

**Anforderungen an strukturierte Behandlungspro-
gramme für Patienten mit Koronarer Herzkrankheit
(KHK) – Entwurf vom 02.04.2008**

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer
gemäß § 91 Abs. 8a SGB V vom 30.04.2008**

Allgemeine Bewertung

Psychosoziale und verhaltensbezogene Faktoren wirken sich nachweislich auf den Krankheitsverlauf von Koronaren Herzkrankheiten (KHK) aus. Außerdem weisen KHK eine erhebliche Komorbidität mit psychischen Störungen auf. Die entsprechenden, allgemein gehaltenen Formulierungen in 1.5.1.4 sollten in Anbetracht neuer empirischer Befunde spezifiziert und aktualisiert werden.

Im Entwurf für die Aktualisierung fehlen differenzierte Empfehlungen für eine systematische Erfassung der psychosozialen Belastungsfaktoren und der psychischen Komorbidität. Ein geeignetes Screening könnte die Versorgung der Patienten mit KHK angesichts der empirisch belegten unzureichenden diagnostischen Sensitivität für psychische Störungen in der primärärztlichen Versorgung (vgl. 1, 2, 3) verbessern. Es entspricht im Übrigen den Empfehlungen von Fachgesellschaften (vgl. 4, 5) und entsprechender Leitlinien (vgl. SIGN-R [Scottish Intercollegiate Guidelines Network], NZGG-Reha [New Zealands Guideline Group]).

Die Anforderungen an die Schulungsprogramme bleiben nach wie vor auf den Nachweis von einschlägigen Wirksamkeitsbelegen beschränkt, anstatt sie in Übereinstimmung mit dem Forschungsstand inhaltlich auszudifferenzieren. Die inhaltliche Ausgestaltung des DMP und der angebotenen Schulungsprogramme sollte jedoch nicht vorrangig auf den Nachweis von Veränderungen hinsichtlich somatischer Outcome-Parameter beschränkt bleiben, sondern um psychologische sowie verhaltensbezogene Parameter, z. B. eine Verbesserung der Lebensqualität, wie sie auch in den Therapiezielen genannt wird, und der Behandlungsadherence, erweitert werden.

Vorschlag zur Ergänzung von 1.5.1.4 „Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung“

Neufassung nach dem 1. Satz

„Insbesondere folgende psychosoziale Risikofaktoren haben einen negativen Einfluss auf den Verlauf einer KHK: mangelnde Krankheitsbewältigung, fehlender sozio-emotionaler Rückhalt, Konflikte in der Familie und/oder am Arbeitsplatz, häufiges Erleben von Stress und/oder Ärger. Aufgrund der häufigen und bedeutsamen Komorbidität sollten Depressionen besondere Beachtung finden.“

Zur Identifikation der genannten Risikofaktoren sollte vom DMP-Arzt bei der kardiologischen Anamnese gezielt nach diesen gefragt werden. Zur Frühidentifikation von psychischen Auffälligkeiten ist vom DMP-Arzt im jährlichen Abstand ein standardisiertes psychometrisches Screening bei Erwachsenen mit dem Patient-Health-Questionnaire (deutsche Version) durchzuführen (vgl. 6, 7). Wird dabei ein Referenzwert für eine klinisch relevante Auffälligkeit erreicht, ist dem Patienten zu empfehlen, eine differenzialdiagnostische Abklärung bei einem Psychotherapeuten vorzunehmen. Die Behandlung von psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert sollte ebenfalls durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.“

Begründung

Empirische Studien belegen für Patienten mit kardiologischen Erkrankungen Prävalenzraten für psychische Störungen, die deutlich über denen der Allgemeinbevölkerung liegen (vgl. 8). Die Versorgungskosten von Patienten mit KHK und einer zusätzlichen schweren psychischen Belastung sind aufgrund der hohen Rehospitalisierungsquote wesentlich höher als die von Patienten ohne schwere psychische Belastung (vgl. 9, 10). Der frühzeitigen Entdeckung von psychosozialen Risikofaktoren und psychischen Auffälligkeiten kommt also auch unter gesundheitsökonomischen Aspekten eine besondere Bedeutung zu.

Eine Reihe von empirischen Untersuchungen kommt übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass die diagnostische Sensitivität in der primärärztlichen Versorgung für die frühzeitige Identifikation von psychischen Störungen unzureichend ist (vgl. 2, 3).

Ein routinemäßiges, psychometrisches Screening mithilfe des Patient-Health-Questionnaire führt zu einer erheblich verbesserten Identifikationsrate (vgl. 6, 7). Die Bearbeitung des PHQ durch den Patienten ist einfach und wenig zeitaufwendig, die standardisierte Auswertung kann von einer medizinischen Fachangestellten durchgeführt werden. Aufgrund festgelegter Referenzwerte ist die Fallidentifikation einfach und zuverlässig vorzunehmen. Die Überprüfung des Diagnoseverdachts und die daraus abzuleitenden Behandlungsempfehlungen setzen allerdings eine fachpsychotherapeutische Qualifikation voraus.

Schulungen der Versicherten

Die Evidenz hinsichtlich des zusätzlichen Nutzens psychosozialer und psychotherapeutischer Interventionen zur Verringerung der Morbidität und Mortalität von Patienten mit KHK ist weiterhin uneindeutig (vgl. 11, 12). Aufgrund der bereits als wirksam anzusehenden Standardversorgung von Patienten mit KHK ist es jedoch außerordentlich schwer, den zusätzlichen Nutzen psychosozialer oder psychotherapeutischer Maßnahmen durch eine weitere Verringerung der an sich schon niedrigen Mortalitätsraten nachzuweisen (vgl. 11). Die inhaltliche Ausgestaltung des DMP sollte aus diesem Grund nicht vorrangig auf den Nachweis von Wirksamkeitsbelegen hinsichtlich somatischer Outcome-Parameter beschränkt bleiben, sondern um psychologische sowie verhaltensbezogene Parameter, wie eine Verbesserung der Lebensqualität und der Behandlungsadherence, erweitert werden. Die Einbeziehung dieser patientenrelevanten Nutzenendpunkte würde dazu beitragen, dass in Zukunft auch psychologische Trainingsprogramme mit entsprechenden Wirksamkeitsbelegen in das strukturierte Behandlungsprogramm aufgenommen werden könnten.

In Studien konnte häufig gezeigt werden, dass psychische Belastungen durch zusätzliche psychologische Interventionen effektiv reduziert werden können mit i. d. R. positiven Auswirkungen auf weitere Risikofaktoren (vgl. 11). Allerdings besteht momentan noch Unklarheit darüber, welcher Patient zu welchem Zeitpunkt der Erkrankung von welcher psychologischen oder psychotherapeutischen Intervention am besten profitiert (vgl. 11, 12). Entscheidend für den Nutzen einzelner Maßnahmen wird ein individueller Zugang zu dem Patienten sein, der garantiert, dass jeweils geeignete Therapieoptionen ausgewählt werden (vgl. 8) – z. B. einzel- oder gruppentherapeutische Interventionen, psychosoziale Maßnahmen, themenspezifische Gruppenangebote, Psychopharmakotherapie. Voraussetzung hierfür ist jedoch eine umfassende Anamnese und Diagnostik, wie sie durch die Einführung eines standardisierten Screenings (s. o.) besser gewährleistet werden könnte.

Literatur

- ¹Linden, M., Maier, W., Achberger, M., Herr, R., Helmchen, H., & Benkert, O.(1996). Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland: Ergebnisse aus einer Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO). *Nervenarzt*, 67, 205-215.
- ²Tress, W., Kruse, J., Heckrath, C., Schmitz, N., & Albert, L.(1997). Psychogene Erkrankungen in hausärztlichen Praxen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 43, 211-232.
- ³Wittchen, H.U. et al.(2001). GAD-P-Studie. Bundesweite Studie "Generalisierte Angst und Depression im primärärztlichen Bereich. *Münchener Medizinische Wochenschrift. Fortschritt in der Medizin*, 119 (Sonderheft 1), 1-49.
- ⁴Albus, C., Jordan, J., Hermann-Lingen, C. (2004). Screening for psychosocial risk factors in patients with coronary heart disease – recommendations for clinical practice. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 11(1), 75-79.
- ⁵Graham, I., et al. (2007). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice – Fourth joint task force of the European society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *European Heart Journal*, 28, 2375-2414.
- ⁶Löwe, B., Spitzer, R.L., Gräfe, K., Kroenke, K., Quenter, A., Zipfel, S., Buchholz, B., Witte, S., & Herzog, W.(2004). Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *Journal of Affective Disorders*, 78, 131-140.
- ⁷Löwe, B., Gräfe, K., Zipfel, S., Spitzer, R.L., Hermann-Lingen, C., Witte, S., & Herzog, W. (2003). Detecting panic disorder in medical and psychosomatic outpatients: Comparative validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Patient Health Questionnaire, a screening question, and physicians' diagnosis. *Journal of Psycho-somatic Research*, 55, 515-519.
- ⁸Klesse C, Barth J, Härter M, Bengel J (2007). In: *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen*. Härter, Baumeister, Bengel (Hrsg.), Springer Medizin Verlag, Heidelberg.
- ⁹Allison, T.G., Williams, D.E., Miller, T.D., et al. (1995). Medical and economic costs of psychological distress in patients with coronary artery disease. *Mayo Clinic Proceedings*, 70, 734-742.
- ¹⁰Hermann-Lingen C., Buss, U., 2007. Anxiety and depression in patients with coronary heart disease. In: Jordan J. (Hrsg.), *Contributions towards a evidence-based psychocardiology: a systematic review of the literature*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- ¹¹Langosch, W., Budde, H.G., Linden, W., (2007). Psychosocial interventions for coronary heart disease: stress management, relaxation and ornish groups. In: Jordan, J., *Contributions towards a evidence-based psychocardiology: a systematic review of the literature*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- ¹²Linden, W., Phillips M.J., Leclerc J. (2007). Psychological treatment of cardiac patients: a meta-analysis. *European Heart Journal*, 28, 2972-2984.