59	,11	241	,47	1.081	2,10
2005	48	,09	105	,20	123	,24	57	,11	302	,59	1.210	2,35
2006	46	,09	109	,22	101	,20	58	,11	251	,50	1.134	2,24
2007	52	,10	142	,27	75	,14	42	,08	235	,45	1.240	2,38
2008	48	,09	130	,25	71	,14	32	,06	242	,47	1.234	2,39
2009	45	,09	228	,45	85	,17	39	,08	271	,53	1.405	2,77

*endstellige Schlüsselnummer

Quelle: ZI-ADT-Panel

Arztgruppe = ALLGEMEINÄRZTE**Tab. 13: Patientenbezogene Häufigkeit ausgewählter Diagnosen in den Jahren des Untersuchungszeitraums**

Geschlecht weiblich

Jahr	F32 Depressive Episode*		F32.- Depressive Episode*		F32.0 Leichte depressive Episode		F32.1 Mittelgradige depressive Episode		F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome		F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen		F32.8 Sonstige depressive Episoden		F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	
	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr
	2000	258	,39	275	,42	148	,23	198	,30	178	,27	38	,06	650	,99	2.753	4,19
2001	160	,24	231	,34	118	,17	188	,28	192	,28	41	,06	589	,87	2.792	4,12
2002	.	.	264	,39	105	,16	197	,29	218	,33	36	,05	571	,85	2.911	4,35
2003	1	,00	202	,31	94	,14	274	,42	247	,38	57	,09	546	,84	2.683	4,13
2004	.	.	1	,00	126	,20	372	,58	228	,36	164	,26	633	,99	2.848	4,44
2005	.	.	.	.	114	,18	277	,43	270	,42	154	,24	813	1,26	3.191	4,96
2006	.	.	.	.	121	,19	283	,45	209	,33	140	,22	705	1,13	3.097	4,94
2007	.	.	.	.	131	,20	297	,46	123	,19	96	,15	668	1,04	3.482	5,41
2008	.	.	.	.	150	,24	351	,56	138	,22	73	,12	582	,93	3.443	5,50
2009	.	.	.	.	133	,21	373	,60	176	,28	74	,12	636	1,01	3.594	5,73

*endstellige Schlüsselnummer

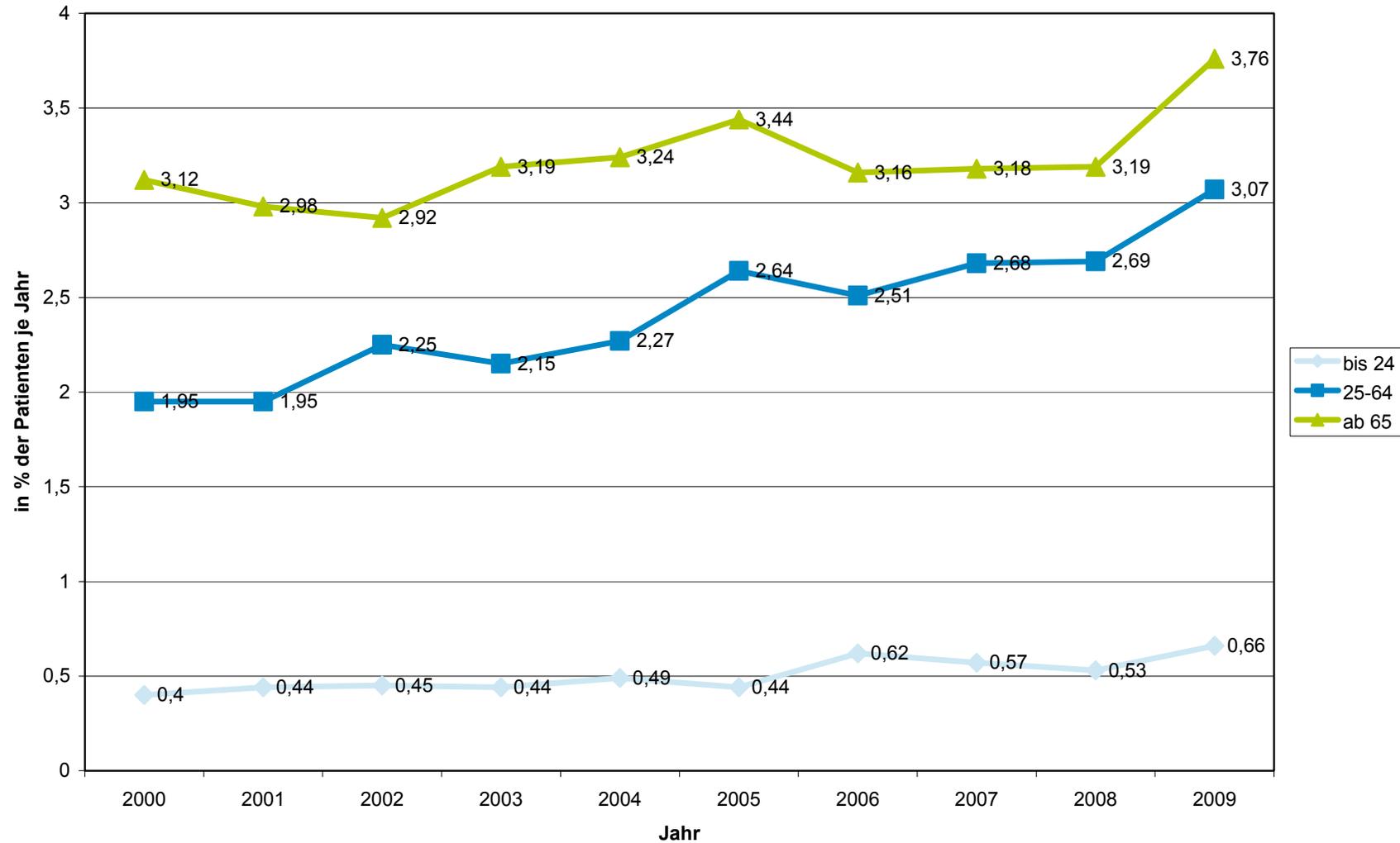
Quelle: ZI-ADT-Panel

Tab. 14: Verteilung ausgewählter Patienten mit F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet nach Geschlecht und Altersgruppe
 Arztgruppe ALLGEMEINÄRZTE

Jahr	Geschlecht													
	männlich				weiblich					gesamt				
	ALTERSGRUPPE IN JAHREN			Gesamt	ALTERSGRUPPE IN JAHREN			feh- lende Alter- san- gabe	Gesamt	ALTERSGRUPPE IN JAHREN			feh- lende Al- tersan- gabe	Gesamt
	bis 24	25-64	ab 65	Summe	bis 24	25-64	ab 65		Summe	bis 24	25-64	ab 65		Summe
	Patien- ten	Patien- ten	Patienten	Patienten	Patien- ten	Patien- ten	Patienten	Pati- enten	Patienten	Patienten	Patien- ten	Pa- tien- ten	Pati- enten	Patienten
Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	Sum- me	Summe	Summe	Sum- me	Sum- me	Sum- me	Summe	
2000	48	665	279	992	99	1599	1055	.	2753	147	2264	1334	.	3745
2001	54	671	290	1015	125	1547	1120	.	2792	179	2218	1410	.	3807
2002	49	722	299	1070	121	1638	1151	1	2911	170	2360	1450	1	3981
2003	49	662	320	1031	119	1548	1016	.	2683	168	2210	1336	.	3714
2004	53	685	343	1081	122	1657	1069	.	2848	175	2342	1412	.	3929
2005	47	787	376	1210	112	1836	1243	.	3191	159	2623	1619	.	4401
2006	68	727	339	1134	103	1778	1216	.	3097	171	2505	1555	.	4231
2007	59	806	375	1240	116	1993	1373	.	3482	175	2799	1748	.	4722
2008	52	816	366	1234	113	2000	1330	.	3443	165	2816	1696	.	4677
2009	63	914	428	1405	131	2093	1370	.	3594	194	3007	1798	.	4999

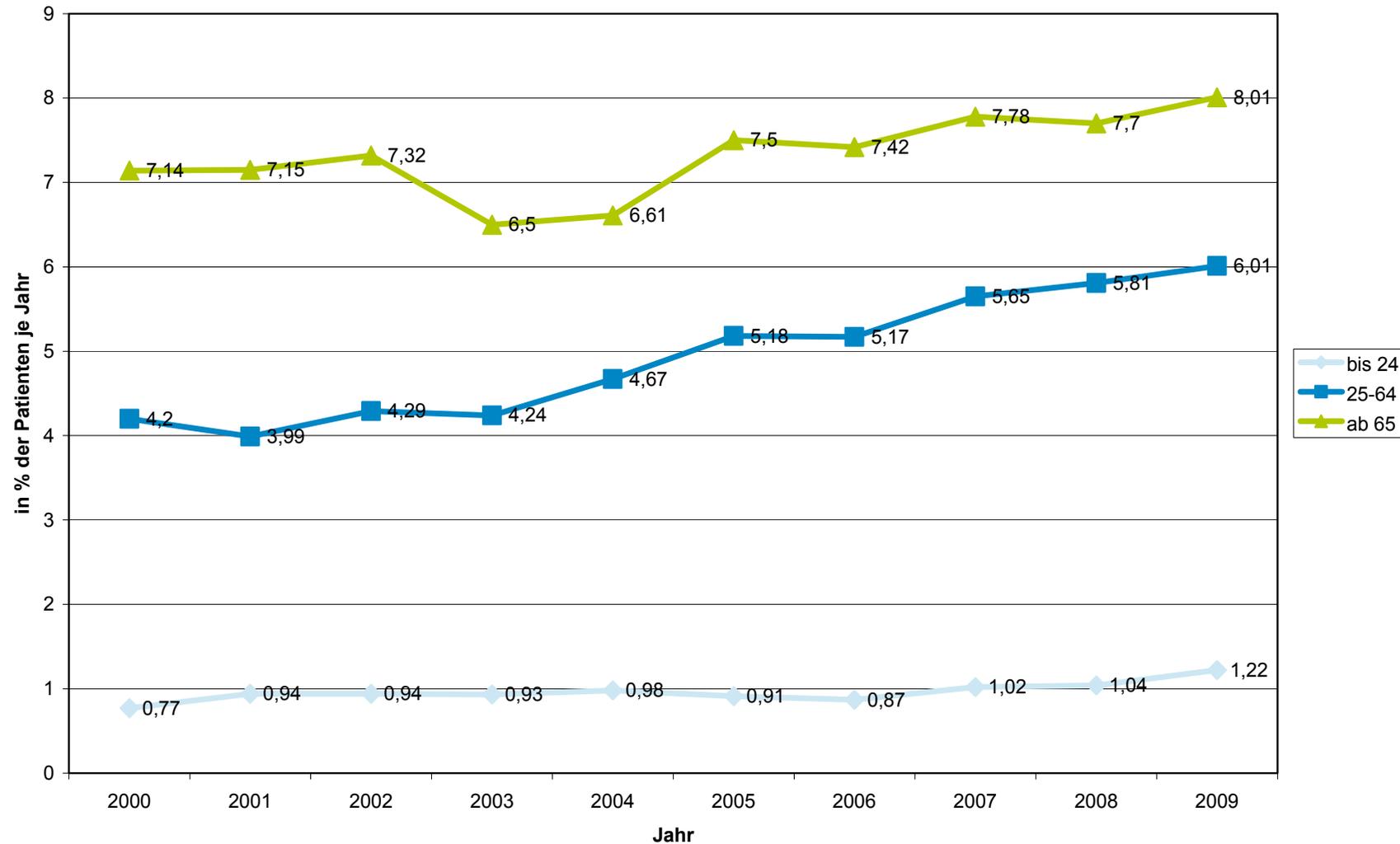
Quelle: ZI-ADT-Panel

Abb. 1: anteilige Häufigkeit F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet bei ausgewählten männlichen Patienten nach Altersgruppe in Jahren
 Arztgruppe ALLGEMEINÄRZTE



Quelle: ZI-ADT-Panel

Abb.2 : anteilige Häufigkeit F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet bei ausgewählten weiblichen Patienten nach Altersgruppe in Jahren
 Arztgruppe ALLGEMEINÄRZTE



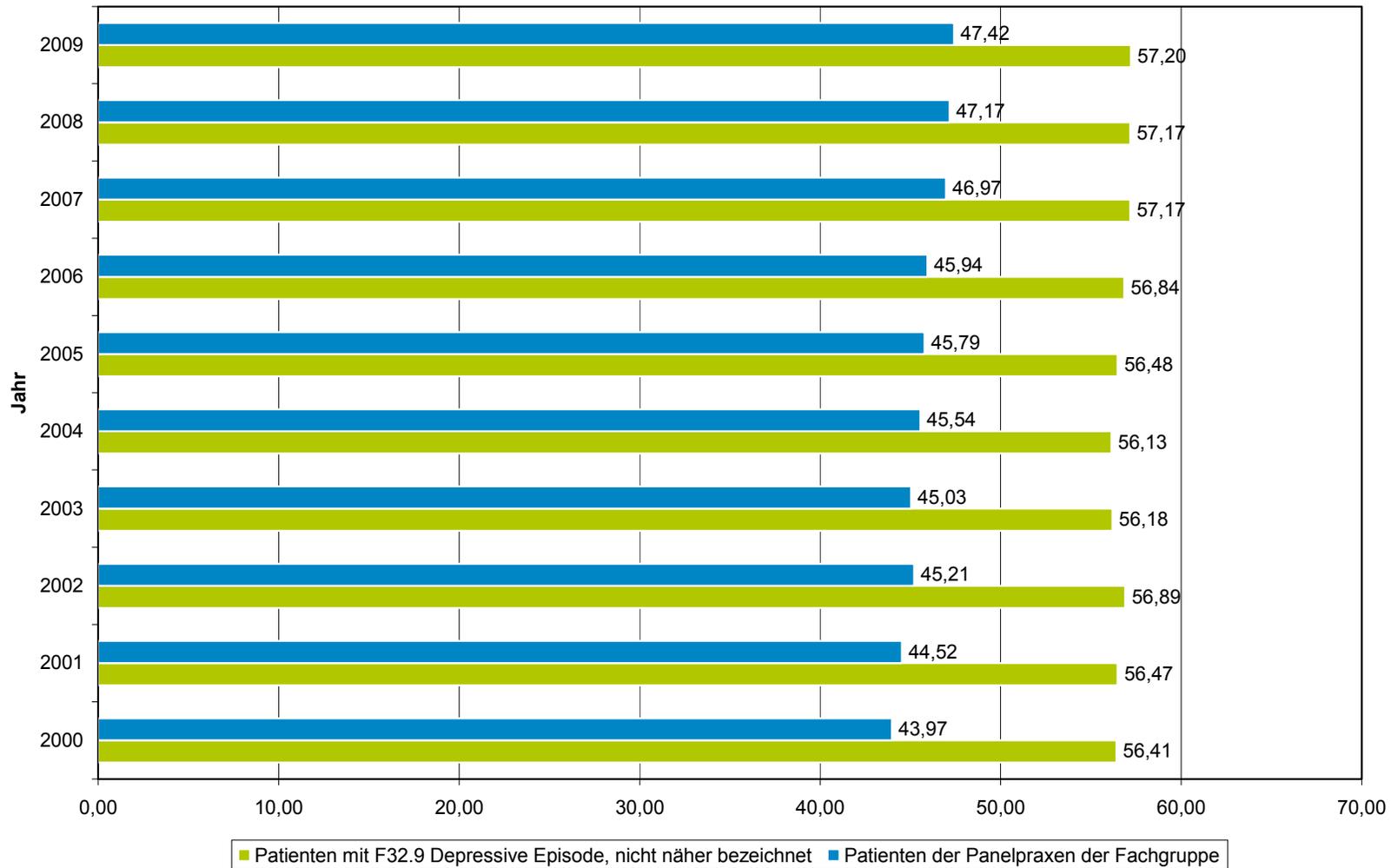
Quelle: ZI-ADT-Panel

**Tab. 15: Anteilige Häufigkeit F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet bei ausgewählten Patienten nach Geschlecht und Altersgruppe
Arztgruppe ALLGEMEINÄRZTE**

		Geschlecht								
		männlich			weiblich			gesamt		
		ALTERSGRUPPE IN JAHREN			ALTERSGRUPPE IN JAHREN			ALTERSGRUPPE IN JAHREN		
		bis 24	25-64	ab 65	bis 24	25-64	ab 65	bis 24	25-64	ab 65
		in % der Patienten je Jahr								
Jahr	2000	,40	1,95	3,12	,77	4,20	7,14	,59	3,13	5,62
	2001	,44	1,95	2,98	,94	3,99	7,15	,70	3,03	5,55
	2002	,45	2,25	2,92	,94	4,29	7,32	,71	3,36	5,59
	2003	,44	2,15	3,19	,93	4,24	6,50	,70	3,28	5,21
	2004	,49	2,27	3,24	,98	4,67	6,61	,76	3,56	5,27
	2005	,44	2,64	3,44	,91	5,18	7,50	,69	4,02	5,89
	2006	,62	2,51	3,16	,87	5,17	7,42	,75	3,95	5,73
	2007	,57	2,68	3,18	1,02	5,65	7,78	,81	4,28	5,94
	2008	,53	2,69	3,19	1,04	5,81	7,70	,80	4,35	5,90
	2009	,66	3,07	3,76	1,22	6,01	8,01	,95	4,66	6,31

Quelle: ZI-ADT-Panel

**Abb.3 : durchschnittliches Alter in Jahren von Patienten mit F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet im Vergleich zum mittleren Alter von Patienten der Fachgruppe
Arztgruppe ALLGEMEINÄRZTE**



Quelle: ZI-ADT-Panel

Arztgruppe = INTERNISTEN <HA>**Tab. 16: Fallbezogene Häufigkeit ausgewählter Diagnosen in den Jahren des Untersuchungszeitraums**
Geschlecht männlich

Jahr	F32 Depressive Episode*		F32.- Depressive Episode*		F32.0 Leichte depressive Episode		F32.1 Mittelgradige depressive Episode		F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome		F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen		F32.8 Sonstige depressive Episoden		F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	
	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle
	2000	1	,00	11	,02	80	,15	66	,12	22	,04	11	,02	153	,28	1.034	1,90
2001	5	,01	24	,05	70	,14	88	,17	37	,07	7	,01	120	,24	933	1,85
2002	.	.	22	,04	100	,20	142	,28	45	,09	7	,01	136	,27	916	1,79
2003	.	.	24	,05	109	,22	116	,23	48	,10	5	,01	111	,22	894	1,79
2004	162	,34	150	,32	44	,09	56	,12	154	,32	907	1,91
2005	95	,20	152	,32	41	,09	9	,02	132	,28	977	2,07
2006	50	,11	233	,50	31	,07	14	,03	341	,73	1.451	3,11
2007	67	,14	150	,32	42	,09	8	,02	357	,76	1.717	3,67
2008	69	,14	136	,27	68	,14	9	,02	367	,74	1.931	3,88
2009	88	,19	138	,29	89	,19	12	,03	369	,78	2.019	4,27

*endstellige Schlüsselnummer

Quelle: ZI-ADT-Panel

Arztgruppe = INTERNISTEN <HA>

Tab. 17: Fallbezogene Häufigkeit ausgewählter Diagnosen in den Jahren des Untersuchungszeitraums

Geschlecht weiblich																
Jahr	F32 Depressive Episode*		F32.- Depressive Episode*		F32.0 Leichte depressive Episode		F32.1 Mittelgradige depressive Episode		F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome		F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen		F32.8 Sonstige depressive Episoden		F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	
	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle
2000	1	,00	52	,07	213	,27	159	,21	116	,15	55	,07	636	,82	3.106	4,01
2001	20	,03	109	,15	229	,32	251	,35	134	,18	45	,06	585	,81	2.781	3,84
2002	.	.	100	,14	362	,49	408	,55	166	,23	42	,06	626	,85	2.708	3,67
2003	.	.	104	,15	411	,58	433	,61	202	,28	44	,06	677	,95	2.691	3,78
2004	581	,84	565	,82	171	,25	241	,35	729	1,06	2.787	4,05
2005	318	,49	416	,65	128	,20	65	,10	580	,90	2.767	4,30
2006	164	,27	530	,87	97	,16	50	,08	1.017	1,68	3.900	6,43
2007	139	,23	274	,45	94	,15	50	,08	1.139	1,87	4.372	7,18
2008	153	,23	227	,35	122	,19	47	,07	1.262	1,92	4.982	7,59
2009	189	,30	288	,46	238	,38	40	,06	1.154	1,84	5.004	8,00

*endstellige Schlüsselnummer

Quelle: ZI-ADT-Panel

Arztgruppe = INTERNISTEN <HA>**Tab. 18: Patientenbezogene Häufigkeit ausgewählter Diagnosen in den Jahren des Untersuchungszeitraums** Geschlecht männlich

		F32 Depressive Episode*		F32.- Depressive Episode*		F32.0 Leichte depressive Episode		F32.1 Mittelgradige depressive Episode		F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome		F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen		F32.8 Sonstige depressive Episoden		F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	
		Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr
		Jahr	2000	1	,00	11	,04	41	,16	31	,12	11	,04	5	,02	85	,34	465	1,84
2001	5	,02	20	,09	33	,14	49	,21	21	,09	4	,02	50	,21	441	1,87	
2002	.	.	11	,05	55	,24	88	,38	21	,09	4	,02	58	,25	394	1,71	
2003	.	.	15	,07	58	,26	59	,27	21	,10	2	,01	41	,19	402	1,82	
2004	.	.	.	.	84	,40	82	,39	19	,09	20	,10	67	,32	433	2,08
2005	.	.	.	.	54	,26	84	,40	22	,10	5	,02	55	,26	489	2,33
2006	.	.	.	.	27	,13	112	,55	18	,09	8	,04	141	,70	593	2,94
2007	.	.	.	.	28	,14	86	,42	23	,11	3	,01	145	,71	704	3,43
2008	.	.	.	.	31	,15	54	,26	38	,18	3	,01	131	,63	753	3,63
2009	.	.	.	.	41	,20	60	,29	49	,24	7	,03	134	,65	842	4,09

*endstellige Schlüsselnummer

Quelle: ZI-ADT-Panel

Arztgruppe = INTERNISTEN <HA>**Tab. 19: Patientenbezogene Häufigkeit ausgewählter Diagnosen in den Jahren des Untersuchungszeitraums** Geschlecht weiblich

		F32 Depressive Episode*		F32.- Depressive Episode*		F32.0 Leichte depressive Episode		F32.1 Mittelgradige depressive Episode		F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome		F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen		F32.8 Sonstige depressive Episoden		F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	
		Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr
		Jahr	2000	1	,00	34	,10	103	,29	75	,21	54	,15	23	,07	306	,87	1.427	4,04
2001	20	,06	75	,23	121	,37	149	,45	63	,19	18	,05	244	,74	1.301	3,94	
2002	.	.	40	,12	208	,65	240	,75	72	,22	19	,06	248	,77	1.147	3,56	
2003	.	.	46	,15	210	,69	215	,70	90	,30	19	,06	256	,84	1.109	3,64	
2004	.	.	.	.	304	1,05	279	,96	67	,23	97	,33	312	1,07	1.190	4,10
2005	.	.	.	.	195	,70	265	,95	61	,22	26	,09	217	,78	1.275	4,58
2006	.	.	.	.	76	,30	248	,97	44	,17	16	,06	382	1,50	1.518	5,95
2007	.	.	.	.	60	,23	177	,69	46	,18	23	,09	407	1,59	1.702	6,63
2008	.	.	.	.	75	,28	102	,39	64	,24	14	,05	417	1,57	1.831	6,91
2009	.	.	.	.	91	,35	129	,49	129	,49	13	,05	400	1,52	1.970	7,49

*endstellige Schlüsselnummer

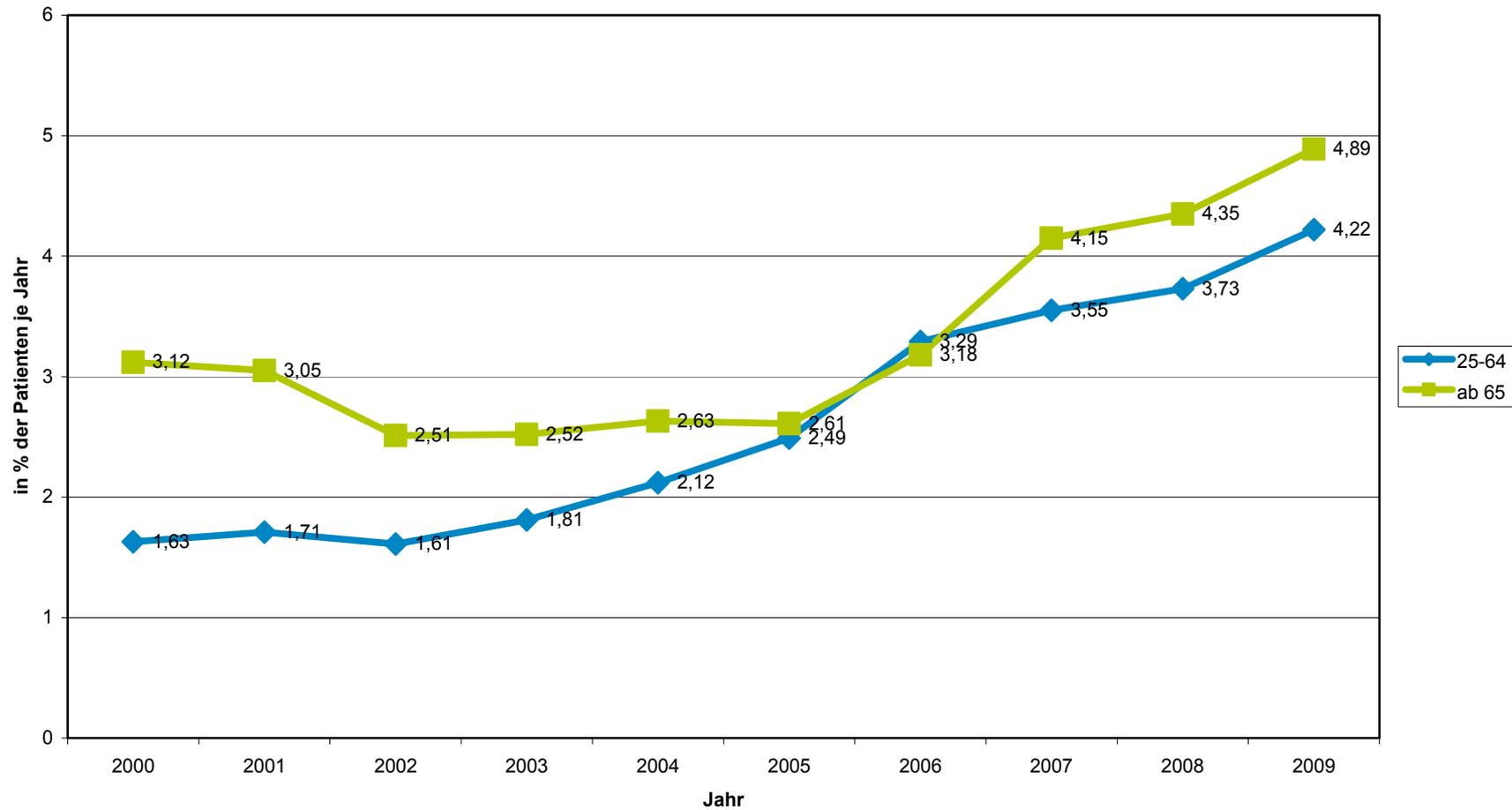
Quelle: ZI-ADT-Panel

**Tab. 20: Verteilung ausgewählter Patienten mit F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet nach Geschlecht und Altersgruppe
Arztgruppe INTERNISTEN <HA>**

Jahr	Geschlecht													
	männlich				weiblich				gesamt					
	ALTERSGRUPPE IN JAHREN			Gesamt	ALTERSGRUPPE IN JAHREN			fehlende Altersangabe	Gesamt	ALTERSGRUPPE IN JAHREN			fehlende Altersangabe	Gesamt
	bis 24	25-64	ab 65	Summe	bis 24	25-64	ab 65		Summe	bis 24	25-64	ab 65		Summe
	Patienten	Patienten	Patienten	Patienten	Patienten	Patienten	Patienten	Patienten	Patienten	Patienten	Patienten	Patienten	Patienten	Patienten	Patienten
Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe
2000	8	258	199	465	26	746	655	.	1427	34	1004	854	.	1892
2001	6	246	189	441	15	676	610	.	1301	21	922	799	.	1742
2002	9	222	163	394	16	562	569	.	1147	25	784	732	.	1541
2003	6	238	158	402	17	549	543	.	1109	23	787	701	.	1511
2004	11	259	163	433	20	582	588	.	1190	31	841	751	.	1623
2005	16	304	169	489	21	652	602	.	1275	37	956	771	.	1764
2006	12	377	204	593	42	760	716	.	1518	54	1137	920	.	2111
2007	15	413	276	704	37	844	821	.	1702	52	1257	1097	.	2406
2008	21	438	294	753	42	903	886	.	1831	63	1341	1180	.	2584
2009	15	486	341	842	39	955	976	.	1970	54	1441	1317	.	2812

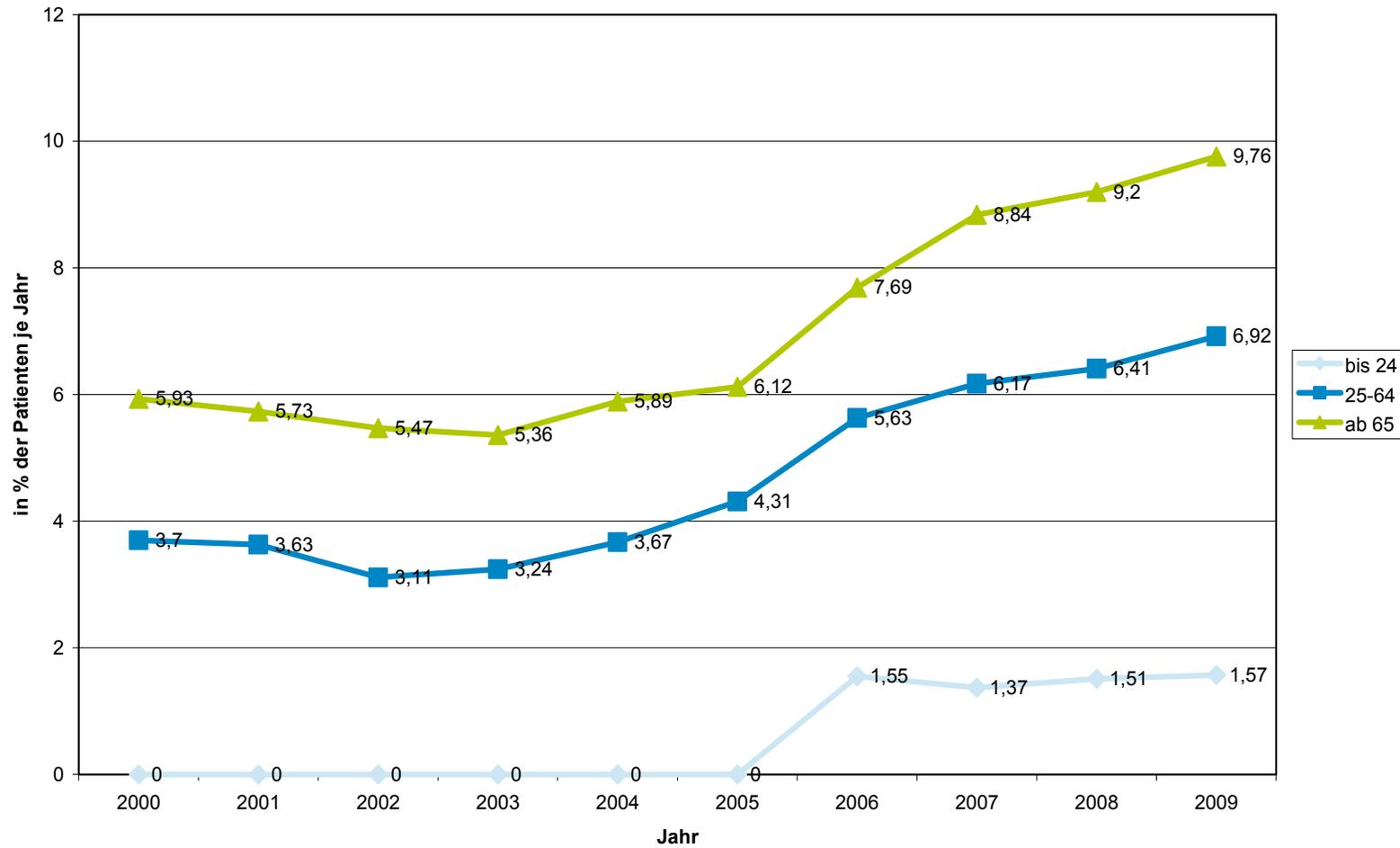
Quelle: ZI-ADT-Panel

Abb.4 : Anteilige Häufigkeit F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet bei ausgewählten männlichen Patienten nach Altersgruppe in Jahren
 Arztgruppe INTERNISTEN <HA>



Quelle: ZI-ADT-Panel

Abb. 5: Anteilige Häufigkeit F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet bei ausgewählten weiblichen Patienten nach Altersgruppe in Jahren
 Arztgruppe INTERNISTEN <HA>



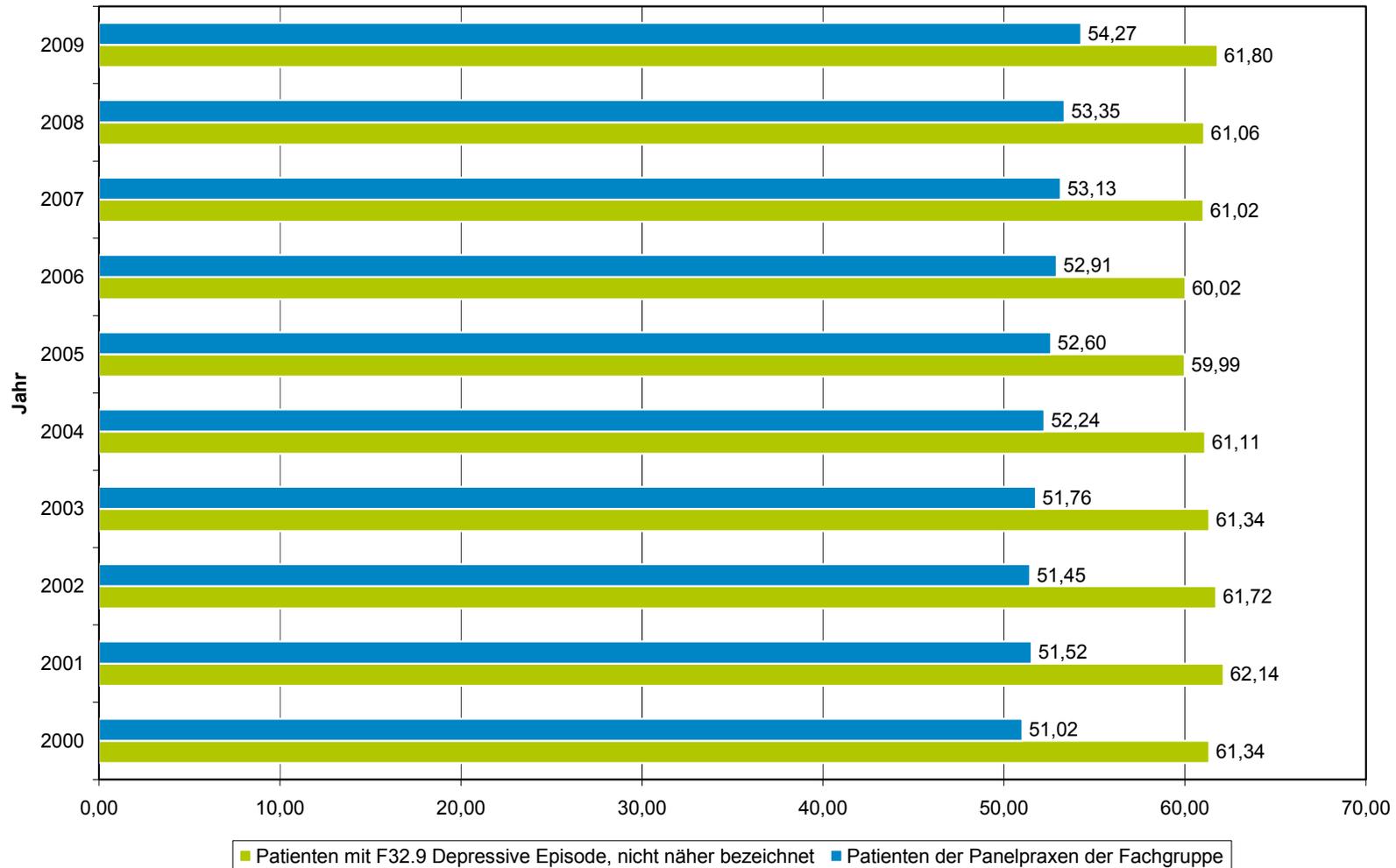
0 : zugrunde liegende absolute Häufigkeiten unter 30, weniger aussagekräftig
 Quelle: ZI-ADT-Panel

**Tab. 21: anteilige Häufigkeit F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet bei ausgewählten Patienten nach Geschlecht und Altersgruppe
Arztgruppe INTERNISTEN <HA>**

		Geschlecht								
		männlich			weiblich			gesamt		
		ALTERSGRUPPE IN JAHREN			ALTERSGRUPPE IN JAHREN			ALTERSGRUPPE IN JAHREN		
		bis 24	25-64	ab 65	bis 24	25-64	ab 65	bis 24	25-64	ab 65
		in % der Patienten je Jahr								
Jahr	2000	.	1,63	3,12	.	3,70	5,93	,47	2,79	4,90
	2001	.	1,71	3,05	.	3,63	5,73	.	2,79	4,74
	2002	.	1,61	2,51	.	3,11	5,47	.	2,46	4,33
	2003	.	1,81	2,52	.	3,24	5,36	.	2,62	4,27
	2004	.	2,12	2,63	.	3,67	5,89	,55	2,99	4,64
	2005	.	2,49	2,61	.	4,31	6,12	,71	3,50	4,73
	2006	.	3,29	3,18	1,55	5,63	7,69	1,07	4,56	5,85
	2007	.	3,55	4,15	1,37	6,17	8,84	1,05	4,96	6,89
	2008	.	3,73	4,35	1,51	6,41	9,20	1,26	5,19	7,20
	2009	.	4,22	4,89	1,57	6,92	9,76	1,18	5,69	7,76

. : zugrunde liegende absolute Häufigkeiten unter 30, weniger aussagekräftig
Quelle: ZI-ADT-Panel

**Abb.6 : durchschnittliches Alter in Jahren von Patienten mit F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet im Vergleich zum mittleren Alter von Patienten der Fachgruppe
Arztgruppe INTERNISTEN <HA>**



Quelle: ZI-ADT-Panel

Nervenarztpatienten

Nervenärzte sehen eher mittelgradige oder schwere depressive Episoden ohne psychotische Symptome. In der Häufigkeit nachgeordnet sind in dieser Fachgruppe Patienten mit nicht näher bezeichneten depressiven Episoden sowie mit leichten oder sonstigen depressiven Episoden (Tab. 22 bis 24).

Die anteilige Diagnosenhäufigkeit mittelgradiger oder schwerer depressiver Episoden ohne psychotische Symptome unterliegt einem steigenden Trend im Lauf des Untersuchungszeitraums, sowohl bei männlichen wie weiblichen Nervenarztpatienten. Patienten mit nicht näher bezeichneten depressiven Episoden werden von Nervenärzten im Lauf des Untersuchungszeitraums mit abnehmender anteiliger Häufigkeit diagnostiziert nach zwischenzeitlichem Anstieg der relativen Häufigkeit. Die anteilige Zahl von Patienten mit sonstigen depressiven Episoden ist durchgängig rückläufig.

Männlichen Patienten von 25 bis 64 Jahren werden in jedem Jahr des Untersuchungszeitraums in höherem Maß als männlichen Patienten ab 65 Jahren mittelgradige oder schwere depressive Episoden ohne psychotische Symptome diagnostiziert (Abb. 7 und 10). In beiden Altersgruppen ist der Trend ansteigend, jedoch am stärksten ausgeprägt in der Gruppe von 25 bis 64 Jahren mit einem Anstieg der Behandlungsprävalenz mittelgradiger Episoden von 2,4 auf 5,5 % sowie schwerer Episoden von 1,1 auf 3,8 % von 2000 bis 2009.

Mittelgradige depressive Episoden ohne psychotische Symptome werden bei weiblichen Patienten von 25 bis 64 Jahren in jedem Jahr des Untersuchungszeitraums bis auf das Jahr 2000 in höherem Maß als bei weiblichen Patienten ab 65 Jahren diagnostiziert (Abb. 8). In beiden Altersgruppen ist der Trend ansteigend, jedoch am stärksten ausgeprägt in der Gruppe von 25 bis 64 Jahren mit einem Anstieg der Behandlungsprävalenz von 3,2 auf 6,6 %

Von schweren depressiven Episoden ohne psychotische Symptome ist unter weiblichen Nervenarztpatienten zu Anfang des Untersuchungszeitraums die höchste Altersgruppe am stärksten betroffen (Abb. 11). Ab 2005 ist die höchste Behandlungsprävalenz dieser Diagnose in der mittleren Altersgruppe der weiblichen Nervenarztpatienten sichtbar. In beiden Altersgruppen ist der Trend ansteigend, jedoch am stärksten ausgeprägt in der Gruppe von 25 bis 64 Jahren mit einem Anstieg der Behandlungsprävalenz von 1,4 auf 4,7 % von 2000 bis 2009.

Das mittlere Alter von Patienten mit mittelgradigen oder schweren depressiven Episoden ohne psychotische Symptome bei Nervenarztpatienten ist unter zwischenzeit-

lichen Schwankungen im Lauf des Untersuchungszeitraums deutlich gesunken, während das Durchschnittsalter aller Nervenarztpatienten im Panel in diesem Zeitraum ansteigt und in den letzten beiden Jahren 2008 und 2009 höher ausfällt als bei der Teilgruppe von Nervenarztpatienten mit mittelgradigen oder schweren depressiven Episoden ohne psychotische Symptome (Abb. 9, 12).

Im Vergleich aller endstelligen ICD-10-Schlüsselnummern zu F32 fällt sowohl bei männlichen als auch bei weiblichen Patienten auf, dass im Verlauf der Untersuchungszeitraums von 2000-2009 die Häufigkeiten von F32.0 Leichte depressive Episoden, von F32.8 Sonstige depressive Episoden und F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet rückläufige Tendenzen aufweisen, während unter F32.1 Mittelgradige depressive Episode und F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome sowie ansatzweise auch bei F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen zunehmende Tendenzen festzustellen sind.

Arztgruppe = NERVENÄRZTE

Tab. 22: Fallbezogene Häufigkeit ausgewählter Diagnosen in den Jahren des Untersuchungszeitraums Geschlecht männlich

Jahr	F32 Depressive Episode*		F32.- Depressive Episode*		F32.0 Leichte depressive Episode		F32.1 Mittelgradige depressive Episode		F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome		F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen		F32.8 Sonstige depressive Episoden		F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	
	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle
	2000	98	,20	7	,01	747	1,54	1.117	2,30	599	1,23	42	,09	1.026	2,11	1.468	3,02
2001	3	,01	28	,06	729	1,69	1.141	2,64	574	1,33	59	,14	609	1,41	1.696	3,92
2002	.	.	29	,07	549	1,33	1.255	3,05	601	1,46	69	,17	488	1,19	1.521	3,70
2003	.	.	35	,08	543	1,21	1.415	3,15	734	1,63	48	,11	440	,98	1.546	3,44
2004	614	1,37	1.589	3,56	800	1,79	75	,17	389	,87	1.598	3,58
2005	483	1,12	1.678	3,90	866	2,01	75	,17	445	1,03	1.109	2,58
2006	360	,99	1.441	3,96	868	2,39	58	,16	372	1,02	980	2,70
2007	393	,98	1.715	4,30	1.087	2,72	80	,20	358	,90	1.232	3,09
2008	327	,87	1.652	4,42	1.065	2,85	75	,20	325	,87	1.218	3,26
2009	434	1,02	1.868	4,37	1.567	3,67	91	,21	396	,93	1.246	2,92

*endstellige Schlüsselnummer

Quelle: ZI-ADT-Panel

Arztgruppe = NERVENÄRZTE

Tab. 23: Fallbezogene Häufigkeit ausgewählter Diagnosen in den Jahren des Untersuchungszeitraums

Geschlecht weiblich

Jahr	F32 Depressive Episode*		F32.- Depressive Episode*		F32.0 Leichte depressive Episode		F32.1 Mittelgradige depressive Episode		F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome		F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen		F32.8 Sonstige depressive Episoden		F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	
	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle	Fälle	in % der kumulierten Behandlungsfälle
	2000	167	,24	16	,02	911	1,33	2.366	3,46	1.253	1,83	123	,18	2.513	3,68	3.153	4,62
2001	14	,02	59	,10	980	1,63	2.378	3,96	1.196	1,99	135	,23	1.713	2,86	3.826	6,38
2002	.	.	77	,13	885	1,54	2.418	4,22	1.218	2,13	159	,28	1.394	2,43	3.240	5,65
2003	.	.	102	,16	951	1,50	2.689	4,24	1.421	2,24	148	,23	1.103	1,74	3.160	4,98
2004	.	.	2	,00	1.019	1,62	3.045	4,85	1.491	2,38	161	,26	962	1,53	3.314	5,28
2005	954	1,54	3.344	5,39	1.720	2,77	163	,26	1.029	1,66	2.495	4,02
2006	645	1,17	2.990	5,44	1.690	3,07	151	,27	866	1,58	2.231	4,06
2007	691	1,12	3.426	5,55	2.273	3,68	190	,31	916	1,48	2.621	4,24
2008	590	1,03	3.233	5,64	2.014	3,51	163	,28	821	1,43	2.503	4,37
2009	835	1,28	3.580	5,49	3.131	4,80	172	,26	977	1,50	2.464	3,78

*endstellige Schlüsselnummer

Quelle: ZI-ADT-Panel

Arztgruppe = NERVENÄRZTE

Tab. 24: Patientenbezogene Häufigkeit ausgewählter Diagnosen in den Jahren des Untersuchungszeitraums Geschlecht männlich

		F32 Depressive Episode*		F32.- Depressive Episode*		F32.0 Leichte depressive Episode		F32.1 Mittelgradige depressive Episode		F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome		F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen		F32.8 Sonstige depressive Episoden		F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	
		Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr
Jahr	2000	49	,19	6	,02	376	1,43	565	2,16	277	1,06	21	,08	489	1,87	746	2,85
	2001	3	,01	17	,07	414	1,75	577	2,44	269	1,14	31	,13	290	1,23	815	3,45
	2002	.	.	25	,11	324	1,49	641	2,94	270	1,24	27	,12	219	1,00	759	3,48
	2003	.	.	21	,09	300	1,26	694	2,91	334	1,40	21	,09	193	,81	723	3,03
	2004	.	.	.	.	325	1,36	795	3,33	374	1,57	36	,15	185	,78	792	3,32
	2005	.	.	.	.	228	1,01	816	3,62	381	1,69	36	,16	198	,88	536	2,38
	2006	.	.	.	.	194	,99	749	3,80	382	1,94	24	,12	160	,81	456	2,32
	2007	.	.	.	.	192	,95	834	4,11	505	2,49	33	,16	159	,78	598	2,94
	2008	.	.	.	.	174	,90	817	4,21	531	2,74	38	,20	141	,73	574	2,96
	2009	.	.	.	.	248	1,14	987	4,54	682	3,13	39	,18	184	,85	602	2,77

*endstellige Schlüsselnummer

Quelle: ZI-ADT-Panel

Arztgruppe = NERVENÄRZTE

Tab. 25: Patientenbezogene Häufigkeit ausgewählter Diagnosen in den Jahren des Untersuchungszeitraums

Geschlecht weiblich

		F32 Depressive Episode*		F32.- Depressive Episode*		F32.0 Leichte depressive Episode		F32.1 Mittelgradige depressive Episode		F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome		F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen		F32.8 Sonstige depressive Episoden		F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	
		Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr	Patienten	in % der Patienten je Jahr
		Jahr	2000	94	,26	10	,03	478	1,30	1.134	3,09	532	1,45	50	,14	1.186	3,23	1.504	4,10
2001	14	,04	34	,10	550	1,67	1.145	3,47	520	1,57	58	,18	806	2,44	1.784	5,40	
2002	.	.	51	,17	461	1,54	1.197	3,99	496	1,66	67	,22	624	2,08	1.484	4,95	
2003	.	.	62	,19	486	1,46	1.292	3,89	616	1,86	68	,20	487	1,47	1.486	4,48	
2004	.	.	1	,00	537	1,61	1.475	4,42	639	1,91	84	,25	454	1,36	1.556	4,66	
2005	.	.	.	.	436	1,35	1.566	4,87	742	2,31	65	,20	456	1,42	1.133	3,52
2006	.	.	.	.	321	1,11	1.518	5,26	733	2,54	62	,21	358	1,24	951	3,29
2007	.	.	.	.	327	1,06	1.662	5,37	1.069	3,45	80	,26	390	1,26	1.198	3,87
2008	.	.	.	.	312	1,06	1.639	5,56	1.038	3,52	76	,26	336	1,14	1.081	3,67
2009	.	.	.	.	443	1,35	1.847	5,63	1.349	4,12	75	,23	425	1,30	1.108	3,38

*endstellige Schlüsselnummer

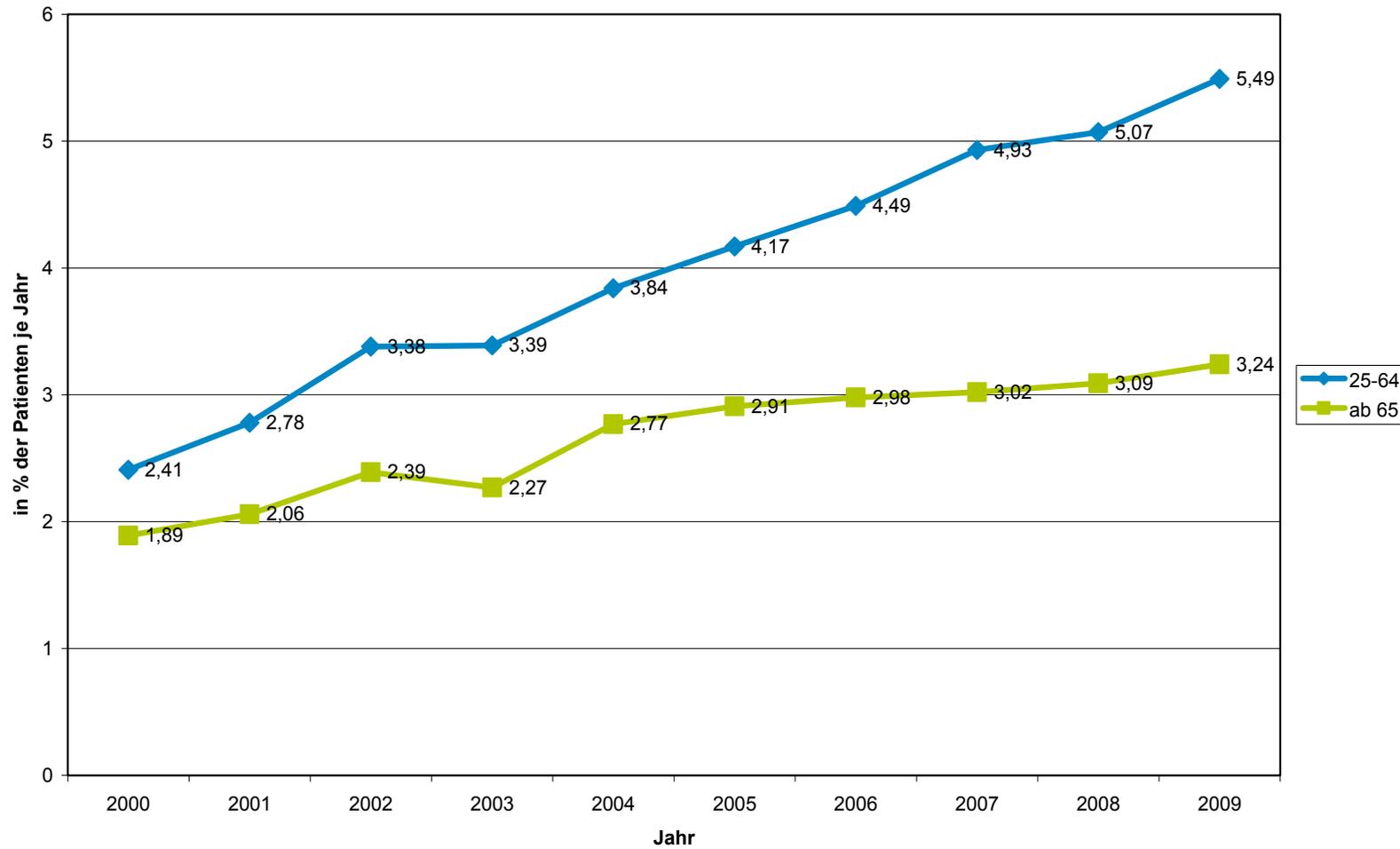
Quelle: ZI-ADT-Panel

Tab. 26: Verteilung ausgewählter Patienten mit F32.1 Mittelgradige depressive Episode nach Geschlecht und Altersgruppe
 Arztgruppe NERVENÄRZTE

		Geschlecht											
		männlich				weiblich				gesamt			
		ALTERSGRUPPE IN JAHREN			Gesamt	ALTERSGRUPPE IN JAHREN			Gesamt	ALTERSGRUPPE IN JAHREN			Gesamt
		bis 24	25-64	ab 65		bis 24	25-64	ab 65		bis 24	25-64	ab 65	
Patienten		Patienten	Patienten	Patienten		Patienten	Patienten		Patienten	Patienten	Patienten		
Summe		Summe	Summe	Summe		Summe	Summe		Summe	Summe	Summe		
Jahr	2000	13	404	148	565	23	696	415	1134	36	1100	563	1699
	2001	12	412	153	577	20	716	409	1145	32	1128	562	1722
	2002	19	453	169	641	23	731	443	1197	42	1184	612	1838
	2003	20	496	178	694	25	805	462	1292	45	1301	640	1986
	2004	21	546	228	795	36	909	530	1475	57	1455	758	2270
	2005	31	554	231	816	43	946	577	1566	74	1500	808	2382
	2006	22	515	212	749	41	920	557	1518	63	1435	769	2267
	2007	25	594	215	834	47	1008	607	1662	72	1602	822	2496
	2008	22	580	215	817	41	1051	547	1639	63	1631	762	2456
	2009	27	702	258	987	54	1182	611	1847	81	1884	869	2834

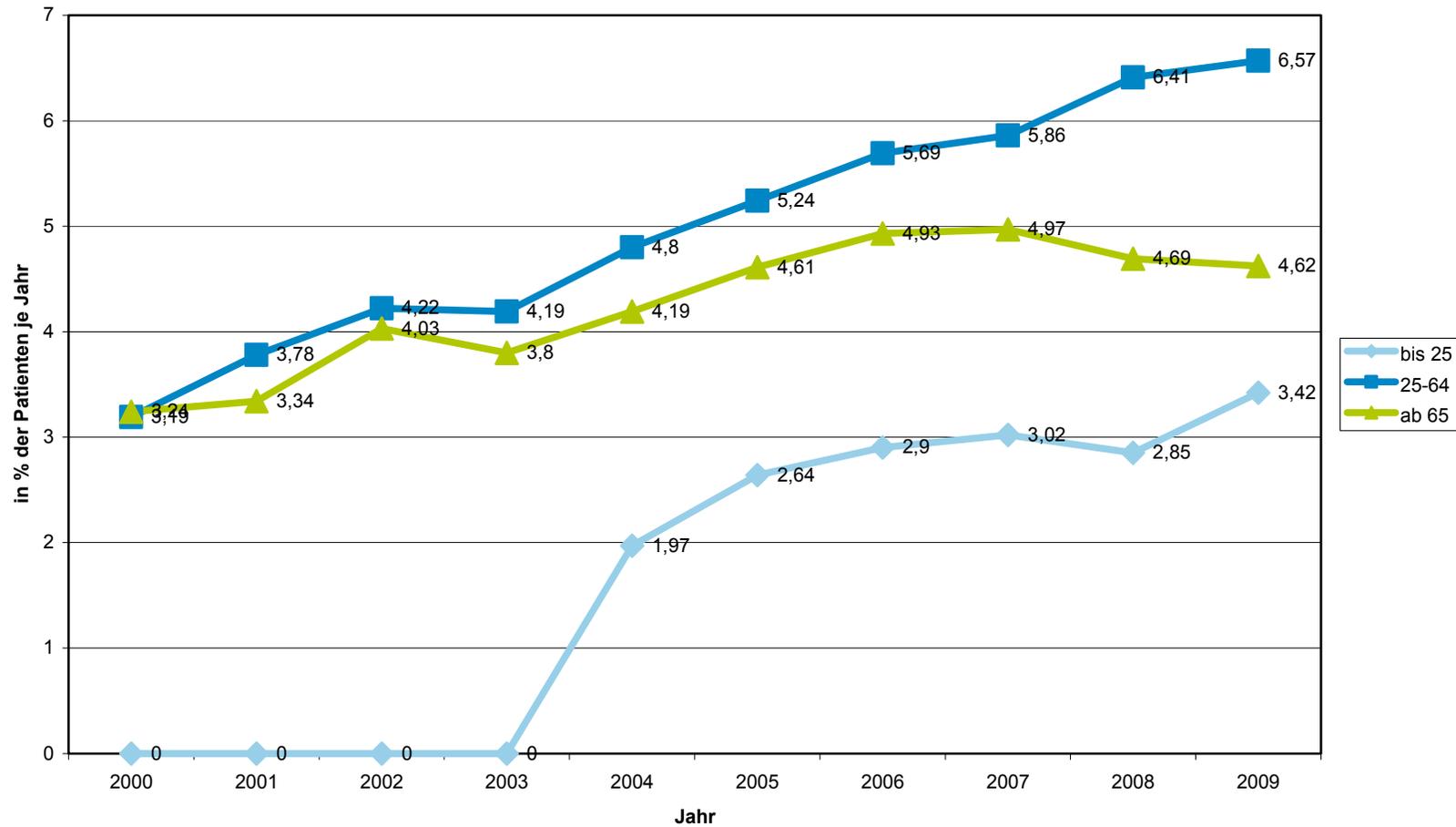
Quelle: ZI-ADT-Panel

Abb.7 : anteilige Häufigkeit F32.1 Mittelgradige depressive Episode bei ausgewählten männlichen Patienten nach Altersgruppe in Jahren
 Arztgruppe NERVENÄRZTE



Quelle: ZI-ADT-Panel

Abb.8 : Anteilige Häufigkeit F32.1 Mittelgradige depressive Episode bei ausgewählten weiblichen Patienten nach Altersgruppe in Jahren
 Arztgruppe NERVENÄRZTE



0 : zugrunde liegende absolute Häufigkeiten unter 30, weniger aussagekräftig
 Quelle: ZI-ADT-Panel

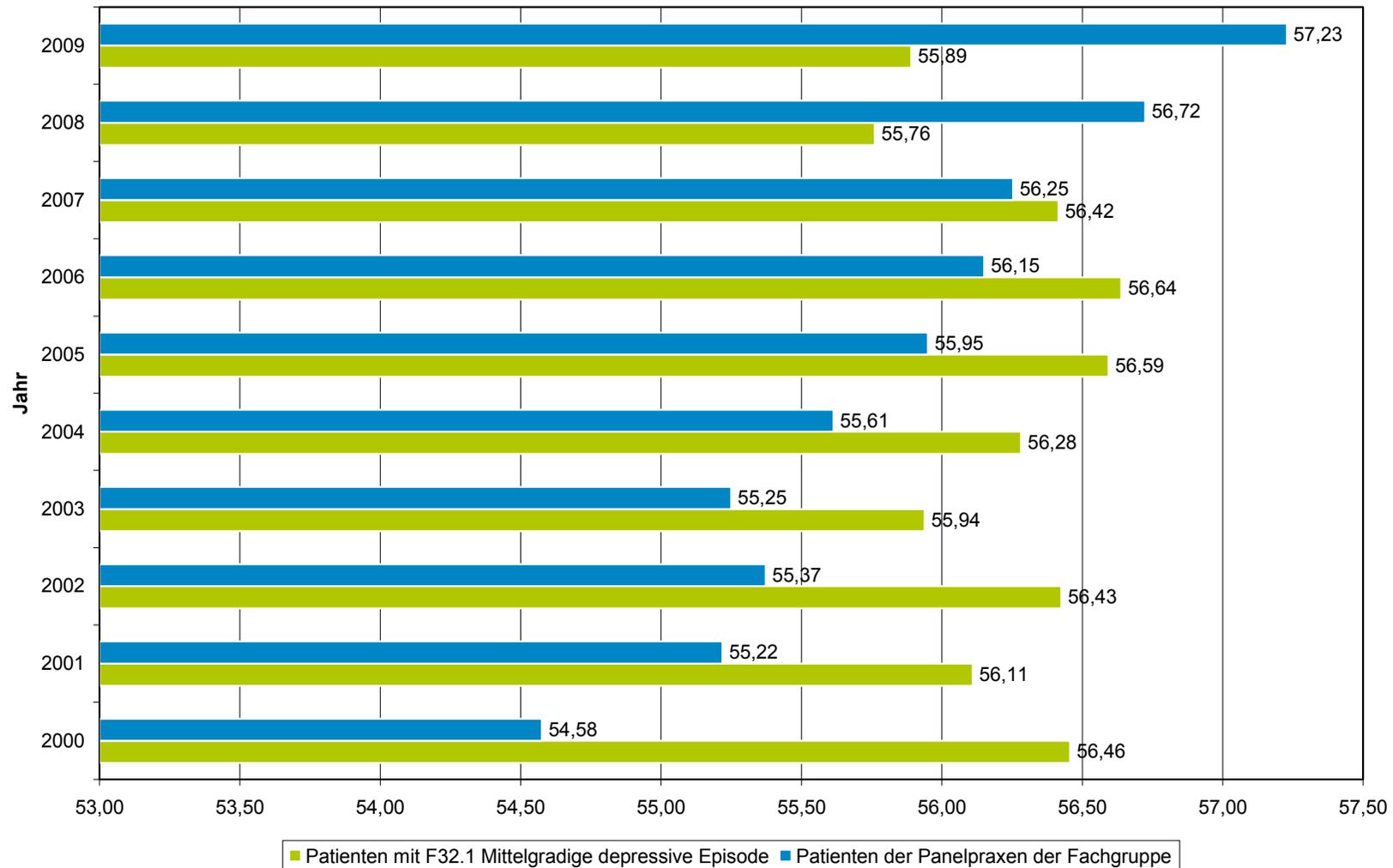
**Tab. 27: anteilige Häufigkeit F32.1 Mittelgradige depressive Episode bei ausgewählten Patienten nach Geschlecht und Altersgruppe
Arztgruppe NERVENÄRZTE**

		Geschlecht								
		männlich			weiblich			gesamt		
		ALTERSGRUPPE IN JAHREN			ALTERSGRUPPE IN JAHREN			ALTERSGRUPPE IN JAHREN		
		bis 24	25-64	ab 65	bis 24	25-64	ab 65	bis 24	25-64	ab 65
		in % der Patienten je Jahr								
Jahr	2000	.	2,41	1,89	.	3,19	3,24	,98	2,85	2,73
	2001	.	2,78	2,06	.	3,78	3,34	,98	3,34	2,86
	2002	.	3,38	2,39	.	4,22	4,03	1,41	3,86	3,39
	2003	.	3,39	2,27	.	4,19	3,80	1,39	3,84	3,20
	2004	.	3,84	2,77	1,97	4,80	4,19	1,77	4,39	3,63
	2005	2,35	4,17	2,91	2,64	5,24	4,61	2,51	4,79	3,95
	2006	.	4,49	2,98	2,90	5,69	4,93	2,49	5,19	4,18
	2007	.	4,93	3,02	3,02	5,86	4,97	2,68	5,48	4,25
	2008	.	5,07	3,09	2,85	6,41	4,69	2,60	5,86	4,09
	2009	.	5,49	3,24	3,42	6,57	4,62	3,12	6,12	4,10

. : zugrunde liegende absolute Häufigkeiten unter 30, weniger aussagekräftig

Quelle: ZI-ADT-Panel

**Abb.9 : durchschnittliches Alter in Jahren von Patienten mit F32. 1 Mittelgradige depressive Episode im Vergleich zum mittleren Alter von Patienten der Fachgruppe
Arztgruppe NERVENÄRZTE**



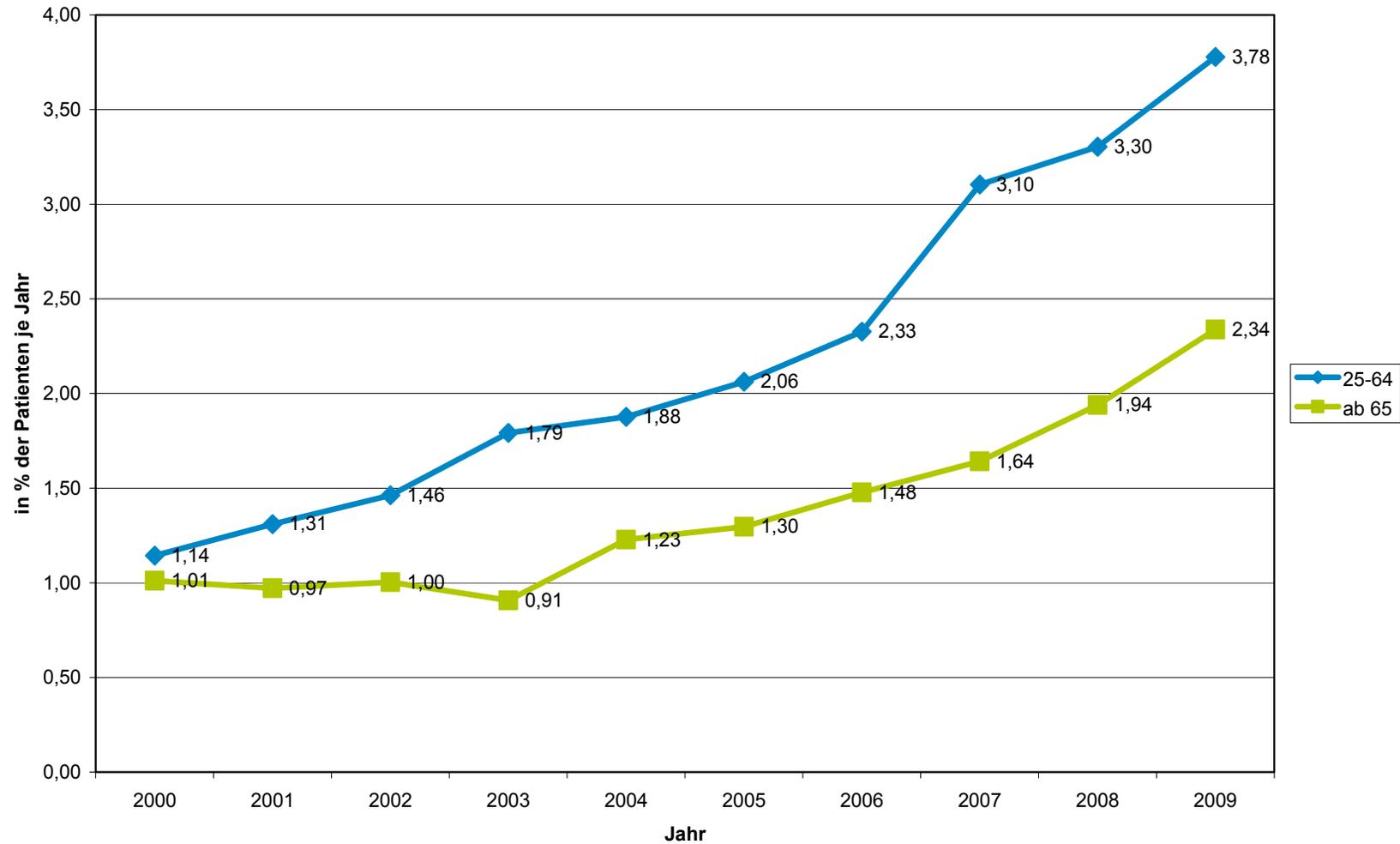
Quelle: ZI-ADT-Panel

Tab. 28: Verteilung ausgewählter Patienten mit F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome nach Geschlecht und Altersgruppe
 Arztgruppe NERVENÄRZTE

		Geschlecht											
		männlich				weiblich				gesamt			
		ALTERSGRUPPE IN JAHREN			Gesamt	ALTERSGRUPPE IN JAHREN			Gesamt	ALTERSGRUPPE IN JAHREN			Gesamt
		bis 24	25-64	ab 65		bis 24	25-64	ab 65		bis 24	25-64	ab 65	
Patienten		Patienten	Patienten	Patienten		Patienten	Patienten		Patienten	Patienten			
Summe		Summe	Summe	Summe		Summe	Summe		Summe	Summe			
Jahr	2000	6	192	79	277	8	312	212	532	14	504	291	809
	2001	3	194	72	269	6	294	220	520	9	488	292	789
	2002	3	196	71	270	7	278	211	496	10	474	282	766
	2003	1	262	71	334	10	371	235	616	11	633	306	950
	2004	6	267	101	374	10	377	252	639	16	644	353	1013
	2005	4	274	103	381	10	440	292	742	14	714	395	1123
	2006	10	267	105	382	17	428	288	733	27	695	393	1115
	2007	14	374	117	505	25	669	375	1069	39	1043	492	1574
	2008	18	378	135	531	28	657	353	1038	46	1035	488	1569
	2009	13	483	186	682	37	849	463	1349	50	1332	649	2031

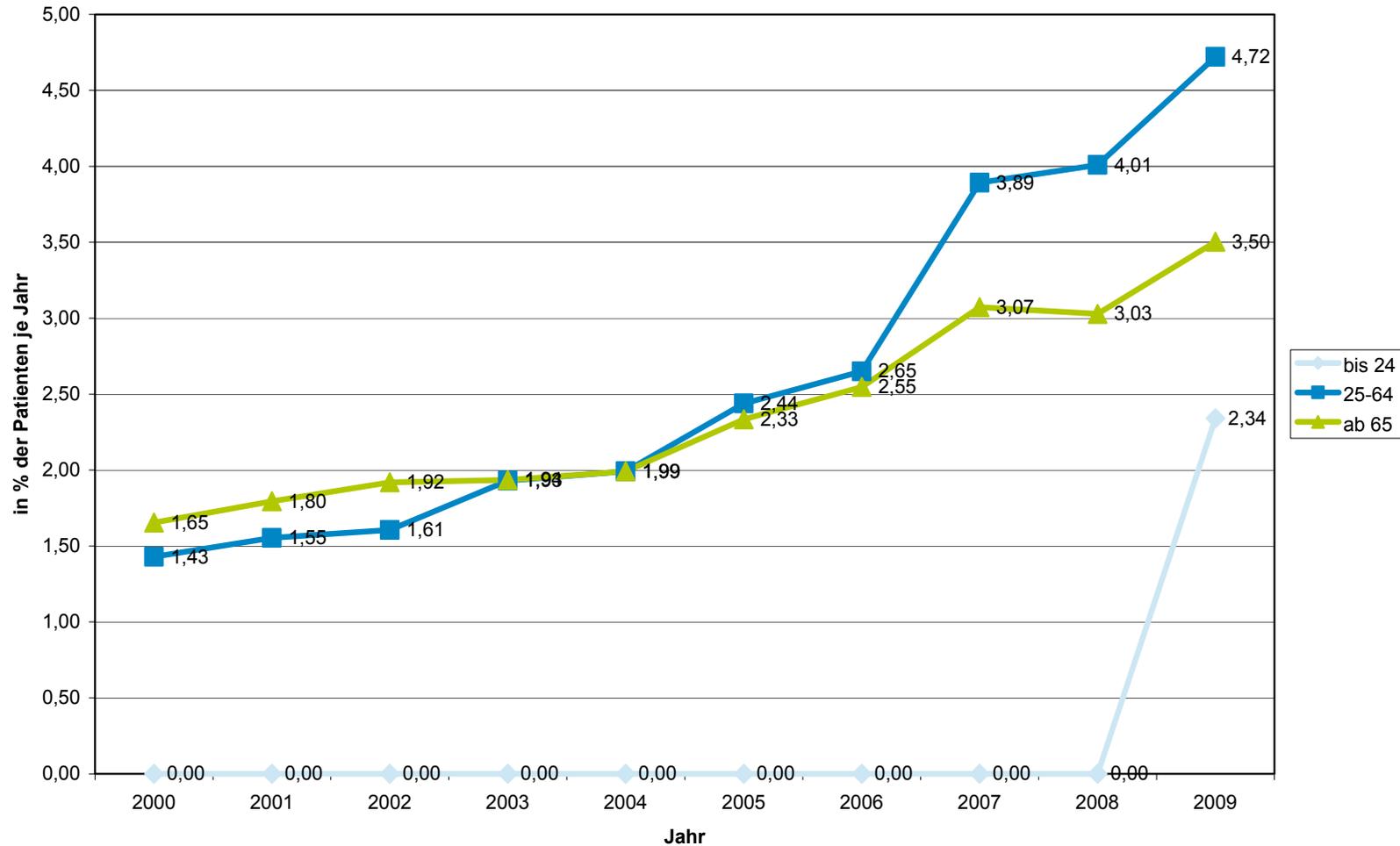
Quelle: ZI-ADT-Panel

Abb.10 : Anteilige Häufigkeit F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome bei ausgewählten männlichen Patienten nach Altersgruppe in Jahren
 Arztgruppe NERVENÄRZTE



Quelle: ZI-ADT-Panel

Abb.11 :anteilige Häufigkeit F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome bei ausgewählten weiblichen Patienten nach Altersgruppe in Jahren
 Arztgruppe NERVENÄRZTE



0 : zugrunde liegende absolute Häufigkeiten unter 30, weniger aussagekräftig

Quelle: ZI-ADT-Panel

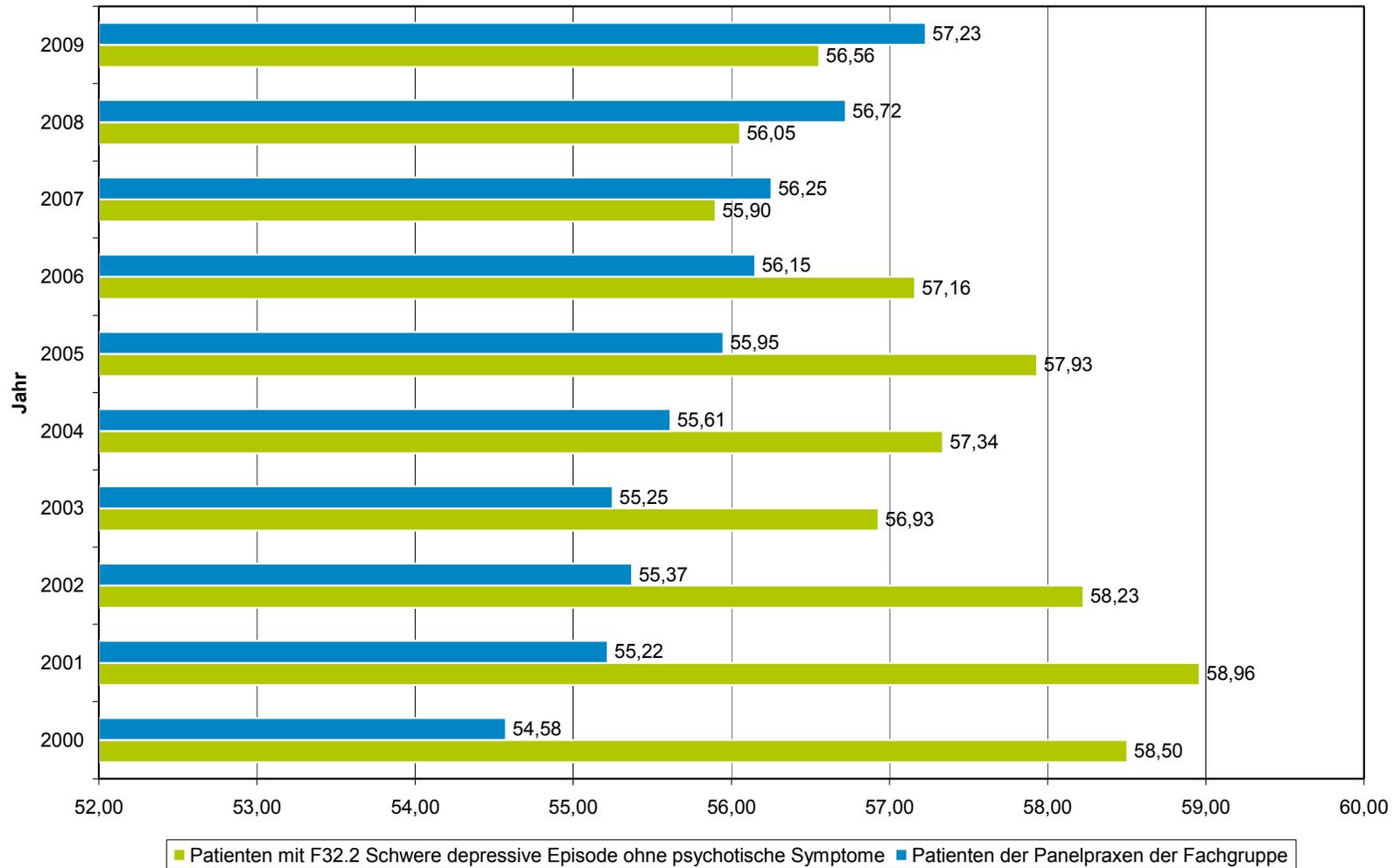
Tab. 29: anteilige Häufigkeit F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome bei ausgewählten Patienten nach Geschlecht und Altersgruppe
 Arztgruppe NERVENÄRZTE

		Geschlecht								
		männlich			weiblich			gesamt		
		ALTERSGRUPPE IN JAHREN			ALTERSGRUPPE IN JAHREN			ALTERSGRUPPE IN JAHREN		
		bis 24	25-64	ab 65	bis 24	25-64	ab 65	bis 24	25-64	ab 65
		in % der Patienten je Jahr								
Jahr	2000	.	1,14	1,01	.	1,43	1,65	.	1,30	1,41
	2001	.	1,31	,97	.	1,55	1,80	.	1,45	1,48
	2002	.	1,46	1,00	.	1,61	1,92	.	1,54	1,56
	2003	.	1,79	,91	.	1,93	1,94	.	1,87	1,53
	2004	.	1,88	1,23	.	1,99	1,99	.	1,94	1,69
	2005	.	2,06	1,30	.	2,44	2,33	.	2,28	1,93
	2006	.	2,33	1,48	.	2,65	2,55	.	2,52	2,13
	2007	.	3,10	1,64	.	3,89	3,07	1,45	3,57	2,54
	2008	.	3,30	1,94	.	4,01	3,03	1,90	3,72	2,62
	2009	.	3,78	2,34	2,34	4,72	3,50	1,92	4,33	3,07

. : zugrunde liegende absolute Häufigkeiten unter 30, weniger aussagekräftig

Quelle: ZI-ADT-Panel

Abb.12 :durchschnittliches Alter in Jahren von Patienten mit F32. 2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome im Vergleich zum mittleren Alter von Patienten der Fachgruppe Arztgruppe NERVENÄRZTE



Quelle: ZI-ADT-Panel

**Tab. 30: Verteilung ausgewählter Patienten mit F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet nach Geschlecht und Altersgruppe
Arztgruppe NERVENÄRZTE**

Jahr	Geschlecht													
	männlich				weiblich				gesamt					
	ALTERSGRUPPE IN JAHREN			Gesamt	ALTERSGRUPPE IN JAHREN			fehlende Altersangabe	Gesamt	ALTERSGRUPPE IN JAHREN			fehlende Altersangabe	Gesamt
	bis 24	25-64	ab 65	Summe	bis 24	25-64	ab 65		Summe	bis 24	25-64	ab 65		Summe
	Patienten	Patienten	Patienten	Patienten	Patienten	Patienten	Patienten	Patienten	Patienten	Patienten	Patienten	Patienten	Patienten	Patienten
Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	Summe	
2000	11	523	212	746	31	865	608	.	1504	42	1388	820	.	2250
2001	12	557	246	815	29	1024	731	.	1784	41	1581	977	.	2599
2002	13	488	258	759	26	835	623	.	1484	39	1323	881	.	2243
2003	11	495	217	723	27	864	595	.	1486	38	1359	812	.	2209
2004	18	538	236	792	45	902	609	.	1556	63	1440	845	.	2348
2005	13	371	152	536	27	640	466	.	1133	40	1011	618	.	1669
2006	11	295	150	456	13	523	415	.	951	24	818	565	.	1407
2007	18	364	216	598	26	627	545	.	1198	44	991	761	.	1796
2008	12	369	193	574	19	566	496	.	1081	31	935	689	.	1655
2009	25	362	215	602	23	588	497	.	1108	48	950	712	.	1710

Quelle: ZI-ADT-Panel

**Tab. 31: anteilige Häufigkeit F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet bei ausgewählten Patienten nach Geschlecht und Altersgruppe
Arztgruppe NERVENÄRZTE**

		Geschlecht								
		männlich			weiblich			gesamt		
		ALTERSGRUPPE IN JAHREN			ALTERSGRUPPE IN JAHREN			ALTERSGRUPPE IN JAHREN		
		bis 24	25-64	ab 65	bis 24	25-64	ab 65	bis 24	25-64	ab 65
		in % der Patienten je Jahr								
Jahr	2000	.	3,11	2,71	1,50	3,96	4,74	1,15	3,59	3,97
	2001	.	3,76	3,32	.	5,41	5,96	1,26	4,69	4,97
	2002	.	3,64	3,64	.	4,82	5,67	1,31	4,31	4,87
	2003	.	3,38	2,77	.	4,50	4,90	1,18	4,02	4,07
	2004	.	3,78	2,87	2,47	4,76	4,81	1,95	4,34	4,05
	2005	.	2,79	1,91	.	3,55	3,72	1,36	3,23	3,02
	2006	.	2,57	2,11	.	3,24	3,67	.	2,96	3,07
	2007	.	3,02	3,03	.	3,65	4,47	1,64	3,39	3,94
	2008	.	3,23	2,77	.	3,45	4,25	1,28	3,36	3,70
	2009	.	2,83	2,70	.	3,27	3,76	1,85	3,09	3,36

. : zugrunde liegende absolute Häufigkeiten unter 30, weniger aussagekräftig
Quelle: ZI-ADT-Panel

Diskussion und Schlussfolgerung

Da die ausgewählten Diagnosen bei weiblichen Patienten deutlich häufiger als bei männlichen eingetragen werden, könnte der steigende Trend anteiliger Diagnosenhäufigkeit mittelgradiger oder schwerer depressiver Episoden ohne psychotische Symptome bei Nervenarztpatienten möglicherweise beeinflusst sein durch eine geänderte Verteilung der Patienten nach Geschlecht im Lauf des Untersuchungszeitraums. Da diese Verteilung im Lauf des Untersuchungszeitraums im wesentlichen unverändert ist und der Trend des generellen Anstiegs der Diagnosenhäufigkeit im Zeitverlauf sowohl bei männlichen wie weiblichen Nervenarztpatienten sichtbar ist, scheidet dies jedoch als möglicher Auslöser steigender anteiliger Diagnosenhäufigkeit aus.

Der in den drei ausgewählten Fachgruppen ausgeprägte Trend ansteigenden mittleren Alters der Gesamtpatientenklientel findet sich bei der Teilgruppe von Nervenarztpatienten mit mittelgradigen oder schweren depressiven Episoden ohne psychotische Symptome sowie bei Allgemeinarztpatienten mit nicht näher bezeichneten depressiven Episoden nicht wieder. Vielmehr ist deren Durchschnittsalter im Untersuchungszeitraum annähernd konstant oder wie bei Nervenarztpatienten mit mittelgradigen oder schweren depressiven Episoden ohne psychotische Symptome im Trend rückläufig.

Inwieweit die festgestellten rückläufigen Tendenzen der Häufigkeit von Nervenarztpatienten mit den Diagnosen F32.0 Leichte depressive Episode, F32.8 Sonstige depressive Episode sowie F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet und der festgestellte zunehmende Trend der Häufigkeit von Nervenarztpatienten mit den Diagnosen F 32.1 Mittelgradige depressive Episode, F32.2. bzw. F32.3 Schwere depressive Episode ohne (bzw. mit) psychotische(n) Symptome(n) in Zusammenhang mit einem möglicherweise geänderten Kodierverhalten der Nervenärzte stehen könnte, wäre Gegenstand einer weiterführenden Untersuchung.²

² Beispielsweise: Analyse der Gesamtzahl der Patienten mit F32 auf dreistelliger Ebene im Zeitverlauf.

d. Auswertung der Daten der KBV

1 Räumliche Verteilung von Psychotherapeuten

Im Folgenden finden Sie die gewünschte Darstellung der räumlichen Verteilung der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, die für die jeweiligen Psychotherapie-Richtlinienverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie) zugelassen sind.

1.1 Datenquellen und Methodik

Die Darstellung basiert auf den Daten des Bundesarztregisters aus dem Jahr 2008. Es werden Köpfe erfasst, nicht Vollzeitäquivalente.

Psychologische Psychotherapeuten sind hier sowohl psychologische Psychotherapeuten als auch Kinder- und Jugendpsychotherapeuten.

Ärztliche Psychotherapeuten sind alle Ärzte mit entsprechender Psychotherapie-Richtlinienzulassung.

Hinweis: In einigen Landesarztregistern wird die Zulassung zum jeweiligen Psychotherapie-Richtlinienverfahren gekoppelt erfasst (z.B. Verhaltenstherapie und analytische Psychotherapie). In diesen Fällen ist eine nachträgliche Zuordnung des Arztes zum einen oder anderen Richtlinienverfahren nicht möglich. Psychotherapeuten, deren Zulassung gemäß Psychotherapierichtlinie gekoppelt erfasst wurde, wurden deshalb sowohl der einen, wie auch der anderen Gruppe zugeschlagen.

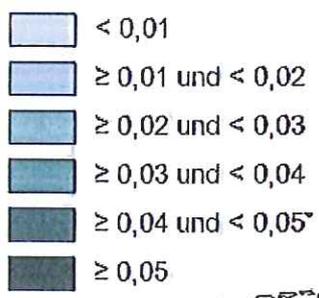
1.2 Ergebnisse

Insgesamt wird deutlich, dass die Gesamtzahl und damit auch die Verteilungsdichte der ärztlichen Psychotherapeuten deutlich niedriger ist, als die der psychologischen Psychotherapeuten. Die Zahl der ärztlichen Psychotherapeuten im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ist höher als in den anderen beiden Bereichen.

Gleichzeitig zeigt sich deutschlandweit eine Ungleichverteilung sowohl der ärztlichen als auch der psychologischen Psychotherapeuten. Während in bestimmten Landkreisen nur wenige Psychotherapeuten zur Verfügung stehen, ist deren Dichte in anderen Landkreisen deutlich höher.

Insgesamt kann mit Blick auf die Verteilung das Phänomen der Tendenz zur studienortsnahen Niederlassung festgestellt werden. Auch die Schwerpunkte unterschiedlicher Ausbildungsstätten für psychologische Psychotherapeuten schlagen sich in der Verteilung der Zulassung zum entsprechenden Psychotherapie-Richtlinienverfahren nieder.

Anzahl der Ärzte pro 1.000 Einwohner



< 0,01

≥ 0,01 und < 0,02

≥ 0,02 und < 0,03

≥ 0,03 und < 0,04

≥ 0,04 und < 0,05

≥ 0,05

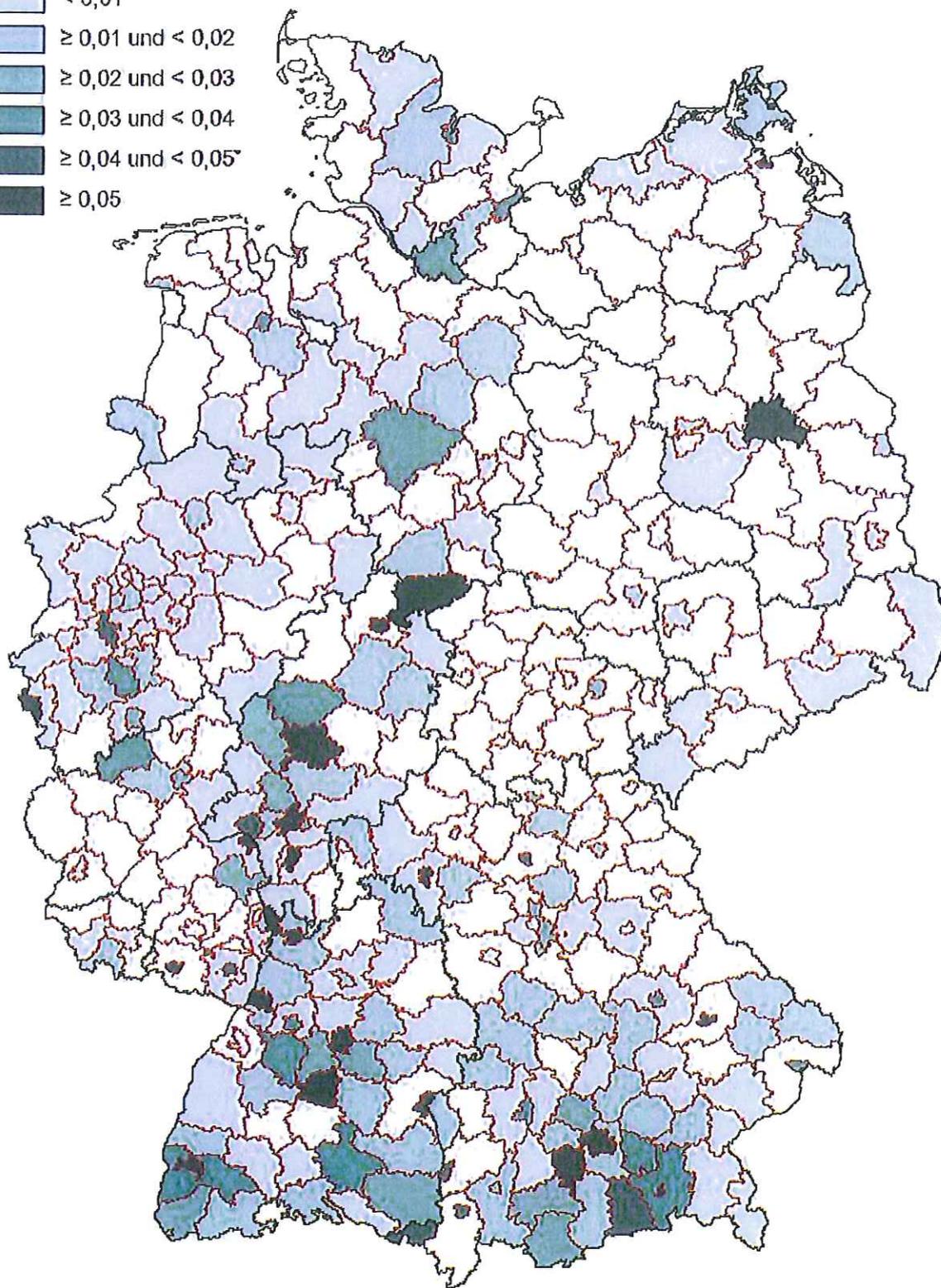


Abbildung 1: Analytische Psychotherapie (ärztliche Psychotherapeuten)

Anzahl der Ärzte pro 1.000 Einwohner

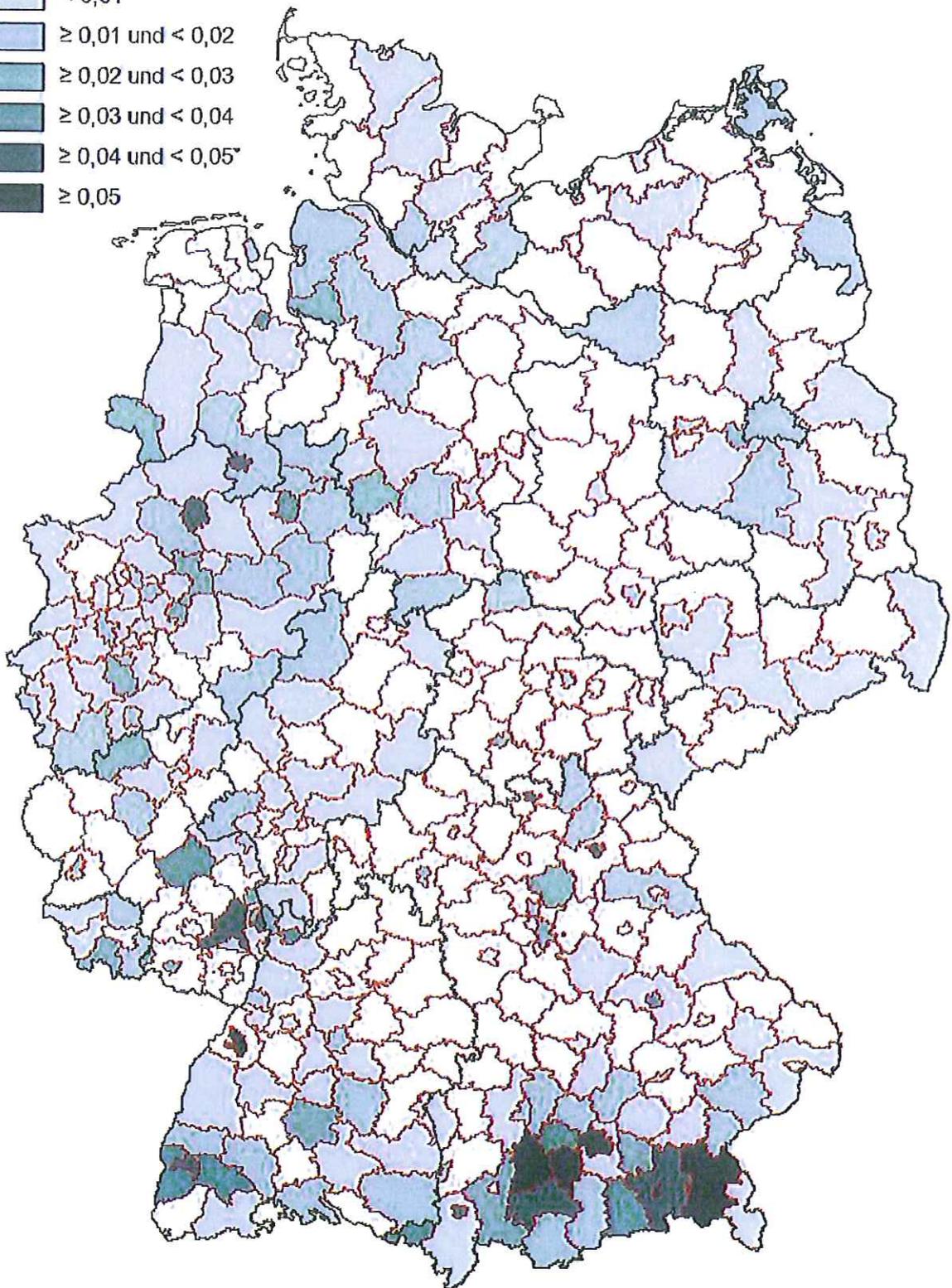
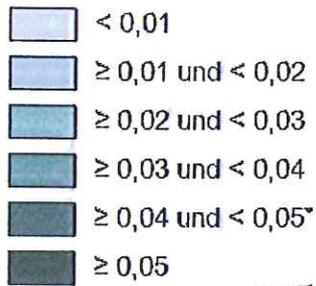


Abbildung 2: Verhaltenstherapie (ärztliche Psychotherapeuten)

Anzahl der Ärzte pro 1.000 Einwohner

 < 0,01

 $\geq 0,01$ und < 0,02

 $\geq 0,02$ und < 0,03

 $\geq 0,03$ und < 0,04

 $\geq 0,04$ und < 0,05

 $\geq 0,05$

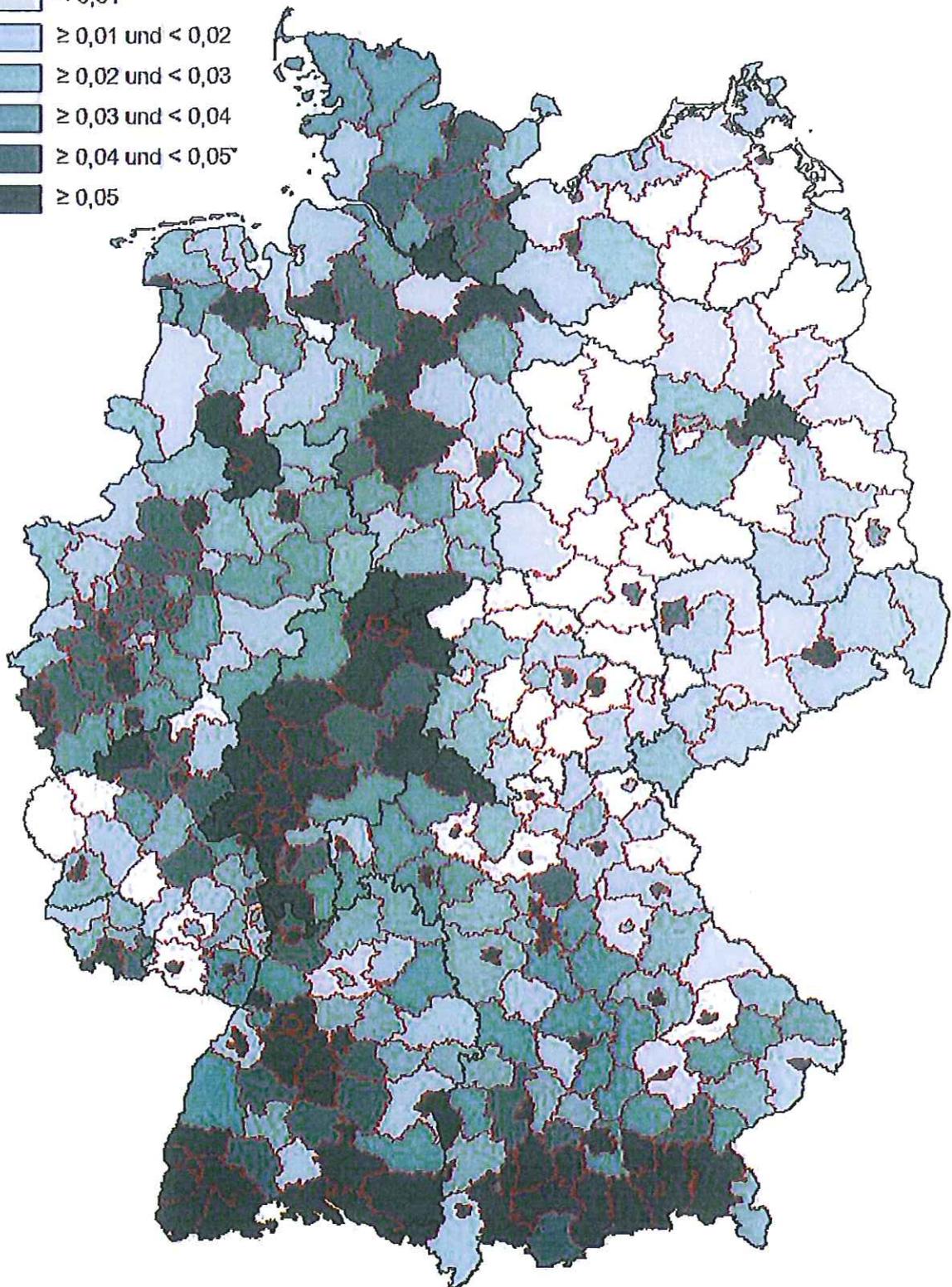


Abbildung 3: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (ärztliche Psychotherapeuten)

Anzahl der Psychologen pro 1.000 Einwohner

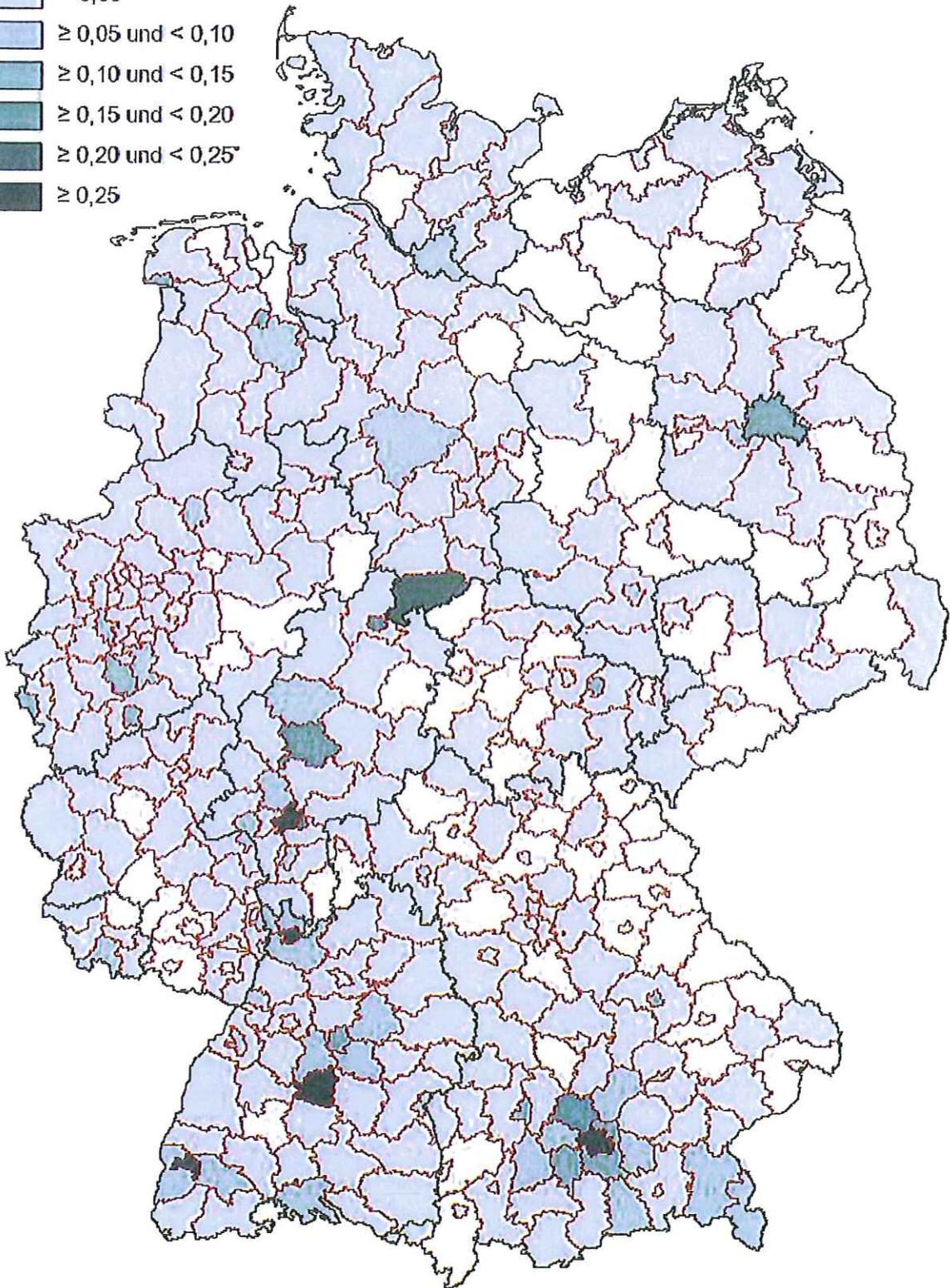
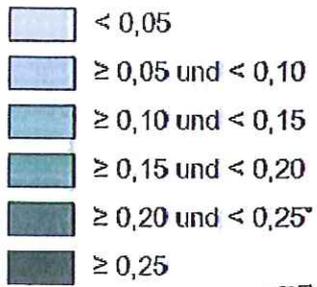


Abbildung 4: Analytische Psychotherapie (Psychologische Psychotherapeuten)

Anzahl der Psychologen pro 1.000 Einwohner

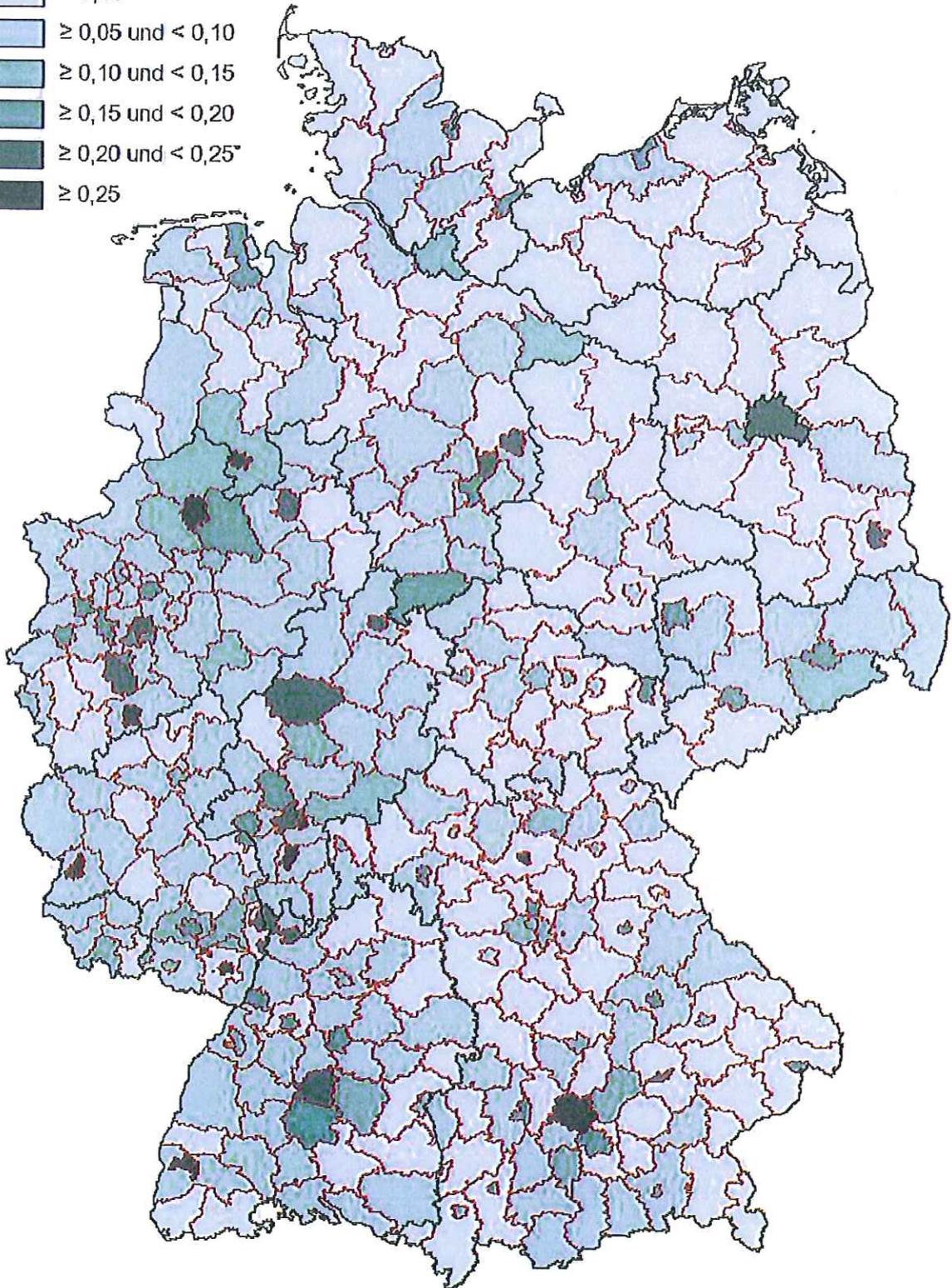
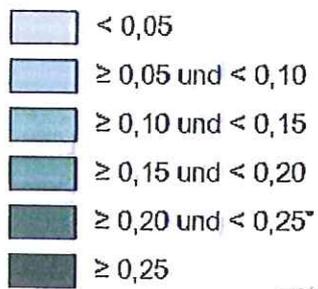


Abbildung 5: Verhaltenstherapie (Psychologische Psychotherapeuten)

Anzahl der Psychologen pro 1.000 Einwohner

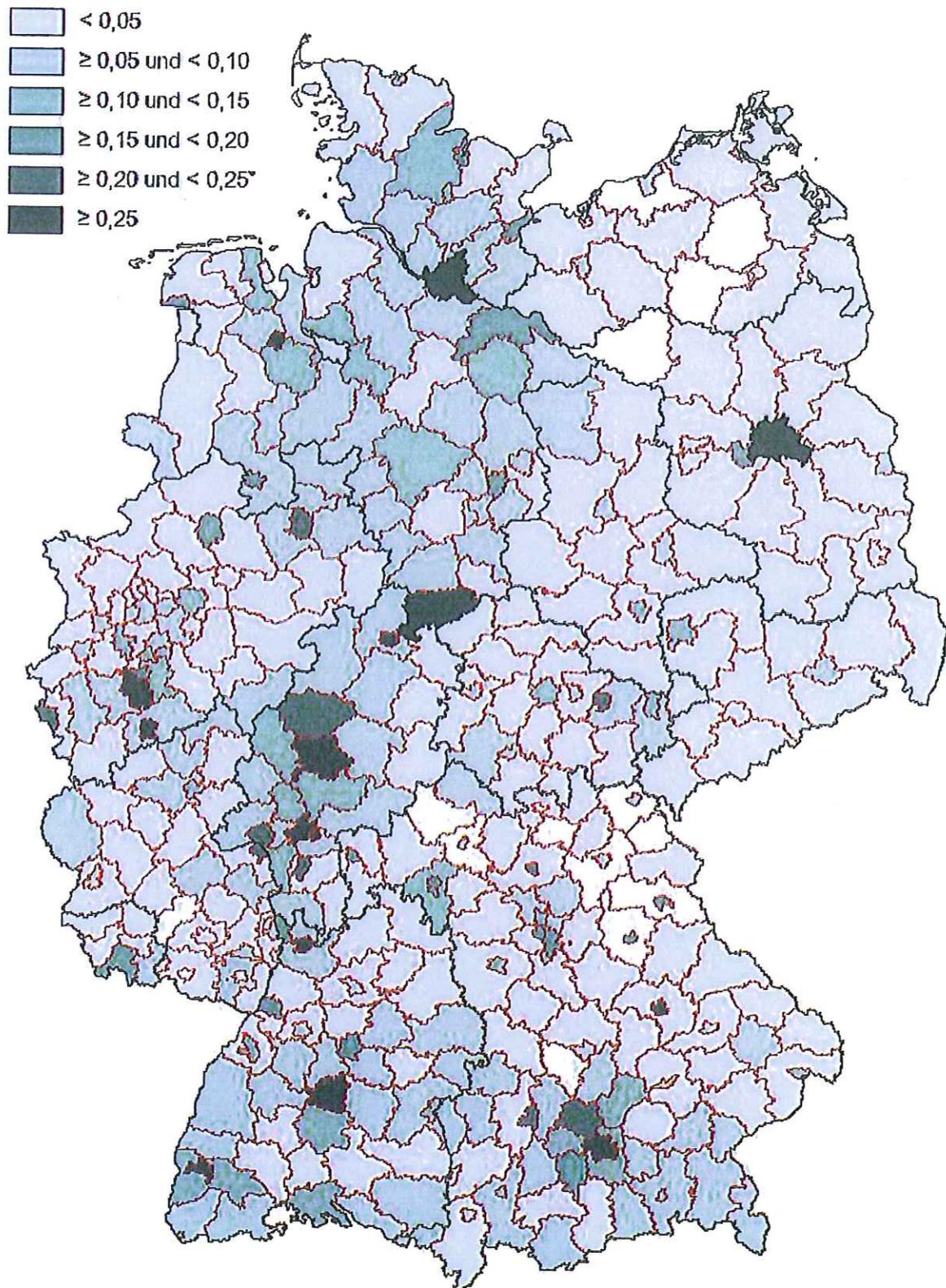


Abbildung 6: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Psychologische Psychotherapeuten)

2 Die Verteilung der durchgeführten psychotherapeutischen Behandlungen bei der Diagnose Depression differenziert nach Schwergrad der Diagnose

In diesem Abschnitt wird die Verteilung der durchgeführten Psychotherapieverfahren bei der Diagnose Depression näher analysiert.

2.1 Datenquelle und Methode

Für die Betrachtung der durchgeführten Psychotherapieverfahren bei der Diagnose Depression wurden Abrechnungsdaten (vdx) aus dem 1. – 4. Quartal 2009 verwendet. Es werden Fälle pro Quartal betrachtet, die im Ergebnis aufsummiert werden (z.B. Eine Behandlung, die über zwei Quartale geht, wird somit doppelt gewertet).

Die Diagnose Depression wurde entsprechend der ICD 10 Codierung differenziert, wobei folgende Codes berücksichtigt wurden.

- Depression (leicht) → F32.0 und F33.0
- Depression (mittel) → F31.3, F32.1 und F33.1
- Depression (schwer) → F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.2 und F33.3

Die Basis für das angewandte Behandlungsverfahren bilden die Gebührenordnungspositionen. Folgende GOPs wurden dabei berücksichtigt:

- Analytische Psychotherapie = 35210 und 35211
- Verhaltenstherapie (kurz) = 35220, 35222 und 35224
(lang) = 35221, 35223 und 35225
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
(kurz) = 35200 und 35202
(lang) = 35201 und 35203

2.2 Ergebnisse

In der Untersuchung zur Verteilung der unterschiedlichen psychotherapeutischen Behandlungen zeigt sich ebenso wie bei der Verteilung der Therapeuten selbst (vgl. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) eine Ungleichverteilung; wobei ebenfalls eine geringere Zahl an Fällen im ländlichen Raum hervortritt.

Gleichzeitig fällt im Vergleich zur Verteilung der Leistungserbringer (vgl. 1) auf, dass die Behandlung von Depressionen mit bestimmten Psychotherapie-Richtlinienverfahren (z.B. Verhaltenstherapie) dort gehäuft erfolgt, wo auch Psychotherapeuten mit einer entsprechenden Zulassung nach der Psychotherapie-Richtlinie niedergelassen sind. Behandlungen können nur dort erbracht werden, wo Leistungserbringer niedergelassen sind.

Insgesamt wird deutlich, dass im Bereich der analytischen Psychotherapie weniger Fälle behandelt werden als in den anderen beiden Bereichen.

Vorstand

Mit Blick auf den Schweregrad der diagnostizierten Depression zeigt sich, dass alle psychotherapeutischen Behandlungsverfahren bei den mittleren Depressionen die höchsten Fallzahlen aufweisen und somit hier der Schwerpunkt der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Depressiven liegt

Unterschiede hinsichtlich der Wahl des Behandlungsverfahrens und dem diagnostizierten Schweregrad der Depression lassen sich demgegenüber nicht darstellen.

Zur Übersicht wird die Zahl der Fälle im Folgenden erst tabellarisch und anschließend kartografisch dargestellt. (Hinweis: Es handelt sich um aufsummierte Quartalsfälle.)

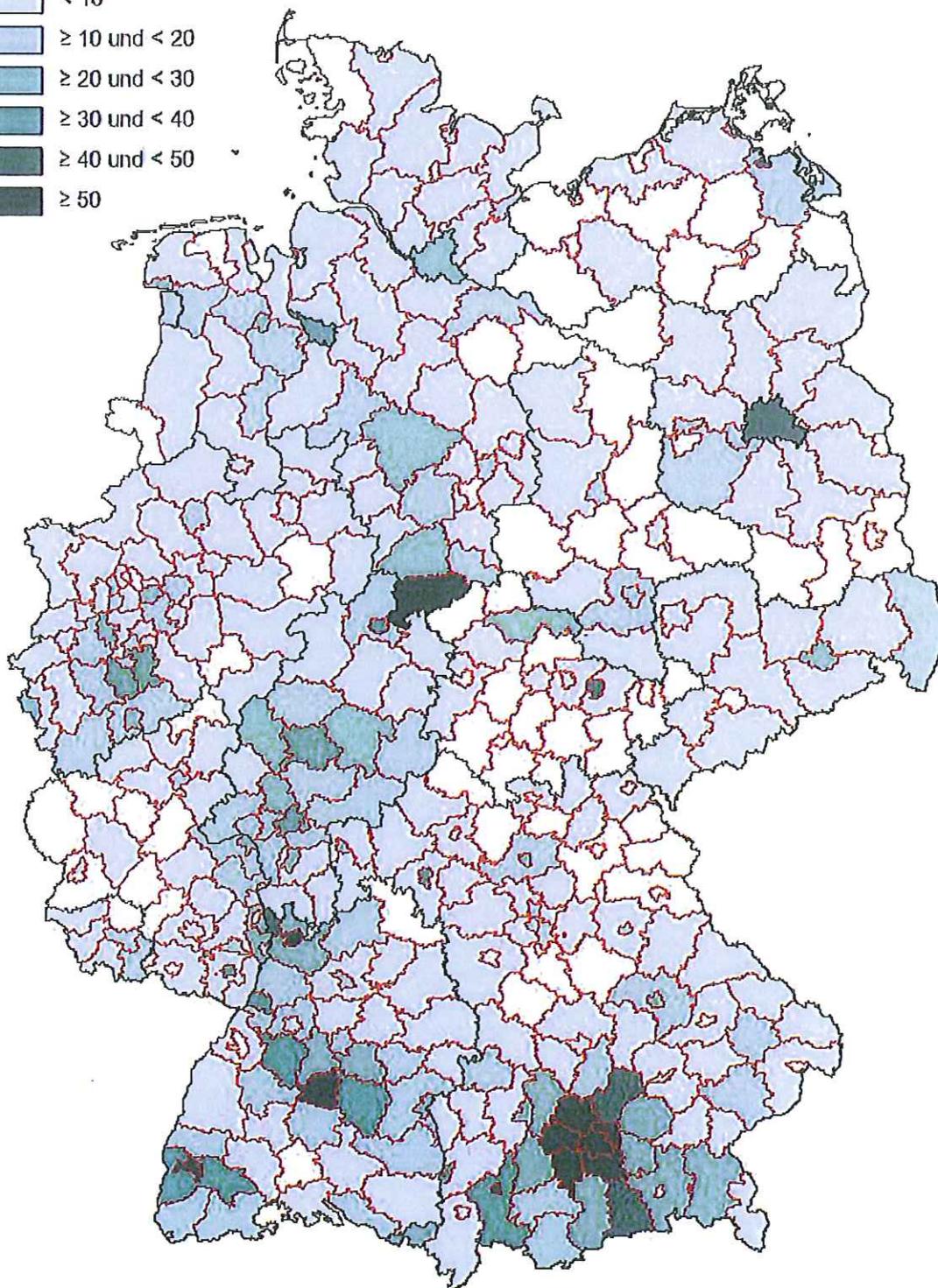
Depression	Analytisch	Verhaltenstherapeutisch		Tiefenpsychologisch		SUMME
		kurz	lang	kurz	lang	
leicht	11.992	75.744	40.233	54.502	36.083	218.554
mittel	42.126	201.778	137.015	206.289	157.624	744.832
schwer	7.096	28.617	18.631	38.937	22.435	115.716
SUMME	61.214	306.139	195.879	299.728	216.142	1.079.102

Tabelle 1: Fälle von Depressionen differenziert nach Schweregrad und Behandlungsmethode.

Ergänzend zu den kartografischen Darstellungen wurden im Anschluss Regressionsanalysen hinsichtlich der räumlichen Verteilung der Leistungserbringer und der angewandten Behandlungsverfahren bei den jeweiligen Depressionsdiagnosen durchgeführt und in Tabelle 2 aufbereitet.

Anzahl der Fälle pro 100.000 Einwohner

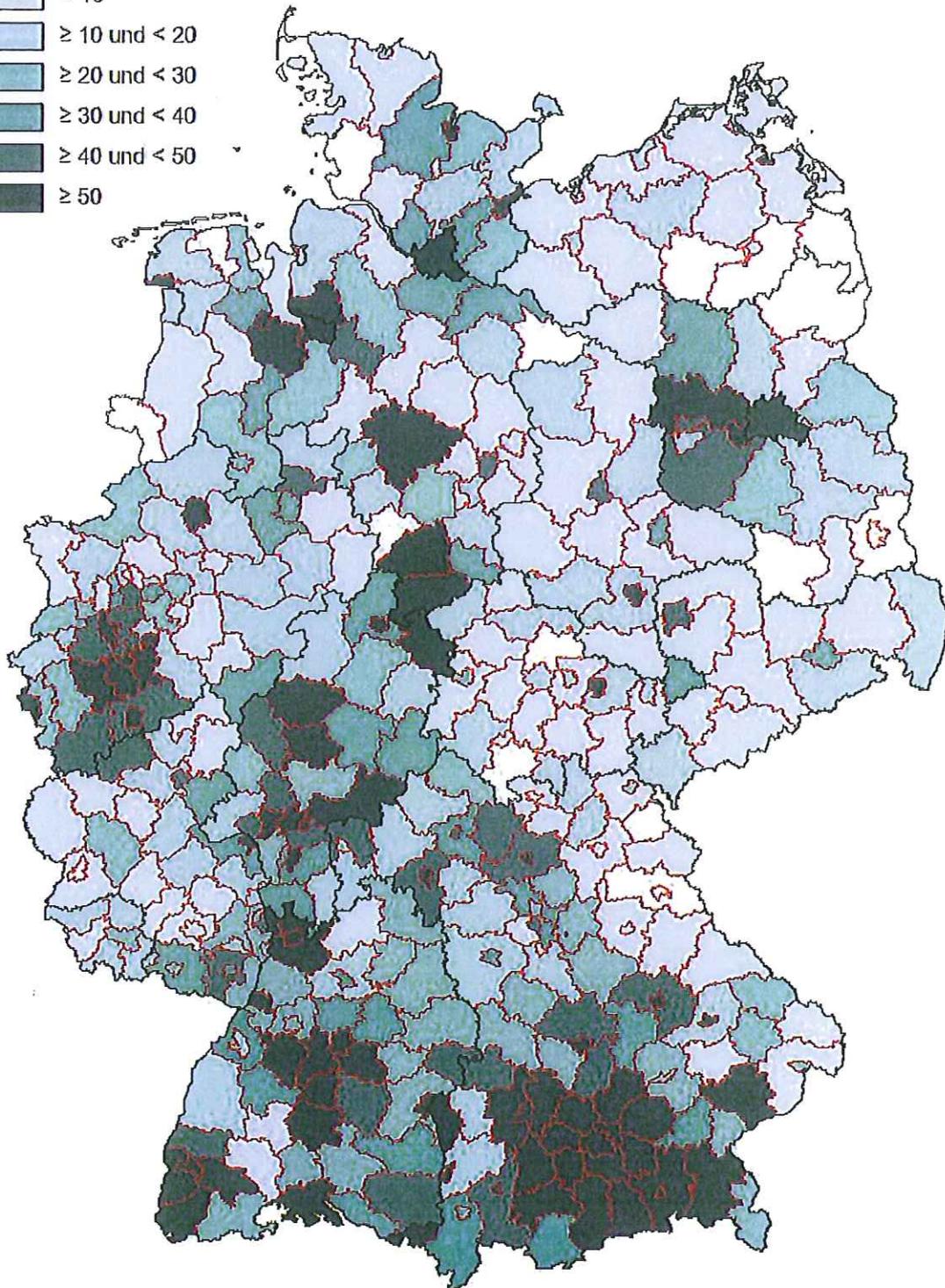
- < 10
- ≥ 10 und < 20
- ≥ 20 und < 30
- ≥ 30 und < 40
- ≥ 40 und < 50
- ≥ 50



Analytische Psychotherapie

Abbildung 7: ICD 10 Diagnose leichte Depression behandelt mit Analytischer Psychotherapie

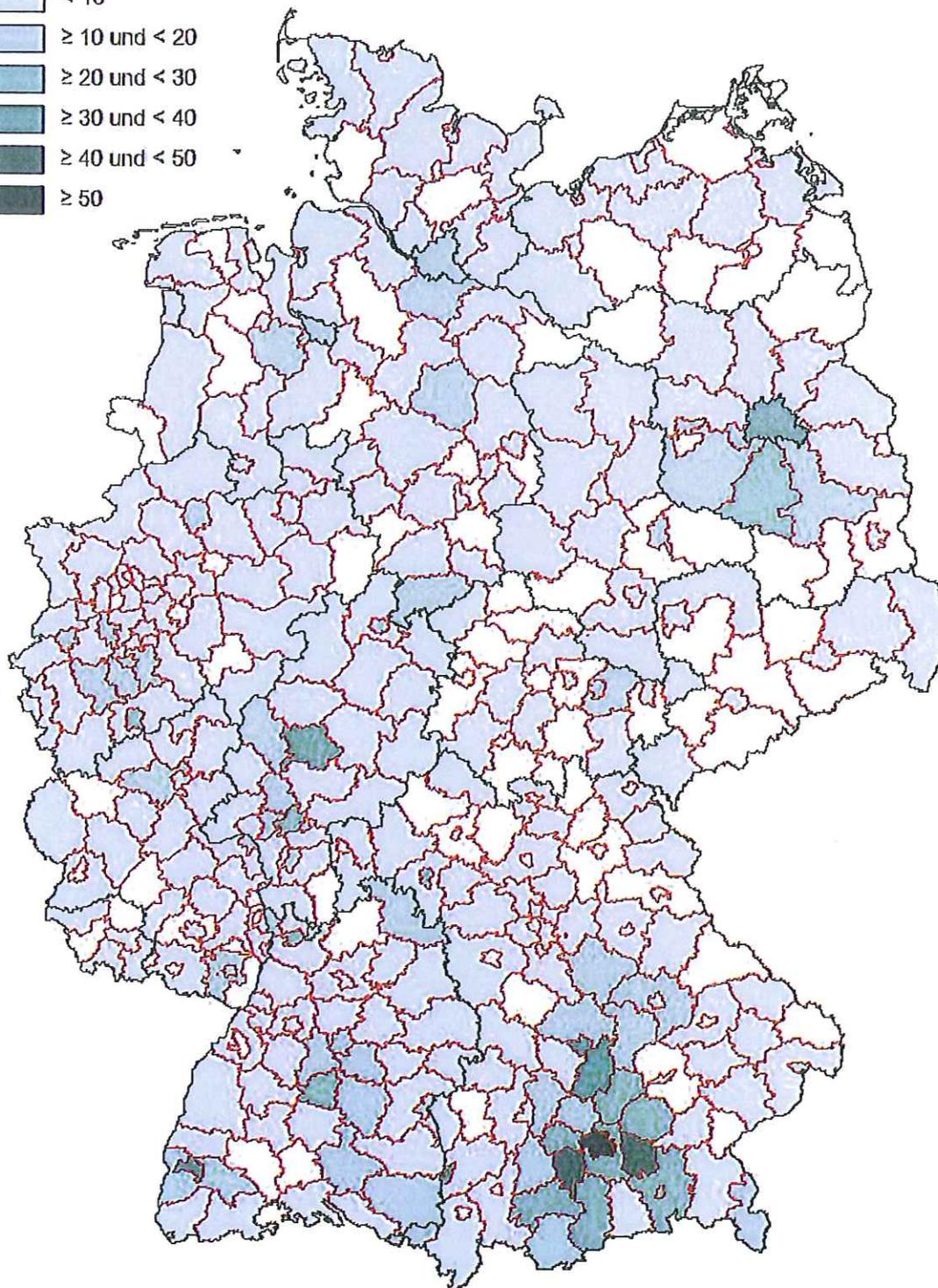
Anzahl der Fälle pro 100.000 Einwohner



Analytische Psychotherapie

Abbildung 8: ICD 10 Diagnose mittlere Depression behandelt mit Analytischer Psychotherapie

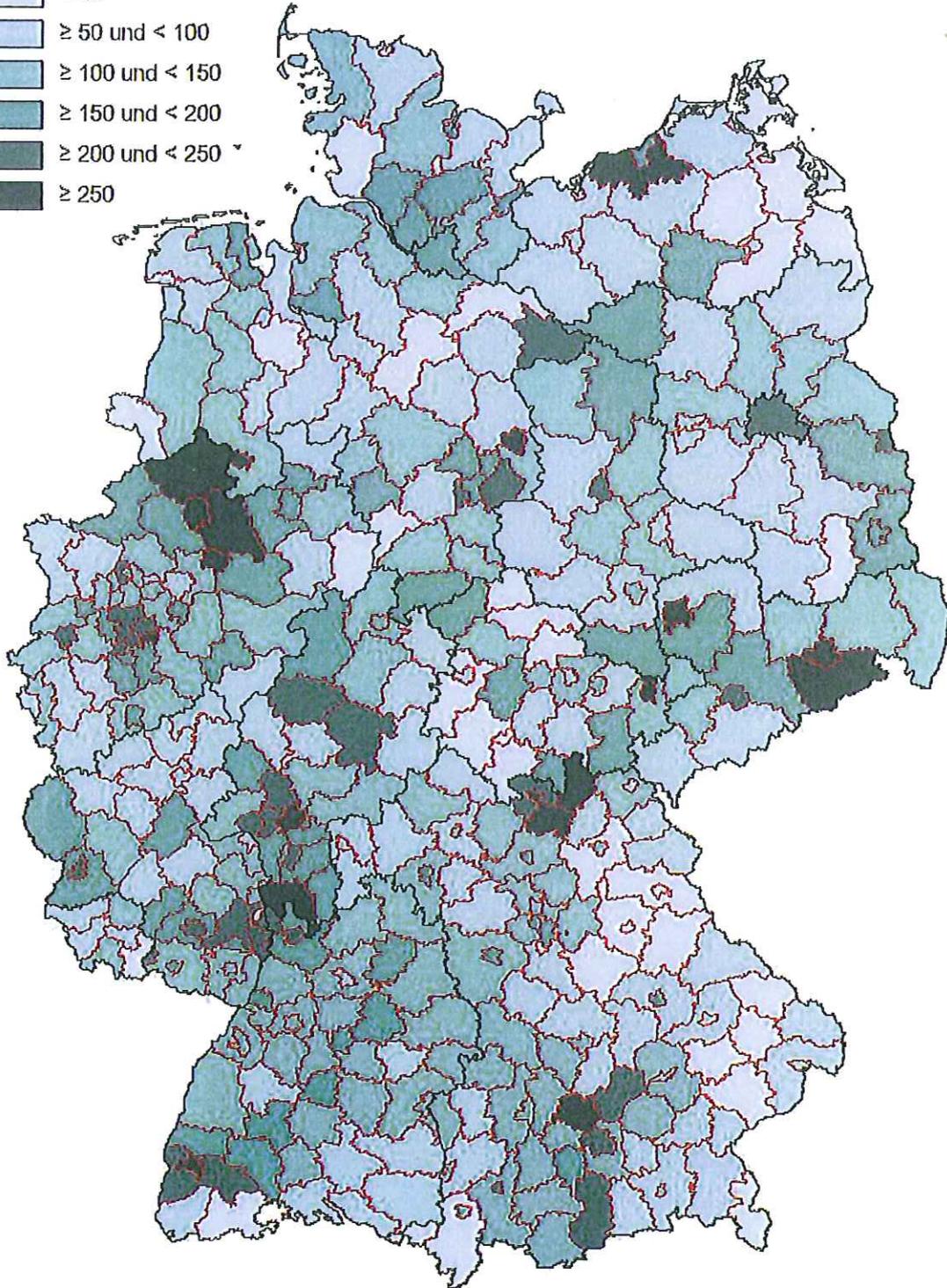
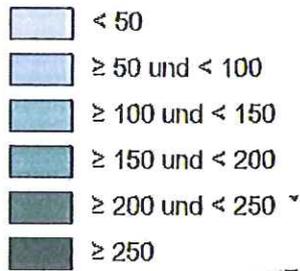
Anzahl der Fälle pro 100.000 Einwohner



Analytische Psychotherapie

Abbildung 9: ICD 10 Diagnose schwere Depression behandelt mit Analytischer Psychotherapie

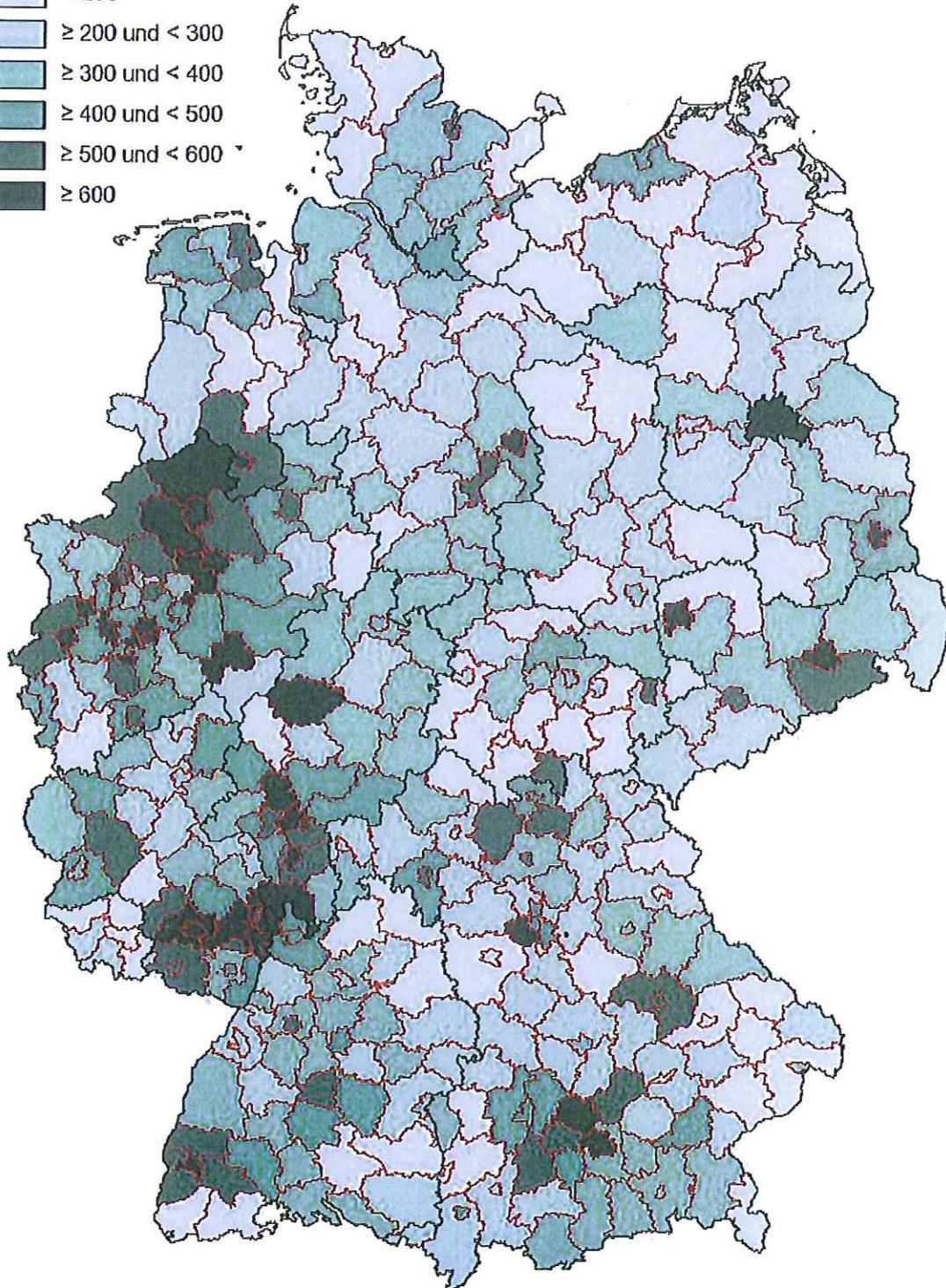
Anzahl der Fälle pro 100.000 Einwohner



Verhaltenstherapie

Abbildung 10: ICD 10 Diagnose leichte Depression behandelt mit Verhaltenstherapie

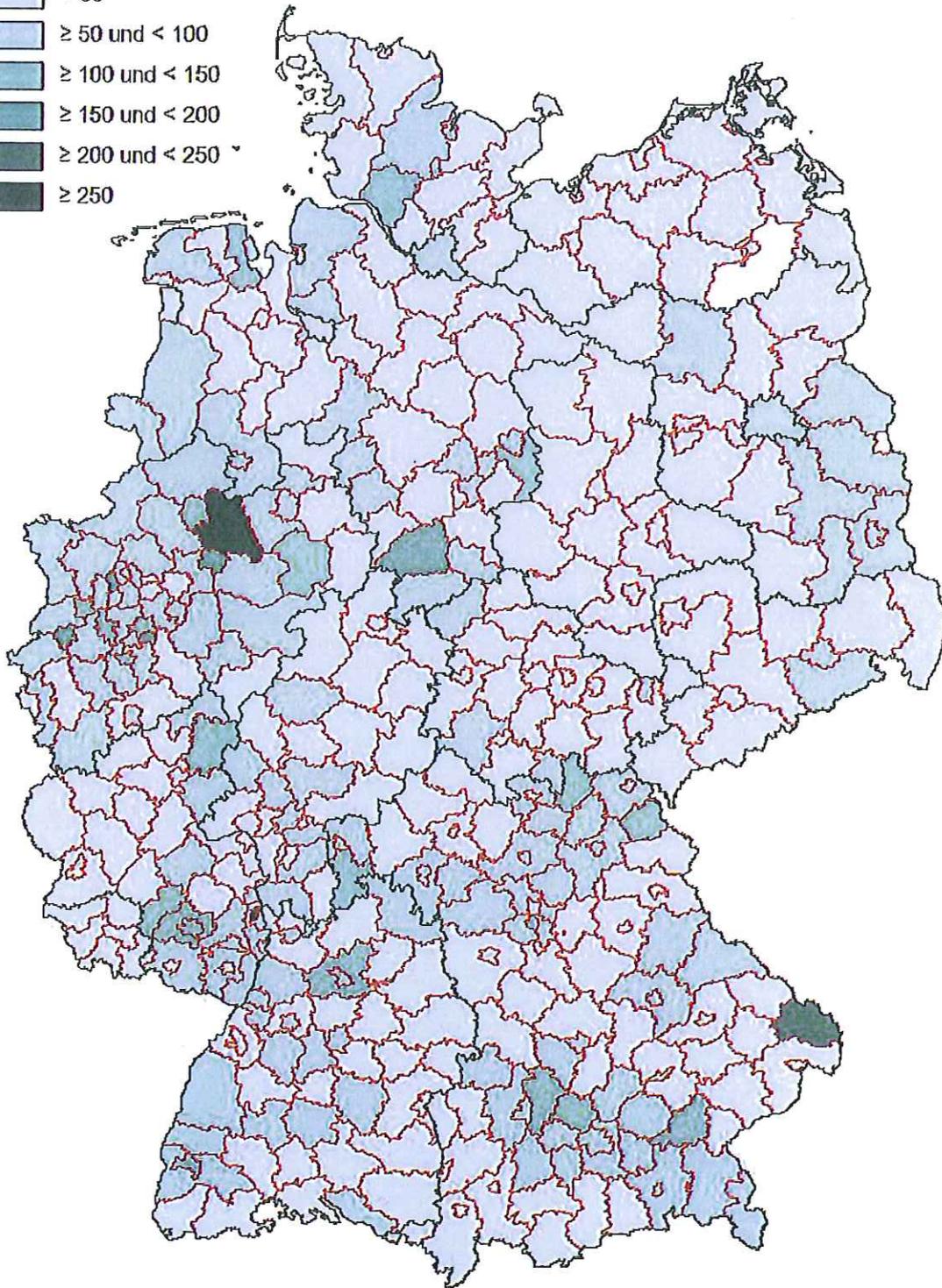
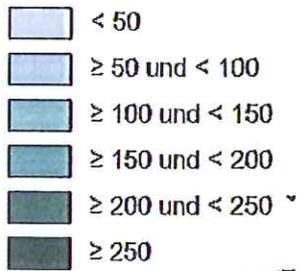
Anzahl der Fälle pro 100.000 Einwohner



Verhaltenstherapie

Abbildung 11: ICD 10 Diagnose mittlere Depression behandelt mit Verhaltenstherapie

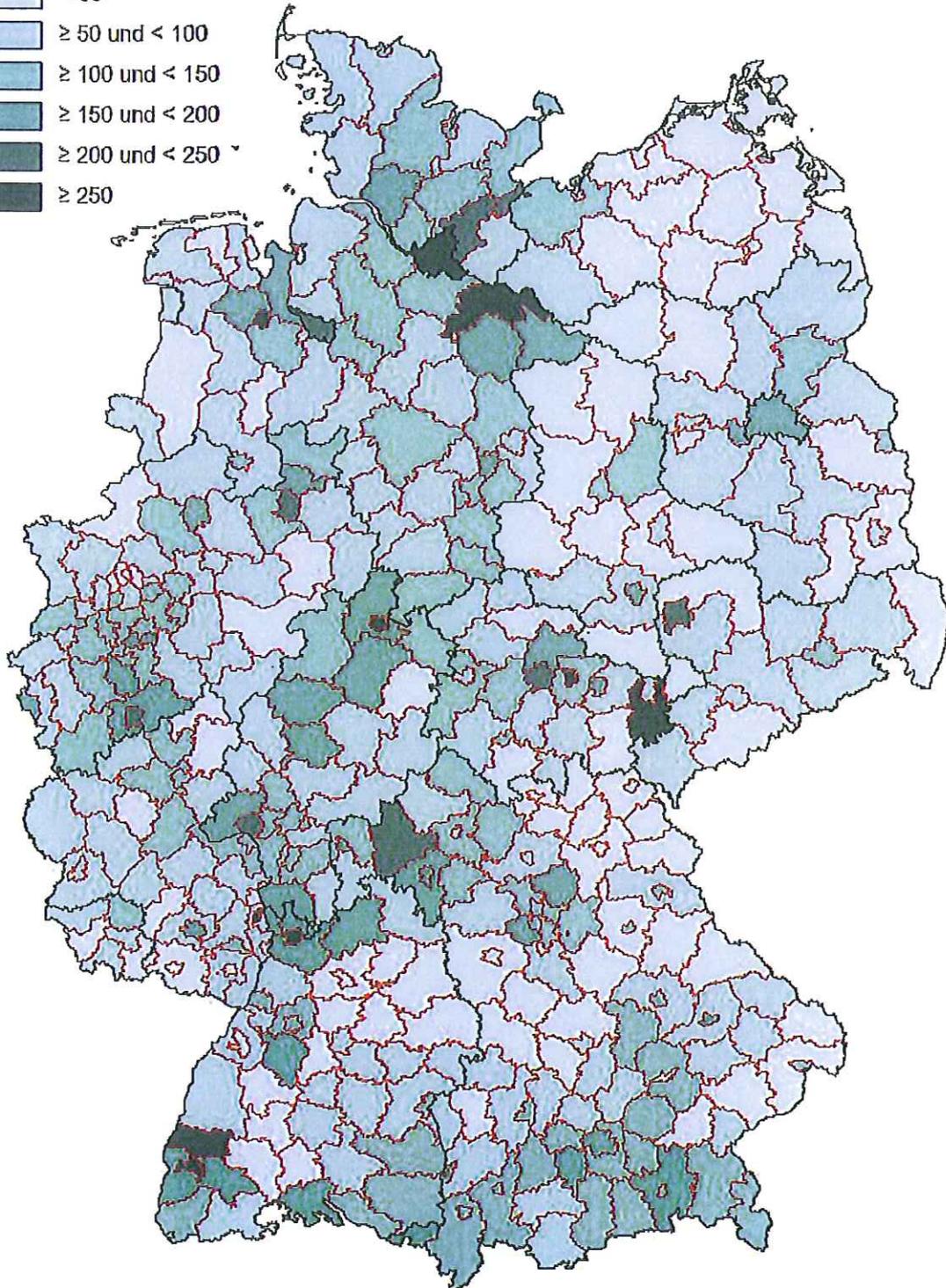
Anzahl der Fälle pro 100.000 Einwohner



Verhaltenstherapie

Abbildung 12: ICD 10 Diagnose schwere Depression behandelt mit Verhaltenstherapie

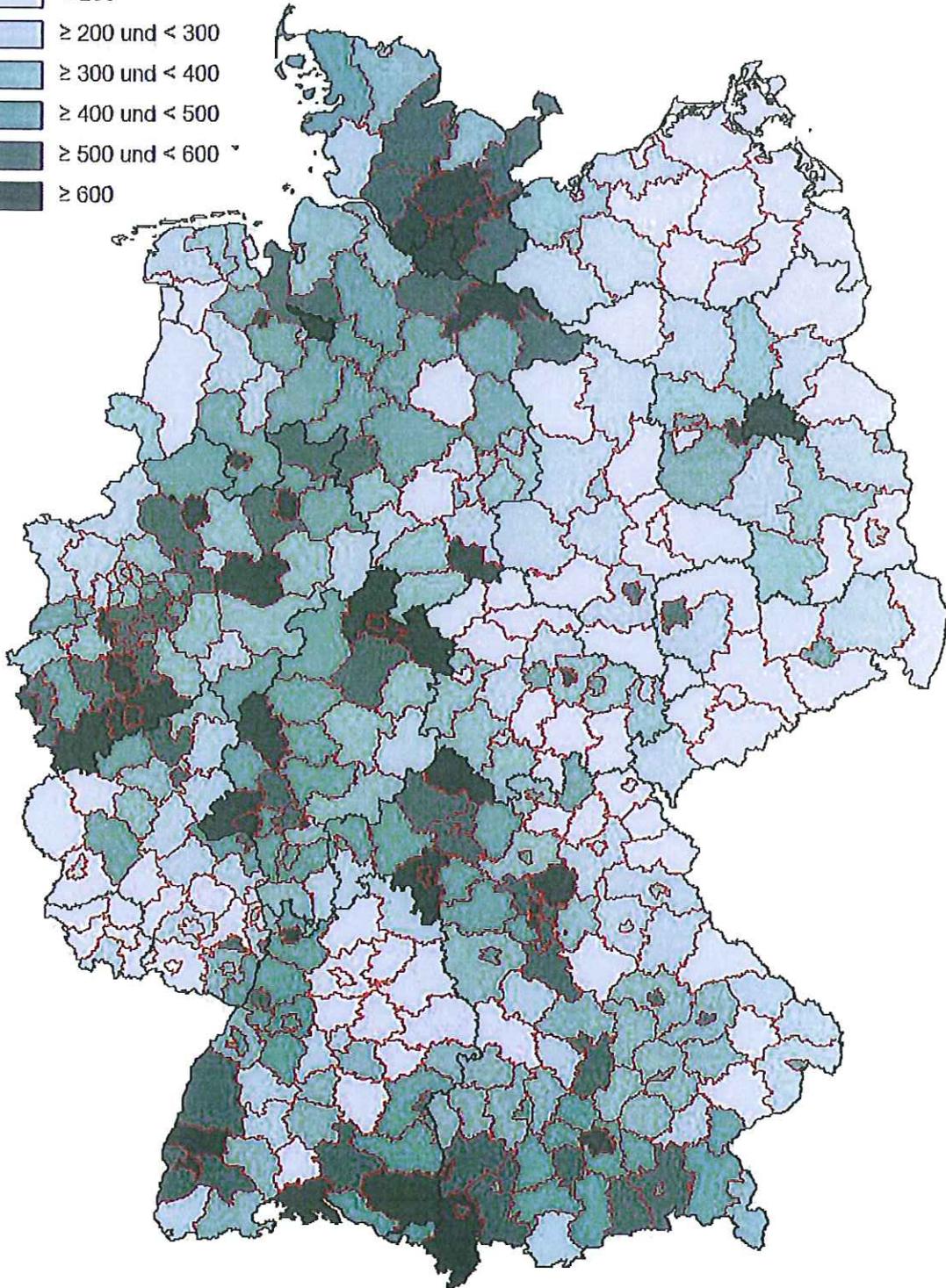
Anzahl der Fälle pro 100.000 Einwohner



Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Abbildung 13: ICD 10 Diagnose leichte Depression behandelt mit Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie

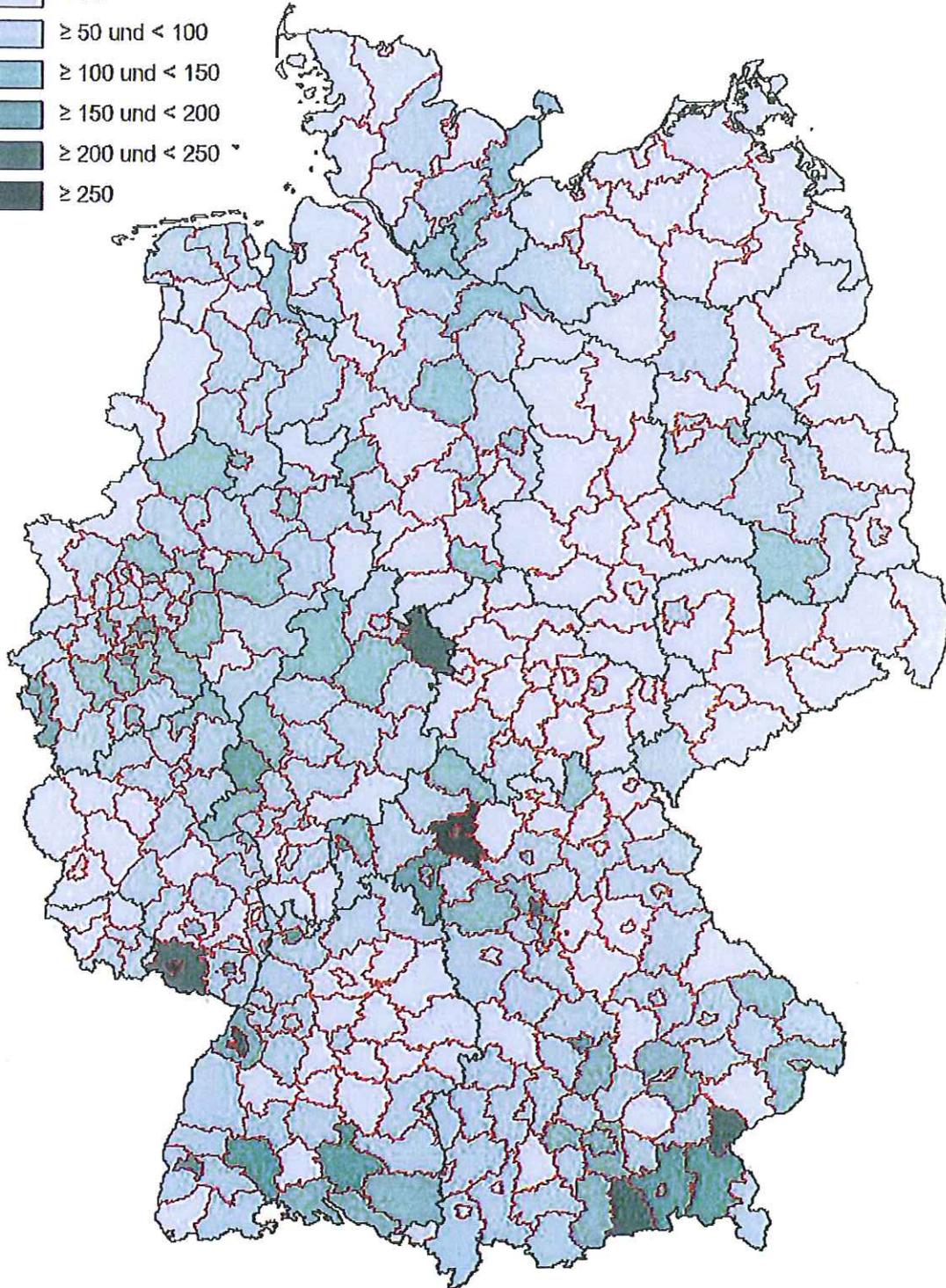
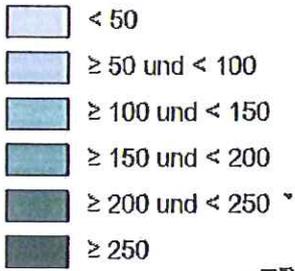
Anzahl der Fälle pro 100.000 Einwohner



Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Abbildung 14: ICD 10 Diagnose mittlere Depression behandelt mit Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie

Anzahl der Fälle pro 100.000 Einwohner



Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Abbildung 15: ICD 10 Diagnose schwere Depression behandelt mit Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie

Vorstand

K = Korrelationskoeffizient B = Bestimmtheitsmaß S = Signifikanz		Leistungserbringer						
		Analytische Psychotherapie		Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie		Verhaltenstherapie		
		ärztliche Psychotherapeuten	Psychologische Psychotherapeuten	ärztliche Psychotherapeuten	Psychologische Psychotherapeuten	ärztliche Psychotherapeuten	Psychologische Psychotherapeuten	
Behandlungsverfahren	Analytische Psychotherapie	leichte Depression	K = 0,6752 B = 0,4559 S = 99,9%	K = 0,7486 B = 0,5604 S = 99,9%				
		mittlere Depression	K = 0,7008 B = 0,4611 S = 99,9%	K = 0,7855 B = 0,6170 S = 99,9%				
		schwere Depression	K = 0,6011 B = 0,3613 S = 99,9%	K = 0,6187 B = 0,3828 S = 99,9%				
	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	leichte Depression			K = 0,5387 B = 0,2902 S = 99,9%	K = 0,5923 B = 0,3508 S = 99,9%		
		mittlere Depression			K = 0,6065 B = 0,3678 S = 99,9%	K = 0,5850 B = 0,3422 S = 99,9%		
		schwere Depression			K = 0,3589 B = 0,1288 S = 99,9%	K = 0,2590 B = 0,0671 S = 99,9%		
	Verhaltenstherapie	leichte Depression					K = 0,1981 B = 0,0392 S = 99,9%	K = 0,6112 B = 0,3736 S = 99,9%
		mittlere Depression					K = 0,2502 B = 0,0626 S = 99,9%	K = 0,6672 B = 0,4452 S = 99,9%
		schwere Depression					K = 0,1602 B = 0,0257 S = 99,0%	K = 0,3068 B = 0,0941 S = 99,9%

Tabelle 2: Regression räumliche Verteilung der Leistungserbringer und räumliche Verteilung der Behandlungsverfahren nach Diagnose

3 Räumliche Verteilung von Kurz- und Langzeittherapien

Im abschließenden Teil wird die Verteilung der Kurz- und Langzeittherapie bei Fällen einer Behandlung nach der Psychotherapie-Richtlinie dargestellt.

3.1 Datenquelle und Methodik

Für die Betrachtung der Durchführung von psychotherapeutischen Kurz- oder Langzeittherapien bei der Diagnose Depression wurden Abrechnungsdaten (vdx) aus dem 1. – 4. Quartal 2009 verwendet. Es werden Fälle pro Quartal betrachtet, die im Ergebnis aufsummiert werden.

Die Diagnose Depression wurde entsprechend der ICD 10 Codierung erfasst, wobei folgende Codes berücksichtigt wurden.

- Depression (alle) → die Codes für leichte, mittlere und schwere Depression (vgl. 2.1) sowie die Codes F20.4, F25.1, F32, F32.8, F32.9, F33, F33.4, F33.8, F33.9, F41.2 und F92.0¹

Die Basis für das angewandte Behandlungsverfahren bilden die Gebührenordnungspositionen. Folgende GOPs wurden dabei berücksichtigt:

- Analytische Psychotherapie = 35210 und 35211²
- Verhaltenstherapie (kurz) = 35220, 35222 und 35224
(lang) = 35221, 35223 und 35225
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
(kurz) = 35200 und 35202
(lang) = 35201 und 35203

3.2 Ergebnisse

Insgesamt zeigt sich hier erneut die besagte räumliche Ungleichverteilung der unterschiedlichen Behandlungsverfahren, die auch hier mit der Dichte der entsprechend zugelassenen Leistungserbringer zusammenhängt.

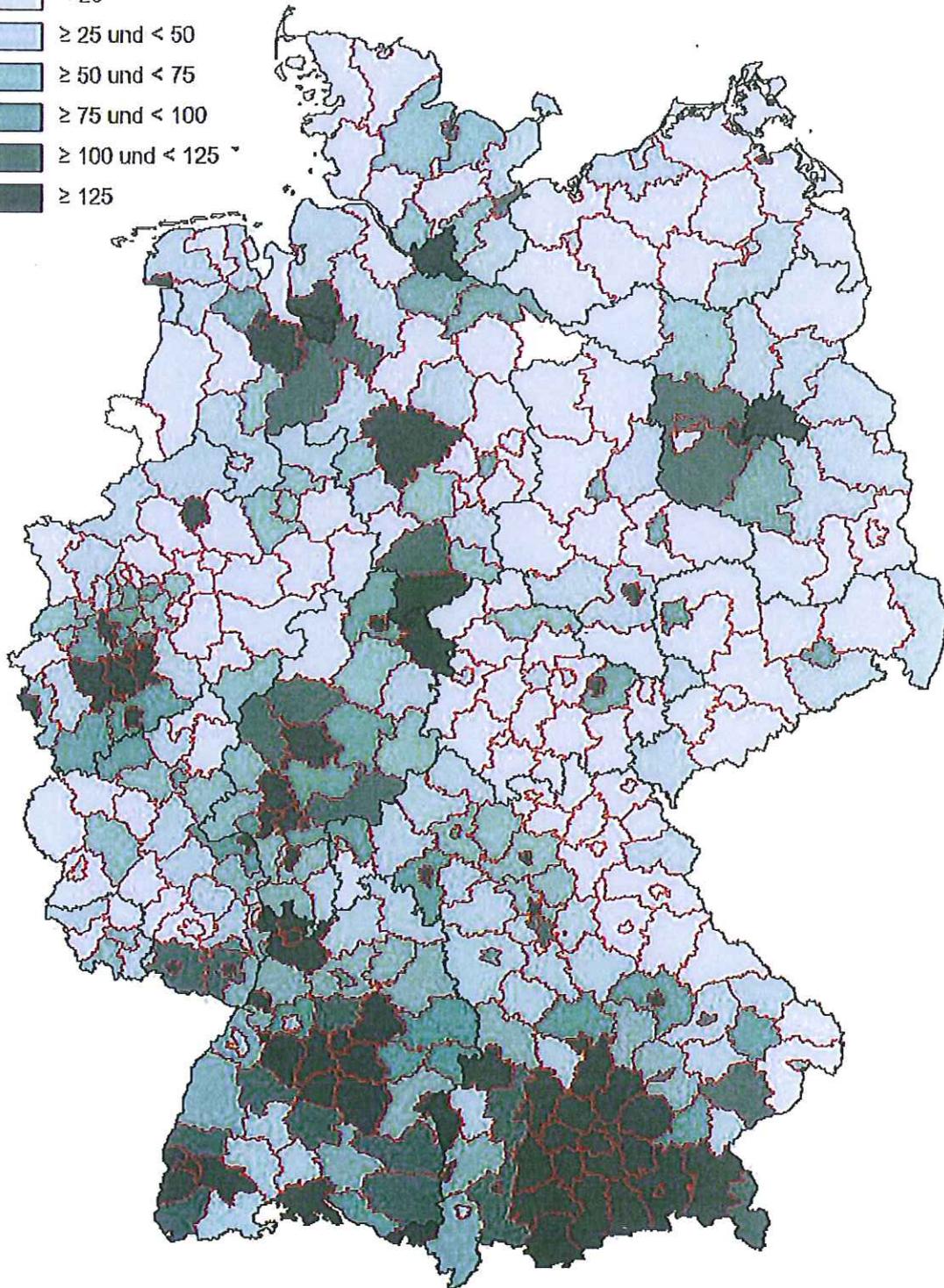
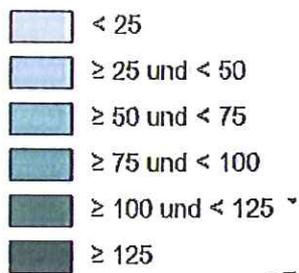
Auch die insgesamt deutlich geringere Fallzahl an Behandlungen nach der Methode der analytischen Psychotherapie wird erneut deutlich.

Auffällig ist bei dieser Untersuchung v.a. die höhere Anzahl von Kurzzeit- gegenüber Langzeittherapien sowohl bei den Verhaltenstherapien als auch bei den tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien. Grundsätzlich neue räumliche Verteilungsmuster zeigen sich jedoch auch bei einer Differenzierung zwischen Kurz- und Langzeittherapien nicht.

¹ Bei den zusätzlichen Codes handelt es sich v. a. um ICD 10 Codes, die auch im Zusammenhang mit einer Depression stehen, ohne das nach deren Schweregrad zu differenzieren.

² Analytische Psychotherapie wird nur als Langzeittherapie durchgeführt.

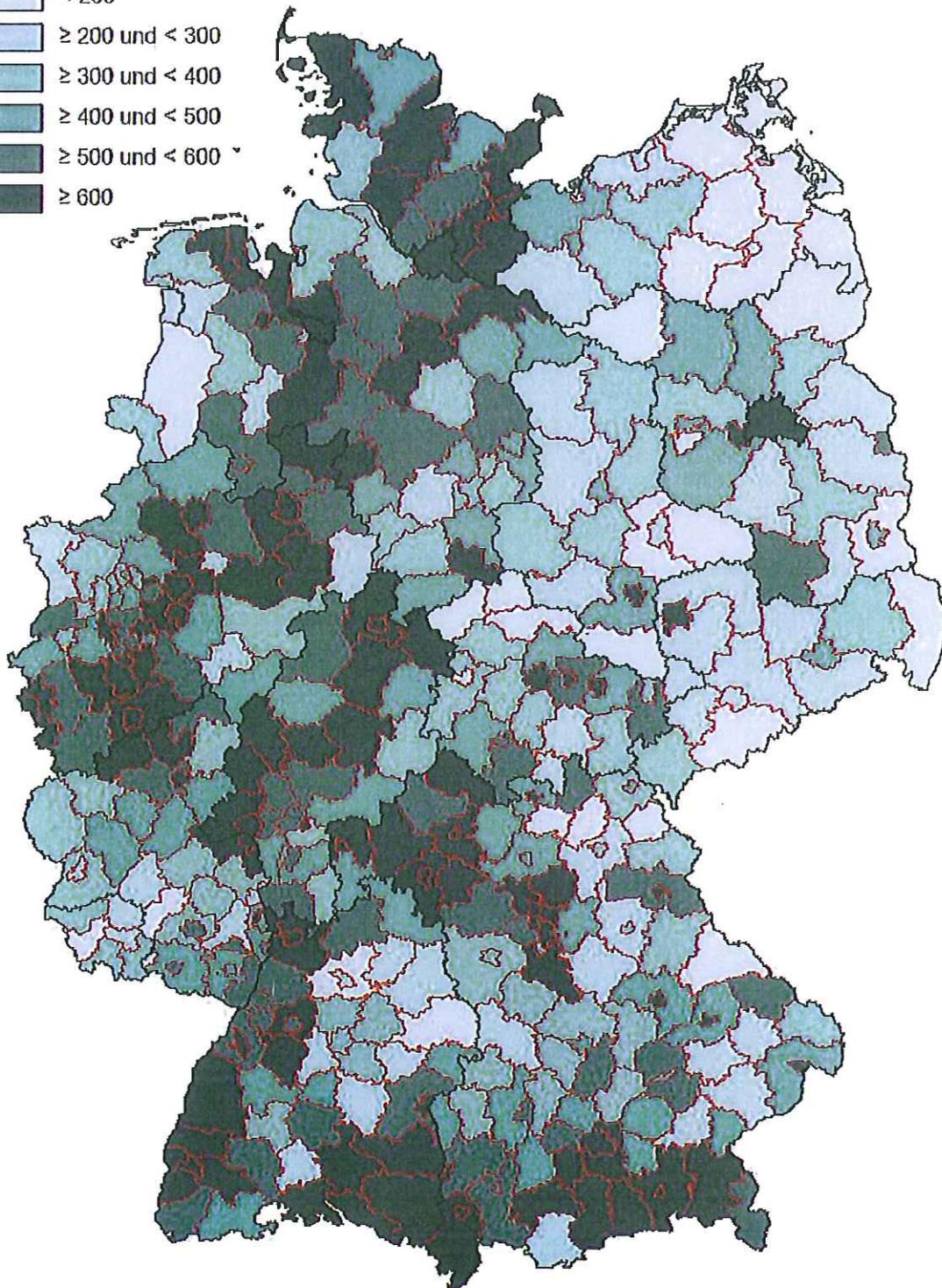
Anzahl der Fälle pro 100.000 Einwohner



Analytische Psychotherapie

Abbildung 16: Analytische Psychotherapie bei Depressionen

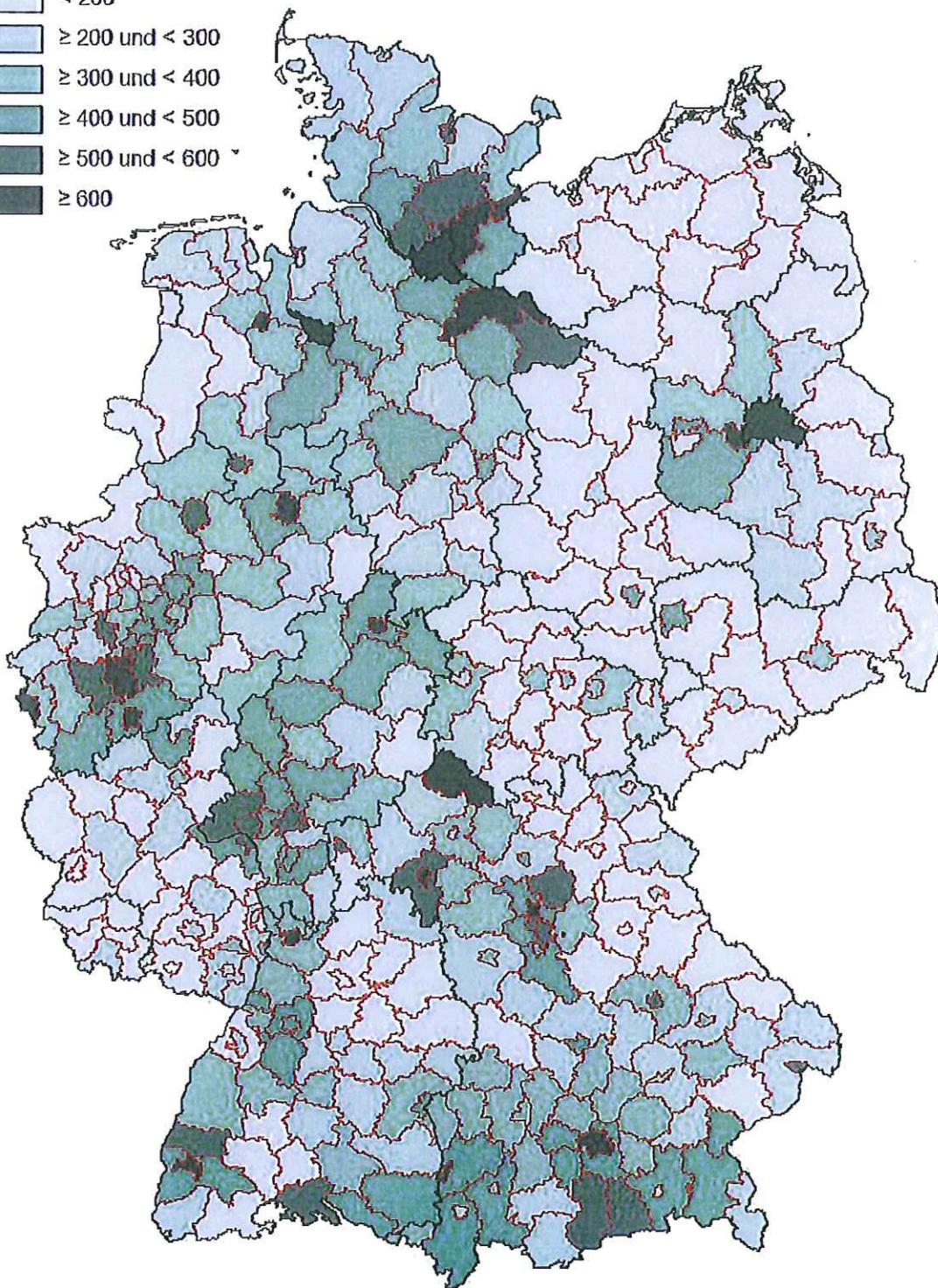
Anzahl der Fälle pro 100.000 Einwohner



Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (kurzzeit)

Abbildung 17: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeit) bei Depressionen

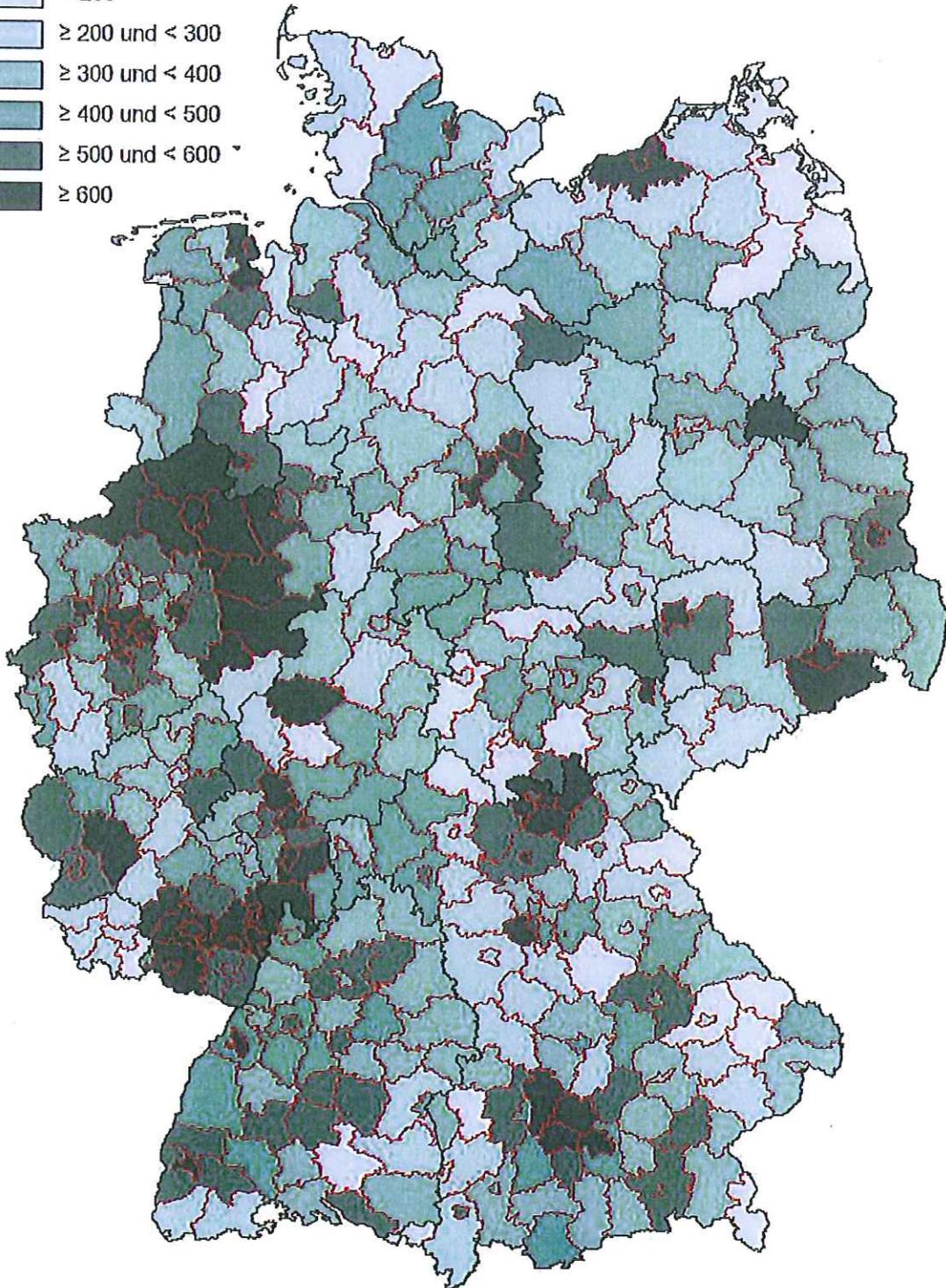
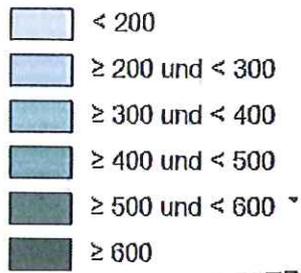
Anzahl der Fälle pro 100.000 Einwohner



Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (langzeit)

Abbildung 18: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeit) bei Depressionen

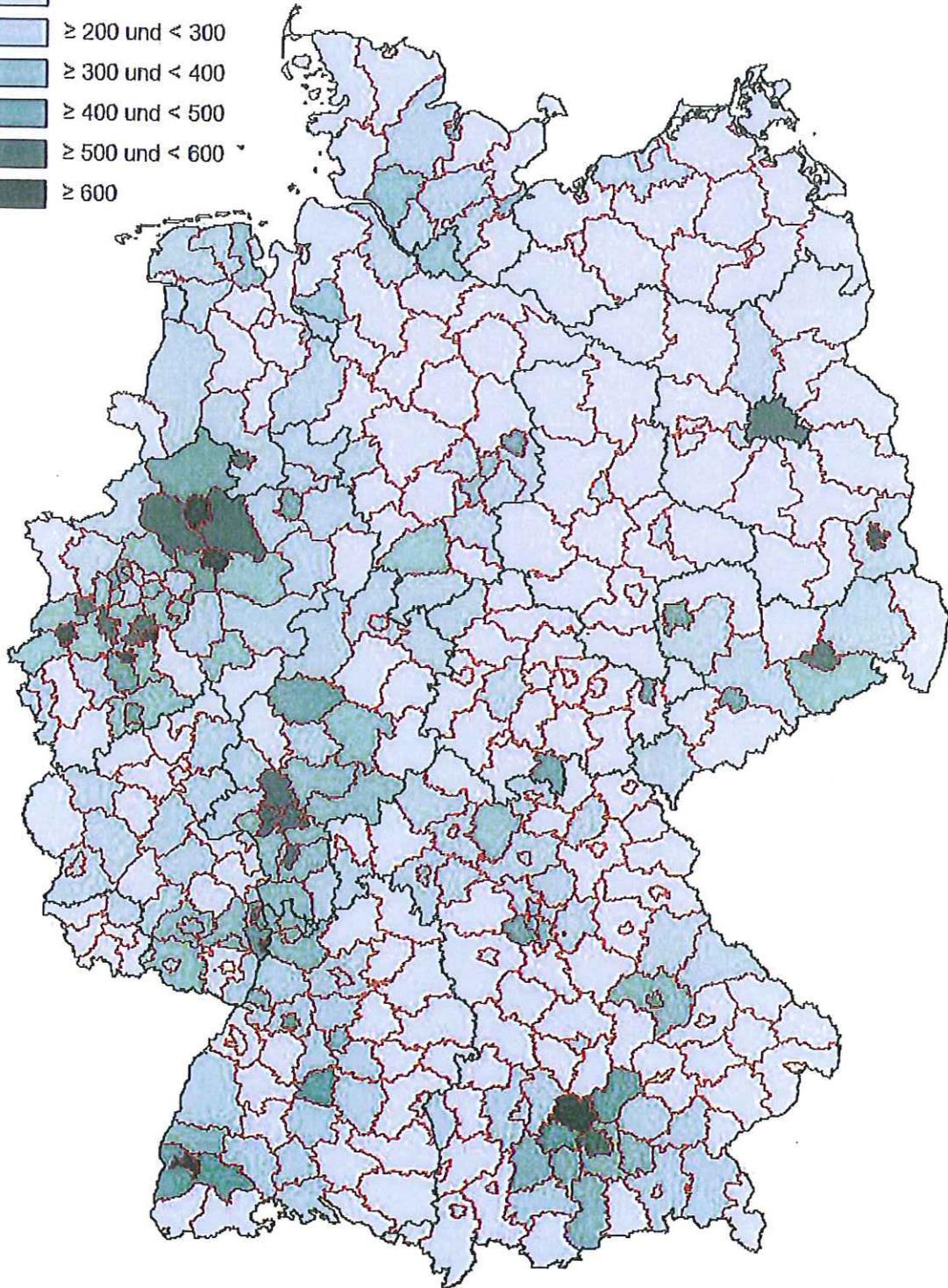
Anzahl der Fälle pro 100.000 Einwohner



Verhaltenstherapie (kurzzeit)

Abbildung 19: Verhaltenstherapie (Kurzzeit) bei Depressionen

Anzahl der Fälle pro 100.000 Einwohner



Analytische Psychotherapie

Abbildung 20: Verhaltenstherapie (Langzeit) bei Depressionen

e. Expertenaussagen

i. Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

**Niederschrift
zur
Expertenanhörung
des Herrn Prof. Dr. Härter**

**in der 7. Sitzung der
AG "Versorgungsorientierung/Priorisierung"**

am 28.10.2010

in der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses, Berlin

Beginn: 10:30 Uhr
Ende: ca. 13:30 Uhr

I. Häufigkeit/ Ursachen/ Charakterisierung der betroffenen Populationen

1. Wie häufig ist die Depression in Deutschland?

Nach dem RKI-Bundesgesundheitsurvey, dem Daten von vor etwa 12 Jahren zugrunde liegen, betrage die 12-Monats-Prävalenz ca. 11%. Eine weitere Differenzierung im Hinblick auf die Prävalenz für leichte chronische Depressionen (sog. Dysthymia) ergebe weiter ca. 4-5%, während sie für die Major Depression – sowohl unipolar als auch rezidivierend – mit etwa 8% anzugeben sei. Neuere Ergebnisse aus dem Bundesgesundheitsurvey zu aktuellen Prävalenzangaben werden wahrscheinlich im Jahr 2012 zu erwarten sein. Somatisch erkrankte Patienten wiesen eine erhöhte 12-Monats-Prävalenz depressiver Störungen und von Anpassungsstörungen auf, die je nach Erkrankung etwa 15 bis 20% betrage, insofern somatische Erkrankungen als Risikofaktor für eine Depression betrachtet werden können. Unsicher seien die Prävalenzschätzungen von psychischen Störungen bei älteren Menschen (65+) bzw. körperlich kranken Patienten, wobei es Hinweise auf eine erhöhte Prävalenz gebe. Herr Prof. Härter verweist hierzu auf eine in 2011 laufende Studie in 6 europäischen Ländern zur Untersuchung dieser Frage. Die Prävalenz bei Kindern und Jugendlichen sei vermutlich insgesamt geringer, wobei die Kenntnisse hierzu ebenfalls unsicher seien (unterschiedliche Messverfahren). Daher sei festzuhalten, dass bei Angabe der Prävalenz von 10 – 11% der obere (65+) und untere (Kinder und Jugendliche) Altersbereich nicht in die Betrachtung einbezogen sei.

a) Was sind die Risikofaktoren?

Risikofaktoren könnten unterschiedlicher Natur und in ihrer Ausprägung und Zusammenwirkung komplex sein.

- Genetische/familiäre Prädispositionen, wie etwa die Erkrankung eines oder beider Elternteile, führten bis zu einer 30%igen Wahrscheinlichkeit zu einer depressiven Erkrankung bei leiblichen Kindern.
- Auch neurobiologische Faktoren, z.B. eine Überreaktion des Stresssystems, könnten eine Rolle spielen, wobei die Studienergebnisse hierzu nicht eindeutig seien.
- Persönlichkeitsfaktoren wie z.B. sehr pflichtbewusste, in geordneten Lebensstrukturen verankerte und zu Selbstzweifeln neigende Menschen (sog. „Typus melancholicus“) könnten ebenfalls Risikofaktoren für Depressionen sein.
- Psychosoziale Faktoren (z.B. Tod einer engen Bezugsperson, Arbeitsplatzverlust, Über-, aber auch Unterforderung am Arbeitsplatz), aber auch kognitive Belastungsstörungen, können Risiken für Depressionen bergen.

b) Welche ätiologischen Zusammenhänge bestehen?

Die ätiologischen Zusammenhänge seien in ihrer Kausalität nicht eindeutig und beruhten auf komplexen Interaktionen aus verschiedenen Einfluss- und Risikofaktoren (vgl. oben). Die Zusammenhänge beruhten bislang eher auf einem heuristischen Modell denn auf eindeutigen (mono-)kausalen Beziehungen.

- c) Welche Populationen sind besonders betroffen? (Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status etc.)
- Alter: am häufigsten von der Depression betroffen seien Menschen im mittleren Erwachsenenalter, zur Häufigkeit bei älteren Menschen sowie bei Kindern und Jugendlichen seien die Erkenntnisse unsicher (vgl. oben).
 - Geschlecht: Frauen erkrankten in etwa doppelt so häufig an Depressionen wie Männer.
 - Ein geringerer sozioökonomischer Status sei mit „mehr“ Depressionen verbunden als ein höherer sozioökonomischer Status.

2. Wie schätzen Sie die Datenlage in Bezug auf die vorherigen Fragen bzw. Aussagen hinsichtlich Validität und Reliabilität ein?

Die Datenlage zur Epidemiologie der Depression sei in Deutschland relativ gut, mit Ausnahme der erwähnten Unsicherheiten bei Kindern/Jugendlichen und Älteren.

Die verlässlichen epidemiologischen Daten beruhten auf dem Einsatz von reliablen und validen Instrumenten, z.B. dem standardisierten klinischen Interview (CIDI). Andere Instrumente, z.B. Fragebögen, werden hingegen als weniger valide eingeschätzt (stellen keine Diagnosen!) mit der Tendenz zu einer möglichen Überschätzung depressiver Syndrome (Problem des Cut-Offs bei unterschiedlichen Skalen).

- a) Welche wissenschaftlichen Erkenntnislücken sind zu verzeichnen?

Lücken seien in Bezug auf die Datenlage zu Kindern und Jugendlichen sowie älteren Bevölkerungsgruppen (65+) zu verzeichnen (vgl. oben).

- b) Wo besteht weiterer Bedarf an epidemiologischer Forschung?

Aus epidemiologischer Sicht bestehe ein Bedarf an Längsschnitt-Untersuchungen, da die üblichen Querschnittsuntersuchungen zum Teil nur eingeschränkte Aussagen zuließen.

Ferner bestehe der wissenschaftliche Wunsch nach besserem Verständnis der Entstehung der Depressions-Chronifizierung und daraus ableitbaren Behandlungsansätzen.

Weitere Bereiche der Forschung betreffen die für die klinische Versorgung weniger relevante Grundlagenforschung, um insgesamt Zusammenhänge besser verstehen zu können.

3. Welche Definitionen/ Klassifikationen der Depression haben sich geändert und welche Auswirkungen hatte dies?

Die Klassifikationssysteme DSM IV (bis 2012/2013) und ICD-10 (2013?) werden derzeit überarbeitet.

Es könnte ggf. sein, dass der Wechsel des Klassifikationssystems von ICD-9 auf ICD-10 zu einer Steigerung der Prävalenz geführt haben könnte.

II. Versorgungslage Diagnostik

1. Wie ist die Versorgungslage zur Diagnostik der Depression Ihrer Ansicht nach zu beurteilen?

Herr Prof. Härter weist auf die besondere Bedeutung der Diagnostik als „Eingangspforte“ zur Behandlung hin. Insgesamt gebe es gewichtige Hinweise für Defizite bei der „frühen“, „rechtzeitigen“ und „korrekten“ Erkennung depressiver Störungen.

Dies in Bezug auf

- a) den vertragsärztlichen Sektor,

Insbesondere bezogen auf die vertragsärztliche, dort spezifisch hausärztliche Versorgung, manifestiere sich dieses Erkennensproblem. Die Erkennensquote habe sich in den vergangenen Jahren nur leicht verbessert und sei nach wie vor nicht zufriedenstellend. Unter Berücksichtigung der häufig anzutreffenden und in den Vordergrund tretenden somatischen Erkrankungen der Patienten in der hausärztlichen Versorgung (= primärer Beratungsanlass) sollte dies allerdings nur vorsichtig kritisch gegenüber den primären Versorgern bewertet werden.

Auch im fachärztlichen Bereich gebe es bzgl. einer adäquaten Diagnostik Hinweise auf Verbesserungspotentiale. Entsprechend einer bislang nicht publizierten Studie (Abrechnungsdaten der KBV) sei die Diagnostik bzw. Differentialdiagnostik nach ICD-10 auch in der fachärztlichen Versorgung (Nervenärzte) wenig differenziert. Der große Anteil unspezifischer Diagnosen („nicht näher bezeichnete depressive Störung“) sei auffallend. Es sei daher zu vermuten, dass auch im Bereich der fachärztlichen Versorgung Defizite bei der Diagnostik zu verzeichnen seien (oder es gibt andere Gründe für eine „ungenauere“ Zuordnung depressiver Störungen), denen im Hinblick auf Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen besondere Handlungsrelevanz zukomme. Durch die häufigen dokumentierten Depressionsdiagnosen (undifferenziert) bestehe in der Folge kaum Wissen und Kenntnis über die Angemessenheit der daraus abgeleiteten therapeutischen Konsequenzen.

- b) den Krankenhaussektor,

Für den Krankenhaussektor bzw. auch für die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung könne vermutlich von einer ähnlichen Problematik hinsichtlich des Erkennens von Depressionen ausgegangen werden. Studien aus dem stationären Sektor hätten gezeigt, dass wegen geringer Zeitressourcen und verkürzter Aufenthaltsdauer häufig von einer unzulänglichen Dokumentation und Erfassung depressiver Störungen auszugehen sei.

- c) andere Versorgungssektoren und

Auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation (stationäre Maßnahmen bei chronisch körperlich kranken Patienten) bestehe das Problem, dass komorbide Depressionen nicht in ausreichendem Maße erkannt werden. Im Rahmen einer Studie konnte gezeigt werden, dass eine (komorbide) Depression bei somatisch Erkrankten nur in ca. 50% erkannt wurde.

Auf Nachfrage erläutert Herr Prof. Härter, dass auch im Bereich der Pflege das Erkennen von Depressionen wahrscheinlich suboptimal zu sein scheint. Herr Prof. Härter weist an dieser Stelle noch einmal darauf hin, dass in allen Versorgungssektoren insbesondere der behandelnde Arzt die entscheidende „Eingangspforte“ für das Erkennen von depressiven Patienten darstellt. Wird die Depression nicht an dieser Stelle erkannt, können Patienten ab hier durch das „Raster“ fallen.

Einerseits könne dieses Problem z.B. mit geeigneten Screening-Maßnahmen für Risikogruppen verbessert werden, andererseits sollten die Ärzte aktiv und professionell ihr Augenmerk auch auf das Erkennen einer möglichen Depression richten, vergleichbar der Beauftragung zur Bestimmung eines Laborparameters. Die Fähigkeit zur Kommunikation bzw. zu einer differenzierten Diagnosestellung im ärztlichen Gespräch mit den Patienten müsse zu den Basis-Fertigkeiten der Ärzte gehören, Ergebnisse aus Screening-Fragebögen können aber zielführend bei Verdacht auf depressive Erkrankungen genutzt werden (=müssen ärztlicherseits validiert werden).

d) deren Schnittstellen untereinander.
Vgl. oben

2. Wo sehen Sie eine

a) besonders gute/adäquate Versorgungslage,

Die Diagnostik von depressiven Patienten in Fachkliniken (Psychiatrie bzw. Psychosomatik) ist nach Einschätzung von Herrn Prof. Härter weitgehend gut.

b) wo Defizite hinsichtlich Fehl- Unter- und Überversorgung?

Wenn die Diagnostik – wie eingangs dargestellt – nicht adäquat und leitlinienkonform erfolge, könne Unter-, Über- und Fehlversorgung unmittelbar die Folge sein. Erst anhand verbesserter systematischer Diagnostik, insbesondere durch die ICD-10-konforme Einstufung in Schweregrade, ließe sich die Güte einer adäquaten und leitlinienkonformen Behandlung bestimmen. Daher seien die Erkenntnisse insbesondere hinsichtlich der eingeleiteten Behandlungen mit deutlichen Lücken versehen. Die nachhaltige Anwendung der ICD-10-Diagnose-Klassifikation gemäß Leitlinien sowie die daraus abgeleitete Umsetzung leitlinienkonformer therapeutischer Strategien seien daher unabdingbar.

Auf Nachfrage erläutert Herr Prof. Härter, dass die eingeleiteten Therapien je nach Facharztstatus unterschiedlich sein können. Ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten z.B. leiten bevorzugt, auch in Abhängigkeit ihrer eigenen Ausrichtung, eine analytische Psychotherapie oder eine Verhaltenstherapie ein, Psychiater hingegen wenden bevorzugt eine medikamentöse Therapie an, was z.B. bei schwerer Depression – wenn der Schweregrad bekannt ist - durchaus angezeigt und leitlinienkonform sein kann. Die Differenzierung der Diagnose nach Schweregraden vereinfache in jedem Fall die leitlinienkonforme Behandlung: Allerdings ist sehr wahrscheinlich gegeben, dass nicht korrekt diagnostizierte Patienten eine nicht korrekte Behandlung im Sinne einer möglichen Unter-, Über- oder Fehlversorgung erhalten.

Insgesamt ist Herr Prof. Härter der Ansicht, dass tendenziell eher zu wenige, tatsächlich belastete Patienten einer Behandlung zugeführt werden als zu viele. Allerdings könne z.B. bei einer nicht hinreichenden Differenzierung zwischen einer Trauersymptomatik und einer depressiven Erkrankung auch eine „Zuviel-Behandlung“ zum Tragen kommen (oder bei mangelnder Differenzierung zu ängstlichen und somatoformen Beschwerden).

Auch patientenseitige Gründe können zum Nicht-Erkennen von Depression beitragen. Angst vor Stigmatisierung und Diskriminierung könne eine große Rolle spielen, so dass Ärzte bei unklaren Beschwerden auch in diese Richtung nachfragen sollten. Auch eine „Burnout“-Symptomatik kann Hinweise auf eine Depression unter anderer Bezeichnung geben. Auch stünden häufig somatische und psychosomatische Beschwerden im Vordergrund und könnten das Erkennen von Depression erschweren.

Herr Prof. Härter erläutert, dass ein generelles Screening von Patienten in der Hausarztpraxis nicht sinnvoll sei und auch kaum akzeptiert würde. Aber es sei praktikabel, Patienten mit einer rezidivierenden Depression, einer komorbiden psychischen Störung oder einer chronischen somatischen Erkrankung (oder möglicher weiterer Risikogruppen) mit zwei gezielten Fragen zu „Stimmung“ und „Antrieb“ (= Hauptsymptome), alternativ mit einem Screener (PHQ-D (Patient Health Questionnaire-deutsche Version)), anzusprechen.

Die Diagnosen und daraus resultierende adäquate Behandlungen sollten immer ausführlich mit den Patienten besprochen und gemeinsam entschieden werden (Shared Decision Making).

Insgesamt gebe es wichtige und eindeutige Hinweise auf größere Aus-, Fort- und Weiterbildungs- sowie Aufklärungsdefizite über das Krankheitsbild.

- c) Was sind die Gründe dafür? (Patienten- und/ oder behandlerseitig, Stigmatisierung, Unwissenheit, mangelnde Weiterbildung etc.?)

Herr Prof. Härter verweist auf die bereits an anderer Stelle aufgezeigten möglichen Gründe für Defizite.

3. Wie schätzen Sie die Datenlage in Bezug auf die vorherigen Fragen bzw. Aussagen
- a) hinsichtlich Validität und Reliabilität ein?
 - b) Welche wissenschaftlichen Erkenntnislücken sind zu verzeichnen?
 - c) Wo besteht weiterer Bedarf an Versorgungsforschung?

Die Validität und Reliabilität der Instrumente sei als gut einzustufen, wobei es wenige Studien zu deren Einsatz gebe, was insbesondere im ambulanten (Schnittstellen-) Bereich von besonderer Bedeutung wäre.

Wie bereits mehrfach erläutert ist die Einteilung des Schweregrades bei der Depressionsdiagnose wichtig, weil sie für die daraus resultierende Behandlungsstrategie entscheidend ist.

4. Welche Lösungsansätze sehen Sie zur Überwindung möglicher Defizite in der Versorgungslage?

Folgende Lösungen könnten zur Beseitigung der Defizite beitragen:

- Implementierung der S3-/Nationalen VersorgungsLeitlinie sowie der Instrumente zum Erkennen und Klassifizieren der Diagnose, einschließlich Schweregrad,

- Sensibilisierung der Ärzte, insbesondere durch Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen,
- Aufklärung und Sensibilisierung der Bevölkerung über die Erkrankung,
- Stärkung von Kommunikation und Netzwerken insbesondere im ambulanten Bereich (Vernetzung hin zum stationären Sektor),
- Professionalisierung der ärztlichen Berufsausübung, insbesondere die Gesprächsführung mit den Patienten zur Einschätzung und zum Erkennen einer möglichen Diagnose Depression (originäre ärztliche Aufgabe, nicht nur über den Einsatz von Fragebögen lösbar), Einsatz von Gesprächstechniken des Shared Decision Making,
- Einsatz von Instrumenten zur Unterstützung einer stufenweisen Diagnostik,
- Verbesserte Honorierung der Gespräche, Anreize z.B. für einen breiteren Einsatz der Screening-Instrumente.

III. Versorgungslage Therapie/ Rehabilitation

1. Wie ist die Versorgungslage zur Therapie/ Rehabilitation der Depression Ihrer Ansicht nach zu beurteilen? Dies in Bezug auf

- a) den vertragsärztlichen Sektor,

Die Datenlage zu Erkenntnissen im Bereich der therapeutischen Versorgung von depressiven Patienten wird als noch ungünstiger eingeschätzt als im diagnostischen Bereich. Insgesamt ließen sich aus wenigen Studien lediglich Hinweise ableiten. In Bezug auf eine leitlinienorientierte therapeutische Versorgung im Detail sei das Wissen sehr begrenzt.

Im ambulanten Bereich seien die Behandlungsangebote sehr heterogen. Von einer leitlinienkonformen therapeutischen Versorgung könne nicht ausgegangen werden, Qualitätsdefizite seien sehr wahrscheinlich vorhanden. Über Behandlungsabläufe (zu lang, zu kurz?) sei wenig bekannt Auch sei wenig bekannt über das systematische Zusammenwirken von Haus- und Fachärzten sowie Psychotherapeuten. Insgesamt bestehen viele offene Fragen.

- b) den Krankenhaussektor,

Für den Krankenhaussektor existierten mind. zwei Studien (u.a. das Modellprojekt aus Baden-Württemberg), aus denen sich eine insgesamt gute Prozess- und Ergebnisqualität hinsichtlich der stationären Versorgung ableiten ließe. Unklar sei jedoch, wie die Zuweisung zu den drei stationären Versorgungs-Sektoren (akut psychiatrisch, somatisch oder Reha) erfolge. Wichtig wären Vergleiche zur Versorgungsqualität hinsichtlich Diagnostik und Therapie zwischen den drei stationären Versorgungsstrukturen. Insgesamt sei aber eine relativ hohe Qualität der Versorgung und Leitlinienadhärenz festzustellen (ca. 85-90%).

- c) andere Versorgungssektoren und

Im Bereich der Rehabilitation existierten bereits Qualitätssicherungsprogramme. Die Versorgungslage sei als gut einzustufen.

d) deren Schnittstellen untereinander.

Mangels Existenz vergleichender Studien könnten verlässliche Aussagen zur Frage der „korrekten“ Überweisung („adäquates Überweisungsverhalten“) innerhalb und zwischen den unterschiedlichen Sektoren nicht getroffen werden, was zukünftig jedoch nach Ansicht von Herrn Prof. Härter anzustreben wäre. Er verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass diese Thematik auch bei der Leitlinienentwicklung sehr kontrovers behandelt worden sei. Das Kernproblem sei die Problematik, „wer in welcher Form wie und bis wann behandelt und ab wann, gemessen am Schweregrad, eine Über- oder Einweisung in die nächste Versorgungsstufe erfolgen müsse“. Über Behandlungserfolge im Vergleich der unterschiedlichen Sektoren sei zu wenig bekannt.

Auf Nachfrage, inwieweit ein Defizit der „aufsuchenden Dienste“ zu verzeichnen sei, erläutert Prof. Härter, dass dies für die Depression wohl weniger gravierend (da nicht so relevant wie z.B. bei schweren psychotischen Erkrankungen) sei.

Weiterhin wird die Bedeutung der Berücksichtigung von Patientenpräferenzen erfragt. Dies sei grundsätzlich wichtig und trage unter dem Aspekt der Compliance und Therapiemitarbeit zu verbesserten Behandlungsergebnissen bei. Die Patientenpräferenzen könnten jedoch ggf. mit der therapeutischen Ausrichtung und dem Angebot des gewählten oder zugewiesenen Arztes/Therapeuten nicht konform gehen und somit ggf. auch zu wenig Berücksichtigung finden.

Insgesamt gäbe es bedauerlicherweise sehr wenige Untersuchungen zu Patientenpräferenzen, was jedoch sehr begrüßt würde.

Auf die Nachfrage des Umgangs mit dem Wunsch (der Patientenpräferenz) nach „alternativen“ Therapiemethoden erklärt Herr Prof. Härter, dass hier insbesondere phytotherapeutische Verfahren im Vordergrund stehen. Johanniskraut z.B. habe Wirksamkeit und Nutzen in Studien mit hoher Evidenz gezeigt und wurde auch in die S3-Leitlinie aufgenommen (unter Beachtung der Nebenwirkungen).

2. Wo sehen Sie eine

a) besonders gute/adäquate Versorgungslage,

Akut psychiatrische und akut psychosomatische Kliniken wiesen eine relativ gute Versorgung und hohe Leitlinienadhärenz bzgl. einer Pharmakotherapie (etwa 90%) auf.

Im Bereich der Rehabilitation könne ebenfalls von einer weitgehend guten Versorgung ausgegangen werden, was durch eine gute Prozess- und Ergebnisdokumentation im Reha-Bereich belegt sei.

Um für den ambulanten Sektor Aussagen treffen zu können, sei die Studienlage nicht ausreichend. Systematische Qualitätssicherungsprogramme mit der Ableitung von belastbaren Prozess- und Ergebnisindikatoren existierten derzeit nicht, es seien aber dahingehende Anstrengungen unternommen worden (s. Vorschlag zu QIs in der S3-/NV-Leitlinie und QI-Programm der KBV).

b) wo Defizite hinsichtlich Fehl- Unter- und Überversorgung?

In Ergänzung der obigen Ausführungen weist Herr Prof. Härter auf zu lange Wartezeiten, einerseits für eine ambulante Psychotherapie bzw. nervenärztliche Behandlung (=Problem der Hausärzte im Hinblick auf notwendige Überweisung in die fachspez. Behandlung), andererseits für die stationäre Versorgung hin. Aufgrund der langen Latenzzeiten bis zur stationären Versorgung könne eine Besserung der Erkrankung auch auf der „Warteliste“ eintreten (andererseits sich andere Patienten weiter verschlechtern!). Konsequenz wäre eine erneute Prüfung der Indikationsstellung insbesondere zur stationären Versorgung sowie die zugrundeliegende Einstufung des Schweregrades (stationäre Behandlungsbedürftigkeit) vor Aufnahme (wenn lange Wartezeit bestanden hat). Ggf. sei die akute Situation gebessert, so dass möglicherweise eine ambulante Behandlung ausreichend und auch zielführender und somit „stationäre Überversorgung“ vermieden werden könne.

Die Wartezeiten/Wartelisten für die stationäre Versorgung könnten ggf. durch stärkeren „Abfluss“ aus der stationären in die ambulante Versorgung, d.h. durch frühere Entlassung von noch nicht vollständig remittierten, aber gut gebesserten Patienten verkürzt werden, wobei gute ambulante Netze und Strukturen hierzu Voraussetzung sind. Darüber hinaus könne auch eine stärkere Fokussierung der Kliniken auf chronifizierte Patienten die Wartezeiten für eine hier notwendige stationäre Versorgung abbauen.

Es sei ein Trend in den stationären Einrichtungen erkennbar, dass chronifizierte Depressionen zunehmen. Chronisch Erkrankte müssten stationär behandelt werden, wenn sie von der ambulanten Versorgung nicht mehr profitieren könnten. Über die Ursachen der Zunahme (ggf. auch beschleunigten) von chronifizierten Depressionen sei wenig bekannt.

Wenn man die S3-Leitlinie (oder z.B. das SV-Gutachten 2000/2001) zugrunde legt, würden die genannten Aspekte einer möglichen Über-, Unter- und Fehlversorgung in Deutschland deutlich.

Auf Nachfrage, ob Aspekte der Anschlussversorgung nach stationärem Aufenthalt eine Bedeutung hätten, erläutert Herr Prof. Härter, dass hierzu wenige systematische Untersuchungen bekannt seien. Zur Verifizierung eines nachhaltigen Behandlungserfolgs biete sich z.B. eine 12-Monats-Katamnese an. Um den Übergang zur ambulanten Nachbehandlung zu stärken, sei eine frühzeitige persönliche Kontaktaufnahme des Arztes mit dem ambulanten Nachbehandler erforderlich. Dies sei etwa in Universitätskliniken praktizierter Standard. Insbesondere wegen der poststationären suizidalen Gefahren sei eine direkte Kontaktaufnahme mit der ambulanten Weiterbehandlung und der Sicherstellung, dass der Patient in den ambulanten Versorgungsstrukturen und Netzen „angekommen“ ist, von großer Bedeutung. Kurze Arztbriefe bei Entlassung des Patienten (auch ein Standard guter therapeutischer Praxis in Fachkliniken) sind an dieser Schnittstelle z.B. hilfreiche Instrumente.

c) Was sind die Gründe dafür? (Patienten- und/ oder behandlerseitig, Stigmatisierung, Unwissenheit, mangelnde Weiterbildung etc.?)

Auf die Ausführungen unter II. 2. c) kann verwiesen werden.

3. Wie sehen Sie den Zusammenhang zwischen Depression und

a) Arbeitsunfähigkeit sowie

Es bestünde ein Zusammenhang zwischen zunehmender AU, Berentung und zunehmender Depression. Die Gründe hierfür seien vielfältig, zur Klärung kausaler Zusammenhänge sei allerdings keine ausreichende Datenlage vorhanden (eher Hinweise aus unterschiedlichen Datenquellen). Nach neueren Zahlen aus dem BG-Survey stehe zu vermuten, dass die „wahre“ Prävalenz nicht gestiegen ist. Tendenziell könne der Grund u.a. in der verbesserten Erkennensrate bzw. dem offeneren Umgang der Patienten und Behandler liegen. Ergänzend weist Herr Prof. Härter darauf hin, dass die Effekte einer Krankschreibung (AU) auf die Behandlungsergebnisse bislang nicht geklärt und die Datengrundlage rudimentär sei.

b) Berufsunfähigkeit?

Vgl. Ausführungen unter III. 3. a).

c) Welche Zahlen sind zugrunde zu legen? Welche Bedeutung ist dem beizumessen?

In Ergänzung zu obigen Ausführungen sei mit einer weiter steigenden Zunahme der Prävalenzen (i.S. Krankschreibungen, Berentungen) zu rechnen.

Die steigenden Anforderungen und Belastungen am Arbeitsplatz ziehen wahrscheinlich eine weitere Zunahme von Depressionen nach sich.

4. Wie schätzen Sie die Datenlage in Bezug auf die vorherigen Fragen bzw. Aussagen

a) hinsichtlich Validität und Reliabilität ein?

Insgesamt sei die Datenlage – mit Ausnahme der Studien zum stationären Sektor – als tendenziell schlecht (bzgl. kausaler Zusammenhänge) einzustufen.

b) Welche wissenschaftlichen Erkenntnislücken sind zu verzeichnen?

Es bestünden massive Erkenntnislücken vor allem im ambulanten Bereich. Man wisse kaum etwas über Krankheitsverläufe depressiver Patienten, deren Versorgung und die Qualität der Behandlung. Insbesondere sei unklar, ob und zu welchem Grade insbesondere im ambulanten Bereich eine leitlinienorientierte Versorgung etabliert sei.

Die Umsetzung und Ergebnisse einer evidenzbasierten, leitlinienorientierten Versorgung werde ab 2011-2014 im Rahmen eines BMBF-Modellprojekts (Netzwerk Psychische Gesundheit in Hamburg) untersucht. Wichtig seien in diesem Zusammenhang ähnliche Initiativen in anderen Regionen, um einen Gesamtüberblick zu erhalten.

c) Wo besteht weiterer Bedarf an Versorgungsforschung?

Die Münchener/Leipziger Bündnisse seien nach Abschluss des BMBF-Projekts „Kompetenznetz Depression, Suizidalität“ nicht weiter evaluiert und beforscht worden. Die sei ggf. angezeigt. Insgesamt bestünde erheblicher Bedarf an weiterer Versorgungsforschung.

5. Welche Lösungsansätze sehen Sie zur Überwindung möglicher Defizite in der Versorgungslage?

Versorgungsstudien könnten Aufschlüsse über die Über-, Unter- und Fehlversorgung im Hinblick auf die schweregradbezogene Behandlung geben. Hier sei insbesondere ein Settingvergleich anzustreben, der auch eine Meta-Betrachtung der laufenden IV-Verträge zur Indikation Depression mit einbeziehen sollte.

Eine Förderung der systematischen Diagnoseklassifizierung sei in besonderem Maße angezeigt, um die Schweregrade einzustufen und die leitlinienkonforme Behandlung daraus abzuleiten.

Zudem sei eine systematische Überprüfung der Leitlinienimplementierung im Rahmen von weiteren Modellvorhaben insbesondere bezogen auf die hausärztliche Versorgung (ähnlich wie im Rahmen des Hamburger Projekts mit randomisiert kontrollierten Studien) zu initiieren und die Weitergabe der dabei gewonnenen Erkenntnisse an andere Regionen vorzubereiten.

Die Fort-, Weiter- und Ausbildung der Ärzte sowie aller anderen Gesundheitsberufe sei von besonderer Bedeutung für die Umsetzung einer erreichbaren leitlinienkonformen Versorgung. Im Rahmen der universitären Ausbildung sollten allen Ärzten umfassende Kenntnisse und Fertigkeiten in Diagnose und Therapie der 10 wichtigsten Erkrankungen (Depression gehört dazu) vermittelt werden.

Auf Nachfrage, ob zunächst auf weitere Forschungsergebnisse gewartet werden müsse, um Defizite klarer zu erkennen, erläutert Herr Prof. Härter, dass die Defizite zum derzeitigen Zeitpunkt bereits hinreichend klar seien. Zu nennen seien insbesondere die Defizite beim Erkennen der Depression (Diagnostik), die unzureichende und inadäquate Information, Aufklärung und Einbeziehung von Patienten (begründet durch die teilweise Unwissenheit auf Behandlerseite), die Aspekte des Findens des „richtigen“ Behandlers („Zuweisungsproblematik“) sowie die Schnittstellenprobleme.

IV. Versorgungslage Prävention (einschließlich Suizidprävention)

1. Wie ist die Versorgungslage zur Prävention der Depression einschließlich Suizidprävention Ihrer Ansicht nach zu beurteilen? Dies in Bezug auf

Die Suizidprävention sei in der Versorgung mit entsprechenden Bündnisprogrammen (z.B. Nürnberger Bündnis etc.) auch europaweit bereits gut abgedeckt. Unklar seien jedoch die Effekte dieser Programme in dem Sinne, ob sie Suizide (empirisch nachgewiesen ist der Rückgang suizidaler Handlungen) tatsächlich verhindern. In Deutschland geht man von ca. 11.000 depressionsbedingten Suiziden per anno aus.

Anhand der Todesursachenstatistik ließe sich ableiten, dass die Suizidrate sinke, mindestens aber gleichbleibend sei. Gleichzeitig ist aus Post-mortem-Untersuchungen bekannt, dass die meisten Suizide auf depressiven Erkrankungen beruhen. Einen Rückschluss auf (sinkende) Zahlen depressiv Erkrankter ließe sich aber keinesfalls ziehen.

- a) den vertragsärztlichen Sektor,
- b) den Krankenhaussektor,
- c) andere Versorgungssektoren und

d) deren Schnittstellen untereinander.

2. Wo sehen Sie eine

- a) besonders gute/adäquate Versorgungslage,
- b) wo Defizite hinsichtlich Fehl- Unter- und Überversorgung?

In der Versorgung sei ein besonderes Augenmerk auf Risikopatienten zu richten, z.B. ältere, alleinstehende, chronisch kranke Männer. Ein Lösungsansatz sei hier das richtige und rechtzeitige Erkennen dieser Hochrisikopatienten (=regelmäßige Frage nach depressiven Symptomen bei Routineuntersuchungen z.B.).

3. Wie schätzen Sie die Datenlage in Bezug auf die vorherigen Fragen bzw. Aussagen

Die Todesursachenstatistik unterliege zwar gewissen Limitationen, weitere Datenerhebungen seien aber nicht erforderlich. Der Trend sei weiterhin anhand der Todesursachenstatistik zu beobachten, die dortigen Ergebnisse unterlägen bereits hinsichtlich gesellschaftlicher Entwicklungen gewissen Schwankungen. Aussagen über die Kausalität ließen sich hieraus nicht ableiten.

- a) hinsichtlich Validität und Reliabilität ein?
- b) Welche wissenschaftlichen Erkenntnislücken sind zu verzeichnen?
- c) Wo besteht weiterer Bedarf zur Versorgungsforschung?

4. Welche Lösungsansätze sehen Sie zur Überwindung möglicher Defizite in der Versorgungslage?

Im Rahmen von Präventionsprogrammen sei die Information und Aufklärung der Bevölkerung über die „Diagnose Depression“ in den Vordergrund zu stellen. Auch können Schulen in geeignete Informations- und Aufklärungsmaßnahmen einbezogen werden. Das „Hamburger Projekt“ werde hierzu hochwertige Informationsmaterialien entwickeln und zur Verfügung stellen.

Gibt es aus Ihrer Sicht noch weitere wichtige Aspekte, welche von den bisherigen Fragen nicht abgedeckt wurden?

Herr Prof. Härter wird gebeten, seine Vorstellungen von Verbesserungsmöglichkeiten zu erläutern. Er erinnert daran, dass aus seiner Sicht die Agenda unter Gesundheitsziele.de sehr gute Ansätze aufzeige und zu Synergien führen könne. Es bedürfe insoweit eine hohe Notwendigkeit, mit großer Durchsetzungskraft die vorgeschlagenen Maßnahmen „in die Hand zu nehmen“ und die Umsetzung der erkannten Handlungsfelder rasch anzustreben.

Die Expertenanhörung endet um ca. 13:30 Uhr.

gez. Dr. Dominik Roters
Sitzungsleitung

gez. Dr. Barbara Pietsch
Diana Schmidt
Protokollführung

ii. Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen, Technische Universität Dresden

Antworten zum Fragenkatalog: Professor Wittchen

Fragenkatalog Expertenanhörung im G-BA am 28. Oktober 2010 zum Thema Depression: Sitzungsvorbereitung AG Versorgungsorientierung/Priorisierung am 24.09.2010

Vorbemerkung:

Die folgenden Antworten beziehen sich auf Depressive Erkrankungen nach den Kriterien der DSM-IV-TR, die sich weitestgehend (Ausnahme: „leichtgradige depressive Episoden nach ICD (F32.0) werden nicht berücksichtigt) mit der ICD-10 decken. Es werden Major Depressive Störungen und Dysthymie (ICD F32.x, F33x, F34.1) abgedeckt. Depressionen die im Rahmen der bipolaren Störungen auftreten, werden ausgeschlossen.

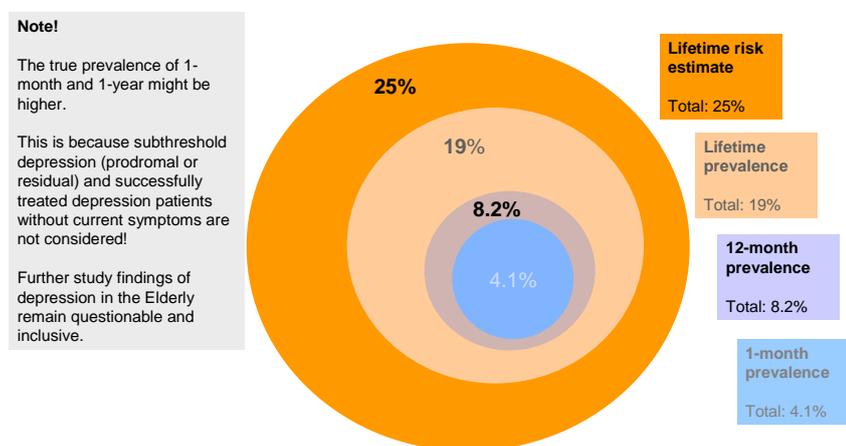
I. Häufigkeit/ Ursachen/ Charakterisierung der betroffenen Populationen

1. Wie häufig ist die Depression in Deutschland?

Allgemeinbevölkerung

- (i) Die Lebenszeitprävalenz (Daten 1998/9) von Depressionen in Deutschland beträgt 19% (Männer 11%, Frauen 23%; Bundesgesundheitsurvey; Jacobi et al., 2004). Berücksichtigt man aber Erinnerungseffekte in Studien, die die Lebenszeitprävalenz retrospektiv erheben sowie die Tatsache, dass die Probanden in epidemiologischen Studien auch noch in der Lebenszeit, die noch vor ihnen liegt, depressiv erkranken können (Lebenszeitrisiko), so ist der Anteil Betroffener noch deutlich höher einzuschätzen. Das Lebenszeitrisiko in der deutschen Allgemeinbevölkerung bis zum 65. Lebensjahr beträgt konservativ geschätzt 25%, d.h. 25% der Bevölkerung sind oder werden zumindest einmal in ihrem Leben von einer klinisch relevanten Depression betroffen sein. Internationale Studien, die die methodischen Einschränkungen retrospektiver Querschnittsstudien zur Schätzung des Lebenszeitrisikos explizit berücksichtigen, kommen allerdings zu deutlich höheren Raten bis 50% (Andrews et al., 2005, Kruishaar et al., 2005).

Depression ranks among the three most frequent mental disorders! Types of epidemiological estimates



Note!

The true prevalence of 1-month and 1-year might be higher.

This is because subthreshold depression (prodromal or residual) and successfully treated depression patients without current symptoms are not considered!

Further study findings of depression in the Elderly remain questionable and inclusive.

1. Wittchen et al. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(5):355-64.
 2. Wittchen & Jacobi. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005;15(4):357-76.
 3. Lieb et al. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005;15(4):445-52.
 4. Kessler et al 2005. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):617-27.

Wittchen & Jacobi 2005, BGS Wittchen et al 2005

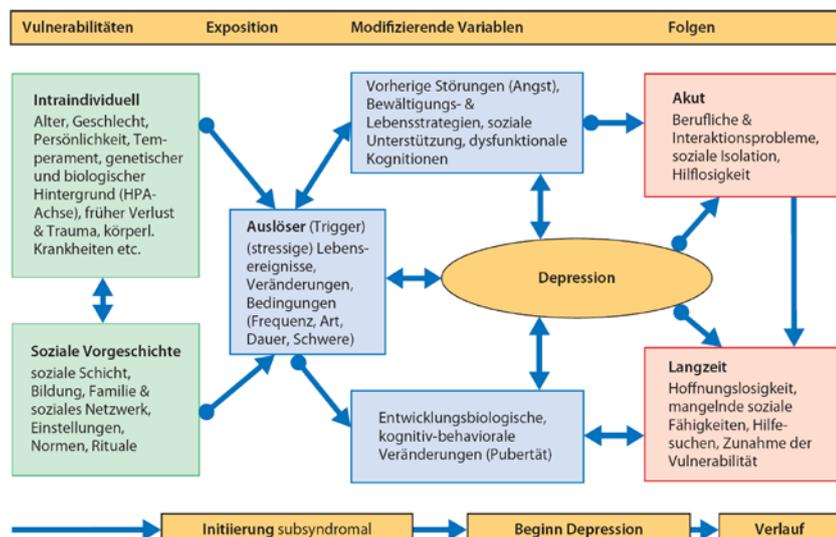
- (ii) Das für die Versorgungsplanung relevantere Maß ist die 12-Monatsprävalenz (Wie viel % der Bevölkerung waren in den letzten 12-Monaten betroffen?): Hier beträgt (Altersspanne 18-65) die 12-Prävalenz für eine Major Depression 8,2% (Männer 5,5%, Frauen 11%; Bundesgesundheitsurvey); der Median aller in der EU durchgeführten Studien beträgt 6.9% (Wittchen & Jacobi, 2005).
- Bei Jüngeren (<18) ist die Prävalenz mit 3-4% deutlich niedriger!
 - Bei Älteren (65+) sind die Ergebnisse nicht klar: Die Mehrzahl der Arbeiten zeigt niedrige Prävalenzen für MDD (ESEMED: 2-3,5%; Alonso et al., 2004). Allerdings gibt es viele Studien, die dies für einen Artefakt halten, insbesondere weil ein erneuter Peak an Neuerkrankungen (Inzidenz) im höheren Lebensalter wahrscheinlich ist (Andrews et al., 2005). Somit muss eher angenommen werden, dass die Prävalenz bei Älteren und Alten zumindest gleich hoch wie im jungen und mittleren Erwachsenenalter ist; hierzu läuft derzeit eine große EU-Studie (MentDis_ICF65+; PI: Martin Härter, HH).

Prävalenz in Versorgungseinrichtungen

Die querschnittliche 4-Wochenprävalenz in Versorgungseinrichtungen liegt mindestens 2-fach höher als die 4-Wochenprävalenz in der Allgemeinbevölkerung. Für die Hausarztpraxis ist aufgrund großer epidemiologischer Studien mit bis zu über 55.000 Patienten davon auszugehen, dass ca 10% unter einer Depression leiden (=10% aller zufällig ausgewählten Hausarztpatienten erfüllen die Kriterien einer Depression; Wittchen et al., 2002a; Pieper et al., 2008; Pieper et al., in press). Dies ist insbesondere deswegen von großer versorgungsrelevanter Bedeutung, weil Verlauf und Outcome körperlicher Erkrankungen bedeutend schlechter sind, wenn komorbide depressive oder andere psychische Störungen vorliegen (z.B. Baune et al., 2007). Gleichermaßen hohe oder sogar höhere Raten werden für neurologische Patienten (Parkinson: Riedel et al., 2006; Riedel et al., 2010), Demenz und Multiple Sklerose (Beiske et al., 2008) berichtet.).

a) Was sind die Risikofaktoren?

Neben dem schon oben angesprochenen Geschlechtsunterschied sowie etwas höheren Raten in sozial benachteiligten Gruppen, gibt es sehr viele Faktoren, die statistisch und labortechnisch gesichert, eine Rolle spielen.



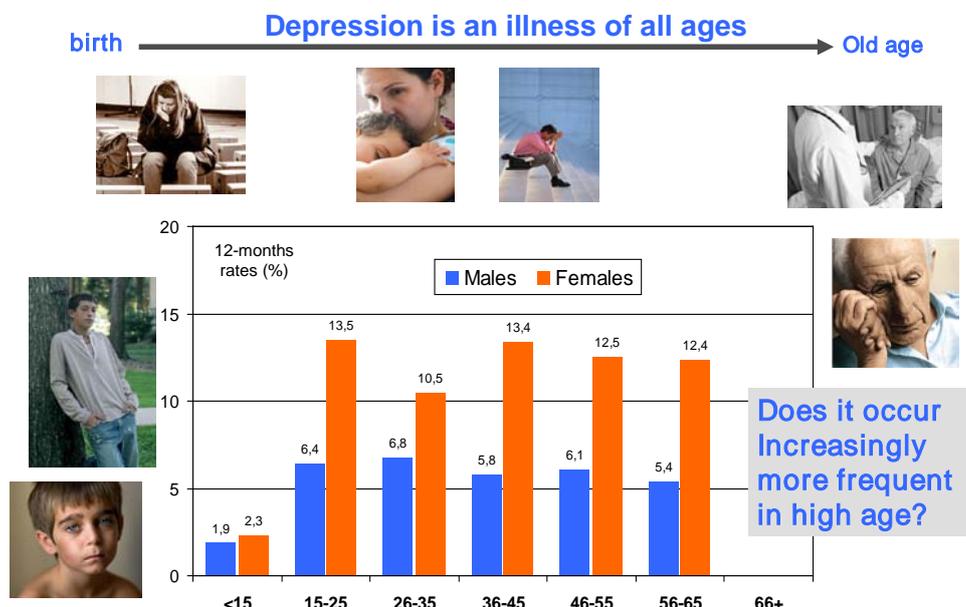
Zur Übersicht siehe vom RKI herausgegebene Gesundheitsberichterstattung des Bundes zur Depression (Wittchen et al., 2010) zu genetischen/familien-genetischen Faktoren, neurobiologischen Aspekten, psychosozialen Belastungsfaktoren, Persönlichkeitsfaktoren, oder auch körperlichen Erkrankungen. U.a. besonders ausgeprägt ist z.B. der Risikofaktor Vorliegen von Depressionen in der Familie (Lieb et al., 2002) oder vorausgehende Angststörungen (Beesdo et al., 2007).

b) Welche ätiologischen Zusammenhänge bestehen?

Im Rahmen der komplexen ätiologischen Bedingungsmodelle spielen die o.g. Faktoren nicht nur für sich, sondern auch in ihrer Interaktion eine Rolle. Z.B. im Sinne von Vulnerabilitäts- (z.B. familiäre Belastung + frühe Traumata + Geschlecht) und Risiko-faktoren (z.B. schwerwiegende Lebensereignisse). Hierbei gibt es sehr vielfältige und variable Zusammenhänge und offensichtlich sehr viele und altersbezogen sehr unterschiedliche Assoziationen (zur Übersicht siehe Wittchen et al., 2010).

c) Welche Populationen sind besonders betroffen? (Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status etc.)

- (i) Frauen sind insgesamt doppelt so häufig wie Männer betroffen; dieser Geschlechts-unterschied zeigt sich ab dem 12. Lebensjahr. Im höheren Alter (65+) wird wieder von einer Angleichung des Geschlechtsunterschieds ausgegangen. Aber beachte: die Dynamik der Ersterkrankung hat sich in den letzten 20 Jahren verändert. Jüngere (10-30-Jährige) sind seit den 90er Jahren offensichtlich häufiger von Depressionen betroffen, und das mittlere Erkrankungsalter hat sich von einem mittleren Ersterkrankung von 22 auf 17 Jahre verringert (Mauz & Jacobi, 2008). Abbildung 1 zeigt die entsprechenden Geschlechts- und Altersverteilungen.



- (ii) Angehörige aus den unteren und ökonomisch schlechter gestellten Bevölkerungsgruppen haben eine höhere Prävalenz (z.B. Mauz & Jacobi, 2008); allerdings ist diese möglicherweise eher Ausdruck dafür, dass sie mehr Risikofaktoren aufweisen, und eine schlechtere Prognose haben (mehr Episoden, längere Episoden).

- (iii) Körperlich Kranke, Hospitalisierte und Heimbewohner insbesondere wenn eine Grunderkrankung vorliegt, die mit Schmerz und Leiden einhergeht (z.B. Baune et al., 2007).
- (iv) Kinder von Eltern mit psychischen Störungen (z.B. Lieb et al., 2002)
- (v) An Angst- und Suchtstörungen Erkrankte (z.B. Bronisch et al., 1998)

2. Wie schätzen Sie die Datenlage in Bezug auf die vorherigen Fragen bzw. Aussagen hinsichtlich Validität und Reliabilität ein?

- a) Welche wissenschaftlichen Erkenntnislücken sind zu verzeichnen?**
- b) Wo besteht weiterer Bedarf an epidemiologischer Forschung?**

Die obige Datenlage ist zwar nicht mehr ganz aktuell (Studien zumeist 1995-2005), sodass aktuelle Trends nicht optimal abgebildet werden, aber die methodische Qualität schätze ich außerordentlich hoch ein (standardisierte Instrumente, gutes sampling, gute power)! Perspektivisch wird der DEGS des RKI und die gekoppelte – von uns durchgeführte „Zusatzuntersuchung psychische Gesundheit“ (Jacobi et al., 2010) – ab 2012 diese Aktualitätslücke füllen können. Jedoch ist diese Zusatzuntersuchung bislang weder von der Gesamt-Auswertung noch von vertiefenden Auswertungen nach Gruppen derzeit finanziert.

Defizite bestehen insbesondere in den Bereichen:

- Morbidität bei Migranten (Bermejo et al., 2010; Schouler-Ocak et al., 2010)
- Versorgungsepidemiologie (Häufigkeit in Krankenhäusern, ausgewählten Krankheitsgruppen, sowie Behandlungsraten (Schneider et al., 2005)
- Depression im höheren Alter (65+; vgl. z.B. Riedel-Heller et al., 2006)
- Daten zum Ausmaß der Unterversorgung nach Relevanten Teilgruppen (wie viele wurden erkannt, wie viele behandelt, wie viel adäquat behandelt?)
- Barrieren im Hilfesuchverhalten und Therapie (Wittchen & Jacobi, 2001)

3. Welche Definitionen/ Klassifikationen der Depression haben sich geändert und welche Auswirkungen hatte dies?

Die Definitionskriterien haben sich seit 1980 kaum verändert, auch die diagnostischen Methodenstandards sind gleich geblieben. Auch für die kommende ICD-11 und DSM-V (2012) sind keine gravierenden Änderungen zu erwarten.

II. Versorgungslage Diagnostik

- ### **1. Wie ist die Versorgungslage zur Diagnostik der Depression Ihrer Ansicht nach zu beurteilen? Dies in Bezug auf**
- a) den vertragsärztlichen Sektor,**
 - b) den Krankenhaussektor,**
 - c) andere Versorgungssektoren und**
 - d) deren Schnittstellen untereinander.**

Die Diagnostiklage ist offensichtlich defizitär in allen Bereichen. (Indikator: Nahezu 50% aller eindeutigen Depressionen in der Bevölkerung werden weder ärztlich diagnostiziert noch behandelt!).

Eine qualitätsgesicherte state-of-the-art Diagnostik findet nur selten statt. In der Routineversorgung wird bestenfalls ein Screening mit Fragebögen durchgeführt, aber eine sorg-fältige Depressions- und Differentialdiagnostik findet bestenfalls im Sinne eines klinisch-intuitiven Eindrucksprozesses statt (Wittchen & Pittrow, 2002; Jacobi et al., 2002). Screening alleine ist zwar sensitiv, aber überschätzt offensichtlich gravierend die wahre Prävalenz der typischen Depression (MDD und Dysthymie): Demoralisierungssyndrome infolge von somatischen und anderen zugrunde liegenden psychischen Erkrankungen, z.B. Angststörungen, somatoforme Störungen und Suchterkrankungen werden somit als „Depression“ häufig „fehl-diagnostiziert“ (Höfler & Wittchen, 2000; Wittchen et al., 2001)! Die Konsequenzen dieses letztgenannten Mangels sind mangelhaft untersucht! Insbesondere ist unbekannt, inwieweit z.B. Antidepressiva überhaupt bei diesen „möglicherweise fehldiagnostizierten Depressionen“ als Methode der Wahl anzusehen sind. Ich persönlich vermute, dass dieses Manko ein Grund für häufige und letztlich vermeidbare Chronifizierungsprozesse ist.

In Folge dieses Diagnosequalitäts-Mangels sind auch die Schnittstellen (Zu- und Überweisungsprozesse zwischen den Sektoren) mangelbehaftet.

2. Wo sehen Sie eine

a) besonders gute/adäquate Versorgungslage,

b) wo Defizite hinsichtlich Fehl- Unter- und Überversorgung?



Depression – course and impairment

- Depressive illnesses can occur in milder or very severe forms, are often episodic (about 1/3); and can be recurrent (1/3) or even chronic (1/3)
 - single episode 
 - Recurrent episodes 
 - Chronic 
- Depression burden: prevalence x duration x impairment, adverse effects
 - 50% of depressive episodes remit within 3 months, severe and comorbid depression: 7 months, „the longer the episode - the lower the probability of remission“
 - Acute impairment/ disability in episode, Impairment/disability persists often beyond the depressive episode. Academic und work failure or underperformance, unemployment, among the leading causes for early retirement and disability
 - suicide attempts, suicide and other reasons of premature mortality
- Intervention goals: Reduce severity and length of episode AND prevent further episodes

Wittchen & Jacobi. Eur Neuropsychopharmacol. 2005;15(4):357-76. Spijker et al 2001, Wittchen & Kessler 2002)

Ich habe den Eindruck, dass in einigen Regionen mit Koordinationsinitiativen durchaus inzwischen adäquate Versorgungsstrukturen und -abläufe etabliert sind (z.B. Nürnberger Aktionsbündnis; Althaus et al., 2007), wenn man den Indikatoren (z.B. niedrigere Suizid-rate) und Publikationen Glauben schenkt. Ansonsten findet sich ein bunter Mix von Unter-, Fehl- und Mangelversorgung (siehe unten unter III. und IV.). Dies zeigt sich auch an den epidemiologischen Befunden, die aufzeigen, dass:

- jeder 2. Depressionsfall gar nicht erkannt und behandelt wird (Wittchen et al., 2003) und
- nur bestenfalls jede 2. Depressionsbehandlung halbwegs adäquat ist (z.B. weniger als 3 Arztkontakte, Medikamente nur wenige Wochen lang, Unterdosierung, Einsatz von Medikamenten, für die keine Indikation besteht etc.; Wittchen & Pittrow, 2002; Jacobi et al., 2002).
- Allerdings sind die Erkennungsraten seit den ersten Studien der WHO zu Depression und anderen psychischen Störungen in der primärärztlichen Praxis (Ende 1980er/Anfang 1990er Jahre; Üstün & Sartorius, 1995) immerhin etwas gestiegen, was vermutlich einer erhöhten ärztlichen Awareness in den letzten Jahren geschuldet ist.

c) Was sind die Gründe dafür? (Patienten- und/ oder behandlerseitig, Stigmatisierung, Unwissenheit, mangelnde Weiterbildung etc.?)

All diese Faktoren sind relevant, aber mangels empirischer Daten lassen sich nur wenig differenzierte Aussagen treffen. Eine Ursache auf Behandlerseite ist, dass existierende diagnostische Untersuchungsverfahren in der Praxis nicht angewendet werden, da sie einen Aufwand von ca. 15 Minuten erfordern, die nicht kosteneffektiv abgerechnet werden können. Auf Patientenseite kann angeführt werden, dass psychische Beschwerden häufig beim Arztbesuch gar nicht spontan genannt werden, was wiederum die ärztliche Diagnostik erschwert (z.B. Wittchen & Pittrow, 2002). Dies kann möglicherweise an einer Furcht vor Stigmatisierung oder auch Selbst-Stigmatisierung liegen (Rüsch et al. 2005); ferner wird mangelnde Kenntnis über psychische Störungen und deren Behandlung genannt (niedrige „mental health literacy“; Jorm et al., 2006). Außerdem ist darauf hinzuweisen, dass trotz der großen gesellschaftlichen und versorgungsrelevanten Bedeutung psychischer Störungen im Allgemeinen und Depressionen im Besonderen der Anteil dieser Inhaltsbereiche in der medizinischen Aus- und Weiterbildung immer noch nur eine inadäquat marginale Rolle spielt.

3. Wie schätzen Sie die Datenlage in Bezug auf die vorherigen Fragen bzw. Aussagen

- a) hinsichtlich Validität und Reliabilität ein?
- b) Welche wissenschaftlichen Erkenntnislücken sind zu verzeichnen?
- c) Wo besteht weiterer Bedarf an Versorgungsforschung?

Die Datenlage ist fragmentarisch und wenig aussagekräftig. Es gibt viele regionale Studien, die mit höchst unterschiedlicher Qualität Stärken und Schwächen zeigen; die Daten und Befunde sind allerdings nicht generalisierbar. Es bedarf einer koordinierten Versorgungsforschung und regelmäßigem Monitoring (Raspe et al., in press), s.u. bei III. und IV.

4. Welche Lösungsansätze sehen Sie zur Überwindung möglicher Defizite in der Versorgungslage?

s.u. bei III. und IV..

III. Versorgungslage Therapie/ Rehabilitation

1. Wie ist die Versorgungslage zur Therapie/ Rehabilitation der Depression Ihrer Ansicht nach zu beurteilen? Dies in Bezug auf den vertragsärztlichen Sektor den Krankenhaussektor, andere Versorgungssektoren und deren Schnittstellen untereinander.

a) vertragsärztlicher Sektor

- (i) Unterversorgung Nervenärzte (Berger, 2004) im nicht-großstädtischen Bereich: Während in großstädtischen Regionen, vor allem solchen mit Universitäten und Weiterbildungseinrichtungen oft zumindest infrastrukturell eine gute Versorgung besteht, gibt es den meisten ländlichen und mittelstädtischen Regionen zumeist extreme Lücken; es fehlen aufgrund nicht-besetzter Kassensitze vor allem Psychiater, Nervenärzte und ärztliche Psychotherapeuten. Selbst schwerst kranke mit chronischen Depressionen werden oft wegen dieses Mangels jahrelang von Hausärzten „behandelt“, die sich massiv überfordert fühlen (siehe Depression 2000; Wittchen & Pittrow, 2002; Wittchen et al., 2003).
- (ii) Gravierende Unterversorgung „Psychologische Psychotherapeuten“ mit Ausnahme der Regionen, in denen sich Ausbildungsinstitute befinden. Allerdings beachte man die Einschränkungen, s.u. zur Rolle der Psychotherapeuten in der Depressionsbehandlung. (Sollmann, 2007)
- (iii) Kombinationstherapie (Antidepressiva und Psychotherapie als Methode der Wahl) kann vielerorts wegen fehlender Schnittstellen, inadäquater Zuweisungsmechanismen (z.B.: wenn ein Arzt schnell eine akute Depression in eine Psychotherapie zuweisen möchte (Kapazität, Wartelisten, mehrmonatige Verzögerung auch wegen Gutachterverfahren)) oder fehlender Behandler-Ressourcen nicht gesichert werden
- (iv) Mangelnde Bedarfsgerechtigkeit: Die Bedarfsplanung im Bereich Psychotherapie schreibt regionale Diskrepanzen in der Psychotherapeutendichte von bis zu 1:9 fest (bezogen auf die reale GKV-Leistungserbringung evtl. sogar noch größere Unterschiede). Auch wenn psychische Störungen in ländlichen Gebieten tendenziell weniger prävalent als in Großstädten sind, sind derartige Ungleichverteilungen keinesfalls durch epidemiologische Befunde zu rechtfertigen!
- (v) Insbesondere im Kinder- und Jugendbereich sind Lücken zu verzeichnen; so gibt es z.B. in ganz Deutschland nur etwa 750 zugelassene Kinder- und Jugendpsychiater.
- (vi) Es ist z.T. unklar, wie wirksam bzw. effektiv zugelassene Behandlungsmaßnahmen wirklich sind (ungünstigere Outcomes in Metaanalysen als früher angenommen, insbesondere bei weniger schweren Fällen; z.B. Fournier et al., 2010; Cuijpers et al., 2008). Entgegen der aktuellen Beschlüsse des BMG sind hier im Grunde auch Nutzenbewertungen bereits zugelassener Medikamente und ggf. auch psycho-therapeutischer Interventionen zu fordern.

b) Krankenhaussektor

- (i) Das Fehlen hinreichender ambulanter Strukturen führt ganz offensichtlich zu letztlich vermeidbarer kostenintensiver stationärer Hospitalisierung besonders im ländlichen Bereich (Fehlallokation). Insofern könnte man – auch unter Berücksichtigung der internationalen Referenzdaten – eine Überversorgung im stationären Bereich unterstellen. Es wird gravierend häufiger als international in Deutschland stationär (3-fach höher als EU Durchschnitt)

eingewiesen und dann oft sehr lange (zu lange) behandelt. Allerdings ist diese „Übersorgung“ stationär offensichtlich eine klinische Notwendigkeit angesichts der fehlenden ambulanten Ressourcen. (Schneider et al., 2004)

- (ii) Die Kontinuität stationär zu ambulant ist defizitär (im Mittel: 6 Wochen-Lücken zwischen Entlassung und Aufnahme der ambulanten Therapie).
- (iii) Vermutlich wird im stationären Bereich zu wenig Psychotherapie angeboten – um dies genauer zu bewerten, fehlt allerdings die erforderliche Transparenz im System. Evtl. werden allerdings neue Kodierungs- und Entgeltsysteme (OPS) zukünftig eine adäquatere Datenlage schaffen.
- (iv) Kontinuität der im Krankenhaus eingesetzten Methoden ist im dann folgenden ambulanten Bereich nicht gesichert.

c) Andere Versorgungssektoren

- (i) Sehr versorgungsrelevant und gut untersucht ist der Bereich der (stationären) Rehabilitation (Schulz et al., in press).
- (ii) Unklar ist, in wie weit Personen mit Depressionen auch komplementäre Angebote (einschließlich verschreibungsfreier Medikamente) in Anspruch nehmen; angesichts mangelnder Wirksamkeitsnachweise wäre eine Nicht-Inanspruchnahme etablierter ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung zugunsten solcher komplementärer Angebote allerdings problematisch.

d) Schnittstellen

s.o.: Übergänge zwischen den Sektoren, aber auch innerhalb des ambulanten Bereichs (niedergelassene Nervenärzte und Psychotherapie) durchwegs mangelhaft; Behandlungspfade (insbesondere bei schwereren bzw. lang andauernden Fällen) schlecht untersucht aber vermutlich i.d.R. schlecht gesteuert.

2. Wo sehen Sie eine

a) besonders gute/adäquate Versorgungslage,

Es ist von der Datenlage her unklar, in wie weit es überhaupt Regionen gibt, in denen Depressionen adäquat oder sogar überversorgt werden. Einzelne Beispiele wie etwa Freiburg (mit einer Dichte von ca. 1:1000 mehr Psychotherapeuten als Hausärzte!) bilden die Ausnahme; es ist aber unklar, in welchem Umfang die einzelnen dort Niedergelassenen wirklich an der Versorgung zu Lasten der GKV teilnehmen, so dass selbst dort die Annahme einer guten/adäquaten Versorgung nicht gesichert ist.

b) wo Defizite hinsichtlich Fehl- Unter- und Überversorgung?

Eher gibt es Hinweise auf Unter- und Fehlversorgung (z.B. Wittchen & Jacobi, 2001; Berger, 2004) angesichts

- (i) niedriger Behandlungsraten (nur etwa 50% der Depressiven geben an, jemals eine auch nur minimale Intervention für psychische Probleme vom Gesundheitssystem erhalten zu haben – allerdings ist dieser Wert immer noch höher als im Bereich anderer psychischer Störungen wie z.B. Suchtstörungen mit Behandlungsquoten von unter 30%). Beispiel zur Richtlinienpsychotherapie aus einem Gesundheits-report (GEK, 2007): knapp 28% der 1,5 Mio. Versicherten wurden im Jahr 2006 mit mindestens eine Diagnose aus dem F-Kapitel der ICD-10 geführt, aber lediglich bei 3% der Diagnoseträger war 2006 auch eine Psychotherapie beantragt worden; für

den Zeitraum von 2000-2006 waren es insgesamt 10% (GEK, 2007; vgl. Jacobi & Hoyer, 2008). Angesichts der guten Belege für Wirksamkeit und Effektivität psycho-therapeutischer Verfahren scheint hier offensichtlich ein Missverhältnis zu bestehen.

- (ii) langer, oft mehrmonatiger Wartezeiten (sowohl bei Nervenärzten als auch bei Psychotherapeuten), Hinweise auf häufige Abweisung von Fällen durch Psycho-therapeuten (Zepf et al., 2001; aktuelle Datenlage unklar)
- (iii) mangelhafter Angebotslage im Kinder- und Jugendbereich (s.o.) sowie betreffs Einbezug von Angehörigen und Umfeld in die Behandlung.
- (iv) Psychotherapie im höheren Lebensalter findet praktisch nicht statt – allerdings steigen die Verschreibungen von Antidepressiva im höheren Lebensalter kontinuierlich an.
- (v) Kosten-effektive (im Sinne von Anzahl Patienten/Behandler) gruppentherapeutische Angebote gibt es fast ausschließlich im stationären Sektor.
- (vi) Es ist nicht so, dass Betroffene mit Depressionen insgesamt weniger medizinische Behandlung erfahren als nicht-Betroffene: ebenso wie Personen mit Angst- oder somatoformen Störungen weisen sie eine deutlich höhere Anzahl an Arztbesuchen etc. auf als Personen ohne psychische Diagnosen (Baune et al., 2007; Wittchen & Jacobi, 2001) und zählen z.T. zu den „High Utilizern“ – allerdings erhalten sie oft keine spezifische Depressionsbehandlung, sondern verbleiben im organmedi-zinischen Bereich.

c) Was sind die Gründe dafür? (Patienten- und/ oder behandlerseitig, Stigmatisierung, Unwissenheit, mangelnde Weiterbildung etc.?)

In Ergänzung zu unter II. (Diagnostik) bereits genannten Gründen kann hier noch angeführt werden:

- (i) Mangelnder Rückgriff auf Behandlerseite auf evidenzbasierte Maßnahmen und Behandlungsketten – die aktuelle Einführung nationaler Versorgungsleitlinien zur Depression (S3-Leitlinie Unipolare Depression 2009: www.depression.versorgungsleitlinien.de) ist prinzipiell vielversprechend (insbes. wegen ihrer Differenzierung hinsichtlich Schwere- und Chronifizierungsgraden sowie der expliziten Indikationen bei mangelndem Erfolg eines First Line Treat-ments), ob aber deren Implementierung adäquat erfolgt, bleibt abzuwarten bzw. zu prüfen.
- (ii) Die Anreizsysteme sind unzureichend/inadäquat! So gibt es keine Anreize, schnell, leitlinienkonform und intensiv die schwer depressiv Erkrankten ambulant zu behandeln. Auch gruppentherapeutische Angebote, mit denen potenziell mehr Betroffene erreicht werden könnten, „lohnen“ sich für den ambulanten Behandler nicht. Ebenfalls ist der Einbezug von Angehörigen bzw. Paar- und Familieninter-ventionen in der regulären primärärztlichen, nervenärztlichen und psychotherapeutischen Praxis kaum vorgesehen und hängt zumeist vom individuellen Engagement und Weiterbildungsstand des Behandlers ab; angesichts zunehmender empirischer Fundierung bzw. positiver Evaluationen von systemischen Verfahren (insbesondere wenn die drop-out-Raten in Wirksamkeitsstudien sowie Kosten-faktoren mit berücksichtigt werden, z.B. Leff et al., 2000) werden hier Behandlungspotenziale verschenkt. Richtlinienpsychotherapeutische Regelungen sind z.T. hinderlich bzw. unflexibel (z.B. Antragsverfahren, Festlegung auf bestimmte Behandlungsumfänge und -formate, Genehmigung bei Therapieziel Erhaltung bzw. Nicht-Verschlechterung fragwürdig). Ferner sind im Primär- und Nervenärztlichen Bereich darüber hinaus Gesprächsleistungen schlecht abrechenbar, was eine adäquate ärztlich-psychotherapeutische bzw.

verhaltensmedizinische Behandlung sowie ein adäquates case-management erschwert.

- (iii) Angebotslage/Bedarfsplanung begünstigt Bedarfs-Ungerechtigkeit (s.o.).
- (iv) Patientenseitige Barrieren (z.B. Furcht vor Stigmatisierung, niedrige mental-health-literacy) sind bei bestimmten Gruppen besonders ausgeprägt (z.B. Ältere, Männer, Menschen mit Migrationshintergrund), für die spezielle Maßnahmen entwickelt werden sollten.

3. Wie sehen Sie den Zusammenhang zwischen Depression und

- a) Arbeitsunfähigkeit sowie**
- b) Berufsunfähigkeit?**
- c) Welche Zahlen sind zugrunde zu legen? Welche Bedeutung ist dem beizumessen?**

- (i) Markante Zunahme von Krankschreibungen und Erwerbsunfähigkeit: Seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) im Jahr 2004 entsteht aus wissenschaftlicher Perspektive mit der Zusammenführung der Daten bei den Krankenkassen ein erheblicher Informationszuwachs, der erstmals routinemäßige Auswertungsmöglichkeiten zur ambulanten Versorgung mit gut definierten Bezugspopulationen ermöglicht (Einschränkungen s.u.). Für den Bereich psychischer Störungen und hier für Depressionen im Besonderen ergeben sich – übergreifend über alle Kostenträger – dabei hinsichtlich Arbeitsunfähigkeits-tagen und Erwerbsunfähigkeit folgende Besonderheiten: a) Krankschreibungen aufgrund psychischer Diagnosen haben spätestens seit Mitte der 1990er Jahre deutlich zugenommen, und zwar b) entgegen einem allgemeinen Trend (d.h. Abnahme der AU-Tage in den meisten anderen Krankheitsgruppen). c) Die hohe Zahl der AU-Tage aufgrund psychischer Störungen beruht insbesondere auf einer hohen Zahl an AU-Tagen pro AU-Fall (höhere Werte gibt es hier nur bei Krebs-erkrankungen). d) Auch bei den Frühverrentungen ist der Anteil der psychischen Erkrankungen von etwa 22% im Jahr 1998 auf 36% im Jahr 2008 kontinuierlich angestiegen. e) Die indirekten Kosten durch Depressionen gehen übrigens weit über die Krankschreibungen hinaus: so ermittelten etwa Wang et al. (2004) in einer Studie im Dienstleistungsbereich, dass bei nicht krankgeschriebenen Depressiven die reduzierte Arbeitsleistung pro Monat 2,3 Abwesenheitstagen entspricht.
- (ii) Besonders eindrucksvoll ist auch der ungünstige Effekt psychischer Störungen (insbes. Depression) bei Krankschreibungen aufgrund körperlicher Erkrankungen (d.h. aufgrund anderer Diagnosekapitel als Kapitel F der ICD-10): dort liegt die Krankheitsdauer 3-fach höher, wenn zusätzlich eine komorbide F-Diagnose kodiert wurde (TK, 2008).
- (iii) Die Krankenkassen-Reports und andere administrative Daten sind allerdings insofern hinsichtlich der Validität eingeschränkt, als dass es sich hier um ärztliche Routinediagnostik und Kodierungspraxis handelt, deren Sensitivität und Spezifität z.T. fraglich ist (s.o. unter Abschnitt II.). Außerdem ist bei der jeweiligen Interpretation der Daten Vorsicht geboten: So wurde etwa in einem Report die Zunahme der Inanspruchnahme von Richtlinienpsychotherapie von 0,55% auf 0,88% der Versicherten zwischen 2000 und 2006 als dramatischer Anstieg um 60% zusammengefasst (und vernachlässigt dabei, dass es sich hier um einen Anstieg ausgehend von einer sehr niedrigen Basisrate handelt) und der Richtlinien-psychotherapie eine Nicht-Wirksamkeit unterstellt, weil die Therapierten im Zeit-raum nach Therapie bezüglich ihrer allgemeinen

Inanspruchnahme nicht auf das Niveau von Personen ohne psychische Störung gelangten (falsche Vergleichs-gruppe; Jacobi & Hoyer, 2008).

- (iv) Ob die Zunahme der Krankschreibungen einer realen Zunahme der Prävalenz oder eher einer veränderten Wahrnehmung und Verschreibungspraxis geschuldet ist, bleibt Spekulation, solange die entsprechenden Prävalenzen nicht auf dieselbe Weise in größeren Zeitabständen wiederholt gemessen werden. Derartige Wiederholungs-Surveys sind selten (weil ausgesprochen aufwendig), aber kurz zusammengefasst kann festgehalten werden, dass aufgrund der vorliegenden Studien dieser Art zumindest eine dramatische gesamtgesellschaftliche Zunahme unwahrscheinlich ist.
- (v) Es gibt allerdings Hypothesen und auch schon bereits prospektiv geprüfte Zusammenhänge zwischen (modernen) Arbeitsbedingungen und Depression gefunden haben (z.B. Arbeitsintensität/ Arbeitsverdichtung; Übersicht bei Rau et al., 2010).

4. Wie schätzen Sie die Datenlage in Bezug auf die vorherigen Fragen bzw. Aussagen

- a) hinsichtlich Validität und Reliabilität ein?**
- b) Welche wissenschaftlichen Erkenntnislücken sind zu verzeichnen?**
- c) Wo besteht weiterer Bedarf an Versorgungsforschung?**

Hier gilt dasselbe wie in Abschnitt II (Diagnostik): die Datenlage ist fragmentarisch und z.T. wenig aussagekräftig. Insbesondere bleibt unklar, welche Leistungen in welchem Umfang überhaupt erbracht werden (z.B. mangelnde Transparenz stationärer Kodierungen oder der Leistungsumfänge der einzelnen Psychotherapeuten, Unklarheit der Adäquatheit der real durchgeführten psychiatrischen und psychotherapeutischen Maßnahmen). Ansätze für Versorgungsforschung (vgl. Raspe et al., in press; Bramesfeld & Riedel-Heller, 2008) im Bereich der Depression sollten unserer Auffassung nach die Untersuchung von Inanspruchnehmern als auch Untersuchungen in der repräsentativen Allgemeinbevölkerung und damit auch betroffenen Nicht-Inanspruchnehmern (z.B. in epidemiologischen Studien wie DEGS) kombinieren!

5. Welche Lösungsansätze sehen Sie zur Überwindung möglicher Defizite in der Versorgungslage?

Aus den genannten Problemen lassen sich – in Ergänzung zu unter II. genannten Punkten – entsprechende Lösungsansätze ableiten:

- (i) Priorisierung des Prinzips, dass die Therapie der Depression in der Regel von einem fachspezifisch qualifizierten Behandler durchgeführt wird (Psychiater, Nervenarzt, Psychotherapeut).
- (ii) Empirisch fundierte Modifikation der Bedarfsplanung, die differenziert die tatsächlichen Ressourcen einer Region an die Anzahl der Erkrankten ermitteln und anpassen (Wie viele Psychiater/Nervenärzte und psychologische Psychotherapeuten in einer Region stehen tatsächlich für die Versorgung Depressiver in welchem Umfang zur Verfügung? Viele Nervenärzte/Psychiater weisen Schwerpunkte im neurologischen Bereich auf und haben keine Kapazität für eine qualitäts-gesicherte Therapie von

- Depressionen; dies gilt auch für psychologische Therapeuten, die aufgrund anderer diagnostischer Schwerpunkte bei Depressionen oft keine reale Versorgungskapazität haben!)
- (iii) In Verbindung damit eine Verbesserung von Steuerung und Zuweisung. Das heißt neben einer Unterstützung von Primärärzten bei Diagnostik und Indikation vor allem Verbesserung/Etablierung von zeitlich effektiven Überweisungs- und Zuweisungsmodellen, so dass z.B. der Hausarzt schnell eine Depressionstherapie an einen spezialisierten Psychotherapeuten oder Psychiater vermitteln kann (Integrierte Versorgung, Zuordnung von Psychiatern und Psychotherapeuten zu Hausärzten)
 - (iv) Implementierung o.g. Leitlinien (und Prüfung im Rahmen der Versorgungsforschung, ob die aktuelle Praxis in Bezug auf diesen Benchmark angemessen ist), insbesondere ihrer Schweregrad-Orientierung und der Strategie eines differenziellen Vorgehens
 - (v) Prüfung, ob überhaupt und wenn bei welchen Patienten eine „stepped care“ Strategie, bei der von Information/Psychoedukation und guided self-help ausgehend immer intensivere und spezialisiertere Interventionen angeboten werden, wenn ein Patient auf der jeweils niedrigeren Stufe nicht bzw. nur unzureichend anspricht, sinnvoll ist. Da stepped care Modelle in Deutschland in der Regel mit Behandlerwechsel einher gehen (z.B. Beratungsstelle, Hausarzt, Psychiater, Psychotherapeut), kommt es zu einer langen (mehrmonatigen) Behandlungszeit. Eine solche Strategie impliziert bei einer Depression ein erhebliches Chronifizierungsrisiko, abgesehen davon dass Behandlerwechsel für den Patienten belastend und der Gesamtprozess teuer und möglicherweise nicht kosteneffizient ist.
 - (vi) Flexiblere Strukturen (z.B. in der Richtlinienpsychotherapie: Entfall des Gutachterverfahren, Vermeiden von Wartezeiten, ggf. langfristige Formate, die eine Linderung der Beeinträchtigung bei chronischen Depressionen schaffen, auch wenn eine positive Prognose im Sinne von Anstreben einer Remission nicht gegeben sein sollte)
 - (vii) Aus- und Weiterbildung verbessern und leitlinienkonforme Behandlung implementieren (Anreizsysteme hierfür schaffen bzw. verbessern, auch für innovative Methoden der Qualitätssicherung, s.u.) ist offensichtlich nicht ausreichend. Die vorliegenden Daten zeigen, dass die wirksamsten Therapieoptionen in allen Sektoren zu selten effizient zum Einsatz kommen; hier braucht es meiner Meinung nach spezifisch Eingriffe und Kontrollprozesse, die die Umsetzung adäquater Qualitätsstandards kontrollieren und aktiv steuern.
 - (viii) Mehr Transparenz im Leistungsgeschehen (z.B. durch verbesserte OPS, Versorgungsstudie zum tatsächlichen Behandlungsgeschehen als Ergänzung zu administrativen Daten)
 - (ix) Nutzenbewertungen nicht nur für neue Behandlungsarten sondern auch bei bereits zugelassenen in der Praxis (Prozess- und Ergebnisqualität), auch bei längeren Behandlungspfaden.

IV. Versorgungslage Prävention (einschließlich Suizidprävention)

- 1. Wie ist die Versorgungslage zur Prävention der Depression einschließlich Suizidprävention Ihrer Ansicht nach zu beurteilen? Dies in Bezug auf**
 - a) den vertragsärztlichen Sektor,**
 - b) den Krankenhaussektor,**
 - c) andere Versorgungssektoren und**
 - d) deren Schnittstellen untereinander.**
- 2. Wo sehen Sie eine**
 - a) besonders gute/adäquate Versorgungslage,**
 - b) wo Defizite hinsichtlich Fehl- Unter- und Überversorgung?**
- 3. Wie schätzen Sie die Datenlage in Bezug auf die vorherigen Fragen bzw. Aussagen**
 - a) hinsichtlich Validität und Reliabilität ein?**
 - b) Welche wissenschaftlichen Erkenntnislücken sind zu verzeichnen?**
 - c) Wo besteht weiterer Bedarf zur Versorgungsforschung?**
- 4. Welche Lösungsansätze sehen Sie zur Überwindung möglicher Defizite in der Versorgungslage?**

[gesammelte Kommentare zu diesen Punkten]

Therapie/Rehabilitation wurden bereits oben adressiert, dennoch hier noch Ergänzungen speziell aus der Perspektive sekundärer und tertiärer Prävention:

- (i) Auf die besondere Stellung von vorausgehenden psychischen Störungen als wichtiger Risikofaktor für spätere Depressionen wurde bereits in Abschnitt I verwiesen – dies legt nahe, psychische Störungen früh zu entdecken und zu behandeln (im Sinne von „primary prevention of secondary disorders“). Wir haben berechnet, dass bei effektiver frühzeitiger Behandlung von Angststörungen (z.B. Schwangere, Mütter mit Kindern, Adoleszente mit Angststörungen) über 50% der Depressionen bis zum 30. Lebensalter verhindert werden könnten.
- (ii) Gerade bei einem Störungsbild wie der MDD mit oft ausgeprägt episodischem Verlauf ist tertiäre Prävention/Rückfallprophylaxe von großer Bedeutung und ein wichtiger Ansatzpunkt, die Zeit, die die Betroffenen mit ihrer Störung verbringen zu verkürzen. Das Ziel, durch Bereitstellung von vielen adäquaten Behandlungsangeboten die Gesamtprävalenz von Depressionen in der Bevölkerung zu reduzieren ist unrealistisch, aber die Verkürzung depressiver Episoden und die Reduzierung der Episodenzahl dagegen ein echter Ansatzpunkt.

Bezüglich primärer Prävention (Reduktion von Risiko- und Stärkung von Schutz- und Resilienzfaktoren, Intervention im Vorfeld manifester Störung) sind erhebliche Wissenslücken zu verzeichnen. Eine effektive Primärprävention von Depressionen ist bis heute – mit Ausnahme der Behandlung primärer Angststörungen – nicht etabliert! Präventionsprojekte werden oft nicht ausreichend wissenschaftlich begleitet, und wenn sie dies werden, dann sind die Ergebnisse meist unbefriedigend (vgl. Cuijpers, 2003). Als wichtige Erkenntnis kann jedoch angesehen werden, dass im Bereich psychischer Störungen eher indizierte Prävention (bei Trägern von Risikomeerkmalen), weniger jedoch allgemeine Maßnahmen (Gießkannenprinzip) aussichtsreich sind, um wirklich Inzidenzen zu verringern

oder hinauszuzögern (s.o.). Allerdings gibt es auch vereinzelte Mehrebenen-Interventionen auf Bevölkerungsebene, die zumindest initial vielversprechende Ergebnisse berichten (Nürnberger Bündnis gegen Depression und die nachfolgenden regionalen Bündnisse gegen Depression, sowie EAAD; Hergerl et al., 2006).

Gibt es aus Ihrer Sicht noch weitere wichtige Aspekte, welche von den bisherigen Fragen nicht abgedeckt wurden?

- (i) Viele der hier adressierten Inhalte beziehen sich nicht nur auf Depression, sondern gelten auch für andere psychische Störungen. Die Steigerung psychischer Gesundheit in der Bevölkerung ist ein welt- und europaweites Gesundheitsziel (z.B. Grünbuch der Europäischen Kommission, 2005) und betrifft nicht nur depressive Erkrankungen! Zweifellos ist die Depression extrem bedeutsam – dennoch besteht die Gefahr, durch ausschließliche Fokussierung darauf andere Störungsbereiche, die ebenso eine große public health Relevanz haben, aus dem Blick zu verlieren.
- (ii) Es ist angesichts der ausgesprochen hohen Krankheitslast psychischer Störungen ein allgemeiner Prioritäts-Shift vonnöten, der nicht nur hinsichtlich spezifischer Prävention und Therapie, sondern auch in Forschung (Versorgungsforschung, Effektivität, Wirkfaktoren) und Lehre/Ausbildung ansetzt (größeren Anteil im Medizinstudium, vermehrte Ausbildung von Psychiatern und Psychotherapeuten).
- (iii) Es geht nicht nur um Fragen der Verbesserung in der Versorgungslandschaft, sondern auch der Status Quo ist nicht eben selbstverständlich zu halten (angesichts der Altersstruktur der vorhandenen Nervenärzte und Psychotherapeuten; außerdem ist im Bereich der Psychotherapie ein übergroßes Ungleichgewicht des Geschlechterverhältnisses – mit z.T. 80-90% weiblichen Ausbildungskandidatinnen – zu beklagen und diesem zukünftig gegenzusteuern).
- (iv) Die Evaluation von Interventionen darf nicht in der Phase-III der Wirksamkeitsstudien bzw. einer Kumulation von solchen in Metaanalysen stehenbleiben, sondern auch die Effektivität in der Praxis sollte gesondert geprüft werden (Phase-IV, einschließlich Kosten-Effektivitäts- und Kosten-Nutzen-Analysen) – hier ist die Datenlage sowohl im medikamentösen als auch im psychotherapeutischen Bereich durchgehend besonders defizitär. Und auch dabei sollte die Evaluation von Interventionen nicht stehen bleiben, denn es existieren auch Technologien zur Qualitätssicherung in der Praxis, die Prozess- und Ergebnisqualität verbessern können, ohne die Intervention an sich zu wechseln (z.B. Monitoring- und Rückmeldetechnologien sensu Lambert et al., 2005), die als „Phase-V“ der Therapie-Evaluation insbesondere dazu beitragen können, ungünstige Behandlungsverläufe zeitnah zu identifizieren und Behandlungsmisserfolge zu vermeiden.

25.10.2010

Hans-Ulrich Wittchen, TU Dresden

unter Mitarbeit von Frank Jacobi, Psychologische Hochschule Berlin und TU Dresden

Literatur

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., et al. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand*: 109 (Suppl. 420): 21–27.
- Althaus, D., Niklewski, G., Schmidtke, A., Hegerl U.(2007). Veränderung der Häufigkeit suizidaler Handlungen nach zwei Jahren „Bündnis gegen Depression“. *Nervenarzt* 78: 272–282.
- Andrews, G., Poulton, R., & Skoog, I. (2005). Lifetime risk of depression: restricted to a minority or waiting for most? *British Journal of Psychiatry*, 187: 495-496.
- Baune, B. T., Adrianb, I., Jacobi, F. (2007). Medical disorders affect health outcome and general functioning depending on comorbid major depression in the general population. *Journal of Psychosomatic Research* 62: 109–118.
- Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D.S., Stein, M.B., Höfler, M., Lieb, R. & Wittchen, H.-U. (2007). Incidence of Social Anxiety Disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of General Psychiatry*, 64(8), 903-912.
- Beiske, AG; Svensson, E; Sandanger, I, et al. (2008). Depression and anxiety amongst multiple sclerosis patients. *European Journal of Neurology* 15 (3): 239-245.
- Bermejo, I., Mayninger, E., Kriston, L., Härter, M. (2010). Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatrische Praxis* 37: 225–232.
- Bramesfeld, A. & Riedel-Heller, S. (2008). Prioritäre Themen in der Versorgungsforschung zur psychischen Gesundheit. *Psychiatrische Praxis*, 35, 315-317.
- Bronisch, T. and Wittchen, H.-U. (1998). Komorbidität von suizidalem Verhalten, Sucht, Depression und Angststörungen. *Suizidprophylaxe*. 1, 22-27.
- Cuijpers, P. (2003). Examining the Effects of Prevention Programs on the Incidence of New Cases of Mental Disorders: The Lack of Statistical Power. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1385-1391.
- Cuijpers, P., van Straaten, A., Andresson, G., van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for Depression in Adults: A Meta-Analysis of Comparative Outcome Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (6), 909–922.
- Fournier, J.C., DeRubeis, R.J., Hollon, S.D. et al. (2010). Antidepressant Drug Effects and Depression Severity: A Patient-Level Meta-analysis. *JAMA*. 303(1), 47-53.
- Hegerl U, Wittmann M, Arensman E et al. (2008) The 'European Alliance Against Depression (EAAD)': A multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *World J Biol Psychiatry*, 9, 51–58.
- Höfler, M., Wittchen, H.-U. (2000). Why do primary care doctors diagnose depression when diagnostic criteria are not met? *Int JMeth Psychiatr Res* 9:110–120.
- Jacobi, F., Höfler, M., Meister, W., Wittchen, H. U. (2002). Prävalenz, Erkennens- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen. Eine bundesdeutsche Hausarztstudie. *Nervenarzt* 73: 651–658.
- Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Hölting, C., Höfler, M., Müller, N., Pfister, H. & Lieb, R. (2004). Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 597-611.
- Jacobi, F. & Hoyer, J. (2008). Gesundheitsberichterstattung über Psychotherapie nach dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz: Ein kritischer Fall. *Psychotherapeutenjournal* 2/2008, 140-143.
- Jacobi, F., Spitzer, K., Bürkner, A., Gerschler, A., Preiß, S., Wittchen, H.-U. (2010). Der aktuelle deutsche Gesundheitssurvey 2009-2011 und seine „DEGS-Zusatzuntersuchung Psychische Gesundheit“. 28. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie der DGPs, 13. bis 15.Mai 2010 in Mainz.

- Jorm, A.F., Barney, L.J., Christensen, H., Highet, N.J., Kelly, C.M. (2006). Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 3–5.
- Kruijshaar, M. E., Barendregt, J., Vos, T., de Graaf, R., Spijker J., & Andrews G. (2005). Lifetime prevalence estimates of major depression: An indirect estimation method and a quantification of recall bias. *European Journal of Epidemiology* 20: 103-111.
- Lambert, M.J., Harmon, C., Slide, K. et al. (2005). Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: Clinical results and practice suggestions. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 165–174.
- Leff, J., Vearnals, S., Brewin, C.R. et al. (2000). The London Depression Intervention Trial Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. *British Journal of Psychiatry*, 177, 95-100.
- Lieb, R., Isensee, B., Höfler, M., Wittchen, H.-U. (2002). Parental depression and depression in offspring: evidence for familial characteristics and subtypes? *Journal of Psychiatric Research* 36: 237-246.
- Mauz, E., Jacobi, F. (2008). Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich. *Psychiatrische Praxis*: 35: 343-352.
- Pieper, L., Schulz, H., Klotsche, J., Eichler, T. & Wittchen, H.-U.: Depression als komorbide Störung in der primärärztlichen Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt* 2008; 51: 411-421.
- Pieper, L., Dirmaier, J., Klotsche, J., Thureau, C., Pittrow, D., Lehnert, H., Maerz, W., Koch, U. and Wittchen, H.-U., in press. Longitudinale Assoziationen zwischen depressiven Symptomen und Typ 2 Diabetes sowie deren Auswirkung auf die Mortalität von Hausarztpatienten. *Bundesgesundheitsblatt*.
- Raspe, H., Pfaff, H., Härter, M., Hart, D., Koch-Gromus, U., Schwartz, F.-W., Siegrist, J., Wittchen, H.-U. (in press). Versorgungsforschung in Deutschland: Stand - Perspektiven – Förderung. DFG Stellungnahme Versorgungsforschung.
- Rau, R., Gebele, N., Morling, K., Rösler, U. (2010). Untersuchung arbeitsbedingter Ursachen für das Auftreten von depressiven Störungen. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
[www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/F1865.pdf? blob=publicationFile](http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/F1865.pdf?blob=publicationFile)
- Riedel, O., Dodel, R., Spottke, A., Deuschl, G., Förstl, H., Henn, F., Heuser, I., Oertel, W., Reichmann, H., Riederer, P., Trenkwalder, C. and Wittchen, H.-U. (2006). Wie beurteilen Ärzte die Häufigkeit demenzieller, depressiver und psychotischer Symptome bei Patienten mit der Parkinson-Krankheit? Eine Befragung von 500 Fachärzten im ambulanten Versorgungssektor Deutschlands. *Aktuelle Neurologie*. 33, 374-380.
- Riedel, O., Heuser, I., Klotsche, J., Dodel, R. and Wittchen, H.-U. (2010). Occurrence Risk and Structure of Depression in Parkinson's Disease with and without Dementia: Results from the GEPAD study. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. 23, 27-34.
- Riedel-Heller, S., Busse, A., Angermeyer, C. (2006). The state of mental health in old-age across the „old“ European Union – a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 388-401.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C. & Corrigan, P. W. (2005). Das Stigma psychischer Erkrankung: Konzepte, Formen und Folgen. *Psychiatrische Praxis*, 32, 221-232.
- Schneider, F., Dausend, S., Bermejo, I., Menke, R., Mulert, C., Hegerl, U., Berger, M., Gaebel, W. & Härter, M. (2004). Insufficient depression treatment in outpatient settings. *German Medical Science*, 2, Doc01 (20040226).
- Schneider, F., Härter, M., Brand, S., Sitta, P., Menke, R., Hammer-Filipiak, U., Kudling, K., Heindl, A., Herold, K., Frommberger, U., Elmer, O., Hetzel, G., Witt, G., Wolfersdorf, M., Berger, M. & Gaebel, W. (2005). Guideline adherence of inpatient depression treatment. *British Journal of Psychiatry*, 187, 462-469.

- Schouler-Ocak, M., Aichberger, M.C., Heredia Montesinos, A., Bromand, Z., Rapp, M.A., Heinz, A. (2010). Neue Ansätze zur Erkennung und Differenzierung von Depression bei Migranten. Fallbeispiel einer Patientin mit türkischem Migrationshintergrund. *Nervenarzt* 81: 873–878.
- Schulz, H., Berghan, D., Harfst, T., Koch, U. (2008). Psychotherapeutische Versorgung. In: Robert-Koch-Institut (Hrsg.) Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Band 41. http://www.rki.de/cln_169/nn_1334772/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Psychotherapeutische__Versorgung.html?__nnn=true
- Schulz, H., Barghaan, D. Koch, U. & Harfst, T. (in press). Die Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen. In: H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie*, 553-582. Berlin: Springer.
- Sollmann, U. (2007). Struktureller Missbrauch von Psychotherapie durch Unterversorgung. *Psychotherapie Forum* 15.
- Techniker Krankenkasse (2008). Gesundheitsreport – Auswertungen 2008: Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen. Schwerpunkt: Psychische Störungen. Hamburg: TK.
- Üstün, B. & Sartorius, N. (1995). *Mental illness in primary health care. An international study*. New York: Wiley.
- Wang, P.S., Beck, A.L., Berglund, P., McKenas, D.K., Pronk, N.P., Simon, G.E., Kessler, R.C. (2004). Effects of major depression on moment-in-time work performance. *American Journal of Psychiatry*, 161(10), 1885-1891.
- Wittchen, H.U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 44(10), 993-1000.
- Wittchen, H.-U., (2001). Angststörungen und Depressionen erkennen und behandeln. *Nervenheilkunde*, 1.
- Wittchen, H.-U. and Pittrow, D., (2002a). Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. *Human Psychopharmacology-Clinical and Experimental*. 17, S1-S11.
- Wittchen, H.-U., Kessler, R. C., Beesdo, K., Krause, P., Höfler, M. and Hoyer, J., (2002b). Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition and management. *Journal of Clinical Psychiatry*. 63, 24-34.
- Wittchen, H.-U., Beesdo, K. and Bittner, A., (2003). Depression - an underdiagnosed disease. *Medicographia*. 25, 9-18.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2005). Size and Burden of Mental Disorders in Europe – A critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15 (4), 357-376.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Klose, M., Ryl, L. (2010). Depressive Erkrankungen. In: Robert-Koch-Institut (Hrsg.) Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Band 51. http://www.rki.de/cln_160/nn_199850/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/depression.html
- Zepf, S., Mengele, U. & Marx, A. (2001). Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland. Gießen: Psychosozial-Verlag.

f. Leitliniensynopse

Entwurf, Stand: 20.12.2010

Gegenüberstellung der Kernempfehlungen der IQWiG-Leitliniensynopse zum Thema „Depression“¹, der S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression², der Ergebnisse der AG Versorgungsorientierung / Priorisierung und der Auskünfte der beiden Experten Prof. Dr. Dr. Härter³ und Prof. Dr. Wittchen⁴

Kategorisierung der Evidenz- bzw. Empfehlungseinstufungen des IQWiG

- ↑↑ hoch (hohe Evidenz bzw. Empfehlung)
- ↑ mittel (mittlere Evidenz bzw. Empfehlung)
- ⇔ niedrig (schwache Evidenz bzw. Empfehlung)

Prävention Screening / Diagnose	237
Versorgung	245
Patienteninformation / -kommunikation	245
Therapie	253
Pharmakotherapie.....	253

¹ **Institut für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Hrsg.):** Leitliniensynopse zum Thema „Depression“. Arbeitspapier. Version 1.0. Stand: 23.09.2009. Köln 2009. 161 S. : graph. Darst. (IQWiG Berichte – 2009 ; 34)

² **DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPtK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg):** S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression-Langfassung, 1. Auflage 2009. DGPPN, ÄZQ, AWMF - Berlin, Düsseldorf 2009. Internet: www.dgppn.de, www.versorgungsleitlinien.de, www.awmf-leitlinien.de.

³ **Anhörung des Experten Prof. Dr. Härter:** Protokoll der 7. Sitzung der AG "Versorgungsorientierung/Priorisierung am 28.10.2010 in der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses, Berlin.

⁴ **Antworten zum Fragekatalog von Herrn Prof. Dr. Wittchen:** Fragenkatalog Expertenanhörung im G-BA am 28. Oktober 2010 zum Thema Depression: Sitzungsvorbereitung der AG „Versorgungsorientierung/Priorisierung“ am 24.09.2010.

ANHANG

Pharmakotherapie (SSRI)	265
Pharmakotherapie MAO	270
Pharmakotherapie (NSMRI)	272
Pharmakotherapie SSNRI	275
Pharmakotherapie – Phytotherapeutika	282
Pharmakotherapie – Erhaltungstherapie / Rezidivprophylaxe	286
Pharmakotherapie – Suizidprävention (in der Akut- und Erhaltungstherapie).....	294
Nichtmedikamentöse Therapie – weitere Nichtmedikamentöse Interventionen	299
Versorgung – Maßnahmen zur medizinischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation bzw. Wiedereingliederung	313
Koordination von Maßnahmen und Kooperation der Versorger	313
Qualität	320
Abkürzungen Leitlinien.....	322
Evidenzgraduierung / Evidenzstufen	324

Prävention Screening / Diagnose

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
Primärprävention / Gesundheitsförderung						
Keine Empfehlungen, daher keine Kernaussage möglich	-	-	In den eingeschlossenen Leitlinien sind zu diesem Versorgungsaspekt keine Empfehlungen enthalten	In den eingeschlossenen Quell- Leitlinien sind zu diesem Versorgungsaspekt keine Empfehlungen enthalten	Einige Studien ergeben schwache Hinweise auf positive Effekte schulbasierter Präventionsansätze (Groen et al., 2003; Pössel et al., 2003; Pössel et al., 2006; Pössel et al., 2004)	H: Aufklärung und Bildung der Bevölkerung über Prävention und Risikofaktoren, z.B. Schulprojekte („Hamburger Idee“, Verbreitung von Informationsmaterial über Internet) W: „... effektive Primärprävention von Depression ist bis heute nicht etabliert. Präventionsprojekte werden oft nicht hinreichend wissenschaftlich begleitet.“... Aussichtsreich sind eher indizierte Prävention (bei Trägern von Risikomerkmalen) weniger jedoch allgemeine Maßnahmen (Gießkannenprinzip)...“ „Vielversprechende Ergebnisse (Nürnberger Bündnis, EAAD) durch Mehrebenen- Interventionen auf Bevölkerungsebene)
Sekundärprävention / Screening						
Ein Hochrisikogruppen- Screening in der hausärztlichen Praxis und im Krankenhaus	↔	↔	ICSI: Suspect and Screen for Major Depression, Key Points: Many patients with major	In der Versorgung von Patienten, die einer Hochrisikogruppe angehören – z. B. aufgrund	Die vorliegenden Studien weisen auf eine Untererfassung depressiver	H: „Richtiges und rechtzeitiges Erkennen von Hochrisikopatienten („ältere,

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
(Grundversorgung) wird empfohlen.			<p>depression do not initially complain of depressed mood, and providers need to suspect these diagnoses based on a profile of risk factors and common presentations. If depression is suspected on the basis of risk factors or common presentations, use a standardized instrument to document depressive symptoms and track treatment response. (B,C,D,R)⁵</p> <p>Additional considerations should be taken into account: Patients with a high risk of common comorbid depression conditions such as substance abuse, diabetes, cardiovascular disease and chronic pain should be screened for depression.</p> <p>Older persons, pregnant women, and the cultural experiences of patients require special considerations regarding risk, assessment and treatment of depression. (A,B,C,D,M,R)</p> <p>NICE: Recognition of depression in primary care and general hospital settings: Screening should be undertaken</p>	<p>früherer depressiver Störungen oder komorbider somatischer Erkrankungen – sollten Maßnahmen zur Früherkennung bezüglich Depression bei Kontakten in der Hausarztversorgung und in Allgemeinkrankenhäusern eingesetzt werden (2-3) (B)</p> <p>Die Diagnose einer behandlungsrelevanten depressiven Störung sollte, wenn in einem Screening erhöhte Depressionswerte festgestellt werden, durch die anschließende direkte und vollständige Erfassung der Haupt- und Zusatzsymptome (Schweregrad) sowie Fragen zu Verlauf und Dauer gestellt werden. (2-4) (B)</p> <p>+ Siehe Suizidprävention (3-95)</p> <p>Eine Nachuntersuchung von Patienten, die wegen Suizidalität stationär aufgenommen wurden, soll kurzfristig, maximal 1 Woche nach Entlassung, geplant werden, da in der Zeit nach der Entlassung das Risiko für weitere suizidale Handlungen am höchsten ist. 3-96</p>	<p>Störungen im hausärztlichen Bereich hin (Wittchen et al., 2001, Wittchen et al., 2002, Bermejo et al., 2005, Löwe et al., 2004, Sielk et al., 2009)</p> <p>Diagnosekodierungen erfolgen bei Allgemeinmedizinerinnen und Internisten überwiegend unspezifisch, d.h. nicht nach Schweregrad (ZI-ADT-Paneldaten 2000-2009)</p>	<p>alleinstehende chronisch kranke Männer“) → aber Erkennungsrate in der hausärztlichen Praxis nach wie vor unterdurchschnittlich → Lösungsvorschlag: aktive Befragung der Risikogruppen in einem bestimmten Turnus. (s. nächste Kernaussage)</p> <p>Diagnostik ist insgesamt zu professionalisieren „</p> <p>„ Keine publizierte Datenlage, aber auch die Qualität der klassifikatorischen Diagnostik in der fachärztlichen Versorgung ist zu hinterfragen. → Ausdifferenzierung des ICD 10 , um unspezifische Diagnosen zu vermeiden“</p> <p>Ähnliche Problematik im Krankenhaussektor wahrscheinlich → schwache Datenlage → aber Zunahme der Komplexität der Behandlung bei weniger Zeit für den einzelnen Pat.</p> <p>„ Fachkliniken bieten hinsichtlich der Aspekte der Diagnostik die beste Versorgungslage“</p> <p>Empfiehlt Leitlinienkonforme</p>

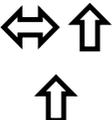
⁵ Details zu den Evidenzeinstufungen der einzelnen Leitlinienorganisationen finden sich am Ende des Dokuments.

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
			<p>in primary care and general hospital settings for depression in high-risk groups – for example, those with a past history of depression, significant physical illnesses causing disability, or other mental health problems, such as dementia. (C)</p> <p>Healthcare professionals should bear in mind the potential physical causes of depression and the possibility that depression may be caused by medication, and consider screening if appropriate. (C)</p> <p>NGZZ: Targeted screening for common mental disorders is indicated for adults not well-known to the practitioner and for: people with chronic illness, a history of mental disorder or suicide attempt, multiple symptoms or a recent significant loss (C)</p> <p>Targeted screening should be conducted annually.(GPP)</p>	<p>Patienten, die wegen Suizidalität stationär behandelt wurden und einen Termin zur Nachuntersuchung nach Entlassung nicht wahrnehmen, sollen unmittelbar kontaktiert werden, um das Risiko für einen Suizid oder Selbstverletzungen abzuschätzen. (B)</p>		<p>Diagnostik!</p> <p>W: „die Diagnostiklage ist offensichtlich defizitär in allen Bereichen. ... Eine qualitätsgesicherte state-of-the-art Diagnostik findet nur selten statt.“</p>
<p>Mindestens 2 Fragen zu Stimmung und Interesse unter Berücksichtigung möglicher Ursachen der Depression sollten gestellt werden.</p>	<p>-</p>	<p>↑</p>	<p>NICE: Screening for depression should include the use of at least two questions concerning mood and interest, such as: “During the last month, have you often been bothered by feeling down, depressed or hopeless?” and “During the last month, have you</p>	<p>Aussage in S3-LL S. 66: “Eine Möglichkeit der schnellen Erfassung einer unipolaren depressiven Störung bietet z. B. der „Zwei-Fragen-Test“, der mit einer Sensitivität von 96 % und einer Spezifität von 57 % [212] ein sehr zeitökonomisches</p>	<p>-</p>	<p>H: Aktive Befragung der Hochrisikogruppe „Ein gezieltes auf Risikogruppen (Vorerkrankung Depression, chronisch somatisch Kranke, Co-morbide psychische Störung) bezogenes Screening könne mit 2 Frage n nach:</p>

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
			<p>often been bothered by having little interest or pleasure in doing things?“ (B)</p> <p>NGZZ: Targeted screening for depression and anxiety should include the use of verbal 2–3 question screening tools (B)</p> <p>Targeted screening for substance abuse should comprise a verbal 2–3 question screening tool. (GPP)</p>	<p>Vorgehen darstellt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos? 2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?“ 		<p>-Stimmungslage innerhalb der letzten 2 Wochen</p> <p>-Energie-/Interessenverlust durchgeführt werden</p> <p>W: „In der Routine-versorgung wird bestenfalls ein Screening mit Fragebögen durchgeführt, aber eine sorgfältige Depressions- und Differenzialdiagnostik findet bestenfalls im Sinne klinisch-intuitiver Eindrucksprozesse statt.“ „Screening alleine ist zwar sensitiv, aber überschätze offensichtlich gravierend die wahre Prävalenz der typischen Depression (MDD und Dysthymie)“ → Fehldiagnosen? → Behandlungsfehler?</p>
<p>Empfehlenswert ist ein Screening im Primärarztsetting insbesondere in Versorgungssystemen mit integriertem Feedback, Behandlung und Follow-up.</p>	<p>↑↑ ↑</p>	<p>↑</p>	<p>CTF: Screening adults in the general population for depression in settings with integrated feedback and treatment systems: There is fair evidence to recommend screening adults in the general population for depression in primary care settings that have integrated programs for feedback to patients and access to case management or mental health care (grade B recommendation).</p>		<p>-</p>	<p>-</p>
<p>Diagnostik</p>						

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
Die Diagnosestellung sollte gemäß DSM-IV (bzw. ICD-10) erfolgen		-	<p>ICSI: Detection and diagnosis (Annotation #1, 2) Systems in place to reliably determine if a patient is depressed Use of DSM-IV TR criteria and structured questionnaires (such as PHQ-9) (M,R,C)</p>	<p>Symptomatik und Diagnosestellung gemäß ICD-10 Erkennen depressiver Störungen 2-2 Da depressive Patienten selten spontan über typische depressive Kernsymptome berichten und eher unspezifische Beschwerden wie Schlafstörungen mit morgendlichem Früherwachen, Appetitminderung, allgemeine Kraftlosigkeit, anhaltende Schmerzen und/oder körperliche Beschwerden angeben, soll das Vorliegen einer depressiven Störung bzw. das Vorhandensein weiterer Symptome einer depressiven Störung aktiv exploriert werden. (A)</p>	<p>bei Allgemeinärzten und Internisten werden depressive Störungen nicht nach Schweregrad, sondern in den weitaus meisten Fällen (80-90%) als unspezifische oder sonstige depressive Störungen kategorisiert</p> <p>bei Psychiatern/Neurologen liegt der Anteil mit ca. 30% in 2009 immer noch unerwartet hoch (ZI-ADT-Paneldaten 2000-2009)</p>	<p>H: Hinweis auf die“... besondere Bedeutung der Diagnostik als Eingangspforte der Behandlung“</p> <p>“Das Klassifikationsmodell des DSM IV und ICD 10 werde derzeit überarbeitet. Zeitl. Abschluss ist unklar“</p> <p>“... daß sich erst anhand verbesserter systematischer Diagnostik, insbesondere durch die ICD 10 konforme Einstufung in Schweregrade, die Leitlinienkonformität der Behandlung prüfen und abbilden ließe.“</p> <p>→ wenn die Diagnostik nicht leitlinienkonform erfolge liege die Unter-, Über und Fehlversorgung auf der Hand → Empfehlung Studien anlegen und in Modellprojekten und hausärztlichen Praxen weitere Daten zu generieren</p> <p>W: „Die Definitionskriterien haben sich seit 1980 kaum verändert. Auch die diagnostischen Methodenstandards sind gleich geblieben. Auch für die kommende ICD-11 und DSM-V (2012) sind keine gravierende Änderungen zu erwarten“</p>

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
Die Diagnosestellung kann mithilfe eines standardisierten Patientenfragebogens (z. B. PHQ-9) erfolgen.	↔ ↑ ↑	↑	<p>ICSI: Detection and diagnosis (Annotation #1, 2) Systems in place to reliably determine if a patient is depressed Use of DSM-IV TR criteria and structured questionnaires (such as PHQ-9)) (M,R,C)</p> <p>NZGG: Practitioners should consider the use of a tool such as the Patient Health Questionnaire for Depression (PHQ-9) for assessment of the severity of depression.(B)</p> <p>Brief tools are optional aids for use by the primary care practitioner as an adjunct to clinical assessment. Examples of brief tools include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • the Kessler 10 (K10) • the Patient Health Questionnaire for Depression (PHQ-9) • The Generalised Anxiety Disorder Scale (GAD-7) • the Alcohol Disorder Use Identification Test (AUDIT) • the Case-finding and Help Assessment Tool (CHAT) <p>(GPP)</p>		-	-
Die Diagnostik sollte eine umfassende Anamnese sowie differenzialdiagnostisch andere	↔	↔	<p>ICSI: KEY CLINICAL RECOMMENDATION In those patients presenting with either pain or depressive symptoms,</p>	Depressive Störungen treten oft gleichzeitig mit anderen psychischen Störungen auf. (2-7) Statement	-	H: Implementierung der vorhandenen Instrumente (Diagnoseklassifikation, Leitlinie)

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
<p>psychische oder somatische Erkrankungen als Ursachen bzw. komplizierend einbeziehen. Ebenso sollten soziale, kulturelle und zwischenmenschliche Einflussfaktoren berücksichtigt werden.</p>			<p>assess both domains. Depression may be more than a facet of chronic pain when significant depression symptoms are present. If comorbidity is found between chronic pain and mild to moderate major depression, treat both conditions for optimal outcomes. If comorbid severe major depressive disorder is diagnosed concurrently with chronic pain, depressive symptoms should be the primary focus of treatment. (M, D, B,R) NICE. When assessing a person with depression, healthcare professionals should consider the psychological, social, cultural and physical characteristics of the patient and the quality of interpersonal relationships. They should consider the impact of these on the depression and the implications for choice of treatment and its subsequent monitoring.(GPP)</p> <p>In older adults with depression, their physical state, living conditions and social isolation should be assessed. The involvement of more than one agency is recommended where appropriate.(GPP)</p> <p>NZGG: Every interaction with an adult in primary care should</p>	<p>Bei depressiven Störungen sollten das Vorliegen von körperlichen Erkrankungen, die Einnahme von Medikamenten und Noxen, die mit depressiven Symptomen einhergehen können, sowie Komorbiditäten sorgfältig geprüft werden. Bei Patienten, die fortan ausschließlich in psychotherapeutischer Behandlung sind, soll der körperliche Status in jedem Fall zuverlässig abgeklärt werden.(2-8) (B)</p> <p>Nach der Erhebung der gegenwärtigen depressiven Symptomatik sollte eine ausführliche Anamnese und Befunderhebung weiterer psychischer und/oder somatischer Erkrankungen erfolgen (2-9) (B)</p> <p>Bei entsprechenden Hinweisen auf eine die Erkrankung komplizierende somatische Komorbidität sollte eine Überweisung des Patienten zum Facharzt und bei komplizierender psychischer Komorbidität zum Facharzt oder Psychotherapeuten erfolgen.(2-10) (0)</p> <p>2-11 (Verlaufsdagnostik): Stellt sich in der Akutbehandlung 3-4 Wochen</p>		<p>1.Screening → spezifische Diagnostik (im Gespräch) basierend auf einer nach ICD 10 entwickelten Checkliste mit weiteren 6 Fragen (ca. 20 Min. Gesprächsleistung) → Abrechnungsfähigkeit</p> <p>W: s. o.</p>

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
			<p>be regarded as an opportunity to assess their psychosocial as well as physical wellbeing. Both strengths and difficulties should be taken into account (GPP) When planning the management of an adult with depression, the practitioner should consider: symptom severity and symptom persistence; functional impairment; response to any previous intervention; and the individual’s wider psychosocial context, identifying factors that may impact positively or negatively on outcomes(GPP) Every interaction with an adult in primary care should be regarded as an opportunity to assess their psychosocial as well as physical wellbeing. Both strengths and difficulties should be taken into account (GPP) When assessing the severity of depression in an adult and planning management, practitioners should consider symptom severity, symptom persistence, functional impairment, response to any previous intervention and also the wider psychosocial context, identifying factors that may impact positively or negatively on outcome (GPP)</p>	<p>nach Behandlungsbeginn keine positive Entwicklung im Sinne der Zielvorgaben ein, sollte ein bislang nicht wirksames Vorgehen nicht unverändert fortgesetzt werden (0)</p>		

ANHANG

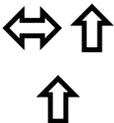
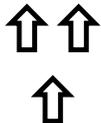
Versorgung

Patienteninformation / -kommunikation

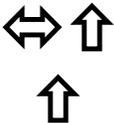
Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
Patienteninformation / -kommunikation						
<p>Patienten, Familien und Betreuern sollten Informationen über die Erkrankung, den Verlauf, die Behandlungsalternativen/-ergänzungen (z. B. Selbsthilfe-gruppen) einschließlich möglicher Suizidgefahr gegeben werden.</p>	↔	↔	<p>ICSI: The following system changes were identified by the guideline work group and represent a collaborative care model as key strategies for health care delivery systems to incorporate in support of the implementation of this guideline. Patient-centered care, education and self-management programs: Patient and family education materials/protocols Patient self-management skills such as journal writing or self-monitoring Involving families, as well, in care management programs Care manager role to coordinate the disease management for patients with depression including such things as patient contacts, education, self-management tools and tips. NICE: Healthcare professionals should make all efforts necessary to ensure that a patient can give meaningful and properly informed consent</p>	<p>3-2 Patienten und Angehörige sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn ange-bracht, zur Teilnahme ermuntert werden. (A) 3-3 Depressive Patienten sollen über Symptomatik, Verlauf und Behandlung der Depression aufgeklärt werden. Wenn es angebracht ist und die Patienten ein-verstanden sind, gilt dies auch für deren Angehörige. (A) 3-5 Psychoedukative Angebote für Betroffene und Angehörige sollten zur Verbesserung des Informationsstands, der Akzeptanz und der Patientenmitarbeit im Rahmen einer Gesamtbehandlungsstrategie als sinnvolle Ergänzung angeboten werden.(B)</p>	<p>Information und Einbeziehung der Patienten in Diagnostik und Therapie trägt zur Zufriedenheit bei (Hoyer et al., 2006)</p> <p>Nürnberger Bündnis gegen Depression: Hinweise auf Reduktion suizidaler Handlungen durch Intervention auf mehreren Ebenen einschließlich Aufklärungskampagne (Althaus et al., 2007; Althaus et al., 2003)</p>	<p>H: „...Insgesamt gebe es Hinweise auf Weiterbildungs- und Aufklärungsdefizite. Daraus folge Unwissenheit auf der Behandler- und Patientenseite über das Krankheitsbild. Für eine adäquate Behandlung sei die Information und Entscheidung des Patienten (shared decision making) ebenfalls wichtig.“ W: Prüfung, ob überhaupt und wenn bei welchen Patienten eine „stepped care“ Strategie, bei der von Information/ Psychoedukation und guided self-help ausgehend immer intensivere und spezialisiertere Interventionen angeboten werden, wenn ein Patient auf der jeweils niedrigeren Stufe nicht bzw. nur unzureichend anspricht, sinnvoll ist. Da stepped care Modelle in Deutschland in der Regel mit Behandlerwechsel einher gehen (z.B. Beratungsstelle, Hausarzt, Psychiater, Psychotherapeut), kommt es zu einer langen (mehrmonatigen)</p>

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
			<p>before treatment is initiated. This is especially important when a patient has a more severe depression or is subject to the Mental Health Act.(GPP) Patients, families and carers should be informed of self-help groups and support groups and be encouraged to participate in such programmes where appropriate.(GPP) Primary Care Trusts and mental health communities should collate information on local self-help groups for practitioners.(GPP) Patients and, where appropriate, families and carers should be provided with information on the nature, course and treatment of depression including the use and likely side-effect profile of medication.(GPP) NZGG: The practitioner should endeavour to build a supportive and collaborative relationship with an adult with depression and their family (GPP)</p>			<p>Behandlungszeit. Eine solche Strategie impliziert bei einer Depression ein erhebliches Chronifizierungsrisiko, abgesehen davon dass Behandlerwechsel für den Patienten belastend und der Gesamtprozess teuer und möglicherweise nicht teuer und möglicherweise nicht kosteneffizient ist.</p>
<p>Eine Einschätzung der Suizidgefahr des Patienten sollte bei jedem Kontakt erfolgen.</p>	<p>-</p>		<p>NICE: Healthcare professionals should always ask patients with depression directly about suicidal ideas and intent.(GPP) Healthcare professionals should assess whether patients with</p>	<p>2-5 Bei jedem Patienten mit einer depressiven Störung sollte Suizidalität regelmäßig, bei jedem Patientenkontakt klinisch eingeschätzt und gegebenenfalls exploriert werden. (KKP)</p>	<p>Fortbildungsbedarf insbesondere zu Umgang mit Suizidalität, medikamentöse Akutbehandlung festgestellt (Bermejo et al., 2002)</p>	<p>-</p>

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
			suicidal ideas have adequate social support and are aware of sources of help. They should advise them to seek appropriate help if the situation deteriorates.(GPP)	<p>3-83 Suizidalität sollte bei depressiven Patienten immer direkt thematisiert, präzise und detailliert erfragt und vor dem Hintergrund vorhandener Ressourcen beurteilt werden.(KKP)</p> <p>3-17 Wichtige Inhalte des Aufklärungsgesprächs sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bedenken gegenüber Anti-depressiva (z. B. Sucht-, Toleranzentwicklung, • Persönlichkeitsveränderungen) erkennen und ausräumen; • biologische Wirkmechanismen erklären; • auf Wirklatenz und mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten hinweisen; • Nebenwirkungen erläutern; • Behandlungsdauer begründen; • dabei kann es vorteilhaft sein, Angehörige und/oder Selbsthilfegruppen einzubeziehen. <p>Statement</p>	<p>Qualitätsindikator in S3-LL:</p> <p>Zähler: Anzahl der Patienten die kontaktiert wurden um das Risiko für einen Suizid oder Selbstverletzung abzuschätzen</p> <p>Nenner: Alle Patienten mit unipolarer Depression, die wegen Suizidalität stationär behandelt wurden und nach der Entlassung den vereinbarten Nachuntersuchungstermin nicht wahrgenommen haben.</p>	
Eine regelmäßige Kontrolle / Monitoring durch den behandelnden Arzt und / oder sein Team (auch telefonisch) sollte erfolgen.			<p>ICSI: The Collaborative Care Model is recommended for depression in primary care because it has demonstrated improvement in treatment adherence, patient quality of life and depression outcomes.</p>	<p>3-16 Eine intensive Aufklärung und engmaschige Betreuung (wöchentlich) in den ersten 4 Wochen ist zu empfehlen, um die Mitarbeit des Patienten zu fördern.(KKP) + 3-18</p>	Hinweise auf höhere Wirksamkeit von Disease Management / Case Management / Telefonmonitoring im Vgl. zur Standardversorgung (Gensichen et al., 2006; Gensichen et al., 2009,	H: insgesamt schwache Studienlage→ nur Hinweise ableitbar: „Insbesondere der Therapieeinsatz sei derzeit anhand der Datenlage nicht abbildbar. Die Behandlungsansätze seien sehr heterogen. Es

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
			<p>Successful programs for the treatment of depression include organized treatment protocols, structured follow-up protocols, systematic monitoring of treatment adherence and effectiveness.</p> <p>When considering treatment options, the primary goal is to achieve remission. (M, A)</p> <p>NICE: The provision of telephone support by appropriately trained members of the primary care team, informed by clear treatment protocols, should be considered for all patients, in particular for the monitoring of antidepressant medication regimes.(B)</p> <p>NZGG: An adult being treated for depression should be actively monitored and supported (eg, by phone, text, email or face-to-face) by an appropriately trained member of the primary care team, informed by clear treatment protocols (B)</p>		Neumeyer-Gromen et al., 2004; Lehmann et al., 2010)	bestünden daher Hinweise darauf, dass die leitlinien-orientierte Versorgung tendenziell schlecht implementiert ist (Qualitätsdefizit). Ein Monitoring des Behandlungsverlaufs (zu lang oder zu kurz) erfolge derzeit nicht mit der Folge entsprechender Erkenntnislücken. Zudem sei unklar, inwieweit Unterschiede zwischen der hausärztlichen und nervenärztlichen Versorgung zu verzeichnen seien.“
Behandlungsschritte sollten im Rahmen eines strukturierten Behandlungsplans / -protokolls dokumentiert werden.			<p>ICSI: The Collaborative Care Model is recommended for depression in primary care because it has demonstrated improvement in treatment adherence, patient quality of life and depression outcomes.</p> <p>NICE: Primary care</p>	<p>3-18 In den ersten 4 Behandlungswochen wird ein wöchentliches Monitoring, danach in Intervallen von 2-4 Wochen und nach 3 Monate in längeren Intervallen empfohlen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spätestens nach 3-4 Wochen 	bezogen auf Wirkspiegel: Unterdosierung bei einzelnen Arzneimitteln (Doxepin, Venlafaxin) möglich (Linden et al., 2007; Linden et al., 2001)	-

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
			<p>organisations should consider establishing multifaceted care programmes that integrate – through clearly specified protocols – the delivery and monitoring of appropriate psychological and pharmacological interventions for the care of people with depression.(C)</p>	<p>sollte eine genaue Wirkungsprüfung erfolgen und entschieden werden, ob ein Wechsel oder eine Ergänzung der Behandlungsstrategie indiziert ist oder nicht.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ist keine Verbesserung erkennbar, sollte die Mitarbeit des Patienten und bei den dafür in Frage kommenden Medikamenten der Plasmaspiegel geprüft werden. • Grundsätzlich angeraten sind Plasmaspiegelkontrollen bei Behandlung mit der Maximaldosis, Verträglichkeitsproblemen, multimedizierten oder komorbiden Patienten, Symptomverschlechterung bei dosisstabiler anti-depressiver Medikation und Non-Respondern bzw. Problemen in der Mitarbeit des Patienten. • Das Monitoring der Konzentrationen von Antidepressiva im Serum ist nur für trizyklische und tetrazyklische Substanzen gut etabliert. • Bei Beginn einer Medikation mit Antidepressiva sollten Blutbild und Transaminasen untersucht werden. • Bei Gabe von Lithium sind initial und im Verlauf der Kreatininwert, die Kreatinin- 		

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
				<p>Clearance, die Elektrolyte und das Erfassen der Schilddrüsengröße sowie der TSH-Wert wichtig.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gewichtskontrollen sind bei einigen Pharmaka wegen der möglichen Gewichtszunahme wichtig, vor allem unter Mirtazapin und den meisten Trizyklika (z.B. Trimipramin und Amitriptylin) sowie Lithium. • Wegen der chinidinartigen Effekte von TZA auf die Reizleitung mit der Gefahr von Blockbildungen und Arrhythmien sind vor Behandlungsbeginn, nach Aufdosierung und in Abhängigkeit von Dosierung und Risiko auch im Verlauf EKG-Kontrollen notwendig. • Jedem Patient, der mit Antidepressiva behandelt wird, sollte zu Beginn der Behandlung besondere Aufmerksamkeit gewidmet und auf mögliche Symptome, die auf eine Erhöhung des Suizidrisikos hindeuten, geachtet werden. • Beim Absetzen der Medikation sollten Antidepressiva in der Regel schrittweise über einen Zeitraum von 4 Wochen reduziert werden. (Statement) 		

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
Patientenpräferenzen sind immer zu berücksichtigen.	↔	↔	<p>ICSI: Structured attention to patient preferences</p> <p>NICE: Although there are limitations with advance directives about the choice of treatment for people who are depressed, it is recommended that they are developed and documented in care plans, especially for people who have recurrent severe or psychotic depression, and for those who have been treated under the Mental Health Act. (GPP)</p> <p>A number of different treatment approaches may be equally effective for patients who are depressed, especially for those with mild and moderate depression who are not considered to be at substantial risk of self-harm. Patient preference and the experience and outcome of previous treatment(s) should be considered when deciding on treatment. (GPP)</p> <p>NZGG: Practitioners should be aware of the cultural identity and health care preferences of people in their care (GPP)</p> <p>NZGG: The practitioner should strive to establish and maintain a good therapeutic relationship with the patient, as this increases</p>	<p>3-4</p> <p>Über die gesetzlich vorgeschriebene Aufklärungspflicht hinaus sollte mit dem Patienten im Rahmen einer Partizipativen Entscheidungsfindung über mögliche Behandlungsstrategien und die damit verbundenen erwünschten Wirkungen und möglichen Risiken gesprochen und entschieden werden. (B)</p>	<p>Patienten haben geringe Präferenz für chemisch definierte Antidepressiva, hohe Präferenz für Phytotherapeutika (Berner et al., 2008)</p>	<p>H: „Die Berücksichtigung der Patientenpräferenz sei grundsätzlich wichtig, aber derzeit wohl nicht umgesetzt.“</p>

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
			the likelihood that mental disorders will be identified. (GPP)			
Die Benutzung einer klaren und verständlichen Sprache und die Erklärung von Fachbegriffen sind in der Kommunikation mit dem Patienten wichtig.	-	↔	NICE: When talking to patients and carers, healthcare professionals should use every day, jargon-free language. If technical terms are used they should be explained to the patient.(GPP)	Im Gespräch mit Patienten und Angehörigen soll eine verständliche Sprache verwendet werden. Soweit Fachausdrücke verwendet werden, müssen diese erklärt werden (3-1) (A)	-	W + H von Depression betroffene Population Angehörigen aus den unteren und ökonomisch schlechter gestellten Bevölkerungsgruppen Migranten Kindern Frauen Körperlich Kranke, Hospitalisierte, Heimbewohner An Angst- und Suchstörungen Erkrankte Ältere Menschen (+65)
Informationsmaterialien etc. sollten in der Muttersprache des Patienten bereitgestellt werden und kulturelle Besonderheiten müssen berücksichtigt werden.	↔	↔	NICE: Where possible, all services should provide written material in the language of the patient, and independent interpreters should be sought for people whose preferred language is not English (GPP) Where available, consideration should be given to providing psychotherapies and information about medications in the patient's own language if this is not English.(GPP)	Siehe Empfehlung 3-1	-	s.o.

(Erläuterungen zum „**Collaborative Care Model**“ in der ICSI Leitlinie: The redesign to a team-based collaborative care approach involves: Primary care providers using evidence-based approaches to depression care and a standard tool for measuring severity, response to treatment plan and remission; A systematic way of tracking and reminding patients at appropriate intervals of visits with their primary care physician and monitoring of treatment adherence and effectiveness; • A team member (care manager role) to utilize the tracking system and make frequent contacts with the patients to provide further education, self-management support, and monitor for response in order to aid in facilitating treatment changes and in relapse prevention; and Communication between primary care team and psychiatry to consult frequently and regularly regarding patient under clinical supervision, as well as direct patient visits as needed.)

ANHANG

Therapie

Pharmakotherapie

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
Pharmakotherapie – Antidepressiva allgemein						
Jede Behandlungsentscheidung sollte die Symptomatik, psychosoziale Einfluss-faktoren, Komorbiditäten, Vorgeschichte und Patientenpräferenzen einbeziehen.	↑	↔	<p>ACP: Recommendation 1: The American College of Physicians recommends that when clinicians choose pharmacologic therapy to treat patients with acute major depression, they select second-generation antidepressants on the basis of adverse effect profiles, cost, and patient preferences (Strong)</p> <p>ICSI: The Collaborative Care Model is recommended for depression in primary care because it has demonstrated improvement in treatment adherence, patient quality of life and depression outcomes.</p> <p>NZGG: An adult starting antidepressant treatment who is considered at increased risk of suicide or is younger than 30 years should be followed up at 1 week and monitored 1-2 weekly, preferably face-to-face, until the risk is no longer considered significant, then at least 2</p>	<p>3-8 Für einen Einsatz von Antidepressiva bei einer leichten depressiven Episode können u. a. sprechen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wunsch/Präferenz des Patienten; • positive Erfahrung des Patienten mit gutem Ansprechen auf eine medikamentöse • Therapie in der Vergangenheit; • Fortbestehen von Symptomen nach anderen Interventionen; • Episoden mittelgradiger oder schwerer Depression in der Vorgeschichte des Patienten (Statement) 	-	-

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
			weekly until there is clear improvement. (C)			
<p>Leichte Depression Zur Primärbehandlung einer leichten Depression werden Antidepressiva nicht empfohlen.</p> <p>Zur Primärbehandlung einer leichten Depression kann eine alleinige Psychotherapie bzw. die Durchführung psychosozialer Maßnahmen versucht werden.</p>	<p>-</p> <p>-</p>	<p>↔</p> <p>↔</p>	<p>NICE: Antidepressants are not recommended for the initial treatment of mild depression, because the risk–benefit ratio is poor ©</p> <p>The use of antidepressants should be considered for patients with mild depression that is persisting after other interventions, and those whose depression is associated with psychosocial and medical problems.(C)</p> <p>NZGG: First-line treatment for an adult with mild depression is active support, advice on exercise and self-management, and referral to psychosocial helping agencies as required (e.g., relationship counselling).</p>	<p>3-6 Bei einer leichten depressiven Episode kann, wenn anzunehmen ist, dass die Symptomatik auch ohne aktive Behandlung abklingt, im Sinne einer aktiv abwartenden Begleitung zunächst von einer depressionsspezifischen Behandlung abgesehen werden. Hält die Symptomatik nach einer Kontrolle nach spätestens 14 Tagen noch an oder hat sie sich verschlechtert, soll mit dem Patienten über die Einleitung einer spezifischen Therapie entschieden werden.(0)</p> <p>3-7 Antidepressiva sollten nicht generell zur Erstbehandlung bei leichten depressiven Episoden eingesetzt werden, sondern allenfalls unter besonders kritischer Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses (B)</p>	<p>Hinweis auf ÜUF in der Arzneimitteltherapie: geringer Anteil Major Depressiver nimmt Antidepressiva ein, aber hoher Anteil von Befragten ohne Major Depression (Berner et al., 2008, Demyttenaere et al., 2008)</p> <p>Doxepin fast immer unterdosiert und auch bei leichter Depression verordnet (Linden et al., 2007)</p>	<p>-</p>
<p>Mittelschwere Depression Bei mittelschwerer Depression werden Antidepressiva oder Psychotherapie empfohlen (abhängig von Vorgeschichte, Kontraindikationen, Präferenzen, u. a.).</p>	<p>↔ ↑</p> <p>↑</p>	<p>↑</p>	<p>ACP: Recommendation 1: The American College of Physicians recommends that when clinicians choose pharmacologic therapy to treat patients with acute major depression, they select second-generation</p>	<p>3-9 Zur Behandlung einer akuten mittelgradigen depressiven Episode soll Patienten eine medikamentöse Therapie mit einem Antidepressivum angeboten werden. (A)</p>	<p>hoher Anteil umstrittener „first-line“-Verordnungen (Johanniskraut, Opipramol) mit insgesamt 27% (Ufer et al., 2007)</p>	<p>-</p>

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
Bei mittelschwerer Depression sollte routinemäßig vor einer psychologischen Intervention eine Therapie mit Antidepressiva angeboten werden.		↑	<p>antidepressants on the basis of adverse effect profiles, cost, and patient preferences (Strong)</p> <p>ICSI: Antidepressant medications and / or referral for psychotherapy are recommended as treatment for major depression. Factors to consider in making treatment recommendations are symptom severity, presence of psychosocial stressors, presence of comorbid conditions, and patient preferences. Physical activity and active patient engagement are also useful in easing symptoms of major depression.</p> <p>If the primary care provider is seeing incremental improvement, continue working with that patient to augment treatment or increase medication dosage to reach remission. This can take up to three months.</p> <p>Don't give up on the patient whether treating in primary care or referring. Studies have shown that primary care can be just as successful as specialty care.</p> <p>For medication treatment, patients may show improvement at two weeks but need a longer length of time to really see</p>			

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
			<p>response and remission. Most people need to be on medication at least 6-12 months after adequate response to symptoms</p> <p>The key objectives of treatment are to: achieve remission of symptoms in the acute treatment phase for major depression reduce relapse and reduction of symptoms return patient to previous level of occupational and psychosocial function Combining pharmacologic treatment and cognitive-behavioral therapy appears to produce the most favorable treatment outcomes</p> <p>NICE: The use of antidepressants should be considered when patients with a past history of moderate or severe depression present with mild depression. (C)</p> <p>NZGG: First-line treatment for an adult with moderate depression is either a selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) or a psychological therapy (e.g., 6–8 sessions of problem-solving therapy or cognitive behavioural therapy [CBT] over 10–12 weeks). (B)</p>			

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
<p>Schwere / mittelschwere Depression mit unzureichendem Behandlungserfolg Bei schwerer bzw. mittelschwerer Depression sollte ein kombinierter Einsatz von Antidepressiva und Psychotherapie erwogen werden.</p>	↔	↑	<p>ICSI Empfehlung siehe mittelschwere Depression NICE: In moderate depression, antidepressant medication should be routinely offered to all patients before psychological interventions (B) NZGG: For an adult presenting initially with severe depression, the practitioner should consider a combination of antidepressant medication with a structured psychological intervention (eg, CBT or interpersonal psychotherapy [IPT], 16–20 sessions</p>	<p>3-10 Bei akuten schweren depressiven Episoden soll eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden. (A)</p>	<p>in Kliniken große Heterogenität bzgl. Häufigkeit und Art der PT (Härter et al., 2004)</p> <p>niedergelassene Psychiater wenden fast ausschließlich Arzneimittel an, selten andere Therapieformen (PT) (Bermejo et al., 2008)</p>	-
<p>Immer zu beachten sind Kontraindikationen, potenzielle Interaktionen und Nebenwirkungen der Medikamente sowie Begleiterkrankungen. Ein regelhaftes aktives Monitoring und Case-Management sind wichtig.</p>	↔ ↑	↔ ↔	<p>ACP: Recommendation 3: The American College of Physicians recommends that clinicians modify treatment if the patient does not have an adequate response to pharmacotherapy within 6 to 8 weeks of the initiation of therapy for major depressive disorder. (Strong) CPA: Close monitoring for suicidality is important in patients with depression, especially in the early phases of treatment when suicidal risk is highest. If antidepressants are used, treatment should include prior discussion with the patient (and family if appropriate) of</p>	<p>3-16 Eine intensive Aufklärung und engmaschige Betreuung (wöchentlich) in den ersten 4 Wochen ist zu empfehlen, um die Mitarbeit des Patienten zu fördern. 3-17 Wichtige Inhalte des Aufklärungsgesprächs sind: <ul style="list-style-type: none"> • Bedenken gegenüber Antidepressiva (z. B. Sucht-, Toleranzentwicklung, • Persönlichkeitsveränderungen) erkennen und ausräumen; • biologische Wirkmechanismen erklären; • auf Wirklatenz und mögliche </p>	<p>insgesamt zeigen DMP-Ansätze (inklusive case management bzw. telefonisches Fallmanagement) konsistente positive Effekte, RCTs vorhanden, auch aus Deutschland (Gensichen et al., 2006; Gensichen et al., 2009, Neumeyer-Gromen et al., 2004; Lehmann et al., 2010)</p>	-

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
			<p>potential side effects that may affect suicidality, such as anxiety (including panic attacks), agitation (including irritability, hostility, and impulsivity), hypomania, and activation syndrome. Early reassessment is indicated when initiating an antidepressant. For Example, in children and adolescents, regular weekly contact (such as appointments or telephone calls) should be scheduled within the first month of prescribing and antidepressant to assess for these adverse events.</p> <p>ICSI: Successful programs for the treatment of depression include organized treatment protocols, structured follow-up protocols, systematic monitoring of treatment adherence and effectiveness.</p> <p>When considering treatment options, the primary goal is to achieve remission.(M,A)</p> <p>ICSI Empfehlung siehe mittelschwere Depression</p> <p>NICE: Common concerns about taking medication should be addressed. For example, patients should be advised that craving and tolerance do not occur, and that taking medication should</p>	<p>Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten hinweisen;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nebenwirkungen erläutern; • Behandlungsdauer begründen; • dabei kann es vorteilhaft sein, Angehörige und/oder Selbsthilfegruppen einzubeziehen. (Statement) 		

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
			<p>not be seen as a sign of weakness. (GPP)</p> <p>All patients who are prescribed antidepressants should be informed, at the time that treatment is initiated, of potential side effects and of the risk of discontinuation/ withdrawal symptoms.(C)</p> <p>NICE: In the event that a patient develops marked and/or prolonged akathisia or agitation while taking an antidepressant, the use of the drug should be reviewed (C)</p> <p>When a patient’s depression fails to respond to the first antidepressant prescribed, the prescriber should check that the drug has been taken regularly and in the prescribed dose.(GPP)</p> <p>If an antidepressant has not been effective or is poorly tolerated and – after consideration of a range of other treatment options – the decision is made to offer a further course of antidepressants, then another single antidepressant should be prescribed. (C)</p> <p>NZGG: An adult being treated for depression should be actively monitored and supported (e.g.,</p>			

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
			<p>by phone, text, email or face-to-face) by an appropriately trained member of the primary care team, informed by clear treatment protocols. (B)</p> <p>Practitioners should consider the use of a tool such as the Patient Health Questionnaire for Depression (PHQ-9) to assist in the monitoring of treatment response in an adult with depression. (B)</p>			
<p>Der Patient muss über die Bedeutung einer regelmäßigen Einnahme und mögliche Auswirkungen eines Therapieabbruchs informiert werden. Bei Therapiewechsel muss eine langsame Ausschleichung des alten und Aufdosierung des neuen Medikamentes erfolgen (Gefahr von Wechselwirkungen, Serotoninsyndrom).</p>	-	↔	<p>NICE: Patients started on antidepressants should be informed about the delay in onset of effect, the time course of treatment, the need to take medication as prescribed and the possible discontinuation/withdrawal symptoms. Written information appropriate to the patient's needs should be made available. (GPP)</p>	<p>3-18 In den ersten 4 Behandlungs- wochen wird ein wöchentliches Monitoring, danach in Intervallen von 2-4 Wochen und nach 3 Monate in längeren Intervallen empfohlen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spätestens nach 3-4 Wochen sollte eine genaue Wirkungs- prüfung erfolgen und entschie- den werden, ob ein Wechsel oder eine Ergänzung der Behandlungsstrategie indiziert ist oder nicht. • Ist keine Verbesserung erkenn- bar, sollte die Mitarbeit des Patienten und bei den dafür in Frage kommenden Medikamen- ten der Plasmaspiegel geprüft werden. • Grundsätzlich angeraten sind Plasmaspiegelkontrollen bei 	-	-

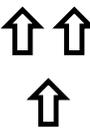
ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
				<p>Behandlung mit der Maximaldosis, Verträglichkeitsproblemen, multimedizierten oder komorbiden Patienten, Symptomverschlechterung bei dosisstabiler antidepressiver Medikation und Non-Respondern bzw. Problemen in der Mitarbeit des Patienten.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Monitoring der Konzentrationen von Antidepressiva im Serum ist nur für trizyklische und tetrazyklische Substanzen gut etabliert. • Bei Beginn einer Medikation mit Antidepressiva sollten Blutbild und Transaminasen untersucht werden. • Bei Gabe von Lithium sind initial und im Verlauf der Kreatininwert, die Kreatinin-Clearance, die Elektrolyte und das Erfassen der Schilddrüsengröße sowie der TSH-Wert wichtig. • Gewichtskontrollen sind bei einigen Pharmaka wegen der möglichen Gewichtszunahme wichtig, vor allem unter Mirtazapin und den meisten Trizyklika (z. B. Trimipramin und Amitriptylin) sowie Lithium. • Wegen der chinidinartigen Effekte von TZA auf die Reiz- 		

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
				<p>leitung mit der Gefahr von Blockbildungen und Arrhythmien sind vor Behandlungsbeginn, nach Aufdosierung und in Abhängigkeit von Dosierung und Risiko auch im Verlauf EKG-Kontrollen notwendig.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jedem Patient, der mit Antidepressiva behandelt wird, sollte zu Beginn der Behandlung besondere Aufmerksamkeit gewidmet und auf mögliche Symptome, die auf eine Erhöhung des Suizidrisikos hindeuten, geachtet werden. • Beim Absetzen der Medikation sollten Antidepressiva in der Regel schrittweise über einen Zeitraum von 4 Wochen reduziert werden. (Statement) <p>3-29 Beim Wechsel zwischen Antidepressiva sollten wegen möglicher Wechselwirkungen eine schrittweise Aufdosierung des neuen und ein ausschleichendes Absetzen des alten Antidepressivums erfolgen.(B)</p> <p>3-30 Der Wechsel des Antidepressivums ist bei Nichtansprechen nicht die Behandlungsalternative erster Wahl. Jeder Wechsel sollte daher sorgfältig geprüft Werden(B)</p> <p>3-31 Bei der Umstellung von</p>		

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
				SSRIs, SNRI und Clomipramin auf MAO-Hemmer ist ein ausreichender Sicherheitsabstand von 2 Wochen, bei Fluoxetin von 5 Wochen zu berücksichtigen. Eine Kombination der MAO-Hemmer mit diesen Antidepressiva ist kontraindiziert. (Statement)		
Pharmakotherapie – Antidepressiva allgemein -						
Therapieresistente / Chronische Depression Patienten mit therapieresistenter bzw. chronischer Depression sollte eine Kombination von Verhaltenstherapie und Antidepressiva angeboten werden	-		NICE: For patients whose depression is treatment-resistant, the combination of antidepressant medication with Cognitive Behavioural Therapy (CBT) should be considered (B) For patients with treatment-resistant moderate depression who have relapsed while taking, or after finishing, a course of antidepressants, the combination of antidepressant medication with CBT should be considered. (B) When a patient's depression has failed to respond to various strategies for augmentation and combination treatments, referral to a clinician with a specialist interest in treating depression should be considered. (GPP)	3-44 Bei Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression soll der Patient darüber informiert werden, dass eine Kombinationstherapie mit Psychotherapie und Antidepressiva gegenüber einer Monotherapie wirksamer ist. (A) 3-45 Bei schweren und rezidivierenden sowie chronischen Depressionen, Dysthymie und Double Depression sollte die Indikation zur Kombinationsbehandlung aus Pharmakotherapie und geeigneter Psychotherapie vorrangig vor einer alleinigen Psychotherapie oder Pharmakotherapie geprüft werden.(B) 3- 46	-	-

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
				Studienergebnisse liefern Hinweise, dass die Compliance bei einer medikamentösen Therapie höher ist, wenn zugleich auch eine Psychotherapie stattfindet (Statement)		
Bei nur teilweisem Ansprechen auf ein Antidepressivum nach 3-4 Wochen sollte die Dosis erhöht werden. Bei Nichtansprechen / unzureichendem Ansprechen nach 4-8 Wochen: Dosiserhöhung / Wechsel des Antidepressivum, ergänzende / veränderte Psychotherapie, ggf. Überweisung an den Facharzt.	↑	↔ ↑ ↑	siehe. ACP: Recommendation 3 (Strong) NZGG: If an adult on antidepressant medication has not responded to treatment by 4-6 weeks, review the treatment plan and consider either increasing the dose, changing the anti-depressant, or changing or adding a psycho-logical therapy. (C) If an adult with mild depression does not respond to supportive treatment (psychosocial support and self-management strategies) within 2-4 weeks (i.e., ≥ 50% reduction in symptoms) the patient and practitioner should review the treatment plan and consider intensifying, changing or augmenting measures taken to date.	Siehe 3-18 3-23 Spricht ein Patient nach 3-4 Wochen nicht auf eine Antidepressivamonotheapie an, sollten zunächst Ursachen für diesen Verlauf evaluiert werden. Zu diesen Ursachen gehören gegebenenfalls die mangelnde Mitarbeit des Patienten, eine nicht angemessene Dosis und ein zu niedriger Serumspiegel (0) 3-24 Bei zahlreichen Antidepressiva (z. B. TZA, Venlafaxin, Tranylcypromin) kann eine sinnvolle Maßnahme bei Non-Response im Aufdosieren der Substanz im Einklang mit den Anwendungs-empfehlungen des Herstellers bestehen. Dies gilt nicht für SSRI.(0)	-	-

Collaborative Care Model: (Erläuterungen zum „Collaborative Care Model“ in der ICSI Leitlinie: The redesign to a team-based collaborative care approach involves: Primary care providers using evidence-based approaches to depression care and a standard tool for measuring severity, response to treatment plan and remission; A systematic way of tracking and reminding patients at appropriate intervals of visits with their primary care physician and monitoring of treatment adherence and effectiveness; • A team member (care manager role) to utilize the tracking system and make frequent contacts with the patients to provide further education, self-management support, and monitor for response in order to aid in facilitating treatment changes and in relapse prevention; and Communication between primary care team and psychiatry to consult frequently and regularly regarding patient under clinical supervision, as well as direct patient visits as needed.)

ANHANG

Pharmakotherapie (SSRI)

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfehlungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
Pharmakotherapie – selektive Serotonin-Rückaufnahme- Inhibitoren (SSRI)						
Zur Behandlung akuter depressiver Episoden sind SSRI als Mittel der ersten Wahl empfohlen und in der Wirksamkeit den Trizyklika (TZA) gleichwertig.	↑↑	↑ - ↑↑	<p>ACP: Recommendation 1: The American College of Physicians recommends that when clinicians choose pharmacologic therapy to treat patients with acute major depression, they select second-generation antidepressants on the basis of adverse effect profiles, cost, and patient preferences (Strong)</p> <p>AkdÄ: Vergleichende klinische Studien ergaben keine klinisch bedeutsamen Wirksamkeitsunterschiede zwischen SSRI und NSMRI.</p> <p>Innerhalb der Leitlinie formulierte Einschränkung zu dieser Empfehlung: Aufgrund der übereinstimmenden Ergebnisse einiger auch kontrollierter Studien ist allerdings fraglich, ob SSRI bei Patienten mit schweren, stationär behandelten Depressionen eine den NSMRI gleichwertige Wirksamkeit besitzen.</p> <p>CPA: In adults and in the elderly, there are clear benefits</p>	<p>3-15 Besonders zu Beginn der Therapie mit SSRI sollte auf</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hinweise auf ein Serotoninsyndrom (Verwirrtheit, Delir, Zittern/Frösteln, Schwitzen, Veränderungen des Blutdrucks, Myoklonus und Mydriasis); • Blutungsneigung in Verbindung mit der Gabe von nicht-steroidalen Antirheumatika; • Hyponatriämie v. a. bei älteren Patienten (SIADH = vermehrte Produktion oder • Wirkung des antidiuretischen Hormons ADH); • Diarrhöe; • Suizidgedanken; • eine erhebliche Zunahme von motorischer Unruhe und von Angst und Agitiertheit geachtet werden. Die Patienten sollten auf die Möglichkeit solcher Symptome zu Beginn der medikamentösen Behandlung hingewiesen werden und bei deren Auftreten umgehend ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen. (B) 	in Deutschland werden SSRI vergleichsweise seltener, TCAs vergleichsweise häufiger verordnet (insbesondere von Hausärzten) (Bauer et al., 2008)	-

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
			<p>with antidepressants and, in the case of adults, little or no evidence to support any risks for emergent suicidality. Hence, newer antidepressants such as the SSRIs, SNRIs, and novel agents remain first-line treatments for depression in these age groups</p> <p>NZGG: First-line treatment for an adult with moderate depression is either a selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) or a psychological therapy (eg, 6–8 sessions of problem-solving therapy or cognitive behavioural therapy [CBT] over 10–12 weeks) (B)</p> <p>NICE: When an antidepressant is to be prescribed in routine care, it should be a selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI), because SSRIs are as effective as tricyclic antidepressants and are less likely to be discontinued because of side effects (A)</p>			
<p>SSRI sind im Vergleich zu TZA zu bevorzugen, da sie weniger Nebenwirkungen haben und weniger Therapieabbrüche beobachtet wurden.</p>	<p>-</p>	<p>↑↑</p>	<p>CPA: In adults and in the elderly, there are clear benefits with antidepressants and, in the case of adults, little or no evidence to support any risks for emergent suicidality. Hence, newer antidepressants such as the SSRIs, SNRIs, and novel</p>	<p>3-14: Bei trizyklischen Antidepressiva sind deren anticholinerge und chinidinartige Nebenwirkungen zu beachten. Daher ist deren Gabe für Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung, Engwinkelglaukom, Prostata-hypertrophie,</p>	<p>hoher Anteil umstrittener „first-line“-Verordnungen (Johanniskraut, Opipramol) mit insgesamt 27% (Ufer et al., 2007)</p>	<p>-</p>

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
			agents remain first-line treatments for depression in these age groups. NICE: When an antidepressant is to be prescribed in routine care, it should be a selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI), because SSRIs are as effective as tricyclic antidepressants and are less likely to be discontinued because of side effects. (A)	Pylorusstenose und anderen ausgeprägten intestinalen Stenosen, schwerer Obstipation, kognitiven Störungen, Krampfleiden oder Verwirrheitszuständen/Delir mit einem erhöhten Risiko verbunden. (Statement)		
Bei Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen ist Sertralin das Mittel der Wahl.	-	↑	NICE: Patients with cardiovascular disease When initiating treatment in a patient with a recent myocardial infarction or un-stable angina, sertraline is the treatment of choice as it has the most evidence for safe use in this situation.(B):		-	-
Mittelschwere bis schwere Depression Bei Auftreten von erhöhter Agitation, Unruhe, Angstzuständen, Suizidgedanken sollte die Medikation überprüft werden (Wechsel des Antidepressivums, kurz-fristige Benzodiazepin-Komedikation oder bei Wirkungslosigkeit ggf. zweites SSRI). Ein aktives und regelmäßiges Monitoring ist unerlässlich.	-	↔	NICE: If a depressed patient being treated with an SSRI develops increased agitation early in treatment, the prescriber should provide appropriate information, and if the patient prefers the drug should be changed to a different antidepressant. Alternatively, a brief period of concomitant treatment with a benzodiazepine should be considered, followed by a clinical review within two weeks. (C)	Siehe Empfehlung 3-15	-	-

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
			<p>Particularly in the initial stages of SSRI treatment, healthcare professionals should actively seek out signs of akathisia, suicidal ideation, and increased anxiety and agitation. They should also advise patients of the risk of these symptoms in the early stages of treatment and advise them to seek help promptly if these are at all distressing. (C)</p> <p>When switching from one antidepressant to another, prescribers should be aware of the need for gradual and modest incremental increases of dose, of interactions between antidepressants and the risk of serotonin syndrome when combinations of serotonergic antidepressants are prescribed. Features include confusion, delirium, shivering, sweating, changes in blood pressure and myoclonus. (C)</p>			
Atypische Depression Patienten mit atypischen Depressionen sollten mit SSRI behandelt werden. Bei Nichtansprechen ist eine Überweisung an einen Facharzt indiziert.	-		<p>NICE: Patients whose depression has atypical features should be treated with an SSRI (‘C)</p> <p>Referral to mental health specialists should be considered for patients with atypical depression and significant functional impairment who have</p>	<p>3-32 Bei einem Patienten, der auf eine Antidepressivamonotherapie nicht reagiert hat, kann als einzige Antidepressiva-kombination die Kombination von Mianserin (unter Berücksichtigung des Agranulozytoserisikos) oder Mirtazapin einerseits mit einem SSRI oder einem TZA</p>	-	-

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
			not responded to an SSRI. (GPP)	andererseits empfohlen werden. Nur für diese Kombination wurde in mehreren randomisierten und doppelblinden Studien gezeigt, dass sie wirksamer ist als die Monotherapie mit nur einem der Wirkstoffe. (Statement)		

ANHANG

Pharmakotherapie (MAO)

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
Pharmakotherapie- Monoaminoxidase-Inhibitoren (MAO-Inhibitoren)						
Moclobemid, ein reversibler MAO-Inhibitor vom Typ A, ist gleich antidepressiv wirksam wie SSRI und TZA.	↑↑	-	AkdÄ: In der ambulanten hausärztlichen Versorgung kommt als MAO-Inhibitor vor allem der reversible und selektive MAO-A-Hemmer Moclobemid infrage. In den vorliegenden vergleichenden Studien konnten keine klinisch bedeutsamen Wirksamkeitsunterschiede zwischen Moclobemid und SSRI oder NSMRI gesichert werden		-	-
Bei Wechsel auf Moclobemid muss die vorherige Medikation ausgeschlichen werden.	-	↑↑	NICE: When switching from one antidepressant to another, prescribers should be aware of the need for gradual and modest incremental increases of dose, of interactions between antidepressants and the risk of serotonin syndrome when combinations of serotonergic antidepressants are prescribed. Features include confusion, delirium, shivering, sweating, changes in blood pressure and myoclonus. (C)	3-31 Bei der Umstellung von SSRIs, SNRI und Clomipramin auf MAO-Hemmer ist ein ausreichender Sicherheitsabstand von 2 Wochen, bei Fluoxetin von 5 Wochen zu berücksichtigen. Eine Kombination der Antidepressiva ist kontraindiziert. (Statement)	-	-
Atypische Depression Phenelzin (Monitoring, Gefahr der Toxizität bei Überdosierung)	-	↔	NICE: Phenelzine should be considered for women whose depression is atypical, and who have not responded to, or who		-	-

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
sollte bei Frauen mit atypischer Depression erwogen werden, wenn sie SSRI nicht vertragen. Ein engmaschiges Monitoring (regelmäßige Blutdruckmessung) sowie Informierung des Patienten hinsichtlich potenzieller Interaktionen sollte erfolgen.			cannot tolerate, an SSRI. However, its toxicity in overdose should be considered when prescribing for patients at high-risk of suicide. (C)			

ANHANG

Pharmakotherapie (NSMRI)

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
Pharmakotherapie – nichtselektive Monoamin- Rückaufnahme-Inhibitoren (NSMRI) / Trizyklika (TZA)						
TZA sind bei akuten Depressionen wirksam.	↑↑	-	AkdÄ: Die Wirksamkeit aller NSMRI ist bei der Behandlung akuter depressiver Störungen ähnlich und anhand zahlreicher placebo-kontrollierter Studien belegt. Innerhalb der Leitlinie formulierte Einschränkung zu dieser Empfehlung: Insbesondere bei Herz- Kreislauf-Erkrankungen, Engwinkelglaukom, Prostata- hypertrophie, Pylorusstenose und anderen ausgeprägten intestinalen Stenosen, schwerer Obstipation, kognitiven Störungen, Krampfleiden oder Verwirrheitszuständen bzw. Delir sollten keine NSMRI eingesetzt werden.		in Deutschland werden SSRI vergleichsweise seltener, TCAs vergleichsweise häufiger verordnet (insbesondere von Hausärzten) (Bauer et al., 2008)	-
TZA werden bei Patienten mit melancholischer Depression empfohlen.	-	↔	NZGG: First-line treatment for an adult with melancholic depression is a tricyclic antidepressant (GPP)		-	
Die geringere Verträglichkeit von TZA im Vergleich zu SSRI	-	↑	NICE: If an antidepressant has not been effective or is poorly tolerated and – after	3-14: Bei trizyklischen Antidepressiva sind deren anticholinerge und chinidinartige	-	-

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
<p>ist zu beachten (insbesondere Kardiotoxizität und Toxizität bei Überdosierung / Suizidalität, hohes Interaktionspotenzial).</p>			<p>consideration of a range of other treatment options – the decision is made to offer a further course of antidepressants, then another single antidepressant should be prescribed. (C)</p> <p>Toxicity in overdose should be considered when choosing an antidepressant for patients at significant risk of suicide. Healthcare professionals should be aware that the highest risk in overdose is with tricyclic antidepressants (with the exception of lofepramine) but that venlafaxine is also more dangerous in overdose than other equally effective drugs recommended for routine use in primary care. (C)</p> <p>Before prescribing tricyclic antidepressants, practitioners should take into account their poorer tolerability compared with other equally effective antidepressants, the increased risk of cardiotoxicity and their toxicity in overdose. Where a tricyclic is chosen as an antidepressant, lofepramine is a reasonable choice because of its relative lack of cardiotoxicity. (B)</p>	<p>Nebenwirkungen zu beachten. Daher ist deren Gabe für Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung, Engwinkelglaukom, Prostatahypertrophie, Pylorusstenose und anderen ausgeprägten intestinalen Stenosen, schwerer Obstipation, kognitiven Störungen, Krampfleiden oder Verwirrheitszuständen/Delir mit einem erhöhten Risiko verbunden. (Statement)</p>		

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
TZA sollten nicht eingesetzt werden bei hohem Risiko für Herzrhythmusstörungen und vor Kurzem erlittenem Herzinfarkt.	-		<p>NICE: An ECG should be carried out and blood pressure measurement taken before prescribing a tricyclic antidepressant for a depressed patient at significant risk of cardiovascular disease. (GPP)</p> <p>Venlafaxine and tricyclic antidepressants (with the exception of lofepramine) should not be prescribed for patients with a: high risk of serious cardiac arrhythmias, recent myocardial infarction. (C)</p>	s. Empfehlung 3-14	-	-
Imipramin wird von Frauen weniger gut vertragen.	-		<p>NICE: When considering which antidepressants to prescribe for female patients, the fact that they have poorer tolerance of imipramine should be taken into account (B)</p>		-	-

ANHANG

Pharmakotherapie (SSNRI)

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
Pharmakotherapie – weitere Antidepressiva (Selektive Serotonin- und Noradrenalin- Rückaufnahme-Inhibitoren [SSNRI] u. a. 1, Kombinations- / Augmentationstherapien						
Neue Antidepressiva sind ähnlich gut wirksam wie SSRI und TZA.	↑↑	-	<p>AkdÄ: In den letzten Jahren wurde eine Reihe neuerer Antidepressiva wie z. B. Venlafaxin, Duloxetin, Mirtazapin und Reboxetin auf den Markt gebracht, die weitgehend selektiv die serotonerge und/oder noradrenerge Neurotransmission beeinflussen bei relativ günstigem Nebenwirkungsprofil</p> <ul style="list-style-type: none"> Die akute antidepressive Wirksamkeit von Venlafaxin, Duloxetin, Mirtazapin und Reboxetin ist anhand placebokontrollierter klinischer Studien gut belegt Im Vergleich zu NSMRI und SSRI scheinen Venlafaxin, Duloxetin, Mirtazapin und Reboxetin von weitgehend ähnlicher antidepressiver Wirksamkeit zu sein. <p>ACP: Recommendation 1: The American College of Physicians recommends that when</p>	<p>3-32: Bei einem Patienten, der auf eine Antidepressiva-monotherapie nicht respondiert hat, kann als einzige Antidepressiva-kombination die Kombination von Mianserin (unter Berücksichtigung des Agranulozytoserisikos) oder Mirtazapin einerseits mit einem SSRI oder einem TZA andererseits empfohlen werden. Nur für diese Kombination wurde in mehreren randomisierten und doppelblinden Studien gezeigt, dass sie wirksamer ist als die Monotherapie mit nur einem der Wirkstoffe. (Statement)</p> <p>3-35: Die Wirksamkeit von Antidepressiva ist auch für ältere Patienten belegt. Ältere Patienten sollten daher in gleicher Weise behandelt werden wie jüngere. Im Vergleich zu jüngeren Patienten</p>	-	-

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
			clinicians choose pharmacologic therapy to treat patients with acute major depression, they select second-generation antidepressants on the basis of adverse effect profiles, cost, and patient preferences (Strong)	ist das Nebenwirkungsprofil bzw. die Verträglichkeit noch stärker zu beachten. Wirksamkeitsunterschiede zwischen den beiden großen Antidepressiva- gruppen TZA und SSRI, aber auch zu anderen bzw. neueren Antidepressiva (z. B. Moclobemid, Venlafaxin, Mirtazapin) wurden bislang nicht nachge- wiesen. Bei älteren Patienten sollte eine Behandlung mit TZA in einer erniedrigten Anfangs- dosis begonnen werden (Statement)		
Aufgrund vergleichbarer Wirksamkeit sollten Antidepressiva der zweiten Generation unter Abwägung von Nebenwirkungen, Kosten und Patientenpräferenzen ausgewählt werden.	↑	↑↑	NICE: Before prescribing venlafaxine, practitioners should take into account the increased likelihood of patients stopping treatment because of side effects, and its higher cost, compared with equally effective SSRIs. (B)		-	-
Reboxetin: Überwachung ist wegen fehlender Daten zu Nebenwirkungen wichtig.	-	↑			-	
Mirtazapin: Sedierende Wirkung und eine mögliche Gewichtszunahme sind zu berücksichtigen.	-	↑↑			-	-
Venlafaxin: Eine höhere nebenwirkungsbedingte Therapieabbruchwahrscheinlichkeit im Vergleich zu gleich	-	↑	NICE: For patients prescribed venlafaxine, blood pressure should be checked on initiation and regularly during treatment,	3-57: Bei Vorliegen von depressiven Episoden und komorbiden Angststörungen sind sowohl Psychotherapie	Unterdosierung bei einzelnen Arzneimitteln (Doxepin, Venlafaxin) möglich (Linden et al.,	-

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
wirksamen Antidepressiva ist zu beachten. Nebenwirkungen auf das Herz-Kreislaufsystem und eine geringere Überdosierungssicherheit / höheres Suizidalitätsrisiko im Vergleich zu SSRI (insbesondere bei jungen Erwachsenen) sind zu berücksichtigen.			particularly during dosage titration. For patients who experience a sustained increase in blood pressure, the dose should be reduced or discontinuation considered. (C) Before prescribing venlafaxine, practitioners should take into account the increased likelihood of patients stopping treatment because of side effects, and its higher cost, compared with equally effective SSRIs. (B)	(empirische Belege liegen vor für KVT und IPT) als auch Pharmakotherapie (empirische Belege liegen vor für SSRIs und Venlafaxin) wirksame Behandlungsverfahren (Statement)	2007; Linden et al., 2001)	
Venlafaxin sollte nicht eingesetzt werden bei hohem Risiko für Herzrhythmusstörungen, vor Kurzem erlittenem Herzinfarkt oder unkontrolliertem Bluthochdruck.	-		NICE: For patients prescribed venlafaxine, blood pressure should be checked on initiation and regularly during treatment, particularly during dosage titration. For patients who experience a sustained increase in blood pressure, the dose should be reduced or discontinuation considered. (C) Before prescribing venlafaxine, practitioners should ensure pre-existing hypertension is controlled in line with the current NICE guideline on hypertension Venlafaxine and tricyclic antidepressants (with the exception of lofepramine) should not be prescribed for patients with a: high risk of serious cardiac arrhythmias recent myocardial infarction.		-	-

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
<p>Psychotische Depression Psychotische Patienten sollten neben Antidepressiva auch antipsychotische Medikamente einnehmen. Behandlungsdauer und Dosierung sind noch unbekannt.</p>	-		<p>(B) NICE: For patients with psychotic depression, augmenting the current treatment plan with antipsychotic medication should be considered, although the optimum dose and duration of treatment are unknown (C)</p>	<p>3-37: Bei Patienten mit psychotischer Depression sollte die Kombination des Antidepressivums mit Antipsychotika erwogen werden, wobei die optimale Dosierung und Anwendungsdauer dieser Medikamente unbekannt sind. (B)</p>	-	-
<p>Pharmakotherapie – weitere Antidepressiva (Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren [SSNRI] u. a. 1, Kombinations- / Augmentationstherapien</p>						
<p>Bei therapieresistenter Depression kann unter Beachtung der Neben- und Wechselwirkungen ein zweites Antidepressivum (auch gleiche Klasse) verordnet werden (z. B. Mianserin / Mirtazapin in Ergänzung zu einem SSRI).</p>	 -  		<p>ICSI: Given that depression and pain symptoms appear to follow the same descending pathways of the central nervous system involving a functional deficiency of the neurotransmitters serotonin, norepinephrine, and dopamine, antidepressant medication is warranted, especially the dual-action tricyclic antidepressants such as amitriptyline or dual-action atypical antidepressant re-uptake inhibitors such as venlafaxine or duloxetine. Duloxetine is indicated for the management of neuropathic pain associated with diabetic peripheral neuropathy. Duloxetine, dosed orally at 60</p>		<p>Analyse von Rezeptdaten in BW: hoher Anteil umstrittener „first-line“-Verordnungen (Johanniskraut, Opipramol) mit insgesamt 27%, 73% der Patienten erhielt nur 1 Medikament (Ufer et al., 2007)</p>	-

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
			mg once or twice daily, improved mean pain scores from baseline and increased the proportion of patients with at least 50% reduction in pain scores from baseline			
Als zweites Antidepressivum eignen sich SSRI oder Mirtazapin / Mianserin, aber auch Weitere (z. B. Moclobemid, Reboxetin) oder TZA. Venlafaxin kann bei schwereren Depressionen eingesetzt werden.	-		NICE: Reasonable choices for a second antidepressant include a different SSRI or mirtazapine, but consideration may also be given to other alternatives, including moclobemide, reboxetine and lofepramine. Other tricyclic antidepressants (except dosulepin) and venlafaxine may be considered, especially for more severe depression(B)		-	-
Bei Patienten, die auf verschiedene Antidepressiva nicht angesprochen haben, sollte eine Augmentationsbehandlung mit Lithium erwogen werden (EKG durchführen).	 -  		NICE: A trial of lithium augmentation should be considered for patients whose depression has failed to respond to several antidepressants and who are prepared to tolerate the burdens associated with its use. (B) Before initiating lithium augmentation, an ECG should be carried out (C)	3-25: Ein Versuch zur Wirkungsverstärkung (Augmentation) mit Lithium sollte vom erfahrenen Arzt bei Patienten erwogen werden, deren Depression auf Antidepressiva nicht angesprochen hat. (B) 3-26: Wenn bei einem Patienten 2-4 Wochen nach Erreichen wirksamer Lithiumspiegel keine Wirkung festzustellen ist, sollte Lithium wieder abgesetzt werden. (KKP) 3-27: Patienten, die gut auf ein Antidepressivum mit Lithium-Augmentation ansprechen,	-	-

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
				sollten unter diesem Regime für mindestens 6 Monate bleiben. (B)		
Bei Kombinations- / Augmentationstherapien sollte ein engmaschiges Monitoring erfolgen (z. B. Gefahr eines Serotoninsyndroms, bei Phenelzin / Venlafaxin: Gefahr der Toxizität bei Überdosierung, bei Mianserin: Gefahr einer Agranulocytose)	-		ICSI Augmentation strategies may be used for partial responders, and combinations of antidepressants (when each has a different mechanism) have been shown to be options in those who fail to achieve remission. (A,D) NICE: Where patients are treated with one antidepressant augmented by another, careful monitoring of progress and side effects is advised and the importance of this should be explained to the patient. Particular care should be taken to monitor for serotonin syndrome. (GPP)		-	-
Andere Kombinationen von Antidepressiva als die o. g. sollten vor Verschreibung mit einem Kollegen diskutiert werden.	-		NICE: Referral to mental health specialists should be considered for patients with atypical depression and significant functional impairment who have not responded to an SSRI. (GPP)		-	-
Eine Kombination mit Carbamazepin, Lamotrigin, Buspiron, Pindolol, Valproat oder Schilddrüsenhormonen ist in der Routineversorgung der therapieresistenten Depression nicht zu empfehlen.	-		NICE: Augmentation of an antidepressant with carbamazepine, lamotrigine, buspirone, pindolol, valproate or thyroid supplementation is not recommended in the routine management of treatment- resistant depression (B)		-	-

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
Dosulepin und Benzodiazepine werden zur Verstärkung von Antidepressiva nicht empfohlen.	-	↔	<p>NICE: Dosulepin should not be initiated routinely because evidence supporting its tolerability relative to other antidepressants is outweighed by the increased cardiac risk and toxicity in overdose (C)</p> <p>There is insufficient evidence to recommend the use of benzodiazepine augmentation of antidepressants (C)</p>		-	-

ANHANG

Pharmakotherapie – Phytotherapeutika

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
Pharmakotherapie – Phytotherapeutika						

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
<p>Leichte bis mittelschwere Depression Johanniskraut ist im Vergleich zu Placebo bei leichten bis mittelschweren Depressionen wirksam.</p>		-	<p>AkdÄ: Zum Vergleich von Johanniskraut mit chemisch definierten Antidepressiva wie Amitriptylin, Imipramin, Fluoxetin, Paroxetin und Sertralin liegen mehrere Äquivalenzstudien mit positiven, negativen, zum Teil aber auch nicht beurteilbaren Ergebnissen vor. Dazu erlauben einige Studien aufgrund grober Mängel ihrer biometrischen Qualität oder zu niedriger Dosierung der Referenzsubstanzen kaum eine Bewertung. Für die Behandlung der Depression lässt sich aufgrund der starken und variablen Placebo-Effekte die so genannte »Assay-Sensitivität« als wesentliche Voraussetzung für die Interpretierbarkeit von Äquivalenzstudien nur durch das Mitführen einer Placebo-Kontrollgruppe garantieren. Dies war lediglich in einer Studie gegeben. Insgesamt kann aufgrund der inkonsistenten und unzureichenden Datenlage derzeit keine Aussage über die Vergleichbarkeit von Johanniskrautpräparaten und chemisch definierten Antidepressiva getroffen werden.</p>	<p>3-11 Wenn bei leichten oder mittelgradigen depressiven Episoden eine Pharmakotherapie erwogen wird, kann bei Beachtung der spezifischen Nebenwirkungen und Interaktionen ein erster Therapieversuch auch mit Johanniskraut unternommen werden.(A)</p>	-	<p>H: „...dass hier insbesondere phytotherapeutische Verfahren in Frage kommen. Johanniskraut sei insoweit anerkannt, darüber hinaus helfe eine dahingehende Aufklärung nicht viel...“</p>

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
<p>Johanniskraut sollte wegen möglicher schwerwiegender Medikamenteninteraktionen nicht verordnet werden. Patienten sollten über potenzielle Interaktionen mit Kontrazeptiva, Antikoagulantien und krampflösenden Medikamenten aufgeklärt werden.</p>	-	↔	<p>AkdÄ: Unerwünschte Wirkungen von Johanniskraut: Johanniskrautpräparate haben sich in den publizierten Studien als sehr gut verträglich erwiesen, obwohl die Ergebnisse der meist kleinsten Studien für seltenere, evtl. aber auch schwerere Neben- oder Wechselwirkungen nur von sehr limitierter Aussagekraft sind. Zur oft erwähnten Phototoxizität existieren nur vereinzelte Berichte. Von gesicherter klinischer Relevanz sind jedoch ausgeprägte Wechselwirkungen. Johanniskraut kann als Induktor von Isoenzymen des Cytochroms P450 zur Wirkungsbeeinträchtigung (inkl. oraler Kontrazeption) und ggf. bei Absetzen zur erhöhten Toxizität zahlreicher Wirkstoffe mit geringer therapeutischer Breite wie z. B. Ciclosporin, Tacrolimus, Digoxin, Theophyllin, Antidepressiva (Amitriptylin, Nortriptylin), Antikoagulantien, Antikonvulsiva und mehreren HIV-wirksamen Arzneimitteln führen.</p> <p>NICE: Although there is evidence that St John's wort may be of benefit in mild or moderate depression, healthcare</p>	<p>3-12 Patienten, die Johanniskraut einnehmen, sollten über die unterschiedliche Wirkstärke der verfügbaren Zubereitungen und die sich daraus ergebenden Unsicherheiten informiert werden. Sie sollten ebenfalls aufgeklärt werden über mögliche schwere Wechselwirkungen von Johanniskraut mit anderen Medikamenten (einschließlich oraler Kontrazeptiva, Antikoagulantien und Antiepileptika). (B)</p>	-	-

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
			professionals should not prescribe or advise its use by patients because of uncertainty about appropriate doses, variation in the nature of preparations and potential serious interactions with other drugs (including oral contraceptives, anticoagulants and anticonvulsants). (C)			
<p>Mittelschwere bis schwere Depression Johanniskraut ist bei mittelschwerer bis schwerer Depression nicht wirksamer als Placebo und sollte nicht verordnet werden.</p>	↔	↔	<p>NICE: Patients who are taking St John’s wort should be informed of the different potencies of the preparations available and the uncertainty that arises from this. They should also be informed of the potential serious interactions of St John’s wort with other drugs (including oral contraceptives, anticoagulants and anti-convulsants). (C)</p>		<p>hoher Anteil umstrittener „first-line“-Verordnungen (Johanniskraut, Opipramol) mit insgesamt 27% (Ufer et al., 2007)</p>	<p>s.o.</p>

ANHANG

Pharmakotherapie – Erhaltungstherapie / Rezidivprophylaxe

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungskate- gorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
Pharmakotherapie – Erhaltungstherapie / Rezidivprophylaxe						
Die Remissionserhaltung nach erfolgreicher Akuttherapie sollte mit dem eingesetzten Antidepressivum in unveränderter Dosierung über 6 Monate fortgesetzt werden (auch wenn in Kombinationstherapie mit Lithium).	 - 	 -  	<p>ACP: Recommendation 4: The American College of Physicians recommends that clinicians continue treatment for 4 to 9 months after a satisfactory response in patients with a first episode of major depressive disorder. For patients who have had 2 or more episodes of depression, an even longer duration of therapy may be beneficial. (Strong)</p> <p>AkdÄ: Zur remissionsstabilisierenden Erhaltungstherapie bei Patienten mit unipolarer Depression wird nach erfolgreicher Akuttherapie das hierbei eingesetzte Antidepressivum in unveränderter Dosierung über einen Zeitraum von sechs Monaten weitergegeben. Die remissionsstabilisierende Wirkung ist für zahlreiche Antidepressiva belegt. Durch eine derartige Erhaltungstherapie kann das Rückfallrisiko um 70 % gesenkt werden.</p> <p>ICSI: Augmentation strategies may be used for partial</p>	<p>3-19 Antidepressiva sollen mindestens 4-9 Monate über die Remission einer depressiven Episode hinaus eingenommen werden, weil sich hierdurch das Risiko eines Rückfalls erheblich vermindern lässt. In dieser Erhaltungsphase soll die gleiche Dosierung wie in der Akutphase fortgeführt werden (A)</p> <p>3-22 Bei suizidgefährdeten Patienten soll in der Rezidivprophylaxe zur Reduzierung suizidaler Handlungen (Suizidversuche und Suizide) eine Medikation mit Lithium in Betracht gezogen werden</p>	Fortbildungsbedarf bei Kombinationstherapie u. Rezidivprophylaxe (Bermejo et al., 2008)	H gibt mehrfach speziellen Fortbildungsbedarf zur Diagnostik und Therapie bei Depressionen Der Hausärzte und Fachärzte an

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungskate- gorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
			<p>responders, and combinations of antidepressants (when each has a different mechanism) have been shown to be options in those who fail to achieve remission. If the primary care provider is seeing incremental improvement, continue working with that patient to augment treatment or increase medication dosage to reach remission. This can take up to three months. Don't give up on the patient whether treating in primary care or referring. Studies have shown that primary care can be just as successful as specialty care. For medication treatment, patients may show improvement at two weeks but need a longer length of time to really see response and remission. Most people need to be on medication at least 6-12 months after adequate response to symptoms.</p> <p>NICE: Patients started on antidepressants who are not considered to be at increased risk of suicide should normally be seen after two weeks. Thereafter they should be seen on an appropriate and regular basis, for example, at intervals of two to four weeks in the first three months and at longer intervals thereafter, if response</p>			

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungskate- gorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
			<p>is good. (C) Antidepressants should be continued for at least six months after remission of an episode of depression, because this greatly reduces the risk of relapse. (A) When a patient has taken antidepressants for six months after remission, healthcare professionals should review with the patient the need for continued antidepressant treatment. This review should include consideration of the number of previous episodes, presence of residual symptoms, and concurrent psychosocial difficulties(C) Patients who have had multiple episodes of depression, and who have had a good response to treatment with an antidepressant and lithium augmentation, should remain on this combination for at least six months.(B) The antidepressant dose used the prevention of recurrence should be maintained at the level at which acute treatment was effective. (C) NZGG: An adult with depression who is responding to antidepressant treatment should normally continue to take the antidepressant for at least</p>			

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungskate- gorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
			6months after remission of an episode of depression in order to reduce the risk of relapse (B)			
Die Rezidivprophylaxe ist für SSRI / TZA bei unipolaren Depressionen gut belegt.	↑↑	-	AkdÄ: Die wirksame Verhinderung von Rezidiven bei unipolaren Patienten durch eine Langzeitmedikation mit verschiedenen Antidepressiva ist gut belegt. Sowohl für NSMRI als auch für SSRI ist die Verhinderung von Rezidiven bei unipolaren Depressionen bei einer bis zweijährigen Medikation gegenüber Placebo nachgewiesen. In einigen viel zitierten Studien wurde dabei freilich die volle, zuvor akut verordnete Dosis, z. B. von Imipramin, weiterhin verabreicht.	3-21 Zur Vorbeugung eines Rezidivs sollte die gleiche Dosierung des Antidepressivums verabreicht werden, die bei der Akuttherapie wirksam war. (0)	-	-
Eine regelmäßige Überprüfung der Therapie wird empfohlen.	-	↔ - ↑	NZZG: An adult being treated for depression should actively monitored and supported (eg, by phone, text, email or face-to-face) by an appropriately trained member of the primary care team, informed by clear treatment protocols (B)		-	-
Für uni- und bipolare Depressionen ist die Wirksamkeit einer Prophylaxe mit Lithium eindeutig belegt. Lithium ist Amitriptylin überlegen.	↑↑	-	AkdÄ: Für Lithiumsalze ist der phasenprophylaktische Effekt in neun doppelblinden Studien an unipolaren und ebenso zahlreichen Studien an bipolaren Patienten eindeutig belegt. In einer prospektiven Studie, die Lithium mit der – in Deutschland für die	3-20: Patienten mit 2 oder mehr depressiven Episoden mit bedeutsamen funktionellen Einschränkungen in der jüngeren Vergangenheit sollten dazu angehalten werden,das Antidepressivum mindestens 2 Jahre lang zur Langzeitprophylaxe	Entsprechend einer Modellrechnung auf der Basis einer eigenen Studie könnten laut Autoren ca. 250 Suizide pro Jahr in Deutschland verhindert werden, wenn alle Patienten mit Major Depression bzw. bipolarer Depression	-

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungskate- gorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
			<p>Langzeitmedikation üblichen – Dosis von ca. 100 mg/Tag Amitriptylin verglichen, war Lithium Amitriptylin überlegen. Wenn es auch sinnvoll erscheint, eine in der akuten Phase erfolgreiche antidepressive Therapie als prophylaktische, unter Umständen also lebenslange Medikation fortzuführen, so werden doch die individuelle Verträglichkeit und das individuelle Suizidrisiko für die Therapieentscheidung eine wichtige Rolle spielen müssen. (...) Im Falle der Unverträglichkeit von Lithium oder bei nicht ausreichendem Ansprechen kommt als zweite Wahl das Antikonvulsivum Carbamazepin in Frage.</p> <p>NICE: When one drug is to be discontinued in a patient taking an antidepressant with lithium augmentation, this should be lithium in preference to the antidepressant (C)</p>	<p>einzunehmen.(B) 3-21: Zur Vorbeugung eines Rezidivs sollte die gleiche Dosierung des Antidepressivums verabreicht werden, die bei der Akuttherapie wirksam war. (0)</p>	<p>Lithium erhalten (Müller-Oerlinghausen et al. 2003)</p>	
Lithium sollte zur Verhinderung einer rezidivierenden Depression nicht allein gegeben werden.	-	↔	<p>NICE: The use of lithium as a sole agent to prevent recurrence of depression in patients with previous recurrences is not recommended (C)</p>		-	-
Bei unzureichendem Ansprechen auf Lithium oder bei Unverträglichkeit ist	↑	-	<p>AkdÄ: Im Falle der Unverträglichkeit von Lithium oder bei nicht ausreichendem</p>		-	-

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungskate- gorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
Carbamazepin Mittel der (zweiten) Wahl.			Ansprechen kommt als zweite Wahl das Antikonvulsivum Carbamazepin in Frage. Lamotrigin ist zur Prophylaxe depressiver Episoden bei bipolar affektiven Erkrankungen zugelassen. Die Phasenprophylaxe bipolarer Erkrankungen sollte durch einen psychiatrischen Facharzt erfolgen. In neueren Studien wurde gezeigt, dass Lamotrigin vor allem zur Prävention depressiver Phasen geeignet ist, während Lithium eher manische Phasen verhindert. Es existieren jedoch auch interessante Hinweise, dass es sich bei Lamotrigin-Respondern um eine spezielle Subgruppe des bipolaren Spektrums handelt. Für unipolare Verläufe gibt es für diese Substanz keine systematischen Untersuchungen.			
Zur Remissionsstabilisierung mit Johanniskraut kann aufgrund mangelnder Kernempfehlungen keine Kernaussage formuliert werden.	↔	-	AkdÄ: Johanniskraut: Daten zur remissionsstabilisierenden Wirksamkeit liegen nicht vor.		-	-
Andere Antikonvulsiva werden zur Rezidivprophylaxe nicht empfohlen.	↔	-	AkdÄ: Für andere Antikonvulsiva wie z. B. Valproat, Gabapentin oder Topiramamat wurde eine rezidiv- prophylaktische Wirksamkeit weder bei uni- noch bei		-	-

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungskate- gorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
			bipolaren Störungen hinreichend nachgewiesen. Für das in den USA viel verwandte, in Deutschland für die Langzeitprophylaxe affektiver Störungen kürzlich – aus Sicht der AkdÄ ohne hinreichende Evidenz – zugelassene Valproat liegt ein negatives Cochrane Review vor. Auch zeigte eine große Studie am Material zweier amerikanischer Versicherungen ein 2,7fach erhöhtes Suizidrisiko bei Patienten mit Valproat im Vergleich zur Lithiummedikation.			
Patienten mit wiederholten depressiven Episoden sollten 2 Jahre die antidepressive Therapie fortsetzen, und zwar in der im Rahmen der Remission bewährten Dosis.	-	↑	NICE: Patients who have had two or more depressive episodes in the recent past, and who have experienced significant functional impairment during the episodes, should be advised to continue antidepressants for two years. (B)	3-20 Patienten mit 2 oder mehr depressiven Episoden mit bedeutsamen funktionellen Einschränkungen in der jüngeren Vergangenheit sollten dazu angehalten werden, das Antidepressivum mindestens 2 Jahre lang zur Langzeitprophylaxe einzunehmen. (B) 3-95 (Nachsorge): Eine Nachuntersuchung von Patienten, die wegen Suizidalität stationär aufgenommen wurden, soll kurzfristig, maximal 1 Woche nach Entlassung, geplant werden, da in der Zeit nach der Entlassung das Risiko für weitere suizidale Handlungen	-	-

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungskate- gorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
				am höchsten ist. (A) 3-96: Patienten, die wegen Suizidalität stationär behandelt wurden und einen Termin zur Nachuntersuchung nach Entlassung nicht wahrnehmen, sollen unmittelbar kontaktiert werden, um das Risiko für einen Suizid oder Selbstverletzungen abzuschätzen. (A)		
Über den Zeitrahmen von 2 Jahren hinaus sollte die Therapienotwendigkeit unter Beachtung von Alter, Komorbidität und anderer Risikofaktoren überprüft werden.	-		NICE: Patients on maintenance treatment should be re-evaluated, taking into account age, comorbid conditions and other risk factors in the decision to continue maintenance treatment beyond two years. (GPP)		-	-

ANHANG

Pharmakotherapie – Suizidprävention (in der Akut- und Erhaltungstherapie)

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
Pharmakotherapie – Suizidprävention (in der Akut- und Erhaltungstherapie)						
Für SSRI und viele neuere Antidepressiva (SNRI u.a.) konnte bislang keine bzw. nur geringe Evidenz für eine auftretende / gesteigerte Suizidalität erbracht werden.	↑↑	-	CPA: In adults and in the elderly, there are clear benefits with anti-depressants and, in the case of adults, little or no evidence to support any risks for emergent suicidality. Hence, newer antidepressants such as the SSRIs, SNRIs, and novel agents remain first-line treatments for depression in these age groups.	3-91 (Andere Substanzen): Eine Akutbehandlung (möglichst < 14 Tage) mit einem Benzodiazepin kann bei suizidgefährdeten Patienten in Betracht gezogen werden. (0) 3-92: Bei suizidgefährdeten Patienten mit einer depressiven Episode mit psychotischen Merkmalen sollte die antidepressive Medikation mit einem Antipsychotikum ergänzt werden. (B)	-	-
Es sollte ein engmaschiges Monitoring im Hinblick auf potenziell auftretende / erhöhte Suizidalität, insbesondere in der Einstellungsphase auf Antidepressiva, erfolgen. Eine Informierung des Patienten zu entsprechenden möglichen Nebenwirkungen ist unerlässlich.	↑	-↑	CPA: Close monitoring for suicidality is important in patients with depression, especially in the early phases of treatment when suicidal risk is highest. If antidepressants are used, treatment should include prior discussion with the patient (and family if appropriate) of potential side effects that may affect suicidality, such as anxiety (including panic attacks), agitation (including irritability, hostility, and impulsivity), hypomania, and activation syndrome. Early reassessment is indicated when	3-83: Suizidalität sollte bei depressiven Patienten immer direkt thematisiert, präzise und detailliert erfragt und vor dem Hintergrund vorhandener Ressourcen beurteilt werden.(KKP) 3-85 (Diagnostik): Die Diagnostik bei suizidalen Patienten schließt die Erfassung der graduellen Ausprägung der Suizidalität und die Abschätzung des aktuellen Handlungsdrucks bzw. die aktuelle Distanziertheit von Suizidalität ein. (Statement) 3-93 (Krisenintervention): Das kurzfristige Ziel von	-	H: „Die Suizidprävention sei in der Versorgung mit entsprechenden Bündnisprogrammen (z.B. Nürnberger Bündnis etc.) auch europaweit bereits sehr gut abgedeckt. Anhand der Todesfallstatistik ließe sich ableiten, dass die Suizidrate sinke, mindestens aber gleichbleibend sei. Eine Rückschluss auf sinkende Raten depressiv Erkrankter ließe sich nicht ziehen. Die Todesfallstatistik unterliege zwar gewissen Limitationen, weitere

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
			<p>initiating an antidepressant. For Example, in children and adolescents, regular weekly contact (such as appointments or telephone calls) should be scheduled within the first month of prescribing and antidepressant to assess for these adverse events.</p> <p>NZGG: An adult starting antidepressant treatment who is not considered at increased risk of suicide should be reviewed by the health practitioner within 1–2 weeks and monitored at least 2 weekly until there is clear improvement. (c)</p> <p>NICE: Particularly in the initial stages of SSRI treatment, healthcare professionals should actively seek out signs of akathisia, suicidal ideation, and increased anxiety and agitation. They should also advise patients of the risk of these symptoms in the early stages of treatment and advise them to seek help promptly if these are at all distressing (c)</p>	<p>Kriseninterventionen oder Psychotherapie bei akuter Suizidalität besteht in intensiver Kontaktgestaltung und der aktiven unmittelbaren Unterstützung und Entlastung bis zum Abklingen der Krise. Eine tragfähige therapeutische Beziehung kann bei suizidgefährdeten Patienten per se suizidpräventiv wirken.</p> <p>(Statement) 3-94: Bei suizidgefährdeten Patienten mit einer depressiven Episode sollte eine Psychotherapie in Betracht gezogen werden, die zunächst auf die Suizidalität fokussiert.</p> <p>(B) 3-84 (Gesprächs- u. Beziehungsangebot: Suizidale Patienten müssen eine besondere Beachtung und Betreuung im Sinne einer Intensivierung des zeitlichen Engagements und der therapeutischen Bindung erhalten. Das konkrete Betreuungsangebot richtet sich nach den individuellen Risikofaktoren, der Absprachefähigkeit des Patienten und Umgebungsfaktoren. (KKP)</p>		<p>Datenerhebungen seien aber nicht erforderlich. Der Trend sei weiterhin anhand der Todesfallstatistik zu beobachten, die dortigen Ergebnisse unterlägen bereits hinsichtlich gesellschaftlicher Entwicklungen Schwankungen. Aussagen über die Kausalität ließen sich ohnehin nicht ableiten.“</p>
Für eine langfristige Therapie mit Antidepressiva ist nicht belegt, dass das Suizidrisiko		-	AkdÄ: Es wurde bislang nicht ausreichend belegt, dass eine Langzeitmedikation mit	3-87 (Antidepressiva): Zur speziellen akuten Behandlung der Suizidalität sollten Anti-	-	-

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
vermindert wird.			Antidepressiva die zu erwartende Rate suizidaler Handlungen vermindern kann.	depressiva nicht eingesetzt werden. (B) 3-88: Antidepressiva können jedoch bei suizidalen depressiven Patienten zur Depressionsbehandlung im Rahmen der allgemeinen Empfehlungen eingesetzt werden (0) 3-89: Bei einem suizidalen Patienten soll die Auswahl von Antidepressiva hinsichtlich ihres Nutzen-Risiko-Verhältnisses (Pharmaka mit Letalität in hoher Dosis, Agitationssteigerung in der Frühphase) abgewogen werden. (KKP)		
Eine Behandlung mit Lithium kann die Suizidrate reduzieren. Lithium ist Carbamazepin dabei überlegen.	↑	-	AkdÄ: Jedoch existieren eine Reihe übereinstimmender retrospektiver Untersuchungen, eine kontrollierte prospektive Studie sowie eine Meta-Analyse kontrollierter Studien, die insgesamt sehr wahrscheinlich machen, dass eine Medikation mit Lithium-salzen die Zahl von Suiziden und Suizid-versuchen bei unipolaren und bipolaren Patienten signifikant vermindert und die sonst um das Zwei- bis Dreifache erhöhte Mortalität von Patienten mit affektiven Störungen normalisieren kann. In einer prospektiven Studie zeigte sich diesbezüglich eine sehr deutliche Überlegenheit von	3-99: In der Rezidivprophylaxe bei suizidgefährdeten Patienten soll zur Reduzierung suizidaler Handlungen (Suizidversuche und Suizide) eine Medikation mit Lithium in Betracht gezogen werden. (A) 3-22: Bei suizidgefährdeten Patienten soll in der Rezidivprophylaxe zur Reduzierung suizidaler Handlungen (Suizidversuche und Suizide) eine Medikation mit Lithium in Betracht gezogen werden (A)	Entsprechend einer Modellrechnung auf der Basis einer eigenen Studie könnten laut Autoren ca. 250 Suizide pro Jahr in Deutschland verhindert werden, wenn alle Patienten mit Major Depression bzw. bipolarer Depression Lithium erhalten (Müller-Oerlinghausen et al., 2003)	-

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
Patienten unter Antidepressiva, die jünger als 30 Jahre sind oder ein erhöhtes Suizidrisiko aufweisen, sollten sich wöchentlich vorstellen.	-	↔	Lithium gegenüber Carbamazepin. NZZG: An adult starting antidepressant treatment who is considered at increased risk of suicide or is younger than 30 years should be followed up at 1 week and monitored 1–2 weekly, preferably face-to-face, until the risk is no longer considered significant, then at least 2 weekly until there is clear improvement (c) NICE: Patients started on antidepressants who are considered to present an increased suicide risk or are younger than 30 years (because of the potential increased risk of suicidal thoughts associated with the early stages of antidepressant treatment for this group) should normally be seen after one week and frequently thereafter as appropriate until the risk is no longer considered significant (C)		-	-
Patienten mit hohem Suizidrisiko sollten unter Beachtung der Toxizität bei Überdosierungen (insbesondere von Trizyklika) nur kleine Mengen Antidepressiva verschrieben werden (engmaschiges Monitoring ist	↑	↔	NICE: For patients at high risk of suicide, a limited quantity of antidepressants should be prescribed (c) Toxicity in overdose should be considered when choosing an antidepressant for patients at significant risk of suicide.		-	-

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
wichtig).			Healthcare professionals should be aware that the highest risk in overdose is with tricyclic antidepressants (with the exception of lofepramine) but that venlafaxine is also more dangerous in overdose than other equally effective drugs recommended for routine use in primary care (c)			
Bei Vorliegen ernster Suizidgedanken, psychotischer Symptome oder schwerer / anhaltender Vernachlässigung sollte eine Überweisung ins Krankenhaus erfolgen.	↔	↔	<p>NZGG: An adult with serious suicidal intent, psychotic symptoms or severe and persistent self-neglect should be referred immediately to secondary care mental health services. (c)</p> <p>ICSI: Partial or full hospitalization may be indicated in patients who have failed outpatient management, particularly if safety issues are a concern.</p>	<p>3-86Eine stationäre Einweisung sollte für suizidale Patienten erwogen werden,</p> <ul style="list-style-type: none"> • die akut suizidgefährdet sind; • die nach einem Suizidversuch medizinischer Versorgung bedürfen; • die wegen der zugrunde liegenden depressiven Störung einer intensiven psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung bedürfen; • wenn eine hinreichend zuverlässige Einschätzung des Weiterbestehens der Suizidalität anders nicht möglich ist, oder • wenn die Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung nicht gelingt und die Person trotz initialer Behandlung akut suizidal bleibt (B) 	-	-

ANHANG

Nichtmedikamentöse Therapie – weitere Nichtmedikamentöse Interventionen

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
Nichtmedikamentöse Therapie – Psychotherapie / Psychosoziale Intervention						
<p>Leichte bis mittelschwere Depression Eine alleinige psychotherapeutische / psychosoziale Behandlung (unterstützende Gespräche, Selbstmanagement, Problemlösungstherapie, kognitive Verhaltenstherapie u. a.) kann bei leichter bis mittelschwerer Depression versucht werden (6-8 Sitzungen über 10-12 Wochen)</p>	-	↔	<p>NICE: In both mild and moderate depression, psychological treatment specifically focused on depression (such as problem-solving therapy, brief Cognitive Behavioural Therapy (CBT) and counselling) of six to eight sessions over 10 to 12 weeks should be considered.(B)</p> <p>ICSI: If the primary care provider is seeing incremental improvement, continue working with that patient to augment treatment or increase medication dosage to reach remission. This can take up to three months. Don't give up on the patient whether treating in primary care or referring. Studies have shown that primary care can be just as successful as specialty care. For psychotherapy treatment, it can take 8-10 weeks to show improvement.</p> <p>NZGG: First-line treatment for an adult with mild depression is active support, advice on exercise and self-management,</p>	<p>3-39: Bei einer leichten depressiven Episode kann, wenn anzunehmen ist, dass die Symptomatik auch ohne aktive Behandlung abklingt, im Sinne einer aktivab-wartenden Begleitung zunächst von einer depressionsspezifischen Behandlung abgesehen werden. Hält die Symptomatik nach einer Kontrolle nach spätestens 14 Tagen noch an oder hat sie sich verschlechtert, soll mit dem Patienten über die Einleitung einer spezifischen Therapie entschieden werden. (0)</p> <p>3-40: Zur Behandlung akuter leichter bis mittelschwerer depressiver Episoden soll eine Psychotherapie angeboten werden. (A)</p>	-	<p>W: Ausgangsdatenlage + Schlussfolgerungen→ „Angesichts der guten Belege für Wirksamkeit und Effektivität psychotherapeutischer Verfahren scheint hier offensichtlich ein Missverhältnis zu bestehen lange, oft mehrmonatige Wartezeiten (sowohl bei Nervenärzten als auch bei Psychotherapeuten), Hinweise auf häufige Abweisung von Fällen durch Psychotherapeuten mangelhafter Angebotslage im Kinder- und Jugendbereich (s.o.) sowie betreffs Einbezug von Angehörigen und Umfeld in die Behandlung</p> <p>Psychotherapie im höheren Lebensalter findet praktisch nicht statt - allerdings steigen die Verschreibungen von Antidepressiva im höheren Lebensalter kontinuierlich an.“</p>

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
			<p>and referral to psychosocial helping agencies as required (eg, relationship counselling)(B)</p> <p>If an adult with mild depression does not respond to supportive treatment (psychosocial support and self-management strategies) within 2-4 weeks (ie, $\geq 50\%$ reduction in symptoms) the patient and practitioner should review the treatment plan and consider intensifying, changing or augmenting measures taken to date. (GPP).</p>			
<p>„Hilfe zur Selbsthilfe“ basierend auf der kognitiven Verhaltenstherapie wird empfohlen.</p>	<p>-</p>	<p>↑</p>	<p>NICE: For patients with mild depression, healthcare professionals should consider recommending a guided self-help programme based on cognitive behavioural therapy (CBT). Guided self-help should consist of the provision of appropriate written materials and limited support from a health care professional, who typically introduces the self-help programme and reviews progress and outcome. This intervention should normally take place over six to nine weeks including follow-up (B)</p>		<p>-</p>	<p>W: Prüfung, ob überhaupt und wenn bei welchen Patienten eine „stepped care“ Strategie, bei der von Information/ Psychoedukation und guided self-help ausgehend immer intensivere und spezialisiertere Interventionen angeboten werden, wenn ein Patient auf der jeweils niedrigeren Stufe nicht bzw. nur unzureichend anspricht, sinnvoll ist. Da stepped care Modelle in Deutschland in der Regel mit Behandlerwechsel einher gehen (z.B. Beratungsstelle, Hausarzt, Psychiater, Psychotherapeut), kommt es zu einer langen (mehrmonatigen) Behandlungszeit. Eine solche Strategie impliziert bei einer Depression ein erhebliches</p>

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
						Chronifizierungsrisiko, abgesehen davon dass Behandlerwechsel für den Patienten belastend und der Gesamtprozess teuer und möglicherweise nicht teuer und möglicherweise nicht kosteneffizient ist.
<p>Mittelschwere bis schwere, chronische / therapieresistente Depression</p> <p>Zusätzlich zur pharmakologischen Therapie stehen evidenzbasierte psychotherapeutische / psychosoziale Interventionen zur Verfügung.</p>	-	↑	<p>NZGG: The primary care team should include members skilled in conducting brief psychological interventions for depression (GPP)</p> <p>The primary care team should include members skilled in conducting brief psychological interventions for depression (GPP)</p>	<p>3-41: Bei akuten schweren Depressionen soll eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden.(A)</p> <p>3-42: Wenn ein alleiniges Behandlungsverfahren in Betracht gezogen wird, soll bei ambulant behandelbaren Patienten mit akuten mittelschweren bis schweren depressiven Episoden eine alleinige Psychotherapie gleichwertig zu einer alleinigen medikamentösen Therapie angeboten werden.(A)</p>	-	<p>W: Unterversorgung Nervenärzte (Berger, 2004) im nicht-großstädtischen Bereich: Während in großstädtischen Regionen, vor allem solchen mit Universitäten und Weiterbildungseinrichtungen oft zumindest infrastrukturell eine gute Versorgung besteht, gibt es den meisten ländlichen und mittelstädtischen Regionen zumeist extreme Lücken; es fehlen aufgrund nicht-besetzter Kassensitze vor allem Psychiater, Nervenärzte und ärztliche Psychotherapeuten. Selbst schwerst kranke mit chronischen Depressionen werden oft wegen dieses Mangels jahrelang von Hausärzten „behandelt“, die sich massiv überfordert fühlen (siehe Depression 2000; Wittchen & Pittrow, 2002; Wittchen et al., 2003).</p> <p>Gravierende Unterversorgung „Psychologische</p>

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
						<p>Psychotherapeuten“ mit Ausnahme der Regionen, in denen sich Ausbildungsinstitute befinden. Allerdings beachte die Einschränkungen, s.u. zur Rolle der Psychotherapeuten in der Depressionsbehandlung. (#Sollmann, 2007)</p> <p>Kombinationstherapie (Antidepressiva und Psychotherapie als Methode der Wahl) kann vielerorts wegen fehlender Schnittstellen, inadäquater Zuweisungsmechanismen (z.B: wenn ein Arzt schnell eine akute Depression in eine Psychotherapie zuweisen möchte (Kapazität, Wartelisten, mehrmonatige Verzögerung auch wegen Gutachterverfahren) oder fehlender Behandler-Ressourcen nicht gesichert werden</p>
<p>Die Psychotherapie der ersten Wahl ist die kognitive Verhaltenstherapie (CBT). Gegebenenfalls kann die Interpersonelle Therapie versucht werden. (16-18 Sitzungen über 6-9 Monate)</p>	-	↑	<p>NZGG: For an adult presenting initially with severe depression, the practitioner should consider a combination of antidepressant medication with a structured psychological intervention (eg, CBT or interpersonal psychotherapy [IPT], 16-20 sessions (C)</p> <p>NICE: When considering individual psychological treatments for moderate, severe and treatment-resistant</p>		<p>Verbesserungspotenzial hinsichtlich LL-Empfehlungen: Dosierung trizyklischer Antidepressiva, Reduktion Benzodiazepine, Steigerung elektrokonvulsiver Therapie und Interpersoneller Therapie (Schneider et al., 2005)</p>	-

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
			<p>depression, the treatment of choice is Cognitive Behavioural Therapy (CBT). Interpersonal Therapy (IPT) should be considered if the patient expresses a preference for it or if, in the view of the healthcare professional, the patient may benefit from it. (B)</p> <p>For moderate and severe depression, the duration of all psychological treatments should typically be in the range of 16 to 20 sessions over six to nine months (B)</p> <p>When patients present initially with severe depression, a combination of antidepressants and individual CBT should be considered as the combination is more cost-effective than either treatment on its own. (B)</p>			
<p>Eine Kombinationstherapie mit Pharmako- und Psychotherapie sollte bei Erstdiagnose einer schweren Depression sowie bei chronischer, sehr schwerer oder therapieresistenter Depression erfolgen.</p>	-	↑	<p>NICE: Psychodynamic psychotherapy may be considered for the treatment of the complex comorbidities that may be present along with depression. (C)</p> <p>For patients whose depression is treatment-resistant, the combination of antidepressant medication with Cognitive Behavioural Therapy (CBT) should be considered. (B)</p>	<p>3-44: Bei Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression soll der Patient darüber informiert werden, dass eine Kombinationstherapie mit Psychotherapie und Antidepressiva gegenüber einer Monotherapie wirksamer ist. (A)</p> <p>3-45: Bei schweren und rezidivierenden sowie chronischen Depressionen, Dysthymie und Double Depression sollte die Indikation</p>	<p>Metaanalyse: schwacher Effekt der PT, Unterlegenheit gegenüber Arzneimitteln und Kombitherapie (Cuijpers et al., 2010)</p>	<p>H: „Gravierende Unterversorgung „Psychologische Psychotherapeuten“ mit Ausnahme der Regionen, in denen sich Ausbildungsinstitute befinden“</p> <p>„Kombinationstherapie (Antidepressiva und Psychotherapie als Methode der Wahl) kann vielerorts wegen fehlender Schnittstellen, inadäquater Zuweisungsmechanismen (z.B: wenn ein Arzt</p>

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
			For patients with treatment-resistant moderate depression who have relapsed while taking, or after finishing, a course of antidepressants, the combination of antidepressant medication with CBT should be considered. (B)	zur Kombinationsbehandlung aus Pharmakotherapie und geeigneter Psychotherapie vorrangig vor einer alleinigen Psychotherapie oder Pharmakotherapie geprüft werden (B) 3-46: Studienergebnisse liefern Hinweise, dass die Compliance bei einer medikamentösen Therapie höher ist, wenn zugleich auch eine Psychotherapie stattfindet. (Statement)		schnell eine akute Depression in eine Psychotherapie zuweisen möchte (Kapazität, Wartelisten, mehrmonatige Verzögerung auch wegen Gutachterverfahren) oder fehlender Behandler-Ressourcen nicht gesichert werden“ „Mangelnde Bedarfsgerechtigkeit: Die Bedarfsplanung im Bereich Psychotherapie schreibt regionale Diskrepanzen in der Psychotherapeutendichte von bis zu 1:9 fest (bezogen auf die reale GKV-Leistungserbringung evtl. sogar noch größere Unterschiede)...“ „Insbesondere im Kinder- und Jugendbereich sind Lücken zu verzeichnen; so gibt es z.B. in ganz Deutschland nur etwa 750 zugelassene Kinder- und Jugendpsychiater“
Eine Paartherapie sollte bei depressiven Patienten erwogen werden, die einen Lebenspartner haben und von einer Individualtherapie nicht profitiert haben.	-	↑	NICE: Couple-focused therapy should be considered for patients with depression who have a regular partner and who have not benefited from a brief individual intervention. An adequate course of couple-focused therapy should be 15 to 20 sessions over five to six months (B)	Kein Statement	-	-
				3-38: Grundlage jeder psychotherapeutischen Intervention sollte die Entwicklung und die Aufrecht-		-

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
				erhaltung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung sein, deren Qualität in der Regel zum Behandlungserfolg beiträgt. (B) 3-43: Depressive Patienten mit psychotischen Merkmalen sollten in jedem Falle eine medikamentöse Therapie erhalten. (Statement) 3-49: Bei therapieresistenter Depression sollte den Patienten eine angemessene Psychotherapie angeboten werden. (B)		
Nichtmedikamentöse Therapie – Psychotherapie / Psychosoziale Intervention						
<p>Eine kognitive Verhaltenstherapie sollte z. B. dann alleinig eingesetzt werden,</p> <ul style="list-style-type: none"> • wenn Patienten eine Behandlung mit Antidepressiva oder Behandlungsalternativen nicht durchführen können oder wollen (z. B. aufgrund von Nebenwirkungen) • , andere Maßnahmen (Antidepressiva, CBT u. a.) keine angemessene Wirkung zeigen, • nicht durchführen können oder wollen, aber eine Erhaltungstherapie aufgrund 	<p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>	<p>↑</p> <p>↔</p> <p>↑</p>	<p>NICE: CBT should be considered for patients with recurrent depression who have relapsed despite antidepressant treatment, or who express a prefer-ence for psychological interventions (C)</p> <p>Where a patient with depression has a previous history of relapse and poor or limited response to other interventions, conside- ration should be given to CBT (B)</p> <p>Where a patient with depression has a previous history of relapse and poor or limited response to other interventions, consider-</p>		-	-

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
eines erhöhten Rückfallrisikos notwendig erscheint.			ation should be given to CBT (B) Mindfulness-based CBT, usually delivered in a group format, should be considered for people who are currently well but have experienced three or more previous episodes of depression, because this may significantly reduce the likelihood of future relapse. (B)			
Die achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (normalerweise in Gruppentherapie) sollte bei Patienten erwogen werden, die schon 3 oder mehr Depressionsepisoden durchlebt haben (Rezidivprophylaxe).	-	↑		3-47: Zur Stabilisierung des Therapieerfolgs sowie zur Senkung des Rückfallrisikos soll im Anschluss an eine Akutbe- handlung eine angemessene psychotherapeutische Nachbehandlung (Erhaltungs- therapie) angeboten werden. (A) 3-48: Längerfristige stabilisierende Psychotherapie (Rezidivprophylaxe) soll Patienten mit einem erhöhten Risiko für ein Rezidiv angeboten werden. (A)	-	-
Nichtmedikamentöse Therapie – weitere Nichtmedikamentöse Interventionen						
Schlaf- und Angstmanagement „Watchful Waiting“, Bewegungstherapie	↔		NICE: Patients with mild depression may benefit from advice on sleep hygiene and anxiety management (C) For patients with mild depression who do not want an	3-52 (Wachtherapie): Wachtherapie sollte in der Behandlung depressiver Episoden als Behandlungsform erwogen werden, wenn eine rasche, wenn auch kurz anhaltende Response	-	-

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
			<p>intervention or who, in the opinion of the healthcare professional, may recover with no intervention, a further assessment should be arranged, normally within two weeks (“watchful waiting”).(C)</p> <p>Healthcare professionals should make contact with patients with depression who do not attend follow-up appointments. (c)</p> <p>Patients of all ages with mild depression should be advised of the benefits of following a structured and supervised exercise programme of typically up to three sessions per week of moderate duration (45 minutes to one hour) for between 10 and 12 weeks. (C)</p> <p>ICSI: Antidepressant medications and / or referral for psychotherapy are recommended as treatment for major depression. Factors to consider in making treatment recommendations are symptom severity, presence of psychosocial stressors, presence of comorbid conditions, and patient preferences. Physical activity and active patient engagement are also useful in easing symptoms of major depression.</p>	<p>therapeutisch gewünscht wird oder eine andere leitliniengerechte Behandlung ergänzt werden soll. (B)</p> <p>3-55: Körperliches Training kann aus klinischer Erfahrung heraus empfohlen werden, um, das Wohlbefinden zu steigern und depressive Symptome zu lindern. (KKP)</p>		

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
Lichttherapie bei leichter bis mittelgradig rezidivierender Depression mit saisonalen Einflüssen	↔ - ↑↑	↔	ICSI: Use of bright light therapy for treatment of major depression with a seasonal specifier is well established	3-53 (Lichttherapie): Lichttherapie soll als Behandlungsform bei Patienten mit leicht- bis mittelgradigen Episoden rezidivierender depressiver Störungen, die einem saisonalen Muster folgen, erwogen werden (A) 3-54: Mit Lichttherapie behandelte Patienten mit saisonal abhängiger depressiver Episode, die auf diese Therapieform ansprechen, können die Lichttherapie den gesamten Winter über fortsetzen. (C)	-	-
Nichtmedikamentöse Therapie – weitere Nichtmedikamentöse Interventionen						
Schwere Depression Elektrokrampftherapie (EKT): EKT sollte bei Patienten mit schwerer Depression nur dann erwogen werden, wenn eine schnelle und kurzfristige Besserung einer schweren Symptomatik angestrebt wird, die durch andere Behandlungsoptionen nicht erreicht werden kann / konnte oder die einen lebensbedrohlichen Zustand auslöst / ausgelöst hat. (Einschränkungen siehe KE)	-	↔	NICE: It is recommended that electroconvulsive therapy (ECT) is used only to achieve rapid and short-term improvement of severe symptoms after an adequate trial of other treatment options has proven ineffective, and/or when the condition is considered to be potentially life-threatening, in individuals with a severe depressive illness The decision as to whether ECT is clinically indicated should be based on a documented assessment of the risks and potential benefits to the individual, including: the risks	3-50 (Elektrokonvulsive Therapie): EKT soll bei schweren, therapieresistenten depressiven Episoden als Behandlungsalternative in Betracht gezogen werden (A) 3-51: EKT kann auch zur Erhaltungstherapie eingesetzt werden bei Patienten, die • während einer Krankheits-episode auf EKT angesprochen haben; • nicht angesprochen haben auf eine andere leitliniengerechte antidepressive Therapie; • psychotische Merkmale aufweisen oder	Hauptindikationen für EKT (schwere, arzneimittelresistente Depression, psychotische D., hohes Suizidrisiko, Schizophrenie, Katatonie) weitgehend Konsens (Philpot et al., 2002) Verbesserungspotenzial hinsichtlich LL-Empfehlungen: Dosierung trizyklischer Antidepressiva, Reduktion Benzodiazepine, Steigerung elektrokonvulsiver Therapie und Interpersoneller Therapie	-

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
<p>EKT kann u.a. bei resistenter Depression über einen längeren Zeitraum zum Verlust der Arbeitsstelle oder zum Rückzug von anderen sozialen Aktivitäten geführt hat, sollte ein entsprechendes Rehabilitationsprogramm erwogen werden.</p>		<p>■</p>	<p>associated with the anaesthetic; current comorbidities; anticipated adverse events – particularly cognitive impairment – and the risks of not having treatment The risks associated with ECT may be enhanced during pregnancy, in older people, and in children and young people, and therefore clinicians should exercise particular caution when considering ECT treatment in these groups. Valid consent should be obtained in all cases where the individual has the ability to grant or refuse consent. The decision to use ECT should be made jointly by the individual and the clinician(s) responsible for treatment, on the basis of an informed discussion. This discussion should be enabled by the provision of full and appropriate information about the general risks associated with ECT and about the risks and potential benefits specific to that individual. Consent should be obtained without pressure or coercion, which may occur as a result of the circumstances and clinical setting, and the individual should be reminded of their right to withdraw consent at any point. There should be strict</p>	<ul style="list-style-type: none"> • eine entsprechende Präferenz haben. (0) 	<p>(Schneider et al., 2005)</p>	

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
			<p>adherence to recognised guide- lines about consent and the in- volvement of patient advocates and/or carers to facilitate in- formed discussion is strongly encouraged.</p> <p>Clinical status should be assessed after each ECT session and treatment should be stopped when a response has been achieved, or sooner if there is evidence of adverse effects.</p> <p>Cognitive function should be monitored on an ongoing basis, and at a minimum at the end of each course of treatment.</p> <p>It is recommended that a repeat course of ECT should be considered under the circumstances indicated in 4.7.2.1 only for individuals who have severe depressive illness, and who have previously responded well to ECT. In patients who are experiencing an acute episode but have not previously responded, a repeat trial of ECT should be undertaken only after all other options have been considered and following discussion of the risks and benefits with the individual and/or where appropriate their carer/advocate.</p> <p>NICE: Because the longer-term benefits and risks of ECT have</p>			

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
			not been clearly established, it is not recommended as a maintenance therapy in depressive illness. ICSI: Electroconvulsive treatment is effective and can sometimes be administered safely in an outpatient setting			
<p>Chronische Depression Wenn die Depression über einen längeren Zeitraum zum Verlust der Arbeitsstelle oder zum Rückzug von anderen sozialen Aktivitäten geführt hat, sollte ein entsprechendes Rehabilitationsprogramm erwogen werden.</p>	-		<p>NICE: Recognised depression in primary care – Chronic depression Where a patient’s depression has resulted in loss of work or disengagement from other social activities over a longer term, a rehabilitation programme addressing these difficulties should be considered. (C)</p>		<p>Maßnahmen zur verbesserten Versorgung Depressiver umfassen u.a. berufliche Wiedereingliederung, psychiatrische Kompetenz von Arbeitsmedizinern und Berücksichtigung der Arbeitswelt in psychotherapeutischen Behandlung (Unger 2007)</p>	<p>H: Für den Bereich Rehabilitation bestehe eine Rate von etwa 50% korrekter Erkennung psychischer Erkrankungen. Zu berücksichtigen sei, dass Reha-Patienten oft eine Multimorbidität aufwiesen Zusammenhang Depression – Arbeitsunfähigkeit → „... bestehende Korrelation. ...sei ein deutlicher Anstieg (auch hinsichtlich der Berentung) zu verzeichnen. „... , dass die Krankschreibung wohl keinen positiven Effekt auf die Behandlung zeige, wobei die Erkenntnisse rudimentär sind“ W: Gute Datenlage zur Erfassung von Krankschreibungen und Erwerbsunfähigkeit → hier markante Zunahme der a) Krankschreibungen aufgrund psychischer Diagnosen haben spätestens seit Mitte der 1990er Jahre deutlich zugenommen, und zwar b) entgegen einem</p>

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
						<p>allgemeinen Trend (d.h. Abnahme der AU-Tage in den meisten anderen Krankheitsgruppen). c) Die hohe Zahl der AU-Tage aufgrund psychischer Störungen beruht insbesondere auf einer hohen Zahl an AU-Tagen pro AU-Fall (höhere Werte gibt es hier nur bei Krebserkrankungen). d) Auch bei den Frühverrentungen ist der Anteil der psychischen Erkrankungen von etwa 22% im Jahr 1998 auf 36% im Jahr 2008 kontinuierlich angestiegen. e) Die indirekten Kosten durch Depressionen gehen übrigens weit über die Krankschreibungen hinaus: so ermittelten etwa Wang et al. (2004) in einer Studie im Dienstleistungsbereich, dass bei nicht krankgeschriebenen Depressiven die reduzierte Arbeitsleistung pro Monat 2,3 Abwesenheitstagen entspricht.</p>
				<p>3-56 : Vagusnervstimulation: Für die Repetitive Transkranielle Magnetstimulation (rTMS) und die Vagusnervstimulation, neue somatische Therapieverfahren bei Depression, gibt es noch zu wenig Evidenz, um Empfehlungen für ihre allgemeine klinische Nützlichkeit und Anwendbarkeit aussprechen zu können. (Statement)</p>	<p>eine deutsche Fallserie vorhanden, kein Wirksamkeitsnachweis, Nebenwirkungen häufig (Schlaepfer et al., 2008)</p>	<p>—</p>

ANHANG

Versorgung – Maßnahmen zur medizinischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation bzw. Wiedereingliederung

Koordination von Maßnahmen und Kooperation der Versorger

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
Koordination und Koopera- tion – Koordination von medizinischen Maßnahmen und Kooperationen der Leistungserbringer						
<p>Wenn die Behandlung sowohl Primärarzt /-ärzte als auch Spezialisten einbezieht, sollte eine klare Abstimmung zwischen den beteiligten Ärzten und Betreuern sowie dem Patienten und seiner Familie in Bezug auf Behandlung und Monitoring erfolgen</p>	 		<p>ICSI: The following system changes were identified by the guideline work group and represent a collaborative care model as key strategies for health care delivery systems to incorporate in support of the implementation of this guideline.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient-centered care, education and self-management programs • Structured attention to patient preferences • Patient and family education materials/protocols • Patient self-management skills such as journal writing or self-monitoring • Involving families, as well, in care management program • Care manager role to coordinate the disease 		<p style="text-align: center;">-</p>	<p>W: Übergänge zwischen den Sektoren, aber auch innerhalb des ambulanten Bereichs (niedergelassene Nervenärzte und Psychotherapie) durchwegs mangelhaft; Behandlungspfade (insbesondere bei schwereren bzw. lang andauernden Fällen) schlecht untersucht aber vermutlich i.d.R. schlecht gesteuert</p>

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
			<p>management for patients with depression including such things as patient contacts, education, self-management tools and tips.</p> <p>The Collaborative Care Model is recommended for depression in primary care because it has demonstrated improvement in treatment adherence, patient quality of life and depression outcomes</p> <p>NICE: Where a patient's management is shared between primary and secondary care, there should be clear agreement between individual health care professionals on the responsibility for the monitoring and treatment of that patient, and the treatment plan should be shared with the patient and, where appropriate, with families and carers.</p> <p>(GPP)</p> <p>NICE: Crisis resolution and home treatment teams should be used as a means of managing crises for patients with severe depression who are assessed as presenting significant risk, and as a means of delivering high-quality acute care. In this context, teams should pay particular attention to risk moni-</p>			

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
			<p>toring as a high-priority routine activity in a way that allows people to continue their normal lives without disruption. (c)</p> <p>NZGG: If another health practitioner delivers psychotherapy to an adult with depression, the primary care team should be in regular communication about the individual's progress (C)</p>			
<p>Eine „integrierte“ Versorgung des Patienten sollte gefördert / sichergestellt werden und ein „therapeutisches Bündnis“ zwischen den verschiedenen Versorgern und dem Patienten entstehen.</p>	<p>↑↑</p>	<p>↔</p>	<p>ICSI: Mental health/behavioral medicine specialist involvement: Shared care – collaborative care between behavioral health specialists and primary care providers in the primary care setting. Care manager and /or primary care provider consulting with psychiatry on a regular basis regarding the caseload of patients with depression managed in the depression care management program.</p> <p>The Collaborative Care Model is recommended for depression in primary care because it has demonstrated improvement in treatment adherence, patient quality of life and depression outcomes</p> <p>NICE: Primary care organisations should consider</p>		<p>poststationäre (sektorenübergreifende) Langzeitergebnisse notwendig um die Nachhaltigkeit des langfristigen Outcomes, Früherkennung von Rückfällen, Vermeidung von Drehtüreffekten zu evaluieren (Härter et al., 2004)</p>	<p>W: Prüfung, ob überhaupt und wenn bei welchen Patienten eine „stepped care“ Strategie, bei der von Information/ Psychoedukation und guided self-help ausgehend immer intensivere und spezialisiertere Interventionen angeboten werden, wenn ein Patient auf der jeweils niedrigeren Stufe nicht bzw. nur unzureichend anspricht, sinnvoll ist. Da stepped care Modelle in Deutschland in der Regel mit Behandlerwechsel einher gehen (z.B. Beratungsstelle, Hausarzt, Psychiater, Psychotherapeut), kommt es zu einer langen (mehrmonatigen) Behandlungszeit. Eine solche Strategie impliziert bei einer Depression ein erhebliches Chronifizierungsrisiko, abgesehen davon dass Behandlerwechsel für den Patienten belastend und der</p>

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
			<p>establishing multifaceted care programmes that integrate – through clearly specified protocols – the delivery and monitoring of appropriate psychological and pharmacological interventions for the care of people with depression. (C)</p> <p>NZGG: The primary care team should include members skilled in conducting brief psychological interventions for depression. (GPP)</p>			<p>Gesamtprozess teuer und möglicherweise nicht teuer und möglicherweise nicht kosten-effizient ist.</p> <p>Statement H: Mangels Existenz vergleichender Studien, könnten verlässliche Aussagen zur Frage der „korrekten“ Zuweisung in die unterschiedlichen Sektoren nicht getroffen werden. Dies wäre nach der Ansicht von Prof. Härter anzustreben. Er verweist in diesem Zusammenhang aber darauf, dass diese Thematik bei der Leitlinienverfassung sehr kontrovers und konfliktiv behandelt worden sei.</p> <p>Derzeit habe man wenig Erkenntnisse zur Güte von Kooperationsmodellen. Herr Prof. Härter verweist aber auf Modelle der Integrierten Versorgung. Zu bedauern sei, dass insoweit keine übergreifende Evaluation stattfindet. Es existierten aber Krankenkassen, die in Modellvorhaben einen evaluativen Ansatz verfolgten. Diese seien ggf. zu eruiieren</p> <p>Von besonderer Bedeutung für den Erkenntnisgewinn sei, „wer in welcher Form bis wann behandelt und ab wann gemessen am Schweregrad eine Zuweisung in die nächste Versorgungs-Stufe erfolgt“.</p>

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
Eine evidenzbasierte Behandlung sollte erfolgen. Behandlungsschritte sollten im Rahmen eines strukturierten Behandlungsplans / -protokolls dokumentiert werden.	↑↑	↔	<p>ICSI: The Collaborative Care Model is recommended for depression in primary care because it has demonstrated improvement in treatment adherence, patient quality of life and depression outcomes</p> <p>NICE: All health care professionals involved in diagnosis and management should have a demonstrably high standard of consultation skills, so that a structured approach can be taken to the diagnosis and subsequent management of depression. (GPP)</p> <p>NICE: The provision of telephone support by appropriately trained members of the primary care team, informed by clear treatment protocols, should be considered for all patients, in particular for the monitoring of antidepressant medication regimes.(B)</p>		insgesamt zeigen DMP-Ansätze konsistente positive Effekte, RCTs vorhanden, auch aus Deutschland (Gensichen et al., 2006; Gensichen et al., 2009, Neumeyer-Gromen et al., 2004; Lehmann et al., 2010)	-
<p>Eine Überweisung zum Spezialisten sollte erwogen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zur diagnostischen Abklärung, wenn andere psychische/ physische Erkrankungen als Ursache bzw. komplizierende Komorbiditäten infrage kommen. • wenn ein Patient auf 	-	↔	<p>NICE: Where a patient presents considerable immediate risk to self or others, urgent referral to a specialist mental health service should be arranged. (GPP)</p> <p>Referral to mental health specialists should be considered for patients with atypical depression and</p>		-	-

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
<p>verschiedene Formen der Therapie (Kombinations- / Augmentationstherapie) nicht in der erwarteten Weise anspricht</p> <ul style="list-style-type: none"> wenn ein Patient mit atypischer Depression und starken funktionellen Einschränkungen auf die Therapie mit SSRI nicht anspricht. 	↔	↔ ↔	<p>significant functional impairment who have not responded to an SSRI. (GPP)</p> <p>NZGG: The primary care team should include members skilled in conducting brief psychological interventions for depression. (GPP)</p> <p>NZGG: A practitioner managing an adult with severe depression in primary care needs to have easy access to consultation with a psychiatrist. (GPP)</p>			
<p>Eine teilstationäre / stationäre Einweisung sollte erfolgen: bei Vorliegen einer akuten suizidalen Gefährdung / psychotischen Symptomen / Selbstvernachlässigung oder wenn ein Patient für andere eine unmittelbare Bedrohung darstellt.</p>	↔	↔	<p>ICSI: Partial or full hospitalization may be indicated in patients who have failed outpatient management, particularly if safety issues are a concern.</p> <p>NICE: Crisis resolution and home treatment teams should be considered for patients with depression who might benefit from an early discharge from hospital after a period of inpatient care. (C)</p> <p>NZZG: An adult with serious suicidal intent, psychotic symptoms or severe and persistent self-neglect should be referred immediately to secondary care mental health services. (C)</p>	<p>s. Empfehlung 3-86 (Suizid)</p>	-	<p>H: „...zu langen Wartezeiten für die stationäre Versorgung ... Da die Latenz sehr hoch sei, müsse hinterfragt werden, ob insbesondere die eingangs erfolgte Einstufung des Schweregrades nochmal überprüft werden müsste (stationäre Behandlungsbedürftigkeit). Bei Aufnahme sei die akute Situation oft schon gebessert, so dass möglicherweise die ambulante Behandlung ausreichend sein könnte.</p> <p>Es sei erkennbar, dass die Chronifizierungsrate zunehme. Die Ursachen hierfür seien unklar. Nach übereinstimmenden Aussagen von Klinikern müsse</p>

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
						die stationäre Versorgung sichergestellt werden. Die Ursachen könnten auch in der ambulanten Versorgung zu sehen sein. Gemessen am Maßstab der Leitlinien sei eine etwa 25-30%ige Fehl- und Unterversorgung zu verzeichnen. Die Rehospitalisierungsrate sei insoweit ein Qualitätsindikator“

Collaborative Care Model*: Erläuterungen zum „Collaborative Care Model“ in der ICSI Leitlinie:

“The redesign to a team-based collaborative care approach involves:

- Primary care providers using evidence-based approaches to depression care and a standard tool for measuring severity, response to treatment plan and remission;
- A systematic way of tracking and reminding patients at appropriate intervals of visits with their primary care physician and monitoring of treatment adherence and effectiveness;
- A team member (care manager role) to utilize the tracking system and make frequent contacts with the patients to provide further education, self-management support, and monitor for response in order to aid in facilitating treatment changes and in relapse prevention; and communication between primary care team and psychiatry to consult frequently and regularly regarding patient under clinical supervision, as well as direct patient visits as needed.”

Qualität

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
Implementierung von Empfehlungen / Qualitätssicherung						
<p>Empfehlungen zur Implementierung von Leitlinienempfehlungen und zur Qualitätssicherung hat nur die Leitlinie ICSI abgegeben, jedoch ohne Angabe von Evidenz- oder Empfehlungsgraden.</p> <p>Diese Empfehlungen sprechen verschiedene Aspekte der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen an. Sie zielen darauf ab, eine optimale Versorgung des Patienten mit Depression zu erreichen und diese jederzeit durch „Qualitätsindikatoren“ überprüfbar zu machen. Folgende Fragestellungen werden im Rahmen dieser Empfehlungen aufgeworfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existieren zuverlässige Systeme zur Feststellung, ob ein Patient an Depression leidet (Screening, Diagnose)? • Wie gut ist die Diagnose dokumentiert? • Wie gut ist die Zusammenarbeit aller Ärzte / Betreuer? 	-	-	<p>ICSI: A reasonable way to evaluate whether a system is successfully functioning in its diagnosis, treatment plan and follow-up of major depression is to consider:</p> <ul style="list-style-type: none"> • how well the diagnosis is documented • how well the treatment team engages and educates patients/families • how reliably the ongoing patient contacts occur and response/remission to treatment are documented • how well the outcomes are measured and documented <p>The following system changes were identified by the guideline work group and represent a collaborative care model as key strategies for health care delivery systems to incorporate in support of the implementation of this guideline.</p> <p>1. Detection and diagnosis Systems in place to reliably determine if a patient is</p>	<p>Qualitätsindikatoren für 17 zentrale Empfehlungen der LL im Anhang 11 aufgelistet</p>	<p>Effekte der LL-Implementierung in einer Studie mit nicht signifikantem Ergebnis untersucht; Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen (zur LL-Orientierung) zur Kompetenzsteigerung für Ärzte notwendig (Bermejo et al., 2009b)</p> <p>Anwendung einer Dosierungsleitlinie für Doxepin zeigt eine etwas höhere Arzneimitteldosis in der LL-Gruppe (Versorgung, Qualität) (Linden et al., 2007)</p> <p>Eine Studie zeigt, dass eine leitliniengerechte Versorgung mit höheren Ansprechraten assoziiert ist (Schneider et al., 2005)</p>	<p>H: Mehrfacher Hinweis auf Implementierung der Leitlinie in der Versorgung</p> <p>„Akut psychiatrische und psychosomatische Kliniken wiesen eine gute Qualität auf. Die Leitlinienadhärenz sei bei etwa 90% anzuesiedeln.</p> <p>Um für den ambulanten Sektor Aussagen treffen zu können, sei die Studienlage nicht ausreichend.</p> <p>Qualitätssicherungsprogramme existierten derzeit nicht, es seien aber dahingehende Anstrengungen erkennbar.“</p> <p>„... , dass im Bereich der Rehabilitation bereits Qualitätssicherungsprogramme zur Prozess- und Ergebnisqualität existierten.“</p> <p>W: Mangelnder Rückgriff auf Behandlerseite auf evidenzbasierte Maßnahmen und Behandlungsketten – die aktuelle Einführung nationaler Versorgungsleitlinien</p>

ANHANG

Kernaussage LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Evidenz- kategorie (EVK) IQWiG	Empfeh- lungs- kategorie (EMK) IQWiG	Kernempfehlungen LL Synopse zum Thema „Depression“ IQWiG	Kernempfehlungen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression	Ergebnisse der Analyse der Versorgungssituation	Ergebnisse Anhörung der Experten Herr Prof. Dr. Härter (H) Herr Prof. Wittchen (W)
<ul style="list-style-type: none"> • Wie wird der Patient zum Selbstmanagement angeleitet und wie (gut) werden er und seine Familie einbezogen / informiert? • Wie sind der regelmäßige Kontakt zum Patienten und das Therapiemonitoring organisiert? • Wie gut werden das Therapieansprechen / -nichtansprechen sowie Remissions- und Rückfallraten erfasst und dokumentiert? <p>Entsprechende Systeme zur Erfassung und Evaluation der o. g. Fragestellungen müssen / sollten gemäß ICSI-Leitlinie bestehen.</p> <p>Verschiedene Qualitätsindikatoren zur Erfassung dieser Fragestellungen werden in der ICSI-Leitlinie vorgeschlagen.</p>			<p>depressed</p> <p>Use of DSM-IV TR criteria and structured questionnaires (such as PHQ-9)</p> <p>2. Patient-centered care, education and self-management programs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Structured attention to patient preferences • Patient and family education materials/protocols • Patient self-management skills such as journal writing or self-monitoring • Involving families, as well, in care management programs • Care manager role to coordinate the disease management for patients with depression including such things as patient contacts, education, self-management tools and tips. 			<p>zur Depression (S3-Leitlinie Unipolare Depression 2009: www.depression.versorgungsleitlinien.de) ist prinzipiell vielversprechend (insbes. wegen ihrer Differenzierung hinsichtlich Schwere- und Chronifizierungsgraden sowie der expliziten Indikationen bei mangelndem Erfolg eines First Line Treatments), ob aber deren Implementierung adäquat erfolgt, bleibt abzuwarten bzw. zu prüfen.</p>

Abkürzungen Leitlinien:

ACP	American College of Physicians
AkdÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
CPA	Canadian Psychiatric Association
CTF	Canadian Task Force
ICSI	Institute for Clinical Systems Improvement
NICE	National Institute for Clinical Excellence
NZZG	New Zealand Guideline Group

Sonstige Abkürzungen:

CBT	kognitive Verhaltenstherapie
ECT	Elektrokrampftherapie
EMK	Empfehlungskategorie
EVK	Evidenzkategorie
IPT	Interpersonelle Therapie
MAO	Monoaminoxidase
rTMS	repetitive Transkranielle Magnetstimulation

ANHANG

NSMRI	nicht selektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren
SSNRI	Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren
SSRI	Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren
TZA	Trizyklische Antidepressiva
VNS	Vagusnervstimulation

ANHANG

Evidenzgraduierung / Evidenzstufen

American College of Physicians (ACP), Evidenzstufen¹

High	Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect.
Moderate	Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate.
Low	Further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate

Quality of Evidence	Benefits Clearly Outweigh Risks and Burden OR Risks and Burden Clearly Outweigh Benefits	Benefits Finely Balanced with Risks and Burden
High	Strong	Weak
Moderate	Strong	Weak
Low	Strong	Weak
Insufficient evidence to determine net benefits or risks	I-recommendation	

Arzneimittelkommission der Ärzteschaft (AKDÄ), Evidenzstufen

	Aussage (z. B. zur Wirksamkeit) wird gestützt durch mehrere adäquate, valide klinische Studien (z. B. randomisierte kontrollierte klinische Studie) bzw. durch eine oder mehrere valide Meta-Analysen
---	---

ANHANG

	oder systematische Reviews randomisierter kontrollierter klinischer Studien. Positive Aussage gut belegt.
↑	Aussage (z. B. zur Wirksamkeit) wird gestützt durch zumindest eine adäquate, valide klinische Studie (z. B. randomisierte kontrollierte klinische Studie). Positive Aussage belegt.
↓ ↓	Negative Aussage (z. B. zu Wirksamkeit oder Risiko) wird gestützt durch eine oder mehrere adäquate, valide klinische Studien (z. B. randomisierte kontrollierte klinische Studie), durch eine oder mehrere Meta-Analysen bzw. systematische Reviews randomisierter kontrollierter klinischer Studien. Negative Aussage gut belegt.
↔	Es liegen keine sicheren Studienergebnisse vor, die eine günstige oder schädigende Wirkung belegen. Dies kann begründet sein durch das Fehlen adäquater Studien, aber auch durch das Vorliegen mehrerer, aber widersprüchlicher Studienergebnisse

Canadian Psychiatric Association (CPA)

Level of evidence	Criteria
1	Metaanalysis or replicated randomized controlled trial (RCT) that includes a placebo condition
2	At least 1 RCT with placebo or active comparison condition
3	Uncontrolled trial with 10 or more subjects
4	Anecdotal case reports

Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTF)

ANHANG

Research design rating

I	Evidence from randomized controlled trial(s)
II-1	Evidence from controlled trial(s) without randomization
II-2	Evidence from cohort or case-control analytic studies, preferably from more than one centre or research group
II-3	Evidence from comparisons between times or places with or without the intervention; dramatic results in uncontrolled experiments could be included here
III	Opinions of respected authorities, based on clinical experience; descriptive studies or reports of expert committees

Quality (internal validity) rating:

Good	A study (including meta-analyses or systematic reviews) that meets all design-specific criteria well.
Fair	A study (including meta-analyses or systematic reviews) that does not meet (or it is not clear that it meets) at least one design-specific criterion but has no known "fatal flaw".
Poor	A study (including meta-analyses or systematic reviews) that has at least one design-specific "fatal flaw", or an accumulation of lesser flaws to the extent that the results of the study are not deemed able to inform recommendations.

Recommendations Grades for Specific Clinical Preventive Actions/Empfehlungsgrade

A	The CTF concludes that there is good evidence to recommend the clinical preventive action.
B	The CTF concludes that there is fair evidence to recommend the clinical preventive action.
C	The CTF concludes that the existing evidence is conflicting and does not allow making a recommendation for or against use of the clinical preventive action, however other factors may influence

ANHANG

	decision-making.
D	The CTF concludes that there is fair evidence to recommend against the clinical preventive action.
E	The CTF concludes that there is good evidence to recommend against the clinical preventive action.
I	The CTF concludes that there is insufficient evidence (in quantity and/or quality) to make a recommendation, however other factors may influence decision-making.

Institutes for Clinical Systems Improvement (ICSI),

A. Primary Reports of New Data Collection:

Class A	Randomized controlled trial
Class B	Cohort study
Class C	Non-randomized trial with concurrent or historical controls, Case-control study; study of sensitivity and specificity of a diagnostic test; population-based descriptive study
Class D	Cross-sectional study; case series; case report

B. Reports that Synthesize or Reflect upon Collections of Primary Reports

Class M	Meta-analysis; Systematic review; decision analysis; cost-effectiveness analysis
Class R	Consensus statement; consensus report; narrative review
Class X	Medical opinion

ANHANG

National Institutes of Clinical Excellence (NICE)

Evidence Grade	Evidence
I	Evidence obtained from a single randomised controlled trial or a meta-analysis of randomised controlled trials
IIa	Evidence obtained from at least one well-designed controlled study without randomisation
IIb	Evidence obtained from at least one other well-designed quasi-experimental study
III	Evidence obtained from well-designed non-experimental descriptive studies, such as comparative studies, correlation studies and case-control studies
IV	Evidence obtained from expert committee reports or opinions and/or clinical experiences of respected authorities
NICE	Evidence from NICE guideline or Technology Appraisal

Empfehlungsgrade

A	At least one randomised controlled trial as part of a body of literature of overall good quality and consistency addressing the specific recommendation (evidence level I) without extrapolation
B	Well-conducted clinical studies but no randomised clinical trials on the topic of recommendation (evidence levels II or III); or extrapolated from level I evidence
C	Expert committee reports or opinions and/or clinical experiences of respected authorities (evidence level IV) or extrapolated from level I or II evidence. This grading indicates that directly applicable clinical studies of good quality are absent or not readily available
GPP	Recommended good practice based on the clinical experience of the GDG (Guideline Development

ANHANG

	Group)
NICE	Evidence from NICE guideline or Technology Appraisal

New Zealand Guidelines Group (NZGG)

Study appraisal

+	Assigned when all or most of validity criteria met.
~	Assigned when some of criteria met and where unmet criteria are not likely to affect the validity, magnitude/precision or applicability of the results markedly.
X	Assigned when few or none of the criteria met.

Empfehlungen

A	The recommendation is supported by good evidence (based on a number of studies that are valid, consistent, applicable and clinically relevant)
B	The recommendation is supported by fair evidence (based on studies that are valid, but there are some concerns about the volume, consistency, applicability and clinical relevance of the evidence that may cause some uncertainty but are not likely to be overturned by other evidence)
C	The recommendation is supported by international expert opinion

Good practice points

<input type="checkbox"/>	Where no evidence is available, best practice recommendations are made based on the experience of the Guideline Development Team, or feedback from consultation within New Zealand
--------------------------	--

S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie

Evidenzebenen

- Ia Evidenz aus einer Metaanalyse von mindestens drei randomisierten kontrollierten Studien (randomized controlled trials, RCTs).
- Ib Evidenz aus mindestens einer randomisiert-kontrollierten Studie oder einer Metaanalyse von weniger als drei RCTs.
- IIa Evidenz aus zumindest einer methodisch gut kontrollierten Studie ohne Randomisierung.
- IIb Evidenz aus zumindest einer methodisch guten, quasi-experimentellen deskriptiven Studie.
- III Evidenz aus methodisch guten, nichtexperimentellen Beobachtungsstudien, wie z. B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fallstudien.
- IV Evidenz aus Berichten von Expertenkomitees oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten.

Grade der Empfehlung

- A „Soll“-Empfehlung: Zumindest eine randomisierte kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebenen Ia und Ib).
- B „Sollte“-Empfehlung: Gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzebenen II oder III) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt.
- 0 „Kann“-Empfehlung: Berichte von Expertenkreisen oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten (Evidenzkategorie IV) oder Extrapolation von Evidenzebene IIa, IIb oder III. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren.
- KKP* „Klinischer Konsenspunkt“: Empfohlen als gute klinische Praxis („Good Clinical Practice Point“) im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe als ein Standard in der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist.

* Klinische Konsenspunkte (KKP) wurden abweichend vom üblichen NVL-Verfahren eingeführt, um den besonderen Bedingungen der gemeinsamen Erstellung von S3-Leitlinie und Nationaler VersorgungsLeitlinie Rechnung zu tragen.