

Die „European Alliance Against Depression (EAAD)“ – Ein europäisches Netzwerk zur Verbesserung der Versorgung depressiv erkrankter Menschen

Tim Pfeiffer-Gerschel¹, Meike Wittmann¹ und Ulrich Hegerl²

¹ Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München

² Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Universitätsklinikum Leipzig

Schlüsselwörter:

Depression – gemeindenaher Versorgung
– Europäisches Netzwerk – Suizidalität

Keywords:

Depression – community-based care –
european network – suicidality

Die „European Alliance Against Depression (EAAD)“ – Ein europäisches Netzwerk zur Verbesserung der Versorgung depressiv erkrankter Menschen

Im Jahr 2001 wurde das „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ im Rahmen des vom deutschen Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Kompetenznetzes „Depression, Suizidalität“ als Modellprojekt in Nürnberg initiiert. In einem 4-Ebenen-Ansatz wurde versucht, die Versorgungssituation depressiv erkrankter Menschen auf unterschiedlichen Ebenen des Versorgungssystems zu optimieren. Eine umfassende wissenschaftliche Begleitevaluation des Programms konnte nachweisen, dass im Zeitraum der Intervention insbesondere Suizidversuche in Nürnberg um mehr als 20% zurückgegangen sind. Dieser Effekt zeigte sich nicht in der Kontrollregion.

Aufgrund der positiven Erfahrungen mit dem „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ entstand 2002 zunächst das „Deutsche Bündnis gegen Depression e.V.“, in dem sich zahlreiche deutschsprachige Regionen zusammengeschlossen haben, um ähnliche Programme durchzuführen.

Seit April 2004 wird das Konzept des „Bündnisses gegen Depression“ mit Unterstützung der Europäischen Kommission auch in der „European Alliance Against Depression (EAAD)“ in Kooperation mit 20 Partnern aus 18 europäischen Ländern international umgesetzt.

Ziel des EAAD-Netzwerkes ist die Bündelung gleichgerichteter Aktivitäten zur Verbesserung der Versorgung depressiv erkrankter Menschen. Weitere Informationen zu EAAD finden Sie unter www.eaad.net.

The „European Alliance Against Depression“. An European Network Targeting at Effective Care in Community-based Services for Persons Suffering from Depressive Disorders

Action programmes fostering partnerships and bringing together regional and national authorities to promote the care of depressed patients are urgently needed. In 2001 the “Nuremberg Alliance Against Depression” was initiated as a community-based model project within the large-scaled “German Research Network on Depression and Suicida-

lity” (Kompetenznetz “Depression, Suizidalität”) which was funded by the German Federal Ministry on Education and Research. The “Nuremberg Alliance Against Depression” was a 4-level action programme, conducted in the city of Nuremberg (500,000 inhabitants) and addressing 4 parallel intervention levels. The project has been evaluated both with respect to a 1-year baseline and a control region (city of Würzburg). With confirmatory statistics a significant reduction of suicidal behaviour by more than 20% was observed.

Based on these positive results the “German Alliance Against Depression” was founded in 2002, which coordinates the implementation of similar intervention programmes all over Germany and within German-speaking regions of Switzerland, Austria and Italy. In 2004 18 international partners representing 16 different countries, a WHO work group and a professional IT-partner established the “European Alliance Against Depression”. Supported by the European Commission an international network has been built up. In 2006, two further partners joined the EAAD network. The successful basic principle of an action-oriented programme that intervenes on various levels and utilises knowledge and expertise of an international network of experts in combination with a number of established regional activities forms the core principle of EAAD.

During the next months the regional campaigns and already existing networks will be expanded to other regions

and – where possible – to national level. Future EAAD intervention activities and regional campaigns will aim at special target groups to a higher degree, especially focusing on prevention of depressive disorders and suicidal behaviour among children and adolescents.

Overall, EAAD may serve as an example of how European community based “best practice” models for improving the care of depressed patients and suicidal persons can be implemented using a bottom-up approach (starting from a regional model project to a national expansion of activities and policy relevant recommendations). The European Commission presented the EAAD project as one of the most promising strategies in the area of mental health at the WHO European Ministerial Conference on Mental Health in Helsinki and listed EAAD in its Green Paper “Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union“.

Einleitung

Die unipolare Depression ist eine häufig auftretende Erkrankung, die in vielen Fällen durch einen immer wiederkehrenden, oft auch chronischen Verlauf gekennzeichnet ist. Nach Ergebnissen des 1998/99 in Deutschland durchgeführten Bundesgesundheits-surveys beträgt die 12-Monats-Querschnittsprävalenz depressiver Störungen in Deutschland 8,3% für Erwachsene (18-65 Jahre) [1-3]. In einer kürzlich erschienenen Metaanalyse konnte das seit langem bekannte Ergebnis bestätigt werden, dass Frauen im Vergleich zu Männern ein etwa doppelt so hohes Risiko haben, an einer Depression zu erkranken [4]. Diese Daten werden auch durch die Ergebnisse des Bundesgesundheits-surveys gestützt. Demnach ist die 12-Monatsprävalenz bei Frauen mit 11,2% mehr als doppelt so hoch wie bei Männern (5,4%). Diese

Angaben entsprechen den Kategorien „depressive Episode“ (F32, F33) der ICD-10 bzw. „Major Depression“ des DSM IV. Nicht berücksichtigt dabei sind Dysthymia (2,5%) und depressive Episoden im Rahmen bipolarer Erkrankungen (0,8%). Ergebnisse der ESE-MeD¹-Arbeitsgruppe, die zwischen 2001 und 2003 Erhebungen mit vergleichbarer Methodik an 21.425 Erwachsenen (>18 Jahre) in sechs europäischen Ländern durchgeführt hat, kommen zu einer 12-Monatsprävalenz depressiver Erkrankungen von 3,9% insgesamt (Frauen: 5,0%, Männer: 2,6%) [5].

Vor allem aufgrund des Auftretens suizidaler Krisen und anderer die Sterbewahrscheinlichkeit direkt oder indirekt erhöhender Einflussfaktoren (z.B. soziale oder berufliche Schwierigkeiten), stellt die Depression eine lebensbedrohliche Erkrankung dar (Übersichten bei: [6-9]. Ergebnisse psychologischer Autopsiestudien zeigen, dass über 90% aller Suizide vor dem Hintergrund einer bestehenden psychiatrischen Erkrankung verübt wurden. Affektive Erkrankungen spielen hier neben Suchterkrankungen und schizophrenen Psychosen die größte Rolle [10-13].

Großer Handlungsbedarf ergibt sich in vielen Ländern aus der Tatsache, dass zwar gute Behandlungsverfahren zur Verfügung stehen, diese aber in vielen Fällen nur bei einem kleinen Teil der Patienten optimal genutzt werden [14-21]. Dazu trägt zum einen ein diagnostisches Defizit bei, das den Umstand beschreibt, dass viele Betroffene insbesondere bei erstmaligem Auftreten depressiver Erkrankungen nicht als depressive Patienten erkannt werden. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die subjektiven Beschwerden primär körperlicher Natur (z.B. Schlafstörungen oder diffuse Schmerzzustände) sind. Die Erkennensrate depressiver Störungen in der hausärztlichen Praxis wird je nach Studie mit 40-60% angegeben [22-25]. Das therapeutische Defizit fasst die Tatsachen zusammen, dass auch bei

korrekt als depressiv diagnostizierten Patienten in vielen Fällen keine angemessene Behandlung initiiert oder beibehalten wird, weil die Betroffenen z.B. keinen Arzt zur Weiterbehandlung aufsuchen oder nicht compliant mit der Behandlung sind. Auch ist davon auszugehen, dass nur ein Teil der Betroffenen überhaupt mit dem Versorgungssystem in Kontakt steht. In ihrer internationalen Untersuchung kamen Alonso und Kollegen [26] zu dem Ergebnis, dass nur 37% der Betroffenen mit einer diagnostizierten affektiven Störung im 12-Monatszeitraum vor der Befragung Kontakt mit dem Versorgungssystem hatten. Von diesen wurden 35% ausschließlich hausärztlich behandelt, 31% gemeinsam durch Hausarzt und Psychiater. Etwa ein Drittel der Patienten erhielt gleichzeitig eine psychotherapeutische und medikamentöse Behandlung, ca. 38% erhielten ausschließlich Medikamente, etwa 14% nur psychotherapeutische Hilfe. Die gemeinsame Behandlung durch Haus- und Facharzt scheint sich sowohl positiv auf die Compliance bei der Einnahme einer antidepressiven Medikation als auch auf die depressive Symptomatik auszuwirken [27].

Aus der großen Verbreitung depressiver Erkrankungen einerseits und den diagnostischen und therapeutischen Defiziten andererseits, resultiert international ein erheblicher Bedarf nach der Implementierung effizienter Aktionsprogramme zur Verbesserung der Versorgungssituation depressiv erkrankter Menschen.

Die meisten Interventionsstudien, deren Ergebnisse publiziert wurden, konzentrieren sich auf eine bestimmte Maßnahme (wie z.B. Fortbildungen für Ärzte). Die Ergebnisse dieser Programme sind uneinheitlich [28-34]. Andere Projekte verfolgen zwar einen breiteren Ansatz, liefern aber keinen ausreichenden Wirksamkeitsnachweis oder konnten diesen aufgrund des Studiendesigns nicht erbringen [35-40]. Angesichts der Komplexität der Einflussfaktoren, die zum diagnostischen und therapeuti-

1 ESEMeD: European Study of the Epidemiology of Mental Disorders

schen Defizit hinsichtlich depressiver Erkrankungen beitragen, scheinen auf verschiedenen Ebenen parallel ansetzende Aktionsprogramme am viel versprechendsten zu sein [41].

Im kürzlich veröffentlichten „*Grünbuch: Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union*“ (Europäische Kommission, 2005) wurden breit gefächerte, gemeindebasierte Interventionen zur Verbesserung der Versorgungssituation depressiv erkrankter Menschen empfohlen und die „European Alliance against Depression“ (EAAD) als ein beispielhaftes Projekt genannt. Im Folgenden werden Strategie und Interventionen dieses Europäischen Projekts vorgestellt.

Die Strategie und die konkreten Maßnahmen, die im Rahmen von EAAD initiiert werden, basieren zu einem erheblichen Teil auf den Erfahrungen und Ergebnissen des „*Nürnberger Bündnis gegen Depression*“ (NBgD) [42]. Dieses in Nürnberg über einen Zeitraum von 2 Jahren hinweg durchgeführte, gemeindebasierte Aktionsprogramm gegen Depression und Suizidalität liefert deutliche Belege für die Wirksamkeit des EAAD zugrunde liegenden Ansatzes.

Erfahrungen auf regionaler Ebene: das „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ (NBgD)

Das „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ (NBgD) wurde als ein Subprojekt des vom deutschen Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Kompetenznetzes „Depression, Suizidalität“ in den Jahren 2001 und 2002 in der Stadt Nürnberg (500.000 Einwohner) durchgeführt. Ziel war es, die Versorgungssituation depressiv erkrankter Menschen zu verbessern und damit – vor dem Hintergrund der erheblichen Relevanz affektiver Erkrankungen bei suizidalen Hand-

lungen – einen Beitrag zur Suizidprävention zu leisten. Die Evaluation des Projekts erfolgte sowohl im Vergleich zu einer 1-Jahres-Baseline als auch einer Kontrollregion. Die Intervention fand auf vier verschiedenen, sich gegenseitig ergänzenden Ebenen gleichzeitig statt (Abbildung 1; für eine ausführliche Darstellung der Methodik und der Ergebnisse des Projektes siehe auch: [42]):

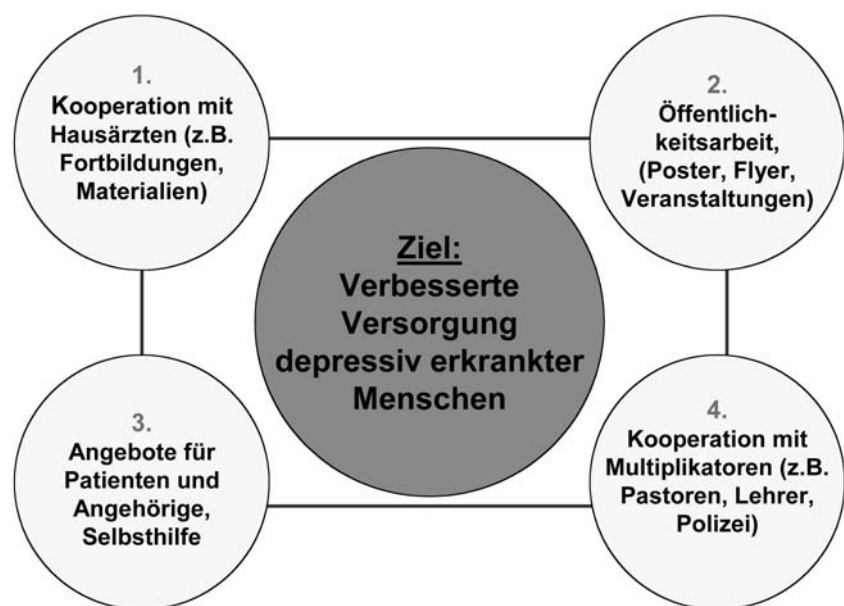


Abbildung 1: Der 4-Ebenen-Interventionsansatz des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“

Im Rahmen der Kooperation mit niedergelassenen Hausärzten wurden interaktive Schulungen unter Verwendung spezieller Fortbildungsmaterialien angeboten. Außerdem wurden Screening-Instrumente evaluiert [43] und zusammen mit anderen Informationsmaterialien (z.B. Falter, Broschüren, Videos) an die Ärzte verteilt. Im Rahmen einer professionellen Informationskampagne für die breite Öffentlichkeit wurden Plakate (Abb. 2) an öffentlichen Plätzen aufgehängt, Informationsfalter und -broschüren verteilt und ein Kinospot entwickelt. Zahlreiche öffentliche Veranstaltungen (z.B. Vorträge, Podiumsdiskussionen und Aktionstage) wurden als weiteres Element der Kampagne durchgeführt.

Für verschiedene Multiplikatorengruppen, wie Lehrer, Mitarbeiter von Beratungsstellen, Pfarrer, Altenpflegekräfte, Polizisten und Apotheker wurden ebenfalls Schulungen angeboten. Dabei wurden für unterschiedliche Multiplikatorengruppen jeweils spezifische Fortbildungsmaterialien entwickelt. Darüber hinaus wurde eine enge Zusammenarbeit mit der Presse aufgebaut, um das Risiko von Nachahmungsuiziden zu minimieren (Aushändigung



Abbildung 2: Poster „Depression hat viele Gesichter“

eines 12 Punkte umfassenden Leitfadens zur Berichterstattung über Suizide in den Medien). An Patienten, die nach einem Suizidversuch stationär behandelt wurden, wurde eine „Notfallkarte“ [44] mit der Telefonnummer einer speziellen Hotline ausgehändigt, um im Falle einer erneuten Krise einen schnellen und unbürokratischen Zugang zu einer fachlichen Betreuung herzustellen. Als weitere Elemente der Aktivitäten auf dieser Ebene sind die Gründung neuer und die Förderung bereits bestehender Selbsthilfegruppen zu nennen.

Die Evaluation des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“ erfolgte sowohl im Vergleich zu einer 1-Jahres-Baseline (Vergleichswerte des Jahres 2000) als auch einer Kontrollregion (Stadt Würzburg, 290.000 Einwohner). Primäres Erfolgskriterium des Programms waren Veränderungen der Häufigkeit suizidaler Handlungen (Summe aus Suiziden und Suizidversuchen). Im Vergleich zur Kontrollregion konnte in Nürnberg während der beiden Interventionsjahre eine signifikante Senkung der Häufigkeit suizidaler Handlungen festgestellt werden (2001 vs. 2000: -19,4%; $p < 0,1$; 2002 vs. 2000: -24,0%, $p < 0,05$) (Abbildung 3, [42]). Betrachtet man ausschließlich Effekte auf die Häufigkeit von Suizidversuchen zeigte sich das gleiche Ergebnis (2001 vs. 2000: -18,3%, $p < 0,05$; 2002 vs. 2000: -26,5%, $p < 0,001$). Am deutlichsten reduzierte sich die Häufigkeit von Hochrisikomethoden, d.h. von besonders drastischen, weil in der Mehrzahl tödlichen Suizidversuchsmethoden (Erhängen, Erschießen, Sprung in die Tiefe). Für den statistischen Nachweis von Effekten auf die Suizidzahlen war die untersuchte Region zu klein bzw. die zufällige jährliche Fluktuation der Suizidzahlen zu groß. Zusätzliche Auswertungen ein Jahr nach Ende der Intervention (2003) zeigten eine weitere Senkung der Häufigkeit suizidaler Handlungen in Nürnberg (2003 vs. 2000: -32,2%; $p < 0,001$). Ergebnisse der Analyse sekundärer Erfolgskriterien (Veränderungen des Wissens und der Einstellungen der Öffentlichkeit zum

Thema „Depression“, Veränderungen in den Verordnungen von Antidepressiva durch niedergelassene Haus- und Fachärzte) unterstützten den Nachweis der Wirksamkeit des Interventionsprogramms.

Grundgedanke der EAAD besteht im Austausch bereits verfügbarer Instrumente, Konzepte und Materialien untereinander und deren jeweilige Anpassung an regionale Gegebenheiten. Der Schwerpunkt des Netzwerkes liegt in

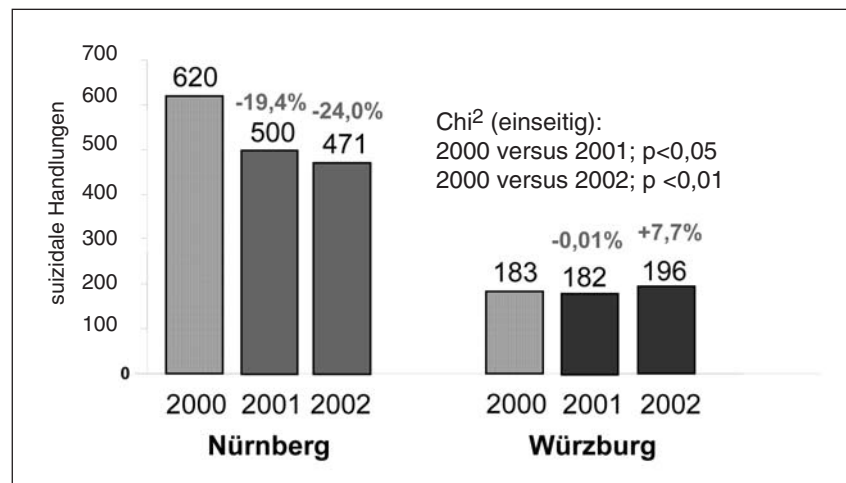


Abbildung 3: Suizidale Handlungen in Nürnberg und Würzburg während der Baseline (2000) und in den beiden Interventionsjahren (2001, 2002).

Entstehung der „European Alliance Against Depression“ (EAAD)

Bereits seit 2003 zeigten viele Kommunen im In- und Ausland Interesse, das Konzept des „Nürnberger Bündnisses“ zu übernehmen und selbst umzusetzen. Mittlerweile haben über 40 Regionen in ganz Deutschland unter dem gemeinsamen Dach des bundesweiten „Deutschen Bündnisses gegen Depression e.V.“ eigene Interventionsprogramme (www.buendnis-depression.de) implementiert. Auch Regionen in anderen europäischen Ländern brachten ihr Interesse am Konzept des NBgD zum Ausdruck. Das Interesse auf internationaler Ebene führte im Jahr 2004 zur Gründung der von der Europäischen Kommission geförderten „European Alliance Against Depression“ (EAAD). Die Grundidee besteht auch hier in der Durchführung regionaler, gemeindebasierter 4-Ebenen-Interventionsprogramme, um die Versorgungssituation depressiver Patienten zu verbessern und Suizidalität zu senken. Ein wesentlicher

der Durchführung konkreter Aktionsprogramme auf regionaler Ebene. Soweit mit den verfügbaren Ressourcen möglich, werden die Initiativen anhand gemeinsam definierter Standards evaluiert, die sich ebenfalls an den im Rahmen des Nürnberger Pilotprojektes definierten Outcome-Parameter orientieren.

Während der ersten Projektphase der EAAD (2004/2005) wurden vergleichbare Interventionsprogramme in vielen europäischen Partnerregionen gestartet, Konzepte und Materialien des NBgD an lokale bzw. nationale Besonderheiten angepasst und um bereits verfügbare regionale Angebote und Materialien ergänzt. Während der zweiten Projektphase (2006-2008) werden die Aktivitäten auf überregionaler oder nationaler Ebene in den verschiedenen Ländern ausgeweitet. Ein weiterer Schwerpunkt der aktuellen Förderphase besteht in der Implementierung spezieller Angebote für Kinder und Jugendliche. Im Jahr 2006 umfasst EAAD 20 internationale Partner aus 18 verschiedenen europäischen Ländern (Abb. 4).



Abbildung 4: Partner in der „European Alliance Against Depression“

Ein im Rahmen des Projektes erstellter umfangreicher Katalog mit Materialien für die Durchführung von Interventionsprogrammen enthält unter anderem:

- Beispiele für Poster aus verschiedenen Ländern
- Broschüren in mehreren Sprachen und für unterschiedliche Zielgruppen
- Beispiele regionaler EAAD-Webseiten
- Leitlinien für die Presseberichterstattung über Depression und Suizidalität
- Kurzdarstellungen verschiedener Trainingseinheiten für Hausärzte und Multiplikatoren
- Zusammenfassungen von Informationsvideos
- die Kurzdarstellung eines Train-the-Trainer-Seminars
- Beispiele von Hilfsangeboten für besonders gefährdete Personen

Viele dieser Materialien sind im Rahmen des NBgD entstanden und wurden in unterschiedliche Landessprachen übersetzt bzw. an die nationalen Besonderheiten der jeweiligen Länder

angepasst (z.B. andere Bildmotive der Poster). Mehrere Regionen haben darüber hinaus eigenes Material zu dem Katalog beigesteuert. Eine wichtige Funktion des Katalogs besteht in der modellhaften Präsentation besonders geeigneter Maßnahmen, um unnötige Mehrarbeit zu vermeiden und von Erfahrungen anderer Partner zu profitieren.

Bisherige Aktivitäten der EAAD

Seit 2004 wurden in nahezu allen Mitgliedsregionen Informationsmaterialien wie >40.000 Poster und etwa 370.000 Informationsfalter für breit angelegte Öffentlichkeitskampagnen produziert und verteilt. Bereits im Sommer 2005 hatten die meisten Partner mit der Durchführung von Auftaktveranstaltungen offiziell ihre Kampagnen gestartet. Diese Auftaktveranstaltungen fanden häufig unter Einbeziehung von oder in Kooperation mit lokalen Vertretern aus Politik und dem medizinischen Versorgungssystem statt. Ebenso haben nahezu alle Partner eine enge Kooperation mit Ärzten der Primärversorgung aufgebaut. Neben Fortbildungen zur Diagnostik und Behandlung depressiver Erkrankungen in der hausärztlichen Praxis wurden an diese Zielgruppe auch zahlreiche Informationsmaterialien (z.B. Videos) ausgehändigt, die den Patienten zur Vermittlung eines Krankheitskonzeptes und zur Compliance-Förderung mitgegeben werden können.

Etwa 150 Informationsveranstaltungen und Workshops für Hausärzte wurden bislang im Rahmen der EAAD durchgeführt. In mehr als 200 Veranstaltungen wurden verschiedene Multiplikatorengruppen, wie z.B. Altenpflegekräfte, Lehrer, Polizisten und Geist-

Bislang durchgeführte Aktionen	
Erstellte Plakate	>40,000
Verteilte Flyer und Informationsbroschüren	>370,000
Verteilte Videokassetten, CD-ROMs, DVDs	~4,500
Produzierte Kino- und TV-Spots	8
Erstellte regionale Webseiten	8
Presseveröffentlichungen, Radio- und TV-Auftritte	~250
Öffentliche Informationsveranstaltungen	~250
Informationsveranstaltungen und Workshops für Hausärzte	~150
Schulungsveranstaltungen für Multiplikatoren	~220
Verteilte Notfallkarten	32,000
Eingerichtete Krisentelefone und andere Beratungsangebote	11
Gegründete Selbsthilfegruppen	25

Tabelle 1: Bislang durchgeführte Aktionen im Rahmen von EAAD (seit 04/2004)

liche, Armeeinghörige oder Praxismitarbeiterinnen geschult. Darüber hinaus nahmen Psychiater, Psychologen und andere Experten im Bereich „Psychische Gesundheit“ an Train-the-Trainer-Seminaren teil, um sich für die Durchführung von Weiterbildungsveranstaltungen im Rahmen von EAAD vorzubereiten. Gezielte Unterstützung für Selbsthilfegruppen (wie die Gründung von mehr als 25 neuen Selbsthilfegruppen) und Angebote für besonders gefährdete Personen (wie die Einrichtung zahlreicher Telefon-Hotlines oder die Distribution von mehr als 30.000 Notfallkarten an Patienten nach Suizidversuch) wurden ebenfalls bereits in fast allen Partnerregionen realisiert. Die Auflistung in Tabelle 1 gibt einen Überblick darüber, welche Maßnahmen bisher im Rahmen von EAAD auf den vier verschiedenen Interventionsebenen ergriffen wurden.

Bereits im Sommer 2004 wurde auch eine Webseite erstellt (www.eaad.net), die als Informationsplattform für die breite Öffentlichkeit dient (siehe Abb. 5) und über einen zugangsbeschränkten Mitgliederbereich die netzwerkinterne Kommunikation unterstützt.

Die Evaluation von EAAD

Der grundsätzliche Nachweis der Wirksamkeit des 4-Ebenen Ansatzes der EAAD wurde im Rahmen der wissenschaftlichen Pilotstudie in Nürnberg bereits erbracht. Dennoch existieren eine Reihe interessanter Fragestellungen, die weiteren Aufschluss über die Wirkmechanismen dieses Konzeptes liefern können. Eine eigene Expertengruppe aus EAAD-Mitgliedern hat sich bereits während der ersten Förderphase auf Kernindikatoren verständigt, die nach Möglichkeit mit weitgehend einheitlichen Erhebungsstandards und Definitionen von den Partnern erhoben werden. Dabei wurden bereits existierende Standards berücksichtigt (z.B. folgt die in der EAAD verwendete Definition suizidaler Handlungen der WHO Multicentre Study on Parasuicide). Die EAAD-Kernindikatoren umfassen:

- Suizide, Suizidversuche / selbstverletzendes Verhalten
- Verschreibungsprofile von Psychopharmaka
- Einstellungen und Wissen zu den Themen „Depression“ und „Suizidalität“ bei Ärzten, Pflegekräften und anderen Personengruppen, sowie in der breiten Öffentlichkeit

Eine Dokumentation fasst die Kernindikatoren und Vorschläge für Instrumente zu deren Erhebung zusammen. Die meisten EAAD Partner befinden sich noch in der Interventionsphase, so dass bislang nur erste Daten der Baselineerhebungen einzelner Partner vorliegen.

Ausblick

Entsprechend der Zielsetzung der zweiten Phase der EAAD werden in einigen Ländern die lokalen Netzwerke und die von ihnen initiierten regionalen Aktivitäten bereits auf andere Regionen und auf nationaler Ebene ausgedehnt (z.B. Schweiz, Österreich, Italien, Frankreich, Estland). Dieser Prozess hängt zum einen von der Struktur des Gesundheitssystems in den jeweiligen Ländern ab, als auch von der Integration von EAAD in andere nationale Initiativen zur Förderung der psychischen Gesundheit. Am Beispiel der Schweiz lässt sich diese Entwicklung gut veranschaulichen: Zu Beginn hat eine einzelne Region (Kanton Zug) das ursprüngliche NBgD-Konzept übernommen und ein vergleichbares Interventionsprogramm initiiert. Die Organisation und Durchführung lag in den Händen einer Nichtregierungsorganisation und engagierter Einzelpersonen. Nach ersten Erfahrungen und der Initiierung eines zweiten regionalen Bündnisses gegen Depression im Kanton Bern, übernahm das Schweizer Bundesamt für Gesundheit (BAG) als Dachorganisation die Verantwortung für die Ausweitung der EAAD in der gesamten Schweiz. Dieser Prozess illustriert sehr anschaulich einen möglichen Grund für den Erfolg der gewählten Strategie: Ausgehend von regionalen Initiativen, die in einem hohen Maße die Identifikation der regionalen Organisatoren und Initiatoren mit ihren regionalen Bündnissen ermöglichen, erfolgt im Rahmen eines „Bottom-up“-Ansatzes die Einbeziehung überregionaler Institutionen, die über die organisatorische (und ggf. finanzielle) Ressourcen verfügen, derart

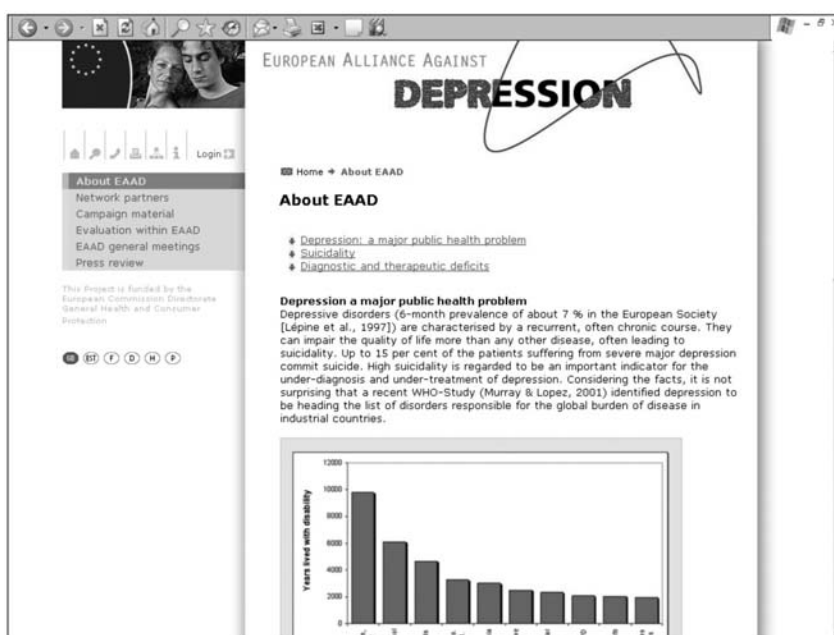


Abbildung 5: EAAD-Homepage

gewachsene Netzwerke zu betreuen und in überregionale Strukturen einzubinden. Darin liegt der Schlüssel zum Erfolg von EAAD als einem kosteneffizienten europäischen Programms zur Förderung der psychischen Gesundheit.

Literatur

- [1] Wittchen, H.-U., N. Müller, H. Pfister, S. Winter, and B. Schmidtke, Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland –Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. [Affektive, somatoform and anxiety disorders in Germany – initial results of an additional federal survey of “psychiatric disorders”]. *Gesundheitswesen*, 1999. 61 Spec No: p. S216-22.
- [2] Wittchen, H.-U., N. Müller, and S. Storz, Psychische Störungen: Häufigkeit, psychosoziale Beeinträchtigungen und Zusammenhänge mit körperlichen Erkrankungen. *Gesundheitswesen*, 1998. 60(Sonderheft 2): p. S95-S100.
- [3] Jacobi, F., H.U. Wittchen, C. Holting, M. Hofler, H. Pfister, N. Müller, and R. Lieb, Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med*, 2004. 34(4): p. 597-611.
- [4] Fryers, T., T. Brugha, Z. Morgan, J. Smith, T. Hill, M. Carta, V. Lehtinen, and V. Kovess, Prevalence of psychiatric disorder in Europe: the potential and reality of meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2004. 39(11): p. 899-905.
- [5] Alonso, J., M.C. Angermeyer, S. Bernert, R. Bruffaerts, T.S. Brugha, H. Bryson, G. de Girolamo, R. Graaf, K. Demyttenaere, I. Gasquet, J.M. Haro, S.J. Katz, R.C. Kessler, V. Kovess, J.P. Lepine, J. Ormel, G. Polidori, L.J. Russo, G. Vilagut, J. Almansa, S. Arbabzadeh-Bouchez, J. Autonell, M. Bernal, M.A. Buist-Bouwman, M. Codony, A. Domingo-Salvany, M. Ferrer, S.S. Joo, M. Martinez-Alonso, H. Matschinger, F. Mazzi, Z. Morgan, P. Morosini, C. Palacin, B. Romera, N. Taub, and W.A. Vollebergh, Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 2004(420): p. 21-7.
- [6] Bauer, M., P.C. Whybrow, J. Angst, M. Versiani, and H.J. Möller, World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders, Part 1: Acute and continuation treatment of major depressive disorder. *World J Biol Psychiatry*, 2002. 3(1): p. 5-43.
- [7] Bauer, M., P.C. Whybrow, J. Angst, M. Versiani, and H.J. Möller, World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders, Part 2: Maintenance treatment of major depressive disorder and treatment of chronic depressive disorders and sub-threshold depressions. *World J Biol Psychiatry*, 2002. 3(2): p. 69-86.
- [8] Lopez, A.D., C.D. Mathers, M. Ezzati, D.T. Jamison, and C.J. Murray, Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet*, 2006. 367(9524): p. 1747-57.
- [9] Wittchen, H.U. and F. Jacobi, Epidemiologie, in *Volkskrankheit Depression?*, G. Stoppe, A. Bramesfeld, and F.-W. Schwartz, Editors. 2006, Springer: Berlin, Heidelberg. p. 15-38.
- [10] Wittchen, H.U. and F. Jacobi, Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol*, 2005. 15(4): p. 357-76.
- [11] Wunderlich, U., T. Bronisch, and H.U. Wittchen, Comorbidity patterns in adolescents and young adults with suicide attempts. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 1998. 248(2): p. 87-95.
- [12] Kessler, R.C., P. Berglund, G. Borges, M. Nock, and P.S. Wang, Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *Jama*, 2005. 293(20): p. 2487-95.
- [13] Lönnqvist, J.K. and M. Koskenvuo, Mortality in depressive disorders: a 3-year prospective follow-up study in Finland., in *Depressive Illness: Prediction of Course and Outcome*, D.R. Helgason T, Editor. 1988, Springer-Verlag: Berlin. p. 126-130.
- [14] Dunn, R.L., J.M. Donoghue, R.J. Ozminkowski, D. Stephenson, and T.R. Hylan, Longitudinal patterns of antidepressant prescribing in primary care in the UK: comparison with treatment guidelines. *J Psychopharmacol*, 1999. 13(2): p. 136-43.
- [15] Hylan, T.R., R.L. Dunn, R.G. Tepner, and F. Meurgey, Gaps in antidepressant prescribing in primary care in the United Kingdom. *Int Clin Psychopharmacol*, 1998. 13(6): p. 235-43.
- [16] Lawrenson, R.A., F. Tyrer, R.B. Newson, and R.D. Farmer, The treatment of depression in UK general practice: selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants compared. *J Affect Disord*, 2000. 59(2): p. 149-57.
- [17] Lecrubier, Y. and T. Hergueta, Differences between prescription and consumption of antidepressants and anxiolytics. *Int Clin Psychopharmacol*, 1998. 13(11): p. 2s7-11.
- [18] Linden, M., Y. Lecrubier, C. Bellantuono, O. Benkert, S. Kisely, and G. Simon, The prescribing of psychotropic drugs by primary care physicians: an international collaborative study. *J Clin Psychopharmacol*, 1999. 19(2): p. 132-40.
- [19] Sartorius, N., T.B. Ustun, J.A. Costa e Silva, D. Goldberg, Y. Lecrubier, J. Ormel, M. Von Korff, and H.U. Wittchen, An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on ‘Psychological Problems in General Health Care’. *Arch Gen Psychiatry*, 1993. 50(10): p. 819-24.
- [20] Spitzer, R.L., K. Kroenke, M. Linzer, S.R. Hahn, J.B. Williams, F.V. deGruy, 3rd, D. Brody, and M. Davies, Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *Jama*, 1995. 274(19): p. 1511-7.
- [21] Wittchen, H.-U. and D. Pittrow, Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: The Depression 2000 study. *Hum Psychopharmacol*, 2002. 17 Suppl 1: p. S1-11.
- [22] Wittchen, H.-U., M. Hofler, and W. Meister, Prevalence and recognition of depressive syndromes in German primary care settings: poorly recognized and treated? *Int Clin Psychopharmacol*, 2001. 16(3): p. 121-35.
- [23] Balestrieri, M., M.G. Carta, S. Leonetti, G. Sebastiani, F. Starace, and C. Bellantuono, Recognition of depression and appropriateness of antidepressant treatment in Italian primary care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2004. 39(3): p. 171-6.
- [24] Ormel, J., M.W. Koeter, W. van den Brink, and G. van de Willige, Recognition, management, and course of anxiety and depression in general practice. *Arch Gen Psychiatry*, 1991. 48(8): p. 700-6.
- [25] Paykel, E.S., T. Brugha, and T. Fryers, Size and burden of depressive disorders in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol*, 2005. 15(4): p. 411-23.
- [26] Alonso, J., M.C. Angermeyer, S. Bernert, R. Bruffaerts, T.S. Brugha, H. Bryson, G. de Girolamo, R. Graaf, K. Demyttenaere, I. Gasquet, J.M. Haro, S.J. Katz, R.C. Kessler, V. Kovess, J.P. Lepine, J. Ormel, G. Polidori, L.J. Russo, G. Vilagut, J. Almansa, S. Arbabzadeh-Bouchez, J. Autonell, M. Bernal, M.A. Buist-Bouwman, M. Codony, A. Domingo-Salvany, M. Ferrer, S.S. Joo, M. Mar-

- tinez-Alonso, H. Matschinger, F. Mazzi, Z. Morgan, P. Morosini, C. Palacin, B. Romera, N. Taub, and W.A. Vollebergh, Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 2004(420): p. 47-54.
- [27] Katon, W., M. Von Korff, E. Lin, G. Simon, E. Walker, J. Unutzer, T. Bush, J. Russo, and E. Ludman, Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: a randomized trial. *Arch Gen Psychiatry*, 1999. 56(12): p. 1109-15.
- [28] Bennewith, O., N. Stocks, D. Gunnell, T.J. Peters, M.O. Evans, and D.J. Sharp, General practice based intervention to prevent repeat episodes of deliberate self harm: cluster randomised controlled trial. *Bmj*, 2002. 324(7348): p. 1254-7.
- [29] Callahan, C.M., H.C. Hendrie, R.S. Dittus, D.C. Brater, S.L. Hui, and W.M. Tierney, Improving treatment of late life depression in primary care: a randomized clinical trial. *J Am Geriatr Soc*, 1994. 42(8): p. 839-46.
- [30] King, M., O. Davidson, F. Taylor, A. Haines, D. Sharp, and R. Turner, Effectiveness of teaching general practitioners skills in brief cognitive behaviour therapy to treat patients with depression: Randomised controlled trial. *BR MED J*, 2002. 324(7343): p. 947-950.
- [31] Lin, E.H., G.E. Simon, D.J. Katelnick, and S.D. Pearson, Does physician education on depression management improve treatment in primary care? *J Gen Intern Med*, 2001. 16(9): p. 614-9.
- [32] Rahman, A., M.H. Mubbashar, R. Gater, and D. Goldberg, Randomised trial of impact of school mental-health programme in rural Rawalpindi, Pakistan. *Lancet*, 1998. 352(9133): p. 1022-5.
- [33] Simon, G.E., M. Von Korff, E.J. Ludman, W.J. Katon, C. Rutter, J. Unutzer, E.H. Lin, T. Bush, and E. Walker, Cost-effectiveness of a program to prevent depression relapse in primary care. *Med Care*, 2002. 40(10): p. 941-50.
- [34] Thompson, C., A.L. Kinmonth, L. Stevens, R.C. Peveler, A. Stevens, K.J. Ostler, R.M. Pickering, N.G. Baker, A. Henson, J. Preece, D. Cooper, and M.J. Campbell, Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet*, 2000. 355(9199): p. 185-91.
- [35] Althaus, D. and U. Hegerl, The evaluation of suicide prevention activities: state of the art. *World J Biol Psychiatry*, 2003. 4(4): p. 156-65.
- [36] Jorm, A.F., H. Christensen, and K.M. Griffiths, The impact of beyondblue: the national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments. *Aust N Z J Psychiatry*, 2005. 39(4): p. 248-54.
- [37] Mann, J.J., A. Apter, J. Bertolote, A. Beautrais, D. Currier, A. Haas, U. Hegerl, J. Lonnqvist, K. Malone, A. Marusic, L. Mehlum, G. Patton, M. Phillips, W. Rutz, Z. Rihmer, A. Schmidtke, D. Shaffer, M. Silverman, Y. Takahashi, A. Varnik, D. Wasserman, P. Yip, and H. Hendin, Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama*, 2005. 294(16): p. 2064-74.
- [38] Paykel, E.S., A. Tylee, A. Wright, R.G. Priest, S. Rix, and D. Hart, The defeat depression campaign: Psychiatry in the public arena. *AM J PSYCHIATRY*, 1997. 154(6 Suppl.): p. 59-66.
- [39] Rutz, W., L. von Knorring, and J. Walinder, Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand*, 1992. 85(1): p. 83-8.
- [40] Rutz, W., J. Walinder, G. Eberhard, G. Holmberg, K.A. von, K.L. von, B. Wistedt, and W.A. Aberg, An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation. *Acta Psychiatr Scand*, 1989. 79(1): p. 19-26.
- [41] Gilbody, S., P. Whitty, J. Grimshaw, and R. Thomas, Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA*, 2003. 289(23): p. 3145-51.
- [42] Hegerl, U., D. Althaus, A. Schmidtke, and G. Niklewski, The Alliance Against Depression: Two year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychological Medicine*, 2006. 36(9): p. 1225-1234.
- [43] Henkel, V., R. Mergl, R. Kohnen, W. Maier, H.J. Möller, and U. Hegerl, Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. *Bmj*, 2003. 326(7382): p. 200-1.
- [44] Morgan, H.G., E.M. Jones, and J.H. Owen, Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The green card study. *Br J Psychiatry*, 1993. 163: p. 111-2.

Univ.-Prof. Dr. Ulrich Hegerl
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
Universitätsklinikum Leipzig
ulrich.hegerl@medizin.uni-leipzig.de

Österreichisches Bündnis gegen Depression

www.buendnis-depression.at