

GVG

ABSCHLUSSBERICHT UND RECHERCHE
ZUM EVALUATIONSKONZEPT DES GESUNDHEITS-
ZIELS „DEPRESSIVE ERKRANKUNGEN: VERHINDERN,
FRÜH ERKENNEN, NACHHALTIG BEHANDELN“

Abschlussbericht und Recherche zum Evaluationskonzept des Gesundheitsziels „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“

Berlin: GVG 2019

Das Werk ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung ist ohne Zustimmung der Herausgeberin unzulässig.
Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen,
Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung in und Verarbeitung
durch elektronische Systeme.

© 2019 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V. (GVG)
Reinhardtstraße 34, 10117 Berlin

Layout, Satz
Isabel Kurtenbach, [www.dk-copiloten](http://www.dk-copiloten.com), Köln

Druck
Druckhaus Süd GmbH, Köln

Printed in Germany
ISBN 978-3-939260-17-2

GVG

ABSCHLUSSBERICHT UND RECHERCHE
ZUM EVALUATIONSKONZEPT DES GESUNDHEITS-
ZIELS „DEPRESSIVE ERKRANKUNGEN: VERHINDERN,
FRÜH ERKENNEN, NACHHALTIG BEHANDELN“

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V. (GVG) (Hrsg.)

AUTOR/INNEN:

PD Dr. Rüya-Daniela Kocalevent,
Dr. Erika Goez-Erdmann,
Prof. Dr. Dr. Martin Härter

MITGLIEDER DER ARBEITSGRUPPE

Dr. Erika Goez-Erdmann, Bundesverband der Vertragspsycho-
therapeuten e.V., Witten
(Vorsitz)

Sigrid Hinteregger, Gesellschaft für Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V., Berlin
(Organisation)

Dr. Walter Dresch, Deutscher Hausärzteverband e.V., Köln

Timo Harfst, Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Berlin

Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
(UKE), Hamburg

Prof. Dr. Ulrich Hegerl, Universitätsklinikum Leipzig, Leipzig

PD Dr. Rüya-Daniela Kocalevent, Universitätsklinikum Hamburg-
Eppendorf (UKE), Hamburg

Prof. Dr. Michael Linden, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin

Prof. Dr. Ursula Luka-Krausgrill, Johannes Gutenberg-Universität Mainz,
Mainz

Sibylle Malinke, Verband der Ersatzkassen e.V., Berlin

Jürgen Matzat, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.,
Gießen

Karl Heinz Möhrmann, Bundesverband der Angehörigen psychisch
Kranker e.V., Bonn

Melany Richter, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes NRW, Düsseldorf

PD Dr. Christiane Roick, AOK-Bundesverband GbR, Berlin

Dr. Justina Rozeboom, Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft
der deutschen Ärztekammern), Berlin

PD Dr. Christine Rummel-Kluge, Stiftung Deutsche Depressionshilfe,
Leipzig

Prof. Dr. Henning Schauenburg, Klinik für Psychosomatische und
Allgemeine Klinische Medizin der Universität Heidelberg, Heidelberg

Dr. Christina Schilling, Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR,
Berlin

Dr. Thomas Stracke, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bonn

Prof. Dr. Heinz Weiß, Sigmund-Freud-Institut, Frankfurt a.M.

INHALT

1	ZIELSETZUNG UND METHODIK	12
1.1	Hintergrund	12
1.2	Arbeitsschritte	14
1.3	Methodik der vorliegenden Expertise	15
1.4	Beurteilung der Qualität der Datenquellen im Hinblick auf Messbarkeit	16
2	PRÜFUNG EVALUATIONSKONZEPT	22
2.1	Aufklärung	22
2.1.1	Startermaßnahmen und Erfolgskriterien	22
2.1.2	Aktueller Stand der Datenquellen	23
2.1.3	Qualität der Daten im Hinblick auf eine Quantifizierung des Ziels bzw. der Zielerreichung	31
2.1.4	Sicht der Arbeitsgruppe	31
2.2	Prävention	32
2.2.1	Startermaßnahmen und Erfolgskriterien	32
2.2.2	Aktueller Stand der Datenquellen	33
2.2.3	Qualität der Daten im Hinblick auf eine Quantifizierung des Ziels bzw. der Zielerreichung	39
2.2.4	Sicht der Arbeitsgruppe	40
2.3	Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie	40
2.3.1	Startermaßnahmen und Erfolgsindikatoren	41
2.3.2	Aktueller Stand der Datenquellen	41
2.3.3	Qualität der Daten im Hinblick auf eine Quantifizierung des Ziels bzw. der Zielerreichung	45
2.3.4	Sicht der Arbeitsgruppe	46

2.4	Stärkung der Patientinnen und Patienten und Betroffenen	47
2.4.1	Startermaßnahmen und Erfolgsindikatoren	47
2.4.2	Aktueller Stand der Datenquellen	48
2.4.3	Qualität der Daten im Hinblick auf eine Quantifizierung des Ziels bzw. der Zielerreichung	50
2.4.4	Sicht der Arbeitsgruppe	51
2.5	Rehabilitation	51
2.5.1	Startermaßnahmen und Erfolgsindikatoren	51
2.5.2	Aktueller Stand der Datenquellen	52
2.5.3	Qualität der Daten im Hinblick auf eine Quantifizierung des Ziels bzw. der Zielerreichung	54
2.5.4	Sicht der Arbeitsgruppe	55
2.6	Versorgungsstruktur	55
2.6.1	Startermaßnahmen und Erfolgsindikatoren	56
2.6.2	Aktueller Stand der Datenquellen	56
2.6.3	Qualität der Daten im Hinblick auf eine Quantifizierung des Ziels bzw. der Zielerreichung	61
2.6.4	Sicht der Arbeitsgruppe	62
3	FAZIT	66
4	SCHLUSSFOLGERUNGEN ZU DEN TEILZIELEN UND IHREN STARTERMASSNAHMEN	72
5	AUSBLICK	79
6	ANHANG	82
7	LITERATUR	95

1 ZIELSETZUNG UND METHODIK



1 ZIELSETZUNG UND METHODIK

1.1 HINTERGRUND

Seit mehr als 15 Jahren erarbeitet der Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* nationale Gesundheitsziele in und für Deutschland. Dabei wurden gesellschaftlich besonders relevante Themenbereiche ausgewählt, die sich auf Krankheiten, Lebensphasen, Verminderung von gesundheitlichen Risiken oder Förderung der medizinischen Kompetenzen der Bevölkerung beziehen können (z.B. „Diabetes mellitus“, „gesund aufwachsen“, „Patient/inn/ensouveränität“, „Tabakkonsum reduzieren“). In Arbeitsgruppen, in denen die für ein Thema maßgeblichen Akteurinnen und Akteure sowie externe Expertinnen und Experten vertreten sind, werden für die ausgewählten Themen Ziele formuliert und Maßnahmenkataloge erstellt (www.gesundheitsziele.de). Zum Gesundheitszieleprozess gehört insbesondere auch, zu beobachten und zu bewerten, ob und wie die formulierten Ziele erreicht wurden und welche Entwicklungen sich ergeben.

Im Jahr 2006 wurde das nationale Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen verhindern, früh erkennen und nachhaltig behandeln“ verabschiedet. Die multiprofessionell und versorgungsübergreifend zusammengesetzte Arbeitsgruppe 9 zu diesem Gesundheitsziel hatte vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen Evidenz und evaluierter Praxiserfahrungen folgende sechs Aktionsfelder benannt (*gesundheitsziele.de*, 2006; Härter et al., 2007):

1. Aufklärung,
2. Prävention,
3. Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie,
4. Stärkung der Patient/inn/en und Betroffenen,
5. Rehabilitation und
6. Versorgungsstrukturen.

Für diese Aktionsfelder wurden Ziele, Teilziele und Maßnahmen definiert. Es stellte sich dabei die Frage, wie die Umsetzung dieser Ziele, Teilziele und Maßnahmen überprüft werden könnte.

Da die Gesamtmenge der 80 zur Erreichung der Ziele empfohlenen Maßnahmen als nur bedingt evaluierbar eingeschätzt wurden, erfolgte eine Fokussierung auf elf als prioritär eingestufte sog. (Starter-)Maßnahmen (Bermejo et al., 2009). Aus den Maßnahmen wurden Erfolgsindikatoren abgeleitet, anhand derer die Umsetzung dieser Maßnahmen zur Erreichung des Gesundheitsziels evaluiert werden könnten.

Zehn Jahre nach Veröffentlichung des Gesundheitsziels „Depressive Erkrankungen verhindern, früh erkennen und nachhaltig behandeln“ und des begleitenden Evaluationskonzepts sollte nun überprüft werden, inwiefern die im Jahr 2006 zum Gesundheitsziel verabschiedeten Ziele und Maßnahmen umgesetzt wurden, welche Modellprojekte entwickelt und welche Veränderungsprozesse angestoßen wurden. Ein zentrales Ziel der vorliegenden Arbeit ist deshalb – neben der Identifizierung vorhandener Daten- bzw. Informationsquellen (primär zur Verfügung stehende Routinedaten) – zu prüfen, inwieweit die Teilziele erreicht wurden.

Hintergrund des vorliegenden Abschlussberichts und der Recherchearbeit sind die Sitzungsprotokolle der Arbeitsgruppe 9 „Depressive Erkrankungen“ vom 18. November 2015 und 24. Februar 2016 sowie der Auftrag der GVG e.V. vom 14. Dezember 2015, basierend auf dem Evaluationskonzept zum Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ (Härter et al., 2007) eine systematische Recherche zu erstellen.

Gegenstand des Auftrags:

1. Prüfung des Evaluationskonzepts zum Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“.

2. Recherche zur Quellenlage und Verfügbarkeit von Daten, zu Studien und Pilotprojekten zum Gesundheitsziel.
3. Identifikation von Datenlücken.
4. Identifikation von Beispielen und Best-Practice-Modellen, die Hinweise auf Entwicklungen seit Verabschiedung des Gesundheitsziels geben.
5. Erstellung einer Liste mit Experten und Expertinnen sowie relevanten Institutionen, die um Kommentierung der vorliegenden Recherchearbeit gebeten werden könnten.

1.2 ARBEITSSCHRITTE

AS 1: Prüfung des Evaluationskonzepts zum Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“

Aufgabe 1: Sichtung der Teilziele des Evaluationskonzepts (Härter et al., 2007)

Aufgabe 2: Sichtung der Bestandsaufnahme aus der Arbeitsgruppe zum Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ (*gesundheitsziele.de*, 2015)

AS 2: Recherche zur Verfügbarkeit von Datenquellen und Identifikation von Datenlücken

Aufgabe 1: Sichtung relevanter wissenschaftlicher Literatur (2006–2015) und Abgleich weiterer Literatur (u.a. Abschlussbericht des Gemeinsamen Bundesausschusses [G-BA] zum Modellprojekt „Verfahren zur verbesserten Versorgungsorientierung am Beispielthema Depression“ vom 3. Februar 2011)

Aufgabe 2: Tabellarische Darstellung der Ergebnisse

AS 3: Identifikation von Best-Practice-Modellen

Aufgabe 1: Recherche

Aufgabe 2: Tabellarische Darstellung

1.3 METHODIK DER VORLIEGENDEN EXPERTISE

Geprüft wurde im Rahmen des Auftrags durch den Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* zunächst, inwieweit die 2007 genannten Daten- bzw. Informationsquellen (primär zur Verfügung stehende Routinedaten) (Härter et al., 2007) sowie wissenschaftliche und von Leistungserbringern generierte Daten zur Bewertung der Erreichung der Teilziele in den vergangenen zehn Jahren tatsächlich nutzbar waren und zu einer Bewertung herangezogen werden können (T1 im Vergleich zu T0). Bei den sechs Aktionsfeldern des Gesundheitsziels handelt es sich um: (1) Aufklärung, (2) Prävention, (3) Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie, (4) Stärkung der Patient/inn/en und Betroffenen, (5) Rehabilitation und (6) Versorgungsstruktur.

Einen weiteren konkreten Ansatz für die gezielte Recherche nach Studien, Berichten und Erkenntnissen boten die elf Startermaßnahmen, deren Priorisierung wurde zwar nicht eindeutig festgeschrieben (Maschewsky-Schneider et al., 2013), die weitere Gültigkeit aller elf Maßnahmen aber konnte im Rahmen der in der AG 9 durchgeführten Bestandsaufnahme im November 2015 und der darauf bezogenen Diskussion bestätigt werden (*gesundheitsziele.de*, 2015). Die Kommentare der beteiligten Expertinnen und Experten (AG-Mitglieder) aus dieser internen Bestandsaufnahme sowie Protokolle und Mitschriften der im November 2015 und Februar 2016 durchgeführten AG-Treffen dienten als Grundlage für die Überprüfung des Evaluationskonzepts und des Erreichungsgrads der Teilziele. Aufbauend auf den Diskussionsbeiträgen vom Februar 2016 konnten erste Kriterien für eine Materialsichtung abgestimmt werden (u.a. die Nutzung der Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche aus dem Modellprojekt des G-BA für „Verfahren zur verbesserten Versorgungsorientierung am Beispielthema Depression“ [Pietsch et al., 2014]). Abschließend wurde für jedes Teilziel eine Einschätzung getroffen, inwieweit sich die Erfolgsindikatoren auch für eine quantitative Darstellung eignen (Maschewsky-Schneider et al., 2013).

Der Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* hatte zudem in Auftrag gegeben, anhand der Kriterien der guten Praxis zur Gesundheitsförderung (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice-kriterien/) eine Auswahl von aktuellen Best-Practice-Modellen zu erstellen (s. Anhang).

Im folgenden Ergebnisteil werden die sechs Aktionsfelder des Gesundheitsziels mit der Logik von Zielformulierung, Startermaßnahmen und Erfolgskriterien unter Berücksichtigung der identifizierten Daten- und Informationsquellen detailliert beschrieben.

1.4 BEURTEILUNG DER QUALITÄT DER DATENQUELLEN IM HINBLICK AUF MESSBARKEIT

Die Überprüfung des Grads der Zielerreichung setzt voraus, dass die Indikatoren zur Erfolgsmessung für eine Quantifizierung geeignet sind. Quantifizierung kann auf unterschiedlichem Niveau erfolgen: als zahlenmäßig präzise erfassbare Veränderung (z.B. Senkung einer Prävalenzrate), als Veränderungsrichtung im Sinne von Zu- oder Abnahme (z.B. die Zunahme von Präventionskursen) oder als Feststellung von „zuvor nicht vorhanden“ (z.B. Entwicklung von Leitlinien). Kriterien für die Messbarkeit von Indikatoren lassen sich aus den Empfehlungen des Evaluationsbeirats ableiten. Daher werden im Folgenden diese Empfehlungen zur Quantifizierung von Gesundheitszielen angeführt (Maschewsky-Schneider et al., 2013, *gesundheitsziele.de*, 2018): „Gesundheitsziele sind ein ergänzendes Steuerungsinstrument der Gesundheitspolitik, in deren Mittelpunkt als übergeordnetes Ziel die Gesundheit der Bevölkerung steht. Sie fokussieren auf die Verbesserung der Gesundheit in definierten Bereichen oder für bestimmte Gruppen, aber auch auf verbesserte Strukturen, die Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung haben. Sie unterstützen damit planmäßiges Handeln und fördern sowohl Transparenz als auch die gemeinsame Wahrnehmung und Lösung von Herausforderungen.“

Eine wesentliche Anforderung bei der Festlegung von Gesundheitszielen besteht darin, dass die Ziele nach dem SMART-Ansatz formuliert werden: Sie sollen Simple (einfach), Measurable (meßbar), Achievable (erreichbar), Realistic (realistisch), Targeted (gezielt) sein.

Deshalb ist die Messbarkeit der in einem Gesundheitsziel formulierten Maßnahmen von zentraler Bedeutung. Nur so kann der sogenannte PDCA-Zyklus (Plan, Do, Check, Act) sinnvoll durchgeführt werden. Zur Quantifizierung eines Ziels, einer Zielerreichung oder einer Maßnahme ist die Definition von Indikatoren erforderlich. Um messbar zu sein, müssen Gesundheitsziele bestimmte Kriterien erfüllen.

Zu diesen Kriterien gehören (*gesundheitsziele.de*, 2018, S. 13)

1. „Das jeweilige Gesundheitsziel muss nicht ausschließlich durch gesundheitspolitische Maßnahmen beeinflussbar sein. Entsprechend dem „health in all policies“-Ansatz wird auf eine breite gesellschaftliche Verankerung gesetzt.“
2. Evidenzbasierung des zugrunde gelegten Ursache-Wirkungs-Mechanismus, wobei hier die Maßnahme die Ursache, der Grad der Zielerreichung die Wirkung ist.
3. Eine klare Verantwortlichkeit für die Umsetzung von Maßnahmen muss gegeben sein.
4. „Die Zielsetzung inklusive der quantitativen Vorgaben wird im Konsens mit den beteiligten Akteurinnen und Akteuren formuliert (top-down und bottom-up)“.
5. Es muss spezifische Indikatoren geben, „die wissenschaftlich fundiert ausgewählt wurden und im Beobachtungszeitraum stabil, d.h. gleichbleibend, definiert sind sowie von den Beteiligten akzeptiert werden. Die Anzahl der Indikatoren sollte möglichst gering sein“.
6. Datengrundlagen zu den ausgewählten Indikatoren zum Zeitpunkt To (Start der Maßnahmen) müssen vorhanden und verlässlich sein.
7. Dokumentations- bzw. Erhebungsaufwand in Bezug auf die festgelegten bzw. zu messenden Indikatoren muss vertretbar sein und von den verantwortlichen Akteurinnen und Akteuren akzeptiert

werden (Best Case: Prozessdaten, die bereits (routinemäßig) erhoben werden).

8. „Finanzierung und Ressourcen für die Überprüfung der Zielerreichung sind gesichert.“

Unter Abwägung der Vor- und Nachteile empfiehlt der Evaluationsbeirat zu prüfen, inwieweit sich bei den bisher entwickelten Gesundheitszielen von *gesundheitsziele.de* ein Teilziel für eine beispielhafte Quantifizierung eignet. Für jedes übergeordnete Ziel sollte ein quantifiziertes Teilziel definiert werden. Dabei kann man davon ausgehen, dass die Kriterien 1 und 4 per se erfüllt sind.

2 PRÜFUNG EVALUATIONSKONZEPT



2 PRÜFUNG EVALUATIONSKONZEPT

Der folgende Abschnitt gliedert sich in sechs Kapitel in Anlehnung an die sechs Zielsetzungen/ Aktionsfelder des Gesundheitsziels, wie 2006 beschrieben (*gesundheitsziele.de*, 2006; Härter et al., 2007): (1) Aufklärung, (2) Prävention, (3) Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie, (4) Stärkung der Patient/inn/en und Betroffenen, (5) Rehabilitation und (6) Versorgungsstruktur.

2.1 AUFKLÄRUNG

Ziel 1:

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.

2.1.1 Startermaßnahmen und Erfolgskriterien

Startermaßnahmen für das Aktionsfeld Aufklärung:

- Verbreitung und Weiterentwicklung von evidenzbasierten Informationen.
- Anstoß, Ausbau und Koordinierung von regionalen Bündnissen.

Die im Evaluationskonzept (Härter et al., 2007) benannten Startermaßnahmen können anhand der hier identifizierten Datenquellen als weiterhin gültig angesehen werden. Diese Einschätzung wird durch eine Mehrheit der Mitglieder der Arbeitsgruppe 9 „Depressive Erkrankungen“ im Rahmen der Bestandsaufnahme von 2015 (*gesundheitsziele.de*, 2015) bestätigt.

2.1.2 Aktueller Stand der Datenquellen

Im Bereich dieses Aktionsfelds liegen Erkenntnisse und Datenquellen primär im Kontext wissenschaftlich geförderter, regional begrenzter Projekte vor (s. auch Tabellen 1a und 1b).

Ein Gesundheitssurvey auf nationaler Ebene zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird durch das Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführt. Schon seit den 1970er Jahren hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) regelmäßig repräsentative Untersuchungen zu Wissen, Einstellungen und Verhaltensweisen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu den Themen Alkohol, Tabak und illegale Drogen durchgeführt. Ab 1998 wurde durch das RKI eine repräsentative Studie zur Kinder- und Jugendgesundheit (der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey [KiGGS]) entwickelt, um Datenlücken zu schließen und Grundlagen für Handlungsempfehlungen zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu schaffen. In den Jahren 2003 bis 2006 wurde durch das RKI, unterstützt durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), die erste Welle dieser Gesundheitsstudie mit 17.641 Kindern und Jugendlichen von 0 bis 17 Jahren sowie deren Eltern durchgeführt.

Dabei wurden bezogen auf eine Untergruppe von 2.863 KiGGS-Teilnehmerinnen und -teilnehmern („BEfragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten“, BELLA-Modul) genauere Erkenntnisse zur psychischen Gesundheit von 7- bis 17-Jährigen mit Aussagen zu Ängstlichkeit und Depressivität, aggressiv-dissozialem Verhalten, hyperaktivem und unachtsamen Verhalten sowie Problemen mit Gleichaltrigen (Peer-Probleme) gewonnen. Daneben wurde als Dimension persönlicher Stärke das sog. prosoziale, durch Hilfsbereitschaft gekennzeichnete Verhalten abgebildet, und es wurden sowohl biologische, familiäre und soziale Risikofaktoren als auch entsprechende Schutzfaktoren untersucht (Robert Koch-Institut, 2008) (Ravens-Sieberer, Erhart, Wille & Bullinger, 2008; Ravens-Sieberer & Kurth, 2008).

In einer Folgeuntersuchung wurden durch die Forschungssektion „Child Public Health“ am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) in Telefoninterviews bis Ende August 2012 Informationen zu psychischen Auffälligkeiten und zur Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems gesammelt.

Die Forschungsgruppe kam zu dem Ergebnis, dass sich zwischen den beiden Zeiträumen (Basiserhebung 2003–2006 und Welle 3: 2009–2012) insgesamt keine bedeutsame Veränderung in der Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten nachweisen ließ. Auch in der Stratifizierung nach Geschlecht, Altersgruppen und Sozialstatus zeigten sich in Bezug auf die Risikogruppe keine statistisch signifikanten Prävalenzunterschiede zwischen der KiGGS-Basiserhebung und der Folgeuntersuchung. Insgesamt 20,2% (95%-KI: 18,9–21,6%) der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren ließen sich in der KiGGS-Welle 1 mit dem SDQ-Symptomfragebogen einer Risikogruppe für psychische Auffälligkeiten (grenzwertig auffällig oder auffällig im SDQ-Gesamtwert, deutsche Normierung) zuordnen: in der KiGGS-Basiserhebung waren dies 20,0% (19,1–20,9%; altersstandardisiert auf die Bevölkerung zum 31. Dezember 2010, deutsche Normierung) (Hölling et al., 2014).

Von 2014 bis 2017 wurden erneut über Befragungen, Untersuchungen und Tests umfassende Daten zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit etwa 23.000 Teilnehmenden im Alter von 0 bis 29 Jahren erhoben mit dem Ziel, längsschnittliche Analysen zu gesundheitsbezogener Lebensqualität und psychischen Auffälligkeiten zu ermöglichen. Psychische Gesundheit sollte mittels dynamischer Messinstrumente anwenderfreundlich und präzise über Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter messbar gemacht werden. Die Untersuchung wurde erstmals als reine Online-Befragung durchgeführt. An der Befragung nahm eine KiGGS-Unterstichprobe von circa 3.500 jungen Menschen im Alter von 7 bis 29 Jahren teil. Dabei wurden sowohl die Eltern jüngerer Kinder (7 bis 13 Jahre) befragt als auch die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen selbst (ab 11 Jahre). Mit Ergebnissen ist ab Frühjahr 2018 zu rechnen (Klasen et al., 2017).

Bezüglich der Gesundheit Erwachsener in Deutschland hatte das RKI von 1997 bis 1999 im Bundesgesundheitsurvey 1998 (BGS 1998) bereits eine große Studie durchgeführt. Von 2008 bis Ende 2011 erfolgten Befragungen und Untersuchungen des RKI als Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS; www.degs-studie.de). Hier wurden 8.152 Personen im Alter von 18 bis über 79 Jahre aus 180 Städten und Gemeinden in Deutschland untersucht. Eines der untersuchten Themenfelder war die Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland (Busch, Maske, Ryl, Schlack, & Hapcke, 2013). Eine depressive Symptomatik bestand bei 8,1% der Erwachsenen (Frauen 10,2%; Männer 6,1%). Die Lebenszeitprävalenz einer diagnostizierten Depression betrug 11,6% (Frauen 15,4%; Männer 7,8%) und war am höchsten bei den 60- bis 69-Jährigen. Die 12-Monats-Prävalenz lag bei 6,0% (Frauen 8,1%; Männer 3,8%) und war am höchsten bei den 50- bis 59-Jährigen (Busch et al., 2013).

Ein weiterer Survey zur Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland befindet sich zur Zeit in der Planungsphase. Die Datenerhebungen dieser Studie sollen Ende 2018 beginnen und werden wieder Untersuchungen und Befragungen umfassen. Im Vordergrund steht, aktuelle Querschnittsdaten zur gesundheitlichen Lage der in Deutschland lebenden Erwachsenen zu sammeln. Neben neuen Fragestellungen werden zentrale Fragestellungen aus den vorherigen Untersuchungen weiter verfolgt.

Im Rahmen von psychenet Hamburger Netz psychische Gesundheit, gefördert vom BMBF 2011–2015, wurden mittels einer repräsentativen Erhebung in den Metropolregionen Hamburg (Interventionsregion) und München (Kontrollregion) ($n=2.014$) das Wissen der Bevölkerung über Depression sowie Einstellungen und mögliche Veränderungen zu zwei Messzeitpunkten im Zuge der spezifischen psychenet-Aufklärungskampagne erhoben (Mnich et al., 2015). Die Ergebnisse deuten insgesamt auf ein hohes Wissen der Bevölkerung zum Themenfeld Depression hin: 70% der befragten Personen aus der Allgemeinbevölkerung konnten das Krankheitsbild Depression anhand einer Fall-Vignette richtig

benennen (Mnich et al., 2015). Im Rahmen des NRW-Gesundheits-surveys 2015 wurden Wissen über und Einstellungen zu verschiedenen psychischen Erkrankungen ebenfalls anhand von Fallvignetten untersucht (Borrmann, Preckel, & Rosenkötter, 2015). Hier erkannten etwa 63% der Befragten eine Depression, Frauen erzielten etwas bessere Ergebnisse als Männer.

Im Vergleich zu Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status, die bei Depressionen eine Psychotherapie und begleitende Medikation eher befürworten würden, sehen Personen mit einem niedrigen Status Depressionen stärker im Zusammenhang mit einem „schwachen Willen“ und wissen insgesamt weniger über Symptome und Häufigkeitsraten (von dem Knesebeck et al., 2013). Es wird davon ausgegangen, dass Bildungsunterschiede verantwortlich für die Wissensunterschiede sind (von dem Knesebeck, Angermeyer, Kofahl, Makowski, & Mnich, 2014). Ein niedriger Bildungsstand geht im Vergleich zu einem hohen Bildungsstand dabei auch einher mit einem größeren Wunsch der Befragten nach sozialer Distanz zu Menschen mit Depressionen (von dem Knesebeck et al., 2013).

In einer Untersuchung in der deutschen Allgemeinbevölkerung (Leipzig und Magdeburg) von 2010 (n=1.001), die im Rahmen des europäisch geförderten Projektes OSPI (Optimizing Suicide Prevention Programs and their Implementation in Europe [Hegerl et al., 2009; Coppens et al., 2013]) durchgeführt wurde, konnte festgestellt werden, dass die durch von einer Depression betroffene Personen wahrgenommene Stigmatisierung (durch andere) höher ausfiel als die von Nicht-Betroffenen genannten Stigmatisierungstendenzen (Kohls et al., 2017; Dietrich, Mergl, & Rummel-Kluge, 2014).

Die von Nicht-Betroffenen genannten Vorurteile bezogen sich in drei Befragungen in der Allgemeinbevölkerung aus den Jahren 1990, 2001 und 2011 in erster Linie auf Bedenken bei der Vergabe eines Arbeitsplatzes an Betroffene (Angermeyer, Matschinger, & Schomerus, 2013). Es wurde über die drei Erhebungen kein Anstieg des Grads der

sozialen Distanzierung festgestellt. Ätiologische Annahmen über die Entstehungsbedingungen einer Depression hatten dabei keinen Einfluss auf die genannten Stigmatisierungsergebnisse (Angermeyer et al., 2015).

Eine Expertenbefragung im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports (2013) ergab schließlich, dass die Bereitschaft, bei Depression ärztliche Hilfe zu konsultieren, in den letzten Jahren ansteigt (DAK, 2013).

Dienlich zur Wissenssteigerung könnte auch die Entwicklung und Veröffentlichung der „PatientenLeitlinie zur Nationalen Versorgungs-Leitlinie: Unipolare Depression“ von 2009 gewesen sein (Bundesärztekammer et al., 2016), wobei kaum empirischen Angaben zum Verbreitungs- und Durchdringungsgrad vorliegen (s. auch Tabelle 1b).

Tabelle 1a: Aktueller Stand zu Datenquellen für das Aktionsfeld Aufklärung. Die bereits im Evaluationskonzept (Härter et al., 2007) vorgeschlagenen Datenquellen sind hier mit * gekennzeichnet.

Aktionsfeld: Aufklärung	Datenquelle
Bund	
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*	–
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)	IQWiG, Thema Depression, www.gesundheitsinformation.de
Land	
NRW	Borrmann et al., 2015
Hamburg	Mnich et al., 2015; von dem Knesebeck et al., 2013
Kommune	
Bündnisse gegen Depression*	Cibis, Bramesfeld, Blume, Havers, & Hegerl, 2008
Kostenträger*	
DAK-Gesundheitsreport (2013)	Expertenbefragung (Deutsche Angestellten Krankenkasse [DAK], 2013)

Leistungserbringer*

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ),
Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung
(KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen
Fachgesellschaften (AWMF) u.a.

Patientenleitlinie (Bundesärztekammer et al., 2016)
www.leitlinien.de

Wissenschaft

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Mnich, et al., 2015; von dem
Knesebeck et al., 2013

Universität Leipzig

Angermeyer et al., 2015; Angermeyer et al., 2013; Dietrich et al., 2014

Es finden sich Hinweise aus wissenschaftlichen Studien im Hinblick auf die Wirksamkeit von Aufklärungskampagnen (Heger et al, 2006; Hegerl et al, 2010), die insbesondere durch die Arbeit der über 80 regionalen Bündnisse gegen Depression und des Deutschen Bündnisses gegen Depression e.V. (s. auch Stiftung Depressionshilfe), durchgeführt werden (Cibis et al. 2008; Hegerl, Rummel-Kluge, & Heinz, 2016).

In einer aktuellen Auswertung eines europäischen Suizidpräventionsprojektes (OSPI-Europe) basierend auf einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe zeigte sich, dass befragte Personen aus den Interventionsregionen (=Bündnisse gegen Depression) eine weniger stigmatisierende Einstellung gegenüber Depression („personal depression stigma“ in der Depression Stigma Scale) im Vergleich zu Befragten aus den Kontrollregionen hatten (Kohls et al., 2017). Darüber hinaus zeigte sich, dass die Befragten der Interventionsregionen, die die Bedürfniskampagne wahrgenommen hatten, eine höhere Bereitschaft berichteten, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Bündnisse gingen aus einem Modellprojekt aus Nürnberg im Rahmen des BMBF-geförderten Kompetenznetzes Depression hervor (Hegerl et al., 2006; Hegerl et al., 2010; Althaus, Niklewski, Schmidtke, & Hegerl, 2007). Durch die Gründung der Stiftung Deutsche Depressionshilfe und der European Alliance Against Depression (EAAD) konnten die Strukturen des Kompetenznetzes verstetigt werden und die Forschung konnte national und

international ausgebaut werden. Die Europäische Kommission nennt EAAD als Best-Practice-Modell im „Grünbuch Psychische Gesundheit“ (Europäische Kommission, 2005), ebenso die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrem 2014 erschienenen Suizidpräventionsreport (World Health Organization [WHO], 2014). Das Kompetenznetz Depression, Suizidalität lieferte evidenzbasierte Konzepte zur optimierten Versorgung depressiv Erkrankter und zur Prävention suizidaler Handlungen. Das 4-Ebenen-Interventionskonzept der Bündnisse gegen Depression ist bereits von mehr als 100 Regionen in Deutschland, Europa und auch außerhalb Europas übernommen worden (Hegerl et al., 2010; Hegerl, Rummel-Kluge, Värnik, Arensman, & Koburger, 2013; Hegerl et al., 2009; Hegerl, Althaus, Schmidtke, & Niklewski, 2006; Székely et al., 2013).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der überwiegende Teil der 2006 genannten möglichen Datenquellen (Härter et al., 2007) tatsächlich Angaben zum Wissens- und Kenntnisstand zum Krankheitsbild einer Depression liefern konnte. Ergebnisse zur Nutzbarkeit und Akzeptanz eines Online-Aufklärungsportals für Betroffene und Interessierte (psychnet.de) liefern Hinweise für eine gute Resonanz bei den Nutzerinnen und Nutzern. In einer Befragung wurde das Portal von 71% der Nutzenden als „gut“ oder „sehr gut“ bewertet (Tlach, Thiel, Härter, Liebherz, & Dirmaier, 2016).

Die in 2006 als mögliche Datenquelle benannte BzGA hat entgegen dieser Einschätzung im Zeitraum 2006–2016 keine Daten bzw. Informationen zur Verfügung gestellt.

Wenngleich es sich hierbei nicht um empirische Studien handelt, sollen ergänzend das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) genannt werden, das evidenzbasierte Gesundheitsinformationen zu depressiven Erkrankungen zur Verfügung stellt (www.gesundheitsinformation.de), sowie der gemeinnützige Verein Deutsches Bündnis gegen Depression e.V., der wichtige Beiträge zur Wissensbildung leistet. Das Deutsche Bündnis gegen Depression e.V. verfolgt unter dem Dach der Stiftung Deutsche Depressionshilfe das

Ziel, die gesundheitliche Situation depressiver Menschen zu verbessern, das Wissen über die Krankheit in der Bevölkerung zu erweitern und Suiziden vorzubeugen (Cibis et al., 2008).

Das IQWiG informiert mit online zugänglichen evidenzbasierten Gesundheitsinformationen darüber, wie eine Depression diagnostiziert wird, wie sie sich von anderen Störungen unterscheidet und wie sie behandelt wird bzw. inwiefern Medikamente neben einer Psychotherapie die wichtigste Behandlung sind (IQWiG, [o. J.]).

Tabelle 1b: Darstellung der Datengrundlage zu den ausgewählten Indikatoren für das Aktionsfeld Aufklärung im Vergleich T_0 (Start der Maßnahmen) zu T_1 (aktueller Stand).

	T_0	T_1	Quelle
Daten zur Qualität und Quantität der zielgruppenspezifischen Informationen	-	+	Bundärztekammer et al., 2016 IQWiG, www.gesundheitsinformation.de
Daten zum Informationsstand der breiten Bevölkerung sowie entsprechender Schlüsselpersonen	-	+	Mnich et al., 2015; von dem Knesebeck et al., 2013
Daten zum Durchdringungsgrad der regionalen Depressionsnetzwerke	-	+	Cibis et al., 2008
Daten zur Nutzbarkeit und Akzeptanz für Betroffene und Interessierte	-	+	Tlach et al., 2016
Daten zum Grad der sozialen Distanzierung bzw. Akzeptanz psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung	-	+	Angermeyer et al., 2015
Verfügbarkeit von Information im Internet	-	+	-

-: keine Daten vorhanden; +: Daten vorhanden

2.1.3 Qualität der Daten im Hinblick auf eine Quantifizierung des Ziels bzw. der Zielerreichung

Es finden sich Hinweise aus wissenschaftlichen Studien zur Wirksamkeit von Aufklärungskampagnen; deren Nachhaltigkeit scheint nur eingeschränkt gegeben zu sein (Dietrich, Mergl, Freudenberg, Althaus, & Hegerl, 2010; Hegerl et al., 2010; Hegerl et al., 2006; Mnich et al., 2016). Für die Quantifizierung des Aktionsfelds im Längsschnitt fehlt es insbesondere an routinemäßig erhobenen Daten. Zu beobachten ist aber z.B., dass die Zunahme von Treffern zum Thema „Depression“ in Internet-Suchmaschinen immens ist. Beispielsweise finden sich zum Zeitpunkt 26. Oktober 2018 über 332 Millionen Ergebnisse zum Begriff „Depression“ mit der Suchmaschine Google.

Problematisch bleiben die ungesicherte und damit nicht nachhaltige Finanzierung der zahlreichen wissenschaftlichen Initiativen nach Wegfall von Projektförderungen sowie der Umstand, dass eine klare Verantwortlichkeit für die Umsetzung der Startermaßnahmen nicht gegeben ist.

2.1.4 Sicht der Arbeitsgruppe

In den vergangenen zehn Jahren hat sich die Verfügbarkeit von Informationen zum Thema „Depressionen“ durch die Möglichkeiten der Internet-Recherche oder den Austausch von Betroffenen in sozialen Netzwerken erheblich erhöht. Dabei werden auch Einflüsse von Interessengruppen wirksam, deren Qualität selbst für Fachleute oft schwer zu beurteilen ist. Es stellte sich in der Arbeitsgruppe die Frage, ob durch die vermehrte Zugänglichkeit von Informationen eventuell auch negative Auswirkungen zu beobachten sind. Es ist anzunehmen, dass nicht nur evidenzbasierte Informationen im vergangenen Jahrzehnt besser zur Verfügung gestanden haben, sondern auch nachteilige Trends durch eine Zunahme der öffentlichen Diskussion zu beobachten sind.

Nicht alles, was öffentlich diskutiert wird, dient der Aufklärung, und Internetinformationen können möglicherweise zu einer weiteren Stigmatisierung der Betroffenen beitragen. Dabei ist zu unterscheiden zwischen sachgerecht aufklärenden Informationen und einer öffentlichen Diskussion, die eher einem Sensationsbedürfnis folgt. Auch stellt sich die Frage, ob vermehrte Aufklärung vielleicht nicht nur zur Entstigmatisierung der Betroffenen beiträgt, sondern auch zu einer Tendenz führen kann, Gesunde fälschlicherweise als krank anzusehen. Ob dies zutrifft, ist bislang noch nicht hinreichend untersucht. Insofern ist die Bedeutung der Fachleute – aus der Psychiatrie, Psychosomatik oder Psychotherapie ebenso wie die der Hausärzte/ Hausärztinnen, der Fachärzte/ Fachärztinnen und weiterer Gesundheitsberufe – für die Aufklärung größer denn je.

2.2 PRÄVENTION

Ziel 2:

Auftreten und Krankheitslast schwerer und chronischer depressiver Erkrankungen sind reduziert. Maßnahmen zu universeller, selektiver und indizierter Prävention sind etabliert.

2.2.1 Startermaßnahmen und Erfolgskriterien

Startermaßnahmen für das Aktionsfeld Prävention:

- Beratungs- und Hilfsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern.
- Förderung psychischer Gesundheit in Schulen.
- Erweiterung des betrieblichen Arbeitsschutzes.
- Sensible Berichterstattung, um Nachahmungssuizide zu verhindern.

Das Ziel, Auftreten und Krankheitslast schwerer und chronischer depressiver Erkrankungen zu reduzieren und Maßnahmen zu universeller, selektiver und indizierter Prävention zu etablieren, fand im Rahmen

der Bestandsaufnahme bei einer Mehrheit der Mitglieder Zustimmung. Knapp ein Drittel der Befragten würde in der Zielformulierung Veränderungen vornehmen, sieht eine eher ungünstige Entwicklung oder verfügt über keine spezifischen Erkenntnisse zu diesem Ziel.

2.2.2 Aktueller Stand der Datenquellen

Im Bereich dieses Aktionsfelds liegen u.a. Primärdaten vor (s. auch Tabelle 2). Das Auftreten bzw. die Häufigkeit depressiver Erkrankungen wurde zuletzt in der durch das BMG geförderten Zusatzerhebung zur psychischen Gesundheit im Rahmen der DEGS-Studie des RKI erfasst und berichtet. Von einer unipolaren Depression sind in der Allgemeinbevölkerung in einem Zeitfenster von zwölf Monaten etwa 7,7% der Befragten (Frauen: 11%, Männer: 5%) betroffen, die 12-Monats-Prävalenz für eine Major Depression wird auf 6% und für eine Dysthymie auf 2% geschätzt. Damit liegt die Anzahl der Betroffenen in Deutschland, die in einem Zeitraum von zwölf Monaten an einer unipolaren Depression erkrankt sind, bei ca. 6,2 Millionen (Jacobi et al., 2014). Die Prävalenzraten haben sich insgesamt über die letzten beiden Jahrzehnte nicht verändert. Bei der ersten Erhebung im Rahmen des Bundesgesundheits surveys 1998 (BGS 98) durchlebten 10,9% der Befragten eine depressive Phase (Frauen: 14,2%, Männer: 7,6%) (Wittchen, Jacobi, Klose, & Ryl, 2010). Allerdings wurden zu den beiden unterschiedlichen Messzeitpunkten (BGS 1998 und DEGS) nicht dieselben Erhebungsinstrumente eingesetzt, was einen direkten Vergleich erschwert.

Die Anzahl der Suizide in Deutschland ist von 1980 (n=18.451 Suizide) bis 2007 (n=9.402) nahezu kontinuierlich gesunken (Nationales Suizid Präventionsprogramm, 2019, seitdem pendelt sich die Zahl bei etwa 10.000 p.a. ein, 2014 lag sie bei 10.209 Suiziden (Statistisches Bundesamt, 2016). Damit betrug im Jahr 2014 die Suizidrate im Bundesdurchschnitt 12,4 Suizide je 100.000 Einwohner, wobei im Ländervergleich die Rate in Nordrhein-Westfalen mit 10,3 am niedrigsten, in Sachsen-Anhalt mit 14,8 am höchsten war (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit

und Pflege, 2017). Die Ursachen für die regionalen Unterschiede sind bislang nicht bekannt. Unter den Suizidopfern finden sich etwa dreimal so viele Männer wie Frauen.

In den vergangenen Jahren gab es mehrfach Bemühungen, die Suizidprävention zu verbessern. 2015 wurde die zweite Auflage der „S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression“ veröffentlicht. Sie enthält 120 Schlüsselempfehlungen, darunter auch zum Management bei Suizidgefahr, von der Diagnose und Risikobewertung über die Therapieplanung bis zur Nachsorge (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde [DGPPN] et al., 2015). Das BMG hat 2017 einen Förderschwerpunkt zur Suizidprävention ausgeschrieben. Damit sollen bestehende Hilfs- und Beratungskonzepte wissenschaftlich bewertet und neue Maßnahmen und Konzepte zur Vermeidung von Suizidversuchen oder vollendeten Suiziden entwickelt werden. Hierfür stehen bis 2020 insgesamt rund fünf Millionen Euro bereit.

2016 wurde die Psychotherapie-Richtlinie durch Beschluss des G-BA überarbeitet. Im Rahmen dieser Überarbeitung wurden 2017 psychotherapeutische Sprechstunden eingeführt, um akute Behandlungsbedarfe besser abzudecken.

Die Fehlzeiten von Erwerbstätigen, bei denen als Diagnose Depressionen benannt wurden, lagen 2013 um 69% höher als im Jahr 2000 (Techniker Krankenkasse [TK], 2015). Zwischen Tiefst- und Höchststand 2006 und 2012 war bei Erwerbspersonen ein Anstieg der Fehlzeiten aufgrund von Depressionen um 75% festzustellen (DAK, 2013). Noch höhere Fehlzeiten und eine größere Steigerungsrate von 274% zeigten sich bei Erwerbslosen (TK, 2015). Der aktuelle DAK-Psychoreport führt an, dass über 90% der Arbeitsunfähigkeitstage auf affektive, ängstliche und funktionelle Syndrome zurückzuführen sind. Dabei findet sich zwischen 1997 und 2014 ein Anstieg der auf diese Erkrankungen zurückzuführenden Fehlzeiten um über 200% (DAK, 2015).

Diagnosen aus dem ICD-Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ (F00–F99) ließen sich dabei 2013 für 246 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherungsjahre verantwortlich machen. Arbeitsunfähigkeitstage mit Diagnosen aus der Gruppe „Affektive Störungen“ (F30–F39) hatten mit 111 Tagen je 100 Versichertenjahre einen Anteil von 45%. Von diesen 111 Tagen entfielen 104 Tage auf die beiden ICD-Diagnosen „Depressive Episode“ (F32) und „Rezidivierende depressive Störung“ (F33). Die verhältnismäßig große Bedeutung von Depressionsdiagnosen für das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen resultiert maßgeblich aus der ausgesprochen hohen durchschnittlichen Dauer der einzelnen Krankschreibungsfälle (den Arbeitsunfähigkeitstagen pro Fall). Dabei zeigt sich in den Ergebnissen weiter differenzierter Auswertungen eine Abhängigkeit der Arbeitsunfähigkeitstage pro Fall von dem in der vierten Stelle des ICD-Codes dokumentierten Schweregrad der Depression. So steigt die Anzahl der krankheitsbedingten Fehltag je Fall bei „Depressiven Episoden“ (F32) von 33 Tagen bei der Diagnose „Leichte depressive Episode“ (F32.0) auf 111 Tage je Fall bei der Diagnose „Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome“ (F32.2). Bei der ICD-Diagnose „Rezidivierende depressive Störung“ (F33) lässt sich ein vergleichbarer Anstieg der fallbezogenen Arbeitsunfähigkeitsdauer von 51 Tagen bei „Rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig leichte Episode“ (F33.0) auf 114 Tage bei „Rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome“ (F33.2) feststellen.

Tabelle 2a: Aktueller Stand zu Datenquellen für das Aktionsfeld Prävention, unter Berücksichtigung der im Evaluationskonzept (Härter et al., 2007) benannten möglichen Datenquellen – hier mit * gekennzeichnet (s. S. 36).

Aktionsfeld: Prävention	Datenquelle
Bund	
Bundesministerium für Gesundheit (BMG):	–
Zusatzerhebung zur psychischen Gesundheit im Rahmen der Studie des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland*	BGS 1998 (Wittchen et al., 2010) DEGS (Busch et al., 2013)
BMG:	–
Aktionsbündnis seelische Gesundheit/ Leitfaden Bericht- erstattung in den Medien*	–
Bundesagentur für Arbeit (BA)/Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB)	–
Statistisches Bundesamt	Suizidraten (Nationales Suizid Präventionsprogramm, 2019; Statistisches Bundesamt, 2009; Statistisches Bundesamt, 2016)
Land	
Statistische Landesämter*	Suizidraten (Bericht zur psychi- schen Gesundheit von Erwach- senen in Bayern, Schwerpunkt Depression (Bayerisches Staats- ministerium für Gesundheit und Pflege, 2017)
Bayern	Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2017
Kommune	
–	–
Kostenträger	
AOK	Versorgungsreport (Gerste & Roick, 2016; Klauber, Günster, Gerste, Robra, & Schmacke, 2014)
Techniker Krankenkasse	Depressionsatlas (TK, 2015)
DAK	Gesundheitsreport (DAK, 2013)
BKK	Gesundheitsreport (BKK Dachverband [BKK], 2014)
Berufsgenossenschaften*	–

Leistungserbringer	
Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände*	–
Fachverbände*	
	–
Wissenschaft	
Universität Leipzig/ Stiftung Depressionshilfe/ Medienguide	–
Leibniz-Gemeinschaft/ SOEP-Panel	–
Universität Tübingen	Pössel, Seemann, & Hautzinger, 2008

Primärpräventive Maßnahmen finden sich international im Rahmen psychologischer Programme, die auf den Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie basieren und Depressionen bei jungen Menschen vorbeugen sollen (Merry et al., 2011). In einem Cochrane-Review (Merry et al., 2011) und einem weiteren systematischen Review (Corrieri et al., 2014) findet sich für Deutschland nur eine randomisierte kontrollierte Studie (Pössel et al., 2008), bei der eine indizierte Präventionsmaßnahme an Schulen in Tübingen durchgeführt wurde und die nachweisen konnte, dass das Programm sich positiv auf einen Rückgang depressiver Symptome auswirkte (siehe auch Tabelle 8: Best-Practice-Modelle in den einzelnen Aktionsfeldern).

Prävention psychischer Belastungen bei der Arbeit ist eines der aktuellen Schwerpunktthemen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA), in der sich die Unfallversicherungsträger, der Bund und die Länder gemeinsam für eine Optimierung des Arbeitsschutzsystems einsetzen (mehr Informationen unter: www.gda-psyche.de). Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention („Präventionsgesetz“, in seinen wesentlichen Teilen in Kraft getreten am 25. Juli 2015) wurde insbesondere auch die betriebliche Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen gestärkt und eng mit dem Arbeitsschutz verzahnt. Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat für ihre betrieblichen Präventionsaktivitäten bis 2018 u.a. das Ziel der Verhütung von psychischen und Verhaltensstörungen beschlossen.

Dieses Ziel hat auch Eingang in das von der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) im Februar 2016 beschlossene trägerübergreifende Ziel „Gesund leben und arbeiten“ gefunden. Zur Erreichung dieses Ziels kooperieren die Krankenkassen mit den Akteuren der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA), die ebenfalls bis 2018 das Ziel „Schutz und Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingter psychischer Belastung“ verfolgen. GKV und GDA haben vereinbart, ihre jeweiligen Ziele wechselseitig zu unterstützen und zu fördern. Für die Periode ab 2019 streben die Träger der NPK an, das Ziel „Gesund leben und arbeiten“ mit den Zielen der GDA zu einem einheitlichen Zielesystem zu verbinden.

Beratungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern sind vorhanden (z.B. www.netz-und-boden.de), aber bislang stehen keine Daten für die Evaluation dieser Beratungsangebote zur Verfügung. Eine Auswertung der BELLA-Daten im Hinblick auf das Inanspruchnahmeverhalten der Kinder und Jugendlichen liefert Hinweise auf einen erhöhten Bedarf an psychischen Versorgungsangeboten in dieser Risikogruppe (Plass-Christl et al., 2017).

Von den im Evaluationskonzept (Härter et al., 2007) benannten Datenquellen lieferten insbesondere die Zusatzerhebungen zur psychischen Gesundheit im Rahmen des Bundesgesundheits surveys 1998 (BGS, 1998) und der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS, 2008) belastbare Primärdaten. Zum Zeitpunkt T_0 (Start der Maßnahmen) existierten zwei verlässliche Datengrundlagen der ausgewählten Indikatoren, namentlich die Daten aus der Zusatzerhebung zur psychischen Gesundheit im Rahmen der DEGS-Studie des RKI und die von den Statistischen Bundes- und Landesämtern kontinuierlich erfassten Suizidraten .

Tabelle 2b: Darstellung der Datengrundlage zu den ausgewählten Indikatoren für das Aktionsfeld Prävention (Härter et al., 2007) im Vergleich T_0 (Start der Maßnahmen) zu T_1 (aktueller Stand), (s. S. 39).

	T ₀	T ₁	Quelle
Daten zur Anzahl und zu Inhalten der Angebote zur Gesundheitsförderung in Kitas, Schulen und zur Unterstützung der Kinder psychisch kranker Eltern in Deutschland	-	-	-
Daten zu Anzahl und Nutzer/inne/n bei Angeboten des betrieblichen Arbeitsschutzes	-	-	-
Daten zu Inhalten und Qualität von Medienberichten zum Thema Suizid	-	+	Stiftung Deutsche Depressionshilfe, 2009
Daten zur Anzahl von Suizidraten	+	+	Nationales Suizid Präventionsprogramm, 2019; Statistisches Bundesamt, 2009; Statistisches Bundesamt, 2016
Daten zu Inzidenz- und Prävalenzraten depressiver Erkrankungen	+	+	Jacobi et al., 2014; Wittchen et al., 2010

-: keine Daten vorhanden; +: Daten vorhanden

2.2.3 Qualität der Daten im Hinblick auf eine Quantifizierung des Ziels bzw. der Zielerreichung

Das für das Aktionsfeld Prävention notwendige Monitoring depressiver Erkrankungen, das Voraussetzung ist, um den Erfolg des Aktionsfelds anhand der Inzidenz- und Prävalenzraten zu überprüfen, findet bislang nicht ausreichend Erwähnung in den Startermaßnahmen. Wünschenswert wäre, hier eine entsprechende Ergänzung vorzunehmen (korrespondierend zu der Datenquelle der Zusatzerhebung zur psychischen Gesundheit im Rahmen der DEGS-Studie des RKI). Zu den Startermaßnahmen, die auf Maßnahmen zu universeller, selektiver oder indizierter Prävention abzielen, werden prospektiv systematische Studien und Daten benötigt.

Es bleibt zu diskutieren, ob man sich – unter besonderer Berücksichtigung von Risikogruppen (u.a. niedriger sozioökonomischer Status und Bildungsferne) – auf relevante Monitoring-Daten (Prävalenz- und Inzidenzraten) auf Bundesebene beschränken sollte, um eine Quantifizierung des Ziels zu ermöglichen.

2.2.4 Sicht der Arbeitsgruppe

Obwohl viele Daten zur Inzidenz und Prävalenz von depressiven Erkrankungen vorliegen und es auch viele Hinweise auf Risikofaktoren gibt, die das Auftreten depressiver Erkrankungen fördern können, gibt es keine gesicherte Datenlage zu präventiven Maßnahmen. Das Fehlen der Evidenzbasierung präventiver Ansätze ist zum Teil dadurch erklärbar, dass bei einem so komplexen Krankheitsgeschehen ein gesicherter Nachweis, dass eine Maßnahme ein negatives Ereignis verhindert hat, kaum möglich ist. Hinzu kommt, dass selbst bezogen auf die Untersuchungen zur Inzidenz und Prävalenz von depressiven Erkrankungen festzustellen ist, dass diese mit oft unterschiedlichen Methoden durchgeführt werden und deshalb nicht gut vergleichbar sind.

Das Arbeitsschutzgesetz von 1996 wurde im §5 (3) Punkt 6 dahingehend ergänzt, dass Arbeitgeber verpflichtet sind, mit Unterstützung der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte neben den bisherigen Risikofaktoren am Arbeitsplatz auch psychische Belastungen zu erfassen. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA), die Berufsgenossenschaften und alle größeren Betriebe haben entsprechende Verfahrensanweisungen und Messinstrumente entwickelt (Rothe et al. 2017, Beck et al., 2016). Auch bei der hausärztlich durchgeführten Gesundheitsuntersuchung (Check 35) sollen psychische Belastungen im Rahmen der Anamneseerhebung aufgenommen werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2018).

2.3 DIAGNOSTIK, INDIKATIONSSTELLUNG UND THERAPIE

Ziel 3:

Depressive Erkrankungen werden frühzeitig erkannt und leitliniengerecht behandelt.

2.3.1 Startermaßnahmen und Erfolgsindikatoren

Startermaßnahme für das Aktionsfeld Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie:

- Implementierung von Leitlinien.

Das Ziel, depressive Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und leitliniengerecht zu behandeln, fand im Rahmen der Bestandaufnahme bei einer Mehrheit der Mitglieder Zustimmung.

2.3.2 Aktueller Stand der Datenquellen

Im Bereich dieses Aktionsfelds wurden in den letzten Jahren die „S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression“ (2009, Revision: DGPPN et al., 2015) und „Reha-Therapiestandards für depressive Störungen“ erstellt (Deutsche Rentenversicherung Bund [DRV Bund], 2016). Zudem hat die Empfehlung der Teilnahme an „Selbsthilfegruppen für Betroffene und für Angehörige“ Eingang in die Depressions-Leitlinie gefunden: Patientinnen und Patienten sowie Angehörige sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme ermuntert werden.

Aktuell finden sich regionale und überregionale Studien zur Evaluation von Leitlinien und ihrer Implementierung (s. auch Tabellen 3a und 3b). Der „Faktencheck Depression“ der Bertelsmann Stiftung belegt, dass depressiv Erkrankte nur zu einem geringen Anteil leitlinienorientiert behandelt werden (Melchior, Schulz, & Härter, 2015). Patientinnen und Patienten mit leichten, mittelgradigen oder schweren chronischen Depressionen bleiben zu knapp einem Viertel unterversorgt, d.h. sie erhalten keine oder keine leitlinienorientierte Behandlung. Auch bei den besonders einschränkenden schweren und chronischen Depressionsfällen ließ sich lediglich bei 12% der schwer und bei 9% der chronisch Erkrankten eine leitlinienorientierten Kombinationsbehandlung erkennen (Melchior et al., 2015). Weitere Studienergebnisse zeigen, dass

nach Analysen von Routine- bzw. Abrechnungsdaten die Hälfte aller behandlungsrelevanten Depressionsfälle keine oder keine den Leitlinien entsprechend ausreichende Behandlung erhält (Boenisch et al., 2012). Gerade bei den schweren Störungsbildern sind die Anteile der Versicherten, die keine Behandlung erhalten haben, mit 18% bei schweren und 31% bei chronischen Depressionsfällen sehr hoch.

Eine repräsentative Studie zur Primärversorgung schließt, dass nur etwa die Hälfte der Patientinnen und Patienten hausärztlich korrekt diagnostiziert werde; abhängig davon gestalten sich Behandlungsrate und Leitlinienentsprechung der Behandlung. Insgesamt werden nur 40% aller Patienten und Patientinnen nach Leitlinien therapiert (Trautmann & Beesbo-Baum, 2017). Gründe hierfür werden von Praktikerinnen und Praktikern mit Barrieren wie Zeit und Aufwand in Zusammenhang gebracht (Radisch et al., 2013). Laut der genannten Studie haben die Behandelnden-Merkmale Leitlinienkenntnis, weibliche Geschlechtszugehörigkeit und die Zugehörigkeit zum Bereich „Psychotherapie“ einen positiven Einfluss auf die Leitlinienentsprechung (Trautmann & Beesbo-Baum, 2017).

Ein weiteres Problem der Datenlage besteht darin, dass unter der Diagnose „Depression“ sehr unterschiedliche Krankheitszustände und Befindlichkeiten verstanden werden (Riedel et al., 2009). Das kann darauf hinweisen, dass die Implementierung von evidenzbasierten Leitlinien noch wenig gelungen ist.

Ergebnisse aus dem BMBF-geförderten Projekt Hamburger Gesundheitsnetz Depression (www.psychenet.de) belegen hingegen den im regionalen Rahmen erfolgreichen Aufbau eines Netzwerks, das durch spezifische Qualitätssicherungsmaßnahmen und Anreize die Chancen auf eine leitliniengerechte und zeitnahe Diagnostik und Behandlung von depressiven Patientinnen und Patienten erhöhen konnte – international erprobten Stepped-Care- bzw. Collaborative-Care-Modellen entsprechend (Härter et al., 2015; Härter et al. 2018).

Allgemeine Aussagen zur Akzeptanz und zu überregional nachweisbaren Effekten (z.B. möglicher Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen) der S3-Leitlinie in der bundesweiten ambulanten oder stationären Behandlung fehlen bislang allerdings.

Ein weiterer Aspekt bei der Behandlung depressiver Erkrankungen, der in den letzten Jahren aufgegriffen und untersucht wurde, ist der positive Einfluss von körperlicher Bewegung auf depressive Symptome (Adamson, Ensari, & Motl, 2015; Knapen, Vancampfort, Moriën, & Marchal, 2015; Berk, Sarris, Coulson, & Jacka, 2013; Kelley, Kelley, & Hootman, 2015; Nyström, Neely, Hassmén, & Carlbring, 2015). 2016 wurden durch das BMG nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung herausgegeben (Rütten & Pfeifer, 2016). Da dieser Aspekt erst seit 2013 diskutiert wird, konnten Auswirkungen von Bewegungsförderung noch nicht evaluiert werden.

Tabelle 3a: Aktueller Stand zu Datenquellen für das Aktionsfeld Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie, unter Berücksichtigung der im Evaluationskonzept (Härter et al., 2007) benannten möglichen Datenquellen – hier mit * gekennzeichnet.

Aktionsfeld: Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie	Datenquelle
Bund	–
Land	–
Kommune	–
Kostenträger	– Suizidraten (Nationales Suizid Präventionsprogramm, 2019; Statistisches Bundesamt, 2009; Statistisches Bundesamt, 2016)
Leistungserbringer*	
Projekte zum Qualitätsmanagement in Kliniken*	–

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.(AWMF), Bundesärztekammer (BÄK), Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) et al.	S3-NV-Leitlinie (DGPPN et al., 2015)
Arztnetze/ Einzelpraxen*	–
Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV)	Rehabtherapiestandards „Depression“ (DRV Bund, 2016)
Fachverbände*	S3-NV-Leitlinie (DGPPN et al., 2015)
Wissenschaft*	
Universität Leipzig	Boenisch et al., 2012
Bertelsmann Stiftung und Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	Faktencheck Depression (Melchior et al., 2015)
Leuphana Universität Lüneburg, Medizinische Hochschule Hannover, Universität Zürich	Radisch et al., 2013
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	Härter et al., 2015; Heddaeus et al., 2015; Härter et al., 2018

Die Startermaßnahme für dieses Teilziel konnte im Hinblick auf die Erstellung und Publikation der „S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression“ umgesetzt werden. Eine flächendeckende Umsetzung der Leitlinie bleibt eine Herausforderung für die Zukunft.

Tabelle 3b: Darstellung der Datengrundlage zu den ausgewählten Indikatoren für das Aktionsfeld Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie (Härter et al., 2007) im Vergleich T₀ (Start der Maßnahmen) zu T₁ (aktueller Stand).

	T ₀	T ₁	Quelle
Daten zum Vorhandensein von Leitlinien und Graduierungsgrad	-	+	DGPPN et al., 2015
Daten zur Aktualität der Leitlinien	-	+	DGPPN et al., 2015
Daten zu expliziten Implementierungs- und Evaluationsstrategien	-	+	Härter et al., 2015

Daten zur Nutzung und Akzeptanz der Leitlinien in der Praxis	-	+	Heddaeus et al., 2015
Daten zu Indikatoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	-	+	Härter et al., 2015; Härter et al., 2018

-: keine Daten vorhanden; +: Daten vorhanden

2.3.3 Qualität der Daten im Hinblick auf eine Quantifizierung des Ziels bzw. der Zielerreichung

Der in den letzten Jahren betriebene hohe Aufwand hinsichtlich der Methodik und Erstellung der „S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie: Unipolare Depression“ inklusive der Publikation über das Internet, über Artikel in Fachzeitschriften und die Erstellung einer Patientenversion reicht alleine nicht aus, um die Anwendung der Leitlinie in der Regelversorgung in Gang zu setzen, d.h. das Verhalten der Behandelnden i. S. evidenzbasierter Diagnose- und Therapieempfehlungen nachhaltig zu beeinflussen.

Daher besteht eine dringende Notwendigkeit, adäquate Versorgungs- und Forschungsstrukturen und Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine bessere Implementierung und Evaluation leitliniengestützter Maßnahmen ermöglichen und gleichzeitig den Verwertungszusammenhang im Auge behalten. Dies betrifft die Erhebung der Daten und die Verbesserung der Versorgung. Wie das erfolgreiche Projekt Hamburger Gesundheitsnetz Depression (Härter et al., 2015; Härter et al., 2018) belegen konnte, ist es dann wahrscheinlich, dass einer intensivierten Form der Leitlinienimplementierung positive Effekte bezüglich zentraler Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren folgen.

Für die Quantifizierung des Aktionsfelds Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie im Längsschnitt fehlt es insbesondere an wissenschaftlichen Untersuchungen zum Durchdringungsgrad der Leitlinien sowie an Daten für die Überprüfung der positiven und negativen Effekte der Leitlinienimplementierung.

2.3.4 Sicht der Arbeitsgruppe

Eine Verbesserung der Situation wurde von Teilen der Arbeitsgruppe festgestellt, von Teilen wurde der aktuelle Stand aber auch als vermutlich nur unwesentlich verbessert eingeschätzt. Grundsätzlich ist die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Bereich Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie aber nach Ansicht der Arbeitsgruppe noch nicht ausreichend evaluiert. Zudem würden mehr Informationen unter einer Langzeitperspektive bei chronisch depressiv Erkrankten benötigt, sowohl bezüglich der Symptomatik als auch bezüglich der sozialen Teilhabe.

Darüber hinaus wurde geäußert, dass die Versorgungsdichte fachärztlicher Angebote von Bundesland zu Bundesland und auch regional innerhalb der Bundesländer sehr unterschiedlich sei. Insofern könne für die zeitnahen und barrierefreien Zugänge zu fachärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung keine einheitliche Bewertung vorgenommen werden. Die Versorgung ist aus Sicht der Arbeitsgruppe sicherlich noch verbesserungsfähig, z.B. durch eine bessere Vermittlung von Akutkranken zu freien psychotherapeutischen Behandlungsplätzen. Es wurde die Hoffnung geäußert, dass die im Rahmen der Reform der Psychotherapie-Richtlinie seit April 2017 neu eingeführten psychotherapeutischen Sprechstunden und Akutbehandlungen hier Verbesserungen bieten werden.

Informationen über niedergelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeuten/ Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten/ Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen werden von den Landesärztekammern, Landespsychotherapeutenkammern und Gesundheitslotsendiensten der Landes-Kassenärztlichen Vereinigungen angeboten. Auch sind die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen seit dem 1. April 2017 verpflichtet, fachärztliche und psychotherapeutische Sprechstundentermine im Bedarfsfall zu vermitteln. Darüber hinaus vermitteln die Terminstellen in dringenden Fällen auch probatorische Sitzungen.

Auch das seit 2017 in Entwicklung befindliche Disease-Management-Programm für depressive Erkrankungen könnte das Angebot durch weitere abrechenbare Leistungen verbessern, wie z.B. die Einführung von Fallkonferenzen oder schweregradspezifische Kooperationsempfehlungen. Insgesamt ist zu erwarten, dass durch das Voranschreiten der Leitlinienentwicklung eine bessere Evidenzbasierung von Behandlungsansätzen erfolgen wird.

2.4 STÄRKUNG DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN UND BETROFFENEN

Ziel 4:

Die Position der Patient/inn/en mit depressiven Erkrankungen und ihrer Angehörigen ist gestärkt.

2.4.1 Startermaßnahmen und Erfolgsindikatoren

Startermaßnahmen für das Aktionsfeld Stärkung der Patient/inn/en und ihrer Angehörigen:

- Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Behandelnde zur Vertiefung kommunikativer Kompetenzen für den Umgang mit depressiv Erkrankten und deren Angehörigen.
- Bundesweiter Einsatz von evaluierten Fortbildungsprogrammen zur „partizipativen Entscheidungsfindung“.

Das Ziel, die Position der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen zu stärken, fand im Rahmen der Bestandaufnahme bei einer Mehrheit der Mitglieder weiterhin Zustimmung.

2.4.2 Aktueller Stand der Datenquellen

Im Bereich dieses Teilziels liegen nur wenige Daten bzw. Datenquellen vor (s. auch Tabelle 4a). Das Online-Diskussionsforum, das im Rahmen des Kompetenznetz Depression (heute Stiftung Deutsche Depressionshilfe) entwickelt wurde, erreicht seine Zielgruppe und wird nicht als Alternative, sondern als Ergänzung zu professioneller ärztlicher und psychologischer Betreuung genutzt (Blume et al., 2009). Aspekte der Selbsthilfe, insbesondere eine Stärkung des Gemeinschaftsgefühls und die Akzeptanz und Bewältigung der eigenen krankheitsbedingten Situation, können durch die Teilnahme am Online-Diskussionsforum erreicht werden (Blume et al., 2009). Zudem besteht die Möglichkeit, das Forenarchiv u.a. zu Themen wie „Umgang mit Depression“, „Pharmakotherapie“, „Psychotherapieverfahren“ zu nutzen.

Ein strukturiertes, begleitetes Online-Selbstmanagement-Programm für Menschen mit leichteren Depressionsformen – das IFIGHTDEPRESSION-Tool (IFD-Tool) – wurde im Rahmen eines EU-geförderten Projekts entwickelt und steht kostenfrei für die Nutzung zur Verfügung (Arensman et al., 2015; www.ifightdepression.com). Ebenfalls frei im Internet zugänglich und kostenlos ist auch eine deutsche Version des in Australien entwickelten Online-Selbsthilfe-Programms MoodGYM (www.moodgym.de). Das Programm kann zur Prävention depressiver Symptome genutzt, aber auch im Rahmen einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung ergänzend als Selbsthilfelinstrument eingesetzt werden. MoodGYM wurde von Expertinnen und Experten der Universität Leipzig ins Deutsche übertragen, seine Wirksamkeit konnte in einer randomisierten kontrollierten Studie im hausärztlichen Setting gezeigt werden (Riedel-Heller, 2017).

Tabelle 4a: Aktueller Stand zu Datenquellen für das Aktionsfeld Stärkung der Patient/inn/en, unter Berücksichtigung der im Evaluationskonzept (Härter et al., 2007) benannten möglichen Datenquellen – hier mit * gekennzeichnet (s. S. 49).

Aktionsfeld: Stärkung der Patient/inn/en	Datenquelle
Bund	–
Land	–
Kommune	–
Kostenträger	–
Leistungserbringer	–
Fachverbände	–
Wissenschaft*	
Universität Leipzig	Blume et al., 2009; Hegerl, Rummel-Kluge, & Heinz, 2016
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	Liebherz, Tlach, Härter, & Dirmaier, 2015; Loh et al., 2004; Tlach et al., 2015

Daneben liegt ein evaluiertes Fortbildungsprogramm zur partizipativen Entscheidungsfindung für die hausärztliche Depressionsbehandlung vor (Loh et al., 2004); das Programm führte zu einem höheren Ausmaß an Patientenbeteiligung und zeichnet sich durch eine hohe Akzeptanz und Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten aus. Der Wunsch nach partizipativer Entscheidungsfindung ist weiterhin sehr hoch, insbesondere in Bezug auf gleichwertige Behandlungsoptionen (Liebherz et al., 2015; Tlach et al., 2015). Allerdings sagte die Mehrheit der im Rahmen des Gesundheitsmonitors (2014) befragten Patientinnen und Patienten – 70% in Hausarztpraxen, 65% in Facharztpraxen – auch, sie hätten noch nie eine partizipative Entscheidungsfindung erlebt (Melchior et al., 2015).

Angaben zu Art, Anzahl, Inhalten und Teilnehmenden von bundesweiten Fortbildungsprogrammen zur „partizipativen Entscheidungsfindung“ liegen bislang nicht vor.

Praxisbezogene und wiederholte Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Behandelnde zur Vertiefung kommunikativer Kompetenzen für den Umgang mit depressiv Erkrankten und deren Angehörigen finden sich im Rahmen von spezifischen Maßnahmen zur Suizidprävention (Hegerl et al., 2016).

Neben spezifischen Fortbildungsprogrammen zur partizipativen Entscheidungsfindung für bereits tätige Behandelnde ist das Training kommunikativer Kompetenzen für werdende Ärztinnen und Ärzte an immer mehr Universitäten Bestandteil der medizinischen Curricula (z.B. integrierter Modellstudiengang des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf).

Tabelle 4b: Darstellung der Datengrundlage zu den ausgewählten Indikatoren für das Aktionsfeld Stärkung der Patient/inn/en (Härter et al., 2007) im Vergleich T₀ (Start der Maßnahmen) zu T₁ (aktueller Stand).

	T ₀	T ₁	Quelle
Daten zu Art, Anzahl, Inhalten und Teilnehmenden von Fortbildungsprogrammen zur „partizipativen Entscheidungsfindung“ in Deutschland	-	-	-
Untersuchung zu spezifisch weiter- oder fortgebildeten relevanten Berufsgruppen (Ärztinnen/ Ärzte, Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten, Pflegekräfte sowie Mitarbeitende in Beratungs- und Versorgungseinrichtungen)	-	+	Loh et al., 2004
Daten zu Art und Intensität der spezifischen Inhalte zur Patientenbeteiligung in den jeweiligen Aus-, Fort- und Weiterbildungscurricula.	-	-	-

-: keine Daten vorhanden; +: Daten vorhanden

2.4.3 Qualität der Daten im Hinblick auf eine Quantifizierung des Ziels bzw. der Zielerreichung

Trotz festzustellender positiver Entwicklungen gibt es weiterhin Bedarf an einer verbesserten Implementierung von partizipativer Entscheidungsfindung in der Depressionsbehandlung, wie sie in der S3-Leitlinie empfohlen wird (DGPPN et al., 2015).

Die Entwicklung eines Disease-Management-Programms zum Thema Depression könnte hierbei hilfreich sein. Entsprechende Empfehlungen wurden durch die Koalitionäre des G-BA bereits 2014 formuliert

(Pietsch et al., 2014). Im Hinblick auf eine mögliche Quantifizierung des Ziels fehlt es derzeit an klarer Verantwortlichkeit für die Umsetzung von Maßnahmen, an routinemäßig erhobenen Daten sowie an einer gesicherten Finanzierung für die Überprüfung der Zielerreichung.

2.4.4 Sicht der Arbeitsgruppe

Auch in diesem Themenfeld fehlt es an gesicherten Erkenntnissen, welche Effekte zu beobachten sind. Zum einen wurde wahrgenommen, dass im vergangenen Jahrzehnt im Sinne der Patientenstärkung bei den Behandelnden das Bild von mündigen Patientinnen und Patienten, denen eine Behandlung angeboten wird und die in die Entscheidungsfindung eingebunden sind, vermehrt zur selbstverständlichen Grundhaltung geworden ist. Zum anderen wurde in der Arbeitsgruppe aber auch die Problematik gesehen, dass hiermit eine Tendenz verbunden sein könnte, Fürsorge und Unterstützung zugunsten der Selbstverantwortung der Patientinnen und Patienten einzuschränken.

2.5 REHABILITATION

Ziel 5:

Langzeitbehandlung, Teilhabe und Lebensqualität werden bedarfs- und fachgerecht verbessert bzw. weiterentwickelt.

2.5.1 Startermaßnahmen und Erfolgsindikatoren

Startermaßnahmen für das Aktionsfeld Rehabilitation:

- Weiterentwicklung von Indikationskriterien für Reha-Maßnahmen.
- Erweiterung des Eingliederungsmanagements nach §167 SGB IX um „Psychische Belastungen am Arbeitsplatz“.

Das Ziel, die Langzeitbehandlung, Teilhabe und Lebensqualität bedarfs- und fachgerecht zu verbessern, fand im Rahmen der Bestandaufnahme bei etwas mehr als der Hälfte der Mitglieder weiterhin Zustimmung.

2.5.2 Aktueller Stand der Datenquellen

Auch bei den krankheitsbedingten Rentenzugängen dominieren unter den psychischen Störungen die depressiven Erkrankungen. Während in diesem Bereich die psychischen Störungen insgesamt in den letzten Jahren leicht rückläufig waren, gilt das für die Depressionen nicht. Von einer etwas niedrigeren Zahl 2014 abgesehen, nehmen sie weiter zu. Im Jahr 2015 waren sie beispielsweise in Bayern für 16% aller krankheitsbedingten Rentenzugänge verantwortlich (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2017).

Im Bereich dieses Aktionsfelds liegen insbesondere Empfehlungen im Rahmen der „Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung“ vor (s. auch Tabelle 5a) (DRV, 2016). Von den Krankenkassen wurde bundesweit das Fallmanagement bei Arbeitsunfähigkeit aufgebaut, das besonders Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen betrifft. Entsprechende Patientinnen und Patienten werden damit sofort nach Beginn einer Arbeitsunfähigkeit identifiziert und es wird eine Rehabilitationsleistung eingeleitet (Hinweis aus der internen Bestandaufnahme der AG 9-Mitglieder zu den Teilzielen; *gesundheitsziele.de*; 2015).

Tabelle 5a: Aktueller Stand zu Datenquellen für das Aktionsfeld Rehabilitation, unter Berücksichtigung der im Evaluationskonzept (Härter et al., 2007) benannten möglichen Datenquellen – hier mit * gekennzeichnet (s. S. 53).

Aktionsfeld: Rehabilitation	Datenquelle
Bund	–
Land	–
Kommune	–
Kostenträger	–
Deutsche Rentenversicherung Bund	(DRV Bund, 2016)
Leistungserbringer	–
Fachverbände	–
Wissenschaft*	–

Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat ein Positionspapier zu psychischen Erkrankungen in der Rehabilitation publiziert (DRV Bund, 2016) und dabei die Strukturanforderungen für Rehabilitationskliniken, auch für psychosomatische Rehabilitationskliniken, überarbeitet und erweitert. Die Zahl der Behandlungsplätze in den psychosomatischen Rehabilitationskliniken wurde erhöht und in den somatischen Rehabilitationskliniken wurden sog. verhaltensmedizinische Schwerpunkte eingerichtet. Es wird von den Deutschen Rentenversicherungen gefordert, ein systematisches und gezieltes Screening nach psychischen Belastungen bei allen Patientinnen und Patienten durchzuführen, Mit Blick auf die soziale Teilhabe wurden medizinisch-beruflich orientierte Therapiekonzepte implementiert und auch personell ausgestattet. Die externe Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherungen wurde ebenfalls erweitert. Alle Kliniken werden regelmäßig hinsichtlich der erbrachten klinisch-therapeutischen Leistungen (KTL) verglichen. Die Qualität der Entlassungsbriefe wird regelmäßig mittels eines Peer-Review-Verfahrens überprüft (Hinweis aus der internen Befragung der AG 9-Mitglieder zu den Teilzielen). Informationen zur Rehabilitation psychisch kranker Menschen können bei der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e.V. oder bei den Rentenversicherungsträgern erfragt werden (www.bagrpk.de oder www.deutsche-rentenversicherung.de).

Des Weiteren wurde durch die Deutsche Rentenversicherung Bund ein Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation herausgegeben, um die Diagnostik psychischer Komorbidität bei Patientinnen und Patienten in somatischen Rehabilitationseinrichtungen zu verbessern (Deutsche Rentenversicherung Bund [DRV Bund], 2014).

In wissenschaftlichen Projekten und teilweise auch in der Routine der medizinischen Rehabilitation wurden mit Unterstützung der Deutschen Rentenversicherung neue Medien in der Versorgung psychisch kranker Versicherter erprobt (z.B. Meyer et al., 2009). Damit wird, ein komplementäres Versorgungsangebot angestrebt, das zur Schließung von Versorgungslücken beitragen kann, z.B. zur Überbrückung von Wartezeiten bis zur Aufnahme einer Psychotherapie (Quelle: Bestandsaufnahme AG 9, *gesundheitsziele.de*, 2015).

Der Startermaßnahme Weiterentwicklung der Indikationskriterien für Reha-Maßnahmen wurde im Rahmen des oben beschriebenen Positionspapiers und des Leitfadens Rechnung getragen. Inwieweit diese Erweiterungen der Indikationskriterien für Reha-Maßnahmen umgesetzt werden, ist allerdings bislang noch nicht untersucht worden.

Konzepte, wie ein Eingliederungsmanagement nach §167 SGB IX speziell für psychisch Kranke ausgestaltet sein könnte, sind von besonderer Bedeutung, liegen aber bislang nicht vor.

2.5.3 Qualität der Daten im Hinblick auf eine Quantifizierung des Ziels bzw. der Zielerreichung

Eine Beibehaltung des Aktionsfelds erscheint wichtig. Für eine mögliche Quantifizierung des Ziels fehlt es derzeit noch an klarer Verantwortlichkeit für die Umsetzung von Maßnahmen, an routinemäßig erhobenen Daten sowie an einer gesicherten Finanzierung für die Überprüfung der Zielerreichung.

Tabelle 5b: Darstellung der Datengrundlage zu den ausgewählten Indikatoren für das Aktionsfeld Rehabilitation (Härter et al., 2007) im Vergleich T_0 (Start der Maßnahmen) zu T_1 (aktueller Stand).

	T_0	T_1	Quelle
Daten zu Anzahl und Konkretisierungsgrad wissenschaftlich evaluierter Indikationskriterien für die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen	-	-	-
Daten zu real umgesetzten Maßnahmen zur Wiedereingliederung	-	-	-
Daten zu Zahl und Inhalt der erweiterten betrieblichen Eingliederungsmaßnahmen	-	-	-

-: keine Daten vorhanden; +: Daten vorhanden

2.5.4 Sicht der Arbeitsgruppe

Insgesamt ist im Bereich Rehabilitation im vergangenen Jahrzehnt eine Zunahme an Angeboten zu beobachten, allerdings in regional unterschiedlichem Maße. Die Qualität der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation ist insgesamt auf einem hohen Stand. Qualitätsunterschiede zwischen den Reha-Einrichtungen sollen mit Hilfe des internen Qualitätsmanagements und der externen Qualitätskontrolle reduziert werden.

2.6 VERSORGUNGSSTRUKTUR

Ziel 6:

Versorgungsstrukturen sind jedem und jeder depressiv Erkrankten bedarfsgerecht zugänglich.

2.6.1 Startermaßnahmen und Erfolgsindikatoren

Startermaßnahmen für das Aktionsfeld Versorgungsstruktur:

- Verträge zur Besonderen Versorgung nach §140a SGB V.
- Vernetzte Versorgungsstrukturen.

Das Ziel, die Versorgungsstrukturen jeder und jedem depressiv Erkrankten bedarfsgerecht zugänglich zu machen, fand im Rahmen der Bestandaufnahme bei einer Mehrheit der Mitglieder weiterhin Zustimmung.

2.6.2 Aktueller Stand der Datenquellen

Es gibt Hinweise auf regional nicht bedarfsgerechte Strukturen in der psychotherapeutischen Versorgung (Pietsch et al., 2014). So besteht ein Zusammenhang zwischen der psychiatrischen, nervenärztlichen und psychotherapeutischen Versorgungsdichte in einer Region und der Häufigkeit der in Routinedaten kodierte Depressionsdiagnosen (dokumentierte Depressionsprävalenz) (Erhart & von Stillfried, 2012). Es wird vermutet, dass in Regionen mit einem geringen psychiatrischen, nervenärztlichen und psychotherapeutischen Versorgungsangebot die Diagnose einer Depression deutlich seltener gestellt werden könnte, weil der Haus- und Facharztbene bekannt ist, dass zu wenige bzw. keine Behandlungsplätze zur Verfügung stehen. Umgekehrt ist es aber auch möglich, dass durch das stärkere Angebot in Regionen mit hoher Versorgungsdichte eine Überdiagnostik durch eine höhere Diagnostizierung subklinischer depressiver Verstimmungen induziert wird. Für beide Hypothesen fehlen bislang klare Belege (Erhart & von Stillfried, 2012).

Es liegt eine literatur- und expertengestützte Analyse der Versorgungspraxis von depressiv erkrankten Menschen in Deutschland vor;

diese Studie hatte zum Ziel, Versorgungsdefizite in der ambulanten Versorgung depressiv erkrankter Menschen in Deutschland zu identifizieren und Optimierungsmöglichkeiten zu eruieren (Radisch et al., 2013).

Für unzureichende Kooperation in der Versorgung identifizieren die Autorinnen und Autoren fachdisziplinübergreifend mehrere Gründe (Radisch et al., 2013):

1. Informationsdefizite: Angebote der Region außerhalb der medizinischen Versorgung – wie Beratungsstellen, Tagesstätten oder Selbsthilfegruppen – sind nicht nur den Patientinnen und Patienten, sondern auch den behandelnden Ärztinnen und Ärzten kaum bekannt und werden deshalb selten empfohlen. Dies erschwert v.a. Lotsen und Beraten der Patientinnen und Patienten.
2. Motivationsdefizite: Diese entstehen möglicherweise durch Konkurrenzängste (z.B. bei Überweisungen).
3. Zeitmangel und Aufwand: Mehr Zeit für Kooperation zu erübrigen wird aufgrund ihrer zeitlichen Auslastung von den Ärztinnen und Ärzten als schwierig angesehen. Hier spielt auch die fehlende Vergütung der (zusätzlichen) Zeit eine wichtige Rolle.
4. Zweifel am Zusatznutzen: Der Zusatznutzen von mehr Kooperation wird fachdisziplinübergreifend als eher gering eingeschätzt.
5. Technische und rechtliche Barrieren: Aus hausärztlicher und fachärztlicher Sicht behindern die Nutzung unterschiedlicher Software und damit verbundene Unsicherheiten über die einzuhaltenden Datenschutzvorschriften den Informationsaustausch.
6. Generelle Unstrukturiertheit der Kommunikation und Kooperation: Die informellen beruflichen Netzwerke der Behandelnden sind zufallsbedingt und begrenzt. Regeln für Zuständigkeiten, Informationspflichten und organisatorische Fragen sind nach Ansicht des Hausarzt-Expertinnen und -Experten kaum vorhanden.

Als Möglichkeiten zur Optimierung der Kooperation werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen (Radisch et al., 2013):

- die Bereitstellung von Informationen über regionale Versorgungsangebote,
- die aktive persönliche Vorstellung komplementärer Anbieter und Selbsthilfegruppen in den Praxen,
- technologische Lösungen (z.B. gemeinsame Standards für Praxissoftware, elektronische Patientenakte),
- Fortbildungen, Fallkonferenzen und Qualitätszirkel unter Beteiligung verschiedener Professionen.

In Deutschland vernetzt u.a. das Deutsche Bündnis gegen Depression Bemühungen für eine bessere Versorgung depressiv Erkrankter mit einem besonderen Fokus auf Suizidprävention (Hegerl et al., 2016).

In einer Bestandsaufnahme der Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland mit dem Schwerpunkt auf Inanspruchnahme-Muster und Kooperationen der Leistungserbringer, finanziert durch die Bundesärztekammer (BÄK), heißt es, dass Kooperationsbeziehungen regional sehr unterschiedlich seien (Ungewitter et al., 2010). Bei den vernetzten Versorgungsstrukturen würden die Krankenhäuser im ländlichen Raum eine größere Rolle bei der Vernetzung spielen als im städtischen Raum. Im Wesentlichen seien aber historisch gewachsene Strukturen entscheidend für Art und Umfang der Vernetzung. Insgesamt zeigte sich, dass die Kooperation der Niedergelassenen wenig interdisziplinär ausgerichtet war. Es fehle noch an Kooperationskonzepten. Faktoren, die die Kooperation qualitativ beeinflussten, bezogen sich auf: persönliche Beziehungen, Zeit, Vergütung, Verlässlichkeit, Konkurrenz, Ziele, gegenseitige Akzeptanz und Information (Ungewitter et al., 2010).

Ein innovatives und bislang in Deutschland einzigartiges Modell zur verbesserten Versorgung psychisch kranker Menschen stellte das Projekt

psychenet – Hamburger Netz psychische Gesundheit (www.psychenet.de, Laufzeit 2011–2015) mit seinen insgesamt elf Teilprojekten dar (Härter et al., 2012). Im Teilprojekt Gesundheitsnetz Depression sollten innerhalb eines Behandlernetzwerks, bestehend aus Hausärztinnen und Hausärzten, Psychiaterinnen und Psychiatern, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie stationären Einrichtungen, Patientinnen und Patienten mit depressiven Erkrankungen frühzeitig erkannt und in eine fachgerechte, leitlinienorientierte Behandlung weitergeleitet werden. Personen mit leichter, mittelgradiger oder schwerer Depression wurden durch eine optimierte Diagnostik, Indikationsstellung und Behandlung nach einem gestuften Vorgehen (Stepped Care) entsprechend den Leitlinienempfehlungen behandelt (Härter et al., 2015; Heddaeus et al., 2015; Härter et al., 2018). Der oder die zuständige Behandelnde führte regelmäßige Monitoringtermine durch, um zeitnah zu erkennen, ob die Patientin bzw. der Patient auf der entsprechenden Behandlungsstufe des Stepped-Care-Modells adäquat behandelt wird. War dies nicht mehr der Fall, konnte die Patientin bzw. der Patient, nach aktueller Erkrankungssituation und den individuellen Bedürfnissen entsprechend, gemäß den Vorgaben der nächsthöheren oder -niedrigeren Stufe behandelt werden. Dieses Vorgehen verband eine weitgehend patientenorientierte „individuelle“ Medizin mit dem Vorgehen nach den evidenzbasierten Empfehlungen der „S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression“ (DGPPN et al., 2015). Die gestufte Behandlung beinhaltete insgesamt sechs Behandlungsoptionen von unterschiedlicher Intensität.

Die begleitende Evaluationsstudie ergab, dass über 90 ambulante und stationäre Partnerinnen und Partner mit über 600 Patientinnen und Patienten das gestufte Versorgungsmodell gut aufgenommen haben (Härter et al., 2015; Heddaeus et al., 2015). Die Kommunikation im Gesundheitsnetz wurde mittels einer innovativen Überweisungs- und Platzvergabeplattform stark verbessert. Die teilnehmenden Partnerinnen und Partner profitierten von der verbesserten Infrastruktur, den Netzfortbildungen und Qualitätszirkeln.

Tabelle 6a: Aktueller Stand zu Datenquellen für das Aktionsfeld Versorgungsstruktur, unter Berücksichtigung der im Evaluationskonzept (Härter et al., 2007) benannten möglichen Datenquellen – hier mit * gekennzeichnet.

Aktionsfeld: Versorgungsstruktur	Datenquelle
Bund*	Pietsch et al., 2014; Rattay et al., 2013
Land*	Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2017
Kommune	–
Kostenträger*	–
Siehe Tabelle A im Anhang (ausgewählte IV-Verträge)	–
Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung	Erhart & von Stillfried, 2012
Leistungserbringer	–
Fachverbände*	–
Wissenschaft*	
Deutsches Bündnis gegen Depression (DBGD)*	Hegerl et al., 2016
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	Härter et al., 2015; Heddaeus et al., 2015; Melchior et al., 2015; Härter et al., 2018
Leuphana Universität Lüneburg, Medizinische Hochschule Hannover, Universität Zürich	Radisch et al., 2013

Die im Evaluationskonzept (Härter et al., 2007) benannten und geforderten Datenquellen der Fachverbände im Hinblick auf real umgesetzte Verträge im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung nach §73 b SGB V und der Integrierten Versorgung bzw. der Besonderen Versorgung nach §140a SGB V liegen nicht in aggregierter Form vor.

Die Ergebnisse einer Recherche (Quelle: integrierte-versorgung.psychenet.de, Stand: 25. Mai 2016) zu ausgewählten IV-Verträgen findet sich im Anhang (Tabelle 9).

Aktuell werden, gefördert aus dem Innovationsfonds der Bundesregierung und der Strukturförderung des BMBF, neue vernetzte Projekte auch für Patientinnen und Patienten mit depressiven Erkrankungen regional erprobt (z.B. www.ham-net.de).

Tabelle 6b: Darstellung der Datengrundlage zu den ausgewählten Indikatoren für das Aktionsfeld Versorgungsstruktur (Härter et al., 2007) im Vergleich T_0 (Start der Maßnahmen) zu T_1 (aktueller Stand).

	T_0	T_1	Quelle
Daten zu Anzahl und Schwerpunkten von Netzwerken, Teilnehmerinnen und Teilnehmern, Patientinnen und Patienten	-	+	Pietsch et al., 2014
Daten zu Effektivitätsmaßen (Wirksamkeit der Behandlung) und Evaluationsergebnissen von leitlinienorientierter Diagnostik und Behandlungsmaßnahmen	-	+	Radisch et al., 2013
Daten zu bedarfsgerechten Zugangswegen	-	-	Erhart & von Stillfried, 2012
Daten zu abgestimmten Gesamtbehandlungsprozessen	-	+	Härter et al., 2015; Heddaeus et al., 2015; Melchior et al., 2015
Daten zur Qualität der Beteiligung der Patientenselbsthilfe bei Gestaltung von IV-Verträgen	-	-	

-: keine Daten vorhanden; +: Daten vorhanden

2.6.3 Qualität der Daten im Hinblick auf eine Quantifizierung des Ziels bzw. der Zielerreichung

Trotz festzustellender positiver Entwicklungen gibt es weiterhin Bedarf an einer verbesserten Beteiligung der Patientenselbsthilfe bei der Gestaltung von Verträgen zur Besonderen Versorgung. Für eine mögliche Quantifizierung des Ziels fehlt es derzeit noch an klarer Verantwortlichkeit für die Umsetzung von Maßnahmen, an routinemäßig erhobenen Daten sowie an einer gesicherten Finanzierung für die Überprüfung der Zielerreichung.

2.6.4 Sicht der Arbeitsgruppe

Im zurückliegenden Jahrzehnt ist die Bildung von vernetzten Strukturen deutlich fortgeschritten. Im Rahmen von Modellprojekten und IV-Verträgen sind regionale Versorgungsstrukturen mit verschiedenen Leistungsanbietern entstanden, und es haben sich auch zahlreiche Netzwerke regionaler Leistungsanbieter zusammengefunden (z.B. Ärztenetze, Psychotherapeutennetze). Die Bereitschaft, vernetzte Strukturen herzustellen, ist im letzten Jahrzehnt deutlich gestiegen und hat auch zu guten Kooperationsformen geführt.

Die Zahl der Anbieter ist deutlich angewachsen. Diese Daten sind über die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und das RKI erhältlich.

3 FAZIT



3 FAZIT

Die vorliegende Recherche hatte zum Ziel, das 2006 erstellte Evaluationskonzept zum Nationalen Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ hinsichtlich der Verfügbarkeit von Datenquellen, der Identifikation von Datenlücken sowie der Identifikation von Best-Practice-Modellen zu überprüfen. Insbesondere für das Aktionsfeld (2) Prävention konnten (Routine-)Datenquellen im Längsschnitt identifiziert werden – zu Inzidenz- und Prävalenzraten depressiver Erkrankungen und deren Folgen (z.B. Anzahl Suizidversuche). Für die Aktionsfelder (1) Aufklärung, (3) Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie sowie (6) Versorgungsstruktur standen zwar nicht zum Start der Maßnahmen, aber im Laufe der letzten Jahre ausgewählte querschnittliche Datenquellen zur Verfügung. Es handelt sich hierbei um Studien und Praxiserfahrungen, die im Wesentlichen von Kostenträgern und der Wissenschaft zur Verfügung gestellt werden konnten. Diese haben aufgrund ihrer überwiegend regionalen Fokussierung allerdings nur eine eingeschränkte Aussagekraft.

Für die Aktionsfelder (4) Stärkung der Patient/inn/en und Betroffenen und (5) Rehabilitation lässt sich am ehesten ein Nachholbedarf bei der Generierung von Daten und beim Aufbau von Datenquellen feststellen. Sofern entsprechende Datenquellen vorliegen, sind diese häufig nicht zur Evaluation und Bewertung der relevanten Erfolgsindikatoren geeignet.

Nach den nun vorliegenden Erfahrungen mit dem Versuch einer Evaluation, sollten zwei Kategorien von Indikatoren unterschieden werden: einerseits Indikatoren, die aufgrund einer verlässlichen Datengrundlage mit vertretbarem Aufwand – auch schon in den vergangenen zehn Jahren – quantitativ gemessen und beobachtet werden können (z.B. für die Teilziele Aufklärung und Prävention), und solche Indikatoren, bei denen eher ein qualitativer Zugang (z.B. für das Teilziel Stärkung der Patient/inn/en und Angehörigen) angemessen ist.

Abschließend soll ein tabellarischer Überblick gegeben werden über die zu T_0 (Härter et al., 2007) vorgeschlagenen und zu T_1 (2016/17) im Abgleich tatsächlich vorliegenden Datenquellen. Tabelle 7 fasst die Datengrundlage zu den ausgewählten Indikatoren für die sechs Aktionsfelder im Vergleich T_0 (Start der Maßnahmen) zu T_1 (aktueller Stand) zusammen.

Tabelle 7: Darstellung der Datengrundlage zu den ausgewählten Indikatoren für die sechs Aktionsfelder im Vergleich T_0 (Start der Maßnahmen) zu T_1 (aktueller Stand).

Aktionsfeld	T_0	T_1	Quelle
Aufklärung			
Daten zur Qualität und Quantität der zielgruppenspezifischen Informationen	-	+	IQWiG,(o. J.); DGPPN et. al., 2015
Daten zum Informationsstand der breiten Bevölkerung sowie entsprechender Schlüsselpersonen	-	+	Mnich et al., 2015; Mnich et al., 2015; von dem Knesebeck et al., 2013
Daten zum Durchdringungsgrad der regionalen Bündnisse gegen Depression	-	+	Cibis et al., 2008
Daten zur Nutzbarkeit und Akzeptanz von Aufklärungskampagnen für Betroffene und Interessierte	-	+	Tlach et al., 2016
Daten zum Grad der sozialen Distanzierung bzw. Akzeptanz psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung	-	+	Angermeyer et al., 2015
Prävention			
Daten zu Anzahl und Inhalten der Angebote zur Gesundheitsförderung in Kitas, Schulen und zur Unterstützung der Kinder psychisch kranker Eltern in Deutschland	-	-	-
Daten zu Anzahl und Nutzenden bei Angeboten des betrieblichen Arbeitsschutzes	-	-	-
Daten zu Inhalten und Qualität von Medienberichten zum Thema Suizid	-	+	Stiftung Deutsche Depressionshilfe, 2009

Daten zur Anzahl von Suizidraten	+	+	Nationales Suizid Präventionsprogramm, 2019; Statistisches Bundesamt, 2009; Statistisches Bundesamt, 2016
Daten zu Inzidenz- und Prävalenzraten depressiver Erkrankungen	+	+	Jacobi et al., 2014; Wittchen et al., 2010
Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie			
Daten zu Leitlinien	-	+	DGPPN et al., 2015
Daten zur Aktualität der Leitlinien	-	+	DGPPN et al., 2015
Daten bzw. Erkenntnisse zu expliziten Implementierungs- und Evaluationsstrategien	-	+	Härter et al., 2015; Härter et al., 2018
Daten zur Nutzung und Akzeptanz der Leitlinien in der Praxis	-	+	Heddaeus et al., 2015
Daten zu Indikatoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	-	+	Härter et al., 2015
Stärkung der Patient/inn/en und Betroffenen			
Daten zu Art, Anzahl, Inhalten und Teilnehmenden von Fortbildungsprogrammen zur „Partizipativen Entscheidungsfindung“ in Deutschland	-	-	-
Daten zur Anzahl spezifisch weiter- und fortgebildeter relevanter Berufsgruppen (Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Pflegekräfte sowie Mitarbeitende in beratungs- und Versorgungseinrichtungen)	-	+	Loh et al., 2004
Daten zu Art und Intensität der spezifischen Inhalte zur Patientenbeteiligung in den jeweiligen Aus-, Fort- und Weiterbildungscurricula	-	-	-
Rehabilitation			
Daten zu Anzahl und Konkretisierungsgrad wissenschaftlich evaluierter Indikationskriterien für die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen	-	-	-
Daten zu real umgesetzten Maßnahmen zur Wiedereingliederung	-	-	-
Daten zu Zahl und Inhalt der erweiterten betrieblichen Eingliederungsmaßnahmen	-	-	-

Versorgungsstrukturen

Daten zu Anzahl und Schwerpunkten von Netzwerken, Teilnehmenden, Patient/inn/en	-	+	Pietsch et al., 2014
Daten zu Effektivitätsmaßen (Wirksamkeit der Behandlung) und Evaluationsergebnissen von leitlinienorientierter Diagnostik und Behandlungsmaßnahmen	-	+	Radisch et al., 2013
Daten zu bedarfsgerechten Zugangswegen	-	-	Erhart & von Stillfried, 2012
Daten zu abgestimmten Gesamtbehandlungsprozessen	-	+	Härter et al., 2015; Heddaeus et al., 2015; Melchior et al., 2015
Daten zur Qualität der Beteiligung der Patientenselbsthilfe bei Gestaltung von IV-Verträgen	-	-	-

-: keine Daten vorhanden; +: Daten vorhanden

4 SCHLUSSFOLGERUNGEN ZU DEN TEILZIELEN UND IHREN STARTERMASSNAHMEN



4 SCHLUSSFOLGERUNGEN ZU DEN TEILZIELEN UND IHREN STARTERMAßNAHMEN

Teilziel Aufklärung:

- Die besondere Berücksichtigung von sozial benachteiligten Gruppen sollte im Hinblick auf Veränderungen hinsichtlich Einstellungen und Wissen über depressive Erkrankungen in den Maßnahmenkatalog des Teilziels Aufklärung Eingang finden.
- Der Bekanntheitsgrad von bisher durchgeführten und evaluierten Aufklärungskampagnen in der Allgemeinbevölkerung beträgt 7,3%. Die damit möglicherweise als gering einzustufende Nachhaltigkeit der Maßnahmen dieses Teilziels ist als kritisch anzusehen.
- Es fehlen bislang längsschnittliche Erhebungen, die Aussagen zu Wirkmechanismen, bezogen z.B. auf Veränderungen von Einstellungen und Wissen über depressive Erkrankungen, erlauben würden.

Teilziel Prävention:

- Es waren in den vergangenen zehn Jahren und werden voraussichtlich auch zukünftig Routinedaten (BGS, DEGS, Statistische Landesämter) vorhanden sein zu Inzidenz-, Prävalenz- und Suizidraten, die als Erfolgsindikatoren für die Umsetzung der Startermaßnahmen des Teilziels herangezogen werden können.
- Beratungs- und Hilfsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern existieren, müssen aber zukünftig noch evaluiert werden.
- Bislang gibt es nur eine randomisierte kontrollierte primärpräventive Maßnahme an Schulen.
- Anleitung für eine sensible Berichterstattung, um Nachahmungssuizide zu verhindern, existiert im Rahmen eines Medienguides, der bislang in Bezug auf Wirkmechanismen noch nicht evaluiert wurde. Bekannt und ausreichend wissenschaftlich belegt ist diesbezüglich jedoch der „Werther-Effekt“ (Nachahmungssuizide bei Veröffentlichung von Suiziden samt konkreter Methode).

Teilziel Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie:

- Die Startermaßnahme zur Implementierung einer Leitlinie konnte umgesetzt werden.
- Eine flächendeckendere Umsetzung der Leitlinie bleibt eine Herausforderung für die Zukunft.

Teilziel Stärkung der Patient/inn/en und Betroffenen:

- Evaluierungen von Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Behandelnde zur Vertiefung kommunikativer Kompetenzen für den Umgang mit depressiv Erkrankten und deren Angehörigen liegen bislang noch nicht vor.
- In den Curricula der Medizinstudiengänge werden zunehmend auch Kompetenzen in Gesprächsführung vermittelt.
- Es fehlen Indikatoren, die aufgrund einer verlässlichen Datengrundlage mit vertretbarem Aufwand (auch schon in den vergangenen zehn Jahren) quantitativ gemessen und beobachtet werden können.

Teilziel Rehabilitation:

- Der Startermaßnahme Weiterentwicklung der Indikationskriterien für Reha-Maßnahmen wurde im Rahmen des oben beschriebenen Positionspapiers und des Leitfadens Rechnung getragen. Inwieweit diese Erweiterungen der Indikationskriterien für Reha-Maßnahmen umgesetzt werden, ist jedoch bislang noch nicht untersucht worden.
- Eine Erweiterung bzw. Spezifizierung des Eingliederungsmanagements nach §84 SGB IX um „Psychische Belastungen am Arbeitsplatz“ wäre hilfreich.

Teilziel Versorgungsstruktur:

- Die im Evaluationskonzept (Härter et al., 2007) benannten und geforderten Datenquellen der Fachverbände im Hinblick auf real umgesetzte Verträge im Rahmen der hausärztlichen Versorgung

nach §73 b SGB V der Integrierten Versorgung bzw. der Besonderen Versorgung nach §140a SGB V liegen bislang nicht in aggregierter Form vor.

- Aktuell werden, gefördert aus dem Innovationsfonds der Bundesregierung und der Strukturförderung des BMBF, neue vernetzte Projekte auch für Patientinnen und Patienten mit depressiven Erkrankungen regional erprobt (z.B. www.ham-net.de).

5 AUSBLICK



5 AUSBLICK

Am Schluss stellt sich die Frage, in welchem Maße die einmal gefassten (Teil-)Ziele erreicht wurden. Das Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ ist im vergangenen Jahrzehnt überwiegend vorangekommen. Insbesondere wurden Maßnahmen ergriffen, die den Aktionsfeldern Aufklärung, Prävention, Diagnostik und Versorgung zuzuordnen sind. Andererseits deutet die Datenlage darauf hin, dass derzeit für eine Quantifizierung der Aktionsfelder wichtige Kriterien (u.a. klare Verantwortlichkeit für die Umsetzung von Maßnahmen, routinemäßig erhobenen Daten sowie eine gesicherte Finanzierung für die Überprüfung der Ziele) noch oft fehlen.

Daraus folgt für den Gesundheitsziele-Prozess: Die Aktionsfelder sind im Hinblick auf ihre Quantifizierung zu überprüfen und je nach Eignung in Teilbereiche zu gliedern (Quantifizierung vs. qualitativer Zugang).

Als Empfehlung für Akteurinnen und Akteure und Gremien des Gesundheitsziele-Prozesses wird formuliert, dass diese auf den Ausbau der prioritären Aktionsfelder und auf die Einrichtung einer Koordinierungsstelle zur Erarbeitung regelmäßiger Feldberichte über die Entwicklung der Aktionsfelder hinwirken sollten.

6 ANHANG



6 ANHANG

Im Folgenden finden sich die identifizierten Beispiele und Best-Practice-Modelle, die Hinweise auf Entwicklungen seit Verabschiedung des Gesundheitsziels geben sollen. Die Liste soll in erster Linie eine Reihe von Beispielen nennen, und es muss einschränkend darauf hingewiesen werden, dass manche dieser Projekte ausgelaufen sind oder möglicherweise auslaufen.

Tabelle 8: Best-Practice-Modelle in den einzelnen Aktionsfeldern

<p>psychnet (Härter et al., 2012)</p>	<p>Aktionsfeld: Aufklärung Zielgruppe: Allgemeinbevölkerung Laufzeit: 2011-2015 Transfer 2016-2018 Beschreibung: Die Medienkampagne vermittelte über Filme, Broschüren und Plakate auf emotionale Weise zielgruppenorientierte und krankheitsspezifische Informationen über psychische Erkrankungen. Alle Materialien weisen auf psychnet.de sowie einen Hotline-/Skype-Service hin, über die sich die Hamburger Bevölkerung über psychische Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten informieren oder gezielt beraten lassen kann. Für Betroffene und Angehörige sollte das Internetportal (psychnet.de) innovative Materialien zur Information und Entscheidungshilfe sowie niedrigschwellige Selbsthilfeprogramme und Symptom-Checklisten bereitstellen.</p>
<p>Deutsches Bündnis gegen Depression (Cibis et al., 2008)</p>	<p>Aktionsfeld: Aufklärung Zielgruppe: Allgemeinbevölkerung Laufzeit: unbefristet Beschreibung: 2016 existierten über 80 regionale Bündnisse. Folgende Botschaften werden vermittelt: Depression kann jeden treffen, Depression</p>

LARS und LISA (Pössel, Horn, Seemann, & Hautzinger, 2004; Pössel et al., 2008)

hat viele Gesichter, Depression ist behandelbar. Das Ziel ist eine verbesserte Versorgung, durch Intervention: Kooperation und Fortbildung der Hausärztinnen und Hausärzte, Öffentlichkeitsarbeit, Schulungen von Multiplikatoren und Multiplikatorinnen, Unterstützungsangebote für Betroffene und Angehörige.

Aktionsfeld:

PräventionZielgruppe:

Schülerinnen und Schüler

Laufzeit:

unbefristet

Beschreibung:

Trainingsprogramm zur Prävention von Depression bei Jugendlichen. Übergreifendes Ziel des Programms ist, den Schülerinnen und Schülern zu vermitteln, dass sie durch ihren eigenen Einsatz und ihr eigenes Tun ihr Leben positiv gestalten können und nicht ihrem Schicksal ausgeliefert sind. Anhand der zwei Figuren Lars und Lisa beschäftigen sich die Jugendlichen mit Themen wie:

- sich Ziele setzen
- Einfluss von Gedanken auf Gefühle und das eigene Verhalten
- Strategien zu erlernen, wie sie sich in unterschiedlichen Situationen verhalten können (Erlernen von sozialen Kompetenzen)

Nationales Suizid-Präventions-Programm (NaSPro) (Suizidprävention, Stand: 30. Mai 2016)

Aktionsfeld:

Prävention

Zielgruppe:

diverse Zielgruppen

Laufzeit:

unbefristet

Beschreibung:

Verschiedene Arbeitsgruppen beschäftigen sich im Rahmen des NaSPro mit den Problemfeldern Primärprävention, Umwelt, Arbeitsplatz, Medien und Öffentlichkeitsarbeit, Awareness psychiatrischer Erkrankungen, Kinder und Jugendliche, alte Menschen, Angehörige, spezifische Risikogruppen, spezifische psychische Erkrankungen, Suchterkrankungen, Akutversorgung, niedrigschwellige Angebote, Vernetzung, Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie mit Recht und geschlechtsspezifischen Fragen.

Gesundheitsnetz Depression (GND), psychenet (Härter et al., 2015; Heddaeus et al., 2015; Härter et al., 2018)

Aktionsfeld:

Diagnostik, Indikationsstellung, Therapie und Versorgungsstruktur

Zielgruppe:

Hausärztinnen und Hausärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychiaterinnen und Psychiater

Online-Diskussionsforum,
Stiftung Deutsche
Depressionshilfe (Blume et
al., 2009)

Projekt "Verrückt? Na und!"
(Conrad, Heider, Schomerus,
Angermeyer, & Riedel-Heller,
2010; Corrieri, Conrad, &
Riedel-Heller, 2014; Ravens-
Sieberer & Klasen, 2014;
Schulze, Richter-Werling,
Matschinger, & Angermeyer,
2003)

Laufzeit:

2011-2015

Beschreibung:

Ziel des GND ist die Verbesserung der Depressionsversorgung mithilfe optimierter Früherkennung und Diagnostik, schweregrad-spezifischer Indikationsstellung und leitliniengerechter, gestufter Behandlung.

Aktionsfeld:

Stärkung der Patient/inn/en

Zielgruppe:

Betroffene, Angehörige

Laufzeit:

unbefristet

Beschreibung:

Im Online-Forum haben User die Möglichkeit, sich mit anderen zu folgenden Themen auszutauschen: Umgang mit der Krankheit, Pharmakotherapie (Medikamente), Psychotherapie, andere Therapieverfahren, Literatur, Film und Fernsehen, Angehörige, Arbeit, Ämter und Renten, Beziehungen im Forum.

Aktionsfeld:

Aufklärung, Stärkung der Patient/inn/en

Zielgruppe:

Schüler/innen zwischen 13 und 25 Jahren aller Schulrichtungen, Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen, Multiplikator/inn/en: Lehrkräfte, Schulsozialarbeiter/inn/en und Schulpsycholog/inn/en, Eltern, Mitarbeitende der sozialpsychiatrischen Versorgung, in Verbänden, Vereinen und Ämtern auf kommunaler und Landesebene

Laufzeit:

unbefristet

Beschreibung:

Das Projekt will aufklären, Veränderungen anregen und Unterstützungsangebote aufzeigen. Ziel ist es, zu vermitteln, dass seelische Krisen zum Leben gehören und dass es Hilfe gibt. Angesprochen werden Schulen und andere Bildungseinrichtungen, sich für das Thema zu öffnen, Aktivitäten zur Förderung der seelischen Gesundheit zu entfalten und sich mit kommunalen Einrichtungen zur Hilfe und Beratung von Heranwachsenden zu vernetzen. Schüler/innen und Lehrkräfte sollen mit einem Team von fachlichen und persönlichen Expert/inn/en (Menschen, die selbst psychische Krisen gemeistert haben) klassenweise

- Warnsignale seelischer Krisen kennenlernen,
- über verschiedene jugendtypische Bewältigungsstrategien sprechen,
- bestehende Ängste und Vorurteile gegenüber seelischen Krisen hinterfragen und verringern,
- erfahren, wer und was helfen kann.

Hauptträger des Programms sind Irrsinnig Menschlich e.V., Barmer und die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) des nationalen Kooperationsverbundes *gesundheitsziele.de*. Irrsinnig Menschlich e.V. ist als Initiator verantwortlich für Konzeption und Qualitätsmanagement. Die konkrete Umsetzung erfolgt durch regionale Kooperationspartner (Trägern der psychosozialen Versorgung, die auch eng mit kommunalen Hilfsangeboten vernetzt sind).

Finanziell unterstützt wird das Programm vom bundesweiten Präventionspartner BARMER und der SKala-Initiative. Auf regionaler Ebene beteiligen sich die Deutschen Rentenversicherungen Baden-Württemberg, Nord, Rheinland-Pfalz, Rheinland, Hessen, Oldenburg-Bremen, Bayern Süd, Schwaben, Nordbayern, sowie die Unfallkassen Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg und Hessen, die Stadt Leipzig und die Barbara und Wilfried Mohr-Stiftung. Von den teilnehmenden Schulen wird ein Eigenanteil von ca. 100 Euro erhoben, dieser richtet sich nach den regionalen Finanzierungsstrukturen (Persönliche Mitteilung, 2. Januar 2019).

Tabelle 9: Ausgewählte IV-Projekte

Auch im folgenden Abschnitt kann nur eine Auswahl an Beispielen benannt werden, die zum Erscheinungszeitpunkt des Berichtes möglicherweise nicht mehr aktuell ausgeübt werden. Dennoch sind die Erfahrungen aus diesen Projekten wertvoll und können genutzt werden.

<p>Gesundheitsnetz Psychose</p>	<p>Verbesserte Früherkennung und Frühbehandlung durch Aufklärung, Fortbildung und Errichtung eines Behandlungsnetzwerks mit Früherkennungsmandat und Integrierter Versorgung</p> <p>Diagnostische Indikation: Schizophrenie-Spektrumsstörungen, Bipolare Störungen, Unipolare Depression</p> <p>Vergütungsmodell: Modellprojekt: das Modell läuft seit dem 1. Mai 2007</p> <p>Krankenkasse: DAK Gesundheit, HEK, IKK Classic, AOK Rheinland/Hamburg.</p> <p>Gründer/ Initiatoren: Arbeitsbereich Psychosen, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Martinistrasse 52, 20246 Hamburg</p>
<p>Integrierte Versorgung Depression</p>	<p>Diagnostische Indikation: Bipolare Störungen, Unipolare Depression, Angststörungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen</p> <p>Vergütungsmodell: Einzelleistungsvergütung</p> <p>Krankenkasse: Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK Gesundheit)</p> <p>Gründer/Initiatoren: Asklepios Klinik Harburg, Zentrum für seelische Gesundheit, Dr. Hans-Peter Unger, Eißendorfer Pferdeweg 52, 21075 Hamburg</p>
<p>Integrierte Versorgung seelische Gesundheit für Menschen mit psychischer Erkrankung in Hamburg und Schleswig-Holstein</p>	<p>Diagnostische Indikation: Schizophrenie, Schizophrenie-Spektrumsstörungen, Bipolare Störungen, Unipolare Depression, Angststörungen, Zwangsstörungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen, Somatoforme Störungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Indikationen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Hyperkinetische Störungen</p> <p>Vergütungsmodell: Capitation-Modell (Kopfpauschale)</p>

IV Verträge SeGeL und NWpG zur ambulanten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Netzwerk Integrierte Versorgung – seelische Gesundheit

Netzwerk psychische Gesundheit (NWpG), Seelische Gesundheit leben (SeGel), Qualitätsnetzwerk psychiatrische Versorgung (QpV)

Krankenkasse:

AOK Rheinland/ Hamburg, Betriebskrankenkasse (BKK), Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK Gesundheit), KKH-Allianz, Techniker Krankenkasse (TK)

Gründer/ Initiatoren:

Abitato Managementgesellschaft seelische Gesundheit
Adelheidstr. 10, 24103 Kiel

Diagnostische Indikation:

Schizophrenie, Schizophrenie-Spektrumsstörungen, Bipolare Störungen, Unipolare Depression, Angststörungen, Zwangsstörungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen, Somatoforme Störungen, Persönlichkeitsstörungen

Vergütungsmodell:

Fallpauschalen

Krankenkasse:

AOK Bremen/Bremerhaven, Betriebskrankenkasse (BKK), KKH-Allianz, Techniker Krankenkasse (TK)

Gründer/Initiatoren:

Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste
Waller Heerstrasse 103, 28219 Bremen

Diagnostische Indikation:

alle psychischen Störungen, Schizophrenie, Schizophrenie-Spektrumsstörungen, Bipolare Störungen, Unipolare Depression, Angststörungen, Zwangsstörungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen Somatoforme Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Indikationen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Hyperkinetische Störungen

Vergütungsmodell:

Fallpauschalen

Krankenkassen:

AOK Rheinland/Hamburg, BIG direkt gesund, Betriebskrankenkasse (BKK), Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK Gesundheit), KKH-Allianz, Techniker Krankenkasse (TK)

Gründer/Initiatoren:

Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll für Abitato Managementgesellschaft, Fuhrsbütteler Damm 83-85, 22335 Hamburg

Diagnostische Indikation:

alle psychischen Störungen

Vergütungsmodell:

Capitation-Modell (Kopfpauschale)

NetzWerk psychische Gesundheit am UKE in Hamburg

Krankenkasse:

Betriebskrankenkasse (BKK), KKH-Allianz, Techniker Krankenkasse (TK)

Gründer/Initiatoren:

AGEMA GmbH, Weenderlandstr. 29, 37073 Göttingen

Diagnostische Indikation:

Schizophrenie, Schizophrenie-Spektrumsstörungen, Bipolare Störungen, Unipolare Depression, Angststörungen, Zwangsstörungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen

Vergütungsmodell:

Capitation-Modell (Kopfpauschale)

Krankenkasse:

KKH-Allianz, Techniker Krankenkasse (TK)

Gründer/Initiatoren:

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Martinistraße 52, 20246 Hamburg

NetzWerk psychische Gesundheit zur Integrierten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Niedersachsen

Diagnostische Indikation:

Schizophrenie, Schizophrenie-Spektrumsstörungen, Bipolare Störungen, Unipolare Depression, Angststörungen, Zwangsstörungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen, Somatoforme Störungen, Persönlichkeitsstörungen

Vergütungsmodell:

Capitation-Modell (Kopfpauschale)

Krankenkasse:

KKH-Allianz, Techniker Krankenkasse (TK)

Gründer/Initiatoren:

IVP Networks GmbH, Lübecker Straße 126, 22087 Hamburg

PIBB Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg

Diagnostische Indikation:

alle psychischen Störungen

Vergütungsmodell:

Einzeelleistungsvergütung

Krankenkasse:

AOK Nordost – Berlin, AOK Nordost – Brandenburg, AOK Nordost Mecklenburg Vorpommern, Betriebskrankenkasse (BKK), Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK Gesundheit)

Gründer/Initiatoren:

Dr. Norbert Mönter, Tegeler Weg 4, 10589 Berlin

plan-b – Integrierte Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen

Diagnostische Indikation:

Schizophrenie, Schizophrenie-Spektrumsstörungen, Bipolare Störungen, Unipolare Depression, Angststörungen, Zwangsstörungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen

	<p>Vergütungsmodell: Erfolgs-Modell (Capitation & Prämie)</p> <p>Krankenkasse: Betriebskrankenkasse (BKK), Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK Gesundheit), KKH-Allianz, Techniker Krankenkasse (TK)</p> <p>Gründer/Initiatoren: Medizinisch-therapeutisches Versorgungszentrum Dresden gGmbH Fetscherstraße 10, 01307 Dresden</p>
<p>Regionales Budget Psychiatrie im Kreis Steinburg</p>	<p>Diagnostische Indikation: alle psychischen Störungen</p> <p>Vergütungsmodell: Regionalbudget</p> <p>Krankenkasse: AOK Nordwest /Westfalen-Lippe, IKK, IKK Nord, Barmer Ersatzkasse (BEK), Betriebskrankenkasse (BKK), Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK Gesundheit), Hanseatische Krankenkasse (HEK), Innungskrankenkasse (IKK), Techniker Krankenkasse (TK)</p> <p>Gründer/Initiatoren: Zentrum für Psychosoziale Medizin des Klinikums Itzehoe Robert-Koch-Str. 2, 25524 Itzehoe</p>
<p>stattkrankenhaus</p>	<p>Diagnostische Indikation: alle Suchtstörungen, Schizophrenie, Schizophrenie-Spektrumsstörungen, Bipolare Störungen, Unipolare Depression</p> <p>Vergütungsmodell: Capitation-Modell (Kopfpauschale)</p> <p>Krankenkasse: Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK Gesundheit)</p> <p>Gründer/Initiatoren: Pfalzkrankenhaus, Weinstraße 100, 76889 Klingenmünster</p>
<p>Vertrag zur Integrierten Versorgung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen (BKK Psychiatrievereinbarung)</p>	<p>Diagnostische Indikation: Demenzen, Schizophrenie, Schizophrenie-Spektrumsstörungen, Bipolare Störungen, Unipolare Depression, Angststörungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen</p> <p>Vergütungsmodell: Einzelleistungsvergütung, Fallpauschalen</p> <p>Krankenkasse: Betriebskrankenkasse (BKK)</p> <p>Gründer/Initiatoren: IVPNetworks GmbH, Lübecker Straße 126, 22087 Hamburg</p>

Vertrag zur Integrierten
Versorgung von Versicherten
mit psychischen Erkrankungen
(Deutsche BKK und BKK
Mobil Oil)

Diagnostische Indikation:

Schizophrenie, Schizophrenie-Spektrumsstörungen, Bipolare
Störungen, Unipolare Depression, Angststörungen, Belastungs-
und Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen

Vergütungsmodell:

Einzeleistungsvergütung, Fallpauschalen

Krankenkasse:

Betriebskrankenkasse (BKK)

Gründer/Initiatoren:

IVPNetworks GmbH, Lübecker Straße 126, 22087 Hamburg

7 LITERATUR



7 LITERATUR

- Adamson, B. C., Ensari, I., & Motl, R. W. (2015). Effect of exercise on depressive symptoms in adults with neurologic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 96(7), 1329–1338. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2015.01.005>
- Althaus, D., Niklewski, G., Schmidtke, A., & Hegerl, U. (2007). Veränderung der Häufigkeit suizidaler Handlungen nach zwei Jahren „Bündnis gegen Depression“. *Der Nervenarzt*, 78(3), 272–276, 278–280, 282. <https://doi.org/10.1007/s00115-005-2031-5>
- Angermeyer, M. C., Daubmann, A., Wegscheider, K., Mnich, E., Schomerus, G., & von dem Knesebeck, O. (2015). The relationship between biogenetic attributions and desire for social distance from persons with schizophrenia and major depression revisited. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(4), 335–341. <https://doi.org/10.1017/S2045796014000262>
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Schomerus, G. (2013). Public attitudes towards people with depression in times of uncertainty: results from three population surveys in Germany. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(9), 1513–1518. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0618-2>
- Arensman, E., Koburger, N., Larkin, C., Karwig, G., Coffey, C., Maxwell, M., ... Hegerl, U. (2015). Depression Awareness and Self-Management Through the Internet: Protocol for an Internationally Standardized Approach. *JMIR Research Protocols*, 4(3), e99. <https://doi.org/10.2196/resprot.4358>
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (Hg.). (2017). Bericht zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern, Schwerpunkt Depression. München: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege.
- Beck, D., Berger, S., Breutmann, N., Fergen, A., Gregersen, S., Morschhäuser, M., ... Theiler, A. (2016). Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung. Berlin: Leitung des GDA-Arbeitsprogramms Psyche, Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

- Berk, M., Sarris, J., Coulson, C., & Jacka, F. N. (2013). Lifestyle management of unipolar depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(Supplement 443), 38–54. <https://doi.org/10.1111/acps.12124>
- Bermejo, I., Klärs, G., Böhm, K., Hundertmark-Mayser, J., Lampert, T., Maschewsky-Schneider, U., & Härter, M. (2009). Evaluation des nationalen Gesundheitsziels „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 52(10), 897–904. <https://doi.org/10.1007/s00103-009-0939-9>
- BKK Dachverband (BKK) (Hg.) (2014). BKK-Gesundheitsreport 2014. [Knieps, F. & Pfaff, H. (Hg.) *Gesundheit in Regionen. Zahlen, Daten, Fakten.*] Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Blume, A., Mergl, R., Niedermeier, N., Kunz, J., Pfeiffer-Gerschel, T., Karch, S., ... Hegerl, U. (2009). Evaluation eines Online-Diskussionsforums für an Depression Erkrankte und Angehörige – eine Untersuchung zu Motiven und Auswirkungen der Teilnahme. *Neuropsychiatrie*, 23(1), 42–51. <https://doi.org/10.5414/NEP-Band23042>
- Boenisch, S., Kocalevent, R. D., Matschinger, H., Mergl, R., Wimmer-Brunauer, C., Tauscher, M., ... & Bramesfeld, A. (2012). Who receives depression-specific treatment? A secondary data-based analysis of outpatient care received by over 780,000 statutory health-insured individuals diagnosed with depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(3), 475–486. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0355-y>
- Borrmann, B., Preckel, J., Rosenkötter, N. (2015). Wissen und Einstellungen in Bezug auf psychische Erkrankungen in der Bevölkerung. *Das Gesundheitswesen*(78), A150. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1586660>
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hg.) (2016). Patientenleitlinie zur S3-Leitlinie/Nationalen VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“ – Leitlinienreport. 2. Auflage 2016, Version 2. Abgerufen am 22. März 2019 von <https://www.patienten-information.de/mdb/downloads/nvl/depression/depression-2aufl-vers2-p11.pdf>

- Bundesministerium für Gesundheit (2018). Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Gesundheitsuntersuchungsrichtlinie: Anpassung der ärztlichen Gesundheitsuntersuchungen für Erwachsene nach § 25 Absatz 1 Satz 1 des fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Berlin. Abgerufen am 11. April 2019 von <https://www.bundesanzeiger.de>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.). (2017). Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. A. Rütten & K. Pfeifer (Hg.) Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Sonderheft 03. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R., & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 56, 733–739. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1688-3>
- Cibis, A., Bramesfeld, A., Blume, A., Havers, I., & Hegerl, U. (2008). Optimierte Versorgung depressiv Erkrankter. Das deutsche Bündnis gegen Depression. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 51 (4), 430–435. <https://doi.org/10.1007/s00103-008-0511-z>
- Conrad, I., Heider, D., Schomerus, G., Angermeyer, M.C., & Riedel-Heller, S. (2010). Präventiv und stigmareduzierend? – Evaluation des Schulprojekts „Verrückt? Na und!“. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 58(4), 257–264. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000036>
- Coppens, E., Van Audenhove, C., Scheerder, G., Arensman, E., Coffey, C., Costa, S., ... Hegerl, U. (2013). Public attitudes toward depression and help-seeking in four European countries baseline survey prior to the OSPI-Europe intervention. Journal of Affective Disorders, 150(2), 319–329. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.013>
- Corrieri, S., Conrad, I., & Riedel-Heller, S. G. (2014). Do 'school coaches' make a difference in school-based mental health promotion? Results from a large focus group study. Psychiatria Danubina, 26(4), 319–329.

Corrieri, S., Heider, D., Conrad, I., Blume, A., König, H. H., & Riedel-Heller, S. G. (2014). School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: a systematic review. *Health Promotion International*, 29(3), 427–441. <https://doi.org/10.1093/heapro/dat001>

Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) (Hg.) (2013). [IGES Institut GmbH] DAK-Gesundheitsreport 2013. Hamburg: DAK. Abgerufen am 18. Mai 2018 von <https://www.dak.de/dak/download/vollstaendiger-bundesweiter-gesundheitsreport-2013-1318306.pdf>

Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) (Hg.) (2015). Psychoreport 2015. Deutschland braucht Therapie. Herausforderungen für die Versorgung. Hamburg: DAK. Abgerufen am 18. Mai 2018 von <https://www.dak.de/dak/download/psychoreport-2015-deutschland-braucht-therapie-1718790.pdf>

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), ... Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) (Hg.) (2015). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression. 2. Auflage 2015, Version 5, AWMF-Register-Nr.: nvl-005. Berlin: ÄZQ. Abgerufen am 25. Mai 2018 von <https://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/depression-2aufl-vers5-lang.pdf>

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention. (o. D.). Nationales Suizid Präventions Programm. Abgerufen am 30. Mai 2016 <http://www.suizidpraevention-deutschland.de/>

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (Hg.). (2014). Psychische Komorbidität. Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (Hg.). (2016). Reha-Therapiestandards Depressive Störungen. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. Abgerufen am 27. Mai 2018 von https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/quali_reha-therapiestandards/Depression/rts_depression_download.pdf?__blob=publicationFile&v=17

- Dietrich, S., Mergl, R., Freudenberg, P., Althaus, D., & Hegerl, U. (2010). Impact of a campaign on the public's attitudes towards depression. *Health Education Research*, 25(1), 135–150. <https://doi.org/10.1093/her/cyp050>
- Dietrich, S., Mergl, R., & Rummel-Kluge, C. (2014). Personal and perceived stigmatization of depression: A comparison of data from the general population, participants of a depression congress and job placement officers in Germany. *Psychiatry Research*, 220(1–2), 598–603. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.06.044>
- Erhart, M., & von Stillfried, D. (2012). Analyse regionaler Unterschiede in der Prävalenz und Versorgung depressiver Störungen auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten – Teil 1 Prävalenz. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Abgerufen am 5. April 2016 von http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/3/Depression_Bericht_1.pdf
- Europäische Kommission (2005). Grünbuch. Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. KOM(2005)484. Brüssel: Europäische Kommission, Generaldirektion Gesundheit & Verbraucherschutz.
- European Alliance Against Depression (EAAD). (o.D.). iFightDepression Selbstmanagement-Ressourcen. Am 27. Mai 2018 abgerufen von <https://ifightdepression.com>.
- Gerste, B., & Roick, C. (2016). Prävalenz und Inzidenz depressiver Erkrankungen in Deutschland im Jahr 2012 – Eine Analyse auf Basis der in Routinedaten dokumentierten
- Depressionsdiagnosen. In J. Klauber, c. Günster, B. Gerste, B.-P. Robra & N. Schmacke (Hg.) *Versorgungs-Report 2015/16* (S. 309–327). Stuttgart: Schattauer.
- gesundheitsziele.de. (2006). Bericht. 6. nationales Gesundheitsziel. Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln. Köln: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) e.V., gesundheitsziele.de.
- gesundheitsziele.de (2015). Bestandsaufnahme zu „Depressive Erkrankungen“ – tabellarische Übersicht. Köln: gesundheitsziele.de.

- gesundheitsziele.de (2018). Eckpunkte zur Ausarbeitung von Gesundheitszielen. Berlin: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) e.V., gesundheitsziele.de.
- Härter, M., Böhm, K., Hundertmark-Mayser, J., Lampert, T., Maschewsky-Schneider, U., Riedel-Heller, S. G., & Hegerl, U. (2007). Evaluationskonzept. Nationales Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früher erkennen, nachhaltig behandeln“. Köln: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., gesundheitsziele.de.
- Härter, M., Heddaeus, D., Steinmann, M., Schreiber, R., Brettschneider, C., König, H. H., & Watzke, B. (2015). Collaborative und Stepped Care bei depressiven Erkrankungen. Entwicklung eines Modellprojektes im Hamburger Netz psychische Gesundheit (psychnet.de). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 58(4–5), 420–429. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2124-7>
- Härter, M., Kentgens, M., Brandes, A., Bock, T., Dirmaier, J., Erzberger, M., ... & Lambert, M. (2012). Rationale and content of psychnet: the Hamburg Network for Mental Health. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 262(Supplement 2), S57–63. <https://doi.org/10.1007/s00406-012-0359-y>
- Härter, M., Watzke, B., Daubmann, A., Wegscheider, K., König, H.H., Brettschneider, C., ... Steinmann M. (2018). Guideline-based stepped and collaborative care for patients with depression in a cluster-randomised trial. Scientific Reports UK, 20, 8(1), 9389.
- Heddaeus, D., Steinmann, M., Liebherz, S., Härter, M., & Watzke, B. (2015). psychnet – Hamburger Netz psychische Gesundheit: Evaluation des Gesundheitsnetzes Depression aus Sicht der teilnehmenden Hausärzte, Psychotherapeuten und Psychiater. Psychiatrische Praxis, 42(Suppl ement 1), S54–59. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1387688>
- Hegerl, U., Mergl, R., Havers, I., Schmidtke, A., Lehfeld, H., Niklewski, G., & Althaus, D. (2010). Sustainable effects on suicidality were found for the Nuremberg alliance against depression. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 260(5), 401–406. <https://doi.org/10.1007/s00406-009-0088-z>

- Hegerl, U., Rummel-Kluge, C., Värnik, A., Arensman, E., & Koburger, N. (2013). Alliances against depression—A community based approach to target depression and to prevent suicidal behaviour. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(10), 2404-2409. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.02.009>
- Hegerl, U., Wittenburg, L., Arensman, E., Van Audenhove, C., Coyne, J. C., McDaid, D., ... Bramesfeld, A. (2009). Optimizing suicide prevention programs and their implementation in Europe (OSPI-Europe): An evidence-based multi-level approach. *BMC Public Health*, 9, 428. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-428>.
- Hegerl, U., Althaus, D., Schmidtke, A., & Niklewski, G. (2006). The Alliance against Depression: 2-year evaluation of a community based intervention to reduce suicidality. *Psychological Medicine*, 36(9), 1225–1234. <https://doi.org/10.1017/S003329170600780X>
- Hegerl, U., Rummel-Kluge, C., & Heinz, I. (2016). Vom Kompetenznetz Depression, Suizidalität zur Stiftung Deutsche Depressionshilfe. Nationale und internationale Suizidprävention und Versorgungsoptimierung unter Nutzung neuer Medien. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 59(4), 406–411. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2310-2>
- Hölling, H., Schlack, R., Petermann, F., Ravens-Sieberer, U., Mauz, E., & KiGGS Study Group (2014). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1) *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 57(7), 807–819. <https://doi.org/10.1007/s00103-014-1979-3>
- Institut für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). (o.J.). Thema Depression. Abgerufen am 25. Mai 2018 von <https://www.gesundheitsinformation.de/depression.2125.de>
- Jacobi, F., Hofler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., ... Wittchen, H.-U. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International journal of methods in psychiatric research*, 23(3), 304-319. <https://doi.org/10.1002/mpr.1439>

- Kelley, G. A., Kelley, K. S., & Hootman, J. M. (2015). Effects of exercise on depression in adults with arthritis. *Arthritis Research and Therapy*, 17(21). <https://doi.org/10.1186/s13075-015-0533-5>
- Klasen, F., Reiß, F., Otto, C., Haller, A.-C., Meyrose, A.-K., Barthel, D., & Ravens-Sieberer, U. (2017). Die BELLA-Studie – das Modul zur psychischen Gesundheit in KiGGs Welle 2. *Journal of Health Monitoring* 2(Supplement 3), 55–65. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-103>
- Klauber, G., Günster, C., Gerste, B., Robra, B.-P., & Schmacke, N. (Hg.). (2014). *Versorgungs-Report 2013/2014. Schwerpunkt: Depression*. Stuttgart: Schattauer.
- Knapen, J., Vancampfort, D., Moriën, Y., & Marchal, Y. (2015). Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression. *Disability and Rehabilitation*, 37(16), 1490–1495. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.972579>
- Kohls, E., Coppens, E., Hug, Wittevröngel, E., Van Audenhove, C., Koburger, N., ... Hegerl, U. (2017). Public attitudes toward depression and help-seeking: Impact of the OSPI-Europe depression awareness campaign in four European regions. *Journal of affective disorders*, 217, 252–259. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.006>
- Lieberherz, S., Tlach, L., Härter, M., & Dirmaier, J. (2015). Information and decision-making needs among people with affective disorders – results of an online survey. *Patient Preference and Adherence*, 9, 627–638. <https://doi.org/10.2147/PPA.S78495>
- Loh, A., Meier, K., Simon, D., Hanselmann, S., Jahn, H., Niebling, M., & Härter, W. (2004). Entwicklung und Evaluation eines Fortbildungsprogramms zur Partizipativen Entscheidungsfindung für die hausärztliche Versorgung depressiver Patienten. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 47(10), 977–984. <https://doi.org/10.1007/s00103-004-0910-8>
- Maschewsky-Schneider, U., Goecke, M., Holscher, U., Kolip, P., Kuhn, A., Sewoster, D., & Zeeb, H. (2013). Gesundheitsziele.de. Die Auswahl eines neuen Gesundheitsziels für Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 56(9), 1329–1334. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1805-3>

- Melchior, H., Schulz, H., & Härter, M. (2015). Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Merry, S. N., Hetrick, S. E., Cox, G. R., Brudevold-Iversen, T., Bir, J. J., & McDowell, H. (2011). Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database Systematic Reviews* (12), CD003380. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003380.pub3>
- Meyer, B., Berger, T., Caspar, F., Beevers, C. G., Andersson, G., & Weiss, M. (2009). Effectiveness of a novel integrative online treatment for depression (Deprexis): randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 11(2), e15. <https://doi.org/10.2196/jmir.1151>
- Mnich, E. E., Makowski, A. C., Daubmann, A., Bock, T., Lambert, M., Härter, M., ... von dem Knesebeck, O. (2016). Evaluation einer bevölkerungsbezogenen Kampagne zu psychischen Erkrankungen – Erfahrungen aus dem Projekt „psychnet“. *Psychiatrische Praxis*, 43(08), 429–435. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1552673>
- Mnich, E. E., Makowski, A. C., Kofahl, C., Lambert, M., Bock, T., Angermeyer, M. C., & von dem Knesebeck, O. (2015). Was weiß und denkt die Bevölkerung über psychische Erkrankungen?. *Psychiatrische Praxis*, 42 (Supplement 1), S20–24. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1387649>
- Nationales Suizid Präventionsprogramm (2019). Abgerufen am 11. April 2019 von <https://www.suizidpraevention-deutschland.de/informationen-ueber-suizid/suizidstatistiken/suizide-2013/entwicklung-suizidzahlen.html>
- Nyström, M.B.T., N., Neely, G., Hassmén, P., & Carlbring, P. (2015). Treating major depression with physical activity: a systematic overview with recommendations. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(4), 341–352. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1015440>
- Pietsch, B., Härter, M., Nolting, A., Nocon, M., Kulig, M., Gruber, S., ... Perleth, M. (2014). Verbesserte Versorgungsorientierung am Beispiel Depression – Ergebnisse aus dem Pilotprojekt des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). In G. Klabauer, C. Günster, B. Gerste, B.-P. Robra, & N. Schmacke (Hg.). *Versorgungs-Report 2013/2014. Schwerpunkt: Depression* (S. 55–75) Stuttgart: Schattauer.

- Plass-Christl, A., Klasen, F., Otto, C., Barkmann, C., Hölling, H., Klein, T., ... Ravens-Sieberer, U. (2017). Mental Health Care Use in Children of Parents with Mental Health Problems: Results of the BELLA Study. *Child Psychiatry & Human Development*, 48(6), 983–992.
- Pössel, P., Horn, A. B., Seemann, S., & Hautzinger, M. (2004). Trainingsprogramm zur Prävention von Depressionen bei Jugendlichen. LARS und LISA: Lust an realistischer Sicht und Leichtigkeit im sozialen Alltag. Göttingen: Hogrefe.
- Pössel, P., Seemann, S., & Hautzinger, M. (2008). Impact of comorbidity in prevention of adolescent depressive symptoms. *Journal of Counseling Psychology*, 55(1), 106–117.
- Radisch, J., Büchtemann, D., Kästner, D., Kopke, K., Moock, J., Rössler, W., & Bramesfeld, A. (2013). Eine literatur- und expertengestützte Analyse der Versorgungspraxis von depressiv erkrankten Menschen in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 40(05), 252–258. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1332917>
- Rattay, P., Butschalowsky, H., Rommel, A., Prütz, F., Jordan, S., Nowodassek, E., ... Kamtsiuris, P. (2013). Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 56(5–6), 832–844. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1665-x>
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Wille, N., & Bullinger, M. (2008). Health-related quality of life in children and adolescents in Germany: results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(Supplement 1), 148–156. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1016-x>
- Ravens-Sieberer, U., & Klasen, F. (2014). Sachbericht des Abschlussberichts der BELLA plus-Befragung. Prädiktoren, Verlauf und Folgen psychischer Auffälligkeiten bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Abgerufen am 25. Mai 2018 von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Abschlussbericht_BellaPlus_2014-11-26.pdf

- Ravens-Sieberer, U., & Kurth, B. M. (2008). The mental health module (BELLA study) within the German Health Interview and Examination Survey of Children and Adolescents (KiGGS): study design and methods. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(Supplement 1), 10–21. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1002-3>
- Riedel-Heller, S. (2017). MoodGYM as computerized cognitive behavior therapy for primary care patients with mild to moderate depression: Large scale cluster randomized controlled trial (@ktiv). Abstract Book of ISRII 9th Scientific Meeting, Poster abstract P3.34.
- Riedel, M., Seemüller, F., Wickelmaier, F., Schennach-Wolff, R., Adli, M., Bauer, M., ... Henkel, V. (2009) Häufigkeit und klinische Charakteristika von atypisch depressiven Symptomen. *Nervenheilkunde*, 28(4), 193–199.
- Rothe, I., Adolph, L., Beermann, B., Schütte, M., Windel, A., Grewer, A., ... Formazin, M. (2017). Mental health in the working world - Determining the current state of scientific evidence. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. <https://doi.org/10.21934/baua:report20171018>
- Rütten, A., & Pfeifer, K. (Hg.). (2016). Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.
- Schulze, B., Richter-Werling, M., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2003). Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(2), 142–150. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.02444.x>
- Schwedes, C. (2009). Präventionsarbeit an Schulen in Deutschland Handlungsfelder und räumliche Implikationen. *Forum Humangeographie*, Bd. 4. Frankfurt a.M.: Forum Humangeographie.
- Statistisches Bundesamt (2009). Gesundheit. Todesursachen in Deutschland. Gestorbene in Deutschland an ausgewählten Todesursachen. 2007. Fachserie 12, Reihe 4. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Abgerufen am 8. April 2019 von https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00006937/2120400077004.pdf#search=%22Suizid%22

Statistisches Bundesamt (2016). Gesundheit. Todesursachen in Deutschland.2014. Fachserie 12, Reihe 4. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Abgerufen am 8. April 2019 von https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00018403/2120400147004_aktualisiert06012016.pdf#search=%22Suizid%22.

Stiftung Deutsche Depressionshilfe (Hg.). (2009). Empfehlung zur Berichterstattung über Suizid. Wie Journalisten Nachahmungstaten verhindern können [Medien-guide]. Leipzig: Stiftung Deutsche Depressionshilfe. Abgerufen am 18. Mai 2018 von <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/presse-und-pr/berichterstattung-suizide?file=files/cms/downloads/medienguide.pdf>

Székely, A., Thege, B. K., Mergl, R., Birkás, E., Rózsa, S., Purebl, G., & Hegerl, U. (2013). How to decrease suicide rates in both genders? An effectiveness study of a community-based intervention (EAAD). *PLoS One*, 8(9), e75081.

Techniker Krankenkasse (TK) (Hg.). (2015). Depressionsatlas. Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnungen. Hamburg: Techniker Krankenkasse. Abgerufen am 18. Mai 2018 von <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/696244/Datei/2288/Depressionsatlas-2015.pdf>

Tlach, L., Thiel, J., Härter, M., Liebherz, S., & Dirmaier, J. (2016). Acceptance of the German e-mental health portal www.psychenet.de: an online survey. *PeerJ*, 4, e2093. <https://doi.org/10.7717/peerj.2093>

Tlach, L., Wusten, C., Daubmann, A., Liebherz, S., Härter, M., & Dirmaier, J. (2015). Information and decision-making needs among people with mental disorders: a systematic review of the literature. *Health Expectations*, 18(6), 1856–1872. <https://doi.org/10.1111/hex.12251>

Trautmann, S., & Beesdo-Baum, K. (2017). The Treatment of Depression in Primary Care. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(43), 721–728. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0721>

- Ungewitter, C., Böttger, D., Choucair, B., ElJurdi, J., Gockel, T., Hausner, H., ... Bramesfeld, A. (2010). Bestandsaufnahme der Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland: Inanspruchnahmestrukturen und Kooperationen der Leistungserbringer. Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Leipzig.
- von dem Knesebeck, O., Angermeyer, M. C., Kofahl, C., Makowski, A. C., & Mnich, E. (2014). Education and the public's desire for social distance from people with depression and schizophrenia: the contribution of emotional reactions and causal attributions. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(5), 468–473. <https://doi.org/10.1177/0020764013496082>
- von dem Knesebeck, O., Mnich, E., Daubmann, A., Wegscheider, K., Angermeyer, M. C., Lambert, M., ... Kofahl, C. (2013). Socioeconomic status and beliefs about depression, schizophrenia and eating disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(5), 775–782. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0599-1>
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Klose, & M., Ryl, L. (2010). Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51: Depressive Erkrankungen. Berlin: Robert Koch-Institut. Abgerufen am 18. Mai 2018 von https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/depression.pdf?__blob=publicationFile
- World Health Organization (WHO) (Hg.). (2014). Preventing suicide. A global imperative. Genf: World Health Organization. Abgerufen am 18. Mai 2018 von http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V. (GVG)

Reinhardtstraße 34
10117 Berlin

Tel.: +49 (0)30 8561123-20

Fax: +49 (0)30 8561123-22

info@gvg.org

www.gvg.org

Ziel des vorliegenden Berichts ist die Darstellung der verfügbaren Erkenntnisse, Studien und Datenquellen der letzten 10 Jahre zum Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“. Der Bericht untersucht, was in Deutschland in der letzten Dekade zur Umsetzung dieses Gesundheitsziels getan wurde und welche Ergebnisse erreicht werden konnten.

In diesem Zeitraum wurden insbesondere Maßnahmen ergriffen, die den zum Gesundheitsziel zugehörigen Aktionsfeldern Aufklärung, Prävention, Diagnostik und Versorgung zuzuordnen sind. Für die Aktionsfelder Stärkung der Patientinnen und Patienten sowie Rehabilitation lässt sich am ehesten ein Nachholbedarf zur Generierung von entsprechenden Daten bzw. Indikatoren und zum Aufbau von Datenquellen oder Registern erkennen.

Die Akteurinnen und Akteure sowie Gremien des Gesundheitsziele-Prozesses sollten auf die Einrichtung einer Koordinierungsstelle für regelmäßige Feldberichte über die Entwicklung der Aktionsfelder hinwirken, um eine zeitnahe Erfolgsbeurteilung für dieses relevante Gesundheitsziel zu ermöglichen.