

**Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses  
zur Zusammenführung der Anforderungen an struk-  
turierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz  
2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL)  
– Entwurfsfassung vom 16.09.2013**

---

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer  
gemäß § 91 Absatz 8a SGB V vom 21.10.2013**

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Beschlussentwurf § 1 bis § 8</b> .....	<b>3</b>
4.1. Vorschlag zu § 1 Gesetzliche Grundlagen und Regelungsgegenstand .....	3
4.2. Vorschlag zu § 4 Anforderungen an die Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten .....	4
<b>3. Anlage 5: Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten     Behandlungsprogrammen für Patientinnen und Patienten mit koronaren     Herzkrankheiten (KHK)</b> .....	<b>4</b>
3.1. Allgemeine Bewertung .....	4
3.2. Detailvorschläge .....	6
3.2.1 Vorschlag zu Kapitel 1.3 Therapieziele .....	6
3.2.2 Vorschlag zu Kapitel 1.5.1.2 Raucherberatung .....	7
3.2.3 Vorschlag zu Kapitel 1.5.1.6 Psychosoziale Betreuung .....	8
3.2.4 Vorschlag zu Kapitel 1.5.1.7 Psychische Komorbiditäten .....	9
3.2.5 Vorschlag zu Kapitel 2 Qualitätssichernde Maßnahmen .....	11
3.2.6 Vorschlag zu Kapitel 4.2 Schulungen der Versicherten .....	12
3.2.7 Vorschlag zu Anlage 6 Koronare Herzkrankheiten – Dokumentation .....	13
<b>4. Anlage 7: Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für     Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1</b> .....	<b>13</b>
4.1. Allgemeine Bewertung .....	13
4.2. Detailvorschläge .....	15
4.2.1 Vorschlag zu Kapitel 1.3.1 Therapieziele .....	15
4.2.2 Vorschlag zu Kapitel 1.3.3 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme.....	15
4.2.3 Vorschlag zu Kapitel 1.3.6 Raucherberatung .....	16
4.2.4 Vorschlag zu Kapitel 1.5.2 Diabetische Neuropathie .....	16
4.2.5 Vorschlag zu Kapitel 1.5.5 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung .....	17
4.2.6 Vorschlag zu Kapitel 1.7.3 Schulung .....	20
4.2.7 Vorschlag zu Kapitel 1.7.4 Psychosoziale Betreuung .....	20
4.2.8 Vorschlag zu Kapitel 1.8.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin, Arzt oder Einrichtung zur jeweils qualifizierten Fachärztin, Facharzt oder Einrichtung .....	22
4.2.9 Vorschlag zu Kapitel 2 Qualitätssichernde Maßnahmen .....	23
4.2.10 Vorschlag zu 4.2 Schulungen der Versicherten.....	24
4.2.11 Vorschlag zu Anlage 8: Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 - Dokumentation.....	26
<b>5. Literatur</b> .....	<b>27</b>

## 1. Einleitung

Die Prävalenz psychischer Störungen ist sowohl bei koronaren Herzkrankheiten als auch bei Diabetes mellitus Typ 1 im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöht und psychosoziale Beeinträchtigungen und Belastungen haben einen negativen Einfluss auf den Verlauf der beiden genannten Krankheiten. Die Bedeutsamkeit psychosozialer Faktoren und psychischer Erkrankungen ist jedoch im Beschlussentwurf nicht hinreichend berücksichtigt. Im Folgenden sind daher die Änderungs- und Ergänzungsvorschläge der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) zu der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL) dargestellt.

### Legende

unterstrichen: Einfügungen

~~durchgestrichen~~: Streichungen

## 2. Beschlussentwurf § 1 bis § 8

### 4.1. Vorschlag zu § 1 Gesetzliche Grundlagen und Regelungsgegenstand

Die BPTK schlägt für § 1 Absatz 5 des Beschlussentwurfs folgende Änderungen vor:

*Soweit die Regelungen dieser Richtlinie Inhalte der ärztlichen und psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung ~~Therapie~~ betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlungsauftrags im Einzelfall erforderlichen ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlungsspielraum nicht ein.*

### Begründung

Neben Ärztinnen und Ärzten haben auch Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten das Recht, die in der Ausbildung erworbenen psychotherapeutischen Kenntnisse und Fertigkeiten in fachlicher

Weisungsfreiheit eigenverantwortlich auszuüben. Dies macht eine explizite Aufnahme der beiden Berufsgruppen in § 1 Absatz 5 des Beschlussentwurfs unverzichtbar.

#### **4.2. Vorschlag zu § 4 Anforderungen an die Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten**

**Die BPtK schlägt für § 4 Absatz 3 Satz 3 folgende Einfügung vor:**

*Schulungsprogramme, die angewandt werden sollen, müssen inhaltlich und methodisch ausreichend aktuell, strukturiert, evaluiert, zielgruppenspezifisch und publiziert sein.*

#### **Begründung**

In den Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Patientinnen und Patienten mit koronaren Herzkrankheiten (KHK) wird in Kapitel 4.2 gefordert, dass Schulungsprogramme strukturiert, evaluiert, zielgruppenspezifisch und publiziert sein müssen. Diese Aspekte sollten für alle im Rahmen von DMP eingesetzten Schulungsprogrammen gültig sein.

### **3. Anlage 5: Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Patientinnen und Patienten mit koronaren Herzkrankheiten (KHK)**

#### **3.1. Allgemeine Bewertung**

Im Hinblick auf die Gewichtung und systematische Einbeziehung psychosozialer Faktoren sowie der erhöhten Komorbidität psychischer Störungen, die auf den Krankheitsverlauf von KHK Einfluss nehmen, weist der vorliegende Beschlussentwurf einige Defizite auf.

- Psychosoziale Beeinträchtigungen und psychische Störungen wirken sich nachweislich negativ auf die Entstehung und den Krankheitsverlauf bei KHK aus [1 - 8]. Die Verringerung sozialer und psychischer Beeinträchtigungen ist daher in erster Linie für die Betroffenen, aber auch angesichts der damit verbundenen erhöhten Versorgungskosten von erheblicher Bedeutung [9, 10]. Das

Ziel einer Verringerung psychosozialer Beeinträchtigungen ist jedoch im Entwurf nicht enthalten.

- Im Entwurf fehlen differenzierte Empfehlungen für eine systematische Erfassung der psychosozialen Belastungsfaktoren sowie der psychischen Komorbiditäten. Ein geeignetes Screening könnte die Versorgung der Patienten mit KHK angesichts der empirisch belegten unzureichenden diagnostischen Sensitivität für psychische Störungen in der primärärztlichen Versorgung [11 - 17] verbessern. Der Einsatz von Screenings entspricht auch den Empfehlungen von Fachgesellschaften [19] und entsprechenden Leitlinien (vgl. SIGN-R [Scottish Intercollegiate Guidelines Network], NZGG-Reha [New Zealands Guideline Group]).
- Die Anforderungen an die Schulungsprogramme bleiben nach wie vor auf den Nachweis von einschlägigen Wirksamkeitsbelegen beschränkt, anstatt sie in Übereinstimmung mit dem Forschungsstand inhaltlich auszudifferenzieren.
- Die unter 1.5.1.7 explizite Erwähnung der Depression greift den gesicherten Forschungsstand über die erhöhte Auftretenswahrscheinlichkeit von affektiven Störungen und deren negativen Einfluss auf den Verlauf bei KHK auf. Nicht adäquat berücksichtigt werden jedoch die Relevanz weiterer psychischer Belastungsfaktoren, wie zum Beispiel Ängstlichkeit oder maladaptive Einstellungen bezüglich der Erkrankung und ihrer Behandlung, die einen negativen Einfluss auf die Behandlungadhärenz und den Verlauf von KHK haben [20 - 22] und bei denen daher eine psychotherapeutische Behandlung indiziert ist.
- In der Dokumentation werden trotz der Relevanz psychosozialer Faktoren für die Entstehung und Prognose bei KHK neben der Teilnahme an einer Schulung keine weiteren nicht-medizinischen Variablen erfasst. Etwa vorhandene psychische Störungen und die Überweisung zu bzw. Inanspruchnahme von einer psychotherapeutischen Behandlung sind nicht zu dokumentieren. Damit kann im Rahmen der vorgesehenen Evaluation der Einfluss derartiger Variablen auf das Behandlungsergebnis nur durch aufwendige Zusatzerhebungen methodisch kontrolliert werden, was eine wissenschaftlich adäquate Bewertung der Zielerreichung des DMP und eine differenzielle Kosten-Nutzen-Analyse der Behandlungskomponenten erschwert bzw. aus forschungsökonomischen Gründen

u. U. unmöglich macht. Für eine rational begründete Optimierung des DMP KHK wäre dies allerdings unerlässlich.

- Die aufgelisteten Qualitätsziele enthalten lediglich somatische Outcome-Kriterien. Psychosoziale Beeinträchtigungen und psychische Störungen haben jedoch nachweislich einen negativen Einfluss auf die Entstehung und den Krankheitsverlauf bei KHK [1 - 8]. Weiterhin werden die Versorgungskosten bei KHK durch zusätzliche psychische Belastungen aufgrund häufigerer Rehospitalisierungen erhöht [9, 10]. Die inhaltliche Ausgestaltung des DMP und der angebotenen Schulungsprogramme sollte daher nicht allein auf den Nachweis von Veränderungen hinsichtlich somatischer Outcome-Parameter beschränkt bleiben, sondern um psychosoziale Parameter erweitert werden.

Eine Korrektur der aufgezeigten strukturellen Defizite des Beschlussentwurfs erscheint dringend, wenn mit den Veränderungen die angestrebte Qualitätsverbesserung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit KHK erreicht werden soll. Besondere Relevanz hat hierbei die Aufnahme der in Übereinstimmung mit dem Forschungsstand unverzichtbaren psychosozialen Versorgungskomponenten.

## 3.2. Detailvorschläge

### 3.2.1 Vorschlag zu Kapitel 1.3 Therapieziele

**Die BPtK schlägt folgende Ergänzung vor:**

*3. Steigerung der Lebensqualität, insbesondere durch Vermeidung von Angina pectoris-Beschwerden, Verringerung psychosozialer Beeinträchtigungen und Erhalt der Belastungsfähigkeit.*

#### **Begründung**

Die Erweiterung der Therapieziele um den Aspekt der Verringerung psychosozialer Beeinträchtigungen trägt dem Sachverhalt Rechnung, dass soziale [2, 3] und psychische Faktoren wie Angstsymptome [4] und Depressivität [1, 5 - 8] einen negativen Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf von KHK haben und kardiologische Erkrankungen mit Prävalenzraten für psychische Störungen einhergehen, die deutlich über denen der Allgemeinbevölkerung liegen [23]. Die Ausgaben für Patienten mit KHK

und zusätzlich schwerer psychischer Belastung sind aufgrund hoher Rehospitalisierungsquoten wesentlich höher als die für Patientinnen oder Patienten ohne schwere psychische Belastungen [9, 10]. Der Verringerung psychosozialer Beeinträchtigungen kommt also auch unter gesundheitsökonomischen Aspekten eine besondere Bedeutung zu. Daher ist es notwendig, im Rahmen einer Behandlung der KHK auch auf eine Verringerung der psychosozialen Belastungen und Symptome hinzuwirken. Dies macht auch die Nationale VersorgungsLeitlinie zu chronischer KHK deutlich, in der explizit die Verminderung von KHK-assoziierten psychischen Erkrankungen als Therapieziel definiert ist [24].

Die explizite Aufnahme dieses Therapieziels wird zudem die unerlässliche interdisziplinäre Vernetzung der medizinischen Behandlung mit psychologisch-psychotherapeutischen Versorgungskomponenten fördern und die Grundlage für die Erweiterung der Outcome-Parameter im Rahmen der Qualitätssicherung um psychosoziale Parameter bilden. Die explizite Benennung dieses Therapieziels sollte deshalb für das DMP KHK selbstverständlich sein.

### 3.2.2 Vorschlag zu Kapitel 1.5.1.2 Raucherberatung

**Die BPtK schlägt für Spiegelstrich 4 folgende Veränderungen vor:**

*Änderungsbereiten Raucherinnen und Rauchern sollen strukturierte und evaluierte nicht-medikamentöse Maßnahmen Schulungsprogramme zur Raucherentwöhnung angeboten werden. Dabei sollte ggf. auch eine Beratung zu deren Kombination mit medikamentösen Maßnahmen erfolgen.*

#### **Begründung**

Die in der Entwurfsfassung verwendete Formulierung „nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Raucherentwöhnung“ erscheint aus Sicht der BPtK zu unpräzise, als dass sie sicherstellen könnte, dass nur Programme, deren Wirksamkeit wissenschaftlich nachgewiesen ist und die zum Beispiel in der Leitlinie zur Tabakentwöhnung [25] genannt werden, bei der Raucherentwöhnung zum Einsatz kommen. Daher spricht sich die BPtK für die o. g. Einfügung aus.

### 3.2.3 Vorschlag zu Kapitel 1.5.1.6 Psychosoziale Betreuung

#### Die BPTK schlägt folgende Ergänzung vor:

*Im Rahmen der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit KHK ist ihre psychosoziale Situation einzubeziehen. Mangelnde Krankheitsbewältigung oder Motivation sowie fehlender sozialemotionaler Rückhalt bis hin zu Problemen am Arbeitsplatz haben einen negativen Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf der KHK und sind unter anderem zu berücksichtigen. Zur Identifikation der genannten Risikofaktoren sollte vom DMP-Arzt bei der kardiologischen Anamnese gezielt nach diesen gefragt werden.*

*Eine psychosoziale Betreuung ist an die individuelle Situation und Präferenz der Patientin oder des Patienten (Krankheitsphase, Therapieverfahren etc.) anzupassen.*

#### Begründung

Die Formulierung, dass psychosoziale Faktoren einen negativen Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf der KHK haben, stellt eine Präzisierung dar, die die Relevanz der psychosozialen Beeinträchtigungen für die Entstehung und den Verlauf einer KHK und damit die Notwendigkeit der Berücksichtigung der Faktoren bei der Behandlung der KHK verdeutlicht.

Psychosoziale Risikofaktoren haben einen vergleichbaren Einfluss auf die Entstehung von kardiologischen Erkrankungen wie andere kardiale Risikofaktoren, wie Tabakkonsum, Diabetes, Bewegungsmangel und Übergewicht [26]. Daher sollten – auch in Übereinstimmung mit den Empfehlungen der Nationalen VersorgungsLeitlinie zu chronischer KHK [24] – psychosoziale Risikofaktoren routinemäßig in der Anamnese proaktiv erfragt werden. Um die Verbindlichkeit hierfür zu erhöhen, empfiehlt die BPTK die o. g. Ergänzung.

Die psychosoziale Betreuung sollte nicht nur an die individuelle Situation, sondern auch an die jeweilige Präferenz der Patientin oder des Patienten z. B. bezüglich eines Therapieverfahrens angepasst werden, da dies die Behandlungsadhärenz erhöhen kann.

### 3.2.4 Vorschlag zu Kapitel 1.5.1.7 Psychische Komorbiditäten

#### Die BPtK schlägt folgende Veränderungen vor:

*Auf Grund des komplexen Zusammenwirkens von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren ist das Vorliegen von psychischen Komorbiditäten (z. B. Anpassungsstörungen, Angststörungen) sowie maladaptiven Krankheitseinstellungen und Bewältigungsmustern, die zu geringer Behandlungsadhärenz führen können, zu beachten. Durch die Ärztin oder den Arzt ist zu prüfen, inwieweit Patientinnen und Patienten von psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlungsmaßnahmen profitieren können. Bei psychischen Krankheiten sollte muss die Behandlung derselben durch entsprechend qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.*

*Eine Depression als häufige und bedeutsame Komorbidität sollte besondere Beachtung finden. Ist bei leitliniengerechtem Vorgehen eine medikamentöse antidepressive Behandlung indiziert, sind bei Patienten nach Myokardinfarkt Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor [SSRI]) gegenüber trizyklischen Antidepressiva zu bevorzugen.*

*Zur Frühidentifikation von psychischen Auffälligkeiten ist vom DMP-Arzt im jährlichen Abstand ein standardisiertes psychometrisches Screening mit dem WHO-5 Fragebogen zum Wohlbefinden (WHO-5; deutsche Version [27]) durchzuführen. Wird dabei ein Referenzwert für relevante Beeinträchtigungen des Wohlbefindens erreicht, ist der Patientin oder dem Patienten zu empfehlen, eine differenzialdiagnostische Abklärung bei einer Psychotherapeutin bzw. einem Psychotherapeuten oder einer qualifizierten Fachärztin bzw. einem qualifizierten Facharzt vorzunehmen.*

#### Begründung

Eine psychotherapeutische Behandlung kann indiziert sein bei direkt krankheitsspezifischen psychischen Problemen oder bei nicht direkt krankheitsspezifischen oder

krankheitsunspezifischen Problemen, die sich jedoch auf das Krankheitsbewältigungs- und Selbstmanagementverhalten des Patienten auswirken. Hierbei spielen mangelnde Krankheitsakzeptanz und mangelnde Behandlungssadhärenz eine wesentliche Rolle. Behandlungssadhärenz ist eine notwendige Grundlage für die Wirksamkeit von Behandlungsmaßnahmen. Studienergebnisse zeigen jedoch, dass bei Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen die Behandlungssadhärenz deutlich eingeschränkt ist. So nehmen depressive und ängstliche Patienten seltener an kardialen Rehabilitationsprogrammen teil [20] und beenden seltener den Tabakkonsum nach einem Myokardinfarkt [21] als Patienten ohne diese psychischen Beeinträchtigungen. Auch maladaptive Einstellungen bezüglich der Herzerkrankung gehen mit einem ungünstigeren Behandlungsverlauf einher [22].

Eine geringe Behandlungssadhärenz führt dazu, dass vereinbarte Therapiemaßnahmen bei KHK nicht umgesetzt werden. Gelingt es nicht, die Behandlungswege und -ziele in das individuelle Lebenskonzept zu integrieren, kann dies die Lebensqualität, die Morbidität und die Mortalität des Patienten stark beeinträchtigen. Ziele von Psychotherapie bei Patientinnen und Patienten mit körperlichen Erkrankungen sind neben der Linderung der seelischen Belastungen und Symptome daher auch die Verbesserung der Bewältigung der körperlichen Erkrankung, die Veränderung des Gesundheitsverhaltens und die Förderung der aktiven Mitverantwortung [28]. Daher ist im Sinne eines gestuften Vorgehens eine psychotherapeutische Behandlung dann indiziert, wenn bei einer Patientin oder einem Patienten die Krankheitsakzeptanz und Behandlungssadhärenz mit den gemeinsam mit der Ärztin bzw. dem Arzt vereinbarten Behandlungswegen und -zielen in einem Maße eingeschränkt sind, dass Schulungen die Patientin oder den Patienten nicht in ausreichendem Maße befähigt haben, ihr bzw. sein dort erworbenes Wissen im Alltag umzusetzen.

Die Formulierung „muss“ anstelle von „sollte“ erhöht die Verbindlichkeit für den Einbezug qualifizierter Leistungserbringer.

Eine Reihe von empirischen Untersuchungen kommt übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass die diagnostische Sensitivität für die frühzeitige Identifikation von psychischen Störungen in der primärärztlichen Versorgung unzureichend ist [11 - 15]. Die Hälfte bis zwei Drittel der Depressionen werden in der hausärztlichen Versorgung nicht

erkannt [16, 17]. Entsprechend der Nationalen VersorgungsLeitlinie zu chronischen KHK müssen jedoch psychische Symptome und Krankheiten, wie funktionelle Herzbeschwerden, Panikattacken, latente Depressionen und Hyperventilations-Syndrom, als Ursache für die körperlichen Beschwerden differenzialdiagnostisch ausgeschlossen werden [24]. Daher schlägt die BPtK den Einsatz eines standardisierten psychometrischen Screenings zur Frühidentifikation psychischer Auffälligkeiten vor.

Ein zuverlässiges und zeitökonomisches Instrument zur Erfassung von Einschränkungen im psychosozialen Wohlbefinden ist der WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden [27, 11, 29 - 31]. Der Fragebogen steht unter [http://www.psykiatri-regionh.dk/NR/rdon-lyres/3F12728C-B0CD-4C50-A714-B6064159A314/0/WHO5\\_German.pdf](http://www.psykiatri-regionh.dk/NR/rdon-lyres/3F12728C-B0CD-4C50-A714-B6064159A314/0/WHO5_German.pdf) zur allgemeinen Verfügung. Die Bearbeitungsdauer beträgt wenige Minuten und die Auswertung des Fragebogens kann vom Pflegepersonal in der Arztpraxis vorgenommen werden. Bei einem WHO-5-Wert < 50 sollen eine fachgerechte differenzialdiagnostische Abklärung und Indikationsstellung für psychologisch-psychotherapeutische Interventionsoptionen durch eine Psychotherapeutin bzw. einen Psychotherapeuten oder eine qualifizierte Fachärztin bzw. einen qualifizierten Facharzt erfolgen.

### 3.2.5 Vorschlag zu Kapitel 2 Qualitätssichernde Maßnahmen

Die BPtK schlägt vor, die aufgelisteten Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren um folgende Ziele und Indikatoren zu ergänzen:

Qualitätsziel:

- Hoher Anteil von Patienten mit hohem psychischen Wohlbefinden

Qualitätsindikatoren:

- Anteil von Patienten mit einem Wert > 50 auf dem WHO-5 – Fragebogen zum Wohlbefinden [27]
- Anteil von Patienten ohne komorbide psychische Störung

### Begründung

Psychosoziale Belastungen und psychische Krankheiten beeinflussen den Krankheitsverlauf und die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten mit KHK negativ [1-8].

Weiterhin werden die Versorgungskosten bei KHK durch zusätzliche psychische Belastungen aufgrund häufigerer Rehospitalisierungen erhöht [9, 10]. Die inhaltliche Ausgestaltung des DMP sollte daher nicht allein auf den Nachweis von Wirksamkeitsbelegen hinsichtlich somatischer Outcome-Parameter beschränkt bleiben, sondern verpflichtend um psychosoziale Parameter, wie eine Verbesserung des psychischen Wohlbefindens als patientenrelevanter Nutzenendpunkt, erweitert werden. Eine optionale Vereinbarung anderer als die in Kapitel 2 genannten Qualitätsziele und -indikatoren, wie sie in § 2 Absatz 2 Satz 2 der Entwurfsfassung verankert ist, hält die BPtK hierbei nicht für ausreichend. Ein zeitökonomisches Instrument zur Erfassung des Wohlbefindens ist der WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden [27]. Der Fragebogen steht unter [http://www.psykiatri-regionh.dk/NR/rdonlyres/3F12728C-B0CD-4C50-A714-B6064159A314/0/WHO5\\_German.pdf](http://www.psykiatri-regionh.dk/NR/rdonlyres/3F12728C-B0CD-4C50-A714-B6064159A314/0/WHO5_German.pdf) zur allgemeinen Verfügung.

### 3.2.6 Vorschlag zu Kapitel 4.2 Schulungen der Versicherten

**Die BPtK schlägt folgende Ergänzung vor:**

*Im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms prüft die Ärztin oder der Arzt unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob die Patientin oder der Patient von strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen (unter anderem Antikoagulation, Diabetes mellitus, Hypertonie, Depression) und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen profitieren kann.*

#### **Begründung**

Patienten mit KHK leiden zusätzlich zu ihrer Herzerkrankung häufig unter Depressionen. Depressivität beeinflusst den Krankheitsverlauf bei KHK negativ [32]. Aus diesem Grund wurde zum Beispiel ein spezifischer gestufter psychotherapeutischer Behandlungsansatz für depressive Patienten mit kardialen Erkrankungen entwickelt [18]. Die Wirksamkeit dieses Programms wird derzeit im Rahmen einer randomisierten klinischen Studie überprüft. Die Ergänzung der genannten Folge- und Begleiterkrankungen um Depressionen würde diese psychische Komorbidität berücksichtigen und den Fokus nicht ausschließlich auf Schulungsprogramme im Bereich somatischer Folge-

und Begleiterkrankungen setzen, sodass auch psychologische Schulungs- und Behandlungsprogramme bei entsprechendem Nutznachweis in ein strukturiertes Behandlungsprogramm aufgenommen werden könnten.

### **3.2.7 Vorschlag zu Anlage 6 Koronare Herzkrankheiten – Dokumentation**

In der Dokumentation werden neben der Empfehlung von und der Teilnahme an Schulungen keine weiteren nicht-medizinischen Variablen erfasst. Etwa vorhandene psychische Störungen und die Überweisung zu bzw. Inanspruchnahme von einer psychotherapeutischen Behandlung sind in der Dokumentation nicht enthalten. Damit kann im Rahmen der vorgesehenen Evaluation der Einfluss derartiger Variablen auf das Behandlungsergebnis nur durch aufwendige Zusatzerhebungen methodisch kontrolliert werden, was eine wissenschaftlich adäquate Bewertung der Zielerreichung des DMP und eine differenzielle Kosten-Nutzen-Analyse der Behandlungskomponenten erschwert bzw. aus forschungsökonomischen Gründen (finanzieller Mehraufwand für die Zusatzerhebungen) u. U. unmöglich macht. Für eine rational begründete Optimierung des DMP KHK wäre (1) die Aufnahme des Vorliegens komorbider psychischer Störung sowie (2) die Überweisung zu bzw. Inanspruchnahme von einer psychotherapeutischen Behandlung allerdings unerlässlich.

## **4. Anlage 7: Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1**

### **4.1. Allgemeine Bewertung**

Im Hinblick auf die Gewichtung und systematische Einbeziehung psychosozialer Faktoren sowie der erhöhten Komorbidität psychischer Störungen, die auf den Krankheitsverlauf von Diabetes mellitus Typ 1 Einfluss nehmen, weist der vorliegende Beschlussentwurf einige Defizite auf:

- Diabetes mellitus Typ 1 ist mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer psychischen Störung verbunden [33, 34]. Die Vermeidung derartiger negativer Folgen der Erkrankung ist in erster Linie für den Betroffenen, aber auch angesichts der damit verbundenen Krankheitsfolgekosten von erheblicher Bedeutung [35]. Die explizite Benennung des Ziels einer Vermeidung negativer psychosozialer Konsequenzen der Erkrankung ist jedoch im Entwurf nicht enthalten.

- Die Anforderungen an die Schulungsprogramme bleiben nach wie vor auf den Nachweis von einschlägigen Wirksamkeitsbelegen beschränkt, anstatt sie in Übereinstimmung mit dem Forschungsstand [36] inhaltlich auszudifferenzieren.
- Die unter 1.5.5 explizite Erwähnung der Depression greift den gesicherten Forschungsstand über die erhöhte Auftretenswahrscheinlichkeit von affektiven Störungen und deren negativen Einfluss auf den Verlauf bei Diabetes mellitus Typ 1 auf. Auch Essstörungen als weitere relevante und den Verlauf des Diabetes mellitus negativ beeinflussende psychische Störung finden Erwähnung. Nicht adäquat berücksichtigt wird jedoch die Relevanz von Angststörungen sowie von weiteren psychischen Belastungsfaktoren, deren negativer Einfluss auf die Behandlungsadhärenz und den Verlauf des Diabetes mellitus Typ 1 belegt sind [37 - 40].
- In der Dokumentation werden trotz der Relevanz psychosozialer Faktoren für die Prognose bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 neben der Teilnahme an einer Schulung keine weiteren nicht-medizinischen Variablen erfasst. Etwa vorhandene psychische Störungen und die Überweisung zu bzw. Inanspruchnahme von einer psychotherapeutischen Behandlung sind in der Dokumentation nicht enthalten. Damit kann im Rahmen der vorgesehenen Evaluation der Einfluss derartiger Variablen auf das Behandlungsergebnis nur durch aufwendige Zusatzerhebungen methodisch kontrolliert werden, was eine wissenschaftlich adäquate Bewertung der Zielerreichung des DMP und eine differenzielle Kosten-Nutzen-Analyse der Behandlungskomponenten erschwert bzw. aus forschungsökonomischen Gründen (finanzieller Mehraufwand für die Zusatzerhebungen) u. U. unmöglich macht. Für eine rational begründete Optimierung des DMP Diabetes mellitus Typ 1 wäre dies allerdings unerlässlich.
- Die aufgelisteten Qualitätsziele enthalten lediglich somatische Outcome-Kriterien. Psychosoziale Belastungen und psychische Erkrankungen haben einen nachgewiesenen negativen Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung und die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 [36, 42]. Psychisches Wohlbefinden ist ein patientenrelevanter Nutzenendpunkt. Daher sollte die inhaltliche Ausgestaltung des DMP nicht allein auf den Nachweis von Wirksamkeitsbelegen hinsichtlich somatischer Outcome-Parameter beschränkt bleiben, sondern um psychosoziale Parameter erweitert werden.

Eine Korrektur der aufgezeigten strukturellen Defizite des Beschlussentwurfs erscheint dringend, wenn mit den Veränderungen die angestrebte Qualitätsverbesserung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 erreicht werden soll. Besondere Relevanz hat hierbei die Aufnahme der in Übereinstimmung mit dem Forschungsstand unverzichtbaren psychosozialen Versorgungskomponenten.

## 4.2. Detailvorschläge

### 4.2.1 Vorschlag zu Kapitel 1.3.1 Therapieziele

Bei der Aufzählung der Therapieziele schlägt die BPtK nach Spiegelstrich 5 folgende Ergänzung vor:

- Vermeidung negativer psychosozialer Konsequenzen der Erkrankung

#### Begründung

Die Einfügung des Ziels, negative psychosoziale Konsequenzen der Erkrankung zu vermeiden, trägt der Tatsache Rechnung, dass eine Erkrankung an Diabetes mellitus Typ 1 mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer psychischen Störung einhergeht [33, 34, 43 - 47]. Die Vermeidung derartiger negativer Folgen der Erkrankung ist in erster Linie für den Betroffenen, aber auch angesichts der damit verbundenen Krankheitsfolgekosten von erheblicher Bedeutung [35]. Die explizite Benennung dieses Therapieziels sollte deshalb für das DMP Diabetes mellitus Typ 1 selbstverständlich sein. Darüber hinaus wird hierdurch die unerlässliche interdisziplinäre Vernetzung der medizinischen Behandlung mit psychologisch-psychotherapeutischen Versorgungskomponenten gefördert.

### 4.2.2 Vorschlag zu Kapitel 1.3.3 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme

Die BPtK schlägt folgende Ergänzung vor:

*Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 müssen zeitnah zur Diagnosestellung Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten. Regelmäßige Nachschulungen sind erforderlich und*

anzustreben. Im Übrigen gelten die unter Ziffer 4.2 genannten Zugangs- und Qualitätssicherungskriterien.

### **Begründung**

Die explizite Erwähnung der zeitnah zur Diagnose erforderlichen erstmaligen Durchführung von Schulungsprogrammen sowie der Hinweis auf Schulungswiederholungen sollen die große Bedeutung dieser Maßnahmen zur Förderung des Selbstmanagements verdeutlichen [36] und die verbindliche Verfügbarkeit entsprechender Angebote im Rahmen des DMP sichern helfen.

#### **4.2.3 Vorschlag zu Kapitel 1.3.6 Raucherberatung**

**Die BPtK schlägt bei Spiegelstrich 4 folgende Ergänzungen vor:**

*Änderungsbereiten Raucherinnen und Rauchern sollen strukturierte und evaluierte nicht-medikamentöse Maßnahmen Schulungsprogramme zur Raucherentwöhnung angeboten werden. Dabei sollte ggf. auch eine Beratung zu deren Kombination mit medikamentösen Maßnahmen erfolgen.*

### **Begründung**

Die in der Entwurfsfassung verwendete Formulierung „nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Raucherentwöhnung“ erscheint aus Sicht der BPtK zu unpräzise, als dass sie sicherstellen könnte, dass nur Programme, deren Wirksamkeit wissenschaftlich nachgewiesen ist und die zum Beispiel in der Leitlinie zur Tabakentwöhnung [25] genannt werden, zur Raucherentwöhnung eingesetzt werden. Daher spricht sich die BPtK für die o. g. Ergänzung aus.

#### **4.2.4 Vorschlag zu Kapitel 1.5.2 Diabetische Neuropathie**

**Die BPtK schlägt folgende Ergänzung in Absatz 2 vor:**

*Bei Neuropathien mit für die Patientin oder den Patienten störender Symptomatik (vor allem schmerzhaftes Polyneuropathie) ist der Einsatz zusätzlicher medikamentöser Maßnahmen sinnvoll. Es kommen vorzugsweise Antidepressiva, Antikonvulsiva und Opioide in Betracht, die für diese Indikation zugelassen sind (in Monotherapie, bei gegebener*

Notwendigkeit in Kombination). *Bei chronischen neuropathischen Schmerzen kann außerdem eine Psychotherapie zur Verbesserung der Schmerzbewältigung erwogen werden.*

## **Begründung**

Einige Patientinnen und Patienten leiden – trotz medikamentöser Behandlung – unter chronischen neuropathischen Schmerzen. Bei diesen ist im Rahmen eines multimodalen Therapieansatzes der Einsatz von Psychotherapie indiziert mit dem Ziel des Erlernens eines aktiven Umgangs mit dem Schmerz [48].

### **4.2.5 Vorschlag zu Kapitel 1.5.5 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung**

Wie in der Entwurfsfassung für die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Patientinnen und Patienten mit KHK (Anlage 5) sollte auch in den Empfehlungen für die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 eine formale Trennung zwischen dem Aspekt der psychosozialen Betreuung und dem des Vorliegens psychischer Komorbiditäten wie folgt vorgenommen werden:

#### 1.5.5 Psychosoziale Betreuung

Im Rahmen der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 ist ihre psychosoziale Situation einzubeziehen. Mangelnde Krankheitsbewältigung oder Motivation sowie fehlender sozio-emotionaler Rückhalt bis hin zu Problemen am Arbeitsplatz haben einen negativen Einfluss auf den Verlauf von Diabetes mellitus Typ 1 und sind unter anderem zu berücksichtigen. Zur Identifikation der genannten Risikofaktoren sollte vom DMP-Arzt gezielt nach diesen gefragt werden. Eine psychosoziale Betreuung ist an die individuelle Situation der Patientin oder des Patienten (Krankheitsphase, Therapieverfahren etc.) anzupassen.

### 1.5.6 Psychische Komorbiditäten

*Auf Grund des komplexen Zusammenwirkens von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 ist das Vorliegen von psychischen Komorbiditäten (z. B. Angststörungen, Essstörungen) sowie maladaptiven Krankheits-einstellungen und Bewältigungsmustern, die zu geringer Behandlungs-adhärenz führen können, zu beachten. Durch die Ärztin oder den Arzt ist zu prüfen, inwieweit Patientinnen und Patienten von psychotherapeutischen (z. B. Verhaltenstherapie) und/oder psychiatrischen Maßnahmen profitieren können. Bei psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert (zum Beispiel Essstörungen) soll die Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen. Auf Grund der häufigen und bedeutsamen Komorbidität vor allem bei Patientinnen und Patienten mit diabetischen Folgeerkrankungen soll die Depression besondere Berücksichtigung finden.*

*Zur Frühidentifikation von psychischen Auffälligkeiten ist vom DMP-Arzt im jährlichen Abstand ein standardisiertes psychometrisches Screening bei Erwachsenen mit dem WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden (WHO-5; deutsche Version [27]) durchzuführen. Wird dabei ein Referenzwert für relevante Beeinträchtigungen des Wohlbefindens erreicht, ist der Patientin oder dem Patienten zu empfehlen, eine differenzialdiagnostische Abklärung bei einer Psychotherapeutin bzw. einem Psychotherapeuten oder einer qualifizierten Fachärztin bzw. einem qualifizierten Facharzt vorzunehmen.*

### **Begründung**

Die Trennung des Kapitels „Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung“ in die Teilaspekte „Psychosoziale Betreuung“ und „Psychische Komorbiditäten“ – wie sie im Beschlussentwurf für die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Patientinnen und Patienten mit KHK (Anlage 5) umgesetzt ist – erscheint mit dem Ziel der Präzisierung und Vereinheitlichung auch für den Entwurf für die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 sinnvoll.

Der Zusammenhang von Diabetes mellitus und einer erhöhten Prävalenz von Depressionen ist eindeutig belegt [33, 34, 43]. Die Studienlage gibt weiterhin auch Hinweise darauf, dass die Prävalenz von Angststörungen [49, 50] und Essstörungen [44 - 46] bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 erhöht ist. Weiterhin sind die negativen Konsequenzen dieser psychischen Störungen für ein effektives Selbstmanagement der Erkrankung hinreichend belegt [37, 39, 51 - 53], sodass ihre Erwähnung als relevante Begleiterkrankung gerechtfertigt ist.

Eine psychotherapeutische Behandlung kann indiziert sein bei direkt krankheitsspezifischen psychischen Problemen oder bei nicht direkt krankheitsspezifischen oder krankheitsunspezifischen Problemen, die sich jedoch auf das Krankheitsbewältigungs- und Selbstmanagementverhalten der Patientin bzw. des Patienten auswirken [36]. Vor allem mangelnde Behandlungsadhärenz spielt hierbei eine wesentliche Rolle. Depressivität [39, 51, 52], Angst in Bezug auf die Erkrankung oder Therapie [37], ein gestörtes Essverhalten [39, 53], Stress [38] und geringe soziale Unterstützung [39, 40] sind als bedeutende Prädiktoren für mangelnde Behandlungsadhärenz anzusehen und gefährden damit den Therapieerfolg [36]. Ziele von Psychotherapie bei Patientinnen und Patienten mit körperlichen Erkrankungen sind neben der Linderung der seelischen Belastungen und Symptome auch die Verbesserung der Bewältigung der körperlichen Erkrankung, die Veränderung des Gesundheitsverhaltens und die Förderung der aktiven Mitverantwortung [28]. Daher ist im Sinne eines gestuften Vorgehens eine psychotherapeutische Behandlung dann indiziert, wenn das psychosoziale Funktionsniveau der Patientin oder des Patienten und die damit einhergehende Adhärenz mit den gemeinsam mit der Ärztin bzw. dem Arzt vereinbarten Behandlungswegen und -zielen in einem Maße eingeschränkt sind, dass Schulungen die Patientin bzw. den Patienten nicht hinreichend befähigt haben, ihr bzw. sein dort erworbenes Wissen im Alltag umzusetzen.

Es ist empirisch belegt, dass die diagnostische Sensitivität der primärärztlichen Versorgung bei der Frühidentifikation von psychischen Störungen sehr gering ist [11 - 15, 41]. Im Speziellen werden auch in der Population der Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus psychische Störungen und Belastungen durch den Hausarzt nur unzureichend erkannt [54 - 56]. Der Einsatz standardisierter psychometrischer Scree-

nings erhöht die Sensitivität für psychische Störungen in der primärärztlichen Versorgung [11]. Daher schlägt die BPtK den Einsatz eines standardisierten psychometrischen Screenings zur Frühidentifikation psychischer Auffälligkeiten vor.

Ein zuverlässiges und zeitökonomisches Instrument zur Erfassung von Einschränkungen im psychosozialen Wohlbefinden ist der WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden [27, 11, 29 - 31]. Der Fragebogen steht unter [http://www.psykiatri-regionh.dk/NR/rdon-lyres/3F12728C-B0CD-4C50-A714-B6064159A314/0/WHO5\\_German.pdf](http://www.psykiatri-regionh.dk/NR/rdon-lyres/3F12728C-B0CD-4C50-A714-B6064159A314/0/WHO5_German.pdf) zur allgemeinen Verfügung. Die Bearbeitungsdauer beträgt weniger als fünf Minuten und die Auswertung des Fragebogens kann vom Pflegepersonal in der Arztpraxis vorgenommen werden. Bei einem WHO-5-Wert < 50 sollen eine fachgerechte differenzialdiagnostische Abklärung und Indikationsstellung für psychologisch-psychotherapeutische oder psychiatrische Interventionsoptionen durch eine Psychotherapeutin, bzw. einen Psychotherapeuten oder eine qualifizierte Fachärztin bzw. einen qualifizierten Facharzt erfolgen.

#### **4.2.6 Vorschlag zu Kapitel 1.7.3 Schulung**

**Die BPtK schlägt folgende Ergänzung vor:**

*Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ 1 beziehungsweise deren Betreuungspersonen erhalten zeitnah zur Diagnosestellung Zugang zu strukturierten, nach Möglichkeit evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen, die in geeigneten Abständen durchgeführt werden.*

#### **Begründung**

Die explizite Erwähnung der zeitnah zur Diagnose erforderlichen erstmaligen Durchführung soll die große Bedeutung dieser Maßnahmen zur Förderung des Selbstmanagements verdeutlichen [42] und die verbindliche Verfügbarkeit entsprechender Angebote im Rahmen des DMP sichern helfen.

#### **4.2.7 Vorschlag zu Kapitel 1.7.4 Psychosoziale Betreuung**

Wie im Vorschlag der BPtK zu Kapitel 1.5.5 Anlage 7 sollte auch in Kapitel 1.7.4 eine formale Trennung zwischen dem Aspekt der psychosozialen Betreuung und dem der psychischen Komorbiditäten vorgenommen werden.

#### *1.7.4 Psychosoziale Betreuung*

*Das Angebot einer psychosozialen Beratung und Betreuung der Kinder und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 soll integraler Bestandteil der Behandlung sein. Ihr ist in diesem Rahmen ausreichend Zeit einzuräumen. Hierzu kann auch die Beratung über die verschiedenen Möglichkeiten der Rehabilitation gehören.*

#### *1.7.5 Psychische Komorbiditäten*

*Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll prüfen, ob die Kinder und Jugendlichen einer weitergehenden Diagnostik oder psychotherapeutischen und/oder psychiatrischen Behandlung bedürfen. Bei psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert (zum Beispiel Essstörungen, Depression) soll die Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.*

*Zur Frühidentifikation von psychischen Auffälligkeiten ist vom DMP-Arzt im jährlichen Abstand ein standardisiertes psychometrisches Screening bei Kindern und Jugendlichen auf der Grundlage des WHO-5-Fragebogens zum Wohlbefinden (WHO-5; deutsche Version [27]) vorzunehmen. Wird dabei ein Referenzwert für relevante Beeinträchtigungen des Wohlbefindens erreicht, ist der Patientin bzw. dem Patienten zu empfehlen, eine differenzialdiagnostische Abklärung bei einer Psychotherapeutin bzw. einem Psychotherapeuten oder einer qualifizierten Fachärztin bzw. einem qualifizierten Facharzt vorzunehmen.*

### **Begründung**

Die Trennung des Kapitels „Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung“ in die Teilaspekte „Psychosoziale Betreuung“ und „Psychische Komorbiditäten“ erscheint – wie bereits bei der Empfehlung für Kapitel 1.5.5 Anlage 7 begründet – vor dem Hintergrund einer Präzisierung und Vereinheitlichung auch für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 sinnvoll.

Psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen wirken sich nachteilig auf die Diabetesbehandlung aus [42]. Auch bei ihnen ist daher ein routinemäßiges jährliches Screening indiziert. Als ein zuverlässiges und zeitökonomisches Instrument zur Erfassung von Einschränkungen im psychosozialen Wohlbefinden hat sich auch bei Kindern und Jugendlichen der WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden [27] erwiesen [57]. Der Fragebogen wird auch von den Fachgesellschaften [42] als routinemäßiges Screeninginstrument bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus empfohlen und steht unter [http://www.psychiatri-regionh.dk/NR/rdonlyres/3F12728C-B0CD-4C50-A714-B6064159A314/0/WHO5\\_German.pdf](http://www.psychiatri-regionh.dk/NR/rdonlyres/3F12728C-B0CD-4C50-A714-B6064159A314/0/WHO5_German.pdf) zur allgemeinen Verfügung. Die Bearbeitungsdauer des WHO-5 beträgt weniger als fünf Minuten und die Auswertung des Fragebogens kann vom Pflegepersonal der Arztpraxis vorgenommen werden. Bei einem WHO-5-Wert <50 sollen eine fachgerechte differenzialdiagnostische Abklärung und Indikationsstellung für psychologisch-psychotherapeutische Interventionsoptionen durch einen qualifizierten Leistungserbringer erfolgen.

#### **4.2.8 Vorschlag zu Kapitel 1.8.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin, Arzt oder Einrichtung zur jeweils qualifizierten Fachärztin, Facharzt oder Einrichtung**

Die BPtK schlägt folgende Einfügungen vor:

##### **1) Einfügung nach Spiegelstrich 5 Absatz 1:**

beim Vorliegen einer diagnostizierten psychischen Störung bzw. bei einer im Rahmen des psychometrischen Screenings erfassten psychischen Auffälligkeit zur Psychotherapeutin bzw. zum Psychotherapeuten oder zur qualifizierten Fachärztin bzw. zum qualifizierten Facharzt.

##### **2) Einfügung nach Spiegelstrich 4 Absatz 2:**

- beim Vorliegen von maladaptiven Krankheitsbewältigungsmustern bzw. von psychologischen oder Verhaltensfaktoren, die sich nachteilig auf die medizinische Behandlung und das Selbstmanagement der Erkrankung auswirken, zur Psychotherapeutin bzw. zum Psychotherapeuten oder zur qualifizierten Fachärztin bzw. zum qualifizierten Facharzt.

## Begründung

Mit den Einfügungen wird sichergestellt, dass die im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 1 erforderliche interdisziplinäre Kooperation auch auf der Vertragsebene und damit auf der Versorgungsebene angemessene Berücksichtigung findet, wie dies von Fachgesellschaften gefordert wird [36, 42]. Beim Vorliegen einer Diagnose bzw. Verdachtsdiagnose ist zur Vermeidung einer Chronifizierung der psychischen Störung und ihrer negativen Konsequenzen für die Diabetesbehandlung eine Überweisung zu einem Psychotherapeuten unabdingbar, bei der Identifikation von maladaptiven Krankheitsbewältigungsmustern oder sonstiger sich auf die Diabetesbehandlung nachteilig auswirkender psychologischer Faktoren sollte in der Regel eine entsprechende Überweisung erfolgen.

### 4.2.9 Vorschlag zu Kapitel 2 Qualitätssichernde Maßnahmen

**Die BPtK schlägt vor, die aufgelisteten Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren um folgende Ziele und Indikatoren zu ergänzen:**

Qualitätsziel:

- Hoher Anteil von Patienten mit hohem psychischem Wohlbefinden

Qualitätsindikatoren:

- Anteil von Patienten mit einem Wert > 50 auf dem WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden [27]
- Anteil von Patienten ohne komorbide psychische Störung

## Begründung

Psychosoziale Belastungen und psychische Erkrankungen haben einen negativen Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung und die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 [36, 42]. Psychisches Wohlbefinden ist ein patientenrelevanter Nutzenendpunkt. Die inhaltliche Ausgestaltung des DMP sollte daher nicht allein auf den Nachweis von Wirksamkeitsbelegen hinsichtlich somatischer Outcome-Parameter beschränkt bleiben, sondern um psychosoziale Parameter, wie eine Verbesserung des psychischen Wohlbefindens, erweitert werden. Eine optionale Vereinbarung anderer als die in Kapitel 2 genannten Qualitätsziele und -indikatoren, wie sie in § 2 Absatz 2 Satz 2 der Entwurfssfassung verankert ist, hält die BPtK hierbei für

nicht ausreichend. Ein zeitökonomisches Instrument zur Erfassung des Wohlbefindens ist der WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden [27]. Der Fragebogen steht unter [http://www.psykiatri-regionh.dk/NR/rdonlyres/3F12728C-B0CD-4C50-A714-B6064159A314/0/WHO5\\_German.pdf](http://www.psykiatri-regionh.dk/NR/rdonlyres/3F12728C-B0CD-4C50-A714-B6064159A314/0/WHO5_German.pdf) zur allgemeinen Verfügung.

#### **4.2.10 Vorschlag zu 4.2 Schulungen der Versicherten**

**Die BPtK schlägt folgende Ergänzungen vor:**

##### **a) Ergänzung in Satz 2 Absatz 2**

*Die dazu notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten sowie Strategien zum Selbstmanagement werden im Rahmen eines strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramms vermittelt.*

#### **Begründung**

Die unter 4.2 aufgeführten Schulungsinhalte sind zweifellos von Bedeutung für das DMP. Das zentrale Ziel des Aufbaus von Selbstmanagementkompetenzen ist jedoch nicht enthalten. Um dieses Ziel zu erreichen, reicht eine auf Wissensvermittlung und Selbstbeobachtung angelegte Schulungsdidaktik, wie sie in 4.2 angelegt ist, für viele Patienten nicht aus. Notwendig ist dagegen ein Vorgehen, das den Patienten in die Lage versetzt, auf Grundlage eigener Entscheidungen die Erkrankungen bestmöglich in das eigene Leben zu integrieren und negative körperliche und psychosoziale Erkrankungsfolgen zu vermeiden [36]. Um die hohe Bedeutung von Selbstmanagement-schulungen für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 zu verdeutlichen, sollte das Erlangen von Selbstmanagementstrategien explizit als Schulungsinhalt aufgenommen werden.

##### **b) Ergänzung in Satz 5 Absatz 2**

*Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und deren Betreuungspersonen müssen unter Berücksichtigung individueller Parameter wie dem ~~des~~ individuellen Schulungsstandes, dem Stadium der Diabeteserkrankung, besonderer psychischer und sozialer Probleme (z .B. Depressivität, geringe soziale Unterstützung) und den kognitiven*

*Voraussetzungen Zugang zu strukturierten, bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen erhalten.*

### **Begründung**

Da die motivationalen Anforderungen für ein effektives Selbstmanagement in Abhängigkeit von den kognitiven Voraussetzungen der Patientinnen und Patienten, deren Lebensalter, zwischenzeitlich eintretenden kritischen Lebensereignissen, dem Stadium der Diabeteserkrankung und möglichen komorbiden Erkrankungen variieren können [36], sind im Rahmen des DMP entsprechend differenzierte Selbstmanagement-schulungsangebote vorzuhalten.

#### **c) Ergänzung in Satz 6 Absatz 2**

*Deren Wirksamkeit muss im Hinblick auf die Verbesserung der Stoffwechsellage und/oder auf die Veränderung psychosozialer Faktoren (z.B. Depressivität, maladaptives Essverhalten), die den Krankheitsverlauf von Diabetes mellitus Typ 1 negativ beeinflussen, belegt sein.*

### **Begründung**

Psychosoziale Beeinträchtigungen und Belastungen wie Depressivität [39, 51, 52], Angst in Bezug auf die Erkrankung oder Therapie [37], ein gestörtes Essverhalten [39, 53], Stress [38] und geringe soziale Unterstützung [39, 40], können zu einer mangelnden Behandlungsadhärenz führen und den Erfolg der Behandlung des Diabetes mellitus Typ 1 gefährden. Daher sollten in das DMP auch Schulungsprogramme einbezogen werden, die sich hinsichtlich der Reduktion von die Behandlungsadhärenz und den Behandlungserfolg negativ beeinflussenden Faktoren als wirksam erwiesen haben.

#### **d) Ergänzungen in Satz 7 Absatz 2**

*Die Schulung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 soll durch einen qualifizierten Leistungserbringer oder in einer qualifizierten Einrichtung erfolgen. Bei der Antragsstellung ist die vorgese-*

hene Qualifikation der Schulungsleiter darzulegen. Daraus muss hervorgehen, dass hinreichende Kenntnisse und Erfahrungen in der Psychodiabetologie vorliegen.

### **Begründung**

Eine effiziente Durchführung von Selbstmanagementprogrammen bei Diabetes mellitus Typ 1 setzt eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in der Psychodiabetologie voraus. Neben der Anforderung einschlägiger Wirksamkeitsbelege für derartige Schulungsprogramme sollten daher auch entsprechende Qualifikationsvoraussetzungen für die Leiter der Schulungen im Rahmen des DMP festgelegt werden [36]. Um die Verbindlichkeit dieser Forderung zu erhöhen, sollte an dieser Stelle zusätzlich zu § 4 Absatz 3 Satz 5 der Entwurfsfassung auf die Notwendigkeit von Kenntnissen, Erfahrungen und Techniken insbesondere in der Psychodiabetologie hingewiesen werden.

#### **4.2.11 Vorschlag zu Anlage 8: Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 - Dokumentation**

In die Dokumentation sind das Vorliegen einer psychischen Störung und die Überweisung zu einer psychotherapeutischen Behandlung als obligatorischer Bestandteil aufzunehmen.

### **Begründung**

Ein Fehlen der Dokumentation des Vorliegens psychischer Störungen und ihrer Behandlung macht eine methodisch hinreichende Kontrolle des Einflusses von psychischen Störungen auf den Verlauf von Diabetes mellitus Typ 1 im Rahmen des DMP und des differenziellen Beitrags einer psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen der vorgesehenen Evaluation nicht oder nur unter erschwerten Bedingungen möglich. Damit wären die wissenschaftliche Aussagekraft der Evaluationsstudien und die für zukünftige Optimierungen abzuleitenden Schlussfolgerungen gravierend beeinträchtigt. Vor dem Hintergrund der belastbaren Evidenz hinsichtlich der Relevanz psychischer Störungen und maladaptiver Bewältigungsmuster für den Verlauf chronischer Erkrankungen wäre ein solches methodisches Defizit auch in gesundheitsökonomischer Hinsicht nur schwer zu rechtfertigen.

## 5. Literatur

- <sup>1</sup> Gala, C., Galletti, F. & Invernizzi, G. (1997). Depression and cardiovascular disease. In M. M. Robertson & C. L. E. Katona (Eds.) *Depression and physical illness* (pp. 201-223). Chichester: John Wiley & Sons.
- <sup>2</sup> Kaplan, G. A. & Keil, J. E. (1993). Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature. *Circulation*, *88*, 1973-98.
- <sup>3</sup> Rozanski, A., Blumenthal, J. A., Davidson, K. W., Saab, P. G. & Kubzansky, L. (2005). The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology. *Journal of the American College of Cardiology*, *45*, 637–51.
- <sup>4</sup> Nabi, H., Hall, M., Koskenvuo, M., Singh-Manoux, A., Oksanen, T., Suominen, S., Kivimäki, M. & Vahtera, J. (2010). Psychological and somatic symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease: the health and social support prospective cohort study. *Biological Psychiatry*, *67* (4), 378-85.
- <sup>5</sup> Davidson, K., Jonas, B. S., Dixon, K. E. & Markowitz, J. (2000). Do depression symptoms predict early hypertension incidence in young adults in the ARDIA study? *Archives of Internal Medicine*, *160*, 1495-1500.
- <sup>6</sup> Ferketich, A. K., Schwartzbaum, J. A., Frid, D. J. & Moeschberger, M. L. (2000). Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. *Archives of Internal Medicine*, *160*, 1261-1268.
- <sup>7</sup> Ford, D. E., Mead, L. A., Chang, P. P., Cooper-Patrick, L., Wang, N.-Y. & Klag, M. J. (1998). Depression is a risk factor for coronary artery disease in men. *Archives of Internal Medicine*, *158*, 1422-1426.
- <sup>8</sup> Glassman, A. H. & Shapiro, P. A. (1998). Depression and the course of coronary artery disease. *American Journal of Psychiatry*, *155*, 4-11.
- <sup>9</sup> Allison, T. G., Williams, D. E., Miller, T. D. et al. (1995). Medical and economic costs of psychological distress in patients with coronary artery disease. *Mayo Clinic Proceedings*, *70*, 734-742.
- <sup>10</sup> Hermann-Lingen, C. & Buss, U. (2007). Anxiety and depression in patients with coronary heart disease. In J. Jordan (Hrsg.). *Contributions towards an evidence-based psychocardiology: a systematic review of the literature* (pp. 125-157). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- <sup>11</sup> Löwe, 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.

- <sup>12</sup> Tress, W., Kruse, J., Heckrath, C., Schmitz, N. & Albert, L. (1997). Psychogene Erkrankungen in hausärztlichen Praxen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 43, 211-232.
- <sup>13</sup> Wittchen, 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.
- <sup>14</sup> Chung, H., Teresi, J., Guarnacia, P., Meyers, B. S., Holmes, D., Bobrowitz, T., Eimicke, J. P. & Ferran, E. Jr. (2003). Depressive symptoms and psychiatric distress in low income Asian and Latino primary care patients: prevalence and recognition. *Community Mental Health Journal*, 39 (1), 33-46.
- <sup>15</sup> Linden, 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.
- <sup>16</sup> Badger, L., DeGruy, F., Hartman, J., Plant, M., Leeper, J., Anderson, R., Ficken, R., Gaskins, S., Maxwell, A., Rand, E. & Tietze, P. (1994). Patient presentation, interview content, and the detection of depression by primary care physicians. *Psychosomatic Medicine*, 56 (2), 128-135.
- <sup>17</sup> Ani, C., Bazargan, M., Hindman, D., Bell, D., Faroog, M., Akhanjee, L., Yemofio, F., Baker, R. & Rodriguez, M. (2008). Depression symptomatology and diagnosis: discordance between patients and physicians in primary care settings. *BMC Family Practice*, 9 (1), 1-9.
- <sup>18</sup> Albus, C. et al. (2011). A stepwise psychotherapy intervention for reducing risk in coronary artery disease (SPIRR-CAD) – Rationale and design of a multicenter, randomized trial in depressed patients with CAD. *Journal of Psychosomatic Research*, 71, 215-222.
- <sup>19</sup> Graham, I. et al. (2007). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice – Fourth joint task force of the European society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *European Heart Journal*, 28, 2375-2414.
- <sup>20</sup> Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, D. G. & Lip, G. Y. (2001). Predictors of attendance at cardiac rehabilitation after myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 497-501
- <sup>21</sup> Huijbrechts, I. P., Duivenvoorden, H. J. & Deckers, J. W. (1996). Modification of smoking habits five months after myocardial infarction: Relationship with personality characteristics. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 369-378.

- <sup>22</sup> Petrie, K. J., Cameron, L. D., Ellis, C. J., Buick, D. & Weinman, J. (2002). Changing illness perceptions after myocardial infarction: An early intervention randomized controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, 64, 580-586.
- <sup>23</sup> Klesse, C., Barth, J., Härter, M. & Bengel, J. (2007). Behandlung psychischer Störungen bei koronarer Herzkrankheit, In M. Härter, A. Baumeister & J. Bengel (Hrsg.) *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen* (S. 97-107), Heidelberg: Springer.
- <sup>24</sup> Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). *Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK – Langfassung*, 2. Auflage. Version 1. 2013. <http://www.khk.versorgungsleitlinien.de>; [cited: 04.11.2013].
- <sup>25</sup> Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG Sucht) & Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (2004). *Tabakbedingte Störungen „Leitlinie Tabakentwöhnung“*. <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/076-006.htm>; [cited: 04.11.2013].
- <sup>26</sup> Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., McQueen, M., Budaj, A., Pais, P., Varigos, J., Lisheng, L. & INTERHEART Study Investigators. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364 (9438), 937-52.
- <sup>27</sup> Psychiatric Research Unit WHO Collaborating Centre in mental Health (1998). *WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden*. [http://www.psykiatri-regionh.dk/NR/ronlyres/3F12728C-B0CD-4C50-A714-B6064159A314/0/WHO5\\_German.pdf](http://www.psykiatri-regionh.dk/NR/ronlyres/3F12728C-B0CD-4C50-A714-B6064159A314/0/WHO5_German.pdf); [cited: 04.11.2013].
- <sup>28</sup> Strauß, B. (2002). *Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen*. Göttingen: Hogrefe.
- <sup>29</sup> Bech, P., Olsen, L. R., Kjoller, M. & Rasmussen, N. K. (2003). Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: A comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-Five Well-Being Scale. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12 (2), 85-91.
- <sup>30</sup> Henkel, V., Mergl, R., Kohlen, R. et al. (2003). Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. *BMJ*, 326, 200-1.
- <sup>31</sup> Bonsignore, M., Barkow, K., Jessen, F. & Heun, R. (2001). Validity of the five-item WHO Well-Being Index (WHO-5) in an elderly population. *European Archives of Psychiatry*, 251 (Suppl. 2), 27-31.
- <sup>32</sup> Goldston, K. & Baillie, A. J. (2008). Depression and coronary heart disease: A review of the epidemiological evidence, explanatory mechanisms and management approaches. *Clinical Psychology Review*, 28, 288-306.
- <sup>33</sup> Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E. et al. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 24 (6), 1069-1078.

- <sup>34</sup> Bernard, K. D., Skinner, T. C. & Peveler, R. (2006). The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 1 diabetes: systematic literature review. *Diabetic Medicine*, 23 (4), 445-448.
- <sup>35</sup> Schwartz, F. W. et al. (1999). *Gesundheitsausgaben für chronische Krankheit in Deutschland - Krankheitskostenlast und Reduktionspotentiale durch verhaltensbezogene Risikomodifikation*. Lengerich: Pabst.
- <sup>36</sup> Kulzer, B., Albus, C., Herpertz, S., Kruse, J., Lange, K., Federbogen, F. & Petrak, F. (2013). *Psychosoziales und Diabetes - S2-Leitlinie Psychosoziales und Diabetes – Langfassung*. Stuttgart: Thieme, <http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/leitlinien/evidenzbasierte-leitlinien.html>; [cited: 04.11.2013].
- <sup>37</sup> Fu, A. Z., Qiu, Y. & Radican, L. (2009). Impact of fear of insulin or fear of injection on treatment outcomes of patients with diabetes. *Current Medical Research and Opinions*, 25 (6), 1413-1420.
- <sup>38</sup> Polonsky, W. H., Anderson, B. J., Lohrer, P. A. et al. (1995). Assessment of diabetes-related distress. *Diabetes Care*, 18 (6), 754-760.
- <sup>39</sup> Helgeson, V. S., Siminerio, L., Escobar, O. et al. (2009). Predictors of metabolic control among adolescents with diabetes: a 4-year longitudinal study. *Journal of Pediatric Psychology*, 34 (3), 254-270.
- <sup>40</sup> Chida, Y. & Hammer, M. (2008). An association of adverse psychosocial factors with diabetes mellitus: a meta-analytic review of longitudinal cohort studies. *Diabetology*, 51 (12), 2168-2178.
- <sup>41</sup> Coyne, J. C., Schwenk, T. L. & Fechner-Bates, S. (1995). Nondetection of depression by primary care physicians reconsidered. *General Hospital Psychiatry*, 17, 3-12.
- <sup>42</sup> Haak, T. & Kellerer, M. (2010). *Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter*. Mainz: Kirchheim & Co. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/057-016.html>; [cited: 04.11.2013].
- <sup>43</sup> Petrak, F., Hardt, J., Wittchen, H.-U. et al. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in an onset cohort of adults with type 1 diabetes. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 19 (3), 216-222.
- <sup>44</sup> Engström, I., Kroon, M., Arvidsson, C. G. et al. (1999). Eating disorders in adolescent girls with insulin-dependent diabetes mellitus: a population-based case-control study. *Acta Paediatrica*, 88 (2), 175-180.
- <sup>45</sup> Jones, J. M., Lawson, M. L., Daneman, D. et al. (2000). Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: cross sectional study. *BMJ*, 320 (7249), 1563-1566.

- <sup>46</sup> Colton, P., Olmsted, M., Daneman, D. et al. (2004). Disturbed eating behaviours and eating disorders in preteen and early teenage girls with type 1 diabetes: a case-controlled study. *Diabetes Care*, 27 (7), 1654-1659.
- <sup>47</sup> Gonder-Frederick, L. A., Cox, D. J. & Ritterband, L. M. (2002). Diabetes and Behavioral Medicine: The Second Decade. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 611-625.
- <sup>48</sup> Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2008). *Therapie neuropathischer Schmerzen. Leitlinien der DGN*. [http://www.kompetenznetz-parkinson.de/mittwoch\\_1430\\_3\\_Leitlinie\\_Therapie\\_neuropathischer\\_Schmerzen.pdf](http://www.kompetenznetz-parkinson.de/mittwoch_1430_3_Leitlinie_Therapie_neuropathischer_Schmerzen.pdf); [cited: 04.11.2013].
- <sup>49</sup> Li, C., Barker, L., Ford, E. S. et al. (2008). Diabetes and anxiety in US adults: Findings from the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Diabetic Medicine*, 25 (7), 878 – 881.
- <sup>50</sup> Lin, E. H., Korff, M. V., Alonso, J. et al. (2008). Mental disorders among persons with diabetes – results from the World Mental Health Survey. *Journal of Psychosomatic Research*, 65 (6), 571-580.
- <sup>51</sup> Lustman, P. J., Anderson, R. J., Freedland, K. E. et al. (2000). Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care*, 23 (7), 595-598.
- <sup>52</sup> Gonzalez, J. S., Peyrot, M., McCarl, L. A. et al. (2008). Depression and diabetes treatment nonadherence: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 31 (12), 2398-2403.
- <sup>53</sup> Morse, S. A., Ciechanowski, P. S., Katon, W. J. et al. (2006). Isn't this just bedtime snacking? The potential adverse effects of night-eating symptoms on treatment adherence and outcomes in patients with diabetes. *Diabetes Care*, 29 (8), 1800-1804.
- <sup>54</sup> Hermanns, N., Kulzer, B., Kirchbaum, M. et al. (2006). How to screen for depression and emotional problems in patients with diabetes: comparison of screening characteristics of depression questionnaires, measurement of diabetes-specific emotional problems and standard clinical assessment. *Diabetologia*, 49 (3), 469-477.
- <sup>55</sup> Pouwer, F., Beekman, A. T., Lubach, C. et al. (2006). Nurses' recognition and registration of depression, anxiety and diabetes-specific emotional problems in outpatients with diabetes mellitus. *Patient Education and Counseling*, 60 (2), 235-240.
- <sup>56</sup> Rubin, R. R., Ciechanowski, P., Egede, L. E. et al. (2004). Recognizing and treating depression in patients with diabetes. *Current Diabetes Reports*, 4 (2), 119-125.
- <sup>57</sup> De Wit, M. et al. (2007). Validation of the WHO-5 Well-Being Index in Adolescents with Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*, 30 (8), 2003-2006.