

Berlin, 28. September 2016

Expertenkreis „Depression und Versorgung“ Versorgungsangebote bündeln, Datenlage verbessern

Die Behandlung und Versorgung von Menschen mit Depressionen ist in Deutschland unzureichend und defizitär. Zu diesem Schluss gelangt der Expertenkreis „Depression und Versorgung“ in seinem aktuellen Bericht. Die Fachleute fordern einen „Nationalen Depressionsplan“. „Neben zu langen Wartezeiten bis zum Beginn einer qualifizierten Behandlung ist die bestehende Versorgung insgesamt weder medizinisch noch regional bedarfsdeckend und viel zu stark fragmentiert“, erklärte dessen Mitglied Dr. Rainer Hess auf dem diesjährigen Kongress „Psychische Gesundheit 2030“. Neben Hess gehören die Grünenpolitikerin Birgitt Bender, PD Dr. Mazda Adli, Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Prof. Dr. Ulrich Hegerl, Prof. Dr. Hans Joachim Salize sowie Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen dem Expertenkreis an.

Das im Sommer des vergangenen Jahres vom Bundestag verabschiedete Präventionsgesetz hat als ein Ziel formuliert: „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“. Trotz dieser auch als Gesundheitsziel anerkannten Forderung hat sich an der defizitären Versorgungsrealität der an Depression erkrankten Menschen bis heute nichts wesentlich geändert. Bereits die bundesweite Depressions-Screening-Studie „Depression 2000“ habe eine Unter-, Fehl- und Mangelversorgung bei der Diagnose und Therapie der Depression attestiert, so der Jurist und ehemalige unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Für fast jeden fünften Bundesbürger besteht das Risiko, im Laufe seines Lebens an einer wie auch immer garteten Form von Depression zu erkranken. Trotzdem werden Depressionen in ihrer individuellen und gesellschaftlichen Bedeutung bis heute meist unterschätzt. Als zentrale Handlungsfelder nennt der Expertenbericht daher Versorgungsanalyse, Versorgungssystem und Handlungsoptionen der Bundesrepublik. „Immer noch können wir in Deutschland nicht garantieren, dass jeder von Depressionen betroffene Mensch unabhängig



vom Schweregrad qualitativ hochwertig versorgt wird“, so Hess. Einer der Hauptgründe dafür sei die unzureichende Datenlage. Wie viele erkrankte Personen in einer Region lebten und welche Versorgungsstrukturen regional bestünden, bleibe offen. Das gelte auch für die Kostenfrage. Die letzte Ermittlung des Statistischen Bundesamtes weise 4,7 Milliarden Euro an Krankheitskosten und Versorgungsausgaben für das Jahr 2008 aus. Hochgerechnet seien das 5,6 Milliarden Euro im Jahr 2014. Verlässliche Angaben über Fallkosten bestünden ebenfalls nicht. Die letzten Daten dazu habe das Kompetenznetz Depression vor 15 Jahren erhoben. „Wir wissen nicht, welche Strukturen vernetzt werden können und ob etwa in einem Krankenhaus Überkapazitäten vorliegen. Wir brauchen eine kassenübergreifende Einführung passgenauer Versorgungscluster, die die psychotherapeutische Versorgung unter regionalen

Aspekten systematisiert und optimiert“, sagte Hess. Erst wenn klar sei, wie dort Netzstrukturen aufgebaut werden könnten, wie viele Kräfte vorhanden seien und wo zusätzlicher Bedarf existiere, sei es möglich, gezielt über fehlende Finanzmittel nachzudenken und zu überlegen, wie diese akquiriert werden können.

Hess mahnte klare Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, Disease-Management-Programme (DMP), präventive Vorgaben und Leitlinien sowie Empfehlungen zu förderwürdigen Strukturen an. Der Expertenkreis habe deshalb einen Maßnahmenkatalog mit Handlungsnotwendigkeiten aufgestellt. Grundlegendes, im Präventionsgesetz festgeschriebenes Ziel müsse die Entstigmatisierung des Krankheitsbildes sein. Gelingen solle dies durch mehr Aufklärung über hausärztliche Gesundheitsuntersuchungen, die bessere betriebliche Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber beziehungsweise Betriebsärzte und positive Versorgungsangebote der Krankenversicherung. Das proklamierte Gesundheitsziel solle auf die Erkennung von Risiken oder Anzeichen depressiver Erkrankungen einschließlich der Suizidgefahr als erstem Präventionsschritt ausgerichtet werden. Eine nachhaltige Behandlung sehen die Experten über ein „DMP Depression“ gewährleistet. Der G-BA habe den Auftrag, ein entsprechendes Angebot bis zum 31. Dezember 2016 umzusetzen, so Hess. Notwendig sei die Definition von Behandlungsketten unter Einbeziehung von Komorbiditäten. Der „kleine Gesetzgeber“ sei aber auch hinsichtlich einer besseren Abstimmung von Arzneimittel- und Psychotherapie gefordert. „Hier werden bislang Richtlinien vom G-BA getrennt bearbeitet und nicht auf Krankheitsbilder bezogen zusammengeführt“, erklärte Hess. Auch in Disease-Management-Programmen (DMP) werde die Arzneimittelversorgung zwar angesprochen, die eigentliche Auseinandersetzung aber finde im Arzneimittelausschuss statt. Hier fehle es gleichermaßen an Synchronität. Die Selbstverwaltung sei gefordert, weitere Schritte zu unternehmen, etwa die Intensivierung von Aus- und Weiterbildung in der Differenzialdiagnose, die Koordination der Weiterbildungsanforderungen unter Bundesärzte- (BÄK) und Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) sowie die Schaffung von Vergütungsanreizen zur Verbesserung der Versorgungsqualität, insbesondere zur qualitätsgesicherten Versorgung bei Major Depression.

Um eine Optimierung der Versorgung zu erreichen, stünden weitere Instrumente zur Verfügung. IV-Verträge nach § 140a SGB V etwa böten die Möglichkeit, fach- und sektorenübergreifende Behandlungsverläufe zu fördern und zu erproben. Der Ausbau integrierter Versorgungsformen anhand erfolgreich praktizierter Modellprojekte unter Anpassung an regionale Besonderheiten und Bedarfe könne so gelingen. „Es müssen Versorgungsnetze bottom-up anhand bereits bestehender Strukturen gebildet werden, in denen die Beteiligten besser kooperieren, anstatt zu konkurrieren. In einem solchen Netzwerk können zum Beispiel auch Pflegekräfte für einen niederschweligen Zugang der Patienten verantwortlich sein. Aber auch mit Blick auf die Fachkräfte leben wir in einer Mangelsituation“, erklärte Hess. Der Staat stehe in der Verantwortung, diese zu beheben. Darüber hinaus müsse die Politik Rahmenbedingungen schaffen, die eine Übertragung erfolgreich evaluierter Versorgungsmodelle einer integrierten Versorgung depressiver Erkrankungen in die Regelversorgung gewährleisten. Der Expertenkreis fordere zudem die Einführung eines sektorenübergreifenden Vergütungssystems für die integrierte Versorgung ohne die Barrieren von wechselseitigen Bereinigungsvorgaben. Auch der Innovationsfonds nach § 92a SGB V könne einen Beitrag leisten, die Versorgung an Depression erkrankter Menschen zu verbessern, etwa über die Förderung von Vertragsmodellen mit multiprofessionellen Interventionsteams, klarer Kompetenzzuweisung und abgestufter Verantwortung sowie einem Evaluationskonzept. Die Integration telemedizinischer oder digitalisierter Möglichkeiten in die Betreuung von Patienten mit Depressionen könne mithilfe des Fonds ebenso vorangetrieben werden wie Projekte der Versorgungsforschung.

Um den vorgeschlagenen Maßnahmenkatalog zu bündeln und eine systematische Neuordnung der qualitätsgesicherten Versorgung von Patienten mit depressiven Erkrankungen zu erreichen, empfiehlt der Expertenkreis einen „Nationalen Depressionsplan“. Dieser soll unter Beteiligung von Wissenschaft und Politik sowie den für die Umsetzung eines evidenzbasierten Versorgungskonzepts verantwortlichen Trägern, den Betroffenenverbänden und den für die Festlegung des Finanzierungsrahmens Verantwortlichen so schnell wie möglich auf den Weg gebracht werden.