

**Psychische Störungen, Lebensqualität und psychosomatische Behandlung bei
Patienten mit Pulmonaler Hypertonie**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
des Fachbereichs Humanmedizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von Neeb, Charlotte-Luise
aus Hanau

Gießen 2019

Aus der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie,
unter der Leitung von Prof. Dr. Johannes Kruse,
des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen

1. Gutachter: Prof. Dr. Johannes Kruse

2. Gutachter: PD Dr. Jörg Kupfer

Tag der Disputation: 22.10.2019

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe oder Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nichtveröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten sowie ethische, datenschutzrechtliche und tierschutzrechtliche Grundsätze befolgt. Ich versichere, dass Dritte von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen, und dass die vorgelegte Arbeit weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde zum Zweck einer Promotion oder eines anderen Prüfungsverfahrens vorgelegt wurde. Alles aus anderen Quellen und von anderen Personen übernommene Material, das in der Arbeit verwendet wurde oder auf das direkt Bezug genommen wird, wurde als solches kenntlich gemacht. Insbesondere wurden alle Personen genannt, die direkt und indirekt an der Entstehung der vorliegenden Arbeit beteiligt waren. Mit der Überprüfung meiner Arbeit durch eine Plagiatserkennungssoftware bzw. ein internetbasiertes Softwareprogramm erkläre ich mich einverstanden.

Inhalt

1	Einleitung	1
1.1	Pulmonale Hypertonie	1
1.2	Lebensqualität und psychische Störungen	3
1.3	Depression.....	5
1.4	Panikstörung	16
1.5	Krankheitsbewältigung	21
1.6	Versorgung und Inanspruchnahme	23
1.7	Psychosomatischer Konsiliar- und Liaisondienst	25
1.8	Fazit.....	29
1.9	Fragestellung.....	29
2	Material und Methoden	30
2.1.	Studiendesign und Patientenkollektiv	30
2.2.	Methodik	31
2.2.1.	EQ-5D	31
2.2.2.	Kurzform PHQ-D.....	32
2.2.3.	Fragebogen zur Psychosomatischen Behandlung (FPB)	33
2.3.	Auswertung und Statistik	33
3	Ergebnisse	34
3.1	Soziodemografie	34
3.2	Depression und Panikstörung	37
3.3	Lebensqualität	41
3.4	Psychosomatische Behandlung.....	43
3.5	Psychische Störungen, Lebensqualität und Behandlungswunsch nach NYHA-Stadien.....	50
4	Diskussion	54
5	Zusammenfassung	61
6	Summary	62
7	Literatur.....	63
8	Anhang	70
8.1	Ethikvotum	71
8.2	Fragebögen	74

1 Einleitung

1.1 Pulmonale Hypertonie

Definition und Klassifikation

Unter Pulmonaler Hypertonie (PH) versteht man eine Gruppe von Krankheiten, deren Gemeinsamkeit der erhöhte mittlere pulmonal-arterielle Blutdruck von ≥ 25 mmHg in Ruhe ist, welcher zur Rechtsherzinsuffizienz führt [1]. Die klinische Klassifikation der PH von 2015 [2] enthält fünf Gruppen, die wiederum in Subgruppen unterteilt werden. Gruppe 1 umfasst die Pulmonal-arterielle Hypertonie (PAH). Dazu gehören Idiopathische PAH (IPAH) mit dem Auftreten der Erkrankung ohne bekannten Risikofaktor oder familiäre Anamnese, Hereditäre PAH (HPAH) mit zugrunde liegenden Rezeptormutationen, medikamentös und toxisch induzierte PAH sowie assoziierte PAH (APAH), unter welcher Kollagenosen, HIV-Infektion, portale Hypertension, kongenitale Herzkrankheit und Schistosomiasis als auslösende Komorbiditäten zusammengefasst werden. In Gruppe 1' gehören die mit der PAH verwandte Pulmonal-venookklusive Erkrankung (PVOD) oder pulmonal-kapilläre Hämangiomatosis. Gruppe 1'' benennt die persistierende Pulmonale Hypertonie des Neugeborenen. Gruppe 2 enthält PH aufgrund von Linksherzerkrankungen, Gruppe 3 PH aufgrund von Lungenerkrankungen oder Hypoxie. Gruppe 4 wird gebildet von Chronisch thromboembolischer PH (CTEPH) nach rezidivierenden Lungenembolien sowie anderen pulmonal-arteriellen Obstruktionen. In Gruppe 5 werden PH mit unklaren multifaktoriellen Mechanismen wie Chronisch-hämolytische Anämie, myeloproliferative Erkrankungen und Splenektomie, Sarkoidose, Neurofibromatose, Morbus Gaucher oder chronisches Nierenversagen vereint.

Ätiologie, Symptomatik und funktioneller Schweregrad

Allen Untergruppen der PH ist die pathologische Trias aus Vasokonstriktion, Thrombosen und Remodeling, also Gefäßumbau mit Fibrose, Endothelzellwucherung und Obliteration gemeinsam [3]. Diese werden durch die in der klinischen Klassifikation (s.o.) aufgeführten Erkrankungen bedingt oder verstärkt. Klinisch äußert sich PH meist unspezifisch in Form von Luftnot, Müdigkeit, Schwächegefühl und Brustschmerz. Die körperliche Leistungsfähigkeit kann stark eingeschränkt sein [4]. Der

funktionelle Schweregrad lässt sich durch die Klassifikation der New York Heart Association (NYHA) wie folgt einteilen: Klasse I bezeichnet Patienten mit diagnostizierter PH, jedoch ohne körperliche Einschränkungen. Alltägliche physische Belastungen führen nicht zu den oben genannten Symptomen. Patienten der Klasse II sind leicht eingeschränkt, aber verspüren in Ruhe keine Beschwerden. Belastung führt vermehrt zum Auftreten der Symptomatik. Klasse III bedeutet, ebenfalls keine Beschwerden in Ruhe zu haben, allerdings kommt es bereits bei leichten Belastungen zu Symptomen. Beschwerden bei der geringsten körperlichen Aktivität sowie Luftnot in Ruhe werden durch Klasse IV beschrieben [5].

Epidemiologie und Prognose

Nach einer schottischen Studie [6] liegt die jährliche Inzidenz von PAH bei 7,6, die Prävalenz bei 26 auf 1 Million Einwohner, aus Frankreich stammende Daten [7] geben Inzidenz und Prävalenz auf 2,4 bzw. 15 auf 1 Million Einwohner an. Das mittlere Alter liegt zwischen dem Ende der fünften und Anfang der sechsten Lebensdekade; Frauen sind eineinhalb bis dreimal so häufig betroffen wie Männer [6].

Zwischen 60% und 70% der Patienten mit Linksherzinsuffizienz entwickeln eine PH [8]; ebenfalls nahezu alle Patienten mit symptomatischen Mitralklappenfehlern und bis zu 65% der von Aortenstenose Betroffenen [9]. Bei fortgeschrittener Chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) ist PH in über 50% vorhanden, meist jedoch milder ausgeprägt [10]. Bei interstitiellen Lungenerkrankungen tritt sie in 32% bis 39% auf [11]. CTEPH tritt nach einer akuten Lungenembolie in 1% bis 3,8% auf [12], [13]. Die Lebenserwartung nach Diagnosestellung betrug bei IPAH in 1991 noch 2,8 Jahre [14], heute ist die Prognose dank ausgereifterer Therapiemöglichkeiten stark verbessert [15].

Therapie

Die Behandlung der Grunderkrankung erfolgt, soweit möglich, über Pharmakotherapie. Zur Vasodilatation werden Prostazyklin-Analoga eingesetzt, wie beispielsweise Iloprost [16]. Endothelin-Rezeptor-Antagonisten bewirken eine Reduktion des Gefäßmodellings [17]. Zur Hemmung der Vasokonstriktion geeignet sind Phosphodiesterase-5-Inhibitoren [18]. Riociguat als Stimulator der löslichen Guanylatcyclase dient ebenfalls der Blutgefäßerweiterung und kann auch für die Therapie der nichtoperablen oder rezidivierenden CTEPH eingesetzt werden [19].

Generell sollte physische Aktivität nicht völlig aufgegeben werden, jedoch im relativ engen Rahmen der individuellen Leistungsfähigkeit des Betroffenen bleiben. Ein spezifisches Rehabilitationsprogramm kann die Belastbarkeit stabilisieren oder verbessern [20]. Eine Schwangerschaft sollte aufgrund der stark erhöhten Mortalität, die diese mit sich führen würde, vermieden werden [21]. Aufgrund der erhöhten Thrombosegefahr [22] kann eine Therapie mit oralen Antikoagulanzen sinnvoll sein, muss aber mit den möglichen Nebenwirkungen abgewogen werden [1]. Auch Diuretika erscheinen sinnvoll, vor allem bei Patienten mit Rechtsherzinsuffizienz [1]. Langzeitsauerstofftherapie kann die Symptomatik lindern [1].

Nach Ausreizung der pharmakologischen Ansätze besteht die Möglichkeit einer Lungentransplantation. Die 3-Jahresüberlebensrate liegt hier bei 63% [23]. Aufgrund der starken Einschränkung im alltäglichen Leben und der reduzierten Prognose ist den Patienten psychosoziale Unterstützung anzuraten. Hierzu betonen die Leitlinien, dass „psychologische und soziale Betreuung wie bei jeder anderen chronischen Erkrankung [...] als wichtig“ erachtet werden [24] (S.6). Eine gute, niederschwellige Möglichkeit dazu bieten Selbsthilfegruppen, wie beispielsweise Pulmonale Hypertonie e.V., welche unter anderem Kontakt zu anderen Betroffenen und deren Angehörigen vermittelt und Patientenschulungen anbietet (www.phev.de).

1.2 Lebensqualität und psychische Störungen

Nach der Weltgesundheitsorganisation besteht Gesundheit nicht nur aus der Abwesenheit von Krankheit, sondern ist vielmehr „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens“ [25]. Lebensqualität wird von der WHO als „Wahrnehmung von Individuen bezüglich ihrer Position im Leben im Kontext der Kultur und der Wertesysteme, in welchen sie leben und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Interessen“ beschrieben [26]. Das Robert-Koch-Institut benennt die gesundheitsbezogene Lebensqualität als „umfassendes Konzept, das von einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit ausgeht (...) [und] als multidimensionales Konstrukt (...), welches körperliche, emotionale, mentale und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit aus der subjektiven Sicht der Betroffenen abbildet“ [27] (S. 643). Somit ist in Diagnostik

und Therapie der modernen Medizin nicht mehr nur die durch Messparameter objektivierbare „Gesundheit“ als solche, sondern auch der Umgang des Patienten mit einschränkenden Umständen sowie seine psychosoziale Funktionsfähigkeit ausschlaggebend.

Durch die ausgeprägten körperlichen Beschwerden und die reduzierte Lebenserwartung sind Patienten mit PH in ihrer Lebensqualität stark eingeschränkt und von psychischen Störungen betroffen. Dies wurde in mehreren Studien gezeigt. Durch Shafazand et al. [28] wurden in den Lebensqualitätsaspekten Energie, Emotionalität, Schmerz, körperliche Beweglichkeit, Schlaf und soziale Isolation signifikant niedrige Werte erhoben, an ausgeprägter bis schwerer Angst- und depressiver Symptomatik litten 20,5% bzw. 7,5%. Löwe et al. [29] erhoben 15,9% Patienten mit PH und Major Depression, 10,4% mit einer Panikstörung und 25,6% mit Panikattacken. Im Vergleich zu Patienten mit Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises (11,0%, 3,7%, 12,2%) waren PH-Patienten häufiger betroffen. Je höher der funktionelle Schweregrad der PH stieg, desto häufiger traten psychische Störungen auf: so waren in NYHA-Klasse I 17,7%, in NYHA-Klasse II 31,7%, in NYHA-Klasse III 32,5% sowie in NYHA-Klasse IV 61,9% aufgetreten. Lediglich 24,1% der PH-Patienten mit psychischer Störung erhielten Psychopharmaka und/oder Psychotherapie. White et al. [30] beschrieben bei 26% mäßige bis schwere depressive Symptome sowie bei 19,6% mäßige bis schwere Symptome einer Angststörung; im SF-36 war die Lebensqualität in Bezug auf mentale (M = 52) und physische Gesundheit (M = 37) sowie soziale Funktionsfähigkeit (M = 55) deutlich reduziert. Auch McCollister et al. [31] gaben Prävalenzen von 15% mit Major Depression sowie 40% von Patienten mit milder bis moderater Ausprägung depressiver Symptomatik an, von welchen jeweils 50% bzw. 31% der Patienten Antidepressiva einnahmen. Nach Harzheim et al. [32] war die Major Depression in milder Form in 34,8%, in ausgeprägter Form in 13,3% und in schwerer Form in 7% vertreten, die Lebensqualität im SF-36 war ebenfalls stark eingeschränkt. 22,8% waren an einer gemäßigten bis schweren Angststörung erkrankt. Insgesamt erhielten 9% psychopharmakologische Behandlung. Batal et al. [33] erhoben in 42,5% das Vorliegen einer Major Depression, welche sich in 22,5% als mild, in 15% als ausgeprägt und in 5% als schwer darstellte. Lebensqualitätsscores (CAMPHOR) zeigten sich auch hier stark erniedrigt. Ebenfalls erhoben Looper et al. [34] bei 21% der Patienten ausgeprägte bis schwere Symptome einer Major Depression, die mit reduzierten Scores bezüglich Lebensqualität einherging.

Bei Patienten mit Chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (COPD), welche trotz unterschiedlicher Ätiologie symptomatisch den PH-Patienten ähneln, wurden ebenfalls in 8% bis 32% das Vorliegen einer Panikstörung sowie in 13% bis 33% das Vorliegen einer schweren Angsterkrankung erhoben [35–38]. Depressionen zeigten sich bei stabiler COPD in 10% bis 42%, nach einer Exazerbation in 19,4% bis 50% der Fälle [39].

Generell leiden Menschen mit chronischen somatischen, insbesondere auch seltenen Erkrankungen, unter welche ebenfalls PH fällt, häufig an psychischen Komorbiditäten. Nach Härter et al. wiesen 42,5% der untersuchten chronisch Kranken psychische Störungen auf, in der Kontrollgruppe der somatisch Gesunden waren 25% betroffen. Am häufigsten traten Affektive Störungen (21,1%), Angsterkrankungen (22,9%) sowie Somatoforme Störungen (15,3%) auf. Speziell Patienten mit Erkrankungen des Respirationstraktes wiesen in 24,5% eine Angsterkrankung und in 22,7% eine affektive Störung auf, womit diese Werte jeweils etwas höher lagen als bei ebenfalls befragten Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen (23,4% / 20,4%), kardiovaskulären Erkrankungen (22,4% / 18,4%) oder Krebsleiden (18,5% / 19,6%). Außerdem litten Patienten mit respiratorischen Erkrankungen häufiger an mehr als einer psychischen Störung (23,7%) [40].

Am Beispiel der Cystischen Fibrose (CF) wird dies ebenfalls deutlich. So treten Angsterkrankungen bei erwachsenen CF-Patienten in 20,6% auf [41], 30% zeigen depressive Symptome [42].

Im Folgenden werden die zwei häufigsten psychischen Störungen bei PH-Patienten, Depressionen und Panikstörungen [40], etwas näher ausgeführt. Die Darstellung beschränkt sich auf die Epidemiologie, die Symptomatik, die Ätiologie sowie die Versorgungslage und das Vorkommen in der Normalbevölkerung.

1.3 Depression

Nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) ist die Depression den affektiven Störungen zugehörig [43].

Epidemiologie

Nach dem Bundesgesundheitsurvey 1998 gehört die Depression zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Die 12-Monats-Prävalenz für affektive Störungen liegt bei 12% der 18- bis 65jährigen der Allgemeinbevölkerung (entspricht ungefähr 6 Millionen Menschen). Die Lebenszeitprävalenz für Depressionen liegt bei 19% (Frauen 25%, Männer 12%). Die 12-Monats-Querschnittsprävalenz beträgt 11%, was bedeutet, dass zwischen 5 und 6 Millionen Menschen in Deutschland im letzten Jahr betroffen waren. Insgesamt sind Frauen doppelt so häufig erkrankt wie Männer [44]. Für die Erstmanifestation zeigen sich zwei Häufigkeitsgipfel: zwischen 20 und 29 Jahren sowie zwischen 40 und 49 Jahren, wobei das mittlere Alter 40 Jahre beträgt [45]. Das Ersterkrankungsalter verschiebt sich in den letzten Jahrzehnten nach vorn [46]. Dies wird mit neuen Lebensstrukturen wie veränderter Familienkonstellation, erhöhten Leistungsanforderungen etc. in Verbindung gebracht [47]. Es wird vermutet, dass außerdem die Inanspruchnahme psychosozialer Versorgung sowie die Detektion durch die Behandler erhöht sind [45].

Symptomatik

Bei Erkrankten zeigt sich in der Regel der folgende psychopathologische Befund.

Affektivität

Die depressive Verstimmung zeigt sich als Leitsymptom. Darunter fallen Gefühle von Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Insuffizienz und Verzweiflung. Möglicherweise ist die Schwingungsfähigkeit reduziert oder fehlend. Patienten klagen häufig über Anhedonie, also die Unfähigkeit, Interesse für etwas oder jemanden zu entwickeln oder Freude zu empfinden. Dies betrifft oftmals auch dem Betroffenen eigentlich nahestehende Personen wie Freunde oder Familie. Durch dieses „Gefühl der Gefühllosigkeit“ entsteht ein großer Leidensdruck beim Patienten. Körperlich kann dies als Druckgefühl in Brust- oder Magengegend empfunden werden, was als „vitale Traurigkeit“ bezeichnet wird. Zusätzlich werden – häufig unspezifische – Angstgefühle berichtet, verbunden mit beträchtlicher Zukunftsangst [45,48].

Formale Denkstörung und mnestiche Funktion

Formale Denkstörungen äußern sich in einer Denkhemmung, also einer Verlangsamung des Gedankenablaufs, eventuell erreicht dies das Ausmaß einer kompletten Gedankensperre. Das Denken beschränkt sich auf wenige Themen, es kommt zum Gedankenkreisen bzw. Grübeln. Im Kontakt zeigen sich Betroffene häufig wortkarg. Die Konzentration sowie die Merkfähigkeit sind gestört. Vor allem bei älteren Patienten können diese Symptome fälschlich als Demenz diagnostiziert werden (sog. „Pseudodemenz“) [45].

Inhaltliche Denkstörungen

Im Verlauf einer depressiven Episode können Wahnideen auftreten, welche meist synthyme Inhalte thematisieren. So kreisen diese um die Grundbedürfnisse eines Menschen sowohl materieller wie auch psychischer Natur: beim Verarmungswahn zeigt sich die krankhafte Überzeugung, kein Geld mehr zu besitzen und die Familie durch die eigene Erkrankung finanziell stark zu belasten. Beim hypochondrischen Wahn ist der Betroffene überzeugt, schwer erkrankt zu sein, beispielsweise an Krebs oder AIDS, und daran bald zu versterben. Im Schuldwahn wird das somatopsychische Leiden als Strafe für in der Vergangenheit begangene Fehler gesehen; oder aber an allen Missständen der Welt schuld zu sein oder diese direkt verursacht zu haben. Weiterhin kann Kleinheits- / Nichtigkeitswahn auftreten, in welchem der Betroffene sich selbst als vollkommen wertlos empfindet. In der Steigerung zum nihilistischen Wahn glaubt der Patient, nur noch hypothetisch zu existieren und sein gesamtes soziales Umfeld verloren zu haben. Alle genannten Wahnideen stellen sich als unverrückbare Überzeugungen des Patienten dar, auch wenn die Inhalte von Außenstehenden als nicht real beurteilt werden. [45,48].

Wahrnehmungsstörungen

Bei einer mit psychotischen Symptomen verbundenen depressiven Episode treten selten Wahrnehmungsstörungen in Form von akustischen Halluzinationen auf. Diese stellen sich als imperative Stimmen mit der Aufforderung zum Suizid aufgrund der Wertlosigkeit und Versündigung des Patienten dar [45].

Antrieb und Psychomotorik

Es finden sich meist leichte Formen der Antriebshemmung, die sich jedoch bis zum depressiven Stupor steigern können. In diesem Fall verharrt der Betroffene regungslos

und ist kaum in der Lage, auf Reize von außen adäquat zu reagieren. Klassischerweise fällt es dem Patienten schwer, seinen Haushalt zu führen oder seinem Beruf nachzugehen. Er hat Schwierigkeiten, sich zu Tätigkeiten aufzuraffen, sie durchzuhalten und zu beenden. Jegliche Beschäftigung nimmt wesentlich mehr Zeit in Anspruch, als es zu einem früheren Zeitpunkt der Fall war. Ein starker Rückzug aus allen sozialen Bereichen folgt aufgrund der Antriebslosigkeit. Trotz des nach außen hin erweckten Eindrucks der starken Hemmung berichten Betroffene über ausgeprägte innere Unruhe. Letztere kann sich auch im Phänomen der agitierten Depression äußern, bei der sich die Patienten wiederholt intensiv verbal über ihr Leiden äußern sowie psychomotorisch sehr unruhig zeigen. Depressive Verstimmungen können einer circadianen Rhythmik unterliegen, welche sich in einem sog. „Morgentief“ (häufiger als das „Abendtief“) äußern [48].

Vegetative Symptome

Zur vegetativen Symptomatik bei Depression gehören körperliche Abgeschlagenheit und Erschöpfung, Schlafstörungen, welche sich als Ein- und Durchschlafstörungen sowie morgendliches Früherwachen darstellen, stark verminderter Appetit mit deutlichem Gewichtsverlust sowie Obstipation oder Diarrhoe, funktionelle Beschwerden des Herz-Kreislauf-Systems und der Atmung, diffuse Schmerzzustände bis hin zu Libidoverlust und sexuellen Funktionsstörungen [49].

Suizidalität

Bei depressiven Patienten ist das Suizidrisiko besonders erhöht. 60-70% der Betroffenen entwickeln in einer depressiven Episode Suizidgedanken, 4% aller einmal hospitalisierten Patienten sterben durch Suizid [49]. Nach Lindner [50] weisen folgende Faktoren auf eine akute Suizidalität hin: Präsuizidales Syndrom mit sozialer und psychischer Einengung sowie gegen die eigene Person gerichtete aggressive Fantasien; anamnestische Risikofaktoren wie psychosoziale Krisen, chronische Suizidalität mit vorhergehenden Suizidversuchen; Trennungserfahrungen sowie die aktuelle psychische Befindlichkeit unter Beachtung akuter Lebensbelastungen und gestörter Krankheitsverarbeitung. Die Patienten zeigen sich oft sehr ambivalent gegenüber ihren suizidalen Tendenzen und sind entlastet, wenn diese in einem therapeutischen Kontakt angesprochen werden.

Ätiologie

Der Depression liegt ein komplexer Entstehungsprozess zugrunde, in welchen neurobiologische, psychologische und soziale Aspekte einfließen.

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell beschreibt, dass Faktoren wie einschneidende akute Lebensereignisse oder chronische Belastungen psychische Erkrankungen hervorrufen können. Dies geschieht in Abhängigkeit von der jeweiligen persönlichen Widerstandsfähigkeit – die Auslöser können umso geringer sein, je höher die genetische Disposition ist [45].

Diskutiert werden ebenfalls mögliche Störungen von Neurotransmittersystemen. So kann beispielsweise ein Mangel an Katecholaminen oder Serotonin bestehen, welche über die Hypothalamus-Hypophyse-Nebennierenrinde-Achse Einfluss auf die circadiane Rhythmik und den Schlaf nehmen [51–53].

Das kognitive Depressionsmodell nach Beck geht von der Annahme aus, dass der Patient durch dysfunktionale kognitive Schemata sich selbst, die Umwelt und die Zukunft negativ interpretiert. Diese Schemata sind bedingt durch vergangene Erfahrungen und Lebensereignisse und werden als stabile Verarbeitungsmuster fortgeführt. Häufig äußert sich dies beispielsweise in absolutistischem „Schwarz-Weiß-Denken“ [54].

Ein weiteres Konzept besteht im Modell der erlernten Hilflosigkeit nach Seligman, in welchem die erlebte Nicht-Kontrollierbarkeit von (negativen) Ereignissen zu Resignation und vermindertem Selbstwertgefühl führt. Daraus kann sich auch eine Hoffnungslosigkeit in Bezug auf zukünftige, ebenfalls nicht als beeinflussbar empfundene Situationen ergeben [48].

Psychodynamische Aspekte

Übergeordnet beschrieben, beruhen psychodynamische Erklärungen der Depression auf der Annahme frühkindlicher, psychischer Fehlentwicklungen. Hoffmann und Hochapfel beschrieben hierzu depressive Motivelemente: unbewusste Verlust-, Abhängigkeits- und Größenfantasien, Entwicklung aggressiver Affekte, rigide Gewissensbildung, Wendung der Aggression gegen das Selbst sowie erhöhte Verletzbarkeit des Selbstwertgefühls [48].

Anfang des 20. Jahrhunderts prägte Freud die Annahme, dass unbewusste Verlustfantasien, beispielsweise der (nicht reale) Tod eines Angehörigen als Beziehungsverlust auch zum Verlust von Glück, Zufriedenheit und Selbstwert führen (Ich-Verarmung). Basierend auf Freuds entwicklungspsychologischem Modell setzten sich unter anderem Anna Freud und Margaret Mahler mit dieser Fragestellung auseinander: eine übermäßige oder unzureichende Bedürfnisbefriedigung in der sogenannten oralen Phase liegt der Depression als psychodynamischer Konflikt zugrunde. Die wichtige Individuation und Separation des Kindes von der Mutter bzw. der primären Bezugsperson wird durch ein zu abruptes Loslösen bzw. deren Vermeidung gestört. Resultierend sei der später erwachsene Patient zur Aufrechterhaltung seines Selbstwertgefühls massiv von anderen abhängig und versuche zur Abwendung von erneuten Verlusterfahrungen, "symbiotische Objekterfahrungen", also ausgeprägte Abhängigkeitsbeziehungen, herzustellen. Hieraus könnten jedoch wieder neue Konflikte entstehen, da für den jeweiligen Beziehungspartner eine "anklammernde" Haltung schwer zu ertragen sei und häufiger die gefürchtete Trennung herbeiführe. Hierdurch ergebe sich eine weiter erhöhte Verletzbarkeit des Selbstwertes im Sinne einer narzisstischen Krise.

Ebenfalls sei die Ausbildung unbewusster Größenfantasien eine zusätzliche Bewältigungsstrategie von Kränkungerlebnissen.

Die Entstehung aggressiver Affekte aufgrund der oben geschilderten immer wieder auftretenden Frustration durch negative Beziehungserfahrung führt durch das rigide Gewissen des Betroffenen zu einer (pathologischen) Wendung gegen das Selbst. Hieraus lassen sich die nihilistischen Tendenzen mit Selbstbestrafung bis hin zu suizidalen Handlungsimpulsen erklären. Einher geht die erhöhte Verletzbarkeit des Selbstwertgefühls[48].

Rudolf [55] beschreibt die zugrundeliegende Psychodynamik in Form des depressiven Grundkonfliktes, welcher sich auf frühe Störungen des Selbst und der Objektbeziehungen beruft. Er zentriert sich - zusammengefasst - auf die Suche nach Geborgenheit, Versorgung, Sicherheit und ein tröstendes, zur Seite stehendes, die vorgenannten Aspekte teilendes oder anbietendes Objekt.

Die sogenannte mediale Ausprägung des depressiven Grundkonfliktes geht von einem zu früh verlassenen oder zu wenig geförderten Selbst, beispielsweise durch nicht

ausreichend tragfähige Familienbeziehungen, aus. Der Betroffene, das Selbst, erlebt sich als schutzlos, verletztlich, ausgeliefert, bedroht und verwirrt und sucht das o.g. fehlende, gute Objekt in eher atmosphärischer Form. Es besteht der Wunsch nach Ruhe, Entspannung und Harmonie, Unlust oder Schmerz wollen abgegeben werden. Der erwachsene Patient verdrängt diese Bedürfnisse häufig, weil sie seit der frühen Entwicklung als unerfüllbar erlebt wurden.

Die objektale Ausprägung des depressiven Grundkonfliktes fußt ebenfalls auf einem früh zu wenig geförderten Selbst, welches sich eventuell unvollständig von den umgebenden Objekten abgelöst hat. Das Selbst sehnt sich nach Geborgenheit, Fülle, Sicherheit, Sättigung, Lebendigkeit und einer Bestätigung des Selbstwertes durch ein nahes, gutes Objekt. Hieraus ergeben sich eher personale Züge. Deutlich wird hier der "Objekthunger", aber auch der verzweifelt-hilflose Hass gegenüber dem enttäuschenden Objekt.

Gemeinsam ist beiden Ausprägungen die Objektsehnsucht im Sinne eines Wunsches nach einer Person als Objekt (objektal), die Sicherheit und Zuwendung gibt, aber auch autonome Bestrebungen zulässt. Das gewünschte Objekt ist in der Lage, auch Negatives, das im Selbst aufkommt (Schmerz, Angst, Verzweiflung), abzufangen und auszuhalten und somit für das Selbst besser erträglich zu machen. Das medial-atmosphärische Objekt bezieht sich eher auf transzendente Figuren bzw. das unscharf zu beschreibende Sehnen nach "Glück", "Erfüllung", "Erlösung".

Jedoch bergen diese Idealvorstellungen automatisch ein großes Potential zur Enttäuschung. Auch die Ausgangssituation des depressiven Grundkonfliktes basiert auf der Objektenttäuschung. Als Resultat ergibt sich häufig die Tendenz zu destruktiven Anteilen des Selbst, Trauer oder Verzweiflung können nicht vom fehlenden guten Objekt abgefangen und gemildert werden.

Die Verzweiflung des Selbst an seiner als nicht ausreichend empfundenen Liebenswertheit und Leistung beinhaltet auch nihilistische Aspekte mit dem Gefühl von Kontrollverlust, Gekränktheit und Alleinsein, welche nicht ausgehalten werden können. Auch diese Empfindungen werden größtenteils durch Verdrängung abgewehrt.

Die Konfliktsituation im depressiven Grundkonflikt ergibt sich folglich auf der einen Seite aus dem Wunsch, das abwesende oder verlorene Objekt durch Klagen

zurückzugewinnen, auf der anderen Seite der empfundenen Unmöglichkeit oder dem Verbot, sich mit einem derartigen Appell bzw. Bedürftigkeit auszudrücken. Auch kann sich aus dem Wunsch nach einem idealisierten Objekt, das "Gutes" zur Verfügung stellt und der bereits gemachten Erfahrung, dass dieses Objekt unerreichbar ist, eine Ambivalenz mit resultierender Trauer, dem Gefühl des Verlassenseins sowie weiteren entwertend-vorwurfsvollen Impulsen ergeben.

Strukturell bedeutet dies, dass ein empathisches Einfühlen in andere Personen kaum gelingt, Selbstreflexion nur eingeschränkt erfolgen kann und die Affekte von Enttäuschung und Gekränktsein vorherrschen.

Nach der Arbeitsgruppe OPD [56] verbinden sich die Konflikte Abhängigkeit / Autonomie sowie Versorgung / Autarkie mit Auffälligkeiten im mäßigen bis gering integrierten Strukturniveau.

Die Verarbeitungsformen des depressiven Grundkonfliktes werden nach Rudolf [55] als Versuch, dem Selbst Sicherheit, Bestätigung und befriedigende Objektbeziehungen zu gewähren, beschrieben. Die eigentliche Erkrankung entsteht, wenn die Verarbeitung zusammenbricht.

Ein recht hohes Funktionsniveau geht mit der *altruistischen Verarbeitung* einher. Die Betroffenen kümmern sich aufopfernd um Angehörige oder Freunde und stellen bis zur Selbstverleugnung eigene Bedürfnisse und Interessen zurück. Auf diese Art wird der Angst vor dem Alleingelassenwerden und der Wertlosigkeit begegnet. Die Aggressionsverarbeitung erfolgt über Schuldgefühle, sich entgegen dem eigenen Bestreben um Harmonie anderen gegenüber egoistisch oder feindselig verhalten zu haben. Das Über-Ich wird als sehr streng erlebt. Als Symptom stellt sich schließlich eine Erschöpfungsreaktion dar, wenn die altruistischen Verhaltensweisen nicht mehr durchgeführt werden können.

In der *narzisstischen Verarbeitung*, welche ebenfalls mit einem hohen Funktionsniveau einhergeht, wird versucht, die depressive Objektabhängigkeit durch die narzisstische Objektunabhängigkeit zu überwinden. Über Größenerleben, das Selbst als kongruent mit den eigenen Idealvorstellungen zu sehen sowie die Darstellung und Empfindung von Grandiosität distanziert sich der Betroffene von den ihn umgebenden Objekten, welche er im Verlauf auch immer wieder entwertet. Gegensätzlich zu dieser Entwertung

erwartet er jedoch Anerkennung und Bewunderung zur Selbstaufwertung. Die Stabilität dieser Verarbeitungsform ist dann gefährdet, wenn das Umfeld die narzisstische Gratifikation einstellt. Häufig stellen sich ebenso wie zuvor genannt Erschöpfungszustände ein, wenn die ständige Angst vor Nichtbeachtung oder die Bestrebungen nach bestmöglicher Leistung nicht mehr aushaltbar sind. Auf der Symptomebene zeigt sich die narzisstische Dekompensation in der Tendenz zur Selbstzerstörung, mit Affektausbrüchen und Projektion der eigenen Wut auf das Umfeld.

Die *schizoide Verarbeitung* ist im Gegensatz zu den bereits benannten Verarbeitungsmustern durch eine vergrößerte Distanz zu den Objekten charakterisiert. Hinter dem Anschein von Desinteresse verbirgt sich der Versuch, durch komplette Objektvermeidung die beängstigenden oder auch gefährlichen Anteile der Objekte auszuschließen. Da es im Alltag zwangsläufig zu Begegnungen mit anderen kommt, wird der Kontakt insgesamt möglichst vermieden oder zumindest mit emotionalem Rückzug in Kontakten agiert. Durch diese Schutzstrategie kommt es jedoch auch zu wenig ausgeprägten sozialen Kompetenzen, was häufig als leidvoll erlebt wird. Insgesamt erlebt sich ein Betroffener als wenig integriert in sein Umfeld und kann sich selbst ebenfalls nicht als kohärent erleben. Nach Rudolf ist hier weniger der Selbstwert als vielmehr die basale Existenz des Selbst bedroht. Auf der Symptomebene reagiert der Betroffene bei Zusammenbruch der Distanzierung mit Derealisation und Depersonalisation und folglich großer Angst vor dem Selbstverlust.

Weitere Verarbeitungsmuster bestehen in der *oral-regressiven Form*, welche im Vergleich zu den bereits geschilderten Formen weniger aktiv vorgeht und aus depressivem Objekthunger heraus in einer Abhängigkeitsdynamik mündet, die *philobatische Verarbeitung* mit der an tragenden, nicht-menschlichen Objekten durch Überwindung großer Risiken und Anstrengungen verankerten Glücksstimmung sowie die *Bewältigung durch Humor* mit dem Versuch, durch Ironie und humoristische Brechung bittere Themen abzuwehren.

Die Idee einer typischen, prämorbidem Persönlichkeitsstruktur wird heute nicht mehr verfolgt. Jedoch können bestimmte Aspekte der Persönlichkeit zur Entstehung einer Depression beitragen, wie beispielsweise das starke Bedürfnis nach symbiotischen Beziehungen oder anankastischer Perfektionismus [48,57].

Therapie

Übergeordnete Ziele in der Behandlung von depressiven Störungen sind die Symptomreduktion und folgende Remission, das Senken von Suizidalität und somit der Mortalität sowie die Wiederherstellung der psychosozialen Funktionsfähigkeit.

Psychotherapie

Bewährte Behandlungskonzepte sind Kognitive Verhaltenstherapie und Interpersonelle Psychotherapie.

Die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) basiert auf dem kognitiven Depressionsmodell nach Beck sowie behavioralen Aspekten. Ziel der Therapie ist es, die „kognitive Triade“ aufzubrechen, die verzerrten Wahrnehmungen zu erkennen und durch neue, adäquate Kognitionen und Verhaltensweisen zu ersetzen. Der Fokus liegt auf dem Aufbau von Aktivitäten und Tagesstruktur und der Verbesserung sozialer Kompetenzen über kognitive Techniken. Der Grundgedanke besteht darin, die Verkettung zwischen Denken, Fühlen und Handeln zu begreifen [54,57]. Die Behandlung zeigt sich bei depressiven Episoden sowie zur Rückfallsprophylaxe gut geeignet [58].

Die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) beruht auf der Annahme, dass Depressionen Folge interpersoneller Konflikte sind. Auch beeinflussen psychosoziale Erfahrungen wie Verlust und Belastungen den weiteren Verlauf der Depression. Die IPT konzentriert sich auf das Hier und Jetzt, aktuelle Beziehungen liegen dabei im Fokus. Die Erfüllung sozialer Rollen sowie die schwierige Interaktion mit dem sozialen Umfeld sollen besser gelingen, alternative Handlungsabläufe mit Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. [57]. In ihrer Wirksamkeit bei depressiven Erkrankungen ist die IPT der KVT gleichgestellt [59].

Als Beispiel für psychodynamisch basiertes therapeutisches Arbeiten soll hier die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) dargestellt werden. Im Unterschied zur psychoanalytischen Langzeitbehandlung, bei welcher durch den Therapeuten ein Prozess in Gang gesetzt wird und über die Dauer der Therapie begleitet wird, zeigt sich die TP eher fokussiert, strukturierter und weniger regressionsfördernd [60]. Die Zielsetzung dieses Therapieverfahrens liegt in der Durcharbeitung des vorrangig wichtigsten Konfliktes, wobei durchaus auch Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand berücksichtigt werden. Hierdurch werden weitere Veränderungsprozesse

spontan angeregt. Grob lassen sich folgende Techniken hervorheben: Das subjektive Empfinden des Patienten wird erfragt und beinhaltet, „die Klage“ des Patienten wie auch „Erfolgsberichte“ entgegenzunehmen. Das Narrativ als Beispiele aus der aktuellen Lebenswelt des Patienten dient zur differenzierten Wahrnehmung und Klärung der Bedeutung von subjektivem Erleben. Die Patienten-Therapeuten-Beziehung soll durch Beschreibung der interaktionellen Situation des Patienten zur Selbstwahrnehmung wie auch zum Erleben des Gegenübers einbezogen werden. Gefühle, Vorstellungen und Absichten sollen formuliert werden, um die introspektive Wahrnehmung anzustoßen, wobei der Therapeut im Sinne der Konfrontation Vermutungen über Zusammenhänge darstellt. Ein zusätzlicher zentraler Punkt liegt in der biografischen Arbeit, in welcher wichtige Beziehungserfahrungen aus der Perspektive des Ichs von früher wie auch aus der des Ichs von heute betrachtet werden. Hierüber wird ein Verständnis vom eigenen Erleben und Verhalten erreicht, wo früher entwickelte Bewältigungs- und Abwehrstrategien heute zu einem selbstdestruktiven Verhaltensstil geführt haben können. Die Neuorientierung nach oder während des Durcharbeitens dient der Gestaltung des Umgangs des Patienten mit alten Erfahrungen, des Umlernens und der Entwicklung einer Zukunftsperspektive [60]. Die Wirksamkeit der TP ist nicht nur bei Depressionen belegt [61].

Pharmakotherapie

Bei der Pharmakotherapie depressiver Erkrankungen werden hauptsächlich Präparate aus den Gruppen der tri- und tetrazyklischen Antidepressiva, der selektiven Serotonin-Reuptake-Inhibitoren, der selektiven Serotonin- und Noradrenalin-Reuptake-Inhibitoren, der selektiven Noradrenalin-Reuptake-Inhibitoren, der Monoaminoxidase-Hemmer und der sogenannten „atypischen“ Antidepressiva eingesetzt. Ihnen gemeinsam ist letztlich die erhöhte Konzentration von Serotonin und/oder Noradrenalin im synaptischen Spalt. Die Wahl eines bestimmten Medikamentes richtet sich nach der jeweiligen Symptomatik, möglichen Vorerfahrungen des Betroffenen mit bestimmten Präparaten sowie den möglichen Nebenwirkungen [48].

Die Initialbehandlung nach der Aufklärung des Patienten erfolgt mit dem Einstieg bei niedriger Dosis und allmählichem Aufdosieren auf die therapeutische wirksame Menge. Das Einsetzen der Wirkung ist nach ca. acht bis 14 Tagen zu erwarten, bei Ausbleiben kann die Dosis maximal erhöht werden oder ein Umsetzen auf einen anderen Wirkstoff erforderlich sein. Zur Erhaltungstherapie sollte die Medikation mindestens vier bis neun

Monate auch über die Remission hinaus eingenommen werden, um das Rückfallrisiko zu vermindern. Zur Rezidivprophylaxe bei Patienten mit mehr als zwei depressiven Episoden sollte die Einnahme zwei Jahre nicht unterschreiten. Bei Depressionen mit psychotischen Symptomen sollten zusätzlich Antipsychotika eingesetzt werden. Benzodiazepine verfügen über nur wenig antidepressive Wirkung, dafür über ein hohes Abhängigkeitspotential; ihre Verwendung muss individuell abgewogen werden [49].

Ergänzende Verfahren sind Schlafentzugs-, Licht- und Elektrokrampftherapie. Bei der Wahl der angemessenen Therapieform ist die Einbeziehung des Patienten und seiner Angehörigen im Rahmen partizipativer Entscheidungsfindung maßgebend. Angebote zur Psychoedukation sollten ebenfalls erfolgen [49].

1.4 Panikstörung

Die Panikstörung gehört zu den Angststörungen und ist eng verbandelt mit der Agoraphobie [62]. Sie ist geprägt durch wiederholtes, unerwartetes Auftreten von intensiven Angstanfällen („Panikattacken“) ohne Beziehung zu bestimmten Situationen oder Objekten.

Epidemiologie

Die Zwölf-Monats-Prävalenz der europäischen Allgemeinbevölkerung für Panikstörung liegt bei 1,8%. Frauen sind mit 3,0% häufiger betroffen als Männer mit 1,7%.

Agoraphobie ohne Panikattacken liegt bei 1,3%. Im Geschlechterverhältnis sind Frauen bei Panikstörung doppelt so häufig, bei Agoraphobie dreimal so häufig betroffen wie Männer [62]. In Deutschland verhält es sich ähnlich: die Zwölf-Monats-Prävalenz für Panikstörung beträgt 2,3%, die Lebenszeitprävalenz 3,9%, Frauen sind ebenfalls doppelt so häufig betroffen [63]. Das Ersterkrankungsalter für die Panikstörung liegt zwischen Ende der dritten und Mitte der vierten Lebensdekade, bei Agoraphobie in der Mitte der dritten Lebensdekade [64].

Symptomatik

Panikattacken bestehen aus einer starken Angstreaktion, die in Episoden auftritt. Begleitet werden sie von ausgeprägten körperlichen Symptomen, charakteristisch sind Herzrasen, Brustschmerz, Schwitzen, Zittern, Atemnot und Erstickungsgefühle, gastrointestinale Beschwerden oder Schwindel. Kognitive Symptome wie Gefühle von Derealisation und Depersonalisation, außerdem große Angst, verrückt zu werden, die Kontrolle zu verlieren oder zu sterben sind ebenfalls vertreten [43]. Die Dauer einer Attacke liegt bei ungefähr 30 Minuten, das Angstmaximum wird bereits nach ein bis zwei Minuten erreicht [45].

Eine Panikstörung liegt vor, wenn Angstanfälle wiederholt auftreten und der Betroffene deshalb ein verändertes Verhaltensmuster zeigt. Ständig besteht die Sorge, eine neue Panikattacke zu erleiden oder daraus resultierende negative Konsequenzen erfahren zu müssen. Die Patienten empfinden die Panikattacken als quälend und wännen sich in Lebensgefahr. Da ihre Beschwerden somatisch nicht begründbar sind, werden sie oft nicht ernstgenommen [64]. Durch ihren Leidensdruck entwickeln die Patienten meist ein agoraphobisches Vermeidungsmuster [62]. Agoraphobie besteht aus der Angst vor Situationen in der Öffentlichkeit, beispielsweise große Plätzen mit vielen Menschen oder geschlossene Räume ohne Möglichkeit zur Flucht. Bezeichnend ist das erfolgreiche Vermeidungsverhalten, aufgrund dessen die Paniksymptomatik später völlig ausbleiben kann. Entscheidendes Symptom ist die Phobophobie („Angst vor der Angst“), bei welcher Betroffene bereits vor kritischen Konfrontationen Furcht empfinden. Um diese ertragen zu können, wird ein Sicherheitsverhalten entwickelt, indem möglicherweise ein Medikament ständig mitgeführt wird [45]. Die Lebensqualität und die Arbeitsproduktivität sind häufig stark eingeschränkt [64].

Ätiologie

Ängste begleiten den Menschen durch seine komplette Entwicklungsgeschichte. Sie dienten dazu, die gefährliche Umwelt wie beispielsweise den häufig bemühten Säbelzahn tiger zu überleben, während die Furchtlosen Begegnungen dieser Art häufig nicht überstanden. Auch heute reagieren wir auf deutliche Signale wie Gewitter mit Blitz und Donner mit Angst, wie auch zeitgenössische Herausforderungen (Terror, radioaktive Verseuchung) vielen Furcht einflößen. Im Kontrast zu den sogenannten gesunden Ängsten, welche sich auf reale Auslöser beziehen, im Ausmaß dem Auslöser angemessen sind sowie bei Wegfall des Angstauslösers beendet sind, stehen die

pathologischen Ängste. Diese beziehen sich auf Fehlattritionen mit ggf. fantastischer Überhöhung oder Verkennung des Auslösers, erscheinen überreaktiv, dauern auch über den Wegfall des Auslösers hinaus an und haben dazu die Tendenz, sich bis in den Rahmen vollständiger Störungsbilder hinein auszuweiten [65]. Die im Folgenden beschriebene Panikstörung ist ein prägnantes Beispiel.

Wie anderen Angststörungen liegt auch der Panikstörung ein multifaktorielles Entstehungskonzept zugrunde.

Zu den prädisponierenden Faktoren gehört eine epigenetisch bedingte erhöhte Vulnerabilität, welche durch traumatische Kindheitserlebnisse noch gesteigert wird. Belastende Lebensereignisse als Erwachsener können den Ausbruch von Panikstörung oder Agoraphobie hervorrufen [64].

Psychophysiologisches Modell

Die Wahrnehmung körperlicher, eigentlich harmloser Symptome wie Schwitzen oder Herzklopfen beim Treppensteigen wird bei Betroffenen kognitiv als gefährlich bewertet. Dies ist oft verknüpft mit belastenden Lebensereignissen wie beispielsweise dem kürzlichen Tod eines Angehörigen, so dass die Patienten befürchten, am gleichen Leiden wie der Verstorbene erkrankt zu sein. Auf emotionaler Ebene wird die Situation als „Angst“ empfunden, was wiederum eine physiologische Reaktion des Körpers wie Tachykardie oder Tachypnoe nach sich zieht. Diese Symptome wiederum werden wahrgenommen und entsprechend beurteilt, wodurch sich der „Teufelskreis“ schließt und die Furcht möglicherweise dramatische Ausmaße annimmt [66,67].

Lerntheoretisches 2-Faktoren-Modell

Das Zwei-Faktoren-Modell der Angst beschreibt die Entstehung der Panikstörung über klassische und operante Konditionierung.

Ein neutraler Reiz wird durch eine gleichzeitige unangenehme Situation zum konditionierten Stimulus. Durch diesen wird später ohne tatsächliche Gefahr Angst ausgelöst (1. Faktor). Das Vermeidungsverhalten wird erlernt und aufrechterhalten, indem der Angst induzierende Stimulus verlassen wird und die negative Konsequenz „Angst“ wegfällt (2. Faktor). Kurzfristig ist der Betroffene durch die nicht mehr auftretende Symptomatik entlastet. Problematisch ist jedoch die folgende

Reizgeneralisierung, da der Patient seine Furcht nicht mehr bewältigen kann und immer mehr Situationen Panikanfälle triggern [67,68].

Psychodynamischer Hintergrund

Im Zuge der Entwicklung der Psychoanalyse entstanden unter Freud und Bowlby drei unterschiedliche, sich aber jeweils ergänzende, psychodynamische Angstmodelle. Die erste Signalangsttheorie nach Freud zentriert sich auf angstausslösende starke Affekte (Konfliktbedingte Genese pathologischer Ängste). Die auslösende Situation wird nach Freud durch entweder "Versuchung" oder "Versagung" bestimmt und hat einen inneren oder äußeren Konflikt zur Folge. Es resultiert eine subjektive Überforderung, durch welche als Schutzmechanismus die Rückversetzung in kindliche Schemata, die Regression, einsetzt. Hierdurch werden infantile, möglicherweise triebhafte Konflikte wiederbelebt, welche mit großer Anstrengung abgewehrt werden müssen. Scheitert diese Abwehr und die auslösende Situation wird somit als "gefährlich" erlebt, wird Angst mit der Tendenz zur Panik empfunden [65].

Freud beschrieb auch die zweite Signalangsttheorie, die strukturbedingte Genese pathologischer Ängste, welche eine Schwäche der Hintergrund- bzw. Persönlichkeitsstruktur zugrunde legt. Die nicht voll ausgereifte Entwicklung von Selbst und Ich wird mit ihren einhergehenden Insuffizienzen der Persönlichkeitsstruktur wahrgenommen. Das als brüchig erlebte Ich dient als auslösendes Signal. Durch die nicht ausreichenden Möglichkeiten zur Abwehr oder Kompensation wird ein Erlebnis wiederum als "gefährlich" wahrgenommen. Es resultiert erneut das Gefühl von Angst, welche im Kontrast zur konfliktbedingten Genese (s.o.) eher diffus ist [65].

Die dritte Signalangsttheorie geht zurück auf Bowlby und fokussiert sich auf die Angstausslösung durch bedrohte Bindung und Trennung (ethologisch bedingte Genese pathologischer Ängste). Das in der Evolution verankerte Bindungsbedürfnis des Menschen wird durch nicht ausreichende primäre Bindungssicherheit in der Biografie nicht befriedigt. Als Bedrohungserlebnis gilt dann der Beziehungsverlust. Verlassen sein steht für das auslösende Signal. Der verwurzelte Affekt Angst überflutet den Betroffenen [65].

Therapie

Speziell bei Panikstörung und Agoraphobie stehen bei der KVT Expositionsverfahren in sensu und in vivo im Vordergrund. Die Patienten begeben sich bei der

Expositionstherapie in für sie angstauslösende Situationen und versuchen, diese in der Vorstellung oder in der Realität auszuhalten. Durch ein Verbleiben in der Reizkonfrontation können die Betroffenen lernen, dass die Angst nachlässt. Dieser Effekt wird über Habituation verstärkt. Die beschriebenen Therapieverfahren haben sich als sehr effektiv erwiesen [69].

Ebenfalls existieren für Angststörungen psychodynamische Therapieformen. Wie im Abschnitt der psychodynamischen Behandlung der Depression bereits erläutert, erfolgt auch hier die Auseinandersetzung mit Widerstand, Übertragung und Gegenübertragung. Nach Hoffmann [65] liegt das Hauptziel der Therapie hier konkret in der Auflösung der pathologischen Verknüpfung der angstauslösenden Reize und der angsterhaltenden Vorstellungen, bewusst wie unbewusst. Kernthemen sind der Inhalt der Ängste, der individuelle Umgang mit ihnen sowie die Wünsche (im Sinne konfliktauslösender Bedürfnisse) des Betroffenen. Als Therapieziele ergeben sich hier die Ich-Stärkung zur verbesserten Bewältigung der Angst wie auch die Verinnerlichung eines „steuernden Objekts“ [65] (S. 50), beispielhaft dafür ist die Identifizierung mit dem Therapeuten und seiner angstfreien Haltung. Wichtig sind ebenfalls die Klärung von angstauslösenden Assoziationen und entsprechender Konflikte und struktureller Defizite. Daraus ergeben sich die Unterstützung durch den Therapeuten bei der Entwicklung neuer Lösungsstrategien sowie der „Schaffung eines subjektiven Sinngefüges“ [65] (S. 51). Hierbei sollen einerseits neue Umgangsformen mit fordernden emotionalen Situationen erprobt und eingeführt werden, andererseits eine Sinngebung der Angststörung mit einer einhergehenden veränderten Selbstsicht erfolgen.

Ebenso hat sich bei phobischen Störungen eine Vergleichbarkeit in der Wirkung von KVT und psychodynamischen Methoden ergeben [70].

Auch bei Panikstörung mit und ohne Agoraphobie können Antidepressiva der oben genannten Gruppen eingesetzt werden. Aufgrund der häufig initial auftretenden Nebenwirkungen wie Ängsten, Unruhe, Schlafstörungen und Tachykardie kommt es jedoch zu hohen Abbruchquoten der medikamentösen Therapie.

Benzodiazepine zeigen eine sehr gute Wirksamkeit bei Panikattacken, die Compliance ist bei weniger Nebenwirkungen im Vergleich zur antidepressiven Medikation besser. Die oftmals langjährige Einnahme birgt jedoch bei hohem Abhängigkeitspotential die

Gefahr der Entzugssymptomatik bei Absetzen der Medikation sowie Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten. Aufgrund dieser Risikofaktoren gelten Benzodiazepine nicht als Mittel der ersten Wahl in der Langzeitbehandlung [67].

Verlauf, Komorbiditäten und Prognose

Im Gegensatz zur episodischen Depression verlaufen Angststörungen meist chronisch, vor allem, wenn sie unbehandelt bleiben [64]. Bei der Panikstörung traten sekundär vor allem Depressionen (52%), somatoforme Störungen (37%) sowie Alkoholabhängigkeit (16%) auf. Die Sterblichkeit ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung leicht erhöht. Unklar ist, ob dies durch eine erhöhte Suizidrate oder vermehrt vorkommende kardiovaskuläre oder respiratorische Erkrankungen verursacht wird [64].

1.5 Krankheitsbewältigung

Krankheitsbewältigung kann allgemein im Rahmen des Umgangs mit Stresssituationen betrachtet werden. Im Transaktionalen Stressmodell nach Lazarus [71] wird hervorgehoben, dass nicht nur der objektive Reiz, sondern vielmehr der subjektive Umgang und die Bewertung durch die betroffene Person entscheidend sind. Lazarus beschreibt unter dem Punkt der Primären Bewertung, dass Reize oder Situationen zunächst kategorisiert werden in irrelevant, benigne-positiv oder stressauslösend bzw. potentiell gefährlich. Die letztgenannte Gruppe kann unterteilt werden in *Schädigung / Verlust* mit bereits eingetretenem Schaden, *Bedrohung* mit erwartetem Schaden sowie *Herausforderung* mit als bewältigbar eingeschätzter Situation. Die benannten Kategorien können auch überlappend auftreten.

Es folgt die Sekundäre Bewertung, in welcher die Einschätzung getroffen wird, welche Bewältigungsmechanismen zur Verfügung stehen und ob diese das gewünschte Ziel erreichen können. Sind keine ausreichenden Bewältigungsstrategien vorhanden, entwickelt sich eine Stressreaktion. Die folgenden Bewältigungsversuche (Coping) sind immer abhängig von der individuellen Konstitution der betroffenen Person. Im Verlauf können bislang angewendete Bewältigungsstrategien in ihrer Wirksamkeit bezüglich Erfolg oder Misserfolg überprüft und gegebenenfalls angepasst werden [71].

In der sich anschließenden Neubewertung stehen Anpassen und Lernen im Vordergrund. Durch erfolgreich eingesetzte Bewältigungsstrategien müssen zukünftige Stresssituation beispielsweise nicht mehr als Bedrohung, sondern eher nur noch als Herausforderung im Sinne der Primären Bewertung aufgefasst und verarbeitet werden [71].

Die Bewältigungsstrategien können nach Lazarus [71] in drei Coping-Untergruppen eingeteilt werden. Beim problemorientierten Coping wird auf der Ebene des Stressors über Mittel wie Informationssuche, aktives Handeln oder auch gezieltes Nicht-Handeln das Problem entweder überwunden oder sich an die schwierige Situation angepasst. Emotionsorientiertes Coping dient primär dem Abbau der durch den Stressor entstandenen emotionalen Erregung - nicht der Inhalt des Problems, sondern seine subjektive Bewertung wird angepasst. Bewertungsorientiertes Coping verknüpft zum einen die beiden bereits benannten Strategien, zum anderen findet sich hier der Begriff der Neubewertung (s.o.) wieder. Hierdurch sollen Belastungen eher als Herausforderung gesehen werden, damit andere Möglichkeiten zur Bewältigung eingesetzt werden können.

Ermann [72] beschreibt die Krankheitsbewältigung als im Zusammenhang mit dem Krankheitsverlauf stehend. Zu bewältigende krankheitsbedingte Belastungen betreffen beispielsweise die (nicht mehr Un-)Versehrtheit des Körpers, Verlust der Kontrolle über den eigenen Körper wie auch die Situation, die Auseinandersetzung mit den Gedanken an den eigenen Tod sowie Veränderungen im Sozialgefüge hinsichtlich der Einnahme anderer Rollen und Aufgaben.

Die subjektive Krankheitstheorie der Betroffenen, welche größtenteils unbewusst bleibt, beeinflusst die Krankheitsbewältigung ebenfalls stark. Häufig steht diese im Widerspruch zu rationalen Kenntnissen der Betroffenen wie auch dem medizinischen Wissen. Gebildet ist die subjektive Krankheitstheorie durch soziokulturelle Prägungen und persönliche Erfahrungen und kann der Krankheit unterschiedliche Funktionen zuweisen wie beispielsweise Entlastung und Auflehnung, Bedrohung und Selbstbestrafung [72].

Da Krankheit nach diesem Verständnis ein Verlust- oder Trauererlebnis ist, folgt der Bewältigungsprozess, welcher bei Misslingen auch somatopsychische Anpassungsstörungen wie depressiv-ängstliche Symptome oder Somatisierungsstörungen mit sich bringen kann.

Bewältigungsstrategien lassen sich in drei typischen Verhaltensweisen beschreiben: die aktive Auseinandersetzung mit der Krankheit, die Verleugnung sowie der depressive Rückzug. Unbewusste Faktoren, die die Bewältigung beeinflussen, gründen in der Psychodynamik und sind beispielsweise von der subjektiven Krankheitstheorie (s.o.), vorangegangenen Erfahrungen mit Erkrankungen und bisherigen hilfreichen Beziehungserfahrungen abhängig.

Für das Bewältigungsergebnis ausschlaggebend sind die krankheitsbedingten Einschränkungen sowie nicht zuletzt die Persönlichkeit des Betroffenen. Ermann gibt an, dass bis zu einem gewissen Grad das aktive Bewältigungsverhalten vorteilhaft ist. Vor allem bei chronischen Erkrankungen ist hierbei jedoch eine „Einengung des Gefühlslebens“ möglich, sodass in gewissem Maße die Passivität und Verleugnung das subjektive Befinden verbessern kann. Für die (psycho-)somatischen Behandler ist hier entscheidend, die individuellen Herangehensweisen der Betroffenen zu respektieren und ihn entsprechend zu unterstützen [72].

1.6 Versorgung und Inanspruchnahme

Depression

Beteiligt an der Versorgung depressiv Erkrankter sind Psychologische und Ärztliche Psychotherapeuten, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie und Nervenheilkunde oder Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie, weiterhin psychosoziale Beratungsstellen, sozialpsychiatrische Dienste, Institutsambulanzen, Krankenhäuser mit Fachabteilungen für Psychosomatik oder Psychiatrie sowie Rehabilitationseinrichtungen [73]. Hausärzte werden in der Regel als erste Ansprechpartner aufgesucht, wodurch sie eine Schlüsselrolle bei der weiterführenden Behandlung sowie der Überweisung zum Spezialisten einnehmen [74]. Die hausärztliche Diagnosestellung gestaltet sich jedoch als schwierig, da Patienten hauptsächlich somatische Beschwerden äußern, psychische Probleme bleiben meist nur im Hintergrund oder werden eventuell gar nicht angesprochen [44].

In 2011 standen zur stationären Behandlung psychischer Störungen fast 68.000 Betten zur Verfügung [75]. Die Zahl der Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten, welche überwiegend die Versorgung leisten, lag in 2011 bei 19.200 [76].

Schätzungsweise werden jedes Jahr etwa 400.000 Patienten stationär sowie rund 1.000.000 ambulant psychotherapeutisch behandelt [77]. Im Jahr 2006 befanden sich nach Erhebungen einer Krankenkasse 11,97 von 1000 Frauen und 5,5 von 1000 Männern in ambulanter Psychotherapie [78]. Allgemein gilt, dass Patienten mit akuter psychischer Störung häufiger Hilfsangebote in Anspruch nehmen und mehr Krankenhaustage benötigen als Patienten mit remittierter Störung [79].

Problematiken bestehen in der langen Wartezeit, der hohen Wirklatenz sowie nur wenigen Therapieplätzen. Das diagnostische Erstgespräch erfolgt nach ungefähr zwei Monaten Wartezeit, der Behandlungsbeginn erfolgt nach circa vier Monaten [80]. Häufig erfolgt nur die medikamentöse Behandlung durch den Hausarzt, die besser wirksame Kombination aus Pharmako- und Psychotherapie wird erst verzögert eingesetzt [44]. Laut des Bundesgesundheits surveys 1998 liegt die Behandlungsquote bei 50% [81]. Im Bundesvergleich schwankt diese, so liegt sie in Regionen mit Universitäten und psychotherapeutischen Ausbildungsmöglichkeiten höher als in Regionen ohne diese Einrichtungen [44].

Panikstörung

Die Verhaltenstherapeutische Behandlung erfolgt meist durch psychologische Psychotherapeuten, die Pharmakotherapie im hausärztlichen Setting [64]. Die Inanspruchnahme ist trotz vorhandener Behandlungsangebote relativ niedrig, nur 44% der von einer Angststörung Betroffenen haben sich je an eine Institution gewandt. Spezifisch für die Panikstörung liegt dieser Wert allerdings bei 74%. Die ambulante Therapie ist mit 30% bei den Frauen und 23% bei den Männern als häufigste Behandlung vertreten [64].

Psychische Komorbiditäten bei somatischen Erkrankungen

In Krankenhäusern zeigen Patienten mit somatischen Diagnosen in ungefähr einem Drittel der Fälle psychische Komorbiditäten. So zeigten nach Spahn et al. [82] 23% der mittels HADS gescreenten Personen erhöhte Werte für Angst, 32% für Depression. Ebenso gaben 42% starke Probleme im sozialen Leben sowie 19% signifikante funktionelle Defizite im täglichen Leben an. Nach der Bewertung durch einen den Liaisondienst durchführenden Therapeuten benötigten 37% der stationären Patienten

psychotherapeutische Behandlung. 44% der Befragten zeigten sich einer Behandlung gegenüber motiviert, 20% gaben ein starkes Interesse in psychotherapeutischer Beratung an, ebenfalls 20% an einer Beratung auch des Lebenspartners, 33% an Entspannungsübungen. Auch nach Fritzsche et al. [83] waren viele somatische Patienten von psychischen Komorbiditäten betroffen: 24,7% waren von einer Diagnose aus dem Kreis der Neurotischen, Belastungs- und Somatoformen Störungen betroffen, speziell unter einer Belastungsreaktion litten 18,8%. Suchterkrankungen waren mit 5,6% vertreten, affektive Störungen mit 7,8%. Aus der Sicht der Patienten bestand in 30,4% das Bedürfnis nach einem psychologischen Gesprächsangebot sowie nach Entspannungsverfahren. 16,1% zeigten sich interessiert an einem Partnergespräch. Aus Expertensicht wurde bei 41% der Teilnehmer ein Behandlungsbedarf gesehen. 35,4% der befragten Patienten erhielten mindestens eine Intervention in Form eines mindestens zwanzigminütigen Einzelgesprächs.

Aus den vorliegenden Zahlen ergibt sich ein deutlicher Bedarf der konsiliarischen bzw. liaisondienstlichen Mitbehandlung vordergründig somatisch erkrankter Patienten im Krankenhaus.

1.7 Psychosomatischer Konsiliar- und Liaisondienst

Zur Historie

Der Beginn der Konsiliarpsychiatrie (und später der –psychosomatik) tradiert aus dem Aufbau psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in den USA in den 20er Jahren. Psychisch Kranken sollte so ein besserer Zugang zu somatischer Behandlung ermöglicht werden, außerdem die Stigmatisierung als „Anstaltsinsassen“ reduziert werden. Auch primär chirurgische oder internistische Patienten konnten so besser einer Versorgung ihrer psychischen Störungen zugeführt werden [84]. In den 30er Jahren wurden – darauf basierend – erstmals im Sinne einer Liaison-tätigkeit Funktionsabteilungen ohne eigene Betten unter psychiatrischer Leitung gegründet, in welche auch andere Berufsgruppen, wie beispielsweise Sozialarbeiter integriert wurden [85].

Bis in die 60er Jahre hinein verbreitete sich das Konzept des Consultation-Liaison Service (CL-Dienst) in vielen amerikanischen Allgemeinkrankenhäusern und wurde

nach folgenden, auch heute noch gültigen Maßgaben geführt: Einflussfaktoren verstehen, welche dem Patienten die Annahme von Behandlung oder Hilfsangeboten erschweren; Konsilanfragen verständlich bearbeiten ohne „psychoanalytischen Jargon“; über Nebenwirkungen informieren; die Anregung zu eigener Exploration durch den Behandler geben. Hierüber sollten die somatischen Kollegen motiviert werden, den Patienten in die psychiatrisch-psychosomatische Weiterbehandlung zu überweisen, außerdem die generell ablehnende Haltung gegenüber psychischer Probleme abgebaut werden. Nach einer Initiative des National Institute of Mental Health Mitte der 70er Jahre, welche unter anderem Fördermittel für Fellowships bereitstellte, ergab sich knapp 10 Jahre später, dass mittlerweile 25% der befragten Psychiater in C/L-Diensten eingebunden waren [84].

Die Entwicklung der Konsiliar- und Liaisontätigkeit erfolgte in Europa wesentlich später. Vor allem in Großbritannien und den Niederlanden zeigten sich ab den 80er Jahren Bestrebungen, die C/L-Tätigkeit nicht mehr nur im Rahmen von Notfallkontakten, sondern auch breiter gefächert wie beispielsweise im Kontext somatoformer Erkrankungen oder Psychoonkologie anzubieten [84].

In Deutschland ergaben sich in der Behandlung psychisch Erkrankter insgesamt große Umstürze im Rahmen der Psychiatrie-Enquête 1975. Abgelegene psychiatrische Krankenhäuser machten die somatische Versorgung schwierig, sodass in diesem Kontext auch hier der Aufbau psychiatrischer Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern empfohlen und umgesetzt wurde. Die Begleitung von Patienten mit Diagnosen, welche psychische Ausnahmesituationen hervorrufen wie beispielsweise Dialyse, Transplantation, Isolationsmaßnahmen, rückte in den Fokus. Auch die gewünschte Senkung der Zugangsschwelle zu adäquater Behandlung bzw. der Vermeidung von Fehlplatzierung ergab die Empfehlung der Einrichtung von Liaisondiensten [86].

Organisationsformen

Die Liaisontätigkeit zielt ab auf die Verbesserung von Unterstützungsangeboten für Patienten, Angehörige und behandelnde Kollegen. Sie soll zur Diagnosefindung beitragen, die Indikation zur Behandlung stellen und mögliche Behandlungsformen abwägen. Die gewünschte Schulung der (somatischen) Behandler in psychosozialen

Aspekten ermöglicht ein umfassenderes Krankheitsverständnis, welches umso besser wird, je enger der Kontakt zwischen den Liaisonpartnern besteht. Die feste Einbindung des Liaisonkollegen in ein somatisches Team über regelmäßige Teilnahme an Visiten, Stationskonferenzen etc. ermöglicht auch die informelle und somit häufig auch ausführlichere Kommunikation, die Abhängigkeit von speziellen Anfragen reduziert sich. Im Extremfall kann die Liaison­tätigkeit auch losgelöst von Patientenkontakt im Sinne einer Supervision über das somatische Behandlerteam erfolgen [84], [87].

Die Konsiliartätigkeit erfolgt im Vergleich zentriert auf den Patienten und steht in der Tradition der klassischen ärztlichen Konsultation. Sie bezieht sich meist nur auf den konkreten Fall und die damit verbundenen Anforderungen bezüglich Diagnose und Therapie. Die Durchführung selbiger durch den Konsiliar steht kaum im Vordergrund, es erfolgt eher ein Übernahmeangebot, welches das Behandlungssetting (beispielsweise Verlegung von der somatischen Abteilung in jene für Psychosomatik) insgesamt verändert. Eine direkte Kommunikation zwischen den beiden Professionen erfolgt häufig nicht [84], [87].

Die strenge Trennung der beiden Dienste ist heute kaum gegeben, eher existiert ein Ineinanderübergehen.

Ein Konsensus bezüglich der in der Ausbildung angehender Kollegen zu fördernden Inhalte wurde in einer europäischen Studie erzielt. Eine mindestens sechsmonatige Tätigkeit im Bereich der C/L-Dienste wurde empfohlen [88].

Versorgung mit Konsiliar- und Liaisondiensten in Europa

Im Rahmen der ECLW-Studie [89] wurden Daten bezüglich der Konsiliar-/Liaison­tätigkeit aus elf europäischen Staaten erhoben. Es ergab sich, dass 59% der teilnehmenden C/L-Dienste an Universitätskliniken bestanden. 68% verfügten über einen Sozialdienst. An der Versorgung nahmen neben ärztlichem Personal Sozialarbeiter, Psychologen und spezialisierte Pflegekräfte teil. Im Durchschnitt wurde bei 1,0% der in der Klinik vorstellig gewordenen Patienten eine Mitbeurteilung angefordert, welche von den C/L-Psychiatern oder –Psychosomatikern nach einem Tag bearbeitet wurde. Die Anforderung selbst erfolgte durchschnittlich nach 8 Tagen. Eine besondere Dringlichkeit wurde in 70% der Fälle angegeben.

Der gewünschten psychiatrisch-psychosomatischen Mitbeurteilung lagen hauptsächlich akute psychiatrische Symptome zu Grunde (40%), selbst beigefügte Verletzungen (17%) und nicht erklärbar körperliche Symptome (19%) bildeten die nachfolgenden Gruppen. Substanzmissbrauch war mit 7% vertreten. 15% der vorgestellten Patienten hatten bereits psychiatrisch-psychosomatische stationäre Behandlungen in der Anamnese (exklusive Patienten mit Selbstverletzung: hier sogar 41%). Die im Anschluss der Konsultation erhobenen Diagnosen ergaben wie folgt: Organisch bedingte Störungen (17%), affektive Störungen (19%), Substanzabhängigkeit, Anpassungsstörungen und Posttraumatische Störungen jeweils 13%. Angststörungen wurden in 5% diagnostiziert, psychotische Erkrankungen in 4%. Ohne eine psychiatrisch-psychosomatische Diagnose verblieben 9% der Patienten.

Eine Weiterbehandlung erfolgte teilweise über eine Übernahme auf eine psychiatrische Station, der größte Teil erhielt jedoch ambulante Behandlungsangebote.

Die Kollegen der Studie ziehen folgende Schlüsse: Konsiliar- und Liaisondienste haben sich in Europa eher unsystematisch entwickelt und zeigen daher untereinander deutliche Unterschiede. Nur ein Bruchteil der psychisch Erkrankten könne von den bisherigen C/L-Versorgungsstrukturen erfasst werden. Der Schwerpunkt der Dienste liegt auf notfälliger Vorstellung bei dringlichen und akut aufgetretenen Problemen. Insgesamt wird C/L-Diensten eine „Brückenfunktion“ zum einen zwischen Somatik und Psychiatrie bzw. Psychosomatik, zum anderen zwischen akuter Behandlung im stationären Setting und nachfolgender Ambulantisierung zugesprochen.

Unterschiede in der Arbeit psychiatrischer und psychosomatischer C/L-Dienste liegen nach Söllner [90,91] bislang in den unterschiedlichen Diagnosen der zugewiesenen Patienten. Psychosomatische Dienste versorgen mehr neurotische Störungen wie Angststörungen und Belastungsreaktionen, Posttraumatische Belastungsstörungen sowie Anpassungsstörungen, chronisch körperlich Erkrankte und Somatisierungsstörungen. Psychiatrische Dienste zeigen den Schwerpunkt organisch bedingter psychischer Störungen (Delir, Demenz) sowie Suchterkrankungen und Suizidversuche. Psychosomatische Dienste bevorzugen eher die integrative Versorgung über die Liaisonstätigkeit, die eine regelmäßige Präsenz in den "Gastabteilungen" mit Teilnahme an Fallbesprechungen etc. (s.o.) mit sich bringt. Es bestehen ein höherer

Zeitaufwand im Kontakt mit den Patienten und mehr Follow-Up-Termine. Der Fokus liegt eher auf psychotherapeutischen denn pharmakologischen Interventionen.

Psychiatrische Dienste sind häufiger in Form der konsiliarischen Mitversorgung tätig.

Sie intervenieren häufiger in der Akutsituation als rasches und punktuell

Krisenmanagement und nutzen eher pharmakologische Behandlungsansätze.

1.8 Fazit

Pulmonale Hypertonie ist eine schwerwiegende Erkrankung, welche oft mit deutlich erniedrigter körperlicher Leistungsfähigkeit sowie Einschränkungen im alltäglichen Leben einhergeht. Bei zwar mittlerweile verbesserter, jedoch noch immer reduzierter Prognose ist das Grundleiden nur eingeschränkt behandelbar, die Therapie erfolgt größtenteils symptomatisch. Wenige bestehende Studien weisen darauf hin, dass PH-Patienten unter eingeschränkter Lebensqualität leiden und häufig psychische Störungen, vorrangig Depression und Panikstörung, entwickeln. Diese treten umso häufiger auf, je höher der funktionelle Schweregrad der Lungenerkrankung ist (NYHA). Generell sind respirative Erkrankungen in diesem Kontext stärker belastet als vergleichbare Diagnosen aus anderen somatischen Disziplinen. Es besteht eine Unterversorgung mit Psycho- und/oder Pharmakotherapie, bei bisher befragten Patienten bestehen jedoch der Wunsch nach psychosomatischer Beratung und Behandlung. Auch Experten aus dem Konsiliar- und Liaisondienst benennen einen hohen Behandlungsbedarf bezüglich psychischer Störungen bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen.

1.9 Fragestellung

In der vorliegenden Arbeit soll folgenden Fragen nachgegangen werden: Wie häufig treten Symptome von Depression und Panikstörung bei Patienten mit gesicherter PH der Ambulanz für Pulmonale Hypertonie der Universitätsklinik Gießen auf? Wie stark sind diese Patienten in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität eingeschränkt? Wie verhält sich deren Lebensqualität in Bezug auf die körperliche Leistungsfähigkeit? Ist ein psychosomatischer Behandlungswunsch vorhanden?

2 Material und Methoden

2.1. Studiendesign und Patientenkollektiv

Zwischen März und Juli 2012 wurde an 101 Patienten der Ambulanz für Pulmonale Hypertonie des Universitätsklinikums Giessen und Marburg (UKGM), Standort Giessen, im Rahmen ihres regelmäßigen Visits die vorliegende Studie durchgeführt. Die Patienten besuchten die Ambulanz im Rahmen ihrer regelmäßigen Routine-Untersuchungen, bei welchen die aktuelle Ausprägung ihrer Pulmonalen Hypertonie überprüft und gegebenenfalls die Therapie angepasst wird.

Während ihrer Wartezeit zwischen einzelnen diagnostischen Schritten erhielten die Studienteilnehmer ein Set zur Selbstauskunft, bestehend aus einem Patienteninformationsblatt, einer Einverständniserklärung sowie den Fragebögen „Patient Health Questionnaire (PHQ)“ in der deutschen Kurzversion, „EQ-5D“ und „Fragebogen zur Psychosomatischen Behandlung (FPB)“. Die Patienten füllten diese in den Wartebereichen der Ambulanz ohne Hilfestellung aus.

In die Befragung eingeschlossen wurden ambulante PH-Patienten über 18 Jahre mit ausreichenden Deutschkenntnissen und ohne ausgeprägte kognitive Einschränkungen oder schwere psychische Komorbiditäten (beispielsweise Suizidalität), die ihr schriftliches Einverständnis gegeben hatten und zu angegebenem Zeitpunkt nicht bereits an einer anderen Studie teilnahmen.

Ausgeschlossen wurden Patienten, die noch nicht volljährig waren, die keine ausreichenden Deutschkenntnisse hatten, ausgeprägte kognitive Einschränkungen oder schwere psychische Komorbiditäten aufwiesen, von denen keine schriftliche Einverständniserklärung vorlag oder welche bereits Teilnehmer einer anderen Studie waren.

Die Einteilung der Pulmonalen Hypertonie (PH) wurde nach der überarbeiteten Klinischen Klassifikation der Pulmonalen Hypertonie des vierten Welt-Symposiums über Pulmonale Hypertonie in Dana Point 2008 vorgenommen. [92]

Demographische Daten, Diagnose, Erkrankungsdauer und NYHA-Einteilung wurden jeweils der ärztlichen Dokumentation des zugehörigen Visits entnommen.

Befragt wurden $n = 133$ Patienten, von denen $n = 23$ (17,3%) die Teilnahme ablehnten. Neun weitere Patienten wurden nach Einwilligung aufgrund unvollständiger Daten (mehr als 50% nicht ausgefüllt) ausgeschlossen.

Für das beschriebene Vorgehen lag ein positives Ethikvotum unter dem Aktenzeichen 306/11 vom 13.03.2013 (siehe Anhang) vor.

2.2. Methodik

Es wurden folgende Fragebögen eingesetzt:

2.2.1. EQ-5D

Der EQ-5D (siehe Anhang) ist ein krankheitsunspezifischer Fragebogen zur Evaluierung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Er wurde 1990 entwickelt von der EuroQoL-Gruppe und ist in verschiedenen Sprachen aufgelegt worden. [93]. Er verfügt über gute interne und externe Validität [94].

Er setzt sich aus fünf Items zusammen, die Beweglichkeit / Mobilität, Selbstversorgung, allgemeine Tätigkeiten (beispielsweise Studium, Hausarbeit, Freizeit), Schmerzen / körperliche Beschwerden sowie Angst / Niedergeschlagenheit abfragen. Jedes Item kann durch den Patienten mit drei entsprechend formulierten Antwortstufen angegeben werden, die differenziert sind in *keine Probleme*, *einige Probleme* und *extreme Probleme*.

Die Auswertung erfolgt über das „German VAS Value Set“ [95]. Dabei werden den Antwortstufen der fünf Items die Werte 1, 2 und 3 zugewiesen. So ergeben sich verschiedene Gesundheitszustände zwischen 11111 (keinerlei Probleme) und 33333 (extreme Probleme in allen Dimensionen). Über ein multiplikatives Modell kann der Index errechnet werden. Dabei wird ein Produkt aus den dem Value Set entnommenen Koeffizienten der jeweiligen Antwortmöglichkeit und einer Konstanten gebildet. Der Index liegt zwischen 1,0 (entspricht bestmöglichem Gesundheitszustand 11111) und 0,021 (entspricht schlechtestmöglichem Gesundheitszustand 33333).

Zusätzlich verfügt der EQ-5D über eine Visuelle Analogskala, auf welcher zwischen den Werten 0 (am schlechtesten) und 100 (am besten) der aktuelle subjektive Gesundheitszustand durch den Patienten aufgetragen wird (siehe Anhang).

2.2.2. Kurzform PHQ-D

Der Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D) (siehe Anhang) dient als Screeninginstrument für psychische Störungen sowie zur Messung deren Schweregrades und Behandlungserfolgs [96]. Es handelt sich hierbei um die autorisierte und validierte deutsche Version des „Prime MD Brief Patient Health Questionnaire (Brief PHQ)“, die statistischen Kennwerte des Fragebogens sind als gut zu bezeichnen [97,98].

In seiner Kurzform fragt er die Themenbereiche Depressive Störungen, Panikstörung und Psychosoziale Funktionsfähigkeit ab.

Die ersten neun Items bilden das Depressionsmodul (auch „PHQ-9“). In ihnen wird angegeben, wie häufig der Patient sich in den vergangenen zwei Wochen von den aufgeführten Beschwerden beeinträchtigt fühlte. Diese umfassen Interessensverlust, Freud- und Hoffnungslosigkeit, Schlafprobleme, Müdigkeit, verminderter Appetit, Konzentrationsschwierigkeiten, schlechtes Selbstwertgefühl, motorische Veränderungen sowie Gedanken, lieber tot zu sein oder sich Leid zuzufügen. Zu diesen Fragestellungen sind jeweils vier Antwortmöglichkeiten gegeben: *Überhaupt nicht, an einzelnen Tagen, an mehr als der Hälfte der Tage, beinahe jeden Tag*. Diesen Antwortmöglichkeiten werden die numerischen Werte 0 bis 3 zugeordnet, aus welchen ein Skalensummenwert für das Modul errechnet werden kann. Dieser variiert zwischen 0 und 27. Liegt der Summenwert unter 5, ist von keiner depressiven Störung auszugehen. Patienten mit einer leichten oder unterschweligen depressiven Störung weisen zumeist Werte zwischen 5 und 10 auf. Beim Vorliegen einer Major Depression zeigen sich Werte von 10 oder höher, dies schlüsselt sich auf in mittleres (10 bis 14), ausgeprägtes (15 bis 19) und schwerstes (20 bis 27) Ausmaß der Störung.

Die fünf Items des Panikmoduls erheben, ob der Patient in den letzten vier Wochen eine Angstattacke durchlebte, und falls ja, ob dies früher bereits vorgekommen sei.

Körperliche Symptome während des Angstanfalls und Angst vor möglichen neuen Anfällen sowie völlig unerwartetes Auftreten werden ebenfalls abgefragt. Jedes dieser Items kann mit *ja* oder *nein* beantwortet werden. Ein Paniksyndrom besteht, wenn bei allen Items des Moduls *ja* angekreuzt wurde.

Das letzte Item erfragt, wie sehr die angegebenen Probleme es dem Patienten erschweren, mit dem sozialen Umfeld (Arbeit, Haushalt, andere Menschen) zu interagieren. Dafür stehen vier Antwortstufen zur Verfügung: *überhaupt nicht erschwert, etwas erschwert, relativ erschwert* und *sehr stark erschwert* [96].

2.2.3. Fragebogen zur Psychosomatischen Behandlung (FPB)

Der Fragebogen zur Psychosomatischen Behandlung (siehe Anhang) enthält sechs Items und wurde eigens für diese Studie entwickelt. Er fragt über fünf Items die Dimensionen Inanspruchnahme, Psychotherapiemotivation und Behandlungswunsch ab. Die ersten beiden Items entstammen dem Fragebogen einer Bevölkerungsumfrage von Larisch et al. und erfassen aktuelle sowie bereits stattgehabte Erfahrungen mit ambulanter und stationärer Psychotherapie [99]. Die Beantwortung erfolgt in drei Stufen über *Ja*, *Nein* oder *Weiß nicht*. Das dritte und vierte Item erfragen jeweils Hoffnung bzw.

Leidensdruck. Sie sind den Items 2 und 17 aus dem Fragebogen zur Psychotherapiemotivation (FPTM-39) entlehnt [100,101] und verfügen über eine vierstufige Antwortkategorie von *stimmt nicht* über *stimmt eher nicht*, *stimmt eher* bis *stimmt*.

Über das letzte Item wird ein potentieller psychosomatischer Behandlungswunsch in Kombination mit dem präferierten Behandlungsort erfasst.

2.3. Auswertung und Statistik

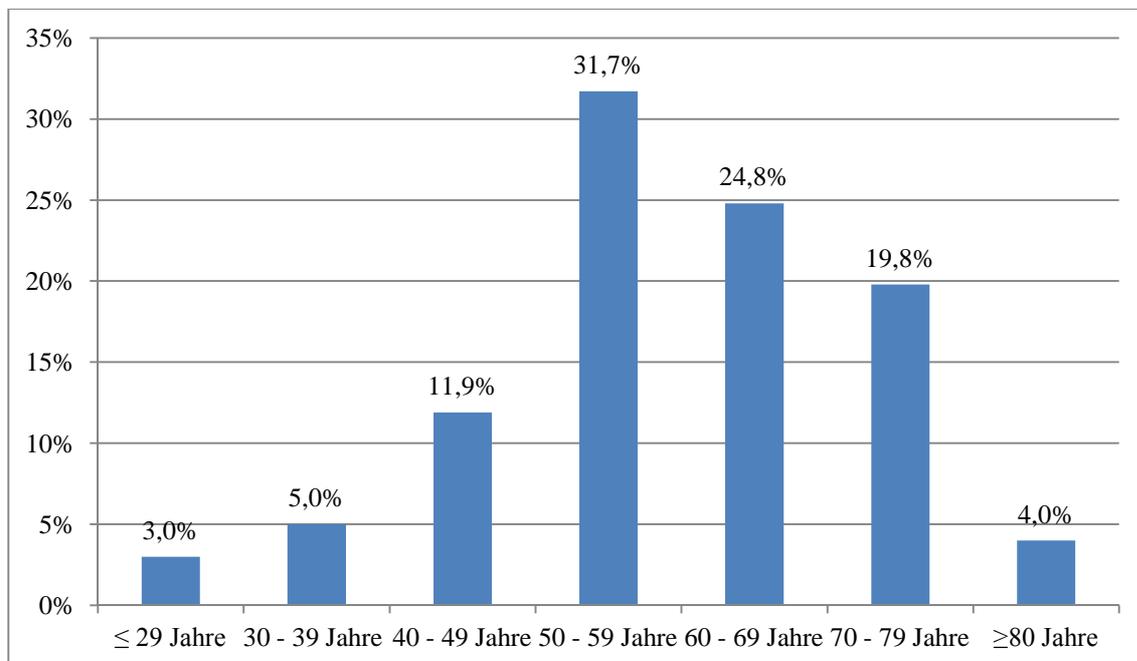
Die Verwaltung der erhobenen Daten erfolgte mit Microsoft Office Excel 2007 für Windows, die statistische Analyse wurde mit IBM SPSS Statistics 20 für Windows durchgeführt. Primär erfolgte die Anwendung deskriptiver statistischer Methoden. Zur Bestimmung von Zusammenhängen zwischen Depressivität, Lebensqualität und Erkrankungsschwere wurde der Spearmansche Rangkorrelationskoeffizient verwendet. Die Prüfung von Gruppenunterschieden erfolgte mittels T-Tests. Für die zweiseitige Signifikanz wurde $p = 0,05$ festgelegt.

3 Ergebnisse

3.1 Soziodemografie

An der Studie nahmen 101 Patienten teil. Im Mittel waren sie 59,15 Jahre alt (Standardabweichung $\pm 13,49$). Aus der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen stammen die meisten Studienteilnehmer mit 31,7% ($n = 32$), gefolgt von den 60- bis 69-Jährigen mit 24,8% ($n = 25$), den 70- bis 79-Jährigen mit 19,8% ($n = 20$) sowie den 40- bis 49-Jährigen mit 11,9% ($n = 12$). Zwischen 30 und 39 Jahre alt sind 5% ($n = 5$), über 80 Jahre 4% ($n = 4$) und unter 29 Jahre 3% ($n = 3$) (Vergleiche Abbildung 1).

Abbildung 1: Altersverteilung der Stichprobe ($n = 101$)

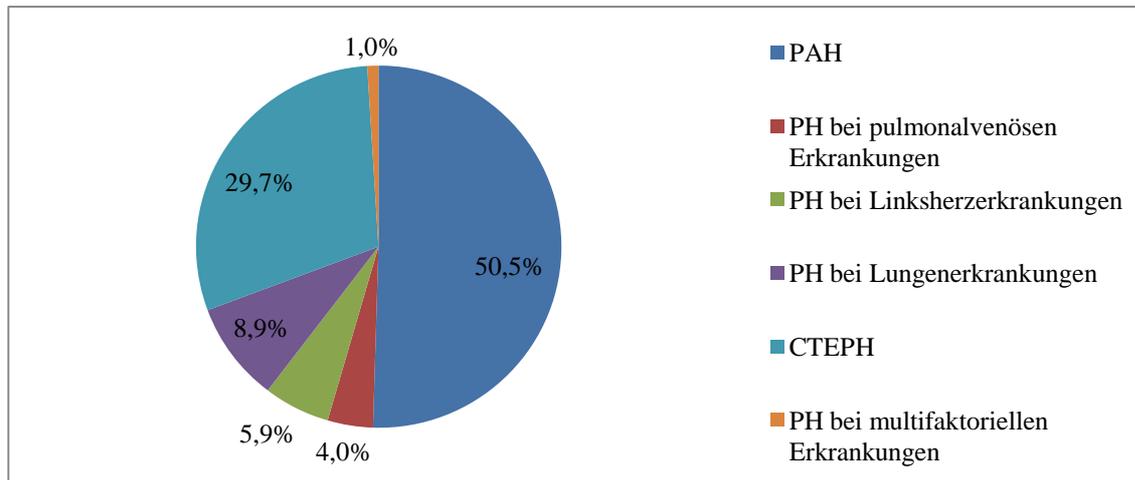


Die Geschlechter teilen sich auf in 67,3% Frauen ($n = 68$) und 32,7% Männer ($n = 33$).

Bezüglich der diagnostischen Klassifikation ist die Gruppe der PAH mit 50,5% ($n = 51$) am stärksten vertreten. Die Chronisch Thromboembolische Pulmonale Hypertonie (CTEPH) bildet mit 29,7% ($n = 30$) die zweitstärkste Gruppe. Es folgen Pulmonale Hypertonie aufgrund einer Lungenerkrankung (8,9%, $n = 9$) oder einer Linksherzerkrankung (5,9%, $n = 6$), pulmonalvenöser Genese (4,0%, $n = 4$) sowie ein

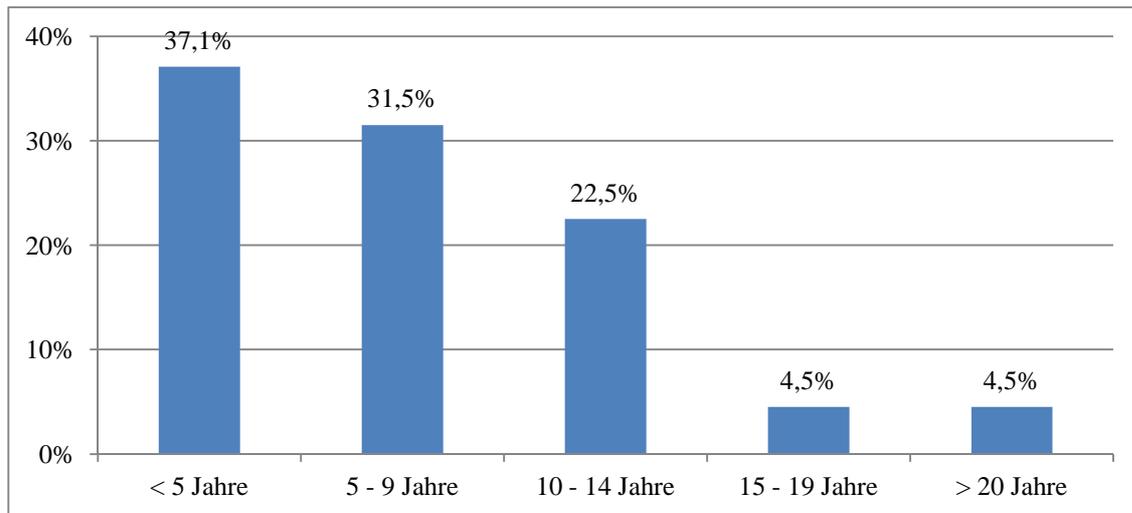
Patient mit PH aufgrund multifaktorieller Mechanismen (1,0%) (Vergleiche Abbildung 2).

Abbildung 2: Verteilung der PH-Diagnosen in der Untersuchungstichprobe (n = 101)



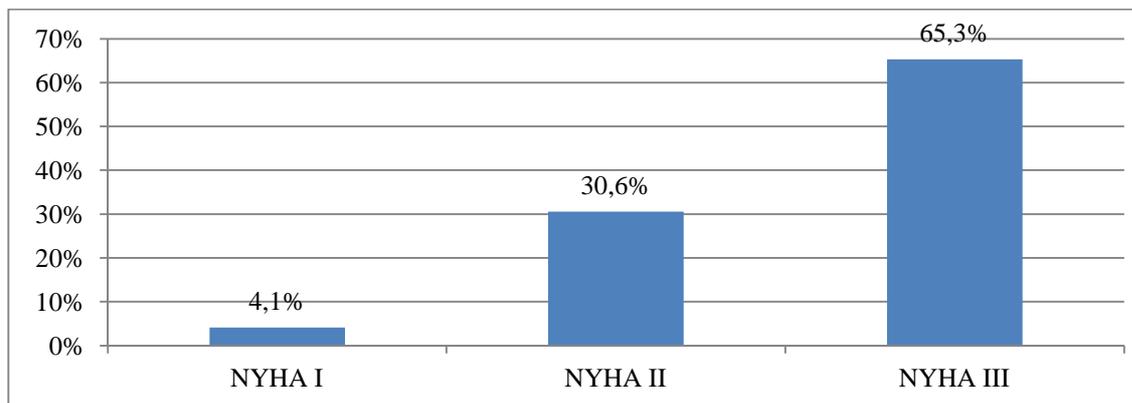
Die Erkrankungsdauer liegt im Mittel bei 7,38 Jahren ($SD \pm 5,58$). Unter 5 Jahren erkrankt sind 37,1% ($n = 33$). Darauf folgend sind 31,5% ($n = 28$) zwischen 5 und 9 Jahren, 22,5% ($n = 20$) zwischen 10 und 14 Jahren sowie 4,5% ($n = 4$) zwischen 15 und 19 Jahren erkrankt. Eine Erkrankungsdauer von über 20 Jahren weisen 4,5% ($n = 4$) auf (Vergleiche Abbildung 3).

Abbildung 3: Erkrankungsdauer Pulmonale Hypertonie in der Stichprobe (n = 101)



4,1% (n = 4) der Patienten befinden sich im NYHA-Stadium I, 30,6% (n = 30) im Stadium II und 65,3% (n= 64) im Stadium III. Stadium IV ist nicht vertreten (Vergleiche Abbildung 4).

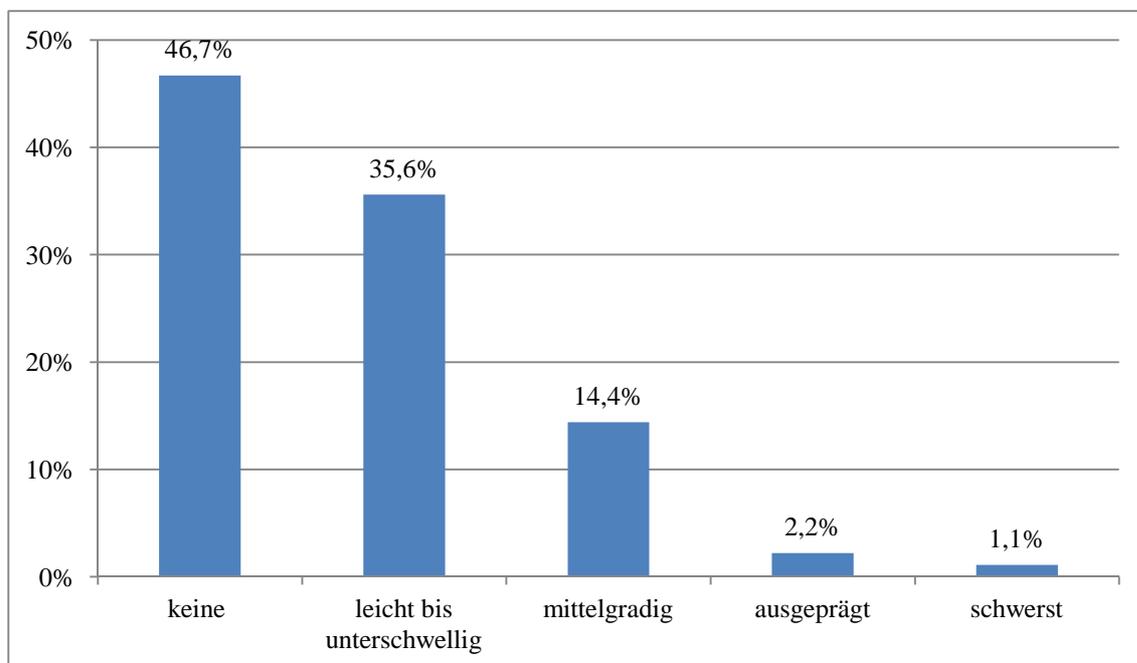
Abbildung 4: Verteilung der NYHA-Stadien bzgl. PH der Stichprobe (n = 101)



3.2 Depression und Panikstörung

In der Auswertung des PHQ-9 ergab sich im Skalensummenwert des Depressionsmoduls ein Mittelwert von 5,62 (SD \pm 4,43). Leichte bis unterschwellige depressive Symptome traten bei 35,6% (n = 32) der Patienten auf. Die mittelgradige Major Depression war bei 14,4% (n = 13) vorhanden, die ausgeprägte Form bei 2,2% (n = 2), die schwerste Form bei 1,1% (n = 1) der Befragten. In 46,7% (n = 42) lag keine depressive Störung vor (Vergleiche Abbildung 5).

Abbildung 5: Ausprägung der Depression der untersuchten Stichprobe (n = 90)



Die einzelnen Items des Depressionsmoduls wurden wie folgt beantwortet (Vergleiche Abbildung 6):

In den dem Befragungszeitpunkt vorausgegangenen zwei Wochen beeinträchtigten Interessensverlust und/oder Freudlosigkeit 35,7% (n = 35) überhaupt nicht, 44,9% (n = 44) an einzelnen Tagen, 13,3% (n = 13) an mehr als der Hälfte der Tage sowie 26,1% (n = 6) beinahe jeden Tag.

Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit wurden von 45,5% (n = 46) überhaupt nicht empfunden. 48,5% (n = 49) fühlten sich davon an einzelnen Tagen,

4,0% (n = 4) an mehr als der Hälfte der Tage und 2,0% (n = 2) beinahe jeden Tag betroffen.

Schlafstörungen in Form von Ein- und Durchschlafschwierigkeiten oder auch vermehrter Schlaf wurden von 25,3% (n = 25) verneint. 44,4% (n = 44) gaben diese an einzelnen Tagen, 16,2% (n = 16) an mehr als der Hälfte der Tage und 14,1% (n = 14) an beinahe jedem Tag an.

Die Frage nach Energielosigkeit und/oder Müdigkeit wurde in 18,2% (n = 18) als nicht vorhanden beantwortet. In 56,6% (n = 56) wurde dies an einzelnen Tagen verspürt, in 16,2% (n = 16) an mehr als der Hälfte der Tage sowie in 9,1% (n = 9) beinahe jeden Tag.

Von gesteigertem oder vermindertem Appetit waren 59,2% (n = 58) nicht betroffen. 29,6% (n = 29) gaben an, dies an einzelnen Tagen zu verspüren. An mehr als der Hälfte der Tage wurde dies von 5,1% (n = 5) empfunden, beinahe jeden Tag von 6,1% (n = 6).

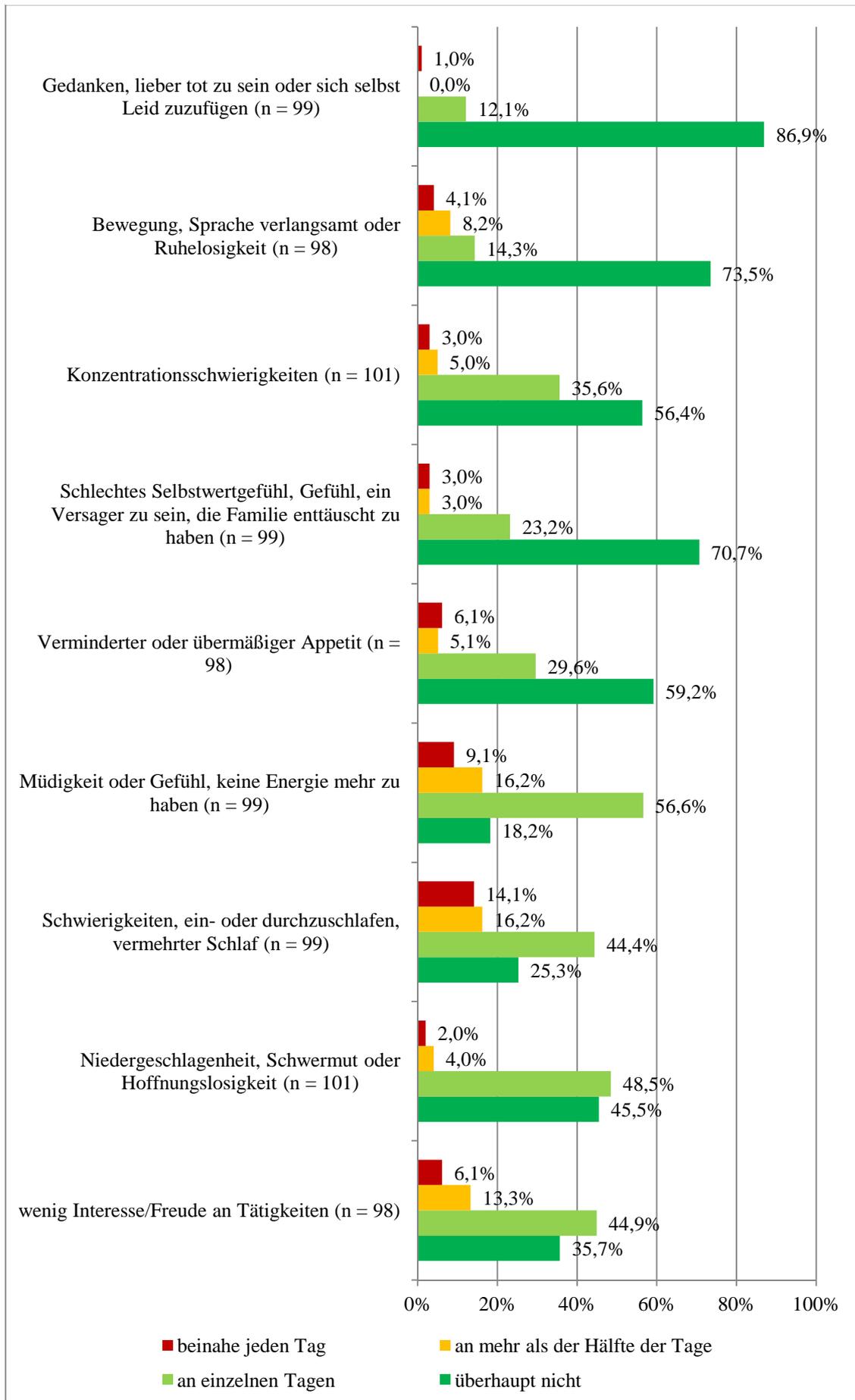
70,7% (n = 70) verneinten, ein schlechtes Gefühl von sich selbst zu haben, sich für einen Versager zu halten oder die Familie enttäuscht zu haben. 23,3% (n = 23) empfanden dies an einzelnen Tagen, 3,0% (n = 3) an mehr als der Hälfte der Tage sowie ebenfalls 3,0% (n = 3) beinahe jeden Tag.

Konzentrationsschwierigkeiten traten bei 56,4% (n = 57) überhaupt nicht auf. An einzelnen Tagen war dies bei 35,6% (n = 36) der Fall, an mehr als der Hälfte der Tage bei 5,0% (n = 5) und beinahe jeden Tag bei 3,0% (n = 3).

Auffällig verlangsamte Sprache und Bewegungen oder motorische Unruhe waren bei 73,5% (n = 72) der Befragten überhaupt nicht vorhanden. An einzelnen Tagen war dies jedoch bei 14,3% (n = 14) der Fall, in 8,2% (n = 8) an mehr als der Hälfte der Tage und in 4,1% (n = 4) beinahe jeden Tag.

Gedanken, tot sein zu wollen oder sich Leid zuzufügen waren bei 86,9% (n = 86) nicht vorhanden. 12,1% (n = 12) dachten an einzelnen Tagen daran, 1,0% (n = 1) beinahe jeden Tag.

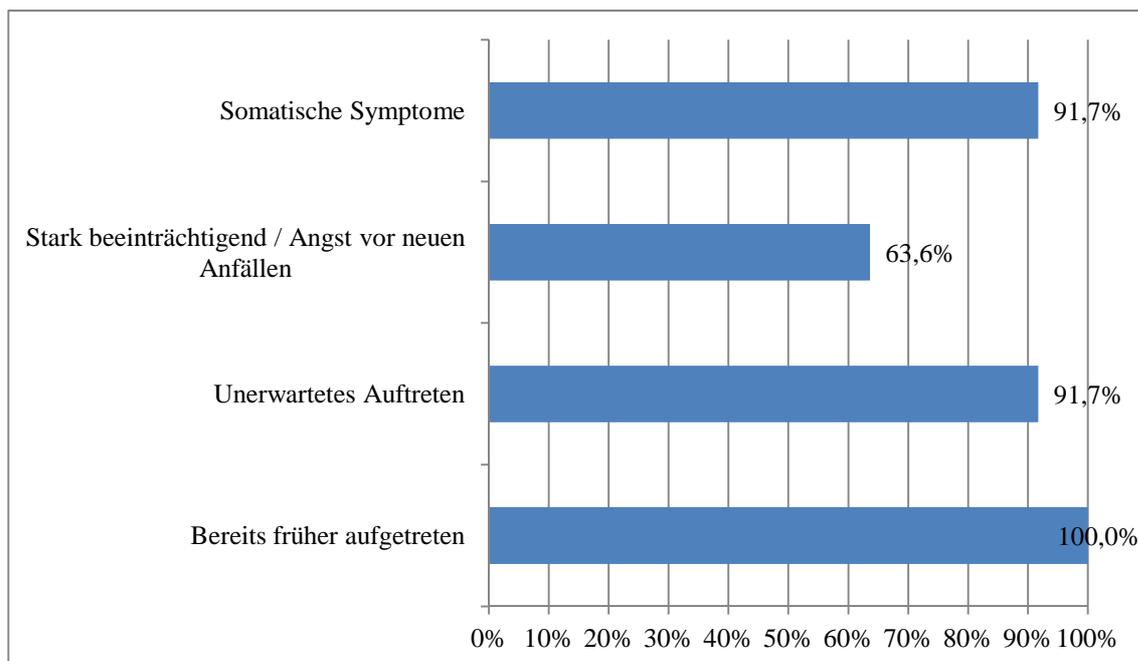
Abbildung 6: Ergebnisse der PHQ-9-Items der Stichprobe



Nach der Auswertung des Panikmoduls ergab sich das Vorliegen eines Paniksyndroms bei 7,1% (n = 7) der Befragten.

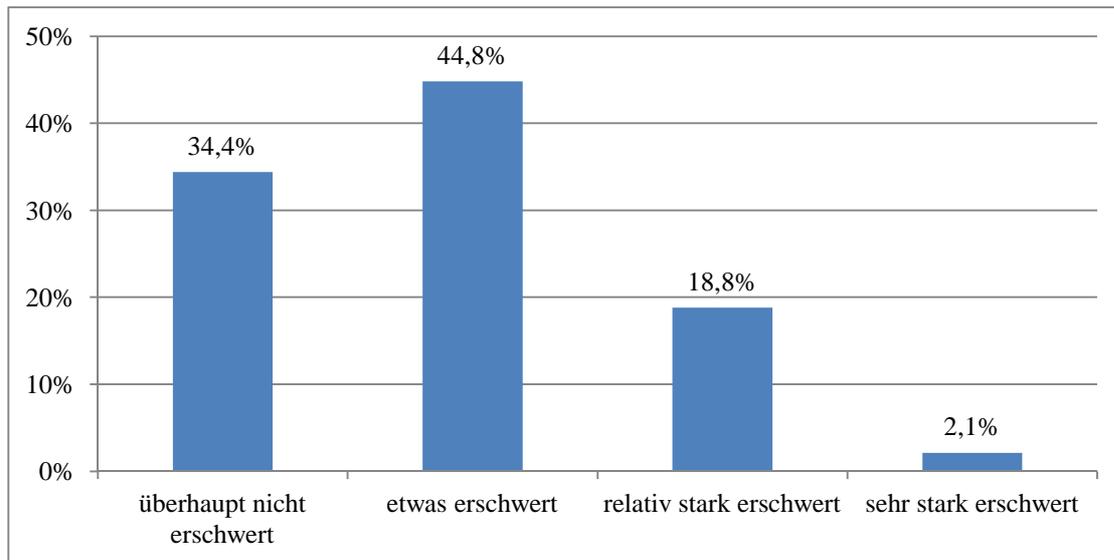
Über eine Angstatte in den vergangenen vier Wochen berichteten 12,1% (n = 12). In dieser Gruppe sei eine solche Attacke bisher bei allen Befragten schon früher einmal vorgekommen (n = 12). Ein völlig unerwartetes Auftreten der Symptomatik gaben 91,7% (n = 11) an, diese wurde von 63,6% (n = 7) als starke Beeinträchtigung verbunden mit Furcht vor einer erneuten Attacke beschrieben. Somatische Symptome wie Kurzatmigkeit, Schwitzen, Herzrasen oder Schwindel traten bei 91,7% (n = 11) auf (Vergleiche Abbildung 7).

Abbildung 7: Beschriebene Charakteristika der in den letzten vier Wochen aufgetretenen Angstatte (n = 12)



Bezüglich ihrer psychosozialen Funktionsfähigkeit zeigte sich die Mehrheit der Befragten nicht bis wenig eingeschränkt. 34,3% (n = 33) sei es überhaupt nicht erschwert, einem Beruf nachzugehen, den Haushalt zu bewältigen oder mit anderen Menschen umzugehen. Etwas erschwert sei dies bei 44,8% (n = 43), relativ stark bei 18,8% (n = 18) sowie sehr stark bei 2,1% (n = 2) (Vergleiche Abbildung 8).

Abbildung 8: Psychosoziale Funktionsfähigkeit der untersuchten Stichprobe (n = 96)



3.3 Lebensqualität

Der Indexwert des EQ-5D lag im Mittel bei 0,72 (\pm 0,24).

Im Item Beweglichkeit und Mobilität gaben 46,5% (n = 46) an, einige Probleme zu haben. Die meisten Befragten zeigten sich nicht beeinträchtigt (53,5%; n = 53).

Zur Selbstversorgung waren noch 83,0% (n = 83) in der Lage. 14,0% (n = 14) gaben an, einige Probleme beim Ankleiden oder der persönlichen Hygiene zu haben. Nicht mehr möglich war dies bei 3,0% (n = 3).

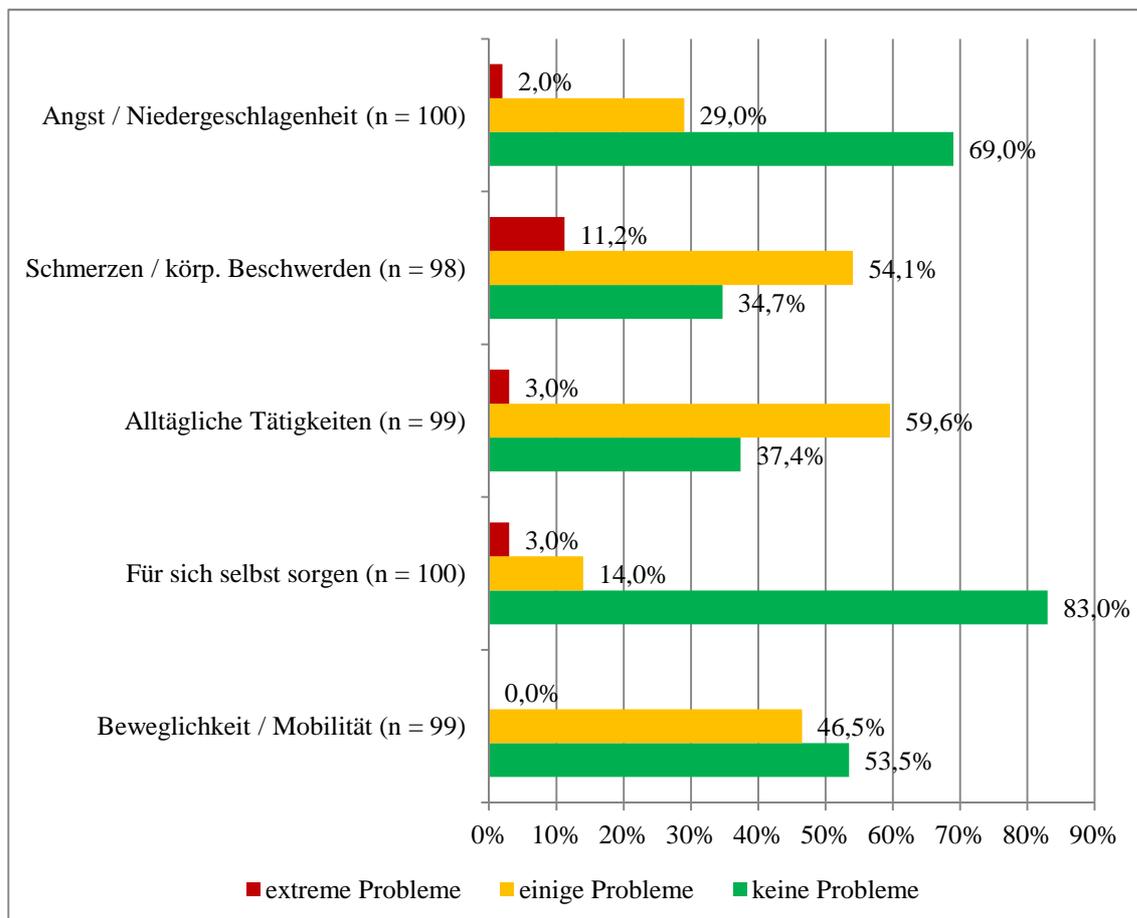
Zwei Drittel (59,6%; n = 59) der Patienten gab Schwierigkeiten bei alltäglichen Tätigkeiten wie Arbeit, Studium, Hausarbeit oder Freizeitaktivitäten an; 3,0% (n = 3) konnten diesen überhaupt nicht mehr nachgehen. Unbeeinträchtigt in diesen Bereichen waren 37,4% (n = 37) der Befragten.

Über extreme Schmerzen oder körperliche Beschwerden berichteten 11,2% (n = 11). Mäßig ausgeprägt waren diese in 54,1% (n = 53). Bei 34,7% (n = 34) waren diese Beschwerden nicht vorhanden.

Der Großteil der Teilnehmer gab an, weder ängstlich noch deprimiert zu sein (69,0%; n = 69). Mäßige Angst oder Niedergeschlagenheit war bei einem Drittel (29,0%; n = 29)

vorhanden. In extremer Ausprägung zeigten sich diese Einschränkungen bei 2,0% (n = 2) (Vergleiche Abbildung 9).

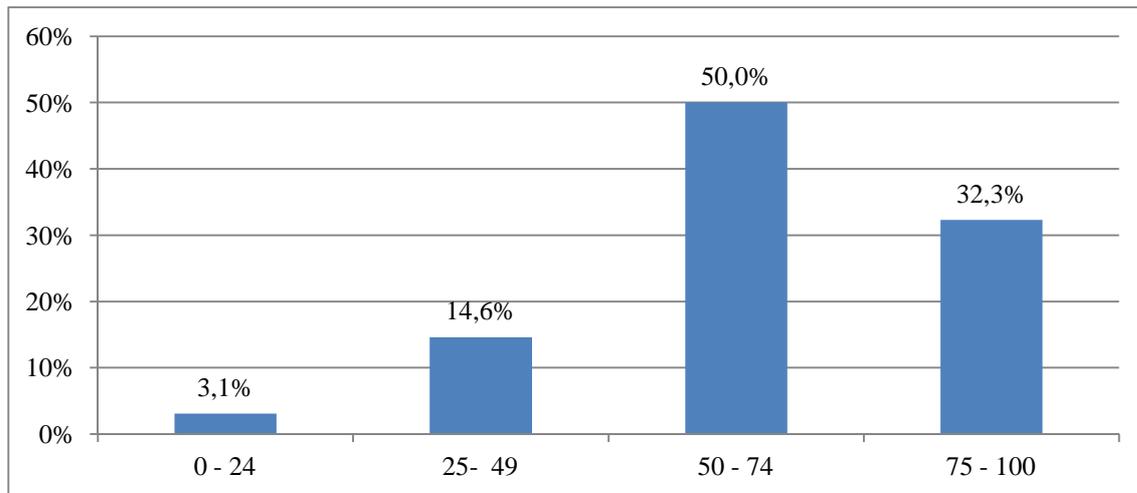
Abbildung 9: Ergebnisse der Einzelitems zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Stichprobe



In der Visuellen Analogskala zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität ergab sich ein Mittelwert von 62,32 (\pm 19,75).

Die Mehrheit der Befragten gab Werte zwischen 50 und 74 an (50,0%; n = 48). Werte zwischen 75 und 100 hatten 32,2% (n = 31) angekreuzt, zwischen 25 und 49 lagen 14,6% (n = 14). Die Gruppe mit Werten von 0 bis 24 war mit 3,1% (n = 3) vertreten (Vergleiche Abbildung 10).

Abbildung 10: Visuelle Analogskala zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Stichprobe (n = 96)



3.4 Psychosomatische Behandlung

Bezüglich der Psychosomatischen Behandlung gaben 30,4% (n = 28) an, bereits ambulant behandelt worden zu sein, 13% (n = 12) seien bereits in stationärer psychotherapeutisch-psychosomatischer Behandlung gewesen (Vergleiche Tabelle 1).

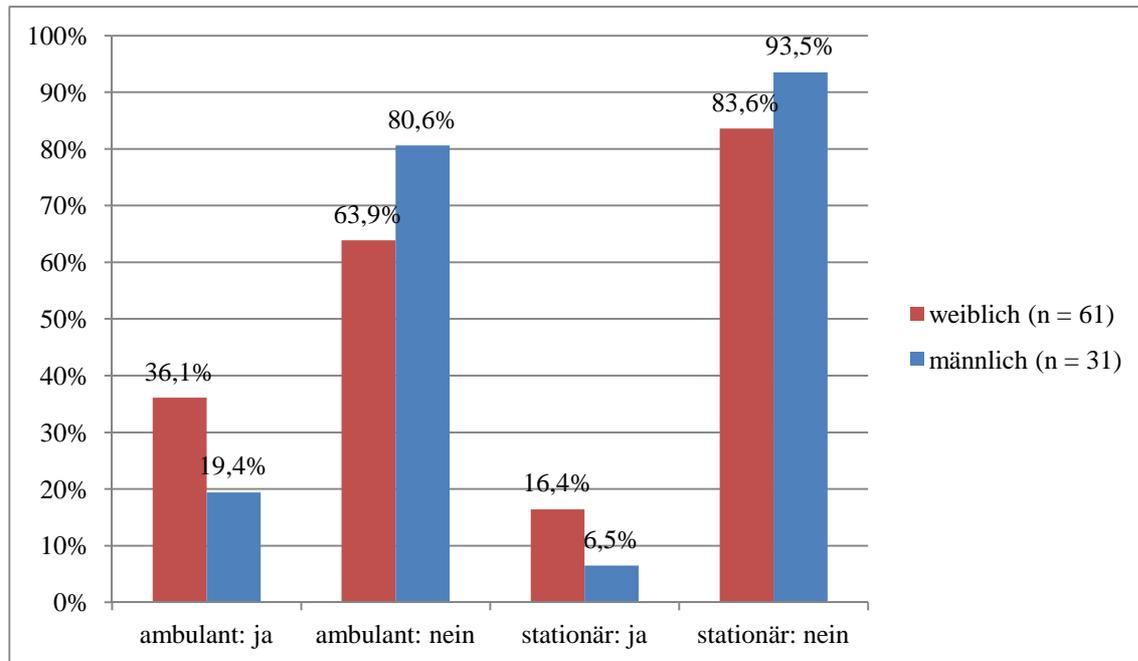
Tabelle 1: Bisherige Psychotherapeutische Behandlung der befragten Stichprobe (n = 92)

Items	Ja	Nein
Aktuelle oder frühere ambulante psychotherapeutische Behandlung	30,4% (n = 28)	69,6% (n = 64)
Aktuelle oder frühere stationäre psychotherapeutische Behandlung	13,0% (n = 12)	87,0% (n = 80)

Frauen befanden sich häufiger in einer ambulanten wie auch stationären Behandlung als Männer. So berichteten 36,1% (n = 22) der weiblichen Teilnehmer, sich aktuell oder früher einmal in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung befunden zu haben, 19,4% (n = 6) der Männer erklärten dies ebenfalls. In aktueller oder vorangegangener

stationärer psychotherapeutischer Behandlung befanden sich 16,4% (n = 10) der Frauen sowie 6,5% (n = 2) der Männer (Vergleiche Abbildung 11).

Abbildung 11: bisherige Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlung nach Geschlecht



Der Aussage *"Ich bin mir unsicher, ob psychotherapeutische Gespräche einem helfen können"* stimmten 41,2% (n = 35) aller Befragten nicht zu, 24,7% (n = 21) stimmten eher nicht zu. 16,5 % (n = 14) benannten die Aussage mit "stimmt eher", 17,6% (n = 15) mit "stimmt".

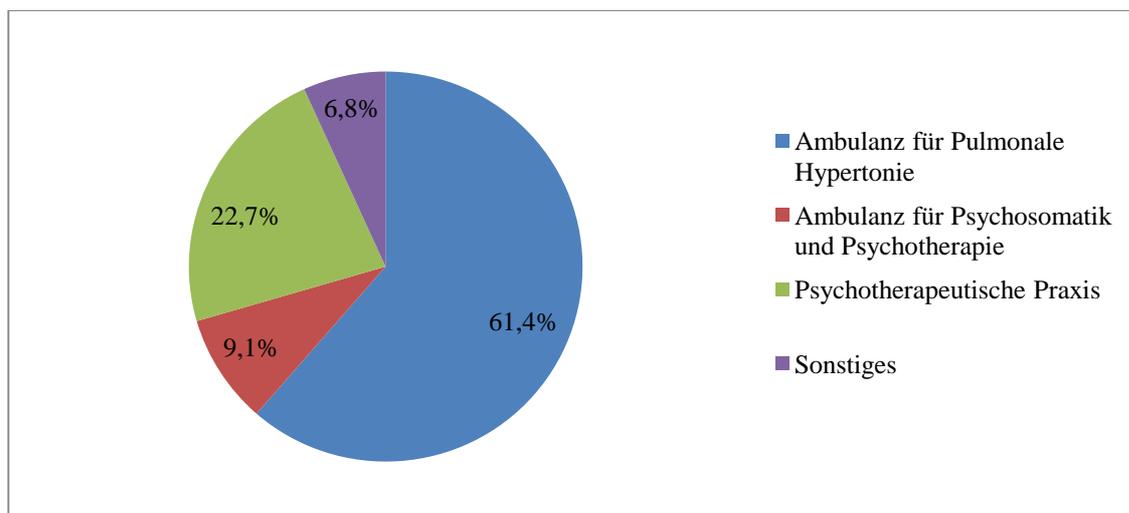
Die bei *"Ich werde mit meinen Problemen nicht mehr allein fertig"* möglichen Antwortstufen wurden wie folgend gewählt: "stimmt nicht" mit 61,1 % (n = 55), "stimmt eher nicht" mit 22,2% (n = 20), "stimmt eher" mit 12,2% (n = 11) sowie "stimmt" mit 4,4% (n = 4) Ein psychosomatisches Gesprächsangebot durch einen Arzt oder Psychologen würden 57% (n = 49) der Patienten annehmen (Vergleiche Tabelle 2).

Tabelle 2: Aussagen zu Wirksamkeit, Hilfsbedürftigkeit und Annahme eines psychosomatisch-psychotherapeutischen Gesprächsangebotes in der untersuchten Stichprobe

Items	Ja	Nein
Wirksamkeit psychologischer Gespräche <i>„Ich bin mir unsicher, ob psychotherapeutische Gespräche einem helfen können“</i>	65,9% (n = 56)	34,1% (n = 29)
Hilfsbedürftigkeit <i>„Ich werde mit meinen Problemen nicht mehr allein fertig“</i>	16,6% (n = 15)	83,3% (n = 75)
Wunsch nach einem psychosomatischen Gesprächsangebot	57,0% (n = 49)	43,0% (n = 37)

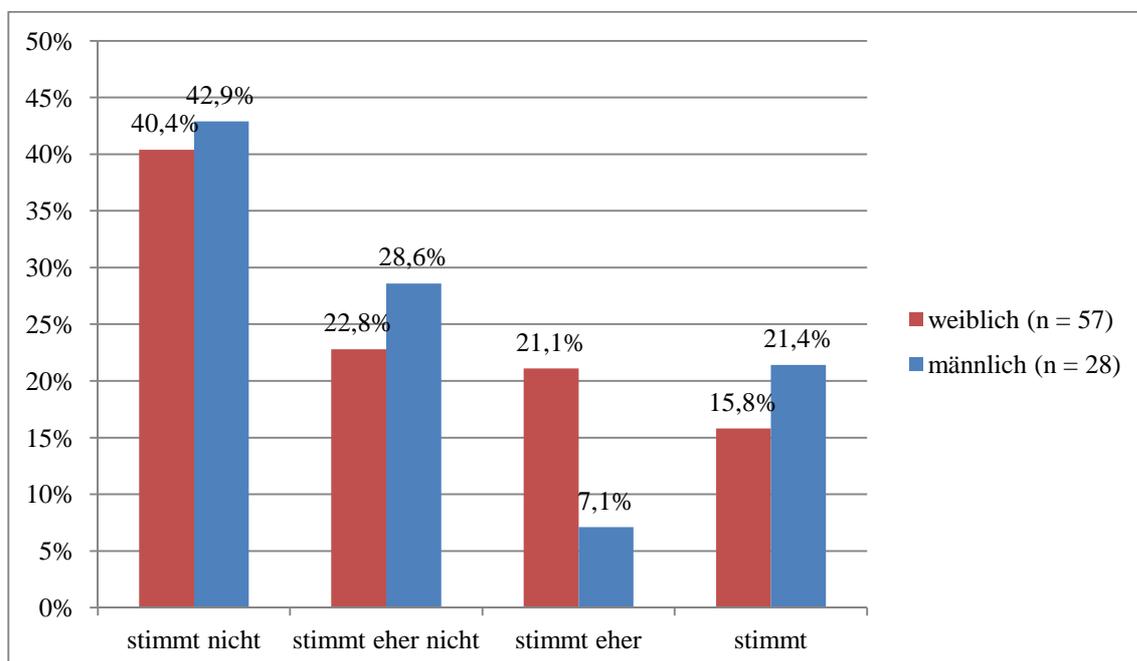
Präferierte Orte dafür sind die Ambulanz für Pulmonale Hypertonie (61,4%; n = 27) oder eine Psychotherapeutische Praxis (22,7%; n = 10). Die Ambulanz für Psychosomatik und Psychotherapie rangiert etwa vergleichbar mit sonstigen Behandlungsorten (9,1%, n = 4 bzw. 6,8%, n = 3) (Vergleiche Abbildung 12).

Abbildung 12: Präferierte Behandlungsorte bzgl. eines psychosomatischen Gespräches (n = 44)



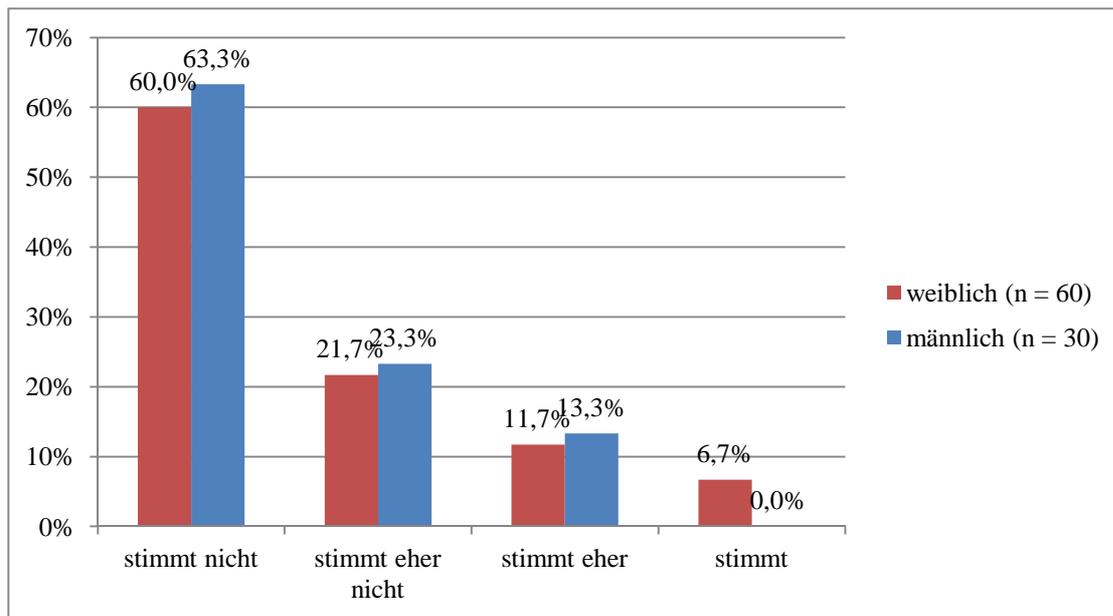
Aufgegliedert nach Geschlecht zeigte sich, dass Frauen und Männer jeweils vergleichbare Einstellungen bezüglich der Wirksamkeit psychologischer Gespräche aufwiesen. So wählten zur Aussage *"Ich bin mir unsicher, ob psychologische Gespräche einem helfen können"* 42,9% (n = 12) der Männer sowie 40,4% (n = 23) der Frauen die Antwortmöglichkeit "stimmt nicht". "Stimmt" wählten 21,4% (n = 6) der Männer sowie 15,8% (n = 9) der Frauen (Vergleiche Abbildung 13).

Abbildung 13: Unsicherheit bezüglich Wirksamkeit psychologischer Gespräche nach Geschlecht



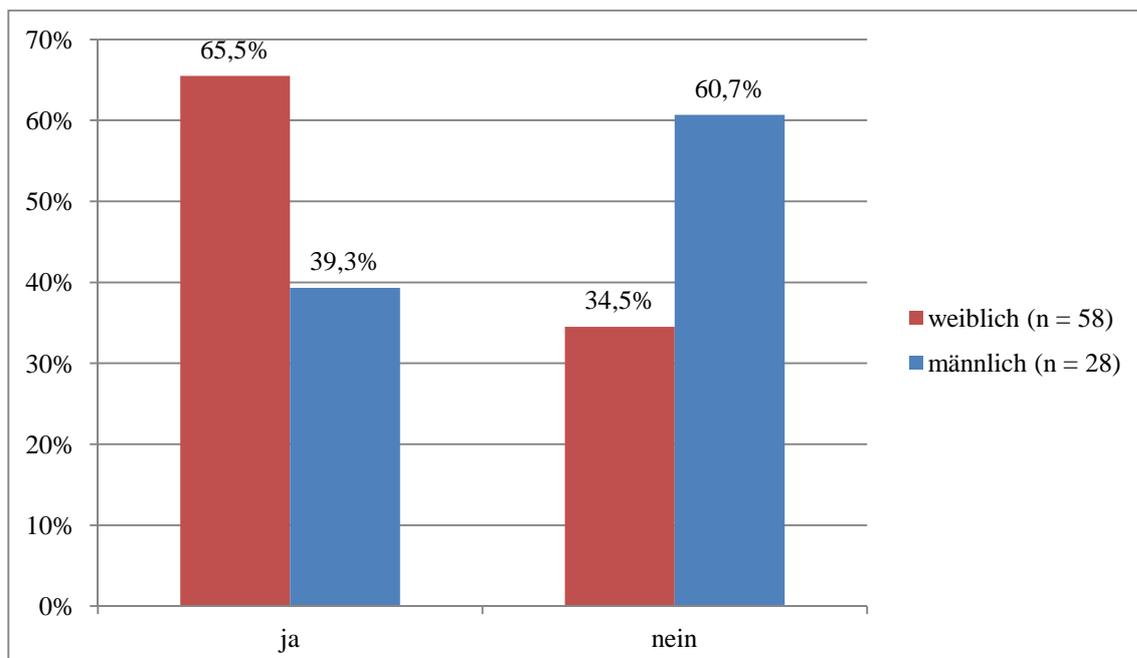
Die Aussage *"Ich werde mit meinen Problemen nicht mehr alleine fertig"* lehnte der Großteil beider Geschlechter ab. Männer antworteten mit "stimmt nicht" oder "stimmt eher nicht" mit 63,3% (n = 19) bzw. 23,3% (n = 7); Frauen mit 60,0% (n = 36) bzw. 21,7% (n = 13). Zustimmung äußerten sich Männer zu 13,3% (n = 4) ("stimmt eher"), Frauen zu 11,7% (n = 7) ("stimmt eher") sowie 6,7% (n = 4) ("stimmt") (Vergleiche Abbildung 14).

Abbildung 14: Probleme bei der Bewältigung eigener Probleme nach Geschlecht



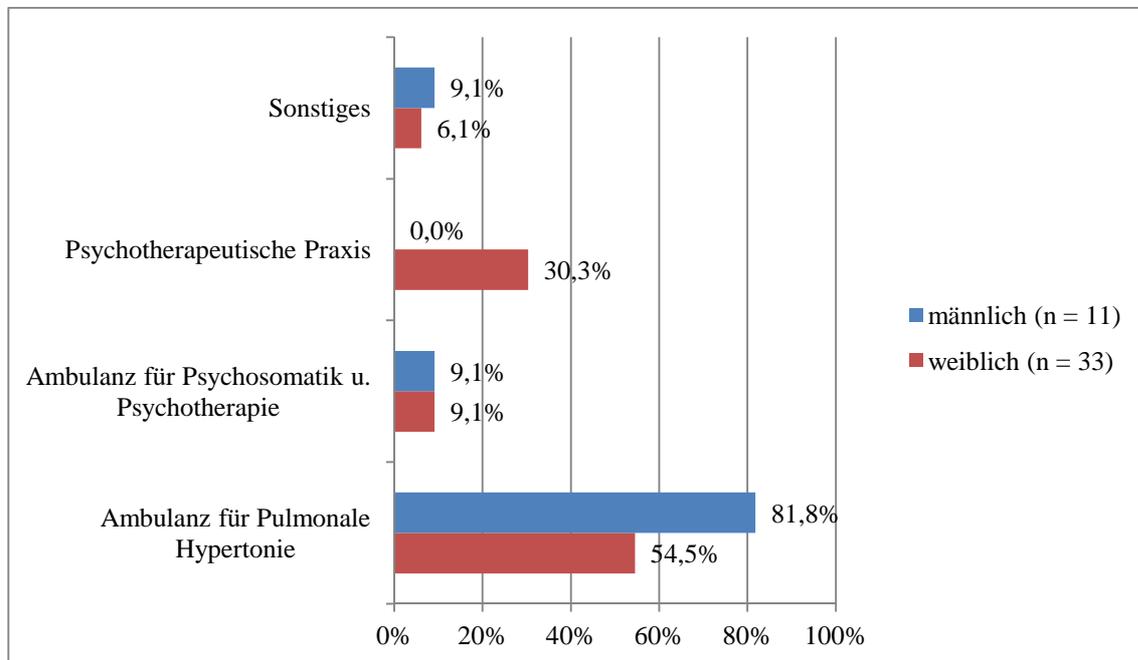
Ein psychosomatisches Gesprächsangebot würden 65,5% (n = 38) der Frauen annehmen sowie 39,3% (n = 11) der Männer (Vergleiche Abbildung 15).

Abbildung 15: Annahme psychosomatisches Gesprächsangebot nach Geschlecht



Wie auch in der Gesamtgruppe würde sich der Großteil der Männer (81,8%; n = 9) wie auch der Frauen (54,5%; n = 18) am ehesten in der Ambulanz für Pulmonale Hypertonie in psychosomatischer Hinsicht behandeln lassen wollen. Die Ambulanz für Psychosomatik und Psychotherapie steht bei den Männern an zweiter Stelle (9,1%; n = 1), bei den Frauen an dritter Stelle (9,1%; n = 3). Ein Angebot in einer psychotherapeutischen Praxis würden 30,3% (n = 10) der Frauen bevorzugen, Männer wählten diese Möglichkeit nicht (Vergleiche Abbildung 16).

Abbildung 16: Geschlechtsabhängigkeit des präferierten Behandlungsortes bzgl. psychosomatischer Gespräche



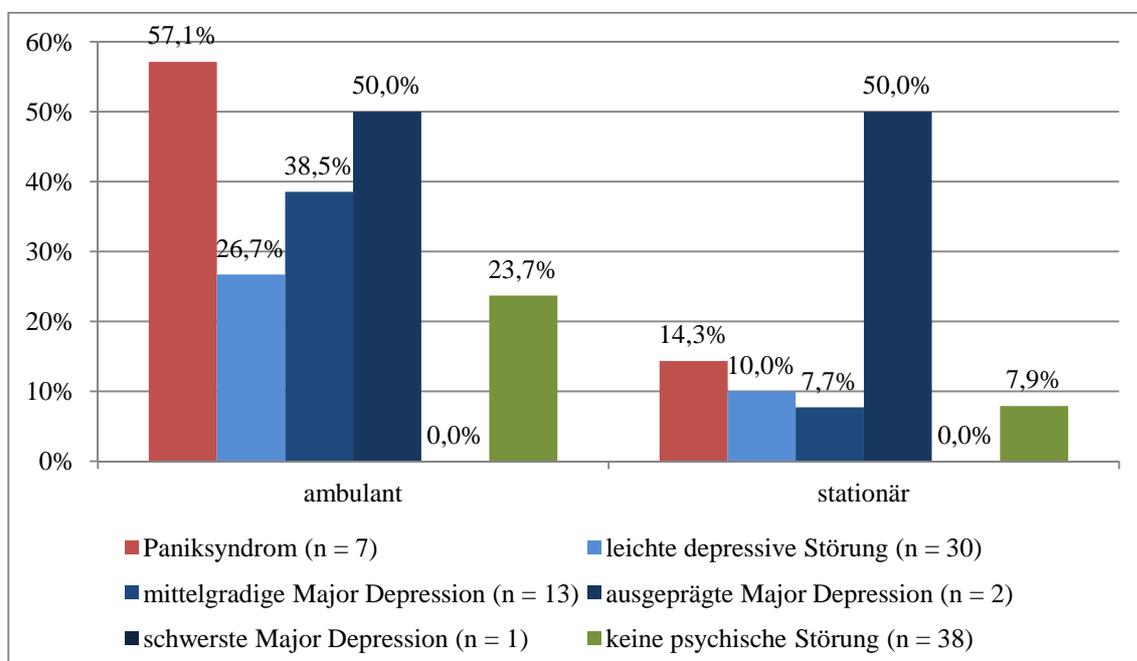
Unter den Befragten, bei denen anhand der verwendeten Fragebögen ein Paniksyndrom ermittelt wurde, hatten sich bereits 57,1% (n = 4) in ambulanter sowie 14,3% (n = 1) in stationärer psychotherapeutischer Behandlung befunden.

Bei den Befragten mit entsprechenden Summenscores für das Vorliegen einer Major Depression ergaben sich 37,5% (n = 6) für die ambulante sowie 12,5% (n = 2) für die stationäre Behandlung. Die unterschiedlichen Schweregrade der erhobenen Werte für die Major Depression zeigten sich eher inhomogen bezüglich der bisherigen psychotherapeutischen Versorgung. Beim Vorliegen von leichten depressiven

Störungen, welche formal noch nicht der Major Depression zuzuordnen sind, waren bereits 26,7% (n = 8) in ambulanter bzw. 10% (n = 3) in stationärer Behandlung. In der Gruppe der Patienten mit mittelgradiger Major Depression lag die Häufigkeit der ambulanten Behandlung bei 38,5% (n = 5), die der stationären bei 7,7% (n = 1). Die von einer ausgeprägten Major Depression Betroffenen waren zu jeweils 50% (jeweils n = 1) in ambulanter wie stationärer Behandlung. Die einzige Person in der Gruppe der Befragten mit der schwersten Erscheinungsform der Major Depression hatte sich bislang weder in ambulanter noch stationärer psychotherapeutischer Versorgung befunden.

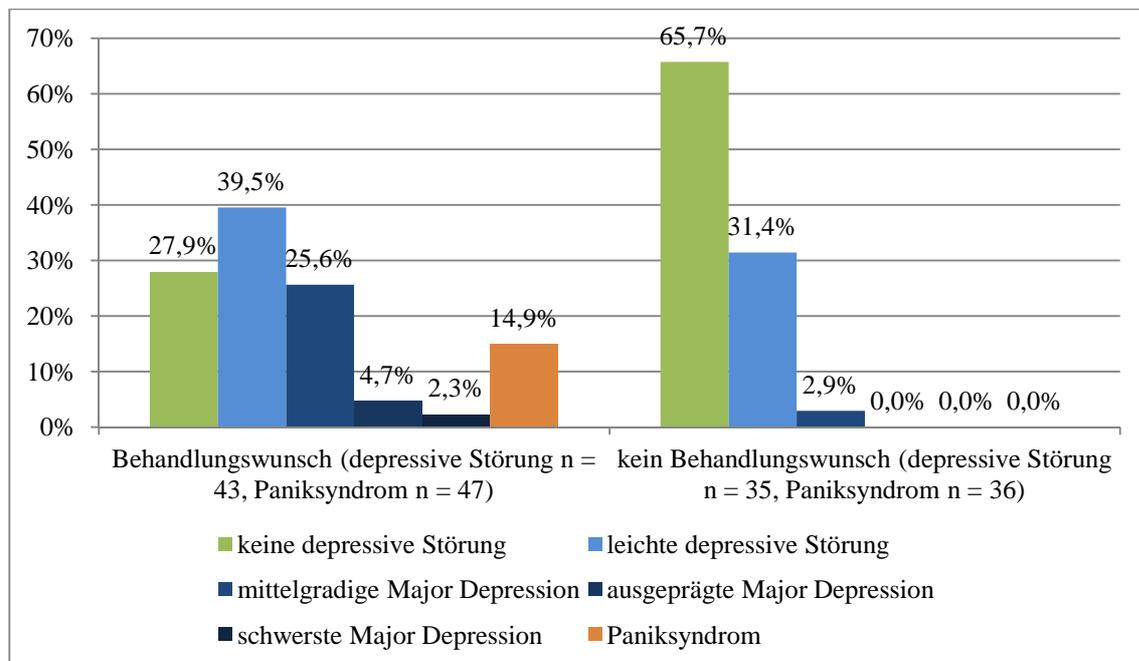
Die Befragten, bei welchen nach den hier verwendeten Instrumenten weder ein Paniksyndrom noch eine depressive Störung vorlag, gaben zu 23,7% (n = 9) an, bereits ambulant psychotherapeutisch behandelt worden zu sein. Die stationäre Behandlung erfolgte in dieser Gruppe bei 7,9% (n = 3) (Vergleiche Abbildung 17).

Abbildung 17: Prozentualer Anteil der Patienten der untersuchten Stichprobe, die bei Vorliegen einer psychischen Störung psychotherapeutische Hilfen in Anspruch genommen haben



Patienten, die einen psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlungswunsch angaben, zeigten signifikant häufiger Anzeichen für das Vorliegen eines Paniksyndroms ($T (df 81) = 2,48, p = 0,015$) sowie einer depressiven Störung im Sinne der Major Depression ($T (df 76) = 4,19, p = 0,001$). Auch hinsichtlich der Lebensqualität gemessen mit der Visuellen Analogskala zeigten sich hier deutliche Unterschiede: Menschen mit einem psychotherapeutisch-psychosomatischen Behandlungswunsch wiesen hier einen Wert von $56,13 \pm 19,75$ im Vergleich zu den Betroffenen ohne Behandlungswunsch mit einem Mittelwert von $69,88 \pm 17,91$ auf ($T (df: 79) = -3,2, p = 0,002$) (Vergleiche Abbildung 18).

Abbildung 18: Vorliegen einer psychischen Störung in der untersuchten Stichprobe bei (nicht) gewünschter psychosomatischer Behandlung



3.5 Psychische Störungen, Lebensqualität und Behandlungswunsch nach NYHA-Stadien

Vergleicht man die Patienten in den unterschiedlichen NYHA-Stadien in puncto Depressivität und Lebensqualität, so ergibt sich, dass Patienten im NYHA-Stadium I deutlich weniger belastet sind (keine depressive Störung, keine Panikstörung). Der

Mittelwert in der Visuellen Analogskala (VAS) des EQ-5D lag bei 80,75 ($\pm 21,8$), der EQ-5D-Index bei 0,939 ($\pm 0,122$).

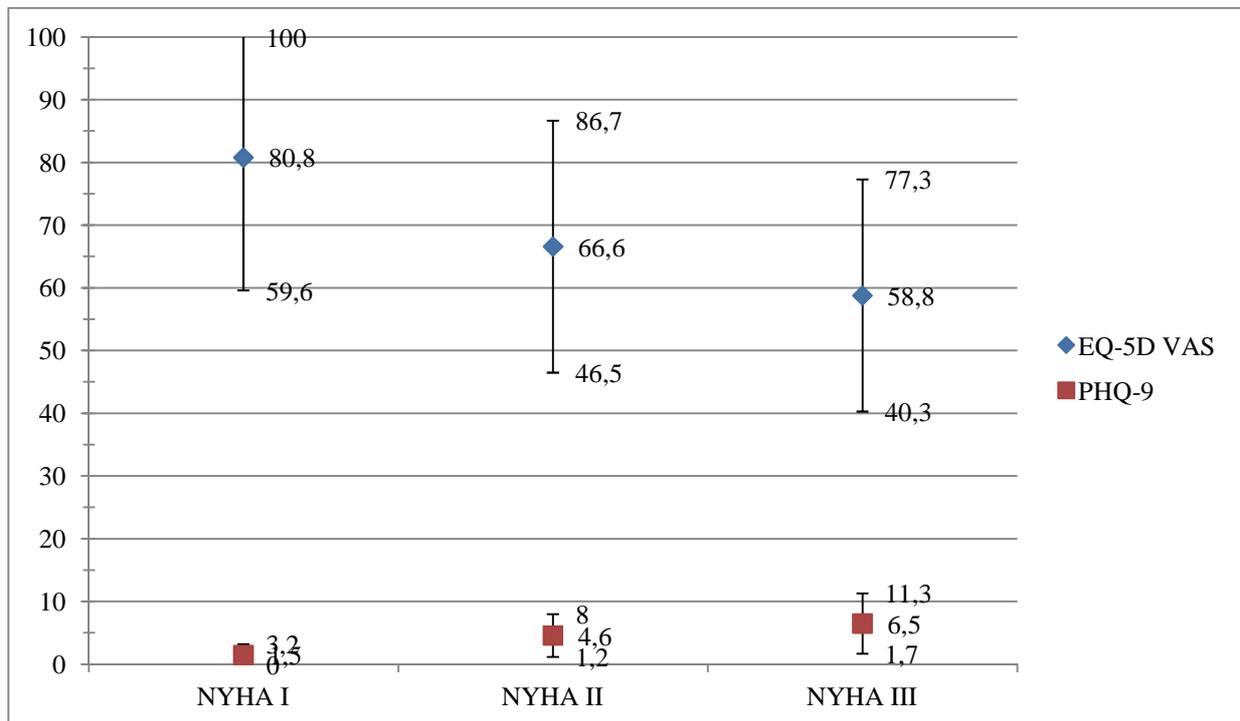
Patienten im Stadium II zeigten in 35,7% (n = 10) leichte bis unterschwellige depressive Symptome, in 10,7% (n = 3) die mittelgradige Ausprägung der Major Depression. Ein Patient war von einer Panikstörung betroffen. Der Mittelwert der VAS lag bei 66,57 ($\pm 20,1$), auch der EQ-5D-Index war reduziert (0,827 $\pm 0,151$).

Betroffene im NYHA-Stadium III verzeichneten in 40% (n = 22) leichte bis unterschwellige depressive Symptome, 16,4% (n = 9) zeigten eine mittelgradige Depression, 3,6% (n = 2) ein ausgeprägtes sowie ein Patient (1,8%) das schwerste Symptombild. Eine Panikstörung war bei 9,5% (n = 6) zu erheben. Die Werte für Lebensqualität stellten sich in dieser Gruppe als am stärksten reduziert dar, so ergab der Mittelwert der VAS 58,78 ($\pm 18,5$), der EQ-5D-Index 0,650 ($\pm 0,243$) (Vergleiche Abbildung 19).

Zwischen Depressivität und NYHA-Stadien fand sich eine signifikante positive Korrelation (Spearman-Rangkorrelationskoeffizient $\rho = 0,247$; $p = 0,021$).

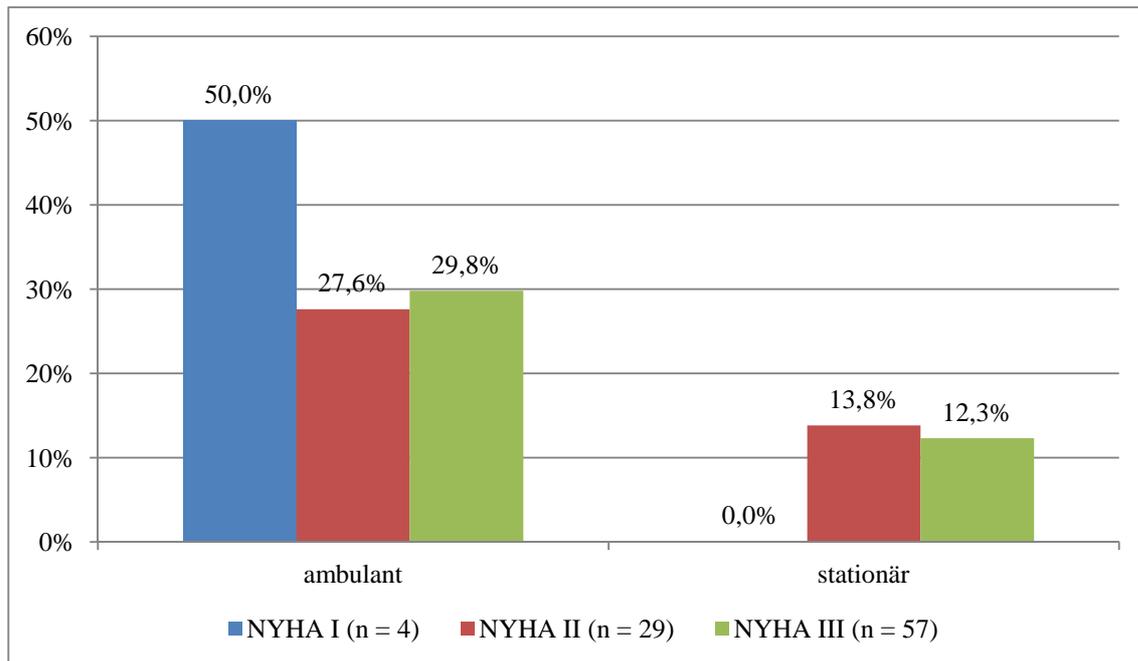
Lebensqualität und NYHA-Stadien korrelierten negativ ($\rho = -0,286$; $p = 0,005$).

Abbildung 19: Darstellung von Depressivität und Lebensqualität im Zusammenhang mit den NYHA-Stadien der Patienten in der untersuchten Stichprobe



Bezüglich der psychosomatischen Behandlung ergibt sich, dass Patienten des Stadiums I sich zu 50% (n = 2) bereits in ambulanter sowie noch nie in stationärer psychotherapeutischer Behandlung befanden. Im Stadium II befanden sich bereits 27,6% (n = 8) der Betroffenen in ambulanter, 13,8% (n = 4) in stationärer psychotherapeutischer Behandlung. Patienten des Stadium III sind bezüglich des ambulanten Settings mit 29,8% (n = 17), bezüglich des stationären Settings mit 12,3% (n = 7) vertreten (Vergleiche Abbildung 20).

Abbildung 20: Bisher erfolgte Psychosomatische / Psychotherapeutische Behandlungsform in den verschiedenen NYHA-Stadien



Offen gegenüber einem psychosomatischen Gesprächsangebot zeigten sich ein Viertel der Patienten des Stadiums I (25,0%; n = 1), die Hälfte derer in Stadium II (53,6%; n = 15) sowie knapp zwei Drittel der dem Stadium III Zugeordneten (61,5%; n = 32). In allen Gruppen wurde die Ambulanz für Pulmonale Hypertonie als präferierter Behandlungsort benannt (Stadium I: 100%; n = 4 – Stadium II: 80%; n = 8 – Stadium III: 56,3%; n = 18).

4 Diskussion

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, den psychischen Störungen sowie dem psychosomatischen Behandlungswunsch bei Patienten mit pulmonaler Hypertonie.

Als wesentliche Ergebnisse der Studie können festgehalten werden, dass Patienten mit Pulmonaler Hypertonie häufig an depressiven Symptomen und Angst im Sinne eines Paniksyndroms leiden. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie die psychosoziale Funktionsfähigkeit sind reduziert. Je stärker die körperlichen Funktionseinschränkungen ausgeprägt sind, desto prägnanter fallen auch die psychischen Symptome aus. Ein Behandlungswunsch im Sinne eines psychosomatisch-psychotherapeutischen Gesprächsangebotes ist vorhanden, selbiges wird größtenteils als hilfreich angesehen.

Wie bereits in anderen Studien beschrieben, wurde auch hier erneut deutlich, dass an Pulmonaler Hypertonie Erkrankte häufig zusätzlich unter den Symptomen einer psychischen Störung wie auch einer eingeschränkten gesundheitsbezogenen Lebensqualität leiden.

Die in dieser Studie erhobenen Werte für eine vorliegende leichte depressive Symptomatik (35,6%) sowie die verschiedenen starken Ausprägungen der Major Depression (insgesamt 17,7%) spiegeln die Tendenz zu übernormal häufigen affektiven Störungen unter Patienten mit Pulmonaler Hypertonie. So wurden ausgeprägte depressive Symptome bzw. das Vorliegen einer Major Depression unter dieser Patientengruppe auch von White [30] mit 26%, von McCollister [31] mit 15%, von Looper [34] mit 21%, von Harzheim [32] sogar mit 55,1% sowie von Batal [33] mit 42,5% benannt. Hierbei ist zu beachten, dass zur Detektion depressiver Symptome verschiedene Instrumente, welche Unterschiede in der Differenzierung des Schweregrads der Depression aufweisen, eingesetzt wurden.

Im konkreten Vergleich mit den durch Löwe et al.[29] erzielten Ergebnissen zeigt sich, dass die Patientenkollektive beider Studien in ähnlichem Ausmaß von psychischen Störungen betroffen waren: Bei Löwe et al. lag die Prävalenz für eine Major Depression

bei 15,9%, in der vorliegenden Arbeit bei 17,7%. Eine Panikstörung lag bei Löwe et al. in 10,4% vor, die Gießener Patienten waren davon in 7,1% betroffen.

Die Kohorte der Befragten in der vorliegenden Arbeit ist im Schnitt ungefähr zehn Jahre älter als in der Arbeit von Löwe et al. (59 Jahre vs. 48 Jahre). Der Anteil der weiblichen Partizipanten lag in beiden Studien bei etwa 70%.

Löwe et al. rekrutierten die Befragten, indem sie Fragebögen postalisch an die Mitglieder einer PH-Selbsthilfegruppe in Deutschland, Österreich und der Schweiz versendeten. Diese schickten die ausgefüllten Unterlagen zurück an die die Daten erhebende Universität. Die hier vorliegende Arbeit erhielt ihre Daten über die Ausgabe der Fragebogensets an Patienten, welche sich persönlich in der Ambulanz für Pulmonale Hypertonie des Universitätsklinikums Gießen zu elektiven Terminen einfanden. Die Bögen wurden dann vor Ort direkt ausgefüllt und im Anschluss bei den Mitarbeitern der Ambulanz abgegeben.

Die Einteilung der Subgruppen der Pulmonalen Hypertonie wurden nach unterschiedlichen Klassifikationssystemen (Löwe: Evian 1998, vorliegende Studie: Dana Point 2008) vorgenommen, ein direkter Vergleich erscheint somit wenig sinnvoll.

Im Kontext der NYHA-Klassifikation wird deutlich, dass bei Löwe et al. eine breitere Streuung des Schweregrades vorliegt: Alle Schweregrade sind vertreten (NYHA I: 10,5%; NYHA II: 25,3%; NYHA III: 51,2%; NYHA IV: 13,0%). In der vorliegenden Studie befindet sich kein Patient im NYHA-Stadium IV, die größte Gruppe bilden jedoch – wie auch bei Löwe et al. – die Betroffenen des Stadiums III (65,3%), die zweitstärkste Gruppe ergibt Stadium II (30,6%). Es ergibt sich also bei beiden Befragungen, dass die Mehrheit der Teilnehmenden sich in einem Zustand deutlich eingeschränkter körperlicher Leistungsfähigkeit befindet bzw. befand.

Vor allem bei Panikstörungen ist die mögliche Überschneidung der Symptome der körperlichen Erkrankung PH in Form von unter anderem Atemnot und Erstickungsempfindungen mit denen der psychischen Störung zu bedenken. Hierbei ist das Zusammenspiel psychischer und physischer Faktoren bei der Entstehung einer Panikstörung am ehesten zu vermuten [102]. Das im verwendeten PHQ vorliegende Panikmodul ist jedoch als von körperlichen Symptomen unabhängig validiert worden [103].

Im Vergleich mit den an der Normalbevölkerung erhobenen Werten sind die untersuchten Patienten mit Pulmonaler Hypertonie deutlich häufiger von psychischen Störungen betroffen. Nach Rief et al. [104] wurden in einer repräsentativen Stichprobe für die Normalbevölkerung Deutschlands unter Anwendung des PHQ-Moduls das Vorliegen einer Major Depression mit 3,8% sowie einer Panikstörung in 1,8% erhoben. Aus dem Bundesgesundheitsurvey 1998 des Robert-Koch-Institutes ergaben sich im Rahmen der 12-Monatsprävalenz für das Vorliegen einer depressiven Störung 10,9%, aufgeschlüsselt nach dem Geschlecht 14,2% bei Frauen, 7,6% bei Männern. Selbige lag beim Vorliegen einer Major Depression bei gesamt 8,3% (Frauen: 11,2%; Männer: 5,5%) [44]. Nach einer Studie aus 2013 sind bei 8,1% der Bevölkerung zumindest depressive Symptome vorhanden [105]. Auch wenn die Stichproben nicht unmittelbar vergleichbar sind ergibt sich, dass die untersuchten PH-Patienten einen bis zu vierfach erhöhten Wert für eine Major Depression sowie ein knapp dreifaches Risiko für die Entwicklung einer Panikstörung aufweisen.

Auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist bei Patienten mit Pulmonaler Hypertonie reduziert. Im Vergleich mit der Normalbevölkerung [106] waren die Betroffenen deutlich häufiger eingeschränkt in Bezug auf Beweglichkeit und Mobilität (mäßige Probleme: 46,5% vs. 16,4%), gleiches gilt für Aspekte der Selbstversorgung (mäßige Probleme: 14,0% vs. 2,5%; extreme Probleme: 3,0% vs. 0,4%). Besonders ausgeprägt sind diese Unterschiede im Bereich allgemeiner Aktivitäten in Ausbildung / Beruf / Freizeit: hier berichten 59,6% über mäßige und 3,0% über extreme Einschränkungen, wohingegen die Normalbevölkerung hier 9,7% bzw. 0,5% aufweist. Schmerzen / körperliche Beschwerden werden von den Betroffenen in mäßiger Form mit 54,1%, in extremer Ausprägung mit 11,2% angegeben. Auch die Normalbevölkerung zeigt hier relativ hohe Werte, welche jedoch nur knapp die Hälfte derer der hier Befragten ergeben (26,3% mäßige Einschränkung, 1,6% extreme Einschränkung). Die Werte für Angst und Niedergeschlagenheit sind in mäßiger eingeschränkter Form bei PH-Patienten knapp siebenfach höher als in der Normalbevölkerung (29,0% vs. 4,1%), in extrem eingeschränkter Form liegt das Verhältnis bei 2,0% vs. 0,3%. Auch die angegebenen Werte auf der Visuellen Analogskala zum aktuellen Gesundheitszustand unterstreichen die zuvor geschilderten Einschränkungen der Lebensqualität der von PH Betroffenen: der VAS-Mittelwert liegt bei ihnen bei 62,3 (\pm 19,8), in der Normalbevölkerung bei 77,4 (\pm 19).

Boros et al. [107] konnten aufzeigen, dass Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) ähnlichen Belastungen in Bezug auf die Lebensqualität ausgesetzt sind. Auch hier berichteten Patienten mit zunehmender Schwere der Krankheitsausprägung über eine Minderung des subjektiven Wohlbefindens sowie der Leistungsfähigkeit.

Nachdem sich - wie oben geschildert - die befragten Patienten deutlich eingeschränkter und belasteter als die Normalbevölkerung darstellten, ist auch die bereits vermehrt stattgefunden psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung in diesem Kollektiv nicht verwunderlich. Nach einer an Menschen aus der Normalbevölkerung durchgeführten Befragung von Larisch et al. [99] befanden sich 7,1% bereits in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung, bei den hier befragten PH-Patienten war dies bereits bei 30,4% der Fall. Albani und Kollegen fanden zu dieser Frage in einem Normalkollektiv 4% [108]. Auch der Unterschied bei stationärer psychotherapeutischer Behandlung ist deutlich: 3,2% in der Studie von Larisch et al., 13% bei den Gießener PH-Patienten.

Auch in der Normalbevölkerung nach Larisch et al. ergab sich eine geschlechterspezifische Differenz in der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen: in ambulanter Behandlung befinden oder befanden sich 9,1% der Frauen sowie 4,8% der Männer. Die in dieser Arbeit Befragten zeigten ebenfalls eine deutliche Differenz, welche jedoch insgesamt ein höheres Niveau erreicht. Psychotherapie wurde von 55,6% der Normalbevölkerung als wirksame Behandlungsmethode angesehen, 41,2% der PH-Patienten bezeichneten psychologische Gespräche als hilfreich. Nachdem sich 16,6% der PH-Patienten als hilfsbedürftig bei der Bewältigung persönlicher Probleme benannten, sind darüber hinaus 57% der Befragten offen für ein psychosomatisches Gesprächsangebot, was für eine generell hohe Akzeptanz dieser Behandlungsmöglichkeit spricht.

Geschlechterspezifische Unterschiede ergeben sich in diesen Aspekten insofern, dass sowohl Frauen wie auch Männer psychotherapeutische Gespräche als hilfreich sehen. Bei der Bewältigung eigener Probleme ergeben sich Unterschiede darin, dass Frauen eher angeben, mit eigenen Problemen überfordert zu sein. Ein psychosomatisches Gesprächsangebot würden 65,5% der Frauen und 39,3% der Männer annehmen, was

auch hier der Tendenz folgt, dass mehr Frauen als Männer psychotherapeutische Hilfen für sich erwägen bzw. in Anspruch nehmen.

Die Ambulanz für Pulmonale Hypertonie wurde auch in psychosomatischer Hinsicht als favorisierter Behandlungsort genannt. Dazu ist vorstellbar, dass die Patienten, wenn sie sich aufgrund ihrer Lungenerkrankung bereits in selbiger Ambulanz für einen Termin einfinden, am gleichen Ort auch niederschwellig psychotherapeutisch versorgt werden könnten, ohne dass ein weiterer, potentiell anstrengender und aufwändiger Transfer in andere Behandlungsräume vonnöten wäre. Die Behandlung in einer psychotherapeutischen Praxis würde von ungefähr einem Viertel der Gesamtgruppe bevorzugt werden sowie von einem knappen Drittel der Frauen. Für diese Räumlichkeiten spricht möglicherweise der privatere Rahmen und auch die "Loslösung" von somatisch geprägten Untersuchungen.

Schlüsselt man das Erkrankungsstadium nach der funktionellen Einschränkung (NYHA) auf, ergibt sich, dass je schwerer die Erkrankung verläuft, mehr depressive Symptome bis hin zur ausgeprägten Major Depression auftreten. Auch die Panikstörung ist erkennbar häufiger in den höheren NYHA-Gruppen vertreten. Bei den Gießener PH-Patienten trat im NYHA-Stadium I weder eine Panik- noch eine depressive Störung auf, in der Arbeit von Löwe et al. [29] lag bereits in diesem Stadium in 17,7% der Fälle eine psychische Störung (darunter Panikstörung und Major Depression) vor. Im NYHA-Stadium II gaben Löwe et al. das Vorliegen einer psychischen Störung in 31,7%, in Stadium III in 32,5% sowie im Stadium IV zu 61,9% an. Bei den Gießener Patienten im NYHA Stadium II zeigten 10,7% eine mittelgradige Major Depression sowie ein einzelner Patient eine Panikstörung. Im NYHA-Stadium III zeigten 9,5% eine Panikstörung sowie 21,8% Symptome einer Major Depression. Das NYHA-Stadium IV ist unter den Gießener Patienten nicht vertreten. Im direkten Vergleich zeigt sich in den beiden Studien also die gleiche Tendenz, dass je schwerer die körperliche Einschränkung ist, desto mehr psychische Störungen auftreten. Die Befragten bei Löwe et al. zeigten dabei aber deutlich höhere Prävalenzen.

Ähnlich verhält es sich mit der eigenen Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität: liegt diese in Stadium I bei - im Vergleich mit der Normalbevölkerung (s.o.) sehr guten - 80,75 auf der Visuellen Analogskala des EQ-5D, sinkt diese in Stadium II bereits auf 66,57, um schließlich im Stadium III den niedrigsten Wert mit

58,75 zu erzielen. Diese Ergebnisse sind wenig überraschend, da die begleitenden Einschränkungen in Bezug auf beispielsweise körperliche Beschwerden, Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung und reduzierter Mobilität nachvollziehbar eine Reduktion der Lebensqualität mit sich bringen. Auch Roman et al. [109] zeigten diesen Zusammenhang auf: Spanische Patienten mit Pulmonal Arterieller Hypertonie und / oder Chronisch Thromboembolischer Pulmonaler Hypertonie wurden ebenfalls mittels des EQ-5D nach ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität befragt. Patienten mit einer funktionellen Einschränkung im NYHA-Stadium I gaben auf der Visuellen Analogskala des EQ-5D durchschnittlich 71,5 an, was zwar durchaus niedriger liegt als die Angaben der Gießener Patienten, jedoch noch immer den höchsten Wert innerhalb der spanischen Studie ergibt. Die Patienten des NYHA-Stadiums II gaben einen Wert von 62,1 an, die Patienten des NYHA-Stadiums III nur 51,7. Diese Ergebnisse liegen auch jeweils unter den Werten für die Normalbevölkerung in Spanien.

In diesen Rahmen passen auch die erhobenen Angaben zu bereits erfolgter ambulanter oder stationärer Psychotherapie unter den PH-Patienten. Diese stehen in Diskrepanz zu den erhobenen Prävalenzen für psychische Störungen und lassen schlussfolgern, dass Patienten mit Pulmonaler Hypertonie insgesamt unterversorgt sind mit Behandlungsangeboten zur Versorgung gerade in dieser Population gehäuft auftretender psychischer Störungen. Es stellt sich hierzu auch die Frage, ob somatische Symptome seelische Beschwerden überlagert oder verdeckt haben und so die Diagnosestellung erschwert wurde. Möglicherweise wurde bislang in der Routineversorgung der PH der Fokus nicht ausreichend auf psychosomatische Aspekte gelegt und wenige Instrumente zur Detektion psychischer Störungen eingesetzt.

Erfreulich ist, dass bei erhöhter körperlicher Einschränkung – und damit vermehrter psychischer Belastung – die Offenheit für ein psychosomatisches Gesprächsangebot deutlich steigt und damit zumindest eine Bereitschaft zur potentiellen weiterführenden Behandlung bei (An-)Erkennen der reduzierten Leistungsfähigkeit signalisiert wird. Nicht zuletzt ist eine adäquate Behandlung auch der psychischen Störungen von großer Wichtigkeit für die Therapieadhärenz der körperlichen Erkrankung, da sich ansonsten durch beispielsweise Vernachlässigung regelmäßiger Kontrolltermine, Schwierigkeiten mit der regelmäßigen Einnahme von Medikamenten et cetera ein durchaus negativer Krankheitsverlauf ergeben kann.

Einschränkungen der vorliegenden Arbeit ergeben sich aus dem Fehlen einer Vergleichsgruppe. Die befragte Gruppe zeigte sich durch die Erhebung aus der Spezialambulanz eines Universitätsklinikums als recht homogen - es fehlen beispielsweise Patienten im NYHA-Stadium IV, Stadium I sind ebenfalls nur sehr wenige Befragte zugeordnet. Alle Patienten erhielten eine optimierte Versorgung in einer spezialisierten Ambulanz. Soziodemografische Daten wurden nur begrenzt erhoben. Strukturierte klinische Interviews zur Erkennung psychischer Störungen wurden nicht durchgeführt, stattdessen validierte Screeninginstrumente auf Basis der Selbstauskunft verwendet.

Eine Stärke der vorliegenden Arbeit besteht in der mit 82% hohen Beteiligung der Angesprochenen, welche mittels der beschriebenen kurzen Fragebögen gelang. Daher ließ sich die Stichprobe der Patienten mit pulmonaler Hypertonie in der Gießener Ambulanz gut abbilden.

Aus den vorliegenden Ergebnissen lassen sich mehrere Aspekte für die Zukunft ableiten. Patienten mit pulmonaler Hypertonie sind oftmals zusätzlich von psychischen Störungen betroffen und weisen eine eingeschränkte Lebensqualität auf. Sie weisen diesbezüglich eine hohe Behandlungsbereitschaft auf, werden bislang jedoch nicht ausreichend psychosomatisch-psychotherapeutisch versorgt. Um einen schnellen und niederschweligen Zugang zu psychosomatischen Gesprächsangeboten mit geringer Stigmatisierung für diese Patientengruppe zu gewährleisten, erscheint die Implementierung eines Konsiliar-Liaisondienstes als passend.

5 Zusammenfassung

Pulmonale Hypertonie ist eine Krankheit, die über verschiedene pathogenetische Wege eine chronische Erhöhung des Blutdrucks in den Lungengefäßen verursacht und in Rechtsherzversagen münden kann. Zu den zunächst unspezifischen somatischen Symptomen wie Müdigkeit, Abgeschlagenheit und Belastungsdyspnoe, Thoraxschmerz, Synkopen und Ödemen kommen psychische Belastungen wie eine deutliche Minderung der (gesundheitsbezogenen) Lebensqualität, Panik- und depressive Syndrome hinzu.

In der vorliegenden Studie wurde bei 133 Patienten der Gießener Spezialambulanz für Pulmonale Hypertonie neben soziodemographischen Daten die körperliche Funktionseinschränkung anhand der NYHA-Klassifikation ermittelt. Zusätzlich wurden mittels der Fragebögen PHQ-D, EQ-5D und FPB Angaben zu depressiven Symptomen, Panikattacken, psychosozialer Funktionsfähigkeit, gesundheitsbezogener Lebensqualität sowie der bisherigen Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen verbunden mit der Einschätzung der Wirksamkeit dieser erhoben.

Die Ergebnisse zeigten, dass Patienten mit PH häufig an depressiven Störungen (17,7%), Paniksyndromen (7,1%) und einer reduzierten Lebensqualität leiden, was sich in Abhängigkeit des NYHA-Stadiums noch verstärkt. Zahlreiche Patienten haben bereits ambulante oder stationäre psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen. Ein Großteil der Befragten zeigte sich aber einem psychosomatisch-psychotherapeutischen Gesprächsangebot gegenüber aufgeschlossen und würde dieses am liebsten in den Räumlichkeiten der Ambulanz für Pulmonale Hypertonie wahrnehmen.

Um eine reduzierte Therapieadhärenz zu vermeiden, sollten bei Patienten mit Pulmonaler Hypertonie mögliche psychische Störungen nicht außer Acht gelassen werden. Ansätze für eine integrierte Versorgung könnten Konsultation-Liaisondienste bieten.

6 Summary

Pulmonary Hypertension is known as a disease inducing a chronic increase of blood pressure in the pulmonary vessels via various pathogenetic mechanisms which can result in right heart failure. The primarily unspecific symptoms consist of fatigue, lassitude, exertional dyspnoea, thoracodynea, syncopes and oedema as well as psychological strains like heavily reduced health-related quality of life, panic and depressive syndromes.

In this study 133 patients receiving somatic treatment in the pulmonary hypertension outpatient clinic in Gießen were asked for sociodemographics and physical impairment by NYHA classes. In addition questionnaires like PHQ-D, EQ-5D and FPB were used to receive data regarding depressive symptoms, panic attacks, psychosocial impairment, health-related quality of life as well as the previous utilisation of psychotherapeutic treatment and its estimated efficacy.

Results show that PH patients are likely to be affected by depression (17,7%), panic syndromes (7,1%) and reduced quality of life which even increases with higher NYHA classes. Numerous patients report to have received outpatient or inpatient psychotherapeutic treatment. The majority of the respondents presented themselves to be open-minded about psychosomatic-psychotherapeutic offers for talks and would prefer to attend them at the rooms of the pulmonary hypertension outpatient clinic.

To avoid a reduced therapy adherence possible mental disorders should not be neglected in the group of PH patients. Consultation-liaison services might be helpful to put integrated healthcare into practice.

7 Literatur

- 1 *Galie N, Hoeper MM, Humbert M et al.* Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Pulmonary Hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Respiratory Society (ERS), endorsed by the International Society of Heart and Lung Transplantation (ISHLT). *European Heart Journal* 2009; 30(20): 2493–2537
- 2 *Galiè N, Humbert M, Vachiery J-L et al.* 2015 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension: The Joint Task Force for the Diagnosis and Treatment of Pulmonary Hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Respiratory Society (ERS): Endorsed by: Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC), International Society for Heart and Lung Transplantation (ISHLT). *European Heart Journal* 2016; 37(1): 67–119
- 3 *Tuder RM, Abman SH, Braun T et al.* Development and Pathology of Pulmonary Hypertension. *Journal of the American College of Cardiology* 2009; 54(1): 9
- 4 *Olschewski H, Olschewski A.* Pulmonale Hypertonie. Bremen: UNI-MED Verlag; 2011
- 5 *Barst RJ, McGoon M, Torbicki A et al.* Diagnosis and differential assessment of pulmonary arterial hypertension. *Journal of the American College of Cardiology* 2004; 43(12): S40-S47
- 6 *Peacock AJ, Murphy NF, McMurray JJV et al.* An epidemiological study of pulmonary arterial hypertension. *European Respiratory Journal* 2007; 30(1): 104–109
- 7 *Humbert MSOCAea.* Pulmonary Arterial Hypertension in France: Results from a National Registry. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2006; 173(9): 1023–1030
- 8 *Ghio S, Gavazzi A, Campana C et al.* Independent and Additive Prognostic Value of Right Ventricular Systolic Function and Pulmonary Artery Pressure in Patients With Chronic Heart Failure. *Journal of the American College of Cardiology* 2001; 37(1): 183–188
- 9 *Badesch DB, Champion HC, Gomez Sanchez MA et al.* Diagnosis and Assessment of Pulmonary Arterial Hypertension. *Journal of the American College of Cardiology* 2009; 54(1): S55-S66
- 10 *Chaouat A, Bugnet AS, Kadaoui N et al.* Severe Pulmonary Hypertension and Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2005; 172: 189–194
- 11 *Lettieri CJ, Nathan SD, Barnett SD et al.* Prevalence and Outcomes of Pulmonary Arterial Hypertension in Advanced Idiopathic Pulmonary Fibrosis. *CHEST* 2006; 129: 746–752

- 12 *Pengo V, Lensing AWA, Prins MH et al.* Incidence of Chronic Thromboembolic Pulmonary Hypertension after Pulmonary Embolism. *N Engl J Med* 2004; 350: 2257–2264
- 13 *Becattini C, Agnelli G, Pesavento R et al.* Incidence of Chronic Thromboembolic Pulmonary Hypertension After a First Episode of Pulmonary Embolism. *Chest* 2006; 130(1): 172–175
- 14 *D'Alonzo GE, Barst RJ, Ayres Sea.* Survival in patients with primary pulmonary hypertension.: Results from a national prospective registry. *Annals of Internal Medicine* 1991; 115(5): 343–349
- 15 *Macchia A, Marchioli R, Tognoni G et al.* Systematic review of trials using vasodilators in pulmonary arterial hypertension: Why a new approach is needed. *American Heart Journal* 2010; 159(2): 245–257
- 16 *Olschewski H.* Inhaled iloprost for the treatment of pulmonary hypertension. *European Respiratory Review* 2009; 18(111): 29–34
- 17 *McLaughlin VV.* Survival in patients with pulmonary arterial hypertension treated with first-line bosentan. *European Journal of Clinical Investigation* 2006; 36(3): 10–15
- 18 *Montani D, Chaumais M-C, Savale L et al.* Phosphodiesterase type 5 inhibitors in pulmonary arterial hypertension. *Adv Therapy* 2009; 26(9): 813–825
- 19 *Opitz C.* Pulmonale Hypertonie: Was ist neu? Perspektiven der Kardiologie *Deutsches Ärzteblatt* 2017: 4–9
- 20 *Mereles D, Ehlken N, Kreuzer S et al.* Exercise and Respiratory Training Improve Exercise Capacity and Quality of Life in Patients With Severe Chronic Pulmonary Hypertension. *Circulation* 2006; 114(14): 1482–1489
- 21 *Bedard E, Dimopoulos K, Gatzoulis MA.* Has there been any progress made on pregnancy outcomes among women with pulmonary arterial hypertension? *European Heart Journal* 2008; 30(3): 256–265
- 22 *Hoepfer MM, Sosada M, Fabel H.* Plasma coagulation profiles in patients with severe primary pulmonary hypertension. *European Respiratory Journal* 1998; 12(6): 1446–1449
- 23 *Christie JD, Edwards LB, Kucheryavaya AY et al.* The Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: Twenty-seventh official adult lung and heart-lung transplant report—2010. *The Journal of Heart and Lung Transplantation* 2010; 29(10): 1104–1118
- 24 *Hoepfer MM, Ghofrani HA, Gorenflo M et al.* Diagnostik und Therapie der pulmonalen Hypertonie. *Kardiologie* 2010; 4(3): 189–207
- 25 Constitution of the World Health Organization. Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement October 2006
- 26 *World Health Organization Division of Mental Health.* Field Trial WHOQOL-100 1995
- 27 *Ellert U, Kurth BM.* Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl.* 2013; 56(5-6): 643–649
- 28 *Shafazand S, Goldstein MK, Doyle RL et al.* Health-Related Quality of Life in Patients With Pulmonary Arterial Hypertension*. *CHEST* 2004; 126(5): 1452

- 29 Löwe B, Gräfe K, Ufer C et al. Anxiety and Depression in Patients With Pulmonary Hypertension. *Psychosomatic Medicine* 2004; 66(6): 831–836
- 30 White J, Hopkins RO, Glissmeyer EW et al. Cognitive, emotional, and quality of life outcomes in patients with pulmonary arterial hypertension. *Respir Res* 2006; 7(1): 55
- 31 McCollister D H, Beutz M, McLaughlin V et al. Depressive Symptoms in Pulmonary Arterial Hypertension: Prevalence and Association With Functional Status. *Psychosomatics* 2010; 51(4)
- 32 Harzheim D, Klose H, Pinado F et al. Anxiety and depression disorders in patients with pulmonary arterial hypertension and chronic thromboembolic pulmonary hypertension. *Respir Res* 2013; 14(1): 104
- 33 Batal O, Khatib OF, Bair N et al. Sleep Quality, Depression, and Quality of Life in Patients with Pulmonary Hypertension. *Lung* 2011; 189(2): 141–149
- 34 Looper KJ, Pierre A, Dunkley DM et al. Depressive symptoms in relation to physical functioning in pulmonary hypertension. *Journal of Psychosomatic Research* 2009; 66(3): 221–225
- 35 Kim HFS, Kunik ME, Molinari VA et al. Functional Impairment in COPD Patients: The Impact of Anxiety and Depression. *Psychosomatics* 2000; 41(6): 465–471
- 36 Engström CP, Persson LO, Larsson S et al. Functional status and well being in chronic obstructive pulmonary disease with regard to clinical parameters and smoking: a descriptive and comparative study. *Thorax* 1996; 51: 825–830
- 37 Moore MC, Zebb BJ. The catastrophic misinterpretation of physiological distress. *Behaviour Research and Therapy* 1999; 37(11): 1105–1118
- 38 Karajgi B, Rifkin A, Doddi S, Kolli R. The Prevalence of Anxiety Disorders in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 200–201
- 39 Maurer J, Rebbapragada V, Borson S et al. Anxiety and Depression in COPD: Current Understanding, Unanswered Questions, and Research Needs. *CHEST* 2008; 134: 43–56
- 40 Härter M, Baumeister H, Reuter K et al. Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. *Psychotherapy and psychosomatics* 2007; 76(6): 354–360
- 41 Goldbeck L. Prevalence of Symptoms of Anxiety and Depression in German Patients With Cystic Fibrosis. *CHEST* 2010; 138(4): 929
- 42 Riekert KA. The Association Between Depression, Lung Function, and Health-Related Quality of Life Among Adults With Cystic Fibrosis*. *CHEST* 2007; 132(1): 231
- 43 Dilling H, Freyberger HJ, Hrsg. Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: nach dem Pocket Guide von J. E. Cooper. Bern: Verlag Hans Huber; 2013
- 44 Wittchen HU, Jacobi F, Klose M, Ryl L. Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Hrsg. Robert-Koch-Institut 2010(51)
- 45 Lieb K, Frauenknecht S, Brunnhuber S. Intensivkurs Psychiatrie und Psychosomatik. München: Urban & Fischer; 2012

- 46 *Kessler R, Berglund P, Demler O et al.* The Epidemiology of Major Depressive Disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003; 289(23): 3095–3105
- 47 *Groen G, Petermann F.* Depressive Kinder und Jugendliche. Göttingen: Hogrefe; 2002
- 48 *Berger M, van Calker D, Brakemeier EL, Schramm E.* Affektive Störungen. In: Berger M, Hrsg: *Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie*: Urban & Fischer; 2015: 421–497
- 49 *DGPPN et al.* S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. Berlin, Düsseldorf: DGPPN, ÄZQ, AWMF; 2009
- 50 *Lindner R, Fiedler G, Götze P.* Diagnostik der Suizidalität. *Deutsches Ärzteblatt* 2003; 100(15): 1004–1007
- 51 *COPPEN A.* The Biochemistry of Affective Disorders. *The British Journal of Psychiatry* 1967; 113(504): 1237–1264
- 52 *Heninger GR, Delgado PL, Charney DS.* The Revised Monoamine Theory of Depression: A Modulatory Role for Monoamines, Based on New Findings From Monoamine Depletion Experiments in Humans. *Pharmacopsychiatry* 1996(29): 2–11
- 53 *Roggenbach J, Müller-Oerlingshausen B, Franke L.* Suicidality, impulsivity and aggression—is there a link to 5HIAA concentration in the cerebrospinal fluid? *Psychiatry Research* 2002; 113: 193–206
- 54 *Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G.* Kognitive Therapie der Depression. Weinheim: Psychologie-Verlags-Union; 1992
- 55 *Rudolf G.* Depressiver Grundkonflikt und seine Verarbeitungen. In: Rudolf G, Henningsen P, Hrsg: *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2013
- 56 *Arbeitskreis OPD.* Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Grundlagen und Manual: Verlag Hans Huber; 2001
- 57 *Hautzinger M.* Depression. Göttingen: Hogrefe; 1998
- 58 *Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT.* The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review* 2006(26): 17–31
- 59 *van Hees MLJM, Rotter T, Ellermann T, Evers SMAA.* The effectiveness of individual interpersonal psychotherapy as a treatment for major depressive disorder in adult outpatients: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2013; 13(22)
- 60 *Rudolf G, Henningsen P, Hrsg.* Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2013
- 61 *Leichsenring F.* Zur Wirksamkeit tiefenpsychologisch fundierter und psychodynamischer Therapie. Eine Übersicht unter Berücksichtigung von Kriterien der Evidence-Based Medicine/ The effectiveness of psychodynamic therapy. A review using criteria of evidence - based medicine. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 2002; 48(2): 139–162
- 62 *Goodwin RD, Faravelli C, Rosi S et al.* The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology* 2005; 15(4): 435–443

- 63 *Jacobi F, Wittchen HU, Höltling C et al.* Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol. Med.* 2004; 34(4): 1–15
- 64 *Wittchen HU, Jacobi F.* Angststörungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Hrsg. Robert-Koch-Institut 2004(21)
- 65 *Hoffmann SO.* Psychodynamische Therapie von Angststörungen: Einführung und Manual in die kurz- und mittelfristige Therapie. Stuttgart: Schattauer; 2016
- 66 *Margraf J, Schneider S.* Panik: Angstanfälle und ihre Behandlung. Berlin: Springer; 1990
- 67 *Angenendt J, Frommberger U, Berger M.* Angststörungen. In: Berger M, Hrsg: Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie: Urban & Fischer; 2015: 439–476
- 68 Two-Factor Learning Theory Reconsidered, With Special Reference to Secondary Reinforcement and the Concept of Habit. *Psychological Review* 1956; 65(2): 114–128
- 69 *Ruhmland M, Margraf J.* Effektivität psychologischer Therapien von Panik und Agoraphobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie* 2001(11): 41–53
- 70 *Leichsenring F, Salzer S, Beutel ME et al.* Long-Term Outcome of Psychodynamic Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Social Anxiety Disorder. *Am J Psychiatry* 2014; 171: 1074–1082
- 71 *Lazarus RS FS.* Stress, Appraisal, and Coping: Springer; 1984
- 72 *Ermann M.* Psychotherapie und Psychosomatik: Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag; 2016
- 73 *Schulz H, Barghaan D, Harfst T, Koch U.* Psychotherapeutische Versorgung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Hrsg. Robert-Koch-Institut 2008(41)
- 74 *Wittchen HU, Müller N, Schmidtkunz B et. al.* Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen.: Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitssurveys "Psychische Störungen". *Fortschritte der Medizin* 2000(118): 4–10
- 75 *Statistisches Bundesamt (Destatis).* Grunddaten der Krankenhäuser 2011 - Fachserie 12 Reihe 6.1.1; 2013
- 76 *Kassenärztliche Bundesvereinigung.* Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2011 2012
- 77 *Bundespsychotherapeutenkammer (Hrsg.).* Zahlen und Fakten. Psychotherapeuten in Deutschland. BPtK-Spezial 2008
- 78 *Grobe TG, Dörning H, Schwartz FW.* GEK-Report ambulant ärztliche Versorgung 2007. Schwerpunkt: Ambulante Psychotherapie. In: GEK (Hrsg.) Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 59
- 79 *Jacobi F, Klose M, Wittchen H-U.* Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 2004; 47(8)
- 80 *Bundespsychotherapeutenkammer.* BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung: Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK 2011

- 81 Wittchen HU JF. Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland.: Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. Bundesgesundheitsblatt 2001; 44: 993–1000
- 82 Spahn C, Becker B, Fritzsche K, Burger T, Blum HE, Wirsching M. Psychosomatic liaison service in medicine - need for psychotherapeutic interventions and their realisation. Swiss Med Wkly 2002; 132: 165–173
- 83 Fritzsche K, Spahn C, Nübling M, Wirsching M. Psychosomatischer Liaisondienst am Universitätsklinikum. Bedarf und Inanspruchnahme. Der Nervenarzt 2007; 78(9): 1037–1045
- 84 Diefenbacher A. Konsiliarpsychiatrie im Allgemeinkrankenhaus - Geschichte, Aufgaben und Perspektiven eines psychiatrischen Arbeitsbereichs. Habilitationsschrift. Berlin
- 85 Diefenbacher A, Burian R, Klesse C, Härter M. Konsiliar- und Liaisondienst für psychische Störungen: Online-Zusatzinhalt. In: Berger M, Hrsg: Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie: Urban & Fischer; 2015
- 86 Bundesregierung der Bundesrepublik Deutschland. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland: Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Berlin; 1975
- 87 Fritzsche K. Bedarf und Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen bei körperlich Kranken. Habilitationsschrift. Freiburg; 2001
- 88 Söllner W, Creed F. European guidelines for training in consultation-liaison psychiatry and psychosomatics: report of the EACLPP Workgroup on Training in Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics. Journal of Psychosomatic Research 2007; 62(4): 501–509
- 89 Huyse FJ, Herzog T, Lobo A et al. Consultation-Liaison psychiatric service delivery: results from a European study. General Hospital Psychiatry 2001; 23: 124–132
- 90 Söllner W. Konsiliar- und Liaisonpsychosomatik. In: Rudolf G, Henningsen P, Hrsg: Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2013
- 91 Söllner W. Psychosomatische Medizin und Psychiatrie -Abgrenzung und Kooperation. Nürnberg; 28.02.12
- 92 Simonneau G, Robbins IM, Beghetti M et al. Updated Clinical Classification of Pulmonary Hypertension. Journal of the American College of Cardiology 2009; 54(1): S43-S54
- 93 EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. The EuroQol Group. Health Policy 1990; 16(3): 199–208
- 94 De Smedt D, Clays E, Doyle F et al. Validity and reliability of three commonly used quality of life measures in a large European population of coronary heart disease patients. International Journal of Cardiology 2012
- 95 Szende A OMDN. EQ-5D Value Sets: Inventory, Comparative Review and User Guide: Springer; 2006
- 96 Löwe B, Spitzer RL, Zipfel S, Herzog W. Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D): Manual. Komplettversion und Kurzform. Autorisierte deutsche Version des "Prime MD Patient Health Questionnaire (PHQ)".: Pfizer; 2002

- 97 *Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB.* Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA 1999; 282(18): 1737–1744
- 98 *Gräfe K, Zipfel S, Herzog W, Löwe B.* Screening psychischer Störungen mit dem “Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“. Diagnostica 2004; 50(4): 171–181
- 99 *Larisch A, Heuft G, Engbrink S et al.* Behandlung Psychischer und Psychosomatischer Beschwerden - Inanspruchnahme, Erwartungen und Kenntnisse der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2013; 59(2): 153–169
- 100 *Nübling R.* Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept: Zur Evaluation psychosomatischer Heilverfahren. Frankfurt am Main: Verlag für akademische Schriften; 1992
- 101 *Nübling R, Schulz H, Schmidt J et al.* Fragebogen zur Psychotherapiemotivation (FPTM) - Testkonstruktion und Gütekriterien. In: Nübling R, Muthny FA, Bengel J, Hrsg: Reha-Motivation und Behandlungserwartung. Bern: Huber; 2006
- 102 *Scano G, Gigliotti F, Stendardi L, Gagliardi E.* Dyspnea and emotional states in health and disease. Respiratory medicine 2013; 107(5): 649–655
- 103 *Löwe B, Gräfe K, Zipfel S et al.* Detecting panic disorder in medical and psychosomatic outpatients. Journal of Psychosomatic Research 2003; 55(6): 515–519
- 104 *Rief W, Nanke A, Klaiberg A, Braehler E.* Base rates for panic and depression according to the Brief Patient Health Questionnaire: a population-based study. Journal of Affective Disorders 2004; 82(2): 271–276
- 105 *Busch MA, Maske UE, Ryl L et al.* Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2013; 56(5-6): 733–739
- 106 *König HH, Bernert S, Angermeyer MC.* Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung: Ergebnisse einer repräsentativen Befragung mit dem EuroQoL-Instrument. Gesundheitswesen 2005(67): 173–182
- 107 *Boros PW, Lubinski W.* Health state and the quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease in Poland: A study using the EQ-5D questionnaire. Pol Arch Med Wewn 2012; 122(3): 73–81
- 108 *Albani C, Blaser G, Geyer M et al.* Wer nimmt in Deutschland ambulante Psychotherapie in Anspruch? Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 2009; 59(7): 281–283
- 109 *Roman A, Barbera JA, Castillo MJ et al.* Health-Related Quality of Life in a National Cohort of Patients With Pulmonary Arterial Hypertension or Chronic Thromboembolic Pulmonary Hypertension. Archivos de Bronconeumologia 2013; 49(5): 181–188

8 Anhang

8.1 Ethikvotum

JUSTUS-LIEBIG



UNIVERSITÄT
GIESSEN

FACHBEREICH 11



MEDIZIN

Ethik-Kommission, Gaffkystr. 11c, D-35385 Gießen

Frau
Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. A. Larisch
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Friedrichstr. 33
35385 Gießen

**ETHIK-KOMMISSION
am Fachbereich Medizin
Vorsitz: Prof. H. Tillmanns**

Gaffkystr. 11c
D-35385 Gießen
Tel.: (0641)99-42470 / 47660
ethik.kommission@pharma.med.uni-giessen.de

Gießen, 13. März 2012
Dr. Kr./erb

AZ.: 306/11

Titel: *Lebensqualität, psychische Störungen und psychosomatische Behandlungsmethoden bei Patienten mit pulmonal-arterieller Hypertonie.*

Sitzung am 12.01.2012

Sehr geehrte(r) Antragsteller/Antragstellerin, *liebe Frau Larisch,*

wir bedanken uns für die Vorstellung Ihres Forschungsprojektes. Im Folgenden erhalten Sie das Votum der Gießener Ethik-Kommission zur oben genannten Studie:

Es handelt sich um eine Erstbegutachtung für den Leiter der Klinischen Prüfung (LKP)

Es handelt sich um eine Anschlussbegutachtung

Eingesandte Unterlagen:

- Formalisierter Antrag
- Ausführliche Darstellung des Vorhabens (Studienprotokoll)
- Patienteninformation und -einwilligungserklärung
- Fragebögen (PHQ-D und FPB)
- Abteilungsleiterhaftpflicht

Der Antrag wurde unter ethischen, medizinisch-wissenschaftlichen und rechtlichen Gesichtspunkten geprüft. Soweit betreffend, wurde **das auf Seite 2 wiedergegebene Protokoll** unter Berücksichtigung des Good Clinical Practice for Trials on Medicinal Products in the European Community (ICH-GCP) erstellt. Es bezieht sich auf die vorgelegte Fassung des Antrags.

Forderungen der Ethik-Kommission, soweit darin aufgeführt, wurden inzwischen erfüllt.

Sie stimmt dem Vorhaben zu.

Sie stimmt dem Vorhaben unter Auflagen zu (siehe S. 2).

Sie stimmt dem Vorhaben nicht zu (siehe S. 2).

Die Ethik-Kommission erwartet, dass ihr bis *31.12.13* ohne Aufforderung ein kurzer Bericht auf beigefügtem (roten) Formblatt übermittelt wird. Er soll mitteilen, ob das Ziel der Studie erreicht wurde, ob ethische, medizinisch-wissenschaftliche oder rechtliche Probleme aufgetreten sind, und ob das Ergebnis publiziert ist/wird. Unabhängig davon ist die Ethik-Kommission über alle Änderungen des Prüfplans zu unterrichten. Ihr sind alle schweren unerwünschten Wirkungen mitzuteilen, soweit sie im Bereich der Zuständigkeit dieser Ethik-Kommission aufgetreten sind. Bei überregionalen Studien sind sie auch dem LKP mitzuteilen.

Die ärztliche und juristische Verantwortung des Leiters der klinischen Prüfung und der an der Prüfung teilnehmenden Ärzte bleibt entsprechend der Beratungsfunktion der Ethik-Kommission durch unsere Stellungnahme unberührt.

Auszug aus dem Protokoll der Kommissionsitzung vom 12.01.2012:

Frau Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Astrid Larisch, MPH, trägt vor. Hintergrund und Ziel der Studie: Zirka 35% der Patienten mit pulmonaler Hypertonie leiden neben starken physischen Belastungen zusätzlich an psychischen Beschwerden (Löwe, B, Ufer, C., Kroenke, K., Grünig, E., Herzog, W, Borst, M.M., Psychosom. Med. 2004; 66 (6): 831-836). Mittels einer Fragebogen-Untersuchung mit dem Patient Health Questionnaire (PHQ-15) bei n = 100 Patienten der Ambulanz für Pulmonale Hypertonie, UKGM, Gießen, soll das Vorliegen von Angststörungen und/oder Depressionen ermittelt werden. Zwei bereits in der Ambulanz etablierte Messinstrumente (EQ-5D, CAMPHOR) werden zur Lebensqualität ausgewertet. Zusätzlich wird der Wunsch nach psychosomatischer Mitbehandlung erfragt.

Bei dem Vorhaben handelt es sich um eine monozentrische, rein deskriptive, explorative diagnostische Prüfung (Fragebogenuntersuchung). Leiter der klinischen Studie sind Frau Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Astrid Larisch, MPH, Prof. Dr. med. Johannes Kruse und Prof. Dr. med. Ardeschir H. Ghofrani. Beteiligte Institutionen sind die Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der JLU Gießen (Abteilungsleiter: Prof. Dr. med. Johannes Kruse) und die Ambulanz für Pulmonale Hypertonie, Klinik für Pneumologie, UKGM, Standort Gießen (Leiter: Prof. Dr. med. A.H. Ghofrani). Die biometrische Bearbeitung erfolgt durch Frau cand. med. Charlotte Neeb. Die Studie wird öffentlich gefördert durch die Selbsthilfevereinigung Pulmonale Hypertonie (PH) e.V. Die Studie sollte am 9. Januar 2012 beginnen, sie wird ca. 3 Monate dauern. Insgesamt sollen 100 Patienten beiderlei Geschlechts (Alter 18 - 85 Jahre) in die Studie eingeschlossen werden; über die Dauer des oben genannten Zeitraums werden die Patienten der Lungenhochdruck-Ambulanz mit Hilfe der Fragebögen ambulant untersucht. Einschlusskriterien erfüllen alle Patienten der Ambulanz für Pulmonale Hypertonie, bei denen eine Pulmonale Hypertonie diagnostiziert wurde, die nicht an anderen Studien teilnehmen. Ausschlusskriterien sind: 1) Jünger als 18 Jahre, 2) mangelnde Deutschkenntnisse, 3) ausgeprägte kognitive Einschränkungen, 4) schwere psychische Komorbidität (z.B. Suizidalität). Hauptzielkriterium ist die psychische Belastung (PHQ-15). Nebenzieldkriterium ist die Lebensqualität (EQ-5D, CAMPHOR).

In der Diskussion berichtet Frau Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. A. Larisch, MPH, dass im Mittelpunkt der vorliegenden Studie die u.U. auftretende Einschränkung der Lebensqualität bei Patienten mit pulmonal-arterieller Hypertonie stehe. Die Lebensqualität in dieser Studie, welche ein Kooperationsprojekt der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie sowie der Ambulanz für Pulmonale Hypertonie der JLU Gießen darstelle, würde mit Hilfe des EQ-5D- und des Patient Health Questionnaire (PHQ-15)-Fragebogens bei 100 Patienten mit Pulmonaler Hypertonie erfasst. Sie weist hinsichtlich dieser Fragestellung auf eine Studie der psychosomatischen Arbeitsgruppe der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg unter Leitung von Herrn Prof. Dr. W. Herzog in Zusammenarbeit mit der Ambulanz für Pulmonale Hypertonie der Med. Universitätsklinik Heidelberg (Prof. Dr. E. Grünig) hin. In dieser Studie, publiziert mit B. Löwe als Erstautor (Psychosomat. Med. 2004; 66: 831-836) hätten die Autoren berichtet, dass ca. 35% der Patienten mit pulmonaler Hypertonie neben ihren kardiopulmonalen (körperlichen) Beschwerden, wie vor allem Belastungsdyspnoe, auch psychisch belastet gewesen seien. So hätten die meisten dieser Patienten an Angst und Depressivität gelitten, teilweise auch unter Panikattacken. Im Rahmen der Heidelberger Studie habe sich auch ergeben, dass viele Patienten körperliche Beschwerden angegeben, allerdings die psychischen Störungen nicht realisiert hätten. Die entscheidende Frage sei bei diesem Patientenkollektiv: Wie groß ist bei diesen Patienten der Behandlungswunsch? Die hier in Gießen geplante Kooperationsstudie werde von der Selbsthilfegruppe Pulmonale Hypertonie e.V. finanziert. Der große Vorteil dieser Studie sei die räumliche Nähe der psychosomatischen Abteilung der JLU Gießen zu der Ambulanz für Pulmonale Hypertonie. Sie betont, dass die Patienten in demselben Gebäude pneumologisch untersucht und klassifiziert werden könnten, wo auch die psychosomatische Diagnostik und Betreuung erfolgen soll; Forschung und Therapie könnten so optimal Hand in Hand arbeiten. In den Fragebögen würden als Hauptsymptome der psychischen Beteiligung am Krankheitsbild der Pulmonalen Hypertonie Symptome einer Angststörung, der Depressivität und u.U. auftretender Panikattacken abgefragt. Hauptziel der Studienauswertung sei die Korrelation zwischen NYHA-Grad der pulmonalen Hypertonie und psychischer Belastung. Im weiteren Verlauf der Diskussion werden 1) die körperlichen Variablen der Studie (NYHA-Schweregrad der Pulmonalen Hypertonie, Ausmaß der Belastungsdyspnoe, Auftreten von Herzrhythmusstörungen, Ödemneigung); 2) die Variablen der psychischen Beteiligung am Krankheitsgeschehen (Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit, Schlafstörungen bzw. vermehrtes Schlafbedürfnis, fehlendes Interesse an Tätigkeiten, Konzentrationsschwierigkeiten, plötzliches Gefühl der Angst oder Panik, Suizidalität); 3) der Einfluss von Bewegungsmangel auf die psychischen Variablen; 4) die Gestaltung der Patienteninformation und 5) der Datenschutz (insbesondere die Datenaufbewahrungsfrist von 10 Jahren) erörtert. Nach

lebhafter Diskussion stimmt die Kommission dem Vorhaben ohne Einwände zu und wünscht den Antragstellerinnen/Antragstellern gutes Gelingen.

Wir wünschen Ihnen für Ihr Forschungsprojekt viel Erfolg.



Prof. Dr. H. Tillmanns
Vorsitzender

Die Namen der bei dieser Sitzung anwesenden Mitglieder sind durch Unterstreichung hervorgehoben.
Mitglieder: Frau Dr. Blütters-Sawatzki (Pädiatrie); Dr. Bödeker (Informatik); Herr Brumhard (Pharmazie); Prof. Dr. Dr. Dettmeyer (Rechtsmedizin); Prof. Dr. Padberg (Chirurgie); Dr. Repp (Pharmakologie); Prof. Schmidt (Rheumatologie); Prof. Tillmanns, Vorsitzender (Innere Med.); Frau Prof. Dr. Wolfslast (Rechtswissenschaften).
Vertreter: Prof. Dreyer (Pharmakologie); Frau Prof. Kemkes-Matthes (Innere Medizin); Prof. Dr. N. Krämer (Zahnheilkunde); Frau Kreckel (Pharmazie); Prof. Künzel (Gynäkologie); Dr. Pons-Kühnemann (Informatik); Prof. Riße (Rechtsmedizin); Dr. Röhrig (Chirurgie); Frau Schneider (Rechtswissenschaften).

P.S.: Bitte informieren Sie die Ethik-Kommission unter Benutzung des beigefügten Formulars über den Beginn der Studie!

8.2 Fragebögen

Gesundheitsfragebogen für Patienten (Kurzform PHQ-D)

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage, so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

Name: _____ Alter: _____ Geschlecht: weiblich männlich Datum: _____

1 Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Fragen zum Thema „Angst“.

	NEIN	JA
a. Hatten Sie in den <u>letzten 4 Wochen</u> eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 3.		
b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Treten manche dieser Anfälle <u>völlig unerwartet</u> auf – d. h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Litten Sie während Ihres letzten schlimmen Angstanfalls unter Kurzatmigkeit, Schwitzen, Herzrasen oder -klopfen, Schwindel oder dem Gefühl, der Ohnmacht nahe zu sein, Kribbeln oder Taubheitsgefühlen, Übelkeit oder Magenbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 Wenn eines oder mehrere der in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:

Überhaupt nicht erschwert	Etwas erschwert	Relativ stark erschwert	Sehr stark erschwert
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KODIERUNG: *Major Dep Syn*, wenn fünf oder mehr der Fragen 1a-i mit mindestens „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet sind und Frage 1a oder 1b darunter sind (1i auch mitzählen, wenn es mit „an einzelnen Tagen“ beantwortet ist). *Minor Dep Syn*, wenn zwei, drei oder vier der Fragen 1a-i mit mindestens „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet sind und Frage 1a oder 1b darunter sind (1i auch mitzählen, wenn es mit „an einzelnen Tagen“ beantwortet ist). *Pan Syn*, wenn alle Fragen 2a-e mit „JA“ beantwortet sind.

Deutsche Übersetzung und Validierung des „Brief Patient Health Questionnaire (Brief PHQ)“ durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg. (Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999). © 2002 Pfizer

	Klinik für Psychosomatik u. Psychotherapie Dr. Dipl.-Psych. Astrid Larisch, M.P.H. Direktor: Prof. Dr. med. Johannes Kruse	Studienleitung PAH Dr. Dipl.-Psych. Astrid Larisch, M.P.H. Prof. Dr. Johannes Kruse Friedrichstraße 33 35392 Gießen Tel.: 0641 985-45602 FAX: 0641 985-45619
	Klinik für Pneumologie Direktor: Prof. Dr. med. Seeger Prof. Dr. med. A.H. Ghofrani	

Fragebogen zur Psychosomatischen Behandlung (FPB)

1) Sind oder waren Sie schon einmal in einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung?

Ja Nein Weiß nicht

2) Sind oder waren Sie schon einmal in einer stationären psychotherapeutischen Behandlung?

Ja Nein Weiß nicht

3) Ich bin mir unsicher, ob psychologische Gespräche einem helfen können.

stimmt nicht stimmt eher nicht stimmt eher stimmt

4) Ich werde mit meinen Problemen nicht mehr allein fertig.

stimmt nicht stimmt eher nicht stimmt eher stimmt

5) Würden Sie ein psychosomatisches Gesprächsangebot durch einen Arzt/Psychologen annehmen?

Ja Nein

Wenn Ja,

wo würden Sie am ehesten behandelt werden?

- a) In der Ambulanz für Pulmonale Hypertonie?
- b) In der Ambulanz für Psychosomatik und Psychotherapie?
- c) In der Praxis beim Psychotherapeuten?
- d) Sonstiges

Lebensqualität (EQ-5D)

Bitte geben Sie an, welche Aussagen Ihren Gesundheitszustand am besten beschreiben, indem Sie ein Kreuz in ein Kästchen jeder Gruppe machen.

Beweglichkeit/Mobilität

- Ich habe keine Probleme herumzugehen.
- Ich habe einige Probleme herumzugehen.
- Ich bin ans Bett gebunden.

Für sich selbst sorgen

- Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen.
- Ich habe einige Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen.
- Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.

Allgemeine Tätigkeiten

(z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten).

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.
- Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.
- Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.

Schmerzen/Körperliche Beschwerden

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden.
- Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden.
- Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden.

Angst/Niedergeschlagenheit

- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert.
- Ich bin ängstlich oder deprimiert.
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert.

Verglichen mit meinem allgemeinen Gesundheitszustand während der vergangenen 12 Monate ist mein heutiger Gesundheitszustand

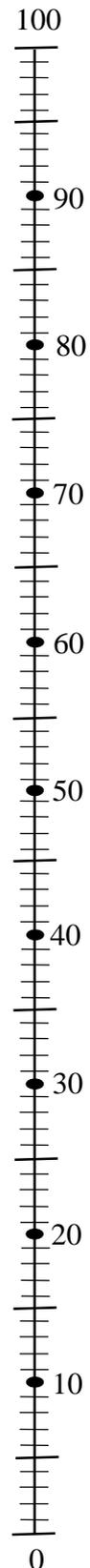
- besser
- im großen und ganzen etwa gleich
- schlechter

Um Sie bei der Einschätzung, wie gut oder wie schlecht Ihr Gesundheitszustand ist, zu unterstützen, haben wir eine Skala gezeichnet, ähnlich einem Thermometer. Der denkbar beste Gesundheitszustand ist mit einer "100" gekennzeichnet, der schlechteste mit "0".

Wir möchten Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Gesundheitszustand heute ist. Bitte verbinden Sie dazu den untenstehenden Kasten mit dem Punkt auf der Skala, der Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten wiedergibt.

**Ihr
heutiger
Gesundheitszustand**

Denkbar
bester
Gesundheitszustand



Denkbar
schlechtester
Gesundheitszustand