

Depressionsnetzwerke und ihre versorgungspolitische Bedeutung

U. Hegerl, I. Heinz

Zusammenfassung

Depressionen sind häufige, oft chronisch verlaufende Erkrankungen und eine Hauptursache der jährlich über 9.000 Suizide in Deutschland. Aufgrund diagnostischer und therapeutischer Defizite in der Versorgung erhält aber nur eine Minderheit der Betroffenen eine adäquate Behandlung, obwohl wirksame Therapien zur Verfügung stehen. Mit dem Modellprojekt „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ und dessen bundes- und europaweiter Ausweitung wurde erstmals eine gemeindebasierte Intervention auf vier verschiedenen Ebenen zur Verbesserung der Versorgung depressiv Erkrankter implementiert. Die Evaluation des Modellprojekts in Nürnberg ergab eine Reduktion der Zahl suizidaler Handlungen von über 20 Prozent. Die Auswirkungen des Modellprojekts und dessen medizinische und gesundheitspolitische Bedeutungen werden dargestellt.

Depression – Bedeutung und Versorgungssituation

Depressionen sind häufige, meist rezidivierende, oft auch chronisch verlaufende und nicht selten lebensbedrohliche Erkrankungen, die mit einer deutlich reduzierten Lebenserwartung einhergehen. Untersuchungen auf der Ebene der Weltgesundheitsorganisation (Lopez, A.; Mathers, C.D.; Ezzati, M.; et al., 2006) zeigen die herausragende medizinische und gesundheitspolitische Bedeutung depressiver Erkrankungen. So stellt die Depression in den westlichen Industrienationen das zweithäufigste Leiden nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen dar. Bei der Betrachtung der mit Beeinträchtigung gelebten Lebensjahre steht die unipolare Depression vor allen anderen körperlichen und psychiatrischen Volkskrankheiten an erster Stelle (Abb. 1).

Derzeit leiden schätzungsweise fünf Prozent der Bevölkerung im Alter von 18 bis 65 Jahren in Deutschland an einer behandlungsbedürftigen Depression (Wittchen, H.U.; Müller, N.; Pfister, H.; et al., 2000). Die Gefahr suizidaler Handlungen ist bei von Depression Betroffenen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht. So versterben circa 15 Prozent der an schweren, rezidi-

vierenden oder chronischen Depressionen leidenden Menschen durch Suizid (Angst, J.; Angst, F.; Stassen, H., 1999). Etwa 90 Prozent der jährlich über 9.000 Suizide (Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Todesursachenstatistik 1980 – 2008; 2010) erfolgen im Kontext psychiatrischer Erkrankungen (Mann, J.J.; Apter, A.; Bertolote, J.; et al., 2005), wobei die Depression mit über 50 Prozent an erster Stelle steht (Bertolote, J.M.; Fleischmann, A.; De, L.D.; et al., 2003). Die Dringlichkeit von Maßnahmen zur besseren Versorgung depressiv Erkrankter ergibt sich aber vor allem aus der Tatsache, dass Behandlungsmöglichkeiten wie Pharmakotherapie und Psychotherapie mit gut belegter Wirksamkeit vorliegen. Durch das reduzierte Hilfesuchverhalten depressiv Erkrankter, diagnostische und therapeutische Defizite sowie Compliance-Probleme ist davon auszugehen, dass jedoch nur eine Minderheit der Betroffenen eine optimale Behandlung erhält. Die Versorgung depressiv Erkrankter bietet verschiedene Optimierungsspielräume, welche ein gleichzeitiges Ansetzen auf mehreren Ebenen nahelegen.

Nürnberger Bündnis gegen Depression

International gab es bereits verschiedene Ansätze, mit gezielten Programmen die Situation depressiv erkrankter Menschen zu verbessern und somit Suizidprävention zu betreiben wie die „Gotland-Studie“ (Rutz, W.; von Knorring, L.; Walinder, J., 1989), die „Defeat Depression Campaign“ (Paykel, E.; Tylee, A.; Wright, A.; et al., 1997) oder „beyond-blue“ (Jorm, A.; Christensen, H.; Griffiths, K., 2005). Das Fehlen von Kontrollregionen und der Erfassung von Suizidversuchen sowie eines a-priori festgelegten Evaluationsansatzes mindern allerdings die Evidenz bezüglich der Wirksamkeit dieser Interventionen. Mit dem „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ wurde im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Forschungsprojekts „Kompetenznetz Depression, Suizidalität“ ein Aktionsprogramm entwickelt, implementiert und evalu-

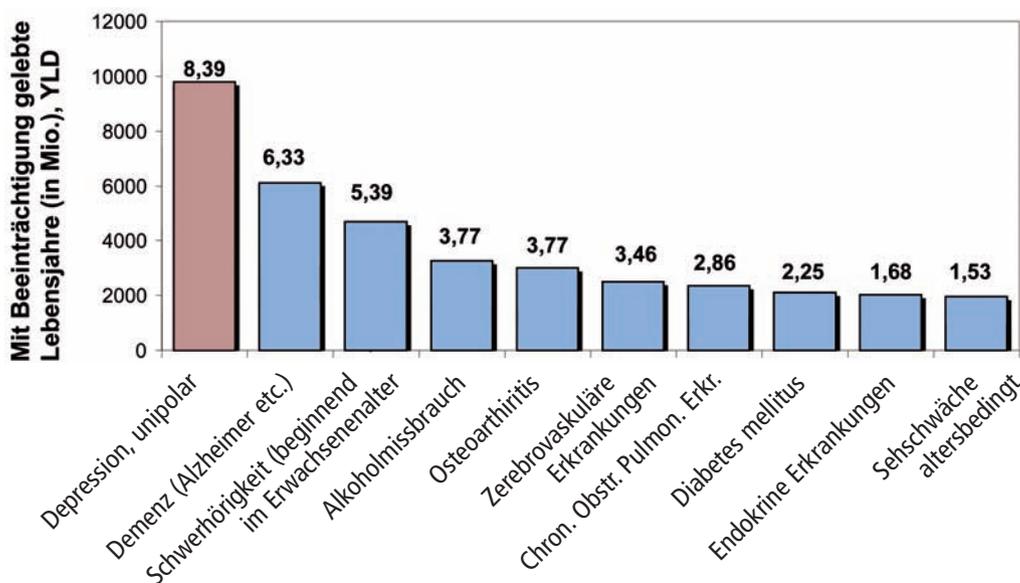


Abbildung 1: Weltweite Beeinträchtigung durch Volkskrankheiten: Die 10 häufigsten Ursachen für mit Beeinträchtigung gelebte Lebensjahre (YLD) in den Industrieländern (nach: Lopez, A.; Mathers, C.D.; Ezzati, M.; et al., 2006).

iert, welches erstmals verschiedene Interventionsebenen im Rahmen eines gemeindebasierten Ansatzes kombinierte (Abb. 2).

Die vier Ebenen umfassen:
Ebene 1: Die Kooperation mit Hausärzten

An Depression erkrankte Menschen wenden sich primär mit depressionsbegleitenden körperlichen Symptomen an ihren Hausarzt, wodurch die Diagnose erschwert und bei circa 50 Prozent der depressiv Erkrankten nicht gestellt wird (Mitchell, A.; Vaze, A.; Sanjay, R., 2009). Wird die Depression erkannt, so wird oft nicht konsequent mit dem richtigen Medikament, der richtigen Dosis und über einen ausreichenden Zeitraum hinweg behandelt. In Nürnberg fanden daher zahlreiche Intensivworkshops statt, um diagnostische und therapeutische Fähigkeiten zu verbessern. Den Ärzten wurden Screeningbögen (WHO-5) zur schnelleren und leichteren Erkennung von Depressionen vorgestellt und per Rollenspiel die Exploration von Depression und Suizidalität geübt. Zusätzlich erhielten die Hausärzte ein Informationsvideo sowie ein Aufklärungsvideo zur Weitergabe an Patienten und deren Angehörige.

Ebene 2: Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit

Wissensdefizite zu Depression sind nicht nur bei Patienten, sondern auch bei weiten Teilen der Bevölkerung zu finden (Althaus, D.; Stefanek, J.; Hasford, J.; et al., 2002). Ziel der professionellen PR-Kampagne war die Aufklärung über die Krankheit Depression und ihre Behandelbarkeit. Unter anderem wurden 100.000 Flyer, 20.000 Ratgeberbroschüren und 4.000 Informationsvideos verteilt. Auf die Thematik wurde immer wieder mit Plakaten (Abb. 3) und durch einen Kinospot hingewiesen.

Mit den Kernbotschaften „Depression kann jeden treffen“, „Depression hat viele Gesichter“ und „Depression ist behandelbar“ sollten auf einfache Art und Weise wesentliche Aspekte der Erkrankung vermit-



Abbildung 2: 4-Ebenen-Ansatz des Nürnberger Bündnisses gegen Depression

telt werden. Darüber hinaus wurde in öffentlichen Veranstaltungen (Vorträge, Podiumsdiskussionen, Aktionstage und weitere) auf die Thematik aufmerksam gemacht. Zudem fand eine enge Zusammenarbeit mit Funk, Fernsehen und Printmedien statt, um die Präsenz der Thematik in der öffentlichen Diskussion zu stärken.

Ebene 3: Zusammenarbeit mit Multiplikatoren

Neben Hausärzten wurden weitere wichtige Berufsgruppen fortgebildet. So fanden in Nürnberg über 80 Fortbildungen mit insgesamt 1.500 Multiplikatoren (unter anderem Lehrer, Berater, Pfarrer, Altenpflegekräfte, Polizisten, Apotheker) zum Thema „Depression und Suizidalität“ statt.

Ebene 4: Angebote für Betroffene und Angehörige

Für Patienten nach Suizidversuch wurde eine spezielle Hotline eingerichtet, die diesen im Falle einer Krise einen schnellen und unbürokratischen Zugang zu einer fachärztlichen Betreuung ermöglicht. Zudem wurden Selbsthilfeaktivitäten gefördert und neue Selbsthilfegruppen für Betroffene und Angehörige ins Leben gerufen.

Die Evaluation der zweijährigen Intervention ergab einen 24-prozentigen Rückgang der Zahl suizidaler Handlungen (Suizide und Suizidversuche). Diese wurden als primäres

Erfolgskriterium prospektiv festgelegt und mit Bezug auf das Ausgangsjahr und die Kontrollregion Würzburg gemessen (Hegerl, U.; Althaus, D.; Schmidtke, A.; et al., 2006). Die Nachhaltigkeit zeigte sich in einem gegenüber dem Ausgangsjahr weiteren Rückgang der suizidalen Handlungen im Folgejahr (-32 %) nach



Abbildung 3: Plakat mit Leitmotiv der PR-Kampagne des Nürnberger Bündnisses gegen Depression

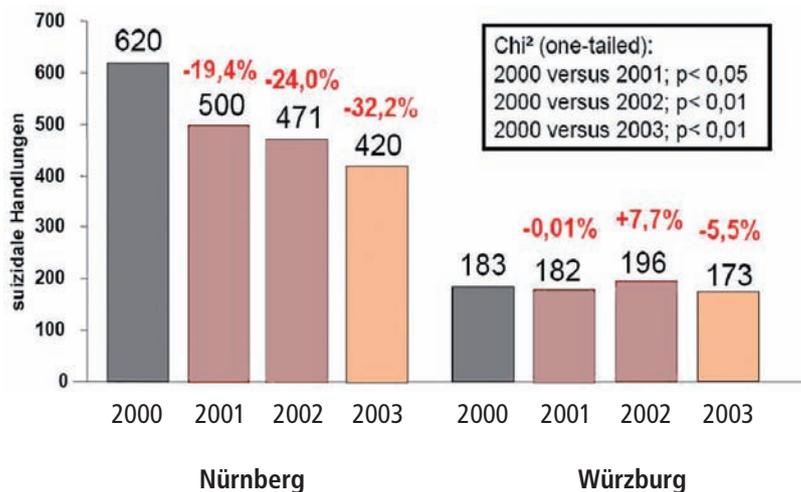


Abbildung 4: Signifikanter Rückgang der suizidalen Handlungen in Nürnberg im Vergleich zur Kontrollregion Würzburg (2000: Ausgangsjahr, 2001/2002: Interventionsjahr, 2003: Folgejahr; nach Hegerl, U.; Mergl, R.; Havers, I.; et al., 2009)

Beendigung der intensiven 4-Ebenen-Intervention (Hegerl, U.; Mergl, R.; Havers, I.; et al., 2009).

Der Rückgang der Suizidversuche war besonders deutlich für sogenannte „harte“ Methoden wie Erhängen, Erschießen oder Sprung aus der Höhe, verglichen mit „weichen“ Methoden wie Vergiftungen. Die Reduktion der Suizide wies aufgrund der hohen zufälligen jährlichen Schwankungen keine statistische Signifikanz auf. Der deutliche Rückgang suizidaler Handlungen durch die Aktivitäten des Nürnberger Bündnisses gegen Depression liefert starke Belege, dass durch eine gemeindebasierte Intervention auf vier Ebenen die Versorgung depressiv Erkrankter verbessert und die Suizidalität deutlich reduziert werden kann.

Das Deutsche Bündnis gegen Depression: Ausweitung der Nürnberger Aktivitäten bundesweit

Der Erfolg des Nürnberger Bündnisses gegen Depression führte zu einer hohen Nachfrage weiterer Regionen nach diesem evidenzbasierten Konzept und den in Nürnberg entwickelten Materialien. Als Dach einer bundesweiten Ausweitung wurde 2003 das „Deutsches Bündnis gegen Depression e.V.“ gegründet, welches nach Auslaufen der Förderung durch das Kompetenznetz Depression, Suizidalität durch die Stiftung Deutsche

Depressionshilfe (www.deutsche-depressionshilfe.de) und mit Unterstützung des Schirmherrn Herrn Harald Schmidt weitergeführt wird. Das Deutsche Bündnis gegen Depression ermöglicht interessierten Städten und Regionen eine regionale Umsetzung der 4-Ebenen-Intervention mit geringem finanziellen Aufwand. Mittlerweile wurden bundesweit über 60 regionale „Bündnisse gegen Depression“ ins Leben gerufen. Dieser mit unverminderter Dynamik laufende, überraschend erfolgreiche Prozess ist getragen von einem starken „Bottom-up-Ansatz“: die einzelnen Regionen entscheiden selbst, in welcher Form und in welchem Umfang sie das Konzept des Nürnberger Modellprojekts in ihre Aktivitäten und bestehenden Organisationsstrukturen einbinden. Je nach lokalen Kooperationsmöglichkeiten gehören Ärzte, Psychotherapeuten, Kliniken, Beratungsstellen, Schulen, Apotheken, Kirchen, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen und viele weitere professionelle Versorgungseinrichtungen zum Netzwerk der Bündnisse.

Unterstützung der Ärzte

Auch die ärztliche Arbeit kann von den regionalen Aktivitäten profitieren:

- Ärzte können Patienten mit weiterem Informationsbedarf auf die Homepage [\[depression.de\]\(http://depression.de\) verweisen. Neben lokalen Hilfs-, Beratungs- und Gruppenangeboten werden aktuelle Veranstaltungen angekündigt und ein Online-Diskussionsforum bereitgestellt. Es ermöglicht Patienten und Angehörigen, sich auf thematischen Unterforen zu verschiedenen Aspekten der Erkrankung auszutauschen und zusätzliche Unterstützung zu finden. Ebenso können Ärzte und Patienten Informationsmaterial zum Selbstkostenpreis beziehen.](http://www.buendnis-

</div>
<div data-bbox=)

- Ärzte können kostenfrei an Fortbildungen zur Erkrankung und zum Umgang mit depressiven und suizidalen Patienten teilnehmen.
- Bei Fragen zu affektiven Störungen steht Ärzten der Online-Beratungsservice www.psychiatriekonsil.de kostenfrei zur Verfügung.
- Ärzte können über das jeweilige regionale Bündnis Informationsmaterial zur Herausgabe an Patienten und Angehörige, die sich weitergehend informieren wollen, beziehen. Dazu gehört auch ein Adressflyer, der Patienten und Angehörige über die Angebote des Versorgungssystems „auf einen Blick“ informiert und so das Versorgungssystem transparenter und zugänglicher macht.

Bündnisaktivitäten in Sachsen

In Sachsen finden bereits seit 2005 mit dem Dresdener Bündnis gegen Depression verschiedenste Aktivitäten statt. Für 2010 sind neben dem traditionellen Informationstag im Rathaus wieder Schulungen für Hausärzte und in Betrieben zum Thema „Depression am Arbeitsplatz“ geplant. Im Juni 2009 hat das Leipziger Bündnis gegen Depression als zweiter sächsischer Partner mit Christine Clauß (Sächsische Staatsministerin für Soziales und Verbraucherschutz) und Prof. Thomas Fabian (Bürgermeister für Jugend, Soziales, Gesundheit und Schule der Stadt Leipzig) als Schirmherrn seine Arbeit aufgenommen.

Verbreitung des 4-Ebenen-Modells in Europa

Wegen des großen Interesses anderer europäischer Länder an dem in Nürnberg entwickelten 4-Ebenen-Interventionskonzept und der Materialien wurde mit Unterstützung der Europäischen Kommission im Jahr 2004 die „European Alliance against Depression“ (EAAD; www.eaad.net) mit Partnern aus 17 europäischen Staaten ins Leben gerufen. Der Interventionsansatz hat sich hierbei als gut adaptierbar an verschiedene Kulturen und Gesundheitssysteme in Europa erwiesen. So empfiehlt die Europäische Kommission im 2005 veröffentlichten Grünbuch zur psychischen Gesundheit das gemeindebasierte 4-Ebenen-Interventionskonzept der EAAD als „Example of best Practice“.

Ende 2008 wurde im Rahmen des 7. Forschungsrahmenprogramms der Europäischen Kommission ein weiteres großes Projekt, basierend auf den Materialien und Strategien des Deutschen Bündnisses und der EAAD, gestartet. Unter dem Titel „Optimizing suicide prevention programs and their implementation in Europe“ (OSPI-Europe; www.ospi-europe.com) wird eine weitere Optimierung der gemeindebasierten 4-Ebenen-Intervention mit Schärfung insbesondere hinsichtlich der Prävention von Suizidversuchen und Suiziden verfolgt. Analog dem Modellprojekt „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ werden Interventionen in umschriebenen Regionen in Irland, Portugal, Ungarn und Deutschland (Leipzig) durchgeführt und die Effekte jeweils

mit Kontrollregionen verglichen. Als Ergebnis soll der Gesundheitspolitik ein evidenzbasiertes und kosteneffektives Interventionsprogramm zur Prävention von Suizidalität empfohlen und zur Verfügung gestellt werden.

Fazit

Basierend auf dem Konzept des „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ sind in bereits über 80 Regionen in Europa regionale, gemeindebasierte Interventionen gestartet worden. Dieser weiter dynamisch verlaufende Prozess der Expansion von Bündnisaktivitäten auf weitere Regionen in Deutschland und Europa ist, neben medizinisch-professioneller Mitarbeit, getragen von Bürgerengagement, Selbsthilfeaktivitäten und Identifikation der Teilnehmenden mit dem jeweiligen lokalen Bündnis („bottom-up-Ansatz“). Es stellt einen höchst kosteneffektiven und evidenzbasierten Ansatz zur besseren Versorgung depressiv Erkrankter und zur Suizidprävention dar.

Interessierte Regionen können sich für weitere Informationen gern an das Deutsche Bündnis gegen Depression (info@buendnis-depression.de) wenden.

Korrespondenzadresse:
 Univ.-Prof. Dr. med. Ulrich Hegerl
 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
 Psychotherapie
 Universitätsklinikum Leipzig AöR
 Semmelweisstraße 10
 04103 Leipzig
 Tel. 0341-9724530
 Fax 0341-9724539
 E-Mail: hegerl@medizin.uni-leipzig.de