

gesundheitsziele.de

**Forum zur Entwicklung und Umsetzung von
Gesundheitszielen in Deutschland**

Bericht

6. nationales Gesundheitsziel

**Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen,
nachhaltig behandeln**

1. März 2006

Inhalt

| | |
|---|-----|
| Vorwort | V |
| Einführung | VII |
| 1. Einleitung | 1 |
| 2. Zielformulierungen zu den verschiedenen Aktionsfeldern | 6 |
| 2.1 Aufklärung | 6 |
| 2.2 Prävention | 8 |
| 2.3 Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie | 10 |
| 2.4 Stärkung der Patient(inn)en und Betroffenen | 13 |
| 2.5 Rehabilitation..... | 14 |
| 2.6 Versorgungsstruktur | 16 |
| 3. Ziele und Teilziele im Überblick..... | 19 |
| 4. Tabellarische Übersicht..... | 23 |
| 5. Umsetzung der Ziele | 35 |
| 6. Literaturverzeichnis | 38 |
| 7. Mitglieder der Arbeitsgruppe | 47 |

Vorwort

Gesundheitsziele sind ein relativ neues Instrument der Gesundheitspolitik. International richtete die Weltgesundheitsorganisation erstmals in den siebziger Jahren ihre Politik an Gesundheitszielen aus. Seitdem haben zahlreiche Länder Gesundheitsziele festgelegt. In Deutschland finden wir Gesundheitsziele nicht nur auf der Bundesebene, sondern auch in vielen Ländern, in Kommunen und bei Trägern der Selbstverwaltung.

Gesundheitsziele fördern gemeinsame Problemwahrnehmungen und Problemlösungen aller Akteure. Darüber hinaus ermöglichen sie ein planvolles, abgestimmtes Handeln und fördern die sektorenübergreifende Zusammenarbeit. Sie tragen dazu bei, die vorhandenen Mittel möglichst effizient und effektiv einzusetzen. Gesundheitsziele, die gemeinsam und im Konsens entwickelt werden, bieten den verantwortlichen Akteuren eine tragfähige Grundlage für ihre Aktivitäten.

In Deutschland begann der nationale Gesundheitszieleprozess Ende 2000 als Modellprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG). Seitdem arbeiten unter dem Dach der GVG mehr als 70 Organisationen des Gesundheitswesens gemeinsam und im Konsens an der Entwicklung und Umsetzung exemplarischer Gesundheitsziele. Das Bundesministerium für Gesundheit versteht sich hierbei als Initiator des Prozesses, aber auch als Akteur, der sich im Rahmen seiner Zuständigkeiten an der Erarbeitung und Umsetzung beteiligt.

Im Jahr 2003 konnten wir die ersten fünf nationalen Gesundheitsziele zu zentralen gesundheitspolitischen Themen veröffentlichen: (1) Diabetes mellitus, (2) Brustkrebs, (3) Tabakkonsum, (4) Gesund aufwachsen und (5) Patientensouveränität. Neben zentralen Herausforderungen für die Versorgung und die Rehabilitation greifen alle Ziele die Prävention und die Kompetenz und Mitwirkung der Betroffenen – Patientinnen, Patienten und Angehörige – auf. Dies zeigt eindrucksvoll, welche Bedeutung gerade auch diesen beiden Bereichen zukommt und zukommen muss.

Mit dem vorliegenden Bericht können wir nun das sechste nationale Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ veröffentlichen.

Die Bedeutung seelischer Erkrankungen hat in den letzten Jahren weltweit erheblich zugenommen. Depressive Erkrankungen haben für die Betroffenen und ihr Umfeld schwerwiegende Folgen. Die Krankheit führt bei den Betroffenen zu erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität und der Teilhabe am täglichen Leben. Depressionen

verursachen hohe indirekte Kosten durch Arbeitsunfähigkeit, Krankengeldzahlungen und Frühberentungen.

Mit dem Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen verhindern“ reagieren die verantwortlichen Akteure auf den bestehenden Handlungsbedarf. Sie zeigen innovative Möglichkeiten für sinnvolle Interventionen in den Bereichen Aufklärung, Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Versorgungsstrukturen auf.

Auch dieses Gesundheitsziel wurde gemeinsam von allen verantwortlichen Akteuren erarbeitet. Sie alle – Politik (Bund, Länder und Kommunen), Leistungserbringer, Kostenträger, Selbsthilfe- und Patientenorganisationen sowie Wissenschaft – sind nun aufgerufen, das Gesundheitsziel in ihre jeweiligen Zuständigkeitsfelder zu integrieren und Maßnahmen zur Zielerreichung umzusetzen.

Psychische Erkrankungen sind europaweit ein Arbeitsschwerpunkt: Im Oktober 2005 veröffentlichte die Kommission der Europäischen Gemeinschaft das Grünbuch zur „Verbesserung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“. Die Mitgliedstaaten werden zu weiteren Aktivitäten und Anstrengungen aufgerufen. Das Maßnahmenkonzept zum nationalen Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen“ leistet dazu in Deutschland einen wichtigen Beitrag.

Ulla Schmidt
Bundesministerin für Gesundheit

Einführung

Transparenz und Partizipation sind unabdingbare Voraussetzungen für die erfolgreiche Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen – dies gilt insbesondere auch für ein Gesundheitssystem wie dem deutschen mit seinen föderalen und sektoralen Zuständigkeiten. Der vorliegende Bericht steht deshalb in einer Reihe von Publikationen, Veranstaltungen und Workshops, die den nationalen Gesundheitszieleprozess von Anfang an für alle sichtbar gemacht und die (Fach-) Öffentlichkeit zur Mitwirkung eingeladen haben.

Seit über fünf Jahren arbeiten mehr als 70 relevante Organisationen des Gesundheitswesens im Rahmen des Projektes „*gesundheitsziele.de*/Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland“ zusammen. Sie haben gemeinsam und im Konsens zunächst Grundlagen erarbeitet und neun exemplarische Gesundheitsziele festgelegt. Grundlagen für das wissenschaftlich-partizipative Auswahlverfahren waren die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Analysen des Sachverständigenrates, Ansätze der Leitlinienentwicklung, mehrere Umfragen und weitere Expertisen und Untersuchungen. Im Jahr 2003 konnten die ersten fünf nationalen Gesundheitsziele veröffentlicht werden¹. Der vorliegende Bericht informiert nun über einen weiteren Meilenstein im nationalen Gesundheitszieleprozess, das sechste Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“. Drei weitere Gesundheitsziele werden zu einem späteren Zeitpunkt entwickelt: (1) Chronischer Rückenschmerz, (2) Herzinfarkt und (3) Impfen.

Das Besondere am Zielentwicklungsprozess ist das Konsensprinzip. Das heißt, dass alle Ergebnisse von allen Beteiligten gemeinsam entwickelt und getragen werden. Deshalb sind die Gesundheitsziele auch von einem gemeinsamen Interesse aller getragen: dem Interesse, durch zielgerichtete Zusammenarbeit zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung beizutragen.

Nur durch die konstruktive Zusammenarbeit der Akteure konnten bis heute sechs nationale Gesundheitsziele verabschiedet werden. Diese Zusammenarbeit ist zudem die Grundlage der Umsetzung der Ziele: Entsprechend der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten in Deutschland kann und soll die Umsetzung nicht zentral gesteuert werden. Sie erfolgt vielmehr in Selbstverpflichtung der verantwortlichen Akteure – Bund, Länder, Kommunen, Kostenträger, Leistungserbringer sowie (die Organisationen von) Patient(inn)en und Betroffene(n).

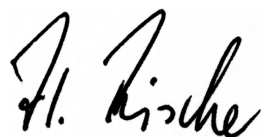
¹ Publikationen:

- 1) BMG-Bericht (2003). *gesundheitsziele.de*: Forum zur Entwicklung von Gesundheitszielen in Deutschland
- 2) GVG-Schriftenreihe Band 49 (2004). *gesundheitsziele.de*: Impulse, Wirkungen und Erfahrungen
- 3) GVG-Schriftenreihe Band 37 (2002). Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte

Nach Abschluss des ersten Zielentwicklungsprozesses 2003 wurden die depressiven Erkrankungen als weiteres krankheitsbezogenes Gesundheitsziel mit gesundheitspolitischer Bedeutung und dringendem Handlungsbedarf bearbeitet. Vertreterinnen und Vertreter verantwortlicher Institutionen des Gesundheitswesens, aus Selbsthilfe und Patientenvertretung sowie mehrere Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen (Kapitel 7) haben sechs Aktionsfelder definiert, in denen Verbesserungspotenziale mobilisiert werden können: (1) Aufklärung, (2) Prävention, (3) Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie, (4) Stärkung der Patient(inn)en und Betroffenen, (5) Rehabilitation und (6) Versorgungsstrukturen und bestimmte Ziele, Teilziele und Maßnahmen (Kapitel 2, 3 und 4). Darüber hinaus werden aus einer Vielzahl von Maßnahmenvorschlägen Startermaßnahmen (Kapitel 5) empfohlen, um Akteuren konkrete Impulse für die Umsetzung zu geben.

Das Ergebnis dieser Gemeinschaftsarbeit liegt mit diesem Bericht zum sechsten nationalen Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ vor. Alle verantwortlichen Akteure und Entscheidungsträger sind nun aufgerufen, die wissenschaftlich fundierten und konsentierten Ziele und Maßnahmenvorschläge in ihren jeweiligen Zuständigkeitsfeldern verantwortlich umzusetzen.

Wir danken der Bundesgesundheitsministerin für die Unterstützung unserer Arbeit und die finanzielle Förderung von *gesundheitsziele.de*. Den Mitgliedern der GVG danken wir für die konstruktive Zusammenarbeit und die Kofinanzierung des Projektes. Den Vertretern und Vertreterinnen aus Politik und Selbstverwaltung, aus Selbsthilfe- und Patientenorganisationen, aus Wissenschaft, Verbänden und Unternehmen sei an dieser Stelle gedankt für die kontinuierliche und fruchtbare Mitarbeit im Steuerungskreis, im Ausschuss und im Evaluationsbeirat von *gesundheitsziele.de*. Unser besonderer Dank gilt Frau Dr. Birgit Clever, der Vorsitzenden der Arbeitsgruppe, sowie ihren Mitgliedern, die das Gesundheitsziel in zahlreichen Sitzungen und Abstimmungen erarbeitet haben.



Dr. Herbert Rische
Vorsitzender der GVG



Dr. Rainer Hess
Vorsitzender des GVG-Ausschusses
gesundheitsziele.de Medizinische
Orientierung im Gesundheitswesen

Anmerkung

Der Bericht ist auch unter www.gesundheitsziele.de im Internet abrufbar. Printexemplare erhalten sie – soweit vorrätig – auf Anfrage beim Bundesministerium für Gesundheit und bei der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.

Ziele und Teilziele sind im Präsens Indikativ formuliert [Das Ziel ist erreicht]. Dies entspricht dem international üblichen Sprachgebrauch bei der Formulierung von Gesundheitszielen.

Bei der Abfassung des Berichtes wurden zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Sprache weitgehend die Empfehlungen des wissenschaftlichen Rats der Dudenredaktion berücksichtigt. Die eindeutigste Form der sprachlichen Gleichstellung ist die Doppelnennung [Patientinnen und Patienten]. Wo diese aus stilistischen oder sprachökonomischen Gründen nicht möglich ist, kommen die Klammersetzung [Patient(inn)en] und der Schrägstrich [Patientin/Patient] zum Einsatz.

Bei Komposita [Patientenorientierung/Patientinnenorientierung] wurde, wenn eine Umformulierung nicht möglich war, auf Doppelnennung und Klammersetzung verzichtet.

Für Komposita, deren beide Teile aus einer Personenbezeichnung bestehen [Patientenvertreter/Patientinnenvertreterinnen], ist die Doppelnennung nicht sinnvoll und die Klammersetzung nicht empfohlen.

1. Einleitung

Hintergrund und Relevanz des Themas

Depressionen treten in allen Lebensphasen auf. Sie weisen sehr verschiedene Formen, Ausprägungen und Verläufe auf: Das Spektrum reicht von kurzfristigen Verstimmungen über Reaktionen im Kontext von Lebens- oder Entwicklungskrisen bis hin zu chronischen, psychischen Erkrankungen (Linden et al. 1998; Wolfersdorf & Schüler 2005). Im Klassifikationssystem der ICD-10 werden depressive Störungen innerhalb der diagnostischen Kategorie „Affektive Störungen“ subsumiert, die sowohl „Manie“ als auch „Depression“ als Pole des Gesamtspektrums umfasst. Leitsymptome sind: gedrückte Grundstimmung, Interessenverlust und eine Hemmung des Antriebs. Weitere Symptome sind: Appetitstörungen mit Gewichtsveränderungen, Schlafstörungen, Störungen der Konzentration und des Denkens, psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit, Selbstwertverlust, Grübeln, Schuldgefühle, Suizidgedanken. In der hausärztlichen Praxis verbirgt sich eine depressive Erkrankung nicht selten hinter körperlichen Symptomen oder Schmerzen. Für die Differenzialdiagnose sind neben den klinischen Diagnosekriterien auch Schweregrad, Dauer und Verlauf der Symptome entscheidend.

Depressive Störungen treten häufig zusammen mit anderen psychischen (Baigent 2005; Hirschfeld 2001) und körperlichen (Anderson et al. 2001; Ramasubbu & Patten 2003) Erkrankungen auf. Sie stellen einen relevanten Risikofaktor dar, der bei häufigen Volkskrankheiten Chronifizierungsprozesse verstärken und Morbidität und Mortalität erhöhen kann (koronare Herzkrankheit, Barth et al. 2004; Schlaganfall, Ramasubbu & Patten 2003; Diabetes mellitus, Lustman & Clouse 2002). Gründe liegen unter anderem in der verringerten sozialen Unterstützung aufgrund depressiven Rückzuges und mangelnder Informiertheit der Umgebung sowie in ungünstigem Krankheitsverhalten (DiMatteo et al. 2000). Auch ungünstige psychophysiologische Wechselwirkungen zwischen Depression und körperlichen Erkrankungen sowie Konsequenzen für die Lebensqualität sind von Relevanz (Härter 2002; Baumeister et al. 2005).

Zwischen Depression und Suizidalität bestehen enge Zusammenhänge: Ca. 30% depressiv Erkrankter haben Suizidversuche begangen, und 60-70% der Patientinnen und Patienten leiden während einer akuten Depression unter Suizidgedanken (Möller 2003). Rund 9% aller jemals wegen Suizidalität und 4% aller wegen Depression hospitalisierter Patientinnen und Patienten versterben durch Suizid (Bostwick & Pankratz 2000). Es wird geschätzt, dass 45-70% aller Suizidopfer zuvor an einer Depression gelitten haben (Lejoyeux & Rouillon 1996; Wolfersdorf 2000). Suizidales Verhalten bei Depressionen zeigt erhebliche

geschlechtsspezifische Unterschiede. Während vollendete Suizide deutlich häufiger bei Männern (und hier vor allem im höheren Lebensalter) als bei Frauen vorkommen, ist das Geschlechterverhältnis für Suizidversuche umgekehrt. Vor dem Hintergrund der Veränderungen der Alterspyramide und der sich in den letzten Jahren geänderten Epidemiologie der Suizidalität zeigt sich, dass Frauen im fortgeschrittenen Lebensalter zu einer besonderen Risiko- und damit Zielgruppe der Suizidprävention werden (Schmidtke 2005). Dieser Aspekt ist bei künftigen Maßnahmen zur Bekämpfung der Suizidalität zu berücksichtigen.

Der überwiegende Teil depressiver Erkrankungen gehört im Querschnitt zu den so genannten „leichteren“ Störungen. Dies bedeutet aber nicht, dass diese Erkrankungen deshalb ohne Krankheitswert und nicht behandlungsbedürftig seien. Selbst leichtere depressive Erkrankungen, insbesondere wenn sie einen chronifizierenden Verlauf nehmen, beeinträchtigen ihrer Natur nach die Lebensqualität und verursachen nahezu ebenso hohe Raten von Partizipationsstörungen (z.B. Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit) wie schwerer ausgeprägte Erkrankungen (Helmchen & Linden 2000; Kühn et al. 2002; Linden & Weidner 2005). Alle Überlegungen zur Bekämpfung dieser Partizipationsstörungen erfordern eine geschlechtsspezifische Betrachtungsweise, insbesondere da psychische Erkrankungen vor allem bei erwerbstätigen Frauen immer häufiger zur Ursache von Frühverrentungen führen. Nach Angaben des Verbandes der Deutschen Rentenversicherung stellen seelische Erkrankungen hier 37 Prozent der Berentungsursachen dar (VDR 2005).

Die Depression stellt kein homogenes Krankheitsbild dar. Erklärungshypothesen lassen sich vereinfacht biologischen und psychologischen Modellvorstellungen zuordnen (Hautzinger, 1998; Gotlib & Hammen 2002; Kühner 2003; Aldenhoff 1997; Hoffmann & Schauenburg 2000). Eine einzige Ursache gibt es nicht. Schwere Depressionen treten familiär gehäuft auf, wobei von einem komplexen Ineinandewirken genetischer, psychischer und sozialer Faktoren auszugehen ist (z.B. Leuzinger-Bohleber 2005; Corveleyn et al. 2005). Es wird eine Zunahme depressiver Erkrankungen in den westlichen Industrieländern in Abhängigkeit von gesellschaftlichen Faktoren diskutiert, z.B. dem Zusammenbrechen familiärer Strukturen und deren Folgeerscheinungen, der Enttraditionalisierung und dem Sinnverlust, den unsicheren Berufsperspektiven angesichts steigender Arbeitslosigkeit und der Gefährdung der sozialen Gerechtigkeit (Sennett 1998; Morgenroth 2003; Ehrenberg 2004; Hau et al. 2005; Prantl 2005; Haubl 2005). Die komplexen Zusammenhänge dieser pathogenetischen Modelle der Depression implizieren die Notwendigkeit, geschlechtsspezifische Unterschiede bei der weiteren Forschung sowie bei der zukünftigen Weiterentwicklung des Gesundheitsziels zu berücksichtigen.

Weltweit leidet ungefähr 1/5 der Bevölkerung im Laufe des Lebens zumindest einmal unter einer klinisch relevanten depressiven Störung. Nach Schätzungen der WHO (Murray & Lopez 1997) werden Depressionen 2020 weltweit die zweithäufigste Volkskrankheit nach der ischämischen Herzerkrankung sein, in den so genannten entwickelten Staaten sogar die häufigste. Zurzeit leiden weltweit über 300 Millionen Menschen an Depressionen. Schon jetzt sind Depressionen der häufigste Grund für in Behinderung verbrachte Lebensjahre (WHO 2001).

Analysen der letzten 80 Jahre deuten darauf hin, dass das Risiko, irgendwann im Leben an einer Depression zu erkranken, desto höher ist, je später man geboren ist (Fombonne 1994), wobei methodische Probleme eine verlässliche Abschätzung des Ausmaßes dieser Zunahme verhindern (Weissman & Klerman 1990). Im Rahmen des Bundes-Gesundheits-surveys 1998 (Wittchen & Jacobi 2001) hat sich für Deutschland eine Lebenszeitprävalenz von 18% für alle depressiven Erkrankungen ergeben. Die Häufigkeit einer unipolaren Depression in den letzten 12 Monaten (12-Monats-Prävalenz) beträgt in der Altersgruppe der 18-65 jährigen 8,3% und für die Dysthymie (lang anhaltende, depressive Verstimmung) 4,5%. Die Häufigkeit einer aktuellen und behandlungsbedürftigen Depression („Major Depression“) wird mit einer Punktprävalenz von ca. 6% bezogen auf die letzten 4 Wochen angegeben (Jacobi et al. 2004). Depressive Störungen sind mehrheitlich episodisch wiederkehrende oder chronische Erkrankungen. Fast 2/3 der Patientinnen und Patienten mit depressiven Erkrankungen haben mehrere Erkrankungsepisoden (Solomon et al. 2000; Hirschfeld et al. 2002). Nach der ersten depressiven Episode beträgt das Risiko, in den folgenden 5 Jahren eine erneute Depression zu erleiden, rund 50%, nach der zweiten Episode rund 70%, 90% nach der dritten (Montgomery 1994). Das Risiko wird durch belastende Lebensereignisse erhöht (Kessler 1997).

Vor diesem Hintergrund hat sich *gesundheitsziele.de* mit dieser Volkskrankheit befasst und die Prävention depressiver Störungen und Behandlung von depressiven Patientinnen und Patienten zu einem wichtigen Gesundheitsziel für Deutschland erklärt.

Im deutschem Gesundheitssurvey 1998 liegt die Gesamtbehandlungsquote (definiert als irgendein Kontakt mit Einrichtungen des Gesundheitswesens) bei affektiven Störungen, von denen die Depression die größte Teilgruppe darstellt, bei 50,1% (Wittchen & Jacobi 2001) (51% in den alten Bundesländern, 45,2% in den neuen Bundesländern). Dieser Befund stimmt grundsätzlich mit den Ergebnissen anderer in Deutschland durchgeführter Erhebungen überein (Lepine et al. 1997; Tylee 1999). Die Gesamtbehandlungsquote liegt damit im Gesamtkontext psychischer Krankheiten zwar relativ hoch und ist auch qualitativ im

Wesentlichen als gut zu bezeichnen (Schneider et al 2005). Es bleibt aber die wichtige Frage, durch welche spezifischen Maßnahmen noch mehr Betroffenen zu helfen wäre (Lepine et al.1997, Tylee 1999). Diese Behandlungsquote schließt Betroffene ein, die z.B. mit hausärztlicher Beratung adäquat behandelt werden, andererseits schließt die Nicht-Behandlungsquote (49,9%) auch Betroffene ein, die einer Behandlung bedürften, diese aber – auch aus Gründen der Krankheit – ablehnen. Von den 6,8 Millionen Betroffenen nehmen nur rund 2,2% vorübergehend auch einmal eine stationäre Behandlung in Anspruch. Insofern wird sich eine weiter steigende Gesamtbehandlungsquote depressiver Erkrankungen voraussichtlich überwiegend auf den ambulanten Bereich des Gesundheitswesens auswirken. Gemäß der Krankenhaus-Diagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes werden in Deutschland jährlich rund 150.000 Fälle (die amtliche Statistik erlaubt keinen Rückschluss auf die Zahl der Patientinnen/Patienten) wegen einer Depression (ICD-10: F31.3-F31.6, F32, F33, F34) in Akutkrankenhäusern stationär behandelt (2002: 150.718 Fälle) und nochmals ca. 60.000 Fälle nach der Statistik der Deutschen Rentenversicherung in Rehabilitationskliniken (VDR 2004). Es gibt wenig objektive Daten, inwieweit alle aktuell verfügbaren und indizierten Behandlungsoptionen (Pharmakotherapie mit Antidepressiva, Psychotherapie, Soziotherapie) im ambulanten oder stationären Setting ausgeschöpft werden (Schneider et al. 2005).

Depressionen verursachen enorme Kosten im Gesundheitswesen, indem sie zu einer besonders hohen Inanspruchnahme medizinischer Einrichtungen führen (Wittchen 2000; Crown et al. 2002). Für Deutschland werden Werte für die direkten mittleren Behandlungskosten der Depression pro Patientin/Patient und Jahr zwischen 686,- und 2.541,- Euro geschätzt (Friemel et al. 2005; Salize et al. 2004). Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes beliefen sich die direkten Kosten für die Depression in Deutschland im Jahre 2002 auf insgesamt 4 Milliarden Euro. 157.000 Arbeitsjahre gingen im selben Jahr verloren (Statistisches Bundesamt 2003; Linden & Weidner 2005). Der Anteil der indirekten Kosten an den Gesamtkosten übersteigt die direkten Kosten um ein Vielfaches und wird in amerikanischen Untersuchungen zwischen 69% bis 95% angegeben (Jönsson & Bebbington, 1994; Greenberg et al. 2003). Insgesamt schätzt z.B. das National Institute of Mental Health die Kosten, die in den USA jährlich durch Depressionen entstehen, auf 30-40 Milliarden US \$ (Elkin et al. 1989; Shea et al. 1992; Greenberg et al. 2003). Für Deutschland stehen Daten zur Gesamtkostenabschätzung noch nicht zur Verfügung.

Europaweite Initiativen zur psychischen Gesundheit

Die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit hat in ihrem Aktionsplan „Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen“ (Helsinki, Finnland, 12.-15. Januar 2005) als vorrangige Aufgaben definiert:

- i. „das Bewusstsein von der Bedeutung des psychischen Wohlbefindens zu fördern,
- ii. gemeinsam gegen Stigma, Diskriminierung und Ungleichheit anzugehen, Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und ihre Angehörigen zu stärken und zu unterstützen, damit sie sich an diesem Prozess aktiv beteiligen können,
- iii. umfassende, integrierte und effiziente psychosoziale Versorgungssysteme zu entwerfen und zu implementieren, die Förderung, Prävention, Behandlung und Rehabilitation, Pflege und Genesung vorsehen,
- iv. dem Bedürfnis nach kompetenten und in allen diesen Bereichen leistungsfähigen Mitarbeitenden zu entsprechen,
- v. die Erfahrung und das Wissen der Betroffenen und Betreuenden als wichtige Grundlage für die Planung und Entwicklung von psychosozialen Diensten anzuerkennen.“

In diesem Zusammenhang benennt die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz als Problemfeld ausdrücklich auch die Depression (Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit und europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit 2005).

Die Kommission der Europäischen Gemeinschaften hat am 14. Oktober 2005 ihr „Grünbuch – Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“ vorgelegt. Dort heißt es: „Wie in der WHO-Strategie vorgesehen, ist ... ein umfassender Ansatz erforderlich, der zum einen die Behandlung und Pflege von Einzelpersonen umfasst, zum anderen sich aber auch an die Gesamtbevölkerung richtet in dem Bestreben, die psychische Gesundheit zu fördern, psychische Erkrankungen zu verhüten und gegen Stigmatisierung und Verletzungen der Menschenrechte anzugehen. Ein derartiger Ansatz sollte eine Vielzahl von Akteuren innerhalb und außerhalb des Gesundheitspolitiksektors einbeziehen sowie anderer Stakeholder, deren Entscheidungen sich auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung auswirken. Patientenorganisationen und die Zivilgesellschaft sollten in der Lösungsfindung eine Vorreiterrolle spielen.“ Das Grünbuch fordert unter anderem ausdrücklich zu Maßnahmen der Depressionsprävention und Suizidprävention auf und gibt Beispiele für wirksame Maßnahmen.

2. Zielformulierungen zu den verschiedenen Aktionsfeldern

Die multiprofessionell und versorgungssektorenübergreifend zusammengesetzte Arbeitsgruppe hat vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen Evidenz und evaluierter Praxiserfahrungen folgende Aktionsfelder benannt, in denen Verbesserungspotentiale mobilisiert werden können:

- **Aufklärung**
- **Prävention**
- **Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie**
- **Stärkung der Patient(inn)en und Betroffenen**
- **Rehabilitation**
- **Versorgungsstruktur**

In diesen Bereichen wurden Ziele und Maßnahmen definiert, wobei das gesamte Spektrum depressiver Erkrankungen in den Blick genommen wurde. Daher finden sich Maßnahmen für leichte, erstmalig depressive Erkrankte neben solchen für chronisch und schwer Erkrankte. Zielgruppen sind nicht nur die Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen, sondern auch die verschiedenen, mit der Betreuung depressiver Patientinnen/Patienten sich befassenden Berufsgruppen bzw. relevante Bezugspersonen, z.B. Lehrkräfte oder Seelsorger(innen).

2.1 Aufklärung

Aufgrund mangelnden Wissens über die Erkrankung und ihre Erscheinungsformen erkennen viele Betroffene selbst nicht, dass sie unter Depressionen leiden, sondern glauben, körperlich erkrankt zu sein (Katon & Sullivan 1990). Andere trauen sich aus Scham und Angst vor Stigmatisierung nicht, Hilfsangebote wahrzunehmen. Neben Wissensdefiziten führen auch mit der Erkrankung verbundene Vorurteile über Behandlungsmöglichkeiten und allgemeine Vorbehalte gegen Psychotherapie und Psychiatrie dazu, dass Menschen ihren Zustand häufig so lange wie möglich verbergen und nicht wissen, an wen sie sich wenden sollen. Es ist davon auszugehen, dass weniger als die Hälfte der Betroffenen überhaupt mit dem Versorgungssystem in Kontakt steht (Alonso et al. 2004; Wittchen & Jacobi 2001).

Neben diesem erheblichen und vermeidbaren persönlichen Leid ist auch der wirtschaftliche Schaden, der mit oft langen krankheitsbedingten Ausfallzeiten aufgrund depressiver Erkrankungen einhergehen kann, beträchtlich (Bericht der Bundesregierung 2003;

DAK-Gesundheitsreport 2005; Linden & Weidner 2005). Die entsprechenden Indikatoren verzeichnen seit einigen Jahren erhebliche Zuwächse.

Eine unabdingbare Voraussetzung zur Initiierung angemessener Hilfsprozesse besteht in der Verbesserung des Wissens in allen Bevölkerungsschichten über depressive Erkrankungen, ihre Verbreitung, Behandlungsmöglichkeiten und Kontaktpersonen. Eine Veränderung dieses Wissens herbeizuführen, ist mit breit angelegten Maßnahmen, die sich an die gesamte Bevölkerung richten, durchaus möglich (Paykel 2001). Einschränkend muss allerdings erwähnt werden, dass die Veränderung tief verwurzelter Vorurteile, z.B. bezüglich der Behandlung mit Psychopharmaka, nur schwer zu erreichen ist und vermutlich sehr lange dauert (Hegerl et al. 2003a).

Depressive Erkrankungen haben Auswirkungen auf nahezu alle Lebensbereiche der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Je nach sozialem Kontext (Familie, Arbeitsplatz, Ärztin/Arzt, Psychotherapeut(in), Freundeskreis, Behörden) werden unterschiedliche Anforderungen an die jeweils benötigte Unterstützung gerichtet. Die aufgegriffenen Ziele und Handlungsfelder befassen sich daher mit den verschiedenen Zielgruppen und Ebenen, die im Zusammenhang mit verbesserter Aufklärung erreicht werden sollen und deren spezifischen Informationsbedürfnissen. So stellen neben den unmittelbaren Angehörigen und behandelnden Ärzt(inn)en und Therapeut(inn)en auch der Freundeskreis und Arbeitskolleg(inn)en wichtige Ressourcen für die Betroffenen dar. Hinsichtlich der Früherkennung depressiver Störungen kommt zahlreichen Berufsgruppen, die in intensiverem Kontakt mit Menschen stehen, eine Schlüsselrolle zu. So können Pflegekräfte, Lehrkräfte, Geistliche und andere Schlüsselpersonen, wie z.B. Behindertenbeauftragte oder Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, bei ausreichender Kenntnis einen wichtigen Beitrag dazu leisten, dass die Erkrankung schneller erkannt und der individuelle Hilfsprozess schneller initiiert wird. Die Vermittlung fundierten Wissens über depressive Erkrankungen in verschiedenen Berufsgruppen ist dafür eine notwendige Voraussetzung.

Entsprechend der Vielfalt der möglichen Zielgruppen beinhalten die Teilziele in diesem Bereich die Entwicklung und Verbreitung von qualitätsgesicherten und zielgruppenspezifischen und massenwirksamen Informationen über Depressionen unter Nutzung verschiedener Medien (Print, TV, Hörfunk, Internet). Ergänzende Materialien wie Plakate oder Broschüren richten sich an die breite Öffentlichkeit. Spezifische Informationen, wie z.B. ein Leitfaden für die Medienarbeit, richten sich an umschriebene Zielgruppen, wie z.B. Journalistinnen und Journalisten. Einzelne Aufklärungsmaßnahmen ohne flankierende Aktivitäten, wie z.B. Fort- und Weiterbildung oder weitergehende Öffentlichkeitsarbeit, haben

allerdings nur einen begrenzten Effekt (Gilbody et al. 2003a; Hegerl et al. 2003b). Umgekehrt sind auch reine Schulungsprogramme und ausschließliche Leitlinienvermittlung an Expert(inn)en wenig viel versprechend (Thompson et al. 2000). Daher ist es sinnvoll, regionale Netzwerke und Bündnisse gegen Depression, die auf bestehende Kooperationen, Erfahrungen und existierende Konzepte zurückgreifen, zu nutzen und einzubinden. Die Relevanz, gemeindenaher Institutionen und nichtstaatlicher Einrichtungen in diesem Tätigkeitsfeld zu berücksichtigen, wird auch im Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit der WHO und dem Grünbuch zur psychischen Gesundheit der Europäischen Kommission betont (siehe Seite 5).

Wo möglich, soll die Informationsvermittlung zu depressiven Erkrankungen bereits Gegenstand der Ausbildungscurricula entsprechender Berufsgruppen sein, die potentiell mit Betroffenen in Kontakt stehen (z.B. Sozialarbeiter(innen), Pädagog(inn)en, Geistliche, professionell Pflegende). Der Einbeziehung depressiver Störungen in das betriebliche Gesundheitsmanagement kommt aufgrund der herausragenden Bedeutung der Arbeitsumwelt eine besondere Wichtigkeit zu. Auch das Internet spielt bei der Informationsvermittlung eine zunehmend wichtigere Rolle. Zur Wissensverbesserung können online verfügbare Patienteninformationssysteme beitragen, die Verweise auf konkrete und lokal verfügbare Hilfsangebote beinhalten. Die verbesserte Aufklärung über depressive Erkrankungen, ihre Verbreitung, mögliche Erscheinungsbilder und verfügbare Behandlungsmöglichkeiten leisten darüber hinaus einen wesentlichen Beitrag zur Entstigmatisierung der Betroffenen und ihrer Angehörigen.

2.2 Prävention

Die Reduzierung der Krankheitslast, die durch psychische Erkrankungen verursacht wird, wird weltweit als ein zentrales Gesundheitsziel gesehen (WHO 2004). Maßnahmen der Prävention sind dabei der effektivste Weg zur Zielerreichung.

Es gilt, die Entwicklung depressiver Störungen zu verhindern, sie im Ansatz zu erkennen und frühzeitig geeignete Behandlungsmaßnahmen einzuleiten sowie Chronifizierungen und Rückfällen vorzubeugen. Dabei sind Kenntnisse über Risikofaktoren einerseits und Schutzfaktoren andererseits von großer Bedeutung (WHO 2004).

Diejenigen Personen sind zu identifizieren, die einem erhöhten Risiko für die Entwicklung depressiver Störungen ausgesetzt sind, aber auch jene, die einem erhöhten Rückfallrisiko unterliegen; ihnen müssen rechtzeitig geeignete und differenzierte Maßnahmen angeboten werden. Zu den wichtigsten Risikofaktoren zählen unter biographischem Aspekt das

Vorliegen depressiver Erkrankungen und anderer psychischer Erkrankungen der Eltern, insbesondere der Mutter, eine mangelhafte emotionale Unterstützung in der Kindheit, belastende Lebensereignisse, insbesondere Verlusterlebnisse und Trennungserfahrungen, sowie unter persönlichkeitspsychologischem Aspekt ein geringes Selbstwertgefühl und pessimistische Grunderwartungen. Zu den protektiven Faktoren zählen unter anderem eine als verlässlich erlebte soziale Unterstützung, gute soziale und kommunikative Kompetenzen, Optimismus und Humor, das Verfügen über aktive Bewältigungsstrategien und ein Sinnerleben (Southwick et al. 2006). Die Forschungsergebnisse zu Risiko- und Schutzfaktoren für die Entstehung und den Verlauf depressiver Störungen haben zur Entwicklung spezifischer Interventionsangebote und -programme geführt (Barret et al. 2003; Essau 2004; Hosman et al. 2005; Merry et al. 2004), die in den letzten Jahren auch in Deutschland für diverse Zielgruppen angepasst und evaluiert wurden (Pössel & Hautzinger 2003; Rademacher et al. 2002; Ihle & Herrle 2003). Die geschlechtsspezifischen Besonderheiten bei den Risiko- und Schutzfaktoren depressiver Störungen müssen in die Konzeption konkreter Präventionsmaßnahmen einfließen.

Den Erkenntnissen über Risiko- und Schutzfaktoren der Depression hat die Arbeitsgruppe durch Formulierung von differenzierten Handlungsfeldern und von Teilzielen mit entsprechenden Maßnahmenvorschlägen Rechnung getragen. Die Vorgehensweisen zur Primärprävention zielen auf die Risikominderung einerseits und auf die Ressourcenförderung und Stärkung der Resilienz andererseits ab (Holtmann & Schmidt 2004). Interventionen können dabei auf der Ebene von Individuen und Gruppen und deren Verhaltensänderungen (Verhaltensprävention) oder auch auf der Ebene der Gesellschaft und der Veränderung struktureller Rahmenbedingungen (Verhältnisprävention) ansetzen. Maßnahmen können sich des Weiteren an die Gesamtbevölkerung, Teilgruppen oder unausgelesene Zielgruppen wenden (universelle Prävention), an bestimmte Zielgruppen, nämlich Risikoträger(in) (selektive Prävention) oder an Personen mit ersten Symptomen (indizierte Prävention). Für alle Ebenen und Zielgruppen wurden Teilziele und Maßnahmenvorschläge unterbreitet.

Der Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Familien sowie frühzeitige Interventionen bei Zielgruppen mit einem erhöhten Risiko für affektive Störungen bzw. subklinischen Belastungen fanden besondere Gewichtung. Hierzu liegen einige viel versprechende Forschungs- und Interventionsansätze vor (Harrington & Clark 1998; Clarke et al. 2001; Merry et al. 2004).

Auch die sich aktuell vollziehenden sozialen Veränderungen, die sowohl gesellschaftliche Organisationsformen (Struktur der Familie), kulturelle und soziale Werte aber auch

Arbeitsformen und -inhalte oder Arbeitslosigkeit umfassen, stellen gleichzeitig Herausforderungen wie auch erhebliche Risiken für die psychosoziale Anpassungsfähigkeit dar. Sie können zur Entwicklung von psychischen Störungen beitragen und das Risiko für Rückfälle erhöhen. In diesem Zusammenhang nehmen Depressionen eine prominente Rolle ein. Maßnahmen der Prävention in den sich verändernden Systemen und Settings kommt daher eine besondere Bedeutung zu. Setting-Ansätze, wie sie z.B. für das betriebliche Gesundheitsmanagement und für die Förderung der psychischen Gesundheit in Kindertagesstätten und Schulen entwickelt wurden, bieten die Möglichkeit, die Bewältigungskompetenzen und die Beanspruchung des Individuums zu mildern und ungünstigen Entwicklungen im Einzelfall oder im System vorzubeugen. Emotionale, kognitive und handlungsbezogene Ressourcen werden gefördert.

Der Bereich der Prävention von Suiziden und Suizidversuchen verdient besondere Aufmerksamkeit. Angesichts der oben dargestellten dramatisch hohen Prävalenz von suizidalen Handlungen bei depressiv Erkrankten, insbesondere bei Jugendlichen, wurden Maßnahmen zu deren Prävention mit einer besonderen Priorität in den Ziele-Katalog aufgenommen (Spirito & Esposito-Smythers 2006). Die Umsetzung der hierzu vorgeschlagenen, gut evaluierten Maßnahmen scheint besonders viel versprechend (Mann et al. 2005).

2.3 Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie

Depressive und traurige Stimmungen sind bekannte Befindlichkeitsstörungen. Die Abgrenzung zur krankheitswertigen Depression ist häufig nicht leicht. Dies kann dazu führen, dass eine gedrückte Stimmungslage als Depression überinterpretiert oder der Krankheitswert und entsprechenden Behandlungsbedarf nicht erkannt wird. Wenn Patientinnen und Patienten mit depressiven Störungen nicht immer richtig und/oder zu spät erkannt werden, kann dies zu chronischen Verläufen beitragen (Jacobi et al. 2002; Wittchen & Jacobi 2001).

Vielfältige Gründe beeinflussen die Erkennensrate. In der hausärztlichen Praxis klagen die Betroffenen weniger über die typischen Symptome einer Depression als vielmehr über Energieverlust, Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Schlaflosigkeit und Schmerzen. Schwierig ist die Abgrenzung zu Angsterkrankungen, somatoformen Erkrankungen, Anpassungsstörungen, und die Einordnung von depressiven Syndromen in Folge somatischer oder anderer psychischer Störungen. Die Diagnose einer Depression wird bei Frauen doppelt so häufig gestellt wie bei Männern (Bundesgesundheits-Survey 1998; Wittchen & Jacobi 2001). Dies könnte vor dem Hintergrund genetischer oder hormoneller Ursachen erklärbar sein, kann aber auch Ausdruck geschlechtstypischer Unterschiede der sozialen Situation oder in

der Krankheitsbewertung und im Krankheits- und Inanspruchnahmeverhalten sein. So deuten Untersuchungen darauf hin, dass Frauen zumindest leichten depressiven Verstimmungen oder depressionsbedingten Schlafstörungen mehr Beachtung beimessen und häufiger entsprechende Behandlungswünsche äußern als Männer dies tun (Angst 1987).

Depressive Erkrankungen sind überwiegend gut behandelbar: Während unbehandelt ein mehrmonatiger, eventuell chronischer Verlauf zu erwarten ist, kann die Prognose durch rechtzeitige, zielgerichtete und wissenschaftlich nachgewiesene therapeutische Interventionen (leitliniengerechte Depressionsbehandlung) wesentlich verbessert werden (Bech 1999; Rush & Thase 1999; APA 2000; DGPPN 2000; de Jong-Meyer et al. (im Druck); DGPM 2002). Im Therapiekonzept ist zwischen der Therapie der akuten depressiven Episode, der Erhaltungstherapie nach deren Abklingen, und der Prophylaxe künftiger depressiver Episoden zu unterscheiden.

Als psychotherapeutische Verfahren stehen in Deutschland für die ambulante Behandlung von Patientinnen und Patienten mit depressiven Erkrankungen kognitive Verhaltenstherapie und psychodynamische Psychotherapieverfahren zur Verfügung, im stationären Bereich darüber hinaus unter anderem die Interpersonelle Psychotherapie und die Gesprächspsychotherapie.

Die Wirksamkeit der psychotherapeutischen Verfahren ist durch zahlreiche Meta-Analysen belegt (DeRubeis & Crits-Cristoph 1998; DeRubeis et al. 1999; Gloaguen et al. 1998; Jorgensen et al. 1998; Wampold et al. 2002; Leichenring et al. 2004). Es gibt auch Hinweise, dass psychotherapeutische Erhaltungstherapien den langfristigen Verlauf positiv beeinflussen (Fava et al. 2004; Klein et al. 2004; Schauenburg & Clarkin 2003; Fonagy & Roth 2004). Die Wirksamkeit von Antidepressiva in der Akuttherapie von Depressionen Erwachsener ist ebenfalls durch zahlreiche Meta-Analysen belegt (z.B. Storosum et al. 2001; Anderson 2000; Smith et al. 2002). Dies gilt auch – bei Vorliegen deutlich weniger Studien – für den Einsatz von Antidepressiva in der Allgemeinarztpraxis (Arroll et al. 2005). Die Wirksamkeit ist auch für die Erhaltungstherapie (Geddes et al. 2003) und die Rezidivprophylaxe (Storosum et al. 2001) erwiesen. Bei Kindern und Jugendlichen besteht weiterer Forschungsbedarf (Jureidini et al. 2004), insbesondere vor dem Hintergrund, dass hier möglicherweise suizidale Phänomene induziert werden können.

Bei länger andauernder leichter und bei mittelschwerer Depression liefern die vorhandenen Studien keine Kriterien für eine Präferenz für eine Psycho- oder Pharmakotherapie in der Akutphase (DeRubeis et al. 1999; Hollon et al. 2002). Deshalb entscheidet hier primär der

Wunsch des oder der Betroffenen nach entsprechender Aufklärung über die Besonderheiten jedes Verfahrens. Bei schwerer Depression empfehlen derzeit die nationalen und internationalen Leitlinien die Präferenz der Pharmakotherapie oder eine Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie (NICE 2004; de Jong-Meyer et al. (im Druck)).

Zur Differentialindikation der verschiedenen Therapieverfahren und zur Frage ihrer Kombination besteht daher weiterer Forschungsbedarf (Leichsenring 2001). Andererseits bietet wahrscheinlich gerade die Vielfalt der verfügbaren Verfahren die Möglichkeit, die Therapie den besonderen Bedürfnissen der einzelnen Patientinnen und Patienten anzupassen. Insgesamt besteht bezüglich der Verbesserung von Kenntnissen sowohl in der Diagnostik und in der Behandlung, insbesondere von chronischen Depressionen und der langfristigen Stabilität des Behandlungserfolgs, als auch bezüglich der Kooperation auf den verschiedenen Versorgungsebenen Optimierungsbedarf (Bermejo et al. 2002; Donogue & Tylee 1996; Höfler & Wittchen 2000; Paykel et al. 1997; Schneider et al. 2004; Spitzer et al. 1995; Üstün & Sartorius 1995; Wittchen et al. 2000). In den an regionale Gegebenheiten angepassten Versorgungsleitlinien und Behandlungspfaden wäre insbesondere das Zusammenwirken von Hausärztin/Hausarzt, psychologischen und ärztlichen Psychotherapeut(inn)en, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(inn)en, komplementären Diensten, Fachärztin/Facharzt und Krankenhaus – abhängig von der individuellen Situation der Patientin oder des Patienten – im Konsens zu konkretisieren. Im Rahmen der hausärztlichen Versorgung stellen sich neben der Diagnose auch Fragen der Einschätzung des Behandlungsbedarfs, des Einbezugs einer Fachärztin/eines Facharztes, Psychotherapeutin/Psychotherapeuten oder einer Fachklinik sowie der Patientenpräferenzen und der Information der Patient(inn)en. Im fachärztlichen bzw. psychotherapeutischen Bereich stehen Fragen der Differenzialdiagnose, des Einsatzes nachgewiesenermaßen effizienter Behandlungsstrategien sowie deren Kombination und der Indikation zu einer stationären Behandlung im Vordergrund. Im stationären Bereich ist insbesondere die Entscheidung bzgl. des optimalen Entlassungszeitpunkts bzw. hinsichtlich einer teilstationären Behandlung sowie Fragen des Übergangs zur ambulanten Weiterbehandlung durch niedergelassene Haus-, Fachärztinnen/Fachärzte oder Psychotherapeut(inn)en relevant.

Ziele sind daher, bei den Behandelnden, in der Pflege und in den Beratungsstellen die Kompetenz zu stärken, depressive Erkrankungen differenziert zu erkennen und mehrdimensionale Behandlungen im Rahmen fachübergreifender Kooperationsformen sicherzustellen. Besondere Bedeutung misst die Arbeitsgruppe auch dem Ziel zu, dass Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen mit depressiven Erkrankungen eine umfassende und angemessene Versorgung erhalten.

Eine bessere Verankerung von Wissen in den Lehrinhalten der Fort- und Weiterbildung und die Sicherung der Versorgungsqualität durch Qualitätszirkelarbeit ist deshalb ebenfalls dringend erforderlich.

Bei der Erstellung von Behandlungs- und Versorgungsleitlinien für depressive Patienten und Patientinnen sind geschlechtsspezifische Unterschiede zu berücksichtigen. So ist z.B. dem im Arzneimittelreport ersichtlichen Umstand, dass (vor allem älteren) Frauen deutlich häufiger Psychopharmaka verordnet werden als Männern, Rechnung zu tragen. Dies bezieht sich insbesondere auf die Arzneimittelgruppen der Benzodiazepine und der Neuroleptika (Glaeske & Janhsen 2005). In diesem Kontext, z.B. auch mit den in Kapitel 2.2 beschriebenen Unterschieden im Krankheits- und Inanspruchnahmeverhalten, besteht weiterer Forschungsbedarf.

2.4 Stärkung der Patient(inn)en und Betroffenen

Der stärkere Einbezug von Patient(inn)en und Angehörigen in den medizinischen Entscheidungsprozess ist ein zentrales Element bei der Behandlung depressiver Patientinnen und Patienten. Mehrere Gründe sprechen für diese stärkere Beteiligung: Durch die steigende Verfügbarkeit von medizinischen Informationen in den Medien und im Internet steigt das Wissen von Patientinnen und Patienten über ihre Erkrankung und deren Behandlung beständig an. Belegt ist, dass Patientinnen und Patienten insgesamt ein hohes Informationsbedürfnis haben sowie sich mehrheitlich wünschen, bei medizinischen Entscheidungen beteiligt zu werden (Coulter & Magee 2003). Weitere Argumente für eine höhere Beteiligung von Patienten und Patientinnen werden unter anderem in der Informationsschrift „Patientenrechte in Deutschland“, herausgegeben von den Bundesministerien für Gesundheit und Justiz, dargelegt. Danach sind Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, über die Wahrscheinlichkeit von Chancen und Risiken der zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären, so dass Patientinnen und Patienten in die Lage versetzt werden, beurteilen zu können, was die jeweilige Behandlung konkret bedeuten kann (Die Bundesministerien für Gesundheit und Justiz 2005).

Zusammenfassend lässt sich schließlich aus Studien zur Patientenbeteiligung ableiten, dass Patientinnen und Patienten mehrheitlich an der Einbeziehung in die medizinische Entscheidung interessiert sind. Sofern eine Partizipative Entscheidungsfindung (PEF, shared decision making) umgesetzt wird, resultiert dies bei Patientinnen und Patienten in höherem Wissen über die Behandlungsmöglichkeiten, in realistischeren Erwartungen über den Verlauf der Erkrankung und ihrer Behandlung und in höherer Entscheidungssicherheit und

Patientenzufriedenheit (Scheibler et al. 2003; Härter et al. 2005; Loh et al. 2005). Forschungsbedarf besteht hinsichtlich der Frage, ob die häufigere Verordnung von Psychopharmaka bei Frauen als bei Männern in einem Zusammenhang mit geschlechterabhängig unterschiedlich starker Einbeziehung in den medizinischen Entscheidungsprozess steht.

Als prioritäre Ziele und Maßnahmen werden in diesem Aktionsfeld die Verbesserung der Kommunikation zwischen Patient(inn)en und Therapeut(inn)en vorgeschlagen. Mit der Umsetzung gezielter Schulungsmaßnahmen soll erreicht werden, dass eine Partizipative Entscheidungsfindung bei depressiven Erkrankungen flächendeckend, fach- und sektorenübergreifend stattfindet, wobei Angehörige und das engere soziale Umfeld von Patientinnen und Patienten adäquat in die Behandlung einbezogen werden. Es wird vorgeschlagen, Schulungsmaterialien und -programme für Patientinnen und Patienten über den Verlauf, die Behandlung und den Umgang mit der Erkrankung sowie zum Erkennen von Frühwarnsymptomen bei Rückfällen, zielgruppenspezifisch zu konzipieren. Darüber hinaus sollen verständliche Informationsmaterialien und Entscheidungshilfen zu Behandlungsalternativen unter Nennung der Risiken und Prognosen entwickelt werden. Besondere Bedeutung wird hier auch der Unterstützung von Organisationen der Patienten- und Angehörigen-Selbsthilfe beigemessen (Matzat 2004). Dies beinhaltet z.B. auch die fachliche Beratung und organisatorische Unterstützung der Selbsthilfegruppen durch die Behandelnden aus dem stationären und ambulanten Bereich oder die Unterstützung der Selbsthilfe bei ihrer Qualitätssicherung. Besondere Bedeutung misst die Arbeitsgruppe auch der Entwicklung strukturierter Behandlungsprogramme und Projekte der Integrierten Versorgung unter Beteiligung von Patienten- und Selbsthilfeorganisationen bei.

2.5 Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation befasst sich gemäß § 2 SGB IX (Sozialgesetzbuch IX) mit der Behandlung von Menschen, deren „seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und deren Teilhabe am Leben in der Gesellschaft daher beeinträchtigt ist ..., bzw. wenn eine Beeinträchtigung zu erwarten ist“. Die medizinische Rehabilitation ist inhaltlich und fachlich und nicht über den Leistungsträger definiert. Sie ist nach § 6 SGB IX eine Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen, der Träger der gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherung, Träger der Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge sowie die Träger der Jugend- oder Sozialhilfe. Die medizinische Rehabilitation hat nach § 26 SGB IX die Aufgabe,

chronische Krankheiten abzuwenden (Primärprävention), zu beseitigen (Therapie), zu mindern (Palliativtherapie), auszugleichen (kompensatorische Therapie), eine Verschlimmerung zu verhüten (Sekundärprävention) oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten (Tertiärprävention). In vielen Fällen können bereits im Stadium der medizinischen Rehabilitation berufliche Problemlagen erkannt und oft schon die erforderlichen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eingeleitet werden, z.B. durch stufenweise Wiedereingliederung nach § 28 SGB IX.

Wie bereits ausgeführt, nehmen depressive Störungen zu einem großen Teil rezidivierende oder chronische Verläufe, wodurch die Lebensführung der Erkrankten in besonderer Weise betroffen ist (Wells et al. 1990, Linden 2003). Eine ausschließlich auf die einzelne Krankheitsepisode oder die aktuelle Krankheitssymptomatik abgestellte Behandlung greift daher in vielen Fällen zu kurz. Erforderlich ist stattdessen eine mehrdimensionale rehabilitativ orientierte Behandlung, in der die Therapie des depressiven Syndroms, die die vorliegenden Fähigkeits- und Partizipationsstörungen integriert und unter einer Langzeitperspektive durchgeführt wird. Diese ist bereits Teil der Akutbehandlung und leitet bei Bedarf über zur Rehabilitation im eigentlichen Sinne (Frieboes et al. 2005). Entsprechend führt § 26 SGB IX aus, dass zu den „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ die „Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, die Behandlung mit Arznei- und Verbandmittel, die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, die Durchführung von Psychotherapie, Belastungserprobungen und Arbeitstherapie, die Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung, die Beratung von Partnern oder Kollegen, die Förderung der Selbsthilfe, die Förderung der sozialen Kompetenz, das Training lebenspraktischer Fertigkeiten, die Complianceförderung“ unter anderem gehören (Kager et al. 2000). Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen der Bundesregierung schreibt: „Angesichts der ansteigenden Zahl chronisch Kranker, ..., bildet die Förderung von Rehabilitation unter den strukturellen und funktionalen Effizienzreserven im deutschen Gesundheitswesen eine der wichtigsten Optionen“ (Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003).

Organisatorisch ist von einem Stufenplan der Rehabilitation auszugehen, die im Sinne einer Langzeitbetreuung zunächst einmal Aufgabe der Selbsthilfe, der allgemeinärztlichen, fachärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung ist und ergänzt wird durch episodische Interventionen wie Richtlinienpsychotherapie oder eine ambulante, teilstationäre und vollstationäre Fachrehabilitation (Zielke 1993, Linden 2005, Linden et al. 2005). Damit dieser Stufenplan realisiert werden kann, müssen Rahmenbedingungen verbessert werden,

die den Behandelnden, d.h. vor allem den ambulant tätigen Ärzt(inn)en, Psychotherapeut(inn)en und ihren Praxishilfen, fachgerechte Langzeitbetreuungen und mehrdimensionale Therapiemaßnahmen ermöglichen. Weiter müssen sowohl Arbeitgeber(innen) und Betriebsärztinnen/Betriebsärzte so geschult werden, dass die Abstimmung und Integration ambulanter und stationärer Wiedereingliederungsmaßnahmen auf dem Boden einer guten Kooperation von Betrieben, Arbeitsagenturen, Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern gelingen kann (Zielke & Dehmlow 1998). Entsprechende Lerninhalte müssen verstärkt in die Aus-, Fort- und Weiterbildung aufgenommen und die Ärztinnen und Ärzte geschult werden (Olbrich & Plassmann 1997). Die Berücksichtigung und Beurteilung von Behinderung oder Arbeitsunfähigkeit bei depressiven Erkrankungen muss in der medizinischen Praxis wie auch in der Forschung mehr qualifizierte Aufmerksamkeit erhalten (Linden & Weidner 2005). Gemäß den Anforderungen des SGB IX ist die Integration von medizinischer Akut- und Rehabilitationsbehandlung zu verbessern wie auch den Erfordernissen der beruflichen Rehabilitation Rechnung zu tragen.

2.6 Versorgungsstruktur

Mehrere Erhebungen (z.B. Üstün & Sartorius 1995; Lepine et al. 1997; Wittchen & Jacobi 2001) weisen die Hausärztin/den Hausarzt international und in Deutschland als die primären Ansprechpartner(innen) für an einer Depression Erkrankte aus (Linden 2001). Das setzt auf Seiten der Hausärztin/des Hausarztes entsprechende Kompetenz und Aufmerksamkeit („awareness“) voraus. Außerdem muss der Hausärztin/dem Hausarzt ein Netz ärztlicher und nicht-ärztlicher Spezialist(inn)en zur Verfügung stehen, um dem Behandlungsbedarf im Einzelfall genügen zu können. Um dem tatsächlichen Bedarf zu entsprechen, sind Versorgungsstrukturen angemessen zu optimieren (Barghaan et al. 2005). Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen weist im Gutachten 2000/2001 (Über-, Unter- und Fehlversorgung) „darauf hin, dass in jüngster Zeit sehr hohe Neuzulassungszahlen von Psychotherapeuten zu verzeichnen sind. Er sieht ferner in städtischen Ballungsgebieten, v.a. mit Universitätseinrichtungen und psychotherapeutischen Weiterbildungsstätten, Hinweise für eine regionale Überversorgung. In strukturschwächeren, v.a. ländlichen Gebieten gibt es hingegen Hinweise auf eine Unterversorgung. ... Über die Hälfte aller psychotherapieberechtigten Ärzte waren 1997 entweder in Bayern (21%), in Nordrhein-Westfalen (20%) oder in Baden-Württemberg (17%) zugelassen. In den fünf neuen Bundesländern finden sich dagegen nur 3,7% der psychotherapieberechtigten

zugelassenen Ärzte. Von den nicht-ärztlichen Psychotherapeuten sind allein in Berlin 11,8% zugelassen, in Nordrhein-Westfalen 16,2%, in Bayern 14,7%, in Baden-Württemberg 9,2% und in den neuen Ländern 8,2%.“ Dasselbe gilt für komplementäre Dienste (Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden 2003), soweit hierzu überhaupt Daten zugänglich sind. Ein besonderer Optimierungsbedarf für die psychotherapeutische Versorgungsstruktur besteht darüber hinaus in den neuen Bundesländern (Barghaan et al., 2005) und in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen. In Ihrem Beschluss vom 2./3. Juli 2003 bittet die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) entsprechend „die AOLG (Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden), zielgerichtete Vorschläge und Strategien zur strukturellen Weiterentwicklung des psychiatrischen Versorgungssystems vorzulegen und den Bericht in regelmäßigen 5-jährigen Abständen fortzuschreiben.“

Im Gutachten 2003 (Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität) hat der Sachverständigenrat erneut „neue Versorgungsformen mit höherer Durchlässigkeit und integrierter Zusammenführung der Leistungen verschiedener Bereiche angemahnt und entsprechende Möglichkeiten z.B. für den ambulanten und stationären Sektor ... aufgezeigt.“ Das Gutachten gibt zahlreiche neue Konkretisierungen unter anderem bezüglich des Vergütungssystems, wie die Outcomes durch koordiniertes Handeln optimiert werden können. Darüber hinaus hat der Sachverständigenrat speziell angemahnt: „Obwohl psychosoziale Notfälle (oder: Sozialnot) wesentlich den Arbeitsalltag von Rettungsfachpersonal und Notärzten mitbestimmen, sind diese oft unzureichend für den professionellen Umgang mit psychosozialen, psychiatrischen und sozialmedizinischen Problemen qualifiziert. Techniken der Gesprächsführung, der Krisenintervention und der Psychopharmakotherapie werden nicht oder nicht adäquat angewendet. ... die vielfach bestehenden psychosozialen Versorgungsmöglichkeiten sind hinsichtlich ihrer Zugänglichkeit, Organisation und Ausstattung (erweiterte Öffnungszeiten, Bereitschaftsdienste etc.) dem regionalen Bedarf anzupassen.“

Aus diesem Hintergrund ergeben sich die in der tabellarischen Darstellung präsentierten Teilziele und dazu gehörenden – keinesfalls abschließenden – Beispiele für Maßnahmen.

Für eine nachhaltige Verbesserung der Versorgung depressiv Erkrankter sind Interventionsansätze am Erfolgreichsten, die mehrere Ebenen mit einbeziehen: Akut-, Erhaltungs-therapie, Rückfallprophylaxe, Nachsorge, effektive Patientenbegleitung und Rehabilitation (Case-Management) (Gilbody et al. 2003b; Pincus et al. 2001; Pincus et al. 2003; Von Korff & Goldberg 2001; Schauenburg & Clarkin 2003).

Präventive, therapeutische und rehabilitative Maßnahmen überlappen sich bezüglich der eingesetzten Interventionen in weiten Bereichen. Aus diesem Grunde muss eine sektorübergreifende – integrierte – Versorgung erreicht werden. Deren Organisation hat die Fragmentierung der sozialrechtlichen, finanziellen und administrativ-organisatorischen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Ein zeitnahe und durchlässiger Übergang von einem Versorgungsbereich in den nächsten indizierten sowie gerade bei psychotherapeutischem Bedarf ein hohes Ausmaß an personeller Kontinuität ist anzustreben. Die therapeutische Beziehung – nicht nur die duale Beziehung zwischen der Therapeutin/dem Therapeuten und Patient(inn)en, sondern auch die Beziehung zwischen Behandlungsteams/-einrichtungen und der Patientin/dem Patienten – hat zentrale Bedeutung.

3. Ziele und Teilziele im Überblick

Aktionsfeld 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.

Teilziel 1.1: Allgemein verfügbares Wissen über depressive Erkrankungen und Suizidalität, Rezidivgefahr und Chronifizierung sowie über Behandlungsmöglichkeiten und Hilfsangebote ist vorhanden.

Teilziel 1.2: Eine unterstützende, verständnisvolle Haltung gegenüber Betroffenen und ihren Angehörigen ist vorhanden.

Aktionsfeld Prävention

Ziel 2: Auftreten und Krankheitslast schwerer und chronischer depressiver Erkrankungen sind reduziert. Maßnahmen zu universeller, selektiver und indizierter Prävention sind etabliert.

Teilziel 2.1: Die Risikofaktoren für depressive Erkrankungen sind reduziert.

Teilziel 2.2: Die Rate an Suiziden und Suizidversuchen ist gesenkt.

Teilziel 2.3: Unnötige Frühverrentung, Erwerbsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit und allgemeine Partizipationsprobleme als Risikofaktor für Chronifizierung aufgrund von depressiven Erkrankungen sind reduziert.

Teilziel 2.4: Die protektiven, gesundheitsfördernden (salutogenen) und kompensatorischen Faktoren für depressive Erkrankungen sind gestärkt: z.B. das Vorhandensein von Resilienz (psychische Widerstandsfähigkeit), sozialer Kompetenz, Problemlösefähigkeiten und sozialer Unterstützung.

Aktionsfeld Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie

Ziel 3: Patientinnen und Patienten mit depressiven Erkrankungen unterschiedlicher Schweregrade und unterschiedlicher Chronizität werden frühzeitig erkannt und mit wissenschaftlich anerkannten und klinisch wirksamen Verfahren umfassend und schnell behandelt mit dem Ziel, Suizide zu verhindern, Krankheitsphasen zu verkürzen und die Gesundheit möglichst schnell wiederherzustellen bzw. Funktionseinschränkungen zu vermindern.

Teilziel 3.1: Bei den Primärversorgern, in der Pflege und in den Beratungsstellen ist die Kompetenz, depressive Erkrankungen zu erkennen und mit ihnen umzugehen, vorhanden. Risikogruppen sind bekannt.

Teilziel 3.2: Bei Bedarf findet die Überweisung zu einer fachärztlichen/psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung im Rahmen fachübergreifender Kooperationsformen zeitnah, barrierefrei und unter Berücksichtigung differentieller Indikationsstellung statt.

Teilziel 3.3: Die Qualität einer umfassenden, evidenzbasierten, medikamentösen, psychotherapeutischen und ergänzenden Therapie ist gesichert.

Teilziel 3.4: Wissenschaftlich anerkannte und klinisch wirksame Behandlungsverfahren im ambulanten und stationären Bereich werden angewendet.

Teilziel 3.5. Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen mit depressiven Erkrankungen erhalten eine umfassende und angemessene Versorgung.

Aktionsfeld Stärkung der Patient(inn)en und Betroffenen

Ziel 4: Die Position der Patientinnen und Patienten mit depressiven Erkrankungen und ihrer Angehörigen ist gestärkt.

Teilziel 4.1: Die Kommunikation zwischen Patient(inn)en und Behandelnden ist verbessert.

Teilziel 4.2: Partizipative Entscheidungsfindung (PEF, shared decision making) bei depressiven Erkrankungen findet flächendeckend, fach- und sektorenübergreifend statt.

- Teilziel 4.3: Partner(in), Familie und soziales Umfeld der Patientin oder des Patienten sind in die Behandlung einbezogen.
- Teilziel 4.4: Organisationen der Patienten- und Angehörigen-Selbsthilfe sind an Entscheidungen zu Fragen der Versorgung von depressiv Erkrankten beteiligt.
- Teilziel 4.5: Selbsthilfegruppen und deren Aktivitäten werden von den Behandelnden aktiv unterstützt.
- Teilziel 4.6: Organisationen der Selbsthilfe schaffen Transparenz hinsichtlich ihrer Struktur und Angebote.

Aktionsfeld Rehabilitation

Ziel 5: Die Führung und Langzeitbehandlung depressiv kranker Menschen einschließlich der Hilfen zur Bewältigung der Krankheit und ihrer Auswirkungen auf den Langzeitverlauf, die Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben und die Lebensqualität werden bedarfs- und fachgerecht verbessert bzw. weiterentwickelt.

- Teilziel 5.1: Regulative Voraussetzungen für Rehabilitation bei Langzeiterkrankungen sind gegeben.
- Teilziel 5.2: Eine koordinierte, differenzierte und kontinuierliche Langzeitbehandlung ist gesichert.
- Teilziel 5.3: Depressiv Kranken ist es möglich, entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit am Erwerbsleben teilzunehmen.

Aktionsfeld Versorgungsstruktur

Ziel 6: Die Versorgungsstrukturen (ambulante und stationäre Einrichtungen, Rehabilitationskliniken etc.) sind jedem depressiv Erkrankten bedarfsgerecht zugänglich.

- Teilziel 6.1: Depressive Patientinnen und Patienten haben einen niedrigschwelligen Zugang zu Versorgungseinrichtungen.
- Teilziel 6.2: Die ambulante Versorgung wird den tatsächlichen Versorgungserfordernissen angepasst.

Teilziel 6.3: Stationäre Versorgungseinrichtungen in der Akutversorgung wie Rehabilitation sind in ihrer Ausstattung für depressive Patientinnen und Patienten angemessen.

Teilziel 6.4: Strukturen der Arbeitswelt nehmen Rücksicht auf die besonderen Bedürfnisse depressiv Erkrankter.

4. Tabellarische Übersicht

Ziel 1 Aufklärung

Die Bevölkerung verfügt über einen ausreichenden Wissensstand über das Krankheitsbild Depression und seine Folgen, um mit der Erkrankung und den Erkrankten angemessen umgehen zu können.

| Teilziele | Maßnahmen |
|--|---|
| <p>1.1 Allgemein verfügbares Wissen über depressive Erkrankungen und Suizidalität, Rezidivgefahr und Chronifizierung sowie über Behandlungsmöglichkeiten und Hilfsangebote ist vorhanden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in der breiten Bevölkerung - bei Schlüsselpersonen (z.B. Führungskräfte, Pfarrer, Lehrkräfte, Pflegekräfte, Behindertenbeauftragte) - bei Institutionen wie beispielsweise Versorgungs- und Gesundheitsämtern, Arbeitsagenturen, Sozialen Diensten und Medien - in der Arbeitswelt - bei Betroffenen und ihren Angehörigen | <ul style="list-style-type: none"> - Entwicklung und Verbreitung von qualitätsgesicherten, zielgruppenspezifischen und massenwirksamen Informationen über das Krankheitsbild Depression und die Behandlungsmöglichkeiten (z.B. Entwicklung von Broschüren und Plakaten; Durchführung von massenwirksamen Kampagnen, z.B. durch die BZgA) - Initiierung von regionalen Bündnissen gegen Depression (z.B. Nutzung bestehender Erfahrungen, vorhandener Materialien und Konzepte); Durchführung von Schulungsprogrammen in Verbindung mit Train-the-Trainer-Konzepten (insbes. Initiierung von Fortbildungsveranstaltungen mit den entsprechenden Institutionen und Berufsgruppen) - Sicherstellung ausreichender Informationsvermittlung über depressive Erkrankungen in den Ausbildungscurricula der Schlüsselgruppen - Entwicklung gezielter Kooperationen mit Medien (z.B. Erstellung eines Leitfadens für die Medienarbeit, Einbeziehung der Medien in regionale Bündnisse gegen Depression) - Einbeziehung in das betriebliche Gesundheitsmanagement - Ausbau von qualitätsgesicherten (womöglich zertifizierten) Internet- und Patienteninformationssystemen zu depressiven Erkrankungen mit Hinweis auf regionale Beratungs-, Behandlungs- und Selbsthilfeangebote |
| <p>1.2 Eine unterstützende, verständnisvolle Haltung gegenüber Betroffenen und ihren Angehörigen ist vorhanden.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Initiierung massenmedialer Kampagnen zur Entstigmatisierung depressiver Erkrankungen |

Ziel 2 Prävention

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

| Teilziele | Maßnahmen |
|---|--|
| <p>2.1 Die Risikofaktoren für depressive Erkrankungen sind reduziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - beim Individuum (z.B. bei bestimmten akuten, chronisch körperlichen und psychischen Krankheiten, die das Erkrankungsrisiko erhöhen; bei Multimorbidität) | <ul style="list-style-type: none"> - Verbreitung von Informationen und Selbsthilfestrategien über das Internet - Frühzeitige und rasche Behandlung von Erkrankungen, die als Risikofaktoren für depressive Erkrankungen gelten (z.B. Angststörungen, chronischer Schmerz) - Psychotherapeutische Interventionen für Angstpatient(inn)en, besonders für Kinder und Jugendliche sowie junge Erwachsene - Bei der Versorgung von multimorbiden und chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten routinemäßige Untersuchung auf depressive Störung |
| <ul style="list-style-type: none"> - in der Familie (z.B. bei Gewalt-, Vernachlässigungs- und Missbrauchserfahrungen, bei Belastung durch psychische Erkrankung eines Elternteils, bei Belastung durch kritische Lebensereignisse wie z.B. Scheidung, bei Belastung durch den Tod eines nahen Angehörigen) | <ul style="list-style-type: none"> - Familieninterventionsmaßnahmen bei psychischer und körperlicher Erkrankung eines Elternteils - Angebote für Alleinerziehende - Angebote zur flächendeckenden Unterstützung der Kinder psychisch kranker Eltern - Angebote zur Gewaltprävention für Jugendliche - Angebote für junge Mütter und Familien (Früherkennung von Postpartumdepressionen, Reduktion von besonderen Belastungssituationen; Umgang mit Schreibabys etc.) - Angebote für Eltern, Lehrkräfte und Erzieherinnen/Erzieher zum Umgang mit impulsiven und aggressiven Kindern - Angebote für pflegende Angehörige |
| <ul style="list-style-type: none"> - im sozialen Umfeld und in der Umwelt (z.B. bei frühem Substanzmittelmissbrauch, bei Gewalt- und Missbrauchserfahrung, bei Traumatisierung) | <ul style="list-style-type: none"> - Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention von Substanzmittelmissbrauch bei Jugendlichen - Einrichtung von Trauma-Ambulanzen und Opferschutzprogrammen |

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - unter bestimmten sozioökonomischen Bedingungen (z.B. bei Arbeitslosigkeit, bei Armut, bei Wohnungslosigkeit) | <ul style="list-style-type: none"> - Spezifische Betreuungsangebote für Obdachlose und Angebote zur Wiedereingliederung, insbesondere für junge Erwachsene - Wohnortnahe Angebote zur Förderung der Aktivität für vereinsamte Menschen - Wohnortnahe und aufsuchende Angebote zur Förderung der Aktivität für ältere und alte Menschen - Angebote für Arbeitslose (z.B. Förderung von Selbsthilfeinitiativen, psychosoziale Angebote) |
| <ul style="list-style-type: none"> - am Arbeitsplatz (z.B. bei physischer und/oder psychischer Überforderung bedingt durch Konflikte) | <ul style="list-style-type: none"> - Betriebliche Gesundheitsförderung, Einrichtung von Steuerungskreisen: Ermittlung von Belastungen und deren Beseitigung am Arbeitsplatz - Schulung von Führungskräften, Betriebsärzt(inn)en, Sicherheitsfachkräften und Betriebsrät(inn)en zu Risikofaktoren von Depression und deren Präventionsmöglichkeiten - Etablierung von Supervision für Angehörige helfender Berufe |
| <ul style="list-style-type: none"> - in Heimen und institutionellen Wohnformen z.B. bei inaktivierenden Organisationsformen | <ul style="list-style-type: none"> - Ermöglichung selbst bestimmten Wohnens |
| <p>2.2 Die Rate an Suiziden und Suizidversuchen ist gesenkt.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Aufklärung von im Gesundheitssystem tätigen Personengruppen über Suizidalität als Symptom depressiver Erkrankungen und deren Behandelbarkeit (Suizid ist nicht Freitod) - Entschärfung von Orten mit hohen Suizidraten (z.B. Brücken, offene Türme) - Reduktion der Suizidalität-induzierenden Medienberichte (Verbesserung der Medien-Selbstkontrolle, rasche und konzertierte Reaktion auf negative Medienberichte, Information der Medien über den Werther-Effekt) |

| | |
|--|--|
| <p>2.3 Unnötige Frühverrentung, Erwerbsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit und allgemeine Partizipationsprobleme als Risikofaktor für Chronifizierung aufgrund von depressiven Erkrankungen sind reduziert.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Präzisierung der Kriterien zur Feststellung von Arbeitsunfähigkeit und ihre kritische Anwendung im Einzelfall unter Berücksichtigung von Kontraindikation - Maßnahmen zur gestuften Aktivierung und zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit und des sozialen Umfelds - Frühzeitige Einleitung gezielter Rehabilitationsmaßnahmen |
| <p>2.4 Die protektiven, gesundheitsfördernden (salutogenen) und kompensatorischen Faktoren für depressive Erkrankungen sind gestärkt: z.B. das Vorhandensein von Resilienz (psychische Widerstandsfähigkeit), sozialer Kompetenz, Problemlösefähigkeiten und sozialer Unterstützung.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Angebote zur Förderung der psychischen Gesundheit, z.B. Settingprojekte in Kindertagesstätten, Schulen und Senioreneinrichtungen mit Blick auf den Umgang mit und Abbau von Belastungssituationen (Stress, Mobbing, Gewalt etc.) - Angebote zur Förderung elterlicher Erziehungskompetenz - Angebote zur Förderung von sozialer Kompetenz in der Schule sowie Stressbewältigungsangebote für Kinder - Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung (z.B. Trainings zur Sensibilisierung der Führungskräfte, Stressbewältigungstrainings) - Angebote zur Förderung der psychischen Gesundheit im Alter |

Ziel 3 Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie

Patientinnen und Patienten mit depressiven Erkrankungen unterschiedlicher Schweregrade und unterschiedlicher Chronizität werden frühzeitig erkannt und mit wissenschaftlich anerkannten und klinisch wirksamen Verfahren umfassend und schnell behandelt mit dem Ziel, Suizide zu verhindern, Krankheitsphasen zu verkürzen und die Gesundheit möglichst schnell wiederherzustellen bzw. Funktionseinschränkungen zu vermindern.

| Teilziele | Maßnahmen |
|---|--|
| 3.1 Bei den Primärversorgern, in der Pflege und in den Beratungsstellen ist die Kompetenz, depressive Erkrankungen zu erkennen und mit ihnen umzugehen, vorhanden. Risikogruppen sind bekannt. | <ul style="list-style-type: none"> - Entsprechende Lehrinhalte werden in der Ausbildung, in zertifizierten Fort- und Weiterbildungen vermittelt. |
| 3.2 Bei Bedarf findet die Überweisung zu einer fachärztlichen/psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung im Rahmen fachübergreifender Kooperationsformen zeitnah, barrierefrei und unter Berücksichtigung differentieller Indikationsstellung statt. | <ul style="list-style-type: none"> - Vernetzte Versorgungsstrukturen werden geschaffen, wodurch Patientinnen und Patienten schnell und effizient versorgt werden. Regelungen für Übergänge im Behandlungsverlauf durch Kooperationen der verschiedenen Versorgungs- und Beratungseinrichtungen werden getroffen. |
| 3.3 Die Qualität einer umfassenden, evidenzbasierten, medikamentösen, psychotherapeutischen und ergänzenden Therapie ist gesichert. | <ul style="list-style-type: none"> - Bedarfsgerechte fachgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung ist flächendeckend gewährleistet. - Zeitlich angemessene psychotherapeutische und/oder pharmakologische Erhaltungstherapie zur Verhinderung von Rezidiven - Qualitätszirkel und Fortbildung zu depressiven und allgemein zu psychischen Erkrankungen |
| <ul style="list-style-type: none"> - Akut depressive Patientinnen und Patienten, insbesondere Suizidgefährdete sowie Patientinnen und Patienten mit chronischen und rezidivierenden Depressionen werden schnell, umfassend und angemessen unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte versorgt. | <ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der psychopharmakologischen und psychotherapeutischen Notfallversorgung für suizidale Patientinnen und Patienten, insbesondere durch eine verstärkte Zusammenarbeit von stationären und ambulanten Einrichtungen |

| | |
|--|---|
| <p>3.4 Wissenschaftlich anerkannte und klinisch wirksame Behandlungsverfahren im ambulanten und stationären Bereich werden angewendet.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Abstimmung, regelmäßige Aktualisierung und Umsetzung von evidenzbasierten Leitlinien, Versorgungsleitlinien und Behandlungspfaden |
| <p>3.5 Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen mit depressiven Erkrankungen erhalten eine umfassende und angemessene Versorgung.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Spezielle Fort- und Weiterbildungsangebote für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Beratungsstellen - Verbesserte Zusammenarbeit zwischen Behandelnden und Institutionen wie z.B. Schulen, Kindergärten, Jugendämtern, Sozialpsychiatrische Dienste, Trägern der Freien Wohlfahrtspflege - Verbesserung der psychotherapeutischen und ggf. psychopharmakologischen Versorgung für Kinder und Jugendliche - Spezielle Fort- und Weiterbildungsangebote für Pflegekräfte |

Ziel 4 Stärkung der Patient(inn)en und Betroffenen

Die Position der Patientinnen und Patienten mit depressiven Erkrankungen und ihrer Angehörigen ist gestärkt.

| Teilziele | Maßnahmen |
|--|---|
| 4.1 Die Kommunikation zwischen Patient(inn)en und Behandelnden ist verbessert. | <ul style="list-style-type: none">- Praxisbezogene und wiederholte Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Behandelnde (Ärztinnen/Ärzte, Psychotherapeut(inn)en, Pflegekräfte sowie Mitarbeiter(innen) in Beratungs- und Versorgungseinrichtungen) zum Erwerb und zur Vertiefung kommunikativer Kompetenzen für den Umgang mit depressiv Erkrankten und deren Angehörigen |
| 4.2 Partizipative Entscheidungsfindung (PEF, shared decision making) bei depressiven Erkrankungen findet flächendeckend, fach- und sektorenübergreifend statt. | <ul style="list-style-type: none">- Schulungsmaterialien und -programme für Patientinnen und Patienten über den Verlauf, die Behandlung und den Umgang mit der Erkrankung sowie zum Erkennen von Frühwarnsymptomen bei Rückfällen, zielgruppenspezifisch konzipiert und den kognitiven Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten angepasst, auch in relevanten Fremdsprachen- Für Laien verständliche Informationsmaterialien und Entscheidungshilfen zu Behandlungsalternativen (medikamentöse und/oder psychotherapeutische Behandlung) unter Nennung der Risiken und Prognosen- Aufklärung und Fortbildung von Behandelnden zu Fragen der Einbeziehung von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen in Therapieentscheidungen- Vermittlung besonderer Gesprächskompetenzen zur Erhebung der individuellen, subjektiven Krankheitskonzepte und Kontrollerwartungen der Patient(inn)en und ihrer Angehörigen, mit dem Ziel einer gemeinsam getragenen Entscheidungsfindung |
| 4.3 Partner(in), Familie und soziales Umfeld der Patientin oder des Patienten sind in die Behandlung einbezogen. | <ul style="list-style-type: none">- Informationsmaterialien für die Familie und das soziale Umfeld der Patientin oder des Patienten, auch in Fremdsprachen für die wichtigsten Migrantengruppen- Partner- und Familienworkshops in Kliniken und Beratungsstellen |

| | |
|--|--|
| <p>4.4 Organisationen der Patienten- und Angehörigen-Selbsthilfe sind an Entscheidungen zu Fragen der Versorgung von depressiv Erkrankten beteiligt.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Entwicklung strukturierter Behandlungsprogramme und Projekte der Integrierten Versorgung unter Beteiligung von Patienten- und Selbsthilfeorganisationen |
| <p>4.5. Selbsthilfegruppen und deren Aktivitäten werden von den Behandelnden aktiv unterstützt.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Hinweis auf Selbsthilfegruppen in Kliniken und Praxen - Fachliche Beratung und organisatorische Unterstützung der Selbsthilfegruppen durch Behandelnde aus dem stationären und ambulanten Bereich - Unterstützung der Selbsthilfe bei ihrer Qualitätssicherung der Selbsthilfeangebote durch Behandelnde (z.B. Vorträge) |
| <p>4.6 Organisationen der Selbsthilfe schaffen Transparenz hinsichtlich ihrer Struktur und Angebote.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Entwicklung und Veröffentlichung von Qualitätskriterien durch die Selbsthilfe zur Orientierung für betroffene Patientinnen und Patienten, ihre Angehörigen und professionelle Helfer/Helferinnen |

Ziel 5 Rehabilitation

Die Führung und Langzeitbehandlung depressiv kranker Menschen einschließlich der Hilfen zur Bewältigung der Krankheit und ihrer Auswirkungen auf den Langzeitverlauf, die Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben und die Lebensqualität werden bedarfs- und fachgerecht verbessert bzw. weiterentwickelt.

| Teilziele | Maßnahmen |
|---|---|
| 5.1 Regulative Voraussetzungen für Rehabilitation bei Langzeiterkrankungen sind gegeben. | <ul style="list-style-type: none">- Entwicklung wissenschaftlich evaluierter Indikationskriterien für die Zuweisung zur Rehabilitation- Anpassung der Richtlinien und Schulung der Ärztinnen/Ärzte, damit psychische Erkrankungen bezüglich der Zuerkennung von Behinderungsgraden (Grad der Behinderung, Minderung der Erwerbstätigkeit) gleichrangig wie körperliche Erkrankungen behandelt werden- Optimierung der Richtlinien für die Arbeitsunfähigkeit im Sinne einfach anzuwendender Beurteilungsalgorithmen für Fähigkeitsstörungen gemäß der Klassifikation der Funktions- und Fähigkeitsstörungen (ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health)- Forderung von Wirksamkeitsnachweisen für die Langzeitwirksamkeit von Antidepressiva auch bezüglich Fähigkeitsstörungen für die Arzneimittelzulassung |
| 5.2 Eine koordinierte, differenzierte und kontinuierliche Langzeitbehandlung ist gesichert. | <ul style="list-style-type: none">- Schaffung der Dokumentationsvoraussetzungen, damit bei Langzeitbehandlungen Behandelnde auf Erfahrungen von Vorbehandlungen zurückgreifen können- Koordinierung von niedergelassenen Ärzt(inn)en, Krankenhäusern bzw. Fachabteilungen, Rehabilitationseinrichtungen und Selbsthilfegruppen stärken- Rehabilitation depressiv Kranker als Lerninhalt der Aus-, Weiter- und Fortbildung für Ärztinnen/Ärzte und andere Berufsgruppen- Etablierung von Maßnahmen zur Förderung der Lebensqualität (Salutotherapie) depressiv Erkrankter als bedeutsamer Teil ärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung |

| | |
|--|--|
| <p>5.3 Depressiv Kranken ist es möglich, entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit am Erwerbsleben teilzunehmen.</p> | <ul style="list-style-type: none">- Schulung von Arbeitgeber(inn)n und Betriebsärzt(inn)en im Umgang mit depressiven Menschen bezüglich deren beruflicher Einschränkungen sowie der Einsatzmöglichkeiten- Aufbau und Verbesserung der Kooperation zwischen Betrieben, Arbeitsagenturen, Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern zur Förderung von Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben- Ausbau der Integration ambulanter und stationärer Wiedereingliederungsmaßnahmen – auch mit Unterstützung der Arbeitgeber- Das betriebliche Eingliederungsmanagement nach § 84 SGB IX ist verpflichtend um die Komponente „Psychische Belastungen am Arbeitsplatz“ zu erweitern- Stärkung der Motivation der Betroffenen am Erwerbsleben wieder teilzunehmen, u. a. durch Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung, niedrigschwellige Arbeitsangebote |
|--|--|

Ziel 6 Versorgungsstruktur

Die Versorgungsstrukturen (ambulante und stationäre Einrichtungen, Rehabilitationskliniken etc.) sind jedem depressiv Erkrankten bedarfsgerecht zugänglich.

| Teilziele | Maßnahmen |
|---|---|
| <p>6.1 Depressive Patientinnen und Patienten haben einen niedrighschwelligigen Zugang zu Versorgungseinrichtungen.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Verbesserte Koordination des Zugangs zu den vorhandenen Versorgungseinrichtungen - Schaffung von Strukturen, die eine sprechende Medizin fördern |
| <p>6.2 Die ambulante Versorgung wird den tatsächlichen Versorgungserfordernissen angepasst.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Überprüfung der Bedarfsplanung für die ambulante und stationäre Versorgung und des Verfahrens der Bedarfsplanung unter Berücksichtigung der Prävalenzen depressiver Störungen, insbesondere für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen - Erfassung des regionalen Versorgungsbedarfs und entsprechende Festlegung des regional benötigten spezifischen Versorgungsangebotes (z.B. gemeindenaher Institutsambulanzen, Beratungsstellen, ambulante psychiatrische Pflege) - Überprüfung der Leistungskataloge in den Gebührenordnungen und entsprechend der sich verändernden Prävalenz aller Erkrankungen - Schaffung von zielgruppenorientierten und koordinierten Versorgungsangeboten, z.B. durch Verträge im Rahmen der Integrierten Versorgung nach § 140 ff SGB V, der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b SGB V, der Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 c SGB V (siehe Punkt 3.4) |
| <p>6.3 Stationäre Versorgungseinrichtungen in der Akutversorgung wie Rehabilitation sind in ihrer Ausstattung für depressive Patientinnen und Patienten angemessen.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Indikations- und zeitgerechter Zugang depressiver Patientinnen und Patienten zu Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation; Rehabilitationskliniken sind besser in die regionalen Versorgungsstrukturen für depressive Patientinnen und Patienten zu integrieren. - Entbürokratisierung bei planbaren Behandlungsmaßnahmen (ambulant, stationär, Rehabilitation) - Stationäre Behandlungseinrichtungen halten speziell auf depressive Patientinnen und Patienten abgestimmte Stationen und/oder Behandlungsmodule vor. |

| | |
|---|--|
| <p>6.4 Strukturen der Arbeitswelt nehmen Rücksicht auf die besonderen Bedürfnisse depressiv Erkrankter.</p> | <ul style="list-style-type: none">- Betriebsärzte/Betriebsärztinnen und betriebliches Gesundheitsmanagement integrieren Maßnahmen zur Prävention depressiver Erkrankungen ebenso wie die Fürsorge für depressive Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.- Aufbau von Abstimmungsverfahren zwischen Betrieben, Arbeitsagentur, Krankenkassen oder Rentenversicherungsträger, um bei irreversiblen Fähigkeitseinschränkungen depressiver Patientinnen und Patienten Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation einleiten zu können. |
|---|--|

5. Umsetzung der Ziele

Die Ziele bzw. Teilziele sind anspruchsvoll, und ihre Umsetzung ist nur schrittweise möglich. Zum einen, weil das entsprechenden Wissen oder die Handlungsansätze zur Realisierung dieser Ziele aktuell nicht oder nur eingeschränkt zur Verfügung stehen; zum anderen, weil die notwendigen ökonomischen und sozialpolitischen Hintergrundbedingungen eine Umsetzung einer großen Zahl von Maßnahmen begrenzen. Dazu muss berücksichtigt werden, dass die gesellschaftliche Sensibilität und Offenheit für das Vorkommen von psychische Krankheiten und deren Behandlung immer noch eingeschränkt ist und nach wie vor eine Tendenz zur Stigmatisierung von psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen besteht und dies obwohl psychische und psychosomatische Erkrankungen sowohl im klinischen Feld als auch volkswirtschaftlich eine herausragende Rolle spielen.

Vielfach ist zur Realisierung von Zielen und der Umsetzung von genannten Maßnahmen auf der Seite der Akteure (z.B. der primär behandelnden Ärztinnen und Ärzte) ein besonderes Engagement gefordert, sich mit psychosozialen Dimensionen zu befassen. Dabei sind insbesondere auch kommunikative und interaktionelle Fähigkeiten (z.B. Gesprächsführung) seitens der behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten gefordert. In der Diagnostik spielen neben der psychischen Symptomatik auch die psychosozialen Hintergrund- und Kontextvariablen der Patientinnen und Patienten eine bedeutende Rolle. Die Rahmenbedingungen bereits während des Studiums und auch später während der ärztlichen Weiter- und Fortbildung (den einschlägigen Facharztweiterbildungen oder der Psychosomatischen Grundversorgung) müssen verstärkt auf das Erlernen individuums- und beziehungsorientierter Behandlungsprozesse ausgerichtet werden.

Die hier vorgestellten Maßnahmen bauen alle zentral darauf auf, die Adressaten, die potentiellen oder bereits manifest Erkrankten und ihre Angehörigen, als Individuen mit eigener Geschichte, Bedürfnis- und Motivlage anzuerkennen und als mündige Partner(innen) im Behandlungsprozess zu verstehen. Die Stärkung der Selbstbestimmung der Patientinnen/Patienten und Betroffenen wurde deshalb als wichtiges Teilziel definiert.

Sowohl die Zielformulierungen als auch die vorgeschlagenen Maßnahmen für die verschiedensten Aktionsfelder haben einen starken Bezug zur Praxis und wollen diese verändern. Dies setzt voraus, dass die evidenzbasierten Behandlungsstrategien in der Versorgungsrealität gleichermaßen effektiv sind. Hier sind zukünftig verstärkt kontrollierte Studien notwendig.

Empfehlung für Startermaßnahmen

| Maßnahmen | Akteure/Umsetzer |
|---|--|
| Verbreitung und Weiterentwicklung von evidenzbasierten, allgemeinverständlichen Informationen über das Krankheitsbild Depression und die Behandlungsmöglichkeiten | u.a. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Bündnis gegen Depression e.V., Frankfurter Depressionsnetzwerk, Kompetenznetz Depression, Fachgesellschaften, Privatversicherungen, Krankenkassen, Selbsthilfe (z.B. Familienselbsthilfe Psychiatrie), Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Bundesländer (z.B. Gesundheitsportale der Länder), Kommunen, Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) [in Kooperation] |
| Anstoß, Ausbau, und Koordinierung von regionalen Bündnissen gegen Depression | u.a. Bündnis gegen Depression e.V., Kompetenznetz Depression, Frankfurter Depressionsnetzwerk, Fachgesellschaften, Privatversicherungen, BZgA, Krankenkassen, Selbsthilfe (z.B. Familienselbsthilfe Psychiatrie), Bundesländer (z.B. Gesundheitsportale der Länder), Kommunen, ÖGD [in Kooperation] |
| Flächendeckende Unterstützung der Kinder psychisch kranker Eltern durch spezifische, niedrigschwellige Beratungs- und Hilfsangebote | u.a. Beratungsstellen, Schulen, KiTas, Kliniken, Jugendämter, Gesundheitsämter in Zusammenarbeit mit psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken, ambulanten sozialpsychiatrischen Diensten und niedergelassenen Behandelnden und anderen im Gesundheitswesen Verantwortlichen |
| Bundesweiter Einsatz von evaluierten Fortbildungsprogrammen zur „Partizipativen Entscheidungsfindung“ für die Versorgung depressiv Erkrankter | Aus- und Weiterbildungsprogramme unterstützt u.a. von Universitäten (medizinische Fakultäten), Fachgesellschaften, Landesärzte- und Psychotherapeutenkammern, Kassenärztliche Vereinigung, Berufsverbände |
| Praxisbezogene und wiederholte Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Behandelnde (Ärztinnen/Ärzte, Psychotherapeut(inn)en, Pflegekräfte sowie Mitarbeiter(innen) in Beratungs- und Versorgungseinrichtungen) zum Erwerb und zur Vertiefung kommunikativer Kompetenzen für den Umgang mit depressiv Erkrankten und deren Angehörigen | u.a. Landesärztekammern, Landespsychotherapeutenkammern, Weiterbildungsstätten (Kliniken und Praxen bei Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeut(inn)en), Berufs- und Fachverbände, Kassenärztliche Vereinigungen, andere Weiterbildungseinrichtungen |

| | |
|---|--|
| Erweiterung des betrieblichen Arbeitsschutzes um Maßnahmen zur Reduzierung psychischer Belastungen und zur Förderung psychischer Gesundheit am Arbeitsplatz | u.a. Betriebe, Arbeitgeber- und Fachverbände, Berufsgenossenschaften, Krankenkassen, Rehabilitationsträger, Integrationsämter und Selbsthilfe |
| Verhinderung von Nachahmungssuiziden (im Sinne des „Werther-Effektes“) durch Maßnahmen zur Erreichung einer sensiblen Berichterstattung in den Medien, z.B. Schießen von „Pressestillhalte-Abkommen“ | u.a. Presse, Funk, Fernsehen, FSK (Freiwillige Selbstkontrolle), Internet, Gesetzgeber, Presserat |
| Betriebliches Eingliederungsmanagement nach § 84 SGB IX ist verpflichtend um die Komponente „Psychische Belastungen am Arbeitsplatz“ erweitern | Betriebe, Arbeits- und Gesundheitsministerium, Arbeitgeber- und Fachverbände, Berufsgenossenschaften |
| Weiterentwicklung wissenschaftlich evaluierter Indikationskriterien für die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen | u.a. Einrichtungen der Reha- und Versorgungsforschung, Fachgesellschaften, niedergelassene Ärztinnen/ Ärzte, Krankenhäuser bzw. Fachabteilungen, Rehabilitationseinrichtungen, Selbsthilfe |
| Versorgungsebenenspezifische Implementierung der evidenzbasierten und allgemein konsentierten Leitlinie Depression | u.a. Fachgesellschaften, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Krankenkassen, Privatversicherer, IQWiG, Reha-Kostenträger |
| Fachgruppen- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit in vernetzten Versorgungsstrukturen und verbesserte Koordination des Zugangs zu vorhandenen Versorgungseinrichtungen durch z.B. Integrationsverträge nach § 140 SGB V | u.a. Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte und Psychotherapeut(inn)en, Krankenhäuser, Reha-Kliniken, Sozialpsychiatrische Dienste, Hausärztinnen/-ärzte, Fachärztinnen/-ärzte |

6. Literaturverzeichnis

- Aldenhoff, J. (1997). Reflections on the psychobiology of depression. *Der Nervenarzt*, 68(5), 379-89.
- Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H. et al. (2004). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* (420), 47-54.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *American Journal of Psychiatry*, 157 (Suppl. 4), 1-45.
- Anderson, I.M. (2000). Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: A meta-analysis of efficacy and tolerability. *J Affective Disord*, 58, 19-36.
- Anderson, I.M. & Edwards, J.G. (2001). Guidelines for choice of selective serotonin reuptake inhibitor in depressive illness. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 170-180.
- Angst, J. (1987). Epidemiologie der affektiven Störungen. In: Kisker, K.P. und Mitarb.: (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart*, 5, „Affektive Psychosen“, Springer.
- Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsbehörden im Auftrag der Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister und Senatorinnen und Senatoren der Länder (Gesundheitsministerkonferenz) (2003): Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren.
- Arroll, B., Goodyear-Smith, F., Kerse, N., Fishman, T. & Gunn, J. (2005). Effect of the addition of a "help" question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study. *BMJ*, 331, 884-887.
- Arroll, B., Macgillivray, S., Ogston, S., Reid, I., Sullivan, F., Williams, B. & Crombie, I. (2005). Efficacy and Tolerability of Tricyclic Antidepressants and SSRIs Compared With Placebo for Treatment of Depression in Primary Care: A Meta-Analysis. *Ann Fam Med*, 3, 449-456.
- Baigent, M.F. (2005). Understanding alcohol misuse and comorbid psychiatric disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. 18 (2005), 223-228.
- Barghaan, D., Harfst, T., Koch, U. & Schulz, H. (2005). Psychotherapeutische Versorgung. In: Senf, W. & Broda, M. (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie* (3.ed., S. 25-32). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Barrett, P., Webster, H. & Turner, C. (2003). *Freunde für Kinder. Trainingsprogramm zur Prävention von Angst und Depression*.
- Barth, J., Schumacher, & Hermann-Lingen, C. (2004). Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 66(6), 802-813.
- Baumeister, H., Bahlke, K., & Härter, M. (2005). The relationship between comorbidity and health-related quality of life in patients with somatic diseases: a review. *Journal of Clinical Epidemiology*, 58(11), 1090-1100.
- Bech, P. (1999). Pharmacological Treatment of Depressive Disorders: A Review. In: Maj, M., Sartorius, N. (Hrsg.). *Depressive Disorders. WPA Series, Evidence and Experience in Psychiatry*, John Wiley & Sons, Chichester: 89-127.
- Bericht der Bundesregierung (2003). *Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit*.

- Bermejo, I., Lohmann, A. Berger, M. Härter, M. (2002). Barriers and need for support in the primary care of depressive patients. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZaeFQ)* 96(9), 605-613.
- Bostwick, J.M. & Pankratz, V.S. (2000). Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 157(12), 1925-1932.
- Bundes-Gesundheitssurvey (1998). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 44(10), 993-1000.
- Bundesministerium für Gesundheit, Referat Information, Publikation, Redaktion und Bundesministerium der Justiz, Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit (Hrsg.), Patientenrechte in Deutschland. Bonn und Berlin.
http://www.diegesundheitsreform.de/presse/publikationen/pdf/broschuere_patienrechte_deutschland.pdf (letzter Zugriff 20.12.2005).
- Clarke, G.N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Beardslee, W. et al. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Arch Gen Psychiatry*, 58(12), 1127-1134.
- Corveleyn, J., Luyten, P. & Blatt, S. (Hrsg.) (2005). Theory and treatment of depression. Towards a dynamic interactionism model. London: Lawrence Erlbaum Association.
- Crown, W.H., Finkelstein, S., Berndt, E.L. et al. (2002). The impact of treatment-resistant depression on health care utilization and costs. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 963-971.
- Coulter, A. & Magee, H. (2003). The European Patient of the Future. Berkshire: Open University Press.
- DAK-Versorgungsmanagement (Hrsg.) (2005). DAK Gesundheitsreport, 50ff.
- Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2000/2001, Deutscher Bundestag, Drucksache 14/5660, 5661.
- Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2003, Deutscher Bundestag, Drucksache 15/530.
- DeRubeis, R.J., Gelfand, L.A., Tang, T.Z. & Simons, A.D. (1999). Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1007-1013.
- DeRubeis, R. J. & Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 66(1), 37-52.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (2000). Behandlungsleitlinien Affektive Erkrankungen, Bd. 5, Darmstadt: Steinkopf.
- Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM) (2002). Psychotherapie der Depression. <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/051-023.htm> (Letzter Zugriff 20.12.2005).
- DiMatteo, M.R., Lepper, H., & Croghan, T.W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2101-2107.
- Donoghue, J.M. & Tylee, A. (1996). The treatment of depression: Prescribing patterns of antidepressants in primary care in the UK. *Br J Psychiat*, 168, 164-168.
- Ehrenberg, A. (1998/2004). Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart, Frankfurt/Main, Campus.

- Elkin I., Shea M.T., Watkins J.T., Imber S.D., Sotsky S.M., Collins J.F., Glass D.R., Pilkonis P.A., Leber W.R., Docherty J.P., et al. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry*. 46. 971-982.
- Essau, C. A. (2004). Primary prevention of depression. In: Dozois, D.J.A. & Dobson, K.S. (Hrsg.), *The prevention of anxiety and depression: theory, research, and practice* (1. ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Fava, G.A., Ruini, C., Ravanelli, C., Finos, L., Conti, S. & Grandi, S. (2004). Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *American Journal of Psychiatry*, 161(10), 1872-1876.
- Fombonne E. (1994). Increased rates of depression: update of epidemiological findings and analytical problems. *Acta Psychiatr Scand*. 90(3), 145-156.
- Fonagy, P. & Roth, A. (2004). Ein Überblick über die Ergebnisforschung anhand nosologischer Indikation. *Psychotherapeutenjournal*, 3, 204-218.
- Friboes, R.-M., Zandig, M. & Nosper, M. (Hrsg.) (2005). *Rehabilitation bei psychischen Störungen*. Urban & Fischer, München, Jena.
- Friemel, S., Bernert, S., Angermeyer, M.C. & König, H.H. (2005). Die direkten Kosten von depressiven Erkrankungen in Deutschland - Ergebnisse aus dem European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) Projekt. *Psychiatr Prax*, 32, 113-121.
- Geddes J.R., Carney S.M., Davies C., Furukawa T.A., Kupfer D.J., Frank E., Goodwin G.M. (2003). Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet* 361, 653-661.
- Gilbody S., Whitty, P., Grimshaw, J. & Thomas, R. (2003a). Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA*, 289(23), 3145-3151.
- Gilbody, S.M., Whitty, P.M., Grimshaw, J.M. & Thomas, R. E. (2003b). Improving the detection and management of depression in primary care. *Qual Saf Health Care*, 12(2), 149-155.
- Glaeske, G. & Janhsen, K. (2005). *GEK-Arzneimittelreport 2005*, Bremen, Schwäbisch Gmund, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 36, 158ff.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat M. & Blackburn I. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49 (1), 59-72.
- Gotlib I.H. & Hammen, C. L. (2002). *Handbook of Depression*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, P. E., Kessler, R.C., Birnbaum, H.G., Leong, S.A., Lowe, S.W., Berglund, P. & Corey-Lisle, P.K. (2003). The Economic Burden of Depression in the United States: How Did It Change Between 1990 and 2000? *J Clin Psychiatry*, 64, 1465-1475.
- Härter, M. (2002). Ätiologie psychischer Störungen bei chronischen körperlichen Erkrankungen. *Die Rehabilitation*, 41, 357-366.
- Härter, M., Loh, A. & Spies, C. (2005). Initiativen zur stärkeren Beteiligung von Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen. In: Härter, M., Loh, A. & Spies, C. (Hrsg.), *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen* (S. XIII-XIX). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Harrington, R. & Clark, A. (1998). Prevention and early intervention for depression in adolescence and early adult life. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 248, 32-45.
- Hau, S., Busch, H.J. & Deserno, H. (2005). *Depression - zwischen Lebensgefühl und Krankheit*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Haubl, R. (2005). Sozialpsychologie der Depression. In: Leuzinger-Bohleber, M., Hau, S. & Deserno, H. (Hrsg.). Depression – Pluralität in Praxis und Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 291-320.
- Hautzinger, M. (1998). Zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei Depressionen. *Psychotherapie*, 3, 65-75.
- Hautzinger, M. (1998). Depression. Göttingen: Hogrefe.
- Hegerl, U., Althaus, D., Niklewski, G. & Schmidke, A. (2003a). Optimierte Versorgung depressiver Patienten und Suizidprävention. *Deutsches Ärzteblatt*, 100(42), 2732-2737.
- Hegerl, U., Althaus, D. & Stefanek, J. (2003b). Public attitudes towards treatment of depression: Effects of an information campaign. *Pharmacopsychiatry*, 36(6), 288-291.
- Helmchen, H. & Linden, M. (Hrsg.) (2000). Subthreshold disorders in psychiatry. *Comprehensive Psychiatry, Suppl. 1*, 41, 1-137.
- Hirschfeld R.M.A., (2001). The Comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders: Recognition and Management in Primary Care. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry* 3, 244-254.
- Hirschfeld, R.M., Montgomery, S.A., Aguglia, E., Amore, M., Delgado, P.L., Gastpar, M., Hawley, C., Kasper, S., Linden, M., Massana, J., Mendlewicz, J., Möller, H.J., Nemeroff, C.B., Salz, J., Such, P., Torta, R., & Versiani, M. (2002). Partial response and nonresponse to antidepressant therapy: current approaches and treatment options. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 826-837.
- Hoffmann, N. & Schauenburg, H. (Hrsg.) (2000). Psychotherapie der Depression, Georg Thieme Verlag, Stuttgart.
- Höfler, M. & Wittchen, H.U. (2000). Why do primary care doctors diagnose depression when diagnostic criteria are not met? *Int J Meth Psychiat Res*, 9, 110-120.
- Holtmann, M. & Schmidt, M. H. (2004). Resilienz im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 13(4).
- Hollon, S.D., Thase, M.E. & Markowitz, J.C. (2002). Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest*, 3, 39-77.
- Hosman, C., Jane-Llopis E. & Saxena, S. (Hrsg.) (2005). Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options. Oxford, Oxford University Press.
- Ihle, W. & Herrle, J. (2003). Stimmungsprobleme bewältigen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm zur Prävention, Behandlung und Rückfallprophylaxe depressiver Störungen im Jugendalter nach Clarke, Lewinsohn und Hops. Manual für Kursleiter und Arbeitsbuch für Kursteilnehmer.
- Jacobi, F., Hofler, M., Meister, W. & Wittchen, H.U. (2002). [Prevalence, detection and prescribing behavior in depressive syndromes. A German federal family physician study]. *Nervenarzt*, 73(7), 651-658.
- Jacobi, J., Wittchen, H.U., Hölting, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol.Med.*, 34, 597-611.
- Jong-Meyer, R. de, Hautzinger, M., Kühner, C. & Schramm, E. (im Druck). Leitlinien: Psychotherapie Affektiver Störungen. Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. www.klinische-psychologie-psychotherapie.de/dateien/leitlinien2004ptllversionmrz05.pdf (Letzter Zugriff 20.12.2005).
- Jonsson, B. & Bebbington, P.E. (1994). What price depression? The cost of depression and the cost-effectiveness of pharmacological treatment. *The British Journal of Psychiatry*, 164, 665-673.

- Jorgensen, B.M., Dam, H. & Bolwig, T.G. (1998). The efficacy of psychotherapy in non-bipolar depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 1-13.
- Jureidini, J.N., Doecke, C., Mansfield, R., Haby, M. et al. (2004). Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents. *BMJ*, 328, 879-883.
- Kager, A., Lang, A., Berghofer, H., Henkel, H. & Schmitz, M. (2000). Die Bedeutung von Arbeit für die Lebensqualität psychisch kranker Menschen. *Nervenheilkunde*, 10, 560-565.
- Katon, W. & Sullivan, M.D. (1990). Depression and chronic medical illness. *J Clin Psychiatry*, 51, Suppl, 3-11; discussion 12-14.
- Kessler, R.C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*, 48, 191-214.
- Klein, D.N., Santiago, N.J., Vivian, D., Blalock, J.A., Kocsis, J.H., Markowitz, J. C. et al. (2004). Cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy as a maintenance treatment for chronic depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 681-688.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (14.10.2005). "Grünbuch - Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union".
- Kühn, K.U., Quednow, B.B., Barkow, K., Heun, R, Linden, M. & Maier, W. (2002). Chronifizierung und psychosoziale Behinderung durch depressive Erkrankungen bei Patienten in der Allgemeinarztpraxis im Einjahresverlauf. Ergebnisse aus einer Studie der Weltgesundheitsorganisation. *Der Nervenarzt*, 73, 644-650.
- Kühner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatr.Scand.*, 108, 163-174.
- Leichsenring, F., Rabung, S. & Leibing, E. (2004). The Efficacy of Short-term Psychodynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders. A Meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 61, 1208-1216.
- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression. A meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review*, 21, 409-419.
- Lejoyeux, M. & Rouillon (1996). Suicide and psychotropic drugs. *Encephale*, 22(4), 40-45.
- Lepine, J.P., Gastpar, M., Mendlewicz, J. & Tylee, A. (1997). Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol*, 12(1), 19-29.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2005). Chronifizierende Depressionen: eine Indikation für Psychoanalysen und psychoanalytische Langzeitbehandlungen. *Psyche-Z Psychoanal*, 59, 789-815.
- Leuzinger-Bohleber, M., Target, M. (Hrsg.) (2002). Outcomes of Psychoanalytic Treatments. London, Whurr Publications.
- Linden, M. (2001). Psychiatric disorders in primary care. In: Henn, F., Sartorius, N., Helmchen, H. & Lauter, H. (Hrsg.): Contemporary Psychiatry, Volume 1, Foundations of Psychiatry. Springer, Berlin, 229-252.
- Linden, M. (2003). Der Bedarf an medizinischer Rehabilitation bei depressiven Erkrankungen. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 16, 285-291.
- Linden, M. (2005). Stationäre „psychosomatische Rehabilitationen“ gemäß Sozialgesetz. In: Frieboes, R.M., Zaudig, M. & Nosper, M. (Hrsg.): Rehabilitation bei psychischen Störungen. Urban und Fischer, München, 332-352.

- Linden, M., Kurtz, G., Baltes, M.M., Geiselman, B., Lang, F.R., Reischies, F.M., & Helmchen, H. (1998). Depression bei Hochbetagten. Ergebnisse der Berliner Altersstudie. *Nervenarzt*, *69*, 27-37.
- Linden, M., Lind, A., Fuhrmann, B., & Irle, H. (2005). Wohnortnahe Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, *44*, 82-98.
- Linden, M. & Weidner, C. (2005). Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Störungen. *Der Nervenarzt* *2005*, *76*, 1421-1431.
- Loh, A., Simon, D. Bermejo, I. & Härter, M. (2005). Miteinander statt Nebeneinander – Der Patient als Partner in der Depressionsbehandlung. In: Härter, M., Loh, A. & Spies, C. (Hrsg.). *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen* (165-174). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Lustman, P.J. & Clouse, R.E. (2002). Treatment of depression in diabetes: impact on mood and medical outcome. *J Psychosom Res.* *53*(4), 917-924.
- Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A. et al. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama*, *294*(16), 2064-2074.
- Matzat, J. (2004). Selbsthilfegruppen für psychisch Kranke – Ergebnisse einer Umfrage bei Selbsthilfe-Kontaktstellen. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hrsg.): *Selbsthilfegruppenjahrbuch 2004*, Gießen (Eigenverlag).
- Merry, S., McDowell, H., Hetrick, S., Bir, J. & Muller, N. (2004). Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. *Cochrane Database Systematic Reviews*, *1*, CD003380.
- Möller, H.J. (2003). Suicide, Suicidality and suicide prevention in affective disorders. *Acta Psychiatr.Scand.*, *108*, 73-80.
- Montgomery S.A. (1994). Antidepressants in long-term treatment. *Annual Review of Medicine* *45*. 447-457
- Morgenroth, C. (2003). *Von der Eile, die krank macht, und der Zeit, die heilt*. Freiburg i.Br.: Herder.
- Murray, C.J. & Lopez, A.D. (1997). Global and regional descriptive epidemiology of disability: Incidence, prevalence, health expectancies and years lived with disability. In: Murray, C.J. & Lopez, A.D. (Hrsg.), *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*, 201-246. Harvard: Harvard University Press.
- Murray, C.J., & Lopez, A.D. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, *349*(9063), 1436-1442.
- National Institute of Clinical Excellence (NICE) (Hrsg.) (2004), NICE guideline: quick reference guide – depression. London. <http://www.nice.org.uk/pdf/CG023quickrefguide.pdf> (Letzter Zugriff 20.12.2005).
- Olbrich, D., Plassmann, R., (Hrsg.) (1997). *Psychosomatische Rehabilitation und Sozialmedizin*. Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt.
- Paykel, E.S. (2001). Impact of public and general practice education in depression. *Psychiatra Fennica*, *32*(suppl 2), 51-61.
- Paykel, E.S., Tylee, A. Wright, A., Priest, R.G., Rix, S. & Hart, D. (1997). The Defeat Depression Campaign: Psychiatry in the Public Area. *Am J Psychiat*, *154*, (Suppl. 6), 59-65.
- Pincus, H.A., Pechura, C.M., Elinson, L. & Pettit, A.R. (2001). Depression in primary care: linking clinical and systems strategies. *General Hospital Psychiatry*, *23*, 311-318.

- Pincus, H.A., Hough, L., Houtsinger, J.K., Rollman, B.L. & Frank, R.G. (2003). Emerging models of depression care. *Int J Methods Psychiatr Res*, 12, 54-63.
- Pössel, P. & Hautzinger, M. (2003). Prävention von Depression bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung* 12(3) 154-163.
- Prantl, H. (2005). Kein schöner Land. Die Zerstörung der sozialen Gerechtigkeit. München: Droemer.
- Rademacher, C., Walter, D., & Döpfner, M. (2002). SELBST – ein Therapieprogramm zur Behandlung von Jugendlichen mit Selbstwert-, Aktivitäts- und Affekt-, Leistungs- und Beziehungsstörungen. *Kindheit und Entwicklung* 11(2), 107-118.
- Ramasubbu, R. & Patten, S.B. (2003). Effect of depression on stroke morbidity and mortality. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 250-257.
- Rush, A.J. & Thase, M.E. (1999). Psychotherapies for depressive disorders: A review. In: Maj, M. & Sartorius, N. WPA Series: Evidence and Experience in Psychiatry, Vol. 1: Depressive disorders, Chichester, Wiley.
- Salize, H.J., Stamm, K., Schubert, M., Bergmann, F., Harter, M., Berger, M., Gaebel, W. & Schneider, F. (2004). Cost of care for depressive disorders in primary and specialized care in Germany. *Psychiatrische Praxis*, 31, 147-156.
- Schauenburg, H. & Clarkin, J. (2003). Rückfälle bei depressiven Erkrankungen – Sind psychotherapeutische „Erhaltungsstrategien“ sinnvoll? *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 49, 377-390.
- Scheibler, F., Janssen, C. & Pfaff, H. (2003). Shared Decision Making: Ein Überblick über die internationale Forschungsliteratur. *Sozial- und Präventivmedizin*, 48, 11-24.
- Schmidtke, A. (2005). Suizidprophylaxe 32, 4/5.
- Schneider, F., Härter, M., Brand, S., Sitta, P., Menke, R., Hammer-Filipiak, U., Kudling, K., Heindl, A., Herold, K., Frommberger, U., Elmer, O., Hetzel, G., Witt, G., Wolfersdorf, M., Berger, M. & Gaebel, W. (2005). Guideline adherence of inpatient depression treatment. *British Journal of Psychiatry*, 187, 462-469.
- Schneider, F., Dausend, S., Bermejo, I., Menke, R., Mulert, C., Hegerl, U., Berger, M., Gaebel, W. & Härter, M. (2004). Insufficient depression treatment in outpatient settings. *German Medical Science*, 2, Doc01 (20040226).
- Sennett, R. (1998). Der flexible Mensch. Berlin: Berlin Verlag.
- Shea, T., Elkin, I., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Watkins, J.T., Collins, J.F. et al (1992): Course of depressive symptoms over follow-up. Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 49, 782-787.
- Smith, D., Dempster, C., Glanville, J., Freemantle, N. & Anderson, I. (2002). Efficacy and tolerability of venlafaxine with selective serotonin reuptake inhibitors and other antidepressants: a meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 180, 396-494.
- Solomon et al. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *Am J. Psychia* 157, 229-233.
- Southwick, S.M., Vythilingam, M., & Charney, D.S. (2006). The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 255-291.
- Spirito, A. & Esposito-Smythers, C. (2006). Attempted and Completed Suicide in Adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 1-30.

- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Linzer, M., Hahn, S.R., Williams, J.B., deGruy, F.V. 3rd, Brody, D. & Davies, M. (1995). Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. *JAMA*, 274, 1511-1517.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) in Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und dem Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, Mannheim (ZUMA) (2003). Datenreport 2002. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung.
- Storosum, J.G., Elferink, A.J.A., van Zwieten, B.J., van den Brink, W., Gersons, B.P.R., van Strik, R. & Broekmans, A.W. (2001). Short-term efficacy of tricyclic antidepressants revisited: a meta-analytic study. *European Neuropsychopharmacology* 11, 173-180.
- Stuhr, U., Leuzinger-Bohleber, M., Beutel, M. (2001). *Langzeit-Psychotherapie: Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. Stuttgart/Berlin/Köln, Kohlhammer.
- Thompson, C., Kinmonth, A.L., Stevens, L., Peveler, R.C., Stevens, A., Ostler, K.J. et al. (2000). Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet*, 355(9199), 185-191.
- Tylee, A. (1999). Depression in the community: physician and patient perspective. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, Suppl 7, 12-16.
- Üstün, T.B. & Sartorius, N. (Hrsg.) (1995): *Mental illness in general health care: An international study*. John Wiley, Chichester, 99-119.
- VDR (2004). *VDR Statistik Rehabilitation des Jahres 2003*, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt 2004.
- VDR Pressefachseminar (2005). 4./5.7.2005 in Leipzig, Vortrag des VDR: „Die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung bei Erwerbsminderung“.
- Von Korff, M. & Goldberg, D. (2001). Improving outcomes in depression. *BMJ*, 323(7319): 948-949.
- Wampold, B.E., Minami, T., Baskin, T.W. & Tierney, S.C. (2002). A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus "other therapies" for depression. *Journal of Affective Disorders*, 68, 159-165.
- Weissman, M.M. & Klerman, G.L. (1990). *Interpersonal psychotherapy for depression. Depressive disorders. Facts, theories and treatment methods*. New York, Wiley.
- Wells, K.B., Stewart, A., Hays, R.D., Burnam, M.A., Rogers, W., Daniels, M., Berry, S., Greenfield, S. & Ware, J. (1990). The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*. 263, 659-660.
- WHO (2001). *World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*, Geneva.
- WHO (2004). *Prevention of Mental Disorders. Effective Interventions and Policy Options. A Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht*. World Health Organization, Geneva.
- Wittchen, H.U. (2000). Die Studie "Depression 2000". Eine bundesweite Depressions-Screening-Studie in Allgemeinarztpraxen. *Fortschritte der Medizin*, Sonderheft I, 1-3.
- Wittchen, H.U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 44(10), 993-1000.

- Wittchen, H.U., Müller, N., Schmidtkunz, B., Winter, S. & Pfister, H. (2000). Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitssurveys "Psychische Störungen". *Fortschritte der Medizin*, Sonderheft I, 4-9.
- Wolfersdorf, M. (2000). Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart.
- Wolfersdorf, M., Schüler, M. (2005). Depressionen im Alter. Diagnostik, Therapie, Angehörigenarbeit, Fürsorge, Gerontopsychiatrische Depressionsstationen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Zielke, M. (1993). Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Zielke, M., Dehmlow, A. (1998). Wiederherstellung und Sicherung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen nach stationärer medizinischer Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 44, 77-86.

7. Mitglieder der Arbeitsgruppe

- Dr. Birgit Clever, Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V., Freiburg, (Vorsitz der Arbeitsgruppe, Redaktion)
- Petra Baumann-Frankenberger, Psychologische Psychotherapeutin, Kinder- und Jugendpsychotherapeutin, Köln
- Dr. Sigrun Bever, Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Thüringen, Erfurt
- Ursel Brand, Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V., Bonn
- Dr. Andreas Domdey, Lundbeck GmbH, Hamburg
- Prof. Dr. Jürgen Fritze, Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Köln
- Timo Harfst/Dr. Lothar Wittmann, Bundespsychotherapeutenkammer, Berlin
- Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Abt. Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg (Redaktion)
- Prof. Dr. Ulrich Hegerl, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ludwig-Maximilians-Universität, München
- Dr. Hans-Joachim Kirschenbauer, Stadt Frankfurt
- Hildegard Klus, Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., Köln (Redaktion)
- Dr. Jörn Knöpnadel, Dr. Ingbert Weber, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der BRD, Berlin
- Dr. Claudia Kramer, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Bezirksstelle Bielefeld
- Dr. Roland Leuschner/Gabriele Fink, Betriebskrankenkassen-Bundesverband, Essen
- Prof. Dr. Marianne Leuzinger-Bohleber, Sigmund-Freud-Institut, Frankfurt
- Prof. Dr. Michael Linden, Rehabilitationsklinik Seehof der Deutschen Rentenversicherung und der Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité Universitätsmedizin Berlin
- Prof. Dr. Ursula Luka-Krausgrill, Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz
- Dipl. Psych. Jürgen Matzat, Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen, Gießen
- Dr. Hans-Michael Mühlenfeld, Arzt für Allgemeinmedizin in Bremen, Lehrbeauftragter der Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Göttingen
- Dr. Kirsten Reinhard, AOK-Bundesverband, Bonn
- Prof. Dr. Heinrich Sauer, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Friedrich-Schiller-Universität, Jena
- Prof. Dr. Henning Schauenburg, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universität Göttingen
- Prof. Dr. Dr. Wolfgang Schneider, Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin der Universität Rostock
- Dr. Susanne Schoppmann, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke
- Elke Slawski-Haun, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, Düsseldorf
- Dr. Thomas Stracke, Bundesministerium für Gesundheit, Bonn
- Michael Trippel, GlaxoSmithKline, München
- Prof. Dr. Manfred Wolfersdorf, Bezirkskrankenhaus Bayreuth