

Erfahrungen der interdisziplinären Leitlinienentwicklung für die Behandlung psychischer Erkrankungen

**Satellitensymposium „Leitlinien und Qualitätsförderung“
Individuelle Konzepte und Multiprofessionelle Kooperation: Klinische Perspektiven**

Prof. Dr. Rainer Richter

**G-I-N Conference 2012
Berlin, 22. August 2012**

Überblick

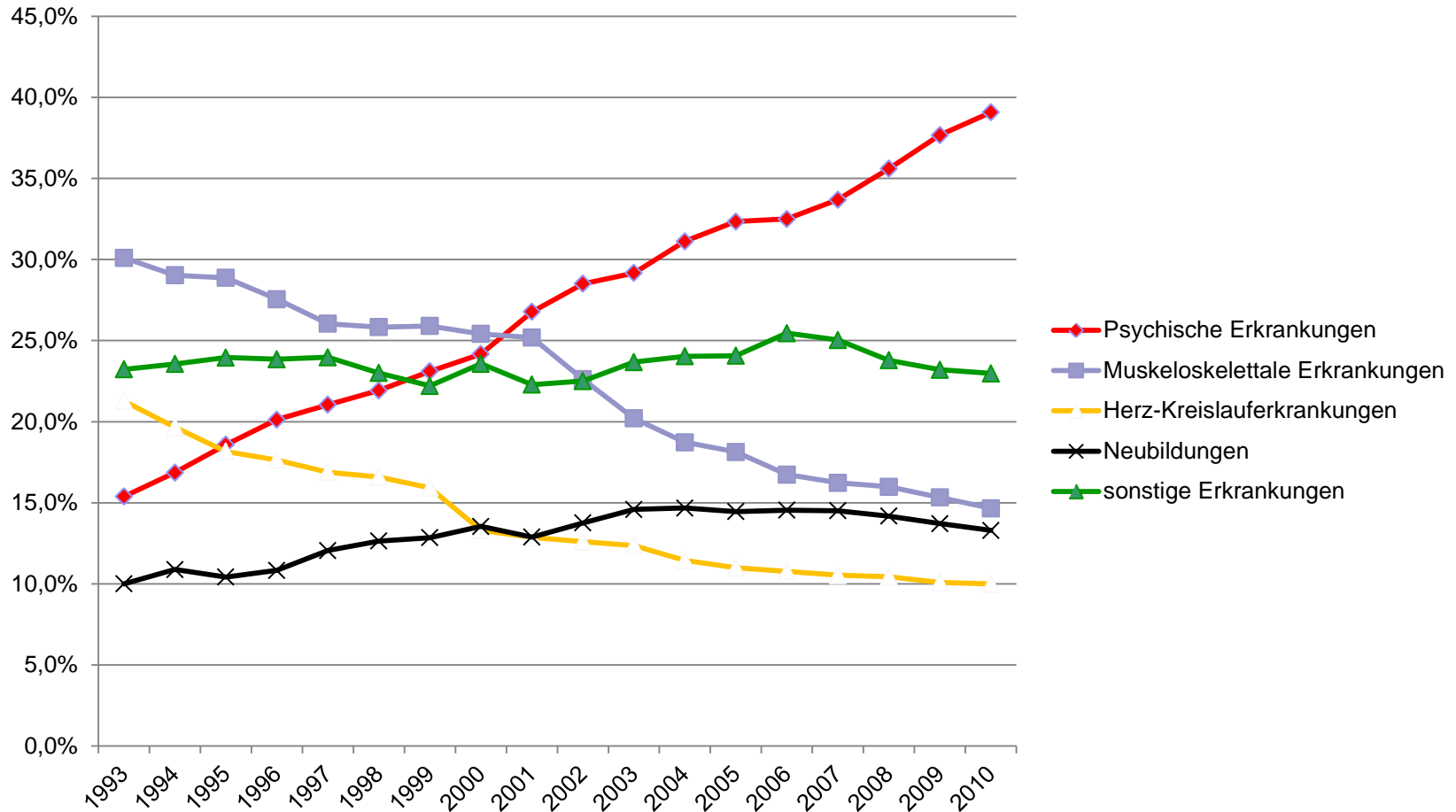
- Psychische Erkrankungen – Herausforderungen für eine leitliniengerechte Versorgung
- Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien für die Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen
 - S3-Leitlinien für psychische Erkrankungen
 - Interdisziplinarität
 - Interessenskonflikte
- Implementierung evidenzbasierter Leitlinien zur Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen
 - Leitlinien und sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Psychische Erkrankungen – Herausforderungen für eine leitliniengerechte Versorgung

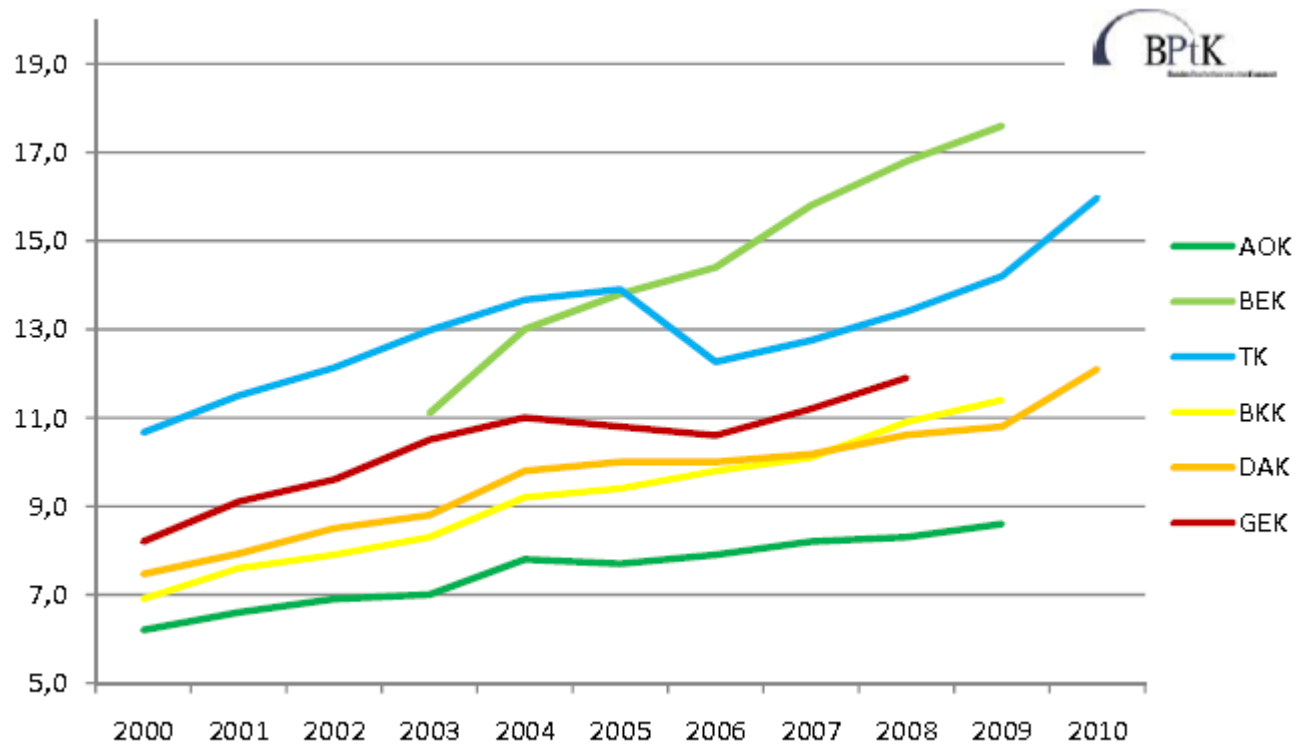
Psychische Erkrankungen – eine Volkskrankheit:

- Ein Drittel der Bevölkerung leiden pro Jahr an einer psychischen Erkrankung (DEGS 2012: Bevölkerungsprävalenz von 33,3%)
- Versorgungsprävalenz: 31% der GKV-Versicherten erhielten 2009 eine ambulante Diagnose "Psychische oder Verhaltensstörung" (BARMER GEK Arztreport 2011)
- **AU-Zeiten:** 12% aller AU-Tage wegen psychischer Erkrankungen
- **Krankengeld:** 2 Milliarden € pro Jahr wegen psychischer Erkrankungen (Anteil von 25%)
- **EU-Berentungen:** 39 % der Neuberentungen wegen psychischer Erkrankungen → jährliche Kosten von 4 Milliarden €

Neuberentungen wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit nach Krankheitsgruppen von 1993 bis 2010



Prozentanteil von AU-Tage wegen psychischer Erkrankungen an allen Fehltagen von 2000 bis 2010



Quelle: BPtK, 2011

Versorgung psychischer Erkrankungen – eine Herausforderung für die multiprofessionelle Kooperation

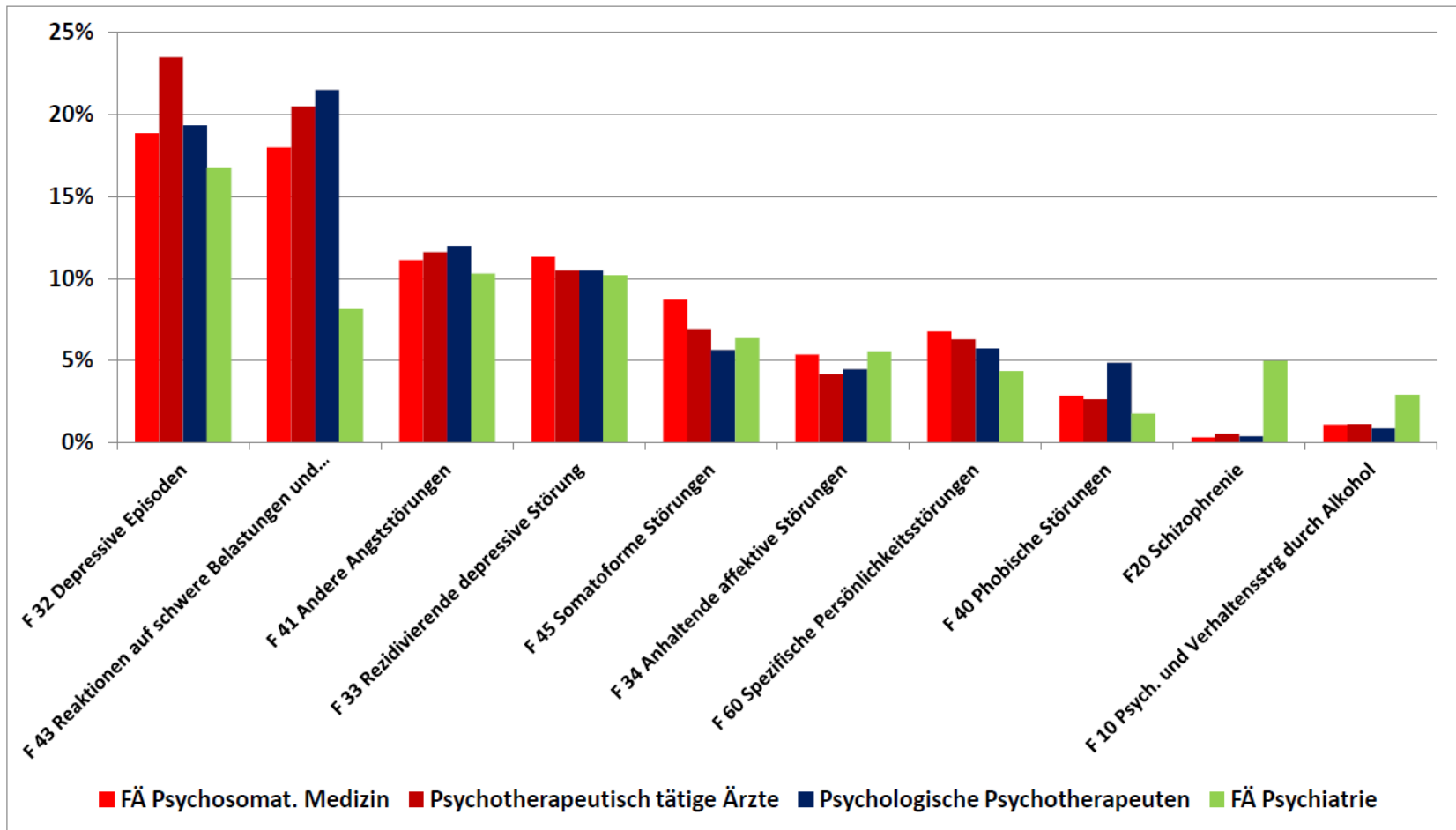
An der Versorgung beteiligte Berufsgruppen:

- Hausärzte
- Psychologische Psychotherapeuten
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Fachärzte für Nervenheilkunde
- Fachärzte mit Zusatzweiterbildung „fachgebundene Psychotherapie“
- Pflege – einschließlich Psychiatrische Fachpflegekräfte

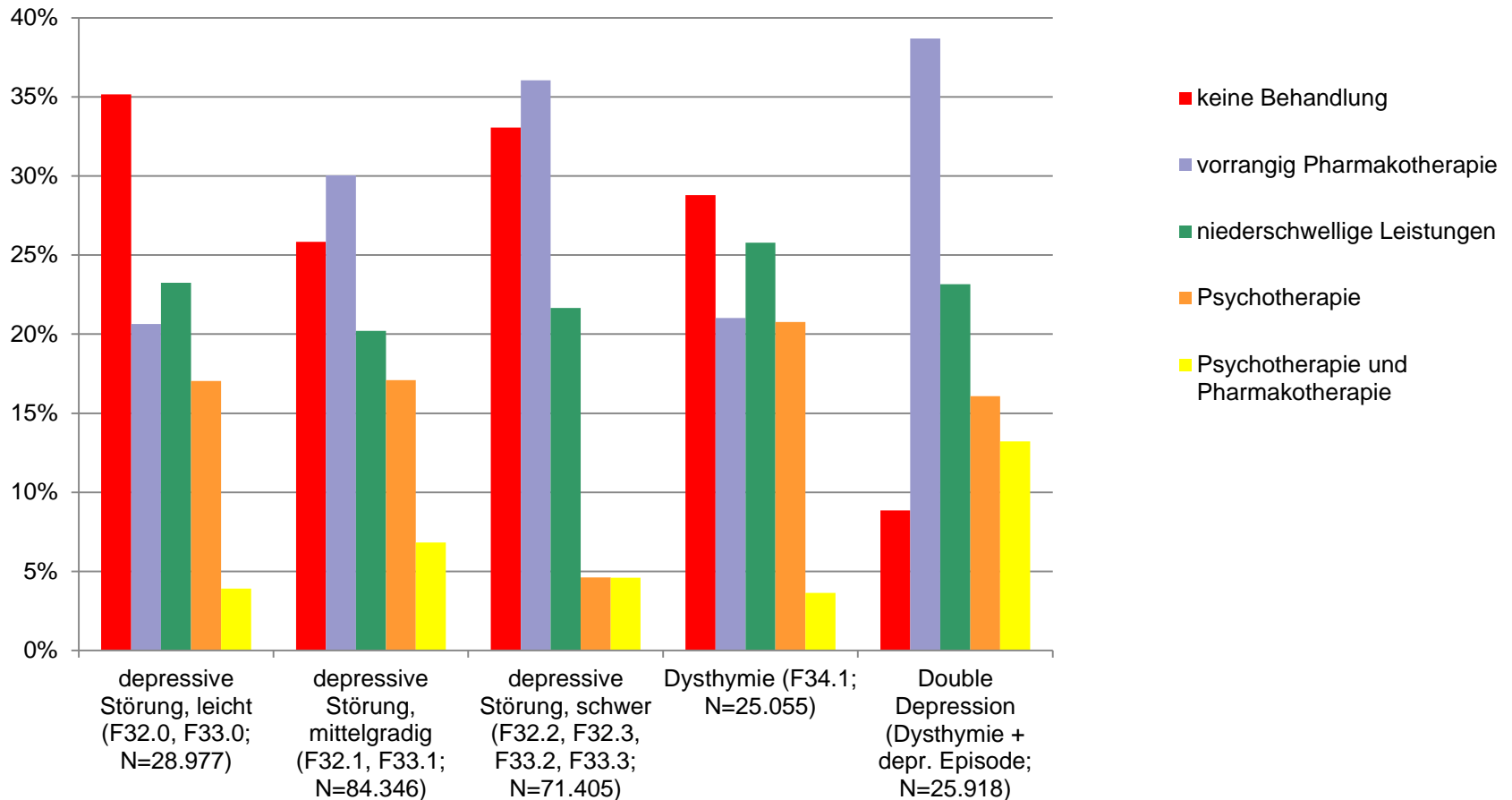
Bei spezifischen Indikationen zusätzlich:

- Ergotherapeuten
- Musiktherapeuten
- Soziotherapeuten
- Bewegungstherapeuten etc.

Diagnosespektrum der Behandlergruppen in der ambulanten fachärztlichen/psychotherapeutischen Versorgung



Therapeutische Leistungen bei depressiven Störungen nach Schweregrad und Chronizität



Quelle: KVB, 2007

S3-Leitlinien im Bereich psychischer Erkrankungen

Gültige S3-Leitlinien:

- Unipolare Depression (zugleich NVL)
- Demenzen (NVL derzeit in Entwicklung)
- Essstörungen
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden
- Adipositas im Kindes- und Jugendalter

- NVL Kreuzschmerz
- Fibromyalgie

- Nicht mehr gültig: Schizophrenie

S3-Leitlinien im Bereich psychischer Erkrankungen

Angemeldete S3-Leitlinienvorhaben (Auszug):

- Bipolare Störungen
- Psychosoziale Therapien
- Zwangsstörungen
- Angststörungen (separat auch für Kinder und Jugendliche)
- Alkoholbezogene Störungen
- Drogenmissbrauch und –abhängigkeit
- Tabakbezogene Störungen
- Autistische Störungen
- ADHS
- Schlafstörungen
- Ticstörungen
- Schizophrenie (Aktualisierung)
-

S3-Leitlinien – methodischer Standard

3. Stufe = : Leitlinie mit allen Elementen systematischer Entwicklung =

Die Leitlinienentwicklung der 2. Stufe wird auf folgende 5 Komponenten erweitert:

- **Logik**
Weil "Clinical Practice Guidelines" durch die logische Struktur von klinischen Algorithmen bestimmt werden, hängen die Leitlinien von der logischen Schärfe dieser Algorithmen und Leitlinien ab. (Margolis)
- **Konsensus**
Ob von Natur aus diktatorisch oder als Übereinstimmung von vielen, ist es sehr wichtig zu erkennen, dass Konsensus auf beiden Wegen - nicht-formalisiert und formalisiert (systematisch) - erreicht werden kann. Sie unterscheiden sich nicht tatsächlich in den Methoden, wohl aber in den Ergebnissen. (Lorenz)
- **"Evidence-based medicine,,**
Metaanalyse versus "Best Evidence Synthesis": das Problem der methodologischen Sichtweise versus klinischer Relevanz (Spitzer)
- **Entscheidungsanalyse**
Die systematische Entscheidungs-Analyse wendet probabilistische Entscheidungs-Bäume, die Analyse des "erwarteten Nutzens", Sensitivitäts-, Schwellen- und Kosteneffektivitäts-Analyse an (Black)
- **"Outcome"-Analyse**
Konzept und Konstruktion, die den vom Arzt erhobenen objektiven Gesundheitsstatus, die Selbstbeurteilung der Lebensqualität durch den Patienten und das Konzept der "true endpoints" als Beurteilung des Werts und prosozialen Verhaltens einschließt (Lorenz)

Quelle: AWMF: Erarbeitung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie, Methodische Empfehlungen ("Leitlinie für Leitlinien", Stand Dez. 2004)

S3-Leitlinien – methodischer Standard

	Für den Anwenderkreis repräsentative Entwicklergruppe	Systematische Evidenzbasierung (Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur)	Strukturierte Konsensusfindung (Formale Technik)
S1 Handlungsempfehlungen von Expertengruppen	nein	nein	nein
S2k Konsensbasierte Leitlinie	ja	nein	ja
S2e Evidenzbasierte Leitlinie	nein	ja	nein
S3 Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie	ja	ja	ja

S3-Leitlinien – Beteiligung von Interessengruppen und Repräsentativität

Leitlinien-Bewertung (DELBI) – Fassung 2005/2006 + Domäne 8

2. BETEILIGUNG

Die DELBI Domäne 2 "Beteiligung von Interessengruppen" (Kriterien 4-7) bezieht sich darauf, in welchem Maße die Leitlinie die Sicht ihrer beabsichtigten Anwender und betroffenen Patienten verkörpert.

4. Die Entwicklergruppe der Leitlinie schließt Mitglieder aller relevanten Berufsgruppen ein.

Trifft überhaupt nicht zu

1

2

3

4

Trifft uneingeschränkt zu

S3-Leitlinien – Die Frage der Repräsentativität und angemessenen Zusammensetzung der Leitlinienentwicklungsgruppe

Herausgeber der S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“

 <p>Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde</p>	 <p>Bundesärztekammer</p>	 <p>Kassenärztliche Bundesvereinigung</p>	 <p>Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften</p>
 <p>Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)</p>	 <p>Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BapK)</p>	 <p>Bundespsychotherapeutenkammer (beratend) (BPTK)</p>	 <p>Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAGSHG)</p>
 <p>Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)</p>	 <p>Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM)</p>	 <p>Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)</p>	 <p>Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)</p>

Am Konsensprozess beteiligt und mitgetragen von

 <p>Bundesdirektorenkonferenz psychiatrischer Krankenhäuser (und Arbeitskreise Depressionsstationen) (BDK)</p>	 <p>Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP)</p>	 <p>Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands (BFM)</p>	 <p>Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN)</p>
 <p>Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP)</p>	 <p>Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (BVVP)</p>	 <p>Chefärztkonferenz psychosomatisch-psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen</p>	 <p>Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT)</p>
 <p>Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT)</p>	 <p>Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)</p>	 <p>Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)</p>	 <p>Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)</p>
 <p>Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG)</p>	 <p>Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV)</p>	 <p>Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPTV)</p>	 <p>Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT)</p>
 <p>Deutscher Hausärzterverband</p>	 <p>Gesellschaft für Wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GWG)</p>	 <p>Kompetenznetz Depression, Suizidalität (KND)</p>	

S3-Leitlinien – Die Frage der Repräsentativität der Leitlinienentwicklungsgruppe

Angemeldetes Leitlinienvorhaben

Registernummer 038 - 009

Klassifikation **S3**

Schizophrenie

Anmeldedatum:	01.07.2009
Geplante Fertigstellung:	30.06.2012
Gründe für die Themenwahl:	Update
Zielorientierung der Leitlinie:	Schizophrene Psychosen
Anmelder bei der AWMF (Person):	Prof. Dr. P. Falkai
Anmeldende Fachgesellschaft(en):	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Ne (DGPPN) → Visitenkarte
Leitliniensekretariat:	Frau Reich-Erkelenz Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Universitätsmedizin Göttingen Von-Siebold-Str.5 37075 Göttingen e-Mail senden
Koordination:	Prof. Dr. P. Falkai Prof. Gaebel Dr. Weinmann
Adressaten:	Alle Therapiegruppen, die an der Behandlung schizophrener Psychosen beteiligt sind
Versorgungssektor:	Primär- und Sekundär-Versorgung
Patientenzielgruppe:	Patienten mit einer schizophrenen Psychose
Methodik (Art der Konsensfindung / evidence-Basierung):	Anwendung der S3-Methodik
Ergänzende Informationen:	Es liegt eine gedruckte Version der S3-Therapieleitlinie Schizophrenie aus dem Jahr 2006 vor. Da die Leitlinie sehr spezifisch ist für die Psychiatrie, sind keine weiteren Fachgesellschaften und Organisationen beteiligt.

Es liegt eine gedruckte Version der S3-Therapieleitlinie Schizophrenie aus dem Jahr 2006 vor.

Da die Leitlinie sehr spezifisch ist für die Psychiatrie, sind keine weiteren Fachgesellschaften und Organisationen beteiligt.

S3-Leitlinien – Die Frage der Repräsentativität der Leitlinienentwicklungsgruppe

Programm für Nationale Versorgungsleitlinien (NVL-Programm)

R 4. Zusammensetzung der Leitlinien-Gruppen

- Ziel ist es, die Gruppen multidisziplinär und repräsentativ für den Adressatenkreis der NVL zusammenzusetzen. Die Organisation des Einladungsverfahrens obliegt dem ÄZQ.
- Bei Bedarf kann in einer NVL-Leitlinien-Gruppe die inhaltliche Arbeit durch eine Steuergruppe koordiniert werden. Die Mitglieder der Steuergruppe werden aus dem Kreis der NVL-Leitlinien-Gruppe gewählt und sollten die wichtigsten Adressaten repräsentieren.

R 7. Entwicklung und Konsensusprozess

- Die Koordinierung der NVL-Entwicklung obliegt dem ÄZQ. Für den Entwicklungsprozess jeder NVL wird ein Aktivitäten- und Zeitplan erstellt. Jede NVL wird nach Vorliegen dieses Plans für die Ankündigung in den entsprechenden Datenbanken bei AWMF und G-I-N angemeldet.
- Die erste Sitzung der Leitlinien-Gruppe dient in erster Linie der Überprüfung der Vollständigkeit und Konformität der Leitliniengruppe;...

S3-Leitlinien – Die Frage der Repräsentativität der Leitlinienentwicklungsgruppe

Umgang mit dem Phänomen der „Volksfront von Judäa“



Fachgebiet/Verfahren	Fachgesellschaften und Berufsverbände
Psychiatrie und Psychotherapie	DGPPN, BVDN, BVDP, BDK, DGGPP, DGKJP
Psychosomatische Medizin	DGPM, DKPM, BPM, CPKA, DGGPP
Verhaltenstherapie	DGVT, DVT, DGVM, DÄVT, DGPs
Analytische Psychotherapie	DGPT, DPV, DPG, VAKJP
Systemische Therapie	DGSF, SG
Gesprächspsychotherapie	GwG, DPGG

Entwicklung von S3-Leitlinien im Bereich psychischer Erkrankungen

Zusammensetzung und Organisation von Leitliniengruppen

Ansatzpunkte für eine Optimierung der multiprofessionellen Repräsentanz und Kooperation

- Einladung/Organisation der Leitliniengruppe durch eine neutrale, allgemein akzeptierte Institution (analog ÄZQ im NVL-Programm)
- Regelmäßige Einrichtung einer repräsentativ zusammengesetzten Steuergruppe zur Koordination der inhaltlichen Arbeit (anstelle der zumeist uniprofessionell zusammengesetzter Projektgruppen)
- Entwicklung eines transparenten Verfahrens zur Beurteilung der Repräsentativität einer Leitliniengruppe – Mindestkriterien für Beteiligung und ggf. Stimmrecht im Konsensusverfahren
- Ausschluss von Mandatsakkumulation und zwischen Fachgesellschaften wechselnde Wahrnehmung von Mandaten
- Ausgleich für große Fachgebiete, die weniger zur Zersplitterung oder Reorganisation neigen (z.B. Hausärzte)

Entwicklung von S3-Leitlinien im Bereich psychischer Erkrankungen

Umgang mit Interessenskonflikten

Materielle und immaterielle Interessenkonflikte sind auch oder gerade im Bereich psychischer Erkrankungen relevant

Vorschlag von Lieb et al., 2011 bietet hierzu eine sinnvolle Orientierung:

Gliederung der Dokumentation von Interessenkonflikten in:

- Arbeitgeber
- Beziehungen zu Unternehmen (ggf. auch Ausbildungsinstitute)
- Beratertätigkeit
- Autorentätigkeit
- Fortbildungen und Kongresse
- Wissenschaftliche Tätigkeit
- Immaterielle Interessenkonflikte
wie z.B. Aktivitäten in Berufsverbänden, Fachgesellschaften, Vereinen, Therapieschulen

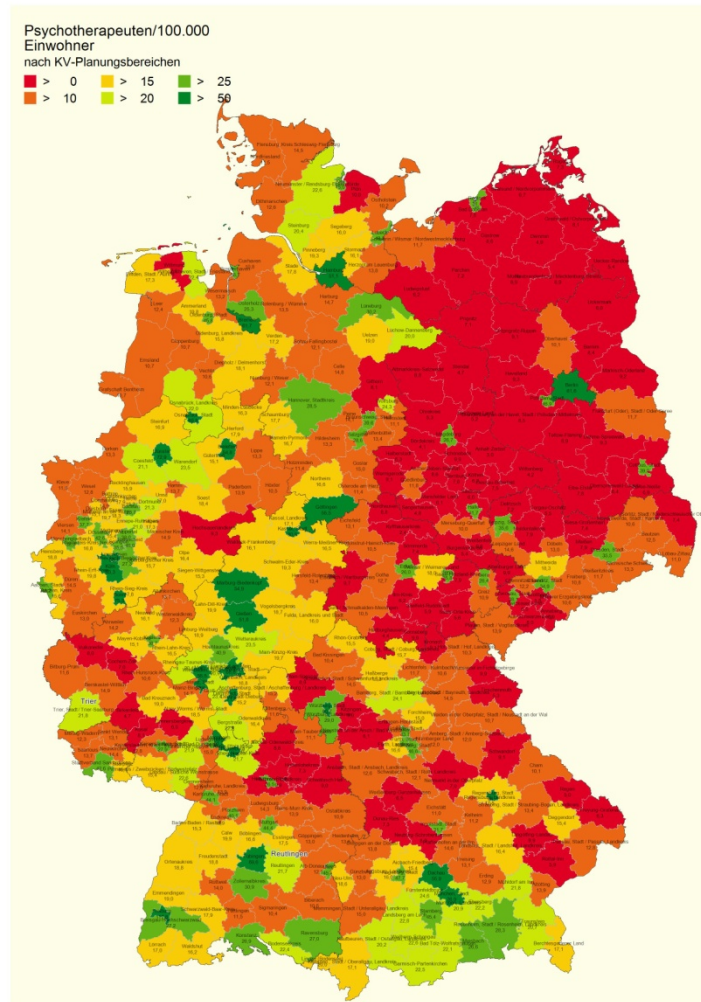
Ungeklärtes Problem der Grenzziehung – wann geht es über die reine Offenlegung hinaus?

Achtung: Mythos der sich ausgleichenden Interessenkonflikte bzw. der Dominanz immaterieller Interessenkonflikte

Barrieren bei der Implementierung von Leitlinien für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

- Defizite bei den vorhandenen lokalen Versorgungs- und Kooperationsstrukturen
- fehlendes „feedback on performance“ bei zum Teil fehlendem Konsens über geeignete Indikatoren
- Geringer Differenzierungsgrad oder geringe Detailtiefe der Leitlinienempfehlungen
- Fehlender Konsens über geeignete Versorgungsstrukturen und Versorgungspfade
- Regionale Diskrepanzen hinsichtlich der vorhandenen Ressourcen

Barrieren bei der Implementierung von Leitlinien für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen



- Versorgungsdichte variiert zwischen Kernstädte und ländlichen Regionen nach aktueller Bedarfsplanung um den Faktor neun, trotz vergleichbarer psychischer Morbidität
- Real variiert die Versorgungsdichte zwischen 3 PT/ 100.000 Einwohner in Anhalt-Zerbst und 131 PT / 100.000 Einwohner in Heidelberg
- Besonders schlecht versorgte Regionen zeichnen sich zusätzlich durch geringe Versorgungsdichte in der Arztgruppe der Nervenärzte aus
- Auch keine Kompensation der Versorgungsdefizite über Angebote von PIA

Leitlinien und sektorenübergreifende Qualitätssicherung bei psychischen Erkrankungen – eine Herausforderung für die multiprofessionelle Kooperation

Auftrag des G-BA an das AQUA-Institut: Entwicklung eines sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur Versorgung bei psychischen Erkrankungen

- Entwicklung von generischen Qualitätsindikatoren, die die Versorgungskette abbilden, unter besonderer Berücksichtigung der Schnittstellen
- Entwicklung spezifischer Qualitätsindikatoren, insbesondere zur Abbildung von Prozess- und Ergebnisqualität, bei psychischen Erkrankungen mit schwerem Verlauf
- Entwicklung von Instrumenten zur Abbildung der Patienten- und Angehörigenperspektive über die gesamte Behandlungskette

Leitlinien und sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Auftrag an AQUA – Berücksichtigung folgender Eckpunkte:

- Sektorenübergreifender Ansatz, d.h. auch **Einbezug des komplementären Versorgungsbereiches** (z.B. Reha – und Pflegeleistungen)
- Im Fokus **Ergebnis- und Prozessqualität**
- Fokussierung auf Versorgungsqualität bei **Patienten mit schweren und schwersten Krankheitsverläufen – Qualitätsindikatoren sind gruppen- und diagnosespezifisch zu definieren**
- Berücksichtigung der **Schnittstellen an den Sektorenübergängen**
- Ethische Aspekte (z.B. Berücksichtigung der Bedürfnisse nicht einwillungsfähiger Patienten)
- Soweit möglich Verwendung von **Routinedaten**

Chancen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung bei psychischen Erkrankungen für die Implementierung von Leitlinien in der Versorgung

- Qualitätsindikatoren setzen auf Leitlinienempfehlungen auf
- Relevanz der Umsetzung von Leitlinienempfehlungen erhöht sich für die Einrichtungen der stationären und ambulanten Versorgung
- Sektorenübergreifender Ansatz bedeutet im follow-up, dass die Zuschreibung von Behandlungsergebnissen auf einen Leistungserbringer vielfach nicht mehr begründbar ist
- Gemeinsame Verantwortung von Leistungserbringern für die Ergebnisqualität in einer Region → mögliche Impulse für eine intensivere Kooperation
- Feedback on performance und regionale Vergleiche könnten die datengestützten Prozesse der Qualitätsverbesserung erleichtern

Fazit

- Die Versorgung von Menschen mit psychische Erkrankungen ist eine multiprofessionelle Aufgabe
- Nicht jeder Patient benötigt eine multiprofessionelle Versorgung, aber die Versorgungspfade und -prozesse sollten zwischen den verschiedenen Professionen und Disziplinen auf der Basis von Leitlinien abgestimmt sein
- Die Repräsentativität von Leitlinienentwicklergruppen sollte systematisch verbessert werden
- Die Koordination von S3-Leitlinienentwicklungen sollte regelhaft über repräsentativ zusammengesetzte Steuergruppen erfolgen
- Standardisierung des Umgangs mit Interessenskonflikten, einschließlich Handlungsempfehlungen jenseits der Offenlegung
- Sektorenübergreifende QS als Chance für die Implementierung von Leitlinien

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

