



Editorial: NVL Depression – Leitlinie für eine bessere Versorgung

Liebe Leserinnen und Leser,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

Die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Unipolare Depression ist die erste kombinierte Behandlungs- und Versorgungsleitlinie für psychische Störungen. An ihrer Entwicklung waren unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde insgesamt 28 Fachgesellschaften und Berufsverbände sowie Patienten- und Angehörigenvertreter beteiligt, darunter auch die Bundespsychotherapeutenkammer.

Nun geht es darum, dass die Leitlinie in der Versorgungspraxis umgesetzt wird und Patienten eine Behandlung angeboten bekommen, die diesen aktuellen wissenschaftlichen Empfehlungen entspricht. Hierfür wird sich die Versorgung stärker als bisher am Bedarf der Patienten ausrichten müssen: Eine Leitlinie ist erst dann wirksam, wenn ihre Empfehlungen bei der Patientenversorgung berücksichtigt und ihre Empfehlungen bei der Behandlung jedes einzelnen Patienten überprüft und angepasst werden.

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten Beratungsanlässen und Erkrankungen in der Versorgung. Fast jeder Fünfte erkrankt während seines Lebens an einer Depression. Die Erforschung der Behandlungsmöglichkeiten hat in den vergangenen Jahren deutliche Fortschritte gemacht, dennoch bestehen in allen Bereichen der Versorgung Optimierungspotenziale, insbesondere hinsichtlich einer abgestuften und vernetzten Versorgung zwischen haus-, fachärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung sowie der Indikationsstellung für ambulante und stationäre Behandlungsmaßnahmen und deren Abstimmung.

Systematisch entwickelte, evidenzbasierte Leitlinien sind ein wichtiges Instrument für die Sicherung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Sie liefern auf methodisch höchstem Niveau wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Handlungs-

empfehlungen. Sie sind wichtige Orientierungshilfen und verlässliche „Handlungs- und Entscheidungskorridore“, von denen in begründeten Einzelfällen abgewichen werden kann bzw. ggf. sogar muss.

Die seit November 2009 veröffentlichte Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Depression ist eine wichtige Informationsbasis für Patienten. Sie ermöglicht ihnen, eine aktive und selbstbestimmte Rolle in der Behandlung ihrer Erkrankung zu übernehmen. Die Patientenleitlinie der NVL kann als Patienteninformation z. B. hilfreich sein, das richtige Krankenhaus zu finden. Der Patient kann auf ihrer Basis gezielt nachfragen, welche Versorgung durch wen und in welcher Intensität das einzelne Krankenhaus bietet. Vergleicht der Patient diese Informationen mit den NVL-Empfehlungen, kann er besser das für ihn geeignete Krankenhaus auswählen.

Die Unter- und Fehlversorgung psychisch kranker Menschen führt zu einer Vielzahl von Initiativen für neue Vertrags- und Versorgungsformen. Für Patienten ist es schwierig zu beurteilen, welche Versorgungsqualität ihnen solche Verträge bieten. Die NVL Depression versetzt sie nun in die Lage zu überprüfen, inwieweit sich das Versorgungsangebot an Empfehlungen der evidenzbasierten Medizin orientiert. Erst wenn sich informierte Patienten mit verlässlichen Informationen für oder gegen neue Versorgungsformen entscheiden, lässt sich ein Qualitätswettbewerb realisieren. So erhalten Krankenkassen Anreize, bei der Suche nach neuen Versorgungsformen nicht nur auf die Kosten, sondern auch auf die Qualität zu achten.

Die NVL Depression kann außerdem helfen, Antworten auf die Frage zu finden, wie bedarfsgerechte Versorgung in einer Region aussehen kann. Eine Auswertung der Daten der Krankenkassen – natürlich in anonymisierter Form – könnte zeigen, wie viele

Menschen mit psychischen Erkrankungen in einer Versorgungsregion wo, von wem und wie versorgt werden. Gravierende Abweichungen von den in der NVL vorgeschlagenen Versorgungsprozessen bzw. Qualitätsindikatoren könnten Anlass sein, anhand der Daten herauszufinden, warum z. B. in der einen Region Patienten überproportional häufig stationär, in einer anderen Region hingegen häufiger ambulant behandelt werden. Es könnte deutlich werden, wo und warum die Umsetzung der zentralen Empfehlungen der NVL, d. h. eine an wissenschaftlichen Ergebnissen orientierte Versorgung von Menschen mit Depressionen, gelingt.



Die Psychotherapeutenkammer NRW hofft, dass die NVL Depression in diesem Sinne Eingang in die Versorgung psychisch kranker Menschen, aber auch in gesundheitspolitische Entscheidungen und neue Vertrags- und Versorgungsformen findet.

Herzlich
Ihre Monika Konitzer



NVL Leitlinie Depression – zentrale Empfehlungen

Die Nationale Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ ist die erste Nationale Versorgungsleitlinie für eine psychische Erkrankung. Dies unterstreicht die gestiegene Bedeutung von psychischen Erkrankungen insgesamt und der depressiven Störungen im Besonderen für die Gesundheitsversorgung in Deutschland.

Depression

Depressionen definiert die NVL als psychische Störungen, die durch einen Zustand deutlich gedrückter Stimmung, Interessenlosigkeit und Antriebsminderung über einen längeren Zeitraum gekennzeichnet sind. Damit verbunden treten häufig verschiedenste körperliche Beschwerden auf. Depressive Menschen sind durch ihre Erkrankung meist in ihrer gesamten Lebensführung beeinträchtigt. Es gelingt ihnen nicht oder nur schwer, alltägliche Aufgaben zu bewältigen, sie leiden unter starken Selbstzweifeln, Konzentrationsstörungen und Grübelneigung. Depressionen gehen wie kaum eine andere Erkrankung mit hohem Leidensdruck einher, da diese Erkrankung in zentraler Weise das Wohlbefinden und das Selbstwertgefühl von Patienten beeinträchtigt.

Diagnostik

Im Bereich der Diagnostik hebt die Leitlinie den Nutzen eines Screenings zur Früherkennung von depressiven Störungen hervor; dies gilt allerdings nur bei Hochrisikogruppen. Da depressive Patienten nur selten spontan über typische depressive Kernsymptome berichten, sollen depressive Symptome aktiv exploriert werden. In der hausärztlichen Versorgung bietet sich als Screeninginstrument bei Risikogruppen insbesondere der „Zwei-Fragen-Test“ an:

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?

Werden beide Fragen bejaht, sollten alle diagnoserelevanten Haupt- und Nebensymptome durch eine fundierte Befragung des Patienten erhoben werden.

Was ist eine behandlungsbedürftige Depression

Nicht jede düstere Stimmung ist eine Depression. Jeder Mensch kennt Gefühle der Trauer und der Niedergeschlagenheit, jeder erlebt Tage, an denen er kraftlos und ohne Energie ist. Diese Gefühle gehören zum Leben. Sie signalisieren uns, wie es uns augenblicklich geht, aber – und das ist der entscheidende Unterschied – sie prägen nicht wochenlang das Erleben des Alltags, sondern sie wechseln sich mit anderen Gefühlen ab. Normal ist, wenn fröhliche, gereizte, nachdenkliche, gedrückte oder ausgelassene Stimmungen aufeinander folgen.

Der Verlust eines nahen und geliebten Menschen löst häufig eine tiefe und langanhaltende Trauer aus, die ein ganzes Jahr andauern kann. Auch ein solches seelisches Tief, für das es eine erkennbare Ursache gibt, ist keine Depression, die behandelt werden muss. Es ist absehbar, dass diese Phase der Trauer und Niedergeschlagenheit wieder von alleine endet. Auch wenn solche Verlustschmerzen sehr intensiv erlebt werden und das Leben eine Zeit lang prägen, sind sie grundsätzlich eine normale Reaktion und nicht eine depressive Erkrankung.

Traurigkeit und Niedergeschlagenheit können eine Depression sein, wenn sie wochen- und monatelang anhalten. Ein Mensch kann depressiv erkrankt sein, wenn er über mindestens zwei Wochen aus seiner düsteren Stimmung nicht mehr herauskommt. Dabei kann sich eine Depression sehr unterschiedlich äußern, sie hat vielfältige Gesichter. Fachleute unterscheiden deshalb mehrere Arten von depressiven Symptomen. Deshalb unterhält sich ein Psychotherapeut anfangs sehr eingehend mit seinen Patienten, um herauszufinden, welche Symptome der Niedergeschlagenheit vorliegen und ob eine Behandlung notwendig ist. Ein Mensch kann depressiv erkrankt sein, wenn bei ihm zwei von drei der

folgenden Symptome länger als zwei Wochen auftreten:

- depressive Stimmung über fast die ganze Zeit des Tages,
- Interessenverlust oder Freudlosigkeit,
- verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit.

Diese Symptome alleine reichen aber noch nicht aus, um eine Depression zu diagnostizieren. Mindestens zwei der folgenden Symptome müssen ebenfalls vorliegen:

- verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit,
- vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen,
- Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit,
- negative und pessimistische Zukunftsperspektiven,
- Suizidgedanken,
- Schlafstörungen,
- verminderter Appetit.

In manchen Fällen können aber auch Angst, Gequältsein und motorische Unruhe mehr im Vordergrund stehen als die Depression. Die Stimmungsänderung kann durch zusätzliche Symptome, wie Reizbarkeit, exzessiven Alkoholkonsum oder starkes Grübeln, verdeckt sein. Depressiv erkrankte Menschen sind außerdem in ihren sozialen und beruflichen Alltagsaktivitäten häufig stark beeinträchtigt. Sie schaffen es beispielsweise nicht, morgens aufzustehen und zur Arbeit zu gehen. Eine Behandlung ist sinnvoll, wenn der Erkrankte zwar seinen Alltag noch meistert, aber stark unter den depressiven Symptomen leidet und seine Situation als unerträglich erlebt.

Patientenbeteiligung

Die NVL setzt neue Maßstäbe bei der Beteiligung von Patienten und Angehörigen an den Entscheidungen einer Depressionsbehandlung. Die Leitlinie betont, dass Patienten mit depressiven Störungen Anspruch auf eine umfassende Information über ihre Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeit haben. Hierzu sollten auch psychoedukative Angebote vorgehalten werden. Die NVL spricht sich für eine partizipative Entscheidungsfindung aus und betont, dass dem Patienten je nach Indikation bestimmte Behandlungsoptionen angeboten werden sollen. Ferner sollen Patienten und Angehörige über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme motiviert werden.

Therapie

Bei einer leichten depressiven Episode und günstiger Prognose empfiehlt die NVL zunächst eine aktiv-abwartende Begleitung des Patienten. Erst wenn die Symptomatik bei erneuter Prüfung nach zwei Wochen unvermindert anhält oder sich verschlechtert hat, soll zusammen mit dem Patienten über den Beginn einer spezifischen Therapie entschieden werden. Unabhängig von der gewählten Therapie befürwortet die NVL eine regelmäßige Wirkungsprüfung und ein Therapiemonitoring.

Die grundlegenden Therapieempfehlungen der NVL richten sich insbesondere nach Schweregrad, Verlauf und Komorbidität:

- Bei akuten leichten depressiven Episoden wird eine alleinige Psychotherapie als Behandlungsmethode der Wahl empfohlen.
- Bei akuten mittelschweren depressiven Episoden soll eine alleinige Psychotherapie oder alternativ eine Pharmakotherapie als gleichwertige Behandlungsoptionen erwogen werden.
- Bei akuten schweren Depressionen soll eine Kombinationsbehandlung aus medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden.
- Bei Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression sollen Patienten darüber informiert werden, dass eine Kombinations-

behandlung aus Pharmako- und Psychotherapie wirksamer ist als eine alleinige Psycho- oder Pharmakotherapie.

- Bei therapieresistenter Depression (keine Besserung auf mindestens zwei unterschiedliche Antidepressiva aus verschiedenen Wirkstoffklassen) sollte den Patienten eine angemessene Psychotherapie angeboten werden.

Psychotherapie hat im Vergleich zur Pharmakotherapie über die Behandlungsphase hinaus eine länger anhaltende Wirkung. Dabei empfiehlt die NVL weder ein spezifisches Psychotherapieverfahren noch ein bestimmtes Antidepressivum. Die Leitlinie formuliert allerdings Auswahlkriterien für die verschiedenen Antidepressiva. Auch für die einzelnen Psychotherapieverfahren und -methoden finden sich Informationen über die jeweiligen empirischen Evidenzen.

Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe

Therapieerfolge einer medikamentösen und/oder psychotherapeutischen Akutbehandlung können durch eine Fortführung der psychotherapeutischen Behandlung entscheidend stabilisiert werden. Patienten soll daher eine psychotherapeutische Erhaltungstherapie angeboten werden. Im Falle einer medikamentösen Therapie in der Akutbehandlung soll das jeweilige Antidepressivum zur Verminderung des Rückfallrisikos mindestens vier bis neun Monate über das Ende der depressiven Episode hinaus eingenommen werden.

Bei Patienten mit einem deutlich erhöhten Rezidivrisiko soll i. d. R. die Kombinationsbehandlung fortgeführt werden. Patienten mit zwei oder mehr depressiven Episoden und erheblichen funktionellen Einschränkungen soll eine längerfristige stabilisierende Psychotherapie angeboten werden, wenn möglich als Teil einer Kombinationsbehandlung. Im Falle einer medikamentösen Therapie sollten Patienten mit hohem Rezidivrisiko angehalten werden, das Antidepressivum über mindestens zwei Jahre zur Langzeitprophylaxe einzunehmen.

Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren

Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren empfiehlt die NVL nur

bei einem eng umgrenzten Indikationsbereich. Die Leitlinie empfiehlt, dass bei schweren, therapieresistenten depressiven Episoden eine elektrokonvulsive Therapie (EKT) erwogen werden soll. Wegen einer hohen Rückfallrate soll sich dieser Behandlung eine Erhaltungstherapie anschließen.

Die Schlafentzugstherapie bzw. Wachttherapie sollte erwogen werden, wenn eine rasche, allerdings kurz anhaltende Therapiewirkung gewünscht wird oder eine andere leitliniengerechte Behandlung ergänzt werden soll. Die Indikation einer Lichttherapie wiederum beschränkt sich auf leichte bis mittelgradige Episoden rezidivierender depressiver Störungen mit saisonalem Muster. Schließlich empfiehlt die Leitlinie aus klinischer Erfahrung heraus ein körperliches Training zur Verbesserung des Wohlbefindens und zur Linderung depressiver Symptome, unabhängig vom Schweregrad der depressiven Störung.

Komorbidität

Andere psychische Störungen oder somatische Erkrankungen, die zusammen mit depressiven Erkrankungen auftreten, können eine erfolgreiche Behandlung der Depression erschweren. Angst- und Zwangsstörungen zählen zu den häufigsten komorbiden psychischen Störungen und führen zu einer schlechteren Wirksamkeit der antidepressiven Therapie. Dennoch sind unter diesen Bedingungen sowohl die Psychotherapie als auch die Pharmakotherapie wirksame Behandlungsverfahren. Ähnlich stellt sich die Situation bei einer komorbiden Alkoholabhängigkeit oder Persönlichkeitsstörung dar.

Bei einer koronaren Herzerkrankung kann bislang noch keine eindeutige Empfehlung für eine psychotherapeutische Behandlung ausgesprochen werden. Bei Herzkranken mit einer mittleren bis schweren depressiven Erkrankung empfiehlt die Leitlinie eine Pharmakotherapie vorzugsweise mit Sertralin oder Citalopram, jedoch nicht mit trizyklischen Antidepressiva.

Diabetiker mit einer depressiven Erkrankung sollte eine Psychotherapie angeboten werden. Ist eine Pharmakotherapie vorgesehen, empfiehlt die Leitlinie eine Behandlung mit SSRI.



Depression – Die Versorgung im ambulanten Bereich

Depressive Störungen sind die häufigste psychische Erkrankung in der ambulanten Versorgung.

Nach Daten der GEK aus der ambulanten Versorgung erkranken ca. neun Prozent der Bevölkerung innerhalb eines Jahres depressiv (F32, F33). Auch epidemiologische Studien beziffern für Deutschland den Anteil von Patienten mit der Depressionsdiagnose (Major Depression) innerhalb eines Jahres auf 8,3 Prozent (Jacobi et al. 2004). Dabei zeigen Studien, dass schwer depressive Patienten kaum häufiger zum Psychotherapeuten oder Psychiater gehen als leicht depressive.

Nach den Daten des Bundesgesundheits-surveys nehmen 18 Prozent der erwachsenen Patienten mit einer depressiven Störung einen Psychiater oder Nervenarzt in Anspruch und elf Prozent einen Psychotherapeuten. Dagegen erhöht sich die Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei Patienten, die an einer „Double Depression“ erkrankt sind auf 31 bzw. 18 Prozent. Eine Double Depression ist eine Major Depression, die sich während einer Dysthymie entwickelt hat. Dysthymie ist

eine etwas weniger stark ausgeprägte, aber chronische Variante der Depression, die mindestens zwei Jahre lang dauert.

Zu wenig Psychotherapie

Nur sechs Prozent der depressiven Patienten erhalten nach GEK-Analysen eine Psychotherapie (Männer: 6,2 Prozent, Frauen: 6,4 Prozent). Dieser Anteil erhöht sich bei Patienten im mittleren Alter (18 bis 50 Jahre) auf durchschnittlich zehn Prozent. Dramatisch schlecht versorgt sind ältere Menschen. Weniger als zwei Prozent der über 60jährigen mit einer depressiven Erkrankung erhalten noch eine Psychotherapie. Mit dem Alter nimmt die Behandlungsrate immer weiter ab und dies, obwohl ältere Menschen deutlich häufiger depressiv erkranken als jüngere.

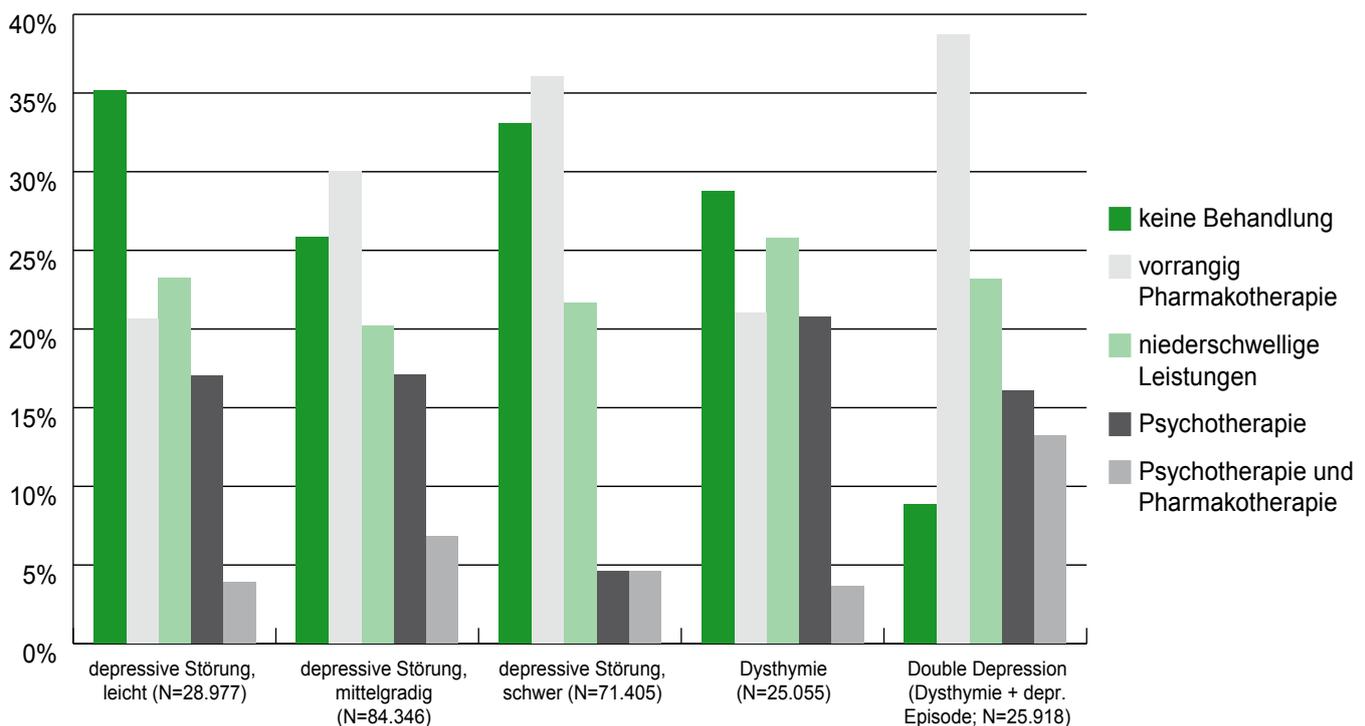
Die mangelhafte Versorgung von depressiven Patienten mit Psychotherapie entspricht nicht dem aktuellen Behandlungsstandard. Die Nationale Versorgungsleitlinie für Depression empfiehlt für akute leichte depressive Störungen Psychotherapie, bei mittelgradigen depressiven Störungen Psychotherapie

oder Pharmakotherapie. Dabei sind in der Akutbehandlung beide als gleichwertige Behandlungsalternativen zu betrachten. Bei schweren depressiven Störungen, Dysthymie oder chronischer Depression wird eine Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und Pharmakotherapie empfohlen (siehe Seite 2).

Nicht leitliniengerecht

Aktuelle Versorgungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns belegen ein erhebliches Maß an Unter- und Fehlversorgung in der Behandlung depressiver Störungen. Fast jeder dritte Patient wird gar nicht behandelt. Findet eine Behandlung statt, dann spielen der Schweregrad und die Chronizität der Erkrankung kaum eine Rolle (Abbildung 1). Bei leichten Störungen kommen viel zu häufig Psychopharmaka zum Einsatz. Nur fünf Prozent der schwer depressiven Patienten erhalten eine fachgerechte Kombinationstherapie aus Psycho- und Pharmakotherapie. Lediglich bei Patienten mit einer Double Depression ist eine deutlich höhere Rate an Kombinationsbehandlungen erkennbar, so wie es die Leitlinie empfiehlt.

Abbildung 1: Leistungen bei Depressionen/Störungen nach Schweregrad und Chronizität



Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, 2007

Ambulante Gruppenpsychotherapie ausbauen

Patienten bekommen in der ambulanten Versorgung kaum Psychotherapie in Gruppen angeboten. Dr. Wolfgang Groeger und Hermann Schürmann, Vorstandsmitglieder der Psychotherapeutenkammer NRW, diskutieren Möglichkeiten, die Vorteile der Gruppenpsychotherapie in der Versorgung besser zu nutzen.



Dr. Wolfgang Groeger

Ist Gruppenpsychotherapie zur Behandlung von Depression sinnvoll?

Schürmann: Im stationären Bereich ist Gruppentherapie bereits eine weitverbreitete Behandlungsform, bei akuten ebenso wie bei chronischen Depressionen, allein oder in Kombination mit Einzeltherapie. Früher oder später im Therapieprozess ist Gruppentherapie bei nahezu allen depressiven Patienten angebracht.

Welche Vorteile bietet die Gruppenpsychotherapie depressiven Patienten?

Groeger: In jeder Gruppentherapie werden zusätzliche Wirkfaktoren wirksam, die es in der Einzeltherapie so nicht gibt. Der Patient hat es hier eben nicht nur mit einem Therapeuten zu tun, sondern zusätzlich mit anderen Patienten, mit denen er Gemeinsamkeiten entdecken und teilen kann, von denen er „am Modell“ lernen und denen er auch selber Modell sein kann, mit denen er bei der Erarbeitung von Problemlösungen und Änderungsschritten kooperieren kann, Zusammenhalt und Unterstützung erfahren kann.

Schürmann: Für depressive Patienten

sind das alles ganz besonders wichtige Erfahrungen, weil sie sich in der Depression zurückziehen und sich in ihren depressiven Grübeleien verlieren. In der Gruppe können sie hautnah erleben, welche Konflikte ihnen besondere Schwierigkeiten machen, die Depressionen verstärken.

Warum wird in der ambulanten Versorgung kaum Gruppentherapie durchgeführt?

Schürmann: Im stationären Bereich gehören Gruppenangebote zum Standard. Dabei haben die Therapeuten alle Freiheiten, Gruppentherapie und Einzeltherapie nach den Erfordernissen der Patienten und des Behandlungsprozesses zu gestalten.

Groeger: Im ambulanten Bereich ist das Gegenteil der Fall: Standard ist die Einzeltherapie, jede Therapie muss einzeln beantragt und begründet werden, jeder Patient wird einzeln einbestellt und der Therapeut stellt sich nur auf ihn und seine Therapie ein, der Blick auf alle seine Patienten ist unter diesen Bedingungen fremd. In der Einzelpraxis fehlt es z.B. oft an ausreichend großen und eingerichteten Gruppenräumen, die sich ja amortisieren müssen, und an der Möglichkeit, Gruppen zu zweit, mit einem Kotherapeuten durchzuführen.

Sind die Regelungen zur Gruppenpsychotherapie in der Psychotherapie-Richtlinie noch zeitgemäß oder gar evidenzbasiert?

Groeger: Für die Verhaltenstherapie sind die derzeitigen Regelungen alles andere als zeitgemäß oder evidenzbasiert. Als Beispiel sei auf das Gruppenkonzept für die ambulante Therapie akuter Depressionen des Kompetenznetzes Depression von Hautzinger & Kischkel verwiesen, das wissenschaftlich evaluiert ist, von Patienten gut angenommen wird und ähnlich wirksam ist wie das Medikament Sertralin, aber im Rahmen der GKV-Versorgung nur in Kombination mit (im Konzept nicht vorgesehener) Einzeltherapie beantragt werden kann.

Schürmann: Auch bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie sollte die Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie möglich sein, wenn dies im Antrag begründet wird. Die Erfahrungen im stationären Bereich zeigen, dass sich beide Settings gegenseitig befruchten können.

Wie ließe sich die ambulante Gruppenpsychotherapie stärken?

Groeger: Was die Situation grundsätzlich verändern würde, wäre eine ähnliche Regelung wie bei der „begleitenden Behandlung von Bezugspersonen“. Dort kann nach im Schnitt jeder vierten Einzeltherapiesitzung eine Sitzung mit den Bezugspersonen erbracht werden, zusätzlich zu dem bewilligten Stundenkontingent. Wird das nicht gebraucht, wird es auch nicht in Anspruch genommen. Ein besonderer Antrags- und Begründungsaufwand entfällt.

Gruppentherapie wäre so eine Option, die in jeder Behandlung immer präsent ist. Zusätzlich müsste es möglich sein, Gruppentherapie ohne allzu großen Aufwand allein, also ohne Kombination mit Einzeltherapie zu beantragen. Für die Verhaltenstherapie mit ihren strukturierten Gruppenkonzepten wäre es sachgerecht, für die acht Teilnehmer ein- und derselben Gruppe nur einen Antrag schreiben zu müssen. Schließlich muss das Honorar für die Gruppentherapie so erhöht werden, dass eine Gruppe auch von zwei Therapeuten durchgeführt werden kann und dass sich die Kosten für einen Gruppenraum in der Praxis amortisieren.

Schürmann: Wichtig ist, dass der Antragsaufwand reduziert und die Bezahlung von der Anzahl der teilnehmenden Patienten entkoppelt wird. Außerdem sollten Erfahrungen mit Gruppenpsychotherapie selbstverständlicher Teil der Ausbildung sein.



Hermann Schürmann



Depression – Die Versorgung im stationären Bereich

Menschen mit depressiven Erkrankungen können sich ambulant in einer Praxis oder stationär in einem Krankenhaus behandeln lassen. In Deutschland stehen für erwachsene Patienten rund 70.000 stationäre Behandlungsplätze zur Verfügung in:

- Krankenhäusern für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Krankenhäusern für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit dieser Bezeichnung sowie
- Psychosomatischen Rehabilitationskliniken.

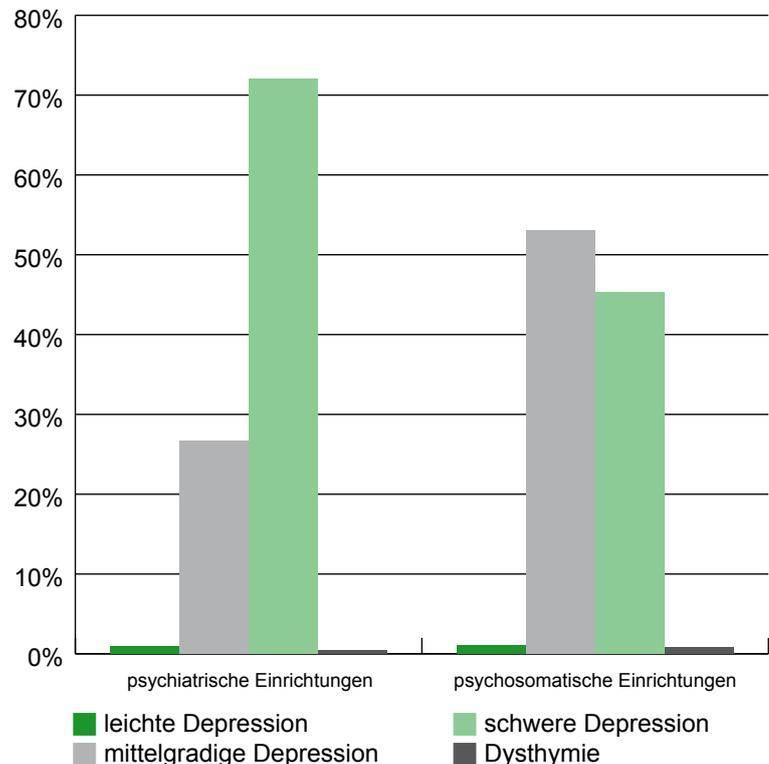
Die meisten stationären Behandlungsplätze finden sich in der Psychiatrie. Sie verfügte im Jahr 2008 über rund 53.000 Betten. Die Zahl der Behandlungsplätze in der psychosomatischen Medizin war wesentlich geringer. Sie verfügte nur über gut 6.000 Betten. Außerdem existieren in Deutschland etwa 12.500 Betten in der psychosomatischen Rehabilitation.

Alle stationären Einrichtungen arbeiten mit multimodalen Behandlungskonzepten, zu denen Psychotherapie, Sozialtherapie, Ergotherapie, Kunst- und Gestaltungstherapie, Physiotherapie, Sport-/Bewegungstherapie sowie Pharmakotherapie gehören können. Einige Krankenhäuser haben auch depressionsspezifische psychotherapeutische Behandlungsprogramme, die entweder auf speziellen Stationen oder stationsübergreifend angeboten werden. Bei der stationären Behandlung arbeiten verschiedene Berufsgruppen, insbesondere Ärzte, Psychotherapeuten, Psychologen, Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeuten) und das Pflegepersonal, eng in einem Team zusammen.

Während der Schwerpunkt der Behandlung in der Psychiatrie meist auf der Pharmakotherapie liegt, bietet die Psychosomatik insbesondere psychotherapeutische Behandlungsangebote. Deshalb empfiehlt die Nationale Versorgungsleitlinie die Behandlung in einer psychotherapeutisch-psychosomatischen Klinik, wenn stationär vorrangig eine Psychotherapie erfolgen soll.

Rund vier Prozent der Menschen mit der Diagnose einer Depression wurden im Jahr 2008 stationär behandelt. Sieben von acht depressiv erkrankten Patienten erhielten ihre Behandlung in der Psychiatrie (87 Prozent). Dort dauerte

Abbildung 2: Anteile (in Prozent) der unterschiedlichen Depressionsdiagnosen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen (N=175 196)



Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik für das Jahr 2008

die durchschnittliche Behandlung fast fünf Wochen (34,3 Tage). In der Psychosomatik waren es mehr als sechs Wochen (43,1 Tage). Die Ursachen für die unterschiedlichen Behandlungszeiten sind unklar. Mögliche Faktoren, die einen Einfluss haben könnten, sind die abweichenden Behandlungskonzepte, aber auch unterschiedliche Patientenmerkmale. So berichten psychiatrische Kliniken mit Aufnahmeverpflichtung oft über eine Konzentration von chronisch kranken Menschen.

Die Daten des Statistischen Bundesamtes zeigen, dass Menschen mit schweren Depressionen häufiger in einem psychiatrischen Krankenhaus behandelt werden. Im Jahr 2008 erhielten fast drei Viertel (72 Prozent) der depressiven Patienten, die in der Psychiatrie behandelt wurden, die Diagnose einer schweren Depression, in psychosomatischen Einrichtungen hingegen nur etwa die Hälfte (45 Prozent).

Die Datengrundlage über Ausmaß und Umfang von psychotherapeutischen sowie anderen Behandlungsmaß-

nahmen in der stationären Versorgung ist zurzeit noch sehr begrenzt. Es gibt aktuell – weder für Patienten noch für Kostenträger – Transparenz über die Versorgung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen. Die psychosomatischen Rehabilitationskliniken sind hiervon ausgenommen, da diese in das Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung eingebunden sind. Aussagen dazu, inwieweit sich die Krankenhausbehandlung depressiver Störungen an den Empfehlungen der Nationalen Versorgungsleitlinie orientiert, sind deshalb letztlich nicht möglich. Dies wären aber wichtige Informationen für Patienten, die sich im Krankheitsfall entscheiden müssen, in welchem Krankenhaus sie sich behandeln lassen. Mit der Einführung eines neuen pauschalierenden Entgeltsystems in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen und der damit verbundenen Einführung einer Leistungsdokumentation besteht jedoch die Chance, diese Informationen in Zukunft – beispielsweise in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser – sichtbar zu machen.

Depressionen immer noch Tabu – Birgit Fischer

Frau Fischer, wie häufig sind depressive Störungen bei BARMER GEK Versicherten?

Depressionen machen einen wesentlichen Teil der psychischen Erkrankungen aus. Bei knapp 600.000 Versicherten der BARMER GEK wurden Depressionen bzw. depressive Störungen diagnostiziert, die mindestens ein halbes Jahr angehalten haben. Innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherungen sind über vier Millionen Versicherte betroffen. Die Zahl der psychisch erkrankten Arbeitnehmer erhöhte sich bei der BARMER zwischen 2003 und 2008 um 50 Prozent, ihr Anteil an den Fehlzeiten am Arbeitsplatz ist von elf auf 17 Prozent gestiegen. Damit sind psychische Erkrankungen mittlerweile auf Platz 2 der arbeitsbedingten Erkrankungen vorgerückt.

Welche Versorgungsdefizite sehen Sie?

Trotz steigender Medienpräsenz sind Depressionen immer noch Tabuthema. Es fehlen verständliche und evidenzbasierte Patientinformationen, die eine partizipative Entscheidungsfindung unterstützen. Auch die Zusammen-

arbeit von Hausärzten, Fachärzten und Kliniken ist verbesserungsfähig. Gerade bei der Behandlung von Depressionen müssen Hausärzte ihrer Lotsenfunktion gerecht werden und die Kooperation mit der Facharzteebene, dem stationären Sektor und weiteren Leistungserbringern wie den Psychotherapeuten forcieren. Weitere Herausforderungen sind das West-Ost- und Stadt-Land-Gefälle der Psychotherapeutenversorgung. Insbesondere in ländlichen Gebieten ist mit längeren Wartezeiten auf Therapieplätze zu rechnen.

Was planen Sie, um die Versorgung Ihrer Versicherten zu verbessern?

Generell wollen wir den Krankheits- und Behandlungsverlauf durch abgestimmte Diagnose- und Behandlungsprozesse verbessern. Unser Ziel ist klar: Der Patient muss sensibel angesprochen und sektorenübergreifend begleitet werden. Dabei suchen wir die intensive Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern. Ein weiterer Schwerpunkt ist die intensive Aufklärung und Information unserer Versicherten und ihrer Angehörigen.



Birgit Fischer
Vorstandsvorsitzende der BARMER GEK

Bietet die NVL Depression dafür eine Orientierung?

Ein sektorenübergreifendes, ambulant-stationäres Behandlungskonzept für depressive Erkrankungen muss wissenschaftlich fundiert und versorgungssystemspezifisch abgestimmt sein. Hier stellt die NVL für alle Akteure eine solide Basis dar. Für die BARMER GEK ist sie eine unabdingbare Grundlage zur Vereinbarung von Selektivverträgen.

Selbsthilfepotenzial besser nutzen – Dr. W. Strunz

Welche Defizite sehen Sie in der Versorgung depressiver Patienten?

Die Ergebnisse einer weltweit durchgeführten WHO-Untersuchung zur Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen belegen, dass 8,6 % der Patienten in Allgemeinarztpraxen unter Depressionen leiden, die durch rezidivierende und chronifizierende Verläufe zu einem hohen Grad an psychosozialer Beeinträchtigung (28,2 %) führen. Versorgungsprobleme gibt es nach meiner Information für Menschen mit einer schweren und chronischen Depression. Es scheint so zu sein, dass die Problematik häufig unterschätzt wird bzw. Ärzte und Psychotherapeuten unzureichend vergütet werden, um sich umfassend und langfristig dem betroffenen Patienten / der Patientin widmen zu können.

Welche neuen Perspektiven bietet die NVL Depression?

Hervorzuheben ist bei der NVL Depression m.E., dass die Leitlinie auch mit Betroffenenorganisationen erarbeitet worden ist, u.a. die Notwendigkeit einer

Versorgungskoordination betont und durch eine systematische Herangehensweise bei der Diagnostik und der Abwägung der Behandlungsmethoden gekennzeichnet ist.

Welchen Beitrag kann die Selbsthilfe leisten?

Das Selbsthilfepotenzial zur Bewältigung von Depression hat m.E. bislang zu wenig im Fokus der professionellen Therapeuten gestanden. Die LAG SELBSTHILFE NRW untersucht zurzeit in einem von den beiden AOKen Rheinland-Hamburg und Westfalen-Lippe geförderten Projekt, wo genau der Gewinn der Mitwirkung von Betroffenen in einer Selbsthilfe-Gruppe liegt.

Was erwarten Sie hierbei von Psychotherapeuten?

Selbsthilfegruppen sind keine Konkurrenz zu bestehenden professionellen Angeboten und können diese nicht ersetzen. Wünschenswert wäre eine größere Offenheit gegenüber der Selbsthilfe insgesamt, weil diese auf der Basis des Prinzips der gegensei-



Dr. Willibert Strunz ist Geschäftsführer der LAG SELBSTHILFE NRW

tigen Hilfe gerade im Bereich der Nachsorge ihren besonderen Stellenwert hat. Vielfach wird auch die Einbeziehung von Betroffenen in die ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Qualitätszirkel gewünscht.



Zahlen & Fakten: Depression

Jedes Jahr erkranken ein bis zwei Prozent der Deutschen erstmals an einer Depression.

Insgesamt sind in einem Jahr durchschnittlich 8,3 Prozent der Bevölkerung depressiv krank. Das sind ca. vier Millionen Menschen. Hinzu kommen Dysthymien (4,4 Prozent), eine etwas weniger stark ausgeprägte, aber chronische Variante der Depression, die mindestens zwei Jahre lang dauert. Eher selten sind Depressionen im Rahmen bipolarer Störungen (0,8 Prozent), bei denen auch manische Phasen mit Symptomen von übermäßigem Aktivitätsdrang oder unangemessen euphorischer oder gereizter Stimmung auftreten. Insgesamt leidet mehr als jeder achte Deutsche pro Jahr an einer affektiven Erkrankung. Das Risiko, einmal im Leben an einer Depression zu erkranken, beträgt in Deutschland, in den USA und in Europa 16 bis 20 Prozent.

Depressionen treten meist wiederholt und in Phasen auf; Experten sprechen von „depressiven Episoden“.

Unbehandelt dauert eine depressive Episode durchschnittlich ca. sechs bis acht Monate. Über die Hälfte der Patienten entwickeln nach einer ersten depressiven Episode später eine weitere. Nach zwei Episoden erhöht sich das Rückfallrisiko auf 70 Prozent, nach drei Episoden auf 90 Prozent.

Depressionen treten in jedem Lebensalter auf.

Nach neueren Erkenntnissen ist ein beträchtlicher Teil der Menschen bereits in der Kindheit oder Adoleszenz erkrankt. Frauen erkranken doppelt so häufig an einer Depression wie Männer. Dabei leiden deutlich mehr Frauen an Dysthymien. Bei bipolaren Erkrankungen ist das Geschlechterverhältnis ungefähr 1:1. Getrennt lebende, geschiedene und verwitwete Menschen erkranken ebenfalls doppelt so häufig an einer Depression wie verheiratete, ebenso Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status.

Über 60 Prozent der depressiv erkrankten Menschen leiden noch an einer weiteren psychischen Erkrankung.

Besonders häufig sind Angst- oder Suchterkrankungen. Chronische somatische Erkrankungen können Depressionen auslösen, Depressionen können aber auch körperliche Erkrankungen nach sich ziehen. Depressionen treten häufig auf bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Tumorerkrankungen, Migräne, Asthma, Allergien, Magengeschwüren, Diabetes mellitus, Infektionserkrankungen sowie hirnorganischen oder neurologischen Erkrankungen. Menschen, die nach einem Herzinfarkt an einer Depression erkranken, haben ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko.

Die Suizidrate ist bei depressiv erkrankten Menschen im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung deutlich erhöht.

Während die Suizidrate in der Durchschnittsbevölkerung unter 0,5 Prozent liegt, sterben durch Suizid 2,2 Prozent der depressiven Patienten, die ambulant, und vier Prozent, die stationär behandelt wurden. Fast jeder zwölfte depressive Patient, der aufgrund von Suizidversuchen oder -gedanken in stationärer Behandlung war, stirbt durch Suizid.

Depressionen gehören zu den vier Krankheiten, die die Lebensqualität am stärksten beeinträchtigen.

Depressionen sind nicht nur mit erheblichem Leid für den Betroffenen, sondern auch mit Einschränkungen der beruflichen Funktionsfähigkeit verbunden. Sie verursachen hohe volkswirtschaftliche Kosten, weil sie behandelt werden müssen (direkte Kosten), aber auch, weil sie zu Arbeitsunfähigkeit (Lohnfortzahlung und Krankengeld) und Frühberentungen (indirekte Kosten) führen. Im Jahr 2008 gingen 12,7 Prozent aller Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit auf affektive Erkrankungen zurück. Sie sind damit die häufigste Erkrankungsgruppe bei Erwerbsunfähigkeits- und Erwerbsminderungsrenten.

Depressionen sind die häufigste psychische Ursache von Krankenschreibungen.

Etwa vier Prozent aller Fehltage gingen 2008 auf Depressionen zurück.

Die durchschnittliche Länge einer Krankschreibung aufgrund einer Depression dauerte zwischen 35 und 50 Tagen. Psychische Erkrankungen traten häufiger bei Angestellten im Dienstleistungssektor auf als bei Arbeitern im Bausektor oder aus der Land- und Forstwirtschaft.

Über die Hälfte der depressiven Patienten im ambulanten Bereich (53 Prozent) befinden sich ausschließlich in hausärztlicher Behandlung.

Sie erhalten entweder keine spezifische Behandlung oder eine ausschließlich medikamentöse Behandlung. Sieben Prozent waren in ausschließlich psychotherapeutischer Behandlung, vier Prozent in hausärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung. Von den Patienten mit einer schweren depressiven Episode erhielten nur fünf Prozent eine Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie, wie sie in der Nationalen Versorgungsleitlinie empfohlen wird.

In der primärärztlichen Versorgung wird nur in etwa die Hälfte der Menschen mit einer Depression erkannt und diagnostisch korrekt zugeordnet.

Mit steigendem Schweregrad der Depression nimmt die Erkennensrate zu. Bis zu 80 Prozent der schweren Depressionen werden korrekt identifiziert.

Impressum

PTK-Newsletter NRW

Herausgeber:
Kammer für Psychologische
Psychotherapeuten und Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeuten
Nordrhein-Westfalen

Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf

Tel. 02 11 / 52 28 47 - 0
Fax 02 11 / 52 28 47 - 15

E-Mail: info@ptk-nrw.de
Internet: www.ptk-nrw.de