

Stellungnahme

Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die X. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie
(DMP-A-RL):

Änderung der Anlagen 2 und 5, Ergänzung der Anlage 13
(DMP Herzinsuffizienz) und Anlage 14 (Herzinsuffizienz
Dokumentation)

10.11.2017

Anlage 13 „Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz“

Zu 1.4.3 Besondere Aspekte bei Komorbidität

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt, dass durch dieses neue Kapitel der besonderen Bedeutung von Komorbiditäten bei chronischer Herzinsuffizienz Rechnung getragen wird. Zu den Therapiezielen (siehe Anlage 13 Punkt 1.3), die mit der Einschreibung in das DMP „Herzinsuffizienz“ verfolgt werden, gehört deshalb auch die „adäquate Behandlung der Komorbiditäten“. Die unter dem Spiegelstrich „Depression“ aufgeführten Hinweise und Therapieempfehlungen zur Behandlung komorbider depressiver Störungen sind aus Sicht der BPtK hierfür jedoch nicht ausreichend.

Die Prävalenz für depressive Erkrankungen ist bei Patienten mit einer Herzinsuffizienz im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöht und die Lebensqualität der Patienten wird hierdurch beeinträchtigt. Nach den Ergebnissen einer Meta-Analyse lag die durchschnittliche Prävalenz bei 21,5 %, das heißt, etwas mehr als jeder fünfte Patient mit einer Herzinsuffizienz leidet komorbid unter einer depressiven Störung.¹ Dabei beeinflussen sich chronische Herzinsuffizienz und Depressionen wechselseitig.² Zum einen erhöht sich das Risiko für eine depressive Erkrankung mit dem klinischen Schweregrad der Herzinsuffizienz, zum anderen haben Depressionen negative Auswirkungen auf die Behandlungsadhärenz und den Verlauf der Herzerkrankung.

Die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Chronische Herzinsuffizienz (2. Auflage, 2017)³ empfiehlt deshalb, Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz in regelmäßigen Abständen im Rahmen des ärztlichen Gesprächs oder durch standardisierte Fragebögen hinsichtlich psychischer (Angst, Depression) und sozialer Probleme zu befragen. Die Relevanz psychosozialer Probleme bzw. auffälliger Fragebogenscores sollte mit dem Patienten besprochen und ggf. eine weiterführende Diagnostik veranlasst werden (Empfehlung 10-1, NVL Herzinsuffizienz, S. 90). Zudem empfiehlt die NVL ein gestuftes Vorgehen in der Behand-

¹ Rutledge T., Reis V.A., Linke S.E. et al. Depression in heart failure a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. *J Am Coll Cardiol* 2006;48(8):1527-37. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17045884>.

² Herrmann-Lingen C. Herzinsuffizienz und Herztransplantation. In: Herrmann-Lingen C., Albus C., Titscher G., editors. *Psychokardiologie – Ein Praxisleitfaden für Ärzte und Psychologen*. Köln: Dt. Ärzte-Verl.; 2008. p. 160-76.

³ Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungsleitlinie Chronische Herzinsuffizienz – Langfassung, 2. Auflage. Version 2. 2017, DOI: 10.6101/AZQ/000390. www.herzinsuffizienz.versorgungsleitlinien.de.

lung. Die Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz und Depressionen oder Angststörungen sollten zunächst Angebote im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung erhalten. Bei mittelschweren oder schweren Formen der psychischen Erkrankung oder bei unzureichendem Effekt der Grundversorgung sollte den Patienten Psychotherapie oder ggf. eine medikamentöse Therapie angeboten werden (Empfehlung 10-2, NVL Herzinsuffizienz, S. 91). Außerdem sollten nach den Empfehlungen der Leitlinie vorrangig vor einer medikamentösen Therapie mit Antidepressiva andere Behandlungsoptionen wie z. B. Psychotherapie oder körperliches Training berücksichtigt werden (Empfehlung 10-4, NVL Herzinsuffizienz, S. 91).

Diese Empfehlungen werden in den besonderen Aspekten, die bei einer komorbiden Depression zu beachten sind, nur unvollständig berücksichtigt. Zwar wird in den Tragenden Gründen ausgeführt, dass es Evidenz für nicht-medikamentöse Ansätze wie bspw. körperliches Training oder kognitive Verhaltenstherapie gibt, im Beschlussentwurf wird jedoch nur auf die Kontraindikation zum Einsatz von trizyklischen Antidepressiva bei Patienten mit einer chronischen Herzinsuffizienz abgehoben (Empfehlung 10-3, NVL Herzinsuffizienz, S. 91). Auch wenn – wie in den Tragenden Gründen ausgeführt – insbesondere die Aspekte hervorgehoben werden sollen, die für die Patientensicherheit relevant sind, hält es die BPtK dennoch für sinnvoll, dem behandelnden Arzt weitergehende Hinweise für die Behandlung komorbider Depressionen zu geben, da in der Erkennung und Behandlung depressiver Erkrankungen relevante Qualitätsdefizite bekannt sind.⁴ Rund 50 Prozent der als depressiv erkannten Patienten erhalten in der ambulanten Versorgung lediglich eine unspezifische Diagnose. Damit ist ein Großteil der Diagnosen nicht genau genug, um daraus eine angemessene Behandlung abzuleiten. Über drei Viertel der unspezifischen Depressionsdiagnosen werden vom Hausarzt gestellt. Zudem erhält nur rund ein Drittel der Patienten mit einer depressiven Störung innerhalb eines Jahres zumindest eine minimale Behandlung⁵ (Mack et al., 2014). Der Faktencheck Gesundheit kommt deshalb zu dem Schluss, dass insbesondere die Diagnosestellung und -kodierung verbessert werden müssen, um Patienten in der Folge einer leitliniengerechten Behandlung zuführen zu können. Dem Hausarzt als koordinierendem Arzt im Rahmen des DMP kommt hierbei eine Schlüsselfunktion zu.

⁴ Faktencheck Gesundheit 2014, Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen, Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.). https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Faktencheck_Depression_Studie.pdf.

⁵ Mack M., Jacobi F., Gerschler A. Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-MentalHealthModule (DEGS1-MH). Int. J. Methods Psychiatr. Res. (2014) Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com) DOI: 10.1002/mpr.1438.

Die BPTK schlägt vor diesem Hintergrund deshalb folgende Änderungen vor:

- **Depression**

~~Auf~~ Symptome einer Depression **oder Angststörung** sollten **regelmäßig exploriert oder mittels geeigneter standardisierter Fragebögen erhoben werden.** ~~geachtet und diese ggf. weiter exploriert werden.~~ **Bei Hinweisen auf das Vorliegen einer komorbiden psychischen Erkrankung sollte der Patient für eine weitergehende Diagnostik und ggf. Behandlung an einen qualifizierten Facharzt oder Psychotherapeuten verwiesen werden. Vor einer medikamentösen Behandlung sollten andere Behandlungsoptionen, z. B. körperliches Training, Psychotherapie, bevorzugt berücksichtigt werden.** Sofern eine medikamentöse Therapie notwendig ist, sollten trizyklische Antidepressiva, insbesondere wegen ihrer proarrhythmischen und negativ inotropen Wirkung vermieden werden. Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) gelten in der Anwendung als sicher, der Nutzen bei gleichzeitig vorliegender Herzinsuffizienz ist jedoch nicht belegt.