

Christian Dempe

Dr.med.

## **Zusammenhang von Angst und Depression mit medikamentöser Non-Adherence bei Patienten mit stabiler koronarer Herzerkrankung**

Promotionsfach: Psychosomatik

Doktormutter: Priv.-Doz. Dr. med. J. Jünger

Psychische Belastungen haben eine hohe Prävalenz bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung (KHK). Vor allem Depression und Angst nehmen dabei im Verlauf der Erkrankung negativen Einfluss auf Morbidität und Mortalität der Betroffenen. Als Grund für die schlechtere Prognose gegenüber psychisch unauffälligen Patienten wird mangelnde medikamentöse Adherence diskutiert. Die wissenschaftliche Evidenz bezüglich des negativen Einflusses von Depression bzw. Angst auf die medikamentöse Adherence bei KHK-Patienten ist jedoch bis dato aufgrund methodischer Limitierungen als gering zu erachten.

Die vorliegende Arbeit untersucht den Einfluss depressiver bzw. ängstlicher Symptome auf die medikamentöse Adherence von stationären Patienten mit KHK. Sie legt Wert auf ein möglichst repräsentatives Kollektiv, besonders motivierte und gesundheitsbewusste Patienten sollen nicht unbewusst herausselektiert werden.

Von den 1765 primär gescreenten stationären KHK-Patienten erklärten sich 606 zu einer Teilnahme an der Studie bereit und füllten die Fragebögen korrekt aus. Zur Beurteilung der Schwere ängstlicher bzw. depressiver Symptome diente die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in der deutschen Version von Hermann et al. (1995). Die Morisky Medical Adherence Scale (MMAS) aus der Arbeitsgruppe um Donald E. Morisky (1986) bestimmte das Vorliegen medikamentöser Non-Adherence.

In der vorliegenden Untersuchung zeigte das alleinige Vorliegen von Depression oder Angst unabhängig voneinander einen vergleichbaren, signifikanten Zusammenhang mit medikamentöser Non-Adherence stationärer KHK-Patienten ( $r = 0,28$ ,  $p < 0,01$  gegenüber  $r = 0,27$ ,  $p < 0,01$ ). Der Effekt stieg dabei mit der Schwere der Symptomatik. Das Risiko sich nicht therapietreu zu verhalten war dabei bei bestehender Depression auf das bis zu 3,6-Fache, bei Angst auf das bis zu 3,2-Fache erhöht.

Die größte Assoziation mit medikamentöser Non-Adherence war jedoch zu verzeichnen, wenn beide psychische Belastungen gemeinsam auftraten ( $r = 0,30$ ,  $p < 0,01$ ). Das Risiko

medikamentöser Non-Adherence stieg bei Ihnen auf das bis zu 4,4-Fache gegenüber Patienten ohne Depression und ohne Angst an.

Psychische Belastungen waren dabei bei den von uns befragten, stationären KHK-Patienten häufig. 4 von 10 Befragten gaben in der Befragung an unter einer oder beiden der genannten Entitäten zu leiden. Depressive Symptome traten dabei 3-Mal häufiger in Kombination mit ängstlichen Symptomen auf als alleine.

Die jeweilige Prävalenz von Angst, Depression und medikamentöser Non-Adherence entspricht der bislang in der Literatur veröffentlichten Größenordnung. Das Ziel der Arbeit eine repräsentative Stichprobe zu erheben scheint erfüllt. Die dargestellten Zusammenhänge der einzelnen Parameter zeigen unserer Meinung nach somit ein hohes Maß an Allgemeingültigkeit bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung.

Hinsichtlich des zunehmenden, negativen Einflusses von Depressivität auf die medikamentöse Adherence bestätigt unsere Arbeit die Ergebnisse von Vorstudien. Anders als Gehi et al. (2005) beobachten wir jedoch den größeren Anstieg in der Rate medikamentös nicht adherenter Patienten bereits bei Vorliegen milder depressiver Symptomatik.

In Bezug auf Angst stützt die Untersuchung die Ergebnisse der Arbeitsgruppe um Robert M. Carney aus dem Jahr 1998. Beide Studien arbeiten dabei einen Zusammenhang zwischen aktueller, situationsabhängiger Angst und medikamentöser Non-Adherence heraus.

In Ergänzung zur bisherigen Literatur zeigt die vorliegende Studie erstmals, dass sich das bei Depression oder Angst ohnehin erhöhte Risiko medikamentöser Non-Adherence weiter verstärkt, wenn Patienten sowohl unter Depression als auch Angst gleichzeitig leiden.

Die vorliegende Arbeit unterstreicht die bedeutende Stellung komorbider Depression und Angst bei Patienten mit stabiler KHK. Sie erprobt zwei Fragebögen, die zusammen im Routineeinsatz schnell und zuverlässig Aufschluss über psychische Komorbidität sowie den Status medikamentöser Adherence geben können. Systematisch in der Primärversorgung angewandt, können sie helfen Patienten zu identifizieren, die sowohl gezielter psychotherapeutischer Intervention als auch Maßnahmen zur Verbesserung der allgemeinen Therapietreue gegenüber ärztlichen Empfehlungen zugeführt werden sollten. Ob durch diese gemeinsame Intervention von psychosomatischer und hausärztlicher Seite eine Verbesserung der Prognose psychisch belasteter KHK-Patienten erreicht werden kann, sollte in nachfolgenden Studien untersucht werden.