

Ursula Köstler

Gesundheitsversorgung bei koronarer Herzerkrankung mit psychischer Komorbidität

**Ergebnisse einer Versorgungsforschungs-Befragung
von Patienten, Angehörigen und Behandlern**



Nomos

Studien zum sozialen Dasein der Person

herausgegeben von

Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt

Band 35

Ursula Köstler

Gesundheitsversorgung bei koronarer Herzerkrankung mit psychischer Komorbidität

Ergebnisse einer Versorgungsforschungs-Befragung
von Patienten, Angehörigen und Behandlern



Nomos



Onlineversion
Nomos eLibrary

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-8487-6635-2 (Print)

ISBN 978-3-7489-0715-2 (ePDF)

1. Auflage 2020

© Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2020. Gedruckt in Deutschland. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Vorwort

Die Professur für Sozialpolitik und Methoden der qualitativen Sozialforschung beteiligt sich am vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten, modular strukturierten Forschungsprojekt *CoRe-Net: Cologne Care Research and Development Network (Kölner Kompetenznetzwerk aus Praxis und Forschung)*. In Köln als Modellregion sollen Forschung und Versorgungspraxis näher zusammengebracht werden. Ziel ist die Verbesserung der medizinischen und sozialen Versorgung in Richtung einer patientenzentrierten und wertorientierten Versorgung.

CoRe-Net Phase I läuft mit einer Gesamtlaufzeit von Februar 2017 bis Januar 2020, eine dreijährige Folgephase CoRe-Net II schließt sich bis 2023 an. Das Organisationsmanagement von CoRe-Net obliegt dem Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln. Im Rahmen von CoRe-Net I werden drei Projekte durchgeführt: *LYOL-C: Last Year of Life Study Cologne*, *MenDis-CHD: Quality of care regarding the treatment of mental comorbidity risk factors in patients with coronary heart disease in Cologne* und *OrgValue: Characteristics of value-based health and social care from organizations' perspectives*. Das Seminar für Sozialpolitik und Methoden der qualitativen Sozialforschung beteiligt sich am Teilprojekt MenDis-CHD. MenDis-CHD untersucht die Versorgungsqualität in der Diagnostik und Therapie psychischer Komorbidität bei koronarer Herzerkrankung im Rahmen einer prospektiven, multimethodalen Querschnittsstudie. MenDis-CHD ist ein Kooperationsprojekt der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie an der Uniklinik Köln, der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Uniklinik Köln und der Professur für Sozialpolitik und Methoden der qualitativen Sozialforschung am Institut für Soziologie und Sozialpsychologie der Universität zu Köln. Der hier publizierte Beitrag umfasst den vom Seminar für Sozialpolitik und Methoden der qualitativen Sozialforschung durchgeführten Teilbereich von MenDis-CHD, der bei einer Laufzeit von Februar 2017 bis Mai 2019 eine Befragung von Patienten mit koronaren Herzerkrankungen, deren Angehörigen und Behandlern der Patientengruppe umfasste.

Wir bedanken uns herzlich für die vielen von Vertrauen und Offenheit getragenen Interviewgespräche, aber besonderes für die zahlreichen An-

Vorwort

merkungen, Hinweise und persönlichen Gedanken, die in Vorbereitung für die Befragungen und im Nachgang der Befragungen von den Teilnehmern geäußert wurden. Da dem qualitativen Modul keine anreizkompatiblen Mittel für die Befragungen zur Verfügung standen, haben die befragten Patienten, Angehörigen und Behandler unserem Projekt neben ihrem Vertrauen und ihrer Expertise auch ihre Zeit geschenkt.

Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt und Dr. Ursula Köstler

Seminar für Sozialpolitik und Methoden
der qualitativen Sozialforschung

Januar 2020

Inhaltsverzeichnis

Architektur der Studie	9
I. Herzkreislaufkrankungen und psychische Komorbiditäten	10
1 Ziel der Gesamterhebung von MenDis-CHD	11
2 Qualitative Befragung	12
2.1 Forschungsfragen und Design	12
2.2 Herangehensweise: Pretest, Interviewleitfaden, Sample	17
2.3 Feldzugang bei der Rekrutierung	19
2.3.1 Telefonische Werbung für die Rücksendung der Angehörigenfragebögen	19
2.3.2 Exkurs: Eindrücke zur Positionshaltung von Patienten und Angehörigen	23
2.3.3 Barrieren bei der Rekrutierung der Befragungsteilnehmer	24
2.4 Gesamtsample und Durchführung der qualitativen Befragung	27
II. Empirie: Bedarfe, Zugang und Barrieren bei der Gesundheitsversorgung von Patienten mit koronaren Herzerkrankungen	29
3 Einrichtungen der Rehabilitation	29
3.1 Bedarfe	29
3.2 Zugang	31
3.3 Versorgung	38
3.4 Barrieren	38
3.5 Rolle der Angehörigen	40
3.6 Ideen für Verbesserungen	41
4 Krankenhaus der Akutversorgung	41
4.1 Bedarfe	41
4.2 Zugang	43
4.3 Versorgung	45
4.4 Barrieren	46
4.5 Rolle der Angehörigen	46

4.6 Ideen für Verbesserungen	46
5 Dyaden Patient-Angehöriger	47
5.1 Auswahl der Interview-Dyaden	47
5.2 Charakterisierung des Samples	50
5.3 Vorgehen bei der Befragung der Patienten und deren Angehörigen	53
5.4 Ansprache möglicher Komorbidität psychischer Belastungen	54
5.5 Ansprache möglicher Komorbidität kognitiver Dysfunktionen	59
5.6 Eigeninitiativen des Patienten beim Selbstmanagement mit der Erkrankung	61
5.7 Rolle der Angehörigen	63
6 Hausärzte und Psychotherapeuten	65
6.1 Leitlinien	66
6.2 Bedarfe	66
6.3 Zugang	67
6.4 Versorgung	68
6.5 Barrieren	69
6.6 Ideen für Änderungen	69
7 Zusammenfassende Thesen	69
III. Ergebnissynthese: Versorgungskette bei einer koronaren Herzerkrankung	74
8 Rolle des Hausarztes	74
9 Rolle des Patienten	79
10 Rollenkonstrukt zwischen Hausarzt und Patienten	80
Literatur	85
Interviewleitfäden	89

Architektur der Studie

Die Wegführung der Studie ist wie folgt:

Abschnitt I *„HerzKreislaufkrankungen und psychische Komorbiditäten“* führt das Thema ein und skizziert das gesamte (ein quantitatives und ein qualitatives Modul umfassende) MenDis-CHD Projekt (Kap. 1). Dann wird das qualitative Modul detailliert vorgestellt (Kap. 2).

Im Abschnitt II *„Empirie – Bedarfe, Zugang und Barrieren bei der Gesundheitsversorgung von Patienten mit koronaren Herzerkrankungen“* steht die Befragung im Mittelpunkt. Die Ergebnisse der Gruppeninterviews in zwei Einrichtungen der Rehabilitation (Kap. 3) und in einem Akutkrankenhaus (Kap. 4) werden dargelegt. Daran schließt sich die Auswertung der Einzelinterviews mit Patienten und deren Angehörigen (Kap. 5) sowie mit Behandlern (Kap. 6). Abschließend werden die Kernaussagen in Thesen zusammengefasst (Kap. 7).

Auf der Grundlage der Befragungsergebnisse analysiert Abschnitt III *„Ergebnissynthese: Versorgungskette bei einer koronaren Herzerkrankung“* die Rolle des Hausarztes (Kap. 8) und die vom Versorgungssystem den Patienten zugewiesene Rolle (Kap.9). Darauf aufbauend wird ein Rollenkonstrukt der Hausarzt-Patient-Beziehung skizziert (Kap.10). Der Diskussionskenner geht dahin, dass das derzeit praktizierte Versorgungssystem dem Hausarzt die Rolle eines Gatekeepers zuweist. Der Hausarzt aber diese Rolle mangels Vernetzungsstrukturen und institutionellen Kapazitäten in der praktischen Umsetzung nicht annehmen kann.

I. Herz-Kreislaufkrankungen und psychische Komorbiditäten

Herz-Kreislaufkrankungen besonders koronare Herzerkrankungen (KHK) sind die häufigsten Todesursachen in der EU (Andersen et al. 2014) und den USA (Benjamin et al. 2018), zeigen sich alterskorreliert (Lozano et al. 2012) und sind durch den medizinischen Fortschritt mittlerweile zu einer chronischen Erkrankung avanciert. Die WHO prognostiziert für das Jahr 2030 22,2 Millionen Todesfälle aufgrund einer KHK (WHO 2016). In Deutschland stieg die Anzahl der Todesfälle aufgrund von KHK von 121.166 im Jahr 2014 auf 128.230 im 2015, fiel dann im Jahr 2016 wieder auf 122.274. Ursächlich für den Rückgang bezeichnet der Vorstandsvorsitzende der Deutschen Herzstiftung, Prof. Andresen die Verbesserung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung, wie auch Verbesserungen in der Vorsorge von Herzerkrankungen (Deutsche Herzstiftung 2018 und 2019). Die demographische Entwicklung betrachtend sind eine Nachfragesteigerung in der Versorgung verbunden mit Kostensteigerungen zu erwarten, was eine Neustrukturierung des Versorgungssystems notwendig macht.

Gleichzeitig ist zu beobachten, dass psychische Störungen wie Depressionen, Angststörungen und kognitive Beeinträchtigungen bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung gehäuft auftreten und somit hoch relevant sind (Correll et al. 2017, Lichtman et al. 2014, Pogossova et al. 2017). Eine psychische Komorbidität führt sowohl bei den Patienten als auch bei deren Angehörigen zu einem hohen Leidensdruck, wodurch wiederum die Wahrscheinlichkeit negativer Outcomes im Bereich der KHK erhöht wird (Ladwig et al. 2013).

Aktuelle Leitlinien für die Prävention von KHK empfehlen ein Screening von KHK Patienten auf psychische Komorbidität (Piepoli et al. 2016), um dann eine angemessene Diagnostik und Behandlung komorbider psychischer Störungen einzuleiten und durchzuführen. Bisher gibt es keine empirischen Nachweise, dass diese Leitlinien von den Hausärzten und Kardiologen umgesetzt werden. Persönliche Erfahrungen von Patienten und Ärzten legen nahe, dass der Umsetzungsgrad sehr gering ist. Genau an dieser Stelle erstellt MenDis-CHD eine Status-quo Analyse: Die Studie analysiert die Qualität der Versorgung von KHK Patienten in Hinblick auf die Diagnose und Behandlung von psychischer Komorbidität.