

# Psychische Belastung und Psychosomatischer Behandlungswunsch von Patienten mit Pulmonaler Hypertonie

## Mental Distress and Wish for Psychosomatic Treatment of Patients with Pulmonary Hypertension

### Autoren

Astrid Larisch<sup>1</sup>, Charlotte Neeb<sup>1</sup>, Martina de Zwaan<sup>2</sup>, Christian Pabst<sup>2</sup>, Henning Tiede<sup>3</sup>, Ardeschir Ghofrani<sup>3</sup>, Karen Olsson<sup>4</sup>, Marius Hoepfer<sup>4</sup>, Johannes Kruse<sup>1</sup>

### Institute

Die Institutsangaben sind am Ende des Beitrags gelistet

### Schlüsselwörter

- Pulmonale Hypertonie (PH)
- psychosomatischer Behandlungswunsch
- Angst
- Depression
- Lebensqualität

### Keywords

- pulmonary hypertension (PH)
- wish for psychosomatic treatment
- anxiety
- depression
- quality of life

eingereicht 25. Februar 2014

akzeptiert 14. Mai 2014

### Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1377013>  
 Online-Publikation: 2014  
 Psychother Psych Med  
 © Georg Thieme Verlag KG  
 Stuttgart · New York  
 ISSN 0937-2032

### Korrespondenzadresse

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych.

Astrid Larisch

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie  
 Universität Gießen  
 Friedrichstraße 33  
 35392 Gießen  
[astrid.larisch@psycho.med.uni-giessen.de](mailto:astrid.larisch@psycho.med.uni-giessen.de)

### Zusammenfassung

**Hintergrund:** Die Studie erhob die psychischen Belastungen von Patienten mit pulmonaler Hypertonie (PH) und erfasste die Inanspruchnahme von und den Wunsch nach psychosomatischer Behandlung.

**Methoden:** Insgesamt nahmen n=187 ambulante Patienten an der Querschnittsbefragung teil. Eingesetzt wurde die Kurzform des Patient Health Questionnaire (PHQ-D), der EuroQol (EQ-5D) und ein Fragebogen zur Erfassung des psychosomatischen Behandlungswunsches.

**Ergebnisse:** 50,6% der Patienten zeigten eine depressive Symptomatik unterschiedlicher Ausprägung, 19,2% zeigten die Symptome einer Major Depression. 14,8% der Patienten berichteten Angstattacken, 7,1% wiesen Symptome eines Paniksyndromes auf. Die Lebensqualität war deutlich eingeschränkt (EQ-5D VAS M=60). Erfahrungen mit ambulanter bzw. stationärer Psychotherapie wurde von 23,4 bzw. 8,6% der Patienten berichtet. 56,5% wünschten sich ein psychosomatisches Gesprächsangebot.

**Schlussfolgerungen:** PH-Patienten leiden eher an leichten bis unterschweligen depressiven Syndromen, sind jedoch häufig an einem psychosomatischen Gesprächsangebot interessiert. Die Realisierung von Gesprächsangeboten im klinischen Alltag wäre wünschenswert.

### Einführung

Chronische Krankheiten zeichnen sich dadurch aus, dass sie meist nicht vollständig heilbar sind und eine regelmäßige Inanspruchnahme medizinischer Leistungen verlangen. Dabei haben sowohl somatische Erkrankungen als auch psychische Störungen negative Auswirkungen auf die Lebensqualität [1]. Patienten mit einer pulmonalen Hypertonie (PH), einer eher selten auftretenden Lungengefäßerkrankung mit einer Prävalenz

### Abstract

**Background:** The study investigated the level of mental distress in patients with pulmonary hypertension (PH) and assessed the use of and the wish for psychosomatic treatment.

**Methods:** A total sample of n=187 outpatients participated in the cross-sectional survey. The short form of the Patient Health Questionnaire (PHQ-D), the EuroQol (EQ-5D) and a questionnaire assessing the wish for psychosomatic treatment were applied.

**Results:** 50.6% of the patients exhibited depressive symptoms of varying degrees, 19.2% showed symptoms of major depression. 14.8% of the patients reported panic attacks, and 7.1% demonstrated symptoms of a panic syndrome. Quality of life was low (EQ-5D VAS M=60). Experience with outpatient or inpatient psychotherapy was reported by 23.4% and 8.6% of the patients, respectively. 56.5% reported a wish for psychosomatic treatment.

**Conclusions:** PH-Patients are more likely to suffer from mild or subthreshold depressive syndromes, but are very interested in psychosomatic treatment. The implementation of psychosomatic interventions into clinical practice would be desirable.

von 1–2 pro einer Million Einwohner für den Prototyp, der idiopathischen PH [2], sind vor allem durch starke Einschränkungen im Alltagsleben und durch den progredienten Verlauf der Erkrankung beeinträchtigt. Hinzu kommt, dass durch die Atemnot Angstzustände ausgelöst werden können, die denen von Panikattacken ähneln. Unter PH versteht man die chronische Erhöhung des Blutdrucks in den Lungengefäßen ab einem pulmonal-arteriellen Mitteldruck von  $\geq 25$  mmHg [3]. Zu den eher unspezifischen Symptomen

zählen Belastungsdyspnoe, Müdigkeit und Abgeschlagenheit, Thoraxschmerzen, Synkopen und Ödeme. Neben den somatischen Beschwerden zeigen die Patienten eine deutliche Minderrung der Lebensqualität [4–6] und erhöhte psychische Belastungen insbesondere von Angststörungen und Depressionen [6–10], von denen etwa ein Drittel der Patienten betroffen ist [5,7]. Löwe et al. [7] fanden, dass 35,4% der Patienten mit PH unter einer oder mehreren psychischen Störungen leiden. Die häufigsten Diagnosen bei den PH-Patienten waren Major Depression (15,9%) und Panikstörung (10,4%). Über Panikattacken berichteten sogar 25,6%. Von den PH-Patienten, die an einer psychischen Störung litten, berichteten nur 24,1% über eine psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung.

Trotz negativer Auswirkungen auf die Patienten bleiben die psychischen Störungen oft unerkannt und unbehandelt [5]. In den Leitlinien wird als Therapieempfehlung unter „Allgemeinmaßnahmen“ erwähnt, dass „psychologische und soziale Betreuung wie bei jeder anderen chronischen Erkrankung auch für Patienten mit PAH als wichtig“ erachtet werden ([3], S.6). Bisher liegt jedoch noch keine Studie vor, die neben der Prävalenz auch die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlungen und den psychosomatischen Behandlungswunsch mit erfasst hat. Daraus entwickelten sich für die vorliegende Studie folgende Fragestellungen: Wie häufig finden sich klinisch relevante psychische Symptome sowie psychische Störungen bei ambulanten PH-Patienten in universitären Spezialambulanzen? Wie stark ist die Beeinträchtigung der Lebensqualität? Wie hoch ist der psychosomatische Behandlungswunsch? Wie unterscheiden sich Patienten mit einem Behandlungswunsch von Patienten ohne Behandlungswunsch?

## Methoden



### Design

In einer Querschnittsstudie wurden 2012 insgesamt n=187 Patienten mit PH in der Ambulanz für PH des Universitätsklinikum Gießen und Marburg (UKGM), Standort Gießen, und in der Ambulanz für PH der Klinik für Pneumologie der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) konsekutiv befragt. Die Studie wurde von den Ethik-Kommissionen des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen (Nr. 306/11) und der MHH (Nr. 6240) genehmigt.

### Rekrutierung

Die Fragebögen wurden durch die Pflgeteams der Ambulanzen für PH am UKGM Gießen und an der MHH an die Patienten verteilt, die zu ihren regulären Kontrollterminen kamen. Die Patienten füllten die Bögen vor oder nach dem Untersuchungstermin aus. Jeder Patient, der mindestens 18 Jahre alt war, eine schriftliche Einwilligungserklärung abgab und die Kriterien der Diagnose PH nach der Klinischen Klassifikation (Dana Point 2008) [3] erfüllte, wurde eingeschlossen. Die medizinischen Diagnosen sowie die Stadien der Erkrankungsschwere nach den Kriterien der New-York-Heart-Association-Classification (NYHA) wurden den Patientenakten entnommen. Ausschlusskriterien waren: Alter unter 18 Jahren, mangelnde Deutschkenntnisse, ausgeprägte kognitive Einschränkungen, schwere psychische Komorbidität (z.B. Suizidalität). In Gießen wurden n=133 Patienten befragt, n=23 lehnten die Teilnahme ab (17,3%). 9 weitere Patienten wurden nach Einwilligung aufgrund unvollständiger Daten ausgeschlossen. In Hannover lehnten

von 103 befragten Patienten 17 die Teilnahme ab (16,5%), alle Datensätze lagen vollständig vor. Damit konnten insgesamt n=187 von n=236 Patienten (Teilnehmerquote 79%) in die Auswertung eingeschlossen werden (Gießen n=101, Hannover n=86).

### Messinstrumente

Als Messinstrumente wurden der Patient Health Questionnaire (PHQ-D), der EuroQol (EQ-5D) sowie ein selbst entwickelter Fragebogen zur Psychosomatischen Behandlung (FPB) eingesetzt.

Der Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D) [11] ist ein häufig angewandtes Screeninginstrument für psychische Störungen in der Primärmedizin mit einer ausgezeichneten Kriteriumsvalidität für die Diagnose der Major Depression (Sensitivität 95%, Spezifität 86%) und guten teststatistischen Werten für die Panikstörung [12]. In der Studie wurde die einseitige Kurzversion mit 15 Items eingesetzt, die mit 9 Items ein Depressionsmodul (PHQ-9) mit einer 4-stufigen Antwortkategorie zum Beschwerdegrad enthält. Werte unter 5 Punkten entsprechen dem Fehlen einer depressiven Störung, Werte zwischen 5 und 10 Punkten entsprechen leichten Symptomen. Eine depressive Störung kann ab einem Wert von 10 erwartet werden, mit einer mittleren (10–14), ausgeprägten (15–19) oder schweren (20–27) Symptomausprägung. Zusätzlich wird mit 5 Items die Symptomatik von Panikattacken (Antwortkategorie dichotom: ja/nein) sowie mit einer Frage mit 4-stufiger Antwortmöglichkeit das Ausmaß von Funktionseinschränkungen erhoben.

Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurde der EuroQol (EQ-5D) eingesetzt [13]. Anhand von 5 Dimensionen „Beweglichkeit/Mobilität“, „Für sich selbst sorgen“, „Allgemeine Tätigkeiten“, „Schmerzen/körperliche Beschwerden“ und „Angst/Niedergeschlagenheit“ wird der Gesundheitszustand mit dem EQ-5D-Index erfasst. Jede Dimension hat 3 Antwortmöglichkeiten: „Keine Probleme“ (1), „Einige Probleme“ (2) und „Extreme Probleme“ (3). Zur Berechnung des EQ-5D Index wurde ein Modell verwendet [14], welches jeder Antwortmöglichkeit einen bestimmten Wert zwischen 0 und 1 zuweist. Der bestmögliche Gesundheitszustand entspricht dem Indexwert 1,0, der schlechtmögliche Gesundheitszustand entspricht 0,021. Zusätzlich wird auf einer visuellen Analogskala (VAS) mit einem Wertebereich von 0 bis 100 die aktuelle gesundheitsbezogene Lebensqualität angegeben.

Der Fragebogen zur Psychosomatischen Behandlung (FPB) wurde eigens für die Untersuchung erstellt. Er umfasst die Dimensionen Inanspruchnahme, Psychotherapiemotivation sowie Behandlungswunsch und beinhaltet insgesamt 5 Items. Die 2 ersten Items wurden dem Fragebogen einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage entnommen [15]. Sie erfassen die aktuelle und frühere Erfahrung mit ambulanter und stationärer Psychotherapie. Die Antwortkategorie ist 3-stufig: Ja/Nein/Weiß nicht. Item 3 (Hoffnung) und 4 (Leidensdruck) entsprechen Item 2 und 17 aus dem Fragebogen zur Psychotherapiemotivation (FPTM-39) [16, 17]. Die Antwortkategorie ist 4-stufig von „stimmt nicht“ bis „stimmt“. Das letzte Item erfasst, ob ein psychosomatischer Behandlungswunsch vorliegt und wenn ja, welcher Behandlungsart präferiert wird.

### Statistik

Die Datenverwaltung wurde mit MS-Excel, die Analyse der Daten mit dem statistischen Analyseprogramm SPSS Version 20 (Statistical Package for the Social Sciences Sciences, IBM) für Windows durchgeführt. Die Daten wurden primär mittels

deskriptiver Statistik analysiert. Zur Prüfung von Gruppenunterschieden zwischen Patienten mit und Patienten ohne psychosomatischen Behandlungswunsch wurden t-Tests und Chi-Quadrat-Tests angewandt. Die 2-seitige Signifikanz wurde mit  $p=0,05$  festgelegt. Des Weiteren wurden zur Bestimmung von Zusammenhängen zwischen Depressivität, Lebensqualität und Erkrankungsschwere Korrelationen mit dem Spearman'schen Korrelationskoeffizienten berechnet.

## Ergebnisse

### Soziodemografische und klinische Angaben

Die  $n=187$  Patienten waren im Durchschnitt 58,5 (SD=13,3) Jahre alt (range 24–83 Jahre). Die Mehrzahl der Patienten war weiblich (65,1%;  $n=121$ ). Die Mehrzahl der Patienten befanden sich im NYHA-Stadium II (36,8%;  $n=67$ ) und III (55,5%;  $n=101$ ), nur wenige Patienten wiesen NYHA-Stadium I (5,5%;  $n=10$ ) oder IV auf (2,2%;  $n=4$ ). Der Median der NYHA-Stadien betrug  $x_{Med}=3$ .

### Psychische Belastung (PHQ)

Der durchschnittliche Skalensummenwert für Depressivität lag bei  $M=5,94$  (SD=4,82). Die Hälfte der Patienten (49,4%;  $n=85$ ) wies keine depressive Symptomatik auf (PHQ-9 Score: <5). Ein Drittel (31,4%;  $n=54$ ) hatte leichte Symptome (PHQ-9 Score: 5–9). Eine Symptomausprägung, die das Vorliegen einer depressiven Störung nahelegte (PHQ-9 Score:  $\geq 10$ ), fand sich bei 19,2% ( $n=33$ ) der Patienten. 12,2% ( $n=21$ ) wiesen eine mittelgradige (PHQ-9 Score: 10–14) und 7% ( $n=12$ ) eine ausgeprägte bis schwerste (PHQ-9 Score: 15–27) Ausprägung der Symptomatik auf. Es fand sich eine mittlere positive Korrelation ( $r=0,359$ ,  $p=0,01$ ) zwischen Ausmaß der Depressivität (PHQ-9) und Erkrankungsschwere (NYHA-Status). In **Abb. 1** sind die Mittelwerte und Standardabweichungen des PHQ-Wertes in Abhängigkeit von den Erkrankungsstadien dargestellt.

14,8% ( $n=27$ ) der Patienten gaben an, in den letzten 4 Wochen zumindest eine Angstattacke erlebt zu haben. Über ausgeprägte Angstsymptome, wie bei einer Panikstörung, berichteten 7,1% ( $n=13$ ) der Patienten.

Die Patienten berichteten über eine leicht reduzierte (47,1%;  $n=81$ ), relativ stark reduzierte (16,3%;  $n=28$ ) bis sehr stark reduzierte (2,9%;  $n=5$ ) psychosoziale Funktionsfähigkeit. Ein Drittel (33,7%;  $n=58$ ) fühlte sich überhaupt nicht beeinträchtigt.

Patienten, die Symptome wie bei depressiven Störungen aufwiesen ( $n=33$ ), zeigten zu 48,5% ( $n=16$ ) gleichzeitig Symptome von Panikattacken und zu 28,1% ( $n=9$ ) Symptome wie bei einem Paniksyndrom und waren damit 3- bis 4-mal so häufig betroffen im Vergleich zur Gesamtgruppe.

### Lebensqualität EQ-5D

23,7% ( $n=44$ ) der Patienten wiesen einige Probleme im emotionalen Bereich auf und berichteten über Angst/Niedergeschlagenheit. Fast zwei Drittel (57,6%;  $n=106$ ) litten unter mäßigen körperlichen Beschwerden und Schmerzen und fast ebenso viele (57,3%;  $n=106$ ) berichteten einige Probleme in den alltäglichen Aktivitäten. Die Hälfte fühlte sich in der Beweglichkeit/Mobilität eingeschränkt (48,1%;  $n=89$ ). Die überwiegende Mehrheit der Patienten konnte für sich selbst sorgen (85,5%;  $n=159$ ). Extreme Probleme in den o. g. Bereichen wurden nur von wenigen Patienten berichtet, eine Ausnahme bildete der Bereich körperliche Beschwerden/ Schmerz erleben, hier gaben 8,2% ( $n=15$ ) extreme Probleme an (**Abb. 2**).

Der EQ-5D Index betrug 0,734 (SD=0,224) (range 0,149–1,0). Der Mittelwert auf der Visuellen Analogskala (VAS) lag bei 59,94 (SD=21,13) (Range 9–100). Es fand sich eine negative Korrelation ( $r=-0,480$ ,  $p=0,01$ ) zwischen Lebensqualität (VAS) und Erkrankungsschwere (NYHA-Status). In **Abb. 1** sind die Mittelwerte und Standardabweichungen des VAS-Wertes in Abhängigkeit von den Erkrankungsstadien dargestellt.

### Fragebogen zur Psychosomatischen Behandlung (FPB)

Ein Viertel der Patienten (23,4%;  $n=41$ ) berichtete über eine aktuelle oder frühere ambulante psychotherapeutische Behandlung, während eine stationäre psychotherapeutische Behandlung von 8,6% ( $n=15$ ) der Patienten angegeben wurde. Knapp zwei Drittel (63,8%;  $n=103$ ) waren sich eher unsicher, ob psychologische Gespräche helfen würden. Nur 12,8% ( $n=22$ ) gaben an, ihre Probleme nicht mehr alleine bewältigen zu können. Mehr als die Hälfte der Patienten (56,5%;  $n=95$ ) wünschte sich ein psychosomatisches Gesprächsangebot. Von denjenigen Pa-

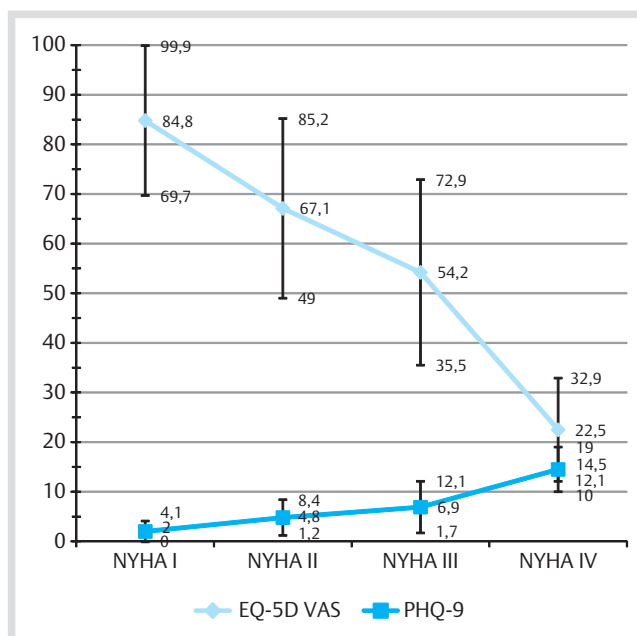


Abb. 1 Depressivität und Lebensqualität nach NYHA-Stadien.

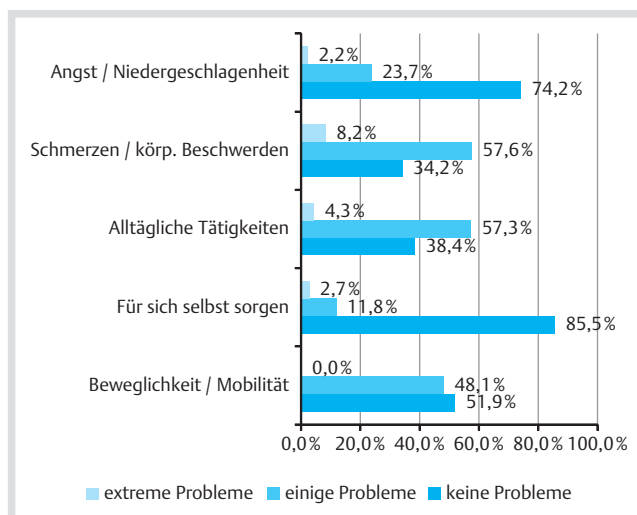


Abb. 2 Lebensqualität (EQ-5D).

Tab. 1 Fragebogen zur Psychosomatischen Behandlung.

Items	Ja		Nein	
	%	n	%	n
1. Aktuelle oder frühere ambulante psychotherapeutische Behandlung*	23,4	41	76,0	133
2. Aktuelle oder frühere stationäre psychotherapeutische Behandlung*	8,6	15	90,9	159
3. Wirksamkeit psychologischer Gespräche „Ich bin mir unsicher, ob psychologische Gespräche einem helfen können.“	63,6	103	36,4	59
4. Hilfsbedürftigkeit „Ich werde mit meinen Problemen nicht mehr allein fertig.“	12,8	22	87,2	150
5. Wunsch nach einem psychosomatischen Gesprächsangebot	56,5	95	43,5	73

\* Zur Vereinfachung der Darstellung wurde 1 Person, die bei Item 1 und 2 „Weiß nicht“ geantwortet hat, nicht in der Tabelle dargestellt, deshalb fehlen hier 0,6% bzw. 0,5% auf 100%

tienten, die sich ein psychosomatisches Gespräch wünschten, gaben 61,1% (n=58) als bevorzugten Behandlungsort die Ambulanz für PH an, 6,3% (n=6) die Ambulanz für Psychosomatik und Psychotherapie, 26,3% (n=25) eine psychotherapeutische Praxis und 6,3% (n=6) Sonstiges (► Tab. 1).

Patienten mit (n=95; 56,5%) und ohne (n=73; 43,5%) psychosomatischem Behandlungswunsch unterschieden sich nicht hinsichtlich Alter (p=0,492), Geschlecht (p=0,178) und Erkrankungsstadium (NYHA) (p=0,654). Patienten mit einem Behandlungswunsch waren jedoch gegenüber Patienten ohne Behandlungswunsch signifikant stärker depressiv belastet [PHQ-9 Summenscore: M=7,5 (SD=5,4) vs. M=4,4 (SD=3,6),  $t_{(156)}=4,2$ ; p=0,000], wiesen eine signifikant stärkere Minderung der Lebensqualität auf [EQ-5D VAS: M=56,4 (SD=20,5) vs. M=64,7 (SD=21,5),  $t_{(156)}=-2,47$ , p=0,016], zeigten signifikant häufiger Symptome einer Major Depression [n=25 (78,1%) vs. n=7 (21,9%),  $\chi^2_{(1)}=7,8$ ; p=0,005] und waren signifikant häufiger von Panikattacken betroffen [n=21 (77,8%) vs. n=6 (22,2%),  $\chi^2_{(1)}=5,7$ ; p=0,017].

## Diskussion

Die Studie erhebt neben der bestehenden psychischen Belastung, der Lebensqualität sowie aktueller bzw. früherer psychosomatischer Behandlungen erstmalig auch den Wunsch nach einer psychosomatischen Behandlung bei Patienten mit PH. Die vorliegenden Ergebnisse machen deutlich, dass der Wunsch nach einer psychosomatischen Begleitbehandlung mehrheitlich vorhanden ist und bestätigen Ergebnisse anderer Studien [5–10], dass Patienten mit PH häufig unter psychischen Belastungen leiden, vor allem unter leichten bis unterschweligen depressiven Symptomen.

**Psychische Belastungen:** Vergleicht man die Studienergebnisse mit den Daten von Löwe et al. [5] so ist festzuhalten, dass die aktuelle Studienkohorte durchschnittlich um fast 10 Jahre älter ist und die Patienten nur in Universitätsambulanzen rekrutiert wurden, während Löwe et al. die Teilnehmenden vor allem über eine Selbsthilfegruppe angesprochen haben. Dennoch sind die erzielten Prävalenzen durchaus vergleichbar: Symptome wie bei depressiven Störungen (19,2% vs. 15,9%), Symptome eines Paniksyndroms (7,1% vs. 10,4%). Bei der Panikstörung ist zu bedenken, dass diese bei PH-Patienten auch immer vor dem Hintergrund der durch die Primärerkrankung verursachten Symptome von Atemnot und Erstickenstufen zu verstehen sein könnte. Am ehesten ist von einer Interaktion zwischen körperlichen und psychischen Faktoren bei der Entstehung einer Panik-

störung in dieser Patientengruppe auszugehen [18]. Löwe et al. [7] haben in ihrer Studie einen validierten Algorithmus zur Codierung des PHQ Panik-Moduls verwendet, der unabhängig vom Vorhandensein körperlicher Symptome war. Vergleichswerte einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe für die Kurzform des PHQ-D Panikmoduls [19] wiesen eine Prävalenz von 1,8% für die Panikstörung und 4,5% für Panikattacken auf. Die Angaben für das Vorliegen einer Major Depression in der Normalbevölkerung gemessen mit dem PHQ (PHQ-9  $\geq 10$  Punkte) variieren zwischen 3,8% [19] und 8,1% [20]. Patienten mit Lungenerkrankungen hatten im Vergleich zu anderen Patientengruppen (Krebs, Muskuloskeletal- sowie Herz-Kreislauf-erkrankungen) die höchsten Prävalenzraten für depressive Störungen (22,7%) und Angststörungen 24,5% [1]. Weitere Studien [5,7] fanden, dass PH-Patienten stärker unter Ängsten leiden und eine geringere Lebensqualität aufwiesen als Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen. Dabei ist noch umstritten [6], ob Angst und Depression auch unabhängig vom Ausmaß der körperlichen Einschränkung mit der Lebensqualität assoziiert sind. Eine neue Studie von Roman et al. [21] fand eine vergleichbare Minderung der Lebensqualität (EQ-5D VAS-Wert=59,3) bei ambulanten PH-Patienten in Spanien und konnte zeigen, dass eine Zunahme der körperlichen Einschränkung auf den NYHA-Skalen mit einer Abnahme der subjektiv eingeschätzten Lebensqualität assoziiert war. Die Studiengruppe von Boros et al. [22] fand ähnliche Resultate bei Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung. Auch beim EQ-5D Indexwert erreichten die PH-Patienten einen mit COPD-Patienten vergleichbaren Wert [23,24]. Wenn man berücksichtigt, dass der Mittelwert der EQ-5D VAS für eine gesunde Normstichprobe [25] bei M=77,1, liegt wird deutlich, wie stark PH-Patienten in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt sind. Dies dürfte vor allem durch die körperlichen Beschwerden und Schmerzen bedingt sein, die Alltagsgestaltung und Mobilität beeinträchtigen.

**Psychosomatische Behandlung:** Als Anlass für eine ambulante Psychotherapie wurde in einer Befragung von n=1212 Patienten von 30% der Befragten die Bewältigung einer körperlichen Erkrankung genannt [26]. Während in der Normalbevölkerung die Zahlen für die Inanspruchnahme aktueller oder früherer Psychotherapie bei 7% liegen [15,27], zeigten die PH-Patienten eine deutlich höhere Inanspruchnahme von Psychotherapie (23%). Da jedoch keine genauen Kriterien definiert wurden, welcher Art die Behandlung war, könnten hierzu durchaus auch niedrigschwellige Interventionen im Rahmen eines Konsiliar-Liaison (CL) Dienstes gehören. Auch die Inanspruchnahme stationärer Psychotherapie lag bei PH-Patienten mit 8,4% deutlich höher als in der Normalbevölkerung (3,2%) [15]. Obwohl knapp



zwei Drittel der PH-Patienten psychologischen Gesprächen unsicher gegenüberstanden und nur ein Achtel angaben, mit ihren Problemen tatsächlich überfordert zu sein, war doch über die Hälfte der PH-Patienten einem psychosomatischen Gesprächsangebot gegenüber positiv eingestellt. Patienten mit Behandlungswunsch zeichneten sich durch eine deutliche höhere psychische Belastung und eine geringere Lebensqualität aus, nicht jedoch durch eine stärkere somatische Beeinträchtigung (NYHA). Fritzsche et al. [28] fanden bei stationären Patienten eines Universitätsklinikums, von denen 44% eine behandlungsbedürftige psychische Diagnose zeigten, ein ähnlich hohes Anliegen für eine psychosomatische Behandlung von 54%, wie es sich auch bei den PH-Patienten unserer Studie zeigte.

**Einschränkungen:** Zu den Einschränkungen der Studie gehört vor allem, dass keine Vergleichsgruppe gewählt wurde, weder eine gesunde Kontrollgruppe noch Patienten mit einer anderen chronischen Erkrankung. Aufgrund der homogenen Stichprobe, die aus Patienten an Expertenzentren der Universitätsklinik Gießen und Hannover generiert wurde, ist die Repräsentativität der Ergebnisse eingeschränkt. Es wurden nur begrenzt soziodemografische Angaben erfasst, die eine weitere Differenzierung von Subgruppen nicht erlaubt. Standardisierte klinische Interviews zur Diagnostik der psychischen Störungen wurden nicht eingesetzt, stattdessen wurden die Prävalenzen durch validierte Screeninginstrumente erhoben.

**Implikationen:** Patienten mit PH sind deutlich stärker von Angst und Depression betroffen als die Normalbevölkerung. Einige Studien [1, 7] deuten darauf hin, dass sie auch im Vergleich mit anderen chronisch erkrankten Patienten stärker beeinträchtigt zu sein scheinen. Dies macht PH-Patienten zu einer wichtigen unterstützungsbedürftigen Zielgruppe, nicht nur aufgrund der hohen Behandlungsbereitschaft, sondern vor allem auch, weil depressive Symptome eine Lebensqualitätsminderung bedeuten, die möglicherweise mit verminderter Adhärenz und negativem Krankheitsverlauf in Zusammenhang stehen könnte [29]. Um die Schwelle für die Inanspruchnahme eines psychosomatischen Gesprächsangebotes zu senken, sollten entsprechende Angebote in den Räumen der Ambulanzen für PH vorgehalten werden. Es wäre in dem Sinne eine modifizierte Form der Routineversorgung durch den jeweiligen CL-Dienst mit dem Vorteil einer schnellen Verfügbarkeit und eines geringen Stigmatisierungsgrades. Gerade für Patienten die aus eher schwach versorgten ländlichen Gebieten stammen und für komplex beeinträchtigte Patienten, könnten die Ambulanzen ihre Schlüssel-funktion im Sinne eines „stepped care“ Ansatzes ausweiten. Die Einrichtung eines solchen Angebotes bedarf der engen Kooperation zwischen somatisch und psychosomatisch tätigen Ärzten und Pflorgeteams, die die Motivation und Bereitschaft von Patienten erheblich positiv beeinflussen können. Hierzu könnte, zur Verbesserung des Erkennens von Ängsten und Depressionen, auch ein zusätzliches kurzes psychosoziales Training der somatisch behandelnden Ärzte förderlich sein. Aktuell läuft ein Pilotprojekt von der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie und der Ambulanz für PH des Universitätsklinikums Gießen, unterstützt durch die Selbsthilfegruppe PH e.V., das ein solches psychosomatisches Gesprächsangebot für interessierte Patienten bereithält.

## Fazit für die Praxis

Patienten mit PH leiden unter psychischen Belastungen und haben, bedingt durch ihre körperlichen und psychischen Beschwerden, oft eine eingeschränkte Lebensqualität. Die somatisch behandelnden Ärzte sollten die psychische Komorbidität entsprechend berücksichtigen und Patienten mit einem psychosomatischen Behandlungswunsch identifizieren. Dazu gehört jedoch auch die Umsetzung eines entsprechend niederschweligen Behandlungsangebotes am besten in den Spezialambulanzen, da diese für die meist langjährig erkrankten Patienten eine zentrale Anlaufstelle bilden.

## Dankagung

Wir möchten uns bei allen PH-Patienten der Spezialambulanzen für PH des Universitätsklinikums Gießen und der MHH für Ihre Teilnahme bedanken. Ein weiterer Dank gilt der Selbsthilfegruppe PH e. V.

**Interessenkonflikt:** Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Institute

- 1 Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Gießen
- 2 Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Hannover
- 3 Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Lungenzentrum am Universitätsklinikum Gießen und Marburg (UGMLC), Mitglied des Deutschen Zentrums für Lungenforschung (DZL), Gießen
- 4 Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Pneumologie und Deutsches Zentrum für Lungenforschung (DZL), Hannover

## Literatur

- 1 Härter M, Baumeister H, Reuter K et al. Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. *Psychother Psychosom* 2007; 76: 354–360
- 2 Renner MK, Lang I. Aktuelle Aspekte der Pulmonalen Hypertonie. *J Kardiologie* 2010; 17: 293–299
- 3 Hoepfer MM, Ghofrani HA, Gorenflo M et al. Therapie der pulmonalen Hypertonie: Europäische Leitlinien 2009. *Kardiologie* 2010; 1–15
- 4 Shafazand S, Goldstein MK, Doyle RL et al. Health-related quality of life in patients with pulmonary arterial hypertension. *Chest* 2004; 126: 1452–1459
- 5 Pfeuffer E, Krannich JH, Jany B et al. Depressivität ist bei pulmonaler Hypertonie häufig – Depressivität und Gehstrecke sind stärkste Prädiktoren der Lebensqualität. *Pneumologie* 2012; 66: 139
- 6 Halank M, Einsle F, Christoph S et al. Angst reflektiert bei Patienten mit einer PAH oder CTEPH unabhängig von der Hämodynamik oder von Belastungsuntersuchungen die körperliche Lebensqualität. *Pneumologie* 2012; 66: V08
- 7 Löwe B, Gräfe K, Ufer C et al. Anxiety and depression in patients with pulmonary hypertension. *Psychosom Med* 2004; 66: 831–836
- 8 Pinado FP, Ehlken N, Nagel C et al. Angststörungen und Depression bei Patienten mit pulmonal arterieller Hypertonie und chronisch thromboembolischer pulmonaler Hypertonie. *Pneumologie* 2013; 67 (Suppl 1)
- 9 Brenes GA. Anxiety and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, impact, and treatment. *Psychosom Med* 2003; 65: 963–970
- 10 Harzheim D, Klose H, Pinado FP et al. Anxiety and depression disorders in patients with pulmonary arterial hypertension and chronic thromboembolic pulmonary hypertension. *Respir Res* 2013; 14: 104
- 11 Löwe B, Spitzer RL, Zipfel S et al. Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Komplettversion und Kurzform. Testmappe mit Manual, Fragebögen, Schablonen. 2. Aufl. Karlsruhe: Pfizer; 2002
- 12 Gräfe K, Zipfel S, Herzog W et al. Screening psychischer Störungen mit dem „Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“. *Diagnostica* 2004; 50: 171–181

- 13 *The EuroQol Group*. EuroQol – a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 1990; 16: 199–208
- 14 *Szende A, Oppe M, Devlin N*. (eds.). EQ-5D Value Sets: Inventory, Comparative Review and User Guide. Dordrecht: Springer; 2007
- 15 *Larisch A, Heuft G, Engbrink S et al*. Psychische und psychosomatische Behandlungen – Inanspruchnahme, Erwartungen und Kenntnisse der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. *Z Psychosom Med Psychother* 2013; 59: 153–169
- 16 *Nübling R*. Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept: Zur Evaluation psychosomatischer Heilverfahren. Frankfurt am Main: VAS Verlag für Akademische Schriften; 1992
- 17 *Nübling R, Schulz H, Jürgensen R et al*. Erfahrungen mit dem Fragebogen zur Erfassung der Psychotherapiemotivation. *DRV-Schriften* 2001; 26: 202–204
- 18 *Scano G, Gigliotti F, Stendardi L et al*. Dyspnea and emotional states in health and disease. *Respir Med* 2013; 107: 649–655
- 19 *Rief W, Nanke A, Klaiberg A et al*. Base rates for panic and depression according to the Brief Patient Health Questionnaire: a population-based study. *J Affect Disord* 2004; 82: 271–276
- 20 *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). *Bundesgesundheitsbl* 2013; 56: 733–739
- 21 *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. *Arch Bronconeumol* 2013; 49: 181–188
- 22 *Boros PW, Lubiński W*. Health state and the quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease in Poland: a study using the EuroQoL-5D questionnaire. *Pol Arch Med Wewn* 2012; 122: 73–81
- 23 *Pickard AS, Yang Y, Lee TA*. Comparison of health-related quality of life measures in chronic obstructive pulmonary disease. *Health Qual Life Outcomes* 2011; 9: 26
- 24 *Burström K, Johannesson M, Diderichsen F*. Swedish population health-related quality of life results using the EQ-5D. *Qual Life Res* 2001; 10: 621–635
- 25 *Hinz A, Klaiberg A, Brähler E et al*. Der Lebensqualitätsfragebogen EQ-5D: Modelle und Normwerte für die Allgemeinbevölkerung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2006; 56: 42–48
- 26 *Albani C, Blaser G, Geyer M et al*. Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil 1: Versorgungssituation. *Psychotherapeut* 2010; 55: 503–514
- 27 *Albani C, Blaser G, Geyer M et al*. Wer nimmt in Deutschland ambulante Psychotherapie in Anspruch? *Psychother Psychosom Med Psychol* 2009; 59: 281–283
- 28 *Fritzsche K, Spahn C, Nübling M et al*. Psychosomatischer Liaisondienst am Universitätsklinikum. *Nervenarzt* 2007; 78: 1037–1045
- 29 *Hoeper MM, Andreas S, Bastian A et al*. Pulmonale Hypertonie bei chronischen Lungenerkrankungen. Empfehlungen der Kölner Konsensus-Konferenz 2010. *Pneumologie* 2011; 65: 208–218