

Nationale Versorgungsleitlinie Depression

Inhalt:

- *Leitlinie für eine bessere Versorgung*
- *Zentrale Empfehlungen der NVL*
- *Versorgung im ambulanten Bereich*
- *Versorgung im stationären Bereich*
- *Zahlen & Fakten*

- **Interviews:**
Michael Ruh
Birgit Fischer
Jürgen Matzat

Depression – Leitlinie für eine bessere Versorgung

Systematisch entwickelte, evidenzbasierte Leitlinien sind ein wichtiges Instrument für die Sicherung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Sie liefern auf methodisch höchstem Niveau wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Handlungsempfehlungen. Sie sind wichtige Orientierungshilfen und verlässliche „Handlungs- und Entscheidungskorridore“, von denen in begründeten Einzelfällen abgewichen werden kann bzw. ggf. sogar muss.

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

Vergleicht der Patient diese Informationen mit den NVL-Empfehlungen, kann er besser das für ihn geeignete Krankenhaus auswählen.

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

Die NVL Depression kann außerdem helfen, Antworten auf die Frage zu finden, wie bedarfs-

gerechte Versorgung in einer Region aussehen kann. Eine Auswertung der Daten der Krankenkassen – natürlich in anonymisierter Form – könnte zeigen, wie viele Menschen mit psychischen Erkrankungen in einer Versorgungsregion wo, von wem und wie versorgt werden. Gravierende Abweichungen von den in der NVL vorgeschlagenen Versorgungsprozessen bzw. Qualitätsindikatoren könnten Anlass sein, anhand der Daten herauszufinden, warum z. B. in der einen Region Patienten überproportional häufig stationär, in einer anderen Region hingegen häufiger ambulant behandelt werden. Es könnte deutlich werden, wo und warum die Umsetzung der zentralen Empfehlungen der NVL, d. h. eine an wissenschaftlichen Ergebnissen orientierte Versorgung von Menschen mit Depressionen, gelingt. Die BPtK hofft, dass die NVL Depression in diesem Sinne Eingang in die Versorgung psychisch kranker Menschen, aber auch in gesundheitspolitische Entscheidungen und neue Vertrags- und Versorgungsformen findet.

Liebe Leserinnen und Leser, liebe Kolleginnen und Kollegen,

Die Nationale Versorgungsleitlinie/S3-Leitlinie Depression ist die erste kombinierte Behandlungs- und Versorgungsleitlinie für psychische Störungen. An ihrer Entwicklung waren unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde insgesamt 28 Fachgesellschaften und Berufsverbände sowie Patienten- und Angehörigenvertreter beteiligt, darunter auch die BPtK.

Nun geht es darum, dass die Leitlinie in der Versorgungspraxis umgesetzt wird und Patienten eine Behandlung angeboten bekommen, die diesen aktuellen wissenschaftlichen Empfehlungen entspricht. Hierfür wird sich die Versorgung stärker als bisher am Bedarf der Patienten ausrichten müssen. Die BPtK wird sich in Zukunft auch bei weiteren psychischen Erkrankungen an der Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien beteiligen, über deren Ergebnisse informieren und sich für deren praktische Umsetzung einsetzen.

Herzlich

Ihr Rainer Richter

NVL Leitlinie Depression – zentrale Empfehlungen

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

Diagnostik

Im Bereich der Diagnostik hebt die Leitlinie den Nutzen eines Screenings zur Früherkennung von depressiven Störungen hervor; dies gilt allerdings nur bei Hochrisikogruppen. Da depressive Patienten nur selten spontan über typische depressive Kernsymptome berichten, sollen depressive Symptome aktiv explo-

riert werden. In der hausärztlichen Versorgung bietet sich als Screeninginstrument bei Risikogruppen insbesondere der „Zwei-Fragen-Test“ an:

1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?
2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

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

Patientenbeteiligung

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

Therapie

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

Was ist eine behandlungsbedürftige Depression

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

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

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

Ein Mensch kann depressiv erkrankt sein, wenn bei ihm zwei von drei der folgenden Symptome länger als zwei Wochen auftreten:

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

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

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

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

der gewählten Therapie befürwortet die NVL eine regelmäßige Wirkungsprüfung und ein Therapiemonitoring.

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

- Bei akuten leichten depressiven Episoden wird eine alleinige Psychotherapie als Behandlungsmethode der Wahl empfohlen.
- Bei akuten mittelschweren depressiven Episoden soll eine alleinige Psychotherapie oder alternativ eine Pharmakotherapie als gleichwertige Behandlungsoptionen erwogen werden.
- Bei akuten schweren Depressionen soll eine Kombinationsbehandlung aus medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden.
- Bei Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression sollen Patienten darüber informiert werden, dass eine Kombinationsbehandlung aus Pharmako- und Psychotherapie wirksamer ist als eine alleinige Psycho- oder Pharmakotherapie.
- Bei therapieresistenter Depression (keine Besserung auf mindestens zwei unterschiedliche Antidepressiva aus verschiedenen Wirkstoffklassen) sollte den Patienten eine angemessene Psychotherapie angeboten werden.

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

Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe

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

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

Nichtmedikamentöse somatische Therapieverfahren

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

Die Schlafentzugstherapie bzw. Wachtherapie sollte erwogen werden, wenn eine rasche, allerdings kurz anhaltende Therapiewirkung gewünscht wird

oder eine andere leitliniengerechte Behandlung ergänzt werden soll.

Die Indikation einer Lichttherapie wiederum beschränkt sich auf leichte bis mittelgradige Episoden rezidivierender depressiver Störungen mit saisonalem Muster.

Schließlich empfiehlt die Leitlinie aus klinischer Erfahrung heraus ein körperliches Training zur Verbesserung des Wohlbefindens und zur Linderung depressiver Symptome, unabhängig vom Schweregrad der depressiven Störung.

Komorbidität

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

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

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

BPtK-Spezial



Depression – Die Versorgung im ambulanten Bereich

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

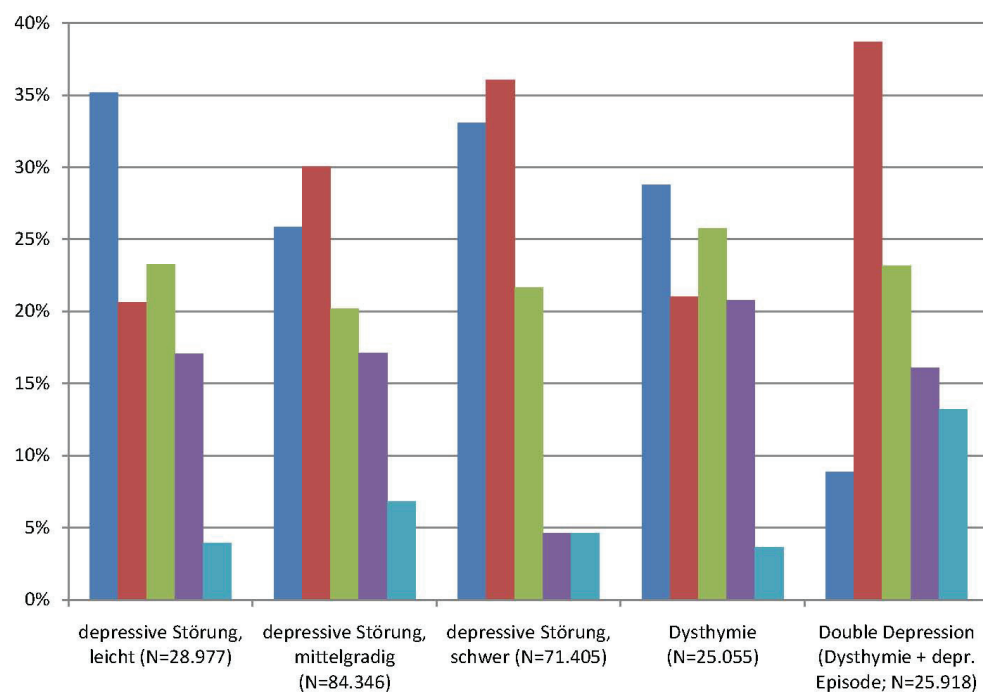
Nach Daten der GEK aus der ambulanten Versorgung erkranken ca. neun Prozent der Bevölkerung innerhalb eines Jahres depressiv (F32, F33). Auch epidemiologische Studien beziffern für Deutschland den Anteil von Patienten mit der Depressionsdiagnose (Major Depression) innerhalb

einen Psychotherapeuten. Dagegen erhöht sich die Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei Patienten, die an einer „Double Depression“ erkrankt sind auf 31 bzw. 18 Prozent. Eine Double Depression ist eine Major Depression, die sich während einer Dysthymie entwickelt hat. Dysthymie ist eine etwas weniger stark ausgeprägte, aber chronische Variante der Depression, die mindestens zwei Jahre lang dauert.

eine Psychotherapie. Mit dem Alter nimmt die Behandlungsrate immer weiter ab und dies, obwohl ältere Menschen deutlich häufiger depressiv erkranken als jüngere.

Die mangelhafte Versorgung von depressiven Patienten mit Psychotherapie entspricht nicht dem aktuellen Behandlungsstandard. Die Nationale Versorgungsleitlinie für Depression empfiehlt für akute leichte depressive Störungen Psychotherapie, bei mittelgradigen depressiven Störungen Psychotherapie oder Pharmakotherapie. Dabei sind in der Akutbehandlung beide als gleichwertige Behandlungsalternativen zu betrachten. Bei schweren depressiven Störungen, Dysthymie oder chronischer Depression wird eine Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und Pharmakotherapie empfohlen (siehe Seite 2).

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



Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, 2007



- keine Behandlung
- vorrangig Pharmakotherapie
- niederschwellige Leistungen
- Psychotherapie
- Psychotherapie und Pharmakotherapie

eines Jahres auf 8,3 Prozent (Jacobi et al. 2004). Dabei zeigen Studien, dass schwer depressive Patienten kaum häufiger zum Psychotherapeuten oder Psychiater gehen als leicht depressive.

Nach den Daten des Bundesgesundheits surveys nehmen 18 Prozent der erwachsenen Patienten mit einer depressiven Störung einen Psychiater oder Nervenarzt in Anspruch und elf Prozent

Zu wenig Psychotherapie

Nur sechs Prozent der depressiven Patienten erhalten nach GEK-Analysen eine Psychotherapie (Männer: 6,2 Prozent, Frauen: 6,4 Prozent). Dieser Anteil erhöht sich bei Patienten im mittleren Alter (18 bis 50 Jahre) auf durchschnittlich zehn Prozent. Dramatisch schlecht versorgt sind ältere Menschen. Weniger als zwei Prozent der über 60jährigen mit einer depressiven Erkrankung erhalten noch

Nicht leitliniengerecht

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

Hürden für Gruppenpsychotherapie zu hoch Interview mit Michael Ruh

Warum und bei welchen Patienten kann die ambulante Gruppenpsychotherapie eine sinnvolle Behandlungsmöglichkeit bei Depression sein? Gruppenpsychotherapie kommt bei Patienten mit schon länger anhaltenden depressiven, aber auch anderen vorwiegend anhaltenden psychischen Störungen in Betracht. Voraussetzung seitens der Patienten ist es, dass sie sich vorstellen können, sich auf ein Gruppensetting der Behandlung einzulassen. Dazu bedarf es der ausführlichen Aufklärung über die Vorgehensweisen in der Gruppenpsychotherapie. Nicht geeignet ist eine Gruppenpsychotherapie bei Patienten in akuten Krisensituationen. Hier kann sich aber eine Gruppe an eine Kurzzeittherapie anschließen.

Welche besonderen Vorteile bietet die Gruppenpsychotherapie für Patienten mit depressiven Störungen? In der Therapiegruppe können über eine Einzelpsychotherapie hinausgehende weitere therapeutische Faktoren wirksam werden, wie z. B. der Faktor des gemeinsamen Schicksals, gegenseitige Unterstützung, das Lernen am Modell und soziales Lernen in der Gruppe, Identifikations- und Deidentifikationsprozesse in der Gruppe, kritische Reflexion von Beziehungs- und Rollenmustern anhand der Gruppeninteraktionen usw., die durch die Vielfalt der Beziehungen in einer Therapiegruppe ermöglicht werden. Daher halte ich Gruppenpsychotherapie bei gegebener Indikation für wirksamer als eine Einzelpsychotherapie.

Kann die Gruppenpsychotherapie einen Beitrag leisten, um Versorgungsgaps abzubauen? Dies ist sicherlich so: Im gleichen Therapiezeitraum können ja mehr Patienten behandelt werden. Allerdings muss natürlich berücksichtigt werden, dass dies aufgrund der Komplexität der Grup-

penprozesse auch für den Therapeuten wesentlich anstrengender und fordernder ist als die Einzelpsychotherapie. Hinzu kommt der jeweilige patientenbezogene Reflexions- und Dokumentationsaufwand, sodass sich eine Versorgungsverbesserung rechnerisch nicht eins zu eins umsetzt.

Insgesamt halte ich nach meiner bisherigen Erfahrung für ca. 30 Prozent der Psychotherapiepatienten in ambulanter Praxis eine Gruppenpsychotherapie für die bessere Alternative. Gruppenpsychotherapie macht aber derzeit mit stagnierender Tendenz nur ca. ein Prozent der erbrachten genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen aus.

In der stationären Versorgung gehört die Gruppenpsychotherapie zum Standard, in der ambulanten Versorgung ist sie dagegen eher die Ausnahme. Warum ist das so? Es liegt zum einen daran, dass die Ausbildung der Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) als Vorbereitung auf die ambulante Tätigkeit auf die Einzelpsychotherapie ausgerichtet ist; Gruppenpsychotherapie spielt in der Ausbildung kaum eine Rolle. Hinzu kommt, dass auch für die Patienten oftmals die innere Hürde, sich für eine Gruppe zu entscheiden, höher ist als bei der Einzeltherapie. Außerdem bestehen erhebliche Hürden bei der Antragstellung, insbesondere die Berichtspflicht für jeden einzelnen Patienten in der Gruppe. Trotz der Erhöhung der Vergütung für Gruppenpsychotherapie im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) 2005 sind für die niedergelassenen Psychotherapeuten die Barrieren nach wie vor offensichtlich höher als die Anreize.

Welche Voraussetzungen brauchen Psychotherapeuten, um vermehrt Gruppentherapie anbieten zu können? Neben den struk-

turellen Voraussetzungen wie Räumlichkeiten und den Qualifikationsvoraussetzungen nach der Psychotherapie-Vereinbarung vor allem Freude und Interesse an der Arbeit mit Gruppen. Man muss sich aber auch im Klaren darüber sein, dass die Durchführung von Gruppenpsychotherapie einen höheren Planungs- und Organisationsaufwand mit sich bringt.

Je nach Verfahren kann bzw. muss gemäß Psychotherapie-Richtlinie die Gruppenpsychotherapie mit der Einzeltherapie kombiniert werden oder darf es gerade nicht. Sind diese Vorschriften noch zeitgemäß oder gar evidenzbasiert? Diese Vorschriften sind meines Erachtens eher eminent- als evidenzbasiert. Sie schränken die Flexibilität des Therapeuten unnötig ein und verhindern ein Eingehen auf den jeweils gegebenen Behandlungsbedarf der Patienten.

Wie müssten sich die Rahmenbedingungen in der gesetzlichen Krankenversicherung verändern, damit Gruppenpsychotherapie in der ambulanten Versorgung häufiger angeboten wird?

- Gruppenpsychotherapie sollte Pflichtprogramm in der Ausbildung zum Psychotherapeuten (PP und KJP) werden.
- Die 15 zusätzlichen Berichte zur Befreiung von der Berichtspflicht für die Kurzzeittherapie Gruppe müssen abgeschafft werden.
- Der erste Bewilligungsschritt für Langzeittherapie Gruppe sollte berichtsfrei sein.
- PP und KJP sollten bei entsprechender Ausbildungsvoraussetzung eine antragsfreie Gruppenziffer wie die Ärzte für Psychotherapeutische Medizin im EBM bekommen.
- Für die tiefenpsychologische und analytische Kindertherapie sollte eine kleine Gruppe wie in der Verhaltenstherapie möglich sein.

BPtK-Dialog



Michael Ruh

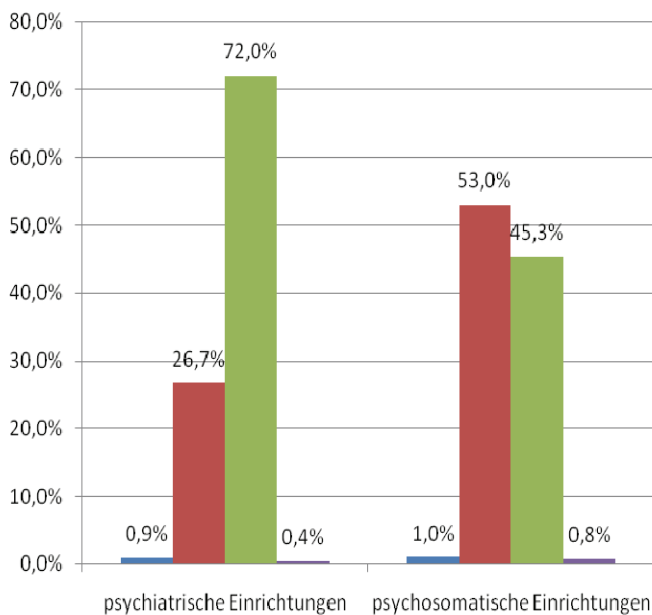
Niedergelassener Psychotherapeut im hessischen
Frankenberg
Delegierter des Deutschen
Psychotherapeutentages

Depression – Die Versorgung im stationären Bereich

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

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

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



Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik für das Jahr 2008



- leichte Depression
- mittelgradige Depression
- schwere Depression
- Dysthymie

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

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

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

Rund vier Prozent der Menschen mit der Diagnose einer Depression wurden im Jahr 2008 stationär behandelt. Sieben von acht depressiv erkrankten Patienten erhielten ihre Behandlung in der Psychiatrie (87 Prozent). Dort dauerte die durchschnittliche Behandlung fast fünf Wochen (34,3 Tage). In der Psychosomatik waren es mehr als sechs Wochen (43,1 Tage). Die Ursachen für die unterschiedlichen Behandlungszeiten sind unklar. Mögliche Faktoren, die einen Einfluss haben könnten, sind die abweichenden Behandlungskonzepte, aber auch unterschiedliche Patientenmerkmale. So berichten psychiatrische Kliniken mit Aufnahmever-

pflchtung oft über eine Konzentration von chronisch kranken Menschen.

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

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

Depressionen immer noch Tabu – Birgit Fischer

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

Welche Versorgungsdefizite sehen Sie? Trotz steigender Me-

dienpräsenz sind Depressionen immer noch Tabuthema. Es fehlen verständliche und evidenzbasierte Patienteninformatio- nen, die eine partizipative Ent- scheidungsfindung unterstützen. Auch die Zusammenarbeit von Hausärzten, Fachärzten und Kli- niken ist verbesserungsfähig. Gerade bei der Behandlung von Depressionen müssen Hausärzte ihrer Lotsenfunktion gerecht wer- den und die Kooperation mit der Facharztebene, dem stationären Sektor und weiteren Leistungs- erbringern wie den Psychothera- peuten forcieren. Weitere Her- ausforderungen sind das West- Ost- und Stadt-Land-Gefälle der Psychotherapeutenversorgung. Insbesondere in ländlichen Gebie- ten ist mit längeren Wartezeiten auf Therapieplätze zu rechnen.

Was planen Sie, um die Ver- sorgung Ihrer Versicherten zu verbessern? Generell wollen wir

den Krankheits- und Behand- lungsverlauf durch abgestimmte Diagnose- und Behandlungspro- zesse verbessern. Unser Ziel ist klar: Der Patient muss sensibel angesprochen und sektorenüber- greifend begleitet werden. Dabei suchen wir die intensive Zusam- menarbeit mit den Leistungser- bringern. Ein weiterer Schwer- punkt ist die intensive Aufklärung und Information unserer Versi- cherten und ihrer Angehörigen.

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

Mit Selbsthilfe kooperieren – Jürgen Matzat

Welche Defizite sehen Sie in der Versorgung depressiver Patienten? Bei der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen gibt es grundsätzlich erhebliche Strukturängel. Ich denke da insbesondere an die eklatanten Wartezeiten von einem halben oder drei Viertel Jahr und an die großen Probleme für die Patienten, sich im „Psycho-Dschungel“ zurecht- zufinden. Wo findet der Pati- ent einen „Lotsen“, der ihm hilft, das komplexe Versor- gungssystem möglichst sinn- voll zu nutzen?

Welche neuen Perspektiven bietet die NVL Depression? Bei der Erstellung der NVL Depression wurden die Beiträ- ge der Patientenvertreter in fairer Weise berücksichtigt und erfreulicherweise findet sich der Hinweis auf Selbsthil- fegruppen an mehreren Stellen

der Leitlinie. Mit der Leitlinie wurde ein solides Fundament von „Evidenz“ zusammenge- stellt. Sie liefert damit eine wichtige Grundlage für eine gute Versorgung, die aller- dings erst im Dreieck von vor- handener Evidenz, klinischer Erfahrung der Behandler und unter Berücksichtigung von Patientenpräferenzen realisiert werden kann.

Welchen Beitrag kann die Selbsthilfe leisten? Selbsthilfe- gruppen sind für Menschen mit psychischen Störungen i. d. R. eine Ergänzung oder eine Art „Nachsorge“, wenn die be- grenzten Behandlungsmöglich- keiten der Kassenfinanzierung ausgeschöpft sind. Häufig spie- len positive Erfahrungen mit gruppentherapeutischen Ange- boten während stationärer Be- handlungsphasen eine wichtige Rolle. In einem Forschungspro-

jekt stellte sich heraus, dass die Einstellung der Psychothera- peuten zu Selbsthilfegruppen einen deutlichen Einfluss darauf hat, ob Patienten sich zu einer Teilnahme entschließen.

Was erwarten Sie hierbei von Psychotherapeuten? Es ist eine Selbstverständlichkeit, dass Patienten die bestmögli- che Behandlung erwarten, aber auch, dass die persönlichen Krankheits- und Behandlungsvorstellungen in eine gemein- same Entscheidungsfindung einfließen. Aus Selbsthilfesicht kommt der Wunsch an die professionellen Behandler hin- zu, dass sie ihre Patienten auf bestehende Selbsthilfegruppen hinweisen mögen, ggf. die Gründung neuer Gruppen un- terstützen und als fachliche Kooperationspartner zur Ver- fügung stehen, sofern dies von den Gruppen gewünscht wird.

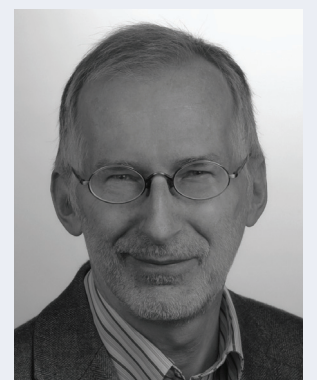
BPtK-Dialog



Birgit Fischer

Vorstandsvorsitzende der BARMER GEK

BPtK-Dialog



Jürgen Matzat

Leiter der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen in Gießen

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

Depressionen treten meist wiederholt und in Phasen auf; Experten sprechen von „depressiven Episoden“. Unbehandelt dauert eine depressive Episode durchschnittlich ca. sechs bis acht Monate. Über die Hälfte der Patienten entwickeln nach einer ersten depressiven Episode später eine weitere. Nach zwei Episoden erhöht sich das Rückfallrisiko auf 70 Prozent, nach drei Episoden auf 90 Prozent.

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

Über 60 Prozent der depressiv erkrankten Menschen leiden noch an einer weiteren psychischen Erkrankung. Besonders häufig sind Angst- oder Suchterkrankungen. Chronische somatische Erkrankungen können Depressionen auslösen, Depressionen können aber auch körperliche Erkrankungen nach sich ziehen. Depressionen treten häufig auf bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Tumorerkrankungen, Migräne, Asthma, Allergien, Magengeschwüren, Diabetes mellitus, Infektionserkrankungen sowie hirnorganischen oder neurologischen Erkrankungen. Menschen, die nach einem Herzinfarkt an einer Depression erkranken, haben ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko.

Die Suizidrate ist bei depressiv erkrankten Menschen im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung deutlich erhöht. Während die Suizidrate in der Durchschnittsbevölkerung unter 0,5 Prozent liegt, sterben durch Suizid 2,2 Prozent der depressiven Patienten, die ambulant, und

vier Prozent, die stationär behandelt wurden. Fast jeder zwölfte depressive Patient, der aufgrund von Suizidversuchen oder -gedanken in stationärer Behandlung war, stirbt durch Suizid.

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

Depressionen sind die häufigste psychische Ursache von Krankschreibungen. Etwa vier Prozent aller Fehltage gingen 2008 auf Depressionen zurück. Die durchschnittliche Länge einer Krankschreibung aufgrund einer Depression dauerte zwischen 35 und 50 Tagen. Psychische Erkrankungen traten häufiger bei Angestellten im Dienstleistungssektor auf als bei Arbeitern im Bausektor oder aus der Land- und Forstwirtschaft.

Über die Hälfte der depressiven Patienten im ambulanten Bereich (53 Prozent) befinden sich ausschließlich in hausärztlicher Behandlung. Sie erhalten entweder keine spezifische Behandlung oder eine ausschließlich medikamentöse Behandlung. Sieben Prozent waren in ausschließlich psychotherapeutischer Behandlung, vier Prozent in hausärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung. Von den Patienten mit einer schweren depressiven Episode erhielten nur fünf Prozent eine Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie, wie sie in der Nationalen Versorgungsleitlinie empfohlen wird.

In der primärärztlichen Versorgung wird nur in etwa die Hälfte der Menschen mit einer Depression erkannt und diagnostisch korrekt zugeordnet. Mit steigendem Schweregrad der Depression nimmt die Erkennensrate zu. Bis zu 80 Prozent der schweren Depressionen werden korrekt identifiziert.

Impressum

BPtK-Spezial zum Thema „Nationale Versorgungsleitlinie Depression“

Herausgeber: BPtK

V.i.S.d.P.: Prof. Dr. Rainer Richter

Redaktion: Kay Funke-Kaiser

Layout: Judith Scheide

Druck: Senser-Druck, Augsburg

Nachdruck und Fotokopien auch auszugsweise nicht gestattet.

Bundespsychotherapeutenkammer
Klosterstraße 64
10179 Berlin

Telefon: 030-278785-0

Fax: 030-278785-44

E-Mail: info@bptk.de

Internet: www.bptk.de