

1 Einleitung

Im Folgenden soll ein Behandlungspfad für die ambulante, psychiatrisch fachärztliche Versorgung von Menschen mit mittelschweren bis schweren depressiven Erkrankungen vorgelegt werden. Die Empfehlungen dieses Behandlungspfads sollen für die Mehrheit der Patienten mit der entsprechenden Diagnose in der psychiatrisch geleiteten Versorgung anwendbar sein. Es obliegt aber dem behandelnden Arzt und/oder Therapeuten die im Behandlungspfad beschriebenen idealisierten Abläufe den individuellen Bedürfnissen und Notwendigkeiten des Einzelfalls anzupassen. Dieser Behandlungspfad fokussiert auf die Behandlung in der psychiatrischen Facharztpraxis. Zwar befinden sich depressiv kranke Patienten auch in hausärztlicher Behandlung, ein Behandlungspfad, der auf die hausärztliche Versorgung fokussiert, weicht aber in einigen Modulen von dem hier vorgestellten ab. Auch Patienten mit leichter Depression werden in dem vorgelegten Behandlungspfad nicht berücksichtigt, da sie einer weniger intensiven Versorgung bedürfen.

Klinische Behandlungspfade »beschreiben den idealen Versorgungsverlauf, die optimale Abfolge und Terminierung der wichtigsten Interventionen, die von allen Berufsgruppen und Disziplinen bei der Versorgung eines Patienten mit einer bestimmten Diagnose oder Behandlung durchgeführt werden« (Dick et al. 2006, S. 12). Im Gegensatz zu klinischen Leitlinien fokussieren sie stärker auf organisatorische Aspekte oder anders gesagt auf das »Wer« und das »Wann«, anstelle des »Was« und des »Wie« der Behandlung.

Behandlungspfad:
Ziel und Aufgabe

Behandlungspfade verfolgen hauptsächlich das Ziel, Abläufe zu standardisieren, eine interdisziplinäre und schnittstellenübergreifende Koordination zu leisten und Transparenz sowohl für Leistungserbringer und Kostenträger als auch für Patienten und deren Angehörige zu schaffen. Dies kann eine wichtige Orientierungshilfe für sich neu in der Region ansiedelnde Leistungsanbieter darstellen, aber auch die Handlungssicherheit etablierter Akteure erhöhen.

Häufig werden Behandlungspfade in ihrer Funktion als Implementierungshilfe für klinische Leitlinien erwähnt. Hierbei geht es vor allem darum, Inhalte der Leitlinie auf regionale Gegebenheiten anzupassen und zu optimieren und letztendlich dadurch die aktive Verbreitung, der in der Leitlinie festgeschriebenen evidenzbasierten Interventionen, zu fördern. Daneben können Behandlungspfade vor allem aufgrund der damit verbundenen Dokumentation als Instrument der Qualitätssicherung sowie der Kostenerfassung und -kontrolle genutzt werden (Dick et al. 2006; Koitka 2010; Lelgemann und Ollenschläger 2006).

Der Aufwand bei der Entwicklung und Implementierung von klinischen Behandlungspfaden lohnt sich zumeist vor allem zum einen für Indikationen mit hoher Prävalenz und zum anderen innerhalb von Versorgungsbereichen, in denen eine Vielzahl von Disziplinen und Schnittstellen involviert sind. Auf depressive Erkrankungen bzw. deren Behandlung treffen beide Kriterien zu. So gehören Depressionen weltweit zu den häufigsten Erkrankungen. Für Deutschland wird eine Lebenszeitprävalenz von 18 % angeführt (Jacobi et al. 2004). Die individuellen und gesamtgesellschaftlichen Folgen der Erkrankung sind erheblich. Depressionen gelten nach Studien der WHO (2001) als die führende Ursache für durch Behinderung beeinträchtigte Lebensjahre (years of life lived with disability). Allein die direkten Kosten depressiver Erkrankungen in Deutschland werden für das Jahr 2006 mit 4,6 Mrd. € angegeben (König et al. 2010). Darin nicht enthalten sind die höheren indirekten Kosten, die sich hauptsächlich durch Produktivitätsausfälle ergeben, und die Kosten durch Fehlbehandlungen (Stamm und Salize 2006). Für Deutschland liegen unserem Wissen nach bislang keine

Depression

Schätzungen über die Höhe der indirekten Kosten vor. Studien aus den USA und aus England beschreiben jedoch einheitlich die Dominanz der indirekten gegenüber den direkten Kosten: Demnach ist der Großteil der Gesamtkosten (69–96 %, je nach Untersuchung) auf indirekte Kosten zurückzuführen (König et al. 2010). Es ist anzunehmen, dass sich eine ähnliche Relation auch in Deutschland wiederfindet.

Versorgungsdefizit Prinzipiell sind depressive Erkrankungen auf Basis aktueller evidenzbasierter Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie gut zu behandeln. Die Realität der Versorgung weist allerdings deutliche Defizite auf. So konstatiert der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2002), dass es »hinreichend sichere und/oder ernstzunehmende Hinweise auf Über-, Unter- und Fehlversorgung« (S. 508) bei der Behandlung von sowohl depressiven als auch anderen psychischen Erkrankungen gebe. Dies wird durch eine Übersichtsarbeit zur Versorgungssituation für Menschen mit depressiven Erkrankungen des Gemeinsamen Bundesausschusses 2011 bekräftigt. Als ein Lösungsansatz wird häufig die Etablierung von vernetzten Versorgungsstrukturen genannt (Berger 2004). Dadurch sollen eine kontinuierliche Behandlung und Begleitung gewährleistet, Informationsverlust an Schnittstellen reduziert und Synergien besser genutzt werden.

Integrierte Versorgung Integrierte Versorgungskonzepte können eine Umsetzungsmöglichkeit stärkerer Vernetzung sein und verfolgen das Ziel, die Versorgungskosten zu reduzieren und die Versorgungsqualität zu verbessern. Dies kann unter anderem durch die konsequente Umsetzung des Prinzips »ambulant vor stationär« erreicht werden. Das heißt, dass Klinikaufenthalte möglichst vermieden werden und die Qualität der ambulanten gemeindenahen Versorgung verbessert wird. Konkret lässt sich dies zum Beispiel umsetzen durch: die Implementierung spezifischer Angebote im ambulanten Setting wie Bezugstherapie (Case Management) oder psychoedukative Intervention, durch eine Standardisierung des Versorgungsablaufs mithilfe von Behandlungspfaden, durch qualitätssichernde Maßnahmen oder wie zuvor bereits genannt eine stärkere Kooperation der Akteure (Kleese et al. 2007; Steckermaier 2010).

Belastbare Studien zur Wirksamkeit der Integrierten Versorgung von depressiv erkrankten Menschen in Deutschland gibt es bisher keine. An verschiedenen Stellen finden sich jedoch Hinweise, dass diese Versorgungsform erfolgversprechende Ergebnisse erzielen könnte (Sander und Albus 2010; Siegfried 2008; Steckermaier 2010). Ein zentrales Element der Integrierten Versorgung, das Case Management, erwies sich im hausärztlichen Setting der Standardbehandlung überlegen. Es führte zu einer Reduktion der depressiven Symptome, mehr Zufriedenheit mit der Versorgung und einer höheren Adhärenz (Gensichen et al. 2009).

Viele depressive Patienten werden hausärztlich behandelt. Der im Folgenden dargestellte Behandlungspfad bezieht sich aber auf Patienten, die psychiatrisch versorgt werden. Der Pfad knüpft an den Behandlungspfad für Schizophrenie nach dem Niedersächsischen Weg der Integrierten Versorgung an (Reichwaldt und Walle 2009). Dieser Behandlungspfad für Depressionen bildet die Grundlage für weitere Vertragsgestaltungen im Rahmen der Integrierten Versorgung in Niedersachsen. Den Ausgangspunkt innerhalb dieses Modellprojekts bildet die Praxis des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Nervenheilkunde bzw. für Neurologie und Psychiatrie. Zentral ist die enge Zusammenarbeit zwischen dem psychiatrisch tätigen Facharzt (im Folgenden abgekürzt mit p-FA) und den ambulant psychiatrischen Pflegekräften, die als Bezugstherapeuten fungieren (p-BP) (Reichwaldt und Walle 2009). Die Steuerung und Prozesskontrolle der Integrierten Versorgung erfolgen durch eine fachärztlich geführte Praxis, die einer regionalen Versorgungsverantwortung unterliegt. Die Praxis ist mit mindestens einem Facharzt für Psychiatrie, einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einem Facharzt für Nervenheilkunde oder einem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie besetzt. Die Aufgaben des psychiatrisch tätigen, verantwortlichen Facharztes sind in den Behandlungsmodulen festgelegt. Alternative Modelle, in denen die jeweiligen Funktionen durch andere Berufsgruppen übernommen werden, sind denkbar.

2 Methodik

Ziel war es, anhand eines Needs Assessments einen modular aufgebauten, diagnosespezifischen Behandlungspfad für mittelschwere und schwere Depressionen zu entwickeln.

Zentrale Fragestellungen bei diesem Vorhaben sind übergreifend folgende gewesen:

- »Welche Versorgungsdefizite treten in der ambulanten Versorgung von Depressionen in Deutschland auf?«
- »An welchen Schnittstellen entstehen Probleme im Versorgungsprozess und warum?«
- »Welche Auswirkungen haben diese?«
- »Welche Lösungsansätze bzw. -möglichkeiten bestehen oder könnten implementiert werden, um diese Probleme zu bewältigen?«

Das Needs Assessment diente der systematischen Erfassung der vorhandenen Diskrepanzen zwischen dem derzeitigen Ist- und dem Soll-Zustand in der Versorgung von an Depression erkrankten Menschen. Zudem galt es zu berücksichtigen, welche Optimierungs- oder Veränderungspotenziale es bereits gibt oder welche generiert werden müssten. Für ein solches exploratives Vorgehen bieten sich qualitative Methoden an. Zu diesem Zweck wurden zunächst a) die aktuell vorhandenen nationalen und internationalen Leitlinien zur Depression gesichtet. Hiernach erfolgte b) eine ausführliche Literatur- und Internetrecherche sowie ergänzend zur Gewinnung weiterer Informationen kamen c) Experteninterviews zum Einsatz. Nachdem so das Forschungsfeld strukturiert und relevante Aspekte erkundet wurden, wurde auf dieser Basis der Behandlungspfad für mittelschwere und schwere Depressionen erstellt. Anschließend fand zur Bewertung des Pfads eine Konsentierung in Form eines Gruppenprozesses statt. An dem Konsensusverfahren nahmen neben Experten der Versorgungsforschung auch niedergelassene Fach- und Hausärzte sowie Netzwerkmanager und Vertreter der ambulanten psychiatrischen Pflege teil.

Needs Assessment

Im ersten Schritt des Needs Assessments, um einen Überblick über ein evidenzbasiertes, strukturiertes Vorgehen in der Versorgung von an Depression erkrankten Menschen zu erhalten, wurden die S3-Leitlinie (DGPPN, BÄK, KBV, AWMF 2010) und die NICE-Leitlinie (National Institute for Health and Clinical Excellence 2010) sowie ein aktuelles Review zur Bewertung neuerer Ansätze in der Behandlung von depressiven Erkrankungen (Sikorski et al. 2010) gesichtet. Ziel war es, Erkenntnisse bezüglich der Epidemiologie, der möglichen Risikogruppen und der optimalen Versorgung von Patienten mit Depression zu erhalten.

Anschließend wurde anhand einer ausführlichen Literatur- und Internetrecherche erfasst, an welchen Schnittstellen Probleme im Versorgungsprozess auftreten, was diese für Auswirkungen haben und wie sie womöglich verhindert werden können. Fokussiert wurde in der Recherche insbesondere der ambulante Versorgungsbereich. Neben theoretischen Vorüberlegungen und der Rekonstruktion des zu erforschenden Feldes lieferte die Literaturrecherche Hinweise für die zu entwickelnden Leitfragen der im späteren Verlauf durchzuführenden Experteninterviews.

Literatur- und Internetrecherche

Eine Extraktion der Literaturfunde ergab vermehrt Defizite in den Bereichen: Diagnostik, Behandlung sowie Kooperation und Zusammenarbeit. Hinsichtlich der Literaturrecherche ist zu bedenken, dass die vorgefundene Literatur zumeist einem Veröffentlichungsbias unterliegt und die anglophone Literatur dem deutschen Gesundheitswesen oftmals nicht gerecht

wird. In seiner Gesamtheit können die Ergebnisse somit nicht den Versorgungsalltag erfassen. Um ein ganzheitliches Bild zu erhalten, wurden im letzten Schritt strukturierte Leitfadeninterviews mit Experten aus Wissenschaft und Verbänden sowie Experten aus der Versorgungsbasis durchgeführt.

Zur Erfassung der verschiedenen Perspektiven wurden jeweils zwei Fachärzte, Psychotherapeuten, Hausärzte sowie Patienten und Angehörige überwiegend aus Niedersachsen befragt. Der qualitative Ansatz der Experteninterviews wurde ausgewählt, um in kurzer Zeit auf das differenzierte Spezialwissen des Einzelnen zurückgreifen zu können.

Neben den bereits durch die Literaturrecherche identifizierten Versorgungsdefiziten wurden die zu interviewenden Experten auch nach Verbesserungsmöglichkeiten sowie Lösungsstrategien zu jenen Bereichen befragt. Die Auswertung auf Basis der qualitativen Inhaltsanalyse erfolgte nach der Transkription der Interviews in interdisziplinärer Zusammenarbeit (Gesundheitswissenschaftler, Psychologe, Sozialwissenschaftler) (vgl. Gläser und Laudel 2004).

Der auf dieser Grundlage erstellte Behandlungspfad wurde einer Konsentierung durch eine Expertenrunde unterzogen. Diese bestand aus: fünf Fachärzten für Psychiatrie (niedergelassen, stationär arbeitend, forschend), zwei Hausärzten, einer Psychotherapeutin und einer Leiterin eines ambulanten psychiatrischen Pflegedienstes. Die Kommentare und Anregungen der Expertenrunde zu der Vorversion des Behandlungspfads wurden in diesen eingearbeitet und der Pfad erneut an die Experten versandt.

Die folgenden Kapitel stellen die Ergebnisse des Needs Assessments in komprimierter Form dar: Diagnostik (► **Kap. 3.1**), Behandlung (► **Kap. 3.2**), Kooperation/Zusammenarbeit (► **Kap. 3.3**), Behandlungspfad (► **Kap. 4**).

3 Ergebnisse

3.1 Diagnostik

Über-, Unter- und Fehldiagnostik sowie Unkenntnis von Signalsituationen für Screening v. a. bei Hausärzten sowie verbesserungsfähige Differenzialdiagnostik wurden festgestellt. Daraus folgen Unsicherheit der Ärzte bei der Indikationsstellung bzw. falsche Indikationsstellung, schlechteres Outcome und schlechtere Prognose komorbider Erkrankungen (z. B. Diabetes). Problemgruppen sind insbesondere Männer und ältere Patienten. Als wichtigste Problemursachen werden genannt: a) nicht leitliniengerechte Diagnostik, d. h. statt Verwendung klarer ICD-Kriterien und standardisierter Instrumente Vertrauen auf das ärztliche Gespräch, ICD-Kriterien sind teilweise unbekannt; b) aus Ärztesicht zudem Zeitmangel. Probleme

Aus- und Fortbildungsinhalte sind notwendig, die u. a. Wissen und Motivation bzgl. strukturierter Diagnostik und Kommunikation steigern. Anreize für die Durchführung strukturierter Diagnostik und angemessene Vergütung für Gesprächszeit sind erforderlich. Feste Konsiliarbeziehungen zu einem psychiatrischen Facharzt oder Psychotherapeuten und niedrigschwelliger Zugang zur Differenzialdiagnose sind mögliche Lösungen für den Hausarztbereich. Lösungsansätze

Die Module A1 (fachärztliches Eingangsassessment) und A2 (Einschluss der Patienten in das fachärztlich gesteuerte ambulante Versorgungssystem inkl. PHQ-9) berücksichtigen die genannten Lösungsansätze bereits weitestgehend (► **Abb. 4**). Implementierungshinweise siehe Kapitel 5. Implementierung

3.2 Behandlung

Ärzte kennen die Nationale Versorgungsleitlinie nicht ausreichend, die Indikationsstellung ist häufig unsicher und es mangelt aus Ärztesicht an unabhängigen Informationen über Medikamente. Die Medikamentenwahl erfolgt eher erfahrungsbasiert, Vorbehalte bzgl. Wirksamkeit und Kosten hindern an der Umsetzung der Leitlinie. Die Kontinuität der Medikation ist häufig unzureichend (insbes. beim Hausarzt). Aktives und kontinuierliches Monitoring und entsprechende Therapieanpassungen erfolgen nicht stringent genug (z. B. Überweisung vom Hausarzt zum Facharzt), gegenüber standardisierten Monitoringfragebögen bestehen Vorbehalte. Defizite im Monitoring sowie ferner psychologische Barrieren bei Ärzten behindern auch die Suizidprävention. Krisensituationen entstehen häufig durch Schnittstellenprobleme (z. B. Entlassung aus der Klinik) und werfen große organisatorische Probleme im ambulant-ärztlichen Sektor auf. Schnell verfügbare Ansprechpartner für Patient oder Angehörige und ambulante Angebote sind meist nicht bekannt oder fehlen, sodass häufig eine Klinikeinweisung erfolgt. Probleme

Die Arzt-Patienten-Beziehung und Adhärenz werden durch Defizite in der ärztlichen Gesprächskompetenz, in der Aufklärung des Patienten über Diagnose und Behandlungsalternativen und in der Umsetzung der partizipativen Entscheidungsfindung negativ beeinflusst. Weitere Folgen sind fehlendes Empowerment des Patienten, höherer Behandlungsaufwand und schlechteres Outcome. Die größte Barriere aus Ärztesicht ist Zeitmangel. Ärzte unter-

schätzen Autonomiebedürfnis und Entscheidungskompetenz – sofern gut aufgeklärt – der Patienten.

Bei vielen Angehörigen besteht ein hoher, größtenteils ungedeckter Bedarf an Information und Unterstützung (v. a. bzgl. Entlassung aus der Klinik und Krise). Barrieren in der Angehörigenarbeit sind entgegenstehende Patientenpräferenzen und -rechte sowie Zeitmangel und mangelnde Vergütung auf Seiten der Ärzte. Potenziale für soziale Unterstützung der Patienten durch Angehörige bleiben so häufig ungenutzt.

Im Bereich der Psychotherapie sind Über-, Unter- und Fehlversorgung festzustellen: Leichte Fälle werden eher behandelt als schwere und chronische Fälle, starre Therapiestundkontingente sind oft nicht bedarfsgerecht und effizient, Behandlungen sind zu lang trotz mangelnden Erfolgs. Paar-, familien- und gruppentherapeutische Angebote sind zu selten. Gruppentherapien erscheinen effizient für mittelschwere Depression, sind jedoch für Therapeuten offenbar unattraktiv (Organisationsaufwand und Vergütung).

Strukturelle Probleme sind regional unzureichende Behandlungskapazitäten (v. a. Fachärzte, auch Psychotherapeuten), wodurch leitliniengerechte, zügige Mit- und Weiterbehandlungen erschwert werden (z. B. fachärztliche Pharmakotherapie). Zeitmangel durch hohes Patientenaufkommen behindert engmaschiges Monitoring. Interessengegensätze zwischen Ärzten und Kostenträgern erschweren die Versorgung.

Lösungsansätze Expertenbefragungen und Literaturrecherche weisen auf eine Kombination aus edukativen, finanziellen und strukturellen Maßnahmen hin. Teilweise müssen neue Versorgungsangebote geschaffen werden:

- Anbieten unabhängiger, attraktiver Fortbildungen zur Verbesserung der Leitlinien-, der pharmakotherapeutischen und der Gesprächsführungskompetenz sowie zum Umgang mit Krisen und Suizidalität
- Schaffung fester Strukturen und Anreize für das Monitoring (vgl. DMP-Programme): engmaschige Durchführung in der Akutbehandlung und insbes. während der Medikamenteneinstellung, Umsetzung von Therapieanpassungen gemäß Leitlinie, Delegation des (standardisierten) Monitorings an mitbehandelnde psychiatrische Bezugspflege (p-BP), Hausarzt oder an medizinische Fachangestellte (auch telefonisch, auch speziell zur Beobachtung und Unterstützung der Pharmakotherapie)
- Für Akutkrisen: Krisendienst (auch telefonisch), Krisendienst der ambulant psychiatrischen Pflegedienste (APP), fachärztliche Notfalltermine und (Notfall-)Hausbesuche, Rückzugsraum; erleichtertes und stärker patientenorientiertes Krisenmanagement durch Krisenpässe und evtl. Krisenpläne und -verfügungen
- Setzen von Anreizen für die verstärkte Implementierung von Paar-, Familien- und Gruppentherapie, für flexiblere Terminvergabe für Berufstätige und flexiblere und verkürzte Therapiedauern (<20h), ebenso Anreize für Angehörigenarbeit (z. B. psychoedukative Intervention, Angehörigengespräche), für ärztliche Gesprächszeit und -qualität, für Transparenz und Partizipation in der Behandlung (z. B. Festlegung von Gesprächsinhalten, Dokumentationspflichten, schriftl. Behandlungsplänen)
- Bereitstellung schriftlicher Informationsmaterialien nicht nur zur Patientenaufklärung, sondern auch zu regionalen Versorgungsangeboten, für Patienten und Leistungsanbieter, ggf. Verweise auf Online- und Telefontherapieangebote als Überbrückung bei Wartezeiten oder als eigenständige Alternative
- Evtl. Kooperation mit Krankenkassen und Medizinischem Dienst, z. B. Teilnahme an Fallkonferenzen, dadurch erhalten diese mehr Einblick in die versorgungspraktischen Probleme

Implementierung Die Module A3 (Behandlungsplan) und A4 (Erstkontakt mit der psychiatrischen Bezugspflegekraft), I1 bis I9 (Behandlungsmodule, u. a. psychiatrische Behandlung, Suizidprävention, Angehörigenarbeit) enthalten bereits viele dieser Lösungsansätze. Ergänzende Hinweise: siehe Anmerkungen in den Modulbeschreibungen und Kapitel 5 (Implementierung).

Optimierungspotenziale für die genannten Probleme werden auch in einer verbesserten, effizienteren Arbeitsteilung und Koordination über verschiedene Leistungsanbieter hinweg verortet. Beispiele sind: die Entlastung von Fachärzten durch die leitliniengemäße Steuerung

von leichten Depressionen zum Hausarzt und die systematische Integration weiterer »Behandlungsressourcen«, z. B. APP, Selbsthilfe usw. Solche Ansätze zur Erleichterung und Verbesserung der Behandlung werden im folgenden Abschnitt dargestellt.

3.3 Kooperation und Koordination in der Versorgung

Behandlungskontinuität und -koordination sind problematisch u. a. aufgrund von Zugangsbarrieren (mangelnde Behandlungskapazitäten, räumliche Entfernungen), Wissens- und Motivationsdefiziten sowie Barrieren im Informationsaustausch zwischen Mitbehandlern (z. B. Übergang von hausärztlicher in fachärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Entlassungsmanagement, Abstimmung der Pharmakotherapie zwischen mehreren Behandlern). Die Kooperation mit Akteuren der psychosozialen Versorgung außerhalb des SGB V ist nur rudimentär ausgeprägt (z. B. Selbsthilfegruppen, Betriebsmedizin). Wissensdefizite betreffen den Informationsstand der Behandler über die regionale Angebotsstruktur einschließlich Spezialisierungen, Aufnahmekriterien usw., sodass das Lotsen und Beraten des Patienten schwierig ist. Motivationsdefizite entstehen durch Konkurrenzängste (z. B. bei Überweisungen) und Misstrauen gegenüber dem eigenen Fach fremden Behandlungsansätzen. Der Austausch von Informationen wird durch technische und rechtliche Barrieren begrenzt. Kooperation findet häufig auf informeller Basis statt (persönliche Bekanntschaften) und ist dadurch unsystematisch und zufallsabhängig. Hoher Organisations- und Zeitaufwand und unzureichende Vergütung dafür lassen Formen engerer Zusammenarbeit aus Sicht der Leistungsanbieter unattraktiv erscheinen.

Probleme

- Fördern von Vertrauen, Motivation und Wissen über regionale Anbieter, z. B. durch gemeinsame Fortbildungen, Qualitätszirkel, persönliche Besuche der komplementären Anbieter in Praxen oder auf Veranstaltungen, Informationsmaterialien, Nutzung eines bereits etablierten Netzwerkes wie des Bündnisses für Depression als Ausgangsbasis für weitere Vernetzung, regelmäßige Kontakte zwischen den Netzwerkpartnern
- Schaffung von Regeln und Anreizen für effiziente Kooperation: bzgl. Arbeitsteilung (Wer behandelt wen wann und mit wem zusammen? Wer ist verantwortlich?), bzgl. Erreichbarkeit und festem Ansprechpartner (z. B. Konsiliarbeziehungen); Schaffung der technischen Voraussetzungen und Klärung der rechtlichen Rahmenbedingungen für Informationsaustausch
- Auslagerung von Transaktionskosten (Zeit- und Organisationsaufwand) an einen externen professionellen Partner (wie z. B. eine Managementgesellschaft)

Lösungsansätze

Die Versorgungskoordination wird in den Modulen bereits weitgehend definiert. Ergänzungsbedarf besteht evtl. bezüglich zweier Aspekte:

Implementierung

- bei der Kooperation mit Akteuren außerhalb der im Pfad definierten engeren Kooperationspartner innerhalb des strukturierten Versorgungssystems (z. B. Einrichtung eines Referentenpools für Selbsthilfegruppen, Vermittlung des Patienten an Paarberatung, Schnittstelle zum [teil]stationären Sektor im Rahmen der Module K6 und K7 sowie stationärer Rehabilitation) und
- bezüglich der Details zum Informationsaustausch (z. B. Einrichtung von verbindlichen Telefonzeiten für Netzwerkpartner, Urlaubsvertretungen, Berichtspflichten und -fristen zwischen verschiedenen Behandlern u. ä.).

4 Der Behandlungspfad

Um dem komplexen und variablen Verlauf der Erkrankung gerecht zu werden, basiert der Behandlungspfad auf einzelnen Modulen, die nach dem aktuellen Zustand eines Patienten ausgewählt und zu einem persönlichen Behandlungsplan kombiniert werden können. Die Behandlungsmodule sind Leistungseinheiten, die nach den in Tabelle 1 aufgeführten Kriterien genau definiert sind. Sie werden über die jeweiligen Interventionen und nicht über ihren Institutionsbezug beschrieben (Reichwald und Walle 2009). Dies bedeutet auch, dass Aufgaben komplett oder teilweise durch andere als die genannten Berufsgruppen durchgeführt werden könnten. Denkbar wäre beispielsweise, dass Funktionen des psychiatrisch tätigen Facharztes durch einen psychiatrisch versierten Hausarzt oder einen Psychotherapeuten übernommen werden oder die Bezugstherapie von einem Sozialarbeiter oder Soziotherapeuten durchgeführt wird.

Tab. 1:
Kriterien zur
Definition der
Behandlungs-
module

Nr. des Moduls, Name des Moduls	
Wer	<ul style="list-style-type: none"> • Wer kann das Modul verordnen bzw. initiieren? • Wer erbringt das Modul primär und wer kann es noch erbringen, wenn der primäre Erbringer regional nicht verfügbar ist oder keine freien Kapazitäten hat?
Voraussetzungen	Unter welchen Bedingungen/Voraussetzungen kann bzw. muss das Modul erbracht werden?
Ort	Wo kann bzw. muss das Modul erbracht werden (z. B. aufsuchend)?
Zeit	<ul style="list-style-type: none"> • Innerhalb welches Zeitraums muss mit dem Modul begonnen werden? • Wie lange kann bzw. muss es erbracht werden (inkl. Festlegung von Intervallen und Kriterien zur Überprüfung des weiteren Bedarfs)?
Aufgaben	Welche therapeutischen Aufgaben sind in dem Modul zu erfüllen?
Aufwand	Welcher Zeit- und Personalaufwand wird zur Erfüllung dieser Aufgaben einkalkuliert?
Daten	Welche Dokumentation ist für die Qualitätssicherung bzw. zur Information der Leistungsanbieter erforderlich?
Anmerkungen	relevante Informationen, die durch die anderen Punkte nicht abgedeckt wurden
Implementierungshinweise	Implementierungsbarrieren und -hinweise
Literaturangaben	Quellenangaben, falls Modulinhalt nicht ausreichend durch die S3- und/oder die NICE-Leitlinie in ihrer Evidenz belegt sind

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Module der ambulant gesteuerten Versorgung von mittelschwer und schwer depressiv erkrankten Patienten. Als **Basismodule (B)** werden Interventionen bezeichnet, die die Grundlage der ambulanten Behandlung bilden. Sollten diese nicht ausreichen, müssen **Ergänzungsmodule (E)** in Betracht gezogen werden.

Nr.	Name des Moduls	Basis- oder Ergänzungsmodul?
Aufnahme (A)		
A1	Fachärztliches Eingangsassessment	B
A2	Einschluss der Patienten in das fachärztlich gesteuerte ambulante Versorgungssystem	B
A3	Behandlungsplan	B
A4	Erstkontakt psychiatrische Bezugspflegekraft (p-BP)	B
Intervention/Behandlung (I)		
I1	Psychiatrische Behandlung	B
I2	Pharmakotherapie	B*
I3	Delegierte Psychotherapie	B*
I4	Psychiatrisch gesprächstherapeutische Kurzintervention	E
I5	Somatische Mitbehandlung	E
I6	Andere biologische Verfahren	E
I7	Kontinuierliche Begleitung durch psychiatrische Bezugspflegekraft (p-BP)	B
I8	Psychoedukative Intervention (PEI)	B
I9	Angehörigenarbeit und Umfeldbegleitung	B
I10	Umgang mit dem Beruf	B
I11	Unterstützung im Rahmen der stufenweisen Wiedereingliederung	E
I12	Integration in weitere Versorgungsangebote	E
I13	Nachsorge und Entlassung aus dem ambulanten Versorgungssystem	B
Krisenintervention (K)		
K1	Krisentelefon	E
K2	Krisenintervention durch die psychiatrische Bezugspflegekraft (p-BP)	E
K3	Ärztliche Krisenintervention	E
K4	Medikamentöse Krisenintervention	E
K5	Rückzugsraum und Krisenpension	E
K6	Teilstationäre Krisenintervention	E
K7	Vollstationäre Krisenintervention	E
Kooperation und Qualitätssicherung (KQ)		
KQ1	Behandlungskonferenzen	B
KQ2	Konsiliar-, Beratungs-, Vernetzungsarbeit	B
KQ3	Qualitätssicherung	B
KQ4	Fort- und Weiterbildung	B
KQ5	Arbeitskreis Qualitätssicherung	B
KQ6	Netzwerkaufgaben	B

Tab. 2: Behandlungsmodulare im Rahmen der Integrierten Versorgung mittel-schwer und schwer depressiv erkrankter Patienten

* Nicht in jedem Fall muss eine Kombinationstherapie (Pharmako- und Psychotherapie) angewendet werden. Bei Patienten mit mittelschweren Depressionen kann eine der beiden alternativen Therapien oder eine Kombinationstherapie durchgeführt werden.

Die Module sollen als Orientierungshilfen für das Agieren der Leistungsanbieter dienen. Sie stellen keine Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit dar. Zudem entbinden die Behandlungsmodule die Leistungsanbieter nicht von einer eigenverantwortlichen Einschätzung des Behandlungsbedarfs ihrer Patienten und der Veranlassung der erforderlichen Maßnahmen entsprechend ihrer berufsgruppenspezifischen therapeutischen Verantwortung.

4.1 Die Behandlungsmodule

Aufnahme (A)

A1	Fachärztliches Eingangsassessment
Wer	psychiatrisch tätiger Facharzt (p-FA)
Voraussetzungen	–
Ort	Praxis des Facharztes, im Ausnahmefall aufsuchend
Zeit	<ul style="list-style-type: none"> • Frist: innerhalb von 3 Tagen, wenn Kontaktaufnahme auf Patient mit schwerer Depression hindeutet • einmalig bei Aufnahme unbekannter Patienten oder bei Wiederaufnahme • regelmäßige Aktualisierung der Befunde bei bereits bekannten Patienten (im Rahmen der psychiatrischen Behandlung I1)
Aufgaben	<p><i>Diagnosesicherung:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnostisches Gespräch (inklusive Abklären von Suizidalität) und Diagnosestellung entsprechend der ICD-Kriterien (► Abb. 3) unter Berücksichtigung von psychischer und somatischer Komorbidität • bei Ersterkrankungen ohne entsprechende Vorbefunde: <ul style="list-style-type: none"> – erforderliche differenzialdiagnostische Untersuchungen veranlassen (z. B. Blutbild, Differenzialblutbild, Leber- und Nierenwerte, TSH, CT oder MRT) – Durchführung einer kompletten körperlichen und neurologischen Untersuchung – ggf. Veranlassung testpsychologischer Untersuchung • bei Wiedererkrankungen ohne entsprechende Vorbefunde: körperliche Untersuchung, Routinelabor <p><i>Detaillierte Befunderhebung:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • körperlicher Befund, bestehende Medikation • psychiatrische Anamnese (inkl. Abklären der beruflichen Situation, ► Abb. 7)
Aufwand	ca. 40 min
Daten	psychiatrische und somatische Diagnosen, Anamnese und Befund
Implementierungshinweis	Anreize setzen für dokumentierte Anamnese