

# Versorgungsstrukturen

Strukturelle Angebote und Inanspruchnahmeverhalten

Probleme der Primärversorgung

Entstandene Versorgungskonzepte

Die Rolle des Hausarztes in den Versorgungsnetz  
von heute und morgen



In diesem Abschnitt geht es um die bestehenden Behandlungsangebote und Strukturen der Versorgung. Darüberhinaus geht es um die Bemühungen der Verbesserung der Versorgung depressiver Patienten gerade in den letzten Jahren, angestoßen durch das Kompetenznetz Depression. Neben dem Facharzt hat der Hausarzt in der Versorgung von morgen eine wichtige und zentrale Rolle.

## Strukturelle Angebote und Inanspruchnahmeverhalten

Wer ist der richtige Arzt oder  
Therapeut für mich?



- Beratungsstellen
- Hausärzte
- Heilpraktiker
- Psychotherapeuten
- Fachärzte
- Klinikambulanzen
- Tageskliniken
- Komplementärer Sektor
- Betreuungen
- Ambulante Reha / AT / WfbM
- Stationäre Behandlung

Die Angebote für die Behandlung von Depressionen sind schon heute zahlreich. In Ballungszentren besteht zum Teil ein regelrechter „Psycho-Dschungel“. Dies ist nicht nur ein Grund zur Freude, denn die Qualität und Seriosität der Angebote ist nicht immer ausreichend. Aber auch die anerkannten Behandler und Instanzen sind nicht immer übersichtlich. Ein wünschenswertes „Zusammenspiel der Kräfte“ wird dadurch erschwert. All zu oft kommt es zu parallelen statt zu konzertierten Behandlungen. Versuche, mehr Standardisierung und Struktur in die Behandlung zu bringen, werden beispielsweise durch Verträge zur Integrierten Versorgung oder den Gemeindepsychiatrischen Bund unternommen.

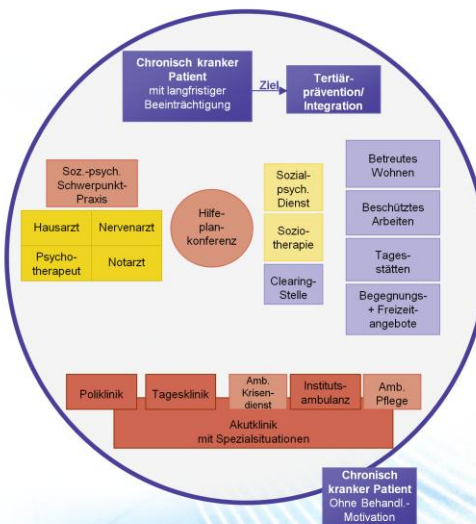
## Problem der Unübersichtlichkeit

Die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung ist

- heterogen
- unübersichtlich
- regional sehr unterschiedlich
- bislang oft ohne „Ordnung“
- Allgemeines Problem fehlenden „Casemanagements“ unter fach- oder hausärztlicher Beteiligung



## Gemeindepsychiatrischer Bund



Der sogenannte Gemeindepsychiatrische Verbund oder andere Modelle eines „Case-Managements“ sind ein Ordnungsversuch der Versorgungslandschaft. Diese Versuche werden regional unterschiedlich umgesetzt. Ein Problem stellt die geringe Integration von Fach- und Hausärzten dar, obwohl gerade diese die Betroffenen oft über Jahre begleiten und Patient wie Problematik gut kennen.

## Ein Kompass im „Psychotherapeuten-Dschungel“

Ärztlicher Therapeut	Nichtärztlicher Therapeut
Nervenheilkunde mit/ohne Psychotherapie	Psychologischer Psychotherapeut
Psychiatrie mit/ohne Psychotherapie	Psychologischer KJPT
Psychotherapeutische Medizin / Psychosomatik	Pädagogen und Sozialarbeiter mit Befähigung zur KJPT und Sucht-PT
Kleine „Ärztliche Psychotherapie“ Haus- und Fachärzte mit Zusatztitel Psychotherapie (fachgebunden), Psychosomatische GV	Psychotherapeuten ohne Zulassung, aber Behandlungsbefugnis (Erstattungsverfahren)
Kinder- und Jugend Psychiater /PT	„Grauer PT – Markt“

Psychiater ist der Seelenarzt, der als Mediziner

- das psychopharmakologische Instrumentarium bedient
- eine volle Ausbildung als Psychotherapeut hat
- als Sozialpsychiater komplementäre Maßnahmen initialisiert und organisiert.



Nicht nur Patienten haben es schwer mit den Unterscheidungen im „Psycho-Dschungel“. Als grobes Orientierung soll diese Einteilung helfen, die einerseits zwischen Erwachsenen und Kinder- und Jugendtherapeuten, andererseits zwischen ärztlichen und psychologischen Therapeuten unterscheidet. Während die psychologischen Therapeuten ausschließlich und nur psychotherapeutische Gespräche anbieten könnten, sind ärztliche Therapeuten oftmals doppelt qualifiziert: Die meisten Nervenärzte und Seelenärzte (griechisch: Psychiater) aber auch viele Hausärzte und Fachärzte haben eine qualifizierte Ausbildung für Richtlinien-Psychotherapie. Zwar sind alle Ärzte befugt, Psychopharmaka zu verordnen, doch sollte bei unzureichenden Effekten frühzeitig der Facharzt hinzugezogen werden, um eine geeignete medikamentöse Behandlungen durchzuführen. Zudem vermag der nervenärztliche Facharzt aufgrund seiner Ausbildung die Gesamtbehandlung sozialpsychiatrisch zu steuern.

## Wohin gehen die psychisch Erkrankten?

- Einen Therapeuten 50%
- Zwei Therapeuten 25%
- Drei Therapeuten 25%
- 42% konsultieren gezielt den Hausarzt, der in 15 % die weitere Behandlung allein übernimmt.
- mehr als 40% suchen eine Psychotherapeuten auf
- weniger als 40% einen Facharzt
- „Andere“, gemeint sind v.a. Heilpraktiker, liegen bei 30%



Bundesgesundheitsurvey 1998, Zusatzsurvey  
„Psychische Störungen“: Verteilung der Behandlungseinrichtungen

Versorgungsangebot	Verteilung „behandelter“ Patienten auf Versorgungseinrichtungen		
	Gesamt (N=565) %w (95% KI)	Gesamt (N=153) %w (95% KI)	Gesamt (N=412) %w (95% KI)
<b>Stationäre Behandlung</b>	22,5 (18,9 - 26,5)	14,1 (9,5 - 20,5)	24,1 (20,0 - 28,7)
Nur stationär	5,6 (3,6 - 8,2)	1,7 (0,4 - 6,6)	6,3 (4,2 - 9,3)
Stationär und ambulant	16,9 (13,8 - 20,5)	12,4 (8,2 - 18,4)	17,7 (14,2 - 22,0)
<b>Ambulante Behandlungen</b>			
Nervenarzt	31,7 (27,7 - 36,1)	41,5 (33,3 - 50,2)	29,9 (25,4 - 34,8)
Psychologischer Psychotherapeut	27,2 (23,5 - 31,3)	24,7 (18,0 - 32,7)	27,7 (23,5 - 32,4)
Ärztl. Psychotherapeut	16,5 (13,5 - 20,0)	9,3 (5,5 - 15,2)	17,9 (14,4 - 21,9)
Ambulanz	7,7 (5,6 - 10,4)	5,6 (2,7 - 11,3)	8,0 (5,7 - 11,2)
Nur Hausarzt	14,5 (11,7 - 17,9)	22,9 (16,7 - 30,6)	13,0 (9,9 - 16,8)
Andere	34,4 (30,2 - 38,9)	16,7 (11,1 - 24,4)	37,7 (32,9 - 42,8)
<b>Anzahl aufgesuchter Behandlungseinrichtungen</b>			
Eine	48,9 (44,5 - 53,4)	58,8 (50,1 - 66,9)	47,1 (42,0 - 52,2)
Zwei	27,0 (23,3 - 31,2)	23,7 (17,1 - 31,9)	27,6 (23,4 - 32,3)
Drei oder mehr	24,0 (20,4 - 28,0)	17,1 (11,8 - 24,1)	25,3 (21,2 - 29,9)

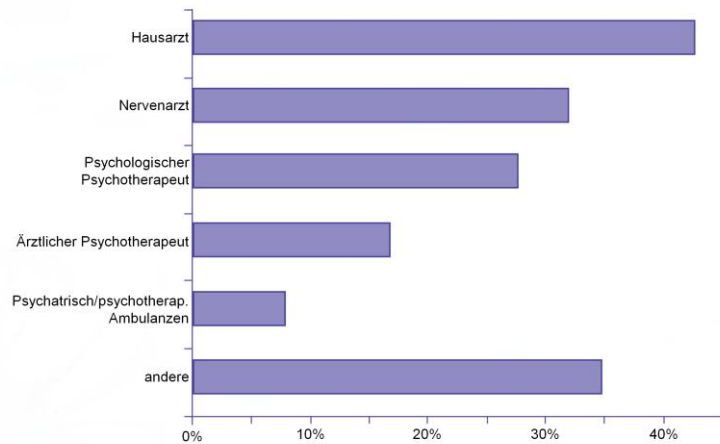
Im Vergleich der 3 aufgelisteten Studien zeigt orientierend das Inanspruchnahmeverhalten: Wegen psychischer Störungen sucht jeder Zweite mehr als einen Therapeuten auf, jeder Vierte drei und mehr. Hausarzt, Facharzt, Psychotherapeut und Heilpraktiker werden mit Prozentanteilen von 30-45% relativ ausgewogen aufgesucht. Der Hausarzt wird in 42% der Fälle aus psychischen Gründen konsultiert, bei einem Drittel dieser Fälle bleibt er der Alleinbehandler (15%).

Ergänzung:

Die Folie zeigt 3 Studien zur gleichen Fragestellung.

Andere: hierunter fallen v.a. Heilpraktiker und Psychotherapeuten nach dem Heilpraktiker gesetzt.

## Wohin gehen die psychisch Erkrankten?

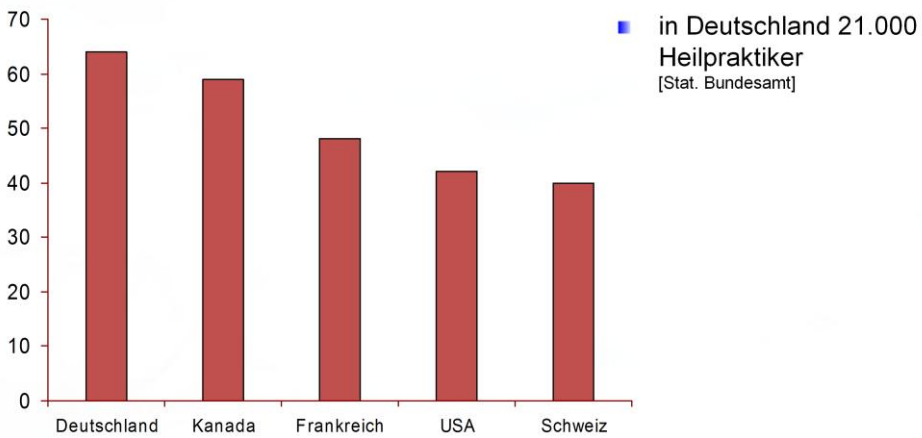


Wittchen HU, Jacobi F (2001) Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 44: 993 bis 1.000

Diese Abbildung visualisiert die Anteile, wobei Nervenarzt und Ambulanz zum Facharzt verbunden werden kann, ebenso wie die psychologischen und ärztliche Psychotherapeuten. Damit zeigt sich eine relative Gleichverteilung der Konsultationen zwischen den Gruppen Psychotherapeut, Hausarzt, Facharzt (um die 40%) und Heilpraktiker (30%).

## „ANDERE“?

### Inanspruchnahme komplementärer/ alternativ-medizinischer Hilfsangebote Ein-Jahres-Prävalenz

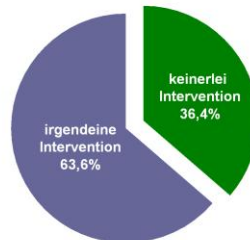


Ernst, BMJ 2000  
Deutscher Ärztetag 2006 Astrid Bühren

Kontakte zu Heilpraktikern liegen in der BRD bei über 60%. Schätzungen rechnen mit einer Beteiligung von 25-30% an der psychischen Versorgung.

## Wie viele depressive Patienten suchen Hilfe auf?

- Jeder zweite sucht professionelle Hilfe.
- Damit liegt die Rate höher als die von Patienten mit psychogenen Körperbeschwerden oder Ängste belasteten Patienten.
- Die Behandlungsrate ist nur bei Psychosen höher.
- Öffentlichkeitsarbeit und Entstigmatisierung erleichtern den Gang zum Therapeuten.



### Behandlungsraten nach Diagnose:

- Suchtstörungen: 29,3%
- Essstörungen 29,9%
- Angststörungen 36,8%
- Somatoforme 43,6%
- Affektive Störungen 50,1%
- Psychotische St. 72,3%



Leidensdruck und nur mäßige Stigmatisierung des Krankheitsbildes dürften der Grund sein, dass fast jeder zweite Betroffene auch den Weg zu einem Behandler findet. Dies ist zwar im Vergleich viel, dennoch kann eine gute Versorgung mit diesen Zahlen nicht zufrieden sein.



## Depression ist die häufigste Erkrankung bei Fachärzten

**25% aller Patienten erfüllen die Kriterien einer depressiven Störung**  
(F32 alleine 15% für sich schon auf Rang 1)

Diagnosen (Behandlungsanlass) nach ICD10	Geschlecht ; Rang / Anteil					
	Beide Geschlechter		Weiblich		Männlich	
	Rang	Anteil in % der Behandlungsfälle	Rang	Anteil in % der Behandlungsfälle	Rang	Anteil in % der Behandlungsfälle
F32 Depressive Episode	1	14,5	1	15,9	1	12,3
G56 Mononeuropathien der oberen Extremität	2	9,3	2	10,3	3	7,7
G40 Epilepsie	3	9,0	6	7,7	2	11,0
F41 Andere Angststörungen	4	8,3	3	9,3	9	6,7
F45 Somatoforme Störungen	5	7,5	5	8,0	8	6,9
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungs- störungen	6	7,5	7	7,6	4	7,2
F33 Rezidivierende depressive Störungen	7	7,1	4	8,5	11	5,1

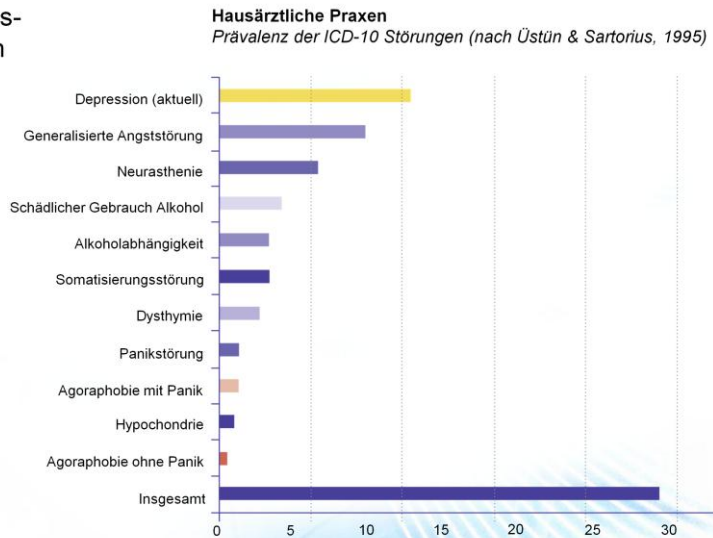


gbe-bund.de

Fasst man die depressiven Diagnosen zusammen, so ist beim Facharzt jeder 4 Patient depressiv erkrankt. Damit ist die Depression mit Abstand die häufigste Erkrankung in der Sprechstunde des Nervenarztes.

## Bei den Hausärzten ist Depression die fünfthäufigste Erkrankung

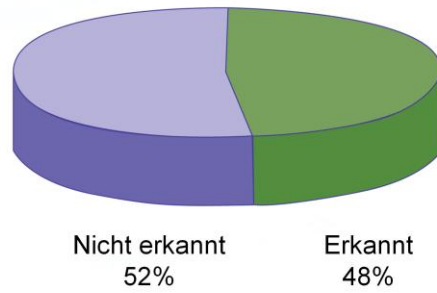
- Über 10% aller hausärztlichen Patienten sind depressiv (4% schwer, 3% mittel, 3% leicht).
- Hinzu kommt die Dysthymie.



Jeder 8. bis jeder 10. Patient in der Hausarztsprechstunde ist depressiv. Nur vier andere Erkrankungen sind beim Hausarzt häufiger.

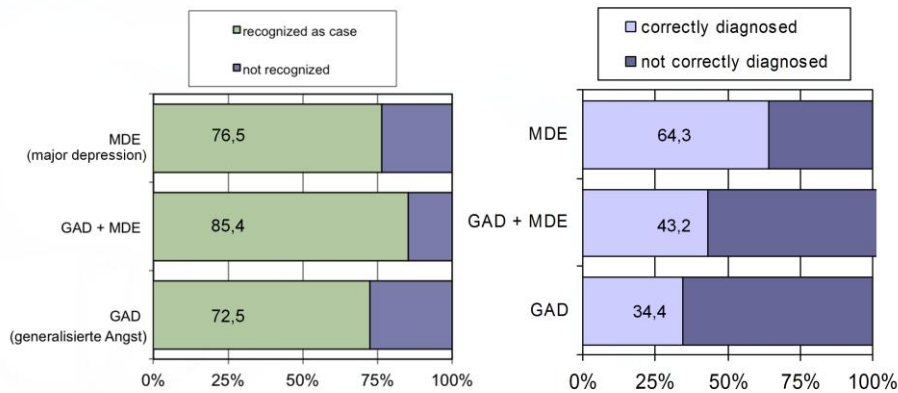
## Bei den Hausärzten auf Rang 5

- Studien besagen, dass der Hausarzt jede zweite Depression nicht richtig erkennt.



Studien haben herausgefunden, dass viele Hausärzte Depressionen nicht ausreichend erkennen.

## Wann und wie gut erkennt der Hausarzt eine schwere Depression?



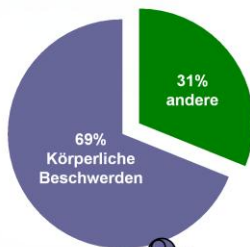
Hoyer et al. (2001), MMV

Handelt es sich um eine schwere Depression, so ist die Erkennungsrate schon deutlich besser. Drei von vier schweren Depressionen und Ängste erkennt der Hausarzt als eine psychische Störung (75%). Die korrekte diagnostische Zuordnung erscheint schwieriger. Das Erkennen einer Depression (65%) fällt dabei leichter als das einer Angststörung (35%).

MDE = Major Depression, GAS = generalisierte Angststörung

## Die niedrige Diagnoserate liegt u.a. am somatischen Beschwerdeprofil

bei primär somatischer Verantwortung des Hausarztes.

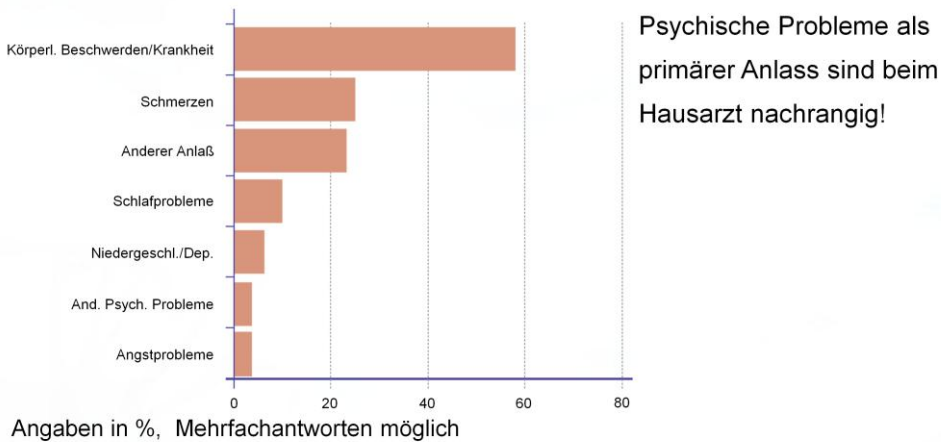


Simon et al. (1999): Studie an 1146 Patienten

- Bei der Diagnostik haben dies die Hausärzte besonders schwer, da oft somatische Beschwerden geklagt werden:  
69% der Patienten mit Depression suchen ihren Hausarzt ausschließlich aufgrund von körperlichen Beschwerden im Rahmen der Depression auf.

Die geringe Erkennensrate ist mitbedingt durch die bei über 2/3 der Depressiven im Vordergrund stehenden körperlichen Beschwerden. Weder Patient noch Hausarzt denken dabei ausreichend an eine Depression, die somatische Diagnostik wird einseitig verfolgt, die Differentialdiagnose Depression nicht erwogen.

## Anlass für den Arztbesuch bei depressiven Patienten ist oft nicht die Psyche!



Psychische Probleme als primärer Anlaß sind beim Hausarzt nachrangig!



Mod. nach Wittchen et al. 2000, Fortschr Med 118 (Sonderheft I): 4-10.

Typische Beschwerden, die zur Konsultationen depressiver Patienten führen, sind verschiedene körperliche Beschwerden, Krankheitsbefürchtungen, Schmerzen, Kraftverlust, Verdauungsstörungen, Gewichts- und Appetitverlust.

siehe auch:

Prävalenz und Erkennen von depressiven Störungen in deutschen Allgemeinarztpraxen - eine systematische Literaturübersicht

Prevalence and Detection of Depressive Disorders in German General Practice - A Systematic Review

N. Becker<sup>1</sup>, H.-H. Abholz<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf

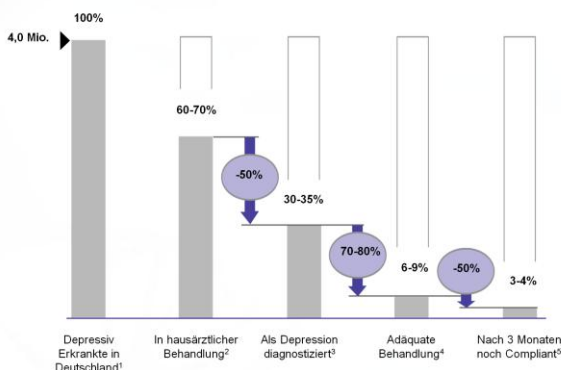
Zusammenfassung Hintergrund: Allgemeinärzte sind oft erste Anlaufstelle für Patienten mit Depression. Gleichzeitig weisen die internationale Studien niedrige Erkennensraten auf. Uns interessierte: wie ist die Situation in Deutschland? Methode: Bezüglich Prävalenz und Erkennensraten für depressive Störungen führten wir für den Zeitraum 1993-2005 eine MEDLINE- und PSYINDEX-Recherche nach englischen und deutschsprachigen Artikeln, mit „MeSH-Terms“ zu unseren Schlüsselwörtern durch. Ergebnis: Von 44 gefunden Artikeln betrafen 13 Studien thematisch unseren Schwerpunkt und machten gleichzeitig klare Angabe über ihren Referenzstandard zur Diagnosefindung. Die Punktprävalenz von depressiven Störungen in der Allgemeinarztpraxis lag bei etwa 10 %. Die Angaben schwankten je nachdem, ob die Diagnosen nach DSM-IV oder ICD-10 Kriterien gestellt wurden. Die Punktprävalenz für eine major depression (DSM-IV) lag bei 4-6 %, die 12-Monats-Prävalenz bei ca. 8 %. Depressive Episoden hatten eine Punktprävalenz von ca. 8-17 %.

**Nur 5 % der Patienten nannten Depression als Konsultationsgrund bei ihrem Arzt. Hingegen gaben 57 % körperliche Beschwerden als Beratungsanlass dort an. Die Erkennensraten durch Hausärzte schwanken zwischen 17 und 85 %.** Fast 12 % der Patienten wurden von Hausärzten falsch positiv eingeschätzt. Schlussfolgerung: Die Zahlen in Deutschland weichen kaum von denen internationaler Studien ab. Angaben zur Prävalenz sind abhängig vom Referenzstandard. Hauptsächlich verwendete Fragebogen in Deutschland sind der PHQ-D bzw. der DSQ mit hoher Sensitivität und Spezifität. Klassifikationssysteme wie der DSM-IV oder der ICD-10, die Krankheit ohne ätiologische bzw. pathogenetische Modelle ohne Kontext definieren, sind für allgemeinmedizinisches Vorgehen nicht sinnvoll.

## Die Problematik der Hausarztversorgung (Stand um 2000)

### in der Zusammenstellung verschiedener Studien

#### Diagnostisches und therapeutisches Defizit bei Depressionen



- 60-70% aller depressiv Erkrankten sind in hausärztlicher Behandlung.
- Nur jede zweite Depression wird als solche erkannt.
- Von dem verbleibenden Drittel der Depressiven werden 75% vom Hausarzt nicht adäquat behandelt.
- Die Hälfte der adäquat Behandelten waren schon bald inkompliant.
- Knapp 3-4% hausärztlicher Depressionsbehandlung wurde als adäquat beurteilt.



<sup>1</sup> Wittchen et al. (1994); <sup>2</sup> Montano (1994); <sup>3</sup> Üstün & Sartorius (1993); <sup>4</sup> Lépine et al. (1997); <sup>5</sup> Katon et al. (1996); Quelle: Althaus & Hegbert (2009)

In der Zusammenschau zahlreicher Studien zur Primärversorgung Depressiver bei Hausärzten wurde deutlich, dass in der Abfolge ungünstiger Momente dort kaum 4% der Depressiven eine adäquate Behandlung bekamen. Ausgehend davon, dass zwar jeder zweite Betroffene gezielt Hilfe sucht (z.T. auch beim Hausarzt), sind aber faktisch doch zwei Drittel aller Depressiven aus verschiedenen Gründen in hausärztlicher Behandlung. Der Hausarzt erkennt bei diesen Patienten, die oft körperliche und nicht seelische Dinge beklagten, eine manifeste Depressivität nur in 50% der Fälle. Die Behandlung der erkannten Depression entsprach aber in 75% nicht einem notwendigen Standard und selbst dort, wo dieser Standard vorlag, konnte durch unzureichende Psychoedukation, Bindungs- und Motivationsarbeit die Compliance nicht gehalten werden.

#### Erläuterung:

Jüngere Untersuchungen machen deutlich, dass 60%-70% der rund 7 Millionen Betroffenen Bundesbürger (5.6% Punktprevalenz x80Mill.) in hausärztlicher Behandlung sind (Montano, 1994; Katon et al., 1996b).

Die Erkrankung wird jedoch nur bei ca. der Hälfte dieser Personen korrekt als Depression diagnostiziert. Das heißt, es werden nur 30-35% aller Depressionen als solche vom Hausarzt auch erkannt (Üstün & Sartorius, 1995).

Davon wiederum werden 70-80% nicht adäquat behandelt.

Mit anderen Worten: Nur 6-9% aller depressiv erkrankten Personen erhalten eine geeignete Therapie (Lépine et al., 1997).

Aber selbst bei adäquater Behandlung sind nur 50% dieser Patientencompliant (Katon et al., 1996a).

Die Besserung dieser Versorgungsproblematik ist ein wesentliches Ziel des Kompetenznetzes Depression (KND)

Die Versorgung durch den Hausarzt und die klare Zusammenarbeit mit den ambulanten und stationären Fachärzten sind zentral.

#### Dies entnommen aus: **Aufklärung zur Krankheit Depression**

Auswirkungen einer Aufklärungskampagne zur Krankheit Depression in Nürnberg auf Wissen und Einstellungen in der Bevölkerung

Dissertation zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie

an der Medizinischen Fakultät der

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Dipl.-Psych. Philine Freudenberg

aus Stuttgart

2005

## Die Versorgungsdefizite der Primärversorgung wurden gezielt angegangen

### Optimierte Versorgungskonzepte

- Das Kompetenznetzwerk Depression (1999)
  - Initialisierte das „Nürnberger Bündnis“ (2001) und
  - Später die Gründung des bundesweiten „Deutsches Bündnis gegen Depression e.V.“ (2002)
  - Mit Auslaufen der Förderung wurde als Dachgesellschaft die „Stiftung Depressionshilfe“ (2008) ins Leben gerufen
  - Ein europäisches Bündnis gibt es schon seit 2004
- 10 Jahre danach besteht ein fast flächendeckendes Rollout von Impulsen und Vernetzungen, die v.a. in der Modellregionen Nürnberg intensiv entwickelt wurden.

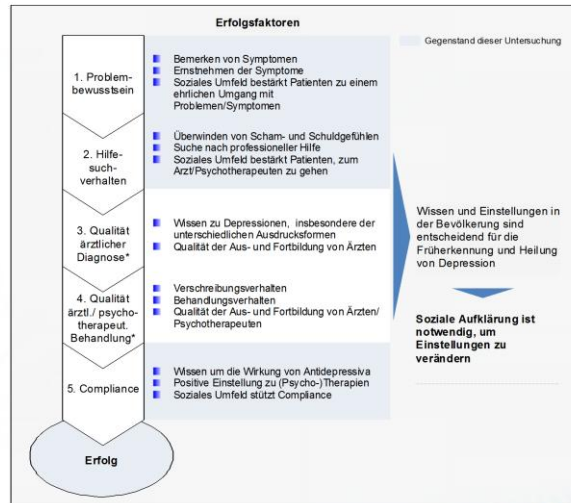


Die beschriebene Analyse der Hausarztversorgung und weiterer Versorgungsprobleme führte zu gezielten Strategien der Strukturveränderung, die v.a. durch das Kompetenznetz Depression und die Bündnisse gegen Depression vorangetrieben wurden.



## Die Strategie des Kompetenznetzes (KND): Depression

### Erfolgsfaktoren für die Früherkennung und Heilung von Depression



\*Siehe dazu Arbeiten von Althaus, Niklewski et al, 2003, Hegerl, Pfeiffer-Gerschel, et al., 2003  
Quelle: Eigene Darstellung

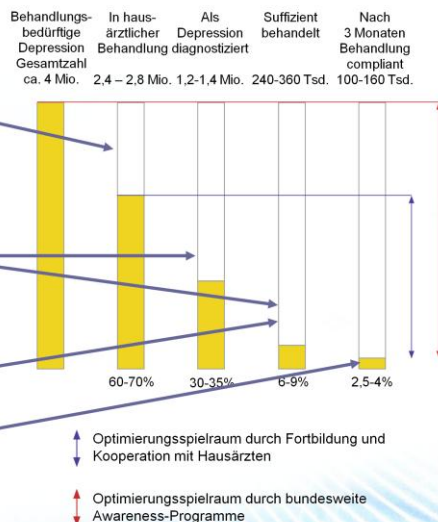
Es wurde ein 5-Punkte Plan entworfen, der mehr depressive Patienten zu einem besser diagnostizierenden, behandelnden und bindenden Arzt führen sollte.

## Die Strategie des Netzwerkes und ihr Bezug auf die Problemsituation

1. Erhöhung des **Inanspruchnahme-verhaltens** durch Öffentlichkeitsarbeit, Aufklärung und Entstigmatisierung führt mehr Depressiv Erkrankte in die Primärversorgung.
2. Leitlinienorientierte und gesprächsbetonte (psychosomatische) Grundversorgung sichern einen guten **Diagnose- und Behandlungs-standard**.
3. Optimierte **Pharmakotherapie** und klare Schnittstellendefinition im Übergang zum ambulanten oder stationären **Facharzt**
4. Gezielte Besserung der **Compliance**, insb. bei high-risk Patienten



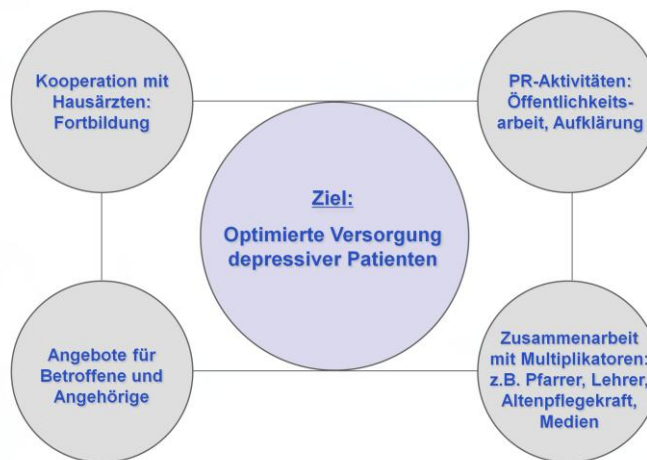
Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“



Die Abbildung zeigt den Bezug von Veränderungsstrategie und Grundproblematik. Während die Punkte 2 und 3 wesentlich durch Hausarztfortbildungen und frühe Integration von Fachärzten erreicht werden kann, sind die Punkte 1 und 4 wesentlich auch Abhängig von dem „Image“ der Erkrankung und von dem Umgang mit diesem im sozialen Miteinander. Eine gute Versorgung ohne Änderung des Bewußtseins beim Einzelnen und bei der Bevölkerung war also nicht zu erreichen. Daher wurde die Öffentlichkeitsarbeit zu einem zentralen Bestandteil des Kompetenznetzes Depression.

## 4-Ebenen-Intervention

### 4-Ebenen-Intervention des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“



Neben der Kooperation mit Hausärzten wurden andere Interventionen erfolgreich durchgeführt. Eine Sensibilisierung für das Thema gelang ebenso, wie die Förderung des Verständnisses, so dass Betroffene früher und häufiger Therapeuten aufsuchten und im Umfeld auf mehr Verständnis und Hilfen stießen.

## Das KND sah Optimierungspotential beim Hausarzt

### Defizite bei der Depressionsdiagnostik und -behandlung in der Primärversorgung

- Hausärzte fragen zu selten aktiv nach depressiver Symptomatik.
- Diagnostische Kern- und Zusatzsymptome sind häufig nicht ausreichend geläufig.
- Unterscheidung Trauerreaktionen und Befindlichkeitsstörungen ist unscharf.
- Schwierigkeit, Depression im Patientengespräch zu thematisieren (Diagnose „Depression“ löst bei vielen Ärzten Ängste aus.)
- Notwendigkeit sorgfältiger (zeitaufwändiger) Aufklärung wird unterschätzt.
- Zu häufig keine oder unangemessene Therapie (z.B. falsche Medikation mit Fluorpirilen, Unterdosierung, unzureichende Behandlungsdauer, Verzicht auf Phasenprophylaxe)
- Sorge, das Thema Suizidalität aktiv zu explorieren

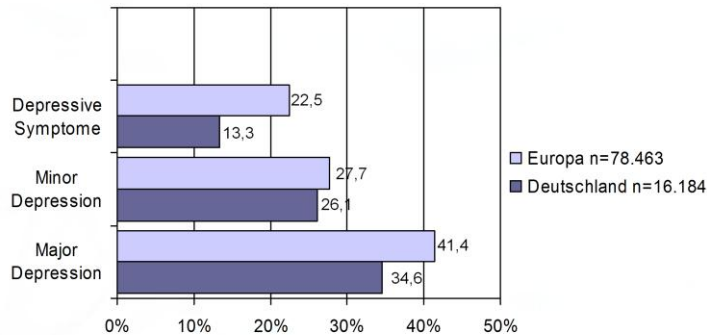


Als Defizite bei der Behandlung durch den Hausarzt wurde beispielsweise ausgemacht, dass diese die Depression als mögliche Diagnose nicht gezielt abfragen, darin ungeübt sind und auch kein klares Konzept der Depression besitzen.

## Die Deutschen verschreiben vergleichsweise wenig Antidepressiva!

### Arzneimittelverordnung in Abhängigkeit vom Ausprägungsgrad einer Depression in Deutschland im europäischen Vergleich

#### Verordnung von Medikamenten (%)



DEPRES – Depression Research in Europe Society (1997)



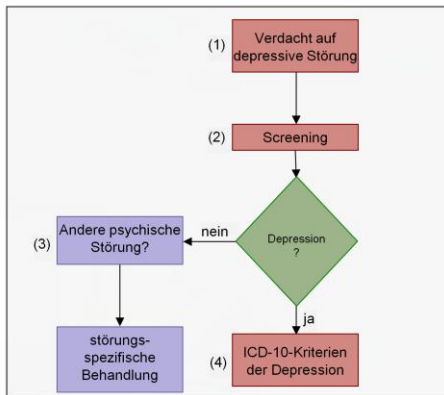
mod. nach Lepine, J.P. et al. 1997, International Clinical Psychopharmacology 12(1): 19-29.

Vergleichsweise geringe Verordnungsraten von Antidepressiva im Vergleich zum europäischen Mittel weisen auch womöglich darauf hin, dass vorhandene Behandlungspotentiale nicht ausgeschöpft werden.

## Diagnostik der Depression

### Leitsymptomatik: Bedrücktheit und Interessenverlust

#### Zugangsweg beim Arzt



Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie / Nervenheilkunde, Psychologischer Psychotherapeut, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Arzt mit Zusatztitel Psychotherapie  
Version: 16.12.04; Redaktion: PD Dr. Dr. M. Härter, Dr. I. Bermejo

- 1) Erster Eindruck, bisherige Diagnostik und/oder bisheriger Behandlungsverlauf
- 2) Ein zweistufiges Screening kann sinnvoll sein (z.B.)
  - a) 2 Fragen-Test:
    1. Fühlen Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?
    2. Haben Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?
  - b) PHQ-D:  
Einfacher, schnell einsetz- und rasch auswertbarer Fragebogen zur Erfassung depressiver Symptome sowie anderer psychischer Erkrankungen
- 3) Bei unklarem Befund ist der Einbezug eines Spezialisten\* zur Einleitung einer adäquaten Behandlung indiziert
- 4) Klinischer Erfassung der ICD-10 Kriterien und Aufnahme ins Netz

Zur Verbesserung wurden einfache Screeninstrumente und Behandlungspfade erstellt.

Alternativ:

[http://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/\\_medien/dokumente/integrierte-versorgung/iv-rahmenkonzept-depression-nervenarzt.pdf](http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/dokumente/integrierte-versorgung/iv-rahmenkonzept-depression-nervenarzt.pdf)

## Diagnostik der Depression

### Höhere Sensitivität

- Der WHO-Fragebogen zum Wohlbefinden erbringt eine hohe Erkennungsrate von 90% und schärft mit einfachen Mitteln die Diagnostik in der Primärversorgung.

#### WHO-Fünf – FRAGEBOGEN ZUM WOHLBEFINDEN (Version 1998)

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

In den letzten zwei Wochen...	Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
...war ich froh und guter Laune	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	5	4	3	2	1	0
...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	5	4	3	2	1	0
...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	5	4	3	2	1	0
...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	5	4	3	2	1	0

#### Punktberechnung:

Der Rohwert kommt durch einfaches Addieren der Antworten zustande. Der Rohwert erstreckt sich von 0 – 25, wobei 0 das geringste Wohlbefinden bzw. die niedrigste Lebensqualität und 25 größtes Wohlbefinden bzw. höchste Lebensqualität kennzeichnet. Den Prozentwert von 0-100 erhält man durch Multiplikation mit 4. Der Prozentwert 0 drückt das schlechteste Befinden aus, 100 das Beste.



WHO-Fünf (mit freundlicher Genehmigung: Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health, Frederiksberg General Hospital, DK-3400 Hillerød)

So hat der WHO-Fragebogen bei nur 5 Fragen eine Sensitivität von 90%.

[http://www.aerzteverlag.de/buecher/buchimg/extra\\_102073.pdf](http://www.aerzteverlag.de/buecher/buchimg/extra_102073.pdf)

Der WHO-5-Fragebogen erbrachte eine sehr hohe Erkennungsrate (> 90 Prozent), bei mittlerer Spezifität

<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=44966>

# PHQ – Test

## Erweitertes Screening



Kurzform PHQ-D

### Gesundheitsfragebogen für Patienten (Kurzform PHQ-D)

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage, so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Geschlecht weiblich  männlich  Datum: \_\_\_\_\_

1 Wie oft fühlen Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schmutz- oder Hoffungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst, Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zubereiten oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhlos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Frage zum Thema „Angst“

	NEIN	JÄ
a. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 3.

b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?

c. Teilen manche dieser Anfälle völlig unmerklich auf – d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?

d. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?

e. Litt Sie während Ihres letzten schlimmen Angstfalls unter Kurzatmigkeit, Schwitzen, Herzrasen oder -klopfen, Schwindel oder dem Gefühl, der Chemosicht nahe zu sein, Kribbeln oder Taubheitsgefühlen, Übelkeit oder Magenbeschwerden?

3 Wenn eines oder mehrere der in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:

Überhaupt nicht erschwert	Etwas erschwert	Relativ stark erschwert	Sehr stark erschwert
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

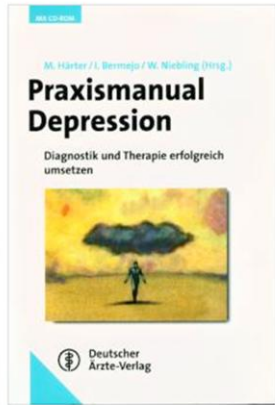
KODIERUNG: Bei jeder Frage, wenn fünf oder mehr der Fragen 1a-e mit mindestens „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet sind und Frage 1a oder 2a bejaht sind (Es auch möglich, wenn es mit „an mindestens Tagen“ beantwortet ist), sind die Fragen 1a-e und 2a beantwortet sind und vier der Fragen 1a-e mit mindestens „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet sind und Frage 1a oder 2a bejaht sind (Es auch möglich, wenn es mit „an mindestens Tagen“ beantwortet ist), sind die Fragen 1a-e und 2a mit „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet sind. Deutsche Übersetzung und Validierung des „Brief Patient Health Questionnaire (Brief PHQ)“ durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg (Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999).

Nur wenig länger ist der PHQ, der auch als Screeninginstrument große Verbreitung erlangte.

[http://www.aerzteverlag.de/buecher/buchimg/extra\\_102073.pdf](http://www.aerzteverlag.de/buecher/buchimg/extra_102073.pdf)



## Manual Primärversorgung Depression



- **Praxismanual Depression**  
Diagnostik und Therapie erfolgreich umsetzen
  - Martin Härter, Isaac Bermejo, Wilhelm Niebling (Hrsg.)
  - Deutscher Ärzte Verlag
  - EAN: 9783769104967 (ISBN: 3-7691-0496-X)
  - 182 Seiten, kartoniert, 16x24cm, 2007
  - EUR 29,95

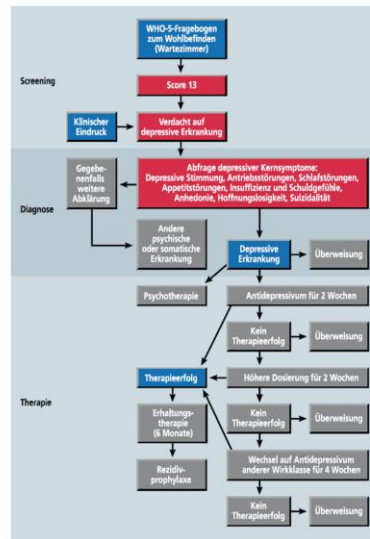


Speziell für die Primärversorgung des Hausarztes wurde vom Kompetenznetz ein Praxismanual Depression entwickelt.

## Der vollständige Behandlungspfad nach dem KND

Eine Überweisung zum Facharzt sollte erfolgen

- Nach 6 Wochen ohne Besserung
- Bei unklarer psychiatrischer Differentialdiagnostik
- Bei schwerer Symptomatik (F32.2)
- Bei Problemen bei der Pharmakotherapie, Interaktionsproblemen
- Bei akuter Selbst- und Fremdgefährdung oder psychotischen Symptomen oder depressivem Stupor
- Bei (psychischer) Komorbidität



Algorithmus für Hausärzte zur Depressionsbehandlung. Bei der Therapie ist zu prüfen, ob eine Überweisung zu einem Psychotherapeuten oder, bei komplizierenden Faktoren, zu einem Facharzt sinnvoll ist.

Darin enthalten ist auch der für die Versorgung empfohlene vollständige Behandlungspfad. Screening, Diagnose und Behandlungsversuch sind dort ebenso mit Kriterien festgelegt, wie die Überweisung zum Mitbehandelnden Psychotherapeuten oder Facharzt.

## S3- Leitlinien Depression (2010)



### **Schnittstellen in der Versorgung (die Definition der Zuständigkeit entspricht dem klinischen Konsens der an der Leitlinienverabschiedung beteiligten Experten)**

#### **Ambulante Behandlung**

Bei leichten bis mittelschweren depressiven Störungen kann eine alleinige ambulante Behandlung von allen relevanten Behandlungsgruppen, das heißt von Hausärzten oder Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Nervenärzten, Ärzten mit Zusatztitel Psychotherapie und Psychoanalyse oder Psychologischen Psychotherapeuten erfolgen. Zusätzlich formuliert die Leitlinie weitere Indikationskriterien:

- Eine fachärztliche (psychiatrisch-psychotherapeutische beziehungsweise nervenärztliche) Behandlung ist insbesondere indiziert bei:
  - unklarer (Differenzial-)Diagnostik psychischer Störungen
  - schwerer Symptomatik
  - Therapieresistenz
  - Problemen bei der Pharmakotherapie und/oder in einer Psychotherapie
  - Interaktionsproblemen im Rahmen der Kombinationstherapie von Antidepressiva mit anderen Medikamenten
  - akuter Selbst- und Fremdgefährdung
  - psychotischen Symptomen oder depressivem Stupor
  - Komorbidität einer depressiven Störung mit einer anderen schweren psychischen Störung sowie mit anderen schweren körperlichen Erkrankungen.



Als bislang letzter Schritt zur Verbesserung der Versorgungssituation wurde nach jahrelanger Zusammenarbeit vieler Akteure 2010 die Nationale Versorgungsleitlinie: Unipolare Depression veröffentlicht. Sie ist ein hochwertiger Standard depressiver Behandlung und Versorgung. Auch unsere Darstellung nimmt vielfältig Bezug zu dieser wichtigen Leitlinie.

Auch für die Versorgungsstrukturen gibt sie klare Empfehlungen bei der Zusammenarbeit und Aufgabenverteilung zwischen Hausarzt, Psychotherapeut, Facharzt und Klinik, die abschließend dargestellt werden sollen. Während unkomplizierte leichte und mittelschwere depressive Störungen durch jede Behandlungsgruppe behandelt werden können, gibt es Kriterien, die eine Überweisung zum Facharzt, zum Psychotherapeuten oder eine Einweisung notwendig werden lassen.

### S3- Leitlinien Depression (2010)



- **Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie** (führen im Allgemeinen Richtlinienpsychotherapie durch): Eine Überweisung zu ihnen wird außerdem empfohlen
  - zur psychotherapeutischen Mitbehandlung bei schwerer Symptomatik im Rahmen einer Kombinationstherapie
  - bei psychotherapeutisch zugänglicher Therapieresistenz
  - bei Komorbidität einer depressiven Störung mit einer anderen schweren psychischen Störung
  - zur psychotherapeutischen Behandlung bei Komorbidität von Depression und chronischen körperlichen Erkrankungen
  - zur psychotherapeutischen (Mit-)Behandlung
  - bei Problemen in einer Psychotherapie.



Als bislang letzter Schritt zur Verbesserung der Versorgungssituation wurde nach jahrelanger Zusammenarbeit vieler Akteure 2010 die National Versorgungsleitlinie: Unipolare Depression veröffentlicht. Sie ist ein hochwertiger Standard depressiver Behandlung und Versorgung entwickelt. Auch unsere Darstellung nimmt vielfältig Bezug zu dieser wichtigen Leitlinie.

## S3- Leitlinien Depression (2010)



### Stationäre Behandlung

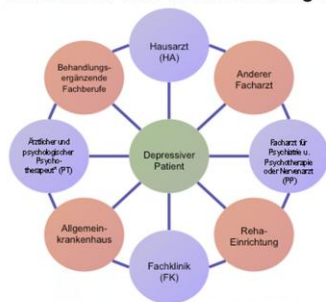
- Die Indikation für die Einweisung in eine **stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung** besteht bei:
  - akuter Suizidalität (Notfallindikation)
  - oder Gefahr der depressionsbedingten Isolation und anderen schwerwiegenden psychosozialen Faktoren
  - den Therapieerfolg massiv behindernden äußeren Lebensumständen
  - Therapieresistenz gegenüber ambulanten Therapien und so schweren Krankheitsbildern, dass die ambulanten Therapiemöglichkeiten nicht ausreichen, sowie
  - der starken Gefahr einer (weiteren) Chronifizierung.
- Soll in derartigen Fällen vorrangig eine Psychotherapie angeboten werden, kann auch eine Indikation zur **psychosomatisch-psychotherapeutischen stationären Behandlung** bestehen.
- Eine Indikation für eine **stationäre Rehabilitationsbehandlung** ist vor allem dann gegeben, wenn die Therapieziele in der Festigung von Behandlungserfolgen, der Behandlung von Krankheitsfolgen, der Verbesserung des Umgangs mit der (chronischen beziehungsweise chronifizierten) Erkrankung oder der Verbesserung oder Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit bestehen.



## Neue Versorgungsstrukturen

Die Erfolge der Versorgungsverbesserung der letzten Jahre ist getragen von der Ausbildung neuer Strukturen:

- Netzwerke
  - Kompetenznetz Depression, Neurotrans-Concept, Zentren für Neurologie und seelische Gesundheit, regionale Netze u.a.
- Bündnisse
  - Bundesweite Bündnisse gegen Depression erwachsen aus dem Nürnberger Bündnis
- Integrierte Versorgung
  - IgV Rahmenkonzept (Härter 2004)
  - IgV Verträge Depression haben fast alle größere Kassen (AOK, TK, Barmer, DAK u.a.), jedoch meist nur regional. Kennzeichen sind die definierten Aufgaben und Schnittstellen



Zu den erwähnten neuen Versorgungsstrukturen der letzten 10 Jahre gehören, schon vor den S3-Leitlinie, die Netzwerke und Bündnisse sowie die Konzepte der Integrierten Versorgung. Die Aufgabenverteilung und Festlegung der Schnittstellen der Akteure gehört in einen jeden Vertrag. Wie eine solche Matrix aussehen könnte, zeigt unsere letzte Folie zum Thema Versorgungsstrukturen.

Rahmenkonzept:

[http://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/\\_medien/dokumente/integrierte-versorgung/iv-rahmenkonzept-depression-nervenarzttx.pdf](http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/dokumente/integrierte-versorgung/iv-rahmenkonzept-depression-nervenarzttx.pdf)

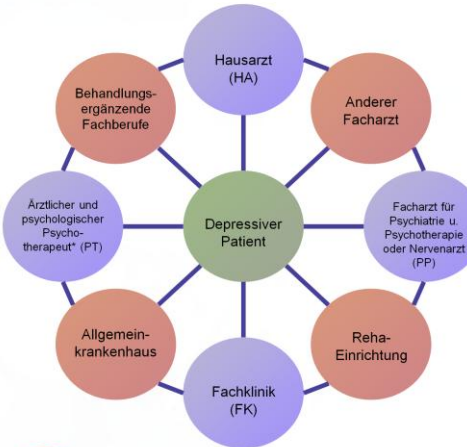
**M. Härter, et al: Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Depression der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (2004)**

IgV Beispiele:

[http://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/fileadmin/ig/d-ig-bilder/BW/IV\\_Depression\\_Bewertung.pdf](http://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/fileadmin/ig/d-ig-bilder/BW/IV_Depression_Bewertung.pdf)

## Integration der Hauptakteure der Versorgung

Heutige sogenannte IgV-Verträge integrieren nur einen Teil der dargestellten Hauptakteure zu einem organisiertem Versorgungsnetz



\* Psychologische Psychotherapeuten, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ärzte mit Zusatztitel Psychotherapie

- Die Teilnehmer an der Integrierten Versorgung für depressive Erkrankungen erbringen alle für eine evidenzbasierte Versorgung notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.
- Sie orientieren sich an einem patientenbezogenen Management- und Monitoringkonzept mit kurz-, mittel- und langfristigen Behandlungszielen.
- Das Versorgungsmodell wird zwischen allen im konkreten Fall beteiligten Akteuren gemeinsam mit dem Patienten abgestimmt.

Der Gedanke einer integrierten Versorgung ist richtig, jedoch ist die Umsetzung noch immer schwierig aus verschiedenen Gründen. Zufriedenstellende Netzstrukturen gibt es nur in wenigen Regionen, auch dort sind meist nur nicht alle wichtigen Akteure integriert. Eine zufriedenstellende Versorgungsorganisation ist flächendeckend bundesweit noch nicht erreicht.

## Beispiel einer Schnittstellenmatrix

### Integrierte Versorgung bei Depressionen (DGPPN)

Überweisung	Hausarzt	Psychotherapeut	Facharzt	Klinik
<b>Hausarzt</b>		(Differenzial-)indikation Psychotherapie	Differenzialdiagnostik Komplex-Therapie (mittelschwere, schwere Symptomatik) Chronischer bzw. komplizierter Verlauf (ggf. konsiliarisch) Substanzabhängigkeit Rezidivprophylaxe	Akute Suizidalität Schwere psychotische Depression Therapieresistenz Fehlende soziale Unterstützung Drohende Verwahrlosung
<b>Psycho- therapeut</b>	Therapie erfolgreich beendet Pharmakologische Mitbehandlung Non-Compliance Non-Response		Pharmakologische Mitbehandlung Non-Compliance Non-Response	Akute Suizidalität Schwere psychotische Depression Therapieresistenz Fehlende soziale Unterstützung Drohende Verwahrlosung
<b>Facharzt</b>	Abschluss Differenzialdiagnostik Therapie erfolgreich beendet Fortsetzung der Therapie in Kooperation	Indikation Psychotherapie		Akute Suizidalität Schwere psychotische Depression Therapieresistenz Fehlende soziale Unterstützung Drohende Verwahrlosung
<b>Klinik</b>	Erhaltungstherapie Einweisungsgrund behoben	Psychotherapeutische Weiterbehandlung Rezidivprophylaxe	Erhaltungstherapie Einweisungsgrund behoben Komplexe Rezidivprophylaxe	

