Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

der Universität zu Lübeck

Direktor: Prof. Dr. med. F. Hohagen

Bereich Psychosomatik

Die subjektive Einschätzung des Bedarfs an psychosozialen Interventionen bei Patienten mit kardiologischen Erkrankungen

Inauguraldissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der Universität zu Lübeck

aus der Sektion Medizin

vorgelegt von

Karsten Schönebeck

aus Münster in Westfalen

Lübeck 2013

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Andreas Broocks

2. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Matthias Bechtel

Tag der mündlichen Prüfung: 11.03.2013

Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 11.03.2013

– Promotionskommission der Sektion Medizin –

1	**Einleitung**	4
1.1	Vorbemerkungen	4
1.2	Literaturüberblick	6
1.3	Fragestellung	13
2	**Material und Methode**	15
2.1	Patientenkollektiv	15
2.2	Bestandteile des Fragebogens	17
2.3	Auswertung der Daten	19
3	**Ergebnisse**	21
3.1	Deskriptive Statistik des Patientenkollektivs	21
3.2	Ergebnisse der Bedarfsanalyse	23
3.3	Ergebnisse der Hospital Anxiety and Depression Scale *(HADS)*	27
3.4	Ergebnisse des Aachener Fragebogens zu krankheitsbezogenen Attributionen *(AFKA)*	29
3.5	Wechselbeziehungen der Ergebnisse einzelner Fragebogenteile	31
4	**Diskussion**	37
4.1	Diskussion von Material und Methode	37
4.2	Diskussion der Ergebnisse der Bedarfsanalyse	43
4.3	Diskussion der Ergebnisse der Hospital Anxiety and Depression Scale	49
4.4	Diskussion der Ergebnisse des Aachener Fragebogens zu krankheitsbezogenen Attributionen	54
4.5	Schlussfolgerungen	60
5	**Zusammenfassung**	63
6	**Literaturverzeichnis**	64
7	**Anhang**	77
7.1	Vordruck für Auflistung der Neuaufnahmen	77
7.2	Anschreiben des Fragebogens	78
7.3	Fragebogen über persönliche Daten und Bedarfseinschätzung	79
7.4	Hospital Anxiety and Depression Scale (deutschsprachige Version)	80
7.5	Aachener Fragebogen zu krankheitsbezogenen Attributionen	81
8	**Danksagung**	85
9	**Lebenslauf**	86

1 Einleitung

1.1 Vorbemerkungen

Eine schwerwiegende physische Krankheit bedeutet auch eine psychische Belastung für den betroffenen Menschen. Der subjektive Grad dieser Belastung differiert dabei inter-individuell beträchtlich, ebenso wie sich die persönlichen Strategien der Krankheitsver-arbeitung unterscheiden. Es stellen sich für die einzelnen Patienten sehr individuelle Fragen, inwieweit sich ihre Lebenserwartung durch die Erkrankung verkürzt und die Lebensqualität durch geringere Leistungsfähigkeit und anhaltende körperliche Beschwerden verringert. Angemessen erscheint in diesem Zusammenhang aber auch das kritische Hinterfragen der eigenen Lebensführung.

Ziel der Auseinandersetzung mit der Erkrankung ist die weitere Lebensgestaltung unter den bestmöglichen Bedingungen. Es gilt aus der Sicht des Erkrankten, die subjektive Zufriedenheit wiederherzustellen oder zumindest zu stabilisieren. Die Aufgabe des Arztes neben der rein medizinischen Behandlung ist es, den Patienten dabei zu unterstützen und anzuleiten, wie er seine Situation verbessern kann. Nach der Stellung der Diagnose und der Therapie der akuten Erkrankung kann dabei als Anpassungsvorgang des Betroffenen eine veränderte Lebensführung entsprechend den Empfehlungen des Arztes notwendig sein.

Im Rahmen einer gravierenden körperlichen Erkrankung, wie beispielsweise einer koronaren Herzerkrankung (KHK) mit langfristigen Folgen für die persönliche Lebensführung und Lebenserwartung, ist der Patient demnach nicht nur somatisch nach den medizinischen Standards zu behandeln. Die psychosoziale Problematik des Einzelnen ist mit zu berücksichtigen. Bei Koronarpatienten mit komorbiden psychischen Störungen sollte regelhaft eine begleitende psychotherapeutische oder auch psychiatrische Behandlung erfolgen.

Relativ unspezifische Behandlungsformen wie Entspannungsübungen und eher beratend ausgerichtete einzel- oder gruppentherapeutische Verfahren sind seit vielen Jahren fest bei kardiologischen Rehabilitationsbehandlungen etabliert.

Wie im nachfolgenden Literaturüberblick dargestellt, ist unter bestimmten Bedingungen von einer Prognoseverbesserung der kardiologischen Erkrankung und einer Besserung der Lebensqualität der Patienten durch geeignete Maßnahmen auszugehen, wobei die hierbei einflussnehmenden Faktoren noch nicht abschließend geklärt sind.

Es ergaben sich zu Beginn der vorliegenden Studie daher zwei grundsätzliche Fragen:

- Welchen Stellenwert können psychosoziale oder auch psychotherapeutische Interventionen bei der stationären Primärversorgung von somatischen Patienten einnehmen?
- Welche Bereitschaft zeigen zum Beispiel Herzpatienten ohne entsprechende Vorerfahrungen, derartige Behandlungsangebote anzunehmen?

Ähnliche veröffentlichte Studien zu diesem Thema, auch um etwaige Ergebnisse anderer mit unseren Erhebungen zu vergleichen, konnten wir trotz intensiver und längerer Literaturrecherche nicht finden. Umso wichtiger erscheint diese Befragung.

Anmerkung:

Die in der vorliegenden Arbeit häufig verwendeten Begriffe „psychosoziale“ bzw. „psychotherapeutische Intervention“ sind der fachlichen Wortbedeutung entsprechend nicht als Synonyme zu verstehen. Grundsätzlich sind psychosoziale Interventionen basal angelegt, sie betreffen eher die alltäglichen und aktuellen Lebensbedingungen. Bei Fragen der tiefergehenden Krankheitsverarbeitung oder bei deutlich psychisch auffälligen Patienten kann sich dann im Weiteren die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung ergeben. Beide Behandlungsformen benötigen die Anstrengung und die intensive zuverlässige Mitarbeit des Patienten. Wir sind grundsätzlich davon ausgegangen, dass die von uns befragten Patienten zum Zeitpunkt der Datenerhebung Zahl keine Vorerfahrungen mit psychosozialen oder psychotherapeutischen Behandlungsformen haben.

1.2 Literaturüberblick

Zur Thematik psychosozialer Faktoren bei Herzerkrankungen finden sich über einen Zeitraum mehrerer Jahre zahlreiche Veröffentlichungen, die sich mit den prognostischen Auswirkungen der Lebensbedingungen der Erkrankten bzw. deren Modifikation befassen. Bezüglich der Grundlagenforschung über die Beeinflussung der KHK durch psychosoziale Faktoren wird im Folgenden notwendigerweise zum Teil auf ältere Veröffentlichungen zurückgegriffen, da diese wichtige Vorüberlegungen lieferen.

Es fallen in der Literatur wiederholt Schlagworte auf wie soziale Unterstützung (*social support*), Depressivität und Stress. Die Einschätzung, dass seelischer Stress, soziale Isolation, Ängstlichkeit und Depressivität die Gefahr einer koronaren Herzerkrankung vergrößern bzw. bei bereits vorliegender KHK die Prognose des Patienten verschlechtern, gilt als nachgewiesen (siehe folgende Literaturstellen). In den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie-, Herz- und Kreislaufforschung zur Diagnose und Behandlung der chronischen koronaren Herzerkrankung werden eine Depression und fehlender sozialer und emotionaler Rückhalt als Risikofaktoren genannt (AWMF-Leitlinien-Register Nr. 019/001 vom März 2003).

Nach FRITZSCHE (2006) sind psychosoziale Belastungsfaktoren wie soziale Isolation, vitale Erschöpfung und Depressivität mit einem 2-3-fach erhöhtem Risiko für eine KHK und einem Herzinfarkt verbunden. Auf der anderen Seite kann die körperliche Erkrankung selbst mit der als vital bedrohlich oder zumindest in der Alltagsaktivität als hemmend empfundenen Symptomatik ihrerseits Konsequenzen für das seelische Selbsterleben des Patienten nach sich ziehen. In seinem Fachbuch über Medizinische Psychologie stellte SCHMIELAU (1990) fest (S. 306): *„Von Bedeutung (insbesondere für die Krankheitsbewältigungsstrategien = coping) ist die Tatsache, dass häufig die Diagnose einer Krankheit nicht nur als ein „Benennen" der Symptomatik (die dem Patienten ja bekannt ist) empfunden wird, sondern als ein „Urteil", dem man sich unterwerfen muss."*

LANGOSCH vertrat 1989 die Einschätzung, der an einer koronaren Herzerkrankung leidende Mensch werde zum Teil aufgrund der Krankheitsdauer und „*durch die psychosozialen Auswirkungen seiner funktionellen Einschränkungen zu einem Behinderten*" (S. 174).

Etwas spezifischer zu unserer Thematik findet sich in einem gängigen Lehrbuch für Innere Medizin von MEYER (1993) folgender Satz (S. 213): *„Bei gesicherter koronarer Herzkrankheit sind viele Fragen und menschliche Sorgen zu Problemen der Lebensgewohnheiten, des Berufes und Familienlebens zu diskutieren."* Zusammenfassend beschrieben SIEGRIST UND RUGULIES (1997): *„Die schweren pectanginösen Beschwerden schränken den Handlungsspielraum in oft schwer erträglicher Weise ein. Begleitet werden diese restriktiven Erfahrungen von Gefühlen der Angst, Depressivität und Hilflosigkeit."* Sie empfahlen *„gezielte psychosoziale Unterstützungsleistungen in Ergänzung zu den verhaltensmedizinischen und pharmakotherapeutischen Maßnahmen"* (S. 2).

Später stellten JORDAN UND HERRMANN-LINGEN (2005) Koronarpatienten als „*typischerweise*" überwertig leistungsorientiert und unabhängigkeitsbestrebt dar, deren emotionale Balance besonders anfällig für Gefühle von Schwäche, Ungewissheit und Abhängigkeit ist. Die Veränderung der sozialen Rolle wird als schmerzlich empfunden und seitens der kardiologischen Behandlung werden drastische Richtlinien zur Lebensstilveränderung formuliert. Es wird deutlich, wie belastend, einschränkend und auch gefahrvoll ein an einer KHK leidender Mensch diese Erkrankung gerade vor dem Hintergrund seines vorherigen Lebensstils empfinden muss.

LADWIG ET AL. (1991) untersuchten den Zusammenhang affektiver Verhaltensauffälligkeiten wie Depression und Überaktivität mit der Mortalität nach akutem Myokardinfarkt. Sie stellten fest, dass aufgrund einer auf den Infarkt folgenden Depression die Sterblichkeit durch einen Herztod signifikant ansteigt. Sie fanden bei 14,5 % der von ihnen untersuchten Patienten die Symptomatik einer *major depression*. Nach Studienergebnissen von FRASURE-SMITH (1995) sterben ¾ der zum Zeitpunkt der Krankenhausentlassung depressiven Patienten mit schwerer KHK innerhalb von 18 Monaten an ihrer Herzerkrankung. CARNEY ET AL. (1995) folgerten aus verschiedenen zusammengetragenen Studien ähnlich wie MUSSELMANN et al (1998), dass Depressivität als ein Risikofaktor für eine Koronarerkrankung bzw. nach BARTH ET AL. (2004) auch für die Mortalität der Patienten anzusehen ist. Als mögliche Ursache hierfür kann laut GEHI ET AL. (2005) mangelnder Antrieb zur Umsetzung der ärztlichen Empfehlungen anzusehen sein. So sei bei depressiven Patienten von einer problematischen Behandlungscompliance und einer mangelnden Einhaltung der verschriebenen Medikamenteneinnahme auszugehen.

Nach einer Studie von JENKINSON ET AL. (1993) sind die Mortalitätsraten auch bei sozial isolierten Patienten nach einem Myokardinfarkt um 49 % höher als bei sozial integrierten. TITSCHER und seine Mitarbeiter (1996) wiesen auf überzufällig höhere Restenosierungsraten nach erfolgreicher perkutaner transluminaler Koronarangioplastie bei psychosozialen Risikofaktoren wie resignativer Stressverarbeitung, Selbstbemitleidung, depressivem Coping und Lebensunzufriedenheit der Untersuchten hin.

Mit Hilfe von Selbstbeurteilungsskalen verglichen PIGNALBERI ET AL. (1998) Werte für psychisches Leid von Koronarpatienten mit denen traumatologischer Patienten. Nach ihren Daten liegen die Werte für psychischen Stress bei Herzkranken signifikant höher. SIEGRIST (2001) beurteilte die Bedeutung von Depressivität und sozioemotionalem Rückhalt für koronare Erkrankungen ähnlich der des Zigarettenrauchens und der Bewegungsarmut. Laut MARTENS ET AL. (2010) haben Patienten mit generalisierter Angststörungen ein um mehr als zweifach erhöhtes kardiales Risiko, während Patienten mit manifester KHK und Angststörung einem um 60 % erhöhtem Komplikationsrisiko unterliegen.

FORD und seine Mitarbeiter veröffentlichen 1998 eine „*Precursor Study*“, die bei klinisch relevanter Depressivität eine Verdoppelung der Erkrankungsraten an KHK feststellte. Auch finden sich in der Literatur Hinweise für Zusammenhänge zwischen psychischen Merkmalen wie Ängstlichkeit oder Stress und der Entwicklung ischämischer Herzerkrankungen (HAINES ET AL, 1997; SANER ET AL. 1997; WÄHRBORG, 1998). SIEGRIST UND RUGULIES (1997) schlussfolgerten die negative Auswirkung einer reduzierten Lebensqualität auf den Krankheitsverlauf und die Überlebensrate.

Auch BILLING ET AL. beschrieben im gleichen Jahr den Stellenwert des sozialen Netzwerks, der Bereitschaft des Patienten, Hilfe anzunehmen, und seiner Eigenverantwortung in Bezug auf den Rehabilitationsprozess, den Krankheitsverlauf und die langfristige Prognose.

Andere Studien beleuchten die Regelkreise, über die psychosoziale Faktoren die Koronarerkrankung beeinflussen. So vermuteten ROZANSKI ET AL. (1999) diesbezüglich angesichts von Studien an Affen Auswirkungen über Regelkreise des sympathischen Nervensystems auf eine Verstärkung der Arteriosklerose.

DEUSCHLE ET AL. (2002) führten das erhöhte kardiovaskuläre Risiko insbesondere depressiver Patienten auf unterschiedliche Faktoren zurück. Sie nannten: erhöhten Nikotinkonsum, höhere Prävalenz von Diabetes mellitus, allgemein geringere Compliance bezüglich der medizinischen Behandlung, Auswirkungen von Stress (hormonelle Regelkreise), veränderte Thrombozytenfunktion und plasmatische Gerinnung, erhöhte kardiale Arrhythmieneigung, Beeinträchtigung des Baroreflexbogens und vermehrte Neigung zu visceraler Adipositas. Sie empfahlen eindringlich eine entsprechende Behandlung, nötigenfalls auch mit antidepressiver Medikation zur Prognoseverbesserung und sprachen sich für Screening-Untersuchungen z. B. mit der *HADS* aus.

Zu ähnlichen Schlussfolgerungen kamen im Rahmen der sogenannten *INTERHEART*-Studie auch die Kollegen DAS und O´KEEFE (2006). Sie veranschlagten aufgrund der erhobenen Daten, dass psychosozialer Stress das Herzinfarktrisiko zu etwa 30 % beeinflusst und empfahlen ihrerseits Screening-Untersuchungen. Diese Empfehlung wurde zuvor bereits von LITTMANN (1993) und auch von ALLISON (1996) gegeben, um dadurch gezielte Behandlungsmaßnahmen bei auffälligen psychosozialen Parametern ergreifen zu können, nötigenfalls inklusive einer psychopharmakologischen Medikation (z. B. mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern), um die Patienten so bei der Reduktion der kardiovaskulären Risikofaktoren zu unterstützen.

Infolge dieser Veröffentlichungen über die Bedeutung psychosozialer Einflussgrößen und der jeweiligen Lebensweise der Patienten sind bezüglich psychotherapeutischer und lebensstilverändernder Unterstützung bei kardiologischen Patienten zahlreiche weitere Untersuchungen durchgeführt worden. Dabei wurden sehr unterschiedliche Ergebnisse erzielt. So beschrieben schon THOMPSON und MEDDIS (1990), dass bereits einfache Beratungsprogramme durch entsprechend ausgebildetes Pflegepersonal direkt auf den Stationen die Ängstlichkeit und Depressivität der Patienten vermindern können. FRASURE-SMITH (1991) zeigte die mögliche positive Wirkung von psychologischen Stressmonitoring und psychosozialen Interventionen durch dafür nicht einmal gesondert ausgebildetes Pflegepersonal. Diese Maßnahmen nach ihrem Krankenhausaufenthalt konnten bei männlichen Infarktpatienten mit hohen Stresswerten (nach dem *General Health Questionnaire*) die Sterblichkeit und die Rezidivrate auf vergleichbare Werte von Patienten ohne erhöhte Stresswerte senken. Auf Probanden mit niedrigen Stresswerten ergab sich dabei keine Wirkung.

Wenige Jahre später stellte sie gemeinsam mit mehreren Mitarbeitern unerwartet in einer weiterführenden Studie fest, dass diese zusätzliche Behandlung für weibliche Patienten einen eher schädlichen Einfluss auf die Prognose zeigt, während sich bei den untersuchten Männern keine signifikante Veränderungen des Krankheitsverlaufs ergab (siehe Literaturverzeichnis). Eine schlüssige Erklärung dafür konnte nicht gefunden werden.

In Rahmen einer anderen multizentrischen randomisierten Studie mit KHK-Patienten kam JONES (1996) ebenfalls zu keinem greifbar positiven Ergebnis durch psychologisch geführte Rehabilitationsprogramme. Linden et al. veröffentlichten dagegen im gleichen Jahr eine Meta-Analyse mit dem Ergebnis, dass psychosoziale Interventionen bei schwerer KHK die Zwei-Jahres-Prognose bezüglich Mortalität und Rezidivität deutlich verbessern. Sie empfahlen jedoch, um die Effektivität und die Ökonomie zu optimieren, Screening-Untersuchungen bei den Patienten durchzuführen, damit selektiv entsprechend indizierte Therapien ausgewählt und durchgeführt werden können. ORNISH ET AL. (1990) konnten in einer entsprechenden einjährigen Studie eine deutliche subjektive Besserung der Beschwerden und eine messbare, wenn auch begrenzte Verringerung der Koronarstenoseraten durch Unterstützung bei der Veränderung des Lebensstils der Patienten feststellen. 1998 veröffentlichte er ergänzend dazu deutlich verbesserte Restenosierungsraten im 5-Jahres-Intervall. GOHLKE und GOHLKE-BÄRWOLF (1998) stellten Nikotinabstinenz, Einhaltung von Diäten, Senkung der Blutfette, körperliche Übungsprogramme, Stressverminderung und Entspannungsübungen als notwendige Inhalte von kardiologischen Rehabilitationsbehandlungen dar. KOLENDA (2005) beschrieb die Effizienz von Lebensstilveränderungen, welche die Auswirkungen einer kombinierten medikamentösen Therapie bei weitem übersteige.

In der im Jahr 2000 begonnenen großangelegten *ENRICHD*-Studie hoffte man auf Hinweise, durch Interventionsprogramme gegen Depressivität und geringen sozialen Rückhalt bei zufällig ausgewählten Patienten die Prognose der koronaren Herzerkrankung verbessern zu können. Dies hatte sich für die Gesamtzahl der erfassten Patienten nicht bestätigt, aber diejenigen, welche die Intervention beendeten (nicht innerhalb des Interventionszeitraumes verstarben) und deren Depressivität abnahm, zeigten eine geringere Mortalitätsrate, so CARNEY ET AL (2004). Auch ließen sich die Skalenwerte für Depressivität und sozialen Rückhalt im Durchschnitt bei den behandelten Patienten verbessern, wodurch deren Lebensqualität natürlich zunahm (BERKMANN ET AL.2003).

Von KOERTGE ET AL. (2002) wurde angesichts der Untersuchungen im *Multicenter Lifestyle Project* eine Verbesserung von Blutdruck, Plasmalipiden, Körpergewicht, körperlicher Fitness und Lebensqualität durch einen Lebensstilwechsels (Diät, körperliches Training, Stressmanagment und sozialen Rückhalt) festgestellt. Daraufhin empfahlen sie insbesondere für Frauen (angesichts deren höherer Mortalität) entsprechende Behandlungsangebote. Dennoch kamen REES ET AL. (2004) in einer Übersichtsarbeit zu dem Schluss, dass psychologische Interventionen keine greifbare Verbesserung der kardialen Mortalität bewirken, obwohl sich eine leichte Reduktion von Ängstlichkeit und Depressivität zeigte. 2011 zeigten jedoch GULLIKSSON ET AL einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Teilnahme an einem einjährigen verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogramm und der Verbesserung einer bestehenden KHK.

Dezidierte Studien, welche die Hintergründe dieser widersprüchlichen Ergebnisse über die Auswirkungen der zahlreichen und unterschiedlichen therapeutischen Bemühungen untersuchen, sind im Rahmen üblicher Veröffentlichungen nicht zu finden. Mittlerweile sind jedoch Psychotherapieformen, Gesundheitsförderung und sozialtherapeutische Maßnahmen feste Bestandteile der Rehabilitation von Koronarpatienten.

In neueren Studien empfiehlt PIPER (2007) ihre Anwendung in der 3. bis 8. Woche neben körperlichem Training in der Rekonvaleszenz. KRANNICH ET AL. (2008) fanden in einer Studie über ein mehrmonatiges Motivationsprogramm nach einer Bypassoperation deutlich Verbesserungen in der Bereitschaft zur Lebensstilveränderung. Es wurden dabei Einzel- und Gruppensitzungen angewandt. Obwohl keine abschließende Untersuchung dazu erfolgte, inwieweit eine veränderte Lebensführung umgesetzt wurde und ob eine tatsächliche Prognoseverbesserung eintrat, legen diese Ergebnisse nahe, dass eine entsprechende Behandlung gefährdeter Patienten lohnenswert sein kann.

Bezüglich der erfolgreichen Behandlung mit Hilfe von Psychotherapie ist nach üblicher Lehrmeinung gerade die Motivation und das Eigenanliegen des Patienten ein zentraler Faktor. Dies wurde zum Beispiel von ROHDE-DACHSER (1991) als bedeutende Patientenvariable gesehen und von GEYER (1992) für die von uns betrachtete Patientengruppe nochmals betont:*“ Die Motivation zur Psychotherapie spielt in Bereichen, die traditionell somatotherapeutisch ausgerichtet sind, eine herausragende Rolle“* (S. 481).

So beschrieb auch RUDOLF (2000) als psychotherapeutisches Ziel aus Sicht des Behandlers die Intention einer Umstrukturierung in der Persönlichkeit des Patienten, während der Patient zunächst auf seine Symptomatik fokussiert.

Notwendig für ein Gelingen der Behandlung sind dabei ein therapeutisches Arbeitsbündnis und eine Arbeitsmotivation auf beiden Seiten. Andernfalls sind Veränderungen des Lebensstils des Patienten und ein verbesserter Umgang mit der Erkrankung trotz Anstrengung des Therapeuten nicht zu erwarten. Auf der Basis dieser Überlegungen haben nicht nur die Inhalte der therapeutischen Angebote und der äußere Rahmen Einfluss auf die Wirksamkeit psychosozialer Interventionen, sondern auch die Kritikfähigkeit und die Änderungsbereitschaft bzw. Flexibilität des jeweiligen Patienten.

Da bei der Auseinandersetzung mit der Erkrankung die Bereitschaft zu einer selbstkritischen Haltung und einer nachhaltigen Veränderung des eigenen Lebensstils notwendig ist, erscheint dies in der Konsequenz auch hier eine wichtige Grundbedingung des Erfolgs zu sein. Um diesen Schritt in der Behandlung der psychosozialen Aspekte zu vollziehen, bedarf es einer deutlichen Anstrengungsbereitschaft und anhaltenden Selbstdisziplin des einzelnen Patienten, ähnlich wie es innerhalb einer psychotherapeutischen Behandlungsform nötig ist. So lassen sich anhand der obigen Literatur für die vorliegende Untersuchung folgende Grundlagen formulieren:

- Die allgemeine psychische Verfassung des Patienten hat bei einer KHK deutlichen Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung, wenngleich die Wirkmechanismen selbst noch nicht hinreichend festzulegen sind.

- Die Krankheit selbst beeinträchtigt die emotionale und soziale Situation des Patienten stark, was in der der Folge die Prognose weiter verschlechtern kann.

- Ob in frühen Behandlungsphasen therapeutische Bemühungen über die somatisch ausgerichtete Behandlung hinaus greifbaren Nutzen für die Lebenserwartung der Betroffenen nach sich ziehen, ist noch strittig.

Abgeleitet von den Voraussetzungen einer erfolgreichen Psychotherapie muss davon ausgegangen werden, dass die Bereitschaft zu psychosozialen Interventionen (ebenso wie bei der psychotherapeutischen Behandlung einer entsprechenden Störung) zwingend erforderlich ist für die nachhaltig positive Veränderungen und ein günstiges Outcome des Patienten.

1.3 Fragestellung

Nach den dargelegten Vorüberlegungen wurde die Befragung einer unausgelesenen Stichprobe von kardiologischen Patienten der Universitätsklinik Lübeck durchgeführt. Ziel war die Erhebung einer Selbsteinschätzung der Erkrankten über den Bedarf an psychosozialen Interventionen während ihrer stationären (somatischen) Behandlung. Zur Auswahl standen hierbei eine unterschiedliche Anzahl von Einzel-, Gruppen- oder Angehörigengesprächen und das Erlernen von Entspannungstechniken. Auch der selbst wahrgenommene Bedarf nach stationärer psychosomatischer Behandlung wurde grundsätzlich erfragt.

Diese Befragung sollte die von den Betroffenen selbst empfundene Notwendigkeit nach Unterstützung bei psychosozialen Belastungen erfassen. Welche Themen den Patienten selbst wichtig erschienen, wurde ebenfalls erfasst. Vorgeschlagen wurden potentiell krankheitsrelevante Alltagsbereiche wie Umstellung der Lebensführung und Umgang mit Einbußen der eigenen Fähigkeiten.

Die konsiliarische Behandlung von Herzpatienten mit manifesten psychischen Störungen war von unserer Befragung gänzlich unabhängig.

Es wurden außerdem Angaben der Patienten über folgende wichtige psychische Einflussgrößen erhoben:

- Die Neigung zu Ängsten als ein wichtiges Persönlichkeitsmerkmal, das mitbestimmend ist für die individuelle emotionale Belastung und die Stressverarbeitung. Hierunter ist nicht primär die Angst als Symptom einer manifesten Störung anzusehen, sondern allgemein eine erhöhte Furchtsamkeit, Verunsicherung und schneller eintretendes Bedrohungsgefühl, wie zum Beispiel vor ernsthaften körperlichen Erkrankungen oder Schicksalsschlägen.

- Die Depressivität nicht im Sinne einer depressiven Störung von Krankheitswert, sondern im Zusammenhang mit der persönlichen Fähigkeit souverän und zeitnah mit störenden Einflüssen umzugehen ohne Tendenz zum Rückzug und ohne Antriebsstörung (unzureichende Adaptation an äußere Umstände bzw. depressives Coping).

- Die krankheitsbezogenen Attributionen der Patienten, da sie Informationen beinhalten über Krankheitskonzepte und weiterführende Copingstrategien. Es sollten ihre Vorstellungen über die Ursprünge der Erkrankung in Erfahrung gebracht werden, ihre subjektive Ansichten über Besserungsmöglichkeiten und die vom Einzelnen empfundene Selbstwirksamkeit.

Es wurde ein mehrseitiger Fragebogen entwickelt bzw. zusammengestellt, der Daten erheben sollte zu den folgenden unterschiedlichen Fragestellungen:

1. Welches Maß an Ängstlichkeit und an Depressivität können bei den konsekutiven, kardiologischen Patienten festgestellt werden?

2. Welche Schwerpunkte der Krankheitsattributionen und welche Vorstellungen zur Krankheitsbewältigung haben die Patienten? Finden sich thematische Zielstellungen für Interventionen?

3. Wie groß ist die Zahl der Herzpatienten, die Interesse zeigen, psychosozial ausgerichtete Therapieangebote während der stationären Behandlung anzunehmen? Sehen Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern von sich aus einen erhöhten Bedarf?

4. Finden sich Zusammenhänge zwischen dem ermittelten Bedarf der Patienten an Interventionen und den Werten für Ängstlichkeit, Depressivität und den unterschiedlichen Krankheitsattributionen? Welche Patienten sind besonders bedürftig, wie sind sie zu finden?

2 Material und Methode

2.1 Patientenkollektiv

Um eine möglichst repräsentative Einschätzung der kardiologischen Patienten zu erhalten wurden im Jahr 1997 über 4 Monate sämtliche infrage kommenden Neuaufnahmen der 3 internistischen Stationen mit kardiologischem Schwerpunkt der Medizinischen Klinik II der Medizinischen Universität zu Lübeck erfasst. Ursprünglich war geplant, die Fragebögen im Rahmen des stationären Aufnahmeprocederes durch den jeweiligen Arzt an die Patienten weiterzugeben.

Durch den hierbei jedoch zu geringen Fragebogenrücklauf war es kurzfristig nötig, ein anderes Vorgehen zu wählen, um die erfassten Patienten zu erreichen. Seitens der Stationsärzte wurden die Neuaufnahmen der Stationen in vorbereitete Listen eingetragen (Anlage 7.1). Anhand dieser Liste konnten die kardiologischen Patienten der Stationen aufgesucht werden, um ihnen das Anliegen vorzutragen. Diejenigen, die grundsätzlich bereit waren, den Bogen auszufüllen, wurden entsprechend wiederholt, teils auch mehrfach an den folgenden Tagen aufgesucht, um die Bögen einzusammeln und um Fragen und Unsicherheiten im direkten Dialog mit den Patienten zu klären.

Die Diagnosenzuordnung erfolgte mit Hilfe der Untersuchungsbefunde (vornehmlich Koronarangiographien) aus den stationären Unterlagen. Eine Vorauswahl der Patienten wurde grundsätzlich nicht getroffen. Es fanden Informationsgespräche mit den Patienten und die schriftliche Datenerhebung anhand der unten beschriebenen Fragebögen statt. Es gab außerhalb davon weder gezielte Interviews, psychiatrische Anamneseerhebung, psychopathologische Befundung, körperliche Untersuchungen oder psychologische Testungen im Rahmen der Studie.

Ausschlusskriterien waren mehrfaches Nichtantreffen auf der Station, nicht ausreichende Bewusstseinsklarheit, fehlende Beherrschung der deutschen Schrift und Sprache sowie Blindheit. Aus Gründen der Objektivität sollten die Patienten den Fragebogen alleine beantworten.

Es war angestrebt, auch Daten von denjenigen Patienten zu erheben, welche den Fragebogen grundsätzlich nicht bearbeiten wollten. Aufgrund deren fehlenden Mitarbeitsbereitschaft war davon auszugehen, dass diese Patientengruppe jedwede Form psychosozialer Angebote ablehnt. Letztlich ließ sich eine Dreiteilung des Gesamtkollektivs der befragten Patienten durchführen:

- Die Patienten der **Gruppe A** verspürten ein eigenes Behandlungsinteresse. Der Fragebogen wurde ausgefüllt und das Angebot begleitender Gespräche zu den psychischen Anteilen der Gespräche positiv bewertet.
- Die Patienten der **Gruppe B** waren grundsätzlich bereit, sich mit dem Angebot psychosozialer Interventionen inhaltlich zu befassen, ohne jedoch für sich einen Bedarf zu erkennen. Der Fragebogen wurde angenommen, das Angebot selbst aber abgelehnt.
- Von der **Gruppe C** wurde auch die Bearbeitung des Fragebogens abgelehnt. Das Thema psychischer Anteile der Erkrankung wurde von diesen Patienten völlig ausgeklammert. Diese Patienten erschienen kaum motivierbar.

Anhand der erhobenen Daten wurde nach Unterschieden zwischen diesen Patientengruppen gesucht, um Hinweise für Indikationen und Zielstellungen psychosozialer Interventionen zu finden.

Ein Großteil der Patienten der zweiten Gruppe füllte trotz ablehnender Haltung den gesamten Bogen aus, wodurch sie in begrenztem Maße als Kontrollgruppe nutzbar waren. Über die dritte Gruppe, die der Ablehner des Fragebogens, konnten durch deren nichterfolgte Mitarbeit nur sehr wenige Daten ausgewertet werden. Dennoch wurde versucht, anhand von Altersstruktur, Geschlechtszugehörigkeit und kardiologischer Diagnose Unterscheidungsmerkmale zu Patienten zu finden, die bezüglich psychosozialer Interventionen oder psychotherapeutischer Behandlungen aufgeschlossener waren.

2.2 Bestandteile des Fragebogens

Der an die Patienten weitergegebene Gesamtbogen enthielt:

a) Ein Anschreiben der Klinik für Psychosomatik, welches die Patienten aufklären und um Mitarbeit bitten sollte (Anlage 7.2). Auf den Datenschutz wurde gezielt hingewiesen.

b) Auf dem zweiten Blatt (Anlage 7.3) erschienen Fragen nach persönlichen Daten: z. B. Alter, Geschlecht, Diagnose und vermutliche Aufenthaltsdauer.

Es folgte die eigentliche Bedarfserhebung bezüglich einer psychosozialen Therapieerweiterung. Erfragt wurde dabei, ob bei dem jeweiligen Patient ein entsprechender subjektiver Bedarf besteht, ob eher Einzel-, Gruppen- oder Angehörigengespräche gewünscht werden, welche Anzahl an Gesprächen ihm sinnvoll erscheint und ob Interesse an Entspannungstechniken besteht. Weiterhin stellten wir die Frage nach der Planung einer Rehabilitationsmaßnahme.

c) Blatt drei (Anlage 7.4) enthielt einen Fragebogen zur Selbsteinschätzung von Ängstlichkeit und Depressivität. Dazu wurde die deutschsprachige Version der *Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS* ausgewählt. (Siehe hierzu auch Kapitel 4.1.)

Dieser Fragebogen besteht aus insgesamt 14 Fragen mit je 4 Antwortmöglichkeiten, die zur Auswertung einer Anzahl von 0 bis 3 Punkten zugeordnet sind. Er gliedert sich dabei in zwei Fragebogenteile, die bezogen auf den Zeitraum von einer Woche die Depressivität bzw. die Ängstlichkeit der Patienten messen. Es lassen sich entsprechend 2 Summenwerte errechnen, welche Aussagen über die Ausprägung dieser beiden Faktoren zulassen. Auf beiden Unterskalen können Werte zwischen 0 und 21 vorliegen, wobei Testteilnehmer mit Werten von 0 bis 7 als gesund gelten. Werte ab 8 werden als wahrscheinlich und ab 11 als sicher pathologisch angesehen. Von schwerer Ängstlichkeit und Depressivität spricht man bei Summenwerten über 14.

d) Der *Aachener Fragebogen zu krankheitsbezogenen Attributionen (AFKA)*, welcher die systematische Erfassung der Krankheitsstattributionen ermöglicht, bildete den letzten und längsten Teil des Gesamtbogens (siehe Anlage 7.5). Er erfragt die subjektiven Zuschreibungen der Patienten von die Krankheit beeinflussenden Umständen. Der faktorenanalytisch angelegte Fragebogen besteht aus drei Teilbereichen. Die Beantwortung der 78 Fragen erfolgt durch Vergabe von Punktzahlen zwischen 1 (gar nicht ausgeprägt) und 5 (sehr stark ausgeprägt).

Der erste Teil behandelt direkt die Attributionen des Ausfüllenden, welche Faktoren aus dem psychosozialen Bereich die eigene Erkrankung zumindest mitbedingen. Die dazu gehörenden 56 Fragen decken 8 Attributionsbereiche ab: *Familie, eigene Person, Partner, Stress, Finanzen, Schicksal, körperliche Vorgänge und Suchtverhalten*. Es werden 8 entsprechende Mittelwerte errechnet.

Im zweiten Teilbereich werden, unter der Fragestellung nach möglicher positiver Einflussnahme auf die Beschwerden, 13 verschiedene Personen oder Personengruppen des eigenen Umfeldes vorgeschlagen: *Vater, Mutter, Partner, Kinder, Geschwister, Großeltern, Verwandte, Freunde, Arbeitskollegen, behandelnder Arzt, Therapeut, Arbeitgeber (Chef) und Andere*.

Zuletzt werden im dritten Teil des *AFKA* schließlich 9 unterschiedliche Lebensbereiche angesprochen: *Arbeit, Familie, Gefühle, Körper, materielle Situation, Partnerschaft, eigene Person, Stress* und *Umgang mit dem Schicksal*. Hierbei wird nach einer Besserung der Erkrankung durch Veränderung aus eigener Kraft in diesen Bereichen gefragt.

2.3 Auswertung der Daten

Die Auswertung der statistischen Daten erfolgte nach deren Eingabe computergestützt institutsintern mit dem dafür im wissenschaftlichen Bereich üblichen Programmpaket SPSS für Windows. In Rücksprache mit dem Institut für Medizinische Biometrie und Statistik der Hochschule wurden die unten beschriebenen Testverfahren durchgeführt.

Da, wie oben bereits herausgestellt, keine vergleichbaren früheren Untersuchungen veröffentlicht wurden, konnten keine konkreten Hypothesen zur Prüfung aufgestellt werden. Grundsätzlich war das Bestreben, erste Hinweise zur Klärung der in Kapitel 1.3 gestellten Fragen zu suchen. Es war daher nötig, die große Anzahl der Daten auf deskriptiver Ebene zu untersuchen.

Zunächst wurden alle erhobenen Daten aus den Fragebögen gegeneinander aufgetragen. Die detaillierten Diagnosen der Patienten und die genaue Aufenthaltsdauer wurde aus den Stationsunterlagen ermittelt. Dabei hatten bis zu 4 Diagnosen (nach der damals gängigen ICD-9) je Patient Eingang in die Datenverarbeitung. Danach wurden die Patienten nach Diagnosen sortiert in Gruppen eingeteilt, wobei das maßgebliche Kriterium der Zuordnung die Grunderkrankung bzw. die schwerwiegendere Erkrankung war.

Als Merkmal für die Einteilung der Gefäßerkrankungen dienten, wie beschrieben, die Befunde der Koronarangiographien. Bei einer Stenose von mehr als 50 %, also mindestens Grad II nach MAYR, HAHN U. RIENMÜLLER (1992), wurde das Koronargefäß als erkrankt gewertet.

Die Patienten wurden in 8 Diagnosegruppen aufgeteilt:

I: koronare 1-Gefäßerkrankung

II: koronare 2-Gefäßerkrankung

III: koronare 3-Gefäßerkrankung mit oder ohne Hauptstammbeteiligung

IV: nicht näher bezeichnete koronare Herzerkrankung (klinische Symptomatik ohne signifikante Stenosen oder nicht durchgeführte Koronarangiographie)

V: Kardiomyopathien

VI: Herzrhythmusstörungen

VII: akuter Myokardinfarkt

VIII: sonstige Herzerkrankungen (hauptsächlich: Klappenvitien, Hypertrophien und kardiale entzündliche Erkrankungen)

Anschließend wurden die Skalenwerte für Depressivität und Ängstlichkeit (*HADS)* und die Attributionsbereiche des *AFKA* errechnet. Es folgten Analysen der Häufigkeitsverteilung. Die Vergleiche unterschiedlicher Gruppen geschahen per t-Test und mit einfaktoriellen Varianzanalysen sowie dem Duncan-Test als Anschlussverfahren. Zusätzlich erfolgten Produkt-Moment-Korrelationen. Der Chi^2-Test wurde verwendet, um in Kreuztabellen Abweichungen von der Zufallsverteilung feststellen zu können.

Unterschiedliche gemessene Daten der einzelnen Patientengruppen wurden, wie aus der Ergebnisdarstellung ersichtlich ist, in Beziehung gesetzt, um Bedingungen herauszuarbeiten, die sich positiv oder negativ auf den subjektiven Interventionsbedarf auswirken. Untersucht wurden beispielsweise Zusammenhänge von einerseits medizinischer Diagnose, Alter, Geschlecht und Behandlungsdauer sowie andererseits Behandlungsbereitschaft, Depressivität, Ängstlichkeit und Hauptkrankheitsattributionen. Verglichen wurden aber auch weitere Zusammenhänge der unterschiedlichen erhobenen Daten, wie zum Beispiel zwischen erhöhtem subjektivem Behandlungsbedarf und Depressivität, Ängstlichkeit oder bestimmten Attributionsschwerpunkten.

3 Ergebnisse

3.1 Deskriptive Statistik des Patientenkollektivs

Erfassungszeitraum: 4 Monate

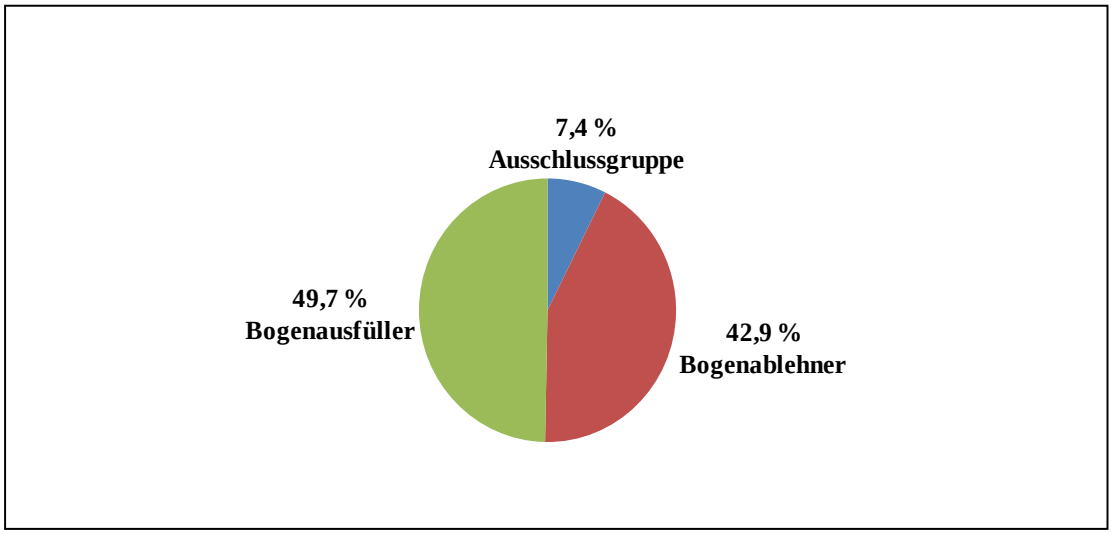
Gesamtkollektiv: 487 konsekutive Patienten mit kardiologischen Diagnosen

Nicht erreichte Patienten: 36 Patienten

Fragebögen abgelehnt von: 209 Patienten (Gruppe C)

Ausgefüllte Bögen von: 242 Patienten (Gruppe A und B)

Abbildung 1: Fragebogenrücklauf (n = 487 Patienten)



In Tabelle 1 fällt auf, dass der Frauenanteil in der Gruppe der Ablehner (Gruppe C) des Bogens fast um ein Fünftel größer ist als in der Rücklaufgruppe. Diese Geschlechtsverteilung ist mit p = 0.030 signifikant (Chi²-Test). Das Alter in der Ablehnergruppe ist im Mittel um vier Jahre höher (66 Jahre), weist jedoch keine Signifikanz auf (t-Test).

Tabelle 1: Alter und Geschlecht

	Bogenausfüller (*n*=242) (Gruppe A und B)	**Bogenablehner (*n*=209)** (Gruppe C)
Weibliche Patienten	24,8 % (60 Patienten)	42,1 % (88 Patienten)
Männliche Patienten	75,2 % (182 Patienten)	57,9 % (121 Patienten)
Altersmittelwert	62 Jahre	66 Jahre
Standardabweichung	10,6 Jahre	10,5 Jahre
Altersbereich	22 - 83 Jahre	31 - 91 Jahre

Tabelle 2: Diagnoseverteilung und stationäre Aufenthaltsdauer

Diagnosegruppen:	**Bogenausfüller (*n*=242)** (Gruppe A und B)	**Bogenablehner (*n*=209)** (Gruppe C)
I. koronare Eingefäßer-krankung	9,9 % (24 Patienten)	17,7 % (37 Patienten)
II. koronare Zweigefäßer-krankung	12,4 % (30 Patienten)	16,3 % (34 Patienten)
III. koronare Dreigefäßer-krankung	26,8 % (65 Patienten)	24,9 % (52 Patienten)
IV. sonstige koronare Herzer-krankung	12,8 % (31 Patienten)	8,1 % (17 Patienten)
V. Kardiomyopathien	5,8 % (14 Patienten)	1,0 % (2 Patienten)
VI. Herzrhythmusstörungen	12,4 % (30 Patienten)	12,9 % (27 Patienten)
VII. akuter Myokardinfarkt	16,9 % (41 Patienten)	10,1 % (21 Patienten)
VIII. sonstige Herzerkran-kungen	2,9 % (7 Patienten)	9,1 % (19 Patienten)
Median der stationären Aufenthaltsdauer	9 Tage	8 Tage
Bereich der Aufenthaltsdauer	2 - 40 Tage	1 - 47 Tage

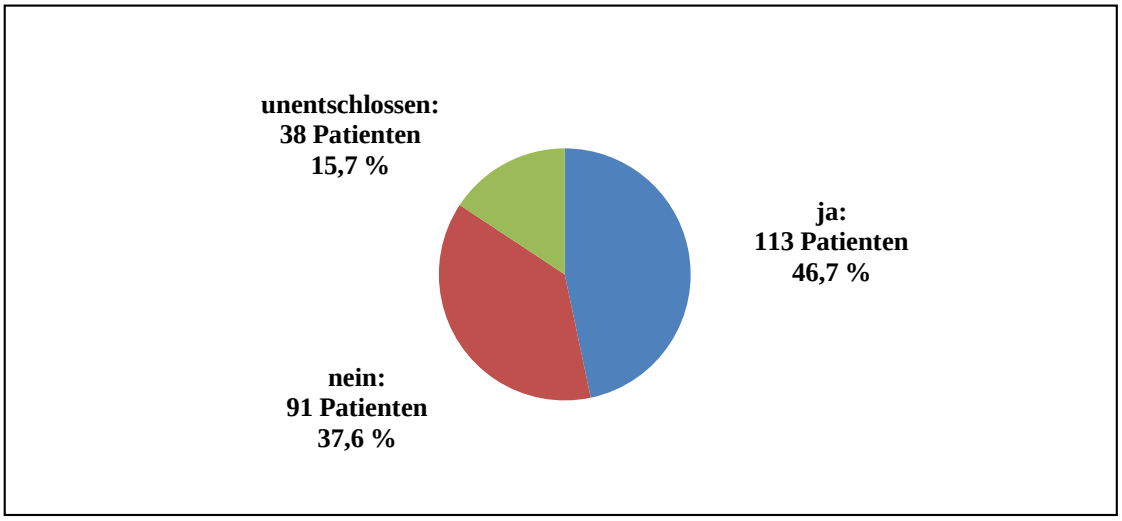
Bezüglich der Diagnosenverteilung (*Tabelle 2*) finden sich keine wesentlichen Unterschiede, die auf einen systematischen Zusammenhang zwischen der kardiologischen Diagnose und der Bereitschaft zur Bearbeitung des Bogens hinweisen. Bei den koronaren Eingefäßerkrankungen ist die Zahl der Ablehnungen größer, während sich die Patienten mit einem akuten Myokardinfarkt oder einer Kardiomyopathie der Mitarbeit eher aufgeschlossen zeigen.

3.2 Ergebnisse der Bedarfsanalyse

Zunächst werden die Daten des ersten Fragebogenteils dargestellt (Gruppen A und B):

Frage 1: *„Haben Sie Interesse an zusätzlichen Gesprächen, in denen auf psychische Anteile der Erkrankung (z. B. Auslösung durch Stress), die Folgen und den Umgang mit der Erkrankung eingegangen wird?“*

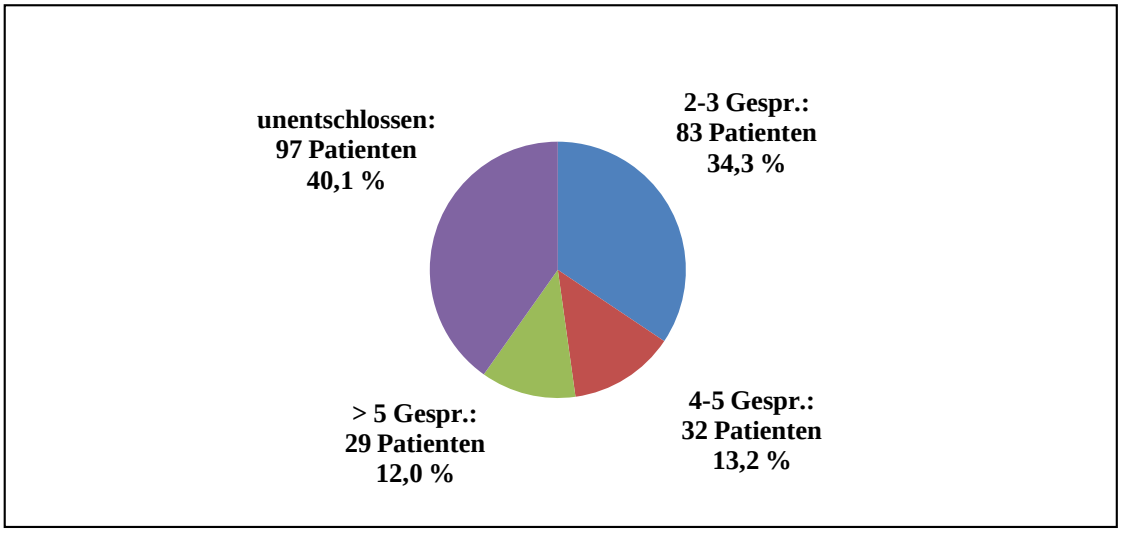
Abbildung 2: Interesse an Interventionen (n = 242 Patienten)



Weibliche Patienten äußern zu 36,7 % ein Interesse an den angebotenen Interventionen (Männer 50,0 %), 40,0 % der Frauen lehnen diese ab (♂ 36,6 %), 23,3 % sind unentschieden (♂ 13,2 %). Eine Signifikanz ist hierbei jedoch nicht feststellbar. Die Gruppe B betrifft die Patienten, die sich im Fragebogen nicht eindeutig für Interventionen entscheiden können (129 Patienten), sie umfasst 26,5% der befragten Gesamtgruppe.

Frage 2: *„Wie viele solcher Gespräche halten Sie für sinnvoll?“*

*Abbildung 3: Anzahl der gewünschten Gespräche (*n=*241 Patienten)*



Frage 3: *„Welche Gesprächsform halten Sie für sinnvoll?*

(Hier waren Mehrfachnennungen möglich.)

Einzelgespräche: 91 Patienten (37,6 %)

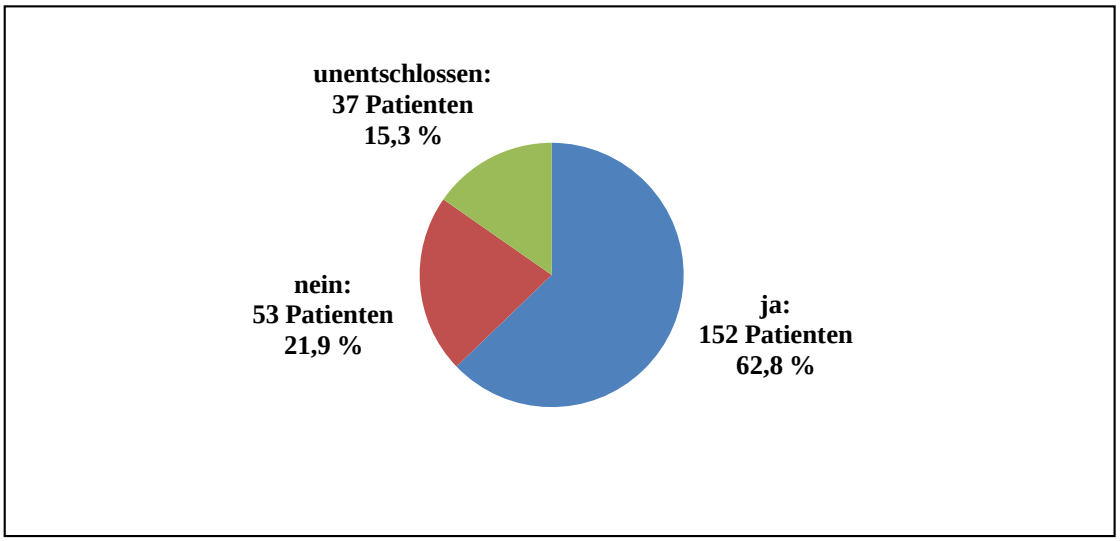
Gespräche mit Partner/Angehörigen: 49 Patienten (20,2 %)

Gruppengespräche: 59 Patienten (24,4 %)

unentschlossen: 67 Patienten (27,7 %)

Frage 4: *„Halten Sie es für sinnvoll, zusätzlich eine Entspannungstechnik zu erlernen (z. B. autogenes Training oder Muskelentspannung)?“*

Abbildung 4: Interesse an Entspannungstechnik (n=242 Patienten)



Frage 5: *Wären Sie bereit, sich zur Behandlung der psychosozialen Anteile Ihrer Erkrankung für einige Zeit auf der psychosomatischen Station der Klinik bei gleichem internistischem Standard betreuen zu lassen?*

ja: 68 Patienten (28,1 %)

nein: 108 Patienten (44,6 %)

unentschlossen: 66 Patienten (27,3 %)

(n=242 Patienten)

Frage 6: *Ist bei Ihnen eine Anschlussheilbehandlung (AHB) oder eine Reha-Maßnahme geplant?*

ja: 52 Patienten (21,5 %)

nein: 103 Patienten (42,6 %)

unbekannt: 66 Patienten (27,3 %)

(n=221 Patienten)

Frage 7: *Falls ja, wie lange soll diese dauern?*

keine Angabe: 194 Patienten (80,2 %)

Mittelwert: 3,5 Wochen

Standardabweichung: 1,1 Wochen

Bereich: 2 - 8 Wochen

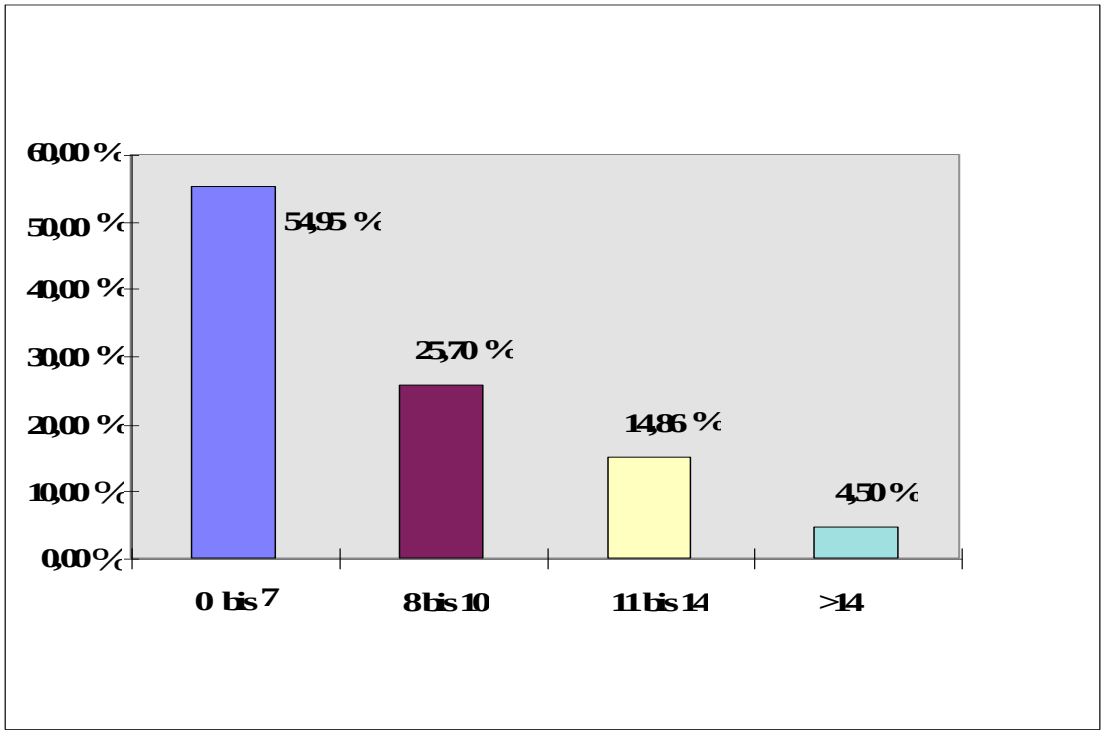
Die Daten, die bezüglich einer geplanten Rehabilitation erhoben werden konnten, sind für eine weitere Bearbeitung unergiebig. 27,7 % derjenigen, die sich über die Fragebögen äußerten, wussten noch nicht, ob eine derartige Behandlung für sie geplant war.

Interesse an Gesprächen über psychische Anteile der Erkrankung haben von den 487 erfassten kardiologischen Patienten etwa ein Viertel (23,2 %) (Gruppe A), die Mehrheit der Befürworter favorisieren 2-3 Gespräche (17 %) und sprechen sich für Einzelgespräche aus (18,7 %). Beinahe ein Drittel (31,2 %) des Kollektivs erachten Entspannungstechniken als sinnvoll. Eine stationäre psychosomatisch ausgerichtete Therapie können sich lediglich 14,0 % der Patienten vorstellen.

3.3 Ergebnisse der Hospital Anxiety and Depression Scale (*HADS*)

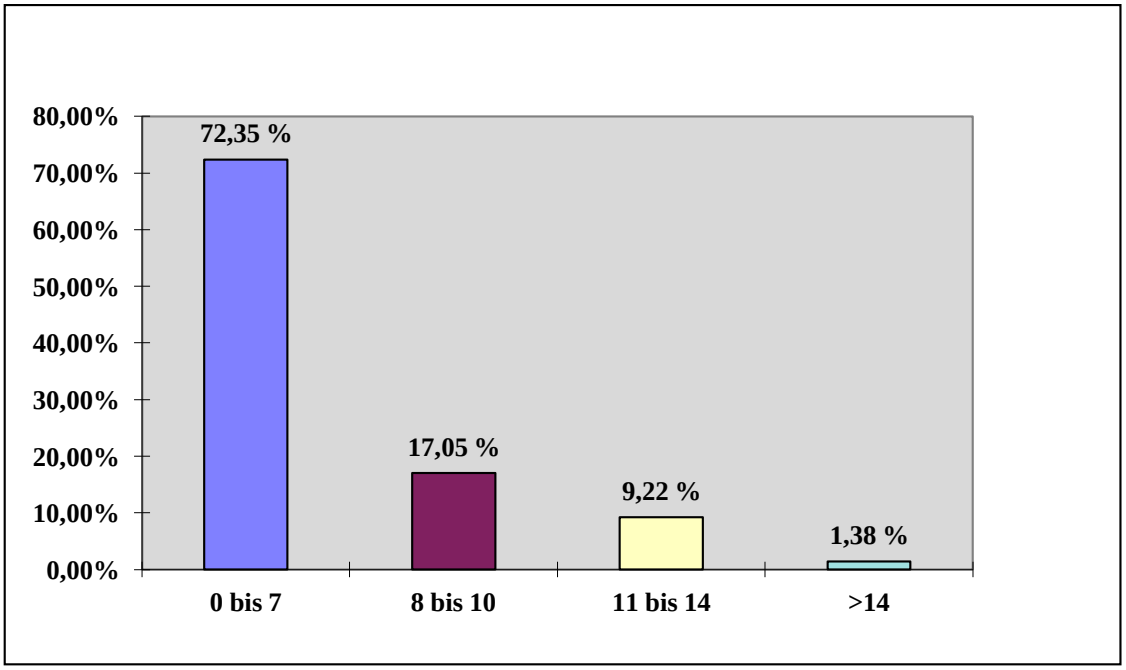
Aus den beantworteten Fragen der *HADS* werden, wie bereits in Kapitel 2.2 beschrieben, aus 14 Fragen 2 unterschiedliche Summenwerte errechnet, mit denen die individuelle Ängstlichkeit und Depressivität des Betreffenden erfasst werden soll.

Abbildung 5: HADS – Werte für Ängstlichkeit (n=222)



Insgesamt 45,1 % dieser Patienten zeigen zum Befragungszeitpunkt Angstwerte, die mindestens über dem Cut-Off-Wert 7 (grenzwertig erhöht) lagen oder höher. 19,4 % der Werte liegen über 10 (pathologisch), während 4,5 % der befragten Patienten anhand der Skalenwerte als schwer angstbesetzt einzustufen sind (Werte > 14).

Abbildung 6: HADS –Werte für Depressivität (n=217)



Zumindest grenzwertig erhöhte Depressivitätswerte (> 7) sind bei insgesamt 27,65 % der Teilnehmer festzustellen. Eine manifeste Depressivität (> 10) laut Testwert liegt bei 10,6 % vor, während die Einstufung als schwer depressiv (Werte > 14) auf 1,4 % der Befragten zutrifft.

Aus den weiteren Berechnungen mit Hilfe der Produkt-Moment-Korrelation ergibt sich eine hochsignifikante ($p < 0,001$) Korrelation der Faktoren Ängstlichkeit und Depressivität um den Faktor $r = 0,61$ (*n=210*).

Demnach liegen bei 19,4 % der Patienten der Rücklaufgruppe die Messwerte für Ängstlichkeit und bei 10,6 % dieser Probanden die Werte für Depressivität in Bereichen, wie sie bei Angststörungen und Depressionen gemessen werden.

3.4 Ergebnisse des Aachener Fragebogens zu krankheitsbezogenen Attributionen (*AFKA*)

Der *AFKA* misst die Krankheitsattributionen in Summenwerten zwischen 1 (gar nicht ausgeprägt) und 5 (sehr stark ausgeprägt).

Tabelle 3: Krankheitsattributionen

Attribution auf:	***AFKA*-Mittelwert:**	**Standardabweichung:**	**Anzahl der Bögen:**
Körper	2,35	1.07	204
Stress	2,15	1,0	200
Selbst	1,83	0,74	199
Schicksal	1,53	0,79	204
Finanzen	1,50	0,78	207
Familie	1,44	0,54	199
Partner	1,42	0,68	202
Sucht	1,36	0,55	206

Aus Tabelle 3 wird ersichtlich, dass die Schwerpunkte bei der Attribution auf den *Körper*, auf den *Stress* und auf das *Selbst* des Patienten liegen. Die niedrigste Attribution liegt auf dem Suchtverhalten.

Allgemein sind die Attributionswerte eher niedrig, selbst die beiden höchsten Werte (für *Körper* und *Stress*) erreichen nicht einmal die Hälfte des Maximalwertes.

Die Korrelation der beiden Bereiche *Selbst*- und *Stress*attribution miteinander liegt signifikant ($p < 0,01$) bei einem Faktor von $r = 0,53$.

Tabelle 4: Beeinflussende Personen im Umfeld

Person(en):	***AFKA*-Mittelwert:**	**Standardabweichung:**	**Anzahl der Bögen:**
Arzt	3,18	1,24	199
Partner	3.03	1,53	200
Kinder	2,67	1,51	200
Freunde	1,93	1,08	198
Therapeut	1,88	1,19	190
Geschwister	1,71	1,08	197
Kollegen	1,53	0,90	199
Arbeitgeber	1,45	1,03	196
Andere	1,44	0,80	196
Verwandte	1,29	0,73	197
Mutter	1,21	0,67	195
Vater	1,16	0,64	196
Großeltern	1,07	0,32	194

Nach Einschätzung der Befragten liegt, wie in Tabelle 4 zu sehen, der größtmögliche Einfluss in erster Linie beim *Arzt,* danach folgen die Einflussnahme durch den *Partner* und die *Kinder* mit deutlichem Abstand vor dem positiven Einfluss durch *Freunde* und den *Therapeuten*.

In diesem Teil sind deutlich höhere Attributionswerte zu verzeichnen. Die Werte für *Verwandte*, *Mutter*, *Vater* und *Großeltern* fallen am niedrigsten aus.

Tabelle 5: Beeinflussende Lebensbereiche

Lebensbereich:	***AFKA*-Mittelwert:**	**Standartabweichung:**	**Anzahl der Bögen:**
Familie	3,12	1,51	198
Partnerschaft	2,98	1,55	195
eigene Person	2,94	1,35	195
Körper	2,78	1,28	197
Gefühle	2,68	1,29	193
Schicksals-bewältigung	2,29	1,30	197
Stress	2,26	1,33	195
Arbeit	2,20	1,35	196
Finanzen	1,94	1,19	194

An der Spitze der Bewertung, was die Verbesserung der Beschwerden aus eigener Kraft angeht, stehen die Bereiche *Familie, Partnerschaft* und die *eigene Person* vor den *Gefühlen* und dem *Körper* (Tabelle 5).

3.5 Wechselbeziehungen der Ergebnisse einzelner Fragebogenteile

Im Vergleich der deskriptiven Daten der Patienten mit der eigentlichen Bedarfsanalyse ergeben sich anhand der erhobenen Daten nur wenige Zusammenhänge.

Es korrelieren bei den befragten Patienten weder die Interessensbekundungen an psychosozialen Interventionen noch an Entspannungsübungen noch die Bereitschaft zur stationären psychosomatischen Therapie verlässlich mit der Zuordnung zu einer Diagnosegruppe. In der separaten Betrachtung der Untergruppen der Koronarpatienten allerdings findet sich im Chi²-Test eine mit p = 0,05003 knapp nicht signifikante Beziehung zwischen der Diagnose *akuter Herzinfark*t und dem geäußerten Bedarf an therapeutischen Gesprächen vor. (Von 41 Patienten sind 22 dafür, 8 dagegen und 11 unentschlossen.). Dieses ist lediglich als statistischer Trend zu werten.Ohne verwertbares Ergebnis bleibt ebenso der Vergleich der Grunddaten mit den gemessenen *HADS* und *AFKA*-Werten. Signifikante Zusammenhänge bei den befragten Patienten zwischen Geschlechtszugehörigkeit, Ängstlichkeit und Depressivität zeigen sich nicht. Auch im Beziehungsverhältnis zwischen den Diagnosen und den Krankheitsattributionen sowie den Faktoren Depressivität und Ängstlichkeit können keine signifikanten Zusammenhänge gefunden werden.

Erst beim Vergleich der in der *HADS* gemessenen Werte mit den Ergebnissen der Bedarfsanalyse (*Tabellen 6 und 7*) werden signifikante Zusammenhänge deutlich. Dabei liegen bei den betreffenden Patienten die Durchschnittswerte für die gemessene Depressivität nicht im pathologischen Bereich, wobei die Werte für Ängstlichkeit deutlich höher sind als diejenigen für Depressivität. **Von den Patienten mit geringeren Werten für Ängstlichkeit wird ein geringerer Bedarf an psychosozialen Interventionen gesehen, während depressivere Patienten einen höheren Bedarf sehen.**

Tabelle 6: Interesse und Ängstlichkeit

Interesse:	**Patientenanzahl:**	**Ängstlichkeit in *HADS*:**	**Standardabweichung:**
ja:	107	8,21	4,18
nein:	82	5,54	3,52
unentschlossen:	32	7,34	3,48
gesamt:	221	7,09	4,03

p < 0,0001 Duncan-Test hochsignifikant für *nein* gegen *ja* und gegen *unentschlossen*.

Tabelle 7: Interesse und Depressivität

Interesse:	**Patientenanzahl:**	**Depressivität in *HADS*:**	**Standardabweichung:**
ja:	106	6,07	3,86
nein:	79	4,47	3,61
unentschlossen:	32	5,75	3,81
gesamt:	217	5,44	3,82

p = 0.02 Duncan-Test signifikant für *ja* gegen *nein*.

Im Vergleich der Bedarfsanalyse mit den *AFKA*-Werten ergaben sich weitere Querbezüge:

Aus den nachfolgenden Tabellen 8 bis 10 erkennt man bezüglich der drei häufigsten Krankheitsattributionen (*Selbst*, *Stress* und *Körper*), dass erhöhte *AFKA*-Werte mit signifikant höherem Interesse an psychosozialer Therapieerweiterung einhergehen:

Tabelle 8: Interesse und Selbstattribution

Interesse:	**Patientenanzahl:**	**Selbstattribution im *AFKA*:**	**Standardabweichung:**
ja:	98	2,02	0,82
nein:	73	1,62	0,63
unentschlossen:	28	1,73	0,55
gesamt:	199	1,83	0,74

p = 0,02 Duncan-Test signifikant für *ja* gegen *nein*.

Tabelle 9: Interesse und Stressattribution

Interesse:	**Patientenanzahl:**	**Stressattribution im *AFKA:***	**Standardabweichung:**
ja:	99	2,35	1,04
nein:	73	1,96	0,94
unentschlossen:	28	1,90	0,89
gesamt:	200	2,14	1,0

p = 0,01 Duncan-Test signifikant für *ja* gegen *nein* und *unentschlossen*.

Tabelle 10: Interesse und Körperattribution

Interesse:	**Patientenanzahl:**	**Körperattribution im *AFKA:***	**Standardabweichung:**
ja:	99	2,59	1,05
nein:	77	2,18	1,05
unentschlossen:	28	1,97	1,05
gesamt:	204	2,35	1,07

p = 0.005 Duncan-Test hochsignifikant für *ja* gegen *nein* und *unentschlossen*.

Auch zwischen der gewünschten Anzahl begleitender Gespräche, den *HADS*-Werten und der *Selbst*attribution lassen sich signifikante Zusammenhänge feststellen (Tabellen 11 bis 13). **Je höher die Depressivitäts- und Ängstlichkeitswerte sind und je mehr die Ursachen der Erkrankung bei sich selbst gesucht werden, desto mehr Gespräche werden gewünscht.**

Tabelle 11: Gesprächsanzahl und Ängstlichkeit

Anzahl der Gespräche:	**Patientenanzahl:**	**Ängstlichkeit in *HADS*:**	**Standardabweichung:**
2 bis 3 (a):	79	7,11	3,86
4 bis 5 (b):	30	8,67	4,33
mehr als 5 (c):	26	9,31	4,26
gesamt:	135	7,88	4,12

p = 0,03 Duncan-Test signifikant für (c) gegen (a).

Tabelle 12: Gesprächsanzahl und Depressivität

Anzahl der Gespräche:	**Patientenanzahl:**	**Depressivität in *HADS*:**	**Standardabweichung:**
2 bis 3 (a):	79	5,33	3,23
4 bis 5 (b):	31	6,03	4,15
mehr als 5 (c):	25	7,56	4,59
gesamt:	135	5,90	3,80

p = 0,04 Duncan-Test signifikant für (c) gegen (a).

Tabelle 13: Gesprächsanzahl und Selbstattribution

Anzahl der Gespräche:	**Patientenanzahl:**	**Selbstattribution im *AFKA*:**	**Standardabweichung:**
2 bis 3 (a):	70	1,83	0,66
4 bis 5 (b):	26	2,06	0,71
mehr als 5 (c):	26	2,33	1,05
gesamt:	122	1,99	0,79

p = 0,02 Duncan-Test signifikant für (c) gegen (a).

Im Rahmen der Produkt-Moment-Korrelationen ergeben sich folgende Ergebnisse:

Bei einer zugrundeliegenden Anzahl von *n=221* verwertbaren Fragebögen finden wir eine hochsignifikante ($p < 0{,}001$) Korrelation zwischen den Punkten Alter und Ängstlichkeit mit einem negativen Faktor von $r = -0{,}28$. **In dem befragten Kollektiv sind anhand der erhobenen Testwerte demnach jüngere Patienten im Mittel ängstlicher als ältere.**

Größtenteils hohe Signifikanzen ergaben sich auch bei der Berechnung der Korrelationen zwischen den *HADS*- und den *AFKA*-Ergebnissen (*Tabelle 14*). Es zeigen sich durchgehend signifikante positive Korrelationen in niedriger bis mittlerer Höhe.

Besonders starke Korrelationen finden sich zwischen den Attributionen auf *Selbst, Stress, Familie, Körper* und *Finanzen* mit der gemessenen Ängstlichkeit. Die gemessenen Werte für Depressivität zeigen in ähnlicher Weise Wechselbeziehungen mit den Attributionen auf *Selbst, Familie, Finanzen* und *Körper*.

Tabelle 14: Korrelationen zwischen AFKA- und HADS -Ergebnissen

Attribution auf:	**Ängstlichkeit:**	**Depressivität**
Selbst	r = 0,61	r = 0,53
Stress	r = 0,43	r = 0,23
Familie	r = 0,38	r = 0,34
Körper	r = 0,35	r = 0,31
Finanzen	r = 0,31	r = 0,33
Schicksal	r = 0,30	r = 0,28
Partner	r = 0,26	r = 0,28
Sucht	r = 0,22 *	r = 0,26

(188 bis 200 auswertbare Bögen; bei * gilt: p = 0.002,
alle anderen Werte für $p < 0{,}001$)

4 Diskussion

4.1 Diskussion von Material und Methode

Ziel der Untersuchung war, wie berichtet, eine möglichst repräsentative Bedarfseinschätzung kardiologischer Patienten bezüglich psychosozialer Interventionen zusätzlich zur somatischen (Akut-) Behandlung zu ermitteln. Vor der Befragung der Patienten fand keine gezielte Auswahl statt. Untersucht wurden Patienten von internistischen Stationen, deren Schwerpunkt auf kardiologischen Erkrankungen lag. Diese Patienten waren zum Zeitpunkt der Befragung im Hinblick auf psychotherapeutische Behandlungsformen als unerfahren einzustufen. Der an sie weitergegebene Fragebogen enthielt klare Bezüge auf psychosoziale Aspekte der Erkrankung, er war für die Patienten verständlich und bestätigte sich durch das vorbereitete Anschreiben als seriös. Der Fragebogenteil der eigentlichen Bedarfsanalyse war bewusst einfach gehalten, in der Bearbeitung durch die Patienten dementsprechend unproblematisch und hatte den größten Rücklauf (n = 242). Die Rücklaufquote der ausgegebenen Bögen lag insgesamt knapp unter 50 %. Durch den intensiven Patientenkontakt im Rahmen der Datenerhebung ist davon auszugehen, dass ein Nichtausfüllen des Fragebogens durch bestimmte Patienten als Ablehnung des Themas selbst anzusehen ist. Somit dienten die analysierten Daten dieser Patienten zum Teil als Vergleichsgruppe („Fragebogenablehner“).

Eine weitere Steigerung der Rücklaufquote, möglicherweise auch eine Erhöhung der Therapiemotivation, wäre durch entsprechende Unterstützung seitens der behandelnden Ärzte auf der Station denkbar, die den Patienten gezielt während der Anamneseerhebung ansprechen könnten. Dies zu erreichen, war im Falle der vorliegenden Untersuchung nicht möglich, es hätte möglicherweise auch zur Beeinflussung der Patienten bei der Fragenbeantwortung geführt. Insgesamt können die gemessenen Daten als objektiv und repräsentativ angesehen werden. Thematisch entsprechende Studien waren trotz intensiver Bemühungen und Recherchen auch über einen längeren Zeitraum nicht zu finden. Daher sind die Vergleichsmöglichkeiten mit den Veröffentlichungen anderer Autoren begrenzt.

Es ergab sich aus den 242 ausgefüllten Fragebögen eine beträchtliche Menge an Daten. Die vorliegende Patientenbefragung lässt sich in Anbetracht der Datenmenge nicht mit groß angelegten Studien wie dem *Ischaemic Heart Disease Life Stress Monitoring Program* und einer „home-based psychological nursing intervention“ von FRASURE-SMITH und PRINCE (1989, 1997) mit Zahlen von 481 beziehungsweise 1376 Patienten vergleichen. Auch die *Post-Infarction Late Potential Study* von LADWIG ET AL. (1991) (*n*=779) oder die neuere *ENRICH*D-Studie (2002) (*n*=2481) liegen bezüglich des erreichten Patientenkollektivs in einer deutlich anderen Größenordnung.

Da diese Untersuchung jedoch eine quantitative und ansatzweise auch qualitative Bedarfsanalyse bezüglich psychosozialer Interventionen beinhaltete, können die gewonnenen Daten angesichts der Teilnehmerzahl durchaus mit anderen orientierenden Untersuchungen, wie zum Beispiel dem *HADS*-Screening kardiologischer Akutpatienten von HERRMANN, SCHOLZ und KREUZER (1991) (*n*=202), der Arbeit von TITSCHER ET AL.(1996) über Restenosierung nach PTCA (*n*=138) oder der Untersuchung von KITTEL und KAROFF (1998) über psychische Auffälligkeiten bei kardiologischen Reha-Patienten (*n*=74), verglichen werden (siehe im Folgenden).

Ein Großteil der gewonnen Daten ließ sich in verwertbare Ergebnisse umsetzen. Nicht verwendbar waren die Eigenangaben der Patienten über ihre Diagnosen. Hier mussten die medizinischen Untersuchungsbefunde der Betroffenen ausgewertet werden, um zuverlässige Informationen zu bekommen. Bei der Auswertung dieser Daten wurde, um bearbeitbare Kategorien zu erhalten, eine Einteilung der Patienten in Diagnosegruppen vorgenommen. Erwartungsgemäß fanden sich fast 80 % koronare Herzerkrankungen. Zur Spezifizierung wurden KHK-Untergruppierungen gebildet. Nicht ausreichend aussagekräftig waren ebenso die erhobenen Daten über geplante Re-habilitationsbehandlungen. Hierüber konnten die meisten Patienten zum Befragungs-zeitpunkt kaum eine Aussage machen. Hieraus könnte man auf einen verbesserungsbedürftigen Informationsstand der Patienten schließen, der sich negativ auf die subjektive Selbstwirksamkeit niederschlagen wird.

Zur Gewinnung relevanter Daten über wichtige psychopathologische Symptome wie Angst und Depressivität wurde die relativ kurze *HADS* eingesetzt, welche 1983 von ZIGMOND und SNAITH entwickelt wurde. Diese *Skala* wird seit ihrer Entwicklung als einfacher Test zur Feststellung affektiver Störungen genutzt. Aus den Erfahrungen früherer Studien (siehe Literaturüberblick) ergibt sich, dass insbesondere die Faktoren Ängstlichkeit und Depressivität für die Prognose und damit auch für eine etwaige Behandlungsindikation wichtig sind. Dadurch lag der *HADS*-Einsatz auch für diese Studie nahe, um bestehende Zusammenhänge zwischen geäußertem Bedarf und möglichen affektiven Störungen zu erkennen. Diese psychischen Krankheitssymptome werden unabhängig von der jeweiligen somatischen Grunderkrankung (z. B. Schwindel, Müdigkeit, Energielosigkeit) erfasst. Die Rücklaufquote dieses Untertests war zufriedenstellend.

Die Evaluationen der *HADS* erfolgten z. B. durch AYLARD ET AL. (1987) und später durch HERRMANN (1997). Auch bei kardiologischen Patienten hatte sie sich im Vorfeld bewährt, sie wurde diesbezüglich angewandt unter anderem von HERRMANN, SCHOLZ UND KREUZER (1991) und erscheint nach wie vor aktuell. Mehrfach wurde ihr Einsatz als Screening-Instrument bei Herzpatienten empfohlen, z. B. KITTEL UND KAROFF (1998); DEUSCHLE und Mitarbeiter (2002); BARTH UND MARTIN (2005). In der letztgenannten Quelle sprachen sich die Autoren bezüglich präziserer individueller Ergebnisse für eine dreifaktorielle Auswertung mit psychomotorischer Agitiertheit als 3. Faktor aus. In einer umfangreichen Metaanalyse von BJELLAND ET AL. (2001) wurde allerdings die zweifaktorielle Auswertung im Grundsatz befürwortet.

Kritisierbar ist in der HADS die enge Verbindung der zwei Faktoren Ängstlichkeit und Depressivität, die eine voneinander unabhängige Beurteilung erschwert. Dabei ist aber grundsätzlich festzustellen, dass beide im psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Sinne oft eng miteinander verwobene Symptome darstellen. Bei entsprechenden Erkrankungen, insbesondere bei psychosomatischen Störungsbildern, oder als Reaktion auf gravierende körperliche Erkrankungen treten ängstliche und depressive Symptome häufig nebeneinander auf.

Grundsätzlich ist es selbstverständlich nicht angemessen, Patienten allein anhand von Testwerten als gesund oder krank einzustufen. Die Diagnosestellung muss grundsätzlich im klinischen und anamnestischen Zusammenhang erfolgen.

Der *AFKA* beschreitet mit seinem Anspruch, die Krankheitsattributionen der Patienten zu messen, ein schwer greifbares Feld. Die Krankheitskonzepte der Patienten, Vorstellungen über äußere und innere Einflüsse und die soziale Einbettung der Patienten sind nach Testkriterien schwer messbar. Auch die Evaluation ist problematisch, da kaum Vergleichstests zur Verfügung stehen. Dennoch erscheinen seine Ergebnisse bezüglich Klarheit und Plausibilität zufriedenstellend. Die Objektivität des Bogens ist durch einen festen Algorithmus gegeben. Nach ausführlichen Untersuchungen von WÄLTE ist auch von einer guten Reliabilität und Validität dieses Messinstrumentes auszugehen.

Freundlicherweise stellte Herr Prof. Dr. WÄLTE eigenes Material zu Auswertung und Vergleich mit der vorliegenden Studie zur Verfügung. Hierin waren jedoch keine gezielt an kardiologischen Patienten gewonnenen Daten enthalten. Er untersuchte insgesamt 764 Patienten mit psychiatrischen und psychosomatischen Diagnosen (Befragung von ambulanten Patienten der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin des Universitätsklinikums der RWTH Aachen noch vor dem Erstgespräch). Bei 15 % der untersuchten Patienten wurde eine Depression, bei 11 % eine Angststörung und bei 9 % eine Anpassungsstörung diagnostiziert (Somatoforme Störungen: 25 % und Psychosomatosen: 12 %). Ein gewisser Vergleich ist mit den hier gefundenen *HADS*-Ergebnissen möglich, zumal auch WÄLTE UND KRÖGER dieses Verfahren verwendeten. Ihre Werte unterscheiden sich aber von den vorliegenden Messungen angesichts der unterschiedlichen Patientenkollektive. Die Befragten bei WÄLTE zeigten eine deutlich andere Alters- und Geschlechtsverteilung mit durchschnittlich 37 +/−12 Jahren und es überwogen die weiblichen Patienten mit 62 %. Dies schränkt die Vergleichbarkeit mit den vorliegenden Daten weiter ein.

Ein weiteres Ziel neben der Erhebung psychosozialer Parameter mit der Anwendung des *AFKA* war es, Hinweise auf Themenbereiche zu bekommen, die sich zur Bearbeitung im Rahmen von psychosozialen Interventionen bei kardiologischen Patienten anbieten könnten. Tatsächlich lieferte dieser Teil des Fragebogens diesbezüglich mehrere, untereinander abgrenzbare Werte, die auch Hinweise für therapeutische Zielstellungen gaben (siehe unten).

Als Schwäche des *AFKA* ist sein vergleichsweise großer Umfang von 78 Fragen zu nennen. Von den drei Untertests des Gesamtbogens hatte er seinem Volumen entsprechend mit Abstand die größte Fehlerquote (durch Auslassen einzelner Fragen). Für die hier gewonnenen Messwerte waren zum Teil weniger als 200 Bögen auswertbar. Sein Rücklauf war damit um mehr als 15 % niedriger als die eigentliche Bedarfsanalyse. Eine routinemäßige Anwendung im klinischen Alltag scheidet nach den hier gemachten Erfahrungen und auch nach den Empfehlungen anderer Studien aus.

Als mögliches Screening-Instrument erscheint beispielsweise das *ENRICHD Social Support Instrument* mit seinen lediglich 7 Fragen deutlich praktikabler (VAGLIO ET AL 2004). Dieser stand zum damaligen Zeitpunkt noch nicht zur Verfügung, es erfolgte jedoch beispielsweise von KENDEL ET AL. (2011) eine Validierung der deutschsprachigen Version bei kardiologischen Patienten im Vorfeld von Bypass-Operationen. Auch das leicht durchführbare *Lübecker Interview zum psychosozialen Screening (LIPS)* wurde erst von SPECHT ET AL. (2002) vorgestellt. ALBUS UND SIEGRIST (2005) empfahlen zur Prävention der KHK ein „*Screening hinsichtlich psychosozialer Risikofaktoren (...) mittels weniger, kurzer Fragen während der ärztlichen Anamnese*“ (S. 105) bzw. den Einsatz standardisierter Fragebögen. QUITTAN UND WIESINGER empfahlen im gleichen Jahr zu Beginn einer Rehabilitation eine Erhebung der vorhandenen Risikofaktoren inklusive des psychosozialen Status und der Persönlichkeitsstruktur mit dem Ziel einer Risikobestimmung und der Formulierung des individuellen Rehabilitationszieles. In Anlehnung an die Veröffentlichung von FALLER (2003) zum „*shared decision making*“ könnte bei der rehabilitativen Behandlungsgestaltung nach dem Screening eine stärkere Partizipation des Patienten ein veränderter Ansatz sein, mit der Hoffnung auf eine erfolgreichere Therapie durch bedarfsgerechtes Handeln.

Da der *AFKA* nicht gezielt auf somatische Krankheitsbereiche ausgerichtet ist, sind die entsprechenden Fragen relativ allgemein gehalten. In vorliegenden Fall könnten die Punkte *Ernährung* und *sportliche Betätigung* oder auch *Vorerkrankungen* als fehlende Attributionsbereiche eingeschätzt werden. Auch könnte die *Berufstätigkeit* und die *Psychotherapieerfahrung* als Item in den Erhebungsbogen einbezogen werden.

Manche Patienten hinterließen außerdem handschriftliche Kommentare auf dem Bogen und gaben bemerkenswerte Empfehlungen. So wurde beispielsweise bemängelt, dass keine Fragen zum Bereich *Religion* und *Glaube* gestellt wurden. Schließlich könnten, so die Begründung, Erkrankte hieraus Halt und Hoffnung schöpfen. Im Zuge der täglichen Präsenz auf den Stationen, um die Fragebögen zu verteilen und einzusammeln, war grundsätzlich eine ausgiebige Informationsarbeit zu leisten. Eine in diesem Zusammenhang häufig geäußerte Befürchtung war der Umgang mit sensiblen persönlichen Daten. Es bestand die Sorge, ob nach der Entlassung aus der stationären Behandlung Folgen wie z. B. weitere telefonische oder postalische Anfragen seitens der Klinik bei den Patienten, zu erwarten seien. Obwohl ein derartiges Vorgehen im Rahmen psychosozialer Therapieangebote von mehreren anderen oben zitierten Untersuchern durchgeführt wurde, sprachen sich viele der Patienten spontan und ungefragt gegen eine derartige Behandlung aus. Generell war jedoch die häufigste Besorgnis, ob mit dem Ausfüllen des Bogens eine Verpflichtung zu einer weiteren Therapie eingegangen wird. Gerade von einem Großteil der Patienten, die im unmittelbaren Kontakt auf der Station bei der Vorstellung des Anliegens und Verteilung des Fragebogens mit teils heftigen Emotionen ablehnend reagierten, schien die Frage nach der Teilnahme an einer Psychotherapie (im weiteren Sinne) geradezu als bedrohlich angesehen zu werden. In der Tat ist, wie im Folgenden noch erläutert wird, ein Bestandteil psychosozialer vor allem aber psychotherapeutischer Interventionen natürlich das Infragestellen von Verhaltensmustern der jeweiligen Person, teils auch der Person selbst oder zumindest von bestimmten Persönlichkeitsanteilen. Gerade hierdurch ist die Belastbarkeit des Behandelten als wichtiger Parameter der Auswahl der geeigneten Therapie (-form) anzusehen. Sicherlich auch durch diese nachvollziehbaren Berührungsängste war es uns nicht möglich, alle potentiell therapiebedürftigen Patienten zu erreichen. Viele Patienten (ob ablehnend oder zustimmend betreffs der Fragestellung) unterschrieben am Ende Ihren ausgefüllten Bogen, obwohl dies weder vorgesehen, noch ein Feld dafür kenntlich gemacht worden war. Offenbar hatten sie das Bedürfnis, ihren Standpunkt zu bekräftigen. Ebenso erscheint es soweit objektivierbar im Sinne eines Großteils der Patienten zu sein, mit geeigneten Instrumenten nicht nur ihre körperliche Symptomatik zu untersuchen, sondern auch ihre (emotionale und psychosoziale) Haltung zu erfragen.

4.2 Diskussion der Ergebnisse der Bedarfsanalyse

Die hier untersuchten somatischen Patienten denken in Bezug auf ihre Erkrankung im Schwerpunkt über körperliche Vorgänge nach, was das Interesse an einer Befragung dieser Patienten unter psychotherapeutischen Gesichtspunkten auf den ersten Blick nicht erhöht. Dennoch erscheint dieser Aspekt angesichts der zahlreichen Hinweise auf psychosoziale Faktoren (siehe Literaturüberblick) wichtig und beachtenswert. Publizierte Studien, die dies in ähnlicher Weise bei Akutpatienten untersuchen, liegen trotzdem bislang nicht vor. Von einer beträchtlichen Anzahl der kardiologischen Patienten wird klar der Bedarf zur Therapieerweiterung zugunsten der Bearbeitung dieser Faktoren gesehen. Dies ist als ein wichtiges positives Ergebnis zu werten.

Anhand des ersten Fragebogenteils konnten keine signifikanten Merkmale gefunden werden, die für die gezielte Zuweisung von Patienten zu psychosozialen Interventionen hilfreich sind. Die Abweichungen zwischen den Grunddaten der Patientengruppen A bis C (Befürworter der Interventionen (Gruppe A), Fragebogenausfüller aber Behandlungs-ablehner (Gruppe B) Fragebogenablehner (Gruppe C)) bezogen auf Geschlecht, Alter und Diagnose sind nicht ausreichend groß, um Schlussfolgerungen ziehen zu können.

Die (somatische) Krankheitsdiagnose selbst lässt ebenso wenig Schlussfolgerung auf den Psychotherapiebedarf des jeweiligen Patienten zu. Zwischen der Art der Diagnose und dem Interesse an Interventionen konnte trotz der großen Datenmenge keine signifikante Beziehung festgestellt werden. Es ist demnach nicht sinnvoll, hieraus Auswahlkriterien für entsprechende Therapiegruppen abzuleiten. Dennoch wäre es angesichts früherer Veröffentlichungen (FRASURE SMITH UND WHITE, 1995; JENKINSON ET AL., 1993; KRUMHOLZ ET AL., 1998 UND THOMAS ET AL., 1997) zu empfehlen, insbesondere für Patienten mit einem akuten Infarkt Gespräche anzubieten, wofür in der vorliegenden Untersuchung lediglich ein statistischer Trend spricht. Hier wäre zu empfehlen, dass der behandelnde Internist die Patienten direkt anspricht und eine weitere Unterstützung einleitet, z. B. durch begleitende Therapien auf der Station.

Nach den hier vorliegenden Ergebnissen äußern insgesamt 23,2 % der Herzpatienten eine Bereitschaft psychosoziale Anteile ihrer Erkrankung gezielt zu bearbeiten. Eine klare Absage der meisten Patienten (86 %) geht jedoch an eine stationäre psychosomatische Behandlung. In diesem Zusammenhang darf der tatsächlich stationär psychosomatisch behandlungsbedürftige Anteil der Patienten natürlich nicht gleichgesetzt werden mit der Patientengruppe, die von psychosozialen Interventionen als Ergänzung der somatischen Behandlung greifbar profitieren kann, ohne die Kriterien einer psychosomatischen Erkrankung zu erfüllen.

In der Ablehnung dieses Behandlungsangebotes mag sich auch die falsche Vorstellung bzw. Angst wiederfinden, betreffs der körperlichen Beschwerden nicht ernstgenommen bzw. als psychisch krank abgestempelt zu werden. Die auch hierin spürbare gesellschaftsimmanente Skepsis gegenüber den Themenbereichen Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Psychologie erschwert die sachliche Auseinandersetzung mit den psychosozialen Aspekten und auch lebensstilbedingten Eigenanteilen des Patienten an einer im Kern somatischen Erkrankung.

Nach HAHN ET AL. (2007, S. 81) sollte allerdings eine entsprechende „*Behandlungsempfehlung bei somatischen Patienten mit komorbider psychischer Störung nicht aus falsch verstandener Rücksichtnahme (Stigmatisierungsangst) unterbleiben*". In der gleichen Veröffentlichung beschreiben KLESSE ET AL. (S. 101): "*Die aktive Suche nach einem psychotherapeutischem Kontakt ist bei psychisch belasteten KHK-Patienten seltener zu erwarten als bei anderen somatischen Patienten*." Psychotherapeutischer Behandlungsbedarf ist nicht gleichbedeutend mit Behandlungsbereitschaft.

Einen verhältnismäßig polarisierenden Standpunkt vertreten HERRMANN ET AL. (1994) angesichts einer Studie in Verbindung mit Ergometeruntersuchungen. Sie fanden bei ihren Probanden eine deutliche Häufung psychologisch relevanter Befunde, zum Teil auch mit negativer Korrelation zu den erhobenen somatischen Auffälligkeiten. Sie postulierten daraufhin, dass in kardiologischen Abteilungen ein Großteil von Patienten mit Depressivität oder Ängstlichkeit von Krankheitswert behandelt werden. Dies klingt sicher aus der Sicht des somatischen Behandlers übertrieben.

Aus einem ganzheitlich-medizinischem Blickwinkel heraus erscheint es jedoch notwendig, die Möglichkeit der subjektiven „Verstärkung“ der körperlichen Symptomatik aufgrund einer durch psychosoziale Faktoren veränderten Wahrnehmung nicht außer Acht zu lassen. Immerhin können nach Erhebungen von FRIEDERICH ET AL. (2002) psychiatrische Komorbiditäten (Prävalenz nahe 36 %) die stationäre Liegedauer internistischer Patienten um bis zu 8,2 Tage verlängern. Ähnliche Querbezüge konnten in der vorliegenden Befragung leider nicht festgestellt werden. Signifikante Zusammenhänge zwischen Diagnose, Alter, Geschlecht, Liegedauer und *HADS*-Werten fanden sich, wie beschrieben, nicht.

Auffällig groß ist die Zahl der Interessenten an Entspannungstechniken von fast 63 %. Die allgemeine Akzeptanz dieser Behandlungsform hat sich offenbar durchgesetzt. Die Zahl der unterschiedlichen Organisationen und niedergelassenen Therapeuten, die entsprechende Kurse anbieten, ist beträchtlich. Zahlreiche Patienten versprechen sich hiervon Hilfe in Stresssituationen und wollen ihr allgemeines Wohlbefinden durch Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung oder andere Entspannungstechniken verbessern. Diese Empfehlung wird seit Jahren in der Fachliteratur vertreten, z. B. bei DIXHOORN ET AL. (1989).

Der Mehrzahl der grundsätzlich motivierten Patienten scheint keine längere psychosoziale Begleitung bei ihrer Erkrankung zu wünschen. Eindeutiger Schwerpunkt des Interesses liegt auf einer kurzen Intervention mit 2-3 Einzelsitzungen. Möglich erscheint hierbei, dass sich die Befragten zunächst mehr Sachinformationen über ihre Erkrankung erhoffen. Intensivere gesprächstherapeutische Arbeit scheint von den betroffenen Patienten eher nicht gewünscht zu werden und wird als wenig zielführend eingeschätzt. In der Literatur werden jedoch eher über einen längeren Zeitraum angelegte Konzepte verfolgt, um entsprechende Lebensstilveränderungen oder eine Stabilisierung psychosozialer Faktoren zu erreichen, z. B. OLDRIGE ET AL. (1988), FRASURE SMITH ET AL. (1989, 1997), TURNER ET AL. (1995). Ein positiver Effekt von Kurzzeitinterventionen zum geeigneten Behandlungszeitpunkt könnte die Verbesserung der weiteren ambulanten hausärztlichen oder kardiologischen Anbindung und allgemein eine Verbesserung der Behandlungscompliance sein. Auch könnte die Indikationsstellung für eine weitere psychotherapeutische Behandlung der Patienten präzisiert werden.

Der von den meisten der hier befragten Patienten geäußerte Wunsch nach wenigen bzw. eher oberflächlichen Gesprächen ist aus psychotherapeutischer Sicht zumindest für die bereits oben behandelte Patientengruppe der akut Erkrankten durchaus sinnvoll, um die aufgetretene Belastung durch Krankheitsverarbeitung zu vermindern. Gerade subjektiv empfundene Hilflosigkeit und das Gefühl von Ausgeliefertsein sind Risiken zur Entstehung einer psychischen Traumatisierung. Bei psychisch instabilen (infolge der körperlich bedrohlichen Erkrankung) bzw. bei nur gering motivierten oder gar ambivalenten Patienten ist eine intensive und intrapsychische Konflikte aufdeckende Intervention sicher nicht indiziert. Da die nötige Konfliktfähigkeit und Belastbarkeit nicht gegeben sind und das therapeutische Arbeitsbündnis nicht tragfähig ist, können zu „invasive“ Interventionen destabilisierend wirken. Dies könnte eine mögliche Erklärung für die bislang sehr widersprüchlichen Daten über Prognoseverbesserungen der Herzerkrankung sein.

In der *ENRICHD*-Studie beispielsweise war ein positiver Effekt auf die Prognose der randomisierten Patientengruppen nicht feststellbar, obwohl die Patienten der Interventionsgruppe über 6 Monate gründlich in verhaltenstherapeutischen Einzel- und Gruppensitzungen behandelt wurden. HERRMANN-LINGEN (2005) resümierte auf die teils ernüchternden Ergebnisse der *ENRICHD*-Studie, dass eine generelle Therapieempfehlung für psychotherapeutische Interventionen bei kardiologisch Kranken mangels Evidenz des Nutzens nicht gegeben werden kann. Er sprach sich für Einzelfallentscheidungen aus. Positive Ergebnisse bezüglich einer Prognoseverbesserung bei bestehender KHK lieferte 2011 jedoch GULLIKSSON ET AL durch die Teilnahme an einem niederschwelligem einjährigen verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogramm.

Allgemein ist der Behandlungserfolg von jeder Form psychotherapeutischer Interventionen, wie z. B. C. ROHDE-DACHSER (1991) feststellte, von verschiedenen Patientenvariablen abhängig. Dazu zählen unter anderem: die Motivation des Patienten, der Leidensdruck, die Konfliktbereitschaft und die Beziehungsfähigkeit. Von diesem Ansatz her muss zwischen Therapiebedürftigkeit und Therapiefähigkeit beziehungsweise Therapiebereitschaft deutlich unterschieden werden. Von diesen Faktoren und von der Art des Störungsbildes hängen letztlich die Therapieindikation an sich und die Wahl des therapeutischen Verfahrens ab.

Während das Votum für eine geringe Sitzungsanzahl gegenüber einer größeren Anzahl eindeutig ausfiel, sprachen sich doch etwa ein Fünftel der Befragten auch für Gruppen- und Angehörigengespräche aus. Davon versprechen sich viele Patienten offensichtlich weiteren Erfolg. Hierzu erschien von ALLAN UND SCHEIDT (1998) eine Übersichtsarbeit, in der konkrete Konzepte zu einer mehrjährigen Gruppentherapie bei Koronarpatienten vorgestellt wurden. Es wurden aber schon früher, beispielsweise von THOMPSON UND MEDDIS (1990), vergleichsweise einfach gehaltene Gesprächs- und Beratungsprogramms im Rahmen der stationären internistischen Behandlung empfohlen. Zum Alltag der Behandlung im Akutbereich gehört dies jedoch nach wie vor nicht.

Im unmittelbaren Kontakt mit den Patienten bei der Ausgabe der Fragebögen fiel subjektiv die teils große Emotionalität bezüglich des Themas auf. Es kam in manchen Fällen zu sehr herzlicher Zustimmung zu den Therapieerweiterungen, teils aber auch zu fast feindlich ablehnenden Reaktionen. Viele der Befragten begannen sogleich, über aktuelle Sorgen zu sprechen. Hierbei fielen insbesondere Zukunftsängste und ein aktuelles Gefühl der Hilflosigkeit auf. Es gab andererseits auch mehrfach aggressive Reaktionen der angesprochenen Patienten, ohne die Bereitschaft, sich auf eine sachliche Gesprächsebene einzulassen. Sehr groß war der Informationsbedarf der befragten Patienten. Es fiel parallel zu den Befragungsergebnissen bei den direkten Gesprächen mit den Patienten auf, wie viele Fragen über die jeweils eigene Erkrankung gestellt wurden und wie schlecht das Wissen der Patienten über medizinische Zusammenhänge war. Von den Patienten selbst wurden im Rahmen der Befragung aber auch Vorstellungen über erwünschte Charaktereigenschaften der potentiellen Therapeuten geäußert. Dabei erhielten Lebenserfahrung und Fachwissen sowie theologische Kenntnisse eine zentrale Bedeutung. Mit diesen Erwartungen werden wichtige grundsätzliche Fähigkeiten eines Psychotherapeuten angesprochen. Ein weiterer Vorschlag lautete, mit den Patienten die Befangenheit gegenüber Ärzten zu thematisieren, um dadurch Kontaktschwierigkeiten und Fehlinformationen durch Scheu vor Nachfragen zu vermindern. Dies wurde auch von den auf den Stationen angetroffenen Seelsorgern angeregt. Diese waren zum Teil von Patienten auf das laufende Projekt angesprochen worden und erkundigten sich, was es damit auf sich habe.

Die Seelsorger selbst sahen ebenfalls einen ernsthaften Bedarf gerade bei Akutpatienten nach Gesprächen über seelische Probleme und über das Ertragen des körperlichen Leides sowie zum Informationsaustausch über die Erkrankung an sich.

Die erhobenen Daten bestätigen die therapeutische Alltagserfahrung, dass grundsätzlich behandlungsbedürftige oder zumindest psychopathologisch auffällige Patienten nicht notwendigerweise behandlungsmotiviert sind. Woraus sich folgern lässt, dass Patienten ohne eigenes Anliegen und Änderungsbereitschaft voraussichtlich nicht von einer Psychotherapie profitieren können. Auch psychosozial orientierte Behandlungsansätze benötigen die Mitarbeit und das eigenständige Bemühen des Patienten, die erarbeiteten Veränderungen umzusetzen und durchzuhalten.

Bei den befragten Patienten ist weiterhin aufgrund der situationsbedingt reduzierten Belastbarkeit (während der akuten somatischen Behandlung) schwerpunktmäßig eher ein ressourcenorientiertes Arbeiten an der aktuellen Situation angemessen mit dem Ziel der seelischen Stabilisierung. Bezüglich der Durchführung von Psychotherapie im fortgeschrittenen Lebensalter empfahl hier beispielsweise TÖLLE (1996) „*verstehendes Zuhören, stützendes und kommunikatives Vorgehen*“ (S. 337).

Nur bei besonders motivierten und psychisch belastbaren Patienten ist bei entsprechender Behandlungsbedürftigkeit eine tiefergehende Bearbeitung intrapsychischer Vorgänge indiziert. Insbesondere bei geringer Motivation und relativ geringer Belastbarkeit des Patienten ist laut SCHONAUER UND KERSTING (2000) eine supportive Psychotherapie zu bevorzugen. Aus Sicht vieler Patienten wäre voraussichtlich bereits die Weitergabe von schriftlichem Informationsmaterial ausreichend. Inwieweit eine breiter gefächerte Prognoseverbesserung durch gezielte psychosoziale und beratende Konzepte zu erreichen ist, bleibt jedoch weiterhin fraglich. Gezielte Bedarfsbefragungen und niederschwellige therapeutische Kurzzeitangebote könnten ebenso zur gezielten Indikationsstellung für weiterführende psychosoziale Interventionen oder notwendige psychotherapeutische Behandlungen der Koronarpatienten genutzt werden.

4.3 Diskussion der Ergebnisse der Hospital Anxiety and Depression Scale

Die Anzahl von über 200 auswertbaren *HAD-S*kalen im Rahmen dieser Studie ergibt eine ausreichende Datenmenge, um verlässliche Einschätzungen zu ermöglichen. Insgesamt liegen bei 19,4 % der Patienten der Rücklaufgruppe der Befragung die Messwerte für Ängstlichkeit und bei 10,6 % dieser Probanden die Werte für Depressivität in Bereichen, wie sie bei Angststörungen und Depressionen gemessen werden. Zum Vergleich fanden beispielsweise LADWIG ET Al. im Jahr 1992 bei den von ihnen befragten Patienten mit akutem Myokardinfarkt das Auftreten einer *major depression* (offenbar angelehnt an die DSM) mit der Punktprävalenz von 15-20 %. Dagegen zeigen die vorliegenden *HADS*-Daten für die befragten Herzpatienten eine etwas geringere Rate für manifeste Depressivität. Dennoch liegen Sie deutlich über dem Mittel einer Erwachsenen-Population mit 2-5 %.

Obwohl mittlerweile unstrittig, dass in der Gruppe der Herzpatienten von einer relevanten Häufung psychischer Auffälligkeiten auszugehen ist, sind die Zahlenwerte in der Literatur diesbezüglich sehr unterschiedlich. In seiner Studie zur Validierung der deutschen Fassung der *HADS* zitieren HERRMANN ET AL. (1991) aus verschiedenen Quellen Werte hierfür von 10 % bis über 80 %. Im Rahmen dieser von ihm durchgeführten Studie wurden 504 kardiologische Patienten mit Hilfe der *HADS* befragt. Daraus ergaben sich grenzwertig erhöhte Angstwerte bei 25,1 % und für manifeste Ängstlichkeit bei 16,0 % der Befragten. Bezüglich der Depressivität liegen die Werte für eine grenzwertige Erhöhung bei 12,3 % der Patienten und bei 9,9 % für eine manifeste Depressivität. Sie folgerten hieraus, dass psychische Auffälligkeiten bei rund 20 % der Herzpatienten zu erwarten sind. Diese Ergebnisse sind ebenso wie die von KITTEL UND KAROFF (1998) mit den hier diesbezüglich erhobenen Daten in etwa vergleichbar.

In der Literatur wird dem Zusammenhang von Angstsymptomatik begleitet von körperlicher Stressreaktion und den nachfolgenden somatischen Folgen, welche die Langzeitprognose der Herzerkrankung beeinflussen, wichtige Bedeutung beigemessen. Dies beschrieben beispielsweise KAWACHI ET AL.(1994), SANER ET AL. (1997) SOWIE DEUSCHLE ET AL. (2002) und auch WIRTH (2004).

Ebenso sahen ROTHENBACHER ET AL. (2007) in erhöhter Ängstlichkeit einen Einfluss auf die Langzeitprognose von Patienten mit KHK. HERRMANN selber fand im Jahr 2000 bei kardiologischen Patienten einen, wie erwartet, negativen Effekt der Depressivität bezogen auf die Mortalität, wobei ängstliche Patienten bessere Mortalitätsraten aufwiesen. Dies wurde mit einer vermutlich höheren „*adherence*“ und einer stärkeren Motivation, die Risikofaktoren der KHK zu verbessern, begründet.

Statistisch signifikante Korrelationen fanden sich, wie oben dargestellt, ebenfalls in der vorliegenden Studie zwischen der gemessenen Depressivität bzw. Ängstlichkeit und der Motivation der Patienten für psychosoziale Interventionen. Höhere Werte in der *HADS* sind mit signifikant höherer Therapiebereitschaft verbunden, was für den Sinn von entsprechenden Screening-Untersuchungen spricht. Diese Einschätzung deckt sich mit den Empfehlungen zahlreicher Autoren (KITTEL UND KAROFF, 1998; DEUSCHLE ET AL., 2002; BARTH UND MARTIN, 2005).

In einer Veröffentlichung von KETTERER ET AL. (2004) wird geschlechtsspezifisch im Zusammenhang mit emotionalen Störungen festgestellt, dass weibliche Patienten mit KHK häufiger unter Ängstlichkeit und Depressivität leiden als Männer, während bei letztgenannten eine Krankheitsverneinung ausgeprägter war, obwohl sie 14,2 Jahre früher erkrankten. Sie sprachen sich für weitere Untersuchung der Problematik aus, um klinisch relevante Aussagen zuzulassen. Bereits LINFANTE ET AL. (2003) fanden bei weiblichen Koronarpatienten Häufungen von Depressivität, Ärger und sozialer Isolation. SUNDEL ET AL. (2007) untersuchten Frauen mit KHK bezüglich ihrer Depressivität, Ängstlichkeit und ungesundem Lebenswandel; sie fanden hierbei ebenfalls hohe Korrelationen.

Die übergroße Ablehnung durch die weiblichen Patienten widerspricht ebenso der nach WITTCHEN (1998) höheren Inzidenz von psychischen Störungen (abgesehen von Suchterkrankungen) bei Frauen. Er fand jedoch anhand des Bundes-Gesundheitssurveys von 1998 heraus, dass weit über 60 % aller psychischen Störungen unbehandelt bleiben.

Nach Ergebnissen von BILLING ET AL. (1997) liegt bei Frauen unterhalb eines Alters von 70 Jahren mit Erkrankungen der Koronargefäße ein höheres Maß an psychologischen Risikofaktoren vor als bei Männern, mit Ausnahme des so genannten Typ-A Verhaltens und der Werte für Feindseligkeit.

Zu dem Ergebnis, dass mit psychosozialen Risikofaktoren belastete Koronarpatienten weniger an Rehabilitationsmaßnahmen teilnehmen und eine größere Nichteinhaltung (*non-adherence*) der medizinischen Therapie aufweisen, kamen beispielsweise auch SHEN ET AL (2005). GLAZER ET AL. (2002) stellten den negativen Einfluss von Depressivität (und ihrer Behandlung) sowohl auf die „*adherence*" als auch auf eine Symptomverbesserung im Rahmen einer kardiologischen Rehabilitation fest.

BÜCHNER ET AL (2005) beklagten bezüglich der begleitenden psychotherapeutischen Behandlung weiblicher Patienten, dass die aus ihrer Sicht sogar psychisch stärker belasteten herzkranken Frauen zu wenig Rehabilitationsangebote erhielten, wobei sie speziell abgestimmter Behandlung bedürften und nicht in von Männern dominierte Gruppenprogrammen behandelt werden sollten. Nach C. UND M. HALHUBER (1994) nehmen deutlich mehr Männer und krankheitseinsichtige Patienten an einer kardiologischen Reha-Maßnahme teil. Rentner sind nach seinen Untersuchungen ebenso unterrepräsentiert. Auch ADES (1999) bemängelte die geringe Anzahl älterer Patienten bei kardiologischen Rehabilitationsprogrammen.

Interessanterweise haben FRASURE SMITH ET AL. (1997), wie bereits erwähnt, in einer ihrer Studien einen eher schädlichen Einfluss von Interventionen auf weibliche Patienten aufgezeigt. EAKER (1998) wies darauf hin, dass die bei Männern erfolgten Untersuchungen bezüglich des Zusammenhangs psychosozialer Faktoren und der Mortalität bei KHK nicht auf weibliche Patienten zu übertragen sind. Ergänzend dazu unterscheiden sich nach LADWIG UND SCHEUERMANN (1997) die Mortalitätsraten von Frauen und Männern um 8,1 Jahre im Mittel zu Ungunsten der Männer, die offenbar früher erkranken. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen KLOTZ ET AL. (1998). Nach BREZINKA (1995) werden Männer aber dennoch schneller und umfassender behandelt und haben unter der Erkrankung bessere Mortalitätsraten.

In der Folge bedürfen also ältere und weibliche Patienten bereits bei der Diagnostik psychosozialer Risiken einer intensiveren Motivationsarbeit, wie hiesige Zahlen zeigen. Es müssen dabei allerdings ebenso die psychosozialen Interventionsangebote gezielt auf Geschlecht und Altersgruppe der Patienten zugeschnitten werden, da sie, wie oben berichtet, weniger motiviert erscheinen, Hilfe anzunehmen. So verhielten sich ältere und weibliche Patienten gegenüber der hier dargestellten Befragung an sich deutlich ablehnender.

Bei weiterer Betrachtung der *HADS*-Werte älterer Patienten fällt auf, dass hier gleichzeitig eine geringere Ängstlichkeit festzustellen ist. Zugleich gehen niedrigere Ängstlichkeits- (und auch Depressivitätswerte) mit subjektiv niedrigerem Bedarf psychosozialer Interventionen einher. Damit könnte man diesen Patienten sogar bezüglich ihrer Bedarfseinschätzung zunächst grundsätzlich Recht geben. Im Einzelfall des Patienten bliebe es allerdings zu prüfen, ob die Ablehnung psychosozialer Therapien Ausdruck von innerer Stabilität und Ausgeglichenheit oder die Folge von Abwehr- und Verdrängungsmechanismen ist.

Im direkten Kontakt mit den älteren männlichen Teilnehmern zeigte sich in dieser Befragung oft gerade dieser Aspekt mit verbal aggressiven Abwehrreaktionen oder depressives Vermeidungsverhalten, während ältere weibliche KHK- Patienten äußerten: „*Dafür bin ich schon zu alt, das interessiert mich nicht mehr.“*

Um diese teilweise heftig ablehnende Haltung vor allem bei den älteren Patienten etwas zu relativieren, sind Veröffentlichungen von RADEBOLD (2004) zu erwähnen. Er setzt in seiner Arbeit nicht nur (kriegsbedingte) traumatisierende Erlebnisse der Patienten in Beziehung zu in höherem Lebensalter auftretenden psychischen Beschwerden. Seiner Einschätzung nach ist insgesamt in den sogenannten Kriegs- und Nachkriegsgenerationen die Fähigkeit und Gewohnheit, über Gefühle und Konflikte zu sprechen, verhältnismäßig gering ausgeprägt. Die Frage des Überlebens war über einen prägenden Teil der Lebensspanne wesentlich entscheidender als das seelische Wohlbefinden. Ein nachhaltig gesunder Umgang mit dem eigenen Körper war bzw. ist in dieser Generation besonders bei Männern nicht Bestandteil des eigenen Selbst- und Idealbildes.

Von Patienten der Kriegs- und Nachkriegsgeneration werden in diesem Zusammenhang eine ungenügende Akzeptanz von Vorsorgeuntersuchungen und mangelnde Compliance bei längerfristigen Behandlungen und in der Nachsorge beschrieben. Andererseits werden bei dieser Patientengruppe in den vergangenen Jahren vermehrt im Alter auftretende psychogene Beeinträchtigungen wie psychische Müdigkeit, diffuse Depressivität, Angst- und Unruhezustände bis hin zu Panikattacken beschrieben.

TÖLLE (2006) schrieb über ältere Menschen (S. 109): „*Psychoreaktive und psychosomatische Störungen machen in diesem Lebensabschnitt den weitaus größten Teil psychischer Erkrankungen aus,… Der Symptomatik nach handelt es sich hauptsächlich um depressive und hypochondrische Störungen sowie funktionelle Beschwerden, die zum Teil im Zusammenhang stehen mit objektivierbaren körperlichen Krankheiten.“* TÖLLE sprach sich, wie zuvor beschrieben, aber klar und deutlich für eine (eher supportive) psychotherapeutische Behandlung dieser älteren Patienten aus. Invasivere Therapieformen, wie tiefenpsychologisch konfliktaufdeckendes Arbeiten, erscheinen in diesem Zusammenhang kontraindiziert.

Ob tatsächlich eine Prognoseverbesserung mit Hilfe psychosozialer Interventionen, durch Erhöhung der Compliance und der Lebensstilveränderung zu erreichen ist, erscheint nach wie vor unklar. Im Anbetracht der Erwartung evidenzbasierter Medizin sind hier weitere Untersuchungen nötig. Sicher ist jedoch die Notwendigkeit der gezielten psychotherapeutischen (gegebenenfalls auch medikamentösen) Behandlung manifester psychischer Störungen, wobei der Therapiebereitschaft und der Therapiefähigkeit der Patienten in den therapeutischen Angeboten selbstverständlich Rechnung zu tragen ist, um die Patienten nicht unnötig zu destabilisieren.

4.4 Diskussion der Ergebnisse des Aachener Fragebogens zu krankheitsbezogenen Attributionen

Die in der vorliegenden Befragung von Herzpatienten gefundenen Schwerpunkte der Krankheitsattributionen beziehen sich auf die Bereiche *Körper, Stress, Familie* und die *eigene Person* (Selbstattribution). Die wichtigsten beeinflussenden Personen sind bei den hier befragten der *Arzt* und der *Partner*, die wichtigsten Lebensbereiche die *Familie*, die *Partnerschaft* und die *eigene Person*.

Anhand der freundlicherweise von WÄLTE UND KRÖGER zur Verfügung gestellten Unterlagen wird deutlich, dass ihre Untersuchungen zum Teil in die gleiche Richtung weisen wie die hier dargestellten Ergebnisse. Doch ergeben sich aufgrund des unterschiedlichen Patientenkollektivs auch klare Grenzen. Sie stellen in ihren Ausführungen über den *AFKA* grundsätzlich fest, dass die Attributionsstärke zu den einzelnen Bereichen auf die bio-psycho-soziale Gesamtsituation des Patienten zurückzuführen ist. Diese Gesamtsituation setzt sich zusammen aus der Art der Beschwerden, dem psychischen Druck, den sie verursachen sowie aus der emotionalen und interpersonalen Situation. WÄLTE UND KRÖGER kommen zu den Schlussfolgerungen, dass bei stärkeren Beschwerden eine umso höhere Attribution auf den *Körper*, bei stärkeren Problemen im interpersonellen Bereich eine umso ausgeprägtere Attribution auf die *Familie* und bei höherer Angst und Depressivität eine entsprechend stärkere Attribution auf die *eigene Person* erfolgt. Patienten mit psychosomatischen Beschwerden attribuieren nach ihrer Einschätzung verstärkt auf den Faktor *Stress*. Im Vergleich sind die hier vorliegenden Ergebnisse mit denen von WÄLTE UND KRÖGER gut zu vereinbaren.

WÄLTE fand bei der Inanspruchnahmepopulation der Ambulanz der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin des Universitätsklinikums der RWTH Aachen (siehe auch Kapitel 4.1) im Mittel die höchste Attribution auf *Partnerschaft* (Attributionsstärke: 1,17), danach folgen *Körper* (1,13) und *Stress* (1,08), *Selbst* (1,05) und *Familie* (1,02). Weitere Attributionsbereiche lagen in der Attributionsstärke deutlich unter dem Wert 1. Zum einen fallen im Vergleich zu den hier gemessenen Daten weit niedrigere Attributionsstärken auf, andererseits finden sich bei WÄLTE auf der 2.- 4. Stelle der Rangfolge übereinstimmende Hauptattributionsbereiche (in gleicher Reihenfolge).

Im zweiten und dritten Teil des *AFKA* (in diesen Teilen finden sich in der hier dargestellten Erhebung wiederum deutlich höhere Attributionsstärken) ermittelte WÄLTE selbst als wichtigste einflussnehmende Person den *Arzt* (Attributionsstärke: 2,81), danach den *Partner* (2,69), den *Therapeuten* (2,50) und die *Freunde* (2,12). Bezüglich der beeinflussenden Lebensbereiche kam er an erster Stelle auf den Bereich der *eigenen Person* (Stärke: 2,75), weiter auf die *Gefühle* (2,65), die *Familie* (2,51), die *Partnerschaft* (2,46), den *Körper* (2,39) und auf die *Arbeit* (2,19). Die Attribution auf *Stress* fiel bei ihm ebenfalls mit einem Wert von 2,08 erstaunlich gering aus (zweitletzte Stelle der Rangfolge), noch geringer als auf die *Schicksalsbewältigung* (2,12).

Demnach fand WÄLTE bei seinen Untersuchungen in allen drei Teilen des *AFKA* Attributionsverteilungen, die den hier gefundenen sehr ähneln. Die Differenzen lassen sich recht gut mit den unterschiedlichen Patientenkollektiven erklären (jüngere Patienten mit anderen Lebensschwierigkeiten, anderen Grunderkrankungen und therapeutischen Vorerfahrungen). Wünschenswert wären in diesem Zusammenhang weitere Befragungen von unterschiedlichen somatischen Patienten mit anderen Erkrankungsbildern.

Bei den kardiologischen Patienten stehen die Auseinandersetzung mit den körperlichen Beschwerden, die Bewältigung von psychischem Druck, die eigene emotionale Problematik und der Wunsch nach familiärer Unterstützung im Vordergrund. Die unmittelbare Notwendigkeit, sich auf Veränderungen der körperlichen Funktionsfähigkeit einzustellen, wird wahrgenommen. Diesen Patienten scheint an Informationen über die körperlichen Vorgänge und an professioneller Hilfe bei Stressverarbeitung und seelischen Schwierigkeiten gelegen zu sein. Damit rückt die Thematisierung der eigenen Endlichkeit, die Grenzen der eigenen Belastbarkeit, das Bedürfnis nach Zuwendung, der Umgang mit fakultativ zurückliegendem Fehlverhalten dem eigenen Körper gegenüber und die Konsequenzen für die bevorstehende Umstellung des eigenen Lebensstils in den Vordergrund. Man kann innerhalb dieser auf sich selbst attribuierenden Patientengruppe eine höhere Bereitschaft zur Modifikation des eigenen Lebensstils in Orientierung an den Empfehlungen WIRTHS (2004) erhoffen. Die körperliche Erkrankung wird nicht nur als medizinisches und persönliches Problem, sondern auch als ein Familienthema begriffen. Diesen Patienten könnte spezielles Informationsmaterial zur Verfügung gestellt werden, welches dann in Einzelsituation, Kleingruppen oder gemeinsamen mit nahestehenden Bezugspersonen nachbearbeitet werden könnte.

Die dargestellten Produkt-Moment-Korrelationen weisen ergänzend auf Wechselbeziehungen zwischen bestimmten Attributionen und der Affektlage der untersuchten Patienten hin. Ängstlichere und depressivere Patienten attribuieren ihre Herzerkrankung eher auf die Bereiche *Selbst, Stress, Familie, Finanzen* und *Körper*. Hier liegt ein Unterschied zu den Attributionen der gesamten befragten Patientengruppe vor, wo eine im Verhältnis geringere Attribution auf die *familiäre* und die *finanzielle Situation* auftritt.

Bei den ängstlicheren Patienten zeigt sich außerdem gegenüber den depressiveren eine stärkere *Stress*attribution. Dies alles könnten weitere Hinweise sein, eben diese Themenbereiche im therapeutischen Setting zu bearbeiten.

Als Widerspruch innerhalb der erhobenen *AFKA*- Ergebnisse könnte zu werten sein, dass die hier untersuchten Patienten ihr *Sucht*verhalten, also auch ihre Nikotinsucht, trotz der hinlänglich bekannten Risiken an letzter Stelle der Wertigkeit zählen. Hier kann man Verdrängungsmechanismen vermuten, oder die Patienten begründen (übereinstimmend mit DEUSCHLE (2002)) letztlich ihren Nikotinkonsum mit der bestehenden seelischen Problematik. Sehr nachvollziehbar erscheint der von den Patienten gesehene Zusammenhang von Krankheitssymptomatik und Stressbewältigung, sowie der persönlichen (emotionalen) Problematik.

Innerhalb der Rangfolge der unterschiedlichen Risikofaktoren zählen laut SCHNEIDER (2005) Depression und sozioökonomische Faktoren zu den Klasse-III- und der Nikotinkonsum zu den Klasse-I-Risikofaktoren. Als ausgesprochen wichtiger Prognosefaktor bei KHK gilt u. a. auch nach WIRTH (2004) eine Änderung des Lebensstils durch den Patienten selbst, also beispielsweise Stressminderung, gesündere Ernährung, vermehrte körperliche Aktivität und verminderter Nikotinkonsum. Hier ist grundsätzlich eine Therapiebereitschaft zu erwarten. Übereinstimmungen finden sich hierzu bei den Attributionen auf den Punkt *Selbst* im Hauptteil des *AFKA* und dem ebenfalls als wichtig erachteten Bereich der *eigenen Person* im dritten Teil. Diejenigen Patienten, die bereit waren, sich mit der Thematik psychosozialer Interventionen zu beschäftigen, sehen die Möglichkeit, selbst etwas zur Besserung der Beschwerden beitragen zu können. Dennoch äußern sie gleichzeitig den Wunsch nach äußerer Unterstützung.

Die hohe Attribution auf Stress wird sich angesichts des Alters der Befragten voraussichtlich auf lebensgeschichtliche, teils sicher länger zurückliegende psychische Belastungen beziehen, die zum Teil als nicht mehr veränderbar angesehen werden. Die andererseits ebenfalls relativ hohe Attribution auf die Themenbereiche *Schicksal* bzw. *Umgang mit dem Schicksal* lässt sich auf den ersten Blick nicht mit der allgemein gut bekannten Genese der KHK erklären.

Hier sei noch mal auf die Ausführungen RADEBOLDS (2004) verwiesen, der sich bei der Behandlung älterer Menschen für eine historische Denkweise aussprach. Die Auswirkungen der eigenen Lebensereignisse und Erfahrungen auf das aktuelle Selbsterleben werden nach seiner Einschätzung von diesen Patienten und ihren Behandlern noch als zu gering eingeschätzt. Es kann aber von den Patienten die Krankheit selbst als Schicksalsschlag erlebt werden oder die Lebensumstände, die die Erkrankung begünstigt haben. Im letzteren Falle bedeutet dies die Möglichkeit, durch eine Veränderung von Herangehensweise und Problembewältigung eine Besserung der Krankheitsfaktoren zu bewirken. Diese Selbstwirksamkeit zu vermitteln, kann ein Bestandteil psychosozialer Interventionen sein und somit das Gefühl der Hilflosigkeit als Nährboden für Ängstlichkeit und Depressivität aufbrechen.

Die nach Einschätzung der Befragten verhältnismäßig geringe Gewichtung des Einflusses von *Therapeuten* auf die Krankheitssymptomatik lässt sich durch die als nicht vorhanden anzusehende Psychotherapieerfahrung der Befragten begründen. Ähnlich verhält es sich mit der *finanziellen Situation* der Patienten. Sie erlebten sich in ihrem Alter als abgesichert bzw. haben offenbar nur noch wenige finanzielle Verpflichtungen. Auch die geringe Einschätzung des Einflusses von *Arbeit, Kollegen, Eltern* und *Großeltern* erscheint angesichts des Alters der Befragten schlüssig.

Vergleichen lassen sich die hier gewonnenen Zahlen ebenso mit Untersuchungen von KRAMER, LERCH UND MUTHNY (1993), welche eine Studie veröffentlichten, in der Gesunde zu ihren Attributionen zum Herzinfarkt befragt wurden. Dies Kollektiv war (wie auch die von WÄLTE befragten Patienten) deutlich jünger als die hier betroffenen Patienten (im Mittel 48,8 Jahre), auch war der Anteil der befragten Frauen mit 54 % wesentlich größer.

Die wichtigsten Kausalattributionen, erhoben mit Hilfe einer Liste von 20 potentiellen Ursachenfaktoren, bezogen sich in absteigender Reihenfolge auf *Stress/Hetze*, auf *berufliche Belastungen* (siehe andere Altersstruktur), die *Lebensgewohnheiten*, den *falschen Lebenswandel*, auf die *familiären Belastungen*, den *Ehrgeiz*, *seelische Probleme*, die *Bewältigung von Krisen*, den *Umgang mit der Krankheit* und auf die *Lebenseinstellung*. Frauen bewerteten dabei *familiäre Belastungen* und eigene *seelische Probleme* signifikant höher als Männer. Als entscheidende Einflussfaktoren, erhoben mit Hilfe einer Liste von 9 Kontrollüberzeugungen, wurden in der Studie von KRAMER ET AL. als wichtigste Punkte das *eigene Verhalten*, die *eigene Einstellung* und die *Unterstützung durch die Familie* genannt, gefolgt von den Faktoren *Engagement der Ärzte*, *Fortschritte in der Medizin* und dem *Können der Ärzte*. Der Einfluss der *Unterstützung durch Freunde* wird auch von diesem Kollektiv als relativ gering eingeschätzt, wobei Frauen die *Unterstützung durch die Familie und durch Freunde* als wichtiger einschätzen als Männer. Auch dies sind insgesamt Ergebnisse, die sich mit den hier gefundenen weitgehend im Einklang befinden. Daher erscheint es um so naheliegender, diesen Patientengruppen spezifische Hilfen anzubieten, die psychosozial unterstützend wirken.

Widersprüche in der Beantwortung des Fragebogens finden sich beim gezielten Vergleich der einzelnen Untertests des *AFKA*:

Bei den Einschätzungen über einflussnehmende Personen und Lebensbereiche gegenüber den Krankheitsattributionen des Hauptteils zeigt sich eine klare Diskrepanz in der Bewertung. Zunächst liegen noch die Hauptattributionen auf *Körper* und *Stress*, während die Attributionen auf die *Familie* und den *Partner* wesentlich geringer ausfallen. An beeinflussenden Personen werden in erster Linie aber nicht nur sehr nachvollziehbar der *Arzt* als Informations- und Ratgeber genannt, sondern auch der *Partner* und die eigenen *Kinder*. Betreffs der Lebensbereiche, von denen die weitere Krankheitsentwicklung abhängt, werden ebenso vorrangig die *Familie* und die *Partnerschaft* noch vor der *eigenen Person* genannt. So entsteht die Frage, ob sich die Erkrankten ihren eigenen körperlichen Vorgänge und ihrem Stress gegenüber selbst eher hilflos fühlen oder ob hier eine Inkonsequenz in der intrapsychischen Bearbeitung eigener problematischer Anteile besteht.

Den Patienten könnte das nötige Wissen über die Zusammenhänge fehlen oder ein Gefühl des Ausgeliefertseins vorliegen (siehe oben). Es ließe sich hieraus auch schließen, dass die Belastungen durch Partner und Kinder nicht (oder zumindest nicht als Mitverursachung) wahrgenommen werden, ihr Einfluss auf die weitere Entwicklung der Krankheit aber grundsätzlich nachvollziehbar als eine sehr wichtige Unterstützung zur psychischen Stabilisierung und nachhaltigen Veränderung der Lebensbedingungen und des Lebensstils angesehen wird.

Die starke Attribution auf die eigenen *Kinder* der Patienten, von denen angenommen wird, dass sie stärker als persönliche *Freunde* die Erkrankung positiv beeinflussen können, erscheint besonders angesichts der gesellschaftlichen Realität diskrepant. Die Kinder der befragten Patienten werden zum Befragungszeitpunkt selbst Erwachsene mittleren Alters mit voraussichtlich bereits eigenen Kindern sein. Die Generationsgrenzen in der heutigen Gesellschaft sind sehr deutlich vorhanden und damit verbunden auch oft psychosoziale Spannungen bei gleichzeitigem Wunsch nach Kontakt und Austausch. Der Wohnort der „Kinder“ fällt oft nicht mit dem der Eltern zusammen, bereits dadurch ist der Kontakt und die gewünschte Unterstützung erschwert.

Es findet sich hier möglicherweise der Wunsch der Patienten wieder, die eigenen Kinder und wahrscheinlich auch die Enkelkinder in erreichbarer Nähe zu haben. Dennoch werden gegebenenfalls vorhandene familiäre Konflikte nicht als führende Ursache für die Erkrankung angesehen. Demnach scheint eine Unzufriedenheit mit den eigenen Kindern ebenfalls eher nicht vorzuliegen. Die Befragten scheinen ihren sozialen Rückhalt insgesamt weniger in ihrer Altersgruppe zu suchen. Hierbei ist unklar, ob diese Kontakte angesichts des Alters nicht mehr ausreichend bestehen und sich hier ein Rückzug aus dem Alltagsleben niederschlägt, der mit dem Wunsch nach mehr familiären Kontakten kompensiert werden soll. Ein Großteil unserer Patienten war angesichts der Altersstruktur voraussichtlich nicht mehr berufstätig, wodurch dieser Lebensbereich als alltägliche Belastung aber auch als soziale Kontaktmöglichkeit weitgehend wegfällt. Dies schlägt sich in den Ergebnissen sichtbar nieder, da das häusliche Leben als sehr bestimmend erlebt wird. Aus diesen Ergebnissen und den Hinweisen der Literatur kann die Konsequenz gezogen werden, Angehörige ebenfalls in die psychosozialen Interventionen mit einzubeziehen, um deren Einfluss auf die an KHK Erkrankten zu nutzen.

4.5 Schlussfolgerungen

Die vorliegende Studie hat deutliche Ergebnisse der Bedarfseinschätzung von stationär behandelten Koronarpatienten bezüglich psychosozialer Interventionen erbracht.

Veröffentlichungen zu diesem Thema liegen im Bereich der koronaren Herzerkrankung offenbar nicht vor. Es gibt lediglich in dem Bereich der Rehabilitationsbehandlungen Autoren wie HAHN ET AL (2004), die sich mit derartigen Fragestellungen (Behandlungsmotivation bei komorbiden psychischen Störungen) grundsätzlich bei somatischen Patienten (hier pneumologische, endokrinologische und muskuloskelettale Erkrankungen) befassen.

Zurückkehrend zur Fragestellung (Kapitel 1.3) lassen sich folgende Schlussfolgerungen ziehen:

In Beantwortung von **Frage 1** ist festzustellen, dass in dem hier untersuchten Kollektiv nach den gemessenen Testwerten bei 20 % der KHK-Patienten von einer krankheitswertigen Ängstlichkeit auszugehen ist und bei 10 % von relevanter Depressivität. Dieses ist als eine Häufung gegenüber der Normalbevölkerung zu werten. Eine beträchtliche Anzahl der an koronarer Herzerkrankung leidenden Patienten ist offenbar psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch behandlungsbedürftig.

Leicht erhöhte Skalenwerte für Ängstlichkeit wiesen über 45% der Patienten auf, etwas weniger als 28 % zeigten eine leicht erhöhte Depressivität. Diese Patienten bieten sich für niederschwellige psychosoziale Interventionen an, soweit sie dazu motivierbar sind.

Zu den in **Frage 2** gesuchten Krankheitsattributionen der Patienten und deren Vorstellungen zur Bewältigung zeigte sich im *AFKA*, dass die kardiologischen Patienten ihre Erkrankung hauptsächlich auf körperliche Probleme, ihren Stress oder auf ihre eigene Persönlichkeit zurückführen. Die Patienten suchen dabei vornehmlich ärztliche und auch familiäre Unterstützung zur Besserung der Krankheitssymptomatik.

Der Umgang mit körperlichen Beschwerden, die Verarbeitung von Stress und eine der Erkrankung angepasste Umstellung des eigenen Lebensstils sind inhaltliche Bereiche für die therapeutische Arbeit mit den Patienten.

In Beantwortung der **3. Frage** lässt sich feststellen, dass der Bedarf psychosozialer Interventionen bei knapp einem Viertel der KHK-Patienten aus deren eigener Sicht vorhanden ist. Andererseits sprachen sich 61,6 % (rechnet man die Fragebogenablehner mit ein) eindeutig dagegen aus. Besonders gewünscht sind kurze Interventionen und das Erlernen von Entspannungstechniken. Der Bedarf ist nicht von der Art der koronaren Herzerkrankung abhängig.

Rechnet man die hier gemessenen Zahlen auf die Gesamtheit der Koronarpatienten hoch, so ergäbe sich daraus ein großer Bedarf an frühzeitigen krankheitsbegleitenden psychosozialen Interventionen, nicht erst im Rahmen von Rehabilitationsbehandlungen. In der Bundesrepublik Deutschland rechnete man zur Zeit der Untersuchung laut RIEDE UND DREXLER (1993) mit jährlich 200.000 KHK-Neuerkrankungen.

Zu **Frage 4** ist festzustellen, dass sich depressivere und ängstlichere Patienten therapiemotivierter bezüglich psychosozialer Therapieangebote zeigen. Hierauf weist der von diesen noch stärker geäußerte grundsätzliche Bedarf und der Wunsch nach einer höheren Gesprächsanzahl bei den Interventionen hin. Affektive Störungen oder zumindest subjektive Beeinträchtigungen der Stimmungslage dürften in gezielten Interventionen dementsprechend breiten Raum einnehmen.

Die festgestellten Zusammenhänge zwischen erhöhten Attributionen der Patienten auf sich selbst, auf ihr Stresserleben und den eigenen Körper gegenüber dem angegebenen Gesprächsinteresse weisen in eine ähnliche Richtung. Bemerkenswert ist auch eine im Verhältnis größere Anzahl an gewünschten Gesprächen bei stärkerer Selbstattribution.

Ein psychotherapeutisches Angebot begleitend zur somatischen Behandlung erscheint für psychopathologisch auffällige, behandlungsmotivierte und belastbare KHK-Patienten angezeigt. Zur Indikationsstellung ist ein Screening der Koronarpatienten sinnvoll. Eine Möglichkeit hierzu bietet neben dem *ENRICHD Social Support Instrument (ESSI)* auch das *Lübecker Interview zum psychosozialen Screening (LIPS)*.

Breiter angelegte psychosoziale Therapieerweiterungen sind für motivierte KHK-Patienten ebenfalls frühzeitig sinnvoll. Empfehlenswerte Ergänzungen der somatischen Behandlung könnten Angebote zur sachlichen medizinischen Information der Patienten und der Verbesserung der Compliance bei der somatischen Behandlung sein. Gruppenangebote zum Austausch untereinander nach dem Vorbild einer Selbsthilfegruppe und zur Vermittlung von Entspannungsverfahren mit dem Ziel der Stressreduktion erscheinen zweckmäßig.

Die gezielte Motivationsarbeit und die Anleitung zur individuellen Lebensstilveränderung durch medizinisches Personal im Sinne einer Psychoedukation, gegebenenfalls mit Hinzuziehen von Angehörigen, sind zu empfehlen. Diese Therapiebausteine könnten schon während der akuten kardiologischen stationären Behandlung eingesetzt werden, wenn die Patienten motivierbar sind und sich mit ihrer Erkrankung aktuell auseinandersetzen.

Eine enge Zusammenarbeit von somatischen Behandlern und Psychotherapeuten auf der jeweiligen Station bzw. innerhalb der Klinik ist notwendig, um eine entsprechende Vernetzung zu erreichen. Jedoch ist hierbei auch die spezifische Information somatischer Behandlungsteams notwendig. Screeninguntersuchungen allein können nicht immer psychisch auffällige und bedürftige Patienten herausfiltern. Entscheidend ist oft der unmittelbare Kontakt mit den Betroffenen, wie er mit Ärzten, Pflegepersonal, Psychologen und Therapeuten entsteht.

Grundsätzlich erscheint unter geeigneten Voraussetzungen eine Prognoseverbesserung der KHK durch gezielte Behandlung psychosozialer Faktoren aufgrund der derzeitigen Studienlage wahrscheinlich. Dies genauer zu untersuchen kann die Zielrichtung weiterer Studien sein.

5 Zusammenfassung

Das Ziel dieser Studie war die Untersuchung des subjektiven Bedarfs an psychosozialen Interventionen bei stationär behandelten Patienten mit koronarer Herzerkrankung (KHK). Gleichzeitig wurden psychometrische Daten über Depressivität, Ängstlichkeit und krankheitsbezogene Attributionen der Patienten erhoben, um Zusammenhänge zu untersuchen. Die 487 erfassten Patienten bekamen einen Fragebogen über ihr persönliches Interesse an psychosozialer Betreuung und zusätzlich die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) sowie den Aachener Fragebogen zu krankheitsbezogenen Attributionen (AFKA). Die Rücklaufquote betrug 49,7%. Von diesen 242 Patienten äußerten 47% Interesse an Gesprächen über psychosoziale Anteile ihrer Erkrankung, 38% lehnten dies ab, 16% waren unentschlossen. 38% der Befragten wünschten sich Einzelgespräche, 20% Sitzungen mit dem Partner bzw. Angehörigen und 24% Gruppengespräche. 12% der Patienten fanden mehr als 5 Gespräche sinnvoll, 34% wünschten sich 2 bis 3 Gespräche, 63% äußerten Interesse an Entspannungstechniken. 40,5% der erfassten Frauen und 60,1% der Männer beteiligten sich an der Befragung. Es fanden sich keine signifikanten Korrelationen zwischen den kardiologischen Diagnosen und dem Interesse an psychosozialen Interventionen. Es wurde bei 19% der Befragten erhöhte Ängstlichkeits- und bei 11% erhöhte Depressivitätswerte ermittelt. Die Schwerpunkte der Krankheitsattribution der Patienten lagen bei körperlichen Vorgängen, beim Stresserleben und der eigenen Person. Möglichkeiten, den Verlauf der Erkrankung positiv zu beeinflussen, wurden bei dem Arzt, dem Partner bzw. der Partnerschaft, den Familien, der eigenen Person, den eigenen Gefühlen und dem Körper gesehen. Es besteht aus der Sicht zahlreicher KHK-Patienten ein Bedarf an psychosozialen Interventionen zur Krankheitsverarbeitung und Symptomverbesserung mit signifikanten positiven Korrelationen zwischen höheren HADS- oder AFKA-Werten und der Bedarfsäußerung. In der Folge erscheint es konsequent, den subjektiv geäußerten Bedarf der Patienten in weiteren Untersuchungen zu nutzen. So wäre festzustellen, inwieweit genau der Verlauf der KHK bezüglich Lebensqualität und Überlebensrate durch psychosoziale oder auch psychotherapeutische Interventionen positiv beeinflusst werden und welches weitere Behandlungspotential dadurch entstehen kann.

6 Literaturverzeichnis

ADES P.: The Elderly in Cardiac Rehabilitation. Am J Geriatr Cardiol 8 (2), 61-62 (1999)

ALBUS C., SIEGRIST J.: Primärprävention - Psychosoziale Aspekte. Z Kardiol 94 (3), 105-112 (2005)

ALLAN R., SCHEID S.: Group Psychotherapy for Patients With Coronary Heart Disease. Int J Group Psychother 48 (2), 187-214 (1998)

ALLISON T.: Identification and Treatment of Psychosocial Risk Factors for Coronary Artery Disease. Mayo Clin Proc 71 (8), 817-819 (1996)

AYLARD P., GOODING J., MCKENNA P., SNAITH R.: A Validation Study of Three Anxiety and Depression Self-Assessment Scales. J Psychosom Res 31 (2), 261-268 (1987)

BARTH J., SCHUMACHER M., HERRMANN-LINGEN C.: Depression as a Risk Factor for Mortality in Patients With Coronary Heart Disease: a Meta-Analysis. Psychsom Med 66, 802-813 (2004)

BARTH J., MARTIN C.: Factor Structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in German Coronary Heart Disease Patients. Health Qual Life Outcomes 3:15 http://www.hqlo.com/content/3/1/15 (2005), Zugriff: 09.02.2008

BERKMAN L., CARNEY R., BLUMENTHAL J., CZAKOWSKI S., HOSKING J., JAFFE A.: Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD): Study design and Methods. Am Heart J 139, 1-9 (2000)

BERKMAN L., BLUMENTHAL J., BURG M., CARNEY R., CATELLIER D., COWAN M., CZAIKOWSKI S., DEBUSK R., HOSKING J., JAFFE A., KAUFMAN P., MITCHELL P., NORMAN J., POWELL L., RACZYNSKI J., SCHNEIDERMAN N.: Effects of Treating Depression and low Perceived Social Support on Clinical Events After Myocardial Infarction: The Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) Randomized Trial. JAMA 289 (23), 3106-3116 (2003)

BILLING E., HJEMDAHL P., REHNQVIST N.: Psychoscial Variables in Female Versus Male Patients With Stable Angina Pectoris and Matched Healthy Controls. Eur Heart J 18, 911-918 (1997)

BILLING E., BARON D., REHNQVIST N.: Determinants of Lifestyle Changes After a First Myocardial Infarction. Cardiology 88 (1), 29-35 (1997)

BJELLAND I., DAHL A., HAUG T., NECKELMANN D.: The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale – An Updated Literature Review. J Psychosom Res 52 (2), 69-77 (2001)

BREZINKA V.: Ungleichheit bei Diagnostik und Behandlung von Frauen mit koronarer Herzkrankheit. Z Kardiol 84, 99-104 (1995)

BÜCHNER B., KLEIBER C., STANSKE B., HERRMANN-LINGEN C.: Stress und Herzkrankheit bei Frauen – Geschlechtsspezifische Risiken, Bewältigungsprobleme und Behandlungsansätze. Herz 30 (5), 416-428 (2005)

CARNEY R., FREEDLAND K., RICH M., JAFFE A.: Depression as a Risk Factor for Cardiac Events in Established Coronary Heart Disease: A Review of Possible Mechanisms. Ann Behav Med 17(2), 142-149 (1995)

CARNEY R., BLUMENTHAL J., FREEDLAND K., YOUNGBLOOD M., VEITH R., BURG M., CORNELL C., SAAB P., KAUFMANN P., CZAIKOWSKI S., JAFFE A.: Depression and Late Mortality After Myocardial Infarction in the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICHD) Study. Psychosom Med 66 (4), 466-474 (2004)

DAS S., O´KEEFE J.: Behavioral Cardiology: Recognizing and Addressing the Profound Impact of Psychological Stress on Cardiovascular Health. Curr Atheroscler Rep 8 (2), 111-118 (2006)

DEUSCHLE M., LEDERBOGEN F., BORGGREFE M., LADWIG K.-H.: Erhöhtes kardiovaskuläres Risiko bei depressiven Patienten. Dt Ärztebl 99, 3332-3338 (2002).

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KARDIOLOGIE, HERZ- UND KREISLAUFFORSCHUNG: Diagnose und Behandlung der chronischen koronaren Herzerkrankung. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 019/001, http://www.awmf.org/leitlinien (2003), Zugriff: 14.12.2007

DIXHOORN J. V., DUIVENVOORDEN H., STAAL H., POOL J.: Physical Training and Relaxation Therapy in Cardiac Rehabilitation Assessed Through a Composite Criterion for Training Outcome. Am Heart J 118, 545-552 (1989)

EAKER E.: Psychosocial Risk Factors for Coronary Heart Disease in Women. Cardiol Clin 16 (1), 103-111 (1998)

FALLER H.: Shared Decision making: Ein Ansatz zur Stärkung der Partizipation des Patienten in der Rehabilitation. Rehabilitation 42 (3), 129-135 (2003)

FRASURE SMITH N., PRINCE R.: Long-Term Follow-up of the Ischaemic Heart Disease Life Stress Monitoring Program. Psychosom Med 51 (5), 485-513 (1989)

FRASURE SMITH N.: In-Hospital Symptoms of Psychological Stress as Predictors of Long Term Outcome After Acute Myocardial Infarction in men. Am J Cardiol 67 (2), 121-127 (1991)

FRASURE SMITH N., LESPERANCE F., TALAJIC M.: Depression and 18-Month Prognosis After Myocardial Infarction. Circulation 91 (4), 999-1005 (1995)

FRASURE-SMITH N., WHITE R.: Uncertainty and Psychologic Stress After Coronary Angioplasty and Coronary Bypass Surgery. Heart Lung 24 (1), 19-27 (1995)

FRASURE SMITH N., LESPERANCE F., PRINCE R., VERRIER P., GARBER R., JUNEAU M., WOLFSON C., BOURASSA M.: Randomized trial of Home-Based Psychological Nursing Intervention for Patients Recovering From Myocardial Infarction. Lancet 350 (9076), 473-479 (1997)

FRIEDERICH H., HARTMANN H., BERGMANN G., HERZOG W.: Psychische Komorbiditäten bei internistischen Krankenhauspatienten – Prävalenz und Einfluss auf die Liegedauer. Psychother Psychosom Med Psychol 52 (7), 323-328 (2002)

FRITZSCHE K.: Psychosoziale Faktoren bei Entstehung, Verlauf und Bewältigung eines Herzinfarktes. In: Fritzsche K., Wirsching M.: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 1. Aufl., S. 110f, Springer-Verlag, Berlin, (2006)

FORD D., MEAD L., CHANG P., COOPER-PATRICK L., WANG N., KLAG M.: Depression is a Risk Faktor for Coronary Heart Disease in Men: The Precursors Study. Arch Intern Med 158, 1422-1426 (1998)

GEHI A., HAAS D., PIPKIN S., WOOLY M.: Depression and Medication Adherence in Outpatients With Coronary Heart Disease. Findings From the Heart and Soul Study, Arch Intern Med 165, 2508-2513 (2005)

GEYER M.: Interdisziplinäre Aspekte der Psychotherapie – Psychotherapie als Bestandteil komplexer ärztlicher Aufgabenstellung. In: Heigl-Evers A., Heigl F., Ott J.: Lehrbuch der Psychotherapie 2. Aufl., S. 481, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, (1992)

GLAZER K., EMERY C., FRID D., BANYASZ R.: Psychological Predictors of Adherence and Outcomes Among Patients in Cardiac Rehabilitation. J Cardiopulm Rehabil 22, 40-46 (2002)

GOHLKE H., GOHLKE-BÄRWOLF C.: Cardiac Rehabilitation: Where are we Going? Eur Heart J 19 (0), 5-12 (1998)

GULLIKSSON M., BURELL G., VESSBY B., LUNDIN L., TOSS H., SVÄRDSUDD K.: Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioral Therapy vs Standard Treatment to Prevent Recurrent Cardiovascular Events in Patients With Coronary Heart Disease. Arch Intern Med 171 (2), 134-140 (2011)

HAHN D., BAUMEISTER H., HÄRTER M.: Behandlungsmotivation von körperlich kranken Patienten mit komorbiden psychischen Störungen. In: Härter M, Baumeister H., Bengel J.: Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen, 1. Aufl., S.81, Springer Verlag, Berlin, (2007)

HAINES A., IMESON J., MEADE T.: Phobic Anxiety and Ischemic Heart Disease. Br Med J 295, 297-299 (1997)

HALHUBER C., HALHUBER M.: Die psychosoziale Situation des Koronarkranken mit besonderer Berücksichtigung des höheren Lebensalters. Herz Kreisl 26, 18-21 (1994)

HERRMANN C., SCHOLZ K.-H., KREUZER H.: Psychologisches Screening von Patienten einer kardiologischen Akutklinik mit einer deutschen Fassung der „Hospital Anxiety and Depression“ (HAD)-Skala. Psychother Psychosom Med Psychol 41 (2), 83-92 (1991)

HERRMANN C., BRAND-DRIEHORST S., BUSS U., RÜGER U.: Effects of Anxiety and Depression on 5-Year Mortality in 5,057 Patients Referred for Exercise Testing. J Psychosom Res 48 (4-5), 455-462 (2000)

HERRMANN C., BUSS U., BREUKER A., GONSKA B., KREUZER H.: Beziehungen kardiologischer Befunde und standardisierter psychologischer Skalenwerte zur klinischen Symptomatik bei 3705 ergometrisch untersuchten Patienten. Z Kardiol 83 (4), 264-272 (1994)

HERRMANN C.: International Experiences With the Hospital Anxiety and Depression Scale - A Review of Validation Data and Clinical Results. J Psychosom Res 42 (1), 17-41 (1997)

HERRMANN-LINGEN C.: Psychotherapie bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit. Psychotherapeut 50 (2), 81-90 (2005)

JENKINSON C., MADELEY R., MITCHELL J., TURNER I.: The Influence of Psychosocial Factors on Survival After Myocardial Infarction. Public Health 107 (5), 305-317 (1993)

JONES D., WEST R.: Psychological Rehabilitation After Myocardial Infarction: a Multicentre Randomized Controlled Trial. B M J 313 (7071), 1517-1521 (1996)

JORDAN J., HERRMANN-LINGEN C.: Herzerkrankungen – Die psychische Verarbeitung der Krankheit als eine wesentliche Aufgabe der Psychotherapie- In: Senf W., Broda M.: Praxis der Psychotherapie, 3. Aufl., S. 595, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2005

KAWACHI I., SPARROW D., VOKONAS P., WEISS S.: Symptoms of Anxiety and Risk of Coronary Heart Disease. The Normative Aging Study. Circulation 90, 2225-2229 (1994)

KENDEL F., SPADERNA H., SIEVERDING M., DUNKEL A., LEHMKUHL E., HETZER R., REGITZ-ZAGROSEK V.: Eine deutsche Adaptation des ENRICHD Social Support Inventory (ESSI), Diagnostica 57 (2), 99-109 (2011)

KETTERER M., DENOLLET J., CHAPP J., THAYER B., KETEYIAN S., CLAR V., JOHN S., FARHA A., DEVESHAR S.: Men Deny and Women cry, but Who Dies? Do the Wages of "Denial" Include Early Ischemic Coronary Disease? J Psychosom Res 56 (1), 119-123 (2004)

KITTEL J., KAROFF M.: Identifikation psychisch auffälliger Patienten in der kardiologischen Rehabilitation. Rehabilitation (Stuttg) 37 (2), 93-95 (1998)

KLESSE C., BARTH J., HÄRTER M., BENGEL J.: Behandlung psychischer Störungen bei koronarer Herzkrankheit. In: Härter M, Baumeister H., Bengel J.: Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen, 1. Aufl., S. 101 f, Springer Verlag, Berlin, (2007)

KLOTZ T., HURRELMANN K., EICKENBERG H.-U.: Der frühe Tod des starken Geschlechts Dt Ärztebl 95, A 460-464 (1998)

KOERTGE J., WEIDNER G., ELLIOTT-ELLER M., SCHEWITZ L., MERRIT-WORDEN T., MARLIN R., LIPSENTHAL L., GUARNERI M., FINKEL R., SAUNDERS JR D., MCCORMAC P., SCHEER J., COLLINS R., ORNISH D.: Improvement in Medical Risk Factors and Quality of Life in Women and men With Coronary Artery Disease in the Multicenter Lifestyle Demonstration Project, Am J Cardiol 91 (11), 1316-1322, (2002)

KOLENDA K.-D.: Sekundärprävention der koronaren Herzkrankheit: Effizienz nachweisbar. Dt Ärztebl 102, 1889-1895 (2005)

KRAMER P., LERCH J., MUTHNY F. : Subjektive Krankheitstheorien, Einstellungen und Phantasien Gesunder zum Herzinfarkt. Herz-Kreisl 25 (7), 218-224 (1993)

KRANNICH J., WEYERS P., LUEGER S., SCHIMMER C., FALLER H., ELERT O.: The Effectiveness of a Motivation Programme for Lifestyle Change in the Course of Aortocoronary Bypass Graft Surgery. Clin Rehabil 22 (1), 3-13 (2008)

KRUMHOLZ H., BUTLER J., MILLER J., VACCARINO V., WILLIAMS C., MENDES-DE-LEON C., SEEMAN T., KASL S., BERKMAN L.: Prognostic Importance of Emotional Support for Elderly Patients Hospitalized With Heart Failure. Circulation 97 (10), 958-964 (1998)

LADWIG K.-H., KIESER M., KÖNIG J., BREITHARDT G., BORGGREFE M.: Affective Disorders and Survival After Acute Myocardial Infarction: Results From the Post-Infarction Late Potential Study (PILP). Eur Heart J 12 (9), 959-964 (1991)

LADWIG K.-H., LEHMACHER W., ROTH R., BREITHARDT G., BUDDE L., BORGGREFE M.: Factors which Provoke Post-Infarction Depression: Results From the Post-Infartion Late Potential Study (PILP). J Psychosom Res 36 (8), 723-729 (1992)

LADWIG K.-H., SCHEUERMANN W.: Gender Differences in the Decline of Mortality Rates of Acute Myocardial Infarction in West Germany. Eur Heart J 18, 582-587 (1997)

LANGOSCH W.: Die psychosoziale Situation des chronisch Koronarkranken – Psychische Bewältigung der koronaren Herzerkrankung, In: Langosch W.: Psychosomatik der koronaren Herzkrankheit. 1. Aufl., S. 174, VCH Verlag, Weinheim, (1989)

LINDEN W., STOSSEL C., MAURICE J.: Psychosocial Interventions for patients With Coronary Artery Disease: A Meta-Analysis. Arch Intern Med 156 (7), 745-752 (1996)

LINFANTE A., ALLAN R., SMITH S., MOSCA L.: Psychosocial Factors Predict Coronary Heart Disease, but What Predicts Psychosocial Risk in Women. JAM Women´s A 58, 248-253 (2003)

LITTMANN A.: Prevention of Disability due to Cardiovascular Diseases. Heart Dis Stroke 2 (4), 274-277 (1993)

MARTENS E., DE JONGE P., NA B., COHEN B., LETT H., WHOOLEY M.: Scared to Death? Generalized Anxiety Disorder and Cardiovascular Events in Patients With Stable Coronary Heart Disease. Arch Gen Psychiatry 67 (7), 750-758 (2010)

MAYR B., HAHN D., RIENMÜLLER R.: Grundlagen der radiologischen Diagnostik – Thorax. In: Lissner J., Fink U.: Radiologie I, 4.Aufl., S. 223, Enke Verlag, Stuttgart (1992)

MEYER J.: Erkrankungen des Koronarkreislaufs. In: Gross R., Schölmerich P., Gerok W.: Die Innere Medizin, 8.Aufl., S. 213, Schattauer Verlag, Stuttgart (1993)

MUSSELMANN D., EVANSD., NEMEROFF C.: The Relationship of Depression to Cardiovascular Disease: Epidemiology, Biology and Treatment. Arch Gen Psychiatry 55 (7), 580-592 (1998)

OLDRIDGE N., GUYATT G., FISCHER M., RIMM A.: Cardiac Rehabilitation After Myocardial Infarction. Combined Experience of Randomized Clinical Trials. JAMA 260 (7), 945-950 (1988)

ORNISH D., BROWN S., SCHERWITZ L., BILLINGS J., ARMSTRONG W., PORTS T., MCLANAHAN S., KIRKEEIDE R., BRAND R., GOULD K.: Can Lifestyle Changes Reverse Coronary Heart Disease? Lancet 336, 129-133 (1990)

ORNISH D., SCHERWITZ L., BILLINGS J., GOULD K., MERRITT T., SPARLER S., ARMSTRONG W., PORTS T., KIRKEEIDE R., HOGEBOOM C., BRAND R.: Intensive Lifestyle Changes for Reversal of Coronary Heart Disease. JAMA 280 (23), 2001-2007 (1998)

PIGNALBERI C., PATTI G., CHIMENTI C., PASCERI V.,MASERI A.: Role of determinants of Psychological Distress in Acute Coronary Syndroms. J Am Coll Cardiol 32, 613-619 (1998)

PIPER W.: Koronare Herzkrankheit. In: Piper W.: Innere Medizin, 1. Aufl., S. 177 f, Springer Verlag, Berlin, (2007)

QUITTAN M., WIESINGER G.: Rehabilitation bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In: Fialka-Moser V.: Kompendium der Physikalischen Medizin und Rehabilitation, 2. Aufl., S. 110, Springer Verlag, Berlin, 2005

RADEBOLD H.: Kriegskinder im Alter. Dt Ärztebl 101, 1960-1962 (2004)

RADEBOLD H.: Resümee und Perspektiven. In: Radebold H.: Kindheiten im II. Weltkrieg und ihre Folgen, 1. Aufl., S. 227, Psychosozial-Verlag, Gießen, (2004)

REES K., BENNETT P., WEST R., DAVEY S., EBRAHIM S.: Psychological Interventions for Coronary Heart Disease. Cochrane Database Syst Rev 2, CD002902 (2004)

RIEDE U.-N., DREXLER H.: Kardiovaskuläres System – Herzleistungsstörungen. In: Riede U.-N., Schaefer H.-E.: Allgemeine und spezielle Pathologie, 3.Aufl., S. 485, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, (1993)

ROHDE-DACHSER C.: Psychotherapie – Indikationen und Prognose in der Psychotherapie. In: KISKER K. P., FREYBERGER H., ROSE H. K., WULFF E.: Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, 5.Aufl., S. 130, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, (1991)

ROTHENBACHER D., HAHMANN H., WÜSTEN B., KOENIG W., BRENNER H.: Symptoms of Anxiety and Depression in Patients With Stable Coronary Heart Disease: Prognostic Value and Consideration of Pathogenetic Links. J Cardiovasc Prev Rehabil 4, 547-545 (2007)

ROZANSKI A., BLUMENTHAL J., KAPLAN J.: Impact of Psychological Factors on the Pathogenesis of Cardiovascular Disease and Implications for Therapy. Circulation 99 (16), 2192-2217 (1999)

RUDOLF G.: Allgemeine Psychotherapie. In: Rudolf G.: Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik, 4. Aufl., S. 373 f, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, (2000)

SANER H., HOFFMANN A., OELZ O.: Stress als kardiovaskulärer Risikofaktor. Schweiz Med Wochenschr 127 (34), 1391-1399 (1997)

SCHMIELAU F.: Arzt-Patient-Beziehung – Krankheitserleben. In: Schmielau F., Schmielau-Lugmayr M.: Lehrbuch der Medizinischen Psychologie , 1. Aufl., S. 306, Verlag für Psychologie Dr. C. J. Hogrefe, Göttingen, (1990)

SCHNEIDER C.: Kardiovaskuläre Risikofaktoren und deren therapeutische Beeinflussung In: Erdmann E.: Klinische Kardiologie, 6. Aufl., S. 1-22, Springer Verlag, Berlin, (2005)

SCHONAUER F., KERSTING A.: Supportive Psychotherapie und ärztliche Gesprächsführung. In: MÖLLER H.-J., LAUX G., KAPFHAMMER H.-P.: Psychiatrie und Psychotherapie, 1. Aufl., S.606, Springer Verlag, Berlin, (2000)

SHEN B., WACHOWIAK P., BROOKS L.: Psychosocial Factors and Assessment in Cardiac Rehabilitation. Europa medicophysica 41 (1), 75-91 (2005)

SIEGRIST J., RUGULIES R.:Lebensqualität bei fortgeschrittener koronarer Herzkrankheit. Z Kardiol 86, 1-7 (1997)

SIEGRIST J.: Psychosoziale Einflüsse auf Entstehung und Verlauf der koronaren Herzerkrankung. Herz 26 (5), 316-325 (2001)

SPECHT T., BENNINGHOVEN D., JANTSCHEK G., EBELING A., FRIEDRICH S., KUNZENDORF S., SCHEUER A, JANTSCHEK I., KATUS H. A.: Psychosoziales Screening bei koronarer Herzkrankheit: Fünf entscheidende Fragen. Z Kardiol 91, 458-465 (2002)

SUNDEL K., STAIN-MAHNGREN R., ANDERSSON A., ABERG-WISTEDT A., SCHENCK-GUSTAFSSON K.: High Frequency of Anxiety and Angina Pectoris in Depressed Women With Coronary Heart Disease. Gender medicine 4, 146-156 (2007)

THOMAS S., FRIEDMANN E., WIMBUSH F., SCHRON E.: Psychological Factors and Survival in the Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST): A re-Examination. A J Crit Care 6 (2), 116-126 (1997)

THOMPSON D., MEDDIS R.: A Prospective Evaluation of in-Hospital Counselling for First Time Myocardial Infarction men. J Psychosom Res 34 (3), 237-248 (1990)

TITSCHER G., HUBER C., AMBROS O., GRUSKA M., GAUL G.: Psychosomatische Einflussgrößen auf die Restenosierung nach percutaner transluminaler Koronarangioplastie (PTCA). Zsch psychosom Med 42 (2), 154-168 (1996)

TÖLLE R.: Psychotherapie im Alter. In: TÖLLE R.: Psychiatrie, 11.Aufl., S. 337, Springer-Verlag, Berlin, (1996)

TÖLLE R.: Psychoreaktive und psychosomatische Störungen im Alter. In: TÖLLE R.: Psychiatrie, 14. Aufl., S. 109, Springer-Verlag, Berlin, (2006)

TURNER L., LINDEN W., WAL R. V. D., SCHAMBERGER W.: Stress Management for Patients With Heart Disease: A Pilot Study, Heart Lung 24 (2), 145-153 (1995)

VAGLIO J., CONARD U.M., POSTON W., O´KEEFE J., HADDOCK K., HOUSE J., SPERTUS J.: Testing the Performance of the ENRICHD Social Support Instrument in Cardiac Patients. Health Qual Life Outcomes 2: 24 (2004), http://www.hqlo.com/content/2/1/24, Zugriff: 26.10.2004

WÄHRBORG P.: Mental Stress and Ischaemic Heart Disease: an Underestimated Connection. Eur Heart J 19 Suppl. 0, 20-23 (1998)

WÄLTE D., KRÖGER F.: AFKA (Aachener Fragebogen zur Krankheitsattribution) Eigene Unterlagen der Testautoren, Stand: 12/99

WIRTH A.: Lebensstilveränderung zur Prävention und Therapie von arteriosklerotischen Krankheiten. Dt Ärztebl 101, 1745-1752 (2004)

WITTCHEN H.-U., JAKOBI F.: Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl- Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 44, 993 – 1000 (2001)

ZIGMOND A., SNAITH R.: The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand 67, 361-370 (1983)

7 Anhang

7.1 Vordruck für Auflistung der Neuaufnahmen

STATION:..... DATUM:.....

Geburts-datum, Alter, Geschlecht	Diagnosen/Krankheitsbild	Patientenname	Zimmer-Nr.

7.2 Anschreiben des Fragebogens

Medizinische Universität zu Lübeck

Medizinische Klinik II • Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. H. A. Katus

Medizinische Universität zu Lübeck - Medizinische Klinik II
Ratzeburger Allee 160, D-23538 Lübeck

Absender: Dr. J. v. Wietersheim

Inv. Kardiologie	: PD Dr. med. G. Richardt	☐
Pneumologie	: PD Dr. med. K. Dalhoff	☐
Infektiologie	: PD Dr. med. K. Dalhoff	☐
Angiologie	: OÄ Dr. med. D. Kummer-Kloess	☐
Geriatrie	: OA Dr. med. Ch. Knoll	☐
Psychosomatik	: PD Dr. med. G. Jantschek	☒
Hämostaseologie	:	

Telefon: (0451) 500 0 Vermittlung
Durchwahl:(0451) 500 /6006
Telefax (0451) 500/2990
Datum: 07.05.1997 /kl

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

wir überlegen zur Zeit, die übliche internistische Behandlung von Herzpatienten durch zusätzliche Gespräche oder Entspannungstherapien zu ergänzen. Hierzu möchten wir aber zuerst untersuchen, wie groß der Bedarf nach solchen Maßnahmen ist. Weiterhin wollen wir untersuchen, ob der Bedarf mit der persönlichen Situation der Patienten zusammenhängt.

Daher möchten wir Sie bitten, die anliegenden Fragebögen auszufüllen und anschließend der Schwester oder dem Arzt auf Ihrer Station zurückzugeben. Sie helfen uns dadurch, das Behandlungsangebot für Herzpatienten zu verbessern.

Die Auswertung erfolgt selbstverständlich anonym und geschieht nach den Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht. Die Namen werden nur zur Zuordnung der Bögen und für eventuelle Rückfragen an Ihren Stationsarzt benötigt. Sollten Sie Rückfragen haben, können Sie sich gerne an Dr. v. Wietersheim, Telefon 6006, wenden.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. H. A. Katus — PD Dr. G. Jantschek — Dr. J. v. Wietersheim (Dipl.-Psychologe)

7.3 Fragebogen über persönliche Daten und Bedarfseinschätzung

Name: Vorname: Station:
Diagnose:
(Falls Sie die genaue Diagnose nicht wissen, bitte bei einem Arzt nachfragen)
Alter:
Geschlecht: weiblich ☐ männlich ☐
Voraussichtliche Dauer der stationären Behandlung in der MUL: _____Tage

Haben Sie Interesse an zusätzlichen Gesprächen, in denen auf psychische Anteile der Erkrankung (z. B. Auslösung durch Streß), die Folgen und den Umgang mit der Krankheit eingegangen wird?

ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

Wieviele solcher Gespräche halten Sie für sinnvoll?

2 - 3 ☐ 4 - 5 ☐ mehr als 5 ☐

Welche Gesprächsform halten Sie für sinnvoll?

☐ Einzelgespräche ☐ Gespräch mit Partner/Angehörigen ☐ Gespräch in einer Gruppe

Halten Sie es für sinnvoll, zusätzlich eine Entspannungstechnik zu erlernen (z. B. autogenes Training oder Muskelentspannung)?

ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

Wären Sie bereit, sich zur Behandlung der psychosozialen Anteile ihrer Erkrankung für einige Zeit auf der psychosomatischen Station der Klinik bei gleichem internistischen Standard betreuen zu lassen?

ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

Ist bei Ihnen eine Anschlußheilbehandlung (AHB) oder eine Reha-Maßnahme geplant?

ja ☐ nein ☐ weiß nicht ☐

Falls ja, wie lange soll diese dauern? _____Wochen

7.4 **Hospital Anxiety and Depression Scale** (deutschsprachige Version)

HADS-D

Name, Vorname:

Geburtsdatum: Code-Nummer:

Datum: . . 199

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie werden von uns wegen körperlicher Beschwerden untersucht und behandelt. Zur vollständigen Beurteilung Ihrer vermuteten oder bereits bekannten Erkrankung bitten wir Sie im vorliegenden Fragebogen um einige persönliche Angaben. Man weiß heute, daß körperliche Krankheit und seelisches Befinden oft eng zusammenhangen. Deshalb beziehen sich die Fragen ausdrücklich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung.
Die Beantwortung ist selbstverständlich freiwillig. Wir bitten Sie jedoch, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich in der letzten Woche am ehesten zutraf. Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage und lassen Sie bitte keine Frage aus! Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint! Alle Ihre Antworten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich fühle mich angespannt oder überreizt
- ☐ meistens
- ☐ oft
- ☐ von Zeit zu Zeit/gelegentlich
- ☐ überhaupt nicht

Ich kann mich heute noch so freuen wie früher
- ☐ ganz genau so
- ☐ nicht ganz so sehr
- ☐ nur noch ein wenig
- ☐ kaum oder gar nicht

Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, daß etwas Schreckliches passieren könnte
- ☐ ja, sehr stark
- ☐ ja, aber nicht allzu stark
- ☐ etwas, aber es macht mir keine Sorgen
- ☐ überhaupt nicht

Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen
- ☐ ja, so viel wie immer
- ☐ nicht mehr ganz so viel
- ☐ inzwischen viel weniger
- ☐ überhaupt nicht

Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf
- ☐ einen Großteil der Zeit
- ☐ verhältnismäßig oft
- ☐ von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft
- ☐ nur gelegentlich/nie

Ich fühle mich glücklich
- ☐ überhaupt nicht
- ☐ selten
- ☐ manchmal
- ☐ meistens

Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen
- ☐ ja, natürlich
- ☐ gewöhnlich schon
- ☐ nicht oft
- ☐ überhaupt nicht

Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst
- ☐ fast immer
- ☐ sehr oft
- ☐ manchmal
- ☐ überhaupt nicht

Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend
- ☐ überhaupt nicht
- ☐ gelegentlich
- ☐ ziemlich oft
- ☐ sehr oft

Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren
- ☐ ja, stimmt genau
- ☐ ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte
- ☐ möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
- ☐ ich kümmere mich so viel darum wie immer

Ich fühle mich rastlos, muß immer in Bewegung sein
- ☐ ja, tatsächlich sehr
- ☐ ziemlich
- ☐ nicht sehr
- ☐ überhaupt nicht

Ich blicke mit Freude in die Zukunft
- ☐ ja, sehr
- ☐ eher weniger als früher
- ☐ viel weniger als früher
- ☐ kaum bis gar nicht

Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand
- ☐ ja, tatsächlich sehr oft
- ☐ ziemlich oft
- ☐ nicht sehr oft
- ☐ überhaupt nicht

Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen
- ☐ oft
- ☐ manchmal
- ☐ eher selten
- ☐ sehr selten

© für die deutsche Version Verlag Hans Huber, Bern 1995, 82587-0*
(© für die englische Originalausgabe NFER Nelson, Windsor 1994)

7.5 Aachener Fragebogen zu krankheitsbezogenen Attributionen

Stand: 14.03. 1996

AFKA_I

(Aachener Fragebogen zu krankheitsbezogenen Attributionen, Indexpatient)

Wälte, D., Kröger, F., Ludwig-Becker, F.

Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____19_____
Untersuchungsdatum: _____._____.199_____		

Sie haben sich vermutlich schon eigene Gedanken über mögliche Gründe / Bedingungen für Ihre Beschwerden gemacht. Bitte kreuzen Sie in diesem Sinne ***wie im Beispiel gezeigt*** aus Ihrer persönlichen Perspektive ***jeden*** der unten aufgeführten Aspekte auf der Skala von 1 bis 5 an.

Beispiel: Meine Beschwerden sind (mit-)bedingt durch ...

(98) meine Wohnsituation	1	X	3	4	5
(99) den Zufall	1	2	3	X	5

Die Person im Beispiel ist der Ansicht, daß ihre Beschwerden durch die Wohnsituation "kaum" (= 2) und den Zufall "ziemlich stark" (= 4) bedingt sind.

Beginnen Sie bitte jetzt mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens. Es gibt weder richtige noch falsche Antworten. Gefragt ist Ihre persönliche Einschätzung!

1. Wodurch sind nach Ihrer Einschätzung Ihre Beschwerden (mit)bedingt?

Meine Beschwerden sind (mit)bedingt durch ...	1= gar nicht 2= kaum 3= mittelmäßig 4= ziemlich stark 5= sehr stark				
(01) meinen Alkoholkonsum	1	2	3	4	5
(02) meine Ängste	1	2	3	4	5
(03) meine Anspannung	1	2	3	4	5
(04) meine Arbeit	1	2	3	4	5
(05) Beeinträchtigungen meines Körpers	1	2	3	4	5

Meine Beschwerden sind (mit)bedingt durch ...	1= gar nicht 2= kaum 3= mittelmäßig 4= ziemlich stark 5= sehr stark				
(06) meine Belastung	1	2	3	4	5
(07) meinen Beruf	1	2	3	4	5
(08) meine Beziehungen in der Familie	1	2	3	4	5
(09) meine Beziehung zum/r Partner/in	1	2	3	4	5
(10) meinen Drogenkonsum	1	2	3	4	5
(11) meine Eifersucht	1	2	3	4	5
(12) meine Eltern	1	2	3	4	5
(13) meine Erziehung	1	2	3	4	5
(14) Fehlfunktionen meines Körpers	1	2	3	4	5
(15) meine finanzielle Situation	1	2	3	4	5
(16) meine Gedanken	1	2	3	4	5
(17) meine Gefühle	1	2	3	4	5
(18) meine Geldsorgen	1	2	3	4	5
(19) meine Geschwister	1	2	3	4	5
(20) meinen Haß	1	2	3	4	5
(21) meine Kindheit	1	2	3	4	5
(22) Konflikte in meiner Partnerschaft	1	2	3	4	5
(23) meinen Körper	1	2	3	4	5
(24) meine Lebenseinstellung	1	2	3	4	5
(25) meine (Lebens-/ Familiengeschichte	1	2	3	4	5
(26) meinen Leistungsdruck	1	2	3	4	5
(27) Mißgunst des Schicksals	1	2	3	4	5
(28) meine Mutter	1	2	3	4	5
(29) meinen Organismus	1	2	3	4	5
(30) meine/n Partner/in	1	2	3	4	5
(31) mein Pech	1	2	3	4	5
(32) meine Probleme mit dem Geld	1	2	3	4	5
(33) Probleme in meiner Familie	1	2	3	4	5
(34) Probleme in meiner Partnerschaft	1	2	3	4	5
(35) meine Persönlichkeit	1	2	3	4	5
(36) mein Rauchen	1	2	3	4	5
(37) Schäden meines Körpers	1	2	3	4	5
(38) mein Schicksal	1	2	3	4	5
(39) meine Schulden	1	2	3	4	5
(40) meine Sichtweise der Dinge	1	2	3	4	5

(41) Spannungen in meiner Familie	1	2	3	4	5
(42) Spannungen in meiner Partnerschaft	1	2	3	4	5
(43) Streit in meiner Partnerschaft	1	2	3	4	5
(44) meinen Streß	1	2	3	4	5
(45) meine Sucht	1	2	3	4	5
(46) meine Traurigkeit	1	2	3	4	5
(47) meine Überforderung	1	2	3	4	5
(48) meine Überlastung	1	2	3	4	5
(49) meinen Umgang mit Geld	1	2	3	4	5
(50) meinen Umgang mit Problemen	1	2	3	4	5
(51) mein Unglück	1	2	3	4	5
(52) meine Unsicherheit	1	2	3	4	5
(53) meinen Vater	1	2	3	4	5
(54) meine Verzweifelung	1	2	3	4	5
(55) meine Wut	1	2	3	4	5
(56) meinen Zeitdruck	1	2	3	4	5

Überprüfen Sie bitte zum Schluß, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.

Recht herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit !

2. Wie stark können die folgenden Personen Einfluß auf die Besserung Ihrer Beschwerden nehmen ?					
	1= gar nicht 2= kaum 3= mittelmäßig 4= ziemlich stark 5= sehr stark				
(01) meine Mutter	1	2	3	4	5
(02) mein Vater	1	2	3	4	5
(03) mein(e) Partner/in	1	2	3	4	5
(04) meine Kinder	1	2	3	4	5
(05) meine Geschwister	1	2	3	4	5
(06) meine Großeltern	1	2	3	4	5
(07) andere Verwandte	1	2	3	4	5
(08) meine Freunde	1	2	3	4	5
(09) meine Berufskollegen	1	2	3	4	5
(10) mein(e) behandelnde/r-Arzt/Ärztin	1	2	3	4	5
(11) mein(e) Therapeut/in	1	2	3	4	5
(12) mein Arbeitgeber/Chef	1	2	3	4	5
(13) andere Personen	1	2	3	4	5

3. Wo können Sie selbst aus eigener Kraft auf die Besserung Ihrer Beschwerden Einfluß nehmen?					
bei ...					
1. meiner Arbeit	1	2	3	4	5
2. meiner Familie	1	2	3	4	5
3. meinen Gefühlen	1	2	3	4	5
4. meinem Körper	1	2	3	4	5
5. meiner materielle Situation	1	2	3	4	5
6. meiner Partnerschaft	1	2	3	4	5
7. meiner Person	1	2	3	4	5
8. meinem Streß	1	2	3	4	5
9. meinem Umgang mit dem Schicksal	1	2	3	4	5

Überprüfen Sie bitte zum Schluß, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.

Recht herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit !

8 Danksagung

Ich möchte anlässlich dieser Arbeit besonders Herrn PD Dr. G. Jantschek für seine Unterstützung über eine lange Zeit danken; leider konnte er durch seinen frühen und plötzlichen Tod den Abschluss nicht mehr begleiten. Ich danke Herrn PD Dr. J. von Wietersheim für den Anstoß, die Studie zu beginnen.

Möglich gemacht wurde sie durch zahlreiche Helfer: Herrn Prof. Dr. H. A. Katus, Herrn Dr. M. Landmesser, Herrn Dipl.-Psych. P. Köhler (Medizinische Klinik II, Abteilung für Psychosomatik), Herrn PD Dr. Friedrich (Institut für Medizinische Biometrie und Statistik), viele weitere Mitarbeiter und natürlich zahlreiche Patienten der damaligen Medizinischen Universität zu Lübeck.

Ohne die große Hilfe auf den letzten Metern durch Herrn Prof. Dr. med. A. Broocks, der für Herrn Dr. Jantscheck die Betreuung übernahm, von Herrn Prof. Dr. med. F. Hohagen, Herrn Prof. Dr. med. H. Schunkert und die guten Worte von Frau S. Puhl wäre viel Arbeit am Tage und an langen Abenden vergebens gewesen.

Herzlichen Dank auch an Herrn Dipl.-Psych. Dr. D. Wälte und Herrn Prof. Dr. med. F. Kröger für die bereitwillige Weitergabe eigener Unterlagen.

Für die produktive Unterstützung bedanke ich mich auch bei Herrn Dr. W. Jüsgen, Herrn Prof. Dr. V. Arolt, Herrn Prof. Dr. A. Staudt, Herrn Dr. J. Fuchs und Herrn Dr. Ch. Haase, Frau A. Schröter sowie den letzten Ermahnungen von Herrn P. Baumotte. Ich danke B. Schönebeck und M. Lukowski für die Suche nach den letzten Schreibfehlern und ganz innig der moralischen Unterstützung meiner guten Freunde Dr. A. Werries, Dr. H. Grundei, Th. Susch und natürlich meiner Ehefrau, Frau Dr. S. Brandt.

Ich bedanke mich herzlich für den tatkräftigen Beistand, für Beratung, Geduld und das Vertrauen aller Beteiligten.

Mir ist der lange Zeitraum, der zum Abschluss dieser Arbeit benötigt wurde schmerzlich bewusst, sie musste sich häufig den alltäglichen Notwendigkeiten des beruflichen und familiären Lebens unterordnen.

9 Lebenslauf

15.05.1970	Geburt in Münster in Westfalen
1976 – 1980	Katholische Grundschule Bad Iburg (Landkreis Osnabrück)
1980 – 1982	Orientierungsstufe Bad Iburg
1982 – 1989	Gymnasium Carolinum Osnabrück, Allgemeine Hochschulreife
1989 – 1991	Zivildienst im Rettungsdienst und Krankentransport beim Malteser Hilfsdienst Papenburg (Emsland) Ausbildung zum Rettungsassistenten und Erste-Hilfe-Ausbilder
1991 – 1998	Medizinstudium an der Medizinischen Universität zu Lübeck (MUzL)
1997 - 1998	Praktisches Jahr an der MUzL, internistisches Tertial in der Abteilung für Psychosomatik unter Herrn PD Dr. G. Jantschek, Datenerhebung für die vorliegende Promotionsarbeit von Juni bis Oktober 1997
1999 - 2001	Arzt im Praktikum an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. V. Arolt
17.04.2001	Beginn der Tätigkeit als Arzt in Weiterbildung im Medizinischen Zentrum Schwerin, Carl-Friedrich-Flemming-Klinik, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
06.12.2006	Prüfung zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
01.01.2007	Beginn als Oberarzt in den HELIOS Kliniken Schwerin GmbH, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie der Carl-Friedrich-Flemming-Klinik, Leitung der Kindertagesklinik

Schwerin, den 01.03.2013