

Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung gemäß § 116b SGB V (Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V – ASV-RL)

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 16.01.2013

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung und Zusammenfassung	3
II. Ausscheiden eines Leistungserbringers.....	4
III. Personelle Anforderungen.....	4
1. Redaktionelle Klarstellung zu Psychotherapeuten	4
2. Angemessene Entfernung	5
3. Einbeziehung und Anforderungen weiterer Berufsgruppen	6
4. Muster-Weiterbildungsordnung der BPtK.....	6
5. Redaktionelle Klarstellung Facharztstatus	6
IV. Sächliche und organisatorische Anforderungen	7
1. Einbeziehung weiterer Berufsgruppen.....	7
2. Barrierefreiheit.....	7
3. Psychosoziales Betreuungskonzept	7
V. Behandlungsumfang.....	8
VI. Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfegruppen	9
VII. Keine Verpflichtung zur intersektoralen Zusammenarbeit.....	9
VIII. Mindestmengen.....	10
IX. Patienteninformation	10
Anlage: Psychische Erkrankungen und ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V).....	11

I. Einleitung und Zusammenfassung

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) bietet die Chance, die Versorgung von Patienten durch diesen neuen Versorgungsbereich zu verbessern.

Kooperationspartner in der ASV sind zugelassene Leistungserbringer und Krankenhäuser. Bei der Komplexität der Erkrankungen ist allerdings eine weitergehende interdisziplinäre und vor allem berufsgruppenübergreifende Kooperation erforderlich. Die Richtlinie sollte daher auch die Einbindung weiterer Berufsgruppen vorschreiben, einschließlich erforderlicher Qualifikationen. Nur so kann ein integrativer Ansatz verwirklicht werden, der im Sinne der Patienten zu echten Verbesserungen bei der Behandlung hier relevanter Erkrankungen führt.

Bei der Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten ist mit einer nochmals erhöhten Prävalenz psychischer Erkrankungen zu rechnen. Daher ist es unbedingt notwendig, als Anforderung an die Leistungserbringung ein Angebot psychosozialer Unterstützungs- und Betreuungsleistungen vorzusehen. Dies bedeutet nicht, dass all diese Leistungen in jedem Einzelfall erbracht werden müssen. Allerdings muss ein psychosoziales Betreuungskonzept vorgehalten werden und es muss durch entsprechende Kooperationsvereinbarungen sichergestellt sein, dass jeder Patient bei Notwendigkeit unmittelbar Zugang zu den erforderlichen Leistungen hat.

Die Schwere einer Erkrankung beeinflusst die Auftretenswahrscheinlichkeit einer komorbiden psychischen Erkrankung. Die Prävalenz psychischer Erkrankungen steigt mit der Anzahl somatischer Erkrankungen an. So waren nach einer Studie 48,2 Prozent aller Menschen, die an mindestens zwei somatischen Erkrankungen litten, auch psychisch erkrankt (siehe dazu ausführlich die Anlage).

Psychotherapeuten kommt damit unabhängig davon, welche Erkrankung vorliegt, in diesem Versorgungsbereich eine besondere Bedeutung zu, sei es als Mitglieder des Kernteams, sei es als hinzuzuziehende Leistungserbringer.

II. Ausscheiden eines Leistungserbringers

Aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) ist es in jedem Fall erforderlich, das Ausscheiden eines Mitglieds des ASV-Teams dem Zulassungsausschuss anzuzeigen (§ 2 Absatz 3). Dies muss auch dann gelten, wenn bereits ein qualifizierter Ersatz gefunden worden ist. Denn nur so wird der Zulassungsausschuss in die Lage versetzt; überprüfen zu können, ob die Voraussetzungen noch erfüllt werden bzw. ob ein „Ersatz“ auch tatsächlich einen solchen darstellt. Eine Anzeigefrist für sechs Wochen, die sich auf Fälle beschränkt, bei denen kein Ersatz vorhanden ist, ist unangemessen lang. Dies gilt ebenso für den Vorschlag einer sechsmonatigen Frist zur Benennung eines neuen Leistungserbringers.

Der Vorschlag der Patientenvertretung bietet für das Ausscheiden eines Leistungserbringers eine angemessene Lösung. Eine Anzeige innerhalb von zehn Werktagen kann ohne Weiteres durchgeführt werden. Ebenso bietet eine Frist von drei Monaten zur Nachbesetzung einerseits ausreichend Spielraum, andererseits ist gewährleistet, dass das ASV-Team nicht unangemessen lange ohne dauerhafte Nachbesetzung tätig bleibt.

III. Personelle Anforderungen

1. Redaktionelle Klarstellung zu Psychotherapeuten

Bei einer Vielzahl der in § 116b Absatz 1 SGB V aufgelisteten Erkrankungen ist eine leitliniengerechte Versorgung nur möglich, wenn eine psychotherapeutische Behandlung durch entsprechend qualifizierte Psychotherapeuten oder Fachärzte angeboten wird. Dies setzt in der Regel einen Psychotherapeuten im Kernteam voraus. In begründeten Fällen kann eine Hinzuziehung ausreichen. Es bedarf jedoch bereits in den allgemeinen Regelungen der Richtlinie einer Klarstellung, dass Psychotherapeuten Bestandteil der Teams sind. Allein die Verwendung des Terminus „Facharzt“ könnte daran Zweifel aufkommen lassen, obwohl er lediglich den Zweck hat sicherzustellen, dass das fachliche Niveau gesichert ist und zentrale Aufgaben nicht von Assistenzärzten übernommen werden können. In § 3 Absatz 2 sollten daher die entsprechenden Stellen jeweils um Psychotherapeuten ergänzt werden:

³*Die Mitglieder des Kernteams sind Fachärztinnen und Fachärzte **sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten**, deren Kenntnisse und Erfahrungen zur Behandlung in der Regel eingebunden werden müssen. ...*

^{6/7}*Die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte sind Fachärzte **sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten**, deren Kenntnisse und Erfahrungen in Abhängigkeit vom jeweiligen Krankheitsverlauf typischerweise bei einem Teil der Patienten ergänzend benötigt werden.*

Die Formulierung „in der Regel“ bei der Definition der Mitglieder des Kernteams ist sinnvoll. Es sind Fälle denkbar, bei denen eine bestimmte Fachrichtung im Kernteam vertreten sein sollte, aber dennoch bei einzelnen Patienten nicht zwingend und in allen Fällen in die Behandlung eingebunden werden muss.

2. Angemessene Entfernung

Es ist fraglich, ob das Erfordernis einer angemessenen Entfernung des Leistungsortes zur Teamleitung (§ 3 Absatz 2 Satz 7 bzw. 8) in dieser Form als Kriterium sinnvoll ist. Zunächst sollte die Formulierung „angemessene Nähe“ gewählt werden, wenn nicht gänzlich auf das Kriterium verzichtet wird. Eine Zeitangabe in Minuten ist zu wenig flexibel und würde Kooperationen in Großstädten wie Berlin vielfach unnötigerweise ausschließen, da dort Entfernungen über 30 Minuten eher die Regel als die Ausnahme sind.

Die Regelung kann nur aus einem Abstimmungsbedürfnis der Teammitglieder mit dem Teamleiter gerechtfertigt werden. Aus Sicht des Patienten ist nicht die Entfernung des Leistungsortes vom Ort der Teamleitung entscheidend, sondern die Entfernung vom Leistungsort zum Wohn- oder Aufenthaltsort des Patienten. Eine aus einem Abstimmungsbedürfnis heraus erfolgte Festlegung einer Höchstentfernung ist nicht gerechtfertigt. Auf dieses Kriterium sollte verzichtet werden oder zumindest eine Ausnahmeregelung als Satz 8 bzw. 9 aufgenommen werden:

^{8/9}*Der Leistungsort kann weiter entfernt sein, soweit eine Abstimmung des Teams und eine Hinzuziehung der Teamleitung gewährleistet sind.*

3. Einbeziehung und Anforderungen weiterer Berufsgruppen

GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Kassenärztliche Bundesvereinigung schlagen vor, sich auf die Festlegung von Anforderungen an die Teammitglieder in der Anlage zu beschränken (§ 3 Absatz 3 Satz 1). Dieser Ansatz greift zu kurz. Eine angemessene Versorgung von ASV-Patienten dürfte eher in der Regel als im Ausnahmefall die Einbeziehung weiterer Berufsgruppen erfordern. Nach der gesetzlichen Konstruktion sind Mitglieder des Teams lediglich zugelassene Leistungserbringer oder Krankenhäuser. Das bedeutet indes nicht, dass Festlegungen zu Qualitätsanforderungen nicht getroffen werden können, die das Angebot ergänzender Leistungen zwingend vorschreibt. Soweit fachlich weitere Leistungen notwendig sind, sollten diese auch als Voraussetzung für die ASV-Berechtigung festgelegt werden. Allerdings sollte auf die Formulierung „nicht-ärztlich“ verzichtet werden, da dieser keine inhaltliche Bedeutung zukommt. § 3 Absatz 3 Satz 1 sollte daher wie folgt formuliert werden:

¹Die für die jeweiligen Mitglieder des Teams sowie für weitere einzubeziehende Berufsgruppen geforderten Qualifikationen werden in den Anlagen geregelt.

4. Muster-Weiterbildungsordnung der BPtK

§ 3 Absatz 3 Satz 2 sollte um die Muster-Weiterbildungsordnung der BPtK ergänzt werden:

*²Die in der Richtlinie verwendeten, Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer **sowie der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer** und schließen auch die Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.*

5. Redaktionelle Klarstellung Facharztstatus

Mitglieder des Teams sind zwingend Fachärzte oder Psychotherapeuten. Die erneute Nennung des Facharztstatus in der Klammer in § 3 Absatz 4 Satz 1 ist daher über-

flüssig und sollte aus redaktionellen Gründen gestrichen werden. Satz 2 sollte redaktionell um Psychotherapeuten ergänzt werden.

IV. Sächliche und organisatorische Anforderungen

1. Einbeziehung weiterer Berufsgruppen

In vielen Fällen ist eine angemessene Versorgung von ASV-Patienten nicht möglich, ohne auf andere Berufsgruppen zurückzugreifen. Welche Berufsgruppen verfügbar sein müssen und wann sie einzubeziehen sind, sollte daher in den Anlagen geregelt werden. Insofern unterscheidet sich die Einbindung weiterer Berufsgruppen nicht von anderen Anforderungen, die ausdrücklich in den Anlagen geregelt werden sollen. § 4 Absatz 1 Sätze 4 bis 6 sollten wie folgt ersetzt werden:

^{4/5}Weitere Berufsgruppen sind frühzeitig und bedarfsgerecht einzubeziehen. Näheres zur Einbeziehung und zur Notwendigkeit der ständigen Verfügbarkeit regeln die Anlagen.

2. Barrierefreiheit

In der ASV sollte nach Möglichkeit ein barrierefreier Zugang sichergestellt sein. Allerdings sollte geprüft werden, ob anstelle eines allgemeinen Erfordernisses der Barrierefreiheit ein solches Ziel festgelegt werden sollte. Dadurch könnte verhindert werden, dass dort, wo derzeit ein (vollständig) barrierefreier Zugang (noch) nicht sichergestellt werden kann, gänzlich auf ein Angebot der ASV verzichtet werden muss.

3. Psychosoziales Betreuungskonzept

Bei der Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten ist mit einer nochmals erhöhten Prävalenz psychischer Erkrankungen zu rechnen (siehe Anlage). Liegen psychosoziale Belastungsfaktoren vor, können beim Betroffenen in Abhängigkeit von den individuellen Ressourcen und Risikofaktoren (z. B. Bewältigungsstrategien, Persönlichkeit, biologische Vulnerabilität, soziale Ressourcen) Prozesse ausgelöst werden, die zu erheblichen Krisen und Stressreaktionen bis zur Entwicklung komorbider psychischer Erkrankungen führen können. Bei allen Erkrankungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b SGB V, die mit psycho-

sozialen Belastungen verbunden sind, muss daher ein Angebot psychosozialer Unterstützungs- und Betreuungsleistungen verfügbar sein. Die diagnostische Entscheidung muss im Rahmen der Behandlung durch ein entsprechend qualifiziertes Mitglied des Behandlungsteams erfolgen. Dazu gehören insbesondere Psychotherapeuten.

Dies bedeutet nicht, dass die weiter unten genannten Leistungen in jedem Einzelfall notwendig sind. Allerdings muss ein psychosoziales Betreuungskonzept vorgehalten werden und es muss durch entsprechende Kooperationsvereinbarungen sichergestellt sein, dass jeder Patient bei Notwendigkeit unmittelbar Zugang zu den erforderlichen Leistungen hat. In einem neuen Absatz 3 von § 4 sollte daher das Vorhalten eines solchen Angebots verpflichtend vorgeschrieben werden:

(3) Jeder ASV-Berechtigte hat für seine Patienten ein Angebot psychosozialer Unterstützungs- und Betreuungsleistungen mit mindestens folgenden Inhalten vorzuhalten:

1. Selbsthilfeangebote,

2. psychosoziale Beratungs- und Präventionsleistungen:

a) Patientenschulungen

b) Beratung und Präventionsleistungen hinsichtlich sozialer und sozialrechtlicher Schwerpunktsetzung

c) Beratung und Präventionsleistungen hinsichtlich psychischer Schwerpunktsetzung.

Durch Kooperationsvereinbarungen ist sicherzustellen, dass Patienten der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung bei Bedarf unmittelbar Zugang zu diesen Leistungen haben.

V. Behandlungsumfang

Es ist sinnvoll, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vom Leistungsumfang auszunehmen, wenn für den stationären Bereich hierzu eine ablehnende Entscheidung nach § 137c SGB V getroffen wurde (§ 5 Absatz 2). Wenig zielführend ist es hingegen, die ASV auf Leistungen zu beschränken, die nach Leitlinien mit dem Empfehlungsgrad A empfohlen werden oder die eine gesonderte Bewertung durch den

Gemeinsamen Bundesausschuss durchlaufen haben. Dies würde das Leistungsspektrum nicht zuletzt mit Blick auf Seltene Erkrankungen viel zu stark einschränken.

VI. Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfegruppen

Eine Zusammenarbeit mit Patienten- und Selbsthilfegruppen sollte für jeden, der Leistungen im Rahmen der ASV erbringen möchte, zwingend vorgeschrieben werden. Dabei sollten die Bereiche, auf die sich die Zusammenarbeit erstreckt, ausdrücklich genannt werden. Hierzu bietet es sich an, in § 7 auf die Anforderungen in § 4 Absatz 3 zu verweisen.

¹Es hat eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Patienten- und Selbsthilforganisationen zu erfolgen. ²Die Zusammenarbeit hat sich auf die Angebote nach § 4 Absatz 3 Nummer 1 zu erstrecken und soll sich auf die Angebote nach § 4 Absatz 3 Nummer 2 erstrecken.

VII. Keine Verpflichtung zur intersektoralen Zusammenarbeit

Zur Umsetzung von § 116b Absatz 4 Satz 10 SGB V schreibt der Entwurf vor, Vereinbarungen „intersektoral“ bzw. „mit dem anderen“ Versorgungssektor zu schließen. Dem Gesetz hingegen lässt sich ein solches Erfordernis nicht entnehmen. Vielmehr sieht das Gesetz Vereinbarungen vor, die die Kooperation zwischen den beteiligten Leistungserbringern fördern. Das Erfordernis einer „intersektoralen“ Kooperation geht somit über die gesetzlichen Anforderungen hinaus. Danach müsste jeder, der in diesem Bereich im Rahmen der ASV tätig wird, eine Kooperationsvereinbarung mit dem Leistungserbringer aus dem jeweils anderen Sektor schließen. Es ist zudem schwer verständlich, warum ein Team, das bereits aus Mitgliedern beider Sektoren besteht, nur dem Sektor zugeordnet wird, aus dem die Teamleitung stammt – so der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes. Es sollte geprüft werden, ob nicht auf die bürokratische und formalisierte Vereinbarung zugunsten einer Regelung verzichtet werden kann, die inhaltlich eine Kooperation fördert und beispielsweise das Durchführen von Fallkonferenzen o. ä. zum Gegenstand hat.

VIII. Mindestmengen

Die Festlegung von Mindestmengen kann sinnvoll sein und ist grundsätzlich nach der Rechtsprechung unter bestimmten Voraussetzungen auch zulässig. Es ist aber fraglich, ob die Regelung des § 12 so Bestand haben kann. Insbesondere die pauschale Festlegung einer Mindestmenge von 50 Behandlungsfällen bei Seltenen Erkrankungen ohne Unterscheidung der Art und konkreten Häufigkeit könnte den Anforderungen der Rechtsprechung zuwiderlaufen. Hier sollte geprüft werden, ob nicht auf allgemeine Vorgaben zur Menge gänzlich verzichtet und die Mindestmenge dann individuell in der Anlage vorgegeben werden sollte. Dafür spricht auch die in der Richtlinie vorgesehene Möglichkeit, von der vorher festgelegten Mindestmenge von 50 Behandlungsfällen in der Anlage abzuweichen.

IX. Patienteninformation

Die Informationspflichten in § 16 sollten ergänzt werden. Beide Vorschläge beschränken sich derzeit auf die Pflicht, allgemein über die Versorgungsform ASV zu informieren. Es ist für den Patienten nicht nur wichtig zu verstehen, was die ASV ist, sondern auch welches Versorgungsangebot im konkreten Fall vorgehalten wird. Es sollte daher geprüft werden, ob sich die allgemeinen Informationen nicht auch auf das konkrete Versorgungsangebot beziehen und Angaben darüber enthalten müssen, wer im Team ist und welche Leistungen angeboten werden. Nur so kann sich der Patient noch vor der Aufklärung für oder gegen dieses Angebot entscheiden.

Anlage: Psychische Erkrankungen und ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V)

Für Deutschland liegen bislang zwei bevölkerungsrepräsentative Studien zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen vor. Nach Angaben des Bundesgesundheits surveys (BGS) erkranken jährlich 31 Prozent der Bevölkerung an psychischen Erkrankungen (Jacobi et al. 2004). Erste Ergebnisse der Nachfolgestudie „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS; Wittchen et al. 2012) zeigt eine Prävalenz in vergleichbarer Größenordnung. Analysen anhand von Daten des BGS zeigen, dass beim Vorliegen einer chronischen somatischen Erkrankung mit einer signifikant erhöhten Auftretenswahrscheinlichkeit komorbider psychischer Erkrankungen zu rechnen ist. Während bei somatisch gesunden Menschen 25 Prozent innerhalb eines Jahres an psychischen Erkrankungen leiden, sind es bei Menschen mit chronischen somatischen Erkrankungen 42,5 Prozent (Härter et al. 2007). Dies kann auf Beeinträchtigungen der physischen, psychischen oder sozialen Funktionsfähigkeit durch die Erkrankung oder die Therapie der Erkrankung, verkürzte Lebenserwartung bzw. auf genetisch-biologische Zusammenhänge zwischen somatischer und psychischer Erkrankung zurückgeführt werden (z. B. Härter, 2002; Noeker, 2009).

Vor diesem Hintergrund ist bei der Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten mit einer nochmals erhöhten Prävalenz psychischer Erkrankungen zu rechnen. Die Untersuchung von Härter et al. (2007) zeigt, dass die Schwere einer körperlichen Erkrankung die Auftretenswahrscheinlichkeit einer komorbiden psychischen Erkrankung mitbestimmt. Ebenso steigt die Prävalenz psychischer Erkrankungen mit der Anzahl somatischer Erkrankungen. So waren 48,2 Prozent aller Menschen, die an mindestens zwei somatischen Erkrankungen litten auch psychisch erkrankt. Die Unterschiede der Prävalenz psychischer Erkrankungen in Abhängigkeit somatischer Erkrankungen gehen vor allem auf Affektive Störungen und Angsterkrankungen zurück (Härter et al. 2007).

Bei der Ermittlung von Prävalenzen psychischer Erkrankungen ist darauf zu achten, dass die Methodik der Erfassung anhand von Messinstrumenten mit hinreichender diagnostischer Reliabilität und Objektivität erfolgt. Aufgrund der Vielzahl psychischer Erkrankungen kann in epidemiologischen Untersuchungen meist nur eine Auswahl

erfragt werden. Wenn eine Aussage über die Gesamtheit der psychischen Erkrankungen in einer Stichprobe getroffen werden soll, sollte die Auswahl zumindest die häufigsten psychischen Erkrankungen umfassen, wie beispielsweise in den Studien BGS oder DEGS (s. o.). Letztlich muss die Repräsentativität der Befragten gewährleistet sein. Diese methodischen Aspekte führen insbesondere bei kleineren, regionalen Studien oft zu wenig aussagekräftigen Ergebnissen, da beispielsweise Suchterkrankungen bei der Gesamtprävalenz psychischer Erkrankungen nicht berücksichtigt wurden oder die untersuchte Stichprobe aufgrund regionaler Besonderheiten nur eingeschränkt repräsentativ ist.

Im Folgenden werden unter Berücksichtigung dieser Aspekte die Auftretenshäufigkeit ausgewählter psychischer Erkrankungen und andere Indikatoren psychischer Belastung bei denjenigen Erkrankungen aufgeführt, von denen schwere oder besondere Verlaufsformen durch eine ambulante spezialfachärztliche Versorgung gemäß § 116b SGB V versorgt werden sollen:

- a. onkologische Erkrankungen,
- b. HIV/AIDS,
- c. rheumatologische Erkrankungen,
- d. Herzinsuffizienz (NYHA-Stadium III oder höher),
- e. Multiple Sklerose,
- f. cerebrales Anfallsleiden (Epilepsie),
- g. Seltene Erkrankungen.

a) Onkologische Erkrankungen:

Krebspatienten sind im Verlauf der Erkrankung und medizinischen Belastung mit einer Bandbreite körperlicher, psychischer und sozialer Probleme konfrontiert, die sich auf alle Lebensbereiche auswirken und die Lebensqualität einschränken können (Holland et al. 2010; Koch & Weis, 2010). Die häufigsten psychosozialen Belastungen bei Krebspatienten sind Sorgen, Ängste, Depressivität, Funktionseinschränkungen, Erschöpfung und familiäre Probleme (Härter et al. 2001). Zu den besonders starken psychischen Belastungen gehören allgemeine psychische Belastungen, Ängste, Progredienzangst und Depressivität. Die häufigsten psychischen Erkrankungen gemäß ICD-10 bei Krebspatienten sind Affektive Störungen (12 Prozent), insbesondere Depressionen (10 Prozent), Angststörungen (13 Prozent) und Anpassungs-

störungen (15 Prozent). Schmerzen, eine hohe körperliche Symptombelastung, Fatigue sowie das Vorliegen einer psychischen Erkrankung in der Vorgeschichte begünstigen das Auftreten einer psychischen Erkrankung bei Krebspatienten. Auch ein jüngeres Alter bei Erkrankungsbeginn, Tumorerkrankungen mit einer schlechten Prognose in Bezug auf die Überlebenszeit und eine fortschreitende Erkrankung gehen mit einer höheren psychischen Komorbidität einher (Härter et al. 2001; Akechi et al. 2004; Pirl et al. 2010). Einzelne Studien zeigen, dass bei schweren Verlaufsformen mit einer deutlich erhöhten Auftretenswahrscheinlichkeit psychischer Erkrankungen zu rechnen ist (z. B. Aschenbrenner et al. 2003). Bei den für die Versorgung nach § 116b SGB V relevanten schweren Verlaufsformen von onkologischen Erkrankungen ist der Einbezug psychoonkologischer Versorgungsleistungen deshalb unerlässlich.

b) HIV/AIDS

Die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei HIV-infizierten Menschen ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöht, besonders hinsichtlich Depressionen und Angsterkrankungen (Arendt & Nolting 2010; Whetten et al. 2008). Bei schweren und komplexen Verläufen ist damit zu rechnen, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen durch die erhöhte psychosoziale Belastung noch höher ausfällt.

c) Rheumatologische Erkrankungen

Depressionen treten bei Patienten mit rheumatoider Arthritis zwei- bis dreimal so häufig auf wie in der Allgemeinbevölkerung (zusammenfassend Walker et al. 2011). Die alterskorrigierte Prävalenz depressiver Erkrankungen bei rheumatoider Arthritis steigt mit dem Ausmaß der Funktionseinschränkungen durch die Erkrankung (Walker et al. 2011). Es existieren mehrere Hinweise darauf, dass bei Patienten mit rheumatoider Arthritis und komorbider Depression stärkere körperliche Behinderungen und erhöhte Sterblichkeit vorliegen (zusammenfassend Walker et al. 2011).

d) Herzinsuffizienz

Die Prävalenz von Depressionen und Angsterkrankungen bei Patienten mit Herzinsuffizienz (NYHA-Stadium III oder höher) sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht (Yohannes et al. 2009; Freedland et al. 2003) – insbesondere bei den

schweren Verlaufsformen. Ebenso ist bei einer komorbiden Depression die kardiale Symptomatik komplexer ausgeprägt und das Sterblichkeitsrisiko erhöht (Jiang et al. 2001; Yohannes et al. 2009; Freedland et al. 2011).

e) Multiple Sklerose

Die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Multipler Sklerose (MS) ist deutlich erhöht. Schätzungen gehen davon aus, dass definierte Angsterkrankungen dreimal so häufig auftreten wie in der Allgemeinbevölkerung; die Lebenszeitprävalenz von Depressionen bei MS-Erkrankten wird auf 50 Prozent geschätzt. Ebenso sind in diesem Rahmen Selbstmordgedanken und -absichten bei MS-Patienten erhöht (zusammenfassend DeLuca & Nocentini, 2011; Feinstein, 2011).

f) Epilepsie

Die Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei Epilepsie-Patienten ist im Vergleich zu Gesunden deutlich erhöht (Rai et al. 2012; Jones et al. 2010). Die Prävalenz von Depressionen bei Epilepsie-Patienten ist doppelt so hoch wie bei Gesunden (Patten et al. 2005).

g) Seltene Erkrankungen

Eine Erkrankung gilt in der Europäischen Union als selten, wenn nicht mehr als fünf von 10.000 Menschen von ihr betroffen sind. Seltene Krankheiten sind in vielen Fällen schwerwiegende und chronisch verlaufende Erkrankungen, die mit deutlichen Einschränkungen der Lebensqualität im Alltag einhergehen können. Vor allem durch Beeinträchtigungen von physischer, psychischer oder sozialer Funktionsfähigkeit, sowie der oft deutlich verkürzten Lebenserwartung ergeben sich erhebliche psychosoziale Belastungen für die betroffenen Menschen. Diese Beeinträchtigungen, vor allem hinsichtlich der sozialen Funktionsfähigkeit, führen häufig zu sozialer Isolation oder mangelnder Unterstützung durch den sozialen Kontext. Hierfür ist es wichtig, den betroffenen Menschen psychosoziale Unterstützungs- und Betreuungsangebote als auch adäquate Versorgungsstrukturen anbieten zu können.

Bei Seltene Erkrankungen stellt sich über die genannten studienmethodischen Limitierungen hinaus in der Regel das Problem, dass keine epidemiologischen Studien

zur Prävalenz psychischer Erkrankungen vorliegen. In diesen Fällen ist der Bedarf psychosozialer Betreuungsleistungen anhand von empirisch bekannten Risikofaktoren zu prüfen. Psychosoziale Betreuungsleistungen sind erforderlich, wenn zumindest einer der unten aufgeführten Faktoren bei der Seltenen Erkrankung vorliegt. In diesem Fall ist auch eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöhte Auftretenswahrscheinlichkeit komorbider psychischer Erkrankungen zu erwarten:

- Bei der körperlichen Erkrankung (bzw. der genetischen Disposition zu dieser Erkrankung) existiert ein biologischer Zusammenhang mit pathophysiologischen Prozessen, die zu psychischen Erkrankungen führen.
- Von den Medikamenten, die zur Behandlung eingesetzt werden, kann erwartet werden, dass sie mit einer erhöhten Prävalenz psychischer Erkrankungen assoziiert sind.
- Die Erkrankung ist mit existenzieller Lebensbedrohlichkeit bzw. erheblich verkürzter Lebenserwartung verbunden – trotz optimaler Behandlung.
- Die Erkrankung verläuft chronisch mit Erwartung einer progredienten Entwicklung – trotz optimaler Behandlung.
- Die Erkrankung führt zu einer Beeinträchtigung der physischen Funktionsfähigkeit durch:
 - Schmerzen (nicht kurzzeitig/temporär) oder
 - Beeinträchtigung des motorischen Funktionsniveaus oder
 - Beeinträchtigung des sensorischen Funktionsniveaus oder
 - Beeinträchtigung von Alltagsaktivität und Mobilität oder
 - Beeinträchtigung der Sexualität.
- Die Erkrankung führt zu einer Beeinträchtigung der psychischen Funktionsfähigkeit durch:
 - Beeinträchtigung von Lernen und Intelligenz oder
 - Beeinträchtigung von Stimmung und Affekt oder
 - Beeinträchtigung der Kommunikationsfähigkeit.
- Die Erkrankung führt zu einer Beeinträchtigung der sozialen Funktionsfähigkeit durch:
 - öffentliche Sichtbarkeit der Erkrankung/Stigmatisierung oder
 - Beeinträchtigung der Beziehungsfähigkeit oder
 - sonstiger Beeinträchtigung der sozialen Partizipation (z. B. wirtschaftliche Bedürftigkeit).

Wenn ein erhöhtes Risiko psychischer Erkrankungen vorliegt bzw. zu erwarten ist, muss ein entsprechendes Behandlungsangebot verfügbar sein. Bei der Erstellung der Anforderungskriterien für die Versorgung nach § 116b SGB V ist dies zu berücksichtigen.

h) Angehörige

Die hier relevanten Erkrankungen können nicht nur für den betroffenen Patienten, sondern auch für dessen Angehörige, zu erheblichen Belastungen führen, insbesondere bei schweren, chronischen Verlaufsformen. Die Belastungen ergeben sich aus der verkürzten Lebenserwartung und den oft massiven Beeinträchtigungen der physischen (z. B. Mobilität), psychischen (z. B. Kommunikationsfähigkeit) und sozialen Funktionsfähigkeit (z. B. Sichtbarkeit/Stigmatisierung) des betroffenen Patienten, die mit massiven Einschränkungen in der Autonomie der Lebensführung verbunden sein können.

Die Angehörigen der betroffenen Patienten sind daher in die psychosozialen Beratungsleistungen (Patientenschulungen, soziale und sozialrechtliche Beratung) mit einzubeziehen, sofern nicht im Einzelfall besondere Gründe dagegen sprechen oder der Patient oder die Angehörigen dies nicht wünschen.

Wenn die Belastungen für die Angehörigen zu psychischen Beschwerden führen, sollte die Vermittlung eines geeigneten Behandlungsangebotes in der Regelversorgung erfolgen.

Literatur:

- Akechi, T., Okuyama, T., Sugawara, Y., Nakano, T., Shima, Y. & Uchitomi, Y. (2004). Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 22(10), 1957–1965. doi:10.1200/JCO.2004.08.149
- Arendt, G. & Nolting, T. (2010). Psychiatrische Störungen bei HIV-positiven Patienten. *Arzneimitteltherapie* 28, 269-76.
- Aschenbrenner, A., Martin, M., Reuter, K. & Bengel, J. (2003). Prädiktoren für psychische Beeinträchtigungen und Störungen bei Patienten mit Tumorerkrankungen – Ein systematischer Überblick empirischer Studien. *Z Med Psychol* 12 (2003), 15-28.
- Deluca, J. & Nocentini, U. (2011). Neuropsychological, medical and rehabilitative management of persons with multiple sclerosis. *NeuroRehabilitation*, 29(3), 197-219.
- Feinstein, A. (2011). Multiple sclerosis and depression. *Mult Scler* 17: 1276-81.
- Freedland, K. E., Rich, M. W., Skala, J. A., Carney, R. M., Dávila-Román, V. G. & Jaffe, A. S. (2003). Prevalence of depression in hospitalized patients with congestive heart failure. *Psychosom Med* 65(1):119-28.
- Freedland, K. E., Carney, R. M., & Rich, M. W. (2011). Effect of depression on prognosis in heart failure. *Heart Fail Clin.* 7(1):11-21.
- Holland, J. C., Andersen, B., Breitbart, W. S., Compas, B., Dudley, M. M., Fleishman, S., Fulcher, C. D., u. a. (2010). Distress management. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*, 8(4), 448-485.
- Härter, M., Reuter, K., Aschenbrenner, A., Schretzmann, B., Marschner, N., Hasenburg, A. & Weis, J. (2001). Psychiatric disorders and associated factors in cancer: results of an interview study with patients in inpatient, rehabilitation and outpatient treatment. *European Journal of Cancer (Oxford, England: 1990)*, 37(11), 1385-1393.
- Härter, M., Baumeister, H., Reuter, K., Jacobi, F., Höfler, M., Bengel, J. & Wittchen, H-U. (2007) Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. *Psychotherapy and Psychosomatics* 76: 354-360.
- Härter, M. (2002). Ätiologie psychischer Störungen bei chronischen körperlichen Erkrankungen. *Rehabilitation* 41, 357-366.
- Jacobi, F., Wittchen, H-U., Holting, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 34, 597-611.
- Jiang, W., Alexander, J., Christopher, E., Kuchibhatla, M., Gauden, L. H., Cuffe, M. S., Blazing, M. A., Davenport, C., Califf, R. M., Krishnan, R. R. & O'Connor, CM. (2001). Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. *Arch Intern Med*.161(15):1849-56.
- Jones, R., Rickards, H. & Cavanna, A. E. (2010). The prevalence of psychiatric disorders in epilepsy: a critical review of the evidence. *Functional Neurology* 25(4): 191-194.
- Nationaler Krebsplan (2010). Handlungsfeld 2: Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung. www.bmg.de
- Noeker, M. (2009). Systematik von psychologischen Interventionen in der Pädiatrie. In Cornelia von Hagen & Hans-Peter Schwarz (Hrsg.), *Psychische Entwicklung bei chronischer Erkrankung*. Stuttgart: Kohlhammer (224-240).
- Patten, S. B., Beck, C. A., Kassam, A., Williams, J. V., Barbui, C. & Metz, L. M. (2005). Long-term medical conditions and major depression: strength of association for specific conditions in the general population. *Can J Psychiatry*. 50(4):195-202.
- Pirl, W. F., Greer, J., Temel, J. S., Yeap, B. Y. & Gilman, S. E. (2009). Major depressive disorder in long-term cancer survivors: analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *Journal*

- of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology, 27(25), 4130–4134. doi:10.1200/JCO.2008.16.2784.
- Rai, D., Kerr, M. P., McManus, S., Jordanova, V., Lewis, G. & Brugha, T. S. (2012). Epilepsy and psychiatric comorbidity: A nationally representative population-based study. *Epilepsia*. 53(6):1095-103.
- Walker, J. R., Graff, L. A., Dutz, J. P. & Bernstein, C. N. (2011). Psychiatric Disorders in Patients with Immune-Mediated Inflammatory Diseases: Prevalence, Association with Disease Activity, and Overall Patient Well-being. *The Journal of Rheumatology Suppl* 38 S 88, 31-35.
- Wittchen, H-U., Jacobi, F., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Gaebel, W., Zielasek, W., Maier, W., Wagner, M., Hapke, U., Siegert, J. & Höfler, M. (2012). Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? Erste Ergebnisse der "Zusatzuntersuchung psychische Gesundheit" (DEGS-MHS). Vortrag auf dem Symposium „Gemessen und gefragt – die Gesundheit der Deutschen unter der Lupe“, Berlin, 14.6.2012.
- Whetten et al. (2008). Trauma, Mental Health, Distrust, and Stigma Among HIV-Positive Persons: Implications for Effective Care. *Psychosomatic Medicine* 70:531–538.
- Yohannes, A. M., Willgoss, T. G., Baldwin, R. C. & Connolly, M. J. (2010). Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles. *Int J Geriatr Psychiatry* 25: 1209–1221.