



Martin Härter

Vernetzte Versorgung depressiver Patienten

Entwicklung und Evaluation von Diagnose- und Therapieempfehlungen

Martin Härter¹, Isaac Bermejo¹, Sandra Dausend², Frank Schneider², Wolfgang Gaebel², Mathias Berger¹

¹Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie mit Poliklinik, Universitätsklinikum Freiburg

²Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Düsseldorf

psychoneuro 2003; 29 (5): 217–226

Neue epidemiologische Untersuchungen zeigten, dass ca. 11% der Bevölkerung innerhalb eines Jahres an einer depressiven Störung leiden und in hausärztlichen Praxen sogar jeder vierte Patient die Kriterien für eine Depression erfüllt (17). Depressive Störungen zählen einerseits zu den häufigsten Beratungsanlässen und Erkrankungen in der hausärztlichen Versorgung, andererseits werden diese aber häufig bezüglich ihrer Bedeutung unterschätzt (12). Obschon hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten bei Depressionen in den letzten Jahren deutliche Fortschritte gemacht wurden, weist die Versorgungssituation nach wie vor Mängel auf. Hauptproblem bleibt das richtige Erkennen und die differenzialdiagnostische Einschätzung depressiver Störungen sowie die Einleitung von adäquaten und an Leitlinien ausgerichteten Behandlungsmaßnahmen. Ein weiteres Problem ist die rechtzeitige Überweisung an Spezialisten (Fachärzte und Psychotherapeuten) bzw. in eine stationäre Behandlung (13, 15). In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage nach Kriterien für eine Überweisung bzw. den entsprechenden

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten Beratungsanlässen in der hausärztlichen Versorgung. Zwar wurden bei den Behandlungsmöglichkeiten von Depressionen in den letzten Jahren deutliche Fortschritte gemacht, dennoch bleibt das Problem der adäquaten differenzialdiagnostischen Abklärung depressiver Störungen in der ambulanten Versorgung und die Ausrichtung der Versorgung an aktuellen Behandlungsleitlinien. Darüber hinaus gibt es kaum Entscheidungshilfen, wie eine abgestufte und vernetzte Versorgung optimalerweise organisiert sein sollte. Im Beitrag werden die in einem Modellprojekt im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Kompetenznetzes Depression entwickelten und in der Praxis umgesetzten Empfehlungen zur hausärztlichen Versorgung depressiver Patienten vorgestellt. Nach Darstellung der inhaltlichen Empfehlungen und des hierauf abgestimmten Versorgungskorridors wird das Implementierungskonzept und dessen Beurteilung durch die teilnehmenden Ärzte diskutiert.

Schnittstellen im Behandlungsprozess („Versorgungskorridor“). Auch auf Seiten der Patienten bestehen nicht selten Vorbehalte, z.B. gegenüber einer ausreichend dosierten Pharmakotherapie, die eine suffiziente Behandlung auf Grund nicht tolerierter Nebenwirkungen erschweren.

In internationalen Studien konnte in den letzten Jahren gezeigt werden, dass eine Behandlung, die sich an Leitlinien orientiert, zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgung depressiver Patienten führt (11), dennoch werden solche Leitlinien (1, 2, 4, 9) nur selten in der Praxis genutzt. Die meisten dieser Leitlinien beschreiben ausführlich das

diagnostische und therapeutische Vorgehen bei der Versorgung depressiver Störungen (7). Obwohl viele auch für den hausärztlichen Bereich konzipiert sind (z.B. 2, 9), machen diese Leitlinien aber nur sehr selten Angaben über die konkrete Implementierung und praktische Umsetzung der zentralen Versorgungsempfehlungen. Ein weiteres Problem besteht im Fehlen von handlungsleitenden Kriterien für eine abgestufte und vernetzte Versorgung zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen (7).

Bei der Weiterentwicklung von Leitlinien im Hinblick auf deren praktischen Einsatz in der Primärversorgung muss einerseits die Va-

riabilität depressiver Störungen berücksichtigt werden, andererseits ist der Einbezug systemrelevanter Aspekte bei der Adaptation und Implementierung von Leitlinien notwendig (13). Insbesondere müssen, zusätzlich zu den zentralen Diagnose- und Behandlungsprinzipien, Aussagen darüber formuliert werden, welche Behandler welche einzelnen Maßnahmen erbringen können und ab wann Überweisungen auf die nächst höhere Stufe einer vernetzten Versorgung erfolgen sollten. Wie Studien zeigen konnten, führt ein abgestuftes Konzept der Behandlung zwischen Haus- und Fachärzten sowie der Einbezug von Psychotherapeuten zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgung depressiver Störungen (10, 16). Allerdings reicht die Entwicklung und Verbreitung von Empfehlungen nicht aus, vielmehr sind spezifische, unterstützende Begleitmaßnahmen zur Implementierung und Etablierung von Leitlinien in die Praxis notwendig (3, 5, 14).

Im vorliegenden Beitrag werden zum einen die im Projekt „Umfas-

sendes ambulantes Qualitätsmanagement“ (ein Subprojekt im Rahmen des Kompetenznetzes Depression, www.kompetenznetz-depression.de) entwickelten Empfehlungen sowie der darauf bezogene „Versorgungskorridor“ dargestellt. Zum anderen werden erste Evaluationsergebnisse bezüglich der Implementierung dieser Empfehlungen berichtet.

Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie depressiver Störungen

Die Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie depressiver Störungen des Kompetenznetzes Depression sind eine systematisch entwickelte Unterstützung für Hausärzte zur Entscheidungsfindung in der ambulanten Versorgung depressiver Patienten. Sie stellen eine praxisbezogene und wissenschaftlich begründete („evidenced-based“) Orientierungshilfe dar, an der das individuelle diagnostische und therapeutische Handeln überprüft und ausgerichtet werden kann. Die Empfehlungen richten sich v.a.

an Allgemeinärzte und Ärzte anderer medizinischer Fächer, die in der hausärztlichen Versorgung tätig sind. Mit dem Fokus auf der Pharmakotherapie stellen sie eine für den hausärztlich tätigen Arzt adaptierte Synopsis aktueller nationaler und internationaler Leitlinien für die Versorgung depressiver Patienten dar.

Bei der Entwicklung der Empfehlungen wurden zunächst nationale und internationale Leitlinien zur Versorgung depressiver Patienten analysiert (7) und hieraus in enger Kooperation mit einem regionalen Expertengremium praxisbezogene Empfehlungen entwickelt, an die aktuelle ambulante Versorgungssituation adaptiert und als konkrete Empfehlungen für den Hausarzt formuliert. Die Empfehlungen bestehen aus zwei Abschnitten: Der erste ist der so genannte „Versorgungskorridor“ (11), der zweite Abschnitt beinhaltet die Empfehlungen für das diagnostische und therapeutische Vorgehen im hausärztlichen Setting im engeren Sinne.

Tab. 1 Empfehlungen für Diagnostik und Therapie depressiver Störungen im hausärztlichen Setting

Empfehlungen (LL)	Handlungshilfen (HH)
LL1 Verdacht auf depressive Störung	
LL2 Diagnose nach ICD-Kriterien	HH2.1 Indikation zur Überweisung: Stationäre Behandlung HH2.2 Indikation zur Überweisung: Facharzt für Psychiatrie
LL3 Fragen zur Differentialdiagnostik	
LL4 Erfassung der Suizidalität	HH4.1 Fragen zur Abschätzung der Suizidalität
LL5 Screening für psychiatrische Komorbidität	
LL6 Körperliche Untersuchung und depressionsspezifische Diagnostik	HH6.1 Mögliche somatische Zusatzuntersuchungen HH6.2 Somatische Erkrankungen als Ursachen oder Auslöser der depressiven Symptomatik
LL7 Therapieindikation	HH7.1 Einsatz von Antidepressiva HH7.2 Vor- und Nachteile von Antidepressiva HH7.3 Psychotherapeutische Basisbehandlung HH7.4 Psychotherapiemethoden
LL8 Antidepressiva	HH8.1 Dosierung der Antidepressiva HH8.2 Nebenwirkungen von Antidepressiva und ihre Therapie HH8.3 Umgang mit medikamentösen Nebenwirkungen HH8.4 Monitoring der Therapie
LL9 Wirkungsprüfung	
LL10 Fortsetzung der Behandlung/Erhaltungstherapie	HH10.1 Risikofaktoren für einen Rückfall
LL11 Notwendigkeit einer Langzeit-Rezidivprophylaxe	

Insgesamt wurden elf evidenzbasierte Diagnose- und Therapieempfehlungen für den hausärztlichen Bereich zusammengestellt, die den gesamten Versorgungsprozess abdecken (vgl. Tab. 1) und praxisbezogene Aussagen zu Diagnostik, Therapie und Rezidivprophylaxe sowie Überweisungsindikationen enthalten. Durch die systematische, inhaltliche Verknüpfung mit dem Versorgungskorridor sind die jeweiligen Schnittstellen in der Versorgung mit den entsprechenden Entscheidungskriterien verbunden. Zusätzlich wurden Informationen und Hilfen für das konkrete Vorgehen (sog.

„Handlungshilfen“) formuliert, die die praktische Umsetzung der Empfehlungen unterstützen.

Die evidenzbasierte Gewichtung der zentralen Empfehlungen (i. S. von Leitlinien) wurde auf der Basis aktueller Cochrane-Reviews und der in den analysierten Leitlinien angegebenen Evidenzklassen bestimmt. Waren beide Kriterien nicht anwendbar, wurde eine Gewichtung aus der Übereinstimmung der Empfehlungen in den verschiedenen Leitlinien abgeleitet.

Ein wichtiges Element der Empfehlungen ist der als Ablaufschema konzipierte Versorgungskorridor,

der den konkreten diagnostischen und therapeutischen Prozess der ambulanten, hausärztlichen Versorgung depressiver Störungen und die einzelnen Versorgungsschritte systematisiert (8). Zur besseren Vernetzung der verschiedenen Versorgungsebenen sind im Korridor die Kooperations- und Schnittstellen zur fachärztlichen, psychotherapeutischen und stationären Versorgungsebene hervorgehoben.

Ausgehend von den vorgebrachten Beschwerden des Patienten soll der behandelnde Hausarzt zunächst die Diagnose einer depressiven Störung gemäß der ICD-10-Kriterien

Tab. 2 Diagnose depressiver Episoden nach ICD-10 Kriterien (Zusammenfassung der Behandlungsempfehlungen LL 1 bis LL5)

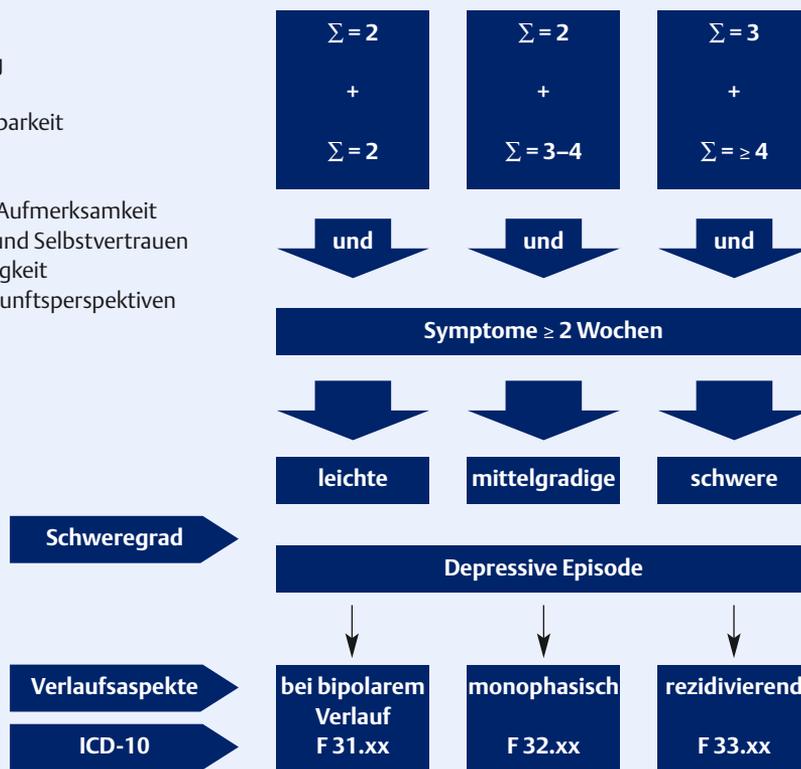
Eine depressive Störung sollte auch bei primär körperlichen Beschwerden erwogen werden, da viele Patienten zu Beginn häufig über somatische Beschwerden klagen (LL 1).
Algorithmus zur ICD-10 Klassifikation (LL 2):

Hauptsymptome

- gedrückte, depressive Stimmung
- Interessenverlust, Freudlosigkeit
- Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit

Zusatzsymptome

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken/-handlungen
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit



Eine behandlungsrelevante Diagnose depressiver Störungen ist nur durch die direkte und vollständige Erfassung der Haupt- und Zusatzsymptome sowie Fragen zu Verlauf, Schwere und Dauer möglich (LL 3).

Depressive Patienten haben ein erhöhtes Risiko für eine suizidale Gefährdung. Daher sollte die Suizidalität immer, d.h. bei jedem Patientenkontakt erfragt, die Suizidalität direkt und entlastend angesprochen und der aktuelle Handlungsdruck (Todesgedanke – Suizidabsichten – Suizidpläne – Suizidversuche) abgeschätzt werden (LL 4).

Die differenzialdiagnostische Erfassung anderer psychischer Erkrankungen als Ursache für die depressive Symptomatik ist notwendig. Bei entsprechendem Verdacht ist eine Überweisung zum Facharzt zu empfehlen (LL 5).

prüfen bzw. stellen. Hierfür stehen dem Arzt entsprechende Empfehlungen zur Verfügung (s. Tab. 2). Eine hausärztliche Behandlung wird v.a. bei leichten bis mittelschweren Depression empfohlen, während bei Vorliegen einer mittelschweren bis schweren Depression bzw. dem Vorhandensein von behandlungskomplizierenden Faktoren an einen Facharzt bzw. in eine Fachklinik überwiesen werden sollte.

Im nächsten Schritt soll der Aspekt der Suizidalität abgeklärt werden. Da eine direkte und detaillierte Erfassung der Suizidalität erfahrungsgemäß häufig an der praktischen Umsetzung scheitert, wurde zur Abklärung der Suizidalität eine „Handlungshilfe“ erstellt. Hier werden konkrete und praxisbezogene Fragen zur Abschätzung der Suizidalität aufgelistet, die der jeweilige Behandler bei Bedarf zu Hilfe nehmen kann. Diese Fragen (z.B. „Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, sich das Leben zu nehmen?“, „Haben Sie konkrete Ideen, wie Sie es tun

würden?“), „Haben Sie Vorbereitungen getroffen?“) sollen dem Arzt helfen, den aktuellen Handlungsdruck beim Patienten zu erfassen. Im weiteren Verlauf hat der Hausarzt entsprechend dem Versorgungskorridor zwei Möglichkeiten zur Verfügung: Einerseits kann die weitere Diagnostik bei nicht vorliegender akuter Suizidalität fortgeführt werden. Andererseits empfiehlt der Versorgungskorridor bei vorliegender Suizidgefährdung die Überweisung zum Facharzt bzw. die stationäre Einweisung. Im Falle, dass keine Hinweise für eine weitere psychische Störung bestehen, kann mit der weiteren depressionsspezifischen Diagnostik fortgefahren werden.

Hinsichtlich der Behandlungsmaßnahmen wurden für den Arzt v.a. Empfehlungen zur individuellen Therapieentscheidung und zur psychopharmakologischen Behandlung formuliert (s. Tab. 3). Zusätzlich zu diesen grundsätzlichen Empfehlungen kann auch auf praxisorientierte Hinweise für eine psychotherapeuti-

sche Versorgung (z.B. Handlungshilfen: „7.3.: Psychotherapeutische Basisbehandlung“; „7.4: Psychotherapiemethoden“) sowie auf Empfehlungen zum konkreten Einsatz von Antidepressiva (z.B. Handlungshilfen: „7.2.: Vor- und Nachteile von Antidepressiva“; „8.1: Dosierung der Antidepressiva“) zurückgegriffen werden.

Auf Grund der häufig auftretenden Schwierigkeiten bezüglich der adäquaten Begleitung einer Behandlung mit Antidepressiva wurde in den Behandlungsempfehlungen ein Schwerpunkt auf Entscheidungshilfen für ein evidenzbasiertes Monitoring der Therapie gelegt. Im Sinne eines abgestuften Vorgehens sollte der behandelnde Arzt die Wirkung der medikamentösen Therapie regelmäßig erfassen und eine klinische Prüfung der Depressionssymptome nach ca. vier bis sechs Wochen durchführen. Das weitere Vorgehen sollte sich an der Symptomatik und der Begleitfaktoren (z.B. Compliance) orientieren (s. Abb. 1).

Tab. 3 Therapeutische Versorgung depressiver Patienten

LL 7: Therapieindikation

Allgemeine Therapieprinzipien:

Behandlungsziele: vollständige Remission und Rückfallprophylaxe

Erstellen eines Behandlungsplanes in Absprache mit dem Patienten:

1. Schaffung eines therapeutischen Bündnis
2. Psychoedukation, Vermittlung von Hoffnung und Entlastung
3. Förderung der Compliance
4. Kontrolluntersuchungen und ggf. Anpassung der Behandlung

LL 8: Antidepressiva

- Zwingend ist eine Therapie mit Antidepressiva bei mittelschweren und schweren Depressionen, kann aber auch bei leichten depressiven Störung sinnvoll sein
- Neben den eigenen Erfahrungen sollten Patientenmerkmale für die Wahl des Antidepressivums entscheiden sein: V.a. Schweregrad, früheres Ansprechen des Patienten, Patientenpräferenzen, Kontraindikationen und Nebenwirkungen, Komorbidität und Interaktionen (s.a. HH 7.1)
- Differentialindikationen von Antidepressiva:
Bei *wahnhafter Depression*: Kombination mit Neuroleptikum
Bei *„atypischer“ Symptomatik* (Hypersomnie, Hyperphagie, inverse Tagesrhythmik): MAO-Inhibitoren oder SSRI
Bei *Komorbidität mit Zwangsstörungen*: Clomipramin oder SSRI
- Dosierung bei den meisten Antidepressiva schrittweise, (s.a. HH 8.1), um die initial besonders ausgeprägten Nebenwirkungen zu vermeiden (s.a. HH 8.2)
- Zu Beginn können wöchentliche Kontakte zur Sicherung der Compliance empfehlenswert sein (s.a. HH 8.3)
- Der Plasmaspiegel sollte zur Wirkungsprüfung nach 4–6 Wochen geprüft werden v.a. bei geringem Ansprechen und gesicherter Compliance (s.a. LL 9)
- Mit Nebenwirkungen ist insbesondere zu Beginn der Behandlung zu rechnen. Diese sollten mit dem Patienten in beruhigender Form besprochen werden (s.a. HH 8.4).

Implementierung der Empfehlungen

Im Rahmen einer spezifischen Fortbildung mit anschließender Qualitätszirkelarbeit wurden die Empfehlungen und der Versorgungskorridor in 30 Haus- und Nervenarztpraxen aus den Studienregionen Lörrach (Südbaden) und Aachen sowie Jülich (Nordrhein-West-

falen) implementiert. Durch die gemeinsame Weiterbildung von Haus- und Nervenärzten sollte einerseits von Beginn an die regionale Kooperation gefördert werden, andererseits konnte im Rahmen der interdisziplinären Qualitätszirkel ein abgestuftes Vorgehen bei der ambulanten Versorgung depressiver Patienten etabliert werden.

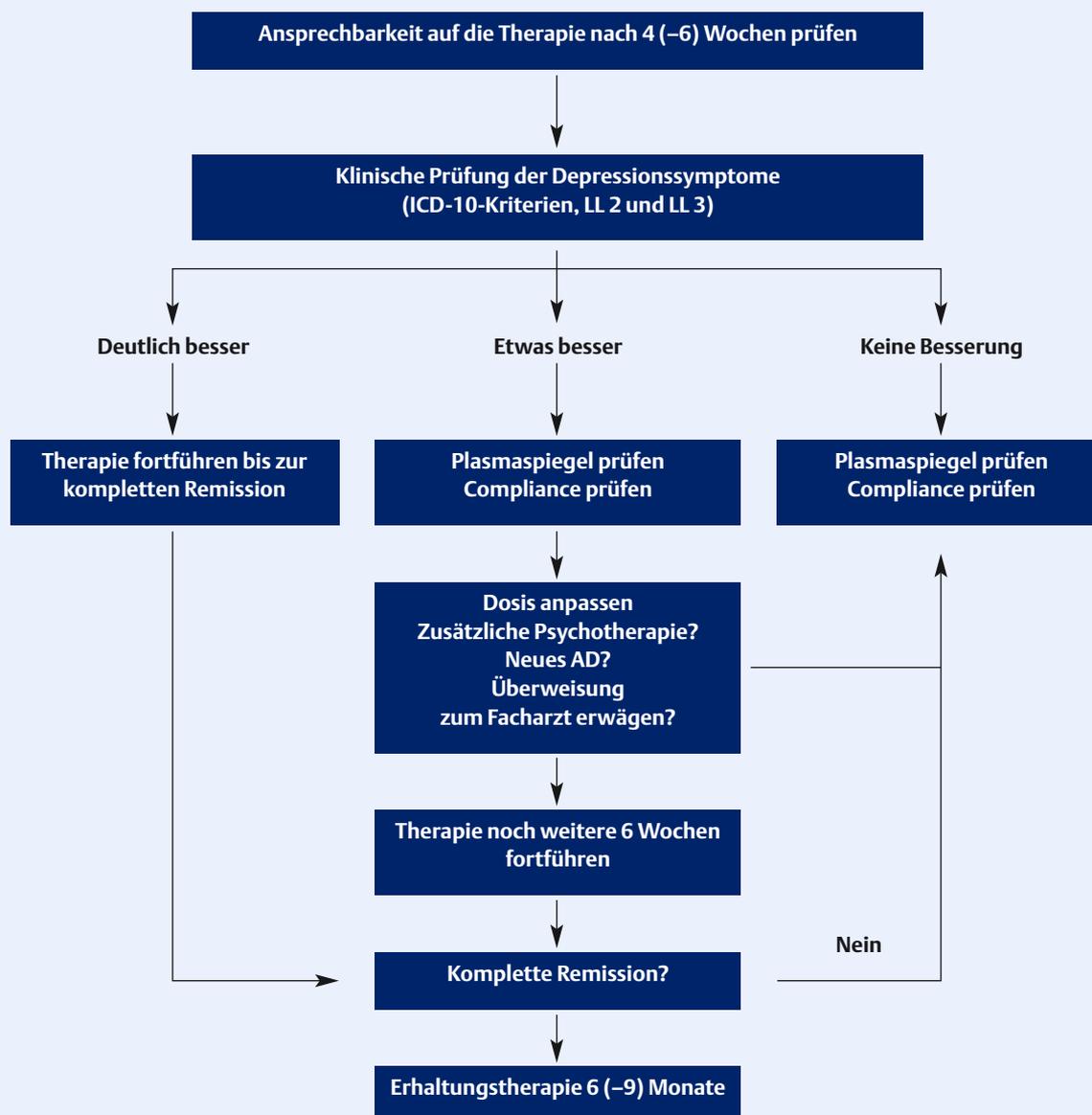
Neben der Vermittlung der Empfehlungen und des Versorgungskorridors stand dabei v.a. die praktische Umsetzung in die Praxis im Zentrum der Fortbildung. Im Rahmen der fachübergreifenden Qualitätszirkel wurden anhand von Praxisfällen die Versorgungsprozesse systematisch durchlaufen und die einzelnen diagnostischen und therapeutischen

Abb. 1 Behandlungsmonitoring

HH 8.4 Monitoring der Therapie

Die Wirkungen der medikamentösen Therapie sollten regelmäßig geprüft werden. Spätestens nach 4 (-6) Wochen sollte eine Wirkungsprüfung erfolgen (s. LL 9). Kurze regelmäßige Patientenkontakte im Abstand von 1-2 Wochen sind aber empfehlenswert.

LL 9: Wirkungsprüfung



Maßnahmen diskutiert und durch konkrete, praxisnahe Übungen gefestigt.

Obschon die Empfehlungen und der Versorgungskorridor primär für die hausärztliche Versorgung konzipiert wurden, zeigt die Evaluation, dass die Empfehlungen wie auch deren Implementierung sowohl von den Hausärzten als auch von den Nervenärzten sehr positiv beurteilt werden. Von den teilnehmenden Ärzten geben 68% der Hausärzte und 82% der Nervenärzte an, zufrieden bzw. sehr zufrieden mit der Fortbildung zu sein. Dabei wird der eigene Nutzen aus dieser Fortbildung von beiden Gruppen in einer höheren Sicherheit bei der Versorgung depressiver Patienten gesehen (s. Tab. 4).

Während Hausärzte v.a. eine deutliche Verbesserung ihrer diagnostischen Kompetenzen erleben, sehen die Nervenärzte einen größeren Effekt bezüglich der Kooperation mit den Hausärzten. Von den eingesetzten Materialien wurden erwartungsgemäß die Instrumente, die zur Dokumentation eingesetzt wurden, weniger hilfreich bewertet als die Empfehlungen. Als am besten in der Praxis einsetzbar werden von den Hausärzten die Empfehlungen,

v.a. die Tischversion, bewertet (s. Abb. 2), während Nervenärzte diesbezüglich eher die ausführlichere Version bevorzugen. Auch der Versorgungskorridor wird von einer deutlichen Mehrheit als sehr praktikabel gesehen, wobei auch hierin die Nervenärzte einen größeren Nutzen sehen. Insgesamt geben 74% der Hausärzte und 64% der Nervenärzte an, dass sich die Teilnahme an der Fortbildung für sie sehr gelohnt hätte.

■ Diskussion

Im Rahmen des Projektes „Umfassendes ambulantes Qualitätsmanagement“ zur Optimierung der Versorgung depressiver Patienten wurden Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in der ambulanten Versorgung entwickelt und im Rahmen einer praxisorientierten Fortbildung von Haus- und Nervenärzten implementiert. Neben der Vermittlung evidenzbasierter Versorgungsleitlinien war ein weiteres Ziel die Implementierung und Etablierung einer ambulanten vernetzten Versorgung depressiver Patienten. Durch die Etablierung von fachübergreifenden Qualitätszirkeln und die Intensivie-

rung der regionalen Vernetzung zwischen Haus- und Fachärzten wurde die Umsetzung in die Alltagsroutine und die Nachhaltigkeit der Empfehlungen erleichtert.

Zusammenfassend lässt sich aus den Evaluationsergebnissen hinsichtlich des Implementierungskonzeptes eine sehr positive Einschätzung der Fortbildung und der vermittelten Inhalte sowohl seitens der Haus- wie auch seitens der Nervenärzte erkennen. Sowohl in der globalen Einschätzung nach dem persönlichen Nutzen durch die Fortbildung, bei der ca. 2/3 der Teilnehmer angab von der Weiterbildung profitiert zu haben, als auch bezüglich der eingesetzten Materialien ist eine hohe Akzeptanz zu erkennen. Insbesondere die Tischversion der Empfehlungen aber auch der Versorgungskorridor werden von den Teilnehmern bezüglich der Praxisrelevanz sowie der Verbesserung der Vernetzung und Kooperation zwischen Haus- und Facharzt als nützlich eingeschätzt.

Eine empirische Überprüfung der Empfehlungen unter besonderer Berücksichtigung der Vernetzung der haus- und fachärztlichen Versorgung depressiver Störungen wird

Tab. 4 Evaluation der Fortbildung zur Implementierung der Empfehlungen

a) Effekt der Teilnahme						
	Hausärzte (n=19)			Nervenärzte (n=11)		
	sehr	mittel	wenig	sehr	mittel	wenig
Hilfreich für die Versorgung	89,5	10,5	—	63,6	18,2	18,2
Erweiterung der diagnostischen Kompetenzen	73,7	15,8	10,5	36,4	54,5	9,1
Sicherheit im Umgang mit depressiven Patienten	63,2	31,6	5,3	36,4	9,1	54,5
Verbesserung der Kooperation bzw. Vernetzung zwischen Haus- und Nervenarzt	31,3	47,4	21,1	40,0	50,0	10,0

* = 5fach skalierte Likert-Skala (1= „trifft absolut zu“ bis 5 = „trifft absolut nicht zu“): „sehr“ = trifft zu/trifft absolut zu; „mittel“ = trifft teilweise zu; „wenig“ = trifft nicht zu/trifft absolut nicht zu

b) Bewertung der eingesetzten Materialien						
	Hausärzte (n=19)			Nervenärzte (n=11)		
	gut	mittel	schlecht	gut	mittel	schlecht
Dokumentationsmaterial	50,0	27,7	22,3	63,6	36,4	—
Screeener	44,5	44,4	11,1	60,0	30,0	10,0
Diagnose- und Therapieempfehlungen	77,8	22,2	—	90,9	9,1	—
Versorgungskorridor	61,7	27,8	11,1	81,8	18,2	—
Tischversion der Empfehlungen	88,2	11,8	—	11,1	33,3	55,6

* = 5fach skalierte Likert-Skala (1= „sehr gut einsetzbar“ bis 5 = „sehr schlecht einsetzbar“): „gut“ = gut einsetzbar/sehr gut einsetzbar; „mittel“ = weder noch; „schlecht“ = schlecht einsetzbar/sehr schlecht einsetzbar

Abb. 2 Tischversion der Diagnose- und Therapieempfehlungen für depressive Störungen in der hausärztlichen Versorgung

<p>Diagnostik depressiver Störungen</p> <p>Kurz-Screening</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fühlten Sie sich in den letzten 4 Wochen niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos? 2. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen deutlich weniger Lust und Freunde an Dingen, die Sie sonst gerne tun? <p>Beide „Ja“ → klinische Erfassung der Diagnosekriterien erforderlich !!!!</p> <p>Hauptsymptome</p> <ol style="list-style-type: none"> A. Fühlten Sie sich in den letzten 2 Wochen fast jeden Tag nahezu durchgängig niedergeschlagen, traurig oder deprimiert? B. Hatten Sie in den letzten 2 Wochen fast ständig das Gefühl zu nichts mehr Lust zu haben oder haben Sie das Interesse und Freude an Dingen verloren, die Ihnen gewöhnlich Freude machen? C. Haben Sie sich in dieser Zeit fast immer müde und energielos gefühlt? <p>Zusatzsymptome</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Können Sie sich nicht mehr über längere Zeit auf eine Sache konzentrieren (z. B. Zeitung lesen)? 2. Leiden Sie an fehlendem Selbstvertrauen und/oder Selbstwertgefühl? 3. Machen Sie sich häufig Selbstvorwürfe oder fühlen Sie sich schuldig für alles was geschieht? 4. Sehen Sie die Zukunft schwärzer als sonst? 5. Haben Sie in den letzten 2 Wochen manchmal gedacht, dass Sie lieber tot wären, oder haben Sie daran gedacht, sich Leid zuzufügen? 6. Hatten Sie in den letzten 2 Wochen fast jede Nacht Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen, oder haben Sie zuviel geschlafen? 7. Hatten Sie verminderten Appetit, oder haben Sie übermäßig viel gegessen? <p>Differentialdiagnose</p> <ol style="list-style-type: none"> 2 Haupt- & 2 Zusatzsymptome = leicht depressive Störung (F 32.0) 2 Haupt- & 3-4 Zusatzsymptome = mittelgradige depressive Störung (F 32.1) 3 Haupt- & > 4 Zusatzsymptome = schwere depressive Störung (F 32.2 o. F 32.3) 	<p>Behandlung depressiver Störungen</p> <p>Therapieprinzipien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behandlungsziele: vollständige Remission und Rückfallprophylaxe • Erstellen eines Behandlungsplanes in Absprache mit dem Patienten <p>Antidepressiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antidepressiva bei mittel- und schweren Depressionen indiziert • Erfahrungen und Patientenwünsche für die Wahl des AD entscheidend • schrittweise Aufdosierung bei den meisten Antidepressiva • Zu Beginn wöchentliche Kontakte notwendig (Compliance & NW-Monitoring) <p>Wirkungsprüfung</p>
	<p>Erhaltungstherapie</p> <p>Nach der Akuttherapie immer eine 6–9-monatige Erhaltungstherapie mit gleicher Dosis. Nach ca. 6 Monaten kann eine vorsichtige Dosisreduktion erfolgen.</p>

derzeit innerhalb des Projektes „Umfassendes ambulantes Qualitätsmanagement“ durchgeführt. Neben der Überprüfung der Auswirkungen der Implementierung der Empfehlungen auf das konkrete diagnostische und therapeutische Verhalten der teilnehmenden Ärzte und somit bezüglich der Effektivität der Behandlung (bzgl. Symptomverbesserungen, Behandlungszufriedenheit und Compliance) sollen spezifisch die Schnittstellen im Versorgungsprozess analysiert werden.

Durch den Vergleich des konkreten ärztlichen Vorgehens und des Behandlungsverlaufs in einem Prä-Post-Design (derzeit läuft die Erhebung der Daten nach Abschluss der Fortbildung) kann im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne Intervention sowohl die Prozess- als auch Ergebnisqualität im Hinblick auf eine Leitlinienorientierung der Versorgung depressiver Patienten in der ambulanten Versorgung evaluiert werden. Die Erfassung von Daten auf ärztlicher und Patientenseite ermöglicht außerdem die vergleichende Analyse der subjektiven und objektiven Bewertung der Veränderungen im Behandlungsprozess. Erste Ergebnisse zum Effekt der Fortbildung und Implementierung der Empfehlungen werden Mitte 2003 erwartet.

Summary

Depressive disorders are some of the most frequent complaints of consul-

tation in primary care. Research in the treatment possibilities of depression has experienced reasonable progress in the past years. However, the major problem includes the correct diagnosis of depressive disorders in out-patient care as well as the tuning of their treatment to current guidelines. Moreover there is only little decision support for the optimal organisation of a stepped care. In this article treatment recommendations for primary care of depressive patients which were developed and implemented in the framework of a research project within the Competence Network for Depression initiated by the Federal Ministry of Education and Research, were presented. After the description of the recommendations and the pathway of care the implementation concept as well as the evaluation of the participating physicians were discussed.

Key Words:

depression – guidelines – pathway of care – stepped care

Literatur

1. American Psychiatric Association (APA). Practice Guidelines for the Treatment of Major Depressive Disorder, sec. ed. Washington, American Psychiatric Association, 2000
2. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AK). Empfehlungen zur Therapie der Depression, 1997
3. Davis D, Thompson O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: Do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? JAMA 1999; 282: 867–874
4. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie: Band 5: Behandlungsleitlinie Affektive Erkrankungen. Darmstadt, Steinkopff, 2000
5. Effective Health Care. Getting evidence into practice. Effective Health Care Bulletin 1999, 5: 1–16
6. Feldman EL, Jaffe A, Galambos N, Robbins A, Kelly RB, Froom J. Clinical Practice Guidelines on Depression: Awareness, attitudes and content knowledge among family physicians in New York. Arch Fam Med 1998; 7: 58–62
7. Härter M, Bermejo I, Aschenbrenner A, Berger M. Analyse und Bewertung aktueller Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung depressiver Störungen. Fortschr Neurol Psychiatr 2001; 69: 390–401

8. Härter M, Bermejo I, Niebling W, Schneider F, Gaebel W, Berger M. Vernetzte Versorgung depressiver Patienten – Entwicklung eines Behandlungskorridors und Implementierung evidenzbasierter Behandlungsempfehlungen Z Allg Med 2002; 78: 231–238
9. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Health Care Guideline: Major Depression in specialty care in adults, 2000
10. Katon W, VonKorff M, Lin E, Simon G, Walker E, Bush T, Ludman E. Collaborative Management to Achieve Depression Treatment Guidelines. J Clin Psychiatry 1997; 58 (suppl 1): 20–23
11. Lave JR, Frank RG, Schulberg HC, Kamlet M S. Cost-effectiveness of treatments for major depression in primary care practice. Arch Gen Psychiatr 1998; 55: 645–651
12. Linden M, Maier W, Achberger M, Herr R, Helmchen H, Benkert B. Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinpraxen in Deutschland. Nervenarzt 1996; 67: 205–215
13. Paykel ES, Tylee A, Wright A, Priest RG, Rix S, Hart D. The Defeat Depression Campaign: Psychiatry in the Public Area. Am J Psychiatr 1997; 154 (suppl 6): 59–65
14. Siriwardena AN. Clinical guidelines in primary care: a survey of general practitioners' attitudes and behavior. Br J Gen Pract 1995; 45: 643–647
15. Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JBW, Verloin deGruy III F, Brody D, Davies M. Health-Related Quality of Life in Primary Care Patients with Mental Disorders. JAMA 1995; 274: 1511–1517
16. Von Korff M, Tiemen B. Individualized stepped care of chronic illness. West J Med 2000; 172: 133–137
17. Wittchen HU. Die Studie „Depression 2000“. Eine bundesweite Depressions-Screening-Studie in Allgemeinärzterpraxen. Fortschritte der Medizin 2000; 118: Suppl. I

Korrespondenzadresse:

PD Dr. med. Dr. phil. M. Härter, Dipl.-Psych. Universitätsklinikum Freiburg Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie mit Poliklinik Hauptstraße 5 79104 Freiburg e-mail: martin_haerter@psysallg.ukl.uni-freiburg.de

Danksagung

Diese Arbeit entstand im Rahmen des Förderschwerpunktes *Kompetenznetz Depression*, Subprojekt 3.1 „Umfassendes ambulantes Qualitätsmanagement der Depressionsbehandlung“ (www.kompetenznetz-depression.de), welches vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert (FKZ 01 GI 9922) wird. Wir danken den Mitgliedern des Koordinierungsgremiums im Subprojekt „Umfassendes ambulantes Qualitätsmanagement“ für ihre fachliche Unterstützung: Herr Arnold (Selbsthilfegruppe „Kopf hoch“ e.V., Freiburg), Dr. Becker (Lörrach), Frau Dr. Clever (Freiburg), Dr. Fechner (KV Südbaden), Dr. Niebling (Titisee-Neustadt), Dr. Schmid-Burgk (Weil am Rhein), Dr. Schulte (Weil am Rhein), Dr. Wellmer (MDK Baden-Württemberg), Dr. Zuber (Freiburg).