

**Stellungnahme zum  
Antrag der Fraktion der CDU/CSU**

**Wirkungen und Nebenwirkungen des  
GKV-Modernisierungsgesetzes – kritische  
Bestandsaufnahme**

**BT-DRS 15/4135**

## **Inhaltsverzeichnis**

Inhaltsverzeichnis .....	2
I. Zusammenfassung .....	3
II. Integrierte Versorgung – Spielräume erweitern .....	5
III. Hausarztzentrierte Versorgung – Qualitätsanforderungen umsetzen .....	8
IV. Disease Management Programme – evidenzbasiert weiterentwickeln.....	12
V. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) – konsequent nutzen .....	16
Literatur.....	19

## **I. Zusammenfassung**

### **Integrierte Versorgung - Spielräume erweitern**

Der Aufbau integrierter Versorgung ist eine Schlüsselinnovation für die zukunftsfähige Gestaltung des deutschen Gesundheitssystems. Dies gilt auch für psychische Störungen und psychische Komorbiditäten bei körperlichen Erkrankungen. Insbesondere für Kinder und Jugendliche müssen die Optionen für den Aufbau integrierter Versorgung erweitert werden. Bisher haben die unterschiedlichen Akteure die gesetzlichen Spielräume im Schwerpunkt dafür genutzt, integrierte Versorgungsformen an der Schnittstelle zwischen stationärem und rehabilitativem Bereich aufzubauen bzw. klassische Versorgungsformen in integrierte Versorgung umzuwidmen. Ein nachhaltiger Innovationsschub blieb bisher aus. Der Gesetzgeber sollte daher mehr ökonomische Anreize schaffen, indem er den 1 %igen Abzug von den Budgets über das Jahr 2006 hinweg prolongiert. Der Zugriff auf die Mittel sollte allerdings nur dann möglich sein, wenn die Verträge zur integrierten Versorgung gesetzlich vorgegebenen Qualitätskriterien entsprechen. Außerdem sollte für Verträge zur integrierten Versorgung ein Abweichen von Zulassungsordnung und Bedarfsplanung möglich sein.

### **Hausarztzentrierte Versorgung - Qualitätsanforderungen umsetzen**

Eine Hausarztzentrierte Versorgung könnte für chronisch kranke und multimorbide Patienten, deren Versorgungsschwerpunkt im hausärztlichen Bereich liegt, eine Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung bewirken. Die Qualifikation der Hausärzte ist dabei allerdings der erfolgskritische Faktor, vor allem mit Blick auf psychische Störungen und psychische Komorbiditäten bei körperlichen Erkrankungen. Bisher liegt kein Hausarztvertrag vor, der durch besondere Qualifikationsanforderungen an die Hausärzte eine qualitätsgesicherte Lotsenfunktion und damit den Einstieg in eine integrierte Versorgung für chronisch Kranke und Multimorbide eröffnen würde. Noch liegt der Ball allerdings im Feld der Selbstverwaltung. Es ist zu früh, um von einem Scheitern der Hausarztzentrierten Versorgung zu sprechen.

## **Disease-Management-Programme - evidenzbasiert weiterentwickeln**

Hier ist die Selbstverwaltung bzw. der Gemeinsame Bundesausschuss gefordert. Die bereits laufenden Disease-Management-Programme sollten evidenzbasiert fortgeschrieben werden und dabei insbesondere psychologisch-psychotherapeutische Erkenntnisse mit berücksichtigen. Außerdem sollten die Dokumentationen weiterentwickelt und durch Patientenbefragungen ergänzt werden, damit in absehbarer Zeit Aussagen zu Qualität und Wirtschaftlichkeit der Disease-Management-Programme möglich werden. Zum derzeitigen Zeitpunkt sprechen Indizien für den Erfolg der DMPs, eindeutig belegen lässt sich dies noch nicht.

## **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen - konsequent nutzen**

Die Errichtung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen ist ein wichtiger Schritt zur unabhängigen Nutzenbewertung von diagnostischen und therapeutischen Verfahren im Gesundheitswesen. Im Rahmen der Nutzenbewertung sollten mit den nicht-medikamentösen Behandlungsverfahren und –strategien auch Therapieverfahren in den Fokus genommen werden, die bisher unter qualitativen und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten unzureichend genutzt werden. Nicht-medikamentöse Behandlungsstrategien, wie z. B. Patientenschulung oder Selbstmanagementansätze, stellen entscheidende Eckpfeiler einer patientenorientierten Versorgung chronisch kranker Menschen dar, die zudem die Patienten als gleichberechtigten Partner in die Behandlung mit einbeziehen.

## **II. Integrierte Versorgung – Spielräume erweitern**

Chronisch kranke und multimorbide Menschen finden sich in den fraktalen Anbieterstrukturen des deutschen Gesundheitssystems nicht zurecht. Eine abgestimmte Versorgung der Patienten setzt ein praxis-, disziplinen- und sektorübergreifend abgestimmtes Vorgehen der Leistungserbringer voraus. Doch gerade dies ist in den derzeitigen Anbieter- und Finanzierungsstrukturen des deutschen Gesundheitssystems kaum möglich. Integrierte Versorgung ist daher eine Schlüsselinnovation, um das System insgesamt zukunftsfähig und patientenorientierter zu gestalten.

In den letzten drei Gesundheitsreformen hat der Gesetzgeber daher die Spielräume für den Aufbau integrierter Versorgung Stück um Stück erweitert. Unterschiedlich engagiert und ambitioniert bemühen sich Leistungserbringer und Krankenkassen seit Jahren um den Aufbau integrierter Versorgung.

Das GMG hat durch eine Erweiterung der unternehmerischen Spielräume, durch die Etablierung eines Innovationsfonds (§ 140d SGB V) und dem Abrücken von der Beitragsatzstabilität für Verträge zur integrierten Versorgung neue Anreize gesetzt. Fast alle Beteiligten haben sich in der Folge auf Verträge zur integrierten Versorgung konzentriert, bei denen ohnehin schon ein hoher Vernetzungsgrad zwischen den Behandlern besteht und die Behandlung typischerweise eine einfache Behandlungskette und kein komplexes Behandlungsnetzwerk voraussetzt. Das klassische Beispiel hierfür ist die endoprothetische Hüftversorgung, zu der eine Vielzahl von Verträgen abgeschlossen wurde, ohne dass damit eine nennenswerte Änderung der Versorgungsrealität verbunden gewesen wäre. In der Regel wurden laufende Strukturverträge (§ 73a SGB V) in integrierte Versorgung (§§ 140a – h SGB V) umgewidmet.

Eines der zentralen Probleme bei der Entwicklung integrierter Versorgung für komplexe chronische Erkrankungen ist die zu leistende Entwicklungs- und Vernetzungsarbeit. Es fehlt bei Leistungserbringern und Krankenkassen das erforderliche Know-how für Modelle umfassend integrierter Versorgung. Die notwendigen zeitlichen Ressourcen zum Aufbau der Vernetzung sowie die Vorbereitung und Verhandlung der Versorgungsverträge werden nicht mobilisiert.

Entwicklungs- und Handlungsbedarf besteht insbesondere bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Der Vernetzungsbedarf zwischen den verschiedenen beteiligten Akteuren ist hierbei gerade in Hinblick auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gegeben. Eine qualitativ hochwertige Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen körperlichen Erkrankungen oder psychischen und Störungen muss interdisziplinär angelegt sein und sollte möglichst auch Maßnahmen der sekundären und tertiären Prävention einbeziehen.

Eine integrierte Versorgung bietet die Chance, die notwendige Vernetzung zwischen Kinderärzten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder und Jugendlichenpsychiatern, Einrichtungen der stationären Krankenhaus- und Rehabilitationsbehandlung und Beratungsstellen herzustellen. Dabei sind abgestimmte Behandlungspfade und Kommunikationsabläufe zu implementieren und qualitätsgesicherte Maßnahmen der sekundären und tertiären Prävention in die Versorgung einzubeziehen. Bei Kindern und Jugendlichen ist es in besonderer Weise geboten, drohenden Chronifizierungen frühzeitig zu begegnen und aufeinander abgestimmte Versorgungsstrukturen vorzuhalten. Derartige Versorgungsmodelle implizieren substanzielle neue Netzleistungen und würden einen qualitativen Sprung in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen bedeuten.

Um die Innovations- und Investitionsbereitschaft, sowohl der Leistungserbringer wie der Krankenkassen, für umfassende integrierte Versorgungsmodelle zu erhöhen, sollte der Gesetzgeber den Innovationsfond nach § 140d SGB V über 2006 hinaus prolongieren. Allerdings sollte ein Zugriff auf den eventuell höher zu dotierenden Innovationsfond nur möglich sein, wenn die Verträge gesetzlich definierte Qualitätskriterien umfassend und vollständig erfüllen.

Mögliche Qualitätskriterien wären:

- disziplinen- und sektorübergreifend abgestimmter Behandlungspfad für mindestens eine chronische Volkskrankheit,
- eine pauschalierte Vergütung, die die konsentierten Behandlungspfade abdeckt,
- eine Organisationsform, die ein einrichtungsübergreifendes Qualitätsmanagement und eine Kostenträgerrechnung ermöglicht,

- eine praxis- und sektorenübergreifende IT-Vernetzung, die ein Qualitätsmanagementsystem und ein auf den Versorgungsauftrag zugeschnittenes, internes Vergütungssystem ermöglicht.

Neue Vertrags- und Versorgungsformen scheitern häufig daran, dass konzeptionell richtige und angemessene Konzepte mit der Zulassungsordnung oder der Bedarfsplanung kollidieren. Häufig lassen sich Konzepte nicht so zuschneiden, dass sie in das bestehende Regelsystem hineinpassen. Ein Entwicklungsschub könnte erreicht werden, wenn für integrierte Versorgungsformen, die die oben formulierten Qualitätskriterien umfassend und vollständig erfüllen, Abweichungen von Zulassungsordnung und Bedarfsplanung möglich werden.

### **III. Hausarztzentrierte Versorgung – Qualitätsanforderungen umsetzen**

Mit dem GMG wurden die Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten die Wahloption für eine Hausarztzentrierte Versorgung anzubieten. Durch vertraglich zu vereinbarenden besondere Qualifikationsanforderungen an Hausärzte sollten die Voraussetzungen für eine Lotsenfunktion der Hausärzte geschaffen werden.

Die Qualifikation der Hausärzte stellt das erfolgskritische Moment der Hausarztzentrierten Versorgung dar. Damit die Einführung einer Hausarztzentrierten Versorgung auch tatsächlich zu Qualitätsverbesserungen und Kostensenkungen führt, müssen die teilnehmenden Hausärzte eine besondere Kompetenz hinsichtlich der Erkennung von Erkrankungen aufweisen, die einer weiteren fachärztlichen oder einer fachpsychotherapeutischen Abklärung und gegebenenfalls Behandlung bedürfen. Darüber hinaus müssen die teilnehmenden Hausärzte in der Lage sein, ihren Patienten die Problemlagen adäquat darzulegen sowie die Behandlungsoptionen zu beschreiben und zu begründen. Dieses setzt unter anderem eine vertiefte Kenntnis der Methoden der partizipativen Entscheidungsfindung voraus.

Die aktuell bestehenden Defizite in Bezug auf die Erkennensrate lassen sich am Beispiel der depressiven Störungen aufzeigen. In verschiedenen nationalen und internationalen Studien lag die Erkennensrate von depressiven Störungen in der hausärztlichen Praxis bei circa 50% (Jacobi, Höfler, Meister & Wittchen, 2002; Wittchen, H.-U. et al., 2000). Auch wenn bereits aufgrund der durchgeführten Studie in den Arztpraxen eine besondere Aufmerksamkeit auf mögliche psychische Störungen der Patienten gelenkt wurde, erhöhte sich diese Rate nur unwesentlich. Der Anteil derjenigen Patienten, die bei korrekter Diagnosestellung auch suffizient behandelt werden, liegt nochmals dramatisch niedriger (Lepine, Gastpar, Mendlewicz & Tylee, 1997). Die Daten des Bundesgesundheitsurvey weisen in diesem Zusammenhang auf schichtspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei psychischen Störungen hin. Gerade Patienten mit niedrigerem Bildungsniveau nehmen, wenn überhaupt, eher Behandlungen weniger spezialisierter Leistungserbringer in Anspruch (Wittchen, Hans-Ulrich & Jacobi, 2001). Entsprechend ist für diese Patientengruppe eine qualitativ hochwertige primärärztliche Versorgung von entscheidender Bedeutung. Der Implementierung von Screeningverfahren kann dabei eine



wichtige Funktion zukommen, die Erkennensraten für psychische Störungen in der primärärztlichen Versorgung zu erhöhen (Gilbody, House & Sheldon, 2001). Ergänzend sind edukative und organisatorische Strategien zu nutzen, um die Verbesserung der Erkennensrate für psychische Störungen auch in eine verbesserte Versorgung münden zu lassen (Gilbody, Whitty, Grimshaw & Thomas, 2003). Die ersten bundesdeutschen Ergebnisse zur Evaluation von entsprechenden Fortbildungsmaßnahmen für Hausärzte bestätigen die Effektivität dieser Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität im primärärztlichen Bereich (Bermejo, Dausend, Schneider, Berger & Härter, 2003).

Auch die Umsetzbarkeit der Ansätze der partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) in der primärärztlichen Praxis ist mittlerweile für verschiedene Patientengruppen, unter anderen auch für Patienten mit einer depressiven Störung, erfolgreich demonstriert worden (Loh, Meier et al., 2004). Die aktive und informierte Beteiligung der Patienten an der medizinischen Entscheidungsfindung entspricht dabei nicht nur den Patientenbedürfnissen, sondern ist darüber hinaus mit einem besseren Behandlungsergebnis und einer aktiveren Rolle des Patienten im gesamten Behandlungsverlauf verknüpft (Loh, Simon & Härter, 2004). Die Teilnahme an entsprechenden Fortbildungen sollte daher ein obligatorisches Qualifikationskriterium für Hausärzte zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung sein.

Patienten mit unklarem medizinischen Beschwerdebild, die besonders häufig Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, sind eine weitere Zielgruppe für eine qualitätsgesicherte hausarztzentrierte Versorgung. Aktuelle Schätzungen gehen davon aus, dass sich circa ein Fünftel der Patienten in der Hausarztpraxis wegen medizinisch nicht erklärbarer somatischer Beschwerden in Behandlung begeben. Allein für den Bereich der chronischen Rückenschmerzen ist von einem Anteil von über 80% der Patienten auszugehen, bei denen keine eindeutige medizinische Diagnose gestellt werden kann (Cavanaugh & Weinstein, 1994). Eine effektive Vernetzung der beteiligten Akteure bei leitlinienorientierten Behandlungsstandards könnte eine frühzeitige Berücksichtigung alternativer Behandlungs- und Bewältigungsansätze ermöglichen. Ansonsten droht der Patient in einen Teufelskreis einzutreten aus wiederholten diagnostischen Maßnahmen ohne eindeutigen Befund, Behandlungsversuchen trotz Fehlens entsprechender wissenschaftlicher Evidenz und weiteren diagnostischen

und therapeutischen Maßnahmen mit der Gefahr von Zufallsbefunden und iatrogenen Untersuchungs- und Behandlungseffekten.

Eine Hausarztzentrierte Versorgung könnte den Vorteil bieten, dass die Schwelle für eine zielgerichtete Inanspruchnahme von erforderlichen psychotherapeutischen diagnostischen und/oder therapeutischen Maßnahmen niedriger wird. Die frühzeitige Einleitung indizierter psychotherapeutischer Maßnahmen, beispielsweise bei somatoformen Patienten, führt neben der Steigerung des Leistungsvermögens und der Lebensqualität auch zu einer Reduktion der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und der damit verbundenen Kosten (Hiller & Fichter, 2004; Locke, Ford & McLaughlin, 2003).

Umgekehrt sollte für Patienten, die in einer Hausarztzentrierten Versorgung eingeschrieben sind und aus eigener Einsicht den direkten Zugang zur Psychotherapie wählen, dies nicht durch administrative Hemmschwellen verhindert werden. Die ohnehin bestehende Konsiliarpflicht für psychotherapeutische Behandlungen führt bereits zu der gewünschten Vernetzung zwischen Psychotherapeuten und Hausärzten. Das Erstzugangsrecht zur Psychotherapie sollte daher auch in den Hausarztverträgen erhalten bleiben. Bei laufender Richtlinienpsychotherapie sollte zur Wahrung der Integrität einer psychotherapeutischen Behandlung auf die formale Vorschrift einer quartalsbezogenen Überweisung verzichtet werden. Unter Wahrung des informationellen Selbstbestimmungsrechts der Patienten ist stattdessen eine kommunikative Vernetzung zwischen Psychotherapeuten und Hausärzten vorzusehen.

Die aktuellen Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung setzen die notwendigen besonderen Anforderungen an die Qualifikation von Hausärzten unzureichend um. Die in den Vertragstexten formulierten Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsziele kontrastieren mit den äußerst allgemein gehaltenen Qualitätsanforderungen an die teilnehmenden Hausärzte. Meist werden Qualitätsanforderungen gestellt, die bereits in der klassischen hausärztlichen Versorgung zum Standard gehören sollten, wie z. B. die verbindliche Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln, die Orientierung an evidenzbasierten Leitlinien, Fortbildung und ein praxisinternes Qualitätsmanagement. Nach aktuellem Stand wird von den Vertragspartnern die Option des § 73b SGB V dafür genutzt, die Umsetzung der allgemeinen gesetzlichen Anforderungen an die

hausärztliche Versorgung zu fördern (KV Hessen/Ersatzkassen). Teilweise wird die Hausarztzentrierte Versorgung auch als Marketinginstrument für Gesunde bzw. gesundheitsbewusste Versicherte genutzt (BEK/HÄVG). Sie dient zudem als Förderinstrument für Disease-Management-Programme, wobei die ökonomischen Anreize für Versicherte und Hausärzte aus dem Innovationsfond nach § 140d SGB V finanziert werden (BEK/HÄVG; AOK/IKK/KV Sachsen-Anhalt).

Für die Hausarztzentrierte Versorgung gilt wie für die meisten neuen Versorgungsformen, dass alle Beteiligten weder die Krankenkassen noch die Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Hausärzteverband den Mut haben, durch ambitionierte Qualitätsanforderungen einen für die Patienten wahrnehmbaren Unterschied zwischen kollektivvertraglicher Versorgung und der Versorgung über neue Versorgungsformen zu etablieren. Wenn dies gelingen würde, könnte die Hausarztzentrierte Versorgung insbesondere auch für Menschen mit psychischen Störungen eine qualitative Verbesserung der Versorgung bewirken.

#### **IV. Disease Management Programme – evidenzbasiert weiterentwickeln**

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) sieht in der Kopplung der Disease-Management-Programme an den Risikostrukturausgleich kein Problem. Auch die Verwaltungsausgaben sind gerechtfertigt, wenn Disease-Management-Programme nachweisbar zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung chronisch kranker Patienten führen. Zumindest einige Indizien sprechen dafür, dass dies der Fall sein könnte, wenn die strukturierten Behandlungsprogramme durch die Selbstverwaltung evidenzbasiert weiterentwickelt werden.

Allerdings werden im jüngsten Entwurf der Empfehlungen des G-BA zu Anforderungen an die Ausgestaltung des DMP Brustkrebs wie bereits zuvor in den anderen DMP die vorhandenen Erkenntnisse der Versorgungsforschung in Bezug auf effektive Implementierungsstrategien nicht ausreichend berücksichtigt. Zu dem Punkt „psychosoziale Betreuung“ heißt es dort beispielsweise, dass der nachsorgende Arzt prüfen soll, ob die Patientin einer weitergehenden Diagnostik oder Behandlung bedarf. In der Begründung der Anforderungen wird weiter erläutert, dass dies durch das Stellen gezielter Fragen erfolgen soll. Eine systematische Verbesserung der Erkennensrate wird durch derartig reduzierte Anforderungen nicht erreicht. Die Forschung der letzten Jahre hat gezeigt, dass selbst die Bereitstellung von evidenzbasierten Leitlinien allein noch keine substantielle Änderung der Versorgungsrealität zu bewirken vermag (Gilbody et al., 2003). Das gilt sicher auch für einfache Hinweise, dass je nach Indikation und Bedürfnis der betroffenen Frauen gezielte Fragen zur Erkennung behandlungsbedürftiger psychischer Erkrankungen zu stellen sind.

Aus wissenschaftlicher Perspektive ist es außerdem bedauernd, dass die obligatorischen Dokumentationen, die von vielen ärztlichen Kollegen als überbordende Bürokratie erlebt wird, so ausgestaltet wurden, dass eine fundierte Evaluation der DMP nicht möglich ist. Zumindest in einzelnen Regionen sollten die Voraussetzungen geschaffen werden, eine Bewertung der Prozess- und Ergebnisqualität der DMP vornehmen zu können. Hierfür ist insbesondere eine systematische Patientenbefragung zur Zufriedenheit mit den Behandlungsmaßnahmen, zum Verlauf der Erkrankung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwingend zu fordern. Insgesamt bietet das Konzept der strukturierten Behandlungsprogramme viele Chancen zur systema-

tischen Verbesserung der Versorgungsqualität bei Patienten mit chronischen Erkrankungen, die noch lange nicht ausgeschöpft worden sind.

Kritisch an der Gesamtkonzeption der DMP erscheint, dass die Wirksamkeit dieser Programme primär durch eine Erhöhung der Kontrolldichte in Bezug auf die Ärzte und Patienten induziert werden soll. Dies fördert das formale Abarbeiten der Regularien eines DMP, ohne dass die tatsächlichen Bedürfnisse der Patienten und die Anforderungen an die Krankheitsbewältigung im Zentrum der Behandlung stehen.

In diesem Sinne setzen auch die derzeit in den DMP implementierten Patientenschulungen einseitig auf Wissensvermittlung, was für einen Teil der Patienten für ein gelingendes Selbstmanagement ausreichen kann. Für eine große Gruppe von Patienten greift die reine Wissensvermittlung jedoch zu kurz, da diese Patienten ohne weitere verhaltens- und erlebensnahe Unterstützung die erforderlichen adaptiven Verhaltensänderungen nicht vollziehen bzw. aufrechterhalten können. Dies gilt insbesondere bei gleichzeitig vorhandenen Stressbelastungen in Folge von z. B. Arbeitslosigkeit, beruflichen oder sozialen Problemen oder geringer sozialer Unterstützung.

Die Effektivität von Selbstmanagementtrainings und anderen psychotherapeutischen bzw. psychologischen Maßnahmen in der Behandlung chronischer Erkrankungen wie zum Beispiel Diabetes mellitus ist vielfach belegt (Bodenheimer, Lorig, Holman & Grumbach, 2002; Delamater et al., 2001). Aufgrund der typischerweise komplexen Natur dieser Interventionen lassen sich die einzelnen wirksamen Bausteine nur begrenzt identifizieren (Norris, Engelgau & Narayan, 2001). Erkennbar ist jedoch, dass primär auf Wissensvermittlung abzielende Schulungen geringere und weniger stabile Effekte zeitigen als komplexer angelegte Selbstmanagementprogramme, welche Patienten aktiv in den Schulungsprozess mit einbeziehen, mit dem Patienten individuelle Behandlungsziele formulieren und konkrete Hilfestellung für die Umsetzung von Verhaltensänderungen im Alltag vorsehen (Bodenheimer et al., 2002).

Für die Stabilisierung der Behandlungseffekte sind ein kontinuierliches Patientenmonitoring sowie wiederholte und vertiefende Schulungen vorzusehen. Dabei sind die emotionalen, motivationalen und kognitiven Voraussetzungen der Patienten zu be-

rücksichtigen (Norris et al., 2001). Dieses wird durch die aktuellen Vorgaben für strukturierte Behandlungsprogramme nicht genügend berücksichtigt.

Auch die Relevanz komorbider psychischer Störungen findet in den bisherigen DMP keinen Niederschlag. Patienten mit Diabetes mellitus Typ II haben beispielsweise im Vergleich zur gesunden Bevölkerung ein circa zweifach erhöhtes Risiko an einer depressiven Störung zu leiden (Anderson, Freedland, Clouse & Lustman, 2001). Die Bedeutung der psychischen Komorbidität lässt sich auch für die anderen Indikationen der DMP zeigen.

Insbesondere depressiven Störungen und subklinisch depressiven Syndromen kommt für den Verlauf der chronischen körperlichen Erkrankung eine besondere Bedeutung zu. Eine Meta-Analyse von De Groot et al. (2001) zeigt den konsistenten Befund eines erhöhten Risikos depressiver Diabetiker für Folgekomplikationen, u.a. für diabetische Retinopathie, Nephropathie, makrovaskulären Komplikationen oder sexuellen Dysfunktionen. Darüber hinaus weisen depressive Diabetiker eine höhere Mortalität und ein höheres Risiko für Invalidität auf (Black, Markides & Ray, 2003). Auch die Blutzuckereinstellung ist bei Patienten mit einer depressiven Störung deutlich schlechter (Lustman et al., 2000).

Schließlich sind komorbide depressive Störungen bei Diabetikern, aber auch bei anderen chronischen Erkrankungen mit einer erhöhten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und daraus resultierend mit deutlich erhöhten Gesundheitskosten assoziiert (Chiechanowski, Katon & Russo, 2000; Egede, 2004; Egede, Zheng & Simpson, 2002).

Die allgemeine Effektivität von psychotherapeutischen Behandlungen bei Patienten mit depressiven Störungen wurde in zahlreichen Studien und Metaanalysen wiederholt nachgewiesen (Gloagen, Cottraux, Cucherat & Blackburn, 1998; Leichsenring, 2001). Darüber hinaus lässt sich jedoch zeigen, dass die fachgerechte Behandlung einer depressiven Störung bei Diabetes-Patienten zu einer Reduktion der depressiven Symptomatik, einer Verbesserung der Lebensqualität und einer höheren Zufriedenheit mit der Gesamtbehandlung führt (Katon *et al.*, 2004). Auch das Management der Diabeteserkrankung verbessert sich durch eine entsprechende psychotherapeu-

tische Behandlung (Lustman, Griffith, Freedland, Kessel & Clouse, 1998). Diese hier exemplarisch aufgeführten Befunde belegen die Notwendigkeit einer effektiveren Vernetzung der primär somatisch angelegten Behandlungspfade im Rahmen eines DMP mit ergänzenden psychotherapeutischen Behandlungspfaden.

## **V. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) – konsequent nutzen**

Die Errichtung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen stellt einen wichtigen Schritt in der unabhängigen Nutzenbewertung von diagnostischen und therapeutischen Verfahren im Gesundheitswesen dar. Der Generalauftrag durch den Gemeinsamen Bundesausschuss hat die Unabhängigkeit des IQWiG zusätzlich unterstrichen und wird dem Institut den nötigen Raum geben, sich auch mit der Nutzenbewertung bereits etablierter diagnostischer und therapeutischer Verfahren zu befassen. Mit Blick auf internationale Vorbilder wäre es allerdings wünschenswert gewesen, dass das Institut, von vornherein unabhängig vom G-BA und BMGS und aus eigener Initiative, relevante Themen der Gesundheitsversorgung aufgreifen und darauf abgestimmte Versorgungsforschungsprojekte initiieren kann. Vor dem Hintergrund der positiven Erfahrungen in anderen Ländern, unter anderem mit dem National Institute for Clinical Excellence (NICE) in Großbritannien und der Agency for Health Care and Research Quality (AHRQ) bzw. dem National Institute of Mental Health (NIMH) in den USA, ist dann zu erwarten, dass die Anwendung der evidenzbasierten Medizin im deutschen Gesundheitswesen durch die Arbeiten des IQWiG neue Impulse enthält.

Mit Beginn dieses Jahres hat das IQWiG seine inhaltliche Arbeit aufgenommen. Die Verabschiedung der Verfahrensordnung unter Berücksichtigung der eingegangenen Stellungnahmen aus dem In- und Ausland sowie die programmatische Verpflichtung, die Verfahrensordnung in jährlichen Abständen zu überarbeiten, stellt für das Institut eine entscheidende Grundlage dar, um transparente Bewertungsprozesse auf einem angemessenen wissenschaftlichen Niveau leisten zu können. Die BPtK befürwortet nachdrücklich, dass bei der Nutzenbewertung der für den Patienten erlebbare Nutzen in den Vordergrund gestellt wird und in diesem Sinne patientenrelevante Endpunkte Priorität haben. Surrogatparameter mit nachgewiesener Validität sollten dagegen erst nachrangig einfließen.

Die BPtK hält es für sehr begrüßenswert, dass sich gleich mehrere aktuelle Aufträge des IQWiG auf die Nutzenbewertung nicht-medikamentöser Behandlungsverfahren und -strategien bei Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen beziehen.



Damit werden Therapieverfahren in den Fokus genommen, die bisher unter qualitativer und wirtschaftlicher Perspektive unzureichend genutzt worden sind. Nichtmedikamentöse Behandlungsstrategien, wie z.B. Patientenschulung bzw. Selbstmanagementtraining stellen entscheidende Eckpfeiler einer patientenorientierten Versorgung chronisch kranker Menschen dar, die die Patienten als gleichberechtigten Partner in die Behandlung einbeziehen und damit deren krankheitsbezogene Selbstwirksamkeitserwartungen und die daraus resultierende Behandlungcompliance stärken.

Eine systematische Nutzenbewertung der nichtmedikamentösen Behandlungsansätze bei den großen Gruppen chronischer Erkrankungen durch das IQWiG kann einen wichtigen Beitrag dazu leisten, dass die Behandlungsmodule und implementierten Entscheidungspfade der DMP an die beste verfügbare Evidenz angepasst werden. Zugleich können bestehende Forschungslücken in Bezug auf die Wirksamkeit verschiedener Behandlungsmodule aufgezeigt werden.

Daneben wird sich das IQWiG entsprechend der Aufträge A05/19 *„Nutzenbewertung von Cholinesterase-Hemmern, ginkgohaltigen Präparaten und Memantin bei Patienten mit Demenz, auch im Vergleich untereinander“* und A05/20 *„Nutzenbewertung von trizyklischen Antidepressiva, Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern und Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmern bei Patienten mit Depressionen, auch im Vergleich untereinander“* mit der Wirksamkeit der Behandlung von zwei weiteren epidemiologisch hochbedeutsamen Erkrankungen beschäftigen. Auch hier sollten sich die Nutzenbewertungen nicht auf die medikamentösen Behandlungen beschränken, sondern zusätzlich die verschiedenen psychotherapeutischen und psychoedukativen Behandlungsstrategien berücksichtigt werden. Für den Bereich der depressiven Störungen ist dabei nicht nur der Vergleich von psychotherapeutischen Behandlungsstrategien mit medikamentösen Behandlungsansätzen vorzusehen, sondern zusätzlich auch eine Nutzenbewertung von Kombinationsbehandlungen und eine Klärung der hierfür maßgeblichen Indikationen einzubeziehen.

Im Rahmen der Nutzenbewertungen wird sich das IQWiG in vielen Fällen auf Studien aus dem angloamerikanischen Raum stützen müssen. Die Frage der Übertragbarkeit der Ergebnisse auf das deutsche Gesundheitswesen wird sich bei komplexeren Be-

handlungsansätzen deshalb zwangsläufig stellen. Im internationalen Vergleich ist insbesondere die Versorgungsforschung in Deutschland mangels entsprechender Forschungsmittel unterentwickelt. Das IQWiG böte bei entsprechender Aufgabenzuweisung und Ausstattung mit den erforderlichen finanziellen Ressourcen die Chance, nicht nur Forschungsdefizite aufzuzeigen, sondern gezielt zur Schließung dieser Lücken beitragen zu können. Damit wäre eine entscheidende institutionelle Voraussetzung geschaffen, um endlich auch in Deutschland einem evidenzbasierten Gesundheitssystem zum Durchbruch zu verhelfen.

## Literatur

- Anderson, R., Freedland, K. E., Clouse, R. E. & Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care*, 24(6), 1069-1078.
- Bermejo, I., Dausend, S., Schneider, F., Berger, M. & Härter, M. (2003). Effekte der Leitlinienimplementierung auf die Differenzialdiagnose depressiver Störungen in der hausärztlichen Praxis. *Nervenarzt*, 74(S2), 71.
- Black, S. A., Markides, K. & Ray, L. A. (2003). Depression predicts increased incidence of adverse health outcomes in older mexican americans with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 26(10), 2822-2828.
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H. & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*, 288(19), 2469-2475.
- Cavanaugh, J. M. & Weinstein, J. N. (1994). Low back pain: epidemiology, anatomy and neurophysiology. In P. D. Wall & R. Melzack (Hrsg.), *Textbook of pain* (3. ed., S. 441-456). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Chiechanowski, P. S., Katon, W. J. & Russo, J. E. (2000). Depression and Diabetes: Impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Archives of Internal Medicine*, 160(21), 3278-3285.
- De Groot, M., Anderson, R., Freedland, K. E., Clouse, R. E. & Lustman, P. J. (2001). Association of depression and diabetes complications: a meta analysis. *Psychosomatic Medicine*, 63, 619-630.
- Delamater, A. M., Jacobson, A. M., Anderson, B., Cox, D., Fisher, L., Lustman, P. et al. (2001). Psychosocial therapies in diabetes: report of the Psychosocial Therapies Working Group. *Diabetes Care*, 24(7), 1286-1292.
- Egede, L. E. (2004). Effects of depression on work loss and disability bed days in individuals with diabetes. *Diabetes Care*, 27(7), 1751-1753.
- Egede, L. E., Zheng, D. & Simpson, K. (2002). Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. *Diabetes Care*, 25(3), 464-470.
- Gilbody, S., House, A. O. & Sheldon, T. A. (2001). Routinely administered questionnaires for depression and anxiety: systematic review. *British Medical Journal*, 322, 406-409.
- Gilbody, S., Whitty, P., Grimshaw, J. & Thomas, R. (2003). Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA*, 289(23), 3145-3151.
- Gloagen, V., Cottraux, J., Cucherat, M. & Blackburn, I. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72.
- Hiller, W. & Fichter, M. M. (2004). High utilizers of medical care: a crucial subgroup among somatizing patients. *J Psychosom Res*, 56(4), 437-443.
- Jacobi, F., Höfler, M., Meister, W. & Wittchen, H.-U. (2002). Prävalenz, Erkennens- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen. Eine bundesdeutsche Hausarztstudie. *Nervenarzt*, 73(7), 651-658.
- Katon, W. J., Von Korff, M., Lin, E. H. B., Simon, G., Ludman, E., Russo, J. E. et al. (2004). The pathways study: a randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. *Archives of General Psychiatry*, 61(10), 1042-1049.
- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clinical Psychological Reviews*, 21, 401-419.
- Lepine, J. P., Gastpar, M., Mendlewicz, J. & Tylee, A. (1997). Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol*, 12(1), 19-29.
- Locke, S., Ford, P. & McLaughlin, T. (2003). A comparative cost analysis of partizipating versus non-participating somatization patients referred to a behavioral medicine group

- in a health maintenance organization. *Disease Management and Health Outcomes*, 11(5), 327-335.
- Loh, A., Meier, K., Simon, D., Hanselmann, S., Jahn, H., Niebling, M. et al. (2004). Entwicklung und Evaluation eines Fortbildungsprogramms zur partizipativen Entscheidungsfindung für die hausärztliche Versorgung depressiver Erkrankungen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 47(10), 977-984.
- Loh, A., Simon, D. & Härter, M. (2004). Die Optimierung der allgemeinmedizinischen Depressionsbehandlung durch die Einbeziehung von Patienten in den medizinischen Entscheidungsprozess. *Nervenarzt*, 75(S2), 117.
- Lustman, P. J., Anderson, R., Freedland, K. E., De Groot, M., Carney, R. M. & Clouse, R. E. (2000). Depression and poor glycemic control. A metaanalytic review of the literature. *Diabetes Care*, 23(7), 934-942.
- Lustman, P. J., Griffith, L. S., Freedland, K. E., Kissel, S. S. & Clouse, R. E. (1998). Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus. *Annals of Internal Medicine*, 129(8), 613-621.
- Norris, S. L., Engelgau, M. M. & Narayan, K. M. V. (2001). Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 24(3), 561-587.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 44, 993-1000.
- Wittchen, H.-U., Winter, S., Höfler, M., Spiegel, B., Ormel, H., Müller, N. et al. (2000). Häufigkeit und Erkennensrate von Depressionen in der hausärztlichen Praxis. *Fortschritte der Medizin*, 118, 22-30.