Von der Behandlungsleitlinie zur Versorgungsleitlinie

Behandeln und Eingliedern verbinden

Gerlinde Piepenhagen
Referentin im Bereich Neurologie/Psychiatrie des Medizinischen Dienstes Rheinland-Pfalz, Alzey

Depressive Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeiten nehmen deutlich zu. Durch das gegliederte Gesundheitssystem gibt es viele Schnittstellen. Zurzeit existieren jedoch keine konkreten Vorgaben in Form von Leitlinien, wie sektorenübergreifend eine Behandlung – quasi als Fallmanagement – der Patienten durchgeführt werden sollte. Ebenso wenig gibt es dazu eine ausreichende praxisrelevante Versorgungsforschung.

Die Quote der Arbeitsunfähigkeit ist in den vergangenen Jahren bezogen auf alle Erkrankungen zwar insgesamt zurückgegangen, nicht jedoch bei den psychischen Störungen, wo ein deutlicher Zuwachs zu verzeichnen war. Dies betrifft sowohl die absolute Zahl der psychisch erkrankten Arbeitnehmer als auch die mittlere Dauer der Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Störung (Abb. 1 und 2). Aus sozialmedizinischer Sicht ist dabei eindeutig zwischen Krankheit und Arbeitsunfähigkeit zu unterscheiden, da nicht jede psychische Störung eine Arbeitsunfähigkeit bedingen muss.

Der Begriff ‚Krankheit' bezieht sich dabei ausschließlich auf einen medizinisch definierten Zustand, während der Begriff ‚Arbeitsunfähigkeit' einen juristisch definierten Sachverhalt beinhaltet. So kann beispielsweise eine deutlich depressive Symptomatik (medizinischer Aspekt) dem Betroffenen durchaus noch so viel Leistungsvermögen übrig lassen, dass er weiterhin arbeiten kann, d. h. arbeitsfähig ist (juristischer bzw. leistungsrechtlicher Aspekt). Wie dieses Beispiel zeigt, ist für die sozialmedizinische Perspektive vor allem das positive und negative Leistungsbild von Bedeutung, d.h. nicht nur das Vorliegen einer psychischen Störung ist zu berücksichtigen, sondern maßgeblich die konkret feststellbaren Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben.

Leitliniensituation

Im Folgenden sollen die sozialmedizinisch relevanten Aspekte bei der Diagnostik und Therapie am oben skizzierten Beispiel der depressiven Störungen näher dargestellt werden. Depressive Störungen verursachen volkswirtschaftlich hohe Kosten, da sie meist eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit und hohe Behandlungskosten zur Folge haben. Daher stellt sich die Frage, nach welchen Kriterien bzw. Leitlinien hier eine effiziente Diagnostik und Behandlung erfolgen kann.

Auffällig ist zunächst, dass bei der Nationalen Leitlinie Depression aus dem Jahr 2002 auf das Problem der Arbeitsunfähigkeit mit keinem Wort eingegangen wurde. Bezüglich der Risikofaktoren, die eine Depression auslösen, werden nur Geschlecht, Lebensalter, sozioökonomische Faktoren und familiäre Belastungen aufgezählt. Berufliche Belastungen und Arbeitsplatzkonflikte dagegen finden keine Erwähnung.

Bei den im Jahr 2000 publizierten Behandlungseitlinien ‚Affektive Erkankungen' der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) werden arbeitsplatzbezogene Probleme ebenfalls kaum thematisiert (2). In dem Kapitel „Soziotherapie bei affektiven Erkrankungen" werden zwar die Einbeziehung des Arbeitsmilieus und der Arbeitsversuch sowie die stufenweise Wiedereingliederung oder zeitlich befristete Berentung kurz erwähnt, ansonsten fehlen aber jegliche Empfehlungen bezüglich frühzeitiger Interventionsstrategien bei Konflikten am Arbeitsplatz in Verbindung mit alltagsrelevanten Funktionsbeeinträchtigungen. Aufgrund der starken Chronifizierungstendenz depressiver Symptome und den damit einhergehenden Funktionsbeeinträchtigungen bedarf es so rasch wie möglich eines zielgerichteten Gesamtbehandlungsplans unter Einbeziehung sowohl der akutmedizinischen als auch von rehabilitativen Therapiemaßnahmen.

Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gaben 2003 in Ko-

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

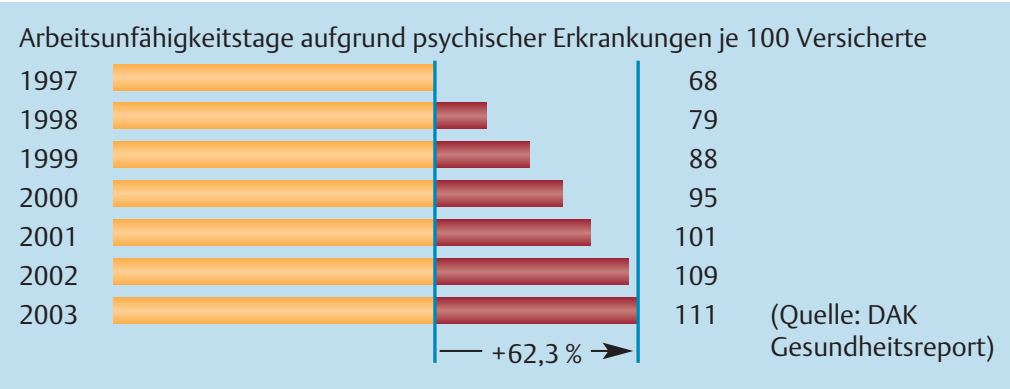

Abb. 1 **Psychische Erkrankungen auf dem Vormarsch.**

operation mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbänden der Krankenkassen und Gesetzlicher Rentenversicherung einen „Leitlinien-Clearingbericht Depression" heraus. Dieser basiert auf der Sichtung von 21 nationalen und internationalen Leitlinien. Zielsetzung war die Formulierung von Empfehlungen für eine nationale evidenzbasierte Leitlinie Depression.

Unter sozialmedizinischer Perspektive sind folgende Empfehlungen von besonderem Interesse:

- Grundsätzlich sollte eine Leitlinie aufeinander abgestimmte Module für die Primärversorgung sowie die weitere ambulante und stationäre Versorgung enthalten.
- Eine Leitlinie und ihre Module sollten eine umfassende Behandlungsstrategie für die kontinuierliche Weiterbehandlung unter Berücksichtigung der einzelnen Behandlungsphasen darstellen.
- Die Ziele einer Maßnahme und die Kriterien für die Auswahl einer bestimmten Behandlung und Beratung des Patienten sollten explizit genannt werden.
- Eine Leitlinie sollte zum Stellenwert von Patientenpräferenzen und deren Berücksichtigung in der Behandlungsplanung Stellung nehmen.
- Basierend auf Verlaufskriterien sollten Empfehlungen zur Langzeitbetreuung und -behandlung gegeben werden. Diese sollten insbesondere für Hausärzte und Patienten eine ausgewogene Darstellung der Prognose beinhalten sowie Kriterien und Vorgehen der Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe nennen.
- Diagnostik von Funktions-/Aktivitäts- und Teilhabestörungen.
- Beschreibung von Funktionseinschränkungen im Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen.
- Beschreibung von Bedingungen, Art und Auswirkungen von Aktivitäts-/Teilhabestörungen.
- Beschreibung von (sozialmedizinischen) Kriterien für Arbeitsunfähigkeit und Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben.
- Beschreibung zu Hilfen von beruflicher Förderung.
- Kriterien zur Abschätzung der Erwerbsprognose.

Diese wesentlichen Gesichtspunkte des Leitlinien-Clearingsberichts Depression sind bisher in den oben erwähnten Leitlinien zur Depression nicht angemessen berücksichtigt worden und sollten daher in Zukunft dringend noch eingearbeitet werden.

Aktuelle Probleme bei der sozialmedizinischen Begutachtung

Die Schwierigkeiten, wie sie bei der sozialmedizinischen Begutachtung von psychischen Störungen häufig auftreten, lassen sich beispielhaft an einer empirischen Untersuchung von Dickmann und Broocks (2007) aufzeigen (5). In der Studie wurde 22 erfahrenen Gutachtern ein fiktiver Fall mit rezidivierender depressiver Störung zur sozialmedizinischen Beurteilung einschließlich Diagnosestellung vorgelegt.

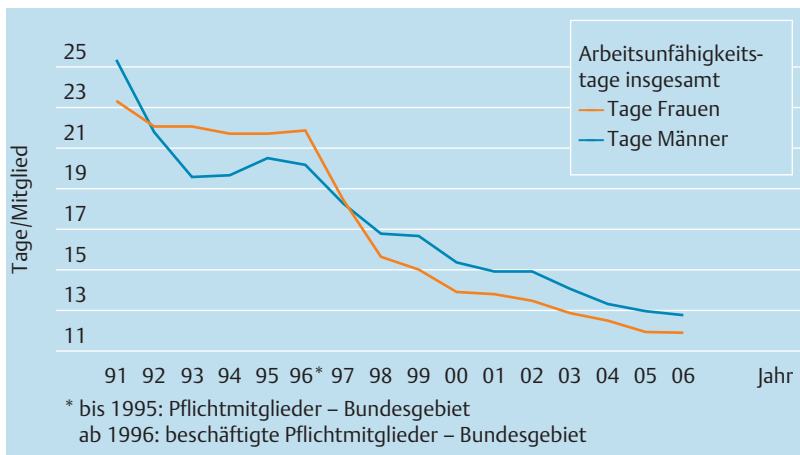

Abb. 2 **Arbeitsunfähigkeitsquote seit 1991** (Quelle: BKK Bundesverband)

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Hinsichtlich der Diagnose ergab sich folgendes Bild:

- 7 der 22 Experten (31,8%) stellten die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung (F33), wobei 6 von ihnen die Symptomatik als mittelgradig und 1 als schwer einstuften,
- 6 der 22 Experten (27,3%) stellten eine Anpassungsstörung (F43.2) fest,
- 4 der Experten (18,2%) eine Dysthymia (F34.1),
- 2 der Experten (9,1%) eine mittelgradige depressive Episode (F32.1),
- 1 Experte (4,5%) eine abhängige Persönlichkeitsstörung (F60.7),
- 1 Experte (4,5%) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4),
- 1 Experte (4,5%) Probleme bezüglich des Berufsleben (Z56).

Wie diese Auflistung der Expertenvoten bezüglich der Diagnose des fiktiven Fallbeispiels zeigt, bestehen erhebliche Unterschiede in der Formulierung der Diagnose, was ursächlich auch für die deutlich differierende Beurteilung des positiven und negativen Leistungsbildes in der Publikation verantwortlich gewesen sein dürfte. An diesem Beispiel zeigt sich eine erhebliche Bandbreite unterschiedlicher Expertenmeinungen, sowohl hinsichtlich der Diagnose als auch hinsichtlich der Beurteilung der Leistungsfähigkeit, was im Einzelfall für den zu Begutachtenden zu sehr unterschiedlichen Konsequenzen führen kann. Aufgrund dieser Problemlage ist von hohem Interesse zu klären, ob über persönliche Untersuchung (d. h. Einbestellung des zu Begutachtenden) mehr übereinstimmende Ergebnisse als bei ausschließlich Begutachtungen nach Aktenlage erreichbar sind.

Begutachtungszeitpunkt

Weiterhin ist von besonderer Bedeutung, zu welchem Zeitpunkt die sozialmedizinische Begutachtung nach Eintreten der Arbeitsunfähigkeit stattfindet. Gerade bei psychisch Erkrankten besteht bei längerer Arbeitsunfähigkeit ein hohes Chronifizierungsrisiko mit ungünstiger Prognose bezüglich der Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit. Für den ambulanten Sektor liegen bislang keine konsistenten Empfehlungen dazu vor, unter welchen Gegebenheiten neben der hausärztlichen Versorgung auch eine fachärztliche Mitbetreuung bis hin zur sozialmedizinischen Begutachtung erfolgen sollte. Je früher eine qualifizierte sozialmedizinische Beurteilung durchgeführt wird, um so eher wird eine effiziente Fallsteuerung unter Nutzung aller Versorgungsoptionen ermöglicht. Eine solche Beurteilung erfordert aufgrund ihrer Komplexität einen angemessenen Zeitaufwand, der bei der gegenwärtigen Versorgungssituation und Vergütung zu wenig berücksichtigt wird.

Die Schnittstellenproblematik

Derzeit bestehen hier noch viele Schwierigkeiten, wie dies am Beispiel der sozialmedizinischen Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) verdeutlicht werden soll. Die sozialmedizinische Begutachtung durch den MDK kann nur über eine Beauftragung der Krankenkasse erfolgen. Die einzelnen Krankenkassen unterscheiden sich dabei erheblich hinsichtlich des Zeitpunkts der Fallvorlage, der spezifischen Fragestellung und der Zielperspektiven. Häufig tritt bei der sozialmedizinischen Begutachtung die Schwierigkeit auf, dass die Empfehlungen bezüglich einer adäquaten Fallsteuerung entweder nicht zeitnah oder wegen fehlender Versorgungsstrukturen gar nicht umgesetzt werden können, was implizit auf das in der Praxis weithin ungelöste Schnittstellenproblem verweist. Darüber hinaus fehlt es bislang auch an empirisch gesicherten Indikationskriterien für die unterschiedlichen Versorgungssektoren. Dadurch ergibt sich die Problematik, dass es zur Zeit keine operationalisierten Instrumente gibt, mit welchen jeder Einzelfall trennscharf den einzelnen Behandlungssektoren zugeordnet werden kann (ambulant, Krankenhaus, Rehabilitation). Medizinische Gesichtspunkte sollten entscheiden, ob und wann eine medizinische Fachrehabilitation durchgeführt wird. Deshalb sollten auch die Rehabilitationsangebote in eine umfassende Versorgungsplanung einbezogen werden.

Im Dezember 2005 wurde in der Schriftenreihe der BAR „Gemeinsame Empfehlungen der Bundesarbeitungsgemeinschaft für Rehabilitation“, die Schnittstellenproblematik thematisiert. „Die Rehabilitationsträger bekennen sich unter Berücksichtigung der Regelungen der Zuständigkeit und der Voraussetzungen für die Teilhabeleistungen in den für den jeweiligen Träger geltenden Leistungsgesetzen zu ihrer gemeinsamen Verantwortung, Lösungen zur Beseitigung von Schnittstellen und zur Klärung von Abgrenzungsfragen zu entwickeln.“ Diese Lösungen stehen aber noch aus.

Perspektiven für die sozialmedizinische Begutachtung

Aus den oben skizzierten Problembereichen ergeben sich folgende Perspektiven für eine optimierte sozialmedizinische Begutachtung. Der tatsächliche Behandlungsbedarf sowie

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

das positive und negative Leistungsbild werden weniger durch die festgestellte ICD-10-Diagnose charakterisiert, sondern eher durch den Grad der objektivierten Beeinträchtigung von Funktionen und Aktivitäten. Ergänzend dazu sind auch die Kontextfaktoren besonders zu berücksichtigen. Von dieser Perspektive her sollten sich die Empfehlungen der sozialmedizinischen Begutachtung enger am biopsychosozialen Krankheitsmodell und den Kriterien der ICF (International Classification of Functioning – WHO 2001) orientieren, was bislang noch zu wenig geschieht. Insbesondere in Hinblick auf eine effiziente Fallsteuerung sind Diagnosen weniger zielführend für eine bedarfsgerechte Versorgung als die festgestellten Beeinträchtigungen von Funktionen und Aktivitäten sowie vorhandenen Ressourcen. Gegenwärtig ist nicht geklärt, ob und durch wen eine durchgängige Fallsteuerung erfolgen sollte (seitens der Ärzte, Krankenkassen oder sonstigen sozialen Institutionen) – empirisch fundierte Ergebnisse dazu liegen bislang nicht vor.

Es besteht ein dringender Bedarf an praxisrelevanter Versorgungsforschung, die in Deutschland bislang zu wenig gefördert wird. Dies ist angesichts der Tatsache, dass psychische Störungen gesundheitsökonomisch wie auch für die Betroffenen mit weit reichenden Konsequenzen verbunden sind, nur schwer verständlich.

From treatment guidelines to restitution – Combining treatment and patient reinstatement

For some years depressive diseases and work incapacity have been increasing significantly. Due to the structure of the German health system there are many interfaces of institutions (hospital – rehabilitation – resident – others). However, specific guidelines do not still exist, how to deal with a therapy (case management) for the patients which includes interdisciplinary aspects. Further research in this field is imperative.

Key words

Performance – efficiency – incapacity – sociomedical expertising

Literatur

1 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Psychotherapie der Depression 2002. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), Deutsches Kollegium Psychosomatische Medizin (DKPM), Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP). AWMF-Leitlinien-Register Nr. 051/023

2 Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Leilinien-Clearing-Bericht Depression 2003. Unter: www.aezq.de

3 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Hrsg. Gemeinsame Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2005

4 Deutsche Gesellschaft für Psychatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Hrsg. Behandlungsleitlinie Affektive Erkrankungen. Darmstadt: Steinkopff-Verlag; 2001

5 Dickmann JRM, Broocks A. Das psychiatrische Gutachten im Rentenverfahren – wie reliabel? Fortschr Neurol Psychiatr 2007; 75: 397–401

6 Eikelmann B et al. Integration psychisch Kranker: Ziel ist Teilnahme am wirklichen Leben. Dtsch Arztebl 2005; 102: 1104

7 Frieboes RM, Zaudig M, Nosper M, Hrsg. Rehabilitation bei psychischen Störungen. München: Urban & Fischer; 2005

8 Gensichen J, Beyer M, Schwäbe N, Gerlach FM. Hausärztliche Begleitung von Patienten mit Depressionen durch Case Management – Ein BMBF-Projekt. Z Allg Med 2004; 80: 507–511

9 Goesmann C, Bühren A, Neuy-Bartmann A. Die Behandlung depressiver Menschen in der Praxis. Erfahrungen, gesundheitspolitische Rahmenbedingungen und Empfehlungen. Psychiat Prax 2007; 34. S266–S268

10 Härter M, Bermejo I, Schneider F et al. Versorgungsleitlinien zur Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in der hausärztlichen Praxis, Z Arztl Fortbild Qualitatssich 2003; 97 (Suppl 4): 16–35

11 Härter M, Schneider F, Gaebel W, Berger M. Versorgungsleitlinien für depressive Störungen in der ambulanten Praxis: Vorwort. Z Arztl Fortbild Qualitatssich 2003; 97 (Suppl 4)

12 Härter M, Bermejo I, Dausend S et al. Vernetzte Versorgung depressiver Patienten – Entwicklung und Evaluation von Diagnose- und Therapieempfehlungen. psychoneuro 2003; 29: 217–226

13 Lennecke K. Therapieempfehlungen Leitliniengerechte Wege aus der Depression. Deutsche Apotheker Zeitung 2007; 147: 64–83

14 Linden M. Leitlinien und die Psychologie medizinischer Entscheidungsprozesse bei der Behandlung depressiver Erkrankungen. Fortschr Neurol Psychiatr 2005; 73:249–258

15 Menke R et al. Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Zs f PPP (54), 3–12

16 Unger HP. Depression und Arbeitswelt. Psychiat Prax 2007; 34: S256–S260

17 Weber A, Hörmann G, Köllner V. Psychische und Verhaltensstörungen: Die Epidemie des 21. Jahrhunderts? Dtsch Arztebl 2006; 103: 834

18 Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin (ÄZQ), Hrsg. Leitlinien Clearingbericht Depression, 2003

Korrespondenz
Dr. med. Gerlinde Piepenhagen
MDK Rheinland-Pfalz
Albiger Straße 19d
55232 Alzey
Gerlinde.Piepenhagen@mdk-rlp.de

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.