psychenet

Hamburger Netz psychische Gesundheit

Implementierung der NVL "Unipolare Depression": Kann Über-, Unter- und Fehlversorgung beeinflusst werden?

Martin Härter

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

GEFÖRDERT VOM

Bundesministerium für Bildung und Forschung

Gliederung

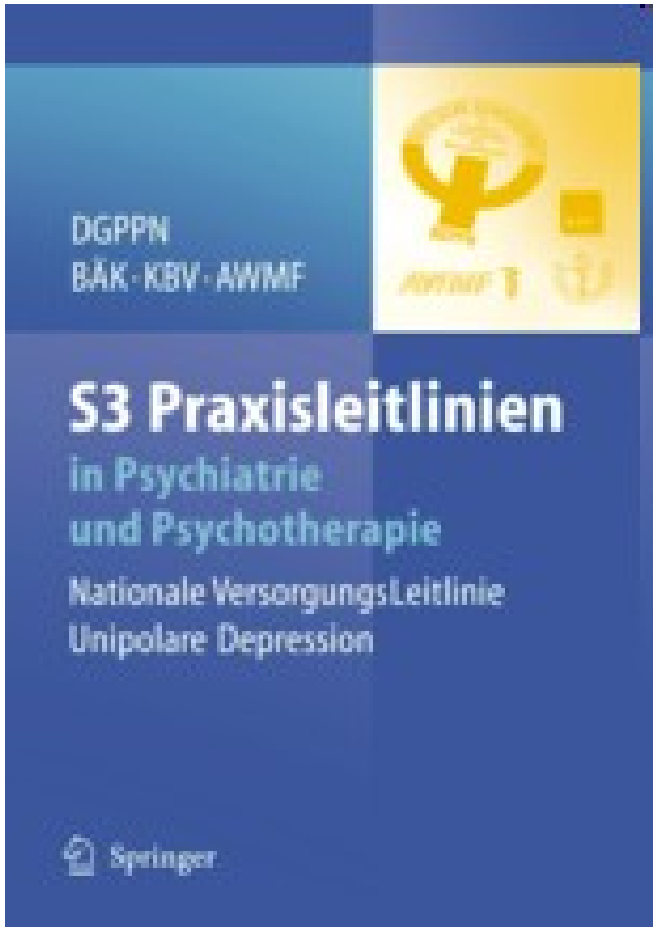
- Nationale VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“
- Umsetzung und Evaluation der NVL in psychenet.de im „Stepped Care Modell Depression“
- Revision und Implementierung der NVL 2015
- Ausblick: Gemeinsam klug entscheiden

Hintergrund

- **Hohe 12-Monats-Prävalenz** von Depressionen in Deutschland [1,2]: ca. 8%
- **Wartezeit** auf fachgerechte Behandlung (z.B. Psychotherapie: in 20% der Fälle 1-3 Monate; in 12% über 3 Monate) [3]
- **Fragmentierung des Versorgungsangebots** erschwert eine leitliniengerechte Behandlung (z.B. Informationsfluss zwischen Behandlern) [4]
- NVL „Unipolare Depression“ von 2009 **wenig in der Praxis** implementiert [5,6]

[1] Jacobi et al. (2004); [2] Jacobi et al. (2014); [3] Kassenärztliche Bundesvereinigung (2014); [4] Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2005); [5] Bermejo et al. (2005); [6] Melchior et al. (2014).

S3-/Nationale VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“ (2009)



KLINISCHE LEITLINIE

Unipolare Depression

Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie aus der aktuellen S3- und Nationalen VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“

Martin Härter, Christian Klesse, Isaac Bermejo, Frank Schneider, Mathias Berger

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 107 | Heft 40 | 8. Oktober 2010

DGPPN
Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

Gesundheit fängt im Kopf an.

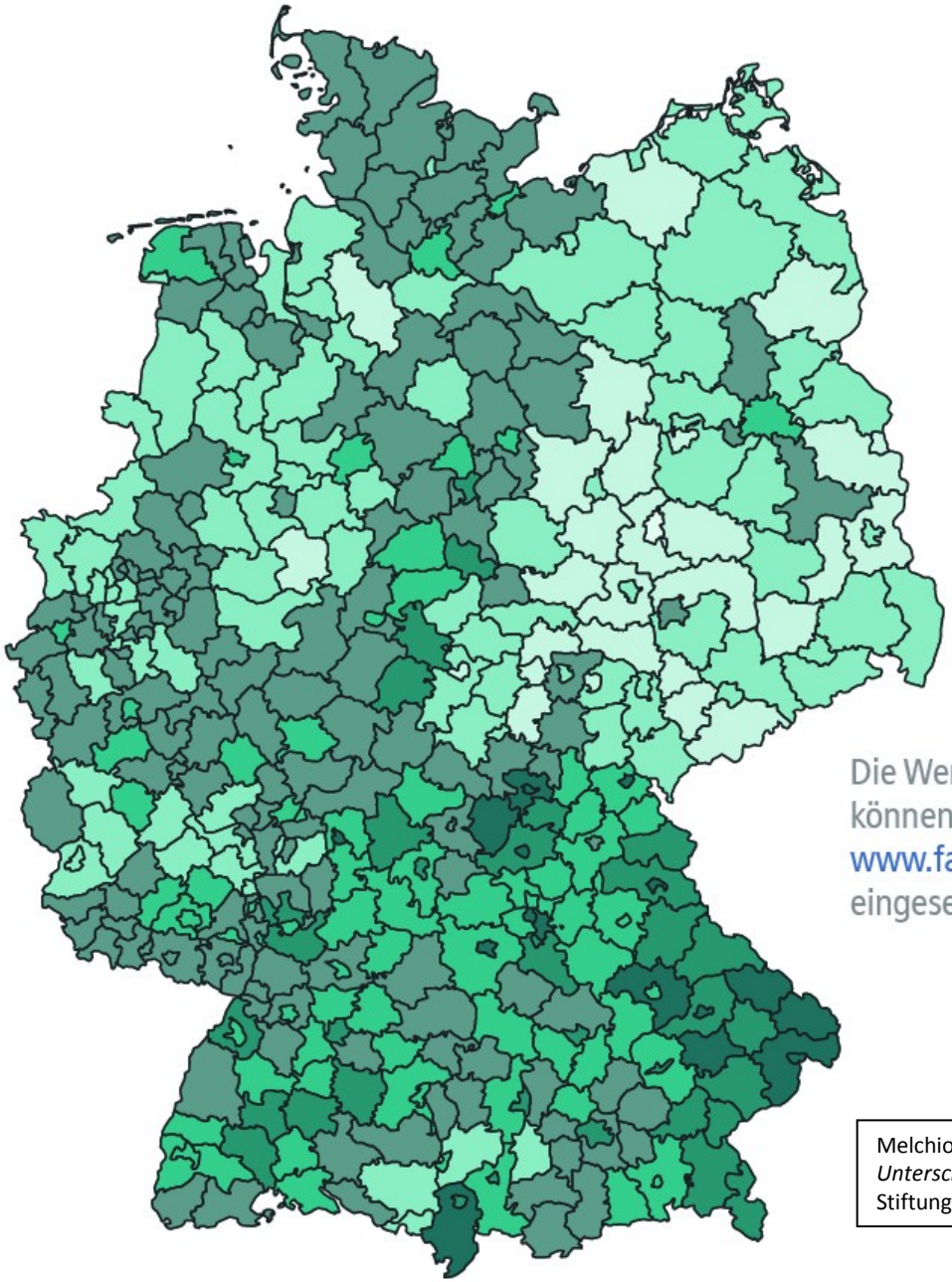
Wie gut wird die NVL umgesetzt?

Zentrale Empfehlungen der NVL	Versorgungsrealität?
Screening bei Risikopatienten	**Findet nicht systematisch statt** (keine Versorgungs-daten), sehr wahrscheinlich Unter- und Fehlversorgung
Formalisierte ICD-10-Diagnostik	**Findet unzureichend statt** (Routinedaten), Unter-, Fehl- u. Überversorgung sehr wahrscheinlich
Therapieindikation nach Schwere, Dauer, Verlauf	**wenig Versorgungsforschung**, Unter-, Fehl- u. Überver-sorgung sehr wahrscheinlich
Regelmäßige Wirkungsprüfung / Monitoring	**Findet nicht systematisch statt** (keine Versorgungsdaten), Unter-, Fehl- u. Überversorgung sehr wahrscheinlich
Antidepressiva nicht bei leichten Depressionen	**Versorgungsdaten wenig analysiert**, möglicherweise Überversorgung
Kombinationsbehandlung bei schweren und chronischen Depressionen	**Versorgungsdaten wenig analysiert**, sehr wahrscheinlich Unterversorgung
Collaborative / Stepped Care bzw. IV	**Findet wenig statt** (Fragmentierung im System), Unter- und Fehlversorgung sehr wahrscheinlich

Melchior, H., Schulz, H. & Härter, M. (2014). Faktencheck Gesundheit: *Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen.* Bertelsmann Stiftung: Gütersloh. www.faktencheck-depression.de (**19.3.2014)**

Administrative Prävalenz aller Depressionsfälle, 2011

Faktencheck Gesundheit Depression



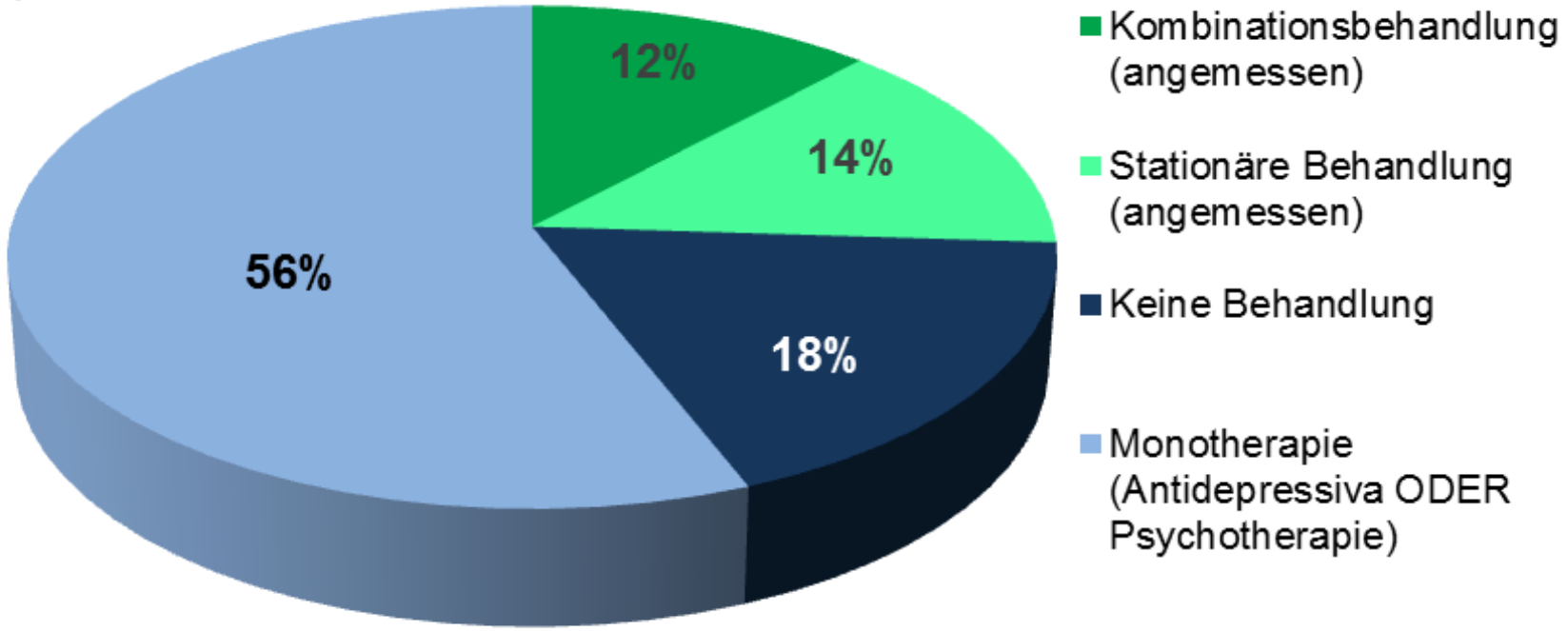
≥ 6 % bis < 8 %
≥ 8 % bis < 10 %
≥ 10 % bis < 12 %
≥ 12 % bis < 14 %
≥ 14 % bis < 16 %
≥ 16 % bis < 18 %
≥ 18 %

Die Werte einzelner Kreise
können in einer interaktiven Karte auf
www.faktencheck-depression.de
eingesehen und verglichen werden.

Melchior, H., Schulz, H. & Härter, M. (2014). Faktencheck Gesundheit: *Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen.* Bertelsmann Stiftung: Gütersloh.

Behandlungsarten bei schweren Depressionsfällen, 2011

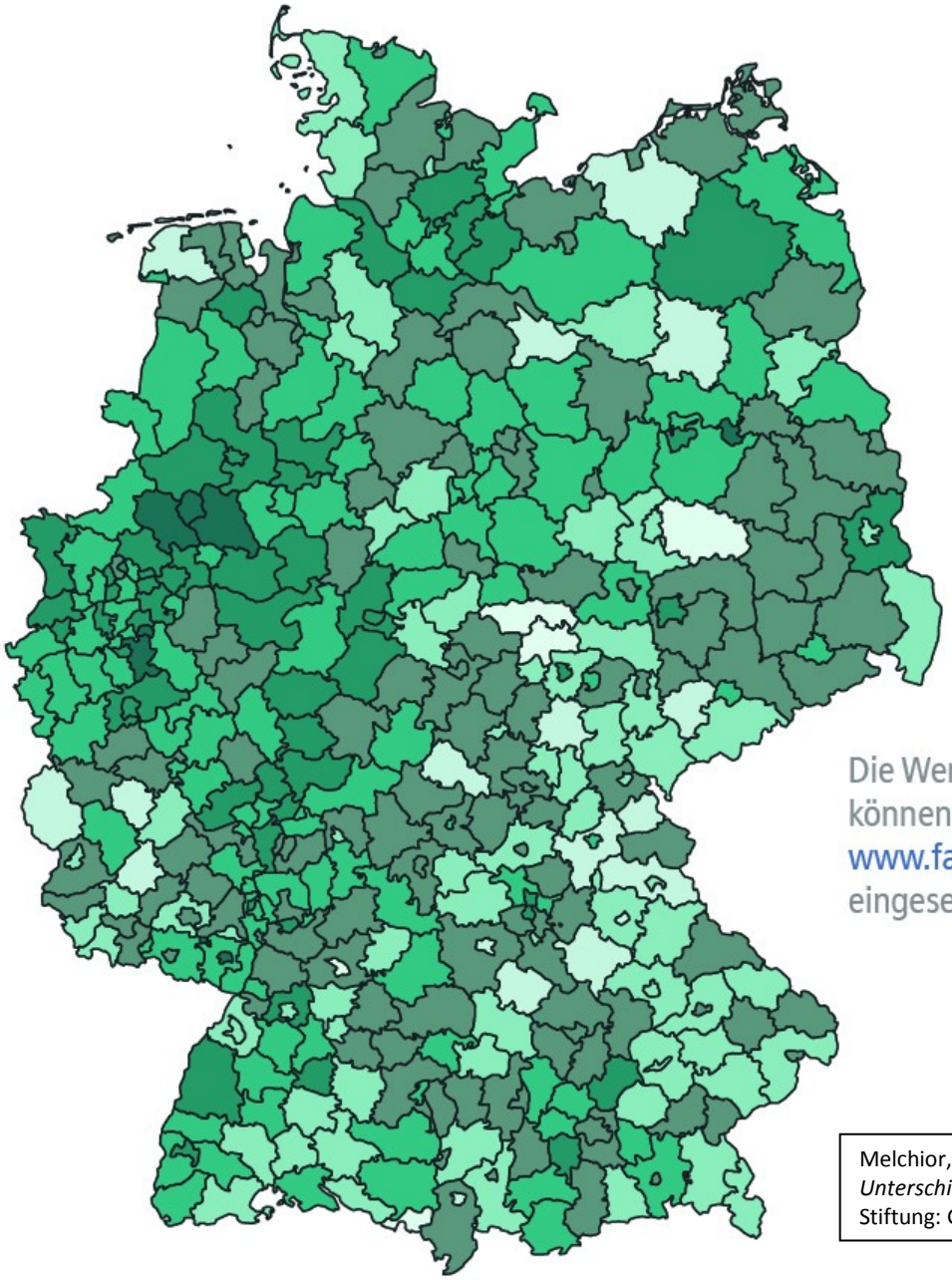
Faktencheck Gesundheit Depression



Melchior, H., Schulz, H. & Härter, M. (2014). Faktencheck Gesundheit: *Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen.* Bertelsmann Stiftung: Gütersloh.

Rate der leitlinienorientiert behandelten schweren Depressionsfälle, 2011

Faktencheck Gesundheit Depression



≥ 0 % bis < 10 %
≥ 10 % bis < 15 %
≥ 15 % bis < 20 %
≥ 20 % bis < 25 %
≥ 25 % bis < 30 %
≥ 30 % bis < 35 %
≥ 35 %

Die Werte einzelner Kreise
können in einer interaktiven Karte auf
www.faktencheck-depression.de
eingesehen und verglichen werden.

Melchior, H., Schulz, H. & Härter, M. (2014). Faktencheck Gesundheit: *Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen.* Bertelsmann Stiftung: Gütersloh.

psychenet
Hamburger Netz psychische Gesundheit

TP 7: Gesundheitsnetz Depression

Prof. Dr. Dr. Martin Härter
Prof. Dr. Birgit Watzke
Dipl. Psych. Daniela Heddaeus
Dipl. Psych. Maya Steinmann
Dipl. Psych. Sarah Liebherz

unter Mitarbeit von:
Dipl. Stat. Anne Daubmann
Prof. Dr. Karl Wegscheider
Prof. Dr. Hans-Helmut König
Dipl. Ges.-Ökon. Christian Brettschneider
PD Dr. Sönke Arlt

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

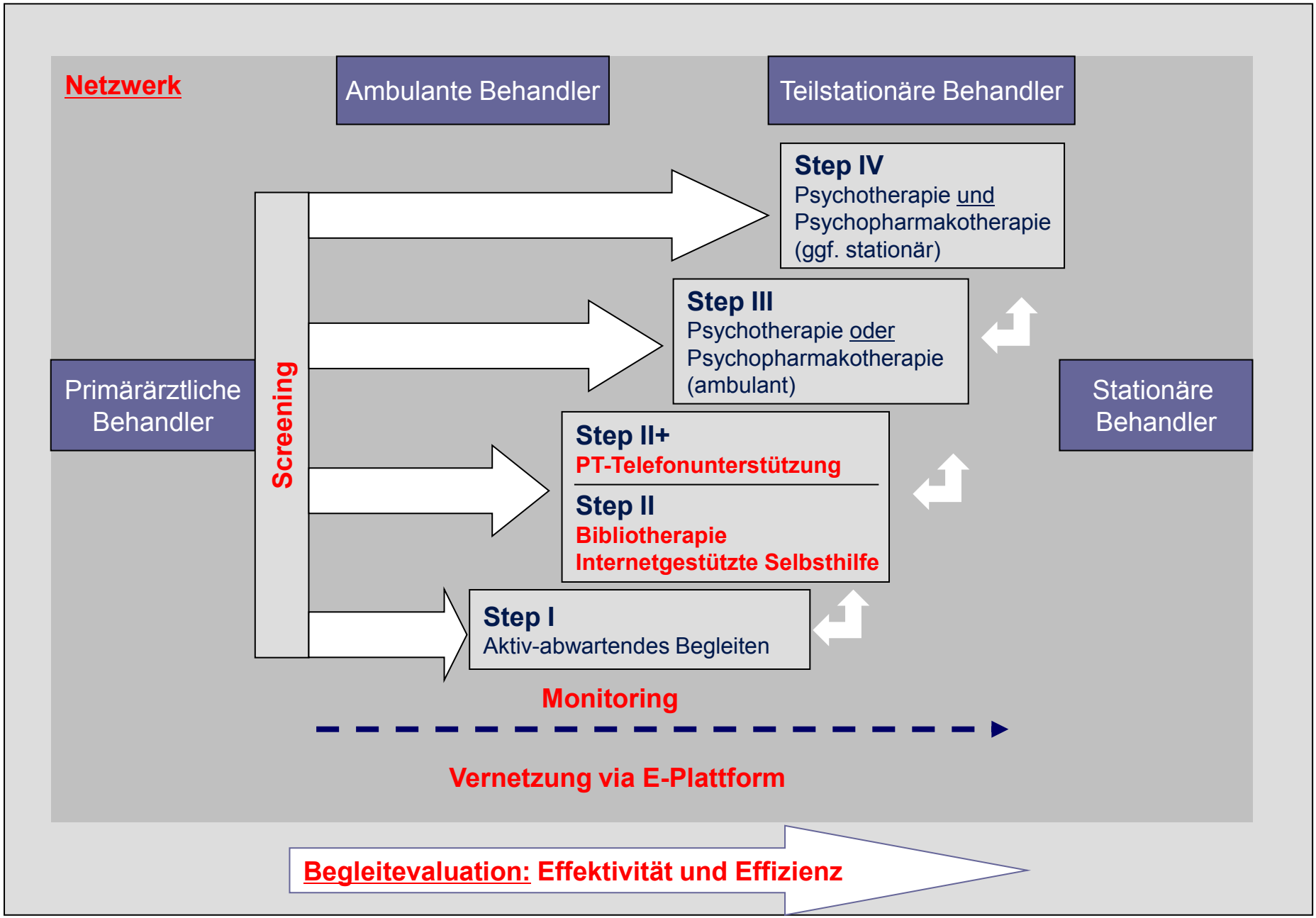
GEFÖRDERT VOM
Bundesministerium für Bildung und Forschung

Zielsetzungen des Gesundheitsnetzes Depression

Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Patienten mit leichter, mittelgradiger oder schwerer Depression

- Optimierte Diagnostik, Indikationsstellung und Behandlung innerhalb eines *Stepped und Collaborative Care Modells*
- Effektive und effiziente Behandlung der Patienten durch Umsetzung einer integrierten und evidenzbasierten Versorgung auf Basis der *Nationalen VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression*
- Umsetzung mit regionalen Partnern und Evaluation im Rahmen einer *randomisiert-kontrollierten Studie* in der Versorgung

Collaborative & Stepped Care Modell



Step II: Behandlung leichter Depressionen

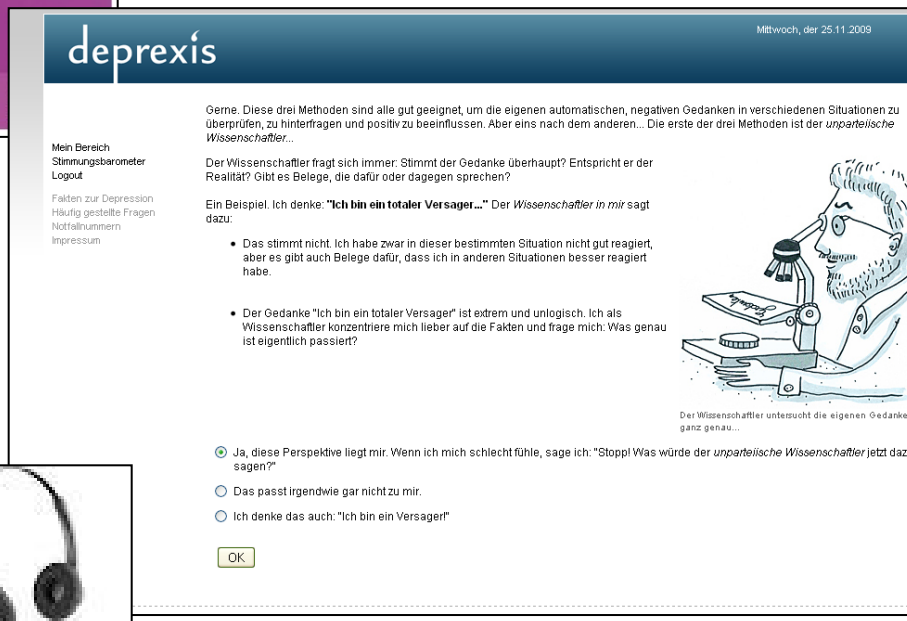
psychenet
Hamburger Netz psychische Gesundheit

Step II:

- Bibliotherapie: Selbsthilfebuch[1]

  oder

- Deprexis©: Internetgestützte Selbsthilfe[2]



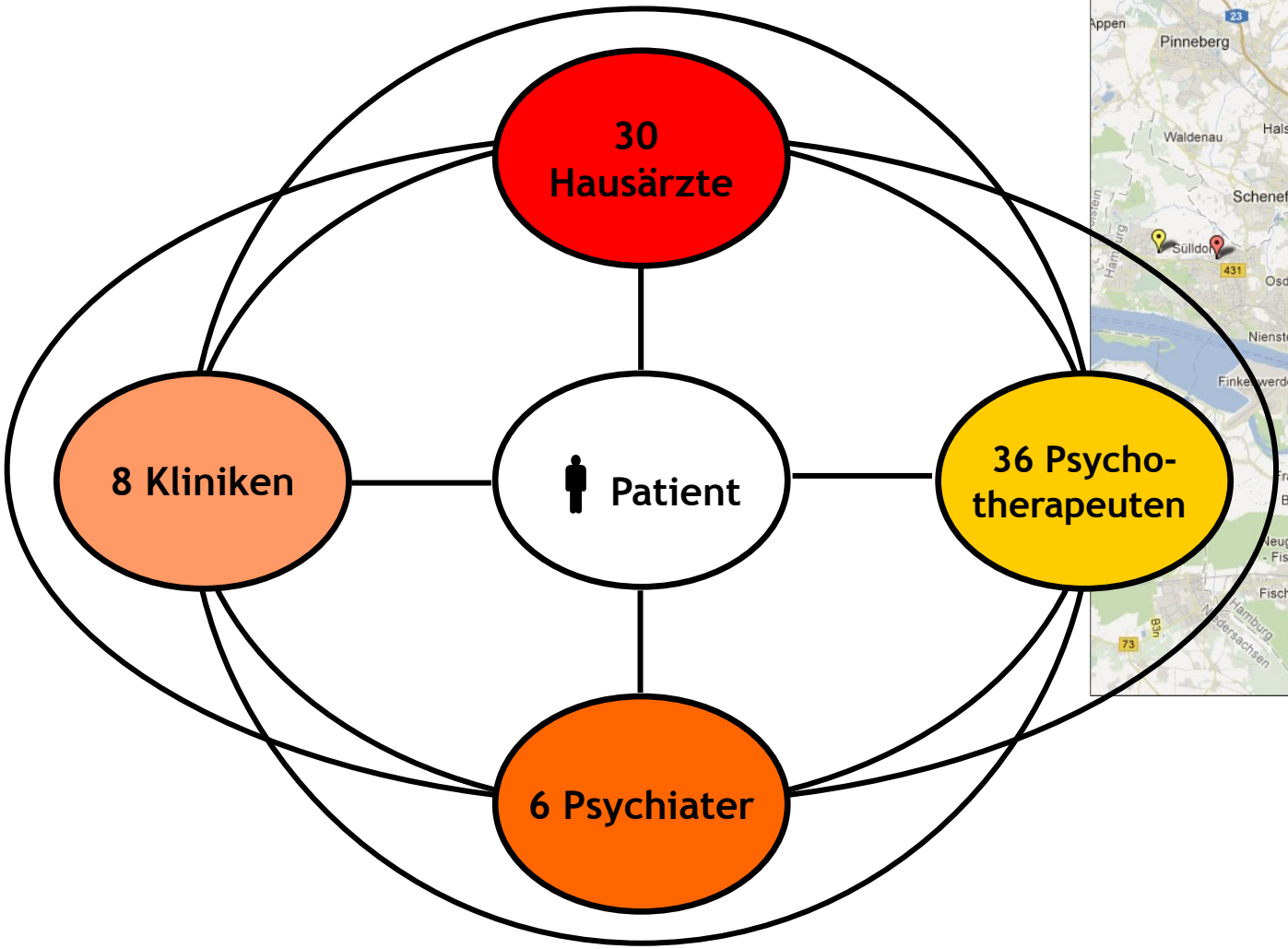
Step II+:

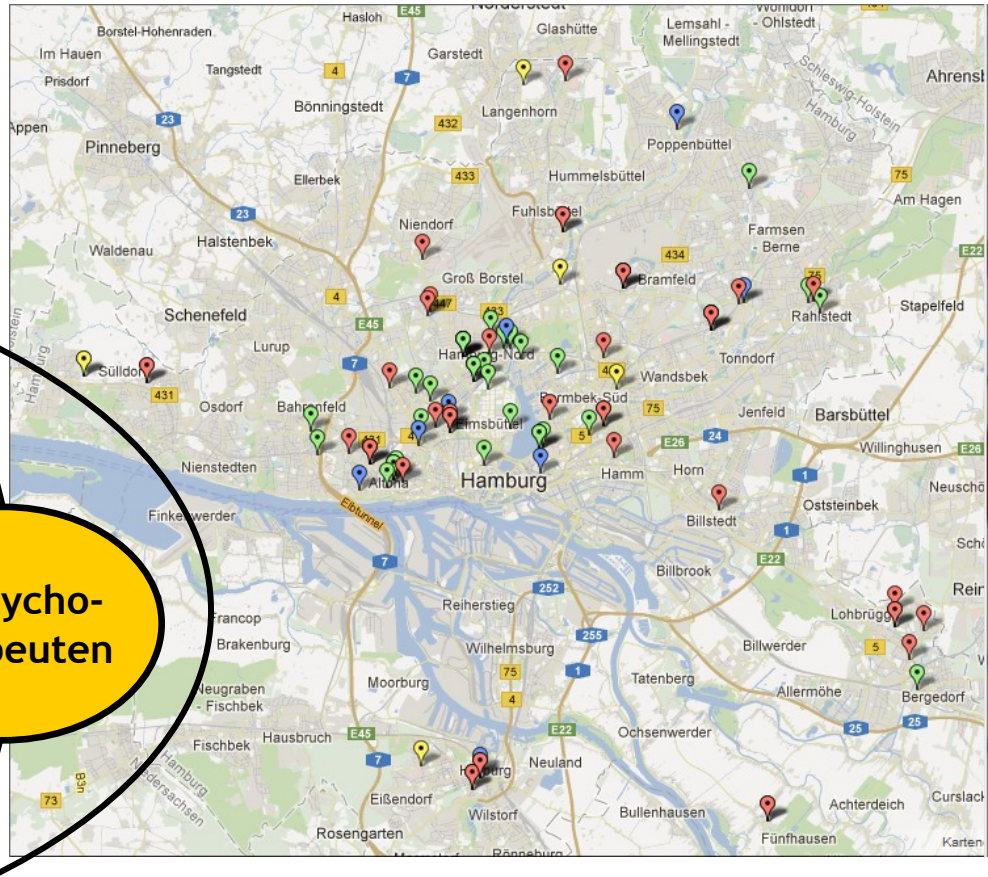
- Psychotherapeutische Telefonunterstützung[3,4]

[1] Görlitz (2010); [2] Meyer et al. (2009); [3] Tutty et al. (2010); [4] Tutty et al. (2005)

psychenet
Hamburger Netz psychische Gesundheit

Das Gesundheitsnetz Depression





Watzke *et al. BMC Psychiatry* 2014, **14**:230
http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/230

BMC Psychiatry

STUDY PROTOCOL Open Access

Effectiveness and cost-effectiveness of a guideline-based stepped care model for patients with depression: study protocol of a cluster-randomized controlled trial in routine care

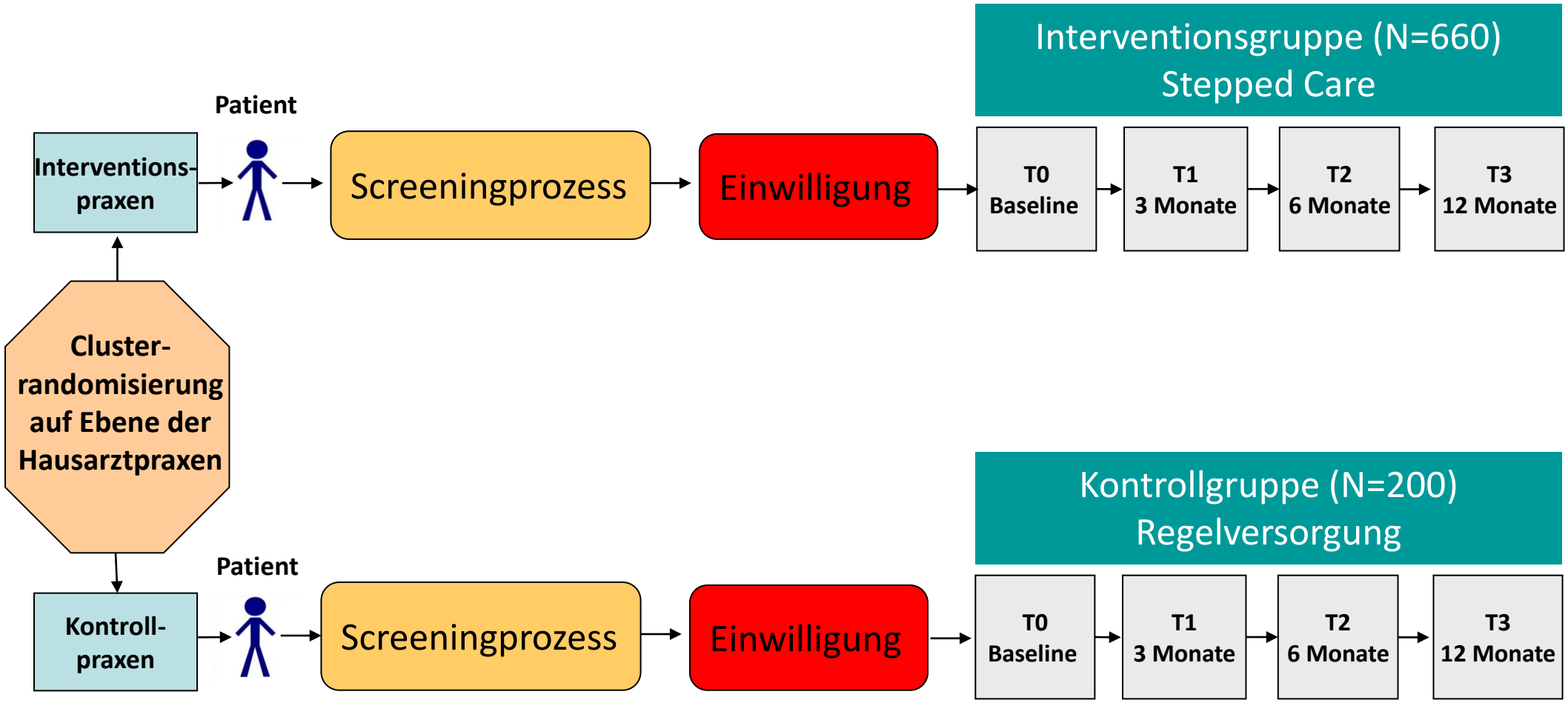
Birgit Watzke[1,2*], Daniela Heddaeus[1], Maya Steinmann[1], Hans-Helmut König[3], Karl Wegscheider[4], Holger Schulz[1] and Martin Härter[1]

Abstract

Background: Depression is a widespread and serious disease often accompanied by a high degree of suffering and burden of disease. The lack of integration between different care providers impedes guideline-based treatment. This constitutes substantial challenges for the health care system and also causes considerable direct and indirect costs. To face these challenges, the aim of this project is the implementation and evaluation of a guideline-based stepped care model for depressed patients with six treatment options of varying intensity and setting, including low-intensity treatments using innovative technologies.

Methods/design: The study is a randomized controlled intervention trial of a consecutive sample of depressive patients from primary care assessed with a prospective survey at four time-standardized measurement points within one year. A cluster randomization at the level of participating primary care units divides the general practitioners into two groups. In the intervention group patients (n = 660) are treated within the stepped care approach in a multiprofessional network consisting of general practitioners, psychotherapists, psychiatrists and inpatient care facilities, whereas patients in the control condition (n = 200) receive routine care. The main research question concerns the effectiveness of the stepped-care model from baseline to t3 (12 months). Primary outcome is the

Studiendesign



Primäre und sekundäre Outcomes

Effektivität:

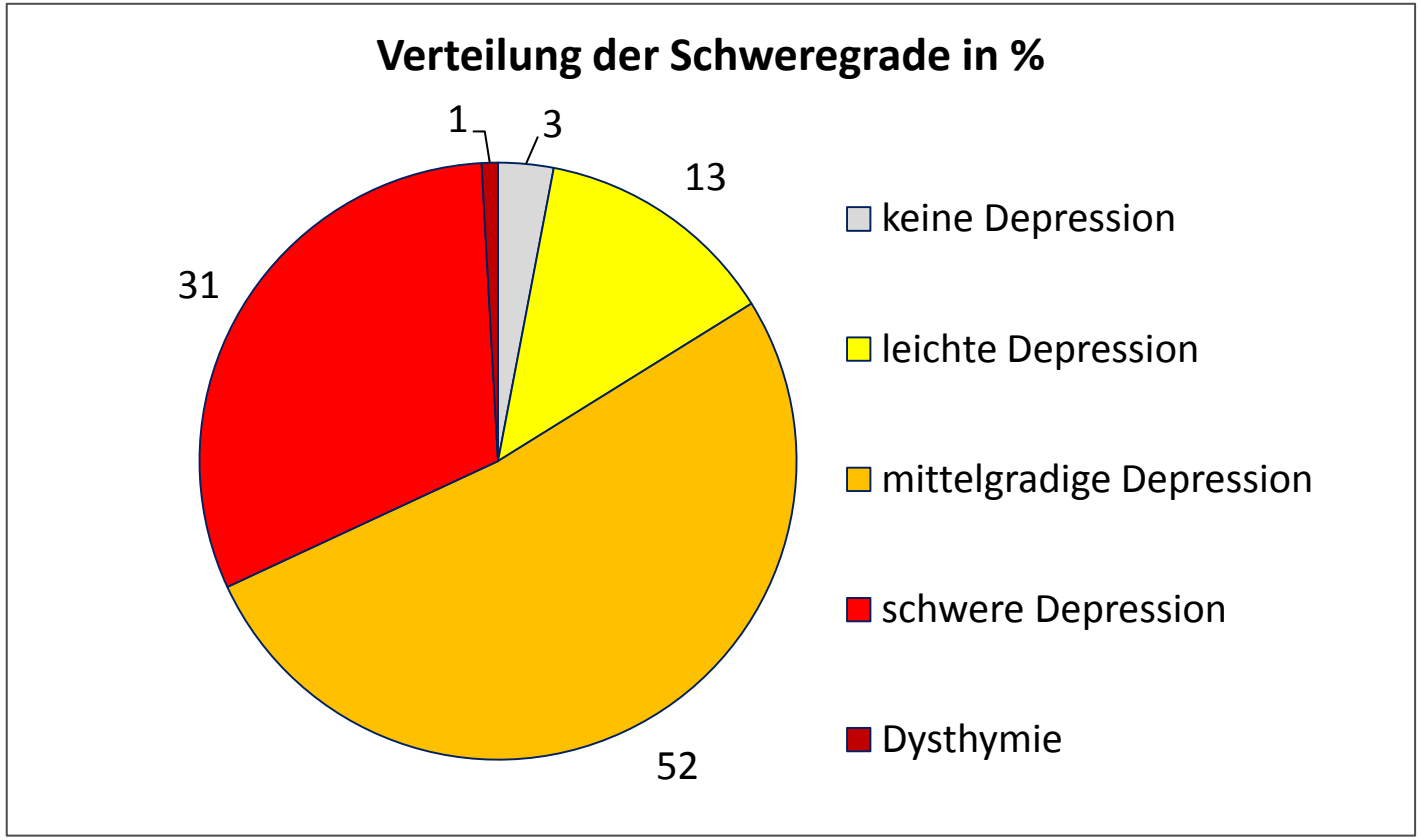
- *Primärer Outcome*: depressive Symptomatik (PHQ-9)
- *Sekundäre Outcomes*:
  - Response/Remission/Relapse (PHQ-9)
  - funktionale Gesundheit/Lebensqualität (SF-12, EQ-5D)
  - weitere klinische und sozialmedizinische Variablen

Effizienz:

  - direkte und indirekte Kosten
  - Kosten-Effektivitäts-Relation (Effektmaß: Response)
  - Kosten-Nutzwert-Relation (Effektmaß: QALYs)

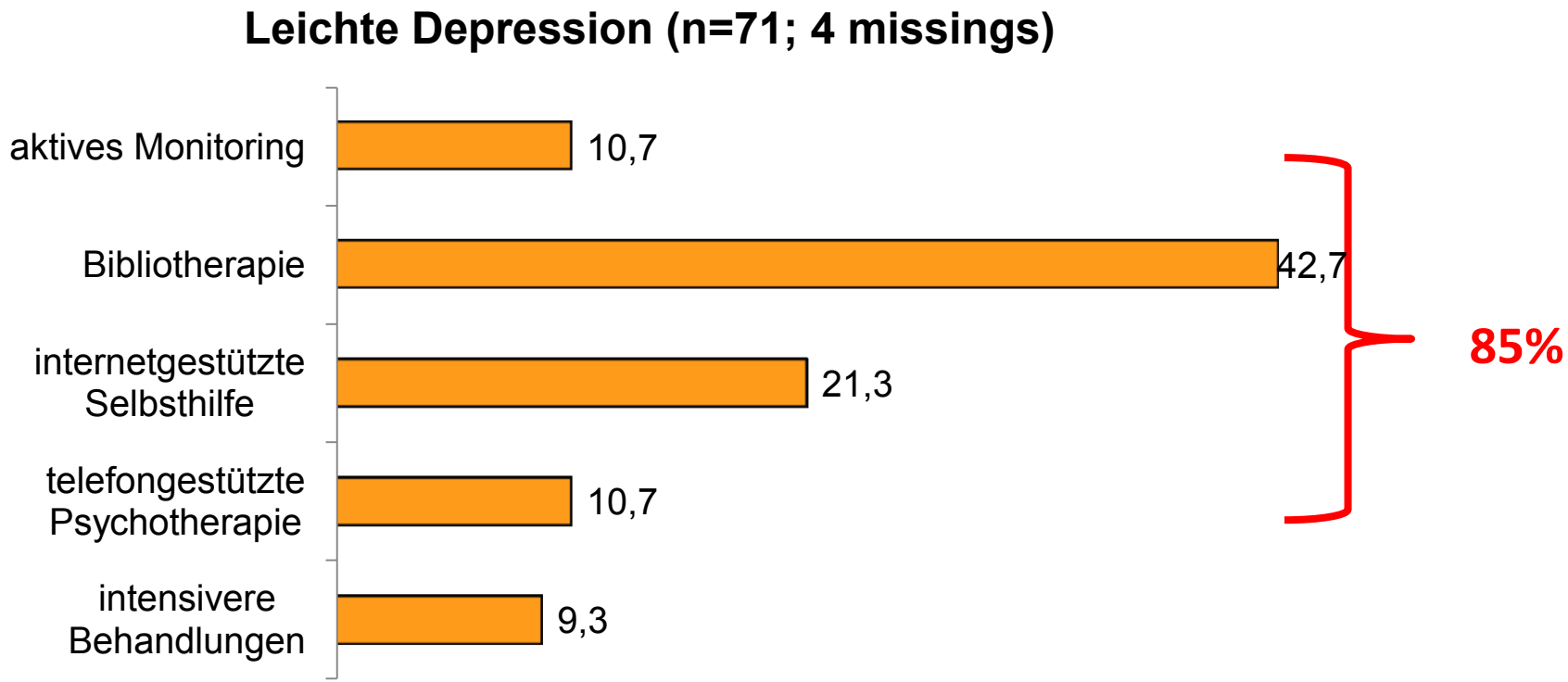
Hypothese: größere Symptomreduktion nach 12 Monaten in der IG als in der KG

Interventionsgruppe:
Schweregrad der Depression (ICD-10)



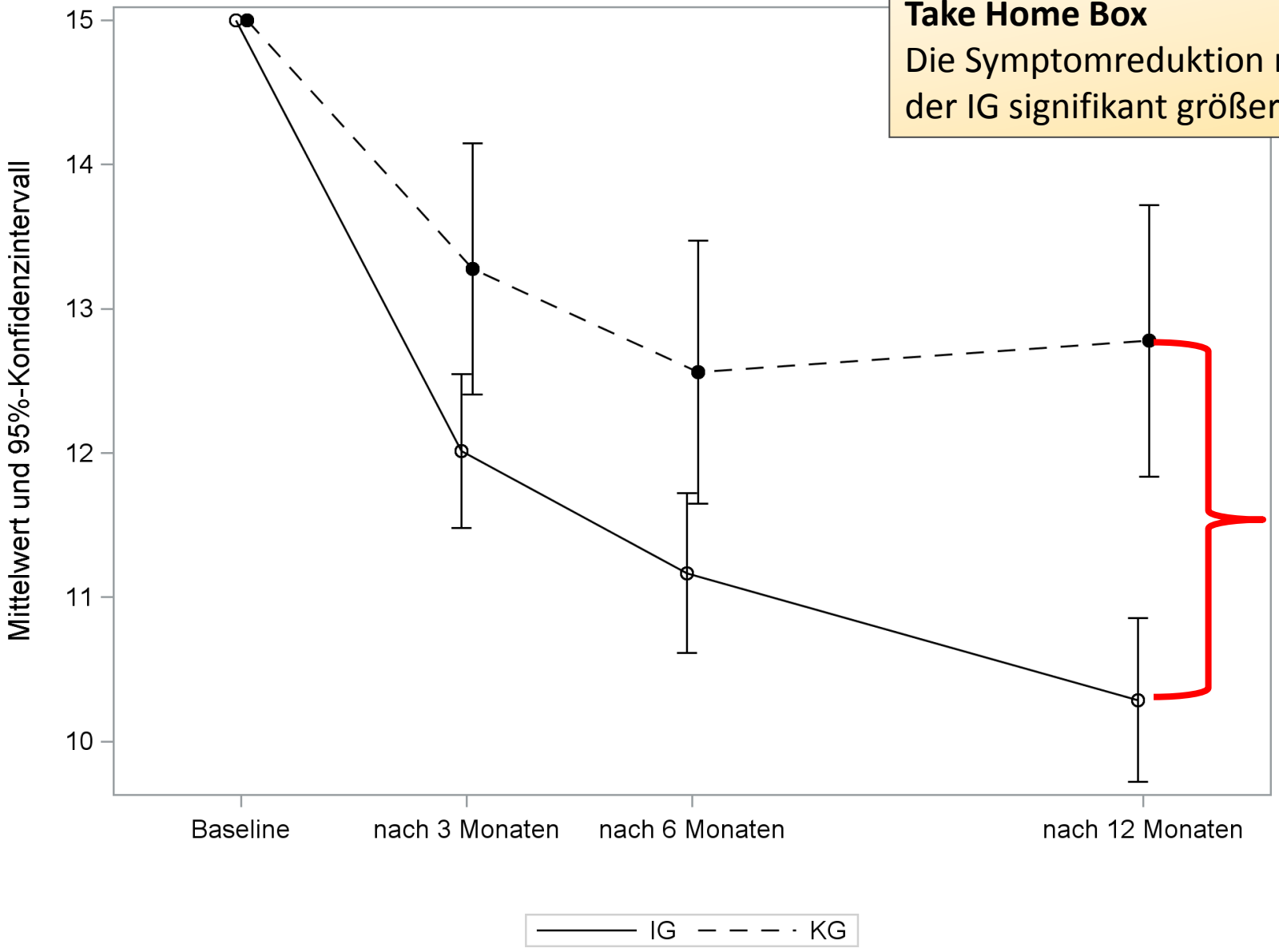
Initiale Behandlungsentscheidung in %

psychenet
Hamburger Netz psychische Gesundheit



- **Leichte Depression:** 85% niedrigschwellige Behandlung
- **Mittelgradige Depression:** 55% ambulante Psychotherapie *oder* Pharmakotherapie
  24% niedrigschwellige Behandlung
- **Schwere Depression:** 54% ambulante Kombinationsbehandlung,
  27% Psychotherapie *oder* Pharmakotherapie

Symptomreduktion (PHQ-9)



Take Home Box

Die Symptomreduktion nach 12 Monaten ist in der IG signifikant größer als in der KG

2.44 Punkte Unterschied zwischen IG & KG nach 12 Monaten (p<.0001; d=0.41)

Zusammenfassung

psychenet
Hamburger Netz psychische Gesundheit

- Erfolgreiche Umsetzung eines an der NVL orientierten **Stepped Care Modells (→ Beeinflussung von Fehl-, Unter- und Überversorgung):**
  - **Screening auf Risikopatienten** und **Verlaufsmontoring** eingeführt
  - **Formalisierte ICD-10-Diagnostik** statt hoher Anteil unspezifischer Diagnosen
  - Erfolgreicher Einsatz **niederschwelliger Interventionen**
  - Patientenzentrierte **Therapieindikation nach Schweregraden, Dauer und Verlauf**
  - **Reduktion der Wartezeiten** auf fachspezifische Behandlungen
  - Umsetzung einer **Collaborative Care Modells** (pilotiertes IV-Modell)
- Hypothese bestätigt**: größere und schnellere Reduktion der depressiven Symptomatik** bei den leitliniengerecht betreuten Patienten
- **Vergleichbare Wirksamkeit** wie in internationalen Metaanalysen[1,2]

- [1]Thota et al. (2012); [2]Firth et al. (2015)

Stand der Revision der NVL „Unipolare Depression“

Literaturrecherche 2013/14:

276 relevante Übersichtsarbeiten seit 2009 zur

- Diagnostik
- Behandlung
- Versorgung

bei „Unipolarer Depression“

Stand der Revision der NVL „Unipolare Depression“

Pharmakologische Behandlung

- Antidepressiva (neue)
- Antipsychotika (Augmentation) (NEU)
- Antidepressiva bei älteren Patienten (NEU)
- Behandlung bei somatischer und psychischer Komorbidität (ÄNDERUNG)

Psychotherapie und kombinierte Behandlung

- Systemische und Familientherapie (NEU)
- Kognitive Therapien der dritten Welle (ACT, MBCT etc.) (NEU)
- Dysthymie und chronische Depression (ÄNDERUNG)
- Psychotherapie bei älteren Patienten (NEU)
- niederschwellige psychosoziale Interventionen (NEU)

Körperliches Training (NEU) und EKT (ÄNDERUNG)

Gender / zyklusaassoziierte Störungen (NEU) / Migrationshintergrund (NEU)

Ausblick

Fazit:

- Großteil der konsentierten Empfehlungen hat Bestand
- Upgrade der Evidenz bei relevanten Bereichen, z.B. somatische Komorbidität
- Evidenzbasierte nicht-somatische (z. B. körperliches Training) und somatische Verfahren (z.B. Antipsychotika, EKT) erweitern die alte Leitlinie

Ausblick:

- **Kommentierung der revidierten Version im August 2015 abgeschlossen**
- **Publikation der S3-/NV-Leitlinie im November 2015 (DGPPN-Kongress)**

Gemeinsam Klug Entscheiden

psychenet
Hamburger Netz psychische Gesundheit

Aufgaben

- Mehr als 130 Empfehlungen, die nur teilweise mit GRADE beurteilt sind
- GKE-Bewertung durch NVL-Steuergruppe und / oder S3-Konsensgruppe?
- GKE-Bewertung ggf. online durchführbar (aber: kein Budget bisher eingestellt)

Zu klärende Fragen (Beispiele)

- Gewisse Redundanz der Kriterien (GRADE – GKE), *was tun*?
- Berücksichtigung von klinischen Prioritäten und weniger gut belegten Empfehlungen schwierig (z.B. Empfehlungen zur Diagnostik oder Suizidalität), *Priorität*?

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Prof. Dr. Dr. Martin Härter
Institut und Poliklinik für
Medizinische Psychologie
Martinistraße 52, 20246 Hamburg

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Weitere Informationen unter:

www.psychenet.de
www.dgppn.de
www.versorgungsleitlinien.de