

## 1 Einleitung

Nach Wirsching und Herzog (1989) rückt die ambulante psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung mehr in den Mittelpunkt des gesellschaftlichen Interesses, da viele Menschen unter psychischen Belastungen stehen, die Krankheiten verursachen können. Spezifische psychotherapeutische Maßnahmen werden verstärkt angeboten. Deshalb steigt die Bedeutung von beratenden Institutionen mit speziell ausgebildeten Psychotherapeuten, die dem Schutz des Patienten vor ungeeigneten Therapien dienen sollten.

Mit Cube (1983) werden psychosomatische Ambulanzen als erste Anlaufstelle bei der Suche nach psychotherapeutischer Hilfe aufgesucht. Das Ziel der psychosomatischen Ambulanzen besteht darin, den bei Verdacht auf eine psychosomatische Erkrankung einweisenden Arzt zu unterstützen und eine präzise Diagnose zu finden. Diese sollte zu einer an die individuellen Möglichkeiten des Patienten angepassten Psychotherapie führen. Darüberhinaus sollte die Prognose des individuellen Patienten abgeschätzt und die Bereitschaft zur Psychotherapie geschaffen werden. Ambulante Abteilungen dienen als „Filter und Verteilungsstelle für Patienten vor der Aufnahme einer aufwendigeren psychotherapeutischen Behandlung“ (Cube 1983).

Demgegenüber wird die ambulante Versorgung immer noch als „Stiefkind“ (Jordan et al. 1989) der psychosomatischen Medizin in Praxis und Forschung behandelt. Dies kann durch allgemeine Schwierigkeiten bei Aufbau und Organisation der ambulanten Versorgung erklärt werden, ebenso durch die als mühsam und frustrierend erlebte Tätigkeit des im ambulanten Dienst beschäftigten Psychosomatikers, die noch dazu wenig bis gar keine Rückmeldung (Diagnose - und Indikationsstellung, Weitervermittlung an eine geeignete Therapiestelle) mit sich bringt. Ohne die nötige Unterstützung in der eigenen Abteilung ist er jedoch „als missionarischer Einzelkämpfer verloren, seine Arbeit häufig lediglich ein Alibi, für eine medizinisch - technische Institution, die sich einen Psychosomatiker, sei er nun Arzt oder Psychologe, als Hofnarren hält“ (Pontzen 1990). Die für den Patienten immer wichtiger werdende Beratung wird von der etablierten Medizin allzuoft als

disziplinierende Maßnahme im Sinne von Überweisungen schwieriger, ungeliebter und therapieresistenter Patienten missbraucht. Nach Köcher (1982) wird die mangelnde berufliche Identitätsfindung des Psychosomatikers von außen durch die permanente Diskrepanz zwischen dem eigenen Anspruch der Hilfestellung im Sinne eines ganzheitlichen medizinischen Systems in der Krankheitsverarbeitung/-bewältigung und in der medizinischen Wirklichkeit - geringer Motivation und einer oft schlechten Heilungsprognose - noch verstärkt. Die allgemeine Problematik der psychosomatischen Abteilungen, insbesondere der psychosomatischen Ambulanz, lässt die Forderungen nach Effizienzstudien und Compliance von ambulanten Maßnahmen, besonders für kurze Beratungen immer lauter werden. Untersuchungen sollen erfassen,

- was aus den Patienten wird, wenn sie die Abteilung verlassen,
- ob die empfohlene Therapie angetreten wurde,
- ob eine messbare Verbesserung der psychischen Beschwerden nachzuweisen ist,
- welche Faktoren und Merkmale des Patienten Einfluss auf den Therapieerfolg haben.

Die Antworten auf diese Fragen können für das weitere Procedere der psychosomatischen Ambulanz entscheidend und Ansatzpunkt für Verbesserungsvorschläge in der Patientenversorgung sein. Auch sollte einmal die Frage erörtert werden, ob nicht Kurzkontakte in der ambulanten Versorgung als eine spezifische Form der Psychotherapie nachgewiesen werden können. So würde der oft ungeliebte Bereich der psychosomatischen Medizin wesentlich attraktiver werden. Die oben aufgeworfenen Fragen sollen in dieser Arbeit im Rahmen eines größeren Projektes untersucht werden, das eine Klientelbeschreibung der psychosomatischen Ambulanz der Universitätsklinik Erlangen im Kontext einer repräsentativen Erhebung beinhaltet.

Diese Untersuchung konzentriert sich also auf zwei Punkte:

- die weitere symptomatische Entwicklung der Patienten soll erfasst werden,
- und es soll prospektiv dokumentiert werden, wie den psychotherapeutischen Empfehlungen gefolgt wurde.

### ***1.1 Literaturrecherche - bereits vorhandene Studien zur Patientencompliance und -zufriedenheit***

Es gibt bisher nur wenige Studien zur Konsiliar - Liaison-tätigkeit im deutschsprachigen Raum, die auf eine Abschätzung der Patientenzufriedenheit und der Konsequenzen des Kontaktes mit dem Therapeuten abzielen. Als Indikator für die Effizienz der Arzt - Patient - Interaktion diene im allgemeinen die Compliance, d.h., dass der Therapieempfehlung des Therapeuten nachgekommen wurde und somit eine erste Einsicht des Patienten in die Psychogenese seiner Erkrankung als auch beispielsweise Vertrauen in seinen Therapeuten - als einen wichtigen Prädiktor für eine positive Compliance - vorausgesetzt werden kann.

Ein Vergleich der internationalen Studien mit deutschen Interventionsstudien ist kaum möglich, da dort nicht wie in Deutschland zwischen psychiatrischer und psychosomatischer Versorgung unterschieden wird, sondern rein psychiatrische Interventionen stattfinden. Trotzdem sollen nach den deutschsprachigen auch wichtige internationale Forschungsarbeiten vorgestellt werden.

In den im Anschluss vorgestellten deutschsprachigen Studien wurden Patientenkollektive 6 - 36 Monate später hinsichtlich der Qualität des Erstkontaktes mit der psychosomatischen Abteilung befragt.

Die computergestützte Literaturrecherche erfolgte in den Datenbanksystemen MEDLINE, PSYINDEX, PSYCLIT, SERLINE und PsyndexPLUS. Als Schlüsselbegriffe werden „consultation liaison“ verwendet und Originalarbeiten, Übersichtsarbeiten, Reviews, Habilitationsschriften sowie Dissertationen erfasst, um gültige Kriterien für die Interpretation der Resultate dieser Studie zu erhalten.

### 1.1.1 Deutschsprachige Studien

Im Folgenden werden die Ergebnisse der deutschsprachigen Studien in zusammengefasster Form dargestellt.

1. **Köcher (1982):** In 1 - 2 Gesprächen konnten 107 von 230 Patienten, die sich an der Studie beteiligten, in der psychosomatischen Ambulanz ausführlich interviewt werden (Rücklauf 46%). Davon befolgten 36% die psychotherapeutischen Empfehlungen; 21% befolgten sie partiell, indem sie eine andere als die ihnen nahegelegte Psychotherapieform wählten. Die Compliance korrelierte mit einer positiven Haltung gegenüber der psychosomatischen Medizin, der Introspektionsfähigkeit, dem Engagement der Patienten bei Aufnahme des Kontaktes mit der Ambulanz, dem subjektiven Leidensdruck, einer geringen Chronifizierung, einer positiven Beziehung zum Therapeuten, einer positiven Einstellung der Umwelt zur Therapieempfehlung.
2. **von Cube (1983):** Seine Stichprobe wird von Ambulanzpatienten der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik an der psychiatrischen Klinik der Universität München gebildet. Ein Fragebogen wurde entwickelt, um die Reaktion auf das psychosomatische Beratungsgespräch abschätzen zu können. In einem Nachuntersuchungszeitraum von 14 bis 26 Monaten wurde ein Rücklauf von 71,3% erzielt. Die subjektive Reaktion wurde mit 1/3 als positiv, 1/3 als bedingt positiv und 1/3 als negativ eingestuft. Die empfohlene Therapie wurde zu 50% befolgt. Die Psychotherapiebereitschaft stieg mit jüngerem Alter der Patienten, eigeninitiativem Aufsuchen der Ambulanz, Angehörigkeit zur Mittelschicht, weiblicher Geschlechtszugehörigkeit und bei Patienten mit seelischen Beschwerden im Gegensatz zu psychosomatisch/psychovegetativen Beschwerden. Den Frauen wurde häufiger zu einer analytischen Psychotherapie geraten, den Männern zu einer Verhaltenstherapie. Der Therapieempfehlung wurde häufiger gefolgt, wenn der Patient aus einer psychiatrischen Klinik überwiesen wurde, als wenn er vom niedergelassenen Arzt oder einem nicht psychiatrischen Krankenhaus geschickt wurde. Eine direkte Weitervermittlung an eine Psychotherapiestelle

bewirkte eine größere Inanspruchnahme des Therapieangebotes, als wenn sich der Patient selber um das Zustandekommen bemühen musste. Als Gründe für die nicht angetretene Therapie nannten die Beteiligten einen zu hohen Zeitaufwand und direkte positive Effekte des Beratungsgesprächs bzw. die spontane Besserung.

3. **Künsebeck und Freyberger (1987):** In diese Studie wurden nur ambulante Patienten und keine Konsiliarpatienten einbezogen. 60,2% der Patienten, die einen Erstkontakt zwischen Januar bis Mai 1984 erhielten, beantworteten die selbstentwickelten Fragebögen über Körperbeschwerden, den Gießentest und das Beck-Depressions-Inventar (BDI) nach zwei Jahren vollständig. Von diesen 110 Patienten gaben 43,4% leichte Zufriedenheit und 26,4% eine große Zufriedenheit mit der empfohlenen therapeutischen Behandlung an. Eine signifikante Reduktion der Depression wurde festgestellt. Auch die Beschwerden nahmen durchschnittlich ab.
  
  4. **Jordan et al. (1989):** Es handelt sich um eine empirische Untersuchung des psychosomatischen Konsiliardienstes der Universitätsklinik Frankfurt. Über eine Patientendokumentation und eine katamnestiche Befragung soll die Effektivität der psychosomatischen konsiliarischen Beratungsgespräche erörtert werden. Von den 156 Patienten, die zwischen Januar 1983 und Dezember 1985 konsiliarisch betreut wurden, litten 50,6% an Psychosomatosen. 75% dieser 156 Patienten konnten postalisch erfasst werden und erhielten maximal 3 Gespräche mit dem Konsiliarius. Davon wurde 70,8% eine Therapieempfehlung erteilt, 67,6% der Patienten schätzten die Konsiliargespräche als produktiv ein, 79,4% gaben eine deutliche Beschwerdelinderung an. Bezogen auf die Anzahl derjenigen, die einen Therapievorschlag erhielten, nahmen 55,3% diesen Therapievorschlag wahr. 43,1% dieser Patienten begaben sich in eine psychotherapeutische Behandlung (stationär oder ambulant), 32,5% von diesen 43,1% Patienten wählten die stationäre Therapie in einer psychosomatischen Spezialklinik.
- Als therapiegünstiger Prädiktor stellte sich eine positive Bewertung der Gespräche durch den Therapeuten dar, nicht jedoch die Anzahl der

Beratungsgespräche. Wenige Gespräche können demnach bereits Einfluss auf das künftige Krankheitsgeschehen haben. Anhand einer Clusteranalyse werden die Patienten in fünf Subgruppen unterteilt, die sich jeweils in der Compliancerate unterscheiden. Hervorzuheben ist hier die Gruppe der ambivalenten Frauen mit einer kurzen Krankheitsanamnese und starker Beeinträchtigung bei einer vordergründig aufgeschlossenen Haltung gegenüber psychotherapeutischen Maßnahmen, die eine Compliance von nur 40% aufzeigt. Dagegen wurden die eher älteren männlichen Patienten mit einem Durchschnittsalter von 48 Jahren bislang in ihrem psychosomatischen Krankheitsverständnis und ihrer Therapiebereitschaft unterschätzt und erhielten zu nur 50% eine Therapieempfehlung. Von den eher älteren Patienten befolgten 90% den Vorschlag des Therapeuten.

5. ***Strauß et al. (1991a;b)***: An der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Kiel sollten 125 Patienten, die an maximal 3 ambulanten Gesprächen im Zeitraum von 2 Jahren (1986/87) teilnahmen, nach durchschnittlich 14 Monaten rückblickend mittels eines Fragebogens die psychosomatische Einrichtung beurteilen. Dieser Fragebogen beinhaltete sowohl demographische Angaben als auch Bewertungen einzelner Aspekte der ambulanten Kontakte, wie Gesprächsatmosphäre, therapeutische Beziehung und die Konsequenzen auf die aktuelle Lebenssituation und -qualität, die aus dieser ambulanten Behandlung gezogen wurden. Patienten, die die Befragung verweigerten, hatten eher unspezifische Empfehlungen erhalten und sind öfters aus einer Klinik überwiesen worden. Insgesamt wurden die Gespräche als wenig positiv beurteilt. Besonders die passive Haltung des Therapeuten und ein Mangel an konkreten Hilfestellungen wurde kritisiert. Die Compliance betrug 49% und war besonders hoch, wenn eine ambulante Einzeltherapie vorgeschlagen wurde. Im Gegensatz dazu wurde der Empfehlung einer stationären Therapie selten entsprochen. Von den 61 Patienten, die die empfohlene Therapie auch angetreten haben, hatten lediglich 38 Patienten die Maßnahme zum Befragungszeitpunkt beendet. Nur 15 von den 38 Patienten gaben ohne vorgegebene Kategorien an, dass ihnen die empfohlene Maßnahme geholfen hätte. 34 Patienten gaben an, etwas

anderes als die vorgeschlagene Maßnahme unternommen zu haben, da der Rat wenig hilfreich, zu aufwendig oder schwer realisierbar gewesen wäre. Compliant zeigten sich besonders jüngere Patienten mit höherer Schulbildung, Unverheiratete oder Geschiedene, Patienten, die auf eigene Initiative den Kontakt zur Ambulanz suchten, eine aufgeschlossene Haltung gegenüber der Therapie hatten, Patienten mit erhöhtem Leidensdruck, geringer Chronifizierung und Introspektionsfähigkeit. In den 14 Monaten seit dem Zeitpunkt des Gesprächs nahmen die Beschwerden trotz negativer Bewertung der Kontakte ab und die Lebenszufriedenheit stieg.

In den bisherigen Studien erschwert die Heterogenität der Stichproben in Anzahl der ambulanten Kontakte wie auch deren Organisation einen Vergleich der Erhebungen, der zu gesicherten Ergebnissen führen könnte. Die katamnesticen Befragungen sind insgesamt allgemeiner gehalten und auf Beurteilungen der Zufriedenheit und der Compliancerate, sowie die Feststellung derjenigen Patientenmerkmale, die mit einer positiven Compliance einhergehen, konzentriert. Die unterschiedlichen Patientenkollektive von stationären schwer Erkrankten bis zu Patienten, die über den üblichen Konsiliardienst erreicht werden und fehlende Angaben über den Grad der psychosozialen Einbußen erschweren den Vergleich zwischen den einzelnen Studien bzw. machen ihn unmöglich. Auch die unterschiedlichen Zuweisungsbedingungen, die einen starken Einfluss auf die Erfolgchancen der Therapie nehmen, werden nicht immer differenziert betrachtet.

### **1.1.2 Internationale Studien**

1. **Bonilla (1961):** Er fand in einer unkontrollierten Effizienzuntersuchung über den Einsatz von Hypnose im Konsiliar - Liaisondienst heraus, dass Hypnose ein Weg ist, das Wohlbefinden des Patienten zu verbessern. Über diesen Einsatz von Hypnose auf einer chirurgischen Station konnte auch eine Beschwerdelinderung der Patienten erzielt werden.

2. **Levitan & Kornfeld (1981):** In dieser Untersuchung erhielten alle weiblichen Patienten, die auf einer orthopädischen Station zur Operation einer Femurfraktur aufgenommen wurden, innerhalb von 72 Stunden eine Consultation - Liaison - Intervention und wurden durch diesen Dienst bis zu ihrer Entlassung psychotherapeutisch - psychosozial versorgt. Die Kontrollgruppe bildeten Patienten derselben Station vor Einführung dieser Intervention. Die Gruppe, die eine Intervention erhielt, wies eine signifikante Verkürzung der durchschnittlichen Krankenhausliegezeit im Vergleich mit der Kontrollgruppe auf. Dies führte zu einer erheblichen Kostenersparnis. Eine weitere Kostensenkung wurde durch eine häufigere Entlassung nach Hause anstelle in ein kostenaufwendiges Pflegeheim erzielt. Insgesamt wurde über einen Zeitraum von 6 Monaten eine Kostenersparnis von 55.200 US \$ pro Patient, dem eine Versorgung durch den Consultation - Liaison - Dienst zuteil wurde, ermittelt.
3. **Ackermann et al. (1988):** An 92 Patienten mit depressiven Störungen konnten Ackermann et al. den Einfluss auf die Krankenhausaufenthaltsdauer vom Zeitpunkt der Consultation - Liaison - Intervention beleuchten. Je früher sie stattfand, desto mehr verkürzte sich die Liegezeit der Patienten.
4. **Strain et al. (1991):** 452 Patienten über 65 Jahre, die zur Operation von Hüftgelenksfrakturen auf orthopädischen Stationen zweier Zentren lagen (dem Mount Sinai Medical Center in New York und dem Northwestern Memorial Hospital in Chicago), dienten als Stichprobe. Während der einjährigen „Baseline - Phase“ bekamen die Patienten auf Anforderung eine psychiatrische Konsiliaruntersuchung. Dagegen wurde bei der ebenfalls einjährigen Erhebungsphase bei jedem Patienten nach der Notwendigkeit der psychiatrischen Konsultation gesucht. Diese gezielte Untersuchung auf Therapiebedürftigkeit ließ die mittlere Liegedauer von 20,7 auf 18,5 Tage sinken im Mount Sinai Medical Center bzw. von 15,5 auf 13,8 Tage im Northwestern Memorial Hospital. Der Anteil an früher nach Hause entlassenen Patienten stieg signifikant, und es trat eine deutliche Besserung des psychischen Befundes der Patienten der Erhebungsphase ein.

5. **Levenson et al. (1992):** Über allgemeinmedizinische Dienste einer Universitätsklinik wurden 1541 konsekutiv aufgenommene Patienten auf Depression, Angst, Verwirrtheits- und Schmerzzustände gescreent. 741 Patienten, die dabei durch ein erhöhtes Ausmaß an Psychopathologie oder Schmerzsymptomatik auffielen, wurden in a) Baseline - Kontroll - Personen, b) aktuelle Kontrollpersonen und c) eine experimentelle Consultations - Liaison - Gruppe eingeteilt. Hierbei ließen sich jedoch zwischen Experimental- und Kontrollgruppe keine signifikanten Unterschiede in den Outcome - Maßen Liegezeit, Krankenhauskosten, psychopathologischer Status nach der Entlassung, Rehospitalisierung und ambulante Therapie nachweisen.
6. **Phillips et al. (1996):** 100 während ihres stationären Aufenthalts an den gynäkologisch - geburtshilflichen Consultation - Liaison - Dienst überwiesene Patienten sollten ihre Zufriedenheit mit diesem Dienst mittels eines Fragebogens darstellen. 83% der Beteiligten empfanden die therapeutische Maßnahme als sehr hilfreich.

## **1.2 Beschreibung der psychosomatischen Ambulanz Erlangen**

Die Abteilung für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin der Universität Erlangen - Nürnberg orientiert sich an tiefenpsychologischen Konzepten und bietet stationäre (16 Betten) und teilstationäre (Tagesklinik mit 8 Plätzen) psychotherapeutische Behandlungen an. Die Indikation zu einer stationären/teilstationären oder ambulanten Therapie wird durch die Mitarbeiter der psychosomatischen Ambulanz: drei Ganztagskräfte (Ärzte) und zwei Halbtagskräfte (Psychologen) gestellt. Diese sind darüber hinaus für die Durchführung der psychosomatischen Konsile des Gesamtklinikums und für Kriseninterventionen zuständig.

Nach 1 - 3 tiefenpsychologisch fundierten Gesprächen, die jeweils 50 Minuten in Anspruch nehmen, wird vom Therapeuten eine Diagnose gestellt und eine Therapieempfehlung ausgesprochen. Diese berücksichtigt ebenso wie die Technik

der Gesprächsführung die Möglichkeiten des jeweiligen Patienten, seine Therapiemotivation und Lebenssituation (Wohnort, familiäre Verpflichtungen, etc.). Meist haben die Patienten keine Vorstellung von einer psychischen Krankheitsgenese. So schildern zum Beispiel Patienten mit einer somatoformen Störung bildhaft ihre Symptome, die vielen Arztbesuche und ihre dabei erlebten Enttäuschungen, aber meiden Gesprächsthemen wie soziale Bindungen, Phantasien oder Gefühle. Eine auf ihre Lebenssituation eingehende Deutung der Beschwerden überfordert manche Patienten. Für den Interviewer gestaltet sich die Gesprächsführung häufig schwierig, da er stützend eingreifen soll, das Gespräch strukturieren und gleichzeitig Einsicht in die psychosomatische Genese der Erkrankung schaffen soll, ohne die Kooperation des Patienten zu verlieren.

Ziel des Therapeuten ist:

- die Zusammenarbeit mit dem Patienten zu festigen,
- die aktuellen Symptome des Patienten zu eruieren,
- falls möglich, einen Zeitpunkt bzw. eine Konfliktsituation, die zu einer Verstärkung der Symptomatik führte, festzustellen,
- eine biographische Anamnese zu erheben,
- inhaltliche oder formale Denkstörungen des Patienten aufzudecken,
- die Sucht- oder Suizidgefährdung zu erkennen,
- dem Patienten klare Vorschläge für das weitere Vorgehen zu vermitteln,
- den Patienten bei entsprechender Indikation einer stationären Therapie zuzuführen
- und einen Arztbrief für den weiterbehandelnden Arzt zu verfassen.

Der Erstkontakt ist zumeist mitbestimmend für Erfolg oder Misserfolg der psychosomatischen Therapie. Die personale Begegnung mit ihrem ganzheitlichen Ansatz zeigt sich durch eine Fülle verbaler und nonverbaler Zeichen in der Arzt - Patient - Beziehung. Als Hinweise auf die Qualität der Versorgung und das Ausmaß

des Vertrauens in den Therapeuten können u.a. die Compliance, d.h. das Zustandekommen der weiteren Therapie als objektivierender Tatbestand sowie De- und Resomatisierungen und Änderungen der Symptomatik gewertet werden. Die vorliegende Arbeit dient als Verlaufsbeschreibung der Abteilung für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin der Universität Erlangen - Nürnberg und hat die folgenden Fragestellungen zum Inhalt.

### **1.3 Fragestellungen**

Es interessierten folgende Fragestellungen:

- Welches waren die spezifischen Merkmale von Patienten, die sich der Retrospektivbefragung stellten?
- Wie veränderten sich die aktuellen Beschwerden seit dem Erstkontakt mit der psychosomatischen Ambulanz?
- Welche Konsequenzen in bezug auf das Therapieangebot wurden aus den Beratungsgesprächen gezogen?
- Wie hoch belief sich die Patientencompliance, d.h., wie häufig wurde der Therapieempfehlung des Therapeuten entsprochen?
- Welche Merkmale zeichneten die Patienten mit einer positiven Compliance aus im Vergleich mit Patienten, die nicht den Therapeutenrat befolgten?
- Welche Änderungen seit den Beratungsgesprächen ließen sich in psychologischen Parametern nachweisen?
- Welche der erfassten Faktoren beeinflussten den Beschwerdeverlauf?
- Welche therapeutischen Konsequenzen können durch diese Studie abgeleitet werden?
- Welche Prädiktoren lassen zukünftig einen guten Therapieerfolg vermuten?

## **2 Methodik und Studiendesign**

Die Untersuchung basiert auf einer standardisierten Basis - Patientendokumentation der Abteilung (leicht modifizierte Basisdokumentation des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin - statt erfolgter Behandlung wurde an der angeratenen Behandlungsform festgehalten) und sechs psychometrischen Tests, die vor dem Erstkontakt und in einer zweiten Befragung 3 - 6 Monate nach dem diagnostischen Erstgespräch ausgefüllt wurden. Dieser kurze Nachuntersuchungszeitraum wurde gewählt, da a) die unmittelbaren Konsequenzen aus den Erstgesprächen bereits gezogen werden konnten und b) die Rücklaufquote möglichst hoch gehalten werden sollte. Darüberhinaus wurde den Patienten ein selbstkonstruierter Fragebogen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung zugeschickt, in dem die Patienten subjektiv ihre Beschwerdeveränderungen seit dem Erstkontakt mit der psychosomatischen Ambulanz (3 Antwortmöglichkeiten: gebessert, konstant, verschlechtert) und ihre Konsequenzen aus den Gesprächen (Therapie angetreten bzw. andere oder keine Maßnahmen ergriffen) mittels geschlossener Fragen äußern sollten.

### **2.1 Patientendokumentation**

Die leicht modifizierte Basisdokumentation des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) - statt erfolgter Behandlung wurde an der angeratenen Behandlungsform festgehalten - erfasst die folgenden Merkmale und deren Ausprägungen: Alter, Geschlecht, Nationalität, Familienstand, Partnerschaft, Kinder, Haushaltsgröße Erwachsene und Kinder, höchster Schulabschluss, höchster Berufsabschluss, jetzige Berufstätigkeit, Erwerbstätigkeit, Einkommensquelle, Arbeitsfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit im letzten Jahr, vorzeitige Berentung, Vorbehandlung im Krankenhaus in den letzten 12 Monaten, Dauer der Beschwerden der Hauptdiagnose, psychotherapeutische Vorbehandlung, ICD-10-Klassifikation, Behandlungsmotivation, Medikation (zeitweilig und konstant), geplante ambulante Behandlung, geplante stationäre Behandlung.

## 2.2 *Testverfahren*

### 2.2.1 **Auswahlkriterien der Testverfahren**

Die in dieser Studie verwendeten psychometrischen Tests sollten verschiedene Aspekte der Erkrankung und der Persönlichkeit erfassen. Als Grundlage diente das bio - psycho - soziale Krankheitsmodell (Engel 1980). Dies beinhaltet die Erfassung der biologischen Ebene (z.B. Symptome), der psychologischen Ebene (z.B. Persönlichkeitszüge) und der sozialen Ebene (z.B. interpersonale Fähigkeiten). Die ausgewählten Tests sind im Klinikalltag einfach anzuwenden und erfordern einen relativ geringen Zeitaufwand. Daraus begründet sich unter anderem die gute Akzeptanz sowohl auf Seiten des Arztes als auch des Patienten. Die Fragebögen sollten möglichst viele Informationen liefern, die für die Status- und Prozessdiagnostik relevant sind. Es wurden generell ausgerichtete Instrumente gewählt, die ein breites Spektrum an Diagnosen, Persönlichkeitszügen, etc. abdecken, anstatt auf die Evaluation spezifischer Aspekte und Syndromen abzielen, wie Angststörungen oder Depressionen. Des Weiteren wurden Grawes Empfehlungen für eine standardisierte Dokumentation von Psychotherapie Folge geleistet (Grawe & Braun 1994).

Es wurden Erst- und Zweitmessungen mittels folgender Tests durchgeführt. Besonders ausführlich werden der SCL - 90 - R und der VEV besprochen, da nur sie aufgrund der diagnostischen Heterogenität der Stichprobe in der Auswertung dieser Studie Verwendung fanden.

### 2.2.2 **Symptom - Check - List (SCL - 90 - R)**

Der Ausgangsstatus unterschiedlicher Symptome wurde mit der „Symptom - Check - List“ (SCL - 90 - R) von Derogotis in der deutschen Version von Franke (1995) erfasst. Insgesamt 90 Items mit Antworten auf einer 5 - stufigen Likert - Skala werden 9 Skalen und einer Zusatzskala zugeordnet.

Skala 1 beschreibt anhand von 12 Items einfache körperliche Belastungen bis hin zu funktionellen Störungen (Kopfschmerzen, Ohnmachts- und Schwindelgefühle, Herz-

und Brustschmerzen, etc.). Die zehn Items der Skala 2 umfassen leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zur ausgeprägten Zwanghaftigkeit (immer wieder auftauchende Gedanken, Gedächtnisschwierigkeiten, Beunruhigung, etc.). Über neun Items werden in Skala 3 leichte soziale Unsicherheiten bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit abgebildet (Selbstunsicherheit, negative Erwartungen in Bezug auf zwischenmenschliches Verhalten, etc.). Skala 4 erfasst über 13 Items Traurigkeit bis hin zu schweren Depressionen (Energielosigkeit, Verlangsamung in den Bewegungen, im Denken, etc.). Mittels zehn Items der Skala 5 werden körperlich spürbare Nervosität bis hin zu tiefer Angst (Spannung, Zittern, Panikattacken, etc.) gemessen. Skala 6 bezieht sich auf Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu starker Aggressivität (Gefühlsausbrüche, den Drang, jemanden zu verletzen, Dinge zu zerbrechen, etc.). Skala 7 beinhaltet leichte Gefühle von Bedrohung bis hin zu phobischer Angst (Furcht als Reaktion auf bestimmte Personen, einen Platz, ein Objekt, Abneigung gegen Menschenmengen, etc.). Die sechs Items der Skala 8 umfassen Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis hin zu paranoidem Denken (andere Menschen seien an den meisten ihrer Schwierigkeiten schuld, den meisten Leuten könne man nicht trauen, etc.). Die 9. Skala beschreibt Gefühle der Isolation und Entfremdung bis hin zu der Evidenz psychotischer Episoden (verzerrter, isolierter Lebensstil, Halluzinationen, Gedankenzerfall, etc.). Zusätzlich gibt es Fragen, die keiner der 9 Skalen zugeordnet werden können und unter einer extra Skala zusammengefasst werden (schlechter Appetit, Einschlafschwierigkeiten, Gedanken an den Tod, frühes Erwachen am Morgen, gestörter Schlaf, etc.).

Darüberhinaus existieren drei globale Kennwerte, die Auskunft über das Antwortverhalten bei allen Items geben. Der GSI (Global Severity Index) misst die grundsätzliche psychische Belastung, der PSDI (Positive Symptom Distress Index) erklärt die Intensität der Antworten und der PST (Positive Symptom Total) erfasst die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt. Der GSI wurde in dieser Studie als Hauptindikator für eine Beschwerdeveränderung herangezogen. Er berechnet sich aus GS (der Summe der Summenwerte der Itemwerte der 10 Skalen), indem man diesen Wert durch die Anzahl der beantworteten Items des gesamten

Tests, d.h. in der Regel durch neunzig, dividiert:  $GSI = GS / (90 - \text{Anzahl missing data})$ ).

### **2.2.3 Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)**

Der hoch änderungssensitive „Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens“ (VEV) von Zielke & Kopf-Mehnert (1976) wurde speziell für die Erfassung therapieinduzierter Veränderungen konstruiert. Die Patienten sollen hier ihre Entwicklung, die zwischen dem Zeitpunkt unmittelbar vor den Erstgesprächen und dem Nachuntersuchungszeitpunkt stattfand, retrospektiv einschätzen. Dies geschieht anhand von 42 Fragen, die jeweils mit einer 7 - stufigen Likert - Skala beantwortet werden können. Das Resultat wird auf einer bipolaren Skala, die die Dimensionen Entspannung, Sicherheit und Optimismus vs. Spannung, Unsicherheit und Pessimismus abbildet, eingestuft.

Alle Summenwerte unter 149 Punkten sprechen für eine negative subjektive Veränderung (= Verschlechterung). Dies äußert sich in Antworten, wie z.B.: Ich bin häufiger niedergestimmt. Ich fühle mich meinen Aufgaben nicht mehr gewachsen. Ich weiß jetzt manchmal nicht mehr, wie es weitergehen soll. Ich komme mit mir schlechter aus.

Werte über 187 Punkten zeigen eine positive Veränderung in Richtung Optimismus, Abnahme innerer Spannungen und mehr Selbstsicherheit an.

Liegt der Wert zwischen diesen zwei Bereichen (um die 168 Punkte), so kann auf der Basis einer Fehlerwahrscheinlichkeit von 5% von einem nahezu unveränderten Erleben und Verhalten ausgegangen werden.

### **2.2.4 Gießen - Test (GT)**

Zur Erfassung der Persönlichkeit wurde der „Gießen - Test“ (GT) von Beckmann, Brähler & Richter (1990) verwendet. 40 bipolare Items (die Antwortmöglichkeiten liegen auf einer 7 - stufigen Likert - Skala) werden zu 6 Skalen zusammengefasst, die Hinweise auf wesentliche Züge der Binnenstruktur, Triebbereiche und deren Organisationsstufen, Ich - und Überich - Organisation sowie psychosoziale Fähigkeiten und Abwehrformen geben. Der Patient nimmt eine Selbsteinschätzung vor, in der zeitstabile Persönlichkeitsmerkmale unter Einbeziehung sozialer

Einstellungen und Reaktionen erfasst werden und körperliche Symptome außer Betracht bleiben sollen.

**Skala 1:** soziale Resonanz

**Skala 2:** Dominanz

**Skala 3:** Kontrolle

**Skala 4:** Grundstimmung

**Skala 5:** Durchlässigkeit

**Skala 6:** soziale Potenz

### **2.2.5 Wiesbadener Inventar zur Positiven Psychotherapie und Familientherapie (WIPPF)**

Der „Wiesbadener Inventar zur Positiven Psychotherapie und Familientherapie“ (WIPPF) von Peseschkian & Deidenbach (1988) erfasst 18 Aktualfähigkeiten, die als potentielle Konfliktbereiche eines Individuums bzw. zwischen Familienmitgliedern auftreten können. Außerdem werden typische Konfliktreaktionsmuster (4 Skalen) erhoben, die zeigen, wie man sich und seine Umwelt wahrnimmt und auf welchem Wege man auftretende Konflikte verarbeitet.

**Skala 1:** Körper (Mittel der Sinne)

**Skala 2:** Leistung (Mittel des Verstandes)

**Skala 3:** Kontakt (Mittel der Tradition)

**Skala 4:** Phantasie (Mittel der Intuition)

**Aktualfähigkeiten:** Pünktlichkeit, Ordnung, Sauberkeit, Gehorsam, Höflichkeit, Offenheit, Treue, Sparsamkeit, Gerechtigkeit, Zuverlässigkeit/Genauigkeit/Gewissenhaftigkeit, Geduld, Vorbild, Zeit, Sex/Sexualität, Vertrauen, Zutrauen, Hoffnung, Glaube

### **2.2.6 IPC - Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen (IPC)**

Der „IPC - Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen“ (IPC) von Krampen (1981) umfasst 3 Skalen, die aus je 8 Items bestehen. Der Beantwortung der einzelnen Items liegt eine 6 - stufige Likert - Skala zugrunde. Dieser Test wird zur personenspezifischen Messung der Kontrollüberzeugung Erwachsener eingesetzt (Grawe, Caspar & Ambühl 1990).

**Skala 1:** Internalität

**Skala 2:** Externalität, die durch subjektiv erlebte Machtlosigkeit bedingt ist

**Skala 3:** Externalität, die durch Fatalismus bedingt ist

### 2.2.7 Inventar Interpersoneller Probleme (IIP - D)

Der „Inventar Interpersoneller Probleme“ (IIP - D; deutsche Fassung von Horowitz, Straub & Kordy 1994) wird zur Einschätzung der sozialen Funktionsfähigkeit der Patienten sowie zur Erfassung zwischenmenschlicher Probleme eingesetzt. Er besteht aus 127 Items, die mittels 5 - stufiger Likert - Skalen zu beantworten sind. Die Items werden zu 8 Skalen zusammengefasst, welche acht Oktanten des interpersonalen Kreismodells (Circumplex) beschreiben. Das Circumplexmodell wurde 1957 von Timothy Leary zur Klassifikation interpersonalen Verhaltens vorgeschlagen.

#### Circumplex:

zu autokratisch/dominant

zu streitsüchtig/konkurrierend

zu expressiv/aufdringlich

zu abweisend/kalt

zu fürsorglich/freundlich

zu introvertiert/sozial vermeidend

zu ausnutzbar/unterwürfig

zu selbstunsicher/unterwürfig

### 2.3 *Statistisches Vorgehen*

Da diese Studie als eine explorative Datenanalyse gedacht ist, wurde keine  $\alpha$  - Adjustierung vorgenommen (Abt 1987). Zur Analyse der Stichprobe mit einer zweiten Messung wurden Kreuztabellen und Histogramme erstellt. Die spezifischen Merkmale der Stichprobe mit einer Zweitmessung im Unterschied zum Patientengut mit alleinigen Erstmessungen und Basisdokumentation wurden über den Chi - Quadrat - Test nach Pearson ermittelt. Dieser nonparametrische Test wurde auch für die Identifizierung derjenigen Merkmale, die Patienten mit einer positiven Compliance im Vergleich mit Patienten, die sich nicht der vom Therapeuten angeratenen Behandlung unterzogen, angewandt. Dabei wurden jeweils nur diejenigen Merkmale aufgeführt, die sich mit einer zweiseitigen Signifikanz ( $p < 0,1$ ) in den unabhängigen Stichproben voneinander unterschieden.

Mit Hilfe des t - Tests wurden intervallskalierte Variablen auf Mittelwertunterschiede der gepaarten Stichproben (Erst- und Zweitmessung) geprüft. Hierzu wurden beispielsweise die Mittelwerte des GSI (Global Severity Index) als Maß für die grundsätzliche psychische Belastung der Erstmessung mit denen der Zweitmessung verglichen.

Im nächsten Schritt sollten die Einflussfaktoren auf die Veränderungen des GSI bzw. des VEV als abhängige Variable mittels einfaktorieller ANOVAs berechnet werden.

Darüberhinaus sollte nach weiteren unabhängigen Variablen gefahndet werden, die in Interaktion mit der ICD-10 - Erstdiagnose den GSI Verlauf bestimmen könnten. Dies gelang über zweifaktorielle Varianzanalysen, die den Einfluss der kombinierten unabhängigen Variablen auf den GSI prüften.

Alle statistischen Berechnungen wurden mit dem Programm SPSSWIN 8.0 durchgeführt.

## 2.4 *Stichprobenselektion*

Für die Studie wurde ein Erhebungszeitraum vom 01.10.1996 bis zum 30.09.97 festgelegt. Alle Patienten, die innerhalb dieses Jahres einen Termin in der psychosomatischen Ambulanz der Universitätsklinik Erlangen wahrnahmen, wurden auf ihre Eignung für die Untersuchung geprüft. Von den insgesamt 617 Personen wurden 133 (21,5%) im Rahmen eines Liaisonmodells mit der Neurologie erfasst und nicht in die Studie miteinbezogen. 7 Patienten (1%) litten unter einer Psychose und schieden deshalb aus. Unter den verbliebenen Personen befanden sich 4 Ausländer (0,6%), die aufgrund erheblicher Sprachschwierigkeiten nicht in der Lage waren, die Fragebögen zu bearbeiten. Weiteren 16 Personen (2,5%) konnte zum Zeitpunkt der Erhebung wegen zu großer psychischer Beeinträchtigung das Ausfüllen der Fragebögen nicht zugemutet werden. Von den restlichen 457 Personen verweigerten 134 (21%) die Teilnahme an der Studie. Somit lag die endgültige Größe der Stichprobe bei  $n=323$  Personen mit einem Durchschnittsalter von 38,6 Jahren (sd 13,8). Der Anteil der männlichen Teilnehmer betrug 29,7% gegenüber dem weiblichen mit 70,3%. An der Studie beteiligten sich 4 Ärzte, die ihren Patienten die fünf Tests mit der Bitte um eine möglichst vollständige und selbständige Bearbeitung übergaben und für das Ausfüllen der Basisdokumentation zuständig waren.

3 - 6 Monate danach wurden alle Patienten, die ihre Tests vollständig ausgefüllt hatten, schriftlich in Wellen kontaktiert und ihnen die Absicht der Nachuntersuchungsstudie erläutert: der selbstentwickelte Fragebogen, der VEV und die fünf bereits bekannten psychometrischen Tests sollten bearbeitet werden, um die Veränderungen, die sich seit dem Erstkontakt mit der Ambulanz eingestellt hatten, erfassen zu können.

153 Patienten konnten brieflich erreicht werden und erklärten sich spontan oder nach telefonischer Erinnerung zur Teilnahme bereit. 10 der 323 Personen waren unbekannt verzogen, bei einer Patientin wurde erst unter angetretener Psychotherapie die Ausschlussdiagnose Psychose gestellt; sie wurden deshalb aus der Studie genommen. Damit konnte abzüglich dieser 11 von den 323 ausgewählten Personen,

die die Kriterien der Studie nicht erfüllten und nicht auffindbar waren, eine Rücklaufquote von 48,8% erzielt werden. Da sich diese Arbeit vornehmlich mit den Einflussfaktoren auf die Compliance und den Verlauf der körperlichen Beschwerden nach dem Erstkontakt mit der psychosomatischen Ambulanz auf Diagnoseebene bezieht, wurde die nur mit 2 Patienten repräsentierte Diagnoseebene Suchterkrankung aus der Nachuntersuchungsstudie gestrichen. Somit bestand die Retrospektivstichprobe aus 151 Patienten und soll im Folgenden beschrieben werden.

### **Schematische Darstellung der Stichprobenselektion:**

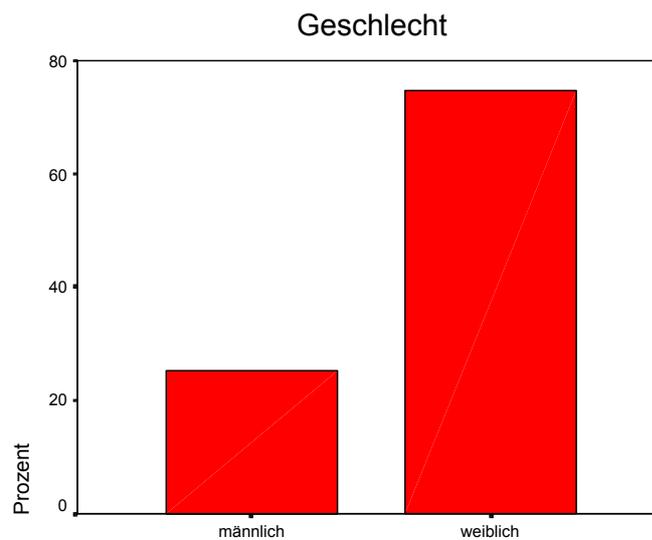
<b>617</b>	Personen, die innerhalb eines Jahres die psychosomatische Ambulanz aufsuchten
-133	Ausschlussdiagnose Neurose
-7	Ausschlussdiagnose Psychose
-16	Personen mit einer zu starken psychischen Belastung
-4	Ausländer mit erheblichen Sprachschwierigkeiten
-134	Verweigerer
<b>= 323</b>	Personen, bei denen eine vollständige Erstmessung vorliegt
-1	Ausschlussdiagnose Psychose
-10	unbekannt verzogene Personen
<b>= 312</b>	Personen, die in die Berechnung der Rücklaufquote einbezogen
	wurden und bei denen eine vollständige Zweitmessung vorliegt
-159	Verweigerer
-2	Patienten mit der Erstdiagnose Suchterkrankung
<b>= 151</b>	Patienten, die in der Nachuntersuchung beschrieben werden

### 3 Ergebnisse

#### 3.1 Beschreibung der Nachuntersuchungstichprobe

##### 3.1.1 Geschlecht

Von den 151 Personen, die ein gültiges Antwortschreiben mit vollständig ausgefüllten Tests zurückschickten und nicht im Erstgespräch die Erstdiagnose Suchterkrankung erhielten, waren 74,8% weiblich (n=113) und 25,2% (n=38) männlich.

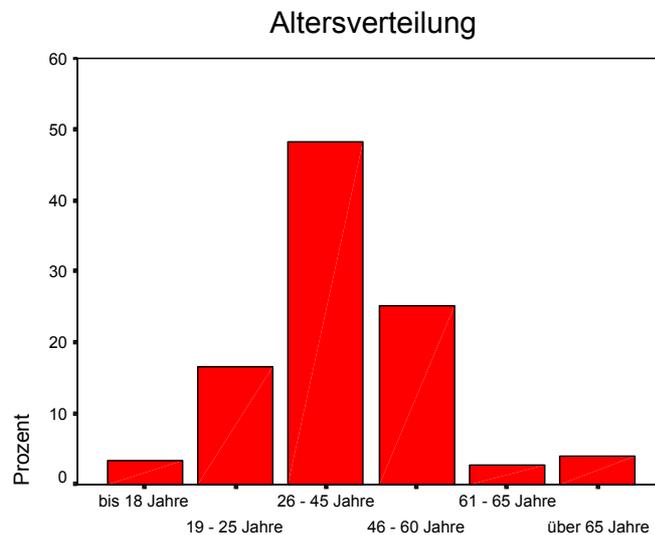


##### 3.1.2 Alter

Das mittlere Alter lag bei 38,34 Jahren, die Altersspanne umfasste 15 bis 73 Jahre, die Standardabweichung betrug 13,7. Am häufigsten vertreten waren die 26 bis 45jährigen mit 48,3% (n=73). An zweiter Stelle kamen mit 25,2% (n=38) die 46 bis 60jährigen gefolgt von den 19 bis 25jährigen mit 16,6% (n=25).

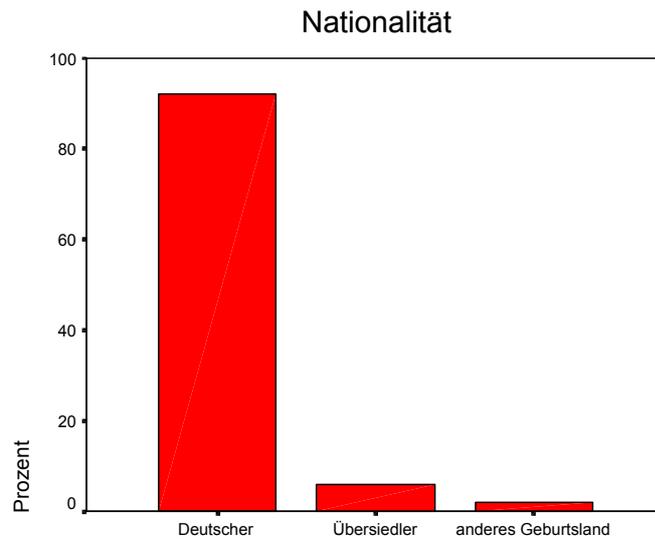
### Altersverteilung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig bis 18 Jahre	5	3,3	3,3	3,3
19 - 25 Jahre	25	16,6	16,6	19,9
26 - 45 Jahre	73	48,3	48,3	68,2
46 - 60 Jahre	38	25,2	25,2	93,4
61 - 65 Jahre	4	2,6	2,6	96,0
über 65 Jahre	6	4,0	4,0	100,0
Gesamt	151	100,0	100,0	



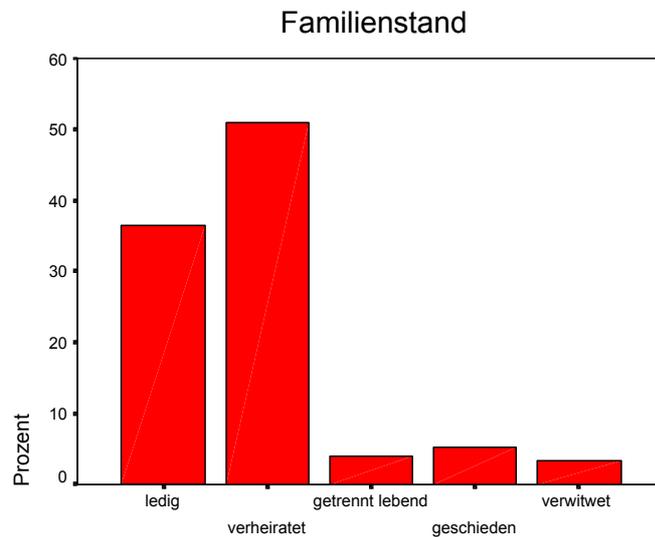
### 3.1.3 Nationalität

Es zählten sich nur 9 Personen (6%) zu Übersiedlern bzw. Spätaussiedlern, und 3 Personen (2%) stammten aus einem anderen Geburtsland als Deutschland.



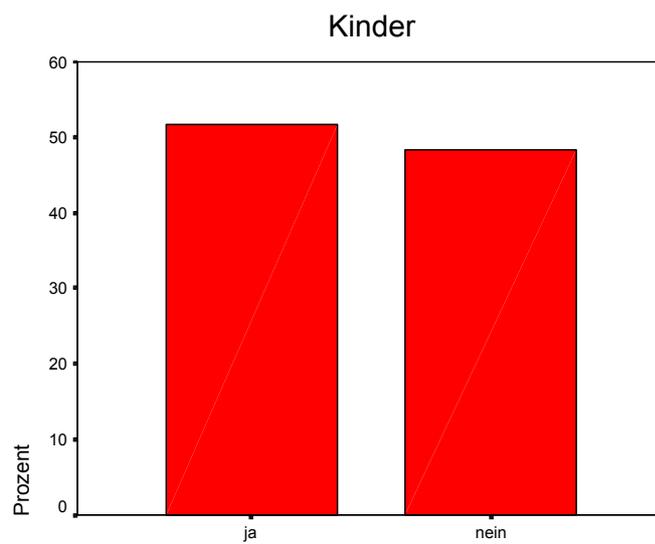
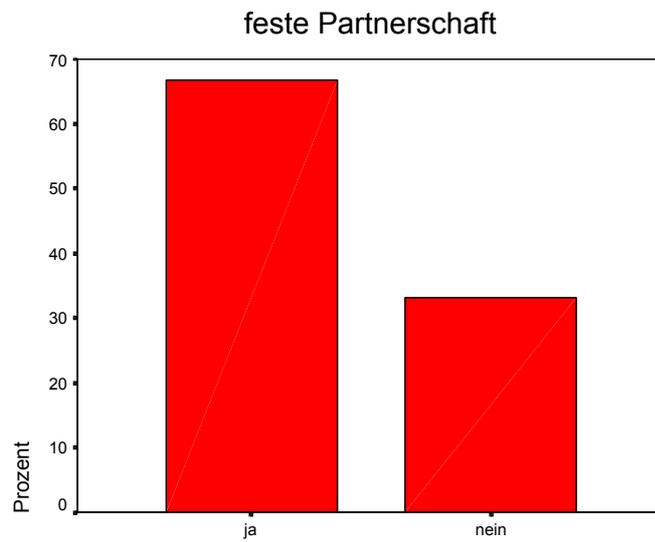
### 3.1.4 Familienstand

36,4% (n=55) der Studienteilnehmer gaben an, ledig zu sein. 51% (n=77) waren verheiratet, 4% (n=6) lebten getrennt und 5,3% (n= 8) geschieden sowie 3,3% (n=5) verwitwet.

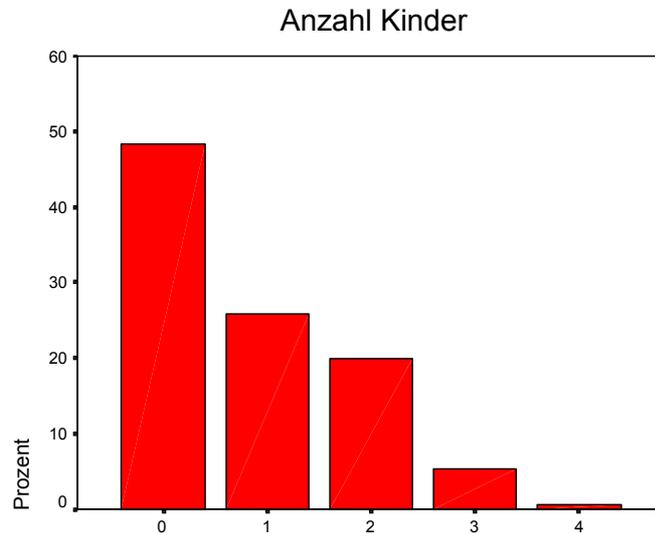


### 3.1.5 Feste Partnerschaft und Kinder

101 der 151 Personen (66,9%) lebten in einer festen Partnerschaft. 51,7% (n=78) der Befragten hatten zum Befragungszeitpunkt bereits Kinder.

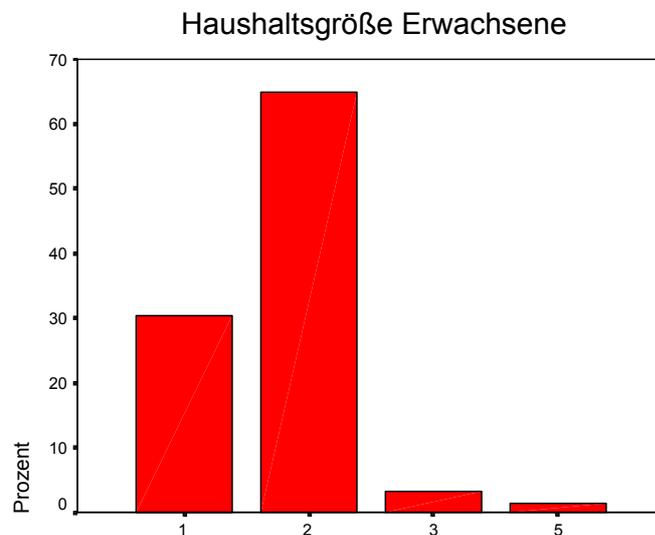


Die Anzahl der Kinder variiert von 0 bis zu 4 Kindern. 25,8% (n=39) der Responder hatten ein Kind, 19,9% (n=30) zwei Kinder, 5,3% (n=8) drei Kinder. Nur eine Person hatte 4 Kinder (0,7%) angegeben.



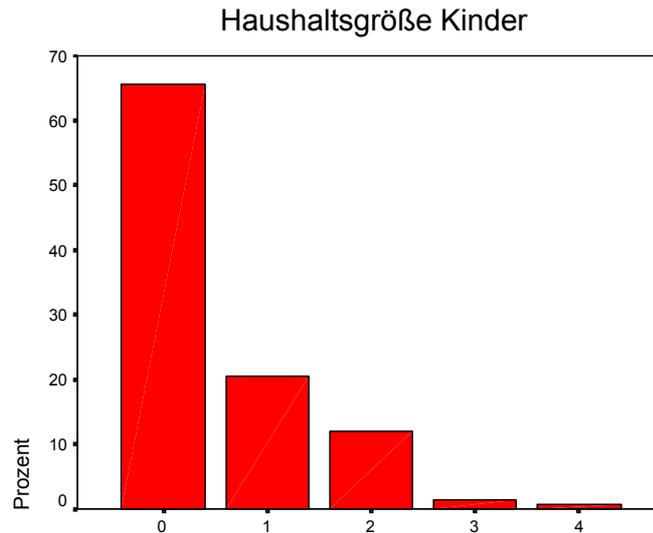
### 3.1.6 Haushaltsgröße Erwachsene

Im Haushalt lebten zu 30,5% (n=46) ein Erwachsener, zu 64,9% (n= 98) zwei Erwachsene und zu 3,3% (n=5) drei Erwachsene. Zwei Teilnehmer der Nachuntersuchungsstudie (1,3%) gaben bei der Haushaltsgröße fünf Erwachsene an.



### 3.1.7 Haushaltsgröße Kinder

Demgegenüber liegt die Haushaltsgröße der Kinder mit 65,6% (n=99) bei keinem Kind, mit 20,5% (n=31) bei einem Kind, mit 11,9% (n=18) bei zwei Kindern, mit 1,3% (n=2) bei drei Kindern und mit 0,7% (n=1) bei 4 Kindern.

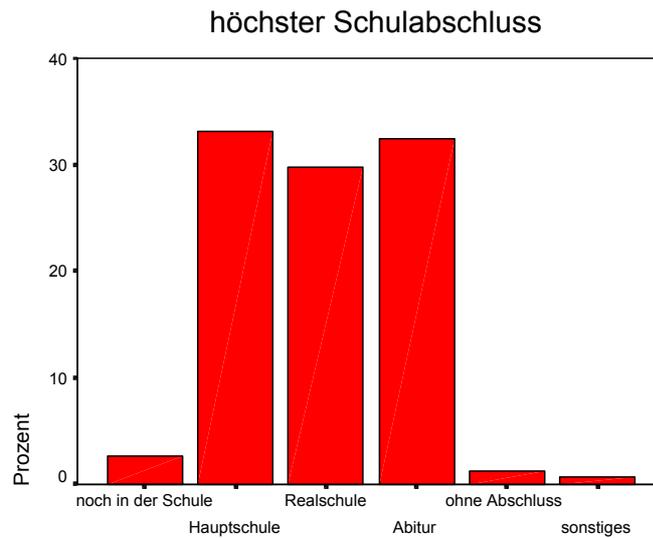


### 3.1.8 Höchster Schulabschluss

Zum Zeitpunkt des Erstgesprächs in der psychosomatischen Ambulanz befanden sich noch 4 Personen (2,6%) in der Schulausbildung. Der Hauptschulabschluss wurde am häufigsten mit 33,1% (50 Personen) erreicht. Mit 29,8% (n=45) wurde der Realschulabschluss und mit 32,5% (n=49) die Hochschulreife erzielt. Zwei Teilnehmer (1,3%) der Studie hatten keinen Schulabschluss aufzuweisen.

**höchster Schulabschluss**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig noch in der Schule	4	2,6	2,6	2,6
Hauptschule	50	33,1	33,1	35,8
Realschule	45	29,8	29,8	65,6
Abitur	49	32,5	32,5	98,0
ohne Abschluss	2	1,3	1,3	99,3
sonstiges	1	,7	,7	100,0
Gesamt	151	100,0	100,0	

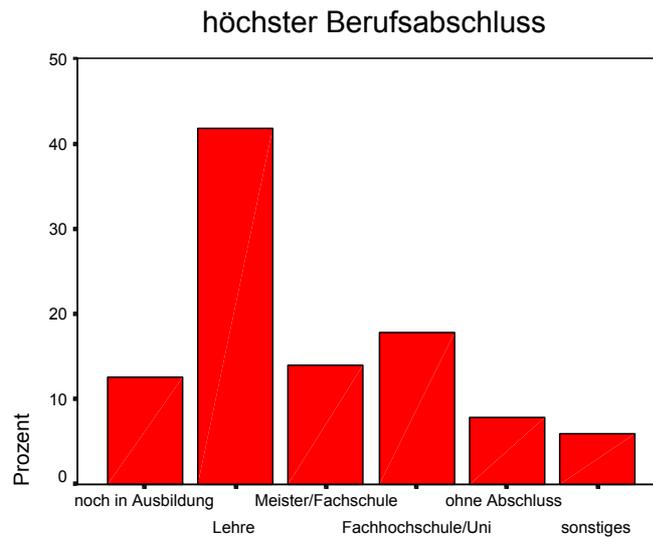


### 3.1.9 Höchster Berufsabschluss

Mitten in der Berufsausbildung standen 12,6% (n=19). Der höchste Berufsabschluss bestand in 41,7% (n=63) der Fälle in einer Lehre, in 13,9% (n=21) der Fälle konnte der Meisterstand erreicht bzw. eine Fachschule absolviert werden. Weitere 17,9% (n=27) konnten einen Universitäts- oder einen Fachhochschulabschluss erlangen. Ohne Berufsabschluss waren 7,9% (n=12) der Personen zum Nachuntersuchungszeitpunkt.

**höchster Berufsabschluss**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig noch in Ausbildung	19	12,6	12,6	12,6
Lehre	63	41,7	41,7	54,3
Meister/Fachschule	21	13,9	13,9	68,2
Fachhochschule/Universität	27	17,9	17,9	86,1
ohne Abschluss	12	7,9	7,9	94,0
sonstiges	9	6,0	6,0	100,0
Gesamt	151	100,0	100,0	

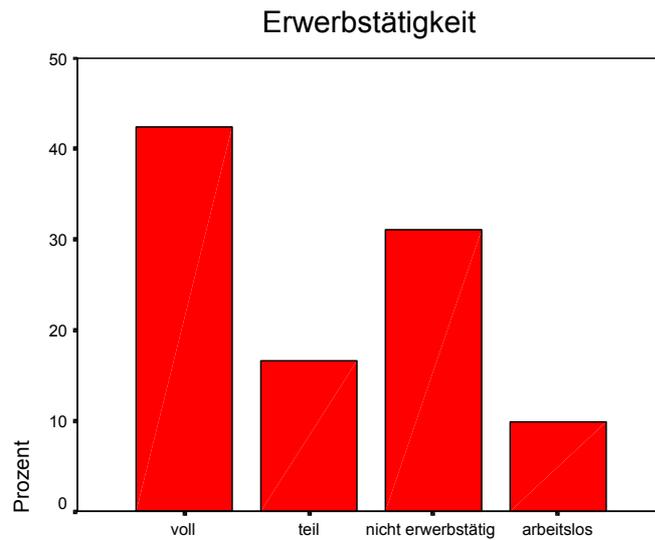


### 3.1.10 Jetzige/letzte Berufstätigkeit

Mit der Angabe der momentanen bzw. letzten ausgeübten Berufstätigkeit waren die einfachen / mittleren Angestellten / Beamten mit 38,4% (n=58) am häufigsten repräsentiert. An zweiter Stelle standen die Schüler / Studenten mit 12,6% (n=19). Es folgten mit jeweils 10,6% (n=16) Hausfrauen / -männer und Rentner.

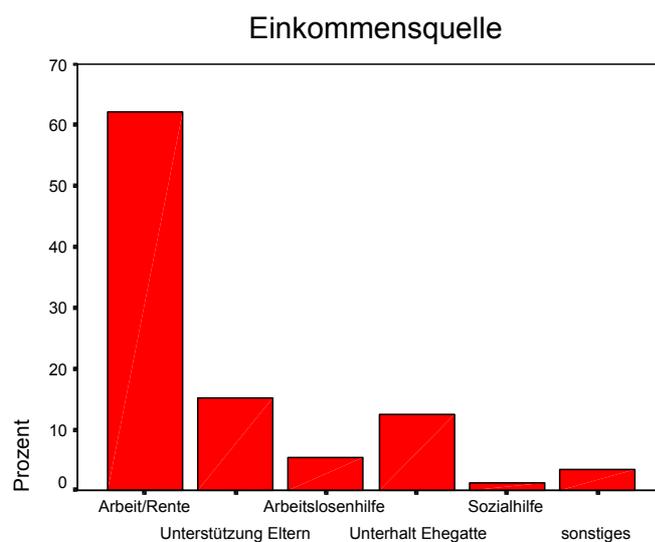
### 3.1.11 Erwerbstätigkeit

Die Prozentzahl der Arbeitslosen belief sich auf 9,9% (n=15). Voll erwerbstätig waren zum Befragungszeitpunkt 42,4% (n=64), Teilzeit arbeiteten 16,6% (n=25), nicht erwerbstätig waren 31,1% (n=47).



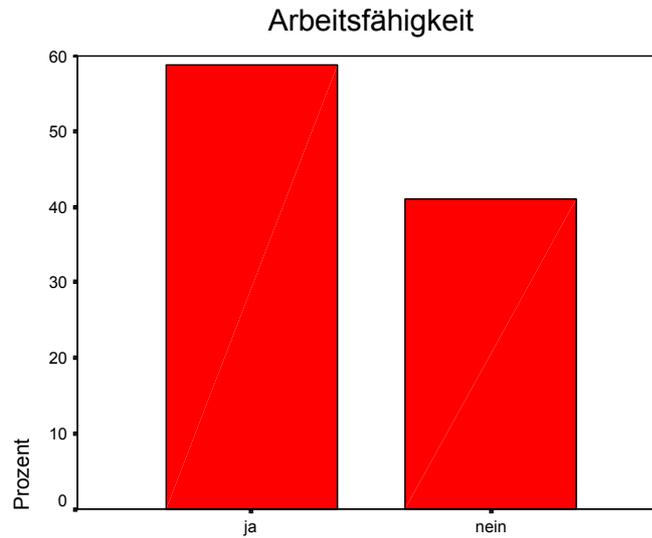
### 3.1.12 Haupteinkommensquelle

Die Haupteinkommensquelle war zu 62,3% (n=94) die eigene Arbeitstätigkeit bzw. die Rente. 1,3% (n=2) der Befragten bezogen ihre Gelder aus der Sozialhilfe, weitere 5,3% (n=8) aus der Arbeitslosenhilfe. 15,2% (n=23) der Patienten lebte von der Unterstützung der Eltern.



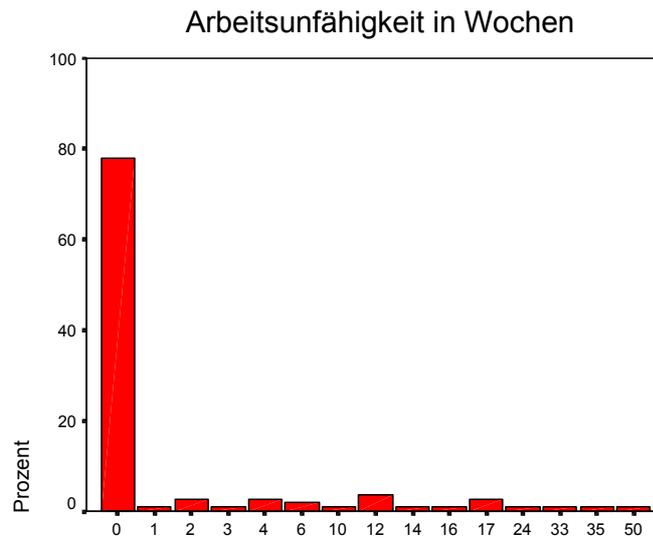
### 3.1.13 Arbeitsfähigkeit

58,9% (n=86) der 146 Antwortenden bejahten die Arbeitsfähigkeit, 41,1% (n=60) waren nach eigenen Angaben nicht arbeitsfähig.



### 3.1.14 Arbeitsunfähigkeit

Keine Arbeitsunfähigkeit bestand bei 78% (entsprach 85 der 109 Antwortenden) der nachuntersuchten Personen. Da die Angaben zur Arbeitsunfähigkeit derart lückenhaft ausgefüllt wurden, muss dieser Sachverhalt vorsichtig interpretiert werden. 85,3% (n=93) der Antwortenden waren nicht oder bis zu 4 Wochen arbeitsunfähig. Weitere 4 Personen (2,6%) gaben ihre bisherige Arbeitsunfähigkeit mit 12 Wochen an. Damit lag die Arbeitsunfähigkeit mit 91,7% der retrospektiv Befragten unter 12 Wochen, mit 96,3% unter 17 Wochen.

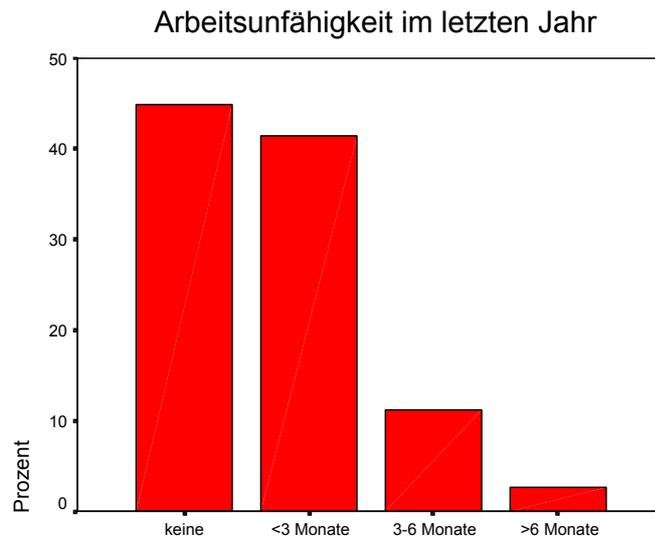


### 3.1.15 Arbeitsunfähigkeit im letzten Jahr

Die Frage nach der Arbeitsunfähigkeit im letzten Jahr wurde von 116 Personen beantwortet. Davon waren 52 (44,8%) das gesamte Jahr über arbeitsfähig. 48 Teilnehmer (41,4%) der Studie waren weniger als 3 Monate arbeitsunfähig. Insgesamt lag die Arbeitsunfähigkeit unter 3 Monaten bei 86,2%. Eine Arbeitsunfähigkeit von 3 bis 6 Monaten war bei 11,2% (n=13) gegeben. Über 6 Monate arbeitsunfähig meldeten sich nur 3 Personen (2,6%).

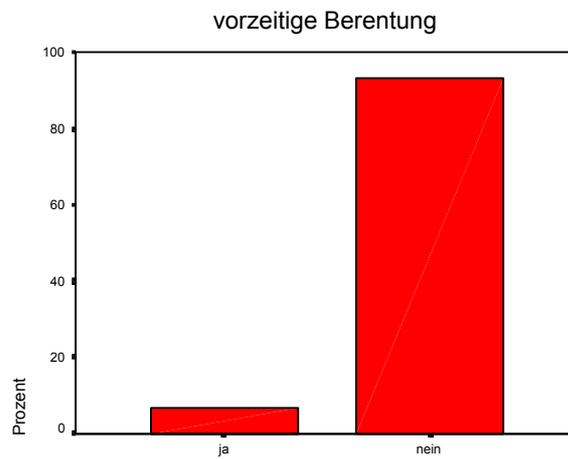
**Arbeitsunfähigkeit im letzten Jahr**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine	52	34,4	44,8	44,8
	<3 Monate	48	31,8	41,4	86,2
	3-6 Monate	13	8,6	11,2	97,4
	>6 Monate	3	2,0	2,6	100,0
	Gesamt	116	76,8	100,0	
Fehlend	System	35	23,2		
Gesamt		151	100,0		



### 3.1.16 Vorzeitige Berentung

6,7% (n=10) der Antwortenden waren zum Befragungszeitpunkt in vorzeitiger Berentung.



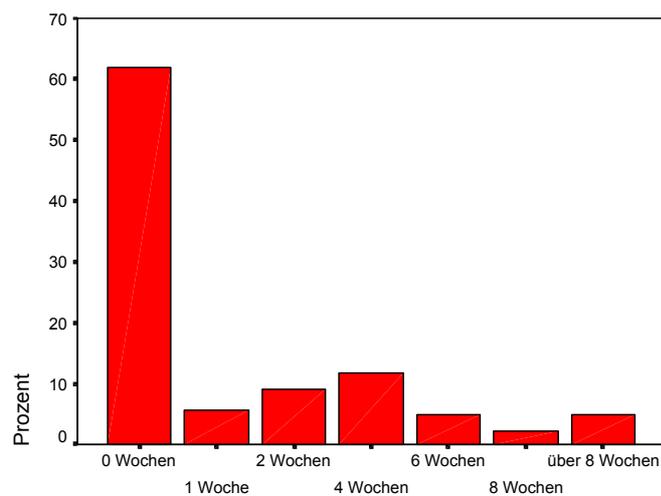
### 3.1.17 Stationäre Vorbehandlung in den letzten 12 Monaten

Am häufigsten wurde keine stationäre Vorbehandlung mit 61,8% (n=89) der 144 ausgefüllten Daten in den letzten 12 Monaten genannt. Die zweitgrößte Gruppe wurde mit 11,8% (n=17) von den Personen mit vierwöchiger Vorbehandlung in einem Krankenhaus gebildet. Bis zu 4 Wochen waren 88,2% (n=127) in stationärer Vorbehandlung. Der Anteil der über 8 Wochen stationär Vorbehandelten lag bei 4,9% (n=7) der Antwortenden.

Vorbehandlung Krankenhaus

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0 Wochen	89	58,9	61,8	61,8
	1 Woche	8	5,3	5,6	67,4
	2 Wochen	13	8,6	9,0	76,4
	4 Wochen	17	11,3	11,8	88,2
	6 Wochen	7	4,6	4,9	93,1
	8 Wochen	3	2,0	2,1	95,1
	über 8 Wochen	7	4,6	4,9	100,0
	Gesamt	144	95,4	100,0	
Fehlend	System	7	4,6		
Gesamt		151	100,0		

Vorbehandlung Krankenhaus



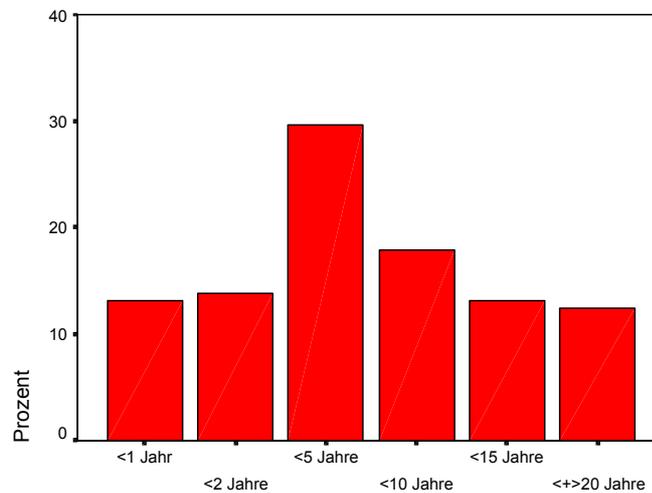
### 3.1.18 Dauer der Hauptbeschwerden

Die Dauer der Hauptbeschwerden war bei 29,7% (n=43) der 145 Responder unter 5 Jahren. Der zweite Häufigkeitsgipfel lag mit 17,9% (n=26) bei einer Beschwerdedauer von bis zu 10 Jahren. Die Prozentzahl der bis zu 20 Jahren mit Beschwerden belasteten Personen macht immer noch 12,4% (n=18) aus.

**Dauer der Beschwerden**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	<1 Jahr	19	12,6	13,1	13,1
	<2 Jahre	20	13,2	13,8	26,9
	<5 Jahre	43	28,5	29,7	56,6
	<10 Jahre	26	17,2	17,9	74,5
	<15 Jahre	19	12,6	13,1	87,6
	<+>20 Jahre	18	11,9	12,4	100,0
	Gesamt	145	96,0	100,0	
Fehlend	System	6	4,0		
Gesamt		151	100,0		

**Dauer der Beschwerden**



### 3.1.19 Psychotherapeutische Vorbehandlung

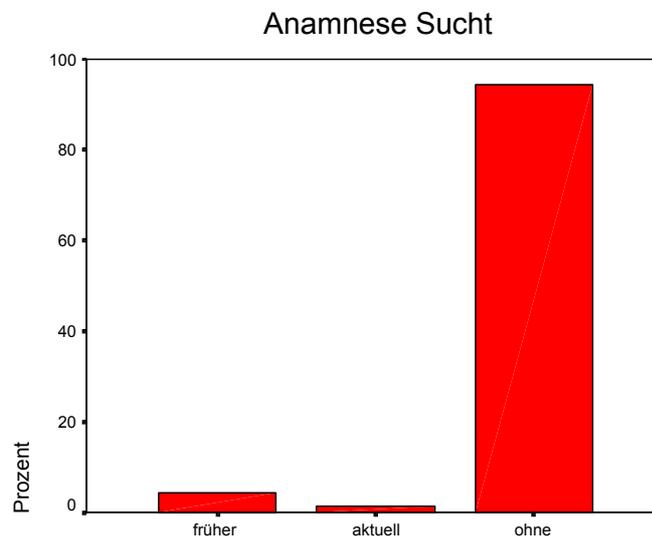
Die Anzahl der rein ambulant psychotherapeutisch vorbehandelten Patienten lag bei 31 (21,4%). Diese teilt sich in 21 früher ambulant betreute Patienten (14,5%) und in 10 aktuell ambulant behandelte Patienten (6,9%). Früher ambulant und stationär

wurden 5,5% (n=8), früher ambulant und aktuell stationär 1,4% (n=2), aktuell ambulant und früher stationär 2,8% (n=4) der beteiligten Patienten psychotherapeutisch versorgt. Stationär psychotherapeutisch behandelt wurden früher 3,4% (n=5) und aktuell 5,5% (n=8). Keinerlei psychotherapeutische Vorerfahrung hatten 60% (n=87) der Responder.

Die folgenden Angaben der Basisdokumentation waren vom behandelnden Arzt auszufüllen.

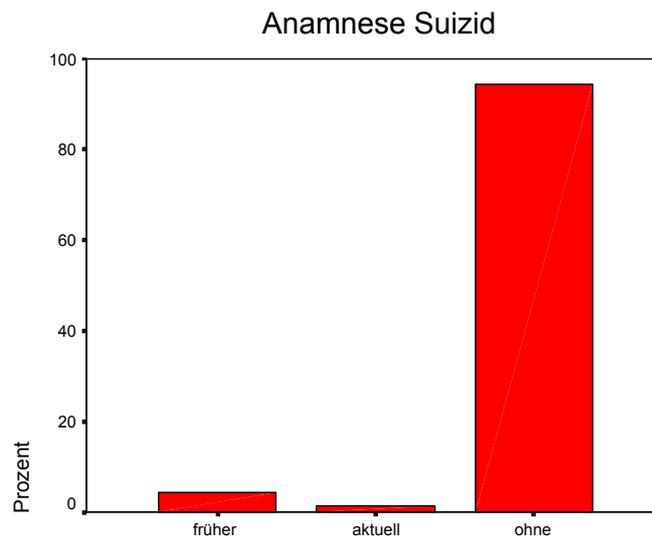
### 3.1.20 Anamnese Sucht

Bei 6 fehlenden Antworten zur Anamnese Sucht kreuzten die Therapeuten 6 mal (4,1%) ein früher bestandenes Suchtverhalten ihrer Patienten an. Zwei weitere Patienten der Retrospektivbefragung (1,4%) waren zum Zeitpunkt des Erstgesprächs süchtig.



### 3.1.21 Anamnese Suizid

4,1% (n=6) der 145 vorhandenen Daten zur Suizidanamnese wiesen auf eine frühere Suizidalität der Patienten hin. Zwei Personen (1,4%) waren aktuell suizidgefährdet.



### 3.1.22 Erstdiagnose

Das Erkrankungsfeld der somatoformen Störungen wurde als häufigste Erstdiagnose (32,5%, n=49) aus psychosomatischer Sicht angegeben. Hierunter wurden Somatisierungsstörungen, hypochondrische Störungen, somatoforme autonome Funktionsstörungen, anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und Konversionsstörungen verstanden.

15,9% (n=24) des Patientengutes der Studie erhielten die Erstdiagnose Depression. Darunter fielen bipolare Störungen, depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, anhaltende affektive Störungen und andere affektive Störungen.

Die Psychotherapeuten diagnostizierten in 13,9% (n=21) der Fälle Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörungen. Zu dieser Diagnose zählten zum Beispiel: Persönlichkeitsstörungen, abnorme Gewohnheiten und Störungen der

Impulskontrolle, Störungen der Geschlechtsidentität, Störungen der Sexualpräferenz, psychische und Verhaltensprobleme in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung sowie andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.

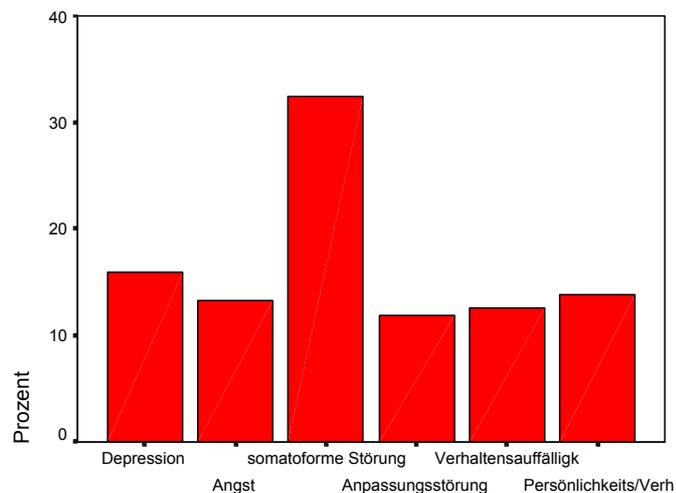
13,2% (n=20) der Population bekamen die Erstdiagnose Angststörung. Diese Diagnose beinhaltet phobische Störungen, Zwangsstörungen und andere Angststörungen.

Die Erstdiagnose Verhaltensauffälligkeit mit körperlichen Störungen wurde zu 12,6% (n=19) von den Psychotherapeuten gestellt. Hierzu gehörten beispielsweise Essstörungen, nicht-organische Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen, die nicht durch eine organische Störung oder Erkrankung verursacht wurden, Missbrauch von Substanzen, die keine Abhängigkeit hervorrufen und nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren.

ICD-10

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte: Prozente
Gültig Depression	24	15,9	15,9	15,9
Angst	20	13,2	13,2	29,1
somatoforme Störung	49	32,5	32,5	61,6
Anpassungsstörung	18	11,9	11,9	73,5
Verhaltensauffälligkeit mit körperlichen Störungen.	19	12,6	12,6	86,1
Persönlichkeits-/Verhaltens- störungen	21	13,9	13,9	100,0
Gesamt	151	100,0	100,0	

ICD-10



### 3.1.23 Zweitdiagnose

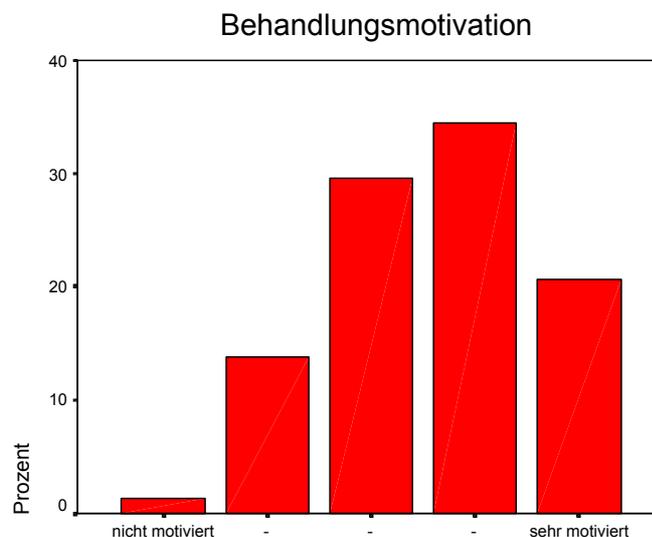
Darüberhinaus erhielten 54 (35,8%) der 151 Patienten eine Zweitdiagnose. Auch hier überwogen mit 35,2% (n=19) die somatoformen Störungen vor der Depression mit 25,9% (n=14) und den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen mit 13,0% (n=7).

### 3.1.24 Drittdiagnose

Weiteren 13 Personen (8,6%) wurde auch noch eine dritte Diagnose mit ähnlichem Verteilungsmuster: somatoforme Störungen (n=4) vor der Depression (n=2), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (n=2) und Anpassungsstörungen (n=2) gestellt.

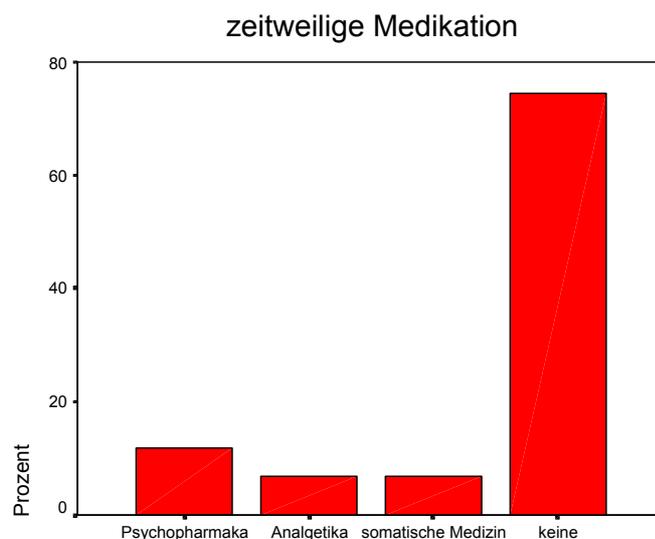
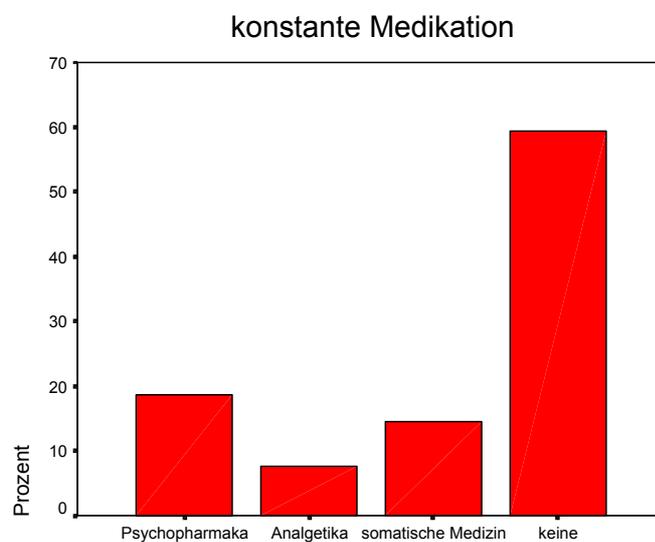
### 3.1.25 Therapiemotivation

Nach Einschätzung der Therapeuten wurden die Patienten auf einer fünfstufigen Skala in ihrer Therapiemotivation beurteilt. 1,4% (n=2) der 145 erfassten Patienten waren nach Meinung der Behandler nicht zur Therapie motiviert, 13,8% (n=20) nur wenig einer Therapie zugänglich. Dagegen waren 34,5% (n=50) nach Einschätzung der Therapeuten motiviert und 20,7% (n=30) der Studienteilnehmer sogar sehr an einer Therapie interessiert bzw. zu einer solchen motiviert.



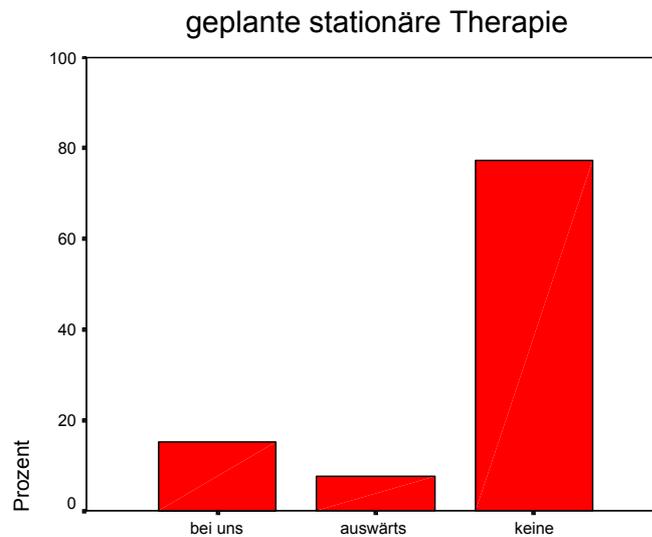
### 3.1.26 Konstante und zeitweilige Medikation bei Erstkontakt mit der psychosomatischen Ambulanz

Eine konstante Medikation mit Psychopharmaka wurde von 18,6% (n=27) der Probanden angegeben. Zumindest zeitweilig wurden diese von dem retrospektiv zur Verfügung stehenden Patientengut zu 11,7% (n=17) eingenommen. Eine konstante Analgetikadosierung von 7,6% (n=11) und eine zeitweilige von 6,9% (n=10) wurde den Therapeuten gemeldet. Andere somatische Medikamente wurden bei 14,5% (n=21) der Patienten ständig bzw. bei 6,9% (n=10) immer mal wieder eingesetzt.



### 3.1.27 Stationäre Therapieempfehlung

Eine Empfehlung zur stationären Therapie wurde 22,6% (n=33) der Probanden von den Psychotherapeuten erteilt. 15,1% (n=22) dieser Patienten sollten auf der psychosomatischen Station des Erlangerer Kopfklinikums, die restlichen 7,5% (n=11) dieser Patienten sollten in einer auswärtigen Fachklinik für Psychosomatik die stationäre Therapie antreten.



### 3.1.28 Ambulante Therapieempfehlung

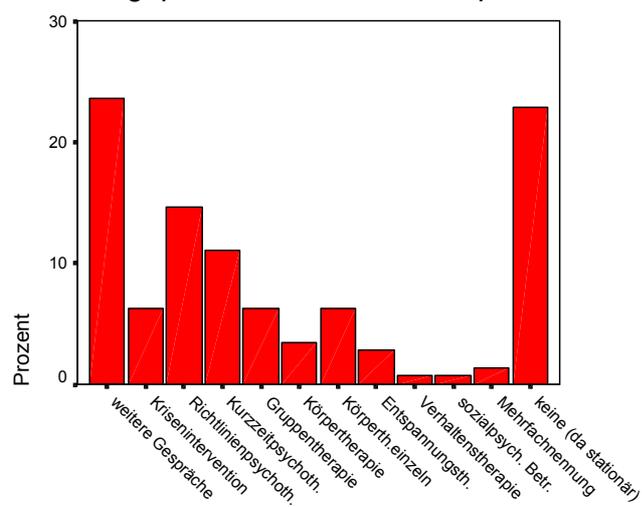
In 53,5% (n=77) der Fälle sprach sich der Arzt für eine ambulante Psychotherapie aus. Davon wurde den Patienten in 23,6% (n=33) zunächst ein weiteres Gespräch angeboten, um die Motivationsbereitschaft zu einer Psychotherapie zu fördern bzw. eine Krisenintervention vorzunehmen. In den restlichen 29,9% (n=44) konnte bereits nach dem ersten diagnostischen Gespräch in Übereinkunft mit den Patienteninteressen und -bedürfnissen eine konkrete ambulante Therapie empfohlen werden. In erster Linie wurde in 14,6% der Fälle zu einer Richtlinienpsychotherapie geraten. 16 Studienteilnehmern (11,1%) wurde eine Kurzzeitpsychotherapie nahegelegt. An dritter Stelle lag die Empfehlung zu einer Körpertherapie mit 9,8% (n=14) vor. Jeweils 9 Patienten (je 6,3%) sollten das Angebot einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie bzw. einer Gruppentherapie wahrnehmen. Die

Therapeuten rieten vier Patienten (2,8%) zu Entspannungsverfahren, zwei Patienten zu mehreren ambulanten psychotherapeutischen Maßnahmen (1,5%) und einem Patienten (0,7%) zu einer sozialpsychiatrischen Betreuung.

geplante ambulante Therapie

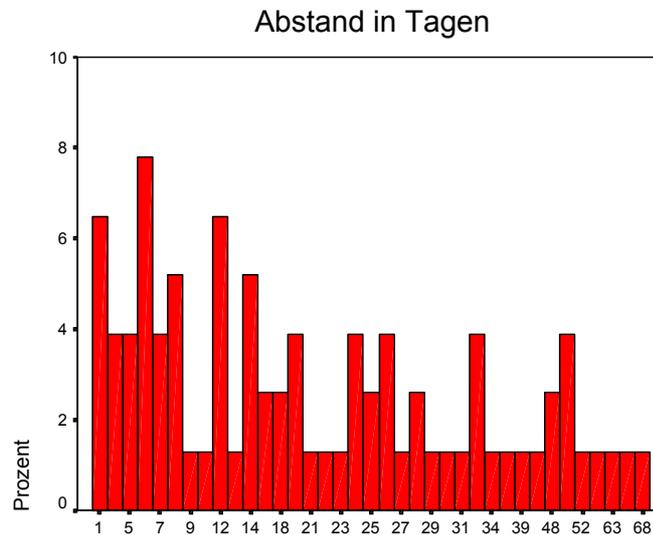
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	weitere Gespräche geplant	34	22,5	23,6	23,6
	tiefenpsych. fund. Krisenintervention	9	6,0	6,3	29,9
	Richtlinienpsychotherapie	21	13,9	14,6	44,4
	Kurzzeitpsychotherapie bis 25 h	16	10,6	11,1	55,6
	Gruppentherapie	9	6,0	6,3	61,8
	Körpertherapie	5	3,3	3,5	65,3
	Körpertherapie einzeln	9	6,0	6,3	71,5
	Entspannungsverfahren	4	2,6	2,8	74,3
	Verhaltenstherapie bis 25h	1	,7	,7	75,0
	sozialpsychiatrische Betreuung	1	,7	,7	75,7
	Mehrfachnennung	2	1,3	1,4	77,1
	keine, da stationäre Th. geplant	33	21,9	22,9	100,0
	Gesamt	144	95,4	100,0	
	Fehlend	System	7	4,6	
Gesamt		151	100,0		

geplante ambulante Therapie



### 3.1.29 Abstand zwischen telefonischer Terminanmeldung und Erstkontakt

Im Mittel musste der Patient ab dem Zeitpunkt der telefonischen Anmeldung 21,25 Tage auf einen Termin in der psychosomatischen Ambulanz der Universitätsklinik Erlangen warten. Die Wartezeit betrug zwischen einem Termin noch am selben Tag bis zu 68 Tagen. Der häufigste vergebene Termin lag am sechsten Tag nach telefonischer Anmeldung. Es konnten bereits 26% (n=20) der Patienten in der ersten Woche, 46,8% in den ersten zwei Wochen (n=36), 57,1% (n=44) in den ersten drei Wochen, 74% (n=57) in den ersten vier Wochen einen Termin mit der psychosomatischen Ambulanz vereinbaren.



### 3.2 Merkmale der Nachuntersuchungsstichprobe

Die spezifischen Merkmale von Patienten, die sich der Retrospektivbefragung stellten und eine Erst- und Zweitmessung der psychometrischen Tests neben der Basisdokumentation ausgefüllt hatten, sollen hier untersucht werden.

**Zusammenfassung der spezifischen Merkmale der Responder im Vergleich mit den Nonrespondern**

Patientenmerkmal	Nonresponder	Responder	Chi - Quadrat - Test
Geschlecht	männl.:weibl.=1: 2	männl.:weibl.=1: 3	p=0,093
Kinder im Haushalt	ja	nein	p=0,059
Motivation	geringer	höher	p=0,014
Wartezeit bis zum ambulanten Kontakt	kürzer	länger	p=0,007

### 3.2.1 Geschlecht

War das Verhältnis männlich zu weiblich 33,7% : 66,3% der Patienten mit alleinigen Erstmessungen, so hat sich der Anteil der weiblichen Patienten mit Erst- und Zweitmessungen (im Folgenden als Nachuntersuchungsstichprobe bezeichnet) tendentiell ( $\chi^2=2,818$ ,  $df=1$ ,  $p=0,093$ ) vergrößert (Verhältnis männlich zu weiblich = 25,2% : 74,8%).

**Geschlecht \* Responder zu Nonresponder Kreuztabelle**

			Responder zu Nonresponder		Gesamt
			Responder	Nonresponder	
Geschlecht	männl	Anzahl	38	58	96
		% von Responder zu Nonresponder	25,2%	33,7%	29,7%
	weibl	Anzahl	113	114	227
		% von Responder zu Nonresponder	74,8%	66,3%	70,3%
Gesamt		Anzahl	151	172	323
		% von Responder zu Nonresponder	100,0%	100,0%	100,0%

### 3.2.2 Anzahl der im Haushalt wohnenden Kinder

Die Responder hatten zum Nachuntersuchungszeitpunkt deutlich weniger Kinder im Haushalt als die Nonresponder ( $\chi^2=3,577$ ,  $df=1$ ,  $p=0,059$ ). 65,6% (n=99) der Patienten aus der Retrospektivstichprobe hatten keine Kinder im Haushalt im Vergleich zu den 55,2% (n=95) Patienten der Stichprobe, die nicht an der Zweitmessung teilnahmen. In der Stichprobe der Nachuntersuchung sind die Haushalte mit Kindern deutlich unterrepräsentiert (Responder mit Kind/ern: 34,4%, n=52; Nonresponder mit Kind/ern: 44,8%, n=77).

**Kinder im Haushalt \* Responder zu Nonresponder Kreuztabelle**

			Responder zu Nonresponder		Gesamt
			Responder	Nonresponder	
Kinder im Haushalt	nein	Anzahl	99	95	194
		% von Responder zu Nonresponder	65,6%	55,2%	60,1%
	ja	Anzahl	52	77	129
		% von Responder zu Nonresponder	34,4%	44,8%	39,9%
Gesamt		Anzahl	151	172	323
		% von Responder zu Nonresponder	100,0%	100,0%	100,0%

### 3.2.3 Wartezeit bis zum ambulanten Erstkontakt

In der Nachuntersuchungsstichprobe dominiert die Gruppe der Patienten, die länger als drei Wochen auf einen Termin in der psychosomatischen Ambulanz warten

musste, hochsignifikant ( $\chi^2 = 7,258$ ,  $df=1$ ,  $p=0,007$ ). Lag der Anteil der Nonresponder mit einer Wartezeit bis einschließlich drei Wochen bei 77,1% ( $n=64$ ), so ist der Anteil bei den Respondern auf 57,1% ( $n=44$ ) gesunken.

**Abstand in Wochen \* Responder zu Nonresponder Kreuztabelle**

			Responder zu Nonresponder		Gesamt
			Responder	Nonresponder	
Abstand in Wochen	<= 3 Wochen	Anzahl	44	64	108
		% von Responder zu Nonresponder	57,1%	77,1%	67,5%
	> 3 Wochen	Anzahl	33	19	52
		% von Responder zu Nonresponder	42,9%	22,9%	32,5%
Gesamt		Anzahl	77	83	160
		% von Responder zu Nonresponder	100,0%	100,0%	100,0%

### 3.2.4 Behandlungsmotivation

Signifikante Unterschiede zwischen den Stichproben mit Erstmessung und mit Erst- und Zweitmessung finden sich in der Behandlungsmotivation ( $\chi^2=12,544$ ,  $df=4$ ,  $p=0,014$ ). Die Gruppe der Responder ist deutlich motivierter als die der Nonresponder. Waren zum Zeitpunkt der psychosomatischen Gespräche noch 7,1% ( $n=12$ ) der Nonresponder sehr unmotiviert, so verhielten sich die Responder mit nur 1,4% ( $n=2$ ) sehr therapieabweisend. Wenig motiviert waren 19,6% ( $n=33$ ) der Nonresponder, im Vergleich dazu waren dies aber nur 13,8% ( $n=20$ ) der Responder. Therapiemotiviert wirkten 32,1% ( $n=54$ ) der Nonresponder, 34,5% ( $n=50$ ) der Antwortenden. Einen sehr motivierten Eindruck erweckten die Studienteilnehmer mit 20,7% ( $n=30$ ). Die Personen, bei denen keine Daten einer Zweitmessung vorlagen, waren dagegen nur zu 10,7% ( $n=18$ ) sehr motiviert.

Behandlungsmotivation \* Responder zu Nonresponder Kreuztabelle

			Responder zu Nonresponder		Gesamt
			Responder	Nonresponder	
Behandlungsmotivation	nicht motiviert	Anzahl	2	12	14
		% von Responder zu Nonresponder	1,4%	7,1%	4,5%
	-	Anzahl	20	33	53
	-	% von Responder zu Nonresponder	13,8%	19,6%	16,9%
	-	Anzahl	43	51	94
	-	% von Responder zu Nonresponder	29,7%	30,4%	30,0%
sehr motiviert	Anzahl	50	54	104	
	% von Responder zu Nonresponder	34,5%	32,1%	33,2%	
Gesamt		Anzahl	145	168	313
		% von Responder zu Nonresponder	100,0%	100,0%	100,0%

### 3.3 Compliance

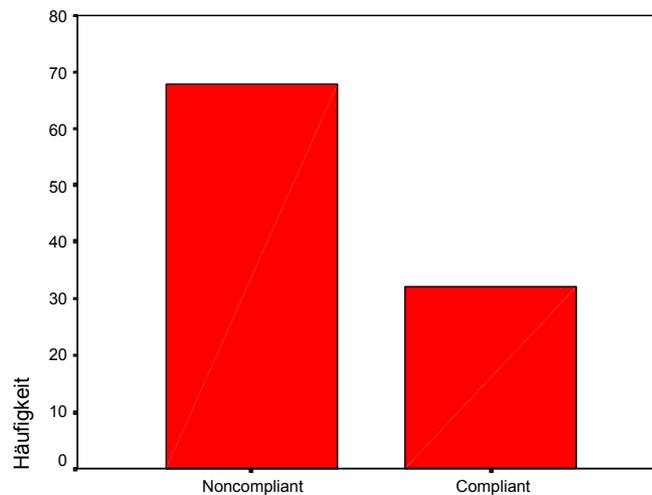
Vor der Berechnung der Compliance wurden 34 Patienten herausgefiltert, die noch weitere Gespräche in der psychosomatischen Ambulanz zur Diagnoseverifizierung oder Krisenintervention erhielten, bei denen noch keine ausreichende Motivation zu einer Therapie geweckt werden konnte. Zehn der 151 Patienten der Nachuntersuchungsstichprobe konnten hinsichtlich ihres weiteren Beschwerdeverlaufs und ihrer Annahme des Therapieangebotes nicht erfasst werden. Bei weiteren sieben Patienten fehlten Angaben der Therapeuten zur geplanten Therapie und konnten deshalb nicht zur Compliancebestimmung herangezogen werden.

Bezogen auf eine eindeutige, im psychosomatischen Erstgespräch gestellten Therapieempfehlung folgten dieser 32%. D.h., dass 32 der 100 untersuchten Patienten sich an die exakte Empfehlung des Therapeuten hielten und das Angebot einer ambulanten oder stationären psychotherapeutischen Maßnahme ergriffen, sofern diese angeraten wurde.

### Noncompliant zu Compliant

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Noncompliant	68	61,8	68,0	68,0
	Compliant	32	29,1	32,0	100,0
	Gesamt	100	90,9	100,0	
Fehlend	System	10	9,1		
Gesamt		110	100,0		

### Noncompliant zu Compliant



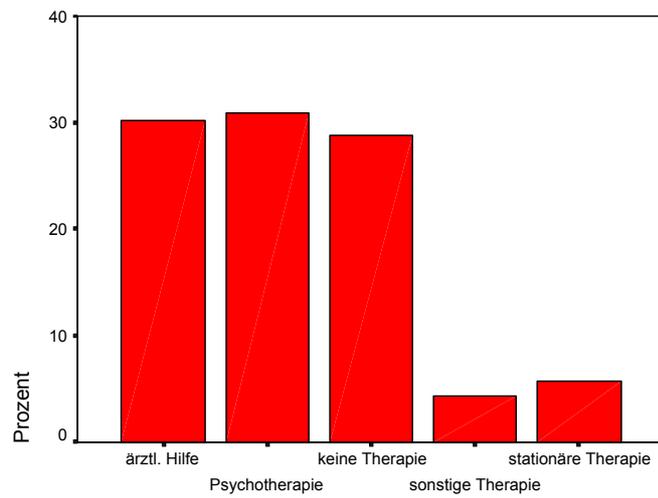
Tatsächlich gaben jedoch 44% der Antwortenden an, eine stationäre Therapie (8,0%) oder eine ambulante psychotherapeutische Maßnahme (36%) begonnen zu haben. Somit entschieden sich 12% für eine andere als die ihnen angeratene psychotherapeutische Betreuung.

Wie im gestaffelten Diagramm ersichtlich wählten einige Patienten - statt der angeratenen ambulanten Psychotherapie - einen stationären Aufenthalt und andere - statt einer stationären Therapie - eine ambulante Psychotherapie. 24% der Befragten bevorzugten eine weitere ärztliche Konsultierung, 27% nahmen keine weiteren ärztlichen Hilfestellungen somatischer oder psychosomatischer Art in Anspruch und 5% suchten sich Linderung über sonstige Mittel bzw. Helfer (z.B. Heilpraktiker).

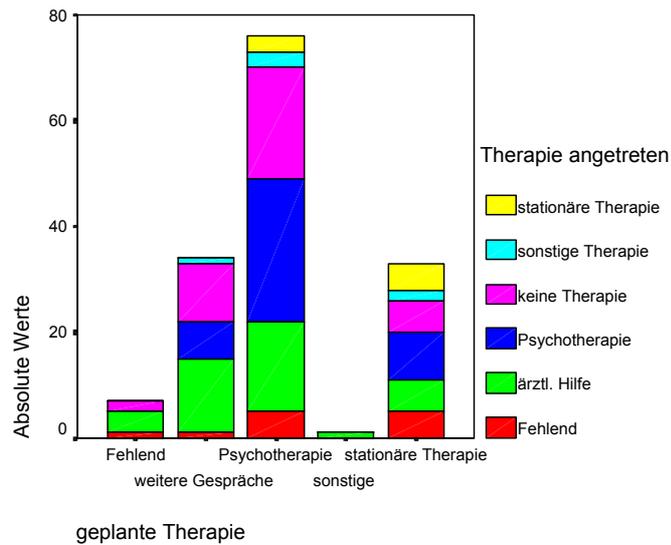
## Therapie angetreten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ärztl. Hilfe	24	21,8	24,0	24,0
	Psychotherapie	36	32,7	36,0	60,0
	keine Therapie	27	24,5	27,0	87,0
	sonstige Therapie	5	4,5	5,0	92,0
	stationäre Therapie	8	7,3	8,0	100,0
	Gesamt	100	90,9	100,0	
Fehlend	System	10	9,1		
Gesamt		110	100,0		

## Therapie angetreten



In der folgenden Abbildung ist mit Hilfe der Balken deutlich das Ausmaß der geplanten Therapie sichtbar. Jede Farbe markiert die durchgeführte bzw. die nicht angetretene therapeutische Maßnahme (ambulant oder stationär).



### 3.4 Merkmale der Patienten mit positiver Compliance

Es sollen die spezifischen Merkmale derjenigen Patienten, die sich an den Rat der Therapeuten gehalten haben, im Vergleich zu den sich anders behelfenden Patienten dargestellt werden.

**Zusammenfassung der spezifischen Merkmale der complianten Personen im Vergleich mit den noncomplianten Personen**

Patientenmerkmal	Compliant	Noncompliant	Chi - Quadrat - Test
Haushaltsgröße Erwachsene	häufiger ein Erwachsener	häufiger zwei oder mehr Erwachsene	0,012
Arbeitsunfähigkeit	häufiger keine oder unter 8 Wochen	häufiger über 8 Wochen	0,002

### 3.4.1 Haushaltsgröße Erwachsene

Die Gruppen Compliant zu Noncompliant unterschieden sich statistisch signifikant ( $\chi^2=6,381$ ,  $df=1$ ,  $p=0,012$ ) in der Haushaltsgröße der Erwachsenen. Die Gruppe der Erwachsenen mit positiver Compliance, die nicht alleine im Haushalt leben (53,1%,  $n=17$ ), sind deutlich unterrepräsentiert im Vergleich mit der noncomplianten Patientengruppe (77,9%,  $n=53$ ).

**Haushaltsgröße Erwachsene \* Compliant zu Noncompliant Kreuztabelle**

			Compliant zu Noncompliant		Gesamt
			Noncompliant	Compliant	
Haushaltsgröße Erwachsene	1	Anzahl	15	15	30
		% von Compliant zu Noncompliant	22,1%	46,9%	30,0%
	>1	Anzahl	53	17	70
		% von Compliant zu Noncompliant	77,9%	53,1%	70,0%
Gesamt		Anzahl	68	32	100
		% von Compliant zu Noncompliant	100,0%	100,0%	100,0%

### 3.4.2 Arbeitsunfähigkeit

Die längerfristige Arbeitsunfähigkeit vor Kontaktaufnahme mit der psychosomatischen Ambulanz lag in der Compliancegruppe hochsignifikant ( $\chi^2=9,694$ ,  $df=1$ ,  $p=0,002$ ) niedriger. Die complianten Personen waren seltener  $\geq 8$  Wochen arbeitsunfähig (12,5%,  $n=4$ ) als ihre noncompliance Vergleichsgruppe (44,1%,  $n=30$ ).

Arbeitsunfähigkeit \* Compliant zu Noncompliant Kreuztabelle

			Compliant zu Noncompliant		Gesamt
			Noncompliant	Compliant	
Arbeitsunfähigkeit	< 8 Wochen	Anzahl	38	28	66
		% von Compliant zu Noncompliant	55,9%	87,5%	66,0%
	$\geq 8$ Wochen	Anzahl	30	4	34
		% von Compliant zu Noncompliant	44,1%	12,5%	34,0%
Gesamt		Anzahl	68	32	100
		% von Compliant zu Noncompliant	100,0%	100,0%	100,0%

### 3.5 Einfluss der Compliance auf den SCL und den VEV

Erstaunlicherweise konnten mit Hilfe einer einfaktoriellen ANOVA keine signifikanten Mittelwertunterschiede zwischen den Gruppen Compliant zu Noncompliant in dem GSI - Differenzwert der Erstmessung minus Zweitmessung des SCL (im Folgenden als GSI - Verlauf bezeichnet) als Indikator der intraindividuellen Unterschiede nachgewiesen werden.

#### ANOVA

GSI Verlauf

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	,379	1	,379	1,516	,221
Innerhalb der Gruppen	23,991	96	,250		
Gesamt	24,370	97			

Ähnliches gilt für die einmalig erhobene retrospektive Einschätzung des VEV. Auch hier muss davon ausgegangen werden, dass die Gruppenmittelwerte der Variablen VEV mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 0,566 gleich sind.

## ANOVA

V\_X\_2SUM

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	373,483	1	373,483	,331	,566
Innerhalb der Gruppen	108224,364	96	1127,337		
Gesamt	108597,847	97			

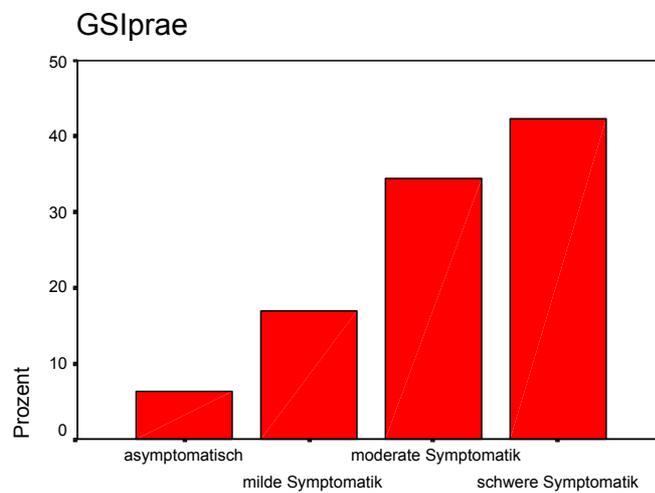
### 3.6 GSI in Erst- und Zweitmessungen

Vergleicht man die GSI - Werte unterteilt in vier Gruppen nach den Cutoff - Werten von Tingey et al. (1996), so nahm in der Zweitmessung der prozentuale Anteil der asymptomatischen Patienten von 6,3% auf 20,5% zu, die Prozentzahl der Patienten mit einer milden Symptomatik stieg ebenso von 16,9% auf 20,5%. Darüberhinaus wies der schwindende Prozentsatz der moderaten Beschwerden (25,3% in der Zweitmessung gegenüber 34,5% in der Erstmessung) und der schweren Beschwerden (39,0% in der Zweitmessung gegenüber 42,3% in der Erstmessung) auf eine Beschwerdelinderung der Patienten in der Nachbefragung hin.

Mit Hilfe des Chi - Quadrat - Tests ließen sich hochsignifikante Unterschiede ( $\chi^2=29,327$ ,  $df=1$ ,  $p=0,000$ ) zwischen den GSI Erst- und Zweitmessungen nachweisen. Um die volle Besetzung der Zellen zu gewährleisten, wurden zum Einen die Patienten mit einer asymptomatischen mit denen einer leichten Symptomatik und zum Anderen die Personen mit einer moderaten mit denen einer schweren Symptomatik zusammengefasst.

## GSIprae

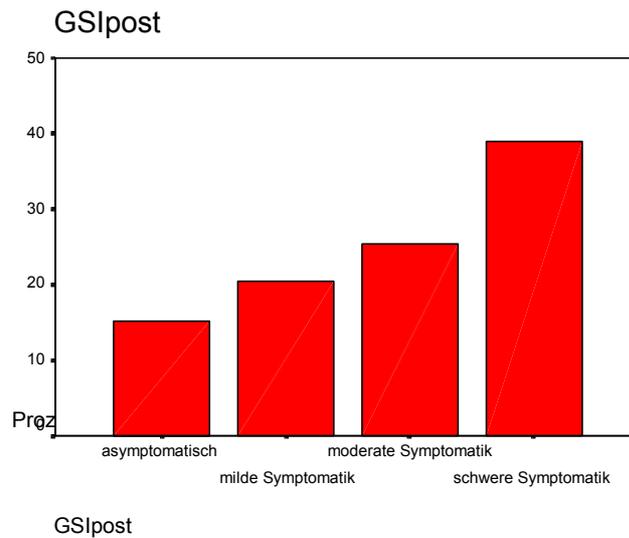
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	asymptomatisch	9	6,0	6,3	6,3
	milde Symptomatik	24	15,9	16,9	23,2
	moderate Symptomatik	49	32,5	34,5	57,7
	schwere Symptomatik	60	39,7	42,3	100,0
	Gesamt	142	94,0	100,0	
Fehlend	System	9	6,0		
Gesamt		151	100,0		



GSIprae

## GSIpost

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	asymptomatisch	22	14,6	15,1	15,1
	milde Symptomatik	30	19,9	20,5	35,6
	moderate Symptomatik	37	24,5	25,3	61,0
	schwere Symptomatik	57	37,7	39,0	100,0
	Gesamt	146	96,7	100,0	
Fehlend	System	5	3,3		
Gesamt		151	100,0		

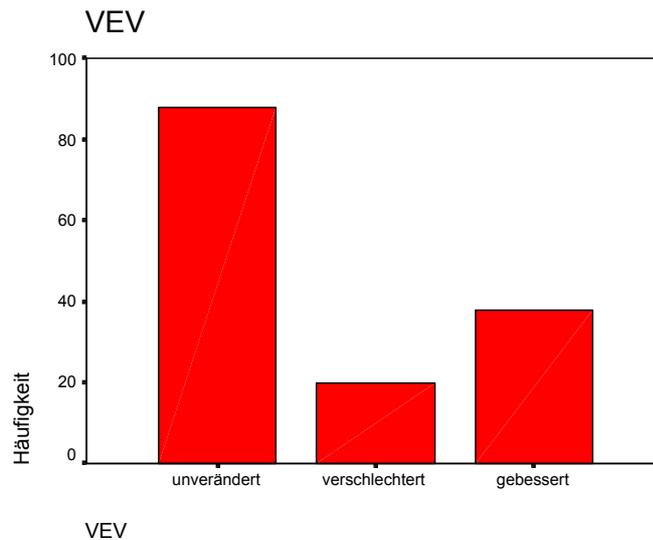


### 3.7 VEV in den Zweitmessungen

Insgesamt gesehen verbesserten sich 26% Patienten mit einem komplett ausgefüllten Veränderungsfragebogen in ihrem Erleben und Verhalten. Es verschlechterten sich 13,7%, und 60,3% der Befragten wiesen keine nennenswerte Veränderung im Summenwert des VEV auf.

#### VEV

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	unverändert	88	58,3	60,3	60,3
	verschlechtert	20	13,2	13,7	74,0
	gebessert	38	25,2	26,0	100,0
	Gesamt	146	96,7	100,0	
Fehlend	System	5	3,3		
Gesamt		151	100,0		

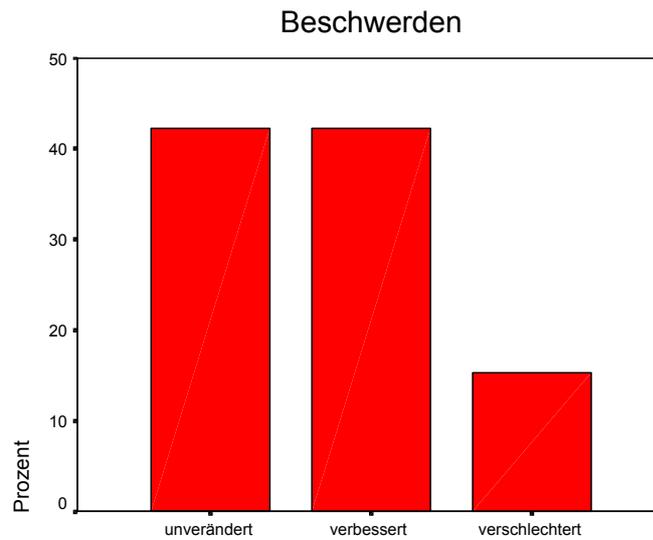


### 3.8 Subjektive Beschwerden in den Zweitmessungen

Mit der Zusendung der Fragebögen über die Zweitmessung wurden die Patienten gleichzeitig gebeten, ihre momentanen Beschwerden mit unverändert, gebessert oder verschlechtert zu beurteilen. Dabei schätzten jeweils 58 Patienten ihre Symptomatik als unverändert bzw. als verbessert (je 42,3%) ein. 15,3% gaben einen verschlechterten Allgemeinzustand im Vergleich zu dem Zeitpunkt des psychosomatischen Erstgesprächs an.

#### Beschwerden

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	unverändert	58	38,4	42,3	42,3
	verbessert	58	38,4	42,3	84,7
	verschlechtert	21	13,9	15,3	100,0
	Gesamt	137	90,7	100,0	
Fehlend	System	14	9,3		
Gesamt		151	100,0		



### ***3.9 Mittelwertvergleiche der Erstmessung mit der Zweitmessung***

Mit Hilfe des t - Tests können Aussagen über die Mittelwerte der gepaarten Stichproben: Erst- und Zweitmessung getroffen werden. Die Werte des GSI (Global Severity Index) der Erstmessung als Maß für die globale psychische Belastung unterscheiden sich im t - Test durchschnittlich hochsignifikant ( $p=0,004$ ) von den GSI Werten der Zweitmessung bei einer Korrelation von 0,663.

Nachdem die positive Compliance keinen Einfluss auf eine positiv im GSI bzw. VEV zu messende Entwicklung der Beschwerden bzw. der Beschwerdewahrnehmung hatte, sollte nach anderen Einflussgrößen auf den GSI bzw. den VEV gefahndet werden.

### 3.10 *Einfaktorielle Varianzanalysen: Einflussfaktoren auf den GSI bzw. den VEV*

#### 3.10.1 **Einfluss der psychosomatischen Diagnose auf den GSI**

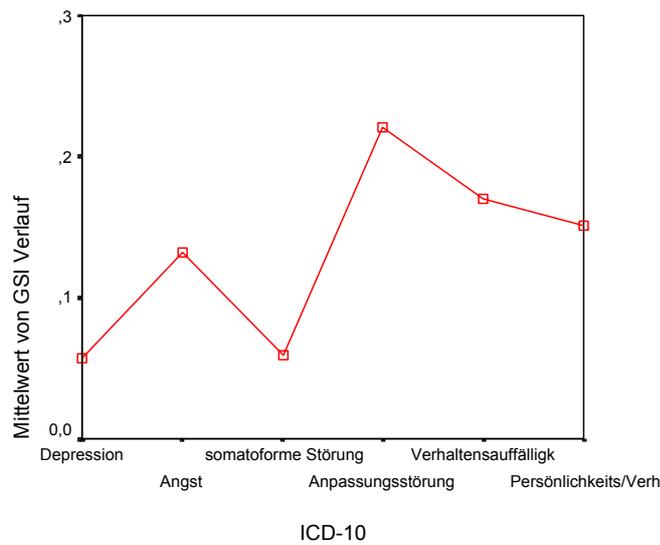
Wie die einfaktorielle ANOVA belegt, liegen die Unterschiede der Erst- und Zweitmessung des GSI nicht alleine auf Diagnoseebene. Zwischen den einzelnen Untergruppen der psychosomatischen Erkrankungsbilder lassen sich im GSI Verlauf keine signifikanten Unterschiede finden. Im Durchschnitt haben sich alle Patienten unabhängig von ihrer Diagnose bezüglich ihrer Ausgangswerte im GSI verbessert. Dies zeigen die positiven Werte der intraindividuellen Differenzen.

ANOVA

GSI Verlauf

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	,509	5	,102	,437	,822
Innerhalb der Gruppen	32,397	139	,233		
Gesamt	32,906	144			

Ob sich anhand der Mittelwerttabelle die Tendenz einer höheren Beschwerdelinderung der Angstpatienten und Patienten mit Anpassungsstörungen ablesen lässt, sollte noch überprüft werden. Die überdurchschnittliche Verbesserung des GSI der Probanden mit einer Persönlichkeits- und Verhaltensstörung oder einer Verhaltensauffälligkeit mit körperlichen Störungen ist wegen zu geringer Studienbeteiligung dagegen weniger aussagekräftig.



**Werte > 0 = Verbesserung im GSI**

**Werte < 0 = Verschlechterung im GSI**

### 3.10.2 Einfluss der psychosomatischen Diagnose auf den VEV

Der VEV korreliert mit einer Signifikanz von  $p < 0,01$  einseitig zu 0,410 mit dem GSI. Wie bei den intraindividuellen GSI - Unterschieden der Erst- und Zweitmessung konnte bei den VEV - Werten durch die einfaktorielle ANOVA nicht abgeleitet werden, dass die psychosomatische Diagnose den ausschlaggebenden Einfluss auf eine positive Veränderung der Beschwerden ausübt.

#### Korrelationen

		GSI Verlauf	V_X_2GES
GSI Verlauf	Korrelation nach Pearson		
	Signifikanz (1-seitig)		
	N		
V_X_2GES	Korrelation nach Pearson	,410**	
	Signifikanz (1-seitig)	,000	
	N	140	

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 47,8% musste die Nullhypothese, dass es Gruppenmittelwertunterschiede zwischen den einzelnen psychosomatischen Diagnosen bezogen auf den VEV Summenwert gibt, abgelehnt werden.

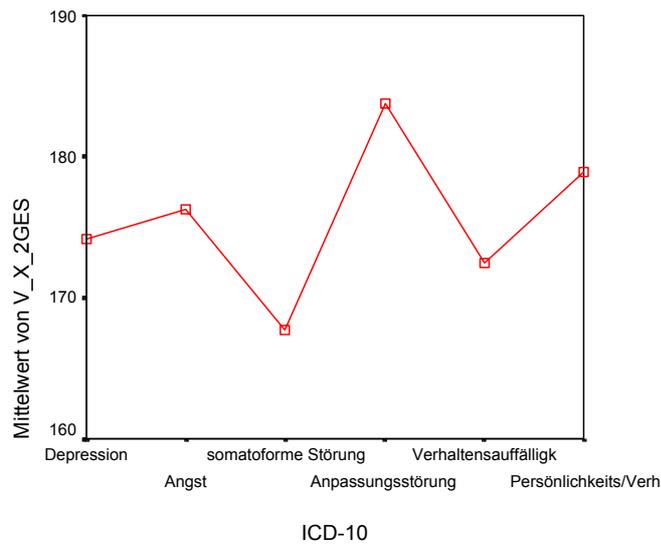
## ANOVA

V\_X\_2GES

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	4280,923	5	856,185	,907	,478
Innerhalb der Gruppen	132146,830	140	943,906		
Gesamt	136427,753	145			

Summenwerte unter 149 Punkten sprechen für eine negative subjektive Veränderung des Erlebens und Verhaltens. Werte über 187 Punkten zeigen eine positive Veränderung des Lebensgefühls. Liegt der Wert zwischen diesen Bereichen (um die 168 Punkte), so kann auf der Basis einer Fehlerwahrscheinlichkeit von 5% von einem nahezu unveränderten Erleben und Verhalten ausgegangen werden. Wie aus dem Mittelwertdiagramm ersichtlich, lagen alle durchschnittlich erreichten Summenwerte innerhalb der Grenzen, wo sich keine wesentlichen Veränderungen nachweisen ließen.

Auch hier sollte getestet werden, ob Patienten mit einer Anpassungsstörung oder mit einer Angststörung neben Personen mit einer Verhaltens- oder Persönlichkeitsstörung eine tendentiell positivere Entwicklung des im VEV gemessenen Krankheitsempfindens aufweisen. Für aussagekräftige Beobachtungen war der Zeitraum zwischen der Erst- und Zweituntersuchung allerdings zu gering.



In späteren Ausführungen zu den zweifaktoriellen Varianzanalysen soll aufgezeigt werden, dass weitere Faktoren in Interaktion mit der Diagnose hinzukommen müssen, um Beschwerdelinderung zu erklären.

### 3.10.3 Einfluss der Haupteinkommensquelle auf den GSI

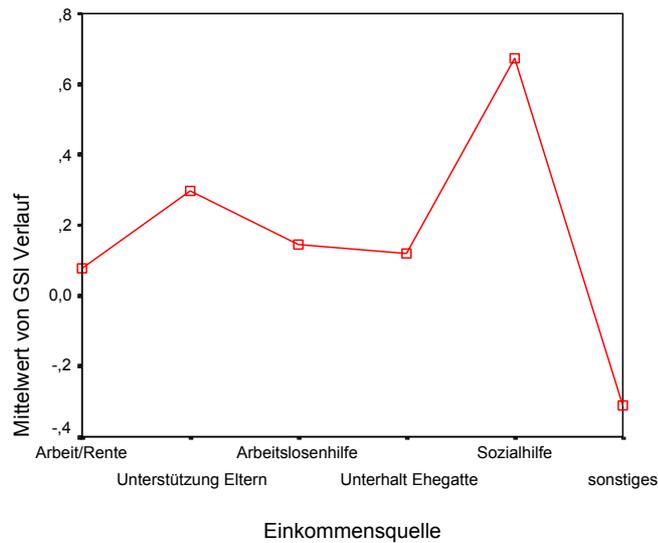
Mit einer Tendenz von 0,055 unterscheiden sich die einzelnen Haupteinkommensgruppen in ihren Mittelwerten voneinander in Abhängigkeit von dem GSI Verlauf.

#### ANOVA

GSI Verlauf

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	2,436	5	,487	2,223	,055
Innerhalb der Gruppen	30,469	139	,219		
Gesamt	32,906	144			

Besonders die Sozialhilfeempfänger waren für eine psychosomatische Betreuung empfänglich. Sie erzielten die positivsten GSI Veränderungen in den Zweitmessungen unter allen anderen Einkommensquellengruppen.



**Werte > 0 = Verbesserung im GSI**  
**Werte < 0 = Verschlechterung im GSI**

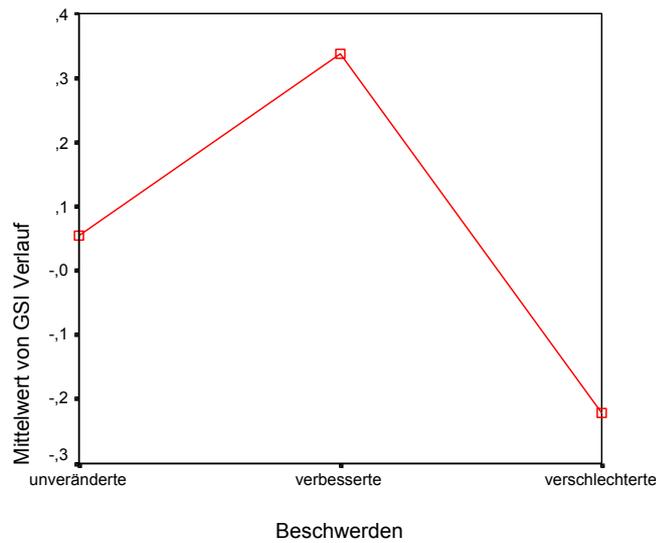
### 3.10.4 Einfluss der subjektiven Beschwerden auf den GSI

Zum Nachuntersuchungszeitpunkt stehen die subjektiven Beschwerden in einem hochsignifikanten Zusammenhang ( $p=0,000$ ) mit dem GSI.

#### ANOVA

GSI Verlauf					
	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	5,078	2	2,539	14,719	,000
Innerhalb der Gruppen	22,251	129	,172		
Gesamt	27,329	131			

Patienten mit einem hohen Leidensdruck in der Nachbefragung verschlechterten sich durchschnittlich im GSI Verlauf, während Patienten mit einer gebesserten subjektiven Symptomatik auch im GSI Verlauf einen im Vergleich mit dem Ausgangswert durchschnittlich positiven Wert erreichten. Personen, die sich in ihren Beschwerden subjektiv unverändert fühlten, schnitten auch im GSI der Zweitmessung im Vergleich mit der Erstmessung unverändert ab.



**Werte > 0 = Verbesserung im GSI**  
**Werte < 0 = Verschlechterung im GSI**

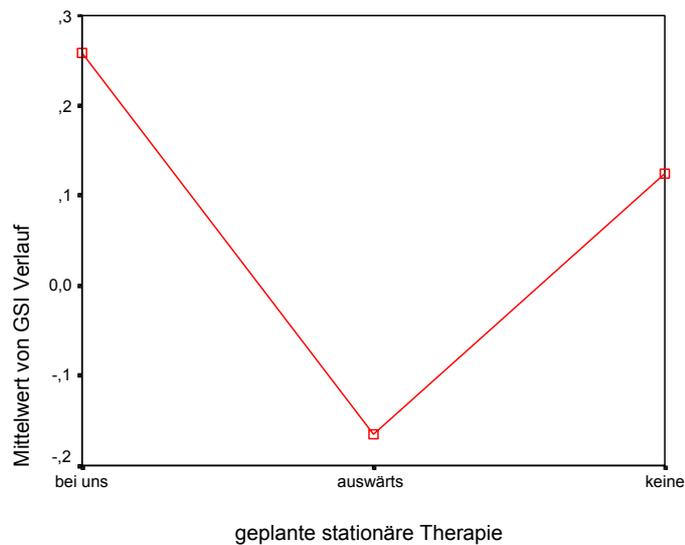
### 3.10.5 Einfluss der geplanten stationären Therapie auf den GSI

Es zeichnet sich die Tendenz einer Einflussnahme der geplanten stationären Therapie auf den Verlauf des GSI ab ( $p=0,060$ ).

#### ANOVA

GSI Verlauf					
	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	1,298	2	,649	2,863	,060
Innerhalb der Gruppen	31,274	138	,227		
Gesamt	32,572	140			

Das Mittelwertdiagramm macht die Bedeutung der geplanten stationären Therapie auf den GSI Verlauf deutlich. Patienten, denen ein stationärer Aufenthalt in der psychosomatischen Ambulanz Erlangen angeraten wurde, verbesserten sich durchschnittlich in den Zweitmessungen verglichen mit den Erstmessungen am meisten. Wurde den Patienten eine stationäre Behandlung in einem auswärtigen Krankenhaus angeraten, so lag das Ergebnis im GSI Verlauf im Durchschnitt noch deutlich unter dem Ergebnis, das Patienten erzielten, denen kein stationärer Aufenthalt empfohlen wurde.



**Werte > 0 = Verbesserung im GSI**

**Werte < 0 = Verschlechterung im GSI**

### ***3.11 Zweifaktorielle Varianzanalysen: Einflussfaktoren auf den GSI in Interaktion mit der psychosomatischen Erstdiagnose***

Da die signifikanten Mittelwertunterschiede zwischen den Erst- und Zweitmessungen nicht auf Diagnoseebene allein zurückzuführen sind, sollen hier per zweifaktorieller Varianzanalyse diejenigen unabhängigen Variablen aufgespürt werden, die erst durch das Zusammenwirken mit der ICD - Erstdiagnose einen Einfluss auf den GSI - Verlauf als abhängige Variable nehmen.

#### **3.11.1 ICD - Erstdiagnose im Zusammenspiel mit der Arbeitsunfähigkeit durch die Erkrankung vor dem Erstgespräch**

Die Mittelwerte der abhängigen Variablen GSI - Verlauf unterscheiden sich durch die Kombination der unabhängigen Variablen ICD - Diagnose und Arbeitsunfähigkeit durch die Erkrankung auf einem Signifikanzniveau von  $p=0,007$ .

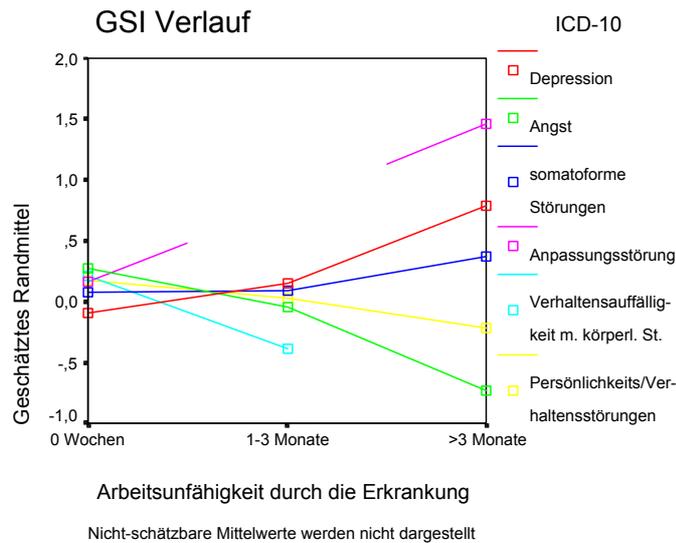
## Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: GSI Verlauf

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	5,582 <sup>a</sup>	15	,372	1,702	,064
Konstanter Term	,862	1	,862	3,941	,050
ICD_10_1	2,614	5	,523	2,392	,044
ARBUN3	,218	2	,109	,498	,609
ICD_10_1 * ARBUN3	5,052	8	,631	2,888	,007
Fehler	19,677	90	,219		
Gesamt	27,347	106			
Korrigierte Gesamtvariation	25,260	105			

a. R-Quadrat = ,221 (korrigiertes R-Quadrat = ,091)

Die Profildiagramme zeigen eindrücklich den Zusammenhang der Arbeitsunfähigkeit durch die Erkrankung in Abhängigkeit von der psychosomatischen Erstdiagnose mit dem Beschwerdeverlauf. So wiesen Patienten mit einer Anpassungsstörung eine direkt proportionale - im Durchschnitt gemessene - Verbesserung im GSI mit längerer Arbeitsunfähigkeit vor dem Erstgespräch auf. Auch depressive Patienten erreichten durchschnittlich eine kontinuierliche Beschwerdelinderung mit einer Arbeitsunfähigkeit ab 3 Monaten vor dem Erstgespräch. Gegenteilig verhielten sich Personen mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Mit steigender Arbeitsunfähigkeit vor dem Erstgespräch verschlechterte sich die GSI - Zweitmessung durchschnittlich gegenüber der Erstmessung. Von dieser sich verschlechternden Tendenz der körperlichen Symptomatik mit längerer Arbeitsunfähigkeit sind ganz besonders die Angstpatienten ab einer 3 Monate andauernden Arbeitsunfähigkeit vor dem Erstgespräch betroffen.



**Werte > 0 = Verbesserung im GSI**

**Werte < 0 = Verschlechterung im GSI**

### 3.11.2 ICD - Erstdiagnose im Zusammenspiel mit der Arbeitsunfähigkeit im letzten Jahr vor dem Erstgespräch

Die interagierenden Faktoren Arbeitsunfähigkeit im letzten Jahr und ICD - Erstdiagnose nahmen hochsignifikant ( $p=0,003$ ) Einfluss auf den weiteren Krankheitsverlauf gemessen am GSI Verlauf.

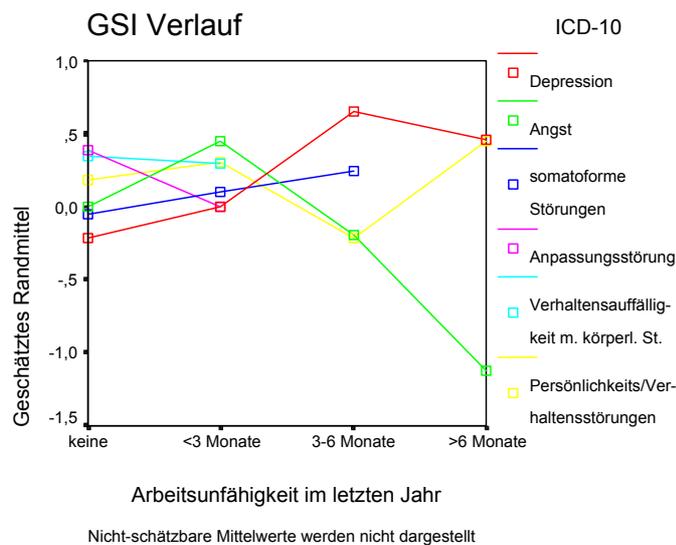
#### Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: GSI Verlauf

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	6,302 <sup>a</sup>	18	,350	2,142	,010
Konstanter Term	,449	1	,449	2,750	,10 <sup>1</sup>
ICD_10_1	1,663	5	,333	2,034	,08 <sup>1</sup>
AU_MON	,226	3	7,526E-02	,460	,71 <sup>1</sup>
ICD_10_1 * AU_MON	4,777	10	,478	2,922	,003
Fehler	15,200	93	,163		
Gesamt	24,243	112			
Korrigierte Gesamtvariation	21,502	111			

a. R-Quadrat = ,293 (korrigiertes R-Quadrat = ,156)

Wie aus den Profildiagrammen ersichtlich, zeigten wiederum die Patienten mit einer Depression oder einer Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörung mit einer länger als 6 Monate andauernden Arbeitsunfähigkeit vor dem Erstgespräch eine durchschnittliche Verbesserung im GSI Verlauf, während die Angstpatienten, die im letzten Jahr über 3 Monate arbeitsunfähig waren, eine durchschnittliche Verschlechterung im GSI Verlauf aufwiesen.



**Werte > 0 = Verbesserung im GSI**

**Werte < 0 = Verschlechterung im GSI**

### 3.11.3 ICD - Erstdiagnose im Zusammenspiel mit den subjektiven Beschwerden zum Nachuntersuchungszeitpunkt

Die Interaktion ICD - Erstdiagnose und subjektive Beschwerden, die in der Nachbefragung mit verbessert, gleichbleibend oder verschlechtert charakterisiert werden sollten, wies tendentiell ( $p=0,053$ ) einen Zusammenhang mit dem GSI Verlauf auf.

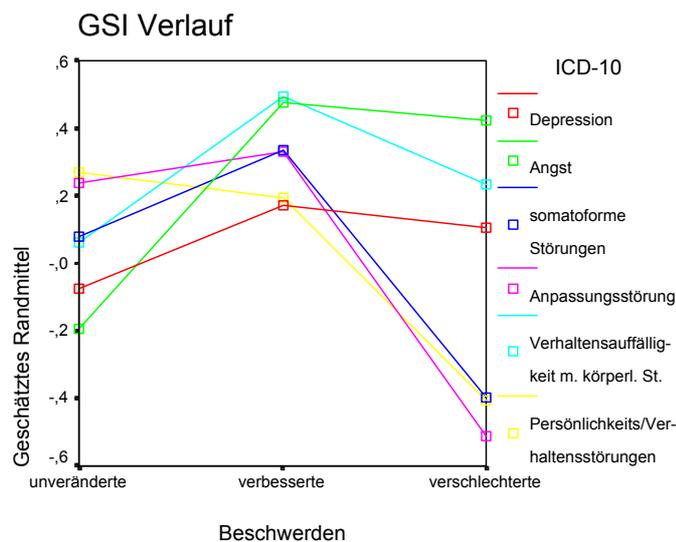
### Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: GSI Verlauf

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	8,540 <sup>a</sup>	17	,502	3,048	,000
Konstanter Term	,655	1	,655	3,976	,049
ICD_10_1	,664	5	,133	,806	,548
BESCHWER	2,667	2	1,333	8,089	,001
ICD_10_1 * BESCHWER	3,126	10	,313	1,897	,053
Fehler	18,789	114	,165		
Gesamt	29,713	132			
Korrigierte Gesamtvariation	27,329	131			

a. R-Quadrat = ,312 (korrigiertes R-Quadrat = ,210)

Eine interessante Entwicklung zeichnete sich in den Profildiagrammen bei den Patienten mit Verhaltensstörungen und insbesondere bei den Angstpatienten ab. Obwohl sich der GSI in der Zweitmessung durchschnittlich verbesserte, nahm bei diesen Patienten das Ausmaß der subjektiven Beschwerden in der Nachuntersuchung durchschnittlich zu. Patienten mit Depressionen, Anpassungsstörungen oder somatoformen Erkrankungen schätzten ihre subjektive Belastung parallel zu den erzielten GSI Werten ein.



**Werte > 0 = Verbesserung im GSI**

**Werte < 0 = Verschlechterung im GSI**

### 3.11.4 ICD - Erstdiagnose im Zusammenspiel mit der jeweils empfohlenen Institution für eine stationäre Therapie

Die geplante stationäre Therapie (Behandlung an der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin der Universität Erlangen - Nürnberg vs. andere Institutionen) beeinflusste zusammen mit der Erstdiagnose den GSI Verlauf auf einem Signifikanzniveau von  $p=0,028$ .

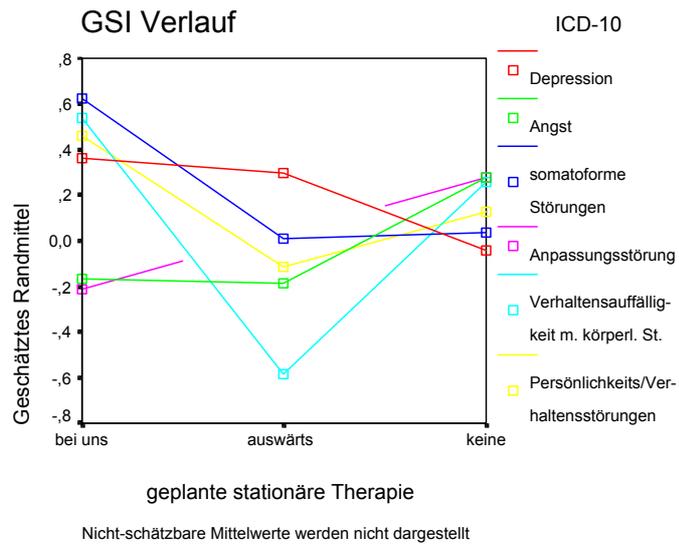
#### Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: GSI Verlauf

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	5,932 <sup>a</sup>	16	,371	1,726	,050
Konstanter Term	,459	1	,459	2,137	,146
ICD_10_1	,686	5	,137	,639	,671
GEPL_STA	1,005	2	,503	2,339	,101
ICD_10_1 * GEPL_STA	4,215	9	,468	2,180	,028
Fehler	26,640	124	,215		
Gesamt	34,669	141			
Korrigierte Gesamtvariation	32,572	140			

a. R-Quadrat = ,182 (korrigiertes R-Quadrat = ,077)

Eine durchschnittliche GSI Verbesserung in den Zweitmessungen erzielten Patienten, die an einer somatoformen Störung, einer Depression, Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörungen oder an Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen litten und bei denen ein stationärer Aufenthalt in der psychosomatischen Abteilung in Erlangen geplant war. Dagegen ließen sich bei Angstpatienten und Patienten mit Anpassungsstörungen unabhängig vom empfohlenen stationären Therapieort wenig Unterschiede im GSI Verlauf aufzeigen. Dieses Patientengut sprach im Durchschnitt besser auf eine geplante ambulante Therapie im GSI Verlauf an. Dieses Ergebnis bezieht sich ausschließlich auf die vom Therapeuten empfohlene Maßnahme und nicht auf die tatsächlich durchgeführte bzw. eben auch nicht in Anspruch genommene stationäre Behandlung.



**Werte > 0 = Verbesserung im GSI**

**Werte < 0 = Verschlechterung im GSI**

## 4 Diskussion

Im Folgenden werden die Resultate dieser Untersuchung nochmals zusammengefasst, diskutiert und mit den Ergebnissen anderer Studien verglichen. Insgesamt ergab die explorative Datenanalyse wenig signifikante Unterschiede bei den von uns erhobenen Variablen bezüglich

- der Responder im Vergleich mit den Nonrespondern,
- der Patienten mit einer positiven Compliance im Vergleich mit den noncomplianten Patienten,
- des GSI, VEV und der subjektiven Beschwerden in den Erst- und/oder Zweitmessungen.

### 4.1 Rücklaufquote

Angesichts der umfangreichen Testbatterie (fünf Fragebögen), die vor dem Erstgespräch in der psychosomatischen Ambulanz Erlangen und zum Nachuntersuchungszeitpunkt 3 - 6 Monate später erneut ausgefüllt werden sollte und dem zusätzlichen selbstentwickelten Fragebogen und dem VEV, die Auskunft über die weiteren Entwicklungen aus diesen Kontakten erteilen sollten, liegt die Rücklaufquote mit 48,8% (vgl. Seite 18) zufriedenstellend hoch. Das ist insgesamt betrachtet ein respektables Ergebnis. Künsebeck und Freyberger (1987) erzielten mit der bislang umfangreichsten Studie, die nur drei Fragebögen (über Körperbeschwerden, den Gießentest und das Beck - Depressions - Inventar) umfasste, eine Resonanz von 60,2%.

### 4.2 Merkmale der Nachuntersuchungsstichprobe

Hier sollen die Charakteristika der Responder im Vergleich mit den Nonrespondern dargestellt und mit anderen Studien verglichen werden.

Die sich schon zum Zeitpunkt des Erstkontaktes mit der psychosomatischen Ambulanz Erlangen abzeichnende Dominanz der Frauen, psychosomatische Hilfe aufzusuchen, nahm in der Nachuntersuchungsstichprobe noch mehr zu. Das Verhältnis der männlichen Antwortenden betrug zu den Weiblichen 25,2% : 74,8%. Strauß et al. (1991) schilderten in ihrer Katamnesestichprobe ein ähnliches Verhältnis männlich : weiblich = 29% : 71%. Jordan et al. (1989) beschrieben ebenso eine deutliche Überrepräsentation der Frauen in der Katamnesestichprobe mit 62,2%. Künsebeck und Freyberger (1987) gaben das Verhältnis männlich zu weiblich mit eins zu zwei an. Die Geschlechterverteilung bei von Cube (1983) lag bei 61% weiblich zu 39% männlich. Alle Studien weisen also auf ein deutlich häufigeres Aufsuchen psychosomatischer Abteilungen und/oder Antwortverhalten (in dieser Studie ist zumindest die Tendenz dazu auf einem Signifikanzniveau von  $p=0,093$  im  $\chi^2$  - Test ableitbar) der Frauen in der Nachuntersuchung hin.

Dies könnte Ausdruck einer offeneren und interessierteren Haltung der Frauen gegenüber einer psychosomatischen Genese, Forschung und Therapie sein. Cube begründet dies damit, dass Frauen sich eher ein Gefühl der Schwäche zugestehen können. Sie können ihren Beschwerden eher Ausdruck verleihen als Männer, die ihrem Anspruch / ihrer Ideologie, gesund und unangreifbar zu sein, entsprechen wollen (vgl. Cube 1983). Frauen haben in der Regel ein intensiveres Verhältnis zu ihrem Körper, während Männer eher die Tendenz aufweisen, Körpersignale zu missachten und eher neben ihrem Körper zu leben scheinen.

Es könnte auch vermutet werden, dass Frauen eher bereit sind, einen Fragebogen auszufüllen, weil sie Bitten um eine Gefälligkeit in der Regel weniger als Männer ausschlagen wollen.

Im Vergleich mit der Stichprobe zum Zeitpunkt der ersten ambulanten Gespräche waren in der Nachuntersuchungsstichprobe ( $p=0,059$ ) weniger Haushalte mit Kindern vertreten. Vermutlich ist dafür die Menge des zu bearbeitenden Datenmaterials und der mangelnde Zeitfaktor der Patienten, die in Haushalten mit Kindern leben, verantwortlich.

Eine hohe Motivation zu Beginn der psychosomatischen Kontakte wirkte sich offenbar positiv auf die Rücklaufquote der Nachuntersuchung aus. So konnte eine stärkere Motivation bei den Respondern signifikant ( $p=0,014$ ) öfter als bei den Nonrespondern festgestellt werden. Dies beobachteten auch Strauß et al. (1991) in ihrer Katamnesestudie.

Erstaunlicherweise lag die Wartezeit bis zum ersten ambulanten Kontakt in der psychosomatischen Ambulanz in der Gruppe der Responder deutlich und hochsignifikant ( $p=0,007$ ) höher als bei den Nonrespondern. Die Bereitschaft, an der Studie teilzunehmen, schien demnach durch lange Wartezeiten auf einen Gesprächstermin nicht beeinträchtigt zu werden. Die naheliegende Vermutung, dass die Patienten mit einer hohen Beschwerdesymptomatik bevorzugt einen frühen Termin in der psychosomatischen Ambulanz erhielten und wegen dieses Leidensdruckes nicht in der Lage waren, die Fragebögen erneut auszufüllen, konnte in der Studie nicht nachgewiesen werden.

### **4.3 Compliance**

Die Compliance der Studie, d.h., dass die therapeutische Empfehlung für eine oder mehrere psychotherapeutische Maßnahmen von den Patienten genau befolgt wurde, betrug lediglich 32%. Bedenkt man jedoch, dass weitere 12% eine andere als die ihnen empfohlene psychotherapeutische Maßnahme ergriffen, so wurde dennoch eine ausreichende Motivationsarbeit im Erstgespräch durch die Therapeuten geleistet.

44% der Responder wählten eine psychotherapeutische Maßnahme (8,0% stationär, 36% ambulant). Weitere 24% bevorzugten das Aufsuchen weiterer somatisch oder psychosomatisch orientierter Ärzte, 27% nahmen keine weiteren Therapien in Anspruch und 5% beschritten einen alternativen Weg, indem sie z.B. einen Heilpraktiker zu Rate zogen. Im Verhältnis zu vergleichbaren Studien ist dieses Ergebnis durchaus beachtlich. Die unterschiedliche Begrifflichkeit erschwert einen objektiven Vergleich in Hinsicht auf die Validität der Compliance.

So gab Köcher (1982) die Compliance seiner Studie mit 36% an. Partiiell compliant verhielten sich weitere 21 % in dieser Studie, d.h., dass die Studienteilnehmer eine andere als die ihnen empfohlene therapeutische Maßnahme ergriffen. Von Cube (1983) sprach in seiner Arbeit von einer 50%igen Compliance, Strauß et al. (1991) von einer 49%igen Compliance. Beide schlüsselten diese jedoch nicht in partiiell und vollständig compliant auf. Jordan et al. (1989) erzielten in ihrer Studie mit 55,3% (bezogen auf die Zahl derjenigen, die einen Therapievorschlag bekamen) die höchste Compliance. Allerdings wurden hierbei auch andere therapeutische Ratschläge als die zur Psychotherapie miteinbezogen, denn nur 43,1% der 55,3% complianten Patienten wählten eine psychotherapeutische Maßnahme (stationär oder ambulant), was der Erlangener Studie mit einer Psychotherapieumsetzung von 44% entspräche.

Einzelne Patienten äußerten schriftlich ihren Unmut über den Ablauf der psychosomatischen Gespräche und erklärten damit ihre Ablehnung des Therapeutenangebotes. Sie fühlten sich nicht ausreichend verstanden oder fehl am Platze und verspürten eine ablehnende Haltung des Therapeuten. Mit folgendem Patientenzitat wird eine für solche Patienten typische Einstellung zum Ausdruck gebracht: „Erst wird Hilfe signalisiert, dann wird man abgelehnt.“

Bezüglich der geplanten ambulanten Therapieempfehlungen ließen sich lediglich Tendenzen einer Präferenz für bestimmte Therapieformen erkennen, die nicht signifikant wurden. Auffallend bereitwillig wurde der Empfehlung einer Kurzzeitpsychotherapie bis zu 25 h entsprochen. Daneben wurden auch die tiefenpsychologisch fundierte Krisenintervention, die Richtlinienpsychotherapie, die Gruppentherapie und die Verhaltenstherapie gerne in Anspruch genommen.

Es wäre interessant, das nachuntersuchte Patientengut erneut zu einem späteren Zeitpunkt hinsichtlich der Compliance zu befragen, denn der Zeitraum war mit 3 bis 6 Monaten nach dem Erstkontakt in der psychosomatischen Ambulanz sehr knapp bemessen, um eine endgültige Compliance zu bestimmen. Einige Patienten warteten zum Befragungszeitpunkt dieser Studie noch auf einen Therapieplatz oder befanden sich am Beginn der Psychotherapie. Es waren also in dieser Studie keine Aussagen über einen endgültigen Therapieerfolg möglich. Der kurze Nachuntersuchungszeitraum von 3 bis 6 Monaten erklärt sich jedoch aus dem

Hauptinteresse heraus, die Arbeit der psychosomatischen Ambulanz (Motivationsförderung der Patienten zu einer Psychotherapie, Vermittlertätigkeit zu einer stationären Behandlung, Krisenintervention) und nicht diejenige der ausführenden Psychotherapeuten einzuschätzen. Außerdem war durch diesen veranschlagten kurzen Zeitraum von 3 bis 6 Monaten eine höhere Rücklaufquote zu erwarten.

#### ***4.4 Merkmale der Patienten mit positiver Compliance***

Patienten verhielten sich häufiger compliant, wenn sie im Haushalt als einziger Erwachsener lebten. Dieser signifikante Unterschied zu den noncomplianten Personen ( $p=0,012$ ) lässt vermuten, dass bereits ein zweiter im Haushalt lebender Erwachsener der Realisierung einer Therapieempfehlung hinderlich ist. Sei es, dass er sich im unmittelbaren Umfeld befindet und der psychotherapeutischen Behandlung gegenüber nicht aufgeschlossen ist, oder dass es sich um einen festen Partner handelt, der die Zeit des in der psychosomatischen Ambulanz Ratsuchenden für sich beansprucht. Die positive Beziehung der Umwelt des Patienten zu einer psychotherapeutischen Maßnahme wurde von Köcher (1982) bereits als wichtiger Prädiktor für das Zustandekommen einer Therapie hervorgehoben.

Hochsignifikant ( $p=0,002$ ) häufiger lag die vor dem Erstgespräch vorangegangene Arbeitsunfähigkeit der complianten Patienten bis zu 8 Wochen. Die noncompliance Stichprobe wies dagegen gehäuft Arbeitsunfähigkeiten über 8 Wochen auf. Diese langen Arbeitsunfähigkeiten könnten Ausdruck einer sehr schlechten seelisch - körperlichen Verfassung sein, die die Patienten in ihrer Lebensgestaltung lähmte. Vermutlich waren die Patienten mit einer langen Arbeitsunfähigkeit aus dieser Lethargie heraus weniger zu einer Therapie zu motivieren oder machten sich geringe Hoffnung auf eine Besserung durch psychotherapeutische Maßnahmen, was wiederum zu einer längeren Verlaufszeit bis zur Inanspruchnahme eines Erstgespräches führen könnte.

#### ***4.5 GSI, VEV und subjektive Beschwerden in den Erst- und/oder Zweitmessungen***

Die Werte des Global Severity Index (GSI) der Symptom - Check - List verbesserten sich in den Zweitmessungen im Vergleich zu den Erstmessungen signifikant im t - Test. Ebenso konnte eine signifikante Zustandsverbesserung im Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) in den Zweitmessungen nachgewiesen werden.

Die Anzahl der Patienten mit asymptomatischen oder mit milden Beschwerden im SCL - 90 - R stieg deutlich von 23,2% in den Erstmessungen auf 35,6% in den Zweitmessungen. Das Patientengut mit einer moderaten bis schweren Symptomatik reduzierte sich dementsprechend von 76,8% auf 64,4% in den Zweitmessungen. D.h. also, dass die Somatisierungsbeschwerden ebenso wie die Symptome der Zwanghaftigkeit, der Unsicherheit im Sozialkontakt, der Depressivität, der Ängstlichkeit, der Aggressivität/Feindseligkeit, der phobischen Angst, des paranoiden Denkens, des Psychotizismus, die im GSI als globaler Kennwert zusammengefasst wurden, in den Zweitmessungen geringer ausgeprägt waren ( $p < 0,00$ ). Dies lässt den Schluss zu, dass sich die grundsätzliche psychische Belastung der Patienten zum Nachuntersuchungszeitpunkt durchschnittlich gebessert hat.

Weiterhin ließ sich eine positive Entwicklung der psychosomatischen Erkrankung auch im Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens zum zweiten Messzeitpunkt beobachten. 26,0% der Patienten fühlten sich in ihrem Erleben und Verhalten in Richtung einer entspannteren, optimistischeren und sichereren Lebenseinstellung gebessert gegenüber nur 13,7% der Patienten, die sich im Sinne einer angespannteren, pessimistischeren und unsichereren Haltung verschlechterten. Die restlichen 60,3% zeigten eine konstante Befindlichkeit (gemäß der Standardisierung im Test - Handbuch).

Eine Verbesserung in den intraindividuellen Werten des GSI als auch in den VEV Werten kann zwar aufgezeigt werden, aber das Ausmaß dieses positiven Krankheitsverlaufs ist relativ gering.

Nach Einschätzung der Testteilnehmer nahmen die subjektiven Beschwerden zum Nachuntersuchungszeitpunkt zu 42,3% ab. Weitere 42,3% stellten im Vergleich mit dem Zustand vor den psychosomatischen Beratungsgesprächen keine Unterschiede des Beschwerdeausmaßes fest. In ihrem subjektiv empfundenen Krankheitsgefühl fühlten sich lediglich 15,3% der Patienten verschlechtert, was in etwa den im VEV gefundenen Verschlechterungsraten entspricht.

Auf einem Signifikanzniveau von  $p=0,000$  konnte eine direkt proportionale, durchschnittliche Veränderung der subjektiven Beschwerden zu den GSI - Differenzen gemessen werden. Eine positive Beeinflussung der subjektiven Beschwerden ging mit einer gleichsinnigen Verbesserung im GSI einher. Möglicherweise würde eine explorative Analyse zwischen den subjektiv sich verbessert und verschlechtert fühlenden Patienten interessante Ergebnisse hervorbringen.

Erstaunlicherweise waren diese positiven Veränderungen a) des Krankheitserlebens gemessen am VEV und b) des daraus resultierenden Beschwerdeverlaufs gemessen an den intraindividuellen Unterschieden der GSI-Werte im Durchschnitt bei allen diagnostischen Gruppen unabhängig davon, ob der Therapieempfehlung des Behandlers nachgekommen wurde. Es waren keine Mittelwertunterschiede zwischen complianten Patienten und noncomplianten Patienten nachweisbar.

#### **4.6 Einflussfaktoren auf den GSI bzw. den VEV**

Das psychosomatische Beschwerdebild verbesserte sich durchschnittlich bei allen Patienten unabhängig von der Erstdiagnose bezüglich ihrer Ausgangswerte im GSI bzw. in den VEV Messungen der Nachbefragung. Anhand der Mittelwertdiagramme ließ sich lediglich eine höhere Beschwerdelinderung der Angstpatienten und der Patienten mit einer Anpassungsstörung ablesen, die jedoch nicht signifikant wurde.

Die einfaktorielle Varianzanalyse zeigte, dass Sozialhilfeempfänger im Vergleich zu Patienten mit anderen Einkommensquellen auf einem Signifikanzniveau von  $p=0,055$  durchschnittlich verbesserte GSI Werte in den Zweitmessungen erzielten. In

Anbetracht der geringen Fallzahlen der Sozialhilfeempfänger (n=2) sind Interpretationen vorsichtig vorzunehmen. Diese gesellschaftlich weitgehendst isolierte Patientengruppe ist vielleicht mehr für eine psychotherapeutische Betreuung empfänglich. Es ist aber auch möglich, dass die Sozialhilfeempfänger sich in ihrer sozial ausgeschlossenen Lage von den Psychotherapeuten eher angenommen gefühlt und eine Bestätigung in ihrer Lebenssituation erfahren haben. Dieser sekundäre Krankheitsgewinn könnte eine Verbesserung der psychosomatischen Beschwerden mitbewirkt haben.

Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 6% unterschieden sich die Untergruppen a) derjenigen Patienten, denen eine stationäre Therapie in unserer psychosomatischen Abteilung empfohlen wurde vs. b) denjenigen, die an einer auswärtigen Institution stationär versorgt werden sollten vs. c) denjenigen, die keine stationäre sondern eine ambulante Therapie antreten sollten, von einander. Wurde dem Patienten ein stationärer Aufenthalt in der psychosomatischen Abteilung in Erlangen angeraten, so erzielte er ein durchschnittlich besseres Ergebnis im GSI Verlauf als ein Patient, dem keine stationäre Therapie angeboten wurde.

Interessanterweise wiesen diejenigen Patienten, die eine stationäre Therapie in einer auswärtigen Einrichtung angeraten bekamen, im Durchschnitt noch schlechtere GSI Verläufe als die Personengruppe ohne stationäre Therapieempfehlung auf. Möglicherweise fühlten sich die Patienten, die in einem auswärtigen Krankenhaus psychosomatische Hilfe erhalten sollten, von dem Therapeuten abgelehnt. Vielleicht vermittelten sie jedoch dem Behandler vorab eine ablehnende Haltung, worauf dieser die Empfehlung einer auswärtigen Therapie als Folge einer Gegenübertragung erteilte.

Nachdem keine signifikanten Unterschiede bezüglich des GSI Verlaufs zwischen den Patienten mit verschiedenen psychosomatischen Erstdiagnosen gefunden werden konnten, wurde über eine zweifaktorielle Varianzanalyse nach - mit der spezifischen Diagnosestellung interagierenden - Einflussgrößen auf den GSI geforscht. Diese Varianzanalyse ergab drei interessante Befunde.

1. Sowohl die Arbeitsunfähigkeit durch die Erkrankung als auch die Arbeitsunfähigkeit im letzten Jahr unmittelbar vor dem Erstkontakt mit der psychosomatischen Ambulanz unterschieden sich auf Diagnoseebene hochsignifikant ( $p=0,007$  bzw.  $p=0,003$ ) im GSI Verlauf.

Patienten mit einer Anpassungsstörung erzielten in ihrem Beschwerdeverlauf (gemessen an den intraindividuellen Differenzen im GSI) proportional mit der Länge der Arbeitsunfähigkeit eine Verbesserung. Die gleiche Entwicklung der Beschwerden zeigten ausgeprägter Patienten, die in der psychosomatischen Ambulanz von den Therapeuten die Erstdiagnose einer Depression gestellt bekamen und über drei Monate arbeitsunfähig waren.

Depressive Patienten leiden unter einer tiefen Traurigkeit, Schlaf- und Appetitstörungen, Energieverlust und einem verminderten Selbstwertgefühl. Aus lerntheoretischer Sicht machen depressive Patienten früher die Erfahrung unentrinnbarer, leidvoller Situationen, die zu einer wenig aktiven und verstärkenden Lebensform führen können. Ein Misserfolg wird sofort als eigenes allgemeines Ungenügen und Versagen interpretiert. Diese lebensgeschichtlich begründeten unlogischen Denkmuster sollen in der Psychotherapie aufgedeckt werden und das Gefühl des Kontrollverlustes über das Leben und der daraus resultierenden Hilflosigkeit angegangen werden, um mit mehr Selbstbestimmung das eigene Schicksal zu lenken. Seligman spricht in diesem Zusammenhang von einer „erlernten Hilflosigkeit“ (Seligman 1975) und formuliert treffend: „Das zentrale Ziel einer Therapie der Depression ist daher, beim Patienten die Überzeugung wiederherzustellen, daß er für ihn wichtige Konsequenzen kontrollieren kann.“ (Seligman 1983, S.101). Perfektion und überhöhtes Leistungsstreben sind häufige Ursachen, die internalisiert zu Überforderungen führen und in einer Erschöpfungsdepression enden können.

Das Bestreben, Anerkennung durch Leistung zu erhalten, kann zu einer latenten Depression und schließlich einem Zusammenbruch führen. Unter Umständen kann durch eine längere Arbeitsunfähigkeit eine Distanz zur aktuellen Lebenssituation hergestellt werden. Diese zum Überdenken anregende Ruhephase

kann eine schöpferische Energie freisetzen und sich positiv auf den Beschwerdeverlauf auswirken.

Gegenteilige Befunde zeigten Patienten mit einer Persönlichkeits- und Verhaltensstörung. Eine längere Arbeitsunfähigkeit ging mit einer stetigen Verschlechterung im GSI Verlauf einher. Dieselbe ausgeprägtere Tendenz wiesen hierbei Patienten mit einer Angststörung und einer Arbeitsunfähigkeit über drei Monate auf.

Patienten mit einem Angstsyndrom sind durch eine - aus rationaler Sicht - unbegründete, überwiegende Furcht klassifiziert. Das Angstsyndrom teilt sich in phobische und andere Angstzustände auf. Das Paniksyndrom wird durch unerklärliche Angstattacken definiert, eine ständige ängstliche Spannung wird durch das generalisierte Angstsyndrom beschrieben. Lerntheoretisch wird eine harmlose Situation an ein schmerzhaftes Ereignis gebunden, d.h. es findet eine klassische Konditionierung statt. Diese angstausslösende Situation wird künftig gemieden, um die typischerweise subjektiv empfundene Gefahr zu vermeiden und nicht an alte Wunden zu erinnern. Hieraus kann sich eine besondere Dynamik entwickeln, die sich im Bild der Angstspirale (Angst -> Vermeidungsverhalten -> Angst vor der Angst) veranschaulicht. Aus verhaltenstherapeutischer Sicht soll über eine systematische Desensibilisierung und anhand von Modelllernen die Angst und das daraus hervorgehende Vermeidungsverhalten reduziert werden. Irrationale Überzeugungen der Patienten sollen durch realistische Selbstaussagen ersetzt und verleugnete Bedürfnisse erkannt werden.

Aus der Studie kann abgeleitet werden, dass eine längere Arbeitsunfähigkeit vermutlich das zu beobachtende Vermeidungsverhalten der Patienten mit einer Angststörung fördert. Patienten mit einer länger bestehenden Arbeitsunfähigkeit fällt es offenbar schwer, von ihren unrealistischen Selbsteinschätzungen abzulassen und ihr Vermeidungsverhalten abzubauen. Die Angst vor der Angst (Vermeidungsverhalten) könnte demnach mit steigender Arbeitsunfähigkeit wachsen, und die Beschwerdesymptomatik wird aufrechterhalten.

Der unterschiedliche Stellenwert der Arbeitsunfähigkeit in Bezug auf den Beschwerdeverlauf in Abhängigkeit zur Erstdiagnose Angst bzw. Depression sollte weiterhin im Rahmen anderer Studien verfolgt werden.

2. Erstaunlicherweise schätzten auf einem Signifikanzniveau von  $p=0,053$  Patienten mit Verhaltensauffälligkeiten oder einem Angstsyndrom ihre subjektiven Beschwerden in den Zweitmessungen im Vergleich mit der Erstmessung höher ein, obwohl sie sich gemessen am Global Severity Index im Verlauf durchschnittlich verbesserten.

Hierin unterschieden sich wiederum die Patienten mit einer Depression oder einer Anpassungsstörung, aber auch Patienten mit einer somatoformen Störung. Patienten mit diesen Diagnosen gaben ihre subjektive Symptomatik parallel zu dem GSI Verlauf an, d.h. hier stimmten die psychometrisch messbaren Ergebnisse mit dem subjektiven Krankheitsgefühl überein. Es liegt nahe, dass diese Patientengruppe ein ungetrübtes und differenziertes Verhältnis zu ihrem Körperempfinden pflegt.

Worin allerdings die Unterschiede zwischen den Patienten mit Verhaltensauffälligkeiten oder einem Angstsyndrom und denen mit einer Depression oder einer Anpassungsstörung begründet sind, sollte Gegenstand weiterer Forschung sein.

3. Auch in Bezug auf eine stationäre vs. eine ambulante Therapieempfehlung ließen sich durchschnittliche Unterschiede im GSI Verlauf zwischen den Diagnosegruppen finden. Im Vergleich mit denen, die ambulant versorgt werden sollten, erlangten Patienten mit der Erstdiagnose somatoforme Störung, Depression, Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung oder Verhaltensauffälligkeit mit körperlichen Störungen im GSI Verlauf signifikant ( $p=0,028$ ) bessere Ergebnisse, wenn sie als therapeutische Empfehlung eine stationäre Therapie in der Erlangerer Abteilung für Psychosomatik erhielten. Dagegen wurden bei Patienten mit einer Angst- oder Anpassungsstörung, denen eine stationäre

Therapie angeraten wurde, noch mehr Verschlechterungen unabhängig vom Therapieort im Beschwerdeverlauf gefunden als in der Gruppe, die keine stationäre Therapie beginnen sollte.

In weiteren Untersuchungen sollte versucht werden, diesen differenten Sachverhalt zwischen den einzelnen Diagnosegruppen zu klären. Es sei jedoch nochmals darauf hingewiesen, dass eine Beschwerdeverschlechterung durch ein compliantes Verhalten der Angstpatienten oder der Patienten mit einer Anpassungsstörung (empfohlene stationäre Therapie angetreten) nicht nachgewiesen werden konnte. Interessant zu untersuchen wäre, ob ein empfohlener stationärer Aufenthalt bereits so viele Ängste bei den vorbelasteten Patienten wachrufen könnte, dass sie dem Wunsch des Therapeuten nach einem stationären Aufenthalt nicht Folge leisten.

Dies verdeutlicht erneut die Notwendigkeit einer auf den Patienten abgestimmten Therapieempfehlung und des „geeigneten Wort(es)“ (Gottfried Benn), um einen positiven Einfluss auf die Krankheitsgeschichte des Patienten zu nehmen. Es ist „also nicht der reine Mann mit dem reinen Wort, nicht der große Mann mit dem großen Wort, nicht das Wort für irgendein Ideal, einen Glauben, nicht als Stück der großen einstigen Gemeinschaft, nicht als Laut aus jenem inneren Erinnern, nein: moderne Therapie, verschoben in den allgemeinen kulturellen Zusammenhang“ (Gottfried Benn, S.140), die den Menschen heilen kann.

## 5 Zusammenfassung

- **Hintergrund und Ziele:** In einer umfangreichen prospektiven Verlaufsstudie der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin der Universitätsklinik Erlangen - Nürnberg sollte a) das Patientenkontinuum repräsentativ erfasst, b) die symptomatische Entwicklung der Patienten beobachtet und c) die Befolgung der psychotherapeutischen Empfehlungen dokumentiert werden.

- **Methoden:** Vom 01.10.1996 bis zum 30.09.1997 sollten alle Patienten, die zum ersten Mal Kontakt mit der psychosomatischen Ambulanz aufnahmen, fünf psychometrische Fragebögen, darunter auch die Symptom - Check - List (SCL - 90 - R) nach Derogatis in der deutschen Bearbeitung von Franke (1995) ausfüllen, um die biopsychischen und sozialen Ebenen zu erfassen.

Drei bis sechs Monate nach dem Erstkontakt sollte die Testbatterie abzüglich der Basisdokumentation erneut bearbeitet werden. Dazu kam der Veränderungsfragebogen des Erlebens- und Verhaltens (VEV) von Zielke und Mehnert (1976) und ein selbstkonstruierter Fragebogen, der die zwischenzeitlich erfolgten therapeutischen Maßnahmen und eine subjektive Einschätzung der Veränderungen feststellen sollte. Von den insgesamt 617 Personen, die innerhalb dieses Jahres einen Termin in der psychosomatischen Ambulanz wahrnahmen, lagen von 323 Personen (66,7%) Erstmessungen vor. Von diesen Patienten erhielten wir 151 verwertbare Zweitmessungen (113 Frauen, 38 Männer, Alter: Mean = 38,3; sd = 13,7; Rücklauf 48,8%).

- **Ergebnisse:** Insgesamt ergab die explorative Datenanalyse wenig signifikante Unterschiede bei den von uns erhobenen Variablen. Diese Studie wies auf ein häufigeres Aufsuchen psychosomatischer Abteilungen und/oder Antwortverhalten der Frauen hin. Die Responder zeichneten sich durch eine hohe Motivation zu Beginn der psychosomatischen Kontaktaufnahme aus und lebten weniger in Haushalten mit Kindern. Erstaunlicherweise lag die Wartezeit bis zum ersten Kontakt in der psychosomatischen Ambulanz bei Respondern deutlich und hochsignifikant höher als bei Nonrespondern. Die Compliance betrug zwar lediglich 32%, aber 12% ergriffen eine andere als die ihnen empfohlene psychotherapeutische Maßnahme. Das entspricht immerhin einer Umsetzung der Psychotherapie von 44%. Patienten, die alleine im Haushalt lebten, verhielten sich signifikant häufiger compliant. Die Arbeitsunfähigkeit der complianten Patienten lag hochsignifikant mit bis zu 8 Wochen höher als die der noncomplianten Vergleichsgruppe. Die Werte des Global Severity Index (GSI) der SCL - 90 - R verbesserten sich in der Zweitmessung durchschnittlich im Vergleich zu den Erstmessungen signifikant. Ebenso

konnte eine Verbesserung der Werte des VEV in den Zweitmessungen und in den subjektiven Beschwerden zum Nachuntersuchungszeitpunkt aufgezeigt werden.

Die psychosomatische Erstdiagnose allein übte keine signifikanten Auswirkungen auf den GSI aus. Erst über zweifaktorielle Varianzanalysen konnten die mit der Erstdiagnose interagierenden Einflussgrößen auf den GSI Verlauf ermittelt werden. Bei einer längeren vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit ließ sich bei Patienten mit depressiven Störungen eine durchschnittlich hochsignifikante Verbesserung in den intraindividuellen Differenzen der GSI Werte aufzeigen. Wider Erwarten verschlechterte sich der körperlich - seelische Zustand bei Patienten mit Angststörungen und einer längeren vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit. Erstaunlicherweise lag eine Tendenz vor, dass Patienten mit Verhaltensauffälligkeiten oder einem Angstsyndrom ihre subjektiven Beschwerden in den Zweitmessungen höher einschätzten, obwohl sie sich gemessen an den intraindividuellen Unterschieden im GSI verbesserten. Auffällig ist, dass Patienten mit einer Angst- oder Anpassungsstörung im Gegensatz zu allen anderen Diagnosegruppen keine Verbesserung im Beschwerdeverlauf zeigten, wenn ihnen eine stationäre Therapie empfohlen wurde.

Inwiefern die vorgefundenen differentiellen Wirkungen tatsächlich vorliegen oder durch unterschiedliche Selektionseffekte mitbedingt sind, bedarf weiterer Überprüfungen.

## 6 Literaturverzeichnis

1. Abt K.: Descriptive Data Analysis. A concept between Confirmatory and Exploratory Data Analysis. *Meth Inform Med* 26 (1987) 77-88.
2. Beckmann D., Brähler E. & Richter H. E.: Gießen-Test (GT). Göttingen, Bern. Testzentrale. 4. Auflage. 1990.
3. Benn G.: Auswahl aus dem Werk, Deutsche Buch - Gemeinschaft, Berlin, Darmstadt, Wien, 1964.
4. Bossert S., Schnabel E., Krieg J. C., Molitor P., Kemper J., Berger M.: Integrativ stationär-ambulantes Therapiekonzept bei Patienten mit Anorexia Nervosa: ein rezidivierender Therapieansatz. *Psychother Psychosom mes Psychol* 37 (1987) 331-336.
5. Catalan J., Gath D. H., Anastasiades P., Bond S. A., Day A., Hall L.: Evaluation of a brief psychological treatment for emotional disorders in primary care. *Psychol Med* 21 (1991) 1013-1018.
6. Clarke D. M., McKenzie D. P., Smith G. C.: The recognition of depression in patients referred to a consultation-liaison service. *J Psychosom Res* 39 (1995) 327-334.
7. Clarke D. M., Smith G. C., Herrman H. E.: A comparative study of screening instruments for mental disorders in general hospital patients. *Int J Psychiatry Med* 23 (1993) 323-337.
8. Cube T. v.: Katamnese von Patienten der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik an der Psychiatrischen Klinik der Universität München. *Z Psychosom Med Psychoanal* 29 (1983) 49-75.
9. Delius P., Schürmann A., Arolt V., Schüffelgen-Daus U., Dilling H.: Indikation psychiatrischer Konsile: Eine fallbezogene Parallelbefragung von Psychiatern und behandelnden Ärzten. *Psychiatr Prax* 20 (1993) 218-223.

10. Delius P., Schürmann A., Wetterling T.: Ältere Patienten im psychiatrischen Konsiliardienst. Indikationspräferenzen von behandelnden Ärzten und Psychiatern. *Krankenhauspsychiatrie* 5 (1994) 61-65.
11. Engel G. L.: The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 137 (1980) 535-544.
12. Fink P.: The use of hospitalizations by persistent somatizing patients. *Psychol Med* 22 (1992) 173-180.
13. Fink P.: Psychiatric illness in patients with persistent somatisation. *Br J Psychiatry* 166 (1995) 93-99.
14. Franke G.: SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogotis. Göttingen, Bern. Testzentrale. 1995.
15. Franke G.: Eine weitere Überprüfung der Symptom-Check-List (SCL-90-R) als Forschungsinstrument. *Diagnostica* 38 (1992) 160-167.
16. Fulop G., Strain J. J.: Diagnosis and treatment of psychiatric disorders in medically ill patients. *Hosp Commun Psychiatry* 42 (1991) 389-394.
17. Gask L., Goldberg D., Porter R., Creed F.: The treatment of somatization: Evaluation of a teaching package with general practice trainees. *J Psychosom Res* 33 (1989) 697-703.
18. Goldberg D., Gask L., O'Dowd T.: The treatment of somatization: Teaching techniques of reattribution. *J Psychosom Res* 33 (1989) 689-695.
19. Grawe K. & Braun U.: Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Z Klin Psychol* 23 (1994) 242-267.
20. Grawe K., Caspar F. & Ambühl H.: Die Berner Therapievergleichsstudie: Wirkungsvergleich und differentielle Indikation. *Z Klin Psychol* 19 (1990a) 338-361.
21. Grawe K., Caspar F. & Ambühl H.: Die Berner Therapievergleichsstudie: Fragestellung und Versuchsplan. *Z Klin Psychol* 19 (1990b) 294-315.

22. Herzog T., Hartmann A.: Psychiatrische, psychosomatische und medizinpsychologische Konsiliar- und Liaisonstätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse einer Umfrage. *Nervenarzt* 61 (1990) 281-293.
23. Horowitz L. M., Straub B. & Kordy H.: Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (Deutsche Version). Göttingen, Bern. Testzentrale. 1994.
24. Huyse F. J., Herzog T., Lobo A., Lyons J. S., Slaets J. P. J., Fink P., Stiefel F., de Jonge P.: Detection and treatment of mental disorders in general health care. *European Psychiatry* 12 (Suppl 2) (1997) 70s-78s.
25. Huyse F. J., Herzog T., Malt U. F.: International Perspectives on C-L Psychiatry. In: Rundell J. R., Wise M. *The American Psychiatric Press Textbook of C-L Psychiatry*. American Psychiatric Press, Washington (1996) pp 229-255.
26. Jordan J., Sapper H., Schimke H., Schulz W.: Zur Wirksamkeit des patientenzentrierten psychosomatischen Konsiliardienstes. Bericht über eine katamnestische Untersuchung. *Psychother Psychosom med Psychol* 39 (1989) 127-134.
27. Kinzl J., Biebl W.: Psychosomatischer Konsultationsdienst an der Universitätsklinik Innsbruck. Ein Kooperations- und Integrationsversuch. *Prax Psychother Psychosom* 37 (1992) 266-271.
28. Klein D. A., Saravay S. M., Pollack S.: The attitudes of medical inpatients toward psychiatric consultation: a re-examination. *Int J Psychiatry Med* 26 (1996) 287-293.
29. Köcher D.: Patienten-Compliance im psychosomatischen Konsiliardienst: Ausmass und Einflussgrößen. Med. Diss. FU Berlin 1982.
30. Köhle K., Joraschky P., Reisinger E.: Die Institutionalisierung im klinischen Bereich. In: Adler R. H., Herrmann J. M., Köhle K., Schonecke O. W., Uexküll T.v., Wesiack W. *Psychosomatische Medizin*. Urban & Schwarzenberg, München - Wien - Baltimore (1996) pp 516-540.
31. Krampen G.: IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen (IPC). Göttingen, Bern. Testzentrale. 1981.

32. Künsebeck H.-W., Freyberger H.: Follow-up results from a psychosomatic outpatient clinic. *Psychother Psychosom* 48 (1987) 123-128.
33. Lackner M., Jäger B., Künsebeck H.-W., Schmid-Ott G., Lamprecht F.: Die Patient-Stationsarzt-Konsiliarius-Triade: Bedingungen der Zufriedenheit im psychosomatischen Konsiliardienst. *Psychother Psychosom med Psychol* 46 (1996) 333-339.
34. Levenson J. L., Hamer R. M., Rossiter L. F.: A randomized controlled study of psychiatric consultation guided by screening in general medical inpatients. *Am J Psychiatry* 149 (1992) 631-637.
35. Lipowski Z. J.: History of Consultation-Liaison Psychiatry. In: Rundell J. R., Wise M. G. *The American Psychiatric Press Textbook of C-L Psychiatry*. American Psychiatric Press, Washington (1996) pp 2-11.
36. Lupke U., Ehlert U., Hellhammer D.: Effekte psychologischer Behandlung im Allgemeinkrankenhaus: Verlaufsuntersuchung an Patienten mit Somatisierungsverhalten. *Psychother Psychosom med Psychol* 45 (1995) 358-365.
37. Lupke U., Ehlert U., Hellhammer D.: Verhaltensmedizin im Allgemeinkrankenhaus: Verlaufsuntersuchungen an Patienten mit somatoformen Störungen. *Verhaltenstherapie* 6 (1996) 22-32.
38. Malt U.F., Huyse F. J., Herzog T., Lobo A., Rijssenbeek A., European Consultation Liaison Workgroup (ECLW): The European Consultation Liaison Workgroup (ECLW) Collaborative Study. III. Training of reliability and assessing of ICD-10 psychiatric diagnoses in the general hospital setting - an investigation of 220 consultants from 14 European countries. *J Psychosom Res* 41 (1996) 451-463.
39. Mayou R., Hawton K.: Psychiatric disorder in the general hospital. *Br J Psychiatry* 149 (1986) 172-190.
40. Mayou R., Hawton K., Feldman E.: What happens to medical patients with psychiatric disorder? *J Psychosom Res* 32 (1988) 541-549.

41. Meyer A.-E.: Eine kurze Geschichte der Psychosomatik. Der Sonderweg der ehemaligen Bundesrepublik. In: Adler R., Bertram W., Haag A., Herrmann J. M., Köhle K., Uexküll T.v. Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik. Schattauer, Stuttgart-New York 1992 pp 35-42.
42. Peseschkian N. & Deidenbach H.: Wiesbadener Inventar zur Positiven Psychotherapie und Familientherapie (WIPPF). Berlin, Heidelberg, New York. Springer Verlag 1988.
43. Pontzen W.: Zehn Jahre psychosomatische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus - Rueckblick und Perspektiven. Psychother Psychosom med Psychol 40 (1990) 346-350.
44. Pontzen W.: Zur Situation der psychosomatischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Beitrag zur Podiumsdiskussion auf der Tagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin. Psychother Psychosom med Psychol 44 (1994b) 365-Oct.
45. Popkin M. K., Mackenzie T. B., Callies A. L.: Consultation-Liaison outcome evaluation system. I. Consultant-consultee interaction. Arch Gen Psychiatry 40 (1983) 215-219.
46. Rothermundt M., Arolt V., Levy N. B.: Deutsche und amerikanische Psychiater beurteilen ihre Tätigkeit. Ein Beitrag zur Qualitätsverbesserung in der Konsiliarpsychiatrie. Nervenarzt 68 (1997) 735-741.
47. Scheidt C. E., Herzog T.: Geschickte Patienten - Schwierigkeiten und Chancen der Konsiliarpsychotherapie. Prax Psychother Psychosom 38 (1993) 368-378.
48. Schlebiger-Dein U., Stuhr U., Haag A.: Die psychosomatisch-psychoziale Bedarfs- und Versorgungssituation im Akutkrankenhaus. Ergebnisse einer Befragung internistischer Stationsärzte und -ärztinnen. Psychother Psychosom med. Psychol 44 (1994) 99-107.
49. Seligman M. E. P.: On Depression, Development and Death. San Francisco. Freeman and Company 1975.

50. Seligman M. E. P.: Erlernte Hilflosigkeit. 2., veränd. Auflage, München, Wien, Baltimore. Urban und Schwarzenberg 1983.
51. Seligman M. E. P.: Learned Optimism. New York. Knopf 1991.
52. Steuber H., Müller P.: Psychisch Kranke im internistischen Krankenhaus - Ergebnisse einer Umfrage. Psychiatr Prax 10 (1983) 10-23.
53. Strain J. J., Lyons J. S., Hammer J. S., Fahs M., Lebovits A., Paddison P. L., Snyder S., Strauss E., Burton R., Nuber G., Abernathy T., Sacks H., Nordlie J., Sacks C.: Cost offset from a psychiatric consultation-liaison intervention with elderly hip fracture patients. Am J Psychiatry 148 (1991) 1044-1049.
54. Strauss B., Speidel H., Probst P., Seifert A.: Zeitlich begrenzte Kontakte mit einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz II. Potentielle Determinanten der Inanspruchnahme therapeutischer Empfehlungen. Psychother Psychosom med Psychol 41 (1991a) 53-60.
55. Strauss B., Speidel H., Probst P., Seifert A.: Zeitlich begrenzte Kontakte mit einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz I. Rückblickende Bewertung durch die Patienten. Psychother Psychosom med Psychol 41 (1991b) 43-52.
56. Stuhr U., Haag A.: Eine Prävalenzstudie zum Bedarf an psychosomatischer Versorgung in den Allgemeinen Krankenhäusern Hamburgs. Psychother med Psychol 39 (1989) 273-281.
57. Tingey R. C., Lambert M. J., Burlingame G. M., Nathan B. H.: Assessing clinical Significance: Proposed Extensions to Method. Psychotherapy Research 6 (1996) 109-123.
58. Wirsching M.: Der psychosomatische Konsiliar- und Liaisondienst - Evaluation, Forschungsansätze und Beiträge zur Lehre. Psychother Psychosom med Psychol 40 (1990) 363-368.
59. Wirsching M., Herzog T.: Aktuelle Entwicklungen im Konsiliar-/Liaisonbereich - Informationen, Begriffsklärung, Perspektiven. Psychother med Psychol 39 (1989) 41-44.

60. Zielke M. & Kopf-Mehnert C.: Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV). Göttingen, Bern. Testzentrale. 1976.

## 7 Danksagung

Diese Arbeit ist mit freundlicher Unterstützung vieler Freunde konstruktiv und kritisch begleitet worden. Dank schulde ich Peter, Carsten, Lore und Dirk.

Großer Dank gilt Herrn PD Dr. med. T. Loew, ltd. Oberarzt, der diese Arbeit mit großem Interesse und wichtigen Diskussionsbeiträgen unterstützt hat.

Mein ganz besonderer Dank gilt Frau Dr. Karin Tritt. Ihre wohlwollende und anregende Unterstützung hat mir in jeder Phase dieser Arbeit sehr geholfen.

## 8 Lebenslauf

geboren am 31.5.1973	Erlangen
Eltern	Pfarrer Dr. theol. Dirk Schneider, Fachakademiedirektor  Lore Schneider, Rektorin
Bruder	Carsten Schneider, Diplom Informatiker
Schulbildung	1979 - 1985 Wilhelm-Löhe-Schule Nürnberg  1985 - 1992 Laurentius-Gymnasium Neuendettelsau  1992                      Abitur  1992/93 Praktikum bei Ernst Steinacker, Schloß Spielberg Studium Akademie der Bildenden Künste München  1993 bis SS 97 Friedrich-Alexander-Universität Erlangen, Medizin  WS 1994/95              Tutorin Anatomie  SS 1995                      Physikum  WS 1996/97              1.Staatsexamen  SS 1997 bis SS 1998    zweiter klinischer Abschnitt

WS 1998/99                      2. Staatsexamen

8.7. - 31.7.99 Peking, Akupunktur und Traditionelle  
Chinesische Medizin in klinischer Praxis und Theorie  
am WHO Collaborating Centre for TCM

18.10.1999 - 4.2.2000 erster Abschnitt des Prak-  
tischen Jahres, Kinderklinik Erlangen

7.2.2000 - 26.5.2000 zweiter Abschnitt des Prak-  
tischen Jahres, Chirurgie Erlangen

29.5.2000 - 15.9.2000 dritter Abschnitt des Prak-  
tischen Jahres, Innere Medizin Erlangen

WS 2000/2001                      3. Staatsexamen

ab 01.02.2001      AiP Cnopf'sche Kinderklinik, Nürnberg

Famulaturen

März 1996:      Klinikum Fürth, Chirurgie

Oktober 1996:    Praxis für Neurologie und Psychiatrie

Oktober 1997:    Klinikum Fürth, Gynäkologie

März 1998:      Shriners Hospital for Children, Honolulu

September 1997: Klinikum Fürth, Gynäkologie und  
Geburtshilfe

August 1999:    Peking, Akupunktur und traditionelle  
chinesische Medizin

kulturelle Aktivitäten	1984 - 1988 Kindergottesdiensthelferin  1986 bis dato Orchesteraufführungen Fürther Streichhölzer (Oratorien, Kantaten, Sinfonien)  1990 Malkurse, Projekte  1995 - 1997 Gesangsunterricht, Akademischer Chor Erlangen  Dezember 1997, 1998, 1999 und 2000 Meisterkurs Geige bei Michael Bochmann
Hobbies	Musik (Geige, Kammerorchester, Quartett, von 1985 bis 95 Mitglied der Jungen Fürther Streichhölzer), Kunst, kreatives Gestalten (Malen, Zeichnen, Töpfern, Collagen, Fotografieren), Philosophie, Sport

<b><u>1</u></b>	<b><u>Einleitung</u></b>	<b>1</b>
<b><u>1.1</u></b>	<b><u>Literaturrecherche - bereits vorhandene Studien zur Patientencompliance und -zufriedenheit</u></b>	<b>3</b>
1.1.1	Deutschsprachige Studien	4
1.1.2	Internationale Studien	7
<b><u>1.2</u></b>	<b><u>Beschreibung der psychosomatischen Ambulanz Erlangen</u></b>	<b>9</b>
<b><u>1.3</u></b>	<b><u>Fragestellungen</u></b>	<b>11</b>
<b><u>2</u></b>	<b><u>Methodik und Studiendesign</u></b>	<b>12</b>
<b><u>2.1</u></b>	<b><u>Patientendokumentation</u></b>	<b>12</b>
<b><u>2.2</u></b>	<b><u>Testverfahren</u></b>	<b>13</b>
2.2.1	Auswahlkriterien der Testverfahren	13
2.2.2	Symptom - Check - List (SCL - 90 - R)	13
2.2.3	Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)	15
2.2.4	Gießen - Test (GT)	15
2.2.5	Wiesbadener Inventar zur Positiven Psychotherapie und Familientherapie (WIPPF)	16
2.2.6	IPC - Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen (IPC)	16
2.2.7	Inventar Interpersoneller Probleme (IIP - D)	17
<b><u>2.3</u></b>	<b><u>Statistisches Vorgehen</u></b>	<b>18</b>
<b><u>2.4</u></b>	<b><u>Stichprobenselektion</u></b>	<b>19</b>
<b><u>3</u></b>	<b><u>Ergebnisse</u></b>	<b>21</b>
<b><u>3.1</u></b>	<b><u>Beschreibung der Nachuntersuchungstichprobe</u></b>	<b>21</b>
3.1.1	Geschlecht	21
3.1.2	Alter	21
3.1.3	Nationalität	22
3.1.4	Familienstand	23
3.1.5	Feste Partnerschaft und Kinder	24
3.1.6	Haushaltsgröße Erwachsene	25
3.1.7	Haushaltsgröße Kinder	26
3.1.8	Höchster Schulabschluss	26
3.1.9	Höchster Berufsabschluss	27
3.1.10	Jetzige/letzte Berufstätigkeit	28
3.1.11	Erwerbstätigkeit	28
3.1.12	Haupteinkommensquelle	29
3.1.13	Arbeitsfähigkeit	30
3.1.14	Arbeitsunfähigkeit	30
3.1.15	Arbeitsunfähigkeit im letzten Jahr	31
3.1.16	Vorzeitige Berentung	32
3.1.17	Stationäre Vorbehandlung in den letzten 12 Monaten	33
3.1.18	Dauer der Hauptbeschwerden	34
3.1.19	Psychotherapeutische Vorbehandlung	34
3.1.20	Anamnese Sucht	35
3.1.21	Anamnese Suizid	36
3.1.22	Erstdiagnose	36
3.1.23	Zweitdiagnose	38
3.1.24	Drittdiagnose	38
3.1.25	Therapiemotivation	38
3.1.26	Konstante und zeitweilige Medikation bei Erstkontakt mit der psychosomatischen Ambulanz	39
3.1.27	Stationäre Therapieempfehlung	40
3.1.28	Ambulante Therapieempfehlung	40
3.1.29	Abstand zwischen telefonischer Terminmeldung und Erstkontakt	42

<b><u>3.2</u></b>	<b><u>Merkmale der Nachuntersuchungsstichprobe</u></b>	<b>42</b>
3.2.1	<u>Geschlecht</u>	43
3.2.2	<u>Anzahl der im Haushalt wohnenden Kinder</u>	44
3.2.3	<u>Wartezeit bis zum ambulanten Erstkontakt</u>	44
3.2.4	<u>Behandlungsmotivation</u>	45
<b><u>3.3</u></b>	<b><u>Compliance</u></b>	<b>46</b>
<b><u>3.4</u></b>	<b><u>Merkmale der Patienten mit positiver Compliance</u></b>	<b>49</b>
3.4.1	<u>Haushaltsgröße Erwachsene</u>	50
3.4.2	<u>Arbeitsunfähigkeit</u>	51
<b><u>3.5</u></b>	<b><u>Einfluss der Compliance auf den SCL und den VEV</u></b>	<b>51</b>
<b><u>3.6</u></b>	<b><u>GSI in Erst- und Zweitmessungen</u></b>	<b>52</b>
<b><u>3.7</u></b>	<b><u>VEV in den Zweitmessungen</u></b>	<b>54</b>
<b><u>3.8</u></b>	<b><u>Subjektive Beschwerden in den Zweitmessungen</u></b>	<b>55</b>
<b><u>3.9</u></b>	<b><u>Mittelwertvergleiche der Erstmessung mit der Zweitmessung</u></b>	<b>56</b>
<b><u>3.10</u></b>	<b><u>Einfaktorielle Varianzanalysen: Einflussfaktoren auf den GSI bzw. den VEV</u></b>	<b>57</b>
3.10.1	<u>Einfluss der psychosomatischen Diagnose auf den GSI</u>	57
3.10.2	<u>Einfluss der psychosomatischen Diagnose auf den VEV</u>	58
3.10.3	<u>Einfluss der Haupteinkommensquelle auf den GSI</u>	60
3.10.4	<u>Einfluss der subjektiven Beschwerden auf den GSI</u>	61
3.10.5	<u>Einfluss der geplanten stationären Therapie auf den GSI</u>	62
<b><u>3.11</u></b>	<b><u>Zweifaktorielle Varianzanalysen: Einflussfaktoren auf den GSI in Interaktion mit der psychosomatischen Erstdiagnose</u></b>	<b>63</b>
3.11.1	<u>ICD - Erstdiagnose im Zusammenspiel mit der Arbeitsunfähigkeit durch die Erkrankung vor dem Erstgespräch</u>	63
3.11.2	<u>ICD - Erstdiagnose im Zusammenspiel mit der Arbeitsunfähigkeit im letzten Jahr vor dem Erstgespräch</u>	65
3.11.3	<u>ICD - Erstdiagnose im Zusammenspiel mit den subjektiven Beschwerden zum Nachuntersuchungszeitpunkt</u>	66
3.11.4	<u>ICD - Erstdiagnose im Zusammenspiel mit der jeweils empfohlenen Institution für eine stationäre Therapie</u>	68
<b><u>4</u></b>	<b><u>Diskussion</u></b>	<b>70</b>
<b><u>4.1</u></b>	<b><u>Rücklaufquote</u></b>	<b>70</b>
<b><u>4.2</u></b>	<b><u>Merkmale der Nachuntersuchungsstichprobe</u></b>	<b>70</b>
<b><u>4.3</u></b>	<b><u>Compliance</u></b>	<b>72</b>
<b><u>4.4</u></b>	<b><u>Merkmale der Patienten mit positiver Compliance</u></b>	<b>74</b>
<b><u>4.5</u></b>	<b><u>GSI, VEV und subjektive Beschwerden in den Erst- und/oder Zweitmessungen</u></b>	<b>75</b>
<b><u>4.6</u></b>	<b><u>Einflussfaktoren auf den GSI bzw. den VEV</u></b>	<b>76</b>
<b><u>5</u></b>	<b><u>Zusammenfassung</u></b>	<b>82</b>
<b><u>6</u></b>	<b><u>Literaturverzeichnis</u></b>	<b>84</b>
<b><u>7</u></b>	<b><u>Danksagung</u></b>	<b>90</b>
<b><u>8</u></b>	<b><u>Lebenslauf</u></b>	<b>91</b>