

PATIENTEN IN STATIONÄRER PSYCHOSOMATISCHER KRANKENHAUS- BEHANDLUNG: PATIENTENCHARAKTERISIERUNG UND BEHANDLUNGS- ERGEBNISSE ANHAND DER PSY-BADO-PTM

PATIENTS OF A PSYCHOTHERAPEUTIC INPATIENT SETTING: PATIENT DESCRIPTION AND EFFECTIVENESS OF TREATMENT

Karin Tritt, Friedrich von Heymann, Thomas H. Loew, Beate Benker, Franz Bleichner, Rainer Buchmüller, Peter Findeisen, Joachim Galuska, Wolfgang Kalleder, Franz Lettner, Boris Michelitsch, Franz Pfitzer, Godehard Stadtmüller und Michael Zaudig

Zusammenfassung

In dieser Untersuchung erfolgt eine Charakterisierung der in 11 stationären psychosomatischen Einrichtungen nach § 39 SGB V während der Jahre 2001 und 2002 behandelten Patienten (N = 8.390) anhand von soziodemografischen Variablen, Hauptdiagnosen, Komorbidität, Beeinträchtigungsschweregrad, Beschwerdedauer sowie psychotherapeutischen Vorbehandlungen. Weiterhin werden die diagnosebezogene Behandlungsdauer und die während der Behandlungszeit erzielten Veränderungen der Symptomatik sowie des Befindens der regulär entlassenen Patienten (N = 6.439) dargestellt.

Schlüsselwörter

Stationäre psychosomatische Krankenhausversorgung – Versorgungsforschung - Psychotherapie

Summary

The data of patients (N = 8.390) treated – under naturalistic conditions - between 2001 and 2002 at 11 inpatient units are presented with regard to sociodemographic variables, main diagnoses, comorbidity, severity of disorder, duration of complaints and prior treatments. In addition, diagnosis related length of treatment, changes in symptoms and well-being of the regular discharged patients (N = 6.439) are shown.

Keywords

psychotherapeutic inpatient treatment - effectiveness study

Einleitung

Während der Bereich psychosomatischer Rehabilitationsbehandlungen inzwischen relativ gut dokumentiert ist, wird ein genereller Mangel an Untersuchungen aus der Bereich der stationären psychosomatischen Krankenhausbehandlungen (Akutbereich) konstatiert (Franz et al., 2000). Die beim Ärztetag 2003 beschlossene Neuordnung der Gebiete und Umbenennung des „Facharztes für Psychotherapeutische Medizin“ in „Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ (Janssen, 2003) gibt uns weiteren Anlass, die Versorgungslandschaft im Bereich Psychosomatik zu klarifizieren. Es ist nachvollziehbar, dass Anbieter im Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie – aus den unterschiedlichsten Motiven – viele psychosomatische Patienten gerne in ihrem für psychiatrische Patienten sehr bewährten, gestuften und inhaltlich überlappenden Versorgungssystem (Akutpsychiatrie, gefolgt von sozialpsychiatrischer Rehabilitation – stationär, teilstationär, in spezifischen Wohnformen sowie ambulant unter Einbeziehung weiterer sozialer Dienste) behandeln würden (Bundesdirektorenkonferenz psychiatrischer Krankenhäuser, 2003). Es entspricht aber ebenso der Realität unseres Gesundheitswesens, dass diese Patienten erfah-

rungsgemäß u.a. Berührungängste mit psychotherapeutischen Einrichtungen haben (Franz, 1997) und die Hemmschwelle, eine psychosomatische Einrichtung aufzusuchen, geringer ist. Unbestritten ist, dass lange symptomatische Vorlaufzeiten, wie sie organisationsbedingt leider auch heutzutage noch die meisten ambulanten psychotherapeutischen Angebote charakterisieren (Zepf et al., 2003), die Prognosen dieser Patienten verschlechtern (Potreck-Rose und Koch, 1994). In einer durch Kostendruck definierten Medizin besteht zudem die Gefahr, dass die Aufgabe der Identifizierung dieser Problempatienten (Tress et al., 1995), die bekanntlich mehr Kosten verursachen als die Durchschnittspatienten der Krankenkassen (Lamprecht, 1996; Zielke, 1999) und deren kunstgerechte Behandlungsmotivierung im Rahmen pauschalisierter Abrechnungssysteme (DRGs) zunehmend entfallen wird mit nicht absehbaren Folgen für die Sozialversicherungssysteme. Die Behandlung in einem Fachkrankenhaus oder einer Krankenhausabteilung für Psychosomatik mit einer klaren Indikation (Schmeling-Kludas, 1999) stellt hier ein u.E. notwendiges, aber auch umstrittenes Glied der Versorgungskette dar (Fritze und Berger, 2003). Die Chefärzte der psychosomatischen Fachkliniken sind sich ih-

rer strukturellen und Kostenverantwortung durchaus bewusst und versuchen – jenseits aller Polemik – eine den Störungen angemessene und mit den anderen Therapiemodalitäten (ambulante Versorgung und Rehabilitation) verzahnte Versorgung zu gewährleisten und zu verbessern. Die in einem Qualitätssicherungsverbund zusammenarbeitenden Krankenhäuser und –abteilungen stellen hier – auch in Anbetracht der zunehmenden öffentlichen, kontroversen Diskussion der Versorger und der Kostenträger - erstmals ausführliche Zahlen ihres in der Regelversorgung angesiedelten Benchmarkingprojekts zur Verfügung, und damit Daten, die nicht in experimentellen, homogenen Stichproben zur stationären Psychotherapie oder im universitären Kontext erhoben wurden, sondern in einem prospektiv angelegten Qualitätsmonitoring.

In der vorliegenden Untersuchung soll eine kurze deskriptive Charakterisierung der Patienten erfolgen, die eine stationäre psychosomatische Fachklinikbehandlung nach § 39 SGB V in den Jahren 2001 und 2002 in einer der beteiligten elf Einrichtungen – unter den naturalistischen Bedingungen der Regelversorgung - in Anspruch nahmen. Außerdem werden die während des Behandlungszeitraums erzielten Veränderungen der Symptomatik sowie des körperlichen und psychischen Befindens (Ergebnisqualität) bei den regulär entlassenen Patienten dargestellt.

Methodik

Stichprobengewinnung

Die Erhebung fand in 11 bayerischen Psychosomatischen Kliniken¹ statt, die multimodale Therapiekonzeptionen umsetzen und sich verschiedenen Therapieschulen verpflichtet fühlen. Auf der Grundlage standardisierter, qualitätssichernder Maßnahmen sollten vereinbarungsgemäß, die Behandlungen aller zwischen dem 01.01.2001 und dem 31.12.2002 entlassenen Patienten dokumentiert werden. Dokumentiert wurde nach der Psy-BaDo-PTM (von Heymann et al., 2003) mit einer Vielzahl unterschiedlicher Items aus den Bereichen Soziodemografie, Kostenträger, bisherige Dauer der Beschwerden, Arbeitsunfähigkeit, psychotherapeutische Vorbehandlungen, Beeinträchtigungsschweregrad nach Schepank (1987; 1995), psychische und somatische Diagnosen (International Classification of Diseases (ICD-10); Dilling et al., 1993), Art und Ausmaß der multimodalen Behandlungen, Behandlungsdauer sowie Einschätzung des therapeutischen Erfolges (Therapeuten- und Patientenratings). Daneben wurde die Symptomatik der Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme sowie der Entlassung mit der Symptom-Checkliste - SCL-90-R (Franke, 1995) gemessen.

Diese Auswertung basiert auf einer Teilstichprobe einer größeren Erhebung, die sowohl Patienten mit Krankenhausbehandlungen nach § 39 SGB V als auch Patienten mit Rehabilitationsbehandlungen nach § 40 SGB V umfasste. Insgesamt wurden in diesem Zeitraum N = 20.819 Patienten aus 15 psychosomatischen Fachkliniken bzw. –abteilungen erfasst. Es wurden n = 1.057 Patienten wegen des Fehlens basaler soziodemografischer Angaben (Abrechnungsart, Geschlecht, Alter, erste F-Diagnose sowie Behandlungsdauer) ausgeschlossen, was einer Drop-out-Rate von 5,08 % entspricht. Von der Gesamtstichprobe wurde diese Teilstichprobe von n = 8.390 Patienten, die alle eine Krankenhausbehandlung nach §39 SGB V erhalten hatten, herausgefiltert. Da nicht alle Items aller Patienten vollständig vorliegen, variiert die bei den einzelnen Variablen stets angegebene Stichprobengröße.

Methoden

Beim Vorliegen intervallskaliertter Daten wurde a) für die Bestimmung von signifikanten Unterschieden ($p \leq 0,05$) zwischen den zwei Erfassungsjahrgängen sowie b) für den Vergleich der erzielten Veränderungen zwischen den Aufnahme- und Entlassungswerten der Patienten T-Tests für unabhängige bzw. gepaarte Stichproben oder Varianzanalysen gerechnet, ansonsten wurden Chi-Quadrate berechnet. Die Bestimmung der Zusammenhänge zwischen den Therapeuten- und Patientenratings des somatischen sowie des psychischen Befindens erfolgte mit dem Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman. Ein Vergleich der Patienten beider Erhebungsjahrgänge bezüglich der relevanten soziodemografischen Variablen, des Beeinträchtigungsschweregrades (BSS) sowie der Globalen Symptomatischen Belastung (GSI des SCL-90-R) zeigte keine signifikanten Unterschiede, so dass die beiden Erfassungsjahrgänge – in Ermangelung eines zeitlichen Einflussfaktors – gemeinsam für die Darstellung der Ergebnisqualität der Veränderungen verrechnet wurden. Signifikanzangaben werden nur beim Vorhandensein signifikanter Unterschiede gemacht.

Resultate

Stichprobenbeschreibung

Im Folgenden werden die in den beteiligten Kliniken behandelten Patienten anhand einiger zentraler Parameter beschrieben.

Geschlecht

(Tab. 1): Die Stichprobe umfasste n = 2.771 männliche (33,0 %) und n = 5.619 (67,0 %) weibliche Patienten. Die Geschlechtsverteilung - nach Erfassungsjahr geordnet - kann der Tabelle 1 entnommen werden.

¹ Beteiligte Kliniken: Adula-Klinik, Oberstdorf (Direktor Dr.med. Godehard Stadtmüller); Caduceus-Klinik, Bad Bevensen (Direktor Dr. med. Peter Findeisen); Fachklinik Heiligenfeld, Bad Kissingen (Direktor Dr.med. Joachim Galuska); Fachklinik Waldmünchen (Direktor Dr.med. Wolfgang Kalleder); Klinik am schönen Moos, Saulgau (Direktor Dr. med. Boris Michelitsch); Klinik Angermühle, Deggendorf (Direktor Dr.med. Rainer Buchmüller); Klinik Dr. Schlemmer, Bad Wiessee (Direktor Dr.med. Franz Lettner); Klinik St. Irmingard, Prien (Chefarzt Dr.med. Franz Pfitzer); Psychosomatische Fachklinik Windach (Direktor PD Dr.med. Michael Zaudig); Psychosomatische Klinik Bad Neustadt/ Saale (Direktor Dr.med. Franz Bleichner); Sanitas-Klinik Ludwigsbad, Murnau (Direktor Dr.med. Beate Benker)

Tabelle 1

GESCHLECHT	2001 n = (%)	2002 n = (%)	Insgesamt N = (%)
Männlich	1.423 (33,3)	1.348 (32,8)	2.771 (33,0)
Weiblich	2.853 (66,7)	2.766 (67,2)	5.619 (67,0)
Insgesamt	4.276 (100,0)	4.114 (100,0)	8.309 (100,0)

Alter: Der Altersmittelwert der Gesamtstichprobe (N = 8.390) betrug 40,97 Jahre (SD = 12,64). Dabei hatten die männlichen Patienten (n = 2.771) einen signifikant höheren Altersdurchschnitt (T = 8,430; df = 6033,327; p £ 0,01) von 42,57 Jahren (SD = 11,75) als die weiblichen Patienten (n = 5.619), deren mittleres Alter bei 40,18 Jahren (SD = 12,99) lag. Tabelle 2 zeigt die Altersverteilung der beiden Erfassungsjahrgänge. Der Altersmittelwert im Jahr 2001 betrug 40,88 Jahre (SD = 12,58) und 41,07 Jahre (SD = 12,71) im Jahre 2002.

Familienstand (Tabelle 2): Knapp 40 % der Stichprobe waren ledig, ca. ein Drittel verheiratet und etwa ein Achtel geschieden, während der jeweilige Anteil der getrennt lebenden, der verwitweten sowie der wieder verheirateten Patienten eine zu vernachlässigende Größe darstellte.

Tabelle 2

FAMILIEN- STAND	2001 n = (%)	2002 n = (%)	Insgesamt N = (%)
Ledig	1.591 (38,3)	1.611 (39,7)	3.202 (39,0)
Verheiratet	1.486 (35,8)	1.422 (35,1)	2.908 (35,4)
Getrennt lebend	299 (7,2)	326 (8,0)	625 (7,6)
Geschieden	566 (13,6)	516 (12,7)	1.082 (13,2)
Verwitwet	146 (3,5)	120 (3,0)	266 (3,2)
Wieder verheiratet	65 (1,6)	62 (1,5)	127 (1,5)
Insgesamt	4.153 (100,0)	4.057 (100,0)	8.210 (100,0)

Tabelle 3

MOMENTANE bzw. LETZTE BERUFSTÄTIGKEIT	2001 n = (%)	2002 n = (%)	Insgesamt N = (%)
Ungelernter Arbeiter	574 (14,0)	560 (13,9)	1.134 (13,9)
Facharbeiter	362 (8,8)	364 (9,0)	726 (8,9)
Einfacher Angestellter	764 (18,6)	783 (19,4)	1.547 (19,0)
Mittlerer Angestellter	809 (19,7)	764 (19,0)	1.573 (19,3)
Höherer Angestellter	527 (12,8)	579 (14,4)	1.106 (13,6)
Leitender Angestellter	287 (7,0)	276 (6,8)	563 (6,9)
Selbstständig mit kleinem Betrieb	118 (2,9)	124 (3,1)	242 (3,0)
Selbstständig mit mittl. Betrieb	44 (1,1)	51 (1,3)	95 (1,2)
Selbstständig mit großem Betrieb	162 (3,9)	135 (3,3)	297 (3,6)
Nie erwerbstätig	254 (6,2)	272 (6,7)	526 (6,5)
Unbekannt/unklar	208 (5,1)	122 (3,0)	330 (4,1)
Insgesamt	4.109 (100,0)	4.030 (100,0)	8.139 (100,0)

Momentane bzw. letzte Berufstätigkeit (Tabelle 3): Bezüglich der jetzigen bzw. letzten Berufstätigkeit konnten signifikante Unterschiede zwischen den beiden Erhebungsjahrgängen nachgewiesen werden (c= 29,742; df = 10; p £ 0,01), die jedoch bei der Sichtung der prozentualen Verteilungen als nicht sonderlich relevant erscheinen. Knapp ein Viertel der Stichprobe waren Arbeiter und knapp 60 % Angestellte, während eine kleine Minderheit selbstständig war (ca. 8 %), nie erwerbstätig gewesen war (ca. 7 %) oder keine eindeutigen Antworten zu dieser Frage gab (ca. 4 %).

Dauer der Beschwerden (Tabelle 4): Die mittlere Beschwerdedauer aller Patienten (N = 8176) betrug 66,10 Monate (SD = 88,75) - also 5,51 Jahre. Während keine signifikanten Unterschiede beim Mittelwertvergleich beider Erfassungsjahrgänge (2001: MW = 67,06 (SD = 87,59); 2002: MW = 65,11 (SD = 89,94)) aufgezeigt werden konnten, wurden Unterschiede bei der Verteilung (c= 15,136; df = 5; p £ 0,01) gefunden, die allenfalls Hinweise auf eine leichte Verringerung der Beschwerdedauer liefern und in Tabelle 6 dargestellt sind. Insgesamt wiesen knapp ein Drittel der Patienten eine Beschwerdedauer von bis zu einem Jahr auf, knapp 40 % eine Dauer von einem bis zu fünf Jahren, und knapp 30 % der Patienten hatten eine Dauer von mehr als fünf Jahren.

Tabelle 4

BESCHWERDE- DAUER	2001 n = (%)	2002 n = (%)	Insgesamt N = (%)
Bis 1 Jahr	1.342 (32,3)	1.292 (32,2)	2.634 (32,3)
Bis 2 Jahre	595 (14,3)	676 (16,8)	1.271 (15,6)
Bis 5 Jahre	942 (22,7)	899 (22,4)	1.841 (22,5)
Bis 10 Jahre	619 (14,9)	588 (14,6)	1.207 (14,8)
Bis 15 Jahre	259 (6,2)	197 (4,9)	456 (5,6)
Mehr als 15 Jahre	392 (9,4)	366 (9,1)	758 (9,3)
Insgesamt	4.149 (100,0)	4.018 (100,0)	8.167 (100,0)

Tabelle 5

PSYCHOTHERAPEUTISCHE VORBEHANDLUNGEN	2001 n = (%)	2002 n = (%)	Insgesamt N = (%)
Keinerlei Vorbehandlungen	483 (12,3)	447 (11,3)	930 (11,8)
Nur ambulant vorbehandelt	1.784 (45,4)	1.796 (45,6)	3.580 (45,5)
Nur stationär vorbehandelt	165 (4,2)	171 (4,3)	336 (4,3)
Ambulant u. stationär vorbehandelt	1.494 (38,1)	1.528 (38,8)	3.022 (38,4)
Insgesamt	3.926 (100,0)	3.942 (100,0)	7.868 (100,0)

Tabelle 6

BSS - BEEINTRÄCHTIGUNGSSCHWEREGRAD	2001 n = (%)	2002 n = (%)	Insgesamt N = (%)
Leichte Beeinträchtigung*	249 (6,4)	239 (6,2)	488 (6,3)
Mittlere Beeinträchtigung*	3.027 (77,6)	2.904 (75,4)	5.931 (76,5)
Schwere Beeinträchtigung *	625 (16,0)	710 (18,4)	1.335 (17,2)
Insgesamt	3.901 (100,0)	3.853 (100,0)	7.754 (100,0)

* leichte Beeinträchtigung = BSS-Werte 0-4; mittlere Beeinträchtigung = BSS- Werte 5-8; schwere Beeinträchtigung = BSS-Werte 9-12;

Tabelle 7

PSYCHISCHE KOMORBIDITÄT	2001 n = (%)	2001 n = (%)	Insgesamt N = (%)
1 F-Diagnose*	1.437 (33,6)	1.361 (33,1)	2.798 (33,3)
2 F-Diagnosen*	1.581 (37,0)	1.501 (36,5)	3.082 (36,7)
3 F-Diagnosen*	804 (18,8)	833 (20,2)	1.637 (19,5)
4-5 F-Diagnosen*	417 (9,8)	376 (9,1)	793 (9,5)
6 und mehr F-Diagnosen*	37 (0,9)	43 (1,0)	80 (1,0)
Insgesamt	4.276 (100,0)	4.114 (100,0)	8.390 (100,0)

* F-Diagnose = ICD-10-Diagnose aus dem Kapitel V (F)

Vorbehandlungen (Tabelle 5): Lediglich etwas über ein Zehntel der Patienten hatte keinerlei psychotherapeutische Vorbehandlung. Knapp die Hälfte hatte ausschließlich eine ambulante, und fast 40 % hatten sowohl eine ambulante als auch eine stationäre Vorbehandlung. Der Anteil von Patienten, die ausschließlich stationär vorbehandelt waren, fiel mit ca. 4 % kaum ins Gewicht.

Beeinträchtigungsschweregrad (Tabelle 6): Der mittlere BSS-Score (Beeinträchtigungsschweregradindex nach Schepank, 1995) aller Patienten (N = 7.754), der Werte zwischen null und zwölf annehmen kann, betrug 6,96 (SD = 1,69). Beim Mittelwertvergleich konnten keine Unterschiede zwischen den Erfassungsjahrgängen nachgewiesen werden (2001: MW = 6,95 (SD = 1,66); 2002: MW = 6,98 (SD = 1,71)). Ein Vergleich der Verteilungen der Jahrgänge ergab jedoch signifikante Differenzen (c= 7,871; df = 2; p £ 0,05), die – wenn überhaupt – auf eine leichte Zunahme des Schweregrades hindeuten. Es gab kaum (ca. 6 %) Patienten, die – gemäß der von Schepank bestimmten Grenze £ 4 BSS-Punkte – nicht als klinische “Fälle” zu werten sind. Über drei Viertel der Patienten wurden als mittelgradig beeinträchtigt und knapp ein Fünftel als schwer beeinträchtigt geratet.

Psychische Komorbidität (Tabelle 7): Insgesamt erhielten die Patienten im Schnitt 2,12 (SD = 1,1) ICD-10-Diagnosen (Dilling et al., 1993) aus dem Kapitel V (F). Weder beim Vergleich des Mittelwerts noch bei der Verteilung konnten signifikante Unterschiede zwischen den Erhebungsjahren (2001: MW = 2,11 (SD = 1,09; 2002: MW = 1,12 (SD = 1,1) aufgezeigt werden. Etwa je ein Drittel der Patienten hatte eine oder zwei F-Diagnosen, ein Fünftel ca. drei F-Diagnosen und ca. ein Zehntel der Patienten hatte vier und mehr.

Psychische Erstdiagnosen (Tabelle 8): Es wurden signifikante Unterschiede zwischen den Diagnoseverteilungen der Erfassungsjahre 2001 und 2002 gefunden (c= 70,846; df = 23; p £ 0,01), diese bleiben jedoch – mit Ausnahme einer 2,3-prozentigen Zunahme der rezidivierenden depressiven Störungen und einer 1,9-prozentigen Abnahme der Persönlichkeitsstörungen (F60) – alle unterhalb einer einprozentigen Abweichung zwischen den Erfassungsjahren. Insgesamt wies etwa die Hälfte der Patienten affektive Störungen (F3) auf, mehr als jeder Zehnte eine Angststörung (F40 und 41), jeweils knapp jeder Zehnte eine Essstörung (F50), eine Persönlichkeitsstörung (F6) sowie eine Anpassungs- bzw. eine Belastungsstörung (F43) und schließlich knapp 5 % eine somatoforme

Störung (F45). Andere Diagnosen spielten nur eine marginale Rolle.

Behandlungsdauer (Tabelle 8): Da diese Publikation in erster Linie darauf abzielt, die Dokumentation von abgeschlossenen Behandlungen vorzulegen, beziehen sich die Angaben zur Behandlungsdauer ausschließlich auf die regulären Entlassungen (N = 6.439), die 78,1 % der Gesamtstichprobe ausmachten. Es konnten signifikante Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen bezüglich der Behandlungsdauer nachgewiesen werden ($F = 39,097$; $df = 6438$; $p \leq 0,01$), charakteristisch sind auch die großen Standardabweichungen der einzelnen Diagnosegruppen. Lediglich 12,3 % der Varianz konnten durch die Variable Diagnose erklärt werden ($r^2 = 0,123$). Im Schnitt wurden die regulär entlassenen Patienten der beteiligten Kliniken 56,57 Tage ($SD = 26,99$) behandelt. Die mittlere Behandlungsdauer sowie die Standardabweichungen der verschiedenen diagnostischen Gruppen ist aus Tabelle 8 ersichtlich.

Ergebnisqualität

Im Folgenden werden verschiedene Indikatoren der Ergebnisqualität aufgeführt, die sich auf einer psychometrischen Erfassung der Symptome sowie auf Patienten- und Therapeutenratings des Befindens beruhen. Analog zu den Angaben zur Behandlungsdauer wird bei der Darstellung der über den Behandlungszeitraum erzielten Veränderung ausschließlich

auf die Daten der vorschriftsmäßig behandelten Patienten zurückgegriffen – also auf die regulären Entlassungen (N = 6.439) –, die 78,1 % dieser Stichprobe konstituieren.

Änderungen des somatischen Befindens (Tabelle 9): Das somatische Befinden der Patienten wurde von über 10 % der Therapeuten sowie über 10 % der Patienten zu Behandlungsbeginn als unproblematisch bewertet. Während jeweils ca. 5 % der Therapeuten und in der Selbstbewertung auch die Patienten das körperliche Befinden als verschlechtert sahen, betrachteten über 10 % der Therapeuten und über 10 % der Patienten das körperliche Befinden als unverändert, jeweils 70 % der Therapeuten und Patienten fanden es (etwas sowie deutlich) gebessert. Die Korrelation zwischen Therapeuten- und Patientenratings betrug Spearman-Rho = 0,242.

Änderungen des psychischen Befindens (Tab. 10): Der Anteil der Patienten, die sich nach Ansicht der Therapeuten (etwas oder deutlich) gebessert hatten, betrug ca. 90 %, und nach Bewertung der Patienten selbst lag der Anteil bei ca. 86 %. Bei den restlichen Patienten wurde dieser Bereich als behandlungsirrelevant betrachtet oder als unverändert bzw. (etwas oder deutlich) verschlechtert. Die Korrelation zwischen Therapeuten- und Patientenratings erreichte Spearman-Rho = 0,334.

Tabelle 8

PSYCHISCHE ERSTDIAGNOSEN nach ICD-10 sowie REGULÄRE BEHANDLUNGSDAUER IN TAGEN*	2001 und 2002 N (%)	Behandlungsdauer*: Mittelwert / (SD)/ [absol. Häufigkeit]
Organische Störung (F0)	12 (0,1)	49,33 (29,78) [6]
Psychische Störung durch Alkohol (F10)	34 (0,4)	40,42 (22,83) [19]
Störung durch sonstige Substanzmittel (F11-19)	24 (0,3)	42,30 (26,04) [10]
Schizophrenie (F2)	66 (0,8)	57,74 (29,32) [43]
Manische, bipolare Störung (F30-31)	67 (0,8)	61,22 (24,51) [54]
Depressive Episode (F32)	1.777 (21,2)	50,26 (20,13) [1.433]
Rezidivierende depressive Störung (F33)	2.214 (26,4)	53,36 (21,17) [1.794]
Sonst. anhalt. affektive Störung (F34.0/8/9 u. F38/9)	16 (0,2)	58,00 (19,91) [11]
Dysthymia (F34.1)	151 (1,8)	48,79 (17,33) [121]
Phobie (F40)	269 (3,2)	56,50 (19,06) [209]
Sonstige Angststörung (F41)	759 (9,0)	50,54 (24,24) [588]
Zwangsstörung (F42)	243 (2,9)	69,20 (23,92) [200]
Anpassungsstörung (F43 und F43.2/8/9)	385 (4,6)	48,94 (22,66) [295]
Belastungsstörung (F43.0/1)	278 (3,3)	75,11 (39,17) [211]
Dissoziative Störung (F44)	55 (0,7)	64,74 (38,22) [38]
Somatoforme Störung (F45)	385 (4,6)	50,11 (23,05) [292]
Sonstige neurotische Störung (F48)	40 (0,5)	50,45 (23,89) [33]
Essstörung (F50)	687 (8,2)	70,68 (29,74) [431]
Sonstige Verhaltensauffälligkeit (F51-53)	9 (0,1)	51,00 (20,23) [6]
Psych. Faktoren bei anderorts klass. Krankheit (F54)	97 (1,2)	53,19 (19,55) [89]
Persönlichkeitsstörung (F60)	686 (8,2)	76,22 (40,71) [460]
Sonstige Persönlichkeitsstörung (F61-69)	116 (1,4)	83,87 (46,95) [82]
Entwicklungsstörung (F8)	2 (0,0)	47,50 (31,82) [2]
Störung, beginnend in Kindheit und Jugend (F9)	18 (0,2)	61,42 (30,30) [12]
Insgesamt	8.390 (100,0)	56,57 (26,99) [6.439]

* Behandlungsdauer bezieht sich r ausschließlich auf die regulären Entlassungen.

Tabelle 9

ÄNDERUNG DES SOMATISCHEN BEFINDES*	Therapeutenratings* n = (%)	Patientenratings* N = (%)
Nicht relevant /kein Problem	836 (13,0)	691 (12,2)
Deutlich verschlechtert	166 (2,6)	93 (1,6)
Etwas verschlechtert	151 (2,4)	225 (4,0)
Nicht verändert	702 (10,9)	718 (12,7)
Etwas gebessert	2.168 (33,8)	1.860 (32,9)
Deutlich gebessert	2.388 (37,2)	2.064 (36,5)
Insgesamt	6.349 (100,0)	5.651 (100,0)

* Die Veränderungsmessungen beziehen sich ausschließlich auf die regulären Entlassungen.

Tabelle 10

ÄNDERUNG DES PSYCHISCHEN BEFINDES*	Therapeutenratings* n = (%)	Patientenratings* N = (%)
Nicht relevant /kein Problem	72 (1,1)	182 (3,2)
Deutlich verschlechtert	232 (3,6)	78 (1,4)
Etwas verschlechtert	117 (1,8)	140 (2,5)
Nicht verändert	191 (3,0)	382 (6,7)
Etwas gebessert	2.001 (31,2)	2.241 (39,4)
Deutlich gebessert	3.804 (59,3)	2.663 (46,8)
Insgesamt	6.417 (100,0)	5.686 (100,0)

* Die Veränderungsmessungen beziehen sich ausschließlich auf die regulären Entlassungen.

Tabelle 11

SCL-90-R SKALEN*	Aufnahme* MW (SD)	Entlassung* MW (SD)	Prä-/Post-Differenzen* MW (SD)
1) Somatisierung	1,08 (0,76)	0,69 (0,64)	0,39 (0,63)
2) Zwanghaftigkeit	1,49 (0,84)	0,82 (0,70)	0,67 (0,74)
3) Unsicherheit in soz. Kontakten	1,35 (0,87)	0,75 (0,68)	0,61 (0,78)
4) Depressivität	1,68 (0,87)	0,85 (0,74)	0,83 (0,82)
5) Ängstlichkeit	1,27 (0,83)	0,73 (0,69)	0,54 (0,73)
6) Aggressivität	0,94 (0,74)	0,52 (0,60)	0,42 (0,72)
7) Phobische Angst	0,86 (0,86)	0,42 (0,61)	0,45 (0,71)
8) Paranoides Denken	1,14 (0,84)	0,62 (0,64)	0,52 (0,74)
9) Psychotizismus	0,81 (0,65)	0,44 (0,53)	0,37 (0,55)
Global Severity Index [N =]	1,24 (0,66) [5.898]	0,69 (0,57) [5.805]	0,55 (0,56) [5.724]

* Die Veränderungsmessungen beziehen sich ausschließlich auf die regulären Entlassungen.

Änderungen der Symptomatik (Tabelle 11): Anhand des T-Tests für gepaarte Stichproben wurden signifikanten Unterschiede ($p \leq 0,01$) zwischen den Aufnahme- und Entlassungswerten für jede Skala ermittelt (z.B.: GSI: $T = 73,859$; $df = 5723$; $p \leq 0,01$). Die Spanne der Verbesserungen rangierte von 0,37 (Psychotizismus) bis 0,83 (Depressivität) SCL-Punkte. Besonders große Verbesserungen (intraindividuelle Prä-/Post-Differenzen) wurden für die Einzelskala Depressivität ermittelt, gefolgt von den Skalen Zwanghaftigkeit, Unsicherheit in sozialen Kontakten, Ängstlichkeit und paranoides Denken. Auch der „Global Severity Index“, der das Ausmaß an globaler symptomatischer Beeinträchtigung erfasst, wies eine mittlere Verbesserung von 0,55 SCL-90-Punkten bei den regulär Entlassenen auf. Die für alle regulär entlassene Patienten erzielte Effektstärke (nach Rosenthal, 1991) betrug 0,83.

Diskussion

Nach einer kurzen Besprechung der Repräsentativität der Ergebnisse sowie methodischer Probleme werden die Stichprobenbeschreibung sowie die im Behandlungszeitraum erfolgten Veränderungen diskutiert.

1997 gab es nach der offiziellen Fachabteilungsstatistik des Statistischen Bundesamtes 70 psychosomatische Fachabteilungen der Akutversorgung (nach § 108 SGB V) mit insgesamt 2.764 Betten (Gräß, 2000). Die an unserer Untersuchung beteiligten Einrichtungen weisen insgesamt 483 Akutbetten auf, was eine 17,3-prozentige Erfassung der bundesdeutschen psychosomatischen Krankenhausbetten (Akutbereich) entspricht. Obwohl die vorliegenden Resultate noch nicht als repräsentativ für die bundesrepublikanische Versorgungslandschaft gelten können, da bislang kein Vergleich zwischen den von uns erfassten und den nicht erfass-

ten Einrichtungen erfolgt ist, lassen sich aus der Größe der Stichprobe u.E. trendmäßig Indikatoren für die stationäre psychotherapeutische Behandlung ableiten.

Die Drop-out-Rate dieser Untersuchung betrug eingangs ca. fünf Prozent, bedingt durch fehlende basale Angaben. Ein weiterer Ausschluss infolge weiterer fehlender Einzelwerte überstieg die Größe von 7,6 % der verbliebenen Patienten (N = 8.390) bei der Patientenbeschreibung und 12,2 % der regulär entlassenen Patienten (N = 6.439) bei den Veränderungsindikatoren nicht. Sie scheint im Vergleich zu anderen Studien (z.B. Franz et al. 2000) durchaus akzeptabel zu sein. Weiterhin bleibt das Problem der Adäquanz von statistischen Signifikanzberechnungen, die insbesondere bei großen Stichproben statistisch signifikante Unterschiede belegen können, sich bei näherer Hinsicht als klinisch irrelevant herausstellen (Kazdin, 1994). Bei den nicht intervallskalierten Daten lassen sich hier beispielsweise signifikante Unterschiede zwischen den Erfassungsjahren nachweisen, die - bei einer Gegenüberstellung der einzelnen Erfassungskategorien der jeweiligen Variablen - lediglich einmal eine Abweichung von höchstens 3,7 % belegen. Ansonsten bleiben die Verteilungsunterschiede zwischen den Einzelkategorien unter der 3%-Marke. In Anbetracht des deskriptiven Anliegens dieser Arbeit bleiben derartige Differenzen unkommentiert. Schließlich erschwert ein Mangel an vergleichbaren multizentrischen und Therapieschulen-übergreifenden Großerhebungen der Regelversorgung eine Einordnung unserer Befunde. Das Gros der bisherigen Studien beschränkte sich entweder auf einzelne psychotherapeutische Ausrichtungen, auf universitäre Einrichtungen oder auf die Versorgung im Bereich der Rehabilitation (Janssen et al., 1999; Franz et al., 2000).

Bei der Beschreibung der Patienten, die die beteiligten Einrichtungen in den Jahren 2001 und 2002 für eine Behandlung aufgesucht hatten, wurde eine erstaunliche Konstanz zwischen den zwei Erhebungsjahrgängen verzeichnet. Trotz der enormen Stichprobengröße, die bereits kleinste Unterschiede signifikant werden lässt, wurden kaum nennenswerte relevante Abweichungen gefunden. Die hiesigen Befunde zum Geschlecht (ca. zwei Drittel weibliche Patienten), zum Familienstand (Überrepräsentation von Ledigen und Geschiedenen), zur Anzahl der F-Diagnosen sowie zur sozialen Schichtzugehörigkeit (Patienten aus niedrigeren sozialen Schichten sind gewöhnlich in diesem Versorgungsbereich unterrepräsentiert [Matthey, 1994], wie unser Indikator „Momentane bzw. letzte Berufstätigkeit“ darlegt) entsprechen in etwa den Angaben in der Literatur. Der Befund, dass Patienten der Akutversorgung eher die Altersgruppen bis zu maximal 39 Jahre angehören, ließ sich dagegen hier nicht bestätigen (Janssen et al., 1999). Bereits der Altersmittelwert in dieser Erhebung lag bei etwa 40 Jahren und ca. ein Viertel der Patienten war 40 Jahre und älter. Bei der Bewertung des hohen Vorkommens von depressiven Störungen (ca. 50 %) in unseren Einrichtungen sollte noch beachtet werden, dass bei über drei Viertel dieser Patienten zusätzliche somatische Krankheiten (58 %), psychosomatische Komorbidität (beispielsweise bei den Zweitdiagnosen: somatoforme Störungen [20,8 %], Essstörungen [9,1 %], Alkohol- und Substanzmittelabusus [13,4 %]) sowie noch das somatische Syndrom (ICD-10; Dilling et al., 1993) vorlagen.

Im Lichte der bisherigen Auswertungen zur Beschwerdedauer (zusammenfassend: Potreck-Rose und Koch, 1994), die besagen, dass ein Patient nach Krankheitsbeginn durchschnittlich 6 – 8 Jahre unter psychogenen Symptomen leidet, bis er einer adäquaten psychosomatischen Behandlung zugeführt werden kann, zeigen unsere Resultate mit einem Mittelwert von 5,5 Jahren einen kürzeren Zeitraum. Möglicherweise basiert dieser Unterschied in der Beschwerdedauer darauf, dass unsere Stichprobe nur Patienten mit Krankenhausbehandlungen umfasst. Für bedenkenswert halten wir weiterhin die Situation der knapp 30 % der Patienten mit einer Beschwerdedauer von mehr als 5 Jahren, die der Gefahr kontinuierlicher Chronifizierungsprozesse ausgesetzt sind.

Als ausgesprochen spannend sind die Ergebnisse zu den Vorbehandlungen der Patienten zu werten. Lediglich etwas über ein Zehntel der Patienten hatte keine psychotherapeutische Vorbehandlung, und nicht einmal 5 % waren ausschließlich stationär vorbehandelt. Die große Anzahl Patienten, die entweder nur ambulant (über 45 %) oder sowohl ambulant als auch stationär (knapp 40 %) vorbehandelt waren, verweist auf die Notwendigkeit einer guten Verzahnung der verschiedenen Versorgungsbereiche (integrierte Versorgung).

Die zeitliche Entwicklung des Beeinträchtigungsschwergrades unserer Patienten bei der Aufnahme deutet höchstens auf eine leichte Zunahme der Beeinträchtigung der Patienten zwischen den Jahren 2001 und 2002 hin. Der BSS-Mittelwert unserer Patienten von 6,96 lag leicht über dem von Franz et al. (2000) angegebenen Durchschnitt von 6,63. Die insgesamt 6,3 % der Patienten, die BSS-Werte unterhalb der klinischen Falldefinitionsgrenze erhielten, erscheinen auch als ein akzeptabler Befund, der im Rahmen der Qualitätssicherung eine gesonderte Analyse verdient.

Die mittlere Behandlungsdauer von 61,42 Tagen der hier erfassten regulär entlassenen Patienten liegt unterhalb der Angaben zur durchschnittlichen Verweildauer (66,2 Tage) der Vereinigung der Leitenden Ärzte psychosomatischer Krankenhäuser aus dem Jahre 1993 (Janssen et al., 1999). Da die Behandlungsdauer in jedem Falle länger als die Verweildauer anzusetzen ist (von Heymann et al., 2003) und die Behandlungsdauer in dieser Studie durch die Herausnahme der nicht regulär entlassenen Patienten erhöht wurde, kann man davon ausgehen, dass sich die Behandlungsdauer seit 1993 gesenkt hat (oder diese Ergebnisse basieren auf Spezifika der beteiligten Kliniken). Weiterhin muss auf die Inhomogenität der Behandlungsdauer in dieser Untersuchung hingewiesen werden, die in den hohen Standardabweichungen zum Ausdruck kommt. Die geplante Einführung von „Diagnosis-Related-Groups“ (DRGs) als Vergütungssystem basiert auf der Annahme einer homogenen Gruppenbildung, die in Anbetracht der hier aufgezeigten diagnosebezogenen hohen Standardabweichungen kaum belegt werden kann.

Die durch die Behandlung erzeugten Veränderungen bei den regulär entlassenen Patienten sind auch annehmbar. Laut Bassler und Hoffmann (1994) kann als Richtwert davon ausgegangen werden, dass sowohl bei ambulanten als auch bei stationär Behandelten ca. zwei Drittel der Patienten eine gute

bis sehr gute Verbesserung durch die Behandlung erfahren und nur ein Drittel unverändert bleibt. Diese Standards wurden sowohl für die somatische als auch für die psychische Befindlichkeit unserer Patienten erreicht. Im somatischen Bereich fanden die Patienten und die Therapeuten jeweils ca. 70 % der Patienten nach der Behandlung gebessert, und im psychischen Bereich lagen die Besserungsraten aus Patientensicht bei ca. 86 % und aus Therapeutesicht bei ca. 90 %. Die Zusammenhänge zwischen Therapeuten- und Patientenratings entsprechen auch den üblichen Ergebnissen der Psychotherapieforschung (Kazdin, 1994). Auch beim GSI des SCL-90-R wurden deutliche Verbesserungen erzielt, die eine Effektstärke von 0,83 erreichten. Während der GSI-Mittelwert unserer Patienten bei der Aufnahme (1,24) sowie bei der Entlassung (0,69) leicht unterhalb des Durchschnitts der Patienten aus der multizentrischen universitären Studie von Franz et al. (2000) lagen (MW bei Aufnahme = 1,38; MW bei der Entlassung = 0,82), wurden mittlere intraindividuelle Prä-/Post-Differenzen in vergleichbarer Höhe gefunden (0,55 vs. 0,56). Freilich ließe sich zu Recht einwenden, dass unsere Stichprobe lediglich die regulär entlassenen Patienten umfasst, doch auch bei der Studie von Franz et al. (2000) wurden alle Frühabbrecher und Kurzlieger (d.h. alle Patienten mit weniger als 10 Tage Aufenthalt) aus der Studie ausgeschlossen. Eine gesonderte Analyse der für die Qualitätssicherung besonders interessanten Gruppe der irregulär entlassenen Patienten ist daher in Planung. Die in dieser Studie erzielte klinikübergreifende Effektstärke von 0,83 beim GSI des SCL-90-R steht den nach der gleichen Formel berechneten klinikspezifischen GSI-Effektstärken von 0,52 – 1,11 der Studie von Franz et al. (2000) gegenüber. Nach Cohen (1977, zit. n. Kazdin, 1994) sollten Effektstärken ab 0,8 als große Effekte bewertet werden. In Anbetracht dessen, dass die therapeutischen Effekte in naturalistischen Studien tendenziell geringer als in kontrollierten Studien ausfallen (Roth und Fonagy, 1996; Shadish et al., 1997) sind die Therapieeffekte in den an dieser Studie beteiligten Kliniken respektabel.

Literatur

- Bassler M, Hoffmann SO: Trends in der empirischen Forschung über stationäre Psychotherapie. *Psychotherapeut* 1994;39:174-176
- Bundesdirektorenkonferenz psychiatrischer Krankenhäuser: Gedanken zum Profil zukünftiger Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. *Krankenhauspsychiatrie* 2003;14:36-42
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien/Weltgesundheitsorganisation. 2., korr. Aufl. Bern: Springer, 1993
- Franke G: SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Göttingen, Bern: Testzentrale, 1995
- Franz M: Der Weg in die therapeutische Beziehung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1997
- Franz M, Janssen P, Lensche H, Schmidtke V, Tetzlaff M, Martin K, Wöller W, Hartkamp N, Schneider G, Heuft G: Effekte stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin* 2000;46:242-258
- Fritze J, Berger M: Weitere vollstationäre Kapazitäten für Psychosomatik? *Nervenarzt* 2003;74:387-393
- Gräb C: Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser. In: Arnold M., Litsch M, Schwartz FW (Hrsg.): Krankenhausreport 1999. Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker. Stuttgart, New York: Schattauer, 2000, 289-306
- Heymann v F, Zaudig M, Tritt K., et al.: Die diagnosebezogene Behandlungsdauer in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin: eine homogene Größe? Erste Ergebnisse der Multicenter-Basisdokumentation (Psy-BaDo-PTM) als Grundlage qualitätssichernder Maßnahmen in der stationären Psychosomatik. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 2003;54
- Janssen P: Zum Stand der Weiterbildungsdiskussion. *Z Psychosom Med Psychother* 2003;49:200-204
- Janssen P, Franz M, Herzog T, Heuft G, Paar G, Schneider W: Psychotherapeutische Medizin. Standortbestimmung zur Differenzierung der Versorgung psychisch und psychosomatisch Kranker. Stuttgart: Schattauer, 1999
- Kazdin AE: Methodology, Design, and Evaluation in Psychotherapy Research. In: Garfield SL, Bergin AE (eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley, 1994, 19-71
- Lamprecht F: Die ökonomische Folgen von Fehlbehandlungen psychosomatischer und somatopsychischer Erkrankungen. *PPmP Psychother Psychosom Med Psychol* 1996;46:283-291
- Matthey K: Erkrankungsdauer von Patienten in verschiedenen psychosomatischen Einrichtungen. Diplomarbeit Universität Freiburg, 1994
- Potreck-Rose F, Koch U: Chronifizierungsprozesse bei psychosomatischen Patienten. Stuttgart: Schattauer, 1994
- Rosenthal R: *Meta-analytic procedures for social research*. London: Sage, 1991
- Roth A, Fonagy P: *What works for whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. New York: Guilford Press, 1996
- Shadish WR, Rahsdale K, Glaser RR, Montgomery LM: Effektivität und Effizienz von Paar- und Familientherapie: Eine meta-analytische Perspektive. *Familiendynamik* 1997;22:5-33
- Schepank H: *Epidemiology of Psychogenic Disorders*. Berlin: Springer, 1987
- Schepank H: Der Beeinträchtigungsschwerescore (BSS). Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung. Weinheim: Beltz, 1995
- Schmeling-Kludas C: Fachlich und rechtliche Aspekte zur Abgrenzung einer Krankenhausbehandlung im Gebiet Psychotherapeutische Medizin von der Psychosomatischen Rehabilitation. *PPmP Psychother Psychosom Med Psychol* 1999;52:244-247
- Tress W, Manz R, Sollors-Mossler B, Schepank H, Franz M: Epidemiologie. In: Uexküll Th v (Hrsg.): *Psychosomatische Medizin*. München: Urban & Schwarzenberg, 1995, 103-112
- Zepf S, Mengele U, Hartmann S: Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. *PPmP Psychother Psychosom. Med Psychol* 2003;53:152-162
- Zielke M: Kosten-Nutzen-Aspekte in der Psychosomatischen Rehabilitation. *PPmP Psychother Psychosom Med Psychol* 1999; 49:361-367

Dr. rer. soz. Karin Tritt

Schwerpunkt Psychosomatik

Klinikum der Universität Regensburg

Franz-Josef-Strauß-Allee 11

93053 Regensburg

E-Mail: karin@tritt.de