

Vom „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ zur „European Alliance against Depression“

Modelle zur Optimierung der Versorgung depressiver Patienten

D. Althaus¹, G. Niklewski², T. Pfeiffer-Gerschel¹, A. Schmidtke³, U. Hegerl¹

¹Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München (Direktor: Prof. Dr. Hans-Jürgen Möller)

²Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Nürnberg (Direktor: Dr. Dr. Günter Niklewski)

³Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Würzburg (Direktor: Prof. Dr. Helmut Beckmann)

Schlüsselwörter

Depression, Aufklärung, Versorgung, Prävention

Keywords

Depression, education, health care, prevention

Zusammenfassung

Unzureichend behandelte Depressionen gehören zu den wichtigsten Ursachen für Suizid. Das Aktionsprogramm „Bündnis gegen Depression e.V.“ entstand im Rahmen des Kompetenznetzes „Depression, Suizidalität“ und versucht, durch gleichzeitige Intervention auf mehreren Ebenen die Versorgungssituation für depressiv erkrankte Menschen zu verbessern und auf diese Weise auch Suizide zu verhindern. Das Projekt wurde erstmals in Nürnberg getestet und wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert. Die bisherigen Ergebnisse aus Nürnberg zeigen im Vergleich zur Kontrollregion Würzburg einen signifikanten Rückgang der suizidalen Handlungen. Das „Bündnis gegen Depression“ weitete sich seit 2003 auf zahlreiche weitere Regionen in Deutschland aus. Seit 2004 wird das Konzept europaweit mit 18 Partnern aus der EU umgesetzt („European Alliance against Depression; EAAD“).

Summary

Insufficient treatment of depressive disorders belongs to the most relevant causes of suicides. The action program „Bündnis gegen Depression e.V.“ („Alliance against Depression“) was established in the framework of the German Research Network on Depression and Suicidality („Kompetenznetz Depression, Suizidalität“). The program tries to improve the care for depressed patients by parallel intervention on several levels and thereby to prevent suicides. The project has been tested in Nuremberg (a city of 500000 inhabitants in Bavaria) and is funded by the German Federal Ministry of Education and Research. Results of this project have shown a significant reduction of suicidal acts in Nuremberg compared to a control region (Würzburg). Since 2003 the „Alliance against Depression“ has expanded to numerous other regions in Germany. With the establishment of the „European Alliance against Depression“ in 2004, the concept has been adapted on European level. 18 partners cooperate within this European project which is funded by the European Commission (Health and Consumer Protection Directorate General).

From the „Nuremberg alliance against depression“ to the „European alliance against depression“ Examples for an improved care for depressed patients

und Angehörige wäre oft vermeidbar. Zudem ist der wirtschaftliche Schaden dieser oft mit langen krankheitsbedingten Ausfallzeiten einhergehende Erkrankung beträchtlich (4).

Obwohl mit Pharmakotherapie und Psychotherapie bewährte Behandlungsmöglichkeiten mit belegter Wirksamkeit zur Verfügung stehen, erhält derzeit nur eine Minderheit der Patienten eine optimale Therapie. Rund die Hälfte der Betroffenen sucht gar keine professionelle Hilfe auf (5). Zum Teil liegt das daran, dass viele Betroffene die Depression als eigenständige Erkrankung nicht erkennen, sondern als persönliches Versagen oder Folge der Lebensumstände auffassen. Aber auch aus Scham und Angst vor einer psychiatrischen Diagnose werden vorhandene Hilfsangebote nicht wahrgenommen. Die Betroffenen versuchen häufig, „die Depression mit sich selbst auszumachen“. Wissensdefizite über die Indikation Depression beschränken sich nicht nur auf Patienten, sondern zeigen sich ebenfalls in weiten Teilen der Bevölkerung (6). Viele Berufsgruppen, die in ihrer täglichen Arbeit mit dem Phänomen Depression konfrontiert sind (z.B. Lehrer, Seelsorger, Altenpflegekräfte etc.) erkennen häufig die Erkrankung nicht oder kennen keine Anlaufstellen für Betroffene.

Doch auch in der Versorgung durch Ärzte und Psychotherapeuten wird Depression zu häufig übersehen oder es kommen nur suboptimale Behandlungsstrategien zum Einsatz. Dem Hausarzt kommt beim Erkennen der depressiven Störungen eine Schlüsselrolle zu. Wie wir aus epidemiologischen Studien wissen, wendet sich der Großteil

Nervenheilkunde 2005; 24: 402–7

Schätzungen zu Folge leiden rund 5% der Bevölkerung an einer behandlungsbedürftigen Depression (1). Untersuchungen der Weltgesundheitsorganisation (2) zeigen die herausragende Bedeutung von Depressionen in den Industrieländern. Berücksichtigt man die Schwere der Beeinträchtigung und die Dauer der Er-

krankung, liegt sie vor allen anderen körperlichen und psychiatrischen Volkskrankheiten. Suizid ist das drastischste Ende eines schweren Krankheitsverlaufs. Laut Langzeituntersuchungen nehmen sich über 10%, der an schweren rezidivierenden Depressionen leidenden Menschen das Leben (3). Das immense persönliche Leid für Betroffene

der Erkrankten primär an den Hausarzt und nicht an einen Psychiater oder Psychotherapeuten (7). Daher entscheidet die diagnostische Kompetenz des Hausarztes darüber, ob eine Depression erkannt und welcher weitere Behandlungsweg eingeschlagen wird. Dies ist unter mehreren Gesichtspunkten kein einfaches Unterfangen. So ist bekannt, dass sich rund 70% der depressiven Patienten primär aufgrund körperlicher Beschwerden im Rahmen der Depression an den Arzt wenden (8). Das heißt, dass von Seiten des Patienten eher Müdigkeit, Energieverlust und Schlafstörungen thematisiert werden; Selbstwert-, Interessensverlust oder Suizidgedanken werden dagegen seltener spontan berichtet. Vor dem Hintergrund der knappen Zeitressourcen pro Patient und der mangelnden Spezifität der geschilderten Symptome ist die Erkennung der depressiven Erkrankung in der primärärztlichen Praxis erschwert. Zu den typischen Behandlungsfehlern im hausärztlichen Bereich gehören der Einsatz von Medikamenten mit nicht spezifisch antidepressiver Wirksamkeit (z.B. Tranquilizer, Neuroleptika). Die im Rahmen von Leitlinien aufgrund ihrer spezifischen Wirkung empfohlenen Antidepressiva kommen in der hausärztlichen Praxis nur bei rund jedem zweiten Depressionspatienten zum Einsatz (9). Häufig wird nur die Hälfte der empfohlenen Tagesdosis verschrieben, um die Compliance nicht zu sehr auf die Probe zu stellen. Eine Vielzahl von Studien zeigt, dass auf diese Weise meist nur ein Placeboeffekt zum Tragen kommt und das eigentliche antidepressive Potential des Medikaments nicht genutzt wird. Darüber hinaus scheitern viele Pharmakotherapien an vorzeitigen Therapieabbrüchen oder unzureichender Therapiedauer. Häufig fürchten sich Patienten vor der notwendigen längerfristigen Behandlung aus grundsätzlichen Ängsten gegenüber Psychopharmaka („ich will nicht süchtig werden“) (10). Besonders wenn keine sorgfältige Aufklärung der Patienten hinsichtlich möglicher Nebenwirkungen bei Langzeitbehandlung stattgefunden hat, wird so ein langfristiger Therapieerfolg gefährdet.

Das „Bündnis gegen Depression“ startete als Projekt des „Kompetenznetzes Depression, Suizidalität“ und wurde vom Bun-



Abb. 1 Der 4-Ebenen-Ansatz des Nürnberger Bündnisses gegen Depression zur Verbesserung der Versorgung depressiv erkrankter Menschen

desministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert. Das Ziel war eine bessere Versorgung für psychisch kranke Menschen. Das Programm wurde als Forschungsprojekt in den Jahren 2001 und 2002 zunächst auf lokaler Ebene in Nürnberg durchgeführt. In diesem Projekt arbeiten unterschiedlichste Institutionen und Fachkräfte zusammen, die primär oder sekundär in die Versorgung depressiv erkrankter Menschen eingebunden sind. Zum „Bündnis gegen Depression“ gehören Ärzte, Psychotherapeuten, Beratungsstellen, Kliniken, Schulen, Apotheken, Kirchen, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen sowie viele weitere Einrichtungen. Mit einem Vier-Ebenen-Modell (Abb. 1) wurde versucht, auf unterschiedlichen Ebenen des Versorgungssystems gleichzeitig anzusetzen. Dadurch sollten Synergieeffekte erreicht werden, die das Ergebnis einer Einzelmaßnahme deutlich übersteigen.

Die vier Interventionsebenen

1. Kooperation mit Hausärzten

Patienten suchen bei Beschwerden zuerst ihren Hausarzt auf. Seine Fähigkeit, Depressionen als solche zu erkennen, ist ent-

scheidend für den weiteren Versorgungsweg der Patienten. In den Jahren 2001 und 2002 fanden in Nürnberg 12 Fortbildungen für Ärzte statt. Dabei wurde als Screeningverfahren der WHO-5 (11) vorgeschlagen, um zukünftig schneller und leichter Depressionen erkennen zu können (12). Besonderer Wert wurde auf die Patientenführung und eine Stärkung der Compliance gelegt. Zur Unterstützung der Behandlung erhielten die



Abb. 2 Eines von sechs Plakatmotiven, die bei der Kampagne in Nürnberg zum Einsatz kamen

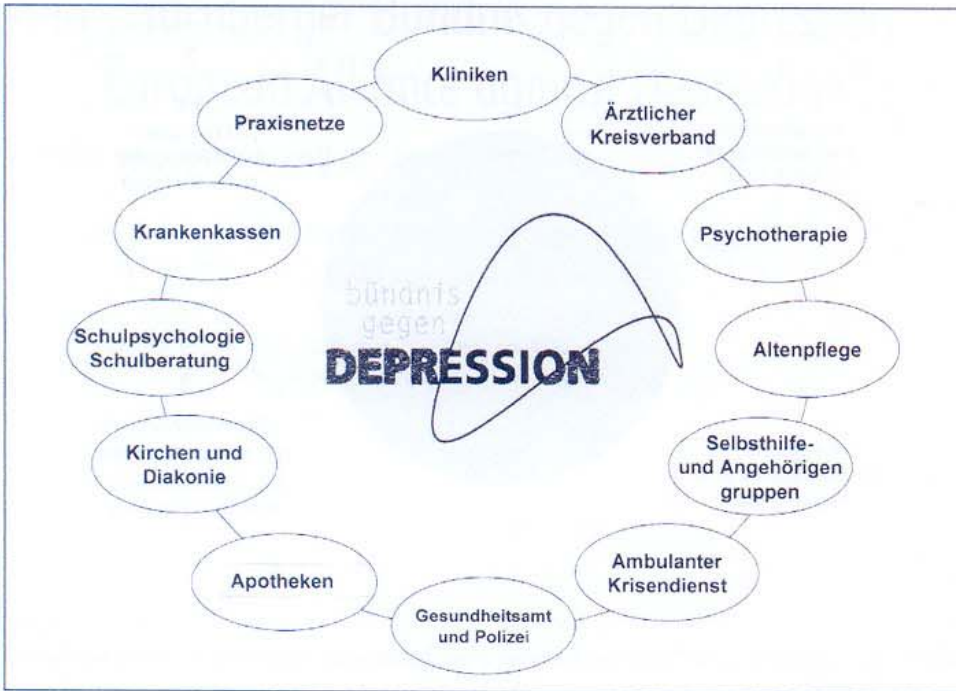


Abb. 3 Kooperationspartner innerhalb des Bündnisses gegen Depression

Ärzte vielfältige Informationsmaterialien (Broschüren, Flyer, Videos) zur Weitergabe an die Patienten.

2. Öffentlichkeitsarbeit

Es war das erklärte Ziel, die Aufklärung über die Krankheit Depression und die Enttabuisierung der Thematik voranzutreiben. Dazu wurde gemeinsam mit Werbeprofis eine Öffentlichkeitskampagne entwickelt. Die Kernbotschaften lauteten: „Depression kann jeden treffen“, „Depression hat viele Gesichter“, „Depression ist erfolgreich behandelbar“. Zur Umsetzung kamen Großplakate, Poster (Abb. 2) und ein Kinospot zum Einsatz.

Zudem wurden rund 150000 Flyer, 20000 Ratgeberbroschüren und 4000 Informationsvideos an Betroffene, Angehörige und Interessierte verteilt. Darüber hinaus wurde in rund 40 öffentlichen Veranstaltungen auf die Thematik aufmerksam gemacht (Vorträge, Podiumsdiskussionen, Aktionstage etc.). Es fand außerdem eine enge Zusammenarbeit mit Funk, Fernsehen und den Printmedien statt, um die Präsenz der Themas in der öffentlichen Diskussion zu stärken. Ein Medienguide zur Berichterstattung über Suizid wurde erstellt. Dieser wies auf den „Werther-Effekt“ hin und plädiert für

eine moderatere Berichterstattung, um Nachahmungssuizide zu verhindern (13).

3. Kooperation mit Multiplikatoren

Depression begegnet nicht nur Ärzten und Psychologen, sondern ist auch im Arbeitsumfeld vieler anderer Berufsgruppen präsent, ohne dass hier allerdings spezifische Kenntnisse zu Diagnose oder Behandlung vorliegen. Daher wurden während der Kampagne in rund 100 Fortbildungen Lehrer, Berater, Pfarrer, Altenpflegekräfte, Heilpraktiker, Polizisten und Apotheker zum Thema „Depression und Suizidalität“ weiterqualifiziert. Vernetzung und Erfahrungs-

austausch zwischen den verschiedenen Institutionen wurden vorangetrieben und es fanden zahlreiche gemeinsame Veranstaltungen für die Öffentlichkeit statt (Abb. 3).

4. Angebote für Betroffene und Angehörige

Hier ist zum einen die Einrichtung einer speziellen Hotline für Patienten nach Suizidversuch zu nennen (14). Auf diese Art sollte im Falle einer Krise ein schneller und unbürokratischer Zugang zu einer fachärztlichen Behandlung hergestellt werden. Zum anderen wurden vor allem Selbsthilfefaktivitäten gefördert. Mit Hilfe der Koordination des „Bündnisses gegen Depression“ ist es gelungen, zahlreiche neue Selbsthilfegruppen ins Leben zu rufen.

Evaluation

Die Akzeptanz bei den professionellen Versorgern und deren Kooperationsbereitschaft waren groß. In den 24 Monaten der Kampagne haben in enger Zusammenarbeit mit den Institutionen vor Ort rund 100 Fortbildungen (für über 2000 Multiplikatoren) und über 40 öffentliche Veranstaltungen stattgefunden. Zur Evaluation des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“ wurde das Aktionsprogramm im Vergleich zur Kontrollregion Würzburg ausgewertet. Prospektives primäres Erfolgskriterium war dabei die Veränderung der Häufigkeit suizidaler Handlungen (Suizide und Suizidversuche). Die Datenerfassung wurde 2000 in Nürnberg begonnen. Der Interventionszeitraum

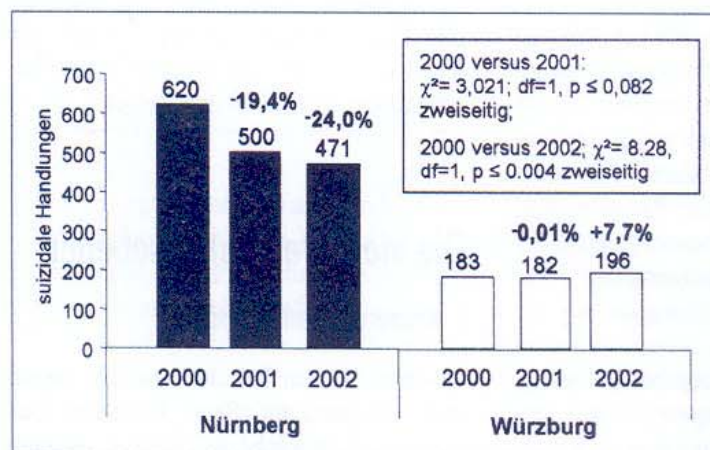


Abb. 4 Rückgang suizidaler Handlungen in Nürnberg

dauerte von Januar 2001 bis Dezember 2002. Im Vergleich zur Baseline und zur Kontrollregion konnte ein signifikanter Rückgang (24%) suizidaler Handlungen erreicht werden. Als sekundäre Erfolgskriterien wurden zusätzlich Suizidversuche und Suizide getrennt ausgewertet. Die Suizidversuche gingen dabei in Nürnberg um insgesamt 26% zurück (Abb. 4).

Die Reduktion der Suizide betrug in Nürnberg durchschnittlich 18%. Dieser Rückgang unterschied sich aber nicht signifikant zur Kontrollregion und war wegen der großen jährlichen Schwankungen der Suizidraten auch bei Berücksichtigung der Suizidraten der letzten 12 Jahre in Nürnberg nicht außerhalb des Konfidenzbereiches. Derzeit werden Veränderungen in der Medienberichterstattung und in den Verschreibungsprofilen von Ärzten ausgewertet.

Bei repräsentativen Bevölkerungsumfragen vor der Kampagne (n = 1426) und nach 10 Monaten Intervention (n = 1508) zeigte sich, dass es in Nürnberg im Vergleich zu Würzburg gelungen war, das öffentliche Bewusstsein bezüglich des Themas „Depression“ deutlich anzuheben (10). Die Kampagne wurde wahrgenommen und der Anteil der Personen, die Depression für eine ernsthafte Krankheit hielten, nahm signifikant zu. Gleichzeitig wurde ärztliche Behandlung häufiger als sinnvolle Therapieoption genannt als vorher. Insgesamt waren allerdings nach 10 Monaten die Effekte auf Wissen und Einstellung zur Depression eher gering oder nicht nachweisbar. So zeigten sich weiterhin in der Allgemeinbevölkerung große Ängste bezüglich psychopharmakologischer Behandlung (Abb. 5).

Aber auch wenn Einstellungsänderungen in der breiten Bevölkerung nur langsam zu erzielen sind, so entfaltet die öffentliche Kampagne eine beträchtliche positive Wirkung, indem sie bei den Betroffenen das „gefühlte Stigma“ reduziert und Mut zur Suche nach Hilfe vermittelt.

Überregionale Ausdehnung der Aktivitäten

Der deutliche Rückgang suizidaler Handlungen im Rahmen des Nürnberger Modell-

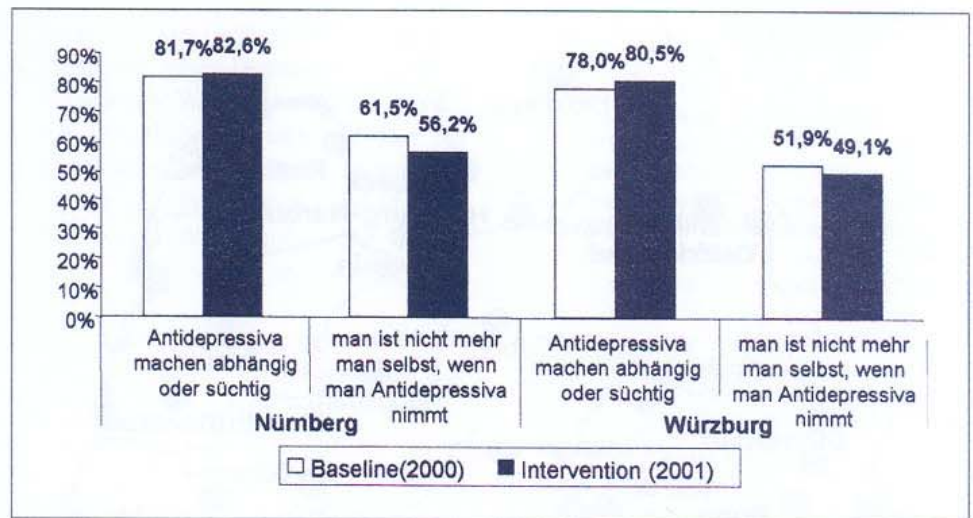


Abb. 5 Einstellungen zu Antidepressiva vor und während der Aufklärungskampagne: Ergebnisse repräsentativer Bevölkerungsbefragungen in Nürnberg und Würzburg

projekts hat dazu geführt, dass das Interesse vieler anderer Regionen in Deutschland und Europa geweckt wurde. Um die Voraussetzungen für eine überregionale Ausdehnung der Aktivitäten zu schaffen, wurde das „Bündnis gegen Depression“ 2002 als gemeinnütziger Verein gegründet. Zudem wird seit 2003 die Ausweitung des „Bündnisses gegen Depression“ explizit vom BMBF im Rahmen des Kompetenznetzes gefördert. Die für Nürnberg erstellten Materialien und Konzepte sollten ohne viel Aufwand für andere Regionen adaptiert werden können. Dadurch wird es für interessierte Regionen möglich, lokale Kampagnen mit geringem finanziellen Aufwand umzusetzen. Die Partnerregionen schließen dabei einen Vertrag mit dem „Bündnis gegen Depression e.V.“ und erhalten im Gegenzug vom Verein umfangreiche Unterstützung. Neben der Nutzung von Logo, Plakatmotiven, Informationsflyern, Kinospot und Videos wurde neuen Regionen ein eigener Bereich auf der gemeinsamen Homepage eingerichtet (www.buendnis-depression.de). Die Regionen erhalten Hilfe bei der Projektplanung, bei der Umsetzung der Öffentlichkeitsarbeit und den einzelnen Modulen der Kampagne. Ein überregionaler Koordinator steht für Fragen der Evaluation und Kampagnendurchführung, sowie zur Durchführung von regional angebotenen „Train-the-Trainer“-Seminaren zur Verfügung.

Damit wurden sehr gute Voraussetzungen geschaffen, um auf regionaler Ebene

zahlreiche Aktivitäten zu initiieren. Gleichzeitig wird unter dem gemeinsamen Dach des „Bündnisses gegen Depression e.V.“ bundesweite Lobbyarbeit für das Anliegen einer besseren Versorgung depressiv erkrankter Menschen geleistet. Dies beinhaltet auch die gemeinsame Suche nach Förderern für das Bündnis. Es ist zu erwarten, dass die Unterstützung des Bündnisses als Repräsentant einer großen Zahl regional organisierter Initiativen, die ein gemeinsames Konzept und Ziel vorantreiben, auch für überregional engagierte Sponsoren von großem Interesse ist. Bis Ende 2004 haben die Regionen Alzey-Worms, Cham, Groß-Gerau, Erlangen, Fürth, Hamburg-Harburg, Ingolstadt, Kempten, Lübeck, Neckar-Alb, Ostfriesland, Rostock, Regensburg, Schwalm-Eder-Kreis, Schwerin und Würzburg im Rahmen der Ausweitung des „Bündnisses gegen Depression“ eigene regionale Initiativen gegründet, Materialien für ihre Öffentlichkeitsarbeit adaptiert, Schirmherren und Sponsoren akquiriert, Train-the-Trainer-Seminare besucht und offizielle Auftaktveranstaltungen mit großer Resonanz durchgeführt (Abb. 6). Viele weitere Regionen sind in der Vorbereitung entsprechender Aktivitäten.

Der Erfolg des „Bündnisses gegen Depression“ basiert dabei im Wesentlichen auf einer „Bottom-up-Philosophie“. Die von den regionalen Partnern durchgeführten Aufklärungskampagnen finden nicht im Rahmen einer von Politik oder Verwaltung



Abb. 8 Isländisches Poster

unter den bereits in vielen Ländern verfügbaren guten Materialien und Schulungskonzepten diejenigen Beispiele identifiziert werden, die auch für andere Länder und Regionen anwendbar sein können oder sich regional bewährt haben und dabei in inhaltlicher Übereinstimmung mit dem Gesamtprojekt stehen. Nach notwendigen Anpassungs- und Adaptationsprozessen (z.B. Sprache) können dann bewährte Elemente innerhalb der Projektgruppe auch international frei genutzt werden. Diese Herangehensweise soll dazu beitragen, Redundanzen bei der Entwicklung von Interventionsinstrumentarien zu vermeiden und von Erfahrungen anderer Partner unmittelbar zu profitieren.

Auch bei EAAD handelt es sich um einen „bottom-up“-Ansatz, der in den regionalen Netzwerken die wichtigsten Partner für den Aufbau späterer größerer (auch nationaler) Netzwerke sieht.

Ein weiteres wichtiges Element von EAAD besteht im Bemühen um ein möglichst einheitliches optisches Erscheinungs-

bild des Projektes (Abb. 8), das ebenfalls an das „Bündnis gegen Depression“ angelehnt ist. Eine eigene Website (www.eaad.net) mit einem öffentlichen Bereich, der über das Projekt informiert und einem internen Bereich, der dem Informations- und Materialaustausch der Projektpartner untereinander dient, wurde im Sommer 2004 freigeschaltet.

Zahlreiche Partnerregionen in EAAD haben seit Frühjahr 2004 mit konkreten Vorbereitungen für die Etablierung eines Aktionsprogramms begonnen. Einige Partner haben bereits Konzepte übersetzt und angepasst, erste Schulungen für Multiplikatoren oder einzelne Zielgruppen (z.B. Altenpflegekräfte, Ärzte oder Pastoren) durchgeführt und Auftaktveranstaltungen geplant oder veranstaltet. Auch wurden bereits „Train-the-Trainer-Seminare“ und öffentliche Veranstaltungen organisiert und Informationsmaterialien für die Öffentlichkeitsarbeit produziert und verteilt.

Nach der erfolgreichen Implementierung von Mehrebenenaktionsprogrammen in den teilnehmenden Regionen bestehen die nächsten Schritte von EAAD in der Erweiterung der Aktivitäten auf weitere Regionen in den jeweiligen Ländern.

Danksagung:

Diese Arbeit entstand im Rahmen des Kompetenznetzes „Depression, Suizidalität“, das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) unterstützt wird.

Literatur

1. Wittchen HU, Jacobi F. Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2001; 44: 993–1000.
2. WHO. The World Health Report 2004. Changing history. Geneva: World Health Organization 2004.

3. Wulsin LR, Vaillant GE, Wells VE. A systematic review of the mortality of depression. Psychosom Med 1999; 61: 6–17.
4. DAK. DAK-Gesundheitsreport. Hamburg: DAK-Gesundheitsmanagement 2002.
5. Wittchen HU, Müller N, Schmidtke B, Winter S, Pfister H. Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen. Fortschritte der Medizin 2000; I, Sonderheft: 4–10.
6. Althaus D, Stefanek J, Hasford J, Hegerl U. Wissensstand und Einstellungen der Allgemeinbevölkerung zu Symptomen, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten depressiver Erkrankungen. Nervenarzt 2002; 73: 659–64.
7. Wittchen HU, Schuster P, Pfister H, Gander F, Müller N. Warum werden Depressionen häufig nicht erkannt und selten behandelt? Patientenverhalten und Erklärungswert von „Sissi-Merkmalen“. Nervenheilkunde 1999; 18: 3–10.
8. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. N Engl J Med 1999; 343: 1329–35.
9. Wittchen HU, Winter S, Höfler M, Spiegel B, Ormel H, Müller N, et al. Hausärztliche Interventionen und Verschreibungsverhalten bei Depressionen. Fortschritte der Medizin 2000; I, Sonderheft: 31–9.
10. Hegerl U, Althaus D, Stefanek J. Public attitudes towards treatment of depression: Effects of an information campaign. Pharmacopsychiat 2003; 36: 288–91.
11. WHO. World Health Organisation Info Package: Mastering Depression in Primary Care. Frederiksborg 1998.
12. Henkel V, Mergl R, Kohlen R, Maier W, Moeller H, Hegerl U. Identifying depression in primary care: a comparison of different methods. BMJ 2003; 226: 200–1.
13. Ziegler W, Hegerl U. Der Werthereffekt: Bedeutung, Mechanismen und Konsequenzen. Nervenarzt 2002; 73: 41–9.
14. Morgan HG, Jones EM, Owen JH. Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The green card study. Br J Psychiatry 1993; 163: 111–2.

Korrespondenzadresse:

Dr. Dipl.-Psych. David Althaus
Psychiatrische Klinik der LMU
Nußbaumstraße 7, 80336 München
David.Althaus@med.uni-muenchen.de
Tel. 089 / 51 60-5754, Fax -5542