

Editorial

Wenn man auf der unter anderem von Journalisten und Studierenden gern benutzten Seite von scholar.google.de nachschlägt, erzielt man mit dem Suchwort „Depression“ 89 400 Treffer in deutschsprachigen Texten, mit „Herzinsuffizienz“ 38 300 und mit „Brustkrebs“ 18 100 Treffer (10.12.2013). Das ist ein Indikator für die Bedeutung, die dem Thema Depression heute in der öffentlichen Debatte zukommt. Bei „Burnout“ kommen noch einmal 12 500 Treffer dazu. Das „Deutsche Bündnis gegen Depression e. V.“ weist momentan 68 regionale Bündnisse auf und bietet auf der Startseite an dritter Stelle einen Selbsttest an, mit dem die seelische Befindlichkeit in den zurückliegenden 14 Tagen getestet werden kann. Es stellt sich förmlich die Frage: Handelt es sich um einen Medien-Hype oder hat sich hier eine neue Menschheitsplage entwickelt, wie auch die WHO nahelegt?¹ Danach leiden auf der Welt mindestens 350 Millionen Menschen an Depressionen, jährlich bringen sich 1 Million Menschen um. Die Krankheit Depression ist nach Auffassung der WHO gut behandelbar, aber die meisten depressiven Menschen erhielten nicht die Therapie, die sie benötigen. In einer solchen von starken Emotionen getragenen Situation versucht der Versorgungs-Report 2013/2014, Daten und Argumente zusammenzutragen, die großen internationalen Studien ebenso entnommen wurden wie vor allem den Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Es ist unstrittig und begrüßenswert, dass heute leichter als noch vor wenigen Jahrzehnten über Depressionen gesprochen werden kann und dass auch der Weg zu ärztlicher oder psychologischer Beratung leichter geworden ist. Wie groß der „reale“ Beratungs- und Behandlungsdarf ist, bleibt allerdings auch bei sorgfältiger Bewertung der heute vorliegenden Daten unklar. Andererseits haben sich die wissenschaftlichen Informationen zur Frage nutzenstiftender Behandlungsverfahren im letzten Jahrzehnt deutlich verbessert, auch wenn die zugrunde gelegten Forschungsprogramme im Vergleich zur sonstigen klinischen Forschung noch unterdimensioniert sind. Dies betrifft insbesondere die nicht-pharmakologischen Behandlungsverfahren, die viel zu lange im Schatten der Psychopharmaka gestanden haben und um ihre Gleichbehandlung ringen. Der Versorgungs-Report will in dieser Situation einen eigenen Beitrag dazu leisten, dass Gesundheitspolitik und Öffentlichkeit stärker hinter die Schlagzeilen schauen und dazu beitragen können, dass an die Stelle wenig hilfreicher Skandalisierung die weitere Verbesserung der Informationsbasis und der Versorgungspraxis tritt.

Gängig ist die These, dass Hausärzte für die Unterversorgung von depressiv Erkrankten eine Hauptverantwortung tragen: Weil sie zu selten oder zu spät den Verdacht auf das Vorliegen solcher Beschwerden hatten und zudem zu selten Spezialisten einbezogen. Grund genug, danach zu fragen, auf wie sicherem Fundament derartige Annahmen stehen, bis hin zu der Frage, wann seelische Beeinträchtigungen vernünftigerweise in der medizinischen Diagnostik aufgehoben sind. Offenkundig haben viele Hausärzte hierzu andere Annahmen und Antworten als Epidemiologen, Psychiater und Psychotherapeuten. Die kritische Betrachtung der

1 http://www.who.int/mental_health/management/depression/flyer_depression_2012.pdf

epidemiologischen Daten und der noch spärlichen Befunde zur Qualität der Versorgung in den unterschiedlichen Sektoren spricht gegen die pauschale Annahme, dass Hausärzte ihre Rolle nicht gut wahrnehmen. In jedem Fall bedarf es noch einiger Anstrengungen, ehe etwa das heute vielfach favorisierte Modell einer krankheitsangemessenen, schrittweisen Intensivierung der Behandlung („stepped care“) innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung – begleitet von einer guten Evaluationsmethodik – als implementiert gelten kann. (*Beitrag Abholz/Schmacke*)

Erstmals findet sich in diesem Band eine systematische Auseinandersetzung mit den depressionsspezifischen Kodierungsproblemen. Wer hinter die einfache Botschaft „Immer mehr Menschen erkranken an Depressionen“ schauen will, findet hier eine Analyse der in den Routinedaten dokumentierten Depressionsdiagnosen. In der Spiegelung zu epidemiologischen Daten wird deutlich, dass viele der Grundannahmen der öffentlichen Debatte nicht gut belegt sind. Das betrifft zunächst erneut die Vermutung, dass Hausärzte immer noch zu selten rechtzeitig den Verdacht auf das Vorliegen einer Depression äußern. Es zeigt sich aber, dass die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte generell das Kodierungssystem zum Teil bewusst anders einsetzen als dies in Leitlinien gefordert wird. So bleibt vor allem offen, wie häufig die Niedergelassenen den Eindruck haben, dass Depressionen chronifiziert sind und damit leitliniengemäß einer besonders intensiven Behandlung bedürfen. Auch das dokumentierte Gefälle der Inzidenz- und Prävalenzraten nach Raumordnungsregionen und pro Bundesland verweist auf die Frage, wie zuverlässig Aussagen über das tatsächliche Ausmaß an behandlungsbedürftigen Depressionen getroffen werden können.

Die vorliegenden Analysen sollten ermutigen, Forschungsimpulse zu setzen und die versorgungsrelevanten Fragen weiter mit Routinedaten zu analysieren, aber auch mit anderen Methoden ergänzend anzugehen, sind doch auch viele Fragen mit einer noch so subtilen Interpretation von Routinedaten allein nicht beantwortbar. Erneut wird auch deutlich, dass „Depression“ besondere Befindlichkeits- und Erkrankungsformen umfasst, die weitaus komplizierter zu verstehen sind als viele somatische Erkrankungen. (*Beitrag Gerste/Roick*)

Gibt es Möglichkeiten, trotz der sehr komplizierten Datenlage im Feld der Depressionen Wege zur Verbesserung der Versorgung zu beschreiben? Und kann man ein großes Bild der Versorgungslandschaft entwerfen, statt – wie gern praktiziert – Versorgungssegmente wie die medikamentöse Behandlung isoliert zu betrachten? Mit diesen Fragen beschäftigte sich ein ambitioniertes Pilotprojekt des Gemeinsamen Bundesausschusses, das – man darf das so sagen – der Initiative des damaligen G-BA-Vorsitzenden Rainer Hess entstammte. Der Anstoß zu diesem Projekt war nicht zuletzt auch deshalb bemerkenswert, weil damit erprobt werden sollte, ob der G-BA nicht nur der bisherigen Verfahrensordnung gemäß methodisch hochwertige Bewertungen von Untersuchungs- und Behandlungsverfahren durchführen, sondern darüber hinaus begründete Vorschläge zur Weiterentwicklung der Versorgung unterbreiten kann. Die hier präsentierte Zusammenfassung von Kernergebnissen des Abschlussberichtes² zeigt auf, dass ein derartiges synthetisierendes Vorgehen fruchtbar sein kann, um vor allem ein Gespür dafür zu bekommen, welche For-

2 http://www.g-ba.de/downloads/17-98-3016/2011-02-17_Versorgungsorientierung_Bericht.pdf

schungs- wie Versorgungsfragen prioritär weiter zu klären sind, statt sich die Agenda der Beratungsprozesse wie üblich von Partikularinteressen diktieren zu lassen. Auch dieser Bericht fokussiert nicht zuletzt die Frage, wie es gelingen kann, die Versorgungsorientierung der wegweisenden Diagnostik in der Kooperation von Generalisten zu Spezialisten zu erhöhen. Die Lektüre möge der Leserschaft nicht zuletzt erlauben, sich eine eigene Meinung darüber zu bilden, was verloren geht, wenn der G-BA diesen analytischen Zugang zu Versorgungsfragen nicht weiter verfolgt – so ist es momentan beschlossen. (Beitrag *Pietsch/Härter/Nolting/Nocon/Kulig/Gruber/Rüther/Siering/Perleth*)

Welchen Beitrag publizierte Forschungsergebnisse zur Verbesserung der Betreuung von Menschen mit depressiven Störungen leisten können, steht im Mittelpunkt des anschließenden Beitrags, der methodisch angemessene internationale Studien präsentiert. Dabei wird ein großer Bogen geschlagen, der mit der Frage der Fortbildung von Hausärzten beginnt. Es mag für Politiker und Reformen irritierend klingen, entspricht aber einer verdichteten Forschungslage: Es ist zu kurz gedacht, Versorgungsmängel auf dem klassischen Weg der Fortbildung von Hausärzten lösen zu wollen, ohne die Komplexität von Patientenkarrieren und das Ineinanderwirken der unterschiedlichen Behandlungs- und Beratungsansätze zu berücksichtigen. Noch zeichnet sich keine Antwort auf die Frage ab, wie es in Deutschland gelingen kann, zum einen besser als heute die Gruppe der durch Depressionen besonders gefährdeten Menschen zu erkennen und zum anderen die Gefahr der Chronifizierung durch eine intelligente Kombination von Selbsthilfe- bzw. Edukationsansätzen mit Case-Management-Konzepten zu mindern. Angesichts der starken Partikularinteressen, die auch in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung zu verzeichnen sind, gewinnt der Appell zur Durchführung guter kontrollierter Studien besondere Bedeutung: Wie sonst sollte Mut zur Überwindung der heutigen „Trampelpfade“ entwickelt werden? (Beitrag *Sikorski/Luppa/Riedel-Heller*)

Schließlich präsentiert der diesjährige Versorgungs-Report erstmals umfangliche Daten zur Pharmakotherapie bei Depression aufgeschlüsselt nach Facharztzugehörigkeit, Substanzklassen und Verordnungsdauer. Antidepressiva stellen neben anderen zentralnervös wirksamen Medikamenten gewissermaßen das Hauptinstrument der heutigen Therapie dar. Die Analyse spricht zunächst dafür, dass eine leitlinienkonforme Arzneimittelbehandlung von Patientinnen und Patienten mit depressiven Störungen noch nicht erreicht ist. Unter Berücksichtigung der Grenzen der verwendeten Methodik weist die Autorengruppe dann aber darauf hin, wie wichtig eine Differenzierung der Analyse nach dem Schweregrad der Depressionen wäre. Die Grenzen der Auswertung von Routinedaten sind dabei vielleicht noch nicht erreicht; es zeigt sich aber hier wie bei vielen der oben angedeuteten Wissenslücken zum Versorgungsalltag, dass letztlich nur der Einsatz einer Methodenvielfalt in längsschnittlich angelegten Forschungsprogrammen schrittweise klären könnte, wie die Fortentwicklung des Versorgungssystems jenseits der Idee „Mehr vom Selben“ aussehen müsste. (Beitrag *Freytag/Kösters/Schmauß/Becker/Gensichen*)

Auch wenn man die Katastrophenszenarien nicht teilt, die heute bei der Beschäftigung mit dem Thema Depression die Schlagzeilen füllen, so ist doch festzustellen, dass wir deutlich mehr darüber wissen müssten und könnten, wie eine Nutzen stiftende Diagnostik und Therapie im Feld der Depressionskrankheiten aussehen müsste. Geschieht das nicht, ist unschwer zu prognostizieren, dass das Klagen

über die vermeintlichen Unzulänglichkeiten hausärztlicher Betreuung und die Forderungen nach Vermehrung der Zahl der Behandler weiter die Tagesordnung bestimmen werden. Die hier vorgelegten Beiträge machen deutlich, dass wohl doch nur mehr Nachdenken weiterhilft. Die kluge Beschäftigung mit Routinedaten bietet dafür eine exzellente Grundlage.