



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Abschlussbericht
AG Versorgungsorientierung / Priorisierung

Modellprojekt

**Verfahren zur verbesserten Versorgungsorientierung am
Beispielthema Depression**

Bericht für das Plenum

Berlin, 17.2.2011

Gliederung

- Auftrag an die AG Versorgungsorientierung / Priorisierung
- Ziel, Vorgehensweise und Beratungsverlauf
- Ergebnisse
- Erfahrungsbericht
- Schlussfolgerungen / Empfehlungen

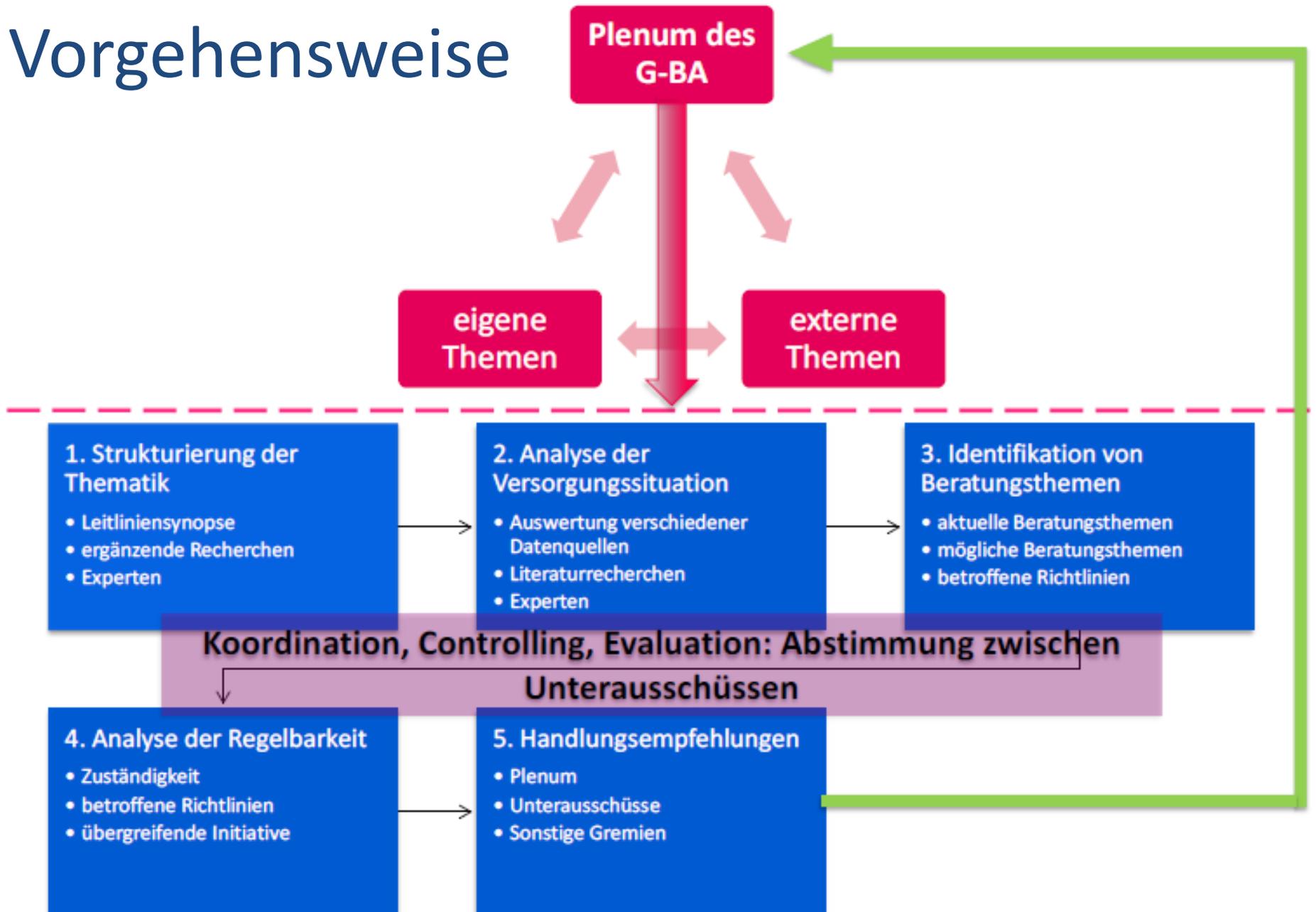
Auftrag

- nach der Beratung im Plenum im April 2010 wurde die AG beauftragt,
 - das Konzept anhand des Krankheitsbildes Depression zu erproben und
 - dem Plenum im Januar 2011 einen Bericht darüber vorzulegen

Ziel

- prüfen, inwieweit diese fünf Arbeitsschritte methodisch umsetzbar und praktikabel sind
- Aufwand für die Durchführung der Arbeitsschritte abschätzen
- Möglichkeiten und Limitationen des methodischen Vorgehens einschätzen

Vorgehensweise



Beratungsverlauf (seit 4/2010)

- Beratung in insgesamt 8 Sitzungen der AG Versorgungorientierung / Priorisierung
 - Strukturierung: 1 Sitzung
 - Analyse Versorgungssituation: 3 Sitzungen
 - Expertenanhörung: 1 Sitzung
 - mündlich: Prof. Härter
 - schriftlich: Prof. Wittchen
 - Abstimmung Abschlussbericht: 3 Sitzungen
- ergänzende Datenbankabfragen bei KBV (eGIS) und ZI (ADT-Panel)
- Berichte zum Vorhaben in den UA Psychotherapie und Arzneimittel

Ergebnisse

1. Strukturierung der Thematik
2. Analyse der Versorgungssituation
3. Identifikation von Beratungsthemen
4. Analyse der Regelbarkeit
5. Erstellung von Handlungsempfehlungen
(entfällt vorerst)

Schritt 1: Strukturierung der Thematik

- ergab sich aus der IQWiG-LL-Synopse (7 LL), der NVL zur unipolaren Depression sowie einer Expertenkonsultation
- Darlegung einer Versorgungskette mit Versorgungsstruktur als Querschnittsbereich

Strukturierung der Thematik

Versorgungsbereich

Primärprävention

Sekundärprävention

Diagnose

Akuttherapie und
Notfallversorgung

Langzeitversorgung

Rehabilitation

Pflege

Versorgungsstruktur

Versorgungsaspekte

Erfassung von Risikofaktoren, Risikogruppen

Früherkennung von Depression, Screeninginstrumente, Suizidprävention

Diagnoseinstrumente, Kriterien für Zu-/Überweisung, Einschätzung Suizidgefahr

Medikamentös, Nichtmedikamentös, Kombinationstherapie
Verhinderung von Chronifizierung, Krisenintervention

Erhaltungstherapie, Suizidprävention (Nachsorge)

Maßnahmen bei (drohendem) Arbeitsplatzverlust und sozialer Isolation

Depression als Komorbidität bei Pflegebedürftigen

Verfügbarkeit und Qualifikation von Hausärzten und Psychotherapeuten
Vernetzung der Leistungserbringer
Dokumentation der Langzeitbehandlung
Qualitätsmanagement / Qualitätsindikatoren

Schritt 2: Analyse der Versorgungssituation

- umfangreichster Bearbeitungsschritt
- Literaturrecherche nach Publikationen zur Versorgungssituation von Depressiven in Deutschland
 - beschränkt auf die letzten 10 Jahre
 - zweistufige Literaturlauswahl
 - standardisierte Literaturlauswertung
- ergänzende Daten durch Internet, Experten und aus der AG sowie aus offiziellen Statistiken
- Datenauswertungen durch ZI und KBV

exemplarische Datenextraktionstabelle

Zitat	Fragestellung	Studiendesign	Population	Intervention/ Kontrolle	Ergebnisse	Anmerkungen/ Bewertung
Ref ID 433 Schneider et al. 2005	Werden Patienten mit Depression in KH ausreichend und entsprechend der Leitlinien behandelt? Untersuchung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, Patientenzufriedenheit	„Kohorten“ aus 10 Krankenhäusern (multizentrische Studie) in Deutschland	1.202 stationäre Patienten aus 10 Krankenhäusern in Deutschland	----	<u>Prozessqualität:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Behandlung: 82% wurden mit einer Kombination aus Pharmako- und Psychotherapie behandelt. • 48% der medikam. behandelten Pat. erhielten Antidepressiva (AD): Mirtazapin, Venlafaxin, Reboxetin, 30% SSRIs, 27% tri- und tetrazyklische AD • Dosierung: 85% LL-gerecht (Unterdosierung insb. bei tri- und tetrazyklischen AD); Unterschiede zw. den Krankenhäusern • EKT bei schwerer Depression: 5.5% • PT: 92% (57% VT, ...) <u>Ergebnisqualität:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Mittlerer stat. Aufenthalt: 49,5 Tage • Sign. Verbesserung der Symptomatik (GAF, BDI, HRSD) durch die Behandlung; Unterschiede zw. den KHn. • Zusammenhang zw. Respondern und Non-Respondern und LL-gerechter Versorgung 	<u>Kernaussagen:</u> <ul style="list-style-type: none"> • LL-Orientierung (Leitlinienkonforme Behandlung ist mit hohen Ansprechraten assoziiert) • Folgendes Verbesserungspotenzial hins. LL-Empfehlung: trizykl. AD-Dosierung, Reduktion Benzodiazepine, Steigerung elektrokonvulsiver Therapie und Interpersoneller Therapie • Benchmark zeigt: Einsatz von QM-Tools notwendig <u>Methodik:</u> Gut

Ergebnisse zur Versorgungssituation

- **Epidemiologie:**
 - Angaben zur Prävalenz der Depressionen sind nicht einheitlich:
 - repräsentative bevölkerungsbezogene: 3-10,7%
 - Krankenkassendaten: 7,2-8,4%
 - Kinder / Jugendliche: 1,3-10,9%
 - Ältere: 9,6-18,5%
 - Hausarztpraxen: 8,6-11,3%
 - keine Hinweise auf Zunahme der Häufigkeit in den letzten Jahren

- Diagnostik / Screening:
 - Hinweise auf Unter- und Fehlerkennung:
 - nur 40-75% der Depressiven werden in Hausarztpraxen erkannt
 - 12-18% werden fälschlich als depressiv eingestuft
 - Übereinstimmung hausärztlicher Diagnosen mit Fragebögen liegt bei 40%
 - insbesondere bei Allgemeinärzten und Internisten werden depressive Störungen in den weitaus meisten Fällen (80% bis 90%) als unspezifische oder sonstige depressive Störungen kategorisiert (statt nach Schweregrad)
 - Anteil bei Psychiatern / Neurologen bei 30%, Reduktion von 2000-2009 nachweisbar

- Therapie:

- Arzneimittel:

- Erhebungen bis 2004 zeigen für Deutschland eine im europäischen Vergleich moderate Einnahmehäufigkeit von Antidepressiva, zwischen 1999 und 2008 allerdings Verdoppelung der Verordnungen
 - Verordnungen von Tranquillantien rückläufig, im europäischen Vergleich hoher Anteil TZA, Verschiebung des Verordnungsspektrums zugunsten SSRI zu beobachten, einige Arzneimittel werden häufig unterdosiert
 - Hinweise auf Untertherapie von Patienten mit Major Depression mit Arzneimitteln bei gleichzeitig bestehender Über- und Fehlversorgung Nichtdepressiver
 - Patienten zeigen eine geringere Präferenz für chemisch definierte Arzneimittel

- Therapie (fortgesetzt):
 - keine aussagekräftigen Studien zur Versorgung durch nicht-medikamentöse bzw. nicht-psychotherapeutische Methoden
 - es gibt Hinweise, dass durch ein Therapiemonitoring von Depressiven mittels telefonischem Fallmanagement die Therapieadhärenz verbessert und der Verlauf positiv beeinflusst werden kann

- Prävention / Suizidprävention:
 - es lassen sich keine belastbaren Daten zu Versorgungsdefiziten bezogen auf die Prävention ableiten
 - es fanden sich Studien zu Präventionsansätzen in der Schule sowie auf Gemeindeebene (Nürnberger Bündnis) die auf ein Präventionspotential hinweisen
 - es gibt eine Modellrechnung zum Potential von Lithiumpräparaten, Suizide infolge Depression zu verhindern
 - die Zahl der Suizide in Deutschland ist rückläufig

- **Qualität:**

- Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität aus multizentrischen Projekten zeigten bei 83% der stationär versorgten Patienten eine Besserung der Symptome und eine hohe Zufriedenheit
- eine leitlinienorientierte Versorgung ist mit einem guten Therapieansprechen assoziiert
- es besteht Fortbildungsbedarf (insbesondere bei Umgang mit Suizidalität, medikamentöser Akutbehandlung, Rezidivprophylaxe sowie Kombinationstherapie)
- es existiert eine Reihe von Qualitätsindikatoren für die Versorgung Depressiver
- Diagnostik erfolgt häufig unspezifisch

- **Versorgungsepidemiologie:**
 - es finden sich ausgeprägte geographische Ungleichgewichte hinsichtlich der Verteilung von Psychotherapeuten unterschiedlicher Schulen und eine stark standortabhängige Inanspruchnahme von Psychotherapie (Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, Tiefenpsychologie)
 - Stadt-Land- sowie Ost-West-Unterschiede bei keinen unterversorgten, 32 regelhaft- und 370 überversorgten Planungsbereichen
 - weitere Anfahrtswege im ländlichen Raum und Konzentration von Psychotherapeuten in Ballungsräumen
 - Überwiegen der Kurzzeit- gegenüber der Langzeit-Psychotherapie

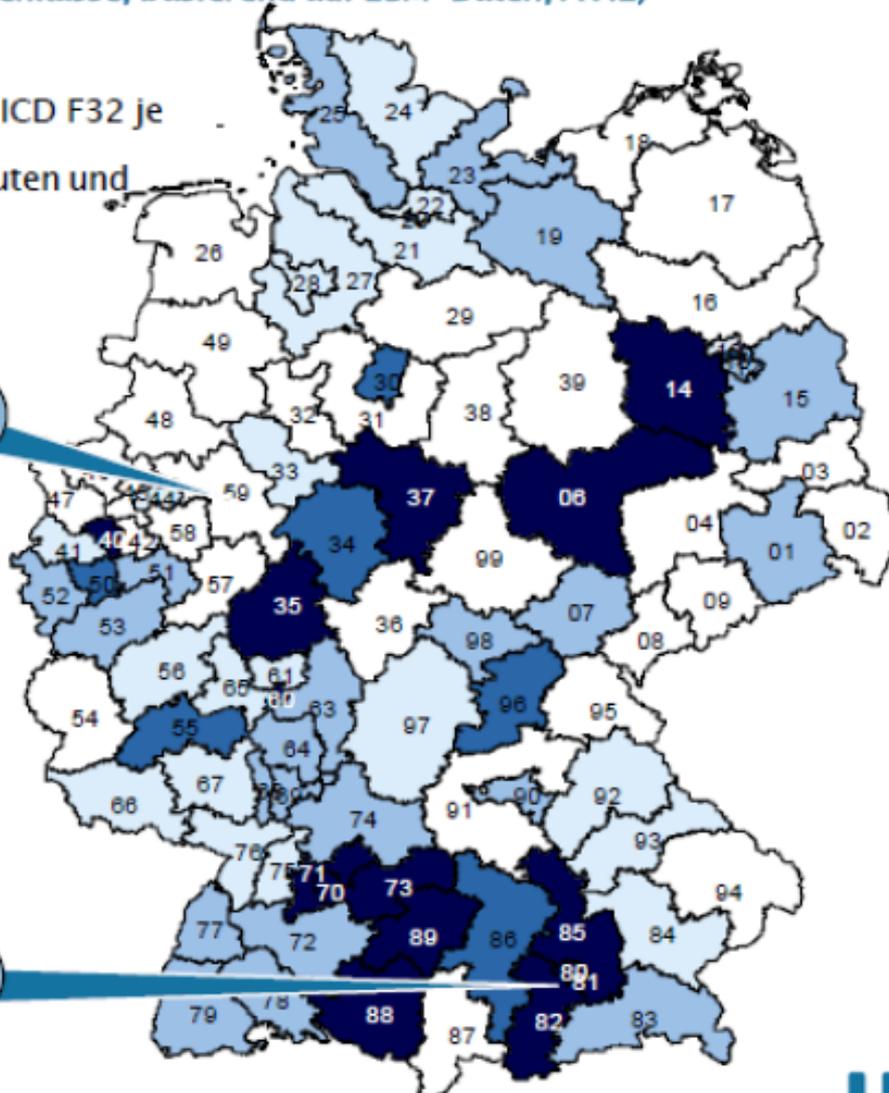
4. Häufigkeit der Psychoanalyse bei Depression (F32) in %

(Quelle: Techniker Krankenkasse, basierend auf EBM-Daten, AV.2)

Verteilung Psychoanalyse für ICD F32 je Postleitzone für alle Therapeuten und mögliche Komorbiditäten

0% PA in PLZ-Bereich 59

29,5% PA in PLZ-Bereich 81



MW* = 6,4%

- ≥ 10,4%
- 10,3% - 8,4%
- 8,3% - 4,4%
- 4,3% - 2,2%
- ≤ 2,1%

Hypothese
 Das Therapieverfahren für die Diagnose ICD F32 ist – unter der Annahme einer homogenen Komorbidität im Bundesgebiet – regional angebotsinduziert

Ähnlich inhomogene Verteilung der anderen Therapieverfahren für ICD F32

* Mittelwert über für F32 insgesamt durchgeführte Therapien pro Postleitzone
 Thomas Ballast, Vorstandsvorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen e.V.



- **Versorgungsepidemiologie (fortgesetzt):**
 - es gibt Hinweise auf eine zu seltene Verordnung von Psychotherapie im ambulanten Bereich
 - stationär zeigt sich eine Abnahme der Verweildauer für alle Schweregrade der Depression, während der Anteil und die absolute Zahl stationär behandelte mittelgradig und schwer depressiver Patienten zunimmt
 - es gibt punktuelle Hinweise auf eine Unterversorgung von Jugendlichen mit Depression in Heimen sowie von älteren Patienten (alleine lebend, Heimbewohner)
 - Depression ist häufige Ursache vorzeitiger Berentung oder Erwerbsunfähigkeit

- **Gesundheitsökonomie:**
 - pro Patient mit Depression werden direkte Kosten von jährlich 685 € in der ambulanten Versorgung und von 2.500 € für ambulante, stationäre und rehabilitative Versorgung zusammen geschätzt
 - 3,8% aller AU-Tage im Jahr 2007 waren einer F32-Diagnose geschuldet, mit im Mittel 48 AU-Tagen je Fall
 - die direkten Gesamtkosten unter der Annahme einer 12-Monats-Prävalenz von 3,51% werden mit 1,62 Mrd. € pro Jahr geschätzt

Diskussionspunkte der Versorgungsanalyse

- **Literaturrecherche und Literatúrauswahl**
 - geographische und zeitliche Einschränkung, Filterkriterien
- **Abgrenzung verschiedener Studientypen**
 - Trennschärfe hinsichtlich Studien zur Nutzenbewertung
- **Studienqualität, Validität der Aussagen**
 - unterschiedliche Studientypen mit heterogener Qualität und Validität, Aktualität der Daten
- **Abbildung der Versorgungskette lückenhaft**

Schritt 3: Identifikation von Beratungsthemen

- Erstellung einer umfassenden Synopse (Soll-Ist-Abgleich):
 - Kernaussagen / -empfehlungen aus LL-Synopse des IQWiG
 - Empfehlungen der S3-NVLL „unipolare Depression“
 - Zuordnung der Ergebnisse aus der Versorgungsanalyse (Schritt 2)
 - Expertenaussagen
- Formulierung von Handlungsfeldern

- **Darstellung von Handlungsfeldern:**
 - ursprünglich nicht im Konzept vorgesehen, als intermediärer Schritt von der AG in Form einer verdichteten Synopse mit potenziellen Handlungsfeldern und Kernaussagen zu Verbesserungspotenzialen erstellt
 - siehe separates Handout
- **aktuelle Beratungsthemen:**
 - durch Abfrage in den geschäftsführenden Abteilungen der G-BA-Geschäftsstelle ermittelt
 - tabellarische Darstellung bezogen auf Versorgungsbereich und Unterausschüsse

Unterausschuss / Richtlinie							
Versorgungsbereich / -kette	Arzneimittel	Methodenbewertung	Qualitätssicherung	Psychotherapie	Sektorenübergreifende Versorgung	Bedarfsplanung	veranlasste Leistungen
Primärprävention / Gesundheitsförderung							
Screening / Sekundärprävention							
Diagnose / Indikationsstellung							
Akuttherapie	<p>Anderung der Anlagen IX und X der AMR Neubildung Festbetrags-Gruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Venlafaxin (Gruppe 1, Stufe 1) • SSRI, Citalopram / Escitalopram (Gruppe 1, Stufe 2) <p>AMR, Verordnungsauusschluss von Reboxetin IQWiG-Abschlussbericht zur Nutzenbewertung von SNRI IQWiG-Abschlussbericht zu Bupropion, Mirtazapin und Reboxetin Kosten-Nutzen-Bewertung von Venlafaxin, Duloxetin, Bupripion und Mirtazapin beauftragt Bewertung zu SSRI zurückgestellt</p>	Psychotherapie-Richtlinienverfahren, Indikation Depression	Antrag QS Depression QS Psychiatrie/ Psychosomatik	QS / Dokumentationsbogen (Gutachter-Verfahren PT)			
Versorgung bei akuter Verschlechterung / Notfallversorgung					DMP (Depression im Sinne einer Komorbidität, z.B. bei Herzinsuffizienz und KHK)		<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrische häusliche Krankenpflege • Soziotherapie
Langzeitversorgung							
Rehabilitation							
Pflege							
Versorgungsstruktur						Psychotherapeuten im Rahmen der Überarbeitung der RL berücksichtigt, kein Bezug zu Krankheitsbildern	

Schritt 4: Analyse der Regelbarkeit

- Regelungsmöglichkeiten bzw. -kompetenzen für den G-BA ergeben sich aus vielen der identifizierten Handlungsfeldern
- Konkretisierung in Beratungsthemen aus der verdichteten Synopse möglich, ggf. durch die Unterausschüsse, aber noch nicht erfolgt
- Klärung im Plenum erforderlich, wie eine Konkretisierung erfolgen soll

Erfahrungsbericht

- **generelle Aspekte:**
 - noch keine abschließende Evaluation möglich
 - positive Erfahrung mit Parallelität von
 - Entwicklung der Methodik in der Geschäftsstelle und
 - Diskussion und Feedback durch die AG
 - Arbeitsablauf als Checkliste beschrieben und dokumentiert, auch auf andere Krankheitsbilder übertragbar
 - prinzipielle Machbarkeit dargelegt
 - insgesamt aufwändiges Projekt (v.a. personell)

- **Erfahrungen zum Ablauf:**
 - Vernetzung innerhalb der Geschäftsstelle hat gut funktioniert, Einbeziehung der Unterausschüsse verbesserungsfähig
 - Literaturlauswertung zeitaufwändig, inhaltliche Diskussion in der AG sollte nicht vor Abschluss der Auswertung erfolgen
 - Einbeziehung von Experten nach inhaltlicher Vorbereitung lohnenswert
 - Fokussierung auf bestimmte, vor der Versorgungsanalyse festgelegte Fragestellungen diskutierbar
 - Kriterien für den Grad der Sicherheit identifizierter Versorgungsprobleme noch nicht ausentwickelt

Schlussfolgerungen / Empfehlungen

- das Modellprojekt zeigt die Machbarkeit einer verbesserten Versorgungsorientierung
 - Limitationen (methodischer Natur) und Aufwand (personeller Natur) sind zu beachten
 - zukünftige Projekte können vermutlich effizienter durchgeführt werden
- Entscheidung notwendig, ob
 - die Methodik grundsätzlich weiter verfolgt werden soll
 - eine weiter gehendere Befassung mit dem Thema Depression erfolgen soll
 - die AG das Konzept vervollständigen und ggf. unter Einbeziehung der Unterausschüsse Empfehlungen für weitere Schritte abgeben soll