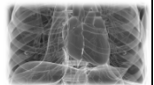


Angst, Depression und somatoforme Störungen bei kardiopulmonalen Patienten

MR Dr. med.univ. Maria Brunner-Hantsch
Fachärztin für Psychiatrie u. Neurologie
Lehrpsychotherapeutin, Supervisorin
www.brunner-hantsch.at

► Chronisch körperliche Erkrankungen bringen langfristig besondere Belastungen mit sich und stellen besondere Anforderungen an die Krankheitsbewältigung.

► Psychische Störungen „verdoppeln“ diese Belastung und erschweren die Anpassung und das Coping mit der somatischen Erkrankung



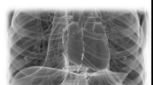
- 20% der COPD-Patienten leiden an bedeutsamen Angststörungen
- 6% an Entfremdungsgefühlen
- 13% an somatoformen Störungen
- Zumindest 21% leiden an bedeutsamer psychiatrischer Erkrankung

Depression

- Psychiatrische Erkrankungen sind mit viel Leid verbunden, beeinträchtigen und schränken mehr ein als die COPD
- Depressive Patienten haben ein 3x größeres Risiko ärztliche Anweisungen nicht angemessen zu befolgen
- Depressive Patienten vergessen häufiger Medikamente einzunehmen. Der Aufbau eines gesünderen Lebensstils (Rauchen einstellen und Verbesserung der körperlichen Ertüchtigung) fällt schwerer

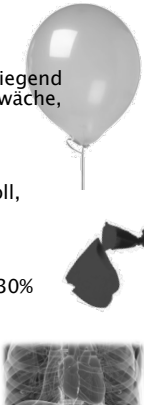
► Akute Exazerbationen → häufigere Notwendigkeit zur stationären Aufnahme steigt

► Depressio → Veränderung des Entzündungssystems im Körper



Begleitdepressionen bei körperlichen Erkrankungen
(Prävalenz komorbider depr. Erkrankungen)

- Die Beschwerdeschilderungen sind vorwiegend körperlich (Müdigkeit, Erschöpfung, Schwäche, innere Unruhe, diffuse Schmerzen) ⚠
- Depressive verhalten sich oft vorwurfsvoll, appellativ und klagen viel
- Depressionen werden insgesamt nur in 30% diagnostiziert und behandelt ⚠



Begleitdepressionen bei körperlichen Erkrankungen
(Prävalenz komorbider depr. Erkrankungen)

1. Cardiovasculär 17–27%
2. Diabetes 9–26%
3. Karzinome 11%
4. Chronische Nierenerkrankungen 20–30%
5. Mb. Alzheimer 30–50%
6. Cerebrovasc. Erkrankungen (Insult) 14–19%
7. Mb. Parkinson 4–75%
8. Epilepsie
9. Chron. Schmerz (z.B. Rheuma)
10. Gynäkologie
11. Dermatologie
12. Endokrinologie
13. Infektionskrankheiten (Pneumonie, Aids)
14. COPD 20%

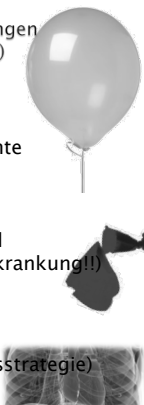


Begleitdepressionen bei körperlichen Erkrankungen
(Prävalenz komorbider depr. Erkrankungen)

- 35% aller somatisch Kranken im Krankenhaus → klinisch relevante Depression

(deswegen oft auch vegetative Auswirkungen auf Prognose und Behandlung der körperlichen Erkrankung!!)

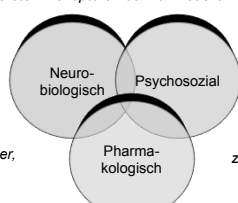
- Biopsychosoziale und moderne neurobiologische Erkenntnis (multidimensionale Behandlungsstrategie)



Depression bei körperlichen Erkrankungen

Abb.: Depression bei körperlichen Erkrankungen – komplexes Bedingungsgefüge Aus neurobiologischen, pharmakologischen und psychosozialen Faktoren (Rothenhäusler 2005)

z.B. autoimmunologisch vermittelte Kreuzreaktionen mit zentralen Serotoninrezeptoren bei Pankreaskarzinom



z.B. Steroide, Betablocker, Antihistaminika, Antibiotika, Interferonpräparate

z.B. soziale Konsequenzen, Chronizität, Schwere, Prognose der Erkrankung



Begleitdepressionen bei körperlichen Erkrankungen
(Prävalenz komorbider depr. Erkrankungen)

- 1. Kardiovaskuläre Erkrankungen und Depression (17–27%)**

Depression = Risikofaktor wie Rauchen
inhibitorischer Effekt d. SSRI auf Thrombozytenaggregation

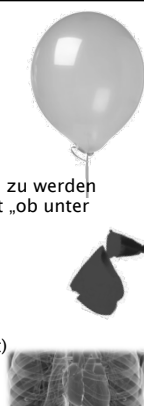
↑ proinflammatorische Zytokinfreisetzung → fördern arteriosklerotische Veränderungen
viscerale Adipositas und Hyperlipidämie

↓ symptomatische Modulation → erhöh. Herzfrequenz, erniedrigte Herzfrequenzvariabilität, erh. VES, Mortalitätsfaktor verdoppelt sich



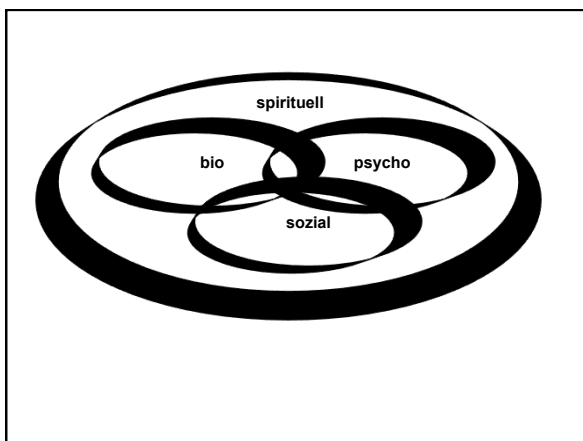
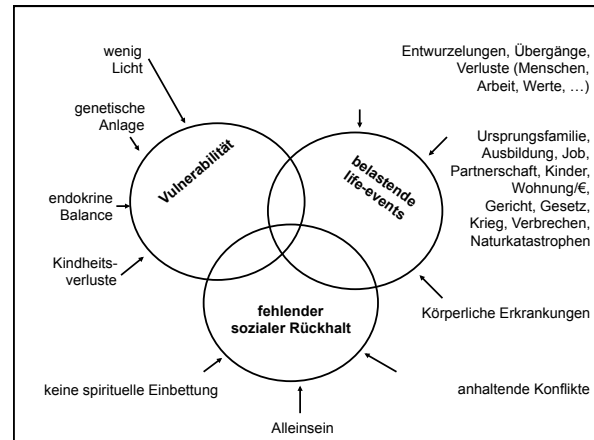
Depression

- Niedergeschlagenheit
- Freudlosigkeit
- Befürchtungen sind abhanden gekommen
- Verlust an Selbstvertrauen
- Angst Aufgabe nicht zu schaffen, verlassen zu werden
- Energieelos, schwach oder aber auch agitiert „ob unter Strom stehend“
- Angespannt, nervös
- Schlafstörungen
- Appetitverlust
- Bleierne Schwere in den Beinen
- Erschöpfungsgefühl
- Schmerzen** (vorwiegend Bewegungsapparat)
- Körperliche Beschwerden** (Magen, Darm, Übelkeit, Vertigo)



Mehr als 50% der Patienten mit Depression äußern:

- Diverse Beschwerden (Magen-Darm, Übelkeit, Durchfall, Vertigo)
- Schlafstörungen
- Schmerzen



Die Kardinalsymptome

- ▶ **Affektstarre**
(Stimmung hellt sich nicht auf, typische Facies, Morgentief)
- ▶ **Schuldgefühle**
(von niedrigem Selbstwert bis zu Verarmungs-/ Verschuldigungswahn, hypochondrischer Wahn, pessimistische Zukunftsperspektive)
- ▶ **Losigkeitssyndrom**
(Freud-, Energie-, Willens-, Antriebs-, Hoffnungslosigkeit)
- ▶ **Gedächtnis-Konzentrationsstörungen**
- ▶ **Schlafstörungen**

Kernsymptome der depressiven Erkrankungen nach ICD-10

Hauptsymptome

1. Gedrückte Stimmung
2. Interessen-/Freudlosigkeit
3. Antriebsstörung, Müdigkeit

2 oder 3 **Hauptsymptome** müssen vorhanden sein

Andere häufige Symptome

1. Konzentration
2. Selbstwertgefühl
3. Schuldgefühl
4. Hemmung/Unruhe
5. Selbstschädigung
6. Schlafstörungen
7. Appetitminderung

2 oder 3 **Hauptsymptome** müssen vorhanden sein

Dauer: mindestens 2 Wochen

Schweregradeinteilung nach ICD-10

Leichte depressive Episode

1. Mindestens zwei Hauptsymptome
2. Zwei andere häufige Symptome

Mittelschwere depressive Episode

1. Mindestens zwei Hauptsymptome
2. Drei bis vier andere häufige Symptome
3. Einige Symptome sind besonders schwer ausgeprägt

Schwere depressive Episode

1. Mindestens drei Hauptsymptome
2. Mindestens vier häufige Symptome
3. Einige Symptome sind besonders schwer ausgeprägt

Angst

Angststörungen

1. **Panikattacken**
2. **Panikstörung**
3. **Spezifische Phobien**
 - a) Objekt- und situationsbezogene Ängste
 - b) Umweltbezogenen Phobien
 - Agoraphobie
 - Sozialphobie
 - Andere Kommunikationsphobien
 - c) Organphobien
4. **Generalisierte Angststörung (GAD)**
5. **PTSD / posttraumatic stress disorder**

Angststörung

- ▶ Angst ist die natürliche Reaktion des Menschen auf Gefahren, sie äußert sich:
 - im gedanklichen und emotionalen Bereich (Einengung der Wahrnehmung, Denkens, Fühlens bei Befürchtungen, Lernen und Erinnern)
 - im Verhalten (Flucht oder Vermeidung)
 - auf der körperlichen Ebene (sympath. Nervensystem, Herzerasen, Schwitzen, hyperventilieren, zittern, Schwindel)
- ▶ Angststörungen haben viele Gesichter und sind nicht mehr funktional und angemessen > führen zu erheblicher Beeinträchtigung und Belastung der Betroffenen
- Angstanfälle u. Panikattacken = Übersteigerung
- Angst vor der Angst = Erwartung

Eigendynamik, Schonhaltung 

Angststörung

1. **Panikattacken**
Akuter, intensiver und zeitlich begrenzter Angstanfall
Tachykardie, Schwitzen, Zittern, Beben, Dyspnoe, Beklemmungsgefühle, Schmerzen, Schwindel, der Ohnmacht nahe, Angst Kontrolle zu verlieren, zu sterben und verrückt zu werden, Taubheit, Hitzewallung oder Kälteschauer, nach 10 min. Höhepunkt
2. **Panikstörung**
Panikattacken treten spontan, unerwartet, wiederkehrend und nicht durch äußere Umstände ausgelöst auf
Angst vor der Angst, Vermeidungsverhalten, kardiovaskuläre und respiratorische Symptome

Angststörung

3. **Spezifische Phobien**
 - a) objekt- und situationsbezogene Ängste
dauerhafte, unangemessene und intensive Furcht und Vermeidung von Spinnen, Schlangen, Hunden, Ratten, Höhen, des Fliegens, zahnärztl. Behandlung, Anblick von Blut, Verletzungen oder Spritzen, Erröten = Erythrophobie
 - b) Umweltbezogene Phobien
 - Agoraphobie > Ängste dominieren vor öffentlichen Plätzen, Autofahren, Kaufhäusern, Aufzüge, öffentl. Verkehrsmittel, Tunnel, Brücken
 - Sozialphobie > bezieht sich auf die mitmenschliche Kommunikation – befürchten sich lächerlich zu machen, negativ bewertet zu werden, sozialer Rückzug (!), Angst öffentlich zu sprechen, zu essen, zu trinken, zu unterschreiben
 - andere Kommunikationsphobien > Schulphobie, Prüfungsphobie, Berufsängste

Angststörung

c) Organphobien

- bedrohlich erlebte Organ- oder Funktionswahrnehmung, Befürchtungen beziehen sich auf Herz-/Atmungsfunktion bzw. gastrointestinale, urogenital Funktionen
- Herzphobie: Tachykardie, Befürchtung des Herzstillstandes, Phobophrasie (Furcht vor der Furcht), Erwartungsangst
- Hyperventilationsangst
- Dysmorphophobie: unbegründete Befürchtung einer umschriebenen körperlichen Deformität

Plastische Chirurgie 

Angststörung

4. Generalisierte Angststörung (GAD)

Worry
(Befürchtungen oder Sorgen), ständiges Sich-Sorgen

Anxiety
(ängstlich)

Tension
(Anspannung, veget. Entgleisung, Reizbarkeit, Schlafstörungen)

Angststörung

4. Generalisierte Angststörung (GAD)

pathologische Besorgnis in der Einschätzung der persönlichen Situation
Pat. in persistierend angespannten Zustand, übernervös, sondieren Umgebung ununterbrochen nach möglichen und künftig drohenden Gefahrenquellen, das Denken ist katastrophisierend, übergeneralisierend, Einschlafstörungen, Muskelschmerzen, Müdigkeit

Angststörung

Symptomatik der generalisierten Angststörung im Vergleich von ICD-10 und DSM-IV

ICD-10	DSM-IV
Symptomatologie Das wesentliche Symptom ist eine generalisierte und anhaltende Angst, die aber nicht auf bestimmte Situationen in der Umgebung beschränkt oder darin nur besonders betont ist, d.h., sie ist frei flutierend. In der Regel sind folgende Einzelsymptome festzustellen:	Unrealistische oder übertriebene Angst und Besorgnis (Erwartungsangst) bezüglich zweier oder mehrerer Lebensumstände. Mindestens 6 der folgenden 18 Symptome treten oft im Zustand der Ängstlichkeit und Besorgnis auf:
Befürchtungen: • Sorge über zukünftiges Unglück • Nervosität • Konzentrationsschwierigkeiten usw.	Hypervigilanz und erhöhte Aufmerksamkeit • sich angespannt fühlen oder ständig auf dem Sprung sein • Übermäßige Schreckhaftigkeit • Konzentrationsschwierigkeiten oder „Blackout“ aus Angst • Ein- oder Durchschlafstörungen • Reizbarkeit
Motorische Spannung • Körperliche Unruhe • Spannungskopfschmerz • Zittern • Unfähigkeit, sich zu entspannen	Motorische Spannung • Zittern, Zucken oder Beben • Muskelspannungen, Schmerzen oder Empfindlichkeit • Ruhelosigkeit • Leichte Ermüdbarkeit
Vegetative Überregbarkeit • Benommenheit • Schwitzen • Tachykardie oder Tachypnoe • Oberbauchbeschwerden • Schwindelgefühle • Zitterzucken	Vegetative Überregbarkeit • Atemnot oder Beklemmungsgefühle • Palpationen oder Tachykardie • Schwitzen oder kalte, feuchte Hände • Mundtrockenheit • Benommenheit oder Schwindel • Übelkeit, Durchfall oder andere abdominale Beschwerden • Hitzeempfinden oder Kälteschauer • Häufiges Wasserlassen • Schilddrüsenbeschwerden oder Kloßgefühl im Hals

Angststörung

5. PTSD, posttraumatische Belastungsstörung

Entwicklung charakteristischer Symptome nach Konfrontation mit extrem traumatischem Ereignis „lebensbedrohlich“
Wiederkehrende Erinnerung, Träume, flash-backs, Angst, Hilflosigkeit, psychische Abgestumpftheit, reduzierte Fähigkeit Gefühle zu empfinden, Gefühl der eingeschränkten Zukunft, übertriebene Schreckreaktion, bedeutsames Leiden, soziale u. berufliche Defizite

Angststörung

5. PTSD, posttraumatische Belastungsstörung

Traumatischer Typus:

1. Gewalt – Vergewaltigung, Schuss-/Stichverletzung, sex. Übergriffe, mit Waffe bedroht, etc.
Zusammengeschlagen
2. Andere Verletzungen oder schockierendes Erlebnis –
Auto-Verkehrsunfall, Verletzungen, Flut/Feuer/Erdbeben/Naturkatastrophen,
Eröffnung – Diagnose lebensgefährl. Erkrankung
Augenzeuge einer Tötung oder Verletzung anderer Person(en)
Entdecken einer Leiche
3. Erfahrung v.d. Traumatisierung anderer Personen,
naher Freund vergewaltigt, körperlich angegriffen oder durch Verkehrsunfall ernsthaft verletzt
4. Plötzlicher Tod naher Freunde oder Angehöriger

Somatoforme Störungen

Funktionelle Syndrome in unterschiedlichen somatischen Spezialdisziplinen

Medizinische Disziplin	Funktionelles Syndrom
Dermatologie	Pruritus, Erröten, Hyperhidrosis, Ekzeme, Urtikaria, Ödeme
Gastroenterologie	Colon irritabile (K58), nicht ulzeröse Dyspepsie, Reizmagen, Luftschlucken, Diarrhoe, Obstipation
Gynäkologie	Prämenstruelles Syndrom, chronische Pelvipathie (N94), Blutungs- und Zyklusstörungen, psychogener Fluor, Adnexitis
HNO	Globusgefühl, Tinnitus, Aphonie, Otagie
Infektiologie/Immunologie	Chronic Fatigue Syndrom (CFS)
Kardiologie	Atypischer, nicht kardialer Brustschmerz, paroxysmale Tachykardie, supraventrikuläre Extrasystolie, Da Costa Syndrom

Medizinische Disziplin	Funktionelles Syndrom
Neurologie	Spannungskopfschmerz (G44.2), Schwindel
Ophtalmologie	Augenflimmern, Sehstörungen, Doppelbilder, vorübergehende Blindheit
Orthopädie	Lumbago-Ischialgie-Syndrom, Kokzygodynie
Pädiatrie	Essstörungen, Enuresis, Enkopresis
Pneumologie	Hyperventilationssyndrom, nervöses Atemsyndrom
Rheumatologie	Fibromyalgie (M79.7)
Umweltmedizin	Multiple chemical sensitivity (MCS), Amalgamüberempfindlichkeit, Sick-building-Syndrom (SBS), Elektromog-Empfindlichkeit
Urologie	Reizblase, Prostatitis, Harnrang/-inkontinenz/-verhaltung, LUTS (lower urogenital tract syndrom)
Zahnheilkunde	Temporomandibuläres Schmerzdisfunktionssyndrom, atypischer Gesichtsschmerz

Somatoforme Störungen

- ▶ „unüberwindliche Kommunikationsstörung“ jeder (Arzt und Patient) versucht den anderen vergeblich von seiner Sichtweise zu überzeugen
- ▶ **Nicht die Symptome**, sondern erst die **Bewertung** durch die Betroffenen und der **Umgang** damit machen die Krankheitswertigkeit im Sinne einer erheblichen Lebensbeeinträchtigung aus
- ▶ Wer verdient an diesen Patienten und wer zurecht und wer zu unrecht?
- ▶ **Somatoforme Störung ist eine Störung unseres Gesundheitssystems!!!**

Somatisierung

- ▶ Zu viele Beschwerden für den organischen Befund
- ▶ Zu viele Arztbesuche
- ▶ Zu viel Schonverhalten (sich schonen zu Tode)
- ▶ Zu viel Gleichgültigkeit für das geschilderte Ausmaß der Beschwerden
- ▶ Zu viel Verärgerung beim Arzt

- ▶ 44–100% der Somatisierungsbeschwerden → Major-Depression, Angststörung
- ▶ 63–94% einer Major-Depression → Somatisierungs- und hypochondrische Symptome
- ▶ 28–80% der PSST → Somatoforme Störungen
- ▶ ? Ist die somatoforme Störung PSST?
- ▶ 27% selbstunsichere PSST
- ▶ 21% paranoid
- ▶ 17% zwanghaft
- ▶ 13% histrionisch
- ▶ 11% borderline

90% der hypochondrischen Störung – Zwangsstörung

Ärztliches Vorgehen

- ▶ Verhinderung nicht indizierter invasiver Maßnahmen
- ▶ Anleitung zu angemessener Aktivierung
- ▶ Verhinderung weiterer Einschränkung (zu Tode schonen)
- ▶ Was ist das Erklärungsmodell des Patienten und seiner Angehörigen
- ▶ Komorbiditäten behandeln (Depressionen, Angststörungen, PSST)
- ▶ Welche Zusammenhänge gibt es zwischen Beruf, Familie und den Symptomen?
- ▶ Sekundären Krankheitsgewinn erfragen und andere Lösungsmöglichkeiten konstruieren
- ▶ Lifestyleänderung, step by step, bio-psycho-soziales Modell

Fragebogen
Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch folgende Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht (0)	An einzelnen Tagen (1)	An mehr als die Hälfte der Tage (2)	Beinahe jeden Tag (3)
Wenig Interesse oder Freude an ihren Tätigkeiten				
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit				
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung				
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren				

Fragen 1-2 → mind. 3 Pkt. → Depressio
Fragen 3-4 → mind. 3 Pkt. → Angst

Diagnose der psychiatrischen Erkrankung

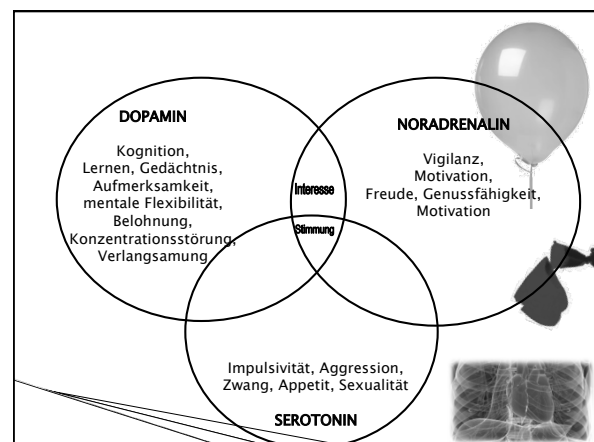
- Diagnose (Hindernisse in der Umsetzung)
→ Scham (ich bin ja nicht verrückt),
Hinführen auf körperl. Ursachen/ Neurotransmitter
 - Psychische Erkrankungen brauchen wie körperliche Erkrankungen HILFE
- Behandlung mit Medikamenten und Psychotherapie

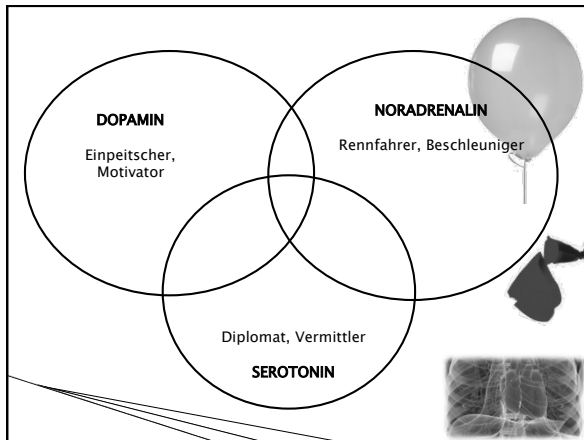
1. Medikamente
Die Welt der Psychopharmaka – eine Welt der Vorurteile

- Vorurteil – Überzeugung, weitgehendes Nichtwissen, Unwissen, Falschwissen
- 1. Vergiftungsvorurteil** (Psychopharmaka sind per se schädlich – nur Natürliches und nicht Künstliches zu sich nehmen)
- 2. Psychotherapievorurteil** (Psychotherapie ist besser als Psychopharmakatherapie und hat keine Nebenwirkungen)
- 3. Persönlichkeitsveränderungsvorurteil** (Psychopharmaka verändern die Persönlichkeit des Einzelnen – Es kommt zur inneren Distanzierung von Ängsten, Befürchtungen und wahnhaften Erlebnissen)
- 4. Gesellschaftsverarmungsvorurteil** (Kosten der Psychopharmaka ruinieren die Gesellschaft)

- Stress: Dauerbelastung vs. Rhythmus
↑ Stress → ↑ Cortisol → Hirnschrumpfung
↳ "Hirnetzwerke"
↳ Balance von Neurotransmittern
↳ Medikamentöse Reparatur – Kognitive Reparatur
- Depression – Schrumpfung des Hippocampus
- Angst – Überaktivität des Mandelkerns
- Halluzination – zu viel Dopamin
- Angst Depression Zwang ↓ Serotonin
- Demenz – ↓ Acetylcholin

„Das Gehirn ist auch ein Organ“





Succus:

► VERMEIDE:

- TCA, Clozapin, Nozinan, alle Benzos – sind atemdepressiv

► VERWENDE:

- SSRI / Sertralin, Citalopram, Escitalopram
- SNRI / Venlafaxin, Duloxetin, Mirtazapin, Mianserin, Reboxetin
- Trittico zur Sedierung
- Buronil, Abilify, Quetiapin, Ziprasidon, Dominal f. } nur 1/2
- (Haldol und Risperidon, Olanzapin – niedrig) } oder 1/3
- Angst- und Schlafstörungen: Lyrica

2. Psychotherapie

- Bearbeitung von krankheitsspezifischen Ängsten (Ängste vor Atemnot, Unterscheidung Angst und Atemnot, Scham wegen Hustenanfällen, Sauerstoffgerät oder körperlicher Fitness)
- Verbesserung der Krankheitsbewältigung durch Aufklärung, Bearbeiten von Problemen mit Umsetzung des Krankheitswissens, Unterstützung der Raucherentwöhnung, Motivationsarbeit für Teilnahme an Sport und körperlicher Aktivierung
- Bearbeitung von Problemen mit Angehörigen

Non-Compliance

- Non-Compliance ist die fehlende Kooperationsbereitschaft und die bewusste Entscheidung einer Person, sich nicht an therapeutische Empfehlungen zu halten.

33–69% der Krankenhausaufenthalte in den USA sind Folge von Non-Compliance = wird als Milliardengrab bezeichnet (500 Milliarden Dollar)

laut WHO: in den Industrieländern mangelnde Therapietreue bei ca. 50 % aller Langzeittherapien bei chronisch Erkrankten

Compliance

- Compliance ist die Therapietreue, wenn sich ein Patient bis zu 80% an die empfohlene Therapie hält

partielle Compliance – 20–79% Therapietreue

- Primär non-compliant = Patient löst Rezept nicht ein
- Sekundär non-compliant = Patient löst Rezept ein, aber Einnahme erfolgt weniger als 20%
- Gesundheitliche Folgen mangelnder Therapietreue → substantielle Gesundheitsverschlechterung → Tod

Non-Compliance begünstigende Faktoren

Arzt	Patient
• Autoritäre Haltung • Keine oder schlechte Beratung • Kommunikation im Fachjargon • Keine Berücksichtigung der Bedürfnisse des Patienten • Mangelnde Motivation oder Unsicherheit des Arztes • Missachtung der Selbstständigkeit des Arztes • Emotionale oder kognitive Überforderung des Patienten	• Eingeschränkte Merkfähigkeit • Angst vor Nebenwirkungen • Passive Grundhaltung • Vorurteile oder feste Glaubenssätze • Niedrige Selbsteinschätzung gesundheitlicher Risiken • Enttäuschte Erwartungen durch die ärztliche Beratung • Hypochondrische Einstellung
Behandlung	Krankheit
• Lästige oder umständliche Therapieform • Einschränkung der Lebensqualität • Angst und Umfang der Nebenwirkung • Lange Wartezeiten • Notwendigkeit massiver Verhaltensänderung • Lange Behandlungsdauer • Komplexes Therapieschema	• Angst des Leidensdrucks gering • Objektiver Schweregrad der Erkrankung niedrig • Hohe Chronizität der Erkrankung • Erkrankung noch symptomlos • Langwieriger und unregelmäßiger Verlauf • Keine unmittelbare Symptomverbesserung

Paternalistisches Modell

Eltern/Priestermodell
(hippokratisches), Objekt-Subjekt-Dimension

Arzt ist Kraft seiner (väterlichen) Autorität in der Lage über den als unmündig erachteten Patienten hinweg zum Besten des Patienten zu entscheiden und zu handeln.

Autonomiebedürfnisse des Patienten werden übergangen.

Asymmetrische Verantwortungs-/Entscheidungsstruktur.

Paternalistisches Modell – Eltern/ Priestermodell (hippokratisches), Objekt-Subjekt-Dimension

„Meine Verordnungen werde ich treffen zu Nutz und Frommen der Kranken, nach bestem Vermögen und Urteil, ich werde sie bewahren vor Schaden und willkürlichem.“
(Auszug aus hippokratischem Eid)

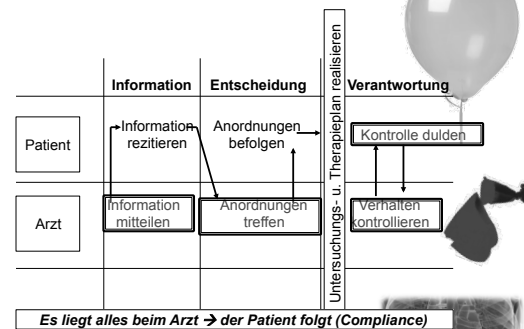
Patienten, die einen paternalistischen Arzt erworben haben
-> großes Vertrauen.

Paternalistisches Modell – Eltern/ Priestermodell (hippokratisches), Objekt-Subjekt-Dimension

Einzigster Wunschtraum aller Ärzte und aller Patienten:

- › „Krankheit wegmachen“
- › Autoreparaturmodell
- › „restitutio ad integrum“

I Paternalismus



Dienstleistungsmodelle

(Haltung vom Anspruch des Anderen her) Objekt-Subjekt-Dimension

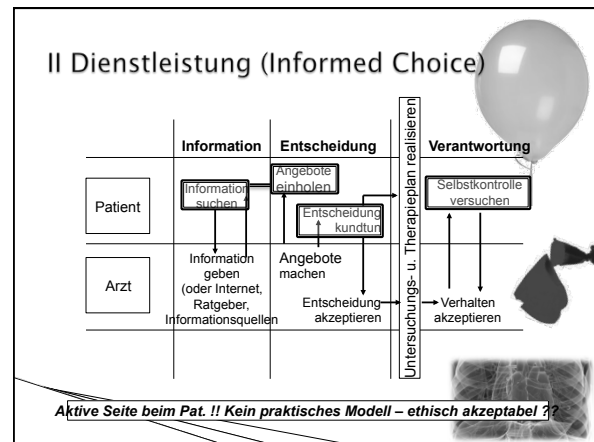
Dienstleistungsmodelle (Haltung vom Anspruch des Anderen her) Objekt-Subjekt-Dimension

Arzt	Patient
Dienstleister (Berater, Verkäufer bietet passendes Produkt, medizinische Leistungen)	Kunde Entscheidungskompetenz
	<u>Pat. erwartet:</u> • Entscheidungsfreiheit • Selbstständigkeit • Informiertheit • Respektvolle Zuwendung • Hat Recht Forderungen zu stellen

**Arzt=Techniker
Konsumentenmodell**

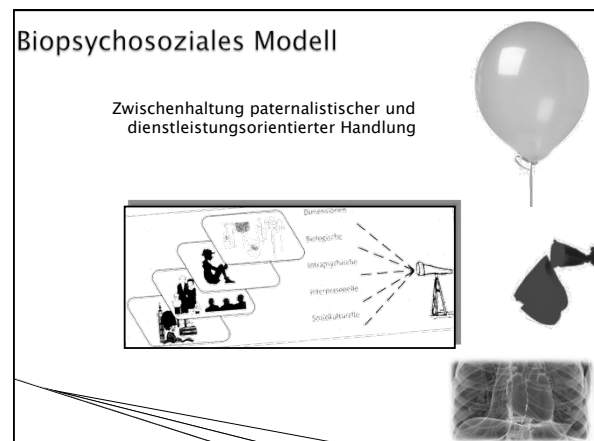
Dienstleistungsmodelle
(Haltung vom Anspruch des Anderen her) Objekt-Subjekt-Dimension

**Freundliche, kompetente
Beratung**
↔
**Misstrauen, Zufriedenheit im
Mittelpunkt**

Partnerschaftliches Modell

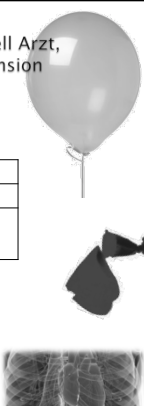
abwiegendes Modell
Arzt, Lehrer und Freund , Subjekt-Subjekt Dimension,
Kooperationsmodell,
SDM (shared decision making)

Partnerschaftliches Modell abwiegendes Modell Arzt, Lehrer und Freund , Subjekt-Subjekt Dimension

Arzt	Patient
Kooperation	
Experte für medizinische Frage	Experte für seine Lebensumstände Bring Vorbehalte ein

Entscheidungen treffen beide gemeinsam



Partizipative Entscheidungsführung (shared decision making; SDM)

Beiden Seiten müssen bereit sein zur gemeinsamen Entscheidungsfindung.

- › Grundlegende Information zur Erkrankung
- › Information um Vorstellung über die Prognose zu erhalten
- › Information um Abläufe von Untersuchungen und Behandlungen zu verstehen



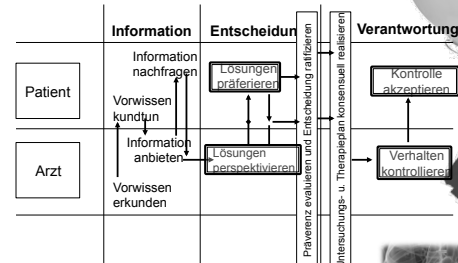
Partizipative Entscheidungsführung (shared decision making; SDM)

Beiden Seiten müssen bereit sein
zur gemeinsamen Entscheidungsfindung.

- › Information, um die Konsequenzen von Untersuchungen und Behandlungen einschätzen zu können
- › Möglichkeiten der Unterstützung
- › Möglichkeiten zur Vermeidung weiterer Erkrankungen

III Kooperationsmodell

(shared decision making) SDM PatientInnenorientierung



Patientenorientiertes Modell

„Patient dort abholen wo er steht“

Je nach Patient:

- Paternalistische Beziehung
- Dienstleistungsorientierte Beziehung
- Partnerschaftliche Beziehung

Die größte Beleidigung für den Arzt
(und die Medizin) ist der Tod

„Was ist bloß mit den Ärzten los?

Warum begreifen sie nicht die Bedeutung ihrer
schieren Gegenwart?

Warum können sie nicht erkennen, dass gerade der
Augenblick, in dem sie sonst nichts mehr zu bieten
haben, der Augenblick ist, in dem man sie am
nötigsten hat?“

(Irvin D. Yalom in: Die Reise mit Paula, 2000)

Ein Wort kann verletzen wie ein Dolch...

Heilen selten
Lindern
manchmal
Trösten immer



► Interdisziplinäre Therapiekonzepte, sowohl lungenfachärztliche, kardiologische als auch psychiatrische Behandlungen, helfen unseren Patienten

**Danke für Ihre
Aufmerksamkeit**

MR Dr. med. univ. Maria Brunner-Hantsch

