

Stellungnahme

**Stellungnahme zum Referentenentwurf
einer Elften Verordnung zur Änderung
der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
(11. RSA-ÄndV)**

3. November 2004

I. Allgemeine Bewertung

Der vorliegende Referentenentwurf einer Elften Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung konstatiert in Übereinstimmung mit der ätiologischen und epidemiologischen Evidenz (vgl. 1, 7) die Bedeutung von psychosozialen Faktoren und komorbiden psychischen Störungen für die Entstehung und den Verlauf chronischer Atemwegserkrankungen. Es fehlt allerdings an einer stringenten Systematisierung des psychosozialen Versorgungspfades im Rahmen des DMP mit präzisen Schnittstellendefinitionen, wie dies zur Gewährleistung eines patientenzentrierten und bedarfsgerechten Versorgungsmanagements im Rahmen des DMP erforderlich wäre (vgl. 6).

Die Erkenntnisse der Versorgungsforschung weisen auf besondere Defizite hinsichtlich der Erkennensrate von psychischen Störungen in der Primärärztlichen Versorgung hin. Diesen damit einhergehenden psychosozialen Versorgungsdefiziten, welche einen bedeutsamen negativen Einfluss auf den Verlauf der chronischen Atemwegserkrankungen implizieren, kann mittels evidenzbasierter Screeningverfahren effektiv und ökonomisch begegnet werden.

In der aktuellen Fassung des Referentenentwurfs bleibt es dem klinischen Urteilsvermögen der/des DMP-Ärztin/Arztes, deren/dessen diagnostischer Sensitivität gegenüber maladaptiven Bewältigungsmustern und komorbiden psychischen Störungen und ihren/seinen Kenntnissen über die Wirksamkeit psychologisch-psychotherapeutischer Interventionen zur Förderung des Selbstmanagements und bei der Behandlung komorbider psychischer Störungen überlassen, inwiefern entsprechende Schulungsmaßnahmen oder eine indizierte fachpsychotherapeutische Behandlung durchgeführt werden.

Gerade am Anfang der Versorgungskette stellt sich in besonderer Weise die Aufgabe einer adäquaten Behandlungssteuerung und einer indikativen Zuweisung auf bedarfsgerechte Behandlungsmaßnahmen. Die DMP bieten aufgrund definierter strukturierter diagnostischer und

therapeutischer Maßnahmen eine spezifische Chance Screening-Verfahren zu implementieren, welche eine patientengerechte und bedarfsorientierte Behandlungszuweisung optimieren helfen.

Ohne eine weitere Optimierung des Referentenentwurfs steht zu befürchten, dass der für eine Qualitätsverbesserung der Versorgung unerlässliche psychosoziale Versorgungspfad im Rahmen einer vertraglichen Umsetzung der Rechtsverordnung wie bereits bei den bisherigen DMP nur rudimentär implementiert wird und die in diesem Zusammenhang zu erwartenden Verbesserungen in der Patientenversorgung nicht erreicht und die Einsparpotentiale nicht ausgeschöpft werden können (vgl. 5, 14).

In diesem Sinnen sollen die im Folgenden aufgeführten detaillierten Änderungsvorschläge sollen dazu beitragen, die aufgeführten Defizite des Referentenentwurfs zu korrigieren.

II. Detailvorschläge zur Optimierung des Referentenentwurfs Asthma bronchiale (Teil I)

Einfügungen (fett) bzw. Streichungen []:

Zu Kap. 1.5.5 Psychische , psychosomatische und psychosoziale Betreuung

Einfügung:

„Aufgrund des komplexen Zusammenwirkens von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren bei Patientinnen und Patienten mit Asthma bronchiale ist durch die Ärztin/den Arzt zu prüfen, inwieweit Patientinnen und Patienten von psychotherapeutischen und/oder psychiatrischen Behandlungen profitieren können.“

Zur Frühidentifikation von psychischen Auffälligkeiten ist von der DMP-Ärztin/ von dem DMP-Arzt im jährlichen Abstand ein standardisiertes psychometrisches Screening bei Erwachsenen mit dem Patient Health Questionnaire (PHQ; deutsche Version) durchzuführen. Wird dabei ein Referenzwert für eine klinisch relevante Auffälligkeit erreicht, ist der Patientin/dem Patienten zu empfehlen, eine differentialdiagnostische Abklärung bei einer Psychotherapeutin/einem Psychotherapeuten vorzunehmen. Bei Kindern und Jugendlichen ist ein jährliches psychometrisches Screening auf der Grundlage der Child Behavior Checklist (CBCL; deutsche Version) vorzunehmen. Wird dabei eine klinisch relevante Auffälligkeit festgestellt, ist der Patientin/dem Patienten bzw. den Erziehungsberechtigten zu empfehlen, eine differentialdiagnostische Abklärung bei einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchzuführen.

Bei psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert [soll] ist die Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer durchzuführen.“

Begründung

Die empirisch belegte erhöhte Prävalenzrate für Angststörungen und für affektive Störungen (vgl. 1) bei Asthma bronchiale sowie die negativen Auswirkungen von psychischen Störungen auf den Verlauf von Asthmaerkrankungen (vgl. 2, 3) machen eine Präzisierung der Schnittstellendefinition für die Einbeziehung psychologisch-psychotherapeutischer Interventionen erforderlich. Vor dem Hintergrund der empirisch belegten geringen diagnostischen Sensitivität der primärärztlichen Versorgung bei der Frühidentifikation von psychischen Störungen (vgl. 9, 12, 13, 14) wird dazu ein standardisiertes psychometrisches Screening bei Erwachsenen mit Hilfe des Patient Health Questionnaire (PHQ; deutsche Version) und bei Kindern und Jugendlichen mit Hilfe der Child Behavior Checklist (CBCL; deutsche

Version) vorgeschlagen. Damit kann eine erheblich verbesserte Identifikationsrate im Vergleich zu klinischen Urteilen erreicht werden (vgl. 1, 13,14). Die Bearbeitung der Fragebögen durch die Patientinnen und Patienten ist einfach und wenig zeitaufwendig (ca. 5-10 Min), die standardisierte Auswertung kann ökonomisch von einer Praxishelferin der DMP-Ärztin/des DMP-Arzttes durchgeführt werden. Aufgrund festgelegter Referenzwerte ist die Fallidentifikation einfach und zuverlässig vorzunehmen. Durch die festgelegten cut-off-Werte ist gleichzeitig die Schnittstelle für den psychosozialen Behandlungspfad im Rahmen des DMP definiert. Die Überprüfung des Diagnoseverdachts und die daraus abzuleitenden Behandlungsempfehlungen setzen allerdings eine fachpsychotherapeutische Qualifikation voraus.

Eine psychotherapeutische Mitbehandlung kann indiziert sein zur psychologischen Intervention bei direkt krankheitsspezifischen psychischen Problemen oder bei nicht direkt krankheitsspezifischen oder krankheitsunspezifischen Problemen, die sich jedoch auf das Krankheitsbewältigungs- und Selbstmanagementverhalten der Patientin/des Patienten auswirken (vgl. 8). Das Vorliegen einer Depression oder Angst in Bezug auf die Erkrankung oder Therapie, mangelnde Motivation und Krankheitsakzeptanz sowie Defizite im Bereich der sozialen Kompetenz und geringe soziale Unterstützung sind als bedeutende Prädiktoren für Non-Compliance anzusehen und gefährden damit den Therapieerfolg insgesamt (vgl. 2, 3, 8, 13).

Zu Kap. 1.6.2 Überweisung von der/dem koordinierenden Arzt/Ärztin zur/zum jeweils qualifizierten Fachärztin oder zur qualifizierten Einrichtung

Einfügung:

Die Ärztin oder der Arzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei folgenden Indikationen/Anlässen eine Überweisung/Weiterleitung zur Mitbehand-

lung und/oder erweiterter Diagnostik von Patientinnen und Patienten zur/zum jeweils qualifizierten Fachärztin/Facharzt bzw. **Psychotherapeutin/Psychotherapeuten** oder zur qualifizierten Einrichtung erfolgen soll.

„bei Vorliegen von psychosozialen Belastungsfaktoren bzw. psychischen

Problemen oder krankheitswertigen psychischen Störungen“

Begründung

Psychosoziale Stressoren, maladaptive Krankheitsbewältigungsmuster oder krankheitswertige psychische Störungen wirken sich nachweislich mindestens in demselben Umfang negativ auf den Krankheitsverlauf bei Asthma bronchiale aus wie die im Entwurf aufgeführten Indikationen (vgl. die Ausführungen unter 1.5.5. und die dort angegebenen Evidenznachweise). Eine positive Beeinflussung dieser negativen Interferenzen setzt eine fachpsychotherapeutische Mitbehandlung voraus.

III. Detailvorschläge zur Optimierung des Empfehlungsentwurfs COPD (Teil II)

Zu Kap. 1.5.6 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung

Einfügungen wie beim DMP Asthma bronchiale unter 1.5.5

Begründung

siehe oben unter 1.5.5.

**Zu Kap. 1.6.2 Überweisung von der/dem koordinierenden
Arzt/Ärztin zur/zum jeweils qualifizierten Fachärztin oder zur qua-
lifizierten Einrichtung**

Einfügung analog Asthma Abschnitt 1.6.2

Begründung

siehe oben unter 1.6.2

Literatur

- ¹Baumeister, H., Korinthenberger, K., Bengel, J. & Härter, M.(2004).
Psychische Störungen bei Asthma bronchiale – ein systematischer
Review empirischer Studien. Psychotherapie, Psychosomatik, Me-
dizinische Psychologie. Zur Veröffentlichung eingereicht.
- ²Bosley, C.M., Fosbury, J.A. & Cochrane, G.M. (1995). The psycho-
logical factors associated with poor compliance with treatment in
asthma. *European Respiratory Journal*, 8, 899-904;
- ³DiMatteo, M.R., Lepper, H.S. & Croghan, T.W. (2000). Depression is
a risk factor for non-compliance with medical treatment: meta-
analysis of the effects of anxiety and depression on patient adher-
ence. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2101-2107;
- ⁴Döpfner, M., Plück, J., Berger, W., Fegert, J.M., Huss, M., Lenz, K.,
Schmeck, K., Lehmkuhl, U., Poustka, F., & Lehmkuhl, G.(1997).
Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in
Deutschland - Ergebnisse einer repräsentativen Studie: Methodik,
Alters-, Geschlechts- und Beurteilereffekte. *Zeitschrift für Kinder-
und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 25, 218-233.
- ⁵Dörning, H. & Grobe, T.G.(2004). Inanspruchnahme gesundheitlicher
Versorgung im Vorfeld der Abklärung einer psychischen oder psy-
chosomatischen Erkrankung. In: H. Vogel & J.Wasem (Hrsg.). Ge-
sundheitsökonomie in Psychotherapie und Psychiatrie (pp. 239-
247). Stuttgart: Schattauer.
- ⁶Gilbody, S., Whitty, P., Grimshaw, J., Thomas, R. (2003). Educational
and organizational interventions to improve the management of de-
pression in primary care. *JAMA*, 18, 3145-3151.

- ⁷Horne, R. & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 6, 555-567.
- ⁸Lehrer, P., Feldman, J., Giardino, N., Song, H-S., & Schmaling, K.(2002). –Psychological Aspects of Asthma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 691-711.
- ⁹Linden, M., Maier, W., Achberger, M., Herr, R., Helmchen, H., & Benkert, O.(1996). Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland: Ergebnisse aus einer Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO). *Nervenarzt*, 67, 205-215.
- ¹⁰Löwe, B., Spitzer, R.L., Gräfe, K., Kroenke, K., Quenter, A., Zipfel, S., Buchholz, B., Witte, S., & Herzog, W.(2004). Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *Journal of Affective Disorders*, 78, 131-140.
- ¹¹Löwe. B., Gräfe, K., Zipfel, S., Spitzer, R.L., Hermann-Lingen, C., Witte, S., & Herzog, W. (2003). Detecting panic disorder in medical and psychosomatic outpatients: Comparative validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Patient Health Questionnaire, a screening question, and physicians' diagnosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 515-519.
- ¹²Tress, W., Kruse, J., Heckrath, C., Schmitz, N., & Albert, L.(1997). Psychogene Erkrankungen in hausärztlichen Praxen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 43, 211-232.
- ¹³Wittchen, H.U. et al.(2001). GAD-P-Studie. Bundesweite Studie "Generalisierte Angst und Depression im primärärztlichen Bereich. *Münchener Medizinische Wochenschrift. Fortschritt in der Medizin*, 119 (Sonderheft 1), 1-49.

- ¹⁴Zielke, M.(2004). Krankheitskosten für psychosomatische Erkrankungen in Deutschland und Reduktionspotenziale durch verhaltensmedizinische Interventionen. In: H.Vogel & J. Wasem (Hrsg.). Gesundheitsökonomie in Psychotherapie und Psychiatrie (pp. 215-238). Stuttgart: Schattauer.