



CoRe-Net

Das Kölner Kompetenznetzwerk aus Praxis und Forschung



CoRe-Net

VERSORGUNG VON MENSCHEN MIT KORONARER HERZERKRANKUNG UND PSYCHISCHER BEGLEITERKRANKUNG

Ein CoRe-Net Versorgungsbericht

IMPRESSUM

Versorgungsbericht:	Versorgung von Menschen mit koronarer Herzerkrankung und psychischer Begleiterkrankung in Köln
Herausgeber:	CoRe-Net: Kölner Kompetenznetzwerk aus Praxis und Forschung Universität zu Köln www.core-net.uni-koeln.de
Stand:	April 2022
Autor:innen:	Katja Blaschke, Adriana Poppe, Ingo Meyer, Ingrid Schubert, Frank Jessen, Christian Albus
Beirat der Versorgungsberichte:	Vertreter:innen der Caritas, der Uniklinik Köln, des gesundheitsladen köln e.V., der Stadt Köln, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Gesundheitsregion KölnBonn e.V.
Gestaltung Deckblatt:	Franziska Weber
Bildnachweis Deckblatt:	Simon/Köln Panorama; Quelle: Adobe Stock (ehem. Fotolia)
Redaktion Executive Summary:	TAKEPART Media + Science GmbH
Kontakt:	E-Mail: CoRe-Net-reports@uk-koeln.de

Inhalt

Executive Summary	4
1. Einleitung.....	6
2. Methodik und Studienpopulation	7
2.1. Methodische Beschreibung.....	7
2.2. Grundlegende Daten zur Studienpopulation	10
3. Koronare Herzerkrankung und psychische Störungen in der Kölner Bevölkerung	12
3.1. Häufigkeit der koronaren Herzerkrankung und psychischen Störungen	12
3.2. Aufdeckung und Kommunikation über psychische Begleiterkrankungen bei KHK.....	13
3.3. Versorgung von Kölner:innen mit KHK und psychischen Begleiterkrankungen	16
4. Handlungsempfehlungen.....	23
Literatur	27

Executive Summary

Herz und Psyche hängen eng zusammen: So kann eine Herzerkrankung eine psychische Störung begünstigen und eine psychische Störung wiederum das Risiko für eine Herzerkrankung erhöhen. Unerkannt und unbehandelt können sich die Erkrankungen gegenseitig verstärken. Umso wichtiger ist es, dass Versorger:innen für diesen Zusammenhang sensibilisiert sind und begleitende Erkrankungen möglichst frühzeitig erkennen. Daher beleuchtet der CoRe-Net-Versorgungsbericht die aktuelle Situation von Herzpatient:innen in Köln: Wie viele Menschen haben neben einer Herzerkrankung auch eine psychische Erkrankung? Wie sieht die vermutete Dunkelziffer aus? Und wie adäquat und zufriedenstellend ist die medizinische Versorgung?

Um diese Fragen zu beantworten, hat das Kölner Kompetenznetzwerk CoRe-Net die Versorgung dieser Menschen unter die Lupe genommen und dafür Patient:innen befragt sowie Krankenkassendaten ausgewertet. Dies fand im Rahmen der MenDis-CHD-Studie zwischen 2017 und 2020 statt. Das Forscherteam interviewte Herzpatient:innen in mehreren Kliniken, Praxen und Reha-Einrichtungen in Köln. Einerseits untersuchten sie mit Hilfe klinischer Tests, bei wie vielen der befragten herzkranken Kölner:innen eine begleitende psychische Erkrankung vorlag. Zum anderen wurde erfasst, wie zufrieden die Kölner:innen mit ihrer medizinischen Versorgung waren und welche Rolle psychosoziale Inhalte in der ärztlichen Behandlung spielten. Außerdem wertete das Forscherteam Daten von vier großen Krankenkassen aus.

Die Befragung zeigt, dass nur bei der Hälfte der Kölner:innen mit einer begleitenden psychischen Erkrankung diese auch durch Ärzt:innen diagnostiziert worden war. Bei der anderen Hälfte war die Erkrankung bisher nicht entdeckt worden. Dies ist besonders relevant, da die Auswertung der Krankenkassendaten signalisiert, dass die Patient:innen nach der Diagnose entsprechende Behandlungsangebote verstärkt wahrnehmen. Dabei erhielten viele Patient:innen Psychopharmaka verordnet, weniger häu-

fig nutzten sie psychotherapeutische Angebote. Insgesamt zeigten sich die befragten Kölner:innen zufrieden mit der Versorgung ihrer Herzkrankheit. Verbesserungsbedarf sahen sie jedoch bei psychologischen und nicht-medikamentösen Angeboten, die zum Beispiel beim Umgang mit der Erkrankung im Alltag helfen. Auch mit der ärztlichen Kommunikation waren die Kölner:innen weniger zufrieden.

Ausgehend von einer vermuteten Unterdiagnostik von psychischen Erkrankungen bei Menschen mit einer koronaren Herzkrankheit unterstützen diese Forschungsergebnisse den Bedarf nach einem Screening, einer besseren Kommunikation zwischen Ärzt:innen und Patient:innen sowie einem stärkeren Austausch zwischen den Fachbereichen Allgemeinmedizin, Kardiologie und Psychiatrie. Ein solches Screening auf psychische Erkrankungen bei Herzpatient:innen könnte dazu beitragen, dass mehr Menschen frühzeitig die passende Behandlung erhalten – und damit eventuell einer Verschlimmerung vorbeugen. Geeignete Screening-Instrumente gibt es bereits, die sich großflächig einsetzen ließen: Geschulte Hausärzt:innen und Kardiolog:innen könnten Hinweise auf eine begleitende psychische Erkrankung bei ihren Patient:innen rechtzeitig erkennen und sie an die entsprechenden Fachbereiche überweisen. Zusätzlich könnten sie ihre Patient:innen auf Selbsthilfeangebote aufmerksam machen und sie adäquater beraten. Fachgesellschaften bieten bereits erste Fortbildungen rund um Psychodiagnostik, psychokardiologische Therapien und Gesprächsführung an. Auch Leitlinien enthalten Anregungen für das Patient:innengespräch. Hilfreich könnte zudem die stärkere Einbindung von Patient:innen in ihre Behandlung durch eine gemeinsame Entscheidungsfindung sein.

Das Kompetenznetzwerk CoRe-Net initiierte bereits eine nachfolgende Studie, die sich mit der Verbesserung der Diagnostik und Versorgung psychischer Begleiterkrankungen beschäftigt. Ein Aspekt dabei ist die Sensibilisierung von Ärzt:innen für dieses Thema durch sogenannte Trigger-Fragen. Zusätzlich sollen Informationsmaterialien Patient:innen ermutigen,

sich aktiv ins Gespräch einzubringen und ihre Anliegen anzusprechen.

Ein weiterer Ansatz sind sogenannte Care Manager:innen – Fachkräfte, die Menschen mit Herzerkrankungen dabei unterstützen, Selbsthilfeangebote und Psychotherapien zu finden und wahrzunehmen. Hier weisen die Studienergebnisse auf einen Verbesserungsbedarf hin. Care Manager:innen könnten die

behandelnden Ärzt:innen unterstützen und entlasten sowie dabei helfen, dass Patient:innen niederschwellig und zeitnah die benötigte Behandlung erhalten. Da Herz und Psyche so eng zusammenhängen, gehören stets beide zu einer effektiven Behandlung und Prävention.

1. Einleitung

Die koronare Herzerkrankung (KHK) ist eine Volkskrankheit. Fast jeder zehnte Mensch in Deutschland zwischen 40 und 79 Jahren erkrankt im Laufe des Lebens an einer KHK (1). Trotz zunehmender Präventionsangebote und Weiterentwicklungen in der medizinischen Versorgung in den letzten Jahrzehnten zählt die KHK in Deutschland weiterhin zu den häufigsten Erkrankungen und Todesursachen. Nicht nur Alltagsredewendungen wie „sich das Herz ausschütten“ oder „es bricht mir das Herz“ weisen auf eine enge Verknüpfung von Psyche und Herz hin. Beispielsweise können Angststörungen, Depression oder andere psychische Störungen zu der Entstehung einer KHK beitragen (2, 3). Psychische Störungen können z. B. die Einhaltung der vorgegebenen Therapie und die Motivation zu Lebensstilveränderungen erschweren und sich damit ungünstig auf den Verlauf einer Herzerkrankung auswirken (2, 3). Die wechselseitige Beziehung zwischen Psyche und Herz führt auch dazu, dass psychische Störungen durch eine Herzerkrankung entstehen können (2, 3). Ein akuter Herzinfarkt ist ein traumatisches Ereignis und kann – vielleicht zum ersten Mal im Leben – Todesangst auslösen.

Aufgrund dieser durch umfangreiche Forschung belegten Erkenntnis wird in nationalen und internationalen Leitlinien für Patient:innen mit KHK ein Screening

auf psychische Störungen empfohlen (2, 4). Je nach Bedarf soll sich eine angemessene Behandlung der psychischen Begleiterkrankung anschließen. Wenig erforscht ist jedoch, ob diese Maßnahmen in der Praxis umgesetzt werden. Wir wissen wenig über die medizinische Versorgungssituation von Patient:innen mit KHK und psychischer Störung (4, 5).

Mit diesen Themen befasst sich der vorliegende Versorgungsbericht des Kompetenznetzwerks aus Forschung und Praxis (CoRe-Net)¹. Ein Teil der Studienergebnisse und Hinweise zu der Methodik wurden bereits in wissenschaftlichen Fachzeitschriften unter Peltzer *et al.* (6, 7) und Vennedey *et al.* (8) veröffentlicht. Dieser Bericht bildet die aktuelle Versorgungssituation von Kölner:innen mit KHK und psychischer Begleiterkrankung aus wissenschaftlicher Perspektive ab und gibt Handlungsempfehlungen. Somit richtet sich dieser Bericht in erster Linie an diejenigen, die für die Versorgung von Menschen mit KHK verantwortlich sind: an Mitwirkende aus Krankenhäusern, (fach-)ärztlichen Praxen und Praxisnetzen, sowie therapeutischen und Rehabilitationseinrichtungen. Wir möchten aber auch Krankenkassen, Verbände und kommunale Mitwirkende mit diesem Bericht erreichen. Patient:innen und ihre Angehörigen finden hier ebenfalls relevante Informationen.

Hinweis an die Leser:innen

Dies ist der zweite Versorgungsbericht im Rahmen des Kompetenznetzwerks aus Praxis und Forschung in Köln (CoRe-Net). Der erste Versorgungsbericht wurde im Jahr 2021 zum Thema „Versorgung von Menschen im letzten Lebensjahr in Köln“ veröffentlicht. Entsprechend interessieren sich die Autor:innen aus dem CoRe-Net Netzwerk und die Mitglieder aus dem Beirat für Rückmeldungen aus der Leserschaft. Bei Fragen, Anregungen und Kommentaren zu dem Bericht schreiben Sie uns gerne an folgende E-Mail-Adresse: CoRe-Net-reports@uk-koeln.de.

¹ CoRe-Net wird gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung. Weitere Informationen unter: www.core-net.uni-koeln.de

2. Methodik und Studienpopulation

Dieser Bericht beruht auf den Ergebnissen der MenDis-CHD²-Studie, die neben zwei weiteren Studien im Rahmen der ersten Phase von CoRe-Net (2017-2020) durchgeführt wurde³. Die Ziele der MenDis-CHD-Studie waren den aktuellen Stand der Diagnostik und den Behandlungsverlauf von psychischen

2.1. Methodische Beschreibung

Die genannten Ziele von MenDis-CHD wurden mit verschiedenen Methoden in unterschiedlichen Teilstudien untersucht, die im Folgenden kurz näher beschrieben werden. Die Teilstudien sind im Bericht jeweils durch das vorangestellte Symbol gekennzeichnet.

Befragung von Patient:innen mit koronarer Herzkrankung



Für eine Befragung von Kölner:innen mit KHK wurden zwischen Januar 2018 und März 2019 Patient:innen in zwei Krankenhäusern, zwei

Rehabilitationseinrichtungen und drei kardiologischen Praxen in Köln angesprochen (6, 7). Die Auswahlkriterien für die Einrichtungen waren der räumliche Bezug zu Köln und die Bereitschaft, an der Studie teilzunehmen. Es wurden Kliniken und Praxen sowohl links- als auch rechtsrheinisch ausgewählt. Patient:innen ab 18 Jahre wurden in die Studie eingeschlossen, wenn sie sich wegen einer KHK (Box 1) in Behandlung befanden. Die Patient:innen mussten außerdem in der Lage sein, ihre aktive Zustimmung zu der Studienteilnahme zu geben und ausreichend Deutsch zu sprechen. Ausgeschlossen wurden Kölner:innen mit schweren oder instabilen körperlichen oder psychischen Störungen (z. B. Krebserkrankung, suizidales Verhalten, mittlere bis schwere Demenz).

Störungen bei Kölner:innen mit KHK zu untersuchen. Des Weiteren wurde untersucht, wie sich psychische Begleiterkrankung auf die Lebensqualität auswirken und wie häufig die KHK allein sowie in Kombination mit psychischen Störungen in Köln auftritt.

Anhand einer Skala zur Messung von Angst und Depression (Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS]) wurden mögliche psychische Begleiterkrankungen eingeschätzt. Falls diese Untersuchung einen Hinweis auf eine psychische Begleiterkrankung ergeben hat, wurde ein strukturiertes klinisches Interview nach dem Klassifikationssystem der Psychiatrie DSM-IV [SKID⁴] durchgeführt. Das Interview hatte das Ziel, die Patient:innen genauer auf begleitende psychische Störungen zu untersuchen. Anhand dieser Untersuchung erfolgte die Aufteilung in die Gruppen KHK-Patient:innen mit psychischer Störung und ohne psychische Störung.

Sowohl die gesamte Studienpopulation als auch die zwei Gruppen wurden in der Studie hinsichtlich folgender Aspekte betrachtet:

- Erfahrungen und Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung⁵
- Psychosoziale Unterstützung
- Vorliegen einer ärztlich diagnostizierten psychischen Störung, erhoben mit Hilfe von Krankenblättern

Es wurden Häufigkeiten und Mittelwerte (MW) berechnet.

² MenDis-CHD steht für „**M**ental **d**isorders in patients with **c**oronary **h**eart **d**isease“

³ Mehr Informationen zur MenDis-CHD Studie: www.core-net.uni-koeln.de/mendis-chd-j

⁴ SKID steht für das „**S**trukturierte **K**linische **I**nterview für **D**SM-IV“

⁵ Erhebungsinstrument: **P**atient **A**ssessment of **C**hronic **I**llness **C**are (PACIC)

Box 1: Koronare Herzerkrankung

Eine koronare Herzerkrankung (KHK) umfasst Beschwerden, die durch eine Verengung oder einen Verschluss der Herzkranzgefäße verursacht werden. Es wird zwischen einer chronischen Form und dem akuten Ereignis unterschieden. Beim Akutereignis, wie dem Herzinfarkt, verschließt ein Blutgerinnsel eine oder mehrere Herzkranzgefäße. In der Folge wird ein Teil des Herzmuskels nicht mit Sauerstoff versorgt und kann absterben. Eine chronische („stabile“) KHK ist eine dauerhafte Verengung eines oder mehrerer Herzkranzgefäße. Der Herzmuskel wird dadurch mit Sauerstoff unterversorgt. Bei körperlicher Belastung kann es zu Luftnot oder einem Engegefühl in der Brust (stabile Angina Pectoris) kommen.^(9, 10)

Die in MenDis-CHD I befragten Kölner:innen hatten alle eine diagnostisch nachgewiesene KHK, wie z. B. eine stabile Angina Pectoris oder sie hatten bereits einen Herzinfarkt (7).

In Krankenkassendaten sind die Diagnosen nach dem weltweit anerkannten Klassifizierungssystem dokumentiert, zum Zeitpunkt der MenDis-CHD-Studie nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, (ICD-10). Koronare Herzerkrankungen stehen unter den ICD-10-Codes I20-I25. Darunter fallen unter anderem die Angina Pectoris, ein akuter, wiederkehrender oder alter Herzinfarkt, sowie ein oder mehrere Verengungen der Herzkranzgefäße. Die ICD-10-Codes I20-I25 werden in diesem Bericht zur Identifikation von Versicherten mit KHK herangezogen.

Auswertung von Krankenkassendaten



Für diese Teilstudie wurde auf die Krankenkassendaten der CoRe-Dat⁶ Datenbank zurückgegriffen.

CoRe-Dat enthält Angaben von gesetzlich versicherten Kölner:innen der vier großen Krankenkassen DAK-Gesundheit, BARMER, pronova BKK und AOK Rheinland/Hamburg. Zum Zeitpunkt der Studiendurchführung standen pseudonymisierte⁷ Daten der Jahre 2013 bis 2017 zur Verfügung. CoRe-Dat umfasst Angaben von 500.000 gesetzlich versicherten Kölner:innen – fast der Hälfte der Stadtbevölkerung. In diesem Bericht werden jedoch nicht die reinen Fallzahlen der Versicherten aus der CoRe-Dat Datenbank dargestellt. Vielmehr wurden die Ergebnisse auf alle gesetzlich versicherten Kölner:innen hochgerechnet (unter Berücksichtigung

von Alters- und Geschlechtsstruktur, für das Jahr 2017). Die dargestellten Zahlen stellen somit Schätzungen für alle gesetzlich krankenversicherten Kölner:innen dar.

Bei der Auswertung der Krankenkassendaten wurden zwei Gruppen betrachtet. In beiden Fällen wurden Versicherte ab 18 Jahre eingeschlossen. Im ersten Schritt wurde die Verbreitung der KHK (Box 1) allein und in Kombination mit einer psychischen Störung (Box 2) für Köln untersucht⁸. Dafür wurden alle im Jahr 2016 durchgängig oder bis zu ihrem Versterben im Jahr 2016 durchgängig versicherten Kölner:innen einbezogen (Gruppe 1). Dies umfasst eine Gruppe von 785.140 Versicherten (hochgerechnet auf alle gesetzlich Krankenversicherten in der Stadt).

⁶ Mehr Informationen zur Datenbank CoRe-Dat: www.core-net.uni-koeln.de/datenbank

⁷ Pseudonymisierung bedeutet, dass personenbezogenen Daten (z. B. Name und Vorname, Versicherungsnummer) durch mehrstellige Buchstaben- und Zahlenkombinationen ersetzt werden.

⁸ Definition KHK: Eine dokumentierte stationäre Hauptdiagnose *oder* zwei ambulante gesicherte Diagnosen *oder* eine ambulant gesicherte Diagnose und eine Herzkatheteruntersuchung; Definition psych. Störung: Eine dokumentierte stationäre Hauptdiagnose *oder* eine ambulante gesicherte Diagnose.

Box 2: Psychische Störungen

Unter psychische Störungen werden hier alle Erkrankungen gefasst, die nach ICD-10 in die Gruppe der „Psychischen und Verhaltensstörungen“ (ICD-10: F00-F99) fallen. Folgende Untergruppen werden dabei differenziert:

1. Die *affektiven Störungen* (ICD-10: F30-F39) umfassen Krankheitsbilder, die durch eine Veränderung der Stimmung gekennzeichnet sind. In der Hochphase sind die Patient:innen übermäßig gut gelaunt und extrem aktiv, aber auch sprunghaft und schnell reizbar (Manie) (11). In der extremen Tiefphase fühlen sich die Patienten niedergeschlagen, antriebslos und wertlos. Negative Gedanken bestimmen den Alltag (Depression) (12, 13). Es wird zwischen unipolaren und bipolaren Störungen unterschieden. Bei unipolaren Störungen schwankt die Stimmung in nur eine Richtung. Da die Manie selten alleine auftritt, werden als unipolare Störung alle depressiven Störungen gefasst. Bei bipolaren Störungen wechseln sich manische und depressive Phasen ab.

2. Unter die *neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen* (ICD-10: F40-F48) fallen Angst- und Zwangsstörungen, körperliche Beschwerden ohne organische Ursache (somatoforme Störungen) und Anpassungsstörung wie beispielsweise posttraumatische Belastungsstörungen. Ebenfalls werden Beeinträchtigungen der Identität, der Erinnerung, des Empfindens oder der Bewegung (dissoziative Störungen) als Reaktion auf traumatische Ereignisse darunter gefasst.

3. Zu den *organischen/symptomatischen psychischen Störungen* (ICD-10: F00-F09) werden Krankheiten gezählt, die mit einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns einhergehen. Darunter fällt beispielsweise die Demenz.

4. Die Gruppe der *psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* (ICD-10: F10-F19) hat gemein, dass die psychischen Störungen durch den Konsum von abhängigkeiterzeugenden Substanzen wie Alkohol, Opioiden oder Beruhigungsmitteln verursacht werden.

5. Unter die Kategorie *Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen* (F50-F59) fallen alle krankhaft auffälligen Verhaltensmuster, die eine körperliche Störung verursachen wie z. B. jegliche Essstörungen.

6. In die Gruppe der *anderen psychischen Störungen* werden in diesem Bericht alle psychischen Störungen zusammengefasst, die in der Population der Versicherten mit koronarer Herzerkrankung selten auftreten. Darunter fallen: Schizophrenie (ICD-10: F20-F29), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10: F60-F69), Intelligenzstörungen (ICD-10: F70-F79), Entwicklungsstörungen (ICD-10: F80-F89), Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ICD-10: F90-F98) sowie nicht näher bezeichnete psychische Störungen (ICD-10: F99).

In Gruppe 2 wurden alle Kölner:innen untersucht, die 1.) zwischen 2013 und 2014 durchgängig bei einer der Krankenkassen versichert waren, 2.) zwischen 2015 und 2017 durchgängig oder durchgängig bis zum Tod versichert waren und 3.) im Jahr 2015 wegen einer KHK im Krankenhaus behandelt wurden. Erfasst wurden psychische Erkrankungen im Jahr vor dem Krankenhausaufenthalt sowie Erstdiagnosen

während des Aufenthalts und in den 6 Monaten danach. Außerdem wurden die psychologischen Untersuchungen und Behandlungen während des Krankenhausaufenthaltes im Jahr 2015 betrachtet.

Ein besonderer Fokus lag auf den affektiven Störungen und den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (Box 2). Alle Kölner:innen mit ei-

nem Krankenhausaufenthalt wegen einer KHK wurden anhand des Auftretens der genannten psychischen Störungen⁹ einer von drei Untergruppen zugeordnet (Abbildung 1). Die erste Untergruppe umfasste alle Versicherten, bei denen bereits ein Jahr vor dem Krankenhausaufenthalt eine entsprechende psychische Störung diagnostiziert wurde. In die zweite Untergruppe wurden alle Versicherten eingeschlossen, die während des Krankenhausaufenthaltes oder in den sechs Folgemonaten die Diagnose einer psychischen Störung neu gestellt bekommen

haben. In den zwei Jahren vor dem Krankenhausaufenthalt lag bei diesen Versicherten keine dokumentierte psychische Störung vor. Die dritte Untergruppe schließt alle Versicherten ein, bei denen sowohl während des Krankenhausaufenthaltes als auch in den zwei Jahren zuvor keine entsprechende Diagnose einer psychischen Störung dokumentiert wurde. Ausgehend von einem Krankenhausaufenthalt wegen einer KHK wurde die medizinische Versorgung zwei Jahre zuvor und zwei Jahre danach betrachtet.

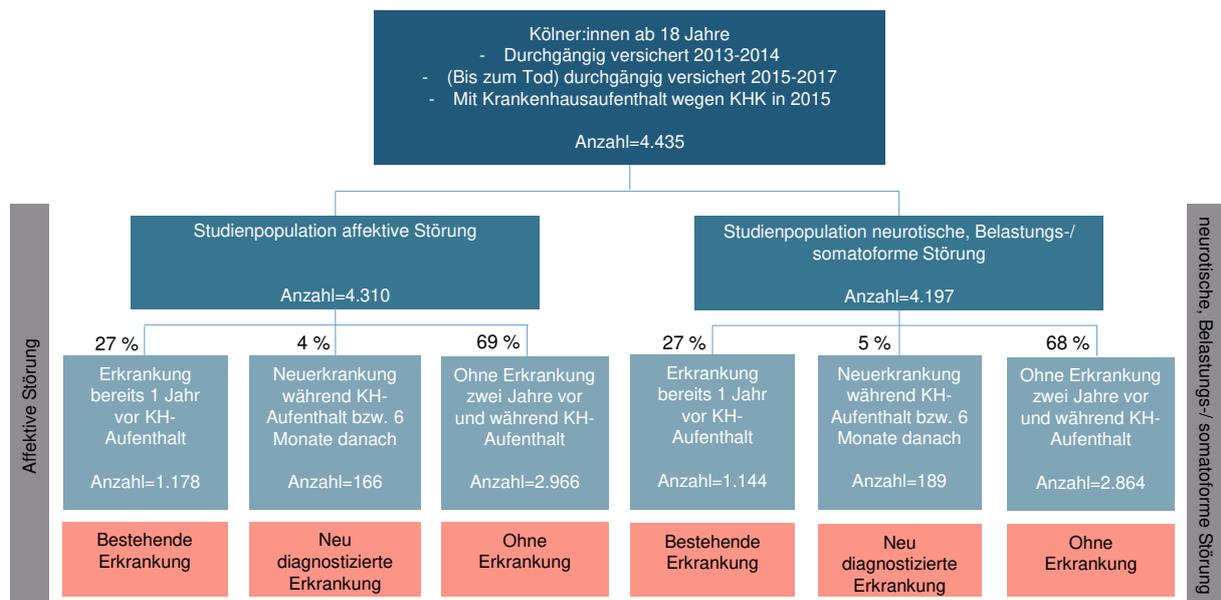


Abbildung 1: Kölner Versicherte mit Krankenhausaufenthalt (KH-Aufenthalt) wegen einer KHK im Jahr 2015. Differenzierung in verschiedene Gruppen hinsichtlich einer affektiven Störung oder neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störung. Die Ergebnisse wurden (unter Berücksichtigung von Alters- und Geschlechtsstruktur, für das Jahr 2017) auf alle gesetzlich Versicherten in Köln hochgerechnet.

2.2. Grundlegende Daten zur Studienpopulation

Neben der Beschreibung der Verbreitung koronarer Herzerkrankungen allein und in Kombination mit einer psychischen Begleiterkrankung, beziehen sich die Hauptergebnisse dieses Berichts auf die befragten Kölner:innen sowie die Versicherten mit einem KHK-bedingten Krankenhausaufenthalt im Jahr 2015 (Gruppe 2 Auswertung Krankenkassendaten). Die Alters- und Geschlechtsstruktur der beiden Stichproben wird im Folgenden kurz beschrieben.

In die Befragung wurden 364 erwachsene Kölner:innen mit einer KHK eingeschlossen (Tabelle 1) (7). Mehr als zwei Drittel der Befragten waren männlich (70,9 %). Auch unter den Kölner Krankenversicherten, die wegen einer KHK im Jahr 2015 im Krankenhaus waren, war der größere Anteil männlich (62,2 %). Die Hälfte dieser Versicherten war 70 Jahre oder älter. Im Gegensatz dazu waren die befragten Kölner:innen mit einer KHK etwas jünger, 38 % waren 70 Jahre und älter.

⁹ Definiert als eine dokumentierte stationäre Haupt- oder Nebendiagnose oder ambulant gesicherte Diagnose.

Tabelle 1: Eigenschaften der untersuchten Studienpopulationen. A: Befragung von Kölner:innen mit KHK (Primärerhebung) (7), B: Kölner Krankenversicherte mit Krankenhausaufenthalt wegen einer KHK im Jahr 2015 (Krankenkassendaten).

	A. Befragung von Kölner:innen mit KHK	B. Kölner Versicherte mit Krankenhausaufenthalt wegen KHK*
Population:	364 Personen (100 %)	4.435 Personen (100 %)
Geschlecht:		
Männer	258 Personen (70,9 %)	2.759 Personen (62,2 %)
Frauen	106 Personen (29,1 %)	1.675 Personen (37,8 %)
Altersgruppen:		
18-34 Jahre	0 Personen	18 Personen (0,4 %)
35-49 Jahre	24 Personen (6,6 %)	308 Personen (6,9 %)
50-59 Jahre	89 Personen (24,5 %)	813 Personen (18,3 %)
60-69 Jahre	111 Personen (30,5 %)	1.060 Personen (23,9 %)
70-79 Jahre	90 Personen (24,7 %)	1.293 Personen (29,1 %)
80-95 Jahre	50 Personen (13,7 %)	943 Personen (21,3 %)

*Die Ergebnisse wurden (unter Berücksichtigung von Alters- und Geschlechtsstruktur, für das Jahr 2017) auf aller Kölner gesetzlich Versicherten hochgerechnet.

Sowohl die untersuchten Krankenversichertendaten als auch die befragten Kölner:innen mit KHK wurden anhand einer *vorliegenden psychischen Störung* unterschieden. Bei der Befragung zeigte sich, dass mehr Frauen mit KHK eine psychische Störung aufwiesen als Männer (Frauen 40 % vs. Männer 23 %) (7). Auch die Krankenkassendaten zeigten bei Frauen häufiger eine bereits bestehende psychische Störung (Abbildung 2). Dahingegen wurden psychische Störungen bei beiden Geschlechtern fast gleich häufig neu diagnostiziert. Größere Unterschiede in

der Altersstruktur wurden nur zwischen den befragten Kölner:innen der Gruppen mit und ohne psychischer Störung erkennbar. Die Befragten mit KHK und psychischer Störung sind deutlich jünger als die Befragten ohne psychische Störungen: Von den befragten Kölner:innen mit KHK und psychischer Störung waren zum Zeitpunkt der Befragung 68 % zwischen 50 und 69 Jahre alt und 24 % waren 70 Jahre und älter. Im Vergleich dazu waren von den Befragten ohne psychische Störung 50 % zwischen 50 und 69 Jahre alt und 44 % waren 70 Jahre und älter (7).

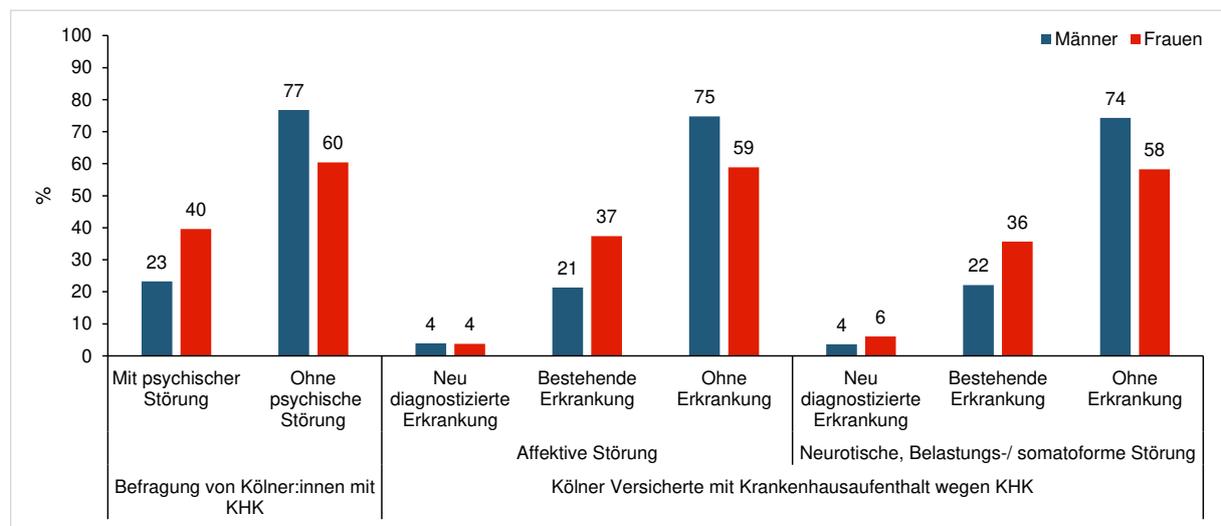


Abbildung 2: Geschlechtsstruktur der befragten Kölner:innen mit KHK (7) und von Kölner Versicherten, deren Krankenkassendaten ausgewertet wurden, gruppiert nach psychischer Störung. Pro Population (z. B. „Befragung von Kölner:innen mit KHK“) summiert sich der Anteil an Frauen bzw. der Anteil an Männern jeweils zu 100 % auf. Die Ergebnisse der Krankenkassendaten wurden (unter Berücksichtigung von Alters- und Geschlechtsstruktur, für das Jahr 2017) auf aller Kölner gesetzlich Versicherten hochgerechnet.

3. Koronare Herzerkrankung und psychische Störungen in der Kölner Bevölkerung

Dieses Kapitel beginnt mit der Beschreibung der Verbreitung koronarer Herzerkrankungen in Köln. Ein besonderer Fokus liegt im Anschluss auf der Betrachtung der Häufigkeit psychischer Begleiterkrankungen bei Patient:innen mit einer KHK. Im zweiten

und dritten Unterkapitel wird näher auf die Aufdeckung und die medizinische Versorgung bei psychischen Begleiterkrankungen eingegangen.

3.1. Häufigkeit der koronaren Herzerkrankung und psychischen Störungen

Im Jahr 2016 hatten in Köln 7 % der volljährigen gesetzlich Krankenversicherten eine KHK. Männer waren dabei häufiger betroffen als Frauen (9 % der Männer vs. 6 % der Frauen). Mit dem Alter stieg dabei die Erkrankungshäufigkeit (Abbildung 3).

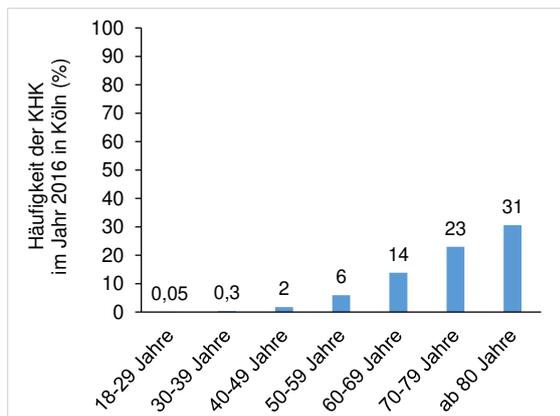


Abbildung 3. Häufigkeit der koronaren Herzerkrankung unter allen gesetzlich krankenversicherten Kölner:innen, differenziert nach Altersgruppen. Ergebnisse der Auswertung der Krankenkassendaten. Die Ergebnisse wurden (unter Berücksichtigung von Alters- und Geschlechtsstruktur, für das Jahr 2017) auf alle gesetzlich Krankenversicherten in Köln hochgerechnet.

Psychische Störungen unter Patient:innen mit KHK sind keine Seltenheit. Etwas mehr als die Hälfte der Kölner Versicherten (58 %) war im Jahr 2016 neben der KHK an mindestens einer psychischen Störung erkrankt (ICD-10: F00-F99, Box 2 unter Methodik). Am häufigsten traten dabei affektive Störungen oder neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen auf (Abbildung 4). Hinter der Diagnose affektive Störung verbarg sich bei fast allen Kölner Versicherten eine depressive Störung (99 %). Von allen Versicherten mit KHK und der Diagnose einer neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störung litt der größte Anteil (57 %) an körperlichen Beschwerden ohne organische Ursache. Erkrankungen wie Angststörungen (37 %) und Anpassungsstörungen (28 %) traten am zweit- bzw. dritthäufigsten in dieser Gruppe auf. Dabei war die Hälfte aller diagnostizierten Anpassungsstörungen auf eine posttraumatische Belastungsstörung zurückzuführen (2.111 Personen).

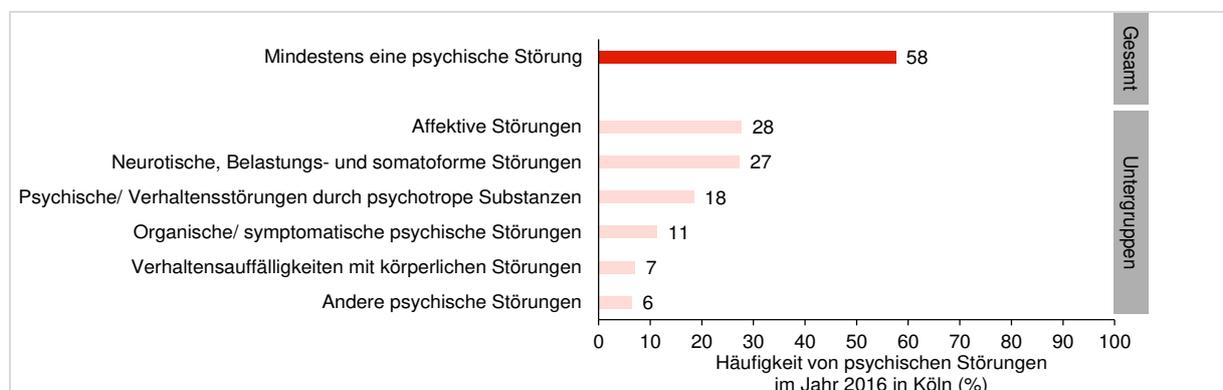


Abbildung 4. Häufigkeit von psychischen Störungen (gesamt und differenziert nach Untergruppen) bei Kölner Versicherten mit einer koronaren Herzerkrankung im Jahr 2016. Mehrfachnennungen möglich. Ergebnisse der Auswertung der Krankenkassendaten. Die Ergebnisse wurden (unter Berücksichtigung von Alters- und Geschlechtsstruktur, für das Jahr 2017) auf alle gesetzlich Krankenversicherten in Köln hochgerechnet.

3.2. Aufdeckung und Kommunikation über psychische Begleiterkrankungen bei KHK

Um die Behandlung einer psychischen Störung im Zusammenhang mit einer KHK gewährleisten zu können, muss diese zunächst von den behandelnden Ärzt:innen als solche erkannt und diagnostiziert werden. Ein wichtiger Faktor für das Erkennen von psychischen Begleiterkrankungen ist die Kommunikation zwischen Ärzt:innen und Patient:innen. Die vorliegenden Studiendaten bieten Informationen über psychische Störungen bei Kölner:innen mit einer KHK und ob diese bereits von Ärzt:innen entdeckt und behandelt wurden. Dies wird zusammen mit der Kommunikation zwischen Ärzt:innen und Patient:innen im folgenden Kapitel beschrieben.

Erkennen psychischer Störungen



Bei 28 % der Kölner:innen (102 Personen), die sich wegen einer KHK in Behandlung befanden, wurde aufgrund der im MenDis-CHD Projekt durchgeführten Befragung inkl. Untersuchung (s. Kapitel 2.1) eine psychische Störung festgestellt. Dabei gab der HADS-Fragebogen (Box 3) bei den Kölner:innen mit KHK und psychischer Störung bei

53,9 % Hinweise auf eine Depression und bei 66,7 % Hinweise auf eine Angststörung (Abbildung 5). Bei 8 % der Kölner:innen, die auf Basis des klinischen Interviews (SKID) final in die Gruppe ohne psychische Störung eingeteilt wurden, zeigte der HADS-Fragebogen auffällige Ergebnisse. Bei 6,9 % der Patient:innen mit KHK und ohne psychische Störung gab es Hinweise auf eine Angststörung und bei 2,7 % ein Verdacht auf eine Depression, die sich in der weiteren Untersuchung nicht bestätigten (Abbildung 5) (7).

Jedoch wies nur knapp die Hälfte (49 %, 50 Personen) der befragten Kölner:innen mit psychischer Störung eine entsprechende ärztliche Diagnose auf (7). Somit scheinen bei etwas mehr als der Hälfte der Kölner:innen mit einer KHK die psychischen Begleiterkrankungen im Versorgungsalltag unentdeckt und unbehandelt zu bleiben. Eine falsch diagnostizierte psychische Störung ist deutlich seltener. Unter allen Befragten ohne einen Hinweis auf eine psychische Störung (262 Personen) aufgrund der hier durchgeführten Untersuchung lag bei 3 % (7 Personen) eine ärztlich diagnostizierte psychische Störung vor (7).

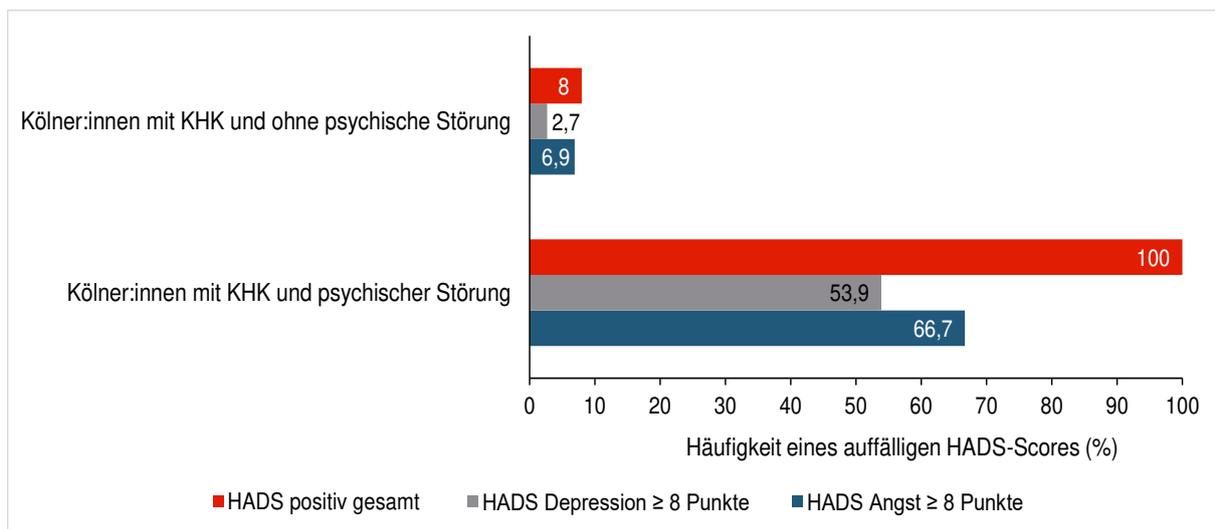
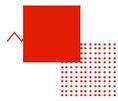


Abbildung 5. HADS-Ergebnisse der befragten Kölner:innen mit KHK, gesamt und differenziert nach Subskalen, sowie differenziert nach Gruppenzuordnung (mit/ohne psychische Störung). Ergebnisse der Patient:innenbefragung (7).

Box 3: Hospital Anxiety and Depression Scale

Bei der „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HADS) handelt es sich um ein schnelles Verfahren, um Angst- und depressive Störungen bei Patient:innen mit einer körperlichen Erkrankung zu ermitteln. Entwickelt wurde das Instrument für den nicht-psychiatrischen Bereich, wie z. B. für Allgemeinmediziner:innen und Internist:innen. Das Instrument kann bei Personen ab 15 Jahren sowohl zum Screening als auch zur Beurteilung des Krankheitsverlaufs eingesetzt werden. Der Fragebogen umfasst insgesamt 14 Fragen und wird von den Patient:innen ausgefüllt. Jeweils sieben Fragen thematisieren den Bereich Angst und den Bereich Depression. Die Antwortmöglichkeiten sind vierstufig (Skala von 0 bis 3). Es erfolgt eine separate Auswertung für die Bereiche Angst und Depression. Aufsummiert können die Subskalen (Angst oder Depression) Werte von 0 bis 21 annehmen, wobei maximal eine Frage pro Subskala unbeantwortet bleiben darf. Punktwerte von 0 bis 7 werden als negativ (unauffällig) gewertet, Werte von 8 bis 10 als grenzwertig eingestuft. Ab Punktwerten von 11 wird von einer schweren und ab 15 Punkten von einer sehr schweren Symptomatik ausgegangen (14, 15). Im MenDis-CHD I Projekt wurden alle Patient:innen mit einer Subskala von ≥ 8 als psychisch auffällig eingestuft und mittels klinischem Interview (SKID) weiter untersucht (6).



Unter den Kölner Krankenversicher- ten, die im Jahr 2015 wegen einer KHK im Krankenhaus behandelt wurden, wies bereits etwas mehr als die Hälfte (56 %) ein Jahr vor dem Krankenhausaufenthalt eine psychische Störung auf. Dabei lag am häufigsten eine affektive Störung (47 % aller psychischen Störungen) oder eine neurotische Belastungs- oder somatoforme Störung vor (46 % aller psychischen Störungen). Während des Krankenhausaufenthalts oder in den 6 Monaten nach dem Krankenhausaufenthalt wurde bei 7 % der Kölner Kranken-

versicherten erstmalig eine psychische Störung diagnostiziert. Im Krankenhaus wurden am häufigsten organische und symptomatische psychische Störungen festgestellt (Abbildung 6). Insgesamt steht unter den neu diagnostizierten psychischen Störungen jedoch die Diagnose psychische oder Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen an erster Stelle. Diese Diagnose wurde jedoch häufiger in den 6 Monaten nach Krankenhausaufenthalt erstmalig diagnostiziert als während des Krankenhausaufenthalts. Dies trifft auch auf die restlichen psychischen Störungen zu (Abbildung 6).

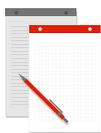


Abbildung 6: Anteil an Kölner Krankenversicher- ten mit KHK bedingtem Krankenhausaufenthalt im Jahr 2015 und Erstdiagnose einer psychischen Störung im Krankenhaus oder den 6 Monaten nach dem Krankenhausaufenthalt. Mehrfachnennung möglich. Ergebnisse der Auswertung der Krankenkassendaten. Die Ergebnisse wurden (unter Berücksichtigung von Alters- und Geschlechtsstruktur, für das Jahr 2017) auf alle Kölner gesetzlich Versicherten hochgerechnet.



Im Einklang mit der geringen Anzahl an neu diagnostizierten psychischen Störungen während des Krankenhausaufenthaltes steht die geringe Anzahl an entsprechenden Untersuchungen. Bildgebende Verfahren wie Computertomographie (CT) oder Magnetresonanztomographie (MRT) des Kopfes können im Rahmen der Untersuchung auf psychische Störungen herangezogen werden. Insgesamt wurde bei gut 3 % der Kölner Krankenversicherten, die wegen einer KHK im Krankenhaus waren, ein Kopf-CT durchgeführt. Ein Kopf-MRT erhielten unter 1 %. Ebenso fanden weitere psychologische Untersuchungen¹⁰ im Krankenhaus kaum statt (0,04 %). Psychotherapeutische Leistungen¹¹ erhielten während des Krankenhausaufenthalts hingegen knapp 5 %.

Kommunikation über psychische Begleiterkrankungen



Die Ergebnisse der Befragung von Kölner:innen mit KHK zeigen, dass etwas weniger als die Hälfte (44,2 %) ihre Fragen zu psychischen Problemen an ihre behandelnden Ärzt:innen, wie z. B. Hausärzt:innen oder Kardiolog:innen, richteten. Dabei redeten fast zwei Drittel (60,8 %) der Befragten mit psychischer Störung mit ihren Ärzt:innen über psychosoziale Probleme. Dies taten 37,8 % unter den Personen ohne psychische Störungen (7). Die Gruppe der Kölner:innen mit in der Befragung aufgedeckten psychischen Störungen kann nochmals unterschieden werden in eine Gruppe mit bereits ärztlich dokumentierter psychischer Störung und

ohne ärztliche Diagnose. Auch hier zeigten sich Unterschiede im Kommunikationsverhalten. Die Befragten mit ärztlich dokumentierter psychischer Störung sprachen etwas häufiger mit ihren Ärzt:innen über psychosoziale Aspekte als diejenigen, deren psychische Störung zum Zeitpunkt der Befragung ärztlich nicht diagnostiziert war (Abbildung 7) (7).

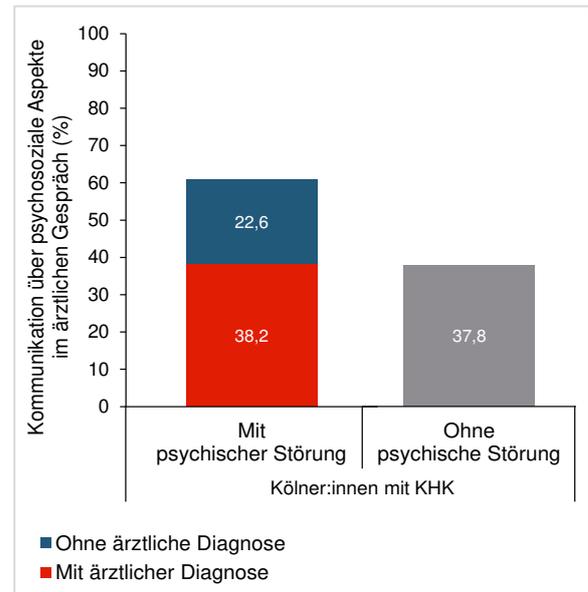


Abbildung 7. Kommunikation über psychosoziale Aspekte im ärztlichen Gespräch. Differenzierung der befragten Kölner:innen mit KHK nach Gruppenzuordnung - mit bzw. ohne psychische Störung. Ergebnisse der Patient:innenbefragung (7).

In Bezug auf die Häufigkeit von ärztlichen Gesprächen über psychosoziale Probleme gaben sowohl Kölner:innen mit als auch ohne psychische Störungen an, dass sie am ehesten „manchmal“ mit ihren Ärzt:innen über diese Themen sprechen (Abbildung 8) (7).

¹⁰ Nach Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 1-90: „Psychosomatische, psychotherapeutische, (neuro-)psychologische, psychosoziale und testpsychologische Untersuchung“

¹¹ Nach OPS: 9-40, 9-41, 9-60 bis 9-64, 9-70

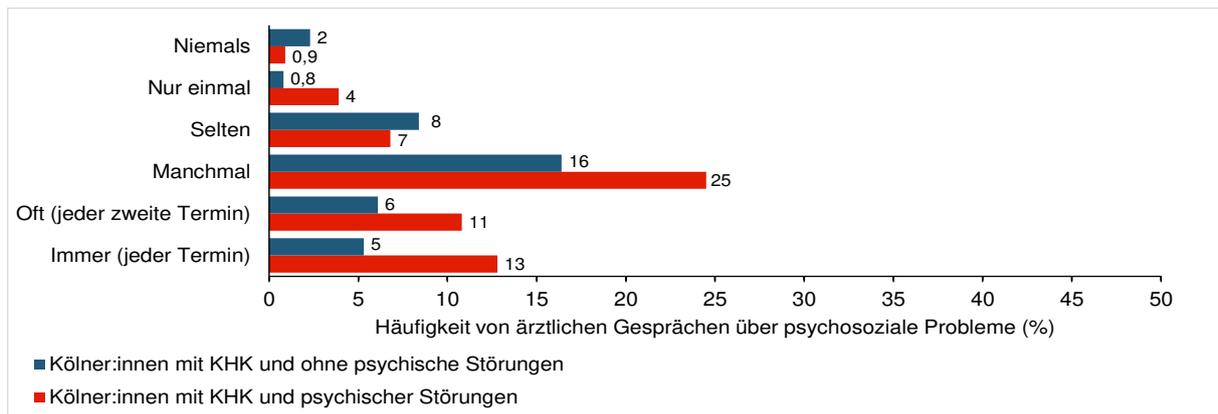


Abbildung 8. Häufigkeit, mit der die befragten Kölner:innen mit Ärzt:innen über psychosoziale Probleme sprechen. Ergebnisse der Patient:innenbefragung (7).



Dass sie aktiv von ihren Ärzt:innen auf Themen der psychosozialen Gesundheit angesprochen wurden, wurde von 42,2 % der Kölner:innen

mit psychischen Störungen und 26,3 % der Kölner:innen ohne psychische Störungen berichtet. Insgesamt werden somit fast ein Drittel (31,3 %) der Befragten von ihren Ärzt:innen hinsichtlich psychosozialer Probleme angesprochen. Als angemessen wurde dies von knapp einem Drittel (30,5 %) bewertet. Kölner:innen mit psychischer Störung hielten die Ansprache durch Ärzt:innen jedoch etwas häufiger für

angemessen (42,2 %) als diejenigen ohne psychische Störung (27,5 %). Über ihre psychische Störung Bescheid wussten 40 % der Befragten mit psychischer Störung (41 Personen). Jedoch erhielten nur 28 % eine Erklärung, was die psychische Störung für ihre weitere Behandlung bedeutet (28 Personen) (7). Somit decken sich die Zahlen nicht mit der Anzahl an Befragten mit psychischer Störung, bei denen die psychische Störung durch Ärzt:innen bereits erkannt wurde (50 Personen).

3.3. Versorgung von Kölner:innen mit KHK und psychischen Begleiterkrankungen

Auf Basis der Studienergebnisse können Aussagen über die Versorgung von Patient:innen mit KHK und psychischen Begleiterkrankungen gemacht werden. Im Folgenden wird zunächst auf die Erfahrung und Zufriedenheit von Patient:innen mit der Versorgung eingegangen. Die Qualität und Patient:innenorientiertheit der Versorgung wurde mit dem Fragebogen „Patient Assessment of Chronic Illness Care“ (PACIC) erhoben (Box 4). Im nächsten Schritt wird die Behandlung von Kölner:innen mit KHK und (neu) diagnostizierten psychischen Störungen beschrieben.

Erfahrungen und Zufriedenheit aus der Perspektive der Patient:innen mit der Versorgung



Die befragten Kölner:innen mit KHK sind generell mit der medizinischen Versorgung und der Organisation ihrer Behandlung zufrieden (Abbildung

9). Des Weiteren wurde den meisten eine Kopie ihres Behandlungsplans ausgehändigt und sie wurden nach ihren gesundheitsrelevanten Gewohnheiten gefragt. Trotz der allgemeinen Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung haben sich einige Punkte als verbesserungswürdig herausgestellt. Am niedrigsten wurden Aspekte der psychologischen oder auch nicht-medizinischen Unterstützung im Rahmen der ärztlichen Versorgung bewertet. Dazu gehört beispielsweise die Ermutigung der Patient:innen Selbsthilfegruppen zu finden, um mit der chronischen Erkrankung besser umzugehen. Zudem fühlten sich die Patient:innen nicht ausreichend darüber aufgeklärt, wie sie in schwierigen Situationen mit ihrer Erkrankung umgehen können. Ebenso wenig wurden die Patient:innen von Ärzt:innen unterstützt einen Behandlungsplan für ihren Alltag zu entwerfen (7).

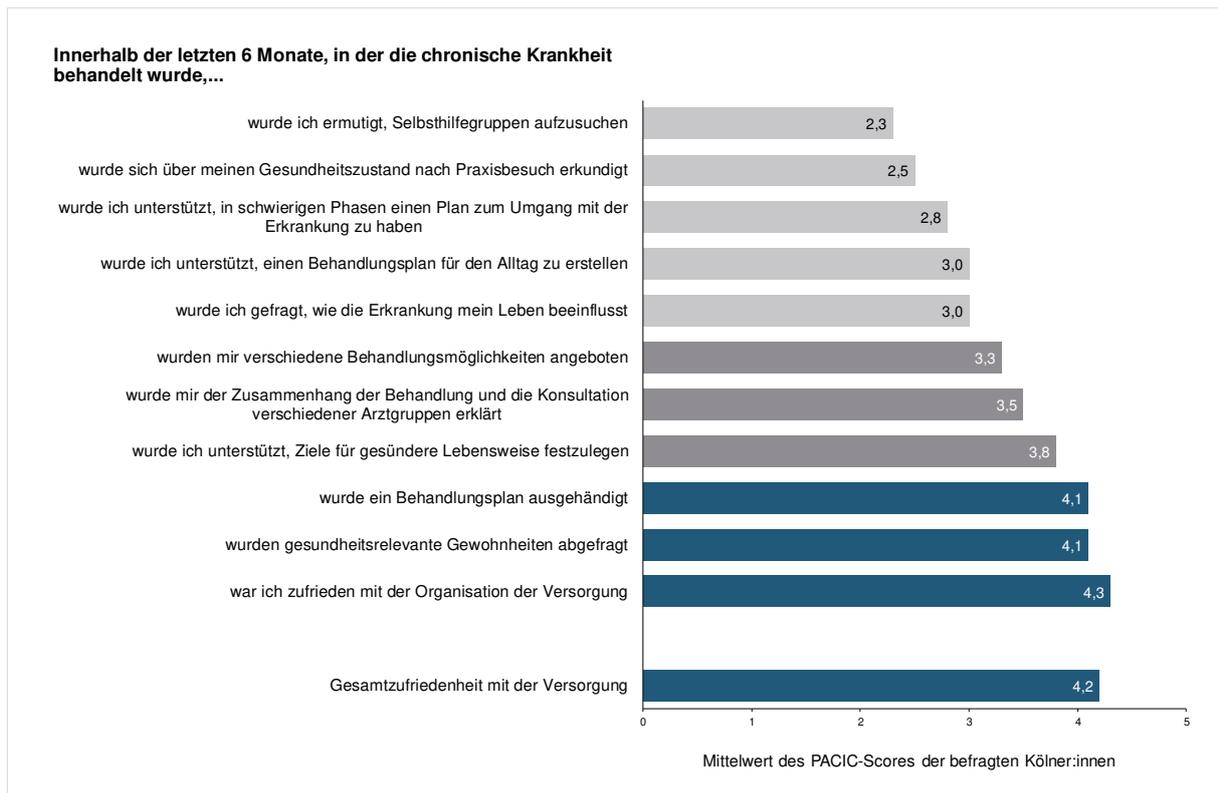


Abbildung 9. Bewertung der medizinischen Versorgung der befragten Kölner:innen mit KHK. PACIC: Patient Assessment of Chronic Illness Care (Box 4). Ergebnisse der Patient:innenbefragung (7).



Die Kölner:innen mit KHK und psychischer Störung (102 Personen) bewerteten ihre Versorgungssituation in vier Punkten (geringfügig) schlechter im Vergleich zu den Befragten ohne psychische Störung (262 Personen). Die Befragten mit aufgedeckter psychischer Störung gaben an, dass sie im Durchschnitt seltener mehr als eine Behandlungsoption zur Auswahl hatten (Mittelwertvergleich

PACIC-Score: 2,9 vs. 3,5). Sie erfuhren weniger ärztliche Unterstützung bei der Festlegung spezifischer Ziel zur Verbesserung des Ess- und Bewegungsverhaltens (Mittelwertvergleich: 3,6 vs. 3,9) und eine Kopie des Behandlungsplans wurde ihnen seltener ausgehändigt (Mittelwertvergleich 3,9 vs. 4,2). Hinsichtlich der Organisation ihrer Behandlung waren die Kölner:innen mit psychischer Störung auch etwas weniger zufrieden (Mittelwertvergleich 4,1 vs. 4,4).

Box 4: Bewertung der Versorgung bei chronischer Erkrankung (PACIC)

Um die Qualität und Patient:innenzentriertheit der Versorgung chronisch Kranker zu messen, kann der Fragebogen „Patient Assessment of Chronic Illness Care“ (PACIC) herangezogen werden (16). Im MenDis-CHD Projekt kam eine modifizierte Kurzform des PACIC zum Einsatz. Die PACIC-Kurzform umfasst 11 Fragen. Es wurden Aspekte zur erhaltenen ärztlichen Hilfe und Unterstützung abgefragt. Im MenDis-CHD Projekt kam eine 5-stufige Antwortskala von „fast nie“ (Wert 1) bis „fast immer“ (Wert 5) zum Einsatz. Je höher der Wert, umso besser wurde die ärztliche Unterstützung bewertet. Zusätzlich wurde die Gesamtzufriedenheit abgefragt (7, 8).

Behandlung von Kölner:innen mit KHK und (neu) diagnostizierter psychischer Störung

Nach der Diagnose einer psychischen Störung folgt meist eine entsprechende Versorgung, wie beispiels-

weise eine ambulante oder stationäre psychotherapeutische Behandlung (z. B. Verhaltenstherapie, tiefenpsychologische oder analytische Psychotherapie) oder die Verordnung von Psychopharmaka (Box 5).

Box 5: Psychopharmaka

Psychopharmaka sind Arzneimittel, die die Psyche bzw. den Stoffwechsel im Gehirn beeinflussen. Sie werden zur Behandlung von psychischen Störungen eingesetzt. Die Verordnung von Arzneimitteln durch niedergelassene Haus- oder Fachärzt:innen kann über Krankenkassendaten analysiert werden. Dabei lassen sich die Psychopharmaka in folgende Gruppen einteilen:

- Antipsychotika: Medikamente, die Halluzinationen und Wahnzustände reduzieren. Sie werden vor allem zur Behandlung der Schizophrenie eingesetzt.
- Anxiolytika: Angst lösende Medikamente.
- Hypnotika (Schlafmittel) und Sedativa (Beruhigungsmittel).
- Antidepressiva: Medikamente zur Stimmungsaufhellung.
- Psychostimulanzien: Medikamente, die eine anregende Wirkung haben. Dadurch werden u. a. die Konzentrationsfähigkeit und die kognitive Leistungsfähigkeit gefördert.
- Antidementiva: Arzneimittel zur Behandlung der Demenz.



Bei den Kölner:innen, die im Jahr 2015 wegen einer KHK im Krankenhaus behandelt wurden, wurde bei 4 % eine affektive Störung neu diagnostiziert und bei 5 % eine neurotische, Belastungs- und somatoforme Störung erstmalig festgestellt. In den zwei Jahren (1 bis 730 Tage) nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zeigte sich bei dieser Gruppe eine Veränderung der psychotherapeutischen Versorgung. Im Vergleich zu den zwei Jahren vor dem Krankenhausaufenthalt stieg die Inanspruchnahme der ambulanten Psychotherapie in den zwei Jahren danach (Abbildung 10). Dies kann als Reaktion auf die neu diagnostizierte psychische Störung gewertet werden. Im ersten Jahr (1 bis 365 Tage) nach dem Krankenhausaufenthalt begannen 10 % der Kölner:innen mit neu diagnostizierter affektiver Störung eine ambulante Psychotherapie. Im

zweiten Jahr (366 bis 730 Tage) nach dem Krankenhausaufenthalt stieg der Anteil leicht auf 13 %. Kaum eine Veränderung bei der Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie zeigte sich bei den Kölner:innen, die bereits vor dem Krankenhausaufenthalt die Diagnose einer affektiven Störung hatten (Abbildung 10).

Ein ähnliches Muster wird in der Gruppe der Kölner:innen mit neu diagnostizierter neurotischer, Belastungs- und somatoformer Störung deutlich. Auch in dieser Gruppe nahm die Inanspruchnahme einer ambulanten Psychotherapie im ersten und zweiten Jahr nach dem Krankenhausaufenthalt zu. Im zweiten Jahr nach dem Krankenhausaufenthalt erhielten bereits 18 % eine ambulante Psychotherapie (Abbildung 11).

Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie

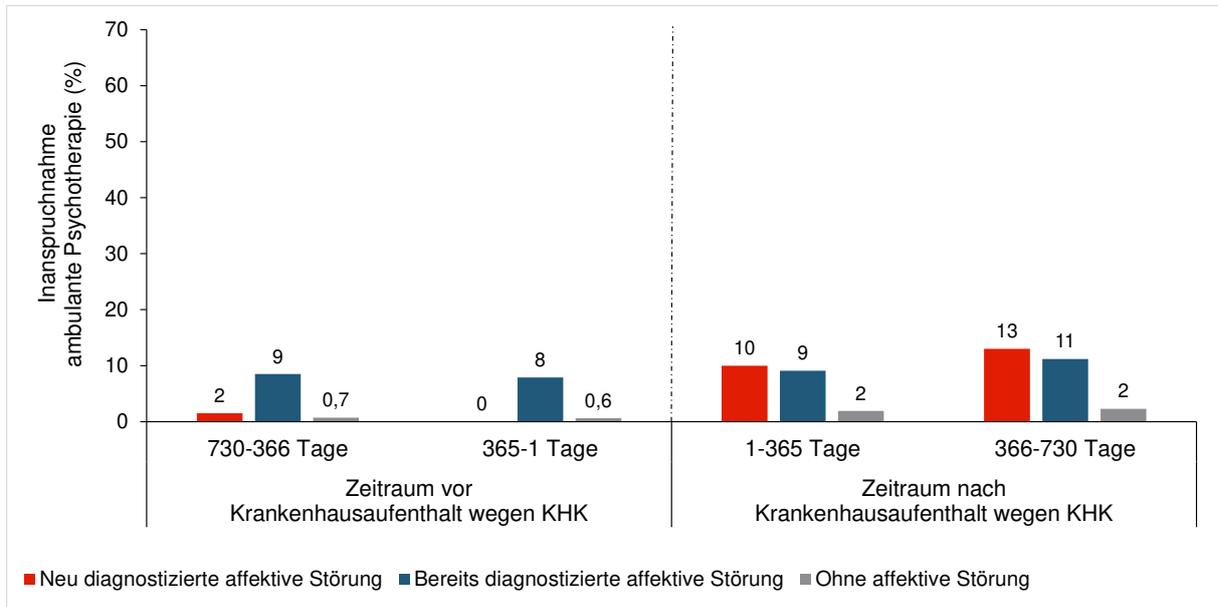


Abbildung 10: Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie in den zwei Jahren vor und nach dem Krankenhausaufenthalt wegen einer KHK im Jahr 2015. Differenzierung nach versicherten Kölner:innen 1) mit neu diagnostizierter affektiver Störung während oder in den 6 Monaten nach dem Krankenhausaufenthalt (rot), 2) mit bereits bestehender affektiver Störung (blau) und 3) ohne affektive Störung (grau). Ergebnisse der Auswertung der Krankenkassendaten. Die Ergebnisse wurden (unter Berücksichtigung von Alters- und Geschlechtsstruktur, für das Jahr 2017) auf aller Kölner gesetzlich Versicherten hochgerechnet.

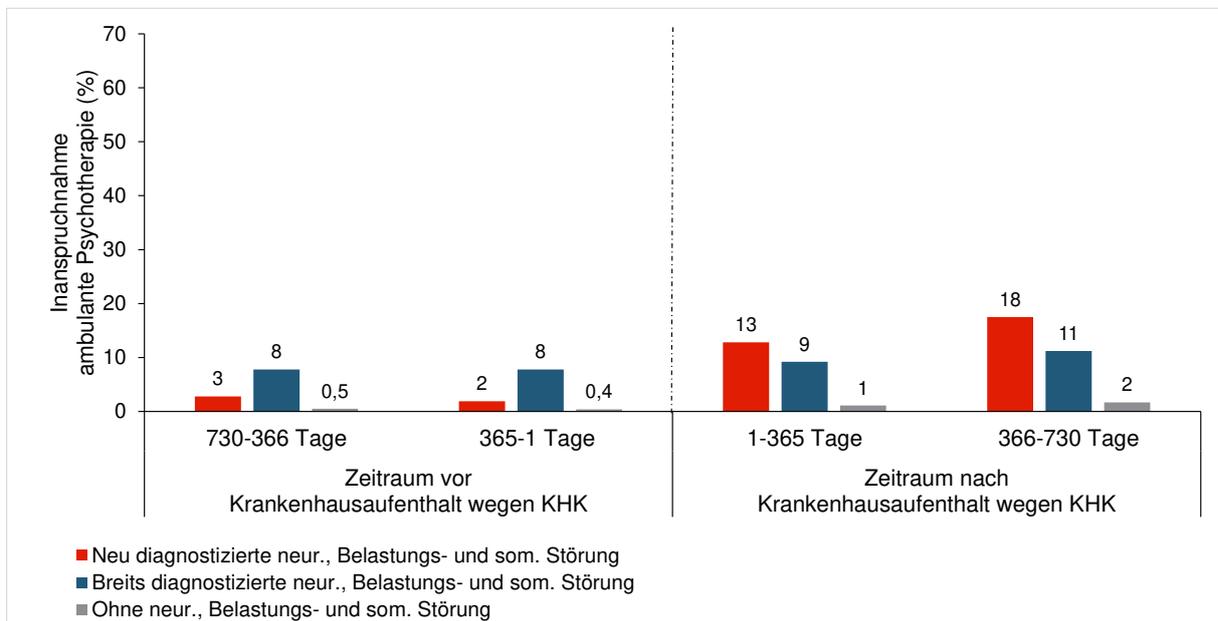


Abbildung 11: Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie in den zwei Jahren vor und nach dem Krankenhausaufenthalt wegen einer KHK im Jahr 2015. Differenzierung nach versicherten Kölner:innen 1) mit neu diagnostizierter neur., Belastungs- und som. Störung während oder in den 6 Monaten nach dem Krankenhausaufenthalt (rot), 2) mit bereits bestehender neur., Belastungs- und som. Störung (blau) und 3) ohne neur., Belastungs- und som. Störung (grau). Ergebnisse der Auswertung der Krankenkassendaten. Die Ergebnisse wurden (unter Berücksichtigung von Alters- und Geschlechtsstruktur, für das Jahr 2017) auf aller Kölner gesetzlich Versicherten hochgerechnet



Psychopharmaka wurden Kölner:innen mit KHK deutlich häufiger verordnet als eine ambulante Psychotherapie in Anspruch genommen wurde. Die Auswirkungen einer neu diagnostizierten psychischen Störung auf die Arzneimittelverordnungen zeigen sich wieder im Vorher-Nachher-Vergleich. Gut zwei Drittel (67 %) der Kölner:innen mit KHK und neu diagnostizierter affektiver Störung bekamen ein Jahr nach dem Krankenhausaufenthalt mindestens ein Psychopharmakon (Abbildung 12). Im Jahr vor dem Krankenhausaufenthalt waren es mit 44 % deutlich weniger¹². Im zweiten Jahr nach dem Krankenhausaufenthalt sank die Anzahl leicht (von 67 % auf 58 %). Im Vergleich zum Ausgangspunkt (ein Jahr vor dem Krankenhausaufenthalt) blieb der Anteil an verordneten Arzneimitteln somit erhöht (58 % vs. 44 %). Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei den Kölner:innen mit neu diagnostizierter neurotischer, Belastungs- und somatoformer Störung (Abbildung 13). Der Anteil mit mindestens einem verordneten Psychopharmakon verdoppelte sich im ersten Jahr nach dem Krankenhausaufenthalt im Vergleich zum Jahr vor dem Krankenhausaufenthalt (64 % vs. 30 %). Im zweiten Jahr nach dem Krankenhausaufenthalt sank die Anzahl an Verordnungen

leicht, blieb jedoch auch hier im Vergleich zum gesamten Vor-Krankenhaus-Zeitraum erhöht (54 % vs. 26-30 %).

Bei den Kölner Krankenversicherten, die bereits vor dem Krankenhausaufenthalt die Diagnose einer affektiven Störung aufwiesen, wurden bereits ein Jahr vor dem Krankenhausaufenthalt mehr Psychopharmaka verordnet als im zweiten Jahr davor (Abbildung 12). In den zwei Jahren nach dem Krankenhausaufenthalt sank der Anteil der Arzneimittelverordnungen wieder. Im zweiten Jahr nach dem Krankenhausaufenthalt bekamen wieder gleich viele Kölner:innen mit affektiver Störung ein Psychopharmakon verordnet, wie im zweiten Jahr vor dem Krankenhausaufenthalt. Ein ähnliches Muster mit geringerem Ausmaß ist auch bei Versicherten mit bereits diagnostizierter neurotischer, Belastungs- und somatoformer Störung zu erkennen (Abbildung 13). Ein Jahr vor dem Krankenhausaufenthalt bekamen mehr als die Hälfte (53 %) ein Psychopharmakon verordnet. Somit zeigt sich ein leichter Anstieg zum Vorjahr (45 % vs. 53 %). In den zwei Jahren nach dem Krankenhausaufenthalt sank der Anteil an Verordnungen fast wieder aufs Ausgangsniveau (2 Jahre danach: 47 % vs. 2 Jahre zuvor: 45 %).

¹² Zur Erinnerung: Bei den Kölner Versicherten mit KHK und neu diagnostizierter affektiver Störung wurde nur eine Diagnose der affektiven Störung in den zwei Jahren vor dem

Krankenhausaufenthalt ausgeschlossen. Andere psychische Störungen, die eine medikamentöse Behandlung erforderten, konnten vorliegen.

Verordnete Psychopharmaka

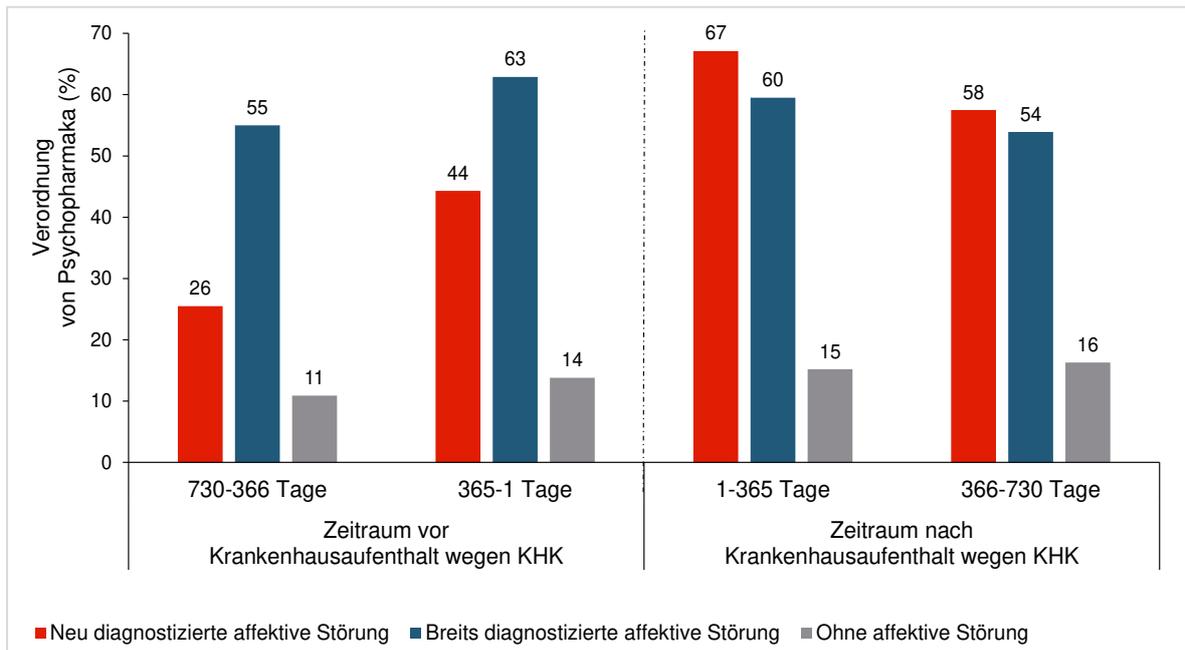


Abbildung 12: Verordnung von mindestens einem Psychopharmakon in den zwei Jahren vor und nach dem Krankenhausaufenthalt wegen einer KHK im Jahr 2015. Differenzierung nach versicherten Kölner:innen 1) mit neu diagnostizierter affektiver Störung während oder in den 6 Monaten nach dem Krankenhausaufenthalt (rot), 2) mit bereits bestehender affektiver Störung (blau) und 3) ohne affektive Störung (grau). Ergebnisse der Auswertung der Krankenkassendaten. Die Ergebnisse wurden (unter Berücksichtigung von Alters- und Geschlechtsstruktur, für das Jahr 2017) auf aller Kölner gesetzlich Versicherten hochgerechnet.

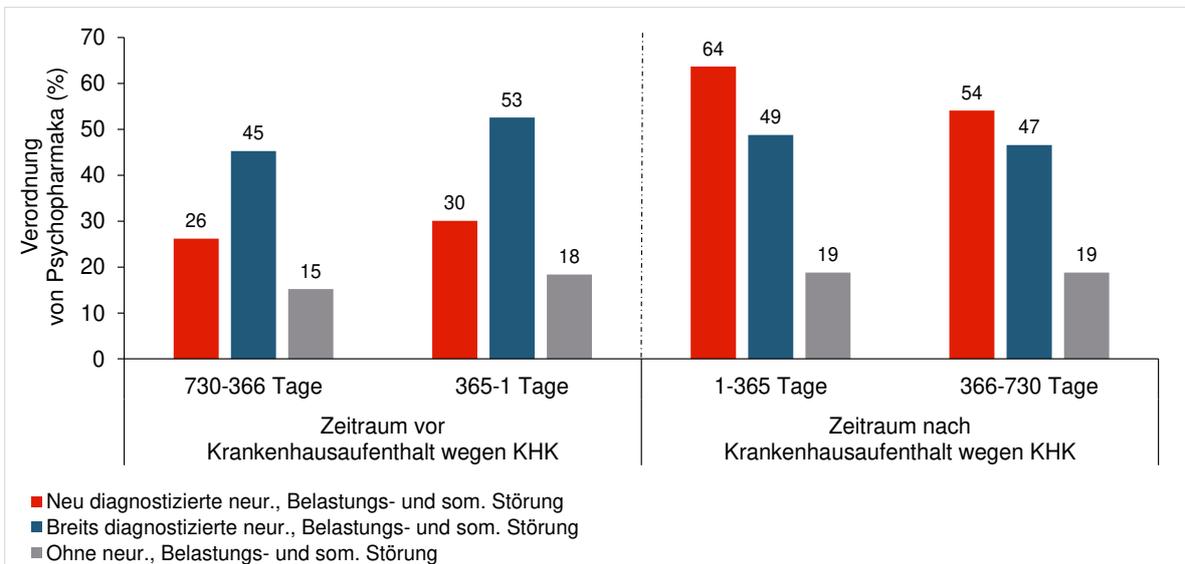


Abbildung 13: Verordnung von mindestens einem Psychopharmakon in den zwei Jahren vor und nach dem Krankenhausaufenthalt wegen einer KHK im Jahr 2015. Differenzierung nach versicherten Kölner:innen 1) mit neu diagnostizierter neur. Belastungs- und som. Störung während oder in den 6 Monaten nach dem Krankenhausaufenthalt (rot), 2) mit bereits bestehender neur. Belastungs- und som. Störung (blau) und 3) ohne neur. Belastungs- und som. Störung (grau). Die Ergebnisse wurden (unter Berücksichtigung von Alters- und Geschlechtsstruktur, für das Jahr 2017) auf aller Kölner gesetzlich Versicherten hochgerechnet.

Nun stellt sich die Frage, welche Psychopharmaka bei einer neu diagnostizierten psychischen Störung hauptsächlich verordnet werden. Ein Jahr nach dem Krankenhausaufenthalt nahm die Verordnung von Antidepressiva deutlich zu (Abbildung 14, Abbildung 15). Dies war sowohl unter den Kölner:innen mit neu diagnostizierter affektiver Störung (Anstieg um 29 %), als auch unter denen mit neu diagnostizierter neurotischer, Belastungs- und somatoformer Störung (Anstieg um 27 %) der Fall. Im ersten Jahr nach

dem Krankenhausaufenthalt stieg ebenfalls der Anteil an verordneten angstlösenden Medikamenten (Anxiolytika) und Schlaf-, sowie Beruhigungsmitteln (Hypnotika, Sedativa) in beiden Gruppen. Dabei wurden die angstlösenden Medikamente bei Kölner:innen mit neu diagnostizierter affektiver Störung etwas häufiger nach dem Krankenhausaufenthalt verordnet als bei einer neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störung.

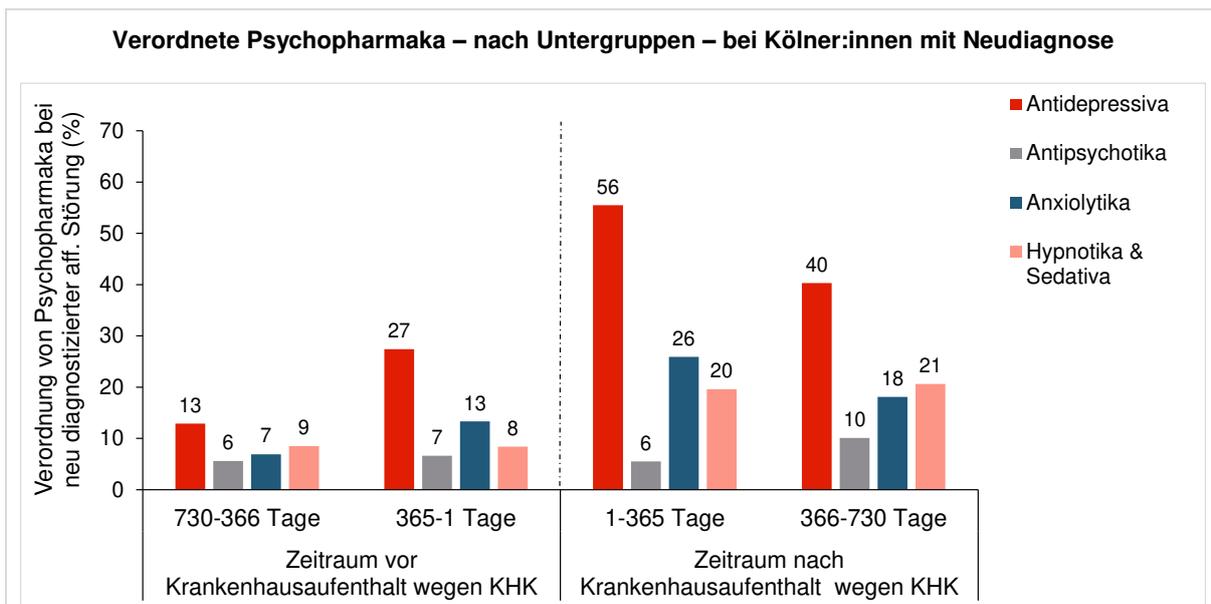


Abbildung 14: Neu diagnostizierte affektive Störung und verordnete Psychopharmaka in den zwei Jahren vor und nach dem Krankenhausaufenthalt wegen einer KHK im Jahr 2015. Die Ergebnisse wurden (unter Berücksichtigung von Alters- und Geschlechtsstruktur, für das Jahr 2017) auf aller Kölner gesetzlich Versicherten hochgerechnet.

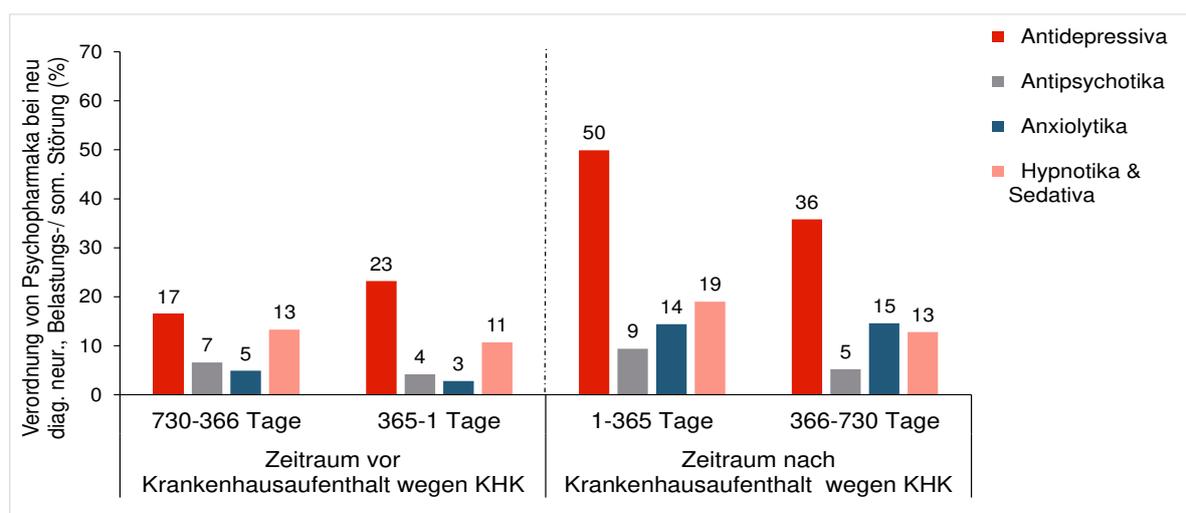


Abbildung 15: Neu diagnostizierte neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen und verordnete Psychopharmaka in den zwei Jahren vor und nach dem Krankenhausaufenthalt wegen einer KHK im Jahr 2015. Die Ergebnisse wurden (unter Berücksichtigung von Alters- und Geschlechtsstruktur, für das Jahr 2017) auf aller Kölner gesetzlich Versicherten hochgerechnet.

4. Handlungsempfehlungen

Die ausgewerteten Daten signalisieren einen Handlungsbedarf. Anhand der Ergebnisse in diesem Versorgungsbericht lassen sich Ansätze ableiten, um die Versorgung von Kölner:innen mit einer KHK und psychischen Begleiterkrankung zu verbessern. Von den Studienergebnissen ausgehend wurden die folgenden Handlungsempfehlungen mit Expert:innen aus den Bereichen Psychokardiologie und Psychotherapie sowie mit dem Beirat der CoRe-Net-Versorgungsberichte entwickelt. Die Handlungsempfehlungen sind als Grundlage für weitergehende Diskussionen und Entscheidungen zu verstehen, um eine Verbesserung der Versorgung anzustoßen.

Integration der Diagnostik psychischer Begleiterkrankungen in die kardiologische Versorgung

Auf Basis der Befragung inkl. Untersuchung von Kölner:innen mit KHK wurde bei 28 % eine psychische Störung (Fokus: Angststörungen und Depression) aufgedeckt. Jedoch lag nur bei knapp der Hälfte dieser Patient:innen eine ärztliche Diagnose vor, was auf eine Unterdiagnostik im klinischen Alltag hinweist. Dahingegen wurde auf Basis der Krankenkassendaten eine deutlich höhere Prävalenz von psychischen Störungen unter den Versicherten mit KHK ermittelt, sowohl insgesamt (58 %) als auch bei der Depression (ca. 28 %, s. Kapitel 3.1). Da die Auswertung der Krankenkassendaten allein auf Angaben der Diagnose-Codes beruht und keine Ergebnisse von diagnostischen Tests vorliegen, können falsch diagnostizierte psychische Störungen nicht ausgeschlossen werden. Die Befragungsdaten zeigen jedoch, dass die meisten ärztlich diagnostizierten psychischen Störungen durch klinische Tests bestätigt werden konnten. Der Anteil an falschen Diagnosen wird somit als gering eingeschätzt. Eine Unterschätzung der Fallzahlen kann angenommen werden. Die Auswertung der Krankenkassendaten konnte zudem zeigen, dass während eines KHK-bedingten Krankenhausaufenthaltes selten Untersuchungen auf psychische Störungen durchgeführt wurden. Psychische

Störungen wurden eher in den 6 Monaten nach dem Krankenhausaufenthalt als währenddessen entdeckt.

Ein frühzeitiges Screening und bei Bedarf eine daran anschließende Diagnostik von psychischen Begleiterkrankungen ist jedoch der erste Schritt für eine angemessene Behandlung. In der aktuellen „Nationalen VersorgungsLeitlinie chronische KHK“ werden bereits mögliche Screening-Fragen für psychische Begleiterkrankungen aufgeführt (9). Eine weitere Möglichkeit wird im aktuellen Projekt MenDis-CHD II im Kölner Kontext untersucht (Box 6). Es wird der Einsatz sogenannter Trigger-Fragen erprobt, um Ärzt:innen anzuregen, auf mögliche psychische Störungen zu achten, diese mit den Patient:innen zu besprechen und die Versorgung entsprechend anzupassen. Die Ergebnisse werden für das Jahr 2023 erwartet. Ebenfalls könnten bestehende Screening-Instrumente genutzt werden, wie die in dieser Studie angewandte „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HADS). Entsprechend muss das Wissen über die Instrumente und deren Einsatz in der Praxis gefördert werden. Schulungen über Psychodiagnostik und psychosomatische Krankheitsbilder für Ärzt:innen, die KHK-Patient:innen behandeln, können ebenfalls helfen psychische Störungen bei KHK-Patient:innen früher zu erkennen und besser einzuordnen. Beispielsweise sind solche Schulungsinhalte in der Zusatzqualifikation „psychokardiologische Grundversorgung“¹³ (entwickelt von der Arbeitsgruppe „Psychosoziale Kardiologie“ der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie) integriert. Seit Juli 2020 ist die psychosomatische Grundversorgung auch Teil der fachärztlichen Weiterbildung „Innere Medizin und Kardiologie“ (17). Psychosomatische Krankheitsbilder sind auch bereits Teil der ärztlichen Grundausbildung (18). Des Weiteren ist der interdisziplinäre Austausch zwischen Ärzt:innen mit kardiologischem und mit psychosomatischem Schwerpunkt förderlich für eine adäquate Diagnostik. An der Uniklinik Köln wird

¹³ Weitere Infos zur psychokardiologischen Grundversorgung: <https://www.psychokardiologie.org/pgv.html>

dies bereits durch eine Kooperation zwischen der Klinik für Kardiologie und der Klinik für Psychosomatik und Psychiatrie umgesetzt. Ärzt:innen aus der Klinik

für Psychosomatik und Psychiatrie stehen bei psychisch belasteten Herzpatient:innen für konsiliarische Untersuchungen und eventuell nötige Behandlungen zur Verfügung¹⁴.

Box 6: MenDis-CHD II

Aufbauend auf den hier vorgestellten Ergebnissen wurde eine Folgestudie angestoßen (MenDis-CHD II, Start Mai 2020). Das Hauptziel von MenDis-CHD II ist die Verbesserung der Diagnostik und damit der medizinischen Versorgung von Kölner:innen mit KHK und einer psychischen Störungen. Dafür wird eine einfach umzusetzende Intervention für hausärztliche Praxen entwickelt und getestet. Die Intervention umfasst die folgenden drei Elemente: 1.) Trigger-Fragen für Ärzt:innen, 2.) ein Booklet für Ärzt:innen, welches Empfehlungen zur Aufdeckung und Behandlung von psychischen Störungen bei Patient:innen mit KHK beinhaltet, 3.) die Broschüre „Leben mit einer koronaren Herzerkrankung – Fragen stellen hilft“ für Patient:innen.

Die Trigger-Fragen wurden in Anlehnung an die Überraschungsfrage aus der Palliativversorgung entwickelt (weitere Informationen dazu im ersten CoRe-Net-Versorgungsbericht (19)). Die folgenden Trigger-Fragen werden im Projekt MenDis-CHD II angewendet: 1.) „Wären Sie überrascht, wenn Ihr:e Patient:in momentan an einer Depression leiden würde?“ 2.) „Wären Sie überrascht, wenn Ihr:e Patient:in in den nächsten 12 Monaten an Demenz leiden würde?“

Die Broschüre „Leben mit einer koronaren Herzerkrankung – Fragen stellen hilft“ wurde in Zusammenarbeit mit Patient:innen und Hausärzt:innen entwickelt. Die Broschüre dient als Gesprächsleitfaden für Patient:innen im ärztlichen Gespräch. Unterstützend zu der Broschüre werden Poster in den Praxen ausgehangen. Die Poster enthalten Informationen über KHK und psychische Störungen, welche die Patient:innen motivieren sollen, ihre Ärzt:innen aktiv auf dieses Thema anzusprechen. Insbesondere wird die Rolle der Patient:innen in der Kommunikation über psychische Störungen thematisiert.

Weiterführende Informationen unter: www.core-net.uni-koeln.de/mendis-chd-ii

Stärkung der Kommunikation über psychische Begleiterkrankungen

Die Kommunikation zwischen Ärzt:innen und Patient:innen ist ein elementarer Bestandteil der Versorgung. Die Befragung von Kölner:innen mit KHK hat ergeben, dass bereits fast zwei Drittel derjenigen mit psychischer Störung mit ihren behandelnden Ärzt:innen über psychosoziale Aspekte reden. Eine aktive Ansprache durch die Ärzt:innen findet jedoch selten statt. Ebenfalls wurden deutlich weniger Kölner:innen mit KHK über die Bedeutung einer psychischen Störung für den weiteren Verlauf ihrer Herzerkrankung

und deren weitere Behandlung aufgeklärt. Dies deutet auf eine unzureichende ärztliche Kommunikation über die Auswirkung einer psychischen Störung bei vorliegender KHK hin. Kommunikationsschulungen könnten ein hilfreiches Mittel sein, um diese Kompetenzen zu stärken. Ärzt:innen im kardiologischen Tätigkeitsbereich sollten für das Thema ärztliche Gesprächsführung mit Fokus auf die psychische Gesundheit sensibilisiert werden. Die Zusatzqualifikation „psychokardiologische Grundversorgung“ der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie umfasst beispielsweise Aspekte der hilfreichen Gesprächsführung

¹⁴ Weitere Infos zu den Konsildiensten: <https://psychosomatik-psychotherapie.uk-koeln.de/klinik/konsil-und-liaison-dienst>

rung. Aber auch Patient:innen können angeregt werden, psychische Belastungen anzusprechen. Wie aktuell im Projekt MenDis-CHD II erprobt, könnte dabei die Broschüre „Leben mit einer koronaren Herzerkrankung – Fragen stellen hilft“ zum Einsatz kommen (Box 6).

Zugang zu Selbsthilfe und Psychotherapie erleichtern und Care Manager:innen einsetzen

Die Befragung von Kölner:innen mit KHK zeigt, dass viele Patient:innen im Vergleich zu anderen Faktoren mit der psychologischen Unterstützung durch ihre behandelnden Ärzt:innen am wenigsten zufrieden waren. Selbsthilfegruppen oder das Meistern von schwierigen Situationen wurden im ärztlichen Gespräch unzureichend thematisiert. Patient:innen frühzeitig zu informieren und zu ermutigen, Selbsthilfeangebote zu nutzen, kann ihnen dabei helfen, besser mit der Erkrankung und mit Herausforderungen im Alltag umzugehen. Dabei kommt den behandelnden Ärzt:innen als Vertrauenspersonen eine vermittelnde Rolle zu. Aus einer psychischen Belastungssituation – ausgelöst durch ein kardiologisches Akutereignis wie ein Herzinfarkt – würde sich in diesem Fall seltener eine psychische Erkrankung entwickeln. In Köln wird beispielsweise von der Deutschen Herzstiftung ein Selbsthilfe-Gesprächskreis für Patient:innen mit Herzkrankheiten und ihre Angehörigen angeboten¹⁵. In diesem Zusammenhang wäre eine strukturierte Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfegruppen/-organisationen und kardiologisch tätigen Ärzt:innen sinnvoll, um medizinisches Personal für das Angebot der Selbsthilfe und Vermittlung dieser Informationen zu sensibilisieren.

Psychotherapeut:innen können den Patient:innen mit KHK bei der emotionalen Krankheitsbewältigung und bei den notwendigen Anpassung des Lebensstils zu Seite stehen (3, 5). Die Auswertung der Krankenkassendaten ergab jedoch, dass Versicherte mit neu diagnostizierter psychischer Störung deutlich seltener eine ambulante Psychotherapie erhielten als Psycho-

pharmaka. Dabei empfiehlt die „Nationale VersorgungsLeitlinie unipolare Depression“ (20) für Patient:innen mit einer KHK und begleitender Depression eine Psychotherapie als universell taugliches Instrument. Auf Basis der Krankenkassendaten zeigt sich hier noch Optimierungsbedarf, auch wenn nicht unterschieden werden kann, ob die Therapie angeboten wurde und die Patient:innen diese ablehnten oder keinen Therapieplatz erhalten haben. Diese Aspekte verdeutlichen einen höheren Bedarf an Unterstützung und einen besseren Zugang zu Psychotherapien für Patient:innen mit KHK und psychischer Störung.

Über die notwendige Schaffung neuer Therapieplätze hinaus, könnte zusätzlich ein „collaborative care“-Ansatz (gemeinsame Betreuung) sinnvoll sein. Dabei werden verschiedene Therapieansätze (z. B. unterstützende Gespräche, Psychotherapie, Psychopharmaka) parallel zur kardiologischen Basistherapie koordiniert. Eine besondere Rolle spielen dabei sogenannte Care Manager:innen. Die Aufgaben von Care Manager:innen sind beispielsweise:

- 1) Patient:innen bei der Umsetzung des Behandlungsplans im Alltag unterstützen
- 2) Symptome, Risikofaktoren und Einhaltung der Therapie überwachen
- 3) Hilfestellungen für Verhaltensänderungen geben
- 4) Zugang zu bspw. ambulanter Psychotherapie oder zu Selbsthilfegruppen erleichtern

Der Einsatz von Care Manager:innen bei der Behandlung von kardiologischen Patient:innen wird aktuell in einer randomisierten klinischen Studie erprobt (TEACH-Studie¹⁶). Im Rahmen der Studie begleiten Care Manager:innen einen Teil der psychisch belasteten Patient:innen mit KHK für einen Zeitraum von einem Jahr. Positive Effekt auf das Gesundheitsverhalten, die Therapietreue und die Lebensqualität der Patient:innen werden erwartet. Die Studie wird an sechs verschiedenen Universitätskliniken in Deutschland (u.a. in Köln) durchgeführt (Laufzeit

¹⁵ Weitere Information zu der Herzsselfhilfegruppe: www.herzstiftung.de/ihre-herzgesundheit/leben-mit-der-krankheit/herz-selbsthilfegruppe#Plz5

¹⁶ Weitere Informationen zur TEACH-Studie unter: <https://teach-studie.de>

2020-2024). Durch den Einsatz von Care Manager:innen könnten die behandelnden Ärzt:innen unterstützt und entlastet werden (3, 21).

Gemeinsame Entscheidungsfindung bei der Therapieplanung und transparente Arzneimitteltherapie

Die Ergebnisse der Befragung von Kölner:innen mit KHK weisen darauf hin, dass die Gruppe mit psychischen Störungen etwas weniger zufrieden mit ihrer medizinischen Versorgung ist als die Gruppe ohne psychische Störungen. Insbesondere erhielten die Befragten mit psychischer Störung von ihren Ärzt:innen kaum eine Auswahl an Behandlungsmöglichkeiten. Wenn Patient:innen mit ihrer medizinischen Versorgung unzufrieden sind, ist zu erwarten, dass sie weniger bei der Behandlung mitarbeiten und seltener empfohlene Änderungen des Lebensstils umsetzen. Dies kann zu einem Teufelskreis führen, in dem sich bei Patient:innen mit KHK das Krankheitsbild verschlechtert, die Patient:innen häufiger medizinische Hilfe in Anspruch nehmen müssen und möglicherweise eine psychische Störung entwickeln bzw. sich eine bestehende psychische Symptomatik verschlimmert (7, 22). Ärzt:innen können diesen Teufelskreis durchbrechen, indem sie die Patient:innen durch gemeinsame Entscheidungsfindung in die Therapieplanung miteinbeziehen. Die Patient:innen werden dadurch in ihrer Autonomie gestärkt, sowie ihre Vorstellungen, Ansichten und Wünsche berücksichtigt (23). Auch hier ist eine Weiterbildung in motivierender Gesprächsführung für Ärzt:innen empfehlenswert, wie sie beispielsweise in der Zusatzqualifikation „Psychokardiologische Grundversorgung“ der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie integriert ist. Zudem sollen sich Patient:innen bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung aktiv beteiligen. Gut informiert können sie die Inhalte des ärztlichen Gesprächs besser verstehen und das Gespräch mitgestalten. In der „Nationalen VersorgungsLeitlinie chronische KHK“ ist bereits ein Patient:innenblatt zum Thema „Entscheidungen gemeinsam besprechen“ integriert,

welches in den Praxen ausgelegt werden kann¹⁷. Dieses Patient:innenblatt ist unter anderem eine Anleitung für das ärztliche Gespräch. Es umfasst eine Fragenliste, damit sich Patient:innen im ärztlichen Gespräch über eine vorgeschlagene Untersuchung oder Behandlung besser informieren können. Des Weiteren bietet das Patient:innenblatt seriöse Informationsquellen für das Krankheitsbild KHK an. Gerade vor dem Hintergrund der zunehmenden Informationsflut durch die Digitalisierung mit möglichen Falschinformationen ist die Bereitstellung von vertrauensvollen und leicht verständlichen Informationen oder weiterführenden Informationsquellen durch Ärzt:innen besonders wichtig (24).

Die Analysen der Krankenkassendaten zeigen bei Versicherten mit neu diagnostizierten psychischen Störungen eine deutliche Zunahme der Psychopharmaka-Verordnungen. Dies spricht dafür, dass die Behandlung nach der Diagnose entsprechend angepasst wird. Dabei nahmen sowohl bei den Versicherten mit neu diagnostizierter affektiver Störung als auch mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen unter den Psychopharmaka die Antidepressiva-Verordnungen am stärksten zu. Aufgrund von möglichen Nebenwirkungen, die das Herz-Kreislauf-System (kardiovaskuläre Nebenwirkungen) betreffen, ist jedoch nicht jedes Antidepressivum für Patient:innen mit KHK geeignet (20). Entsprechend ist es bei Patient:innen mit KHK und einer affektiven Störung, wie der Depression, besonders wichtig, dass die Medikamente auf ihre Herz-Kreislauf-Verträglichkeit (kardiale Verträglichkeit) überprüft werden. Kardiologisch tätige Ärzt:innen sollten entsprechend über die medikamentösen Behandlungsoptionen bei einer Herzerkrankung mit paralleler psychischer Störung geschult werden. Daneben ist ein interdisziplinärer Austausch zwischen kardiologisch und psychiatrisch tätigen Ärzt:innen empfehlenswert. Für die Arzneimittelsicherheit sollte zudem jede:r Patient:in einen vollständigen und immer aktualisierten Medikationsplan erhalten.

¹⁷ Das Informationsblatt finden Sie hier: www.patienten-information.de/patientenblaetter/khk-gemeinsam-entscheiden

Literatur

1. Gößwald A, Schienkiewitz A, Nowossadeck E, Busch MA. Prävalenz von Herzinfarkt und koronarer Herzkrankheit bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz. 2013;56(5-6):650-5.
2. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, *et al.* 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). European Heart Journal. 2021;42(34):3227-337.
3. Albus C, Waller C, Fritzsche K, Gunold H, Haass M, Hamann B, *et al.* Bedeutung von psychosozialen Faktoren in der Kardiologie – Update 2018. Der Kardiologe. 2018;12(5):312-31.
4. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK – Langfassung. 2019 [zitiert am 17.11.2021]. Verfügbar unter: www.khk.versorgungsleitlinien.de.
5. Eichenberg C, Fiegl J, Hübner L, Weihs V, Huber K. Psychokardiologie: Das Herz als Projektionsort psychischer Konflikte. Dtsch Arztebl International. 2019;18(8):-370-.
6. Peltzer S, Müller H, Köstler U, Blaschke K, Schulz-Nieswandt F, Jessen F, *et al.* Quality of health care with regard to detection and treatment of mental disorders in patients with coronary heart disease (MenDis-CHD): study protocol. BMC Psychol. 2019;7(1):21.
7. Peltzer S, Müller H, Köstler U, Schulz-Nieswandt F, Jessen F, Albus C, *et al.* Detection and treatment of mental disorders in patients with coronary heart disease (MenDis-CHD): A cross-sectional study. PLOS ONE. 2020;15(12):e0243800.
8. Venedey V, Peltzer S, Shukri A, Müller H, Jessen F, Albus C, *et al.* Comparison of Patient and Proxy Assessment of Patient-Centeredness in the Care of Coronary Heart Disease: A Cross Sectional Survey Using the PACIC-S11.1. Journal of Primary Care & Community Health. 2020;11:2150132720976235.
9. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK - Langfassung, 5. Auflage. Version 1. 2019 [zitiert am 24.09.2020]. Verfügbar unter: www.khk.versorgungsleitlinien.de.
10. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Koronare Herzkrankheit (KHK). 2021 [zitiert am 26.11.2021]. Verfügbar unter: <https://www.gesundheitsinformation.de/koronare-herzkrankheit-khk.html>.
11. Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS). Welche Symptome gibt es bei Bipolaren Störungen? 2022 [zitiert am 01.03.2022]. Verfügbar unter: <https://dgbS.de/bipolare-stoerung/symptome>.
12. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Glossar: bipolare Störung. 2022 [zitiert am 01.03.2022]. Verfügbar unter: <https://www.gesundheitsinformation.de/glossar/bipolare-stoerung.html>.
13. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Depression. 2020 [zitiert am March 01st.]. Verfügbar unter: <https://www.gesundheitsinformation.de/depression.html>.
14. Petermann F. Hospital Anxiety and Depression Scale, Deutsche Version (HADS-D). Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie. 2011;59(3):251-3.
15. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1983;67(6):361-70.
16. Goetz K, Freund T, Gensichen J, Miksch A, Szecsenyi J, Steinhaeuser J. Adaptation and psychometric properties of the PACIC short form. The American journal of managed care. 2012;18(2):e55-60.
17. Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein vom 16. November 2019 mit der Richtlinie zur Weiterbildungsordnung vom 4. Dezember 2019.
18. Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen. IMPP-Gegenstandskatalog (IMPP-GK 2) für den schriftlichen Teil des zweiten Abschnitts der ärztlichen Prüfung und IMPP-Gegenstandskatalog (IMPP-GK 2) für den zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung. Mainz 2013.

19. Blaschke K, Meyer I, Strupp J, Kasdorf A, Voltz R. Versorgung von Menschen im letzten Lebensjahr in Köln: Ein CoRe-Net Versorgungsbericht.: CoRe-Net: Kölner Kompetenznetzwerk aus Praxis und Forschung; 2021. Available from: <https://www.core-net.uni-koeln.de/versorgung-von-menschen-im-letzten-lebensjahr-in-koeln/>.
20. DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 5. 2015 [zitiert am 18.11.2021]. Verfügbar unter: www.depression.versorgungsleitlinie.de.
21. Herrmann-Lingen C, Albus C, de Zwaan M, Geiser F, Heinemann K, Hellmich M, *et al*. Efficacy of team-based collaborative care for distressed patients in secondary prevention of chronic coronary heart disease (TEACH): study protocol of a multicenter randomized controlled trial. *BMC cardiovascular disorders*. 2020;20(1):520.
22. Fortin M, Bamvita JM, Fleury MJ. Patient satisfaction with mental health services based on Andersen's Behavioral Model. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2018;63(2):103-14.
23. Bieber C, Gschwendtner K, Müller N, Eich W. Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) – Patient und Arzt als Team. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2016;66(05):195-207.
24. Schaeffer D, Berens E-M, Vogt D, Gille S, Griese L, Klinger J, *et al*. Gesundheitskompetenz in Deutschland. *Dtsch Arztebl International*. 2021;118(43):723-9.