



University of Applied Sciences

APOLLON Hochschule
der Gesundheitswirtschaft

Untersuchung der Zufriedenheit von Menschen mit der Diagnose MS hinsichtlich der Versorgung mit psychologischer Beratung

Gruppenprojekt

des Studiengangs Angewandte Psychologie B.Sc.

Psychologische Methodenlehre III

Präsentation am 14.09.2020

Erstellt von:

Angela Kieper, Anna-Sophia Kleebank, Mareile Wawersik

Inhaltsverzeichnis

1. Zielsetzung des Projekts
2. Erläuterung des Krankheitsbildes Multiple Sklerose (MS)
3. Behandlungsansätze
4. Psychologische Unterstützung
5. Forschungsdesign und Methodik
6. Ergebnisbetrachtung
7. Fazit
8. Literaturverzeichnis

1. Zielsetzung des Projekts

Erforschung der Frage

▶ **Sind Menschen mit der Diagnose MS zufriedenstellend mit psychologischen Beratungsangeboten versorgt?**

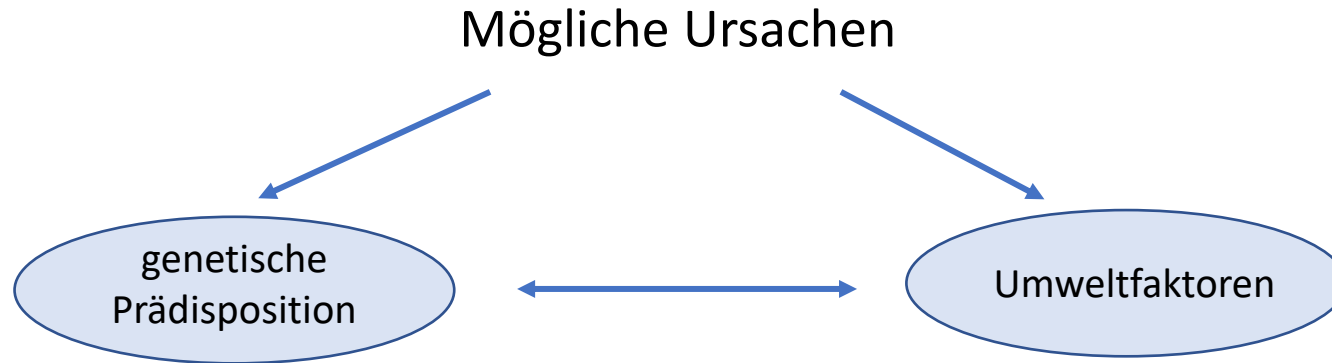
▶ **Zwei Aspekte ergeben sich: Wie ist die Zugangssituation? Wie ist die Wahrnehmung der Therapiequalität?**

- ▶ Rund 250.000 Menschen in Deutschland leben mit der Diagnose MS, etwa 10.000 kommen jährlich hinzu.
- ▶ Multiple Sklerose (MS) ist unheilbar und hat einen unklaren Verlauf.
- ▶ 60% entwickeln psychische Störungen.
- ▶ Das Suizidrisiko ist 7fach erhöht im Vergleich zur Gesamtbevölkerung.

2. Erläuterung des Krankheitsbildes MS

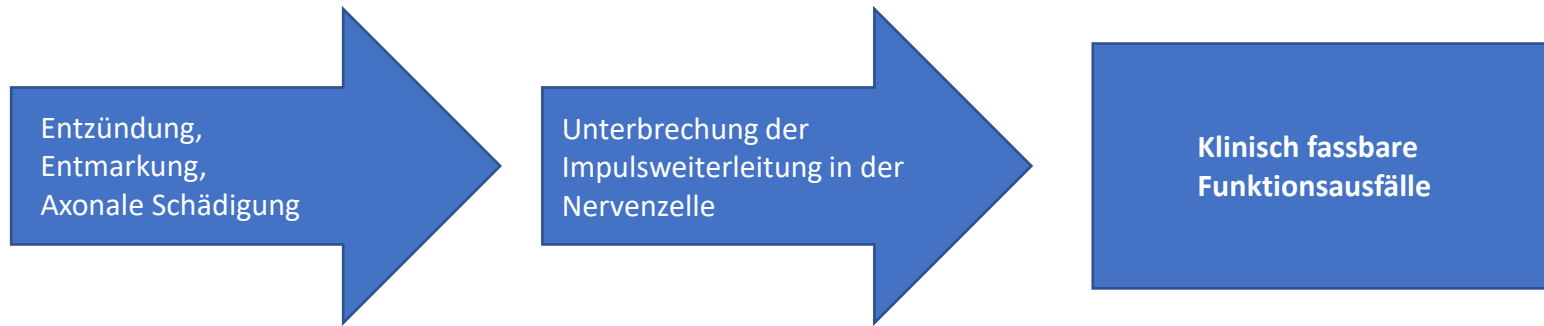
- MS ist eine der häufigsten neurologischen Erkrankungen
- Diagnose zumeist im jungen Erwachsenenalter (20 – 40 Jahre)
- Frauen erkranken drei Mal so häufig wie Männer
- zumeist chronischer Verlauf
- vermutlich destruktive Autoimmunreaktion

2. Erläuterung des Krankheitsbildes MS



2. Erläuterung des Krankheitsbildes MS

MS betrifft die Nervenzellen des **zentralen Nervensystems**

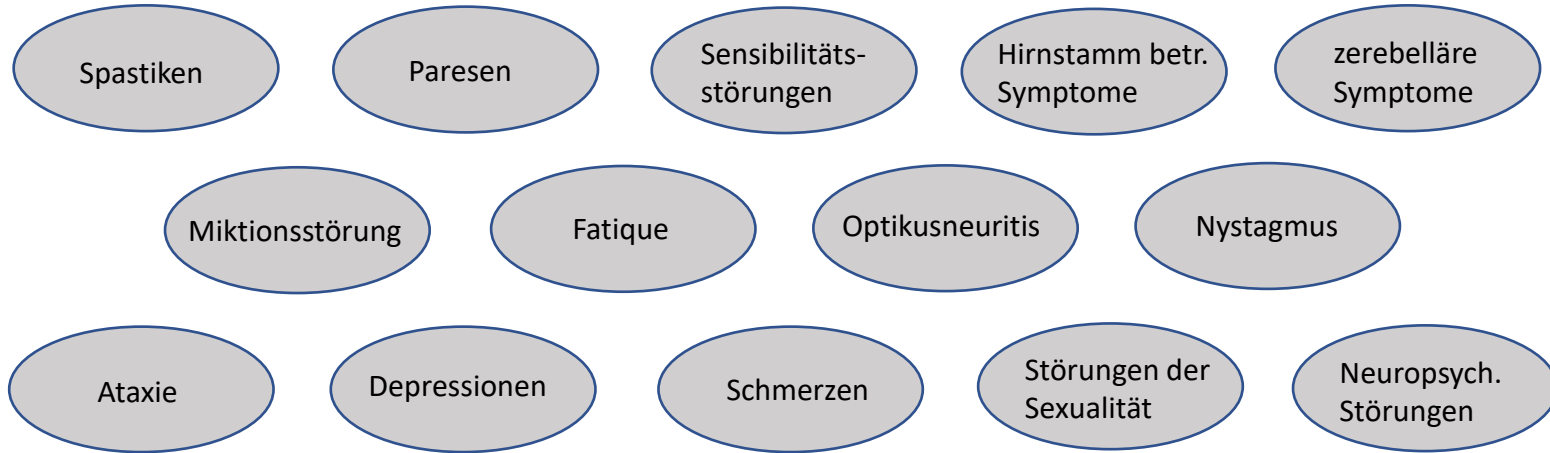


MS – „die Krankheit mit den tausend Gesichtern“

2. Erläuterung des Krankheitsbildes MS



häufige und **typische Symptome** der MS

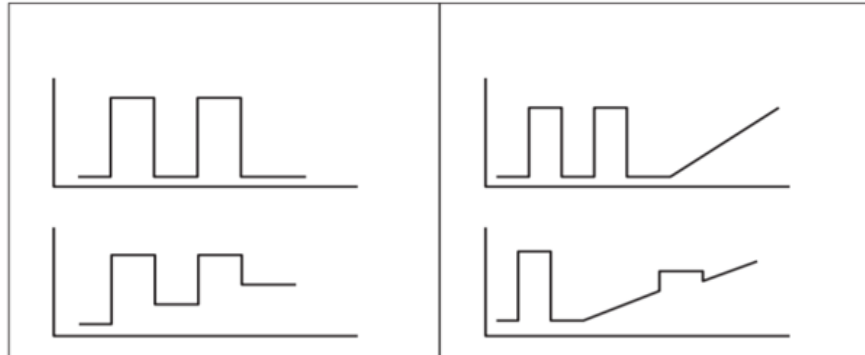


(modifiziert nach Pusswald; Voss, 2011, S. 330;
Wiendl; Kieseier, 2010, S. 16; Kip; Zimmermann, 2016, S. 2)

2. Erläuterung des Krankheitsbildes MS

Hauptformen des Krankheitsverlaufs:
schubförmig-remittierend und chronisch-progredient

Schubförmig-remittierende MS
mit vollständiger Remission



Sekundär chronisch-progrediente
MS



Schubförmig-remittierende MS
ohne vollständige Remission

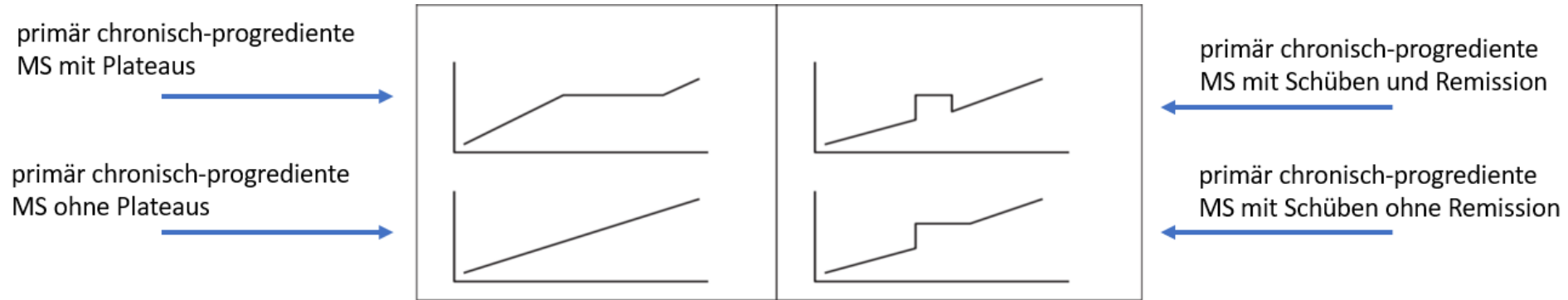


Sekundär chronisch-progrediente
MS mit Schüben



(modifiziert nach Wiendl; Kieseier, 2010, S. 14)

2. Erläuterung des Krankheitsbildes MS



(modifiziert nach Wiendl; Kieseier, 2010, S. 14)

- 85-90% der Betroffenen weisen zu Beginn einen **schubförmig-remittierenden** Verlauf auf
- 10-15% der Betroffenen weisen zu Beginn einen **chronisch-progredienten** Verlauf auf

2. Erläuterung des Krankheitsbildes MS

MS gilt als häufigste Ursache für **frühzeitige Behinderungen** im jungen Erwachsenenalter

Verteilung der Schweregrade der Behinderungen im Zusammenhang mit der MS nach der **Drittel-Regel**



(modifiziert nach Wiendl; Kieseier, 2010, S. 21)

2. Erläuterung des Krankheitsbildes MS

Kognitive Störungen erleiden ca. **50 %** der Betroffenen (vgl. Faiss; Wiethölter, 2011, S. 1230)

Störung der...

- Aufmerksamkeit,
- Lern-/Merkfähigkeit,
- visuell-räumlichen Wahrnehmung,
- Sprachfunktion,
- exekutiven Funktionen

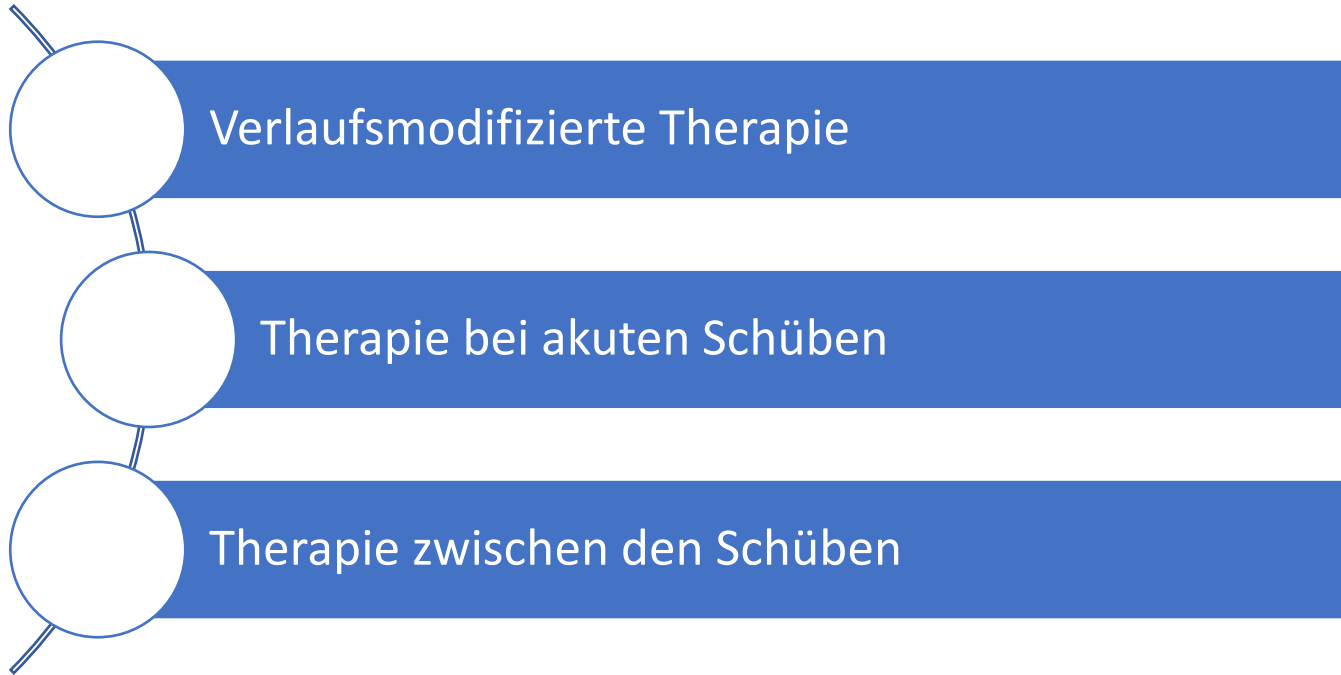
→ Vergesslichkeit, reduzierte Belastbarkeit, Fehlhandlungen

2. Erläuterung des Krankheitsbildes MS

Psychische Störungen erleiden ca. **60 %** der Betroffenen (vgl. Pusswald; Voss, 2011, S. 341f.)

1. affektive Störungen, insbesondere Depressionen
2. neurotische und Belastungsstörungen
3. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

3. Behandlungsansätze



3. Behandlungsansätze

Diagnosedauer

- \emptyset 32,4 Monate

Unterversorgung mit Fachärzten und Psychotherapeuten

- **63% erhalten nach Diagnosestellung erst nach mehr als 6 Wochen einen Termin bei einem Neurologen**
- **79-83% der Patienten mit kognitiven Einschränkungen sind nicht durch Neuropsychologen versorgt**

Engpässe in Physiotherapie und Rehabilitation

- **Rehabilitationseinrichtungen: Versorgungsbedarf übersteigt Kapazität**
- **Physiotherapie: Fachkräftemangel**

(modifiziert nach Kip & Wiendl, 2016, S.59ff.)

3. Behandlungsansätze

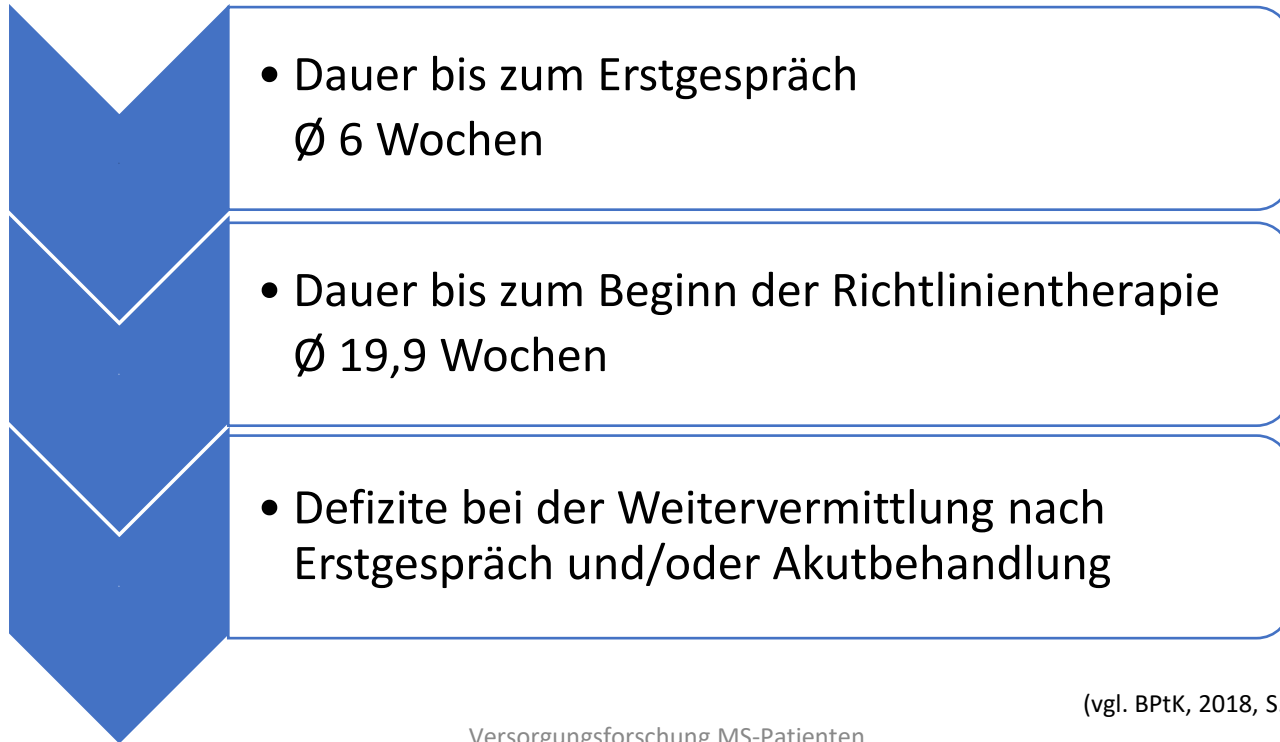
Wenig
Berücksichtigung von
MS spezifischer
Symptomatik

- **27% der Depressiven nicht versorgt**
- **31% unbehandelte Spastik**
- **54% der Schmerzpatienten nicht versorgt**
- **79% der Fatigue- Patienten nicht versorgt**
- **86% unzureichend über sexuelle Dysfunktionen aufgeklärt**

(modifiziert nach Kip & Wiendl, 2016, S.59ff.)

4. Psychologische Unterstützung

Eckdaten psychologische Versorgung



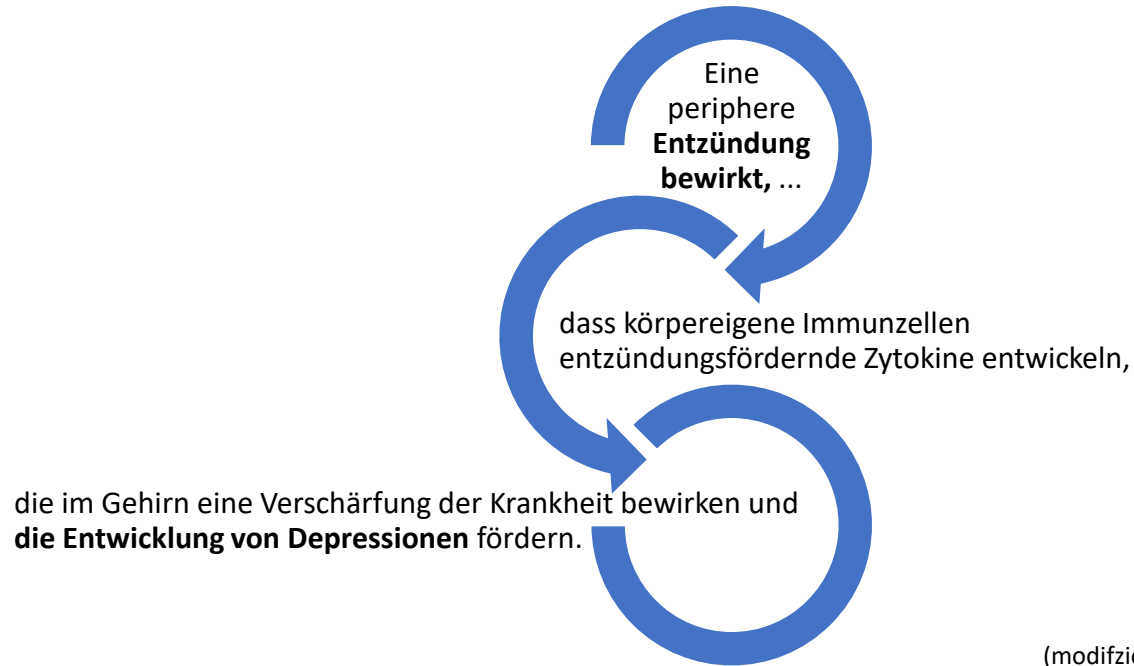
(vgl. BPTK, 2018, S.5ff.)

4. Psychologische Unterstützung

Psychoneuroimmunologie beschreibt die Wechselwirkung der Psyche, des Nervensystems und des Immunsystems



4. Psychologische Unterstützung



(modifiziert nach Dantzer et al. 2008, S. 1 f)

4. Psychologische Unterstützung

Grundelemente der kognitiven Verhaltenstherapie

▶ kooperatives Arbeitsbündnis, strukturiert und problemorientiert, lern- und veränderungsorientiert

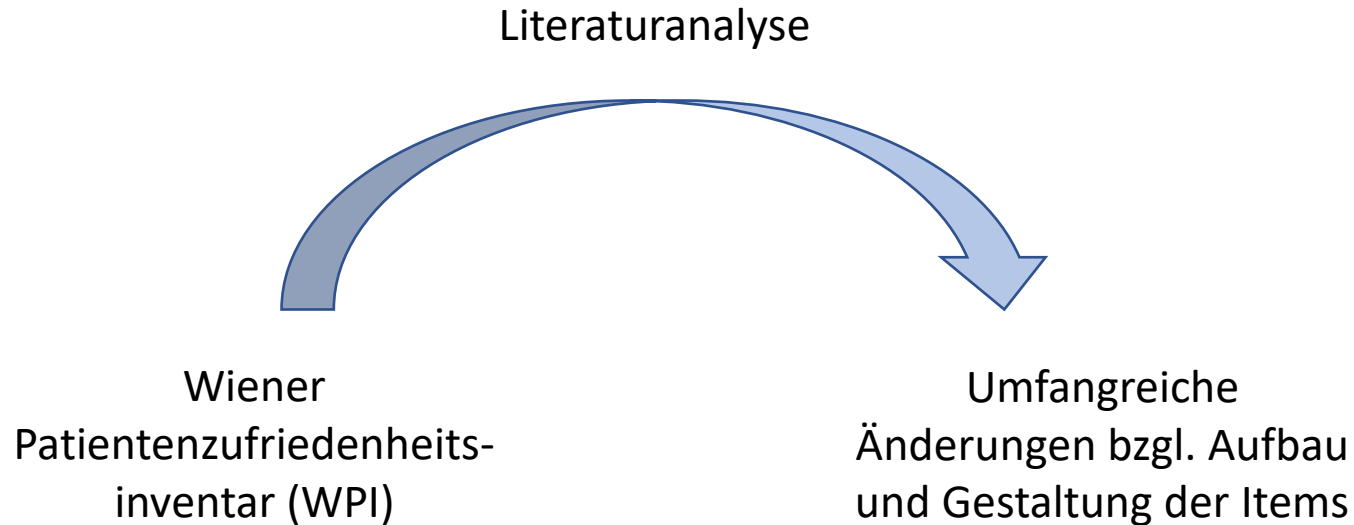
- ▶ Aktivitätsaufbau
 - ▶ Aufbau sozialer Kompetenz
 - ▶ Kognitive Umstrukturierung
 - ▶ Stabilisierung
-

(modifiziert nach Möller et al., 2015, S. 119)

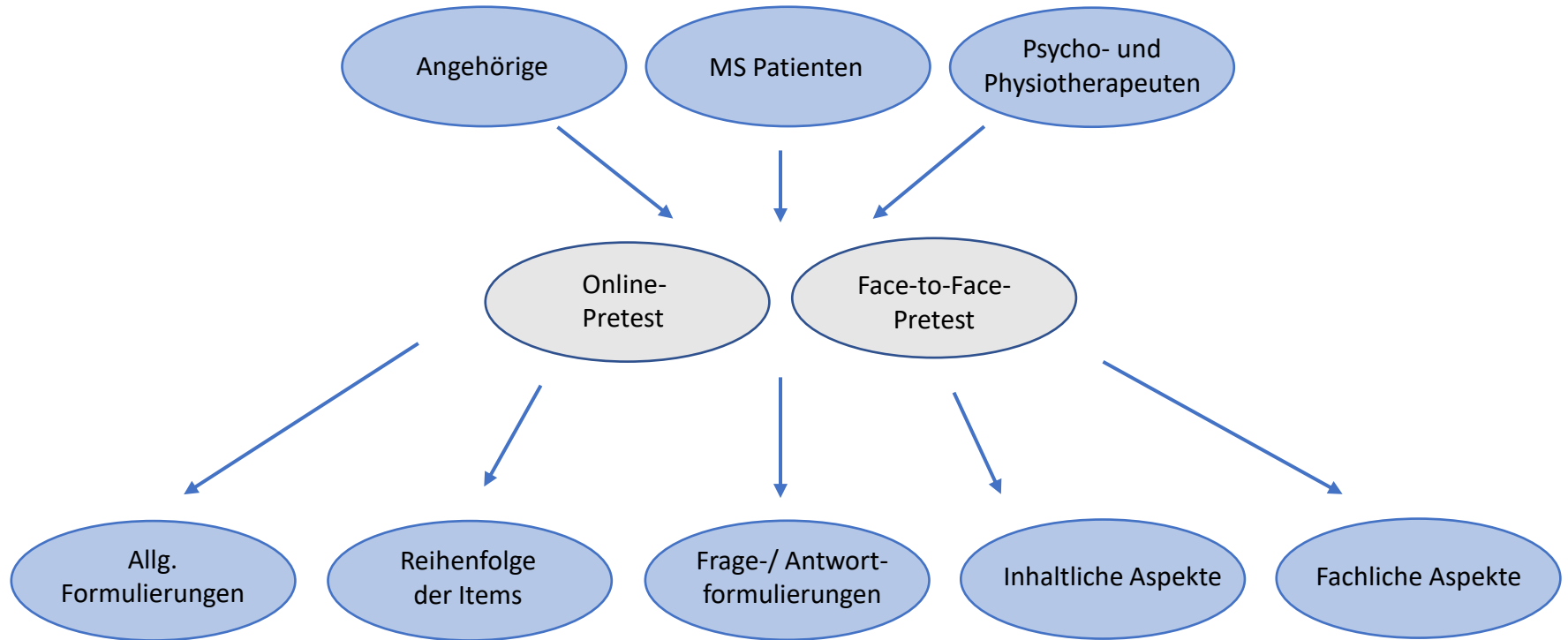
5 Forschungsdesign und Methodik

- Zielgruppe: in Deutschland lebende MS- Patienten mit Internetzugang
- Rekrutierung über die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG e.V.)
 - > Veröffentlichung des Onlinefragebogenlinks über Homepages, Social Media Kanäle sowie über E-Mailverteiler
 - > alle Probanden gleich instruiert, an der Umfrage teilzunehmen

5. Forschungsdesign und Methodik



5. Forschungsdesign und Methodik



5. Forschungsdesign und Methodik

Aufbau des Onlinefragebogens in SoSci Survey:

- 16 Seiten, 64 Items, 5 Filterfragen

Thematischer Aufbau:

1. Einverständniserklärung
2. Versorgungssituation mit psychologischer Beratung
3. Qualität des psychologischen Therapieangebots
4. Soziodemografische Daten
5. Kontroll- und Abschlussfrage

6. Ergebnisbetrachtung

Alter der Befragten:

- 19-73 Jahre
- Größter Anteil: 50-59-Jährige (41 %)

Geschlecht der Befragten:

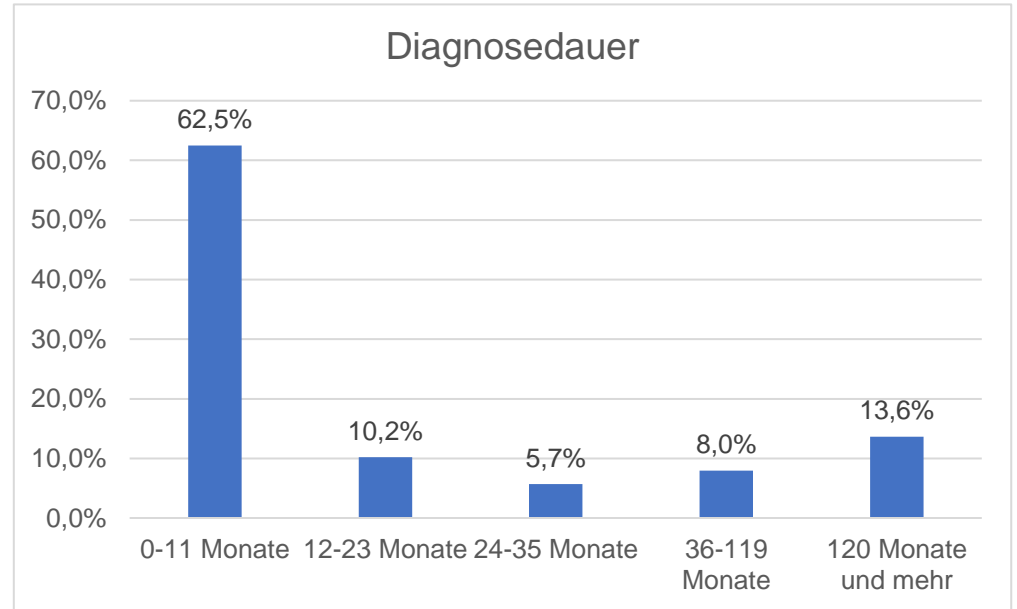
- 74% weiblich
- 26% männlich

Wohnort der Befragten:

- 89 Personen: Deutschland
- 1 Person: Türkei

6. Ergebnisbetrachtung

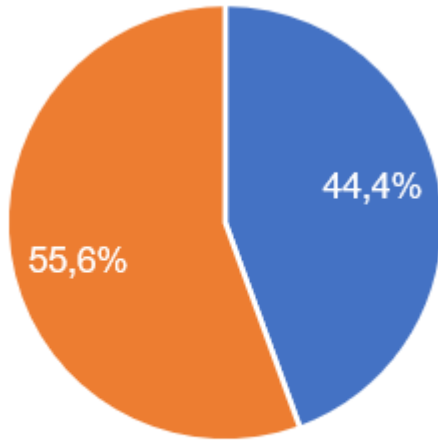
- Diagnosedauer:
 - \emptyset 32,2 Monate
 - SD: 63,6 Monate
 - Min: 0 Monate
 - Max: 300 Monate
 - Median: 3 Monate
 - Modus: 2 Monate



n=88

6. Ergebnisbetrachtung

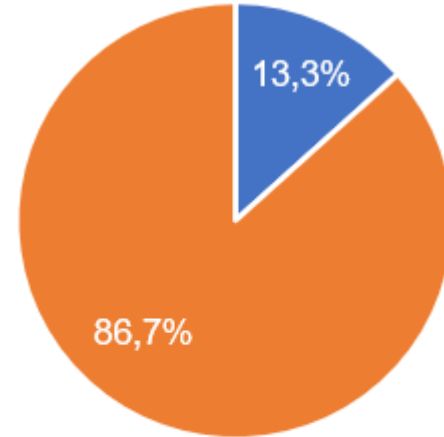
Wunsch nach psychologischer Unterstützung nach der Diagnosestellung



n=90

■ ja ■ nein

Hinweis auf psychologische Unterstützungsangebote durch den diagnostizierenden Arzt



n=90

■ ja ■ nein

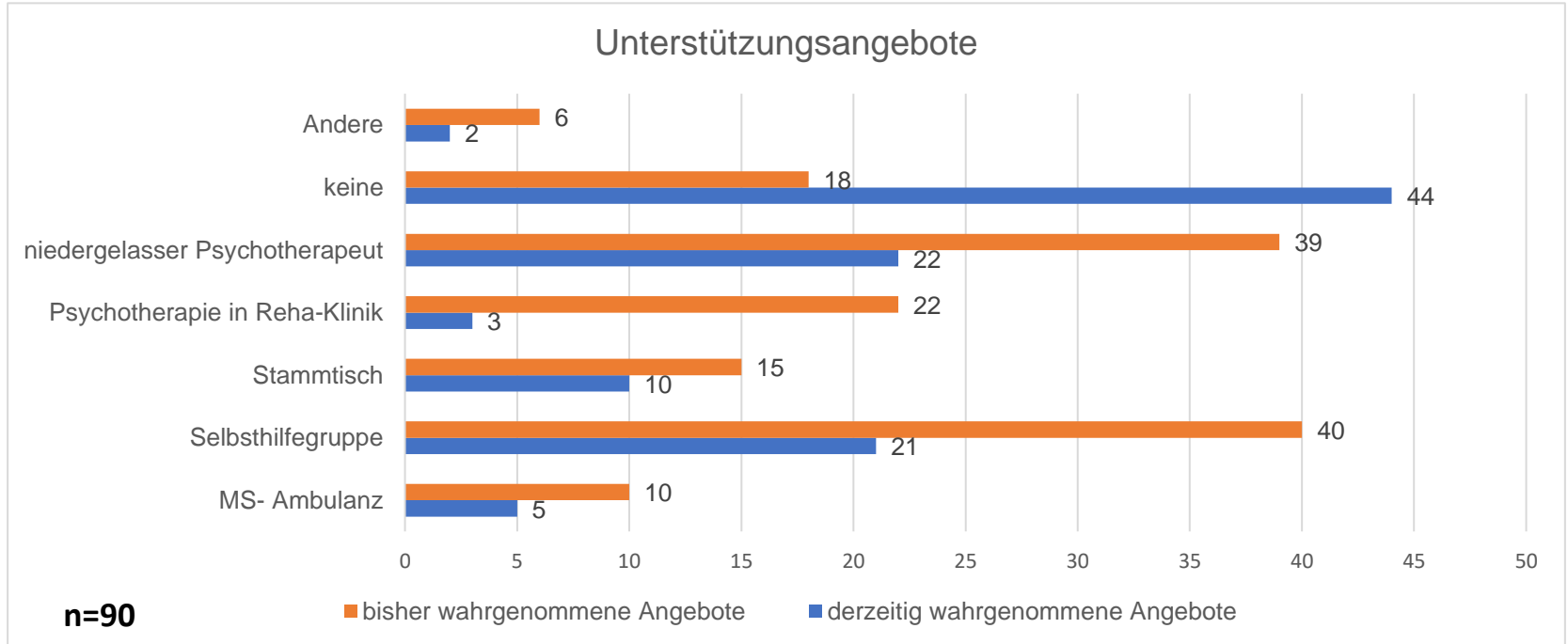
6. Ergebnisbetrachtung

Zugang zur Therapie

▶ nach der Diagnosestellung

- ▶ **21,6%** der Befragten weisen Diagnosedauer **oberhalb von 36 Monaten** auf (n=88).
- ▶ bei **44,4%** der Patienten entsteht nach Diagnosestellung **der Wunsch nach psychologischer Unterstützung** (n=90).
- ▶ **Empfehlung** zur psychologischen Beratung **durch den Arzt** bei **13,3%** der Befragten erscheint **unzureichend** (n=90).

6. Ergebnisbetrachtung



6. Ergebnisbetrachtung

- Wartezeit psychologische Therapieangebote:

- Ø 9,6 Monate
- SD: 20,3 Monate
- Min: 0 Monate
- Max: 120 Monate
- Median: 3 Monate
- Modus: 1 Monat

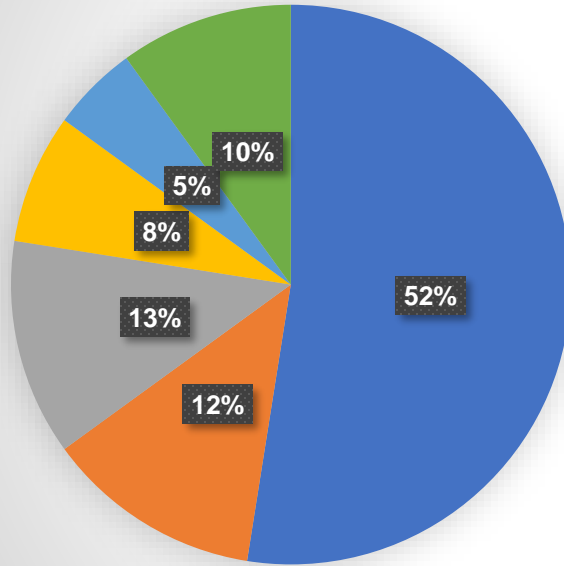


Ab 3 Monaten geben 62,5% an, die Wartezeit als emotional belastend empfunden zu haben.

n=51

6. Ergebnisbetrachtung

Warum keine Therapie in Anspruch genommen wurde



- Brauche keine Hilfe
- Erkenne keinen Sinn in Therapie
- Hemmungen, mich einer fremden Person anzuvertrauen
- Von anderen gehört, dass Therapie nicht geholfen hat
- Negative Erfahrungen mit früheren Therapien
- Andere Gründe

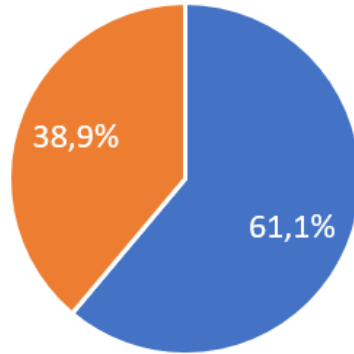
n=35

6. Ergebnisbetrachtung

Übergang in den Bereich der psychologischen Therapieerfahrung

► Von 90 Befragten geben 55 an, über psychologische Therapieerfahrung zu verfügen

Psychologische Therapieerfahrung



n=90

■ ja ■ nein

6. Ergebnisbetrachtung

Therapiequalität nach Vorgabe einer Likert- Skala angelehnt an das deutsche Schulnotensystem (1= sehr gut bis 6= ungenügend)

► unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheit und der Qualifizierung des Therapeuten

	Modus	Median	Mittelwert	Standard- abweichung
Distanz Wohnort- Therapieort (n= 51)	1	2	2,5	1,47
Erreichbarkeit (ÖVP, Parkplätze) (n= 49)	1	2	2,3	1,37
Barrierefreiheit (n= 46)	1	2,5	2,7	1,56
Berücksichtigung Privatsphäre (n= 49)	1	2	1,8	1,08
Erreichbarkeit bei seelischer Krise (n= 47)	1	3	2,8	1,56
Häufigkeit Therapiegespräche (n= 49)	2	2	2,4	1,32

6. Ergebnisbetrachtung

Therapiequalität nach Vorgabe einer Likert- Skala angelehnt an das deutsche Schulnotensystem (1= sehr gut bis 6= ungenügend)

► unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheit und der Qualifizierung des Therapeuten

	Modus	Median	Mittelwert	Standardabweichung
Fachwissen bezüglich MS (n= 47)	3	3	2,9	1,46
Wärme und Empathie des Therapeuten (n= 48)	1	2	2,1	1,29
Vertrautheit zwischen Betroffenen und Therapeuten (n= 49)	1	2	2,2	1,19
Offenheit des Therapeuten Themen anzusprechen, die möglicherweise Schamgefühl auslösen (n= 49)	1	2	2,3	1,22
Hilfestellung Konflikte aufzudecken und zu lösen (n= 49)	1	2	2,3	1,32
Gesamtbewertung	1	2	2,4	1,38

6. Ergebnisbetrachtung

Therapiequalität

▶ unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheit und der Qualifizierung des Therapeuten

- ▶ **100%** der Befragten sehen **psychologische Beratung als hilfreiche Unterstützung** an (n=55).
- ▶ **Therapiequalität** wird mit **2,4** und **SD von 1,38** bewertet (n=533).
- ▶ Zufriedenheitswert bezüglich des **Fachwissens** weist mit **2,9** und **SD von 1,46** auf **Defizite im Fachwissen bezüglich des Krankheitsbildes** hin (n=47).
- ▶ **Erreichbarkeit im Falle einer seelischen Krise** ist mit **2,8** und **SD von 1,56** aufgrund erhöhtem Suizidrisiko **unzureichend** (n=47).

6. Ergebnisbetrachtung

Therapiequalität

▶ unter Berücksichtigung MS-spezifischer Störungsbilder

- ▶ Anamnese von Depressionen und mögliche Exploration von Suizidalität
- ▶ Aufbau sozialer Kompetenz und Sicht auf den sozialen Kontext
- ▶ Aufdecken von toxischen Störungsfeldern und Stärkung der Selbstwahrnehmung
- ▶ Ansprechen körperlicher Störungen, wie sexuelle Dysfunktion

6. Ergebnisbetrachtung

Therapiequalität

► Anamnese von Depressionen (gestellte oder nicht gestellte Fragen nach DGPPN-Leitlinie (vgl. DGPPN 2017)):

56% wurden gefragt, ob sie generell **Lustlosigkeit oder Interesslosigkeit** verspüren (n= 52).

57% wurden gefragt, ob sie sich als **lebensbejahenden** Menschen bezeichnen würden (n= 53).

66% wurden gefragt, ob sie sich in letzter Zeit **schwunglos** oder **antriebslos** gefühlt haben (n= 50).

52% wurden gefragt, ob sie in letzter Zeit vermehrt **grübeln** (n= 51).

6. Ergebnisbetrachtung

Therapiequalität

► Anamnese von Depressionen (gestellte oder nicht gestellte Fragen nach DGPPN-Leitlinie (vgl. DGPPN 2017)):

- | | |
|-----|---|
| 50% | wurden nicht gefragt, ob sie unter nachlassendem Appetit und deutlichem Gewichtsverlust leiden (n= 52). |
| 49% | wurden nicht gefragt, ob sie einen Leidensdruck aufgrund sexueller Störungen verspüren (n= 51). |
| 45% | wurden nicht gefragt, ob sie von Derealisationsgedanken betroffen sind (n= 51). |
| 43% | wurden nicht gefragt, ob sie von Depersonalisationsphänomenen betroffen sind (n= 51). |
| 38% | wurden nicht gefragt, ob sie unter schlafhemmenden Gedanken leiden (n= 42). |
-

6. Ergebnisbetrachtung

Therapiequalität

► Aufbau sozialer Kompetenz und Sicht auf den sozialen Kontext (n= 51).

90% wurden gefragt, ob sie ein **gutes Verhältnis zu ihrer Familie haben**.

86% wurden gefragt, ob sie sich **von ihrer Familie verstanden und unterstützt** fühlen.

61% wurden gefragt, ob sie das Gefühl haben, **von ihrem Umfeld respektiert** zu werden.

45% wurden gefragt, ob sie das Gefühl haben, **ihrer Rolle** innerhalb der Familie oder im Beruf nicht gerecht zu werden.

6. Ergebnisbetrachtung

Therapiequalität

► Aufbau sozialer Kompetenz und Sicht auf den sozialen Kontext

Häufige MS-typische Begleiterscheinung:

Hirnorganisches Psychosyndrom

Reizbarkeit, Euphorie, Kritiklosigkeit,

Bei Chronifizierung:

Persönlichkeitsveränderungen, wie
Distanzlosigkeit

86% der Probanden mit Kindern haben **keine Empfehlung** erhalten, über **Familietherapie** nachzudenken (n= 21)

90% der Probanden mit Kindern haben **keine Empfehlung** erhalten, mit der **Schule** des Kindes über ihre Erkrankung zu sprechen (n=21).

(vgl. Möller et al., 2015, S. 243).

6. Ergebnisbetrachtung

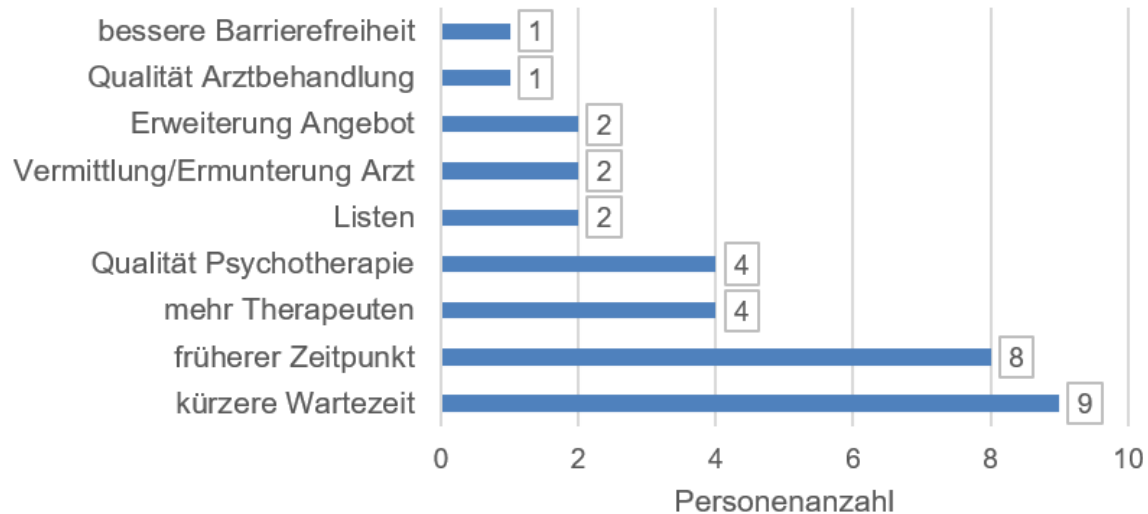
Therapiequalität

► Aufdecken von toxischen Störungsfeldern und Stärkung der Selbstwahrnehmung

- 87%** wurden danach gefragt, was ihnen gut tut und wie sie **positive Aktivitäten** ausbauen können (n= 52).
 - 71%** wurden gefragt, ob sie **negative Gedanken erkennen** und verändern können (n= 52).
 - 69%** wurden gefragt, welche **Begegnungen** ihnen **gut tun** (n= 51).
 - 26%** wurden gefragt, ob sie mögliche **Zukunftsängste** haben (n= 51).
-

6. Ergebnisbetrachtung

Haben Sie Ideen oder Wünsche, wie man psychologische Beratungsangebote verbessern könnte?



n=35

7. Fazit

Verifizierung der Forschungshypothese

- ▶ **Die Versorgung von Menschen mit der Diagnose MS hinsichtlich psychologischer Beratung ist unzureichend.**
- ▶ **Eine ärztliche Empfehlungsrate hinsichtlich psychologischer Beratung in Höhe von 13% erscheint unzureichend.**
- ▶ **Die Wartezeit auf psychologische Unterstützung ist mit \emptyset 9 Monaten zu lang, besonders in Hinblick auf ermittelten Anstieg der emotionalen Belastung ab 3 Monaten Wartezeit.**
- ▶ **Eine Erreichbarkeit im Falle einer seelischen Krise mit 2,8 und SD von 1,56 aufgrund erhöhtem Suizidrisiko unzureichend.**

Stimmen der Zielgruppe

- *„Ich würde mir wünschen, dass die Psychologische Betreuung immer nach einer Diagnose- Stellung, mit einem Ausmaß wie bei der MS, empfohlen werden würde. Nicht jeder braucht psychologische Betreuung dauerhaft, aber ich denke so gibt man den Patienten eine bessere Chance die Erkrankung zu akzeptieren und als einen Teil von sich anzunehmen und nicht in Verdrängungs-Muster zu verfallen.“*
- *„Ich finde es toll, dass so eine Studie zu MS und Psychotherapie gemacht wird. Ich finde es ein Muss für diese Erkrankung!“*
- *„endlich - wird Zeit“*

8. Literaturverzeichnis

Dantzer, R.; O'Connor, JC; Freund, GG. et al. (2008). *From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain*. Nature Reviews Neuroscience, 9 (1): 46-56. doi:10.1038/nrn2297 (10.08.2020).

DGPPN- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2017). *S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression*. Kurzfassung 2. Auflage, Version 1.

https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/d53e5967ade4134e444e71973752e10bcaebda79/S3-NVL_depression-2aufl-vers1-kurz.pdf (10.08.2020).

Faiss, J. H.; Wiethölter, H. (2011). *Multiple Sklerose*. In: Berlit, P. (Hrsg.): *Klinische Neurologie*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 1219-1257.

Kip, M.; Wiendl, H. (2016). *Therapie der Multiple Sklerose*. Kip, M.; Schönfelder, T.; Bleß, H.-H. In: *Weißbuch Multiple Sklerose*. Berlin, Heidelberg: Springer, S.55-89.

Möller, H.-J.; Laux, G.; Deister, A. (2015). *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. 6. Auflage, Stuttgart: Thieme.

Pusswald, G.; Voss, K. (2011). *Multiple Sklerose*. In: Lehrner, J.; Pusswald, G.; Fertl, E.; Strubreither, W.; Kryspin-Exner, I. (Hrsg.): *Klinische Neuropsychologie. Grundlagen - Diagnostik - Rehabilitation*. 2. Auflage, Wien: Springer, S. 329-344.

Wiendl, H.; Kieseier, B. C. (2010). *Multiple Sklerose. Klinik, Diagnostik und Therapie*. *Klinische Neurologie*. Stuttgart: Kohlhammer.