

Scorecard Depression Deutschland

Dieser Bericht wurde von The Health Policy Partnership im Rahmen der Initiative "Words to Actions" erstellt. Words to Actions begann 2018 mit einem Bericht von neun Organisationen für psychische Gesundheit aus ganz Europa. Die Idee für die Depressions-Scorecard entstand in gemeinsamen Gesprächen zwischen The Health Policy Partnership und Janssen Pharmaceutica NV, und die Scorecards wurden als Folgemaßnahme, aber separate Aktivität, entwickelt. Die Autoren hatten die volle redaktionelle Kontrolle über den Inhalt dieses Berichts. Alle Materialien von Words to Actions werden von Janssen Pharmaceutica NV initiiert und finanziert. Alle Einzelheiten finden Sie unter wordstoaction.eu/about. Nur die Experten von The Health Policy Partnership, die an der ursprünglichen Arbeit an der Depressions-Scorecard beteiligt waren, wurden für ihre Zeit bezahlt.



Über diese Scorecard

Die Depressions-Scorecard ist ein Instrument, das die Bewertung von einzelstaatlichen Leistungen in Bezug auf Schlüsselaspekte der Politik, Umsetzung und Versorgung von Menschen mit Depressionen unterstützen soll. Der Ansatz, auf dem die Scorecard beruht, wurde auf Grundlage einer internationalen Literaturrecherche und der Konsultation einer beratenden Expertengruppe entwickelt.

Der Scorecard-Ansatz wurde von The Health Policy Partnership in Zusammenarbeit mit Experten zunächst auf vier Länder angewandt: Belgien, Frankreich, Italien und Rumänien, wobei die Ergebnisse auf nationaler Ebene in einzelnen Berichten über die Scorecard zusammengefasst wurden. In der nächsten Arbeitsphase wurden Berichte für Finnland und Deutschland erstellt, und der Bewertungsrahmen wurde unabhängigen Forschern zur Verfügung gestellt, um Scorecards für ihre eigenen Länder zu erstellen.

Diese Scorecard konzentriert sich auf Deutschland.

Angaben zu Autor und Mitwirkenden

Die Recherchen und die Abfassung dieses Berichts über die Depressions-Scorecard wurden von Stefanie Ettelt und Jody Tate von The Health Policy Partnership geleitet. Wir danken den Mitgliedern der Beratungsgruppe für die Depressions-Scorecard, die freiwillig ihre Zeit zur Verfügung gestellt haben, um die Leitlinien und Rückmeldungen zu liefern, die den ursprünglichen Bewertungsrahmen geprägt haben:

- Julian Beezhold, European Psychiatric Association
- Liesbeth Borgermans, Universität Gent
- Doina Cozman, Rumänischer Verband für Psychiatrie und Psychotherapie
- Massimo Di Giannantonio, Italienische Gesellschaft für psychiatrische Epidemiologie
- Kevin Jones, European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness (EUFAMI)
- Raluca Nica, Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks-Europe (GAMIAN-Europe)

Wir sind auch den nationalen Experten dankbar, die wertvolle Einblicke in die Situation in Deutschland gegeben haben:

- Ute Lewitzka, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden
- Claus Wolff-Menzler, stellv. Klinikdirektor, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Göttingen

Über The Health Policy Partnership

<u>The Health Policy Partnership</u> (HPP) ist eine unabhängige Forschungsorganisation, die mit Partnern aus allen Bereichen des Gesundheitswesens zusammenarbeitet, um politische und systemische Veränderungen voranzutreiben, die die Gesundheit der Menschen verbessern.

Bitte zitieren Sie dieses Dokument als:

The Health Policy Partnership. 2023. *Depressions-Scorecard: Deutschland*. London: The Health Policy Partnership.

Inhalt

Depressionen: Warum das wichtig ist	4
Depressions-Scorecard für Deutschland	6
Bewertung des Depressionsmanagements: der Scorecard	8
Vernetzte und umfassende Dienste für Depressionen	12
Daten, um bei der Behandlung von Depressionen Verbesserungen voranzutreiben	16
Menschen mit Depressionen einbeziehen und stärken	18
Einsatz von Technologie zur Verbesserung des Zugangs zur Behandlung	20
Schlussfolgerung und Empfehlungen	22
Quellenangaben	25

Depressionen: Warum das wichtig ist

Depressionen sind die häufigste psychische Erkrankung, unter der Menschen heute leiden.¹ Es handelt sich um eine eindeutige, diagnostizierbare Stimmungsstörung, die nicht mit normalen Gefühlen der Traurigkeit zu verwechseln ist.² Jeder kann eine Depression entwickeln, und wenn eine Person zusätzlich von einer anderen Krankheit, Sucht, Armut, Arbeitslosigkeit oder einem persönlichen Verlust betroffen ist, steigt das Risiko einer Depression.² Depressionen können unterschiedlich stark ausgeprägt und anhaltend sein.2 Am besten ist es, die Krankheit so früh wie möglich zu behandeln, solange

es der Person noch gut genug geht, um sich voll auf ihre Genesung einzulassen und bevor eine behandlungsresistente Depression auftritt.3 Das Stigma, das mit Depressionen verbunden ist, kann Menschen jedoch davon abhalten, die benötigte Behandlung zu suchen und in Anspruch zu nehmen, und das Leiden verschlimmern.4

Depressionen haben verheerende Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen, ihrer Familien und Betreuer sowie auf die Gesellschaft und die Wirtschaft im Allgemeinen.

10 %

der Menschen in Deutschland haben Symptome einer Depression^{12*}

4,8 %

Kosten der psychischen Gesundheit im Verhältnis zum BIP in Deutschland (direkte und indirekte Ausgaben im Vergleich zu 4 % in der EU insgesamt)178

18 Psychiater

pro 100.000 Einwohner, was über dem EU-Durchschnitt von 17 liegt^{13‡}

7,6

Milliarden Euro

Gesamtkosten im Gesundheitswesen für Depressionen in Deutschland, und somit 2,2 % aller Gesundheitskosten^{14§}

42,7

Milliarden Euro

Gesamtkosten für psychischen Gesundheit, entspricht etwa 13 % der Gesundheitskosten in Deutschland^{15 16§}











Die Erkrankung wird mit zahlreichen negativen Folgen im Laufe des Lebens in Verbindung gebracht, darunter schlechtere schulische Leistungen, geringere Einkünfte, andere chronische Krankheiten, verminderte Lebensqualität und ein höheres Risiko eines vorzeitigen Todes. Depressionen sind auch die Hauptursache für Suizid – bis zu 15 % der Menschen mit unbehandelten Depressionen sterben durch Suizid. Bis zu 60 % aller Selbstmordtode weltweit stehen im Zusammenhang mit Depressionen.

Die COVID-19-Pandemie hat die ohnehin schon schwere Krise der Depression noch verschärft. Die Nachfrage nach psychosozialen Diensten ist in die Höhe geschnellt, während die Verfügbarkeit von persönlicher Behandlung eingeschränkt wurde.⁹ Es wird geschätzt, dass die Pandemie für zusätzliche 53,2 Millionen Depressionsfälle im Jahr 2020 verantwortlich ist.¹⁰ Trotz eines wachsenden Verständnisses von Depressionen und der Frage, wie Menschen, die mit dieser Krankheit leben, am besten unterstützt werden können, ist die weltweite Prävalenz seit 1990 fast jedes Jahr gestiegen.¹¹



Depressions-Scorecard für Deutschland

Deutschland hat eine hohe Belastung durch Depressionen. Etwas mehr als 10 % der Menschen in Deutschland haben eine Depression oder leben mit depressiven Symptomen. Dies ist deutlich mehr als der europäische Durchschnitt von 6,6 %, obwohl der Unterschied hauptsächlich auf leichte Formen der Depression zurückzuführen ist.^{12 18} Die Depressionsrate ist bei jungen Menschen besonders hoch.¹⁸ Im Jahr 2020 starben mehr als 9.200 Menschen durch Suizid – eine Rate von etwa 25 Todesfällen pro Tag – wobei die Suizidrate in einigen Bundesländern (Sachsen-Anhalt) doppelt so hoch ist wie in anderen (Nordrhein-Westfalen).¹⁹ Weltweit wird geschätzt, dass Depressionen für bis zu 60 % der Todesfälle durch Suizid verantwortlich sein können.⁸

Das Bewusstsein für Depressionen scheint bei Gesundheitsdienstleistern und in der breiten Bevölkerung zu wachsen. Während die Zahl der Menschen mit Depressionen im Laufe der Zeit relativ konstant geblieben ist, ist in den letzten Jahren ein Anstieg der Diagnosen zu verzeichnen.²⁰ 21

Depressionen sind eine wichtige Ursache für die Kosten im Gesundheitswesen. Die direkten gesundheitlichen Mehrkosten für Menschen mit Depressionen sind doppelt so hoch wie für Menschen ohne Depressionen (stationäre und ambulante Behandlung sowie Medikamente).²² Darüber hinaus sind die gesamtgesellschaftlichen Kosten, einschließlich Krankenstand und Frühverrentung, bei Menschen mit Depressionen mehr als doppelt so hoch wie bei Menschen ohne Depressionen.²² Von den Menschen, die 2019 eine staatliche Rente als Ausgleich für ihre verminderte Arbeitsfähigkeit erhalten haben, hatten 42 % psychische Störungen, wobei ein großer Teil von ihnen an Depressionen litt.²³



Die Gesundheitsversorgung für Menschen mit Depressionen ist in Deutschland umfassend und auf hohem Niveau. Es gibt eine Reihe von medizinischen Fachkräften, die Depressionen diagnostizieren und behandeln können. Dazu gehören Fachärzte für psychische Gesundheit, wie Psychiater oder Psychotherapeuten, und Fachärzte für psychosomatische Medizin in ambulanten Einrichtungen sowie in Krankenhäusern und stationären Facheinrichtungen. Darüber hinaus können Depressionen auch von anderen qualifizierten medizinischen Fachkräften diagnostiziert werden.24 Trotzdem erhalten schätzungsweise zwei Drittel der Menschen mit depressiven Symptomen keine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung.²⁵ Viele Menschen mit Depressionen suchen in erster Linie Hilfe bei ihrem Hausarzt.24

Trotz einiger Verbesserungen in den letzten Jahren gibt es in einigen Regionen weiterhin Schwierigkeiten beim Zugang zu psychosozialen Diensten. Menschen in ländlichen Gebieten und in einigen Teilen Ostdeutschlands haben am ehesten Schwierigkeiten, eine fachärztliche Versorgung bei Depressionen in Anspruch zu nehmen. Es wurden zwar Anstrengungen unternommen, um die Menschen bei der Suche nach einem Facharzt für psychische Gesundheit zu unterstützen, doch können diese die mangelnde Verfügbarkeit in einigen Gebieten nicht ausgleichen. ²⁶ ²⁷

Wie bei vielen anderen Gesundheitsthemen in Deutschland gibt es auch für Depressionen keine nationalen oder regionalen Pläne oder Strategien zur psychischen Gesundheit. Auch gibt es für den Bereich der psychischen Gesundheit keinen staatlichen Beauftragten, obwohl es Ombudsleute für Pflege und Langzeitpflege, Patientenrechte und Sucht gibt.²⁸ ²⁹



Bewertung des Depressionsmanagements: die Scorecard

Diese Scorecard wurde entwickelt, um den politischen Entscheidungsträgern aufzuzeigen, wo Veränderungen am nötigsten sind, um den Umgang mit Depressionen in Deutschland zu verbessern. Wir hoffen, dass dieses Dokument die politischen Entscheidungsträger dazu anregt, in enger Partnerschaft mit allen Beteiligten daran zu arbeiten, den Verlauf, den die Depression in Deutschland

nimmt, umzukehren und einen umfassenden und präventiven Ansatz zu verfolgen, um die Erkrankung in ihrer ganzen Komplexität anzugehen.

Die Scorecard konzentriert sich auf vier Schlüsselbereiche, die als Prioritäten für Verbesserungen ermittelt wurden:

1 Vernetzte und umfassende Dienste für Depressionen

Eine integrierte Versorgung – d. h. ein auf den Patienten ausgerichtetes System, das den Depressionskranken während seines gesamten Lebens und mit Kontinuität im gesamten Gesundheitssystem unterstützt – ist für eine angemessene Unterstützung und Behandlung unerlässlich. Die Integration psychosozialer Dienste in umfassendere Gesundheits- und Sozialfürsorgedienste ist praktisch und kann die Behandlungsraten erhöhen, die Versorgung umfassender gestalten und die Gesamtkosten senken.³⁰

Daten, um bei der Behandlung von Depressionen Verbesserungen voranzutreiben Die Erhebung und Analyse zuverlässiger und

aktueller Daten über Depressionen sind wesentlich, um sicherzustellen, dass die richtigen Dienste allen zur Verfügung stehen, die sie benötigen. Die Überwachung der Patientenergebnisse hilft bei der Ermittlung und Information über bewährte Verfahren und kann den Dienstleistungsnutzern Hoffnung geben, dass sich ihre psychische Gesundheit verbessern kann.30 Daten zu Dienstleistungen können Ärzten, politischen Entscheidungsträgern und Menschen mit Depressionen helfen, besser zu verstehen, welche Behandlungsmöglichkeiten verfügbar und zugänglich sind. Transparentere Daten werden auch das gemeinsame Lernen in allen Bereichen der Depressionsbehandlung erleichtern. Neue digitale Werkzeuge können die Dokumentation zu Transparenz- und Forschungszwecken möglicherweise erleichtern, ohne dass die Anonymität des Nutzers beeinträchtigt wird.30



3 Menschen mit Depressionen einbeziehen und stärken

Es ist von entscheidender Bedeutung, dass Menschen mit Depressionen – zusammen mit ihren Familien, Freunden und Betreuern - aktiv in die Lage versetzt werden, sich in allen Phasen an den Behandlungsplänen für Depressionen zu beteiligen. Mitwirkungsmöglichkeit bedeutet, dass eine Person Informationen und Kontrolle über ihr eigenes Leben erlangt und in der Lage ist, das zu tun, was sie für wichtig hält, was ihr wiederum ermöglicht, ihre Depression optimal zu bewältigen.31 Die Unterstützung von Mitbetroffenen, bei der eine Person, die bereits eine Depression erlebt hat, anderen, die sich in der gleichen Situation befinden, Mitgefühl und Hoffnung vermittelt, kann sowohl Menschen mit Depressionen als auch ihren mitbetroffenen Unterstützern bei ihrer Genesung helfen.32 Sozialsysteme, Patientenvertretungen und andere Organisationen der Zivilgesellschaft, die Zugang zu unterversorgten Gruppen haben, sind von entscheidender Bedeutung, um zu gewährleisten, dass die psychosozialen Dienste alle erreichen, auch diejenigen, die "durch das Netz gerutscht sind".30

Einsatz von Technologie, um den Zugang zur Depressionsbehandlung zu verbessern

Digitale Plattformen, die z. B. Ferntherapiesitzungen und Online-Verschreibungsanfragen erleichtern sowie andere auf Depressionen ausgerichtete Software, Smartphone-Anwendungen und virtuelle Plattformen können Menschen mit Depressionen eine größere Auswahl an Behandlungsmöglichkeiten bieten und sie dabei unterstützen, ihre Krankheit besser selbst zu handhaben. Virtuelle Sitzungen können zwar eine persönliche Therapie nicht ersetzen, aber sie können eine flexible Option sein, um Menschen mit Depressionen zwischen den regelmäßigen Terminen zu unterstützen. Gesundheits- und Sozialdienste können auch digitale Hilfsmittel einsetzen, um die Datenerfassung zu erleichtern und die Betreuung zu überwachen.33 34 Darüber hinaus kann es für Menschen mit Depressionen hilfreich sein, digitale Instrumente zu nutzen, um mit anderen in Kontakt zu treten und das Gefühl der Isolation zu verringern.35



Zusammenfassende Scorecard für Deutschland

Vernetzte und umfassende Dienste für Depressionen

Sind Depressionen im nationalen Gesundheitsplan oder in einem speziellen Plan für psychische Gesundheit enthalten?



Gibt es in der Regierung einen Verantwortlichen für psychische Gesundheit mit ressortübergreifender Zuständigkeit für die Unterstützung eines Konzepts "psychische Gesundheit in allen Plänen"?



Wird die Zusammenarbeit zwischen der primären Gesundheitsversorgung und den psychosozialen Diensten unterstützt und gefördert/ermuntert/erleichtert?



Gibt es Leitlinien zur Behandlung von Depressionen, die von der Primärversorgung und der Psychiatrie gemeinsam entwickelt wurden?



Wird eine Reihe von therapeutischen Optionen erstattet, die Menschen mit Depressionen zur Verfügung stehen, wie Psychotherapie, Beratung und kognitive Verhaltenstherapie?



Gibt es Angebote für Depressionen, die auf Risikogruppen zugeschnitten sind?

- Junge Menschen
- Ältere Menschen
- Menschen am Arbeitsplatz
- Obdachlose Menschen





Daten, um bei der Behandlung von Depressionen Verbesserungen voranzutreiben

Werden Daten über Menschen mit Depressionen vom Gesundheitssystem systematisch erfasst?

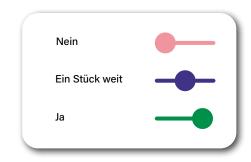


Werden Daten über psychosoziale Dienste für die Planung verwendet?



Werden die von den Patienten berichteten Ergebnisse systematisch gemessen?





Menschen mit Depressionen einbeziehen und stärken

Wird in den Leitlinien oder Behandlungspfaden für Depressionen die Bedeutung der Stärkung der Patientenrechte anerkannt?

Wird in den Leitlinien zu Depressionen die Rolle der Familien und Betreuer bei Entscheidungen über die Planung und Durchführung der Betreuung anerkannt?



Wurden Vertreter von Patienten und Betreuern in den letzten nationalen Plan oder die letzte nationale Strategie für Depressionen einbezogen? k.A. (keine Angabe)

Haben pflegende Angehörige Zugang zu finanzieller Hilfe, um ihre an Depressionen erkrankten Angehörigen zu unterstützen?



Wird in den Leitlinien zur Behandlung von Depressionen die Unterstützung durch Mitbetroffene empfohlen?



Werden die Kosten für die Unterstützung durch Mitbetroffene erstattet?



Gibt es nationale Verbände, die sich einsetzen für die Rechte von:

- Menschen, die mit Depressionen leben?
- Betreuer von Menschen mit Depressionen?



Einsatz von Technologie zur Verbesserung des Zugangs zur Versorgung von Menschen mit Depressionen

Können Patienten zusätzlich zur persönlichen Betreuung auch aus der Ferne (per Telefon oder Internet) Unterstützung bei Depressionen erhalten?



Empfehlen Fachgesellschaften oder Leitlinien die Nutzung von Ferndiensten neben persönlichen Diensten?



Wird die Fernbetreuung bei Depressionen erstattet?



Können Menschen mit Depressionen Telefon- oder Online-Plattformen nutzen, die es ihnen ermöglichen, ihre Rezepte von zu Hause aus zu erneuern?



Vernetzte und umfassende Dienste für Depressionen

Menschen mit Depressionen steht in Deutschland ein breites Spektrum an Dienstleistungen zur Verfügung, wobei der Zugang unterschiedlich sein kann

Für Menschen mit Depressionen steht ein breites Spektrum an voll erstattungsfähigen Therapiemöglichkeiten zur Verfügung. Dazu gehören die kognitive Verhaltenstherapie (KVT), die analytische Psychotherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Therapie und die systemische (Familien-)Psychotherapie sowie pharmakologische Interventionen und Neurostimulation.²⁴ Im Prinzip ist der Zugang zur Behandlung von Depressionen einfach, da die Menschen jeden Anbieter direkt aufsuchen können. Die Krankenkassen finanzieren eine große Anzahl von Sitzungen für Personen, die eine Psychotherapie benötigen.³⁶ Für eine längerfristige Therapie bei einem Psychotherapeuten ist eine Genehmigung der Krankenkasse erforderlich, die jedoch oft nur eine Formalität ist, da die Genehmigung auf der Beurteilung des Therapeuten beruht.³⁶

In der Praxis kann der Zugang zur Versorgung jedoch aufgrund regionaler Unterschiede und der mangelnden Verfügbarkeit von Fachärzten für psychische Gesundheit für bestimmte Gruppen komplizierter sein. Die durchschnittliche Wartezeit auf einen Termin für eine Psychotherapie beträgt fast 20 Wochen, wobei sich dahinter allerdings erhebliche regionale Unterschiede verbergen.³⁷ Im Jahr 2019 warteten etwa 40 % der Menschen, bei denen eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde, zwischen drei und neun Monaten, um eine Psychotherapie zu beginnen.³⁸ Kinder und Jugendliche stehen oft vor besonderen Herausforderungen, da die Nachfrage steigt und ein Mangel an maßgeschneiderten Dienstleistungen besteht.^{26 39} Das Stigma und die Schamgefühle, die mit der Diagnose einer Depression – und allgemeiner mit psychischen Erkrankungen – verbunden sind, bestehen ebenfalls fort, was die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen eine Behandlung in Anspruch nehmen, weiter verringert.⁴⁰ Darüber hinaus gibt es nur sehr wenige Dienste, die auf die Bedürfnisse besonders schutzbedürftiger Gruppen wie Obdachlose oder Flüchtlinge eingehen.²⁶

Hausärzte spielen bei der Versorgung von Menschen mit Depressionen eine herausragende Rolle, was jedoch nicht immer angemessen ist. Obwohl mehr als die Hälfte aller Depressionsdiagnosen von Hausärzten gestellt werden, diagnostizieren diese seltener als Fachärzte für psychische Gesundheit bestimmte Arten von Depressionen.⁴¹ Dies hat erhebliche Auswirkungen auf Menschen mit schweren Depressionen, von denen fast 40 % nur von einem Hausarzt behandelt werden, ohne dass sie Zugang zu den von ihnen benötigten Fachdiensten haben.²⁴ Für Hausärzte gibt es zwar spezielle Schulungen zur Diagnose von Depressionen, diese sind jedoch Teil der beruflichen Fortbildung und völlig freiwillig.^{42 43}

Obwohl es umfassende klinische Leitlinien für die Behandlung von Depressionen gibt, werden sie oft nicht konsequent befolgt. So erhalten beispielsweise nur 24-40 % der Menschen mit Depressionen (je nach Schwere der Erkrankung) innerhalb der ersten 12 Monate nach der Diagnose die empfohlene Mindestzahl von 10 Psychotherapiesitzungen oder eine angemessene Pharmakotherapie.⁴⁴ Zwar können die Menschen die psychiatrische Versorgung in stationären und ambulanten Krankenhäusern direkt in Anspruch nehmen, doch kann es für sie schwierig sein, die am besten geeigneten Behandlungsmöglichkeiten zu finden und zu nutzen.⁴⁵

Lücken in der Koordinierung der Versorgung können für Menschen mit Depressionen ein Hindernis darstellen, das sie daran hindert, eine kontinuierliche Versorgung durch Primär- und Fachdienste in Anspruch zu nehmen

Die Koordinierung zwischen Haus- und Fachärzten hat sich im Laufe der Zeit verbessert, aber die Zusammenarbeit zwischen den Anbietern muss noch verstärkt werden. Ambulante Psychiater fungieren häufig als Koordinatoren für die Versorgung von Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen, um ihnen zu helfen, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Viele Menschen mit Depressionen gehen jedoch nicht zu einem Psychiater, sondern lassen sich von ihrem Hausarzt behandeln.

Darüber hinaus wurde die Behandlung von Depressionen als unzusammenhängend und unzureichend koordiniert beschrieben, was die Qualität der Versorgung untergräbt.¹6 Sowohl Menschen mit chronischen Depressionen als auch solche mit wiederkehrenden Depressionen sehen sich häufig mit Versorgungslücken konfrontiert, wenn sie für die routinemäßige Behandlung ihrer Depression eine ambulante Betreuung und für schwerere Episoden eine stationäre Versorgung benötigen. Es gibt Hindernisse beim Übergang zwischen den verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems, was zu einer suboptimalen Versorgung führt. Eine kürzlich durchgeführte Studie ergab, dass 92 % der Menschen mit schweren Depressionen und 50 % der Menschen mit mittelschweren Depressionen, die aus einem psychiatrischen Krankenhaus entlassen worden waren, keine leitliniengerechte Nachbehandlung erhalten hatten, und 21 % der Menschen, die wegen Depressionen in einem psychiatrischen Krankenhaus behandelt wurden, wurden innerhalb von weniger als einem Jahr wieder aufgenommen.³⁷ Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus warteten die Menschen im Durchschnitt 17 Wochen auf die Fortsetzung der Betreuung in der Gemeinde, was die langen Wartezeiten für Psychotherapie in einigen Gebieten widerspiegelt.³⁷ Die Gruppenpsychotherapie könnte dazu dienen, den Mangel an Einzelpsychotherapieplätzen auszugleichen, ist aber in Deutschland weniger verbreitet als in anderen Ländern.³⁷ Die Forscher wollen die Faktoren besser verstehen, die für das erhöhte Suizidrisiko bei Menschen verantwortlich sind, die aus einer psychiatrischen Klinik entlassen wurden, und herausfinden, ob dieses Risiko durch eine Nachbetreuung durch Fachärzte für psychische Gesundheit in der Gemeinde verringert werden kann. 46



Es werden Bemühungen unternommen, um die Koordinierung der Betreuung von Menschen mit Depressionen zu verbessern

Im Jahr 2019 wurde ein Disease-Management-Programm für Menschen mit chronischen und wiederkehrenden Depressionen entwickelt (**Fallstudie 1**). Es wurden auch Bemühungen unternommen, um die Koordinierung der Versorgung zu verbessern und Überweisungswege für Menschen mit psychischen Erkrankungen durch Verträge zwischen einzelnen Krankenkassen und Anbietern oder Anbieternetzen zu schaffen (durch Selektivverträge).

Fallstudie 1. Disease-Management-Programm für schwere Depressionen⁴⁷

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat 2019 ein Disease-Management-Programm (DMP) zur Behandlung von chronischen Depressionen oder wiederkehrenden depressiven Episoden genehmigt. Die Einzelheiten der Umsetzung des Programms auf regionaler Ebene werden derzeit vereinbart, aber im Großen und Ganzen zielt das DMP darauf ab, einen koordinierten Behandlungspfad auf Grundlage evidenzbasierter Leitlinien bereitzustellen, der eine maßgeschneiderte Versorgung auf Basis einer detaillierten diagnostischen Bewertung ermöglicht. Das DMP legt die Verantwortlichkeiten des behandelnden Arztes fest, die die Planung, Dokumentation und Koordination der Versorgung umfassen, z. B. die Organisation einer Überweisung an einen Spezialisten im stationären oder ambulanten Bereich. Die Präferenzen der depressiven Person stehen im Mittelpunkt des DMP. Das Programm empfiehlt außerdem, die betroffene Person in die Entwicklung ihres Pflegeplans einzubeziehen.



Außerdem wird eine Reihe weiterer Initiativen durchgeführt, um die Kontinuität der Betreuung von Menschen mit Depressionen zu verbessern. Dazu gehört das in Baden-Württemberg eingeführte Programm Psychiatrie-Neurologie-Psychotherapie (PNP) für Mitglieder einer (großen) Krankenkasse, der AOK. Das PNP kombiniert die hausarztzentrierte Versorgung (Gatekeeping) mit einem Überweisungspfad zu spezialisierten stationären und ambulanten psychiatrischen Einrichtungen.⁴⁸ Das Programm ist eine Erweiterung des auf Gatekeeping basierenden Hausarztvertrags. Die bisherigen Studien haben gemischte Ergebnisse gezeigt: Es gab keinen Unterschied bei den Ergebnissen und der Zufriedenheit der Patienten, aber es gab eine Verringerung der stationären Aufenthalte und des Krankengeldes im Vergleich zur Routineversorgung.^{48 49} Darüber hinaus gibt es eine Reihe von Pilotprojekten und Selektivverträgen, über die einzelne Krankenkassen neuartige Versorgungsmodelle für Depressionen finanzieren.⁵⁰ Diese haben sich außerhalb ihrer Projektgebiete noch nicht in Verbesserungen niedergeschlagen.

Jüngste Änderungen der Rechtsvorschriften zielen darauf ab, den Übergang zwischen ambulanter und stationärer Versorgung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, einschließlich Depressionen, zu verbessern. Seit September 2021 ermöglicht eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss herausgegebene Richtlinie die Erstattung von Leistungen, die von Netzen psychosozialer Dienstleister sowohl in ambulanten als auch in stationären Einrichtungen erbracht werden.⁵¹ Die Anbieternetze müssen bestimmte Kriterien erfüllen, um sich zu qualifizieren. So müssen sie beispielsweise die Teilnahme von mindestens zehn Psychiatern oder Psychotherapeuten, mindestens einem Krankenhaus mit einer psychiatrischen oder psychosomatischen Abteilung, einem Anbieter von häuslicher Pflege und einem Ergotherapeuten gewährleisten. Hauptziele sind eine bessere Koordinierung der Versorgung, eine rechtzeitige Diagnose und eine qualitätsgesicherte Therapie, die nach klinischen Leitlinien und auf der Grundlage eines Behandlungsplans durchgeführt wird, der das soziale Umfeld der depressiven Person einbezieht und auf ihre Präferenzen zugeschnitten ist. Darüber hinaus werden die Netzwerke in der Lage sein, Dienste von nicht-medizinischen Anbietern zu integrieren, darunter Kriseninterventionsteams, Selbsthilfegruppen, Langzeitpflegedienste und Anbieter, die sich auf die Betreuung gefährdeter Gruppen wie Flüchtlinge spezialisiert haben.⁵¹

Obwohl es an sektorübergreifenden Initiativen zur Bekämpfung von Depressionen zu mangeln scheint, werden einige Bemühungen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz unternommen

Im Jahr 2020 hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eine Initiative zur Verbesserung der psychischen Gesundheit und zum Abbau der Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz gestartet.⁵² Die Initiative soll die Menschen auch dazu ermutigen, Hilfe in Anspruch zu nehmen, wenn sie das Gefühl haben, dass sie überfordert sind und professionelle Unterstützung benötigen.

Daten, um bei der Behandlung von Depressionen Verbesserungen voranzutreiben

Umfassende Daten über Depressionen werden noch nicht systematisch erhoben oder für die Planung und Verbesserung von Dienstleistungen genutzt

In Deutschland gibt es keine Register, die systematisch Daten über die Prävalenz oder die Behandlung von Depressionen erfassen. Es ist geplant, eine nationale Mental Health Surveillance einzuführen, die jedoch noch nicht umgesetzt worden ist (**Fallstudie 2**).⁵³ Zu Verwaltungs- und Anspruchszwecken wird eine große Menge an Daten erhoben.²⁶ Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) erhebt Daten zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen des Systems der diagnosebezogenen Fallgruppen in der Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP), das zur Erstattung stationärer Leistungen dient. Diese Daten stehen medizinischen Verbänden, Ärzten und Forschern zur Verfügung, werden aber nicht für die regionale oder nationale Versorgungsplanung verwendet.⁴⁵

Das Robert-Koch-Institut, Deutschlands führende staatliche Einrichtung auf dem Gebiet der Biomedizin, hat mehrere bevölkerungsbezogene Studien mit Komponenten der psychischen Gesundheit, auch der Depression, durchgeführt:

- Die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland enthielt ein Modul zur psychischen Gesundheit für die Jahre 2008-2011.⁵⁴
- Aktuell hat "Gesundheit in Deutschland" im Rahmen einer weiteren Studie Punkte zu den Nutzern psychotherapeutischer und psychiatrischer Leistungen aufgenommen.²⁵
- Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS), eine Langzeit-Kohortenstudie, sammelte Daten über die Auswirkungen psychischer Störungen auf das Leben junger Menschen. Seit 2003 wurden die Daten in drei Wellen erhoben, zuletzt von 2014 bis 2017.⁵⁵

Fallstudie 2. Einführung einer nationalen Mental Health Surveillance⁵³

Das Bundesministerium für Gesundheit hat das Robert-Koch-Institut im Jahr 2019 beauftragt, ein Konzept für eine bevölkerungsbezogene Überwachung der psychischen Gesundheit (Mental Health Surveillance, MHS) zu entwickeln. Bisher wurde ein Indikatorensatz entwickelt, im Konsens mit den Sachverständigen gebilligt und vor kurzem als Pilotprojekt erprobt. Das Ziel der MHS besteht darin, durch die Überwachung der Determinanten der psychischen Gesundheit, der Prävalenz psychischer Probleme, der Inanspruchnahme von Versorgungsdiensten, der Qualität und der Kosten sowie der gesundheitlichen Ergebnisse und anderer sozialer Auswirkungen wie Arbeitsmarktbeteiligung und Armutsrisiko Informationen für die Prävention und die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu liefern. Der Indikatorensatz konzentriert sich auf die MHS der erwachsenen Bevölkerung; es ist jedoch geplant, auch Indikatoren für Kinder und Jugendliche zu entwickeln.

Generell mangelt es an Daten zu den von den Patienten berichteten Ergebnismessungen bei Menschen mit Depressionen

Obwohl einige Einrichtungen zu Forschungszwecken von Patienten berichtete Ergebnismessungen (patient-reported outcome measures, PROMs) erfassen, bestehen auf nationaler oder regionaler Ebene keine systematischen Verpflichtungen oder Leitlinien für diese Daten. In Deutschland gibt es keine offizielle Strategie oder Verpflichtung zur systematischen Erhebung von PROMs in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung, einschließlich der psychiatrischen Versorgung.⁵⁶

Einige größere Universitätskliniken und psychiatrische Abteilungen bemühen sich jedoch um die Verwendung und Entwicklung von PROMs. Diese zielen darauf ab, die Auswirkungen der Gesundheitsleistungen zu messen und ihre Patientenzentriertheit zu stärken. Das Bundesministerium für Gesundheit hat eine kurze Übersicht über die internationalen Erfahrungen und den Einsatz von PROMs in Deutschland in Auftrag gegeben.⁵⁷ Es wurden keine weiteren Pläne angekündigt, aber es besteht die Hoffnung, dass die Veröffentlichung des Berichts den Dialog zwischen Forschung, Praxis und Politik anregen wird.⁵⁸



Menschen mit Depressionen einbeziehen und stärken

In den klinischen Leitlinien wird anerkannt, wie wichtig es ist, Menschen mit Depressionen und deren Angehörige in die Behandlung einzubeziehen

Klinische Leitlinien betonen den therapeutischen Dreiklang aus Patient, Betreuer und medizinischem Fachpersonal.²⁴ In den Leitlinien für die Behandlung von Depressionen heißt es, dass die Betroffenen sowohl über die Auswirkungen ihrer Behandlung als auch über Behandlungsalternativen informiert werden müssen. Organisationen, die Menschen mit Depressionen und deren Angehörige vertreten, beteiligten sich an der Entwicklung klinischer Leitlinien für Depressionen sowie Berufsstandards für Psychotherapeuten.^{24 36}

In den klinischen Leitlinien wird die Patientenpräferenz neben klinischen Faktoren, dem Schweregrad der Symptome und der Krankheitsgeschichte als wichtiger Faktor für die Wahl der Behandlung genannt.²⁴ Die Leitlinien empfehlen die Verwendung von evidenzbasierten Patienteninformationen und Entscheidungshilfen, um die Beteiligung von Menschen mit Depressionen und ihren Angehörigen zu stärken. Sie skizzieren die Anforderungen an die gemeinsame Entscheidungsfindung und betonen die Rolle der Aufklärung und der verfügbaren Informationen.²⁴ Der Zeit- und Ressourcendruck kann jedoch die Bemühungen untergraben, die Angehörigen des Betroffenen einzubeziehen, und ihre Beteiligung an der Entwicklung von Behandlungsplänen kann weniger als ideal sein.²⁶

Finanzielle Unterstützung für betreuende Angehörige von Menschen mit Depressionen ist möglich

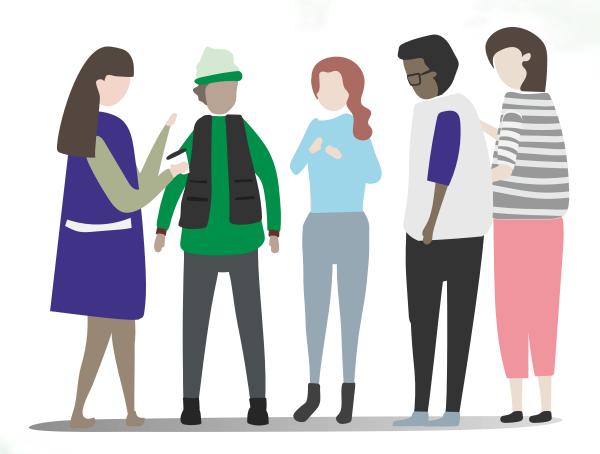
Familienangehörige und informelle Betreuer können finanzielle Unterstützung (Pflegegeld) erhalten, wenn sie langfristig die Hauptpflegeperson für eine Person mit schweren Depressionen sind.⁵⁹ Die obligatorische Pflegeversicherung zahlt je nach Grad der festgestellten Pflegebedürftigkeit etwa 300-900 € pro Monat, wobei Depressionen eine anerkannte Ursache für Pflegebedürftigkeit sind.⁵⁹ Dieses Geld wird nach einer Bedarfsermittlung und Prüfung der Anspruchsberechtigung an die depressive Person ausgezahlt und kann zur Entschädigung von Freunden und Familienangehörigen für die von ihnen geleistete informelle Betreuung verwendet werden.⁶⁰

Die Unterstützung durch Mitbetroffene wird in klinischen Leitlinien nicht empfohlen, sie wird jedoch von Selbsthilfegruppen propagiert und ist an einigen Arbeitsplätzen verfügbar

Die Unterstützung durch Mitbetroffene ist als therapeutische Unterstützungsmöglichkeit noch nicht vollständig etabliert. Sie ist bereits in einigen Einrichtungen verfügbar (**Fallstudie 3**), aber einem für diesen Bericht befragten Experten zufolge verstehen nicht alle Menschen ihre Rolle und ihren Zweck, und es besteht ein Bedarf an besserer Information und Aufklärung sowohl für Menschen mit Depressionen als auch für medizinisches Fachpersonal.²⁶

Fallstudie 3. Unterstützung durch Mitbetroffene am Arbeitsplatz⁶¹

Einige große Arbeitgeber unterstützen Projekte zur Einführung von Unterstützung durch Mitbetroffene am Arbeitsplatz. Die Deutsche Bahn initiierte das Projekt "Kollegiale Depressionsbegleiter", um die Stigmatisierung von Depressionen zu verringern und den Mitarbeitern eine direkte Unterstützung durch Mitbetroffene zu bieten. Mitarbeiter mit Depressionserfahrung fungieren als Bezugspersonen und werden darin geschult, wie sie ihre Kollegen mit Depressionen beraten und unterstützen können. Im Jahr 2019 wurden zehn mitbetroffene Unterstützer in den Büros in Frankfurt und Berlin ausgebildet.



Einsatz von Technologie zur Verbesserung des Zugangs zur Betreuung

Fernberatungen und andere digitale Hilfsmittel werden für Menschen mit Depressionen in Deutschland zunehmend verfügbar

Die Nutzung der Telemedizin hat in Deutschland aufgrund der COVID-19-Pandemie zugenommen.⁶² Videosprechstunden wurden 2017 zur Erstattung zugelassen,⁶³ wurden aber zunächst nur selten genutzt. Die Gesamtzahl der Videoberatungen stieg von 3.000 im Jahr 2019 auf 1,2 Millionen im zweiten Quartal 2020 (April bis Juni), wobei die Psychotherapie den stärksten Anstieg verzeichnete. Gleichzeitig stieg die Zahl der Ärzte und Psychotherapeuten, die Videosprechstunden anbieten, von 168 auf mehr als 31.000.⁶⁴

Für Menschen mit Depressionen steht eine Reihe digitaler Hilfsmittel zur Verfügung, die in der Regel zusätzlich zu persönlichen Beratungsgesprächen eingesetzt werden.⁵⁰ Dazu gehören mobile Apps zur Stressreduzierung und Meditation, Online-Therapien für Menschen, die auf den Beginn einer Therapie warten, Videositzungen mit Psychotherapeuten und auf KVT basierende Online-Programme.⁶⁵

Die Regierung unterstützt Fachkräfte und Menschen mit Depressionen bei der Auswahl der am besten geeigneten digitalen Optionen, indem sie eine Liste mit zugelassenen Anwendungen erstellt. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat damit begonnen, ein Verzeichnis digitaler Anwendungen (DiGA-Verzeichnis) zu erstellen, die zur Anwendung zugelassen sind und von allen Krankenkassen erstattet werden. 60 Das DiGA-Verzeichnis enthält derzeit vier digitale Anwendungen für Depressionen. Diese sind ständig verfügbar oder vorläufig verfügbar, solange die neuen Erkenntnisse noch nicht vorliegen:

- Deprexis ein Online-Selbsthilfeprogramm auf der Grundlage von KVT, das in Kombination mit einer persönlichen Beratung genutzt werden kann
- HelloBetter Stress und Burnout ein Online-Bildungsprogramm, das auf KVT basierende Bewältigungsstrategien vermittelt
- Novego: Depressionen bewältigen ein Online-Unterstützungsprogramm für Menschen, die auf den Beginn einer Psychotherapie warten, das auch parallel zu oder nach einer persönlichen Beratung genutzt werden kann
- Selfapy ein auf KVT basierendes Programm, das auf die Bedürfnisse des Einzelnen zugeschnitten ist und von einem Psychotherapeuten überwacht wird.

Wer sich für digitale Hilfsmittel interessiert, kann online prüfen, ob seine Krankenkasse die Kosten für deren Nutzung übernimmt.⁶⁵ Einige Krankenkassen erstatten auch den Einsatz anderer Hilfsmittel, doch ist dies sehr unterschiedlich. Einige Instrumente sind gut etabliert und werden von größeren Kassen erstattet, während andere eher als experimentell gelten oder auf eine bestimmte Nutzergruppe wie jüngere Erwachsene abzielen.

Elektronische Rezepte sind in Deutschland noch nicht routinemäßig verfügbar, aber es laufen Versuche zur Vorbereitung einer vollständigen Einführung, die den Zugang zu Medikamenten gegen Depressionen erleichtern könnte

Seit Juli 2021 wird das elektronische Rezept in den Bundesländern Berlin und Brandenburg erprobt und soll zu gegebener Zeit bundesweit eingeführt werden.⁶⁷ Die Einführung anderer Fernanwendungen – einschließlich elektronischer Patientenakten, Fallmanagement-Sitzungen aus der Ferne, elektronischer Krankschreibungen und elektronischer Arztbriefe – wird ebenfalls in Betracht gezogen und könnte Menschen mit Depressionen zugutekommen.



Schlussfolgerung und Empfehlungen

"In Deutschland wird nur ein geringer Teil der Menschen mit Depressionen gemäß den klinischen Leitlinien behandelt. Wir verpassen viele wichtige Möglichkeiten, um zu verhindern, dass eine leichte bis mittelschwere Depression zu einer schwereren wird."

Ute Lewitzka, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden

Die Gesundheitsdienste für Menschen mit Depressionen sind solide und gut entwickelt. Es gibt jedoch noch Lücken, da der Zugang zu geeigneten Gesundheitsdienstleistern und Therapien sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich regional sehr unterschiedlich ist. Vor allem bei der ambulanten Psychotherapie können die Wartezeiten für Menschen mit Depressionen sehr lang sein.

Verbesserungen in der Kontinuität der Betreuung von Menschen mit Depressionen werden allmählich umgesetzt. Diese beinhalten die Einführung eines Versorgungspfads für Menschen mit chronischen und wiederkehrenden Depressionen im Rahmen eines Disease-Management-Programms und die Bildung von Netzwerken für psychische Gesundheit, um die Koordination bei der Versorgung von Menschen mit schweren Erkrankungen zu verbessern.

Bei der Erhebung und Nutzung von Daten über Depressionen bestehen Lücken. Zum Zweck der Versorgungsplanung gibt es aktuell keine systematische Erhebung von Daten über die Prävalenz, die Inanspruchnahme von Leistungen und die Ergebnisse für die Patienten, obwohl einige Daten über die Inanspruchnahme von Leistungen durch die Erhebung von Daten über Krankenversicherungsansprüche im Rahmen des Erstattungssystems vorliegen.

In den klinischen Leitlinien wird betont, wie wichtig es ist, Menschen mit Depressionen und deren Angehörige in die Diagnose und Behandlung einzubeziehen. Die Rolle der Unterstützung durch Mitbetroffene bei der Genesung ist noch nicht vollständig anerkannt und wird hauptsächlich von Selbsthilfegruppen und einigen Arbeitgebern in Form von Pilotprojekten propagiert. Finanzielle Unterstützung für informelle Betreuer von Menschen mit Depressionen gibt es über die gesetzliche Pflegeversicherung, wobei die Höhe der Zahlungen vom Grad der festgestellten Pflegebedürftigkeit abhängt.

Die Fortschritte bei der Nutzung von Technologien, um den Zugang zur Behandlung von Depressionen zu verbessern, sind vielversprechend. Während der COVID-19-Pandemie hat die Regierung die Hürden für einige Ferntechnologien, wie z. B. Videosprechstunden und digitale Anwendungen zur Unterstützung der Therapie, deutlich gesenkt. Der Einsatz von Technologien und Ferndiensten in der Praxis ist jedoch sehr unterschiedlich. Elektronische Rezepte werden derzeit in einem Pilotprojekt getestet und sollen zu gegebener Zeit eingeführt werden.

Vorrangige Empfehlungen

Vernetzte und umfassende Dienste für Depressionen

- Weitere Entwicklung und Einführung von Programmen zur Förderung einer besseren Koordinierung der Betreuung, die die Menschen während ihres gesamten Krankheitsverlaufs unterstützen und auf ihre Bedürfnisse und Präferenzen zugeschnitten sind, unabhängig von ihrem Wohnort oder Versicherungsstatus. Insbesondere sollten die Leitlinien für die Umsetzung des neuen Disease-Management-Programms für chronische und wiederkehrende Depressionen fertiggestellt und an Gesundheitsfachkräfte und Menschen mit Depressionen sowie deren Angehörige kommuniziert werden.
- Hausärzte und andere nicht spezialisierte Leistungserbringern sollten bei der Befolgung klinischer Leitlinien zur Verbesserung der Diagnose und Behandlung von Depressionen unterstützt werden, indem man sie ermutigt und ihnen Anreize bietet, im Rahmen ihrer beruflichen Weiterbildung an Schulungen teilzunehmen.
- Vorrangige Entwicklung und Einführung von präventiven und spezialisierten Diensten für bestimmte Gruppen mit Depressionen, darunter Kinder und Jugendliche, ältere Erwachsene und gefährdete Gruppen wie Obdachlose oder Flüchtlinge.

Daten, um bei der Behandlung von Depressionen Verbesserungen voranzutreiben

- Ausweitung der umfassenden Überwachung der psychischen Gesundheit, nachdem in der Pilotphase mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit gute Fortschritte erzielt wurden,
 und Anwendung dieser Überwachung auf Kinder und junge Menschen, zusätzlich zu den Erwachsenen. Bundes-/Regionalregierungen und Krankenkassen sollten ermutigt werden, die erhobenen
 Daten für die Planung, Überwachung und Verbesserung von Dienstleistungen zu nutzen.
- Überlegungen, wie PROM auf breiter Basis und systematisch erhoben und genutzt werden könnten, um die Versorgung von Menschen mit Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen zu verbessern, wobei auf den ersten Arbeiten einiger größerer Universitätskliniken in diesem Bereich aufgebaut werden sollte.

Menschen mit Depressionen einbeziehen und stärken

- Einrichtung von Unterstützungsnetzwerken Mitbetroffener als Teil der Routineversorgung und Bereitstellung finanzieller Unterstützung zur Formalisierung und Aufrechterhaltung dieser Vereinbarungen, einschließlich der Entwicklung von Leitlinien zur Klärung der Rollen und Zuständigkeiten von mitbetroffenen Unterstützern.
- Bessere Information von Menschen mit Depressionen und ihren Angehörigen über ihre Rolle bei der Unterstützung von Therapie und Genesung. Dies würde bestehende Regelungen ergänzen, die eine finanzielle Unterstützung für betreuende Angehörige von Menschen mit Depressionen ermöglichen. Bei der ärztlichen Konsultation muss Zeit eingeplant werden, um eine echte gemeinsame Entscheidungsfindung zu ermöglichen.

Einsatz von Technologie, um den Zugang zur Depressionsbehandlung zu verbessern

- Unterstützung und Förderung der Bemühungen, um Telemedizin einzuführen und auszuweiten, einschließlich der Erhöhung der Anzahl der Anwendungen für Depressionen, die von den Krankenkassen genehmigt und erstattet werden (Deprexis, HelloBetter, Novego: Depressionen bewältigen und Selfapy).
- Entwicklung von Fernbehandlungsoptionen, einschließlich digitaler Anwendungen, um den Bedürfnissen von Menschen gerecht zu werden, die derzeit unterversorgt sind und möglicherweise Schwierigkeiten beim Zugang zu herkömmlichen Diensten haben, darunter Kinder, junge Menschen und ältere Menschen. Fernbehandlungen sollten auf die Bedürfnisse und die digitalen Fähigkeiten bestimmter Patientengruppen zugeschnitten sein.

Quellenangaben

- 1. Centre for Suicide Prevention. 2015. *Depression and suicide prevention: resource toolkit.* Calgary: CSP
- 2. World Health Organization. 2017. Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates. Geneva: WHO
- 3. Kraus C, Kadriu B, Lanzenberger R, et al. 2019. Prognosis and improved outcomes in major depression: a review. Transl Psychiatry 9(1): 127
- Tavormina MG, Tavormina R, Nemoianni E, et al. 2015. A questionnaire to assess social stigma. Psychiatr Danub 27 (Suppl 1): S328-31
- 5. Linder A, Gerdtham U-G, Trygg N, et al. 2019. Inequalities in the economic consequences of depression and anxiety in Europe: a systematic scoping review. Eur J Public Health 30(4): 767-77
- Cuijpers P, Vogelzangs N, Twisk J, et al. 2014.
 Comprehensive Meta-Analysis of Excess Mortality in Depression in the General Community Versus Patients With Specific Illnesses. Am J Psychiatry 171(4): 453-62
- 7. World Health Organization Europe. Depression. Available from: https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/areas-of-work/depression [Accessed 11/06/20]
- 8. Ng CWM, How CH, Ng YP. 2017. Depression in primary care: assessing suicide risk. *Singapore Med J* 58(2): 72-77
- 9. OECD/European Union. 2020. Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing
- Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, et al. 2021. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*: 10.1016/s0140-6736(21)02143-7
- Global Health Data Exchange. 2021. Prevalence of depression 1990–2019. Available from: http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/341b859ab54f6e55e3ecb852c0dec59d [Accessed 22/11/21]
- 12. Robert Koch Institute (RKI). 2021. Psychische Gesundheit in Deutschland. Erkennen - Bewerten -Handeln. Schwerpunktbericht Teil 1 - Erwachsene. Fokus: Depression und kognitive Leistungsfähigkeit. Berlin: RKI
- 13. Eurostat. Physicians by medical specialty [online]. [Updated 02/07/21]. Available from: https://bit.lv/2ZlnS6x [Accessed 29/10/21]

- 14. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 2021.
 Total cost of illness in millions of Euro for Germany.
 Classification: years, sex, ICD10, provider [online].
 Available from: https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=6633956&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=66&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid= [Accessed 30/06/21]
- 15. Destatis. 2021. Krankheitskosten: Deutschland, Jahre, Krankheitsdiagnosen (ICD-10) [online]. Available from: https://www-genesis.destatis.de/genesis/online [Accessed 04/07/21]
- 16. Blümel M, Spranger A, Achstetter K, et al. 2020. Germany. Health system review. Health Syst Transit 22(6): 1-273
- 17. OECD/European Union. 2018. Health at a glance: Europe 2018: State of health in the EU cycle. Paris: OECD Pubishing
- 18. Hapke U, Cohrdes C, Nübel J. 2019. Depressive Symptomatik im europäischen Vergleich – Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS) 2. *J Health Monit* 4(4): 62-70
- 19. Destatis. 2021. Todesursachen: Suizide [online].
 Available from: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html [Accessed 27/06/21]
- Robert Koch Institute (RKI). 2021. Psychische Gesundheit [online]. Available from: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Psychische_Gesundheit_node.html [Accessed 05/08/21]
- 21. Steffen A, Holstiege J, Akmatov M, et al. 2019. Zeitliche Trends in der Diagnoseprävalenz depressiver Störungen: eine Analyse auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)
- 22. König H, Rommel A, Thom J, et al. 2021. The excess costs of depression and the influence of sociodemographic and socioeconomic factors: Results from the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS). Pharmacoeconomics 39: 667-80
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV). 2020.
 Rentenversicherung in Zeitreihen. Oktober 2020. Berlin: DRV
- 24. DGPPN, BÄK, KBV, et al. 2015. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung, 2. Auflage. Version 5 2015. Berlin: ÄZQ

- 25. Rommel A, Bretschneider J, Kroll L, et al. 2017. Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen - Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. J Health Monit 2(4): 3-23
- 26. Lewitzka U. 2021. Interview with Stefanie Ettelt at The Health Policy Partnership [online]. 14/10/21
- 27. Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). 2021. Wer zahlt? Anträge und Kosten [online]. Available from: https://www.wege-zur-psychotherapie.org/wer-zahlt-antraege-und-kosten/ [Accessed 30/06/21]
- 28. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). 2022.
 Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung [online].
 Available from: https://www.pflegebevollmaechtigte.de/
 [Accessed 28/01/22]
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). 2022.
 Beauftrager der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen [online]. Available from: https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/ [Accessed 28/01/22]
- 30. Beezhold J, Destrebecq F, grosse Holftorth M, et al. 2018. A sustainable approach to depression: moving from words to actions. London: The Health Policy Partnership
- 31. European Patients Forum. 2015. EPF Background Brief: Patient Empowerment. Brussels: EPF
- 32. Repper J, Carter T. 2011. A review of the literature on peer support in mental health services. J Ment Health 20(4): 392-411
- The Health Policy Partnership. 2018. Digital tools can help manage depression [online]. Available from: https://wordstoaction.eu/wp-content/uploads/2020/11/Words-to-Actions_digital-tools.pdf [Accessed 11/10/21]
- 34. Hallgren K, Bauer A, Atkins D. 2017. Digital technology and clinical decision making in depression treatment: Current findings and future opportunities. Depress Anxiety 34(6): 494-501
- 35. Prescott J, Hanley T, Ujhelyi K. 2017. Peer communication in online mental health forum for young people: directional and nondirectional support. JMIR Ment Health 4(3): e29
- 36. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). 2009. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie), zuletzt geändert am 20. November 2020. Berlin: G-BA
- 37. Wiegand H, Saam J, Marshall U, et al. 2020. Probleme beim Übergang von der stationären zur ambulanten Depressionsbehandlung. Dtsch Arztebl 117(27-28): 472-79

- 38. Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). 2021.
 BPtK-Auswertung: Monatelange Wartezeiten bei
 Psychotherapeut*innen [online]. Available from:
 https://www.bptk.de/bptk-auswertung-monatelangewartezeiten-bei-psychotherapeutinnen/?cookie-statechange=1639003706834 [Accessed 08/12/21]
- Hommel T. 2019. Depressiv erkrankte Kinder werden allein gelassen [online]. Ärztezeitung. Available from: https://www.aerztezeitung.de/Politik/Depressiverkrankte-Kinder-werden-allein-gelassen-404210.html [Accessed 08/12/21]
- 40. Schulze L, Klinger-König J, Stolzenburg S, et al. 2020. Shame, self-identification with having a mental illness, and willingness to seek help in northeast Germany. Psychiatry Res 285: 112819
- 41. Melchior H, Schulz H, Härter M. 2014. Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depression. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- 42. Bundesärztekammer. 2021. Fortbildungsmaßnahmen, die bundesweit für das ärztliche Fortbildungszertifikat anerkannt sind [online]. Available from: https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/fortbildung/fortbildungssuche/ [Accessed 23/07/21]
- 43. Münchner Bündnis gegen Depression. 2021. Fortbildung für Hausärzte. Online Fortbildung: Diagnose und Therapie der Depression, auch in Corona Zeiten [online]. Available from: https://www.muenchen-depression.de/unsere-angebote/fortbildungen-fuer-hausaerzte/index.html [Accessed 23/07/21]
- 44. Engels A, König H-H, Magaard J, et al. 2020. Depression treatment in Germany using claims data to compare a collaborative mental health care program to the general practitioner program and usual care in terms of guideline adherence and need-oriented access to psychotherapy. BMC Psychiatry 20: 591
- 45. Wolff-Menzler C. 2021. Interview with Stefanie Ettelt at The Health Policy Partnership [online]. 29/11/21
- 46. Krause T, Lederer A, Sauer M, et al. 2020. Suicide risk after psychiatric discharge: study protocol of a naturalistic, long-term, prospective observational study. BMC Pilot and Feasibility Studies 6: 145
- 47. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). 2019. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die 17. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 17 (DMP Depression) und der Anlage 18 (Depression Dokumentation). Berlin: G-BA
- 48. AOK Baden-Württemberg. 2020. Vertragsevaluation der Fachgebiete Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Baden-Württemberg gem. § 73 SGB V. Hamburg: AOK Baden-Württemberg

- 49. Engels A, Reber K, Magaard J, et al. 2020. How does the integration of collaborative care elements in a gatekeeping system affect the costs for mental health care in Germany? Eur J Health Econ 21: 751-61
- 50. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). 2018. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. Bonn: SVR
- 51. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). 2021.
 Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Berlin: G-BA
- 52. Initiative neue Qualität der Arbeit (INQA). 2021.
 Offensive Psychische Gesundheit [online]. Available from: https://inqa.de/DE/vernetzen/offensive-psychische-gesundheit/uebersicht.html [Accessed 05/08/21]
- 53. Thom J, Mauz E, Peitz D, et al. 2021. Aufbau einer Mental Health Surveillance in Deutschland: Entwicklung von Rahmenkonzept und Indikatorset. J Health Monit 6(4): 36-68
- 54. Busch M, Maske U, Ryl L, et al. 2013. Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsender in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt 56: 733-39
- 55. Schlack R, Peerenboom N, Neuperdt L, et al. 2021. Effekte psychischer Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend im jungen Erwachsenenalter: Ergebnisse der KiGGS-Kohorte. J Health Monit 6(4): 3-19
- 56. Steinbeck V, Ernst S-C, Pross C. 2021. Patient-Reported Outcome Measures (PROMs): ein internationaler Vergleich. Herausforderungen und Erfolgsstrategien für die Umsetzung von PROMs in Deutschland. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- 57. Kirchberger V, Hartmann C, Fischer K, et al. 2020.
 Machbarkeitsstudie indikationsübergreifendes
 Patient-Reported Outcome Measurement Digitalisierung nutzen für eine patientenzentrierte
 Gesundheitsversorgung (DigiPROM) [online]. Available
 from: https://www.bundesgesundheitsministerium.
 de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/
 Berichte/DigiPROM_Abschlussbericht_zum_Vorhaben_
 barrierefrei 2021-04-14.pdf [Accessed 10/10/21]

- 58. Bundesministerium für Gesundheit (BMG).
 2020. Kurzbericht zum BMG-geförderten
 Forschungsvorhaben [online]. Available from: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/DigiPROM_Kurzbericht_barrierefrei_2021-04-14.pdf
 [Accessed 10/12/21]
- 59. Pflegeberatung für Deutschland. 2021. Pflegegeld bei Depressionen [online]. Available from: https://pflegegeldantrag.com/pflegegeld-bei-depressionen/?cn-reloaded=1 [Accessed 08/12/21]
- 60. Bundesweites Pflegenetzwerk. 2021. Pflegeantrag bei Depression. [online]. Available from: https://www.bwpn.de/pflegenetzwerk/pflegeantrag-bei-depression/ [Accessed 08/12/21]
- 61. Stiftung Deutsche Depressionshilfe. 2021. Peers at work [online]. Available from: https://www.deutsche-depressionshilfe.de/unsere-angebote/fuer-firmen-und-organisationen/peersatwork [Accessed 03/08/21]
- 62. Urbanek M. 2021. Telemedizin:Tops und Flops in Corona-Zeiten. MMW Fortschr Med 163(1): 35
- 63. Krüger-Brand HE. 2018. Online-Videosprechstunde: Erprobtes Werkzeug. Dtsch Arztebl 115(5): A-212
- 64. Bühring P. 2021. Videosprechstunde: In der Psychotherapie am meisten genutzt. Dtsch Arztebl PP(3): 100
- 65. Krankenkassen Deutschland. 2021. Apps gegen
 Depressionen, Ängste und Burnout [online]. Available
 from: https://www.krankenkassen.de/gesetzlichekrankenkassen/leistungen-gesetzliche-krankenkassen/
 apps/depressionen/ [Accessed 02/07/21]
- 66. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). 2021. DiGa-Verzeichnis. Finden Sie die passende digitale Gesundheitsanwendung [online]. Available from: https://diga.bfarm.de/de [Accessed 04/08/21]
- 67. gematik. 2021. Start der E-Rezept-Testphase. Press release published 1 July 2021 [online]. Available from: https://www.gematik.de/newsroom/news-detail/pressemitteilung-start-der-e-rezept-testphase [Accessed 04/07/21]

Für weitere Informationen zu dieser Scorecard wenden Sie sich bitte an Jody Tate, Forschungsdirektorin bei The Health Policy Partnership (jody.tate@hpolicy.com)

The Health Policy Partnership 68-69 St Martin's Lane London WC2N 4JS Vereinigtes Königreich

