

Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Harald Gündel

**Die internistische Klinik mit integrierter Psychosomatik
im Vergleich zur herkömmlichen Behandlung
in einem internistischen Akutkrankenhaus.**

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Universität Ulm

CARLA RONDECK

Ulm

2014

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

Erster Berichterstatter: PD Dr. Dan Pokorny

Zweiter Berichterstatter: PD Dr. Ulrike Schulze

Tag der Promotion: 10.07.2014

WIDMUNG

Widmung aus Gründen des Datenschutzes entfernt

I. INHALTSVERZEICHNIS

	<i>Seite</i>
II. Abkürzungsverzeichnis	
1. Einleitung	1
1.1 Epidemiologie und psychosomatische Versorgungssituation	1
1.2 Definition psychosomatischer Störungen	2
1.3 Versorgungsstrukturen und Versorgungsmodelle	3
1.4 Fragestellung und Ziele	13
2. Patienten, Material und Methoden	15
2.1 Patientenkollektiv	16
2.2 Material	17
2.3 Methoden	20
2.4 Ziel	23
3. Ergebnisse	24
3.1 Gliederung der 1806 Patienten der Medizinischen Kliniken M2 und M3	24
3.2 Soziodemographische Daten der psychosomatischen Patienten (P-Patienten) der Medizinischen Kliniken M2 und M3	27
3.3 Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)	42
4. Diskussion	50
4.1 Diskussion der Stichprobe und des Testverfahrens	52
4.2 Diskussion der Methodik	52
4.3 Diskussion der Ergebnisse	53
5. Zusammenfassung	57
6. Literaturverzeichnis	59
Danksagung	70
Lebenslauf	71

I. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

<i>Abkürzung</i>	<i>Bedeutung</i>
abs.	absolute Häufigkeiten
BDI	Beck-Depressions-Inventar
BSS	Beeinträchtigungsschwerescore nach Schepank
CES-D	Depressionsskala des Center for Epidemiological Studies
CT	Computertomographie
DSM/ DSM IIR	Diagnostisches und Statistisches Handbuch (Manual) psychischer Störungen/ überarbeitete Version III
ES	Effektstärke
F(<i>fg1,fg2</i>)	F-Statistik mit <i>fg1</i> und <i>fg2</i> Freiheitsgraden
GSI	Global Severity Index (Schweregradindex)
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
ICD	International Classification of Diseases and related health problems
kum.	kumulative relative Häufigkeiten
m	Mittelwert
M2	Medizinische Klinik 2 des Bürgerhospitals, Stuttgart
M3	Medizinische Klinik 3 des Bürgerhospitals, Stuttgart
n	Anzahl der Patienten
NMR	Magnetresonanztomographie
p	Signifikanzniveau
PHQ	Patient Health Questionnaire (Selbstausskunftbogen zu psychischen Störungen)
P-Patient	Psychosomatischer Patient
PSDI	Positive Symptom Distress Total (Aussage über Intensität der Antworten, Summe der Itemrohre PST)
PST	Positive Symptom Total
PT/PA	Psychotherapie/Psychoanalyse
rel.	relative Häufigkeiten
s	Standardabweichung
S-Patient	Somatischer Patient

SCL-90-R	Symptom Checklist mit 90 Items
Sb	von Beginn an als Somatischer Patient eingestufte Patient
SISS	Social Skills Improvement System (Test zu Sozialverhalten)
STAI-T	State-Trait-Angstinventar (Angstzustandsskala)
Sx	während des stationären Aufenthaltes als Somatischer Patient eingestufte Patient
Sy	poststationär als Somatischer Patient eingestufte Patient
t(<i>fg</i>)	t-Statistik mit <i>fg</i> Freiheitsgraden

Präambel

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde in dieser Arbeit neben der männlichen nicht auch die weibliche Bezeichnung aufgeführt. Es sind jedoch in allen Fällen Frauen wie Männer gemeint.

1. EINLEITUNG

1.1 Epidemiologie und psychosomatische Versorgungssituation

Das Allgemeinkrankenhaus spielt in unserem Versorgungssystem eine weichenstellende Rolle, die mit der eines Hausarztes im ambulanten Bereich verglichen werden kann. Es ist erste Anlaufstelle für Kranke mit akuten Beschwerden, für Kranke in Lebensgefahr wie auch für Patienten mit prekärem psychosozialen Status, die keine andere Möglichkeit sehen als sich mit ihrem Leiden im Akutkrankenhaus vorzustellen. Die das Allgemeinkrankenhaus aufsuchenden Patienten kommen mit einerseits klar definierten Krankheiten wie auch andererseits schwer therapierbaren chronischen psychosomatischen Beschwerden oder Substanzabhängigkeiten. Häufig liegt eine Multimorbidität vor, bei der die psychosomatische Komponente in der ärztlichen Versorgung fachübergreifend eine immer größer werdende Rolle spielt.

Seit dem Aufbruch in eine psychologisch interessierte Medizin in den frühen siebziger Jahren bestehen vermehrt internistische Kliniken, bei denen sich die Behandlung von Patienten nicht mehr auf die somatischen Beschwerden beschränkt. Vielmehr richtet sich das Augenmerk auf das Zusammenspiel von somatischen und psychosomatischen Therapieansätzen. Neben der in Heidelberg schon lange bestehenden Tradition, die auf das Wirken des Internisten und Neurologen Viktor von Weizsäcker zurückgeht (Hahn et al., 1987), wurde diese Entwicklung maßgeblich durch das Wirken Thure von Uexkülls (v. Uexküll, 1979) gefördert. Aus dieser Aufbruchzeit stammen auch hauptsächlich die ersten epidemiologischen Daten, die die Notwendigkeit dieser Zusammenarbeit verdeutlichen. Die Prävalenz psychischer Erkrankungen in internistischen Kliniken wird nach diesen epidemiologischen Untersuchungen auf 30-60 Prozent (Arolt et al., 1995, 1997; Künsebeck et al., 1984; Haag, 1985; Stuhr u. Haag, 1989; Burvill, 1990; Härter, 2000; Härter, 2007) geschätzt.

Depressionen und Ängste sind dabei die häufigsten zu beobachtenden Krankheitsbilder. So leiden beispielsweise in Kliniken für Innere Medizin und Chirurgie etwa 31-42 Prozent der Patienten an Ängsten und Depressionen (Künsebeck et al., 1984). In einer italienischen Studie an sechs verschiedenen Kliniken wurden anhand der CES-D-Skala (Center for Epidemiological Studies- Depression- Scale, 1977, die deutsche Version ist die Allgemeine Depressionsskala) 58 Prozent der Patienten als depressiv klassifiziert (Fava et al., 1982).

Zwischen somatischen Erkrankungen und psychischen Störungen – insbesondere Angsterkrankungen und Depressionen – besteht eine Komorbidität (Härter, 2000). Patienten mit schweren Erkrankungen können unabhängig von vorbestehenden psychischen Beschwerden im stationären Verlauf an Depressionen und Ängsten erkranken, weil sie mit der neuen Situation, mit dem Kranksein, überfordert und alleingelassen sind. Besonders die Depression wurde von Herrmann et al. (1999, 2001) und Creed (1999) sogar als signifikanter Mortalitätsprädiktor beschrieben.

Den psychischen Störungen kann daher ein negativer Einfluss bei der Behandlung von somatischen Krankheiten zugeschrieben werden, der sich in längeren Liegezeiten oder häufigeren Krankenhausaufenthalten ausdrücken kann. Unabhängig von Erkrankungsmerkmalen wie Krankheitsdauer oder somatischer Erkrankungsschwere konnte nachgewiesen werden, dass die Liegedauer von Patienten mit gleichzeitig bestehenden psychischen Störungen bis zu 8,2 Tage länger ist als bei Patienten ohne psychische Beschwerden (Friederich et al., 2002; Herzog et al., 2003). Im ersten Jahr nach stationärer Behandlung weisen internistisch erkrankte Patienten mit psychischen Auffälligkeiten eine Persistenz depressiver Symptomatik und eine häufigere Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen auf (Meyer et al., 2002). Auch im operativen Bereich scheint dies zuzutreffen. So nehmen Patienten mit zusätzlichen psychischen Erkrankungen signifikant mehr Operationen sowie andere diagnostische und therapeutische Maßnahmen in Anspruch als der Durchschnitt aller Patienten (Wallen et al., 1987), wodurch erhöhte Kosten für die Kliniken entstehen (Hochlehnert et al., 2007).

Daher werden in den Stationsablauf integrierte routinemäßige Screeningverfahren aller Patienten zur Erkennung von psychosomatischen Erkrankungen befürwortet (Häuser et al., 2001; Herrmann et al., 1991, 1999). Durch ein praktikables, in den Stationsablauf integriertes Screening kann die Anzahl der diagnostizierten psychischen Störungen erhöht und somit den Patienten mit Depressionen oder Ängsten schneller geholfen werden (Wambach, 2001).

1.2 Definition psychosomatischer Störungen

Nach H.C. Deter (1997) ist die Einteilung psychosomatischer Störungen keiner einheitlichen Beurteilung unterworfen. Neben den ICD-Einteilungen und DSM-Einteilungen existieren viele Ansätze zur Klassifizierung.

Hierbei sind Übergänge und Mischformen möglich, so dass eine absolute Zuordnung nicht immer getroffen werden kann. Daher erstreckt sich eine „normale Patientenkarriere“ oft über Jahre bis die richtige Therapie gefunden wird (Kächele, 2002).

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit eines integrierten therapeutischen Angebotes in Form einer Verbindung aus internistischer und psychosomatischer Abteilung, auf der auf psychische Störungen gezielt geachtet wird. Daraufhin kann die Therapiemotivation und dementprechende Weichenstellung erfolgen. Einige Kliniken haben solche integrierten Abteilungen im Bereich der Inneren Medizin realisiert und reihen sich damit in die etwa fünfzigjährige Tradition integrierter psychotherapeutischer Konzepte ein (Clauser, 1959; Hahn, 1975; Köhle et al, 1980; Janssen, 1987; Studt, 1988; Hahn, 1991; Hahn, 1994; Schmeling-Kludas et al., 1991; Schmeling-Kludas u. Wedler, 1993; Wedler, 1994; Schmeling-Kludas u. Wedler, 1997; Wedler, 1988; Schmeling-Kludas, 2000; Kammerer, 2000).

1.3 Versorgungsstrukturen und Versorgungsmodelle

Epidemiologie

Innerhalb der Mannheimer Kohortenstudie zur Epidemiologie psychogener Erkrankungen (Schepank 1987, 1994; Franz et al. 1994, 2000) wurde der Spontanverlauf psychogener Beeinträchtigung über 11 Jahre in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe erhoben. Insgesamt waren Frauen stärker beeinträchtigt als Männer und schnitten im Spontanverlauf schlechter ab.

In der NIMH Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study, die Anfang der Achtziger Jahre in den USA in einer Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung durchgeführt wurde (Robins & Regier, 1991), ließen sich Prävalenzraten von 19,1 Prozent bis 27 Prozent ermitteln. Diese Schwankungen beruhen auf ethnischen und regionalen Unterschieden in den USA und sind von daher schwierig auf deutsche Verhältnisse übertragbar.

In der epidemiologischen Untersuchung von Schneider et al. wurde bei 20,1 Prozent älterer Menschen ab 65 Jahren eine psychogene Beeinträchtigung festgestellt (Schneider, 1997).

Bedarf

Der Bedarf nach stationärer psychotherapeutischer Behandlung wird nach epidemiologischen Untersuchungen in der Stadtbevölkerung auf 4 Prozent geschätzt (Schepank, 1994, 1987). In strukturschwächeren Regionen der Neuen Bundesländer wurde die Bedarfsde-

ckung der Allgemeinbevölkerung im Rahmen einer Studie auf 20 Prozent geschätzt (Grabe et al., 2005).

Der Bedarf eines psychosomatischen Konsils bei internistischen Patienten liegt nach Schätzungen bei etwa 5 Prozent (Herzog et al., 2003). Internistische Patienten stellen laut eines wissenschaftlichen Gutachtens zur Krankenhausplanung für das Fachgebiet psychotherapeutische Medizin mit 55 Prozent die größte Bedarfsgruppe an Konsiliardiensten dar (Janssen et al., 1998).

Nach Arolt (1995, 1997) befanden sich nur die wenigsten komorbid erkrankten Patienten vor der Aufnahme in der Inneren Medizin in adäquater psychotherapeutischer Behandlung. Die meisten psychischen Störungen werden aber auch während der stationären internistischen Behandlung nicht diagnostiziert und adäquat therapeutisch versorgt. Arolt (1997) schätzt, dass lediglich 2,6 Prozent der internistischen und chirurgischen Patienten mit behandlungsbedürftigen somatoformen Störungen (ICD-9 306, 316) vom Konsiliardienst psychiatrisch untersucht werden (im Vergleich zu einer tatsächlich konsiliarisch untersuchten Patientengruppe). Somit muss im stationären Bereich nach wie vor von einer Unter- und Fehlversorgung ausgegangen werden, während sich die Situation im ambulanten Bereich deutlich verbessert hat. Inzwischen sind ca. 15000 Psychotherapeuten bundesweit in der ambulanten Versorgung tätig und führen jährlich knapp eine Million Behandlungsepisoden durch (Bundesamt für Statistik).

Vergleichsstudien zur Prävalenz psychischer Störungen

In einer medizinischen Universitätsklinik waren beispielsweise 49,2 Prozent der 67 internistischen Patienten (36 männlich und 31 weiblich) psychisch belastet (Künsebeck et al., 1984). Anhand von standardisierten Fragebögen wurden Ängste, Depressivität, Aggressivität und nervöse Spannungen erhoben. Allerdings lassen sich aus Fragebogenerhebungen keine Diagnosen erschließen. Dabei konnte bei den Patientinnen ein Überwiegen der Beschwerden festgestellt werden. Bei Patienten aus der Unterschicht zeigte sich ein vermehrtes Vorliegen von psychischen Problemen. Vom Liaisondienst der Klinik wurden von den psychisch auffälligen Patienten nur 10 Prozent an die Psychosomatik überwiesen, während 90 Prozent keine psychologischen Behandlungen erhielten. Die Folge einer fehlenden Behandlung können längere Liegezeiten und häufigere Krankenhausaufenthalte sein.

Margraf et al. (1990) untersuchten 210 nichtpsychiatrische Patienten einer internistisch-psychosomatischen Fachklinik anhand eines strukturierten Interviews für DSM-III-R sowie mittels Fragebogen (SCL-90-R, BDI, STAI-T, SISS) auf ihre psychischen Störungen. Fast

dreiviertel der Patienten hatten so starke psychische Beschwerden, dass sie die Diagnosekriterien des DSM-III-R erfüllten. Die Mehrzahl davon hatte mehr als eine Störung. Am häufigsten waren Angststörungen (40%) und Depressionen (10%) oder eine Kombination aus beidem (22%). Nach Ansicht der Autoren zeigt sich hier ein großer Bedarf an Erkennung und Behandlung psychischer Störungen auf internistischen Stationen.

Arolt et al. (1995) führten Untersuchungen bei 200 internistischen und 200 chirurgischen Patienten auf das Vorliegen psychischer Störungen durch. Die Punktprävalenz betrug 46,5 Prozent, wobei die häufigsten Krankheitsgruppen organische Psychosynndrome, depressive Störungen und Alkoholerkrankungen waren. In der Verteilung der Diagnosen zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Patienten der beiden Fachabteilungen. Bei etwa dreiviertel der Patienten war aus Sicht der Untersucher eine psychotherapeutische Behandlungsnotwendigkeit gegeben. Während einer Studie, die über drei Monate in Österreich von Simhandl et al. (2003) durchgeführt wurde, gaben etwas mehr als die Hälfte (53,5%) aller befragten Patienten einer internistischen Station eine seelische Komponente als eine wichtige Ursache ihrer Erkrankungen an. Herzog et al. (2003) berichten über eine einjährige Studie an internistischen Patienten einer Universitätsklinik. Bei dieser Studie konnte eine psychische Komorbidität von 35,6 Prozent festgestellt werden, wobei es sich in 13 Prozent um eine Hauptdiagnose und in 22,6 Prozent um eine Nebendiagnose handelte. Friederich et al. (2002) betont bei derselben Studie die durch die Komorbidität deutlich verlängerten Liegezeiten von durchschnittlich einer Woche im Vergleich zu den Liegezeiten rein internistischer Patienten. Schneider et al. (2011) belegen in ihrem Studienvergleich die Notwendigkeit umfassender Untersuchungen von psychosomatischen Störungen bei Patienten im höheren und hohen Alter, da auch dort deutliche Prävalenzen festzustellen sind.

Vergleichsstudien zu integrierten Ansätzen

Auf die speziellen psychosozialen Belastungen, die durch die Krankenhausaufnahme entstehen, hat Schmeling-Kludas (1991) aufmerksam gemacht. Auf die positiven Auswirkungen einer integrierten Psychosomatischen Medizin auf die Krankheitsverarbeitung haben in der Medizinischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Ochsenzoll in Hamburg Schmeling-Kludas und Fehrs (1997) hingewiesen. Patienten gaben für das psychosomatische Versorgungskonzept eine hohe Behandlungszufriedenheit an (Schmeling-Kludas, 1995a, 1997). Verglichen wurde die Krankheitsbewältigung von 60 Patienten, die nach internistisch-psychosomatischem Versorgungskonzept behandelt wurden, mit der von 60 traditionell internistisch behandelten Patienten. Die internistischen Patienten mit integrierter

psychosomatischer Behandlung fühlten sich im Verlauf weniger emotional durch ihre Krankheiten beeinträchtigt und besser von den Ärzten bei der Krankheitsbewältigung unterstützt als die rein internistisch behandelten Patienten.

Hahn et al. (1991) haben in Heidelberg über zehn Jahre lang Erfahrungen in der internistischen Psychosomatik gesammelt und die Entwicklungen vom „Drei-Stufen-Modell“ und „Ulmer Modell“ zum „Zwei-Stufen-Modell“ beschrieben. Eine „Innere Ambulanz“ arbeitete dort als Konsiliar- oder Liaisondienst, die Visiten waren patientenorientiert. Unterstützend für die Integration von Somatik und Psychologie waren die Balintgruppen für Ärzte sowie das ärztliche Rotationssystem, das eine fachübergreifende internistische Ausbildung erlaubte.

Deter (1986) zeigt anhand der Inanspruchnahme psychosomatischer Dienste in den Jahren 1982-84 die unterschiedlichen psychosomatischen Versorgungsmöglichkeiten in einer Medizinischen Klinik. Verglichen wurden konsiliarisch betreute Patienten, Patienten im Liaisondienst und Patienten einer integriert psychosomatischen Station. Hierbei zeigte sich eine deutlich höhere Inanspruchnahme der psychologischen Hilfestellung im Liaisondienst im Vergleich zum Konsiliardienst. Bei etwa 25 Prozent der internistischen Patienten waren psychische Auffälligkeiten festgestellt worden. Deter schließt daher auf eine Unterversorgung anderer Fachrichtungen und die Notwendigkeit der Einrichtung von integrierten Liaisondiensten für internistische Stationen.

Hermann et al. (1991) führten eine Studie an Patienten einer kardiologischen Akutklinik durch, um den Einsatz der deutschen Version der „Hospital Anxiety and Depression“ HADS-Skala zu testen. Bei Herzpatienten mit KHK bleibt oft eine begleitende Herzneurose unerkannt. Durch die HADS-Skala soll die Differenzierung zwischen organischer und funktioneller Beschwerdeursache erleichtert werden. Es wurden erhöhte Werte für Ängste (20,8%) und Depressionen (23,9%) festgestellt, die relativ unabhängig von physischen Befunden auftraten. Patienten mit erhöhten Angstwerten zeigten signifikant längere Krankenhausaufenthalte. Die zwölf-monatige Beobachtung von depressiven Patienten ergab ein zweieinhalbfach erhöhtes Sterberisiko für diese Gruppe.

Fliege et al. (2002) berichten über den Verlauf stationärer psychosomatischer Behandlung von 1829 katamnestisch befragten Patienten der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik der Charité Berlin, von denen 712 den Fragebogen zurücksandten. Von diesen Patienten wiesen 67,3 Prozent Diagnosen auf somatischer wie auch psychosozialer Ebene auf. Über 60 Prozent der Patienten gaben an, nach dem psychosomatischen Therapieangebot eine langfristige Verbesserung und Stabilisierung der seelischen Lage zu ver-

spüren. Zastrow et al. (2009) verglichen in einer Studie die Behandlungsergebnisse depressiver Patienten einer internistischen und einer internistisch-psychosomatischen Station. Es zeigte sich eine stärkere Verbesserung bei den internistisch-psychosomatisch behandelten Patienten.

Inanspruchnahmeverhalten

In Schleswig-Holstein (2,7 Mio Einwohner) wurde von Driessen et al. (1996) eine Studie zur psychotherapeutischen Versorgung der erwachsenen Normalbevölkerung durchgeführt. Anhand von Fragebogen, die an alle ärztlichen (n=242) und psychologischen (n=45) Psychotherapeuten Schleswig-Holsteins gesandt wurden, sollte die Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie festgestellt werden. 54,7 Prozent der Fragebogen wurden zurückgesandt. Innerhalb eines Jahres waren 8310 Erwachsene (0,31% der Bevölkerung) psychotherapeutisch behandelt worden, wobei die Behandlungsprävalenzen aufgrund unterschiedlicher regionaler Gegebenheiten wie Bildungsstand und Wohnort sowie unterschiedlicher psychotherapeutischer Versorgungsdichte zwischen 3,9 Prozent und 31,6 Prozent differieren.

In der Nachfolgestudie der Mannheimer epidemiologischen Untersuchung von Schepank (Schepank, 1982) nahmen rund 35 Prozent einer psychisch erkrankten Großstadt-Stichprobe das Angebot einer ambulanten Psychotherapie an, sofern sie entsprechend motiviert wurde. Relevante Variablen einer positiven Psychotherapieakzeptanz sind bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, zum Beispiel kommunikative Offenheit oder aggressive soziale Kontrollansprüche, soziale Isolation und Kränkungsschutz (Franz, 2000).

Nach Untersuchungen von Häfner et al. schwanken die psychotherapeutischen Behandlungen bei den älteren Patienten die Zahlen zwischen weniger als 1 Prozent bis etwa 5 Prozent (Häfner, 2007).

Die Einflussfaktoren auf die Bereitschaft, sich unter stationären Bedingungen psychotherapeutisch behandeln zu lassen, sind weitgehend unbekannt. Speziell zur Frage der Akzeptanz gegenüber einem psychotherapeutischen Angebot innerhalb einer internistischen Klinik bei bestehenden psychischen Beschwerden und expertenbeurteilter Therapieindikation gibt es keine epidemiologisch fundierten Erkenntnisse (Janssen et al., 1999). Auch gibt es bisher nur wenige Darstellungen von psychosomatischen Versorgungsketten und noch weniger empirische Ergebnisse (Dahlbender, 2000). Potreck-Rose geht davon aus, dass die Inanspruchnahme in ein komplexes Netzwerk eingebettet ist und beschreibt die strukturelle

Einbettung des Entscheidungsprozesses als eine Interaktion von Versorgungssystem und Struktur der Versorgungsangebote (Potreck-Rose, 1994).

Um psychosomatische Beschwerden bei einem Patienten festzustellen und einer Chronifizierung entgegenzuwirken, bedarf es in der Regel vieler Arztbesuche, und der Weg zu einer angemessenen Psychotherapie führt oft auf Umwege oder gar Irrwege (Kächele, 2000). Bis zur psychosomatischen Diagnose und Ursachenklärung ist daher eine gut funktionierende Versorgungskette von großer Bedeutung.

Die Einführung von Erkennungsverfahren für psychosomatische Beschwerden und psychische Störungen im stationären Bereich setzt zu allererst ein Problembewusstsein bei den behandelnden Stationsärzten voraus. Nach einer Umfrage unter Klinikärzten und Klinikärztinnen beschreibt Schleberger-Dein (1994) ein beachtliches psychosoziales Problembewusstsein besonders unter den jüngeren Stationsärzten. Allerdings schätzten die meisten von ihnen die Häufigkeit psychosomatisch mitbedingter Erkrankungen zu niedrig ein. Die psychosomatische Versorgungssituation wurde von den Ärzten als sehr unbefriedigend beurteilt, weshalb der Wunsch nach Unterstützung durch einen Konsiliardienst geäußert wurde. Allerdings ist in der Regel die personelle Ausstattung eines Konsiliar-/ Liaisondienstes selbst in universitären Einrichtungen selten so gut, dass solche therapeutischen Notwendigkeiten umgesetzt werden können. Denn wenn die berichteten Zahlen ernst genommen werden sollen, müssten auf drei somatisch tätige Ärzte ein Psychosomatiker kommen. So wird die Psychotherapie und Psychosomatik auch als das schwächste Glied in der stationären, medizinischen Versorgung bezeichnet (Pontzen, 1996).

Die psychosomatische Versorgungskette setzt sich zusammen aus dem Hausarzt, niedergelassenen Fachärzten, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychologen, Psychotherapeuten, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Akutkrankenhäusern und Fachkliniken (psychosomatische Kliniken, psychiatrische Kliniken, Suchtkliniken) sowie Stationen mit Konsiliardienst; integriert arbeitende Innere Stationen haben nach wie vor Seltenheitswert.

Der Hausarzt als erster Ansprechpartner spielt eine zunehmend weichenstellende Rolle in der psychosomatischen Versorgungskette. Er kann durch frühes Erkennen von Störungen und zeitiges Behandeln durch Erstgespräche und Therapieempfehlungen entscheidend zum Therapieverlauf beitragen. Die Überweisung zum Facharzt oder Psychologen wie auch Klinikeinweisungen in spezialisierte Häuser oder Kliniken mit integrierter Psychosomatik erfolgt in der Regel bei den Kassenpatienten durch den behandelnden Hausarzt.

Die psychosomatische Behandlung im Krankenhaus kann in der Regel nicht ambulant, sondern nur teilstationär oder stationär erfolgen.

Mit der Schaffung des Facharztes für psychotherapeutische Medizin und der Umbenennung in „Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ wurde der Notwendigkeit einer kompetenten psychischen Behandlung ambulanter und stationärer Patienten Folge geleistet. Schon 1967 wurden die Psychotherapierichtlinien erarbeitet, die Qualifikationsvoraussetzungen für Ärzte und Psychologen festlegen (Lieberz, 1996) und somit zur Qualitätssicherung beitragen. Durch die Darstellung des Begriffs der psychosomatischen Grundversorgung erfährt das ärztliche Gespräch mit dem Patienten eine neue Aufwertung und Bedeutung (Tress, 1997).

Versorgungskette in Stuttgart

Im Stadtgebiet Stuttgart praktizierten zum Zeitpunkt der Studie 282 Allgemeinärzte, 53 ärztliche Psychotherapeuten und 56 Psychiater (Landesamt für Statistik Baden-Württemberg, 2000). In den Kliniken im Großraum Stuttgart stehen desweiteren über 350 Betten für stationäre Therapiemöglichkeiten bereit.

Psychosomatik in der allgemeinärztlichen Praxis beinhaltet das Erkennen des Problems und gegebenenfalls therapeutische Ansätze wie Gesprächstherapie, Krisenintervention, Familientherapie sowie die eventuell notwendige Weiterleitung zu einem niedergelassenen Spezialisten oder in die Klinik.

Versorgungsmodelle

Die für diese Studie relevante Integrierte Behandlung unterscheidet sich deutlich von anderen Behandlungsmodellen.

In einigen Kliniken wird die Betreuung psychosomatischer Patienten nach dem Konsil- oder dem Liaisonmodell praktiziert (von Uexküll, 1992):

Beim Konsiliardienstmodell betreut ein konsiliarisch tätiger Arzt oder Psychologe bei Bedarf auf Anforderung des Stationsarztes hin einzelne Patienten auf ihren jeweiligen Stationen. Er stellt Diagnosen, erteilt Therapieempfehlungen und vermittelt Patienten in entsprechend spezialisierte Einrichtungen. Des Weiteren führt er bei Bedarf Kriseninterventionen durch.

Der Nachteil ist, dass der konsiliarisch tätige Arzt nur die vom Stationsarzt ausgewählten Patienten visitiert. Dies birgt die Gefahr, dass ein unerfahrener oder psychosozial schlecht ausgebildeter Stationsarzt therapiebedürftige Patienten „übersieht“ und nicht dem Konsiliararzt vorstellt. So werden durchschnittlich nur 1 bis 4 Prozent der Fälle dem stationsfernen Konsiliardienst zur Mitbetreuung vorgestellt (Köhle et al., 1997).

Beim Liaisonmodell ist ein psychosomatisch tätiger Arzt auf den somatischen Stationen regelmäßig bei Visiten und Konferenzen anwesend und dadurch in das Stationsteam integriert. Vom Aufnahmetag an betreut er Patienten mit und berät sowohl die Patienten wie auch das Team hinsichtlich der Beziehungsebene. Der Liaisondienst ist dem Stationsalltag näher als der Konsiliardienst und kann dadurch eine höhere Anzahl an therapiebedürftigen Patienten herausfiltern und beraten. Dadurch können immerhin 11 Prozent der Patienten vom Liaisondienst mitbetreut werden (Köhle et al., 1997). Die Betreuung hat den Vorteil, dass durch den häufigeren Kontakt auch stationär entwickelte psychische Probleme schneller erkannt und entsprechende Interventionen eingeleitet werden können.

Das von Köhle und seinen Mitarbeitern (1979, 1981) entwickelte Ulmer Modell praktizierte das Liaisondienstmodell und etablierte eine internistisch-psychosomatische Krankenstation, in der besonderer Wert auf die Beziehung zwischen Patient und Stationsteam gelegt wurde. Das psychotherapeutische patientenorientierte Setting prägte besonders die ärztlichen Visiten, wobei die Beziehung von Schwestern und Ärzten zum Patienten eine bedeutende Rolle spielte.

Im Gegensatz zu den weiter oben genannten Konsilmodellen spielt bei der Integrativen psychosomatischen Behandlung die psychische Komponente eine ebenso wichtige Rolle wie die somatische. Auf eventuelle psychische Probleme wird durch psychosomatisch ausgebildete Ärzte bei jeder Visite geachtet und hingewiesen. Notwendige therapeutische Ge-

sprache können unverzüglich begonnen werden, ohne dass ein Spezialist hinzugezogen werden muss. Das ebenfalls psychologisch geschulte Pflegepersonal und regelmäßige Konferenzen dienen der Früherkennung versteckter oder auch offensichtlicher psychosomatischer Probleme.

Integrierter psychosomatischer Ansatz im Bürgerhospital Stuttgart

Um der Notwendigkeit einer verstärkt psychosomatisch diagnostizierenden und therapierenden Medizin nachzukommen, wurde in der Medizinischen Klinik 2 im Januar 2000 die Abteilung für Psychotherapeutische Medizin offiziell eröffnet. Nach dem Konzept der integrativen internistischen Abteilung, das gleichzeitig internistische Akutmedizin und Psychosomatische Medizin beinhaltet, wurde in der Klinik jedoch schon seit 1992 gearbeitet. Die internistische Behandlung umfasst die Basistherapie der Allgemeinen Inneren Medizin einschließlich instrumenteller Untersuchungsmethoden wie Sonographie, Radiologie, Endoskopie, CT und NMR. Schwerpunkte bilden desweiteren die Rheumatologie und Naturheilverfahren. Die Psychosomatische Medizin bietet zusätzlich zum breiten internistischen Behandlungsspektrum patientenzentrierte Visiten und psychotherapeutische Angebote. Dazu gehören die Biographische Anamnese bei der Aufnahme und gegebenenfalls Krisenintervention, Gesprächstherapie, Entspannungsverfahren nach Jacobson, Musiktherapie, Kunsttherapie, Gruppentherapie, Paargespräche, Familiengespräche, Physikalische Therapie, Medikamentöse Therapie, Sozialberatung, Klinikseelsorge, Ernährungsberatung, Bibliothek, Psychosoziale Konferenz sowie Naturheilverfahren. Da sich die verschiedenen Therapieformen untereinander ergänzen können, sind Therapiekombinationen möglich und üblich.

Zur psychosomatischen Therapie gehören neben Aufklärung, emotionaler Unterstützung und Gesprächen mit den Angehörigen auch die Förderung von Krankheitseinsicht bei psychogenen Störungen oder Suchtkrankheiten, Sterbebegleitung sowie die Motivation zu weiterführenden psychosozialen Maßnahmen im ambulanten Bereich. Dabei besteht das therapeutische Stationsteam aus Ärzten, Pflegepersonal, Physiotherapeuten, Sozialarbeitern, Klinikseelsorgern, Musik- und Kunsttherapeuten.

Des Weiteren kooperieren insbesondere die Psychiatrische Klinik und eine Psychologische Abteilung mit der Medizinischen Klinik 2. Eine internistische Intensivstation mit 14 Betten ist an die Medizin 2 mit 84 Betten angegliedert. An jedem dritten Tag besteht Notfallaufnahmepflicht für den Stuttgarter Großraum. Zwei Drittel der Patienten bezieht das internistische Akutkrankenhaus somit über die Notfallaufnahme.

Die Ärzte der M2 sind neben ihrer internistischen Tätigkeit als Internisten oder in internistischer Weiterbildung zugleich psychosomatisch tätig: In klinikinternen Teambesprechungen finden problemorientierte interdisziplinäre Patientenvorstellungen statt, an denen Stationsärzte, Schwestern und Therapeuten teilnehmen. In diesen findet sowohl Erfahrungsaustausch als auch eine gemeinsame Lösungssuche zu geschilderten komplexen Fällen statt. Im Rahmen der täglichen Visite wird besonders auf die psychosomatische Komponente geachtet und auf mögliche Therapieansätze aufmerksam gemacht. Die Visite wird dabei als wichtiger Kontakt zwischen Arzt und Patient betrachtet, da ohne patientenbezogene Visite die Gespräche mit nur wenigen Minuten Dauer zu kurz kommen (Häuser, 1999). Entsprechende Psychotherapieformen werden vor Ort angeboten, so auch Einzelgespräche mit dem betreuenden Arzt (nähere Darstellung der Struktur bei Schmeling-Kludas u. Wedler, 1997; Wedler, 1994).

Schwierigkeiten bei der Durchführung einer integrierten Psychosomatik

Die Einführung einer integrierten Psychosomatik bietet hinsichtlich Patienten und dem Stationsablauf Vorteile: Der Arzt kennt die Patienten gut durch die regelmäßigen Visiten und hat damit einen selbstverständlicheren Umgang mit den psychosomatischen Störungen als ein hinzugezogener Konsiliarius. Durch ein psychosomatisches Konzept steigt auch die Aufmerksamkeit des Pflegepersonals im Hinblick auf psychische Störungen, die sonst vielleicht unerkannt blieben. Ein weiterer positiver Effekt zeigt sich bereits bei der stationären Aufnahme: Die (Mit-) Behandlung der psychischen Beschwerden erleichtert dem Patienten einen normalen Umgang mit der Krankheit und verkürzt so die langen Umwege. Die Einbettung psychosomatischer Denk- und Handlungsansätze unmittelbar in den Arbeitsablauf einer internistischen Akut-Klinik trägt dazu bei, die ‚individuelle Wirklichkeit‘ (von Uexküll, 1979) des betreuten internistischen Patienten genauer zu erfassen.

Einige Nachteile sind natürlich andererseits auch zu beachten. So ist die Diagnostik und Behandlung von psychosozialen Problemen vom Wissensstand und der psychosozialen Kompetenz des jeweils behandelnden Arztes abhängig. Ein unerfahrener Arzt übersieht eventuell trotz guter Ausbildung psychosomatische Symptome bei der Aufnahme der Patienten. Die unkalkulierbaren Alltagsgeschehnisse auf Station beschränken noch zusätzlich die Zeit für ausführliche Gespräche mit Patienten und Angehörigen.

Die Sparmaßnahmen haben noch weitere Folgen. Durch kurzzeitige Verträge müssen immer wieder neue Kollegen eingearbeitet werden. Bei dem häufigen Mitarbeiterwechsel ist

es nicht einfach, den Zusammenhalt und das Vertrauen innerhalb des Stationsteams aufrechtzuerhalten.

Dadurch kommt es zu einer hohen Belastung des einzelnen Mitarbeiters. Durch die zweifache Identität als Internist mit naturwissenschaftlicher Ausbildung und Arzt für Psychosomatik mit anthropologischem Denkansatz besteht sowieso bereits eine Doppelbelastung für die Stationsärzte. Manchmal fühlen sie sich auch von den Psychologen oder Psychiatern nicht ernst genommen oder hinterfragen gerade in einer Identitätskrise ihre Rolle als beobachtender Begleiter. Zusätzliches Personal aufgrund der Doppelbelastung bei der Verwaltung durchzusetzen ist in vielen Häusern allerdings kein leichtes Unterfangen.

1.4 Fragestellung und Ziele

In der im Folgenden beschriebenen Evaluationsstudie wird untersucht, wie sich eine internistische Akutklinik mit integriertem psychosomatischem Angebot in das Versorgungsnetz für psychosomatisch Erkrankte in einer Großstadt wie Stuttgart einfügt.

Das Ziel der Studie war der Vergleich zweier Kliniken in ihrer Wirksamkeit.

Dabei wird untersucht, inwiefern sich die unterschiedlichen Therapieansätze einer inneren integriert arbeitenden psychosomatischen Station und die einer konventionellen inneren Station am Bürgerhospital Stuttgart auf die Patienten auswirken und inwiefern sich die Diagnosen bei Aufnahme und Entlassung unterscheiden. Des Weiteren wird die durch psychische Erkrankung bedingte Einschränkung der Patienten mittels des Beeinträchtigungsschwerescores nach Schepank (BSS) bei Aufnahme und Entlassung bewertet, um mögliche Unterschiede darstellen zu können. Analog dazu sollten die Beschwerden in der Selbstbeurteilung des Patienten mit dem Fragebogen SCL-90-R bei der Aufnahme und Katamnese verglichen werden. Das letzte Vorhaben konnte wegen der niedrigen Rücklaufquote bei der Katamnese nicht realisiert werden.

Mit dieser Studie wollten wir untersuchen und darstellen, wie häufig psychische Beschwerden bei internistischen Patienten vorliegen. Wichtige Fragestellungen waren für uns dabei, ob psychosomatische Störungen an eine bestimmte Altersgruppe gebunden auftreten und ob sich auch bei kurzen stationären Aufenthalten therapeutische Effekte erzielen lassen.

Zur Realisierung dieser Studie war die räumliche Nähe der beiden zu vergleichenden Stationen ideale Voraussetzung. Die vorausgehende Überlegung seit Einführung der integriert

psychosomatisch arbeitenden Station war, dass durch eine differenzierte psychische Diagnostik das Erkennen von psychosomatischen Symptomen möglich und besser therapierbar ist. Durch die stationären Therapiemöglichkeiten soll sich die Wirksamkeit der internistischen Behandlung erhöhen und möglicherweise der Weg zur ambulanten Psychotherapie gewiesen werden.

2. PATIENTEN, MATERIAL UND METHODEN

Setting

Das untersuchende Team bestand aus drei Ulmer Doktorandinnen, einschließlich der Autorin dieser Arbeit, die gemeinsam in Stuttgart die Studie mit unterschiedlichen Fragestellungen für eine Doktorarbeit durchgeführt haben.

Das Stuttgarter Bürgerhospital ist ein Krankenhaus der Maximalversorgung und Akutversorgung im Zentrum Stuttgarts.

Jeder dritte Tag ist Notfallaufnahmetag am Bürgerhospital, wodurch etwa zwei Drittel der Patienten über die Notaufnahme ins Krankenhaus gelangen und entsprechend auf die Stationen verteilt werden. Das Bürgerhospital beherbergte zum Zeitpunkt der Studie drei internistische Kliniken mit insgesamt 10 Stationen: die Medizinische Klinik 3 (M3) für klinische Geriatrie und Stoffwechselerkrankungen, die Medizinische Klinik 2 (M2) für internistische Psychosomatik und die Medizinische Klinik (M1) für Hämatologie und Onkologie. Alle drei Kliniken hatten neben ihren Schwerpunkten die Aufgabe der allgemeininternistischen Versorgung. Des Weiteren gehörten eine neurologische Klinik mit Stroke Unit, eine neurologische Praxis für Epileptologie, eine Unfall- und Gefäßchirurgische Klinik, eine Intensivstation, eine Psychiatrische Klinik, eine selbständige Abteilung für klinische Psychologie und eine angegliederte Praxis für Physiotherapie zum Bürgerhospital.

In der vorliegenden Studie richtete sich das Augenmerk auf die internistischen Stationen M2 und M3 mit ihren unterschiedlichen Therapieansätzen. Während auf der M3 konventionelle innere Medizin die Therapiegrundlage bildet, wird auf der M2 nach integriert-psychosomatischen Gesichtspunkten behandelt. An Notaufnahmetagen werden die Patienten entsprechend den Einweisungsgründen, aber auch je nach Vakanzen auf die unterschiedlichen internistischen Stationen verteilt. Daher kommt es zu einer Durchmischung des Patientengutes auf den Stationen und einer daraus resultierenden guten Vergleichbarkeit für die Evaluationsstudie.

Vor Beginn der Studie lag das Projekt einer unabhängigen Ethikkommission zur Beratung vor. Nach dem positiven Votum wurde in einer Pilotuntersuchung vom 15. Mai 2000 bis 28. Mai 2000 die Praktikabilität des Vorgehens getestet und die angewandten Methoden als durchführbar bewertet.

Die Hauptstudie, über die hier berichtet wird, fand vom 19. Juni 2000 bis 19. März 2001 statt. In diese Verlaufsbeobachtung wurden im Rahmen der stationären Behandlung in der Medizinischen Klinik 2 und Medizinischen Klinik 3 des Bürgerhospitals Stuttgart alle Pa-

tientinnen und Patienten mit neu aufgetretenen oder schon bekannten internistischen Erkrankungen aufgenommen.

Die katamnestische Untersuchung fand sechs Monate nach der Entlassung der Patienten in schriftlicher Form mittels eines Fragebogens statt. Dieser wurde den Patienten mit der Bitte um Ausfüllen und Rücksendung zugeschickt.

Schon hier darf vorausgeschickt werden, dass die extrem niedrige Rücklaufquote an der Medizinischen Klinik 3 keine vergleichenden statistischen Analysen erlaubte.

2.1 Patientenkollektiv

Patientenstichprobe

Für die vorliegende Studie waren für uns diejenigen Patienten von Interesse, die an Tagen mit Notaufnahmepflicht auf die M2 oder M3 aufgenommen wurden.

Nach der Aufnahmeuntersuchung wurden sämtliche Patienten einer von zwei Kategorien zugeteilt. Ein Patient mit behandlungsbedürftigen somatischen Beschwerden wurde als „Somatischer Patient“ (S-Patient) geführt, und ein Patient, bei dem eine behandlungsbedürftige psychische Störung als Ursache für somatische Beschwerden diagnostiziert wurde, als „Psychosomatischer Patient“ (P-Patient).

Bei den 1806 Patientinnen und Patienten mit internistischen und/oder psychosomatischen Erkrankungen handelte es sich um 797 (44,1%) Patienten und 1009 (55,9%) Patientinnen.

Die 1806 Patientinnen und Patienten wurden nach der ICD10-Klassifikation (ICD10, 1999) kodiert. Zu einem Ausschluss von der Studie führten schwere organische Hirnleistungsstörungen sowie psychiatrische Erkrankungen, die bei der Aufnahme oder im stationären Verlauf diagnostiziert wurden. Aus diesem Grund wurden 16 der 1822 Patientinnen und Patienten mit internistischer Erkrankung nicht in die Studie aufgenommen.

Behandlungsteam

Das *Ärzteteam* bildeten in den medizinischen Kliniken M2 und M3 pro Station ein interner Oberarzt, drei bis vier Assistenzärzte in Weiterbildung sowie Ärzte im Praktikum in Vollzeitbeschäftigung. Die Ärzte der M2 befanden sich häufig in der Weiterbildung zum Facharzt für psychosomatische Medizin, während die Ärzte der M3 eher einen internistischen Hintergrund hatten. Hinzu kamen eine wechselnde Anzahl Medizinstuden-

ten, die im Rahmen des Praktischen Jahres oder einer Famulatur zeitweise auf den internistischen Stationen arbeiteten.

Wöchentlich fanden in der M2 psychosoziale Teamkonferenzen statt, in denen schwierige oder interessante Fälle besprochen wurden. Diese Konferenzen dienten dem Austausch an Erfahrung, der Weitergabe von Informationen und der gegenseitigen Beratung. Durch das Gespräch konnten die an der Therapie beteiligten Personen ihre persönlichen Gedanken zum Fall mitteilen und neue Impulse aufnehmen. Es handelte sich hierbei nicht um reine Fallbesprechungen, sondern um Konferenzen mit dem Charakter einer Balintgruppe oder Supervision, durch die das Teamverständnis rund um den Patienten verstärkt werden soll.

Das Pflegepersonal der M2 nahm an den Fallbesprechungen im Rahmen der psychosozialen Konferenzen ebenfalls teil. Dadurch sollte die Möglichkeit gegeben werden, durch die patientennahen pflegerischen Beobachtungen die Krankheiten besser einschätzen zu können. Durch den täglichen Umgang mit psychosomatischen Patienten war das Pflegepersonal im Wahrnehmen von Verhaltensänderungen oder dem Neuauftreten von psychischen Störungen geschult.

Die weiteren Mitarbeiter des Behandlungsteams der M2 setzten sich aus einer Kunsttherapeutin, einer Musiktherapeutin, einem Klinikseelsorger, einem Klinikpsychologen, Physiotherapeuten und Sozialarbeitern zusammen, die ebenfalls je nach Bedarf an den Teambesprechungen teilnahmen und ihre Beobachtungen einbringen konnten.

2.2 Material

Anamnestiche und diagnostische Dokumentation

Der selbsterstellte mehrseitige Dokumentationsbogen für Patienten mit psychosomatischen Störungen erfasst soziodemographische Basisdaten einschließlich der Schulbildung, Ausbildung und des Berufs, des Familienstandes und des Arbeitsverhältnisses. Des Weiteren wird nach der Zuweisungsart, stattgefundenen Vorbehandlungen in den letzten vier Wochen und in den letzten zwölf Monaten, differenziert für das psychotherapeutische Versorgungssystem (Ort und Zeitraum der Behandlung), den Gründen für diese Behandlung, Anzahl der durchgeführten Behandlungen sowie den Krankschreibungen und Krankenhaustagen in den letzten vier Wochen und den letzten zwölf Monaten gefragt. Dazu gehörten nicht nur medizinische Hilfsangebote, sondern auch die Inanspruchnahme therapeutischer Angebote, zu denen Drogen- und Suchtberatung, psychosoziale Beratungsstellen und

Selbsthilfegruppen zählten. Des Weiteren wurden das Suchtverhalten und die momentane Suizidalität der Patienten erfragt. Für die Dokumentation der Diagnosen bei Aufnahme wie bei Entlassung waren die somatischen wie auch die psychosomatischen Hauptdiagnosen sowie die erste und zweite Nebendiagnose von Interesse. Nebendiagnosen, die im stationären Verlauf auffällig wurden, konnten nachgetragen werden.

Die Patienten mit primär somatischen Störungen erhielten einen ebenfalls selbsterstellten verkürzten Fragebogen, in den soziodemographische Daten, Krankschreibungen, Zuweisungsarten und somatische Diagnosen eingetragen wurden. Für die Diagnosenerfassung wurde ein an der ICD-10 angelehnter Diagnoseschlüssel verwendet, der nicht den vollen Umfang aufweist. Auf die Restkategorie F54 konnte verzichtet werden, da eine genaue Zuordnung unter F45 vorgenommen wurde.

Zur Fremdbeurteilung psychosomatischer Störungen verwendeten wir den Beeinträchtigungsschwerescore BSS. Für die objektive Erfassung der Beeinträchtigungsschwere aufgrund einer psychogenen Erkrankung bei Erwachsenen gilt der BSS nach Schepank (1995) als ein äußerst reliables, standardisiertes Instrument. Die Durchführungszeit des BSS liegt bei etwa drei Minuten. Er wurde bei Aufnahme und Entlassung vom Stationsarzt für den Prävalenzzeitraum der letzten sieben Tage (Punktprävalenz) geschätzt.

Die Beeinträchtigung wird auf drei Dimensionen gewichtet: körperlich, psychisch und sozialkommunikativ. Bei der körperlichen Beeinträchtigung spielen nur somatische Beschwerden eine Rolle, die eindeutig eine psychogene Ursache haben und die Lebensdynamik behindern. Die Beeinträchtigung im psychischen Bereich umfasst das Erleben des Probanden und sollte auf einer detaillierten Erhebung der Lebensdynamik mittels einer biographischen Anamnese beruhen. Die sozialkommunikative Dimension umfasst den gesamten zwischenmenschlichen Bereich einer Person sowie pathologische Verhaltensmuster. Die Einschätzung erfolgt für die drei Bereiche mit jeweils fünf Skalenstufen von 0 bis maximal 4. Die Punktwerte der drei Dimensionen ergeben ein Profil der Beeinträchtigung. Aufsummiert ergeben die Gewichtungen auf den drei Dimensionen den Gesamt-BSS. Dieser Summenwert stellt den Schweregrad der Beeinträchtigung dar und kann minimal 0 bis maximal 12 Punktwerte betragen (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Einschätzungsskala beim Beeinträchtigungsschwerescore BSS

Skalenstufen	Einzel- score	Summen- score	Inhaltsbezogene Beschreibung
gar nicht	0	0	Praktisch ohne jegliche Symptome einer psychogenen Störung
geringfügig	1	3	Eine Symptommanifestation ist in geringem Ausmaß vorhanden
deutlich	2	6	Eine Symptomatik ist unübersehbar vorhanden und führt zu einer merklichen Beeinträchtigung
stark	3	9	Eine ausgeprägte und schon erhebliche Beeinträchtigung
extrem	4	12	Die Symptomatik führt zu einer kaum noch zu überbietenden Beeinträchtigung

Als Selbstbeurteilungs-Instrument wurde für die Studie die Symptom Checklist SCL-90-R gewählt. Sie erfüllt ausreichende testpsychologische Gütekriterien, ist gut validiert, deckt ein breiteres Patientenspektrum als mögliche Konkurrenzmodelle wie der PHQ oder HADS ab, ermöglicht eine mehrfaktorielle Erfassung möglicher klinischer Symptome, den Einsatz zur Diagnosestellung und eine Veränderungsmessung (Rief et al., 1991a).

Die 90 Items umfassende Symptom Checklist SCL-90-R dient als Instrument der einheitlichen Bewertung von Veränderungen auf psychischer Ebene, beispielsweise auch nach einer Psychotherapie. Sie erfasst per Skalenbildung die Symptombelastung aus Patientensicht in Form eines Selbsteinschätzungsfragebogens (Schauenburg, 1998) und wird seit der Entwicklung einer deutschen Version in der Psychotherapieevaluation empfohlen (Fydrich et al., 1996). Die SCL-90-R wurde üblicherweise vom Patienten ausgefüllt. In Sonderfällen wie beispielsweise Sehbehinderung war es jedoch nötig, den Patienten anhand der Itemliste mündlich zu befragen und seine Antworten auf der Liste zu vermerken.

Anhand der Skala lassen sich die Auswirkungen des psychischen auf das physische Befinden und die damit verbundenen Behandlungsaussichten abschätzen (Derogatis, 1983).

Je höher der Wert, desto dysfunktionaler der Bereich.

Darüber hinaus werden drei globale Kennwerte (allgemeine psychische Belastung) ermittelt:

- GSI, globaler Schwereindex, entspricht dem Mittelwert über alle Items,

- PST, Anzahl der vorliegenden Symptome, entspricht der Anzahl positiv beantworteter Items,

- PSDI, Symptombelastung, entspricht dem Mittelwert aller positiv beantworteten Items.

Aufgrund der Fokussierung des Beurteilungszeitraumes auf sieben Tage ist die SCL-90-R zur Messung der Veränderungen im aktuellen Befinden geeignet.

Die 90 Items und die 9 Subskalen dieses Fragbogens ermöglichen eine quantitative und qualitativ-strukturelle Beschreibung der Symptomatik. Jedoch könnte diese Fülle von Items eine Ursache dafür sein, dass die Rücklaufquoten bei der katamnestischen Untersuchung sehr niedrig ausfielen. So mussten wir – zu unserem Bedauern – auf die Analysen der Veränderung mittels dieses Instrumentes verzichten.

2.3 Methoden

Prozess der Datenerhebung

In der neunmonatigen Erhebungsphase haben wir als Team von drei Doktorandinnen vor Ort gearbeitet und von Juli 2000 bis März 2001 insgesamt 1806 internistisch aufgenommene Patienten mit ihren Zuweisungsdiagnosen nach ICD-10, Vorbehandlungen, Krankenschreibungen und Zuweisungsmodi erfasst. Hierbei wurde nach Hinweisen auf psychosomatische Erkrankungen geachtet und eine dementsprechende Klassifizierung der Patienten durchgeführt.

Für alle Patienten wurde durch den Stationsoberarzt festgelegt, ob es sich bei den Neuzugängen um Patienten mit psychosomatischen Beschwerden (P-Patienten) oder um Patienten mit rein somatischen Erkrankungen (S-Patienten) handelte. Kriterien für die Kennzeichnung als psychosomatischer Patient („P“) waren dabei folgende Krankheitsbilder bei aktueller Symptomatik oder chronischer Therapiebedürftigkeit:

- Somatopsychische Erkrankung
- Psychosoziale Krise
- Somatoforme Störung
- Angststörung
- Essstörung
- Depressive Störung
- Höhergradige Persönlichkeitsstörung
- Sexuelle Devianz mit Leidensdruck

-
- Suizidalität
 - Sucht (Medikamente, Drogen, Alkohol)

Des Weiteren wurden auch somato-psychische Reaktionen wie depressive Reaktionen auf negative persönliche Umstände einbezogen, sofern diese als behandlungsbedürftig angesehen wurden.

Eine nachträgliche Änderung der Gruppenzugehörigkeit war möglich, falls sich dies im Verlauf des stationären Aufenthaltes als notwendig herausstellte. Eine poststationäre Zuweisung zu einer Gruppe erfolgte beispielsweise, falls Patienten nur wenige Stunden stationär blieben und eine psychosomatische Diagnose im Entlassungsbrief erschien.

Die Stationsärzte waren anhand von Rater-Seminaren in die Beurteilung der Beschwerden nach dem Beeinträchtigungsschwerescore (BSS) eingeführt worden und stuften jeden Patienten entsprechend seiner momentanen Beeinträchtigung ein. Patienten, die in die Kategorie „P-Patient“ eingestuft worden waren, wurden nach einem ersten Gespräch gefragt, ob sie bereit wären, an der Studie teilzunehmen. Dazu erhielten sie ein Informationsblatt sowie eine Einwilligungserklärung und Datenschutzgarantie. Die Patienten wurden von den Doktorandinnen aufgeklärt, dass die Teilnahme eine Befragung bei Aufnahme, bei Entlassung und zum festgesetzten Katamnese-Zeitpunkt beinhaltet. Danach wurden sie von den Untersucherinnen zur Datenerhebung persönlich interviewt und füllten anschließend selbstständig den SCL-90-R-Fragebogen aus.

Zum Entlassungszeitpunkt fand durch den gleichen Stationsarzt ein erneutes BSS-Rating statt, um die Beeinträchtigung zu Beginn und Ende des stationären Aufenthaltes vergleichen zu können. Außerdem wurden die Entlassungsdiagnosen im Fragebogen vermerkt und eventuell ausgesprochene Therapieempfehlungen sowie stattgehabte Therapiestunden eingetragen. Bei der Entlassung haben wir aus praktischen Zeitgründen die Erhebung des SCL-90-R-Fragebogens nicht geplant. Stattdessen war seine Ausführung für die Katamnese geplant.

In dem verkürzten Fragebogen der somatischen Patienten wurden nur die Entlassungsdiagnosen eingetragen.

Bei der Zuweisungsart wurden die Zuweisungen durch den Facharzt für Allgemeinmedizin und den praktischen Arzt unter „Allgemeinmediziner“ zusammengefasst.

Katamnese

Im Rahmen der Katamneseuntersuchung wurden die P-Patienten sechs Monate nach ihrer stationären Entlassung angeschrieben und gebeten, einen Fragebogen und einen erneut ausgefüllten SCL-90-R zurückzusenden. War nach vier Wochen keine Antwort eingetroffen, wurden entsprechend der Empfehlung von Reuband und Blasius (1996) und Diekmann (2000) zwei Erinnerungsschreiben im Abstand von vier Wochen versandt.

In dem Fragebogen wurden das Patientenalter, der Bildungsstand, erneute Klinikaufenthalte seit der Entlassung aus dem Bürgerhospital, Hausarztbesuche, Krankschreibungen, die Umsetzung der Therapieempfehlungen und andere Weiterbehandlungen erfasst. Wenn die empfohlene Weiterbehandlung nicht erfolgt war, wurde nach den Gründen hierfür gefragt. Desweiteren sollten die Patienten ihre Behandlung im Bürgerhospital nach dem Schulnotensystem mittels Notenvergabe von eins bis sechs bewerten, wobei eins für „sehr gut“ und sechs für „ungenügend“ stand.

Wie bereits erwähnt, ermöglichten die geringen Rücklaufquoten keine sinnvolle Untersuchung der Katamnesedaten. Zentraler Punkt unserer Auswertung war daher der Vergleich der BSS-Einschätzung bei Aufnahme und Entlassung.

Datenauswertung / Statistik

Die statistischen Analysen wurden mit dem Softwarepaket IBM SPSS 19 berechnet.

Für alle Tests wurde das zweiseitige Signifikanzniveau $\alpha = 0,05$ verwendet.

Exakter Binomialtest: Bei den untersuchten Variablen, bei denen eine Normalverteilung nicht angenommen werden konnte, wurde der non-parametrische Vorzeichentest (exakter Binomialtest) dem T-Test vorgezogen. Der exakte Binomialtest überprüft die Hypothese, dass sich an der gegebenen Skala mehr Patienten verbessert als verschlechtert haben.

Nullhypothese: $p_1 = p_2 = 50\%$

Alternativhypothese: $p_1 \neq p_2$.

Exakter Fisher-Test: Ergebnisse von dichotom-skalierten Outcome-Variablen ("gebessert" versus "nicht gebessert") in den Abteilungen M2 und M3 werden mittels des zweiseitigen exakten Fisher-Tests verglichen. Ergebnisse von nominal-skalierten Variablen mit mehr als zwei Kategorien werden mit dem verallgemeinerten exakten Fisher-Test verglichen.

Univariate Varianzanalyse: Parametrisch-quantitativ wurden die Verbesserungen an den Stationen M2 und M3 mithilfe eines Modells mit einem Gruppenfaktor und einem Messwiederholungsfaktor untersucht.

2.4 Ziel

Ziel der Studie war die erneute Durchführung einer 1998 in der Medizinischen Klinik 2 des Bürgerhospitals Stuttgart durchgeführten Studie (Wedler, 1999) mit 1833 Patienten. In dieser Untersuchung wurden 39,2 Prozent der Beschwerden als behandlungsbedürftige psychische oder psychosomatische Störungen eingestuft. Damit sind 1998 etwa 719 psychotherapeutisch behandlungsbedürftige Patienten gesehen worden. Aufgrund dieser Pilotuntersuchung sollte in der vorliegenden Studie die Prävalenz psychosomatischer Störungen bei internistischen Patienten abgeschätzt werden. Ein weiteres Ziel unserer Studie war es, die Wirksamkeit der therapeutischen Behandlung zu untersuchen, sowie die Veränderungen in einer herkömmlichen internistischen Klinik und einer Klinik mit integriertem psychosomatischem Schwerpunkt zu vergleichen.

3. ERGEBNISSE

3.1 Gliederung der 1806 Patienten der Medizinischen Kliniken M2 und M3

Das Kollektiv von 1806 Patienten setzt sich aus 1250 Patienten der Medizinischen Klinik 2 (M2) und 556 Patienten der Medizinischen Klinik 3 (M3) zusammen. Nach Festlegung bestimmter Ausschlusskriterien (siehe Patientenkollektiv, Material und Methoden) untergliedert sich das Kollektiv in insgesamt 586 Patienten (32%) mit psychosomatischer Erkrankung (P-Patienten) und insgesamt 1220 Patienten (68%) mit somatischer Erkrankung (S-Patienten).

Die Zusammensetzung des Patientenkollektivs ist Tabelle 2 zu entnehmen. Es zeigt sich, dass auf der Station M2 deutlich mehr Patienten als psychosomatisch eingestuft wurden als auf der M3. Der Unterschied ist statistisch signifikant.

Tabelle 2: Psychosomatisch und somatisch eingestufte Patienten auf den internistischen Stationen M2 und M3 im Zeitraum vom 19.06.2000 bis 19.03.2001

M2: Medizinische Klinik 2 mit psychosomatischem Schwerpunkt

M3: Medizinische Klinik 3

Exakter Fisher-Test: $p < .001$, zweiseitig

Klinik	psychosomatisch	somatisch	gesamt
M2	502 (40%)	748 (60%)	1250 (100%)
M3	84 (15%)	472 (85%)	556 (100%)
gesamt	586 (32%)	1220 (68%)	1806 (100%)

Bei den 586 P-Patienten handelt es sich um 457 (78%) Patienten (Pb), die von Beginn an als psychosomatisch eingestuft wurden, 67 (11%) Patienten (Px), die während des stationären Verlaufs als P-Patienten eingestuft wurden und 62 (11%) Patienten (Py), die poststationär der Gruppe der P-Patienten zugewiesen wurden.

Die Gruppe Pb von 457 von Beginn an als psychosomatisch eingestuften Patienten setzte sich aus 408 Patienten (89%) der M2 und 49 Patienten (11%) der M3 zusammen. Von den 67 Patienten in der Gruppe Px, die während ihres Aufenthaltes im Verlauf als psychosomatisch eingestuft wurden (Px), kamen 52 Patienten (78%) von der M2 und 15 Patienten

(26%) von der M3. Die Gruppe Py von 62 erst poststationär als psychosomatisch eingestuft Patienten untergliederte sich in 42 Patienten (68%) der M2 und 20 Patienten (32%) der M3 (siehe Abbildung 1).

Insgesamt wurden somit 502 Patienten (40%) auf der M2 als P-Patienten und 84 Patienten (15%) der M3 als P-Patienten eingestuft.

Diese P-Patienten erhielten nach ausführlicher Aufklärung über die Studie den SCL-90-R-Fragebogen mit der Bitte ihn auszufüllen und beim Stationsarzt abzugeben.

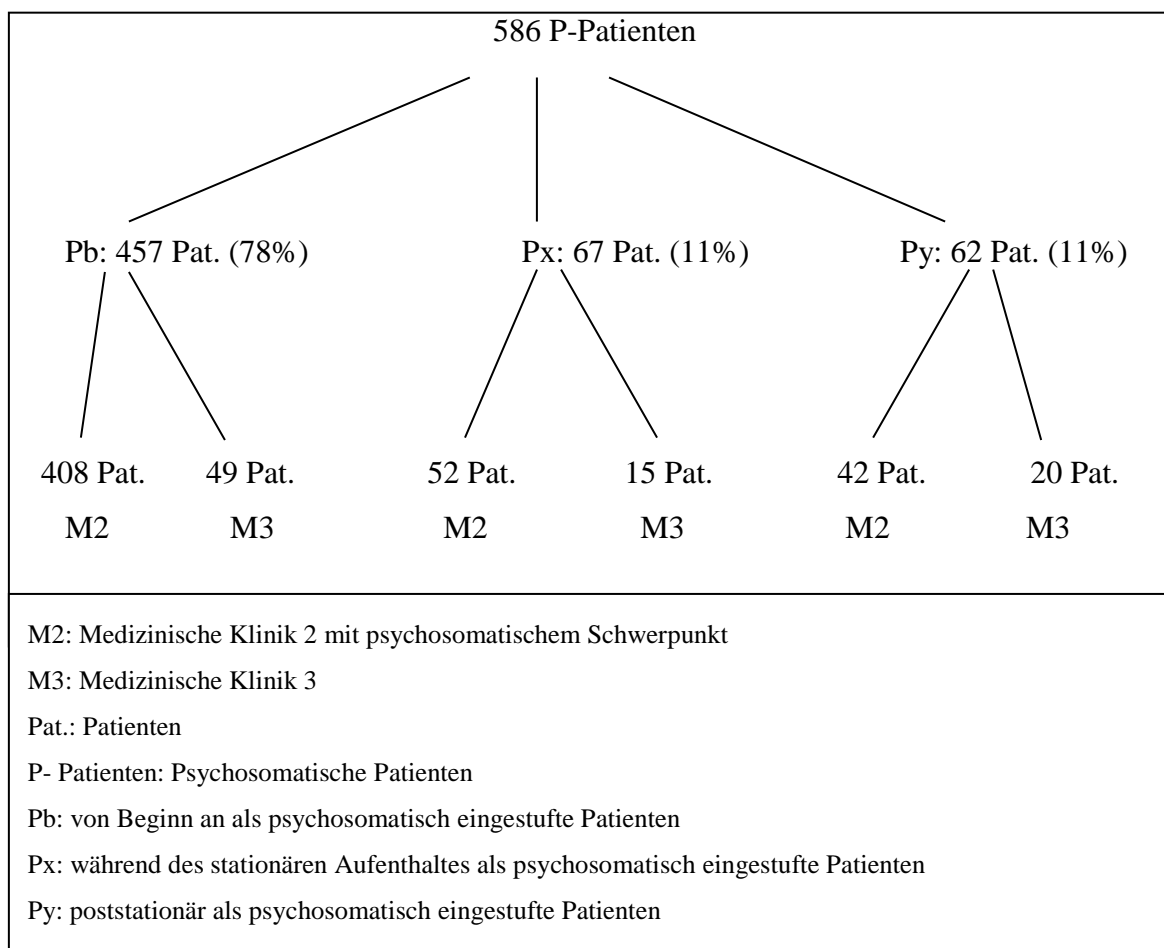


Abbildung 1: Patientenverteilung psychosomatischer Patienten auf den internistischen Stationen M2 und M3 im Zeitraum vom 19.6.2000 bis 19.3.2001

Bei den 1220 S-Patienten, die in dieser Studie nicht eingehender untersucht wurden, ist eine ähnliche Untergliederung vorgenommen worden. Bei diesen handelt es sich um 1021 (84%) Patienten (Sb), die von Beginn an als somatisch eingestuft wurden, 25 (2%) Patienten (Sx), die während des stationären Verlaufs als S-Patienten eingestuft wurden und 174 (14%) Patienten (Sy), die poststationär der Gruppe der S-Patienten zugewiesen wurden. Die Gruppe Sb von 1021 von Beginn an als somatisch eingestuften Patienten setzte sich zusammen aus 662 Patienten (54%) der M2 und 359 Patienten (29%) der M3. Die Gruppe Sx von 25 Patienten, die im Verlauf zu somatischen Patienten eingestuft wurden, setzte sich aus 21 Patienten (84%) der M2 und 4 Patienten (16%) der M3 zusammen. Die Gruppe Sy von 174 erst poststationär als somatisch eingeordneten Patienten untergliederte sich in 65 Patienten (37%) der M2 und 109 Patienten (63%) der M3 (siehe Abbildung 2). Somit betrug die Gesamtzahl 748 S-Patienten auf der M2 und 472 S-Patienten auf der M3.

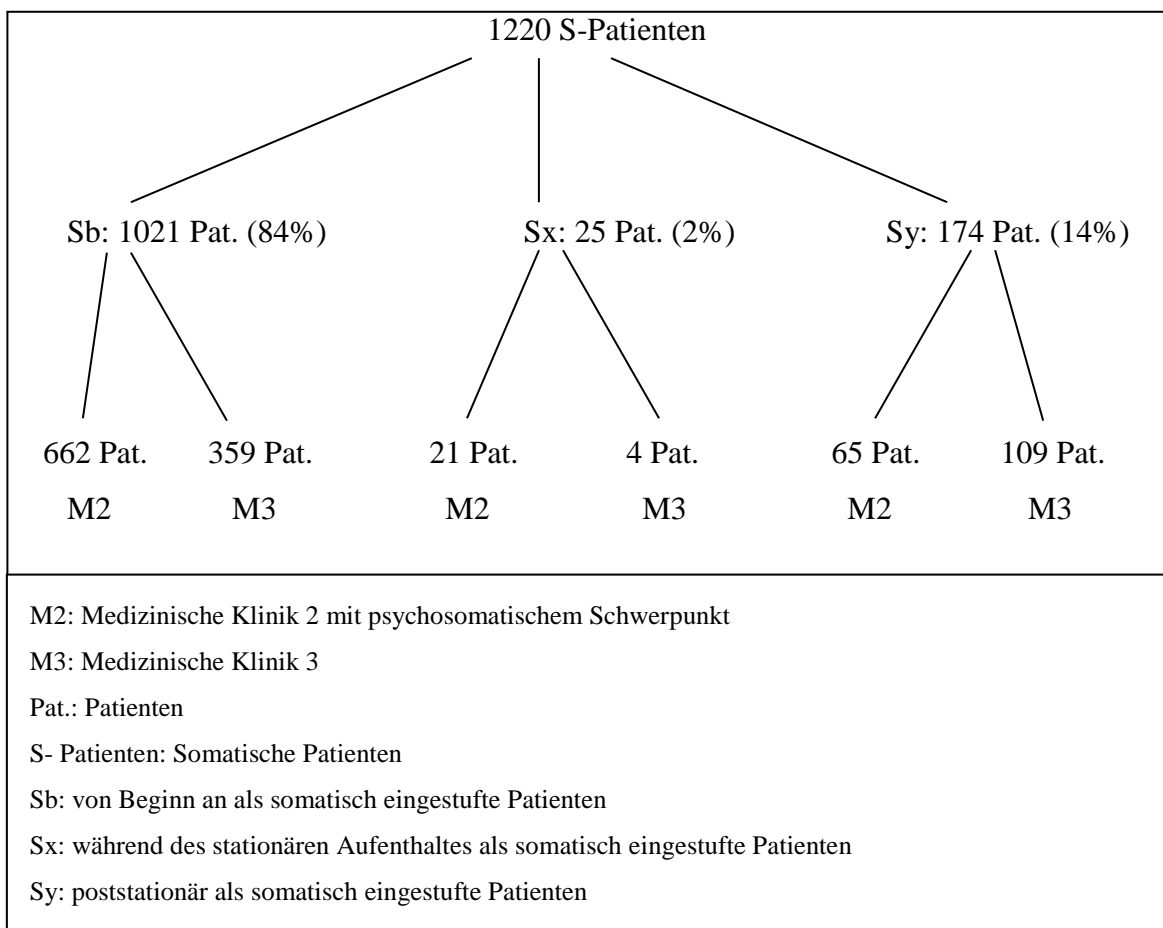


Abbildung 2: Patientenverteilung somatischer Patienten auf den internistischen Stationen M2 und M3 im Zeitraum vom 19.6.2000 bis 19.3.2001

3.2 Soziodemographische Daten der psychosomatischen Patienten (P-Patienten) der Medizinischen Kliniken M2 und M3

Alter der Patienten

Die Patienten auf der Station M2 waren im Schnitt signifikant jünger als die Patienten auf der Station M3. Das Alter der psychosomatischen Patienten auf der Station M2 betrug im Mittelwert 46,7 Jahre bei einer Standardabweichung von 16,0, während die Patienten der Station M3 durchschnittlich 57,6 Jahre alt waren bei einer Standardabweichung von 15,6. Der Unterschied war laut dem hier gewählten nicht-parametrischen Mann-Whitney U-Test signifikant ($p < 0,001$, zweiseitig). Der parametrische T-Test für zwei Gruppen zeigte ein damit konsistentes Ergebnis ($t(584) = -5,818$, $p < 0,001$, zweiseitig).

Geschlecht

Es zeigt sich, dass die Geschlechterverteilung auf beiden Stationen ähnlich ist: Es gibt fast gleichviele männliche wie weibliche Patienten. Der Unterschied zwischen den Stationen M2 und M3 ist nicht signifikant ($p = 1,000$), wodurch sich, wie in Tabelle 3 dargestellt, eine gute Vergleichbarkeit ergibt.

Tabelle 3: Geschlechterverteilung der psychosomatischen Patienten auf den internistischen Stationen M2 und M3 im Zeitraum vom 19.6.2000 bis 19.3.2001

M2: Medizinische Klinik 2 mit psychosomatischem Schwerpunkt

M3: Medizinische Klinik 3

Exakter Fisher-Test: $p = 1,000$ zweiseitig

Geschlecht	M2	M3
Männer	254 (51%)	42 (50%)
Frauen	248 (49%)	42 (50%)
gesamt	502 (100%)	84 (100%)

Liegezeit in Tagen

Dieser Ergebnisteil beschäftigt sich mit der stationären Aufenthaltsdauer der Patienten. Es sollte untersucht werden, ob die Art der Behandlung auf die Dauer der Liegezeit Auswirkung zeigt.

Auf der M2 betrug der Mittelwert 15,4 Tage, das Minimum 1 Tag und das Maximum 217 Tage. Der Median betrug 11 Tage.

Auf der M3 betrug der Mittelwert 13,2 Tage, das Minimum 1 Tag und das Maximum 36 Tage. Der Median betrug 14 Tage.

Die mittleren Liegezeiten auf den beiden Stationen unterschieden sich nicht signifikant voneinander; der hier gewählte nicht-parametrische Mann-Whitney U-Test zeigte den zweiseitigen Wert $p = 0,615$. Auch der T-Test deutete auf keine signifikanten Unterschiede hin: $t(584) = 1,171$, $p = 0,242$, zweiseitig. Die genaue Verteilung der Liegezeiten ist Tabelle 4 zu entnehmen.

Tabelle 4: Gegenüberstellung der stationären Liegezeiten der psychosomatischen Patienten auf den internistischen Stationen M2 und M3 im Zeitraum vom 19.6.2000 bis 19.3.2001

M2: Medizinische Klinik 2 mit psychosomatischem Schwerpunkt

M3: Medizinische Klinik 3

Liegezeit in Tagen	M2	M3
1-8	210 (42%)	27 (32%)
9-16	126 (25%)	30 (36%)
17-24	81 (16%)	18 (22%)
25-32	30 (6%)	8 (9%)
33-40	14 (3%)	1 (1%)
41-100	33 (7%)	0 (0%)
101-217	2 (1%)	0 (0%)
gesamt	496 (100%)	84 (100%)

Nationalitätenverteilung

Auf beiden Stationen gab es rund vier Fünftel deutsche Patienten und knapp ein Fünftel Patienten anderer Nationalitäten (siehe Tabelle 5). Der Anteil der ausländischen Patienten auf den Stationen entspricht etwa dem Ausländeranteil im Stuttgarter Raum. Der Unterschied zwischen den Stationen ist nicht signifikant.

Tabelle 5: Verteilung der Nationalitäten bei den psychosomatischen Patienten auf den internistischen Stationen M2 und M3 im Zeitraum vom 19.6.2000 bis 19.3.2001

M2: Medizinische Klinik 2 mit psychosomatischem Schwerpunkt

M3: Medizinische Klinik 3

Exakter Fisher-Test: $p=0,549$, zweiseitig

Nationalität	Station M2	Station M3
deutsch	404 (82%)	66 (81%)
andere Nationalität	90 (18%)	15 (19%)
gesamt	494 (100%)	81 (100%)

Schulbildung

Die Frage nach der Schulbildung sollte beantworten, ob psychosomatische Beschwerden und Dauer der Ausbildung in einem Zusammenhang stehen könnten.

Die Profile der Schulbildung in der beiden Abteilungen unterscheiden sich „global“ signifikant voneinander ($p=0,039$). Zur näheren Untersuchung dieses Unterschiedes haben wir die relativen Häufigkeiten der einzelnen vertretenen Schulbildungsarten an den Stationen M2 und M3 mit dem klassischen exakten Fisher-Test „lokal“ verglichen (siehe Tabelle 6). Dies deutete auf einen höheren Anteil der Hauptschulabsolventen auf der Station M3 ($p = 0,006$) und tendenziell auf einen höheren Anteil der Abiturienten auf der Station M2 ($p = 0,051$) hin.

Diese Unterschiede könnten auf dem höheren Altersdurchschnitt auf der M3 beruhen, da mehr Patienten während des Krieges jung waren und nur für eine kürzere Zeit die Schule besuchen konnten und Mädchen schulisch weniger gefördert wurden. Die signifikant jüngeren Patienten auf der Station M2 weisen mit einem höheren Abiturientenanteil eine höhere Schulbildung auf.

Tabelle 6: Vergleich der Schulbildung der psychosomatischen Patienten auf den internistischen Stationen M2 und M3 im Zeitraum vom 19.6.2000 bis 19.3.2001

M2: Medizinische Klinik 2 mit psychosomatischem Schwerpunkt

M3: Medizinische Klinik 3

Fisher's Exakt-Test: $p=0,039$

Schulbildung	M2	M3	Fisher's Exakt-Test, zweiseitig (p)
Hauptschule	203 (52%)	35 (73%)	0,006
Mittelschule	100 (25%)	9 (19%)	0,377
Abitur	78 (20%)	4 (8%)	0,051
andere Schulbildung	11 (3%)	0 (0%)	0,618
gesamt	392 (100%)	48 (100%)	

Familienstand

Bei der Untersuchung des Familienstandes (siehe Tabelle 7) ging es um die Frage, ob sich die Patienten der Stationen M2 und M3 hinsichtlich ihrer Partnerschaften unterschieden.

Bezüglich des Familienstandes gibt es einen globalen signifikanten Unterschied (verallgemeinerter Fisher-Exakttest: $p=0,015$). Genauer gesagt wurde ein signifikant höherer Anteil der verwitweten Patienten auf der Station M3 festgestellt (Fisher-Exakttest: $p=0,002$).

Dieses Ergebnis kann man wahrscheinlich erneut auf den Einfluss des höheren Durchschnittsalters der Patienten zurückzuführen. Die Unterschiede der anderen Untergruppen waren nicht signifikant. Auffällig ist jedoch noch der relativ hohe Anteil lediger Patienten auf der Station M3, der sich nicht von dem der Verheirateten unterscheidet.

Tabelle 7: Familienstand der psychosomatischen Patienten auf den internistischen Stationen M2 und M3 im Zeitraum vom 19.6.2000 bis 19.3.2001

M2: Medizinische Klinik 2 mit psychosomatischem Schwerpunkt

M3: Medizinische Klinik 3

Exakter Fisher-Test: $p=0,015$

Familienstand	M2	M3	Fisher's Exakt-Test, zweiseitig (p)
ledig	181 (37%)	26 (32%)	0,456
verheiratet	159 (32%)	26 (32%)	1,000
verwitwet	45 (9%)	18 (22%)	0,002
getrennt lebend	22 (5%)	1 (1%)	0,229
geschieden	86 (17%)	10 (13%)	0,268
gesamt	493 (100%)	81 (100%)	

Diagnosegruppen

Die Diagnosen der Patienten wurden zur besseren Übersicht in drei Diagnosegruppen unterteilt. Es gab Suchtdiagnosen, psychosomatische und psychiatrische Diagnosen (siehe Tabelle 8).

Die Stationen M2 und M3 zeigten bezüglich der Diagnosegruppen keinen signifikanten Unterschied ($p=0,200$).

Die lokalen Untergruppen ergaben auch keine signifikanten Unterschiede.

Suchterkrankungen und psychosomatische Beschwerden stellten die größten Diagnosegruppen dar und hielten sich in etwa die Waage.

Tabelle 8: Diagnosen bei den psychosomatischen Patienten auf den internistischen Stationen M2 und M3 im Zeitraum vom 19.6.2000 bis 19.3.2001

M2: Medizinische Klinik 2 mit psychosomatischem Schwerpunkt

M3: Medizinische Klinik 3

Exakter Fisher-Test: $p=0,200$

Diagnosegruppe	Station M2	Station M3	Fisher's Exakt-Test, zweiseitig (p)
psychosomatisch	245 (49%)	36 (43%)	0,346
Sucht	232 (46%)	40 (48%)	0,814
psychiatrisch	25 (5%)	8 (9%)	0,120
gesamt	502 (100%)	84 (100%)	

Zuweisungsart

Die Untersuchung der lokalen Unterschiede für die einzelnen Zuweisungsarten ergab, dass auf der M3 mehr Patienten von Allgemeinmedizinern ($p=0,041$) und Internisten ($p=0,029$) zugewiesen wurden (siehe Tabelle 9). Auch diese Unterschiede könnten altersbedingt begründet sein, da ältere Patienten aufgrund multipler Grunderkrankungen häufiger zu Kontrollbesuchen zum Hausarzt oder Internisten gehen als jüngere, die nur in Notfällen oder wegen Krankschreibungen in Hausarztpraxen kommen.

Per Übernahme von der Intensivstation kamen die Patienten ausschließlich auf die Station M2 ($p=0,002$). In diesen Fällen handelte es sich meistens um Substanzmissbrauchsfälle oder Suizidversuche, welche der Kompetenz der Station M2 obliegen.

Tabelle 9: Art der Zuweisungen der psychosomatischen Patienten auf den internistischen Stationen M2 und M3 im Zeitraum vom 19.6.2000 bis 19.3.2001

M2: Medizinische Klinik 2 mit psychosomatischem Schwerpunkt

M3: Medizinische Klinik 3

PT/PA: Psychotherapie/Psychoanalyse

Exakter Fisher-Test, Monte Carlo mit 10 Millionen Simulationen: $p=0,032$

Zuweisungsart	M2	M3	Fisher's Exakt-Test, zweiseitig (p)
Facharzt Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt	120 (24%)	29 (35%)	0,041
Facharzt für Innere Medizin	44 (9%)	14 (17%)	0,029
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin/ Zusatztitel PT/PA	3 (1%)	0	1,000
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie	9 (2%)	0	0,372
Notarzt, Notdienst oder Notfallpraxis	66 (13%)	8 (9%)	0,476
Notaufnahme ohne Einweisung	165 (33%)	28 (24%)	0,900
Anderer Facharzt	5 (1%)	1 (1%)	1,000
Übernahme aus anderer Fachabteilung oder Klinik	47 (9%)	3 (4%)	0,091
Übernahme von Intensivstation	43 (8%)	0	0,002
gesamt	502 (100%)	83 (100%)	

Behandlung wegen psychischer Auffälligkeiten in den letzten vier Wochen

Bei der Vorbehandlung wegen psychischer Auffälligkeiten in den letzten 4 Wochen vor dem stationären Aufenthalt zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen M2 und M3 (siehe Tabelle 10). Auf der M2 waren deutlich mehr Patienten bereits in Behandlung ihrer psychischen Beschwerden gewesen als auf der M3.

Tabelle 10: Vorbehandlungen der psychosomatischen Patienten wegen psychischer Auffälligkeiten innerhalb der letzten vier Wochen vor Aufnahme auf den internistischen Stationen M2 und M3 im Zeitraum vom 19.6.2000 bis 19.3.2001

M2: Medizinische Klinik 2 mit psychosomatischem Schwerpunkt

M3: Medizinische Klinik 3

Exakter Fisher-Test: $p=0,006$, zweiseitig

Vorbehandlung	M2	M3
ja	179 (36%)	17 (20%)
nein	314 (64%)	65 (80%)
gesamt	493 (100%)	82 (100%)

Konsultationen wegen psychischer Auffälligkeiten in den letzten zwölf Monaten

Auch bei den Behandlungen über einen einjährigen Zeitraum zeigt sich ein signifikanter Unterschied. Über die Hälfte der Patienten von Station M2 hat innerhalb der letzten zwölf Monate vor Aufnahme bereits eine Vorbehandlung wegen psychischer Beschwerden erhalten (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Vorbehandlungen der psychosomatischen Patienten wegen psychischer Auffälligkeiten innerhalb der letzten 12 Monate vor Aufnahme auf den internistischen Stationen M2 und M3 im Zeitraum vom 19.6.2000 bis 19.3.2001

M2: Medizinische Klinik 2 mit psychosomatischem Schwerpunkt

M3: Medizinische Klinik 3

Exakter Fisher-Test: $p=0,003$, zweiseitig

Vorbehandlung	M2	M3
ja	251 (51%)	28 (34%)
nein	239 (49%)	55 (66%)
gesamt	490 (100%)	83 (100%)

Suizidalität bei Aufnahme

Der Fisher's Exakt-Test zeigte erwartungsgemäß einen höheren Anteil der Patienten mit Suizidgedanken oder versuchtem Suizid auf der psychosomatisch orientierten Station M2. Das angestrebte zweiseitige Signifikanzniveau wurde nur knapp verfehlt ($p=0,051$). Da dies der theoretischen, a priori formulierten Erwartung entsprach, hätte man hier auch die einseitige Hypothesenüberprüfung anwenden können (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12: Suizidalität der psychosomatischen Patienten bei stationärer Aufnahme auf den internistischen Stationen M2 und M3 im Zeitraum vom 19.6.2000 bis 19.3.2001

M2: Medizinische Klinik 2 mit psychosomatischem Schwerpunkt

M3: Medizinische Klinik 3

Exakter Fisher-Test: $p=0,051$ zweiseitig, $p=0,024$ einseitig

Suizidalität	M2	M3
keine	428 (86%)	79 (94%)
Eindeutige Suizidgedanken mit oder ohne Versuch	70 (14%)	5 (6%)
gesamt	498 (100%)	84 (100%)

Substanzabhängigkeit

Bei mehr als der Hälfte aller Patienten von Station M2 wurde eine Substanzabhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder Drogen festgestellt (siehe Tabelle 13). Nikotinabusus ging nicht in die Statistik ein.

Der Exakte Fisher-Test (zweiseitig) zeigte keine signifikanten Unterschiede für die Stationen ($p=0,266$).

Tabelle 13: Substanzabhängigkeiten der psychosomatischen Patienten auf den internistischen Stationen M2 und M3 im Zeitraum vom 19.6.2000 bis 19.3.2001

M2: Medizinische Klinik 2 mit psychosomatischem Schwerpunkt

M3: Medizinische Klinik 3

Exakter Fisher-Test: $p=0,226$

Substanzabhängigkeit	M2	M3	Fisher's Exakt-Test, zweiseitig (p)
keine	214 (43%)	40 (48%)	0,408
Verdacht	17 (3%)	5 (6%)	0,228
Abhängigkeit gesichert	269 (54%)	39 (46%)	0,238
gesamt	500 (100%)	84 (100%)	

Durchgeführte therapeutische Behandlungen

Bei dieser Fragestellung wurde untersucht bei wie vielen Patienten die psychischen Beschwerden auf den beiden Stationen therapiert wurden (siehe Tabelle 14).

Der Fisher-Exakt-Test (zweiseitig) zeigte keine signifikanten Unterschiede für die Stationen.

Tabelle 15 nimmt Bezug auf Tabelle 14 und zeigt eine genauere Auflistung der Behandlungen.

Tabelle 14: Durchgeführte Behandlungen der psychosomatischen Patienten der Stationen M2 und M3 während des stationären Aufenthaltes im Zeitraum vom 19.6.2000 bis 19.3.2001

M2: Medizinische Klinik 2 mit psychosomatischem Schwerpunkt

M3: Medizinische Klinik 3

Exakter Fisher-Test: $p=0,109$, zweiseitig

Durchgeführte Behandlung	M2	M3
ja	374 (74%)	55 (65%)
nein	128 (26%)	29 (35%)
gesamt	502 (100%)	84 (100%)

Arten der Behandlung (Mehrfachnennungen möglich, daher Gesamt >100%)

Bei den Behandlungsarten zeigten sich signifikante Unterschiede (rechte Spalte der Tabelle). Diese beruhen größtenteils auf den unterschiedlichen Schwerpunkten der Stationen. Das fehlende breitgefächerte psychotherapeutische Angebot auf der M3 macht sich dabei statistisch bemerkbar. Die Ausrichtung liegt hier mehr auf der physikalischen und medikamentösen als der psychotherapeutischen Therapie.

Tabelle 15: Behandlungsarten der psychosomatischen Patienten während des stationären Aufenthaltes auf den internistischen Stationen M2 und M3 im Zeitraum vom 19.6.2000 bis 19.3.2001

M2: Medizinische Klinik 2 mit psychosomatischem Schwerpunkt

M3: Medizinische Klinik 3

Durchgeführte Behandlung	M2	M3	Fisher's Exakt-Test, zweiseitig (p)
Biografische Anamnese	107 (29%)	2 (4%)	<0,001
Gesprächstherapie < 5 Termine	171 (47%)	4 (7%)	<0,001
Gesprächstherapie > 5 Termine	43 (12%)	1 (2%)	0,013
Krisenintervention	67 (18%)	1 (2%)	<0,001
Entspannungsverfahren	50 (14%)	0 (0%)	<0,001
Musiktherapie	44 (12%)	0 (0%)	<0,001
Kunsttherapie	22 (6%)	0 (0%)	0,058
Gruppentherapie	30 (8%)	0 (0%)	0,014
Paargespräche	11 (3%)	0 (0%)	0,379
Familiengespräche	14 (4%)	0 (0%)	0,238
Physikalische Therapie	138 (40%)	28 (52%)	0,296
Medikamentöse Therapie	143 (40%)	33 (61%)	0,054
Naturheilverfahren	27 (7%)	2 (4%)	0,411
Sozialberatung	90 (25%)	19 (35%)	0,293
Psychosoziale Konferenz	45 (12%)	0 (0%)	<0,001

Empfohlene poststationäre Weiterbehandlung

Bei dieser Fragestellung war für die Untersucher von Interesse, ob vom Ärzteteam eine weiterführende Therapieberatung für die Zeit nach der Beendigung des Klinikaufenthaltes erfolgte.

In der Gesamtzahl der empfohlenen Weiterbehandlungen zeigt sich ein signifikanter Unterschied ($p < 0,001$). Auf der M2 wurde häufiger eine Weiterbehandlung der psychosomatischen Beschwerden empfohlen als auf der M3 (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16: Empfehlungen für poststationäre Weiterbehandlung der psychosomatischen Patienten der Stationen M2 und M3 am Ende des stationären Aufenthaltes im Zeitraum vom 19.6.2000 bis 19.3.2001

M2: Medizinische Klinik 2 mit psychosomatischem Schwerpunkt

M3: Medizinische Klinik 3

Exakter Fisher-Test: $p < 0,001$, zweiseitig

Behandlung empfohlen	M2	M3
ja	415 (83%)	49 (58%)
nein	86 (17%)	35 (42%)
gesamt	501 (100%)	84 (100%)

Wie in Tabelle 17 dargestellt, zeigen sich signifikante Unterschiede bei der empfohlenen Weiterbehandlung in einer Psychotherapeutischen Klinik ($p=0,013$), bei einem Arzt für Psychotherapeutische Medizin oder entsprechendem Zusatztitel ($p=0,005$) und bei der Empfehlung einer Drogen- und Suchtbehandlung ($p=0,069$). Den Patienten der M2 wurden somit deutlich häufiger psychosomatische oder psychologische Weiterbehandlungen empfohlen als den Patienten der M3. Dies könnte an der psychosomatischen Ausrichtung der M2 liegen.

Tabelle 17: Art der empfohlenen Weiterbehandlung (Mehrfachnennungen möglich, daher Gesamt >100%) der psychosomatischen Patienten der Stationen M2 und M3 am Ende des stationären Aufenthaltes im Zeitraum vom 19.6.2000 bis 19.3.2001

M2: Medizinische Klinik 2 mit psychosomatischem Schwerpunkt

M3: Medizinische Klinik 3

PT/PA: Psychotherapie/Psychoanalyse

Art der empfohlenen Weiterbehandlung	M2	M3	Fisher's Exakt-Test, zweiseitig (p)
Hausarzt	102 (24%)	16 (33%)	0,884
Drogen-/Suchtberatung	102 (24%)	5 (10%)	0,001
Psychiatrische Klinik	56 (13%)	7 (14%)	0,568
Arzt für Psychotherapeutische Medizin/Arzt mit Zusatztitel PT/PA	50 (12%)	1 (2%)	0,005
Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie	46 (11%)	8 (16%)	0,841
Psychotherapeutische Klinik	42 (10%)	1 (2%)	0,013
Niedergelassener Psychologe	33 (8%)	3 (6%)	0,459
Psychosoziale Beratungsstelle	31 (7%)	1 (2%)	0,069
Suchtfachklinik	29 (7%)	3 (6%)	0,604
Somatische Klinik	19 (5%)	3 (6%)	1,000

Wichtigste Einweisungsgründe

Mit dieser Fragestellung sollte untersucht werden, ob sich die Patienten der beiden Stationen grundlegend in den Einweisungsdiagnosen unterscheiden.

Ein signifikanter Unterschied zeigt sich nur bei den körperlichen Erkrankungen ($p < 0,001$)

Der höhere Anteil somatischer Erkrankungen auf der M3 könnte wiederum altersbedingt sein. In Tabelle 18 sind die wichtigsten Einweisungsgründe dargestellt.

Tabelle 18: wichtigste Einweisungsgründe der psychosomatischen Patienten bei Aufnahme auf die internistischen Stationen M2 und M3 im Zeitraum vom 19.6.2000 bis 19.3.2001

M2: Medizinische Klinik 2 mit psychosomatischem Schwerpunkt

M3: Medizinische Klinik 3

Einweisungsgrund	M2	M3	Fisher's Exakt-Test, zweiseitig (p)
Akute körperliche Erkrankung	214 (43%)	54 (65%)	<0,001
Alkoholabusus	101 (20%)	13 (16%)	0,374
Psychosomatische Symptome	93 (19%)	10 (11%)	0,165
Untersuchungsgrund/ Differentialdiagnose	24 (5%)	2 (2%)	0,562
Suizidgefährdung	15 (3%)	0 (0%)	0,146
Psychoneurotische Symptome	22 (4%)	1 (1%)	0,229
Drogenabusus	9 (2%)	0 (0%)	0,372
Psychiatrische Gründe	9 (2%)	2 (2%)	0,661
Medikamentenabusus	5 (1%)	0 (0%)	1,000
Erregungszustände	5 (1%)	0 (0%)	1,000
Schwierigkeiten mit Ehepartner	2 (0%)	1 (1%)	0,369
Schwierigkeiten mit nicht-ehelichem Partner	1 (0%)	0 (0%)	1,000
Schwierigkeiten mit Familie	1 (0%)	0 (0%)	1,000
Schwierigkeiten in sozialen Beziehungen	1 (0%)	2 (2%)	1,000
gesamt	502 (100%)	83 (100%)	

3.3 Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)

Die folgenden Abbildungen und Tabellen zeigen die Werte des Beeinträchtigungs-Schwere-Scores (BSS) bei Aufnahme und Entlassung auf den Stationen M2 und M3.

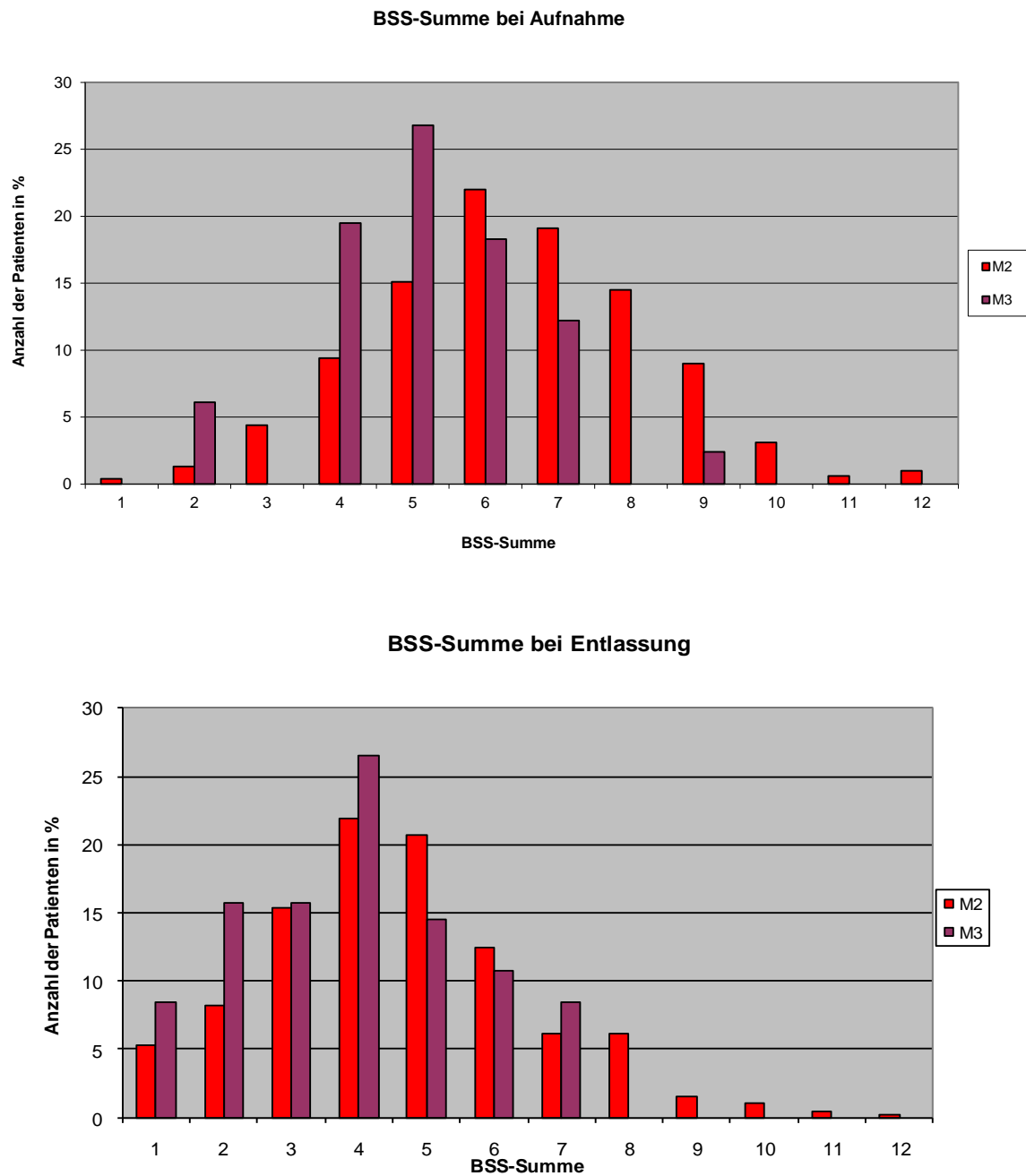


Abbildung 3: BSS-Summenscores der psychosomatischen Patienten bei Aufnahme und Entlassung auf den internistischen Stationen M2 und M3 vom 19.6.2000 bis 19.3.2001

BSS: Beeinträchtigungs-Schwere-Score nach Schepank
M2: Medizinische Klinik 2 mit psychosomatischem Schwerpunkt
M3: Medizinische Klinik 3

In der obigen Abbildung 3 können wir den deutlichen Rückgang der gesamten Beeinträchtigung auf den beiden Stationen beobachten. Der Rückgang betraf alle drei Skalen auf den beiden Stationen, wie die Tabellen 19 und 20 illustrierten.

Tabelle 19: Scores der Dimensionen „körperliche“, „psychische“ und „sozial-kommunikative“ Beeinträchtigungen bei den psychosomatischen Patienten bei Aufnahme und Entlassung auf der internistischen Station M2 im Zeitraum vom 19.6.2000 bis 19.3.2001.

t1: Aufnahme

t2: Entlassung

abs.: absolute Häufigkeit

rel.: relative Häufigkeit

kum.: kumulative relative Häufigkeit

M2 körperlich		t1			t2		
		abs.	rel.	kum.	abs.	rel.	kum.
4	extrem	24	5,1	5,1	7	1,5	1,5
3	stark	140	29,8	34,9	24	5,1	6,6
2	deutlich	194	41,3	76,2	122	26,0	32,6
1	geringfügig	100	21,3	97,4	220	46,8	79,4
0	gar nicht	12	2,6	100,0	97	20,6	100,0
gesamt		470	100,0	-	470	100,0	-

M2 psychisch		t1			t2		
		abs.	rel.	kum.	abs.	rel.	kum.
4	extrem	24	5,1	5,1	13	2,8	2,8
3	stark	171	36,4	41,5	63	13,4	16,2
2	deutlich	207	44,0	85,5	215	45,7	61,9
1	geringfügig	66	14,0	99,6	168	35,7	97,7
0	gar nicht	2	,4	100,0	11	2,3	100,0
gesamt		470	100,0	-	470	100,0	-

M2 sozial-kommunikativ		t1			t2		
		abs.	rel.	kum.	abs.	rel.	kum.
4	extrem	16	3,4	3,4	7	1,5	1,5
3	stark	122	26,0	29,4	63	13,4	14,9
2	deutlich	190	40,4	69,8	187	39,8	54,7
1	geringfügig	115	24,5	94,3	160	34,0	88,7
0	gar nicht	27	5,7	100,0	53	11,3	100,0
gesamt		470	100,0	-	470	100,0	-

Die Besserungen werden deutlich durch die kumulativen relativen Häufigkeiten dargelegt. An einer mindestens starken (d.h. starken oder extremen) Beeinträchtigung litten bei der Aufnahme 34,9% der psychosomatischen Patienten auf der Station M2 (Tabelle 19), bei der Entlassung waren es nur noch 6.6%. Der Anteil der Patienten mit einer starken oder

extremen psychischen Beeinträchtigung sank von 41.4% auf 16.2%. Auf der sozial-kommunikativen Dimension war der Rückgang von 29.4% auf 14.9% verzeichnet worden.

Tabelle 20: Scores der Dimensionen „körperliche“, „psychische“ und „sozial-kommunikative“ Beeinträchtigungen bei den psychosomatischen Patienten bei Aufnahme und Entlassung auf der internistischen Station M3 im Zeitraum vom 19.6.2000 bis 19.3.2001.

t1: Aufnahme

t2: Entlassung

abs.: absolute Häufigkeit

rel.: relative Häufigkeit

kum.: kumulative relative Häufigkeit

M3 körperlich		t1			t2		
		abs.	rel.	kum.	abs.	rel.	kum.
4	extrem	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
3	stark	19	23,2	23,2	1	1,2	1,2
2	deutlich	34	41,5	64,6	16	19,5	20,7
1	geringfügig	25	30,5	95,1	45	54,9	75,6
0	gar nicht	4	4,9	100,0	20	24,4	100,0
gesamt		82	100,0	-	82	100,0	-

M3 psychisch		t1			t2		
		abs.	rel.	kum.	abs.	rel.	kum.
4	extrem	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
3	stark	10	12,2	12,2	6	7,3	7,3
2	deutlich	45	54,9	67,1	25	30,5	37,8
1	geringfügig	24	29,3	96,3	47	57,3	95,1
0	gar nicht	3	3,7	100,0	4	4,9	100,0
gesamt		82	100,0	-	82	100,0	-

M3 sozial-kommunikativ		t1			t2		
		abs.	rel.	kum.	abs.	rel.	kum.
4	extrem	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
3	stark	12	14,6	14,6	12	14,6	14,6
2	deutlich	33	40,2	54,9	29	35,4	50,0
1	geringfügig	32	39,0	93,9	33	40,2	90,2
0	gar nicht	5	6,1	100,0	8	9,8	100,0
gesamt		82	100,0	-	82	100,0	-

Eine ähnlich günstige Entwicklung auf der internistischen Station M3 kann der Tabelle 20 entnommen werden. Die Darstellungen in der Abbildung 3 und in den Tabellen 19 und 20 sollen den Eindruck über den Charakter der Veränderungen vermitteln, die im Folgenden nun statistisch überprüft werden.

Sowohl auf der Station M2 als auch M3 gab es mehr Patienten, die sich in der Gesamtsumme und Subskalen verbessert haben, als Patienten, die sich verschlechtert haben (Tabelle 21). Die Werte sind sehr hoch signifikant ($p < 0,001$).

Tabelle 21: Veränderungen an den BSS-Skalen der psychosomatischen Patienten auf den Stationen M2 und M3 im Zeitraum vom 19.6.2000 bis 19.3.2001. Eine nicht-parametrische Analyse mit dem exakten Vorzeichen-Test.

BSS: Beeinträchtigungs-Schwere-Score nach Schepank

M2: Medizinische Klinik 2 mit psychosomatischem Schwerpunkt

M3: Medizinische Klinik

	gebessert	gleich- geblieben	ver- schlechtert	gesamt	exakter Bi- nomialtest, p zweiseitig
Station M2 (n=470)					
BSS körperlich	314 67%	152 32%	4 1%	470 100%	<0,001
BSS psychisch	215 46%	250 53%	5 1%	470 100%	<0,001
BSS sozial- kommunikativ	142 30%	320 68%	8 2%	470 100%	<0,001
BSS- Summe	374 79%	88 19%	8 2%	470 100%	<0,001
Station M3 (n=82)					
BSS körperlich	60 73%	22 27%	0 0%	82 100%	<0,001
BSS psychisch	29 35%	52 64%	1 1%	82 100%	<0,001
BSS sozial- kommunikativ	7 9%	75 91%	0 %	82 100%	0,016
BSS- Summe	70 85%	12 15%	0 0%	82 100%	<0,001

Tabelle 22: Veränderungen an den BSS- Skalen der psychosomatischen Patienten auf den Stationen M2 und M3 im Zeitraum vom 19.6.2000 bis 19.3.2001. T-Tests für Messwiederholungen

BSS: Beeinträchtigungs- Schwere- Score nach Schepank
 ES: Effektstärke
 m: Mittelwert
 M2: Medizinische Klinik 2 mit psychosomatischem Schwerpunkt
 M3: Medizinische Klinik 3
 n: Anzahl der Patienten
 p: Signifikanz, zweiseitig
 s: Standardabweichung
 t: Statistik des T-Tests für verbundene Stichproben
 t1: Aufnahme
 t2: Entlassung

		t1	t2	ES	t (469)	p
Station M2, n=470						
BSS körperlich	m s	2,14 0,895	1,20 0,875	-1,06	-23,491	<0,001
BSS psychisch	m s	2,32 0,791	1,79 0,807	-0,66	-17,031	<0,001
BSS sozialkommunikativ	m s	1,97 0,933	1,60 0,908	-0,40	-11,783	<0,001
BSS- Summe	m s	6,42 1,903	4,59 2,004	-0,94	-24,149	<0,001
Station M3, n=82						
BSS körperlich	m s	1,83 0,843	0,98 0,702	-1,10	-12,252	<0,001
BSS psychisch	m s	1,76 0,713	1,40 0,700	-0,51	-6,044	<0,001
BSS sozialkommunikativ	m s	1,63 0,809	1,55 0,863	-0,10	-2,750	0,007
BSS- Summe	m s	5,22 1,656	3,93 1,683	-0,77	-12,873	<0,001

Die Prä-Post-Veränderungen werden wir zur Absicherung nun auch aus der Perspektive des herkömmlichen parametrischen Verfahrens betrachten.

Die Prä-Post-Veränderungen werden wir zur Absicherung nun auch aus der Perspektive des herkömmlichen parametrischen Verfahrens betrachten. Der t-Test für verbundene Beobachtungen ergab vergleichbar hoch signifikante Ergebnisse wie das nicht-parametrische Verfahren. Die Signifikanzen belegen, dass es zu einer statistisch gesicherten Verbesserung der Symptomatik gekommen ist. Selbst eine sehr hohe Signifikanz bezeugt lediglich den Grad unserer Sicherheit über die Existenz der Veränderung, jedoch nicht ihr Ausmaß. Die klinische Relevanz wird anhand der Effektstärke d nach Cohen beurteilt. Mathematisch wird sie definiert als Differenz der Prä- und Post-Mittelwerte dividiert durch die Schätzung der Standardabweichung. Nach dem weltweiten Konsensus in der Psychotherapieforschung wird eine Therapie als zufriedenstellend wirksam angesehen, wenn die Effektstärke mindestens den Wert 0,80 erreicht.

Auf den beiden Stationen wurde dieses Kriterium zuverlässig erfüllt bei dem Rückgang auf der Dimension „körperliche Beeinträchtigung“. Immer noch beachtliche Fortschritte wurden auf der Dimension „psychische Beeinträchtigung“ erzielt. Am geringsten sind die Erfolge auf der Dimension „sozial-kommunikative Beeinträchtigung“ ausgefallen.

Tabelle 23: Veränderungen an den BSS-Skalen der psychosomatischen Patienten auf den Stationen M2 und M3 im Zeitraum vom 19.6.2000 bis 19.3.2001. Varianzanalyse mit Messwiederholungen

BSS: Beeinträchtigungs- Schwere- Score nach Schepank
 F: F-Statistik mit 1 und 550 Freiheitsgraden
 M2: Medizinische Klinik 2 mit psychosomatischem Schwerpunkt
 M3: Medizinische Klinik 3
 p: Signifikanz
 t1: Aufnahme
 t2: Entlassung

BSS	M2 (n=470)		M3 (n=82)		Effekt "Station"		Effekt "Zeit"		Wechsel- wirkung	
	t1	t2	t1	t2	F	p	F	p	F	p
	körperlich	2,14	1,20	1,83	0,98	8,46	0,004	321,75	<0,001	0,68
psychisch	2,32	1,79	1,76	1,40	30,47	<0,001	126,66	<0,001	5,13	0,024
sozial- kommunikativ	1,97	1,60	1,63	1,55	3,53	0,061	35,58	<0,001	13,91	<,001
Summe	6,42	4,59	5,22	3,93	19,75	<0,001	280,26	<0,001	8,46	0,004

Mit den parametrischen varianzanalytischen Untersuchungen der ursprünglich gemessenen Skalen konnten Unterschiede zwischen M2 und M3 gezeigt werden.

Ein Modell der univariaten Varianzanalyse mit 2 Gruppen (Stationen M2 und M3) und 2 Messwiederholungen (Aufnahme, Entlassung) wurde angewandt. Die BSS-Summe bzw. die Subskalen stellten die abhängige Zielvariable dar (siehe Tabelle 22).

In den Varianzanalysen zeigte sich die Messwiederholung stets als der stärkste Einflussfaktor, die Absenkung der BSS-Werte zwischen der Aufnahme und Entlassung war beachtlich. Die Signifikanz des Effektes „Station“ bei der BSS-Summe und den beiden Subskalen „BSS psychisch“ und „BSS körperlich“ bezeugt den höheren Schweregrad bei den Patienten auf der psychosomatisch orientierten Station M2.

Wie wir oben gesehen haben (Tabellen 21 und 22), kam es auf beiden Stationen zu systematischen Verbesserungen der Beschwerdesymptomatik. Mit dem Faktor Wechselwirkung „Station * Zeit“ in der Varianzanalyse (Tabelle 23) wird untersucht, ob dabei die durch-

schnittliche Verbesserung einer BSS- (Sub-) Skala auf den beiden Stationen etwa gleich oder unterschiedlich ist. Signifikante Unterschiede der BSS-Summe und den Subskalen „BSS psychisch“ und „BSS sozialkommunikativ“ sprechen dafür, dass die erzielten Verbesserungen auf der psychosomatisch orientierten Station M2 deutlich ausgefallen sind. Graphisch wird dies anhand von Box-Plots für die Globalskala in Abbildung 4 dargestellt.

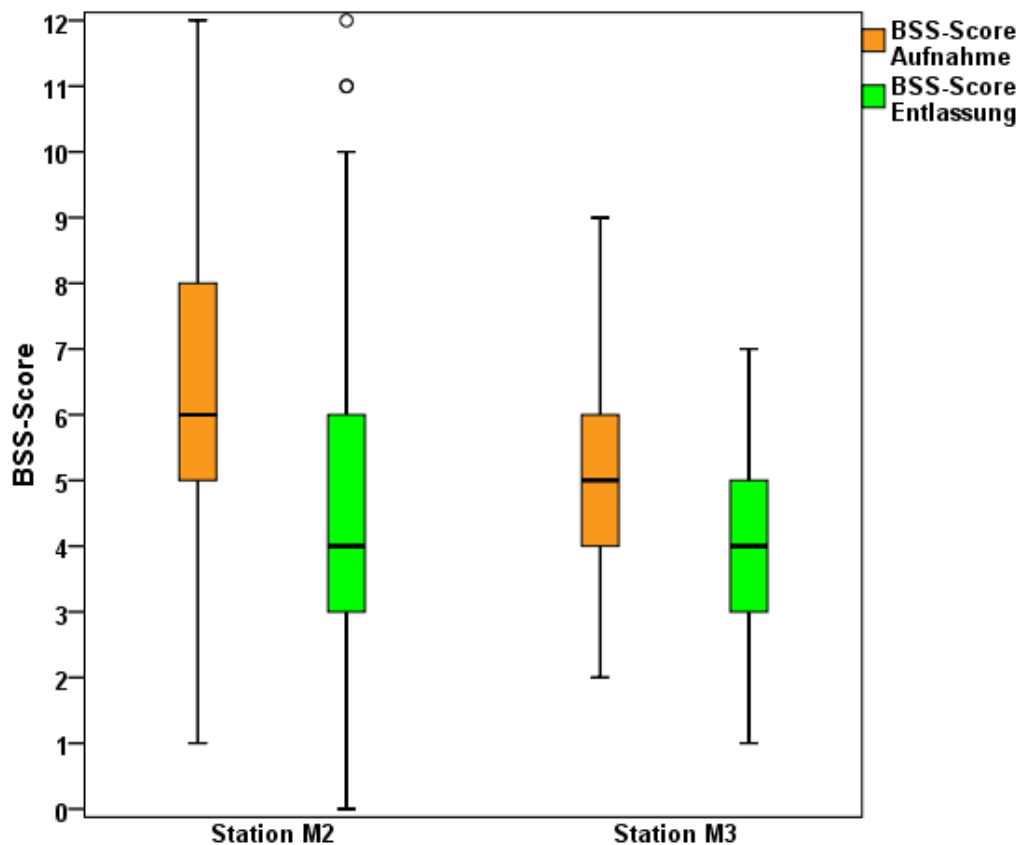


Abbildung 4: Veränderungen der BSS-Skalen der psychosomatischen Patienten auf den Stationen M2 und M3 bei Aufnahme und Entlassung im Zeitraum vom 19.6.2000 bis 19.3.2001

BSS: Beeinträchtigungs- Schwere- Score nach Schepank

M2: Medizinische Klinik 2 mit psychosomatischem Schwerpunkt

M3: Medizinische Klinik 3

4. DISKUSSION

Die vorliegende Evaluationsstudie stellt die Behandlungsergebnisse einer in die internistische Akutmedizin integrierten Psychosomatik denen einer konventionell internistisch arbeitenden Abteilung an einem großen städtischen Krankenhaus gegenüber.

Wie eingangs erwähnt, wird die Prävalenzrate von psychosomatischen Störungen unter den nicht-psychiatrischen hospitalisierten Patienten so hoch eingeschätzt, dass Handlungsbedarf besteht, um Fehlbehandlungen sowie deutlich verlängerte Liegezeiten bei psychisch komorbiden internistischen Patienten (Friederich et al., 2002) zu vermeiden. Ergänzend zur medizinischen Behandlung sollten psychologische Untersuchungen sowie psychotherapeutische Behandlungen erfolgen. Lange Patientenkarrieren könnten durch psychosomatisch versierte Diagnosestellungen verkürzt und Patienten erreicht werden, die sonst durch das soziale Netzwerk fielen oder nie zum Psychotherapeuten gingen. Eine integrierte Psychosomatik kann nicht durch einen Konsiliardienst ersetzt werden, da dieser nur eine kleine Patientenauswahl sieht und diese mangels Integration zu selten visitiert (Arolt, 1997). An der Universitätsklinik Heidelberg werden beispielsweise 3,5 Prozent der internistischen stationär aufgenommenen Patienten von einem Konsiliarier gesehen (De Cruppé et al., 2005). Auch wird ein Konsiliarier eventuell nur in stärker ausgeprägten Fällen zurate gezogen. Das Liaison-Modell ermöglicht eine Verbesserung auf der Beziehungsebene zwischen Patient und Stationsteam, wozu jedoch ein Dritter bei der Visite anwesend sein muss. Dieser macht zwar konstruktive Vorschläge, führt jedoch nicht selbst die weiterführenden Untersuchungen und Therapie am Patienten durch. Die Integrierte Psychosomatik hingegen sieht vor, psychosomatische Störungen unabhängig von Liegezeiten und Schweregrad der Erkrankung zu erkennen und zu behandeln. Verlaufsbeobachtung aus verschiedenen Perspektiven heraus ist dabei vonseiten der Ärzte und des Pflegepersonals möglich. Dabei kümmert sich der behandelnde Stationsarzt sowohl um die somatischen wie auch psychosomatischen Untersuchungen und Therapien. Dies ist die Kernkompetenz der Medizinischen Klinik M2.

Ein integratives Konzept wird von Ärzten gewünscht (Schleberger-Dein, 1994) und von Patienten positiv bewertet, wie Schmelting-Kludas (1997) in einer Stichprobenstudie mit 60 konventionell und 60 integrativ psychosomatisch behandelten Patienten nachweisen konnte. Die Patienten, die nach einem integrierten internistisch-psychosomatischen Versorgungskonzept behandelt worden waren, beurteilten die soziale Unterstützung und Anteil-

nahme durch die Ärzte als sehr günstig und emotional stützend für ihren Krankheitsverlauf. Seinen Ergebnissen nach zu urteilen, wirkte sich die emotionale Unterstützung dabei nicht nur auf die psychosomatisch Erkrankten, sondern auch bei den primär somatisch Erkrankten positiv auf die Krankheitsbewältigung aus. Die Annahme, dass verbesserte psychische Konditionen sowohl das körperliche Befinden wie auch die Depressivität positiv beeinflussen können, belegen auch Zastrow et al. (2009) mit ihrer Studie.

Bei der differenzierten Betrachtung der BSS-Dimensionen wurde in unserer Studie festgestellt, dass die klinisch deutlichsten Besserungen bei der „körperlichen Beeinträchtigung“ erreicht wurden, gefolgt von den „psychischen“ und „sozial-kommunikativen“ Dimensionen. Diese Abstufung ist im Einklang mit den primären Zielen einer internistischen Klinik, die letztendlich doch im somatischen Bereich liegen.

Natürlich ist die Umsetzung einer solchen integrierten Psychosomatik nicht problemlos zu organisieren und personell aufrecht zu erhalten, worauf Wedler (1994) bereits ausführlich hinwies. Umstrukturierungen müssen sorgfältig geplant werden und benötigen oft lange Einführungsphasen, bis sie in den Stationsalltag integriert werden.

Eine flächendeckende Versorgung ist nach wie vor schwierig, zumal im Rahmen der DRG-Finanzierung bei den wenigsten Krankheitsbildern psychosomatische Leistungen durchgesetzt sind (Hochlehnert et al., 2007). Es wird daher weiterhin ein interdisziplinärer Diskussionsbedarf um die Integration psychosozialer Dimensionen bestehen bleiben. Eine gerechte Verteilung von Fördergeldern wäre des Weiteren vonnöten, um die Forschungsarbeit junger Wissenschaftler und die internationale Zusammenarbeit intensivieren zu können (Herzog et al., 2003).

Diese Vergleichsstudie stellt einen Beitrag zu dieser Thematik dar, wobei die Ergebnisse weitgehend mit den Erhebungen aus anderen Kliniken übereinstimmen. Unsere Studie macht deutlich, dass eine ergänzende psychosomatische Diagnostik auf internistischen Stationen und ein psychotherapeutisches stationäres Angebot eine erhebliche Auswirkung auf das Erkennen psychischer Störungen, das Behandlungsergebnis und die Liegezeiten der Patienten haben.

4.1 Diskussion der Stichprobe und des Testverfahrens

In der vorliegenden Evaluationsstudie wurden die psychosomatischen Behandlungsverläufe unter klinischen Alltagsbedingungen untersucht und mit denen der nicht psychosomatischen Station verglichen. Die klinischen Untersuchungen fanden unter realistischen Bedingungen statt, wodurch die Stichprobe ein sehr breites Patientenspektrum umfasst. Viele Patienten der Studie hatten beispielsweise mehr als eine somatische oder psychische gleichrangige Erkrankungen, was eine flexible Zuordnung zu den Gruppen notwendig machte. Gerade durch diese Flexibilität gelang es, Komorbiditäten wie Somatisierungsstörungen zu erfassen. Die sonstigen Rahmenbedingungen und Sozialdaten der beiden zu vergleichenden Patientengruppen der M2 und M3 waren durchaus ähnlich und somit als vergleichbare Voraussetzungen zu werten. Die Stichprobe ermöglichte die Erfassung von Patienten aus allen sozialen Schichten, also auch die bildungsfernen Patienten. Anhand der ausgeglichenen Geschlechterverteilung bei den Patienten und Patientinnen wird deutlich, dass durch die Stichprobe auch die sonst eher in der Psychosomatik unterrepräsentierten Männer erfasst wurden. Eine weitere Besonderheit stellt auch der Altersdurchschnitt von 56,6 Jahren dar, der üblicherweise bei Studien an psychosomatischen Patienten niedriger ist. Dadurch wird ein höheres Lebensalter abgedeckt, was die Studie für die gerontopsychosomatische Fragestellung interessant macht.

Durch das Wesen eines Akutkrankenhauses wird die Durchführung einer Patientenstudie dadurch beeinträchtigt, dass Patienten in akuter Hilfesuche oft nur wenige Stunden, nachts oder am Wochenende in stationärer Behandlung verweilen und somit kaum erfasst werden können. Solche Kurzlieger, aber auch Schwerkranke oder Patienten mit schlechter Compliance beeinträchtigen zwar die Aussagekraft, sollten aber dennoch so gut wie möglich erfasst werden, da sie sonst nicht in Studien erscheinen.

4.2 Diskussion der Methodik

Die Zuweisung zu den Gruppen „P-Patient“ oder „S-Patient“ sowie das Rating des Beeinträchtigungsschwerescores BSS war teilweise schwierig, da sie sowohl von dem jeweiligen Stationsarzt, seinen Kenntnissen und Erfahrungen (allerdings war das BSS-Rating wiederum für alle Ärzte eine neue Erfahrung) als auch von der jeweiligen Stationssituation abhängig ist (an turbulenten Notaufnahmetagen mit Einlieferung von schwerkranken oder su-

izidalen Patienten wird weniger Zeit für die Diagnose psychosomatischer Probleme bei rein somatisch erkrankt erscheinenden Patienten bleiben als an ruhigeren Tagen). Das Erkennen psychosomatischer Störungen ist durch die Erfordernisse des Stationsalltags nicht immer sichergestellt.

Eine weitere Schwachstelle ist die Selbstauskunft der Patienten, da Patienten wichtige Angaben gewollt oder ungewollt verfälschen können oder sich an Geschehenes nicht mehr richtig erinnern. Deshalb wurde der Prävalenzzeitraum mit einbezogen. Manche Angaben sind den Patienten auch peinlich, weshalb sie lieber etwas „verschönen“, um vor dem Arzt oder Untersucher nicht in schlechtem Licht zu stehen.

Diese Subjektivität konnte durch das Rating der Stationsärzte und der Interviewerinnen teilweise relativiert werden. Die hohe Prävalenzrate von psychosomatisch erkrankten internistischen Patienten, die mit denen der Literatur korreliert (Arolt et al., 1995, 1997; Künsebeck, 1984; Herzog et al., 2003), könnte darauf hindeuten, dass das Erkennen seitens der Ärzte gut funktioniert hat und die Angaben der Patienten glaubhaft waren.

4.3 Diskussion der Ergebnisse

Beim Vergleich der Anzahl als psychosomatisch eingestufte Patienten (P-Patienten) ist die große Differenz zwischen Medizinischer Klinik 2 und Medizinischer Klinik 3 augenscheinlich. In der M2 wurden durch die Stationsärzte 40% der Patienten als psychosomatisch gestört eingestuft. In der M3 wurden hingegen nur 15% der Patienten als P-Patienten klassifiziert.

Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die ärztlichen Kollegen der Medizinischen Klinik 2 psychosomatische Störungen vermehrt erkennen. Bedingt könnte dies durch ihre Erfahrungen und Schulungen im Umgang mit psychosomatischen Patienten sein, auf die ja auch das Augenmerk auf der M2 gerichtet ist. Möglich wäre natürlich auch eine zufällig niedrigere Quote an psychosomatisch erkrankten Patienten in der Medizinischen Klinik 3, was allerdings eine unwahrscheinlichere Erklärung ist. Denkbar wäre des Weiteren auch die niedrigere Anzahl durch Vorselektion in der Notaufnahme. Bei offensichtlichen psychischen Problemen wurden Patienten, soweit Platz vorhanden war, der M2 zugeteilt.

In jedem Fall ist festzustellen, dass ein hoher Anteil der internistischen Patienten psychische Störungen aufweist. Die Prozentzahlen ähneln den Ergebnissen der in der Einleitung

beschriebenen Studien aus anderen Kliniken (Arolt et al., 1995, 1997; Künsebeck et al., 1984; Haag, 1985; Stuhr u. Haag, 1989; Burvill, 1990; Härter, 2000; Härter, 2007).

Epidemiologisch ist festzustellen, dass der Anteil psychisch beeinträchtigter Frauen mit etwa 50 % auf beiden Stationen dem der Männer entsprach.

Die Studie illustrierte die allgemein bekannte Tatsache, dass die psychosomatischen Störungen nicht an eine Altersgruppe gebunden sind, sondern sich über alle Altersstufen gestreut finden.

Der Altersdurchschnitt lag in der Medizinischen Klinik 3 um zehn Jahre höher als in der Medizinischen Klinik 2. Eine mögliche Ursache hierfür könnte die somatische Schwerpunktverteilung der Kliniken sein. Die M3 hat ihren Behandlungsschwerpunkt auf geriatrischen Krankheiten und Stoffwechselerkrankungen. Viele ältere Diabetiker sind dort in regelmäßigen Abständen in stationärer Therapie. Gerade bei den älteren Patienten ist die Notwendigkeit der Untersuchung auf psychosomatische Störungen nicht zu unterschätzen (Schneider et al., 2011).

Bezüglich der Schulbildung gab es geringe Unterschiede zwischen den Patienten der beiden gegenübergestellten Stationen. In der M3 haben etwas mehr als 60% der Patienten einen Hauptschulabschluss, in der M2 waren es rund 45%. Dafür haben auf der psychosomatischen Station der M2 mit rund 22% etwas mehr Patienten einen Mittelschulabschluss als auf der M3 (17%). Die Anzahl der Abiturienten hielt sich mit jeweils rund 8% die Waage, ebenso die Anzahl derer ohne jeglichen Schulabschluss mit rund jeweils 13%.

Es handelte sich somit in beiden Abteilungen um eine Klientel, bei der die Hauptschüler und Patienten ohne Schulabschluss im Vergleich zur Normalbevölkerung (25% Hauptschule, 8% ohne Abschluss, Statistisches Bundesamt 2003) überrepräsentiert waren. Der Anteil an Abiturienten ist im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (23%) unterrepräsentiert, dasselbe gilt für die Mittelschüler (43% der Normalbevölkerung). Diese bildungsärmere Bevölkerungsgruppe, die im Vergleich zur Normalbevölkerung schlecht psychosomatisch versorgt ist, bildet die Klientel für ein internistisches Akutkrankenhaus in einer Großstadt. Zwischen den beiden Stationen bestand in Bezug auf die Arbeitsverhältnisse sowie die familiären Verhältnisse große Ähnlichkeit. Der Altersunterschied der Patienten dürfte ursächlich für kleinere Unterschiede sein. So gab es auf der M3 aufgrund des höheren Altersdurchschnittes mehr Rentner und auch mehr Verwitwete als auf der M2. Dagegen waren es auf der Station M3 weniger Arbeitslose sowie weniger Geschiedene als auf der M2.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass bei den untersuchten Patienten eine sehr hohe Bandbreite psychischer Störungen vorlag. Dabei handelte es sich in den meisten Fällen um Alkoholsucht, gefolgt von Depressionen, somatoformen Störungen und Angststörungen.

Nur eine geringe Anzahl der Patienten kannte ihre psychosomatische Diagnose, noch weniger befanden sich vor der stationären Aufnahme in psychotherapeutischer Behandlung. Somit ist in der Normalbevölkerung von einer erheblichen Notwendigkeit eines psychosomatischen therapeutischen und diagnostischen Angebotes auszugehen.

Im ursprünglichen Plan der Studie war vorgesehen, dass wir die therapeutisch erzielten Fortschritte anhand der Selbstbeurteilung der Patienten mit dem Fragebogen SCL-90-R und der Fremdbeurteilung durch die Therapeuten anhand der BSS-Skala untersuchen. Das BSS-Instrument war für die ersten zwei Messzeitpunkte (Aufnahme und Entlassung), das SCL-90-R für den ersten und dritten Messzeitpunkt (Aufnahme und Katamnese) vorgesehen. Wie bereits erwähnt, scheiterte die Auswertung der Selbstbeurteilung an den niedrigen Rücklaufquoten von SCL-90-R bei der Katamnese. Auf der Station M2 weigerte sich schon bei der Aufnahme eine knappe Mehrheit von 54% Patienten den Fragebogen auszufüllen. Meistens meinten diese Patienten, dass die angesprochene psychosomatische Symptomatik bei ihnen überhaupt nicht zuträfe. Auf der Station M3 verweigerten sich bei der Aufnahme sogar 70% Patienten. Noch dramatisch ungünstiger waren die Rücklaufquoten bei der katamnestichestischen Untersuchung, der zweifachen schriftlichen Erinnerung zum Trotz: Von den 502 psychosomatischen Patienten der Medizinischen Klinik M2 sandten 76% der Patienten den Fragebogen nicht zurück, von den 84 psychosomatischen Patienten der Medizinischen Klinik M3 sandten den Fragebogen sogar 92% nicht zurück. Darüber hinaus legten uns die Datenanalysen nahe, dass das Phänomen der Beantwortungsverweigerung von dem Störungsbild nicht unabhängig war. Zur Verweigerung zum Katamnesezeitpunkt tendierten eher die Patienten mit höherem Störungsgrad bei der Aufnahme. Bei einem solchen Ausmaß an „dunkler Materie“ war eine methodisch gesicherte Auswertung der Prä-Post-Veränderung anhand des Selbstbeurteilungsinstrumentes nicht denkbar. Die Analysen der therapeutischen Veränderungen wurden darum vor allem anhand des Fremdeinschätzungsinstrumentes BSS durchgeführt.

Bei der Betrachtung der BSS-Werte bei Aufnahme und Entlassung lassen sich bei manchen Werten signifikantere Unterschiede feststellen als bei anderen. Dabei lässt sich ein Behandlungserfolg auf der M2 beispielsweise aus den Verbesserungen beim körperlichen BSS ableiten. Bei 67% der Patienten wiesen die Werte bei Entlassung im Vergleich zur

Aufnahme eine Verbesserung auf. Die sozialkommunikative Subskala wies hingegen die geringste Effektstärke auf.

Der BSS-Summenwert hat sich bei den Patienten der M2 in 79% und bei den Patienten der M3 in 85% der Fälle gebessert.

Wichtig war dabei, dass trotz geringer Verweildauer therapeutische Effekte erzielt wurden, die sich in der Abnahme der BSS- Summen äußerten.

Die therapeutischen Ansätze und „Philosophie der Behandlung“ waren auf den beiden Stationen deutlich unterschiedlich. Diese direkte Beobachtung spiegelte sich auch in den zahlreichen Befunden in dieser Arbeit wider. Auf jeden Fall lässt sich allerdings sagen, dass auf beiden Stationen deutliche und signifikante therapeutische Verbesserungen festgestellt wurden.

5. ZUSAMMENFASSUNG

Die Evaluationsstudie untersucht, wie sich eine internistisch orientierte Akutklinik mit einem integrierten psychosomatischen Angebot in das Versorgungsnetz für psychisch erkrankte Patienten einer Großstadt (Stuttgart) einfügt und stellt die unterschiedlichen Behandlungsansätze einander gegenüber.

Innerhalb eines neunmonatigen Untersuchungszeitraumes von Juni 2000 bis März 2001 wurden bei allen stationär aufgenommenen Patienten der Zuweisungsmodus, Vorbehandlungen, Krankschreibungen und Krankenhaustage, somatische und psychosomatische Diagnosen, erfolgte Behandlungsverfahren und die psychotherapeutische Therapieempfehlung zur Weiterbehandlung in einem Fragebogen erfasst. Bei Aufnahme wie bei Entlassung erfolgte ein Rating des Beeinträchtigungs-Schwere-Scores (BSS) nach Schepank.

Außerdem wurden die psychosomatischen Patienten bei der Aufnahme gebeten, die SCL-90-R-Fragebogen zur Selbstauskunft zu psychischen Beschwerden auszufüllen.

Sechs Monate nach der stationären Entlassung wurden im Rahmen einer postalischen Katamnese erneute Klinikaufenthalte, Krankschreibungen und die Umsetzung der Therapieempfehlungen erfragt sowie erneut ein SCL-90-R-Fragebogen mitgesandt. Aufgrund der geringen Rücklaufquote waren die Katamnesedaten nicht auswertbar.

Das Kollektiv von 1806 Patientinnen und Patienten setzt sich aus 1250 Patienten der Medizinischen Klinik 2 (M2) und 556 Patienten der Medizinischen Klinik 3 (M3) zusammen. Nach Festlegung bestimmter Ausschlusskriterien untergliedert sich das Kollektiv in insgesamt 586 Patienten (32%) mit psychosomatischer Erkrankung (P-Patienten) und insgesamt 1220 Patienten (68%) mit somatischer Erkrankung (S-Patienten). Von den 586 psychosomatisch erkrankten Patienten waren 502 Patienten auf der M2 und 84 auf der M3.

Von 1250 Patienten der integriert psychosomatisch arbeitenden Klinik M2 wurden 245 (19%) als psychosomatische Patienten, 232 (19%) als Suchtpatienten, 25 (2%) als psychiatrische Patienten und 748 (60%) als internistisch-somatische Patienten klassifiziert.

56% der psychosomatischen Patienten (Alter: $48,0 \pm 17,9$ Jahre, 31% männlich, 69% weiblich) wiesen innerhalb der letzten 12 Monate keine psychotherapeutischen Vorbehandlungen auf. Ihr Gesamtsummenwert des BSS reduzierte sich von $6,2 \pm 1,9$ bei Aufnahme auf $4,3 \pm 2,1$ bei Entlassung (Mittelwert der Verweildauer: 17,8 Tage).

84% der psychosomatischen Patienten erhielten eine Empfehlung zur ambulanten Weiterbehandlung. Die hohen Werte des BSS belegen eindrücklich die psychische Beeinträchtigung der psychosomatischen Patienten der internistischen Akutklinik und deren Stellenwert als Teil der psychosomatischen Versorgungskette. Die geringe Zahl an vorbehandelten Patienten unterstreicht ebenso wie die insgesamt hohe Zahl von Patienten mit psychischen Störungen in der überwiegend notfallmäßig aufgenommenen Krankenhausclientel die wichtige weichenstellende Funktion einer nach integriertem Konzept arbeitenden internistischen Klinik.

Mithilfe dieser Studie konnte wiederholt die hohe Prävalenz psychischer Störungen bei internistischen Patienten belegt und dadurch die Aussagekraft der vorangegangenen Studie am Bürgerhospital bestärkt werden.

Demnach kann davon ausgegangen werden, dass auf einer internistischen Station rund ein Drittel der Patienten psychosomatische Beschwerden aufweist.

Die Studie zeigte anhand der systematischen Prä-Post-Beobachtung mit dem BSS-Fremdeinschätzungs-Instrument, dass die körperliche, psychische und sozial-kommunikative Beeinträchtigung im Laufe des Klinikaufenthaltes deutlich gemindert wird.

6. LITERATURVERZEICHNIS

1. Arolt V: Psychische Störungen bei Krankenhauspatienten. Eine epidemiologische Untersuchung zu Diagnostik, Prävalenz und Behandlungsbedarf psychiatrischer Morbidität bei internistischen und chirurgischen Patienten. Springer, Berlin Heidelberg New York, S. 67-72 (1997)
2. Arolt V, Driessen M, Bangert-Verleger A, Neubauer H, Schürmann A, Seibert W: Psychische Störungen bei internistischen und chirurgischen Krankenhauspatienten. Prävalenz und Behandlungsbedarf. *Nervenarzt* 66: 670-677 (1995)
3. Biebl W, Kinzl JF: Integrierter Therapieansatz bei Angststörungen. In: Hofmann P, Lux M, Probst C (Hrsg): *Klinische Psychotherapie*. Springer, Heidelberg, S. 270-273 (1996)
4. Bortz J: *Statistik für Sozialwissenschaftler*, 5. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York, S. 58-86 (1999)
5. Burvill PW: The epidemiology of psychological disorders in general medical settings. In: Sartorius N, Goldberg D, de Girolamo G (Eds): *Psychological disorders in general medical settings*. Hogrefe and Huber Publishers, Toronto, Bern, Stuttgart, S. 9-20 (1990)
6. CIPS (Hrsg): *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Beltz Test GmbH, Weinheim (1981)
7. Clauser G (Hrsg): *Klinische Psychotherapie innerer Krankheiten*. Sechstes Freiburger Symposium an der Medizinischen Universitäts-Klinik vom 2. bis 4. Mai 1958. Springer, Berlin Göttingen Heidelberg, S. 47-61 (1959)
8. Creed F: The importance of depression following myocardial infarction. *Heart* 82: 406-408 (1999)

-
9. De Cruppé W, Martens U, Löwe B, Herzog W, Eich W: Versorgungsaspekte stationärer psychosomatischer Behandlung am Allgemeinkrankenhaus. *Psychother Psych Med* 55: 386-391 (2005)
 10. Dahlbender RW: Psychotherapeutische Versorgungsstrukturen. In: Senf W, Broda M (Hrsg) *Praxis der Psychotherapie: ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie*. Thieme, Stuttgart New York, S. 18-25 (1996)
 11. Deter HC: Ansätze integrativer Psychosomatik in der Medizinischen Klinik. *Prax Psychother Psychosom* 31: 96-106 (1986)
 12. Deter HC (Hrsg): *Angewandte Psychosomatik: eine Anleitung zum Erkennen, Verstehen und Behandeln psychosomatisch Kranker*. Thieme, Stuttgart New York, S. 71-87 (1997)
 13. Driessen M, Petzold J, Dilling H: Psychotherapie in der Praxis niedergelassener Ärzte und Psychologen. *Psychother Psychosom med Psychol* 46: 90-95 (1996)
 14. Fava G, Pilowsky I, Pierfederici A, Bernadi M, Pathak D: Depression and illness behavior in a General Hospital. A prevalence study. *Psychother Psychosom* 38: 141 (1982)
 15. Fliege H, Bronner E, Rose M, Klapp BF: Prädiktoren des Behandlungsergebnisses stationärer psychosomatischer Therapie. *Psychother Psychosom med Psychol* 52: 47-55 (2002)
 16. Franz M, Häfner S, Lieberz K, Reister G, Tress W: Der Spontanverlauf psychogener Beeinträchtigung in einer Bevölkerungsstichprobe über 11 Jahre. *Psychotherapeut* 45: 99-107 (2000)
 17. Friederich HC, Hartmann M, Bergmann G, Herzog W: Psychische Komorbidität bei internistischen Krankenhauspatienten. Prävalenz und Einfluss auf die Liegedauer. *Psychother Psychosom med Psychol* 52: 323-328 (2002)

-
18. Fydrich T, Laireiter AR, Saile H, Engberding M: Diagnostik und Evaluation in der Psychotherapie – Empfehlungen zur Standardisierung. *Klin Psychol* 25: 161-168 (1996)
 19. Grabe HJ, Alte D, Adam C, Sauer S, John U, Freyberger HJ: Seelische Belastung und Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung. Ergebnisse der Study of Health in Pomerania (SHIP). *Psychiat Prax* 32: 299-303 (2005)
 20. Haag A: Psychosomatisch-internistische Kooperation in der Medizinischen Poliklinik. Erfahrungen mit einer unselektierten Patientenstichprobe. *Psychother Psychosom med Psychol* 35: 236-242 (1985)
 21. Haag A, Stuhr U: Die psychosomatische Versorgung am Allgemeinen Krankenhaus-Ergebnis einer Bedarfsanalyse in Hamburg. *HÄB* 12: 466-470 (1994)
 22. Hahn P. Modell und Methode in der Internistischen Psychosomatik. In: Hahn P, Werner A, Bergmann G, Drinkmann A, Eich W, Hayden M, Herzog W (Hrsg) *Modell und Methode in der Psychosomatik. Eine Bestandsaufnahme gegenwärtiger psychosomatischer Forschungs- und Arbeitsansätze*. Deutscher Studien Verlag, Weinheim, S. 74-81 (1994)
 23. Hahn P, Petzold E, Drinkmann A (Hrsg). *Internistische Psychosomatik in Heidelberg: 10 Jahre Abteilung 1.1.2. Innere Medizin II – Schwerpunkt: Allgemeine Klinische und Psychosomatische Medizin – Medizinische Universitätsklinik (Ludolf-Krehl-Klinik), 1979-1988*. Esprint, Heidelberg, S. 33-62 (1991)
 24. Hahn P, Jakob W. (Hrsg): *Viktor von Weizsäcker zum 100. Geburtstag*. Springer, Berlin Heidelberg New York, S. 18-27 (1987)
 25. Hahn P, Vollrath P, Petzold E: Aus der Arbeit einer klinisch-psychosomatischen Station. *Praxis der Psychotherapie* 20: 66-76 (1975)

-
26. Herzog W, Nikendei C, Friederich HC, Löwe B, Jünger J, Eich W, Zipfel S: Internistische Psychosomatik. *Psychotherapeut* 48: 348-356 (2003)
 27. Häfner S, Lieberz K, Schepank H: Das stationäre Behandlungskonzept der Psychosomatischen Klinik am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit. In: Hennig H, Fikentscher E, Bahrke U, Rosendahl W (Hrsg) *Kurzzeit-Psychotherapie in Theorie und Praxis*. Pabst Science Publishers, Berlin Riga Zagreb, S. 1132-1141 (1996)
 28. Häfner S, Lieberz K, Schepank H: Aspekte der Differentialindikation zur stationären Kurz- und Langzeittherapie. In: Hofmann P, Lux M, Probst C, Steinbauer M (Hrsg) *Klinische Psychotherapie*. Springer, Wien New York, S. 30-36 (1997)
 29. Häfner S, Martens U, Zipfel S: Psychische Erkrankungen im Alter. *Psychiatrie* 1:1-3 (2007)
 30. Härter MC: Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. *Psychother Psychosom med Psychol* 50: 274-286 (2000)
 31. Härter M, Baumeister H, Bengel J (Hrsg): *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen*. Springer, Heidelberg, S. 46-54 (2007)
 32. Häuser W, Schwebius P: Vier Minuten pro Patient, eine Minute pro Angehörigen. *Arzt-Patient-Angehörigen-Kommunikation in allgemeininternistischen Abteilungen*. *Psychother Psychosom med Psychol* 49: 168-170 (1999)
 33. Häuser W, Wambach S, Schiedermaier P: Vermehrte Inanspruchnahme psychosomatischer Konsiliarleistungen einer kardiologisch/pulmonologischen Klinik durch psychometrisches Screening. *Psychother Psychosom med Psychol* 51: 261-263 (2001)
 34. Herrmann C, Kaminsky B, Rüter U, Kreuzer H: Praktikabilität und klinische Relevanz eines routinemäßigen psychologischen Screenings von Patienten internistischer Allgemeinstationen. *Psychother Psychosom med Psychol* 49: 48-54 (1999)

-
35. Herrmann C, Scholz KH, 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: 83-92 (1991)
 36. Herrmann-Lingen C, Klemme H, Meyer T: Depressed mood, physician-rated prognosis, and comorbidity as independent predictors of 1-year mortality in consecutive medical inpatients. *J Psychosom Res* 50: 295-301 (2001)
 37. Hochlehnert A, Niehoff D, Herzog W, Löwe B: Höhere Kosten bei internistischen Krankenhauspatienten mit psychischer Komorbidität: Fehlende Abbildung im DRG-System. *Psychother Psych Med* 57: 70-75 (2007)
 38. Janssen PL: Internistisch-psychosomatische Modelle. In: Janssen PL (Hrsg) *Psychoanalytische Therapie in der Klinik*. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 18-26 (1987)
 39. Janssen P, Franz M, Herzog T, Heuft G, Paar G, Schneider W: Wissenschaftliches Gutachten zur Krankenhausplanung für das Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin (im Auftrag des Sozialministeriums Baden Württemberg, Stuttgart, 1998)
 40. Kächele H: Wege und Umwege zur Psychotherapie – und Irrwege? *Psychotherapieforum* 8: 14-21 (2000)
 41. Kächele H, Kordy H: Indikation als Entscheidungsprozess. *Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns*. In: Von Uexküll T (Hrsg). Urban & Fischer, München Jena, S. 425-436 (2003)
 42. Kämmerer W (Hrsg): *Körpersymptom und Psychotherapie: zum Umgang mit dem Symptom; Therapie und Klinik psychoanalytischer Psychosomatik und Fokaltherapie*. VAS, Frankfurt a.M., S. 24-34 (1999)
 43. Kammerer E: *Psychosomatik auf einer internistischen Station. Ergebnisse einer Halbjahreskatamnese*. Med. Dissertation, Universität Ulm (2000)

-
44. Köhle K, Joraschky P, Reisinger E: Die Institutionalisierung im klinischen Bereich. In: von Uexküll T (Hrsg) Lehrbuch der psychosomatischen Medizin, Studienausgabe, 5. Aufl, Urban& Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S. 516-540 (1997)
 45. Köhle K, Kubanek B: Zur Zusammenarbeit von Psychosomatikern und Internisten. Erfahrungen aus 12 Jahren. In: von Uexküll T (Hrsg) Integrierte Psychosomatische Medizin. Schattauer, Stuttgart New York, S. 17-54 (1981)
 46. Köhle K: Klinisch-Psychosomatische Krankenstation. In: von Uexküll T, Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin, 1. Aufl, Urban& Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S. 299-326 (1979)
 47. Köhle K, Simons C (Hrsg): Angewandte Psychosomatik. Die internistisch- psychosomatische Krankenstation. Editiones Roche, Basel, S. 111-129 (1980)
 48. Künsebeck HW, Lempa W, Freyberger H: Häufigkeit psychischer Störungen bei nicht-psychiatrischen Klinikpatienten. Dtsch Med Wochenschr 109: 1438-1442 (1984)
 49. Lieberz K, Holitzner V: Hausarzt und Psychotherapeut: Wege der Zusammenarbeit. Fischer, Jena Stuttgart, S. 48-59 (1996)
 50. Margraf J, Heidmeier K, Spörkel H: Psychische Störungen bei internistisch-psychosomatischen Patienten. Nervenarzt 61: 658-666 (1990)
 51. Meyer T, Klemme H, Herrmann-Lingen C: Persistenz und Effekte von Depressivität und Angstsymptomatik bei internistischen Patienten im ersten Jahr nach stationärer Behandlung. Zsch psychosom Med 2002; 48: 174-191 (2002)
 52. Potreck-Rose F, Koch U: Chronifizierungsprozesse bei psychosomatischen Patienten: Ergebnisse einer Expertise. Schattauer, Stuttgart New York, S. 78-89 (1994)

-
53. Pontzen W: Konsiliar-und Liaisondienst im Allgemeinkrankenhaus. In: Hofmann P et al (Hrsg) Klinische Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York, S. 97-112 (1996)
 54. Pontzen W: Zehn Jahre psychosomatische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus- Rückblick und Perspektiven. Psychother Psychosom med Psychol 40: 346-350 (1990)
 55. Rief W, Greitemeyer M, Fichter MM: Die Symptom Checklist SCL-90 R: Überprüfung an 900 psychosomatischen Patienten. Diagnostica 37: 58-65 (1991)
 56. Robins LN, Regier D.A: Psychiatric disorders in America. The Epidemiological Catchment Area Study. Free Press, New York, S. 27-29 (1991)
 57. Schauenburg H, Strack M: Die Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) zur Darstellung von statistisch und klinisch signifikanten Psychotherapieergebnissen. Psychother Psychosom med Psychol 48: 257-264 (1998)
 58. Schepank H: Epidemiologie psychogener Erkrankungen. Ein Beitrag zur Grundlagenforschung aus einer Feldstudie. Psychosom med Psychoanal 28: 104-125 (1982)
 59. Schepank H: Psychogene Erkrankungen in der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim. Springer, Berlin Heidelberg New York, S. 35-42 (1987)
 60. Schepank H: Die Versorgung psychogener Kranker aus epidemiologischer Sicht. Psychotherapeut 39: 220-229 (1994)
 61. Schleberger-Dein U, Stuhr U, Haag A: Die psychosomatisch-psychosoziale Bedarfs- und Versorgungssituation im Akutkrankenhaus – Ergebnisse einer Befragung internistischer Stationsärzte und -ärztinnen. Psychother Psychosom med Psychol 44: 99-107 (1994)

-
62. Schmeling-Kludas C: Psychosoziale Belastungen nach der Krankenhausaufnahme – Ein Vergleich internistischer und chirurgischer Patienten. *Psychother Psychosom med Psychol* 41: 166-175 (1991)
63. Schmeling-Kludas C: Behandlungszufriedenheit und Kooperation im Krankenhaus und in der Praxis – Einstellungen bei einer Stichprobe internistischer Patienten und ihren behandelnden Ärzten. *Psychother Psychosom med Psychol* 45: 193-201 (1995)
64. Schmeling-Kludas C, Niemann BM, Jäger K, Wedler H: Das Konzept der integrierten internistisch-psychosomatischen Patientenversorgung – Erfahrungen und Ergebnisse bei der Umsetzung im Allgemeinen Krankenhaus. *Psychother Psychosom med Psychol* 41: 257-266 (1991)
65. Schmeling-Kludas C, Wedler H: Psychosomatik im Allgemeinen Krankenhaus. Praktisches diagnostisches und therapeutisches Vorgehen bei internistischen Patienten. *Med Welt* 44: 627-631 (1993)
66. Schmeling-Kludas C, Wedler H: Integrierte Psychosomatische Medizin in der internistischen Abteilung eines Allgemeinen Krankenhauses. Entwicklung, erreichte Versorgungsqualität, Evaluation. Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt a.M., S. 21-28 (1997)
67. Schmeling-Kludas C, Odensass C: Psychosomatik im allgemeinen Krankenhaus: Problemspektrum bei einer Zufallsstichprobe von 100 internistischen Patienten. *Psychother Psychosom med Psychol* 44: 372-381 (1994)
68. Schmeling-Kludas C, Fehrs H: Auswirkungen eines integrierten internistisch-psychosomatischen Versorgungsangebotes auf die Krankheitsverarbeitung der Patienten. *Psychother Psychosom med Psychol* 47: 285-294 (1997)

-
69. Schmeling-Kludas C: Implementierung von psychosomatischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern und Konzepte der Integrierten Medizin. In: Härter M, Koch U (Hrsg) Psychosoziale Dienste im Krankenhaus. Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen, S. 97-112 (2000)
70. Schneider G, Heuft G, Senf W, Schepank H: Die Adaptation des Beeinträchtigung-Schwere-Score (BSS) für Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. Z Psychosom Med 43: 261-279 (1997)
71. Schneider G, Heuft G: Organisch nicht erklärbare somatoforme Beschwerden und Störungen im Alter: ein systematischer Literaturüberblick. Z Psychosom Med 57: 115-140 (2011)
72. Schwidder W: Einführung in die Psychosomatische Medizin. In: Hau TF (Hrsg) Psychosomatische Medizin in ihren Grundzügen. Schattauer, Stuttgart, S. 124-135 (1973)
73. Simhandl C, Kraigher D, Walter A, Nowak J: Psychotherapiebedarf im Krankenhaus. Beispiel einer Internen Abteilung eines Schwerpunktkrankenhauses. Psychopraxis 4: 40-47 (2003)
74. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg Referat 21, Zahlen von 2000
75. Studt HH: Psychotherapie im Rahmen der inneren Medizin in einem Universitätsklinikum. In: Schepank H, Tress W (Hrsg) Die stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen. Springer, Berlin Heidelberg New York, S. 87-102 (1988)
76. Stuhr U, Haag A: Eine Prävalenzstudie zum Bedarf an psychosomatischer Versorgung in den allgemeinen Krankenhäusern Hamburgs. Psychother med Psychol 39: 273-281 (1989)
77. Taucher J, Steinbauer M: Klinische Psychotherapie Wozu? – Wohin? In: Hofmann P, Lux M, Probst C (Hrsg) Klinische Psychotherapie. Springer, Heidelberg, S. 1-6 (1996)

-
78. Tress W: Psychosomatische Grundversorgung. Schattauer, Stuttgart, S. 131-138 (1997)
 79. Von Uexküll T: Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S. 68-76 (1979)
 80. Wambach S, Schiedermaier P: Vermehrte Inanspruchnahme psychosomatischer Konsiliarleistungen einer kardiologisch/pulmonologischen Station durch psychometrisches Screening. *Psychother Psychosom med Psychol* 51: 261-263 (2001)
 81. Wallen J, Pincus HA, Goldman HH, Markus SE: Psychiatric consultations in short-term general hospitals. *Arch Gen Psychiatry* 44: 163-168 (1987)
 82. Wedler H: Ansätze zu einer integrierten psychosomatischen Medizin im Krankenhaus. In: von Uexküll T (Hrsg): *Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik*. Schattauer, Stuttgart New York, S. 179-190 (1992)
 83. Wedler H: Praktische Handhabung von psychosomatischen Denk- und Handlungsansätzen im Arbeitsablauf einer internistischen Akut-Klinik. In: Zielke M, Sturm J, Mark N (Hrsg) *Die Entzauberung des Zauberbergs*. Verlag modernes lernen, Dortmund, S. 175-183 (1988)
 84. Wedler H: Integrierte Psychosomatik am Allgemeinkrankenhaus. In: Neun H (Hrsg) *Psychosomatische Einrichtungen*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen Zürich, S. 113-120 (1994)
 85. Zastrow A, Seyboth F, Faude V, Niehoff D, Herzog W, Löwe B: Verhaltens- und Einstellungsänderungen nach Behandlung auf einer internistischen beziehungsweise internistisch- psychosomatischen Akutstation- eine qualitative und quantitative naturalistische Katamnesestudie. *Z Psychosom Med Psychother* 57: 157-171 (2011)

-
86. Zastrow A, Faude V, Seyboth F, Niehoff D, Herzog W, Löwe B: Behandlungsverlauf stationär- internistisch- psychosomatischer Versorgung- eine prospektive, naturalistische Studie. *Z Psychosom Med Psychother* 55: 229-247 (2009)

DANKSAGUNG

Danksagung aus Gründen des Datenschutzes entfernt

LEBENS LAUF

Lebenslauf aus Gründen des Datenschutzes entfernt

Lebenslauf aus Gründen des Datenschutzes entfernt