

Bundesgesundheitsbl 2009 · 52:897–904  
 DOI 10.1007/s00103-009-0939-9  
 Online publiziert: 18. September 2009  
 © Springer-Verlag 2009

I. Bermejo<sup>1</sup> · G. Klärs<sup>2</sup> · K. Böhm<sup>3</sup> · J. Hundertmark-Mayser<sup>4</sup> · T. Lampert<sup>5</sup> ·  
 U. Maschewsky-Schneider<sup>6</sup> · S. Riedel-Heller<sup>7</sup> · M. Härter<sup>1,8</sup>

<sup>1</sup> Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Sektion Klinische Epidemiologie und Versorgungsforschung, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

<sup>2</sup> Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., Köln

<sup>3</sup> Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

<sup>4</sup> Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppe e.V. c/o NAKOS, Berlin

<sup>5</sup> Robert Koch-Institut, Berlin

<sup>6</sup> Berlin School of Public Health an der Charité, Berlin

<sup>7</sup> Universität Leipzig

<sup>8</sup> Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

## Evaluation des nationalen Gesundheitsziels „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“

Seit Dezember 2000 haben sich relevante Akteure im Gesundheitswesen (Bund, Länder und Kommunen; gesetzliche und private Krankenversicherung; Deutsche Rentenversicherung Bund; Leistungserbringer im Gesundheitswesen und Wissenschaftler/innen) im Forum *gesundheitsziele.de* zusammengefunden, um ihre Aktivitäten an gemeinsamen Zielen zu orientieren [1]. Auf der Grundlage einer gemeinsamen Problemanalyse wurden nationale Gesundheitsziele formuliert und geeignete Maßnahmen zur ihrer Umsetzung identifiziert [2].

Im Jahr 2006 wurde das sechste nationale Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ formuliert [2]. Depressive Störungen gehören zu den häufigsten Beratungsanlässen und Erkrankungen in der Versorgung [3, 4] und kommen auch im Kindes- und Jugendalter gehäuft vor [5]. Die volkswirtschaftlichen Kosten sind erheblich [6]. Man rechnet damit, dass bis zum Jahr 2030 Depressionen in den Industriestaaten die häufigste und weltweit die zweithäufigste Ursache erkrankungsbedingter Belastungen sein werden [7, 8]. Von zentraler Priorität sind daher verstärkte Maßnahmen zur Prävention beziehungsweise zur Vermeidung einer Chronifizierung depressiver Erkrankungen so-

wie die Gewährleistung einer wirksamen und qualitativ hochwertigen Versorgung für alle depressiv Erkrankten [9, 10].

Im Rahmen des Gesundheitsziels zu depressiven Erkrankungen haben Expert(inn)en aus dem Gesundheitswesen, Patient(inn)envertreter sowie Wissenschaftler/innen sechs Aktionsfelder und jeweils spezifische Ziele sowie praxisbezogene Maßnahmen zu deren Erreichung formuliert (■ Tab. 1, 2). Die Umsetzung dieser (Teil-)Ziele ist allerdings nur schrittweise möglich. Zum einen stehen entsprechendes Wissen oder Handlungsansätze zur Realisierung nicht oder nur eingeschränkt zur Verfügung; zum anderen begrenzen notwendige ökonomische und sozialpolitische Rahmenbedingungen die Umsetzung einer großen Zahl von Maßnahmen. Um die Umsetzung zu unterstützen, wurden daher für die jeweiligen Aktionsfelder Startermaßnahmen definiert, die als bedeutsam und als machbar sowie zeitnah umsetzbar eingestuft wurden.

Als ein genuiner Bestandteil der Entwicklung und Formulierung der Gesundheitsziele galt von Beginn an die Evaluation der hier beschriebenen Maßnahmen [1]. Um diesen Evaluationsanspruch auch im Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen“ zu gewährleisten, wurde eine Expert(inn)engruppe vom Evaluati-

onsbeirat des Forums *gesundheitsziele.de* beauftragt, eine Evaluationsstrategie für das Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen“ zu erarbeiten. Ziel war es, geeignete Indikatoren zu den jeweiligen Maßnahmen zu finden, die Verfügbarkeit qualitätsgesicherter, repräsentativer Daten zu prüfen und solche Datenquellen auszuwählen, die die Indikatoren abbilden können. Außerdem sollten Datenlücken identifiziert und Vorschläge für künftig zu erhebende Daten gemacht werden. Im vorliegenden Beitrag werden das Vorgehen und die zentralen Empfehlungen des Evaluationskonzeptes beschrieben.

### Methodik und Ziele

Ausgehend von den sechs Aktionsfeldern wurde, unter Berücksichtigung vorhandener Datenquellen, ein auf die im Gesundheitsziel als prioritär eingestuft elf Startermaßnahmen fokussiertes Evaluationskonzept erarbeitet. Im ersten Schritt wurden relevante und messbare Indikatoren definiert, mit denen eine Überprüfung der Wirkung der Maßnahmen in Hinblick auf die definierten Zielbereiche möglich sein sollte (■ Tab. 2). Hierauf aufbauend, wurden vorhandene und relevante Datenquellen (Routinedaten) mit bundesweiter Aussagekraft eruiert und durch mögliche

Tab. 1 Aktionsfelder und Ziele im Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen“	
Aktionsfelder	Ziele
1. Aufklärung	Die Bevölkerung verfügt über einen ausreichenden Wissensstand über das Krankheitsbild Depression und seine Folgen, um mit der Erkrankung und den Erkrankten angemessen umgehen zu können.
2. Prävention	Auftreten und Krankheitslast schwerer und chronischer depressiver Erkrankungen sind reduziert. Maßnahmen zu universeller, selektiver und indizierter Prävention sind etabliert.
3. Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie	Patient(inn)en mit depressiven Erkrankungen unterschiedlicher Schweregrade und unterschiedlicher Chronizität werden frühzeitig erkannt und mit wissenschaftlich anerkannten und klinisch wirksamen Verfahren umfassend und schnell behandelt mit dem Ziel, Suizide zu verhindern, Krankheitsphasen zu verkürzen und die Gesundheit möglichst schnell wiederherzustellen beziehungsweise Funktionseinschränkungen zu vermindern.
4. Stärkung der Patient(inn)en und Betroffenen	Die Position der Patient(inn)en mit depressiven Erkrankungen und ihrer Angehörigen ist gestärkt.
5. Rehabilitation	Die Führung und Langzeitbehandlung depressiv kranker Menschen einschließlich der Hilfen zur Bewältigung der Krankheit und ihrer Auswirkungen auf den Langzeitverlauf, die Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben und die Lebensqualität werden bedarfs- und fachgerecht verbessert beziehungsweise weiterentwickelt.
6. Versorgungsstruktur	Die Versorgungsstrukturen (ambulante und stationäre Einrichtungen, Rehabilitationskliniken et cetera) sind jedem depressiv Erkrankten bedarfsgerecht zugänglich.

Tab. 2 Prioritäre Maßnahmen und Erfolgsindikatoren	
Maßnahmen	Erfolgsindikator (Auswahl)
<b>Aktionsfeld „Aufklärung“</b>	
Verbreitung und Weiterentwicklung von evidenzbasierten, allgemeinverständlichen Informationen über das Krankheitsbild Depression und die Behandlungsmöglichkeiten	Verständlichkeit und Nutzbarkeit Akzeptanz und Nutzung
Anstoß, Ausbau und Koordinierung von regionalen Bündnissen gegen Depression	Durchdringungsgrad der regionalen Depressionsnetzwerke
Erweiterung des betrieblichen Arbeitsschutzes um Maßnahmen zur Reduzierung psychischer Belastungen und zur Förderung psychischer Gesundheit am Arbeitsplatz	Anzahl, Inhalte/Qualität entsprechender Maßnahmen
<b>Aktionsfeld „Prävention“</b>	
Flächendeckende Unterstützung der Kinder psychisch kranker Eltern durch spezifische, niederschwellige Beratungs- und Hilfsangebote	Angebote zur Unterstützung der Kinder psychisch kranker Eltern
Verhinderung von Nachahmungssuiziden durch Maßnahmen zur Erreichung einer sensiblen Berichterstattung in den Medien, zum Beispiel Schließen von „Pressestillhalte-Abkommen“	Anzahl, Inhalte/Qualität entsprechender Medienberichte
<b>Aktionsfeld „Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie“</b>	
Versorgungsebenenspezifische Implementierung der evidenzbasierten und allgemein konsentierten Leitlinie Depression	Vorhandensein von Leitlinien Akzeptanz und Nutzung von Leitlinien Existenz einer Patientenleitlinie Depression
<b>Aktionsfeld „Stärkung der Patient(inn)en und Betroffenen“</b>	
Bundesweiter Einsatz von evaluierten Fortbildungsprogrammen zur Erhöhung der Patient(inn)enbeteiligung am medizinischen Entscheidungsprozess	Anzahl, Inhalte/Qualität der Programme, Anzahl beziehungsweise fortgebildeter Leistungserbringer
Praxisbezogene und wiederholte Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Behandelnde [Ärztinnen/Ärzte, Psychotherapeut(inn)en, Pflegekräfte sowie Mitarbeiter(innen) in Beratungs- und Versorgungseinrichtungen] zum Erwerb und zur Vertiefung kommunikativer Kompetenzen für den Umgang mit depressiv Erkrankten und deren Angehörigen	Art und Intensität der speziellen Inhalte in den jeweiligen Curricula
<b>Aktionsfeld „Rehabilitation“</b>	
Erweiterung des betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 SGB IX um die Komponente „Psychische Belastungen am Arbeitsplatz“	Real umgesetzte Maßnahmen
Weiterentwicklung wissenschaftlich evaluierter Indikationskriterien für die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen	Anzahl und Konkretisierungsgrad
<b>Aktionsfeld „Versorgungsstruktur“</b>	
Fachgruppen- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit in vernetzten Versorgungsstrukturen und verbesserte Koordination des Zugangs zu vorhandenen Versorgungseinrichtungen durch z. B. Integrationsverträge nach § 140 SGB V	Anzahl, Schwerpunkte, Teilnehmer(innen) LL-orientierte Behandlungsmaßnahmen Beteiligung Patientenselbsthilfe

Datenquellen aus regionalen und überregionalen Modellprojekten ergänzt. Im Anschluss wurden diese vorliegenden Datenquellen hinsichtlich ihrer Verfügbarkeit und Nutzbarkeit zur Bewertung der Indikatoren analysiert sowie notwendige Ergänzungen und Erweiterungen beschrie-

ben. Das Evaluationskonzept orientierte sich an dem für das Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“ bereits entwickelten Evaluationskonzept von *gesundheitsziele.de* [11].

## Ergebnisse und Evaluationsempfehlungen

### Aktionsfeld: Aufklärung

Zur Initiierung angemessener Hilfsprozesse muss das Wissen über depressive Erkran-

I. Bermejo · G. Klärs · K. Böhm · J. Hundertmark-Mayser · T. Lampert · U. Maschewsky-Schneider · S. Riedel-Heller · M. Härter

### Evaluation des nationalen Gesundheitsziels „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“

#### Zusammenfassung

2006 wurde das sechste nationale Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ von einer interdisziplinären Expert(inn)engruppe entwickelt. Insgesamt sechs Aktionsfelder und Maßnahmenvorschläge mit Verbesserungspotenzialen wurden definiert. Im Anschluss wurde eine Expert(inn)engruppe beauftragt, eine Evaluationsstrategie zu erarbeiten, Erfolgsindikatoren zu definieren und die Verfügbarkeit von Datenquellen zur Evaluation zu prüfen. Für die im Gesundheitsziel vorrangig formulierten Startermaßnahmen wurden spezifische Erfolgsindikatoren abgeleitet und für die Evaluation zur Verfügung stehende Routedaten identifiziert. Im Anschluss wurden die Grenzen dieser Datenquellen analysiert und notwendige Ergänzungen beschrieben. Die relevanten Erfolgsindikatoren für spe-

zifische Aktionsfelder sind beschrieben, die Verfügbarkeit und Nutzbarkeit vorhandener Datenquellen sind geprüft. Weitere Ergänzungen beziehungsweise zusätzliche Spezifizierungen im Hinblick auf die Indikatoren sind ausgearbeitet. Aufgrund unzureichend aussagekräftiger Datenquellen sind zusätzliche systematische Erhebungen notwendig, um das Gesundheitsziel und seine Umsetzung evaluieren zu können. Bestehende Routineerhebungen in Deutschland sollten um Fragen zu relevanten Maßnahmen und Erfolgsindikatoren erweitert und verschiedene Erfolgsindikatoren zusammenfassend analysiert werden.

#### Schlüsselwörter

Gesundheitsziel · Depression · Evaluationskonzept

### Evaluation of Germany's sixth national health target entitled "Depressive illnesses – prevention, early diagnosis, sustainable treatment"

#### Abstract

In 2006, Germany's sixth national health target entitled "Depressive illnesses – prevention, early diagnosis, sustainable treatment" was developed by an interdisciplinary group of experts. A total of six areas of activity and proposals for action with potential for improvement were defined. Subsequently, a group of experts was entrusted with designing evaluation strategies, defining indicators of progress, and examining the accessibility of data sources for evaluation. For the primary start-up activities set out in the health targets, specific progress indicators were deduced, and routine data available for evaluation were identified. As a next step, the limitations of these data sources were analyzed and necessary improvements described. Rel-

evant indicators of progress for specific areas of activity have been described, the availability and usability of different existing data sources examined, and further supplements or additional specifications with respect to the indicators described. Due to inadequate data sources, additional systematic surveys are required to evaluate the health target and its implementation. Existing German surveys should be extended by questions concerning relevant measures and progress indicators; various progress indicators should be analyzed on a general basis.

#### Keywords

Health target · Depression · Evaluation concept

kungen, ihre Verbreitung und Behandlungsmöglichkeiten in allen Bevölkerungsschichten verbessert werden. Hierfür sind vor allem die Entwicklung und Verbreitung qualitätsgesicherter und zielgruppenspezifischer Informationen über das Krankheitsbild und die Behandlungsmöglichkeiten notwendig. Zusätzlich erscheinen die Initiierung und der Ausbau regionaler Bündnisse gegen Depression, die Durchführung spezifischer Schulungsprogramme und die Entwicklung gezielter Kooperationen mit Medien wichtig.

Zur Evaluation des Zielerreichungsgrades eines ausreichenden Wissensstandes über das Krankheitsbild Depression können insbesondere Informationen der entsprechenden Anbieter von Informations- und Aufklärungsprogrammen [zum Beispiel Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Deutsches Bündnis gegen Depression e.V., Gesundheitsportale] genutzt werden. In erster Linie müssen die entsprechenden Informationsmaterialien und Instrumente nach evidenzbasierten Kriterien analysiert und unter Kriterien wie Allgemeinverständlichkeit und Zielgruppengerechtigkeit bewertet werden. Darüber hinaus lassen sich Datenerhebungen des Deutschen Bündnisses gegen Depression sowie anderer Organisationen/Vereine nutzen, um den gesellschaftlichen Durchdringungsgrad zu analysieren.

Aus den Ergebnissen des Deutschen Bündnisses gegen Depression lässt sich schlussfolgern, dass die öffentliche Aufmerksamkeit durch gezielte Aktionen regional deutlich erhöht werden konnte [12]. In bevölkerungsrepräsentativen Erhebungen der Jahre 1990 und 2001 ließ sich dagegen keine flächendeckende Verbesserung der Einstellung zu depressiv Erkrankten aufzeigen [13]. Die ergänzende Analyse der Inhalte der Ausbildungscurricula relevanter Berufsgruppen (zum Beispiel in den Bereichen Medizin, Psychologie, Pflege) ermöglicht die Bewertung der Art, Qualität und Quantität der vermittelten Information über depressive Erkrankungen bei Schlüsselgruppen und -professionen.

Diese Datenquellen erlauben aber nur eingeschränkt Aussagen über den tatsächlichen Wissens- und Kenntnisstand der breiten Bevölkerung und Multiplikator(inn)en, sodass zusätzliche repräsentative Erhebungen notwendig sind. Neben Ergänzungen,

zum Beispiel im Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung, ist insbesondere die Integration entsprechender Erhebungsinstrumente in das bundesweite Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts (RKI) und in auf besondere Zielgruppen ausgerichteten bevölkerungsrepräsentativen Studien wichtig.

### Aktionsfeld „Prävention“

Prävention ist ein wichtiger Weg, um die Entwicklung depressiver Störungen zu verhindern beziehungsweise diese frühzeitig zu erkennen. Durch die Einleitung geeigneter Behandlungsmaßnahmen lassen sich Chronifizierungen und Rückfällen vorbeugen. Eine Repräsentativerhebung in der deutschen Allgemeinbevölkerung zeigt, dass diese für entsprechende Maßnahmen aufgeschlossen ist [14]. Drei Viertel aller Befragten waren der Meinung, dass man einer Depression vorbeugen kann, und ein substanzieller Teil gab an, an einem entsprechenden Programm teilnehmen zu wollen, auch mit einem finanziellen Eigenanteil. Insbesondere Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Familien sowie zur frühzeitigen Intervention bei Gruppen mit einem erhöhten Risiko sind wichtig. So können evaluierte Schulprojekte, wie das bundesweite Projekt „Gesundheit fördern“, für das Thema sensibilisieren und das Hilfesuchverhalten stimulieren. Hierbei können Schüler(inn)en von „Expert(inn)en in eigener Sache“, das heißt, von Menschen, die eine psychische Krankheit durchlebt haben, lernen und so Ängste und Vorurteile abbauen (<http://www.irsinnig-menschlich.de/html/schule.html>) [15]. Besondere Aufmerksamkeit verdient angesichts der hohen Prävalenz bei depressiv Erkrankten die Prävention von Suiziden beziehungsweise Suizidversuchen.

Aus nationalen epidemiologischen und europäischen Vergleichstudien lassen sich Aussagen zu den Inzidenz- und Prävalenzraten depressiver Erkrankungen ableiten [16, 17]. Anhand der Daten der statistischen Landesämter lässt sich die regionale Entwicklung der Suizidzahlen analysieren und in Beziehung zu spezifischen Maßnahmen setzen. Diesbezügliche Analysen des Nürnberger Bündnisses gegen Depression zeigen einen möglichen Rück-

gang suizidaler Handlungen. Zur eindeutigen Bewertung der Wirksamkeit ist allerdings die Analyse größerer und repräsentativer Datensätze notwendig [18].

Der Umgang der Medien mit den Themen Depression und Suizidalität lässt sich durch eine spezifische quantitative und inhaltliche Auswertung entsprechender Medienberichte und Pressespiegel analysieren. Zusätzlich können die Maßnahmen regionaler Depressionsnetzwerke (vor allem der Bündnisse gegen Depression) zur Verbesserung der Medien-Selbstkontrolle, zur Information der allgemeinen Bevölkerung durch die Medien und zur Erreichung einer sensiblen Berichterstattung in den Medien ausgewertet werden. Hier zeigen bisherige Analysen, dass durch eine intensive Arbeit mit Journalist(inn)en und die flächendeckende Einführung sogenannter „Medienguides“ die Suizidberichterstattung positiv beeinflusst und ein Rückgang der Berichte zum Thema Suizidalität erreicht werden kann [19].

Hinsichtlich betrieblicher Präventionsangebote und Angebote der Gesundheitsförderung können die jeweiligen Statistiken der Anbieter von Beratungs- und Hilfsangeboten (zum Beispiel Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände, Fachverbände, Berufsgenossenschaften) sowie der sozialmedizinischen Dienste in (Mittel- und Großbetrieben analysiert werden.

Zusätzliche systematische Erhebungen sind notwendig, da wichtige Informationen nur ansatzweise und unspezifisch vorhanden sind. Zur vergleichenden Analyse bevölkerungs- und risikogruppenbezogener Inzidenz- beziehungsweise Prävalenzraten ist die regelmäßige Erhebung epidemiologischer Daten, zum Beispiel mittels geeigneter Erhebungsinstrumente im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des RKI, sinnvoll. Dabei sollten Fragenkomplexe wie „Gesundheitszustand und Belastungsgrad der Kinder und Eltern Betroffener“ und „Kontaktaufnahme mit dem Gesundheitssystem“ depressionsspezifisch erweitert werden. Hinsichtlich betrieblicher Angebote der Gesundheitsförderung sollten zum Beispiel das sozioökonomische Panel (SOEP)<sup>1</sup> und das Pa-

nel des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB)<sup>2</sup> um Fragestellungen zur Berücksichtigung depressionsspezifischer Belastungen am Arbeitsplatz erweitert werden. Auch der Einbezug dieser Themen in die Forschungsschwerpunkte des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB)<sup>3</sup> wäre sinnvoll.

### Aktionsfeld „Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie“

Entscheidend für eine adäquate Behandlung depressiver Patient(inn)en ist die Umsetzung evidenzbasierter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Hier ist zu prüfen, inwieweit wissenschaftlich anerkannte und klinisch wirksame Behandlungsverfahren im ambulanten und stationären Bereich tatsächlich angewendet werden.

Um die Implementierung evidenzbasierter Leitlinien zur Diagnostik und Therapie depressiver Erkrankungen zu überprüfen, müssen aktuell vorhandene Leitlinien, insbesondere auf nationaler Ebene, zusammengestellt und bewertet werden. Als Datenquellen können zum Beispiel die Datenbank des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ), der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), der Deutschen Rentenversicherung Bund sowie medizinischer und psychologischer Fachgesellschaften genutzt werden. Neben der Bewertung des Entstehungsprozesses und der Güte ist insbesondere die Analyse der dort vorgeschlagenen Implementierungs- und Evaluationsstrategien erforderlich. Hier zeigten bisherige Reviews den größten Optimierungsbedarf [20, 21]. Ein entscheidender Schritt zur Umsetzung einer evidenzbasierten Leitlinie für Deutschland ist die im Konsens aller relevanten Akteure entwickelte S3-Leitlinie Depression, die eng mit dem nationalen Programm für Versorgungsleitlinien verknüpft ist [22]. Entscheidend für eine spezifische Evaluation sind konkrete Angaben zur tatsächlichen Anwendung und Akzeptanz in der Praxis. Hierfür lassen sich bereits jetzt aus der Analyse von Versor-

<sup>2</sup> IAB-Betriebspanel: repräsentative Arbeitgeberbefragung zu betrieblichen Bestimmungsgrößen der Beschäftigung.

<sup>3</sup> Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB): Kompetenzzentrum zur Erforschung und Weiterentwicklung der beruflichen Aus- und Weiterbildung.

<sup>1</sup> Sozioökonomisches Panel (SOEP): repräsentative Wiederholungsbefragung privater Haushalte in Deutschland.

gungsforschungsstudien in Deutschland im Bereich depressiver Erkrankungen sowohl bezüglich der Akzeptanz als auch der Praxisanwendung Verbesserungspotenziale ableiten [10, 23, 24].

Aus Projekten zum Qualitätsmanagement in Kliniken, Arztnetzen oder Einzelpraxen (vergleiche die Modellprojekte im Kompetenznetz Depression) lassen sich Aussagen zu den Effekten einer Leitlinienimplementierung bezüglich zentraler Struktur- [zum Beispiel Qualifikation der Mitarbeiter(inn)en, Warte- und Behandlungszeiten], Prozess- (vor allem diagnostische und therapeutische Maßnahmen) und Ergebnisindikatoren (zum Beispiel Therapieeffekte, Patientenzufriedenheit) ableiten [25, 26, 27]. Diese Modellprojekte belegen, dass durch eine stärkere Leitlinienorientierung medizinischer und psychotherapeutischer Entscheidungen, durch eine vernetzte Versorgung et cetera eine substantielle Verbesserung des Behandlungserfolges in der Depressionsbehandlung erzielt werden kann [10]. Eine zentrale Rolle für übergreifende und weiterführende Fragestellungen nehmen auch interdisziplinäre Forschungsverbände (zum Beispiel Forschungsnetz „Psychische Gesundheit“) und spezifische Projekte der Versorgungsforschung zum Praxistransfer evaluierter Qualitätsmanagement (QM)-Programme, zur Integrierten Versorgung und zum Case-Management ein.

Für praxisbezogene Aussagen zur Akzeptanz und zu Effekten evidenzbasierter Leitlinien in der Behandlung sind allerdings ergänzende systematische Erhebungen notwendig. Dabei müssen weitere spezifische Indikatoren, zum Beispiel Zugangswege, Effektivität und Wirtschaftlichkeit, soziale und berufliche Reintegration vor und nach der expliziten Implementierung von Leitlinien analysiert werden. Andererseits können auch solche Kliniken beziehungsweise Arztnetze mit anderen Kliniken beziehungsweise Arztnetzen verglichen werden, die Leitlinien nicht explizit einsetzen [26].

### Aktionsfeld „Stärkung der Patient(inn)en und Betroffenen“

Der stärkere Einbezug von Patient(inn)en und Angehörigen in den medizinischen Entscheidungsprozess ist ein zentrales Element bei der Behandlung depressiver Patient(inn)en. Wichtiges Ziel ist es, ein höheres Wis-

sen über Behandlungsmöglichkeiten und realistischere Erwartungen über Verlauf und Behandlung bei den Betroffenen zu erreichen. Die Qualifizierung von Mitarbeiter(inn)en verschiedener professioneller und selbsthilfebezogener Versorgungsangebote dient hier der zielgerichteten Beratung und Unterstützung Betroffener.

Für die Evaluation dieses Aktionsfeldes sind die Ergebnisse des Modellprojekts „Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ (<http://www.patient-als-partner.de>) nutzbar. Hier konnten positive Effekte einer Patientenbeteiligung hinsichtlich Patienten- und Ärztezufriedenheit, Patienten-Adherence und bezüglich der Behandlungseffekte gezeigt werden [28]. Insbesondere in den Transferprojekten der 2. Förderphase werden spezifische Programme zur Aus-, Fort- und Weiterbildung von Betroffenen sowie Ärzt(inn)en weiterentwickelt und evaluiert. Aus den hier gewonnenen Daten können Rückschlüsse auf Akzeptanz und Effekte solcher Fortbildungsprogramme sowie auf die Erreichbarkeit relevanter Berufsgruppen gezogen werden. Eine zusätzliche Analyse der Ausbildungscurricula relevanter Berufsgruppen erlaubt darüber hinaus Aussagen über den Verbreitungs- und Durchdringungsgrad dieser Beteiligungskonzepte. Diesbezügliche Befragungen zeigten, dass in der Lehre ein höherer Stellenwert gewünscht wird und ein Bedarf an Lehrmaterialien besteht [29].

Über Selbsthilfeorganisationen lassen sich weitere Informationen über Schulungsmaterialien und -programme für Betroffene erfassen. Zentrales Kriterium ist, ob die Informationsmaterialien und Entscheidungshilfen für Laien verständlich formuliert sind. Außerdem muss geprüft werden, inwieweit die vorhandenen Informationsmaterialien, Patientenleitlinien und Entscheidungshilfen Qualitätszertifikaten (HONcode- beziehungsweise Afgis-Kriterien<sup>4</sup>) entsprechen und welche Verbesserungspotenziale vorhanden sind. Zur Be-

<sup>4</sup> HONcode = Zertifikat für medizinische und gesundheitsbezogene Internetseiten der Stiftung „Health On the Net Foundation (HON)“ (<http://www.hon.ch/HONcode/German/>); Afgis-Logo = Qualitätslogo zur Kennzeichnung von qualitativ hochwertigen Gesundheitsinformationsangeboten im Internet. Vergeben durch das Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (afgis) e.V. (<http://www.afgis.de/afgis-ev>).

rücksichtigung der Sichtweise der Betroffenen lassen sich die Strukturen existierender Betroffener-Netzwerke [zum Beispiel Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (<http://www.nakos.de>)] nutzen. Das spezifisch für Betroffene eingerichtete Diskussionsforum des Kompetenznetzes Depression stellt hier ein weiteres Element der Selbsthilfe dar. Von besonderer Bedeutung sind zielgruppenspezifisch konzipierte Materialien (zum Beispiel in relevanten Fremdsprachen, Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte) und Informationen, inwiefern Selbsthilfeorganisationen durch die Behandelnden aus dem stationären und ambulanten Bereich fachlich unterstützt werden. Hierzu liegen allerdings kaum Daten vor, sodass zusätzliche Erhebungen notwendig erscheinen. Dies trifft auch für die Bewertung von Projekten der Integrierten Versorgung zur Beteiligung von Patienten- und Selbsthilfeorganisationen zu. Die Erfassung der realen Beteiligung von Patient(inn)en am Behandlungsprozess (Grad und Qualität) ist nur durch ergänzende Studien möglich, in denen die Arzt-Patienten-Interaktionen spezifisch analysiert werden.

### Aktionsfeld „Rehabilitation“

Zur Stabilisierung der Behandlungserfolge bei depressiven Erkrankungen sind auch abgestimmte ambulante, stationäre und rehabilitative Versorgungsangebote zur Bewältigung der Erkrankung und ihrer sozialen und beruflichen Folgen im Rahmen eines längerfristigen Behandlungskonzeptes sinnvoll [30, 31, 32, 33].

Zur Überprüfung, inwiefern adäquate Rehabilitationsmaßnahmen zur Langzeitbehandlung depressiv kranker Menschen bedarfs- und fachgerecht entwickelt und umgesetzt werden, können die Ergebnisse eines Projektes zu den Indikationskriterien für die differentielle Zuweisung von Patient(inn)en mit depressiven Erkrankungen zur Rehabilitation genutzt werden (gefördert durch die Deutsche Rentenversicherung Bund). Des Weiteren können auch die Ergebnisse und Empfehlungen der nationalen S3- beziehungsweise Versorgungsleitlinie Depression [22] sowie der Leitlinie zur rehabilitativen Behandlung von Patient(inn)en mit Angststörun-

gen und Depression (<http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de>) hinzugezogen werden. Inwiefern diese Kriterien und Empfehlungen in der Praxis umgesetzt werden, muss allerdings durch spezifische Erhebungen und Datenanalysen geprüft werden.

Zur Bewertung von Maßnahmen der betrieblichen Wiedereingliederung unter besonderer Berücksichtigung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz ist die Analyse von Daten der Arbeitgeberverbände, Berufs- und Fachverbände, Krankenkassen und Berufsgenossenschaften notwendig. Die derzeitige Datenlage ist allerdings nicht ausreichend. Vielmehr müssen diese Routineerhebungen um Fragen zur spezifischen Orientierung der Maßnahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements an den Belangen von Menschen mit depressiven Erkrankungen erweitert werden. Hierzu gehört neben der besonderen Berücksichtigung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz auch die Berücksichtigung der spezifischen Auswirkungen einer depressiven Erkrankung auf die kognitive und emotionale Belastbarkeit der Betroffenen.

### Aktionsfeld „Versorgungsstruktur“

Um die Behandlung depressiv Erkrankter bedarfsgerecht zu organisieren, sind Versorgungsformen mit höherer Durchlässigkeit und integrierter Zusammenführung der Leistungen verschiedener Bereiche notwendig. Hier sind einerseits Konzepte zu nennen, die verschiedene Versorgungssektoren (zum Beispiel integrierte Versorgungsmodelle) und spezifische Behandlungsschritte einbeziehen (Akut-, Erhaltungs-therapie, Patientenbegleitung, ambulante, stationäre und Rehabilitationsbehandlung), andererseits Konzepte, die durch veränderte Finanzierungsformen (zum Beispiel regionale Psychiatriebudgets) eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung erreichen wollen [34, 35].

Zur Evaluation einer fachgruppen- und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit in vernetzten Versorgungsstrukturen ist eine Analyse der Datenbanken der Fachverbände (zum Beispiel <http://www.dgppn.de>) im Hinblick auf die real umgesetzten Verträge der Integrierten Versorgung nach § 140 ff Sozialgesetzbuch V (SGB V), der Hausarztzentrierten Versorgung nach

§ 73b SGB V und der Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 c SGB V notwendig. Zusätzlich können Daten der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) und der Landesgeschäftsstellen, der Krankenkassen sowie Daten der Ländergesundheitsministerien und Gesundheitsämter zur Prüfung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten fachgruppen- und sektorenübergreifenden Versorgung ausgewertet werden. Ziel sollte die Erstellung regionaler sowie einer bundesweiten „Landkarte“ an Angeboten und Netzwerken für depressive Patient(inn)en sein. Hierbei soll neben der Bewertung der Anzahl und inhaltlichen Schwerpunkte der Netzwerke, der Anzahl und beruflichen Orientierung der Teilnehmer/innen sowie der Zahl einbezogener Patient(inn)en insbesondere eine Bewertung der konkreten diagnostischen und Therapieangebote hinsichtlich deren Leitlinienorientierung erfolgen. Am aussagekräftigsten ist allerdings die Analyse der Effekte und Evaluationsergebnisse der jeweiligen Netzwerke. Hierfür lassen sich netzwerkeigene Evaluationsberichte und Analysen (zum Beispiel bereits realisierte IV-Modelle in den Regionen Hamburg, Lübeck/Herzogtum Lauenburg, Aachen, München, Freiburg) nutzen, die durch eine übergreifende Analyse der Ergebnisse der verschiedenen Netzwerke im Sinne einer Übersichtsarbeit ergänzt werden.

Zur Bewertung der Erfolgsindikatoren sind ebenfalls zusätzliche systematische Erhebungen, insbesondere zur Evaluation der Zugangsmöglichkeiten und -barrieren für Patient(inn)en sowie der spezifischen Angebote notwendig. Hierbei können wesentliche Aspekte über zusätzliche Module im Rahmen des RKI-Gesundheitsmonitorings und in spezifischen Studien Patient(inn)en und Angehörige hinsichtlich der genutzten Behandlungsangebote und der erlebten Barrieren und Schwierigkeiten erfasst werden.

### Diskussion

Das dargestellte Evaluationskonzept fokussiert auf die im Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ als prioritär eingestuften Startermaßnahmen für die zentralen Aktionsfelder des Gesund-

heitsziels. Es definiert relevante Evaluationskriterien für die gesamte Bundesrepublik. Das vorliegende Evaluationskonzept soll sukzessive mit Blick auf die weiteren im Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen“ definierten Einzelmaßnahmen weiterentwickelt werden.

Zu drei Aktionsfeldern [„Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie“, „Stärkung der Patient(inn)en und Betroffenen“ und „Versorgungsstruktur“] liegen Erfahrungen und Ergebnisse aus Modellprojekten zu einzelnen Erfolgsindikatoren vor. Diese haben allerdings aufgrund ihrer regionalen Fokussierung nur eine eingeschränkte Aussagekraft. Für weitergehende, praxisbezogene Aussagen sind zusammenfassende Analysen und ergänzende systematische Erhebungen notwendig. Zu den meisten Erfolgsindikatoren fehlen allerdings aussagekräftige Daten, um eine Evaluation durchführen zu können. Für eine umfassende Evaluation müssen für die hier genannten Erfolgsindikatoren konkrete Kriterien zur Zielerreichung (zum Beispiel: Wie viele Menschen sollten durch spezifische Präventionsmaßnahmen erreicht werden? Wie soll der Grad der Distanzierung bewertet werden? Wie wird der Grad der Patientenbeteiligung bewertet?) definiert werden, um die Wirkung der jeweiligen Maßnahmen überprüfen zu können. Hierfür sind Verlaufsmessungen zu einzelnen Indikatoren, insbesondere mit Blick auf die Aktionsfelder „Aufklärung“, „Prävention“ und „Rehabilitation“, notwendig.

Insgesamt lässt sich ein deutlicher Nachholbedarf bei der Generierung und beim Aufbau aussagekräftiger Datenquellen (primär zur Verfügung stehende Routedaten) feststellen. Falls entsprechende Datenquellen vorliegen, sind diese häufig nicht zur Evaluation und Bewertung der relevanten Erfolgsindikatoren geeignet. Für bewertende Aussagen zum Erreichen der Gesundheitsziele sowie für die Darstellung von Entwicklungen und Zusammenhängen im Rahmen der Evaluation müssen darüber hinaus verschiedene Erfolgsindikatoren zusammenfassend analysiert werden. Zur weiteren Konkretisierung der Erfolgsindikatoren sollten auch weitere Indikatorensysteme auf Landes-, Bundes- und EU-Ebene einbezogen werden. Ein wesentlicher Indikatorenbereich dieses Gesundheitsziels ist die Zugangs- und Bedarfsge-

rechtigkeit. Da diese insbesondere durch die Nutzer/innen (vor allem Betroffene und Angehörige) beurteilt werden kann, sollte diese Perspektive in allen Methoden und Zugängen berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang ist eine enge Verzahnung des Gesundheitsziels Depression mit dem Gesundheitsziel „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“ sinnvoll.

## Fazit und Ausblick

Das vorgelegte Evaluationskonzept erfüllt mehrere Funktionen: Neben der Abbildung der Zielerreichung enthält es Impulse für die Gesundheitsberichterstattung, da es Datenlücken aufzeigt. Projekt- und Maßnahmeträgern soll es Hinweise und Anregungen für die Evaluation der eigenen Aktivitäten geben.

Um die dargestellte Evaluationsstrategie für das Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen“ praxisbezogen umsetzen zu können, sind spezifische Maßnahmen notwendig. Insgesamt müssen bestehende Routineerhebungen [zum Beispiel bundesweites Gesundheitsmonitoring des RKI, sozioökonomisches Panel (SOEP)] um Fragen zu relevanten Maßnahmen und Erfolgsindikatoren erweitert werden. Hierbei müssen sowohl die Perspektive der Geschlechterdifferenzierung (Gender Mainstreaming) durchgängig eingenommen als auch Unterschiede zwischen Lebensverhältnissen [zum Beispiel benachteiligte Sozialgruppen, ältere Menschen, Migrant(inn)en] systematisch untersucht werden. Die Erweiterung von Routineerhebungen ist aber per se nicht ausreichend. Für praxisbezogene Aussagen zum Erreichungsgrad der verschiedenen Erfolgsindikatoren in der ambulanten und stationären Behandlung sind ergänzende systematische Erhebungen und Studien im Rahmen der Versorgungsforschung erforderlich.

In diesem Zusammenhang hat sich bereits innerhalb des Forums *gesundheitsziele.de* eine Arbeitsgruppe gebildet, die für einen der im Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen“ beschriebenen Zielbereiche und Erfolgsindikatoren ein konkretes Evaluationsprojekt entwickeln und mit geeigneten Partnern aus dem Gesundheitsbereich (zum Beispiel Krankenkassen, Ärzteverbände, Stiftungen) im Laufe des Jahres

umsetzen soll. Grundsätzlich ist es hierbei wichtig, neben inhaltlichen Überlegungen zur gesellschafts- und gesundheitspolitischen Bedeutung der Thematik auch den potenziellen Nutzen für die Kooperationspartner zu berücksichtigen. Eine zukünftige Aufgabe wird es sein, solche Evaluationsprojekte mit Blick auf ihre Umsetzbarkeit für den Versorgungsalltag zu gestalten und spezifische Maßnahmen für einen multidimensionalen, sektorübergreifenden und interdisziplinären Ansatz systematisch in die Regelversorgung zu überführen. Daher sollten diese Evaluationsprojekte von vornherein auf ihre Praktikabilität und bundesweite Aussagekraft hin geprüft werden. Deren inhaltliche und strategische Verknüpfung mit bestehenden Routineerhebungen erscheint von entscheidender Bedeutung. Darüber hinaus führen die Akteure zahlreiche, zum Teil auch regelhafte Maßnahmen im Zielbereich durch, die vor allem auf den Rückgang der Erkrankungsinzidenz, die Verbesserung der Versorgung und die Stärkung von Patient(inn)en zielen.<sup>5</sup> Qualitativ bilden die Maßnahmen ein ganzes Spektrum ab, das von Informationskampagnen für die breite Öffentlichkeit und Hilfsangeboten für Betroffene über Fortbildungen für medizinische Berufe bis hin zum Aufbau von Vernetzungsstrukturen reicht.

Hauptakteure in diesem Feld sind die Leistungserbringer, insbesondere die Psychotherapeutenkammern, die mit ihren Maßnahmen Multiplikator(inn)en und Betroffene sowie auch deren Angehörige adressieren. Von besonderer Bedeutung für Vernetzung und Information sind die regionalen und kommunalen Bündnisse gegen Depression. Fast die Hälfte aller Maßnahmen wird evaluiert [36].

Deutlich zeigt sich aber auch der nach wie vor große Handlungsbedarf in allen Zielbereichen dieses Gesundheitsziels. Der Evaluation kommt die wichtige Funktion zu, „Beispiele guter Praxis“ herauszubilden und Erprobtes zur „guten Praxis“ weiterzuentwickeln.

<sup>5</sup> Ergebnisse der jährlichen Abfrage der Akteure im Kooperationsverbund zu ihren Aktivitäten zu den einzelnen Gesundheitszielen 2008. Die Befragung erfolgt im Rahmen der Jahresevaluation des Kooperationsverbundes.

## Korrespondenzadresse

### Dr. I. Bermejo

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Sektion Klinische Epidemiologie und Versorgungsforschung, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg Hauptstr. 5, 79104 Freiburg isaac.bermejo@uniklinik-freiburg.de

**Interessenkonflikt.** Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

1. Angele S (2003) Die Entwicklung von Gesundheitszielen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz 46:109–113
2. Bundesministerium für Gesundheit (2006) gesundheitsziele.de – Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Eigenverlag, Berlin
3. Murray CJ, Lopez AD (eds) (1997) The global burden of disease. Global burden of disease and injury series (volume I). Harvard University Press, Harvard
4. Wittchen HU, Müller N, Schmidtke B et al (2000) Erscheinungsformen, Häufigkeiten und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. Fortschr Med 118 (Suppl 1):4–10
5. Bundesgesundheitsblatt (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003–2006 Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz 50, Heft 5/6
6. Luppá M, Heinrich S, Angermeyer MC et al (2007) Cost-of-illness studies of depression: a systematic review. J Affect Disord 98:29–43
7. Mathers CD, Loncar D (2006) Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med 3, e442. doi:10.1371/journal.pmed.0030442
8. WHO (2001) World Health Report 2001 (<http://www.who.int/whr/2001/>; Zugriff: 8.9.2008)
9. Alonso J, Angermeyer M, Bernert S et al (2004) Use of mental health services in Europe: results from the European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMed) Project. Acta Psychiatr Scand 109 (Suppl 420):47–54
10. Härter M, Bermejo I, Ollenschläger G et al (2006) Improving quality of care for depression – The German action programme for the implementation of evidence-based guidelines. Int J Qual Health Care 18:113–119
11. Maschewsky-Schneider U, Lampert T, Kröger C et al (2006) Evaluation des Gesundheitsziels „Tabakkonsum reduzieren“. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz 49:1155–1161
12. Hegerl U, Althaus D, Stefanek J (2003) Public attitudes towards treatment of depression: effects of an information campaign. Pharmacopsychiatry 36:288–291
13. Angermeyer MC, Matschinger H (2004) Public attitudes to people with depression: have there been any changes over the last decade? J Affect Disord 83:177–182
14. Schomerus G, Angermeyer MC, Matschinger H, Riedel-Heller SG (2008) Public attitudes towards prevention of depression. J Affect Disord 106(3):257–263
15. Winkler I, Richter-Werling M, Angermeyer MC (2006) Strategies against the stigmatisation of mentally ill subjects and their practical realisation in the example of Irrsinnig Menschlich e.V. Gesundheitswesen. 68(11):708–713
16. Jacobi F, Wittchen HU, Höltling C et al (2004) Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). Psychol Med 34:597–611
17. Wittchen HU, Jacobi F (2005) Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. Eur Neuropsychopharmacol 15:357–376

18. Althaus D, Niklewski G, Schmidtke A, Hegerl U (2006) Veränderung der Häufigkeit suizidaler Handlungen nach zwei Jahren „Bündnis gegen Depression“. *Nervenarzt* 78:272–282
19. Schäfer R, Althaus D, Brosius HB, Hegerl U (2006) Suizidberichte in Nürnberger Printmedien – Häufigkeit und Form der Berichterstattung vor und nach der Implementierung eines Medienguides. *Psychiatr Prax* 33:132–137
20. ÄZQ (2003) Leitlinien-Clearingbericht Depression. (<http://www.leitlinien.de/clearingverfahren/index/clearing/clearingberichte/index/depression/00depression/view>; Zugriff: 8.9.2008)
21. Härter M, Bermejo I, Aschenbrenner A, Berger M (2001) Analyse und Bewertung aktueller Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung depressiver Störungen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 69:390–401
22. Härter M, Klesse C, Bermejo I et al (2008) Entwicklung der S3- und Nationalen Versorgungsleitlinie Depression. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 51:451–457
23. Härter M, Bermejo I (2006) Leitlinien – Entwicklung und Umsetzung von Depressionsleitlinien in Deutschland. In: Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz FW (Hrsg) *Volkskrankheit Depression. Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 387–404
24. Härter M, Schneider F, Gaebel W, Berger M (2003) Versorgungsleitlinien für depressive Störungen in der ambulanten Praxis. *Z Ärztl Fortbild Quallsich* 97 (Suppl V):9–91
25. Härter M, Sitta P, Keller F et al (2004) Prozess- und Ergebnisqualität stationärer Depressionsbehandlungen in Baden-Württemberg. *Nervenarzt* 75:1083–1091
26. Schneider F, Härter M, Brand S et al (2005) Guideline adherence of inpatient depression treatment. *Br J Psychiatry* 187:462–469
27. Sitta P, Brand S, Schneider F et al (2005) Qualitätsindikatoren in der Praxis. Ergebnisse aus einem Qualitätssicherungsprojekt des Kompetenznetzes Depression. *Nervenheilkunde* 5:388–396
28. Loh A, Leonhart R, Wills CE et al (2007) The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. *Patient Educ Couns* 65:69–78
29. Loh A, Simon D, Rockenbauch K, Härter M (2006) Partizipative Entscheidungsfindung – Stellenwert und Verbreitung in der medizinischen Ausbildung. *Z Med Psychol* 15:87–92
30. Gilbody S, Whyitty P, Grimshaw J, Thomas R (2003) Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA* 289:3145–3151
31. Pincus HA, Hough L, Houtsinger JK et al (2003) Emerging models of depression care. *Int J Methods Psychiatr Res* 12:54–63
32. Pincus HA, Pechura CM, Elison L, Pettit AR (2001) Depression in primary care: linking clinical and systems strategies. *Gen Hosp Psychiatry* 23:311–318
33. Von Korff M, Goldberg D (2001) Improving outcome in depression. *BMJ* 321:947
34. Härter M, Berger M (2006) Integrierte Versorgung Depression – Eine gut abgestimmte Behandlung stabilisiert den Erfolg. *INFO Neurologie Psychiatrie* 8 (Sonderheft 1):42–45
35. Roick C, Deister A, Zeichner D et al (2005) Das Regionale Psychiatriebudget: Ein neuer Ansatz zur effizienten Verknüpfung stationärer und ambulanter Versorgungsleistungen. *Psychiatr Prax* 32:177–184
36. Auswertung der Abfrage „Umsetzung der Gesundheitsziele“ 2008 als Anlage zur Jahresevaluation des Kooperationsverbundes (unveröffentlicht)

### **Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz**

Ausschreibung des 29. Forschungspreises zur Förderung methodischer Arbeiten mit dem Ziel der Einschränkung und des Ersatzes von Tierversuchen vom 3. September 2009

Die rechtlichen Anforderungen zum Schutze der Gesundheit des Verbrauchers erfordern nach dem gegenwärtigen Stand der Wissenschaft noch immer Tierversuche bei der Entwicklung, Prüfung und Kontrolle von chemischen und pflanzlichen Stoffen, insbesondere im Bereich der Arzneimittel, Lebensmittelzusatzstoffe und Bedarfsgegenstände. Um die Forschung anzuregen, nach Möglichkeiten zur Einschränkung oder zum Ersatz dieser Tierversuche zu suchen, schreibt das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz einen Forschungspreis aus. Der Preis ist mit bis zu 15.000 € dotiert.

Der Preis wird für wissenschaftliche Arbeiten ausgeschrieben, die einen Beitrag insbesondere zur Weiterentwicklung pharmakologisch-toxikologischer Untersuchungsverfahren leisten, wie zum Beispiel zur Bestimmung der akuten, subchronischen und chronischen Toxizität, der erbgutverändernden, Tumor erzeugenden, fruchtbarkeits- und fruchtschädigenden Eigenschaften sowie der nutzbringenden Wirkungen. In den Arbeiten soll auch auf den biologischen Aussagewert der Ergebnisse für den Menschen eingegangen werden.

Die Bewerber werden gebeten, nur zur Publikation akzeptierte Arbeiten oder veröffentlichte wissenschaftliche Arbeiten oder wissenschaftliche Publikationen, deren Veröffentlichung nicht länger als zwei Jahre zurückliegt, bis zum 31. März 2010 an das

**Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz,  
Referat 321, Rochusstraße 1,  
53123 Bonn**

in achtfacher Ausfertigung (einschließlich der Anlagen) einzureichen. Später eingehende Bewerbungen werden nicht berücksichtigt. Poster und Zusammenfassungen werden

nicht akzeptiert. Die Arbeit muss in deutscher oder englischer Sprache abgefasst sein. Bei umfangreicheren Unterlagen wird um eine Zusammenfassung des Inhaltes gebeten.

Eine Begründung der Relevanz für den Tierschutz ist beizufügen. Dabei soll unter anderem angegeben werden, welcher Tierversuch konkret ersetzt beziehungsweise reduziert werden soll. Auch um Skizzierung des möglichen Umfangs der dadurch einzusparenden Zahl der Versuchstiere wird gebeten. Eine Rücksendung der eingereichten Unterlagen erfolgt nicht.

Die Vergabe des Preises erfolgt auf Vorschlag eines unabhängigen Preiskuratoriums. Eine Aufteilung des Preises auf mehrere Preisträger bleibt vorbehalten. Ein Anspruch auf Preisverleihung besteht nicht. Bereits mit einem Tierschutzpreis ausgezeichnete oder zu diesem Zweck eingereichte Unterlagen sind kenntlich zu machen.

**Bundesministerium für Ernährung,  
Landwirtschaft und Verbraucherschutz,  
321-34711/0004**