

**Aus der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Medizinischen Fakultät
Charite- Universitätsmedizin Berlin**

Dissertation

Katamnestische Untersuchung zur Evaluation des psychosomatischen Konsiliardienstes an Berliner Krankenhäusern

**Die subjektive Gesprächsbeurteilung und ihre Auswirkung auf die
Wahrnehmung der Therapieempfehlung bei psychosomatischen
Konsiliargesprächen**

**zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae**

vorgelegt der Medizinischen Fakultät

Charite- Universität Berlin

**von
Christoph Scheideler
Arzt aus Kassel**

Gutachter: 1. Prof. Dr. med. H.-Chr. Deter
2. Prof. Dr. med. et phil. G. Danzer
3. Prof. Dr. med. W. Söllner

Datum der Promotion: 04.02.2011

Danksagung

Mein Dank gilt in erster Linie den Patienten, die durch ihre Mitarbeit bei dem Ausfüllen der Fragebögen diese Untersuchung erst ermöglicht haben.

Für die aufgeschlossene Haltung und die Unterstützung der psychosomatischen Konsiliarärzte des Berliner Arbeitskreises der Konsil- und Liaisondienste, die auch bei der Entwicklung der Fragebögen beteiligt waren, möchte ich mich weiterhin bedanken.

Bei der Entwicklung des Themas waren neben den Gesprächen im Promotionsseminar auch die Gespräche mit Hrn. Dr. Knorr hilfreich, dessen Aufgeschlossenheit und Erfahrung im Alltag des Konsiliardienstes mir den Einstieg in das Thema erleichterte.

Mein Dank gilt außerdem Hrn. Prof. Dr. Deter und Hrn. Dr. Keller, die im Laufe der Jahre mit geduldiger Unterstützung die Fertigstellung der Arbeit erst ermöglichten.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	8
2	Psychosomatische Konsil- und Liaisondienste	10
2.1	Historischer Abriss	10
2.2	Zum Begriff – Liaison und Konsil	12
2.3	Bedarf und Inanspruchnahme	14
2.3.1	Prävalenzraten psychischer Störungen im stationären Bereich	14
2.3.2	Inanspruchnahme psychosomatischer Konsiliartätigkeit	17
2.3.3	Erklärungen zur Differenz zwischen Bedarf und Inanspruchnahme	18
2.4	Zur Effektivität – Evaluationsstudien zur psychosomatischen Konsiliartätigkeit ...	22
2.4.1	Allgemeine Kriterien.....	22
2.4.2	Compliance	24
2.4.2.1	Allgemeine Definition.....	24
2.4.2.2	Compliance in der Psychosomatik	26
2.4.2.3	Determinanten der Compliance	29
2.4.2.4	Die Arzt-Patient-Beziehung	32
2.4.2.5	Verbesserung der Compliance.....	35
3	Fragestellung und Hypothesen	37
4	Methode	42
4.1	Beschreibung der Stichprobe	43
4.2	Erhebungsinstrumente und Erhebungsplan	45
4.2.1	Fragebogen für die Konsildienste.....	45
4.2.2	Fragebogen für die Katamnese.....	46
4.2.3	Erhebungsplan.....	48
4.3	Datenauswertung	48
5	Ergebnisse	50
5.1	Konsildaten	50
5.1.1	Merkmale der Überweisung	50
5.1.2	Merkmale der Untersuchung	51
5.1.3	Diagnostische Variablen, Verlauf und Beeinträchtigungsniveau	53
5.1.4	Gesprächsverlauf und -bewertung	56
5.1.5	Therapieempfehlungen.....	60
5.2	Vergleich von Respondern und Nonrespondern	62

5.3	Katamnesedaten.....	65
5.3.1	Vorbehandlung	65
5.3.2	Beschwerden	67
5.3.3	Entstehung und Krankheitskonzept.....	68
5.3.4	Zustandekommen des Konsilgesprächs.....	69
5.3.5	Gespräch	71
5.3.6	Behandlungsempfehlung und Compliance.....	72
5.4	Einige Zusammenhänge zwischen Konsil und Katamnese	78
5.4.1	Angaben der Untersucher	78
5.4.2	Angaben der Patienten.....	79
5.4.3	Untersucher und Patienten.....	79
5.5	Berechnung Compliance	79
5.6	Prüfung der Hypothesen	88
6	Diskussion	96
7	Zusammenfassung	107
8	Literatur.....	110
9	Anhang.....	119

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 4.1: Alter der Studienteilnehmer in Jahren	44
Abbildung 5.1: Dauer der jetzt zur Untersuchung führenden Symptomatik.....	56
Abbildung 5.2 aggregierte Mittelwerte der ärztlichen Einschätzung des Gesprächsverlaufs	89
Abbildung 5.3 aggregierte Mittelwerte der Einschätzung des Gesprächsverlaufs durch Patienten	89
Abbildung 5.4 Positive Gesprächseinschätzung Patienten-subjektive Compliance	92
Abbildung 5.5 positive Gesprächsbeurteilung- allgemeines Complianceverhalten.....	93
Abbildung 5.6 positive Gesprächsbeurteilung Arzt- subjektive Compliance	93
Abbildung 5.7 positive Gesprächsbeurteilung Arzt- allgemeines Complianceverhalten.....	94
Abbildung 5.8 Bewertung Untersucher- Bewertung Patient	95
Abbildung 5.9 positive Übereinstimmung- subjektive Compliance	95
Abbildung 5.10 positive Übereinstimmung- allgemeines Complianceverhalten	96
Abbildung 5.11 negative Übereinstimmung –subjektive Compliance.....	96
Abbildung 5.12 negative Übereinstimmung- allgemeines Complianceverhalten.....	97

Tabellenverzeichnis

Tabelle 4.1: Verteilung der Stichprobe in den vier Krankenhäusern	43
Tabelle 4.2: Beschreibung der Stichprobe	45
Tabelle 4.3: Erhebungsplan	48
Tabelle 5.1: Zuweisende Stellen und Anregung der Untersuchung	50
Tabelle 5.2: Psychosomatische, -therapeutische und psychiatrische Vorbehandlung	51
Tabelle 5.3: Anzahl und Dauer der Untersuchungstermine, zeitlicher Gesamtaufwand	52
Tabelle 5.4: Symptome und Diagnosen	53
Tabelle 5.5: Persönlichkeitsakzentuierung	54
Tabelle 5.6: wichtigste Diagnose	55
Tabelle 5.8: Psychische Diagnose nach ICD-10	55
Tabelle 5.9: Beurteilung des Patienten durch den Untersucher	56
Tabelle 5.11: Einstellung des Patienten	58
Tabelle 5.12: Prognose im Hinblick auf die Veränderbarkeit durch die vorgeschlagenen Maßnahmen	58
Tabelle 5.13: Beurteilung des Gesprächs durch den Untersucher	60
Tabelle 5.14: Therapieempfehlungen (mit Mehrfachnennungen)	61
Tabelle 5.15: Art der Vermittlung der Therapieempfehlung	62
Tabelle 5.16: Soziodemographische Variablen bei Respondern vs. Nonrespondern	63
Tabelle 5.17: Beratungsgespräch vorher	66
Tabelle 5.18 Anzahl Ärzte/Krankschreibung vor Behandlung und zum Zeitpunkt der Katamnese	66
Tabelle 5.19: Beschwerden, die Grund für das Gespräch waren	67
Tabelle 5.20: Beeinträchtigung zum Zeitpunkt des Gesprächs und zum Zeitpunkt der Katamnese	68
Tabelle 5.21 Einschätzung über Entstehung der Beschwerden	68
Tabelle 5.22 Veränderungserwartung	69
Tabelle 5.23. Initiative zum Gespräch aus Sicht des Pat.	69
Tabelle 5.24. Wichtigster Grund für die Konsilanmeldung aus Sicht der Patienten	70
Tabelle 5.25 Vorinformation	70
Tabelle 5.26 Erinnerung an das Gespräch	71
Tabelle 5.27 Gesprächswahrnehmung der Patienten	71
Tabelle 5.28 Weiterempfehlung	72
Tabelle 5.29 Behandlungsempfehlung?	73
Tabelle 5.30 Behandlungsempfehlung Vergleich Untersucher und Patienten	73
Tabelle 5.31 Behandlungsempfehlungen	74
Tabelle 5.32 Vorstellung von Therapieempfehlung	74
Tabelle 5.33 Art der Vermittlung der Therapieempfehlung	75
Tabelle 5.34 Compliance und Erfolg	75
Tabelle 5.35 Alternativen zur vorgeschlagenen Behandlung	76
Tabelle 5.37: Compliance	81
Tabelle 5.38: Gruppenhäufigkeiten	90

1 Einleitung

Der psychosomatische Konsiliar- und Liaisondienst hat die Aufgabe das psychotherapeutische Versorgungssystem mit den übrigen Fächern der Medizin zu verbinden. Im klinischen Alltag trifft er dabei auf medizinische Strukturen, in denen die strukturelle Trennung zwischen körperlich- und psychisch Kranken manifestiert ist. In einer Atmosphäre medizinischer Behandlungserwartungen soll der Untersucher dem Patienten im Gespräch die Sicht auf individuelle biographische- kognitive- und Verhaltensfaktoren eröffnen und Eigeninitiative für die Auseinandersetzung mit diesen Bedingungen fördern.

Mit seinen Bestrebungen auch körperlich Kranken durch Einbeziehung psychosomatischer Diagnose- und Therapieansätze eine adäquate Behandlung zu bieten, ist ein Ziel des psychosomatischen Konsildienstes nicht zuletzt die Überwindung dieser dualistischen Sichtweise. Theoretisch bietet der psychosomatische Konsiliardienst dabei als Bindeglied zwischen naturwissenschaftlich-technischer und psychosozialer Medizin hervorragende Chancen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Trotz intensiver Bemühungen der Förderung der integrierten Versorgung in den vergangenen Jahrzehnten ist der psychosomatische Konsiliardienst, nicht zuletzt auf Grund der Tatsache, dass wenig gesicherte Erkenntnisse über seine Wirksamkeit vorliegen, lange umstritten gewesen und in der jüngsten Vergangenheit mehrfach Opfer des zunehmenden Kostendruckes in den Kliniken der Primärversorgung geworden.

In der vorliegenden Untersuchung soll daher der psychosomatische Konsiliardienst an vier Berliner Allgemeinkrankenhäusern untersucht werden. In einem ersten Schritt wurde hierzu die Arbeit des psychosomatischen Konsildienstes mit Hilfe eines neu eingeführten Erhebungsinstrumentes dokumentiert. Dabei wurde neben der Beschreibung des Klientels anhand der von den Untersuchern erhobenen soziodemographischen, diagnostischen und therapeutischen Variablen auch die subjektive Gesprächsbewertung durch die Untersucher erhoben.

Im Alltag des nur auf Anfrage von organmedizinischen Kollegen zu Verfügung stehenden Dienstes bestehen einerseits starke zeitliche Einschränkungen, andererseits ist eine große Aufgabenfülle zu bewältigen, so dass den Konsiliarii in aller Regel die Rückmeldung über das Ergebnis und die Effektivität ihrer Bemühungen fehlt und sich insbesondere immer wieder die Frage nach dem weiteren Behandlungsschicksal der untersuchten Patienten stellt.

Wie beurteilen die Patienten den Konsiliarkontakt? Welche Anregungen nehmen die Patienten aus den Gesprächen mit? Wie wirkt sich das Gespräch auf das weitere Behandlungsschicksal des Patienten aus? Zur Beantwortung dieser Fragen wurde daher in einem zweiten Schritt eine schriftliche Nachbefragung der untersuchten Patienten durchgeführt, um einige Daten über die Wirkungsweise des psychosomatischen Konsiliardienstes aus Sicht der Patienten zu erhalten, wobei auch hierbei die subjektive Gesprächsbeurteilung im Vordergrund stand. Ziel war es letztlich Erkenntnisse zur Effektivität des psychosomatischen Konsiliardienstes im klinischen Alltag zu gewinnen.

Neben der Patientencompliance, die üblicherweise als zentrales Kriterium für die Effektivität ärztlicher Bemühungen herangezogen wird, sollen auch andere von den Patienten beschriebenen Möglichkeiten vom Gespräch zu profitieren Berücksichtigung finden. Zentrales Anliegen ist die genauere Beschreibung der Arzt-Patient-Beziehung und deren Auswirkungen auf die Effektivität des Konsiliarkontaktes im weitesten Sinne.

Letztlich versprechen wir uns davon über die bisherige Forschung im Konsiliarbereich hinausgehende Kenntnisse über die Wirkungsweise des Konsiliargespräches.

Im theoretischen Teil der Arbeit soll dabei ein kurzer Überblick über den Stand der Forschung im Bereich des psychosomatischen Konsiliardienstes gegeben werden.

Im empirischen Teil hingegen werden Fragestellung und Deskription des Klientels anhand der erhobenen Informationen der Untersucher und des eigens entwickelten und an die Patienten nach einem Jahr versandten Katamnesefragebogens ausgeführt. Die erhobenen Daten ermöglichen die genaue Deskription der konsiliarischen Gesprächssituation und im Vorfeld stattgefundenener Prozesse sowie deren Einfluss auf die Bewertung des Gespräches durch den Patienten und das Ergebnis der Untersuchung.

2 Psychosomatische Konsil- und Liaisondienste

2.1 *Historischer Abriss*

Die Wurzeln des psychosomatischen Konsiliarmodells sind in der angloamerikanischen Region eng mit der Entwicklung der Psychiatrie verknüpft. Der erste regelmäßige Konsil- und Liaisondienst entwickelte sich sodann 1929 angeregt durch George W. Henry, der in seiner bahnbrechenden Arbeit über die Konsilerfahrungen mit 300 Patienten des Bloomingdale Hospitals in New York auf die Notwendigkeit der Herstellung regelmäßiger beruflicher Kontakte zwischen den psychiatrischen Beratern und deren medizinischen und chirurgischen Kollegen im Rahmen eines Liaisondienstes hingewiesen hatte. Während sich diese Dienste, die in vielen Fällen nur als Liaisondienste ohne psychiatrische Betten existierten, an Universitätskliniken zunehmend etablierten, entwickelten sich parallel dazu auch vermehrt Forschungsvorhaben am Grenzbereich zwischen Allgemeinmedizin und Psychiatrie. In Fortsetzung der psychobiologischen Konzepte von Meyer kam es insbesondere durch die Arbeit von F. Alexander und H. Dunbar zu bahnbrechenden Fortschritten auf dem Gebiet der psychosomatischen Medizin. Letztere kann mit ihren Untersuchungen zu psychosozialen Aspekten somatischer Erkrankungen im Allgemeinkrankenhaus 1934, als die erste Liaisonforscherin bezeichnet werden. Als Konsequenz ihrer Arbeiten mit der sie wesentliche theoretische Grundlagen im Grenzgebiet zwischen Psychiatrie und Organmedizin lieferte, empfahl sie ein ganzheitliches Konzept für Lehre, Forschung und medizinische Praxis, das in der Folge im Rahmen der zunehmenden Verbreitung von Konsiliar- und Liaisondiensten im Allgemeinkrankenhaus Anwendung fand. Angeregt durch Allen Crag vergab die Rockefeller-Stiftung in den folgenden Jahre insgesamt 11 Millionen Dollar für den Aufbau psychiatrischer Dienste an Allgemeinkrankenhäusern (Levy 724-31).

Nach einer "Periode der relativen Stagnation" der Liaisonpsychiatrie (Lipowski 337-41), in der weniger die seelischen Leiden physisch Kranker als eher die psychopharmakologische und psychophysiologische Forschung auflebte, kam es erst Mitte der 60iger Jahre mit den Arbeiten von Lipowski zum Wiederaufleben konsiliarpsychiatrischen Forschungsinteresses. Aufgrund der hohen Prävalenzraten psychiatrischer Erkrankungen an Allgemeinkrankenhäusern ergriff das National Institute of Mental Health (NIMH) mit seinen Zuwendungen die Initiative zur Einrichtung psychiatrischer Liaisondienste an Allgemeinkrankenhäusern und hatte damit schließlich auch Anteil daran, dass die Liaisonpsychiatrie Teil der psychiatrischen Ausbildung in

den Vereinigten Staaten wurde. Die Liaison-Psychiatrie ist seit Mitte der 80er Jahre ein vollwertiger Zweig der Psychiatrie in den USA geworden, die mit dem "General Hospital Psychiatrie" und dem "International Journal of Psychiatrie in Medicine" auch über zwei eigene Fachzeitschriften verfügt und bis heute zu einem festen Bestandteil der Patientenversorgung in Allgemeinkrankenhäusern geworden ist. 75 % der Lehrinstitutionen entwickeln spezielle CL-Ausbildungsprogramme und 25% der amerikanischen Psychiater sind heute am CL-Dienst beteiligt (Söllner 528-34).

Ganz im Gegensatz zu den eindeutig psychiatrisch verwurzelten Liaisondiensten in den USA ging die Entwicklung in Deutschland von der Inneren Medizin und der Psychoanalyse aus. Bereits in den 20er Jahren forderten einige Internisten, psychischen Prozessen bei der Entstehung körperlicher Leiden mehr Beachtung zu schenken. So forderte V. v. Weizsäcker 1925 einen Neuaufbau der Medizin und eine "Einführung des Subjektes in die Heilkunde". Nach einem abrupten Ende dieser Bestrebung durch die nationalsozialistische Machtübernahme kam es erst in den späten 40er Jahren durch die Initiative des Psychoanalytikers Mitscherlich und dem Organmediziner von Weizsäcker zur Gründung der ersten psychosomatischen Klinik in Heidelberg, der in den 50er und 60er Jahren weitere folgten (Freiburg, Gießen, Hamburg, Lübeck und München) (Meyer 337-45), wobei meist das Engagement einzelner Persönlichkeiten ausschlaggebend waren (Richter 51-57). Erst in der Folge der Veränderung der politischen Atmosphäre insbesondere an den Hochschulen, bei der auch eine größere Beachtung der Arzt-Patient-Beziehung gefordert wurde, gelang schließlich 1970 eine Verankerung psychologischer Inhalte in der Approbationsordnung für Ärzte (Richter 51-57).

So kommt dem psychosomatischen Konsil- und Liaisondienst als Knotenpunkt biopsychosozialer Versorgung in der stationären Behandlung weiterhin eine besondere Bedeutung bei der Integration psychosomatischer Denkweisen in andere medizinische Fächer auch außerhalb der universitären Patientenversorgung zu.

Dem trägt auch die seit Beginn der 90iger Jahre eingeleitete Koordination europäischer Forschungsvorhaben im psychosomatisch/psychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienst durch die „European Consil- and Liaison Workgroup on General Hospital Psychiatry and Psychosomatics“ (ECLW) Rechnung. Ziel ist hierbei in erster Linie die Qualitätssicherung sowie die Initiierung weitergehender Forschungsvorhaben zur Effektivität der Arbeit der Konsil-Liaisonstätigkeit in den 14 beteiligten Staaten.

2.2 Zum Begriff – Liaison und Konsil

“Das Ziel der konsiliarpsychiatrischen Tätigkeit ist die möglichst frühzeitige Diagnostik und Therapieempfehlung bei psychischen Störungen im Verlauf von körperlichen Erkrankungen in Zusammenarbeit mit den überwiegend somatisch tätigen Kollegen” (Rothermundt, Arolt, and Levy 741), S. 737).

An erster Stelle steht meist die Diagnostik und die Behandlung von auf somatischen Stationen behandelten Patienten. Neben Befunderhebung und diagnostischer Einordnung gehören dabei meist auch das Aussprechen einer Behandlungsempfehlung zu den Aufgaben. Auch sind die Förderung der Motivation des Patienten für eine weitergehende Behandlung oder eine Krisenintervention, ggf. auch kurzpsychotherapeutische Interventionen, zu leisten. Eine weitere Anforderung betrifft die Kommunikation mit den behandelnden Ärzten, den Schwestern oder den Angehörigen die sowohl schriftlich als auch in Form von Gesprächen teilweise mit Informations- und Fortbildungscharakter stattfindet.

Um diesen basalen Anforderungen gerecht zu werden haben sich in der Praxis im wesentlichen drei Arbeitsmodelle entwickelt, die sich hinsichtlich der Qualität und Intensität des Kooperationsprozesses unterscheiden:

Zunächst existiert das am häufigsten praktizierte Konsiliarmodell, bei dem der Konsiliararzt auf Anfrage des behandelnden somatischen Stationsarztes tätig wird. Der Untersucher erhält dabei erfahrungsgemäß eher begrenzte Vorinformationen, die durch einen "Konsilschein" übermittelt werden. Die erfolgte "Konsultation" beinhaltet dabei eine Beratung nicht nur jener Ärzte und/oder Pflegepersonen, die die Konsultation veranlasst haben, sondern auch die Beratung des Patienten, "bei dem bestimmte psychologisch-medizinische Probleme im engeren psychodynamischen Verwobensein mit seiner körperlichen Erkrankung zutage getreten sind"(Köcher 1982). „Die ärztliche Verantwortung verbleibt dabei stets bei dem somatisch behandelnden Kollegen... Er wird jedoch nicht von sich aus tätig“ (Grubich 2007). Konkret stehen Fragen der diagnostischen und prognostischen Einschätzung im Vordergrund, eine therapeutische Empfehlung wird ausgesprochen, eine Behandlung jedoch kann auf Grund der zeitlichen Begrenzung in den seltensten Fällen erfolgen.

Daneben steht das Liaisonmodell (frz. Liaison=Bindung), wobei der Begriff "Liaison" insofern eine wesentliche Erweiterung der bloßen Beratung darstellt, als damit „die betonte Tendenz des Psychosomatikers verknüpft ist, auch die zuständigen Ärzte, Schwestern und Pfleger in die klinisch-psychosomatischen Aktivitäten einzubeziehen (Köcher 1982)“. „Konkrete Aufgaben der

Liaison-tätigkeit sind also über die direkte Patientenversorgung (Sprechstunde für Patienten und deren Angehörige, Teilnahme an Visiten) hinausgehend auch die Teilnahme an Fallkonferenzen und die psychosoziale Fortbildung des Teams der Abteilung, an der der psychotherapeutische Dienst stattfindet." (Söllner, Smrekar, and Schüßler 17-23). Diese Tätigkeit bedingt damit eine ständige Präsenz auf den betreuten Stationen.

Nach Söllner schließlich erscheinen Liaisonkomponenten „an solchen medizinischen Abteilungen von besonderer Relevanz, wo sich viele Patienten mit starken psychosozialen Belastungen finden () und wo das medizinische Team besonders starken Belastungen ausgesetzt ist und häufig konflikthafte Situationen entstehen (Söllner, Smrekar, and Schüßler 17-23; Söllner, Smrekar, and Schüßler 17-23).

Als Drittes erscheint das Konzept der integrierten psychosomatischen Versorgung, dem zufolge die Betreuung der Patienten durch ein Team gewährleistet wird, dessen Mitarbeiter sowohl in somatischer als auch in psychosomatischer Hinsicht qualifiziert sind (Köhle and Joraschky 406-64).

Nach Schmeling-Kludas und Niemann kommt letztlich das Modell der integrierten Versorgung „dem Ideal einer ganzheitlichen Patientenversorgung, bei der bei jedem einzelnen sowohl die somatische als auch die psychische Seite seiner Erkrankung gezielt berücksichtigt wird, am nächsten. Es ist zugleich das bisher am seltensten in die Praxis umgesetzte Konzept. Das liegt nicht nur an der Ambivalenz vieler internistisch tätiger Ärzte gegenüber einer an psychosozialen Faktoren orientierten Medizin, sondern u.a. auch daran, dass die Zahl entsprechend qualifizierter Internisten, die zugleich eine psychosomatische Ausbildung aufweisen, immer noch gering ist" (Schmeling-Kludas et al. 257-66).

Sowohl der Wissenschaftsrat (1986), als auch die Expertenkommission der Deutschen Bundesregierung (1988) stellen fest, dass "Internationale Erfahrungen zeigen, dass bei der Organisation der psychotherapeutischen Versorgung und klinisch psychologischen Betreuung auf Grund der Problemlage und der psychologischen und psychotherapeutischen Arbeitsanforderungen engen Kooperationsmodellen (Liaisondiensten) einer loseren Kooperation zwischen medizinischen Einrichtungen und Psychotherapeuten bzw. Psychologen (Konsiliardienste) der Vorzug zu geben ist" (Pontzen 322-26).

Dies merken auch Köpp et. al. (Köpp 412-18) an, die feststellen, dass es insbesondere unter dem Aspekt der Zunahme psychosomatischer Konsiliartätigkeit bei organisch kranken Patienten mit psychischer Symptomatik sinnvoll erscheint, dass sich CL-Dienste sowohl wegen der

Verbesserung der Integration organmedizinischer und psychosomatischer Intervention, als auch wegen der effizienteren Nutzung der vorhandenen Ressourcen, vermehrt einer Liaisontätigkeit widmen.

2.3 Bedarf und Inanspruchnahme

2.3.1 Prävalenzraten psychischer Störungen im stationären Bereich

Sowohl hinsichtlich der Prävalenz psychischer Störungen bei hospitalisierten Patienten, als auch in der Allgemeinbevölkerung liegen umfangreiche Untersuchungen vor.

Die Prävalenz psychischer Störungen in der Normalbevölkerung wird auf etwa 25% geschätzt (Schepank 220-29; Schepank 375-88). Entsprechende Untersuchungen zur Prävalenzrate psychogener Erkrankungen im allgemeinmedizinischen bzw. internistischen Bereich belegen, dass etwa ein bzw. zwei Drittel der Patienten psychopathologische Symptome aufweisen (vgl. (Künsebeck, Lempa, and Freyberger 1438-42; Söllner, Smrekar, and Schüßler 17-23; Stuhr and Haag 273-81; Liedtke, Künsebeck, and Freyberger 346-50; Lipowski 3-14; Herzog and Hartmann 281-93; Kinzl and Biebl 266-71; Deter 96-106; Riehl et al. 183-88; Wirsching 363-68; Haag 236-42; Köhle and Joraschky 415-38; Fleischhacker et al. 589-92).

So findet Arolt in einer Untersuchung zur Vorkommenshäufigkeit und Behandlungsindikation psychischer Störungen bei internistischen und chirurgischen Krankenhauspatienten (Arolt) bei Anwendung strikter Kriterien 36,5% "Fälle", sieht bei 37% der internistischen und 56% der chirurgischen Patienten eine Indikation für eine konsiliarische Abklärung und bei ca. 25% aller Patienten eine Indikation für eine meist supportive stationäre- oder ambulante psychotherapeutische (Mit-)Behandlung. Darüber hinaus stellt er besondere Versorgungsmängel bei Patienten mit neurotischen und behandlungsreaktiven Störungen fest (Herzog, Stein, and European Consultation Liaison Workgroup (ECLW) 10-17), S. 11).

Zu weitgehend ähnlichen Ergebnissen kommen epidemiologische Untersuchungen in Großbritannien und in Deutschland (Mayou & Hawton 1986, Schepank 1982, Stuhr & Haag 1989), die eine Prävalenz behandlungsbedürftiger psychischer/psychosomatischer Erkrankungen in Allgemeinkrankenhäusern von durchschnittlich 32% bei stationären und 35% bei ambulanten Patienten aufweisen.

Nach einer älteren Umfrage in West-Deutschland (Steuber & Müller 1983) schätzen internistische Chefarzte 28% ihrer stationären Patienten als überwiegend psychosomatisch

erkrankt und behandlungsbedürftig ein. Ca. ein Drittel dieser Patienten (11-15%) weisen außerdem eine psychiatrische Diagnose im engeren Sinn auf (Psychose, Suizidversuch, schwere Suchterkrankung, organisches Psychosyndrom).

Konservative Schätzungen gehen davon aus, dass bei ca. 10% aller im allgemeinen Krankenhaus behandelten Patienten eine psychiatrische oder psychotherapeutisch/psychologische Fachkonsultation angezeigt ist (Herzog, Stein & ECLW 1994). Die psychosoziale Betreuung der restlichen 20% würde nach Söllner und Smekar in den Aufgabenbereich der behandelnden organmedizinischen Ärzte, des Pflegepersonals bzw. von Sozialdiensten fallen (Söllner, Smrekar, and Schüßler 17-23), S. 18).

Doch muss festgestellt werden, dass auch ohne das Vorliegen einer psychischen Diagnose körperliche und psychische Erkrankungen einen hohen Komorbiditätsgrad aufweisen. So fanden Ärzte/-innen nach einer Untersuchung von Schleberger/Dein bei knapp der Hälfte aller Krankheitsbilder (48,1%) Einflüsse psychischer und sozialer Faktoren, was für ein multifaktorielles Krankheitsverständnis spricht. Die Autoren stellen weiterhin fest, dass auf die Gesamtpatientenzahl bezogen, die Erkrankung nach Einschätzung der Ärzte/-innen bei einem Fünftel ihrer Patienten [...] überwiegend oder auch teilweise psychisch bzw. psychosozial bedingt war. Die hier zentrale Prävalenzrate für den Anteil psychosomatisch mitgedingter Erkrankungen lag bei durchschnittlich 20,2%.

Eine ungefähre Größenordnung des Bedarfs an psychotherapeutischer Mitbehandlung wird in einer Untersuchung von Fritzsche (Fritzsche 2007) deutlich. Dabei wurden 392 Patienten hinsichtlich ihrer psychosozialen Belastung einem psychometrischen Screening unterzogen. Bei 44% der Patienten konnte mindestens eine behandlungsbedürftige Störung diagnostiziert werden, bei 41% der Patienten wurde im Expertenrating auch ein Behandlungsbedarf festgestellt, und 35% der Patienten erhielten eine Mitbehandlung. Der Wunsch der Patienten nach psychotherapeutischer Unterstützung konnte in dieser Untersuchung mit 30% als hoch eingeschätzt werden.

Da die Patienten ihre körperlichen Beschwerden zumeist auf eine organische Störung zurückführen und deshalb eine somatmedizinische Untersuchung und Behandlung erwarten kommt es häufig zu einer erfolglosen somatmedizinischen Behandlung und einer langjährigen chronischen Krankheitsentwicklung (Grawe 132-64). Als Ursachen dieser Krankheitsentwicklung wird ein Mangel an evaluierten somatmedizinischen und psychosomatischen Behandlungsansätzen diskutiert (Lupke, Ehlert, and Hellhammer 358-65).

Daraus ergibt sich die Gefahr einer Chronifizierung und zudem das Risiko einer iatrogenen Schädigung der Patienten, da ihnen keine adäquate Therapie zukommt und ätiologisch und prognostisch relevante psychosoziale Aspekte ignoriert werden. Nicht zuletzt bedeutet dies auch massive ökonomische Belastungen der Gesundheitsversorgung (Söllner, Smrekar, and Schüßler 17-23;Gathmann 26-33;Grawe 132-64;Franz 175-87;Ruff and Leikert 237-42;Tress et al. 211-32;Arolt, Driessen, and Dilling 1354-58;Lamprecht 283-91).

Köpp et. al. gehen letztlich auf Grund einer verallgemeinernden Bedarfseinschätzung davon aus, dass “in der Allgemeinbevölkerung jeder fünfte, in der ambulanten Versorgung jeder vierte, und im Allgemeinkrankenhaus jeder dritte Patient psychische Auffälligkeiten zeigt“(Köpp 412-18). Zwar ergeben sich hieraus Hinweise auf einen weitaus höheren Bedarf an konsiliarischer Tätigkeit als aktuell vorhanden, dennoch verbleibt die Schwierigkeit einer adäquaten Bedarfseinschätzung, die auch Stein und Herzog aufgreifen. „Für die Bedarfsschätzung eines Liaisondienstes, welcher in der Regel nur an Abteilungen eingerichtet wird, an denen eine größere Zahl von Patienten mit erheblicheren psychosozialen Problemstellungen behandelt wird, ist ein anderes Erhebungsverfahren notwendig, das auf der Zahl der zu betreuenden “psychosozialen Risikopatienten aufbaut (Herzog, Stein, and European Consultation Liaison Workgroup (ECLW) 10-17). Diese Ansätze werden momentan auch von der European Consultation Liaison Workgroup aufgegriffen, die an einer multizentrischen Studie zur Entwicklung eines Instrumentariums zur Erfassung psychosozialer Risikofaktoren bei Patienten in Allgemeinkrankenhäusern arbeitet. „Damit werden Voraussetzungen geschaffen, um in Zukunft auch bei anderen Erkrankungen jene besonders belasteten Patienten, welchen psychotherapeutische Unterstützung angeboten werden sollte, identifizieren zu können” (Söllner, Smrekar, and Schüßler 17-23).

Hinsichtlich einer daraus letztlich möglicherweise abzuleitenden personellen Ausstattung widmet sich Pontzen einer eingehenderen Analyse, wobei er für eine bedarfsgerechte Betreuung einen Mitarbeiter im Konsiliar- und Liaisondienst für 100 stationäre Betten im Allgemeinkrankenhaus als notwendig erachtet, weist jedoch ebenso darauf hin, dass dies eine ebenso realistische, wie utopische Forderung angesichts der aktuellen finanziellen Situation im Gesundheitswesen ist (Pontzen 322-26).

2.3.2 Inanspruchnahme psychosomatischer Konsiliartätigkeit

Trotz der beschriebenen Prävalenzraten von durchschnittlich rund 30% der Patienten im Allgemeinkrankenhaus und den sich daraus ergebenden Bedarfszahlen, zeigen die vorliegenden Untersuchungen zum Inanspruchnahmeverhalten durchgängig deutlich geringere Zahlen.

So wird festgestellt, dass “Untersuchungen zur tatsächlichen Inanspruchnahme psychotherapeutisch/psychosomatischer Konsiliar-/Liaisondienste in Deutschland zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen geführt haben. Dies wird dadurch verständlich, dass je nach Abteilung, je nach Patientenkollektiv und Aufgabenstellung und je nach Verfügbarkeit eines psychosomatisch-psychotherapeutischen Dienstes eine sehr unterschiedliche Inanspruchnahme stattfindet.” (Söllner, Smrekar, and Schüßler 17-23), S. 18).

Nach Liedtke werden für die Inanspruchnahme “Übereinstimmend Zahlen von 1-5% der stationär behandelten Patienten berichtet (Liedtke et al. 1990), wobei die Inanspruchnahme beim Liaisondienst deutlich höher liegt als bei einem Konsiliardienst” (Pontzen 322-26), S. 322)

Söllner, Smrekar, et al. gehen bei der Berechnung des Bedarfs für einen Konsiliardienst bei ihrer Untersuchungen von einer durchschnittlich Inanspruchnahme von 2%, quer über alle Krankenhausabteilungen gerechnet, aus (Söllner, Smrekar, and Schüßler 17-23), S. 19).

Fiebiger und Ficker stellen bei einer Studie zum Psychiatrischen Konsiliardienst bei der 249 Patienten die im Rahmen einer Konsilanforderung psychiatrisch untersucht wurden eine Inanspruchnahme von 1,52% fest (Fiebiger et al. 129-33), S. 130).

Herzog et al (Herzog, Stein, and European Consultation Liaison Workgroup (ECLW) 10-17) finden bei einer gemittelten Inanspruchnahme quer durch alle Abteilungen eines Allgemeinkrankenhauses unter Einbeziehung von Liaison- und Konsiliarmodelle eine Rate von 3-5% bzw. 0,3-5%, letztlich kann jedoch von einer Inanspruchnahmerate von CL-Dienste in Deutschland von 0,6% aller Krankenhauspatienten angenommen werden.

Die vorliegenden Zahlen stehen nicht nur im Kontrast zur Prävalenz psychischer Störungen im Allgemeinkrankenhaus sondern auch zu der von einigen Autoren erhobenen Potenzielle Inanspruchnahme die Aussagen von Patienten und Ärzten mit einbezieht. “Es zeichnet sich ein deutliches Missverhältnis zwischen der Bedarfseinschätzung an psychosomatischer Mitbehandlung von 18% und realer Konsilanforderung von 1,8% ab.” (Lackner et al. 333-39).

2.3.3 Erklärungen zur Differenz zwischen Bedarf und Inanspruchnahme

Trotzdem der psychosomatische Konsiliardienst - als Bindeglied zwischen naturwissenschaftlicher und psychosozialer Medizin - theoretisch hervorragende Möglichkeiten interdisziplinärer Zusammenarbeit bietet (Riehl et al. 183-88; Pontzen 322-26), ist die Etablierung psychosomatischer Konsiliar- und Liaisondienste in der BRD nach wie vor sehr rudimentär.

So steht dem hohen Bedarf an psychologisch-medizinischer Diagnostik und Beratung eine relativ geringe Inanspruchnahme gegenüber (Liedtke, Künsebeck, and Freyberger 346-50; Liedtke and Künsebeck 551-57). Als eine wesentliche Ursache wurde früh u.a. die Verfügbarkeit eines Konsiliarius genannt (Schüffel 192-95).

So wird der Grad der Verfügbarkeit zunächst durch die institutionellen Rahmenbedingungen geprägt, wobei sowohl mangelnde personelle und materielle Ausstattung dazu beiträgt, daß dem Wunsch der anfordernden Ärzte nach zeitnaher Behandlung häufig nicht nachgekommen werden kann oder es lediglich zu eher niedrigfrequenten Kontakten kommen kann.

Nicht selten handelt es sich um einen oder wenige Kollegen, die einen psychosomatischen Konsiliardienst unterhalten, sodaß darauf hingewiesen wird, daß "eine einsame Konsiliartätigkeit als missionarischer Einzelkämpfer ohne Einbettung in eine psychosomatische Abteilung außerordentlich schwierig, sehr belastend und ohne Aussicht auf eine inhaltliche und personelle Aufbesserung nicht zu vertreten ist" (Pontzen 322-26), S. 323.

Für Brantley liegen die Gründe für die Diskrepanz zwischen Bedarf und Inanspruchnahme psychosomatischer Konsiliardienste "zum einen in der personellen Ausstattung und therapeutischen Ausrichtung der psychosomatischen Abteilungen, zum anderen in der Kooperationsbereitschaft der zuweisenden Ärzte, die nicht selten befürchten, dass ein Patient sich durch eine psychosomatische Untersuchung stigmatisiert fühlen könnte" (Brantley et al. 1985). Der Autor weist damit auf die Vorerfahrungen der zuweisenden Ärzte und deren Erfahrungshintergrund als ursächlichen Faktor hin, wie sie auch in anderen Untersuchungen herausgestellt werden.

Diesen Aspekt greifen auch Lackner, Jäger, et al auf. Diese sehen beispielsweise "eine lineare Abhängigkeit zwischen der Bedarfseinschätzung und der Bewertung des Kontaktes zur psychosomatischen Abteilung. [...] D.h. die Ärzte, die den Kontakt zur Psychosomatik als positiv angeben, schätzen auch den Bedarf an psychosomatischer Mitbehandlung als signifikant höher ein, was möglicherweise auf einen Sensibilisierungsprozess zurückzuführen ist. [...] Ärzte mit

psychologischer Vorerfahrung bewerten den Kontakt zur Psychosomatik als signifikant positiver als „Ärzte ohne psychologische Vorerfahrung“. Die Autoren beschreiben weiter, daß die Zufriedenheit des Stationsarztes im wesentlichen neben der Schnelligkeit der Konsilerledigung insbesondere durch formale Aspekte des Austauschs mit dem Konsiliarius bestimmt wurden [...]“ (Lackner et al. 333-39), S. 333-335).

Während einige Autoren als Hintergrund der geringen Inanspruchnahmerate desweiteren auf die generelle Handlungsorientierung im medizinischen Bereich verweisen, „die mit dem Ziel der Psychoanalytikers, einen reflexionsfördernden Raum herzustellen, nur schwer vereinbar ist“ (Scheidt and Herzog 368-78), S. 369), wird an anderer Stelle als Ursache einer geringen Inanspruchnahmerate vielfach auf die ambivalente Grundhaltung der somatisch orientierten Kollegen verwiesen (Jordan 1989) die sich neben der nicht bedarfsgerechten Inanspruchnahme auch der geringen Rate an Vorinformation der Patienten niederschlägt.

Letztlich stehen niedrige Inanspruchnahmeraten auch in deutlichem Widerspruch zu den Wünschen der behandelnden Ärzte an den Konsiliarius. Mithilfe einer Befragung der „vor Ort“ arbeitenden Ärzte konnten Schleberger-Dein und Stuhr nachweisen, daß „die Unzufriedenheit der Stationsärzte/-innen mit ihren Möglichkeiten, der psychosomatischen Komponente im Krankheitsgeschehen Rechnung tragen zu können, sehr groß ist“. Es wurde deutlich, daß nur gut einer von 10 Ärzten/-innen diese Versorgungssituation als zufriedenstellend empfindet. (Schleberger-Dein, Stuhr, and Haag 99-107), S. 102).

Auch Greger und Waldmann setzen sich mit der Effektivität eines psychiatrischen Konsiliardienstes auseinander und stellen fest, daß vorausgesetzt werden sollte, dass sich sowohl Anforderer als auch Untersucher um eine konstruktive Zusammenarbeit bemühen. Dies erscheint nach deren Erfahrungen noch nicht oder nicht immer gegeben zu sein, was schon mit der Fragestellung bei der Konsiliaranforderung beginnt, die oft sehr allgemein gehalten und wenig präzise ist. „Daher sind häufige Nachfragen beim Fachkollegen erforderlich. Ist dieser nicht erreichbar, was insbesondere in den operativen Fächern nicht selten ist, muss man sich um andere kompetente Auskunftspersonen bemühen. Wenig indiziert ist es, wenn Konsile lediglich aus dem Umstand heraus angefordert werden, dass der somatisch erkrankte Patient irgendwann einmal in psychiatrischer Behandlung stand und aktuell kein Anlass für eine psychiatrische Untersuchung oder Behandlung besteht.“ (Greger and Waldmann 105-08), S. 106)

Auch die Arzt-Patient-Beziehung der zuweisenden Ärzte werden ebenso als Hintergründe der geringen Inanspruchnahme diskutiert:

Lackner und Jäger sehen eine mögliche Erklärung für geringe Inanspruchnahmeraten im Konsiliardienst in der begrenzten Zeit des Stationsarztes in Zusammenhang mit der Zurückhaltung in der Auseinandersetzung mit psychosomatischen Fragestellungen. Sie vermuten weiterhin, daß die Notwendigkeit der Einschaltung eines Dritten in die Arzt-Patient-Beziehung als kränkend erlebt werden und Kontrollängste aufwerfen könnte, wie sie von Rotmann u. Karstens schon 1974 beschrieben wurden. Die Autoren stellen außerdem fest: „Die mangelnde Übereinstimmung der Angaben von Arzt und Patient bei einigen Fragen unserer Untersuchung kann auch als Hinweis gewertet werden, dass hier ein Kommunikationsproblem zwischen Arzt und Patient vorliegt, was durch den Konsiliarius aufgedeckt werden könnte“. Um dem von den Autoren postulierten Kommunikationsdefizit innerhalb der Triade von Arzt-Patient und Konsiliarius entgegenzuwirken, „wäre der verstärkte Austausch durch die Einrichtung eines Liaison-Dienstes wünschenswert“ (Lackner et al. 333-39), S. 339).

Wie bereits angedeutet wirken sich die beschriebenen praktischen Schwierigkeiten auch auf die Umstände der Überweisung aus. Häufig werden die Patienten im Vorfeld nicht ausreichend über den Hintergrund der konsiliarischen Behandlung aufgeklärt. Da viele Patienten insbesondere mit funktionellen körperlichen Störungen der festen Überzeugung sind, an einer organischen Krankheit zu leiden und das körperliche Symptom, das zur Aufnahme ins Krankenhaus geführt hat, eine wichtige Entlastungsfunktion erfüllt (Scheidt and Herzog 368-78), S. 370), entsteht ein Spannungsfeld, das die Herstellung einer tragfähigen therapeutischen Arbeitsbeziehung deutlich erschwert.

Scheidt stellt weiterhin fest, daß „die Umstände der Zuweisung für den Verlauf des Konsiliargesprächs fast immer folgenreich sind, weil sie die Erwartungen und Vorstellungen des Patienten im Hinblick auf das Gespräch bestimmen“. Sie müssen daher detailliert besprochen und geklärt werden, damit die Möglichkeit besteht, dass der Patient seine Erwartungen an das Gespräch, die sich an seinen Vorerfahrungen im medizinischen Kontext orientieren, überprüfen kann“ (Scheidt and Herzog 368-78), S. 372).

Zusätzlich erschwert wird die Arbeit des Konsiliararztes durch das Klientel der Patienten. Haeseler stellt fest, daß die Einsicht in die Beziehung zwischen Symptom und Erleben überwiegend fehlt: „oft erlebt der Patient die Tatsache, dass man ihn zum Psychotherapeuten überweist, als Beweis dafür, dass man seinen Beschwerden keinen Glauben schenkt (‘ich bilde mir das doch nicht ein’)“ (Haesler 157-82), S. 166).

Dies wird auch durch die Untersuchung von Schmeling-Kludas und Niemann unterstützt, die feststellen, daß das Verhalten der Kranken auf Station, also die Beziehungsaufnahme zu Ärzten

und Pflegepersonal, aber auch die beobachteten Interaktionen mit Angehörigen oder Mitpatienten, bei 2/3 der Patienten eine psychosomatische oder psychosoziale Intervention auslösten (Schmeling-Kludas et al. 257-66), S. 261). Die Tatsache, dass der Patient sich nicht ernstgenommen fühlen könnte, kann auch die Erwartungen des anfordernden Arztes prägen, für den eine Irritation der Beziehung eine zusätzliche Erschwernis in der Arbeit mit sich bringen könnte.

Es erscheint ersichtlich, dass sich das aus den Krankheitsbildern ergebende Aufgabenspektrum des psychosomatischen Konsiliargesprächs, sowie die Erwartungen des Behandlers an den Konsiliarius äußerst heterogen sind.

“Das Spektrum der Krankheitsbilder reicht von psychogenen Körpersymptomen über psychosomatische Erkrankungen bis hin zu körperlich schwer kranken und moribunden Patienten [...]. Die Verschiedenheit der Krankheitsbilder und der Behandlungsaufträge, mit denen der Konsiliararzt im Krankenhaus konfrontiert wird, erfordert ein hohes Maß an Flexibilität in bezug auf die psychotherapeutische Interventionen: Der Therapeut muss einerseits in der Lage sein, seine zumeist an psychoneurotischen Patienten erlernte Gesprächs- und Behandlungstechnik zu modifizieren, um sie auf die Bedürfnisse des “geschickten” und des “psychosomatischen” Patienten abzustimmen. In anderen Fällen erweist es sich als erforderlich, das Setting überhaupt zu wechseln und die Gesprächssituation mit dem einzelnen Patienten zu verlassen, um sich dem medizinischen Umfeld zuzuwenden” (Scheidt and Herzog 368-78), S. 369.

Die Autoren stellen fest, daß “das konsiliarpsychotherapeutische Gespräch mit dem “geschickten” Patienten ein höheres Maß von Aktivität auf seiten des Therapeuten im Hinblick auf die Gestaltung einer tragfähigen Arbeitsbeziehung erfordert“ (Scheidt and Herzog 368-78).

Nach Wetzel-Ruhrmann und Wermter muß es das Ziel des psychosomatischen Konsiliardienstes generell sein, „die Aufschließbarkeit der Patienten für Psychotherapie weiter zu erhöhen.“ Dies erfolgt am ehesten „, wenn der “Somatiker” früh genug den Psychosomatiker einbezieht, und beide, jeder für sich und auch gemeinsam so mit den Patienten umzugehen verstehen, dass diese sich nicht weiter hinter ihren körperlichen Beschwerden in Unmotiviertheit zurückziehen brauchen.“ (Wetzel-Ruhrmann, Wermter, and Liedtke 220-26), S. 221)

Da es letztlich gerade das Ziel ist, solchen Patienten ein psychosomatisches Behandlungsangebot zu unterbreiten, die es am dringendsten benötigen, macht Söllner einige Vorschläge für die Verbesserung der Inanspruchnahme. Neben dem Einsatz von Fragebögen und strukturierten

klinischen Interviews zur Erkennung von Risikopatienten werden dabei insbesondere die verstärkte Entwicklung von Liaisonmodellen und die Schulung von Ärzten und Pflegepersonal als wichtigste Maßnahmen genannt. Er stellte weiterhin fest, daß „wenn es dem Pflegepersonal, das die psychosoziale Befindlichkeit des Patienten oft besser kennt, das Recht eingeräumt wird ebenfalls einen CL-Dienst beizuziehen“, sich sowohl die Zuweisungsrate als auch die Treffsicherheit der Zuweisung deutlich erhöhte (Söllner 528-34).

2.4 Zur Effektivität – Evaluationsstudien zur psychosomatischen Konsiliarität

2.4.1 Allgemeine Kriterien

Wenn in der vorliegenden Arbeit die Effektivität des psychosomatischen Konsildienstes an Berliner Allgemeinkrankenhäusern untersucht werden soll, so stellt sich die Frage welche mögliche Effekte eine konsiliarische Behandlung haben kann.

Zunächst können dabei beispielsweise ökonomische Kriterien herangezogen werden, da nicht nur „der Einfluss psychischer Faktoren auf den Verlauf körperlicher Erkrankungen gut erforscht und evident für unterschiedliche medizinische Disziplinen ist“, sondern psychische Komorbidität die Liegedauer stationär behandelter internistischer Patienten verlängert () und somit kostenrelevant ist (Köpp 412-18).

Die Untersuchung von DÜHRSSSEN & JORSWIECK (1965) war wegbereitend für die Anerkennung psychotherapeutischer Arbeit im klinischen Bereich. In einer 5-Jahres-Katamnese konnte nachgewiesen werden, dass die Krankenhausaufenthalte der befragten neurotischen Patienten nach einer Psychotherapie signifikant kürzer waren als vorher. Auch verglichen mit dem Gesamtklientel der AOK Berlin brauchten die Psychotherapiepatienten weniger Krankenhaustage als die Vergleichsgruppe. „Der Psychotherapieerfolg bemisst sich in dieser Untersuchung am Außenkriterium „Zahl der Krankenhaustage“; das Erfolgskriterium ist unabhängig von den speziellen Bedingungen der einzelnen psychotherapeutischen Behandlung und deshalb vergleichbar“ (Flickenschild), S. 14).

Auch einige andere Untersucher (z.B. Levy 1989, Robinowitz und Nadelson 1991) konnten eine Reduktion der Länge und Kosten der Krankenhausbehandlung bei Psychotherapiepatienten nachweisen.

Letztlich kann also davon ausgegangen werden, dass „frühzeitige psychosomatische Interventionen nicht nur zu einer wesentlichen und anhaltenden Verbesserung des

Gesundheitszustandes der Betroffenen führen, sondern nach zwei Jahren zu einer relevanten Entlastung der Krankenkassen beitragen“(Köpp 412-18). Die Autoren stellen weiterhin fest, dass zu erwarten sei, dass es sich mit der Wirkung der psychosomatischen CL-Dienste ähnlich verhalte, obwohl der empirische Nachweis noch ausstehe.

Eine Untersuchung bezüglich des Einfluß psychischer Komorbidität und der Intervention des psychosomatischen Konsiliardienstes auf die Verweildauer internistischer Patienten widmet sich eine neuere Untersuchung von Häuser (Häuser 2007). Zwar konnte erneut dargestellt werden, dass Patienten mit psychischer Komorbidität einen im Median 3 Tage verlängerte stationäre Verweildauer aufweisen, jedoch wurde ebenfalls deutlich, dass sich die Verweildauer durch Hinzuziehung des Konsiliarius nochmals verlängert, wofür er verschiedene Gründe anführt. „Eine Kostenersparnis durch Verkürzung der Verweildauer durch den CL-Dienst kann durch die Ergebnisse der Untersuchung nicht begründet werden- im Gegenteil, die Hinzuziehung des CL-Dienstes war mit einer längeren Verweildauer assoziiert“. Der Autor resumiert, dass insbesondere unter dem Aspekt der Kostenerstattung im Rahmen des DRG-Systems mit Kostenpauschalen das Fortbestehen der CL-Dienste möglicherweise bedroht sein könnte.

Bezüglich der Effekte psychiatrischer CL-Dienste an US-amerikanischen Krankenhäusern bestehen jedoch einige wesentliche Befunde: So konnte dargestellt werden, dass insbesondere frühzeitige Konsiliarkontakte sowohl zur Verkürzung stationärer Liegezeiten internistischer und chirurgischer Patienten als auch zu einer Verringerung der Rate an Fehlbelegungen führen. Desweiteren konnte eine Reduzierung der Kosten der Gesamtbehandlung sowohl stationär als auch ambulant unter der Bedingung der adäquaten Weiterleitung der stationär erhobenen Befunde an den Hausarzt nachgewiesen werden, wobei die Reduktion von unnötigen Diagnose- und Therapiemaßnahmen bei Patienten mit somatoformen Störungen insbesondere bei den Untersuchungen von Kashner hervorgehoben wird (Söllner 528-34) (Ormont 1997) (Kashner 1992).

Diese Befunde weisen auf die Funktion hin, die das Konsiliargespräch im Kontext der Gesamtbehandlung einnimmt, wobei Lipowski 1983 bereits auf die Mittlerrolle hinweist, welche das Gespräch für die weitere Therapie des Patienten hat(Lipowski 3-14).

Nach Gündel et al (Gündel 247-54) könnten Effektivitätskriterien beispielweise sein, inwieweit es zur Vermittlung eines adäquaten Krankheitsmodells gekommen ist, das dem Patienten mehr internale Kontrollüberzeugungen vermittelt oder inwieweit es zu einer umfassenden Information des ambulant weiterbehandelnden Kollegen mit Hinweisen zur Patientenführung gekommen ist.

Beide Tatsachen könnten durch die Verhinderung weiterer organischer Diagnostik letztlich eine Begrenzung von Ressourcen bewirken.

Neben der Veränderung der Beschwerden wäre die Beurteilung der Auswirkungen des Konsiliargesprächs durch den Patienten ein weiterer Aspekt unter dem die Effektivität des Konsilgesprächs zu beurteilen wäre.

So konnte Jordan et al. 1989 zeigen, dass im Rahmen einer katamnesticen Befragung fast 80% der Patient eine Beschwerdereduktion im Vergleich zum Zeitpunkt des Konsiliargesprächs angaben. Auch beurteilen in der genannten Untersuchung 30-60% der Patient das Gespräch rückwirkend als positiv oder hilfreich (ebenso Künsebeck und Freyberger 1987 und Strauß et al. 1991).

Herzog und Hartmann stellen fest, dass “angesichts der psychosozialen Unterversorgung bereits minimale psychosoziale Interventionen effektiv” sein können. Auch Strauß et al. weisen darauf hin, dass bereits wenige Gespräche im Rahmen einer konsiliarische Mitbehandlung einen positiven Effekt haben können. (Herzog and Hartmann 281-93)

2.4.2 Compliance

2.4.2.1 Allgemeine Definition

Während Compliance in der wörtlichen Übersetzung Einwilligung, Willfährigkeit oder Einverständnis bedeutet, wird darunter im medizinischen Sinne die Bereitschaft des Patienten zur Mitarbeit bei diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen verstanden, z. B. die Zuverlässigkeit mit der therapeutische Anweisungen befolgt werden. (Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 256.Auflage).

In ähnlicher Form wird der Begriff auch von Haynes formuliert, der unter “Compliance” den Grad versteht, in dem das Verhalten einer Person in Bezug auf die Einnahme eines Medikamentes, das Befolgen einer Diät oder die Veränderung des Lebensstils mit dem ärztlichen oder gesundheitlichen Rat korrespondiert” (Haynes 11-18), S. 12).

„Der Begriff der “Compliance” meint also zunächst im allgemeinen Sprachgebrauch die “Befolgung ärztlicher Anordnungen“.

Der Schwerpunkt der zu diesem Thema durchgeführten Untersuchungen liegt auf der Medikamentencompliance, die für den ärztlichen Behandlungserfolg sowohl im niedergelassenen wie auch im stationären Bereich von zentraler Bedeutung ist.

Während lange Zeit versucht wurde Compliance in erster Linie in Bezug zu Patientenvariablen zu setzen ist auffällig, dass sich kaum Untersuchungen finden, in denen die Verhaltensweisen oder Persönlichkeitsmerkmale des Arztes als Interaktionspartner des Patienten erhoben wurden. „Da „Noncompliance“ entsprechend die Nichtbefolgung einer ärztlichen Empfehlung durch den Patienten bedeutet, wurde unterstellt, dass es sich um ein irrationales Verhalten des Patienten handelt, wenn dieser einer Verordnung nicht entspreche.“ (Basler 167-82).

Jedoch handelt es sich bei Noncompliance, wie in vielen Untersuchungen belegt, um ein verbreitetes Phänomen. „Die Spannweite der durchschnittlichen Noncompliance reicht von 10% bis zu 90% (59).“ (Köcher), S. 9)

Spörkel, Gietmann postulieren dagegen „dass eine globale Erfassung von Compliance als stabiles Merkmal des Patienten nicht zweckmäßig sein kann“ und bemühen sich eine Erörterung des Prozesscharakters der Compliance unter Berücksichtigung situativer Bedingungen durchzuführen und dabei eine Differenzierung verschiedener „Compliance-Aspekte“ vorzunehmen. (Spörkel, Gietmann, and Maaß), S. 7).

LAMPRECHT (Lamprecht 283-91) wendet sich gegen den Trend, die Compliance-Problematik entweder als intraindividuelle Variable des Patienten oder des Arztes anzusehen und hebt die Bedeutung einer „Kommunikationsstörung zwischen Arzt und Patient“ für nachfolgendes Noncompliance-Verhalten hervor. „Nur eine Arzt-Patient-Beziehung, die auf dem Prinzip der Partnerschaft und gegenseitigen Anerkennung beruht, ermöglicht es, dass der Patient die Therapie nicht nur passiv erdulde, sondern aktiv unterstützt“. Von dem „Grad der Subjekt-Subjekt-Beziehung“, welche in der Arzt-Patient-Begegnung erreicht wurde (44, S. 1843), hänge die Höhe der Compliance-Rate ganz wesentlich ab (Köcher)

Köcher führt auch aus, dass „die A r z t - P a t i e n t - B e z i e h u n g hochsignifikant positiv mit Compliance in Beziehung gesetzt wird. Um so verwunderlicher muss es da erscheinen, dass sich nur ca. 10% der empirischen Arbeiten – und meist nur am Rande – mit dieser Größe befassen.“ (Köcher), S. 14).

Die bisherigen Versuche, Complianceverhalten patientenbezogen zu erklären, legten das Health-Belief-Modell zugrunde, das vier compliance-begünstigende Faktoren beim Patienten postuliert: Die Wahrgenommene Gefährlichkeit der Erkrankung, die Wahrgenommene eigene Gefährdung durch die Erkrankung, den Wahrgenommenen Nutzen kooperativen Verhaltens, sowie die wahrgenommenen Barrieren, die der Einhaltung der Empfehlung entgegenstehen.

Als Weiterentwicklung vorbestehender Compliancemodelle wie des genannten Health-Belief-Modells bezieht das Compliance-Modell von Basler (Basler 1967-82) explizit kommunikative Variablen zur Erklärung von Compliance mit ein. Basler sieht dabei eine geglückte Kommunikation als notwendige, wenn auch nicht hinreichende Bedingung für Compliance. Als Konsequenz hält es Basler für notwendig sich intensiv mit den Behandlungserwartungen des Patienten und mit dessen Umfeld auseinander zu setzen. „Gemeinsam muss ein Weg gefunden werden, den der Patient akzeptieren kann“ (“informed consent”). Basler unterscheidet zwei Arten von Non-compliance:

1. Patienten, die sich trotz erzielten Konsens nicht kooperativ verhalten
2. Non-compliance bei Patienten bei denen ein Konsens über die Therapie nicht erzielt wurde.

Als Konsequenz empfiehlt er die verstärkte Auseinandersetzung mit den Behandlungserwartungen des Patienten um ein Arbeitsbündnis zu erzielen. “Ein Konsens zwischen Patient und Arzt über die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen wird durch eine zufriedenstellende Kommunikation des Arztes gefördert. Erst wenn dieser Konsens erreicht ist, entwickelt sich die Intention zu compliantem Verhalten”(Basler 1990).

Somit kann als noncompliant nur ein Patient bezeichnet werden, der trotz erzieltem Konsens mit dem Untersucher der ausgesprochenen Therapieempfehlung nicht nachkommt.

2.4.2.2 Compliance in der Psychosomatik

Der psychosomatische Konsiliardienst stellt aufgrund der durchgeführten Diagnostik im Idealfall die Weichen für eine psychotherapeutische bzw. psychosomatische Weiterbehandlung, indem die Patienten hierzu beraten und ggf. konkrete Empfehlungen ausgesprochen werden. In welche Richtung die Behandlung dann tatsächlich läuft, bleibt allerdings zumeist unklar. Hier sind Untersuchungen zur Angemessenheit der Therapieempfehlungen sowie Studien zur Effektivität der Vermittlung der Therapieempfehlung notwendig. Letzteres bezieht sich auf die Frage der Compliance der Patienten, d.h. inwieweit werden die Therapieempfehlungen nach der konsiliarischen Beratung von den Patienten umgesetzt.

Hierzu liegen bereits einige empirische Studien vor.

In einer bereits 1979 durchgeführten Untersuchung von Bolk (Bolk 2294-305), die sich mit der Effizienz des psychosomatischen Konsiliartätigkeit befasst, wird festgestellt, dass unter der Maßgabe, dass die angebotenen Behandlung vom Erstuntersucher durchgeführt werden kann

17% der befragten Patienten, bei denen einer Indikation zur weitergehenden psychotherapeutischen Behandlung gestellt wurde, dieses Angebot annahmen.

Köcher konnte 1982 bei 107 interviewten oder schriftlich befragten Patienten einer katamnestischen Untersuchung des psychosomatischen Konsiliardienstes eine Compliancerate von 36% finden, jedoch befolgten 21% der Patienten die Empfehlung zumindest partiell.

V. Cube (von Cube 49-75) beispielsweise untersuchte eine Stichprobe von 364 Ambulanzpatienten 14-26 Monate nach ihrem ersten Kontakt, mit dem Ergebnis, dass die Gespräche im großen und ganzen positiv bewertet wurden. Bei 47% der Patienten kam die empfohlene Behandlung zustande, 31 Patienten begannen eine andere als die vom Therapeuten vorgeschlagene Behandlung. Von den 106 Patienten, welche die Empfehlung nicht befolgten, wurden als Gründe dafür im wesentlichen der Zeitaufwand, die positiven Effekte des Beratungsgesprächs bzw. spontane Besserung genannt. Insgesamt erhielten etwa 90% der Patienten eine Therapieempfehlung, ein Anteil, der bei konsiliarisch untersuchten Patienten möglicherweise niedriger liegt

Erwähnenswert erscheint weiterhin ein Studie von Brähler und Brähler (1986), in der 100 Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz 6-8 Jahre nach dem therapeutischen Erstinterview schriftlich befragt wurden. Von den 66 Patienten, die geantwortet hatten, war zum Zeitpunkt der Nachbefragung bei 34 Patienten eine therapeutische Behandlung zustande gekommen, was einer Compliancerate von rund 50% entspricht. Während bei über der Hälfte (=55,9%) der Patienten die Behandlung innerhalb eines Jahres begann, mussten sechs Patienten (=17,6%) länger als ein Jahr auf eine Behandlung warten (Brähler and Brähler 140-60), S. 147).

Ebenfalls auf Ambulanzpatienten, die im Vergleich zu Konsiliarpatienten einen höheren sozialen Status haben und als besser motiviert beschrieben werden, richtete sich eine Katamnese studie von Künsebeck u. Freyberger (1987). Von 110 Patienten konnten die Autoren zu Beginn und nach einem 2-Jahres-Zeitraum Angaben im Gießentest, einer Beschwerdeliste und im Beck-Depressions-Inventar (BDI) erheben. Zwei Jahre nach dem Kontakt mit der Ambulanz waren die Beschwerden durchschnittlich verringert, ebenso wie die Depressivität. 65% der Patienten fanden die empfohlene Behandlung hilfreich oder etwas hilfreich.

Die wegen ihrer ausschließlichen Begrenzung auf Konsiliarpatienten mit der vorliegenden Arbeit am ehesten vergleichbaren Studie von Jordan et al. 1989 (Jordan et al. 127-35), wurden 156 Patienten nach der Untersuchung schriftlich mithilfe eines Fragebogens befragt. Von den 102 Patienten, die den Fragebogen zurücksandten, gaben ca. zwei drittel der befragten Patienten an

eine Therapieempfehlung erhalten zu haben, bei 55% führte dies zum Beginn einer therapeutischen Behandlung. Zwei Drittel der Patienten schätzten die Konsiliargespräche positiv ein, 79% berichteten von einer Beschwerdenminderung.

Die Untersuchung von Strauß (Strauß et al. 53-60) beschreibt die rückblickende Bewertung von maximal drei ambulanten Gesprächen durch 125 psychosomatisch erkrankte Patienten nach einem Zeitraum von durchschnittlich 14 Monaten. Die Patienten füllten hierzu einen umfangreichen Fragebogen aus, der sich an Methoden katamnestischer Untersuchungen zur Langzeittherapie orientiert. Die Compliance-Rate (Anzahl der Patienten, die die therapeutische Empfehlung befolgten) betrug in der Stichprobe 49%. Wenn Einzeltherapien empfohlen wurden, war die Rate besonders hoch, bei der Empfehlung einer stationären Therapie besonders niedrig. Im Hinblick auf die aktuelle Situation zeigte die Befragung, dass die Patienten durchschnittlich ihre Beschwerden als etwas geringer ausgeprägt, ihre Lebenszufriedenheit etwas höher einschätzen als zum Zeitpunkt des Gesprächs.

In einer von Auckenthaler et al. 1993 vorgelegten Untersuchung des psychosomatischen Konsiliardienstes am Klinikum Benjamin Franklin in Berlin wurden 519 Patienten 12-14 Monate nach dem Konsiliar- bzw. Ambulanzgespräch ein umfangreicher Fragebogen zugesandt. Insgesamt folgten mehr als die Hälfte der Patienten die Therapieempfehlung, d.h. die Compliancerate lag bei 54%. Es zeigte sich weiterhin, dass die Patienten das Gespräch insgesamt positiv bewerteten, jedoch übten auch viele Patienten inhaltlich Kritik am Konsiliararzt sowie an der Art der Durchführung der Gespräche.

Bei einer Verlaufsuntersuchung von Patienten mit Somatisierungsverhalten (Lupke, Ehlert, and Hellhammer 358-65) wünschten 89% der Patienten für den Fall eines erneuten stationären Aufenthaltes eine psychologische Mitbehandlung, lediglich 18% der Patienten nahmen im Katamnesezeitraum keinerlei Behandlung in Anspruch. Insgesamt 48% der Patienten nahmen nach der stationären Entlassung eine psychotherapeutisch-psychiatrische Behandlung auf und insgesamt 91 Patienten (74,6%) gaben an, ihr Verhalten in störungsrelevanten Bereichen verändert zu haben. Zu diesen Verhaltensänderung zählten die Anwendung von Entspannungsverfahren, eine Umgestaltung der Partnerschaft, des Freizeit- und Berufsbereiches und der Aufbau sozialer Kontakte. Eine ausschließlich somatomedizinische Behandlung (Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus) wurde von 34% der Patienten aufgesucht. Zur Therapie der Beschwerden begaben sich 16% der Patienten ausschließlich in psychotherapeutisch-psychiatrische Behandlung (Psychiater, Psychotherapeut, psychosomatische Fachklinik) und 32% der Patienten befanden sich im Katamnesezeitraum sowohl in somatomedizinischer als

auch in psychotherapeutisch-psychiatrischer Behandlung (Lupke, Ehlert, and Hellhammer 358-65), S. 360/361).

Eine höhere Compliancerate hinsichtlich einer Behandlungsempfehlung von fast 80% berichten Welzel-Ruhrmann (Welzel-Ruhrmann, Wermter, and Liedtke 220-26) in ihrer Studie zu einem psychosomatisch-dermatologischen Konsiliardienst. Eine Psychotherapieempfehlung wurde von knapp 70% der Patienten realisiert. Allerdings sind die relativ geringe Stichprobengröße (n=78; Rücklaufquote 68%) und der relativ lange Katamnesezeitraum (2 Jahre) zu berücksichtigen. Als förderlich nennen die Autoren eine positive Voreinstellung zur Konsultation sowie ein angenehmes Gesprächserleben.

Franz, Kuns, et al. führten an 285 Patienten die 1995 die im Rahmen eines psychosomatischen Konsils (Grundgesamtheit n=628, davon 83,3% stationär, 16,2% Mitarbeiter der Hochschule, die als Pat. die Ambulanz aufsuchten) die Empfehlung zur Aufnahme einer Psychotherapie erhalten hatten, nach einem Jahr eine Befragung durch. Die Autoren erhofften sich davon nicht zuletzt Hinweise zur Förderung der Therapieakzeptanz. Knapp die Hälfte der im Rahmen einer psychosomatischen Konsiliaruntersuchung beratenen Patienten (Rücklaufquote 67,3%) hatte die Empfehlung zur Aufnahme einer Psychotherapie befolgt (Franz, Kuns, and Schmitz 95-112).

2.4.2.3 Determinanten der Compliance

Einflussfaktoren der Compliance wie sie in der Literatur beschrieben werden können in drei größere Kategorien eingeordnet werden. Hier dominieren zunächst Einflüsse, die den Patienten betreffen, d. h. soziodemographische, biologische sowie diagnostische und Merkmale der Persönlichkeit des Patienten.

Darüber hinaus werden neben Merkmalen des Zustandekommens der Überweisung zunehmend auch Faktoren der Arzt-Patient-Beziehung (s.u.), als wesentlich für die Wahrnehmung der Therapieempfehlung gesehen.

Von Cube konnte in seiner Studie Faktoren identifizieren, die als prognostisch günstig einzustufen waren, wie z. B. die Tatsache, dass Patienten spontan in die Ambulanz kommen, d. h. nicht auf Überweisung eines Arztes oder einer Klinik. Jüngere Patienten mit höherer Schulbildung waren eher bereit, einer Therapieempfehlung nachzukommen. (von Cube).

Bei Jordan et al. erscheinen Konkrettheit des Therapievorschlages und Einschätzung der Therapieeignung durch den Therapeuten als gute Prädiktoren für die Aufnahme einer Behandlung und eine positive Bewertung der Gespräche. Jordan et al. identifizierten mittels

Clusteranalysen fünf Subgruppen (unter 77 Patienten), bei denen die „Compliancerate“ unterschiedlich war. Besonders hoch (mit 90%) war sie in einer Gruppe älterer Patienten, für die u.a. ein psychosomatisches Krankheitsverständnis als typisch bezeichnet wurde. Die niedrigste Compliancerate fand sich (mit 40%) in einer Gruppe weiblicher Patienten mit einer eher ambivalenten Einstellung zur eigenen Erkrankung.

Während das Geschlecht in den zitierten Untersuchungen einen Einfluss auf die Wahrnehmung der Therapieempfehlung zu haben scheint, können diese Befunde in neueren Untersuchungen nicht mehr bestätigt werden. So finden beispielsweise Frans und Kuhns (Franz 175-87) ebenso wie Strauß et al. (1991) keinen signifikanten Einfluss der Geschlechtzugehörigkeit auf die Wahrnehmung der Therapieempfehlung.

Als positive Einflussfaktoren von Compliance werden von Köcher (Köcher 1982) neben der Einstellung des Patienten zur psychosomatischen Medizin, dem Engagement des Patienten für das Zustandekommen des Kontaktes, auch die Therapiemotivation, der Leidensdruck sowie die Introspektionsfähigkeit des Patienten und schließlich ein geringer Chronifizierungsgrad beschrieben. Schließlich erscheint auch eine positive Einstellung der sozialen Umwelt des Patienten zur therapeutischen Empfehlung sowie eine positive Einschätzung der Arzt-Patient-Beziehung signifikant mit Complianceverhalten zu korrelieren.

Zu den übrigen soziodemographischen sowie diagnostischen Variablen liegen unterschiedliche Befunde vor. So nennen Franz et. Al (Franz, 1999,175-87) als positive Einflussfaktoren auf die Compliance die Variablen Alter (jüngere Patienten), einen höher qualifizierten Schulabschluss sowie eine stärkere subjektive psychische Gesamtsymptombelastung (die Annehmer schilderten sich depressiver, nervöser und ängstlicher als die Ablehner). An erster Stelle der Ablehnungsmotive standen „Fehlende Einsicht in die Notwendigkeit einer Psychotherapie“ (26,7%), weniger häufig „sachlich-organisatorische Gründe“. Darüber hinaus werden Interviewfehler oder Unzufriedenheit mit dem Gespräch bei 20 bzw. 17% der Patienten als Gründe genannt.

Mit zunehmendem Bildungsgrad verringerte sich die Häufigkeit der Therapieablehnung aufgrund negativer Einstellung gegenüber Psychotherapie. Die Autoren resümieren, „dass Patienten mit ausgeprägten depressiven Beschwerden bei entsprechender Motivierung durch den Hausarzt oder Therapeuten eine psychotherapeutische Behandlungsempfehlung mit hoher Wahrscheinlichkeit realisieren“ (S. 109). Als besonders motivierungsbedürftige Risikogruppe spezifizieren die Autoren „die schulisch schlechter qualifizierten, älteren, verheirateten Patienten, bei denen die körperliche Beschwerdesymptomatik im Vordergrund stand.“ (S. 110)

Auch die Befunde zum Einfluss der Art der Empfehlung auf die Compliance bieten ein uneinheitliches Bild. Während bei Köcher (1982) die Empfehlung eine stationären Therapie signifikant mit Compliance korreliert, bietet sich bei Strauß et al. (1991) ein genau entgegengesetztes Bild.

Bei einer Untersuchung von Wetzel-Ruhrmann et al. (Wetzel-Ruhrmann, Wermter, and Liedtke 220-26) werden neben den soziodemographischen Variablen weiter mögliche Faktoren und deren Auswirkung auf die Wahrnehmung der Therapieempfehlung diskutiert: "Es zeigte sich kein bedeutsamer Zusammenhang mit klinischen oder demographischen Merkmalen, ebenso hatte die Häufigkeit der Gesprächskontakte keinen Einfluss. Dabei wurde in 70,5% der Fälle nur ein Gespräch geführt. Compliancefördernd wirkten sich eine positive Voreinstellung zur Konsultation sowie ein angenehmes Gesprächserleben aus. Insgesamt konnte also mit relativ wenig Zeit- und Arbeitsaufwand eine hohe Effektivität erreicht werden." (Wetzel-Ruhrmann, Wermter, and Liedtke 220-26) S. 220)

Hinsichtlich der Rahmenbedingungen in die das Gespräch eingebettet ist wird einerseits die Vorinformation des Patienten zum Gespräch wie auch die Art der konkreten Weitervermittlung an den Untersucher diskutiert. Lipowski (Lipowski 3-14) berichtet, dass viele Patienten bereits die Überweisung zum Konsiliarius als persönliche Diskriminierung empfanden. Während zu erwarten wäre, dass die Zufriedenheit der Patienten mit dem Konsiliargespräch entscheidend davon abhängt, ob und wie diese darauf vorbereitet werden, wird von Freyberger (1980) hingegen ein positiver Einfluss einer vorab erfolgten Aufklärung negiert, von Haeseler (1979) sogar einen eher negativer Einfluss postuliert.

Als signifikant mit Compliance korreliert kann jedoch die Art der Vermittlung der Therapieempfehlung gesehen werden. Von Cube (v.Cube 1981) berichtet dabei, dass die vom Therapeuten direkt vermittelten Patienten häufiger eine psychotherapeutischen Behandlung aufnahmen, als solche, die sich selbst um einen Therapieplatz bemühen mussten.

Ihre ablehnende Haltung gegenüber einer empfohlenen psychotherapeutischen Weiterbehandlung begründeten die Patienten in der Untersuchung von (Brähler and Brähler 140-60) am häufigsten damit, dass sie durch das Beratungsgespräch genügend Anstöße bekommen hätten, um alleine zurechtzukommen oder dass sich die Beschwerden gebessert hätten.

Auch bei Flickenschild dominierten bei den Gründen für das Nichtzustandekommen einer therapeutischen Empfehlung die positiven Anregungen durch das Gespräch: 35% der Patienten

gaben an, dass sich “die Beschwerden gebessert hätten oder dass sie durch das Gespräch genug Anregungen bekommen hätten “allein zurecht zu kommen” (Flickenschild).

Auch die Begründungen dass eine psychotherapeutische Behandlung zeitlich (von Cube) oder finanziell (von Cube, Flickenschild) zu aufwendig gewesen sei, finden sich bei 10-20% der Patienten.

2.4.2.4 Die Arzt-Patient-Beziehung

Von vielen Autoren wird übereinstimmend die Bedeutsamkeit der Arzt-Patient-Beziehung für die Compliance konstatiert. Jedoch muss festgestellt werden, dass wenige Untersuchungen existieren, die die Arzt-Patient Beziehung und deren Auswirkung auf die Compliance näher untersuchen.

Es darf mittlerweile als bekannt vorausgesetzt werden, dass die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung den Therapieerfolg zumindest mitbestimmt, dass eine fruchtbare Arzt-Patient-Beziehung die Compliancerate erheblich verbessern kann (Köcher).

Für Hulka ist die Wechselbeziehung zwischen Patient und Arzt eine die Compliance zweifellos erheblich beeinflussende Komponente. Die Autorin konstatiert, dass es jedoch „sehr schwierig ist, die Mechanismen dieser Wechselbeziehung zu ergründen und ihre Teilfaktoren quantitativ zu messen. Eine Folge davon ist, dass jede zusammenfassende Darstellung dieses Themas beschränkt ist durch das Fehlen einer klaren Vorstellung darüber, was man einerseits unter dem Patienten-Arzt-Verhältnis und andererseits unter Compliance wirklich versteht“ (Hulka 77-93), S. 77). Im Zusammenhang mit Arzneimittelannahme ergibt sich für sie auch aus der vermittelten Information im Gespräch ein Hinweis auf die Compliance. “Bei den Patienten mit Herzinsuffizienz war das Ausmaß der erhaltenen Anweisungen und Informationen umgekehrt proportional mit der Höhe der Einnahmefehler korreliert. Je besser die Kommunikation, desto niedriger die Fehlerquote” (Hulka 77-93), S. 92).

Sie fasst zusammen, dass die Häufigkeit fehlerhafter Medikamenteneinnahme mit der Abnahme der Kommunikation zwischen Arzt und Patient ansteigt, sie reduziert sich hingegen, wenn die Patienten zufrieden sind und ihre Erwartungen erfüllt sehen.

Als eine Möglichkeit Informationen über die Beziehung und das Gesprächserleben zu sammeln hat sich die Befragung der Patienten etabliert, wobei sich stets Hinweise ergaben, dass die Zufriedenheit des Patienten mit dem Gespräch einen signifikanten Einfluss auf die Möglichkeit

des Patienten vom Gespräch zu profitieren und schließlich auch auf die Compliance hatte (Haynes 142-68; Welzel-Ruhrmann, Wermter, and Liedtke 220-26).

Auch Basler (1990) weist darauf hin, dass im Bezug auf ärztliche Behandlungsmaßnahmen ein Konsens zwischen Arzt und Patient nicht, wie in vielen Studien zur Patientencompliance üblich, unterstellt werden kann, “sondern einen solchen Konsens anzustreben muss als wichtigste Aufgabe innerhalb der Arzt- Patient-Kommunikation angesehen werden” (Becker et al. 94-131; Basler 167-82).

Der Autor weist auf die Notwendigkeit einer stärkeren Berücksichtigung der Arzt-Patient-Kommunikation bei zukünftigen Vorhaben der Complianceforschung hin und verweist auf die Zusammenstellung von Untersuchungen von Haynes et. al. (1982, 142-68), wonach die Einhaltung der ärztlichen Empfehlung durch folgende Variablen beeinflusst werden: Allgemeine Zufriedenheit des Patienten, Erfüllung der Erwartungen des Patienten und Beurteilung des Therapeuten als freundlich und interessiert.

Für die Situation des psychotherapeutischen Erstkontaktes konnten v. Cube (1981) und Flickenschild (1983) einen Zusammenhang zwischen der Einschätzung des Erstinterviews und dem weiteren Patientenverhalten nachweisen: Patienten, die angaben von dem Gespräch profitiert zu haben, begannen häufiger eine psychotherapeutische Behandlung.

Für Lackner und Jäger gibt auch das Bearbeiten eines katamnesticen Fragebogens bereits Hinweise auf die Zufriedenheit der Patienten mit dem Gespräch. Die Patientencompliance ergab sich aus der Gegenüberstellung von 110 Rücksendern und 48 Nichtrücksendern über die Variablen der (vorliegenden) Konsilbeurteilungen. Die Rücksendung erfolgte eher bei gutem emotionalen Kontakt, wenn der Patient sich nach Einschätzung des Konsiliarius verstanden gefühlt hat und das Konsil eine Hilfe war. Keinen Zusammenhang mit der Rücklaufquote hatte die Einschätzung des Konsiliarius, ob der Patient mit dem Konsil zufrieden war. D. h., auch wenn der Patient nach Meinung des Konsiliarius mit dem Konsil unzufrieden war, schickte der Patient den Bogen genauso häufig zurück, wie bei eingeschätzter Zufriedenheit. {Lackner, Jäger, et al. 1996 27 /id, S. 333-39. Die Autoren stellen fest, dass die Patientenzufriedenheit sich aus dem Grad der Hilfe durch das Gespräch, der Wichtigkeit des Gesprächs und dem sich Verstandenfühlen durch den Konsiliarius zusammensetzte. “Dies scheint die künftige Compliance zu beeinflussen” {Lackner, Jäger, et al. 1996 27 /id}, S. 333).

Mit der Frage nach der Art der Kommunikation und den Folgen für Compliance rückt letztlich auch die Person des Therapeuten im Verlauf zunehmend in das Zentrum des Interesses. Einige

Autoren setzen sich dabei konkreter mit möglicherweise angemessenen Gesprächstechniken auseinander die im therapeutischen Erstkontakt am ehesten Anwendung finden sollten. Flickenschild schreibt hierzu: "Dem Therapeuten in einer psychotherapeutisch-psychosomatischen Ambulanz stellt sich die diffizile Aufgabe, den Patienten zu informieren und ihm Einblick in die psychoanalytische Arbeit zu vermitteln, ohne ihn zu sehr aus dem Gleichgewicht zu bringen. Einerseits kann zuviel Angst den Widerstand gegen weiteres aufdeckendes Arbeiten verstärken, andererseits können die im Interview ausgelösten Ängste noch nicht in einem langfristigen gemeinsamen Arbeitsbündnis aufgehoben werden. (Flickenschild;Flickenschild).

Für WIRSCHING (Wirsching 363-68) ist der Ausgangspunkt psychotherapeutischer Konsiliararbeit die Frage nach der Art der Intervention. Aus der Einschätzung der Gesamtsituation eines Patienten leitet der Psychotherapeut ab, ob er eher stützend homöostatisch arbeiten soll oder ob der Patient ein grundlegendes Veränderungsinteresse zeigt. Diese Vorabklärung scheint wichtig, um auch schwer zugänglichen Patienten Unterstützung und Bearbeitungsmöglichkeiten anbieten zu können (Flickenschild) 1984 S. 6).

Hohage (Hohage, Klöss, and Kächele 544-56) stellt hierzu fest, dass im Gespräch zuweilen die Reflexion über die vorgegeben Ziele der Gesprächsführung im Hinblick auf Diagnostik, Konsultation und Abschluss vernachlässigt werden, obwohl diese Gesprächsziele gewollt oder ungewollt in die Interaktion mit eingehen. Für ihn gibt es daher keine ergiebigen oder unergiebig Patienten, sondern nur geeignete oder ungeeignete Gesprächstechniken, wenn man den Versorgungsauftrag der psychotherapeutischen Ambulanz ernst nimmt.

Eine stärkere Berücksichtigung der meist ambivalenten Behandlungsmotivation des Patienten im Erstgespräch halten auch Scheidt und Herzog für notwendig: "Wenn die meist ausgeprägten Abwehrbedürfnisse der Patienten toleriert werden, eröffnet ein entsprechend geduldiges Vorgehen oft die Chance, dass das somatische Symptombot nach und nach in einen begrenzten psychotherapeutischen Behandlungsauftrag umgewandelt werden kann" (Scheidt and Herzog 368-78), S. 373) "

BRÄUTIGAM (Bräutigam 363-66) sieht einen möglichen Grund für die auffällige Vernachlässigung der Arzt-Patient-Beziehung in den meisten Studien in der Angst der Therapeuten, kontrolliert zu werden und Schwächen eingestehen zu müssen. Diese Empfindlichkeit mache die Einbeziehung der "Therapeutenvariable" zu einem "besonders prekären" Unternehmen" (Köcher).

Zusammenfassend erscheint hinsichtlich der Auswirkung der Arzt-Patient-Kommunikation auf die Compliance die Frage zentral, inwieweit am Abschluss der erfolgten Konsultation ein „Konsens“ zwischen Untersucher und Patient im Bezug auf die vom Patienten idealerweise aus eigenen Stücken oder mit geringer Hilfe des Therapeuten durchzuführenden weiteren Behandlungsmaßnahmen erzielt werden konnte. Erst mittels eines solchen Konsens als Ergebnis einer zufriedenstellenden Kommunikation kann sich beim Patienten eine Intention zum complianten Verhalten entwickeln.

2.4.2.5 Verbesserung der Compliance

Haynes leitet eine Reihe von Vorschlägen aus der medikamentösen Behandlung von Patienten ab, worunter sich insbesondere äußere Hilfe befinden (Haynes 142-68). Information des Patienten, schriftliche oder telefonische Erinnerung aber auch Einführung in die Medikamenteneinnahme durch medizinische Hilfskräfte und schließlich die Überwachung des Patienten durch die Bestimmung von Serumwirkstoffspiegel sind dort genannt.

Übertragen auf den Kontakt des psychiatrisch-psychotherapeutischen Konsiliardienstes kann sicherlich bei vorliegender Therapiemotivation die direkte Vermittlung eines Therapieplatzes, die Nennung geeigneter Therapeuten und damit möglicherweise ein Verkürzung der Zeit bis zur Aufnahme der psychotherapeutischen Behandlung als wirksames Mittel zur Verbesserung der Compliance genannt werden.

Darüber hinaus werden in der vorliegenden Literatur einige Strategien genannt, die die Kommunikation betreffen. Bereits Hulka (Hulka 77-93) beschreibt eine Verminderung von Einnahmefehlern bei Patienten deren Erwartungen an die Kommunikation mit dem verschreibenden Arzt erfüllt wurden. Basler (Basler 167-82) hält in seinen Ergebnissen zur Complianceforschung die Berücksichtigung der Health-Beliefs des Patienten, d.h. dessen Erwartungen bezüglich der Kosten und Nutzen einer Therapie im Hinblick auf die Reduktion einer Bedrohung für unbedingt notwendig. Dies würde heißen, dass zur Herstellung einer stabilen Behandlungsmotivation zunächst die Information über mögliche Konsequenzen und das Schaffen von Handlungsanreizen im Vordergrund stehen sollte, wozu es auch gehören würde, die möglichen Bedenken des Patienten zu berücksichtigen.

Im Bezug auf die psychosomatische Konsiliarsituation liegen dabei einige Hinweise vor. Brähler und Brähler (Brähler and Brähler 140-60) mahnen beispielsweise die Modifikation der Interviewtechnik in Richtung Information und Beratung an. Hohage (Hohage, Klöss, and Kächele 544-56) geht mit seiner Forderung die Gesprächstechniken soweit anzupassen, dass eine

aktive Klärung des Gesprächsauftrages mit dem Patienten gelingen kann in eine ähnliche Richtung und Scheidt und Herzog ((Scheidt and Herzog 368-78) regen an, die Gesprächstechnik eher dem medizinischen Kontext in dem das Gespräch stattfindet, anzupassen.

Neuere Untersuchungen (Jordan et al. 127-35) legen nahe, dass es sinnvoll sein könnte auch explizit die Genesevorstellungen des Patienten mit einzubeziehen und damit möglicherweise die Basis geschaffen werden kann, eine Therapieempfehlung für den Patienten verständlicher zu machen.

Letztlich überwiegen in der Literatur die Vorschläge zur Beeinflussung weicher, d. h. vertrauensbildender Faktoren in der Förderung der Compliance, so dass es ein sinnvolles Unterfangen erscheint, in der vorliegenden Untersuchung die Beziehung zwischen Patient und Behandler sowie die kommunikativen Aspekte genauer zu beschreiben.

3 Fragestellung und Hypothesen

Aus der oben beschriebenen Arbeitsweise des psychosomatischen Konsiliardienstes wird leicht ersichtlich, dass die Untersucher im klinischen Alltag in der Regel keine Möglichkeit haben Informationen über das weitere Schicksal der Patienten zu erhalten. Da dem Patienten von Seiten des Konsiliarius auch keine weiteren Therapieangebote gemacht werden können, ist es für die Ärzte von großem Interesse zu erfahren was mit dem Patienten weiter geschieht und welche Auswirkungen auf das weitere Behandlungsschicksal des Patienten beschrieben werden können.

In der vorliegenden Untersuchung sollen hierzu einige Hinweise gewonnen werden.

Da die Compliance ein wichtiges Maß für den Erfolg der konsiliarischen Bemühungen darstellt, sollen in der Darstellung das Ausmaß der Compliance sowie der Zusammenhang mit verschiedenen die Compliance beeinflussenden Faktoren herausgearbeitet werden.

Hierzu sollen patientenbezogene soziodemographische, aber auch klinisch-diagnostische Variablen, Anforderungsgründe, Vorinformation, Leidensdruck, aber auch psychologische Merkmale der Patienten (Ätiologievorstellungen, Veränderungserwartung) hinsichtlich Zusammenhängen mit Compliance untersucht werden,

- Welche der erhobenen Bedingungen sind es, die Complianceverhalten ggf. fördern ?

In einigen Voruntersuchungen wird darauf verwiesen, dass beim Konsiliarkontakt vom Patienten nicht selten praktische Hilfen vermisst werden bzw. diese, wenn sie denn zum Tragen kommen zu einer Verbesserung der Ergebnisqualität aus Sicht der Patienten beitragen.

- Welche Rolle spielen Vermittlungshilfen, wirken sich diese auf Complianceverhalten aus?

Da insbesondere die Beschreibung der Kommunikation zwischen Untersucher und Patient im Mittelpunkt der Untersuchung steht, werden in deskriptiver Art und Weise Zusammenhänge zwischen Aussagen der Patienten und denen der Untersucher dargestellt.

Im Mittelpunkt soll jedoch die Bewertung des Gespräches und der Interaktion durch den Patienten und deren Einfluss auf die Wahrnehmung der Therapieempfehlung sein.

- Gibt es Zusammenhänge zwischen positiver Einschätzung des Konsilgesprächs durch den Patienten und der späteren Wahrnehmung der gegebenen Therapieempfehlung?

Wie aus der Literatur ersichtlich (Auckenthaler), gibt im Rahmen katamnesticer Befragungen ein erheblicher Anteil von Patienten an, vom Untersucher keine Therapieempfehlung erhalten zu haben, während nach Auskunft der Untersucher fast allen Patienten gegenüber eine Empfehlung ausgesprochen wurde.

Da eine wesentliche Aufgabe des Gespräches neben der diagnostischen Klärung jedoch das Aussprechen einer konkreten Therapieempfehlung an den Patienten ist, soll von Bedeutung sein, ob die Therapieempfehlung für den Patienten verständlich und damit letztlich auch "fassbar" geworden ist.

- Ist die Therapieempfehlung für den Patienten "fassbar" geworden und welchen Einfluss hat dies auf das Complianceverhalten

Ein zentrales Anliegen dieser Untersuchung ist die Einbeziehung der Einschätzung des Untersuchers zur Interaktion bzw. dessen Zufriedenheit mit dem Gespräch. Wie oben dargestellt finden sich in der aktuellen Literatur wenige Untersuchungen die die Rolle des Untersuchers und dessen Zufriedenheit als Hinweis auf eine gelungene Kommunikation Beachtung schenken. In einigen Untersuchungen (Auckenthaler et al., Lackner et al. 333-39) werden Probleme in der Kommunikation indirekt vermutet, die sich in einer unterschiedlichen Einschätzung des Gesprächs durch beide Gesprächsteilnehmer zeigen. Lackner und Jäger untersuchen in ihrer Darstellung der Konsiliarier/Patient/Stationsarzt-Triade explizit auch die Zufriedenheit des Untersuchers und vergleichen dessen Angaben mit denen der Patienten. Zufriedenheit des Konsiliarier wird in dieser Untersuchung insbesondere durch den Grad des erlangten Einblickes in die Probleme des Patienten und der vom Untersucher eingeschätzten Hilfe des Patienten durch das Gespräch bestimmt. Darüber hinaus sind für die Zufriedenheit des Untersuchers aber auch bestimmend ob die Therapieempfehlung beim Stationsarzt ankommt, dieser die Diagnose auch in den Entlassungsbericht übernimmt sowie auch der fachliche Austausch mit dem anfordernden Kollegen. Faktoren von Zufriedenheit sind also bei der genannten Untersuchung neben dem einzelnen Gespräch auch vom Umgebungsbedingungen abhängig, in die das Konsil eingebettet ist. Trotz hoher Übereinstimmung der Zufriedenheitsangaben bei Patient und Konsiliarier, sehen Lackner und Jäger die Ursachen einer fehlenden Korrelation von Aussagen des Patienten und denen der Konsiliarier bezüglich der Hilfe des Patienten durch das Gespräch – die Konsiliarier schätzten die Hilfe für den Patienten durch das Gespräch häufig positiver ein – in der Selbsteinschätzung des Therapeuten und in der mangelnden Rückmeldung über die weitere Wirkung des Konsiles auf den Patienten durch den Stationsarzt. Sie vermuten hinter den

unterschiedlichen Angaben von Untersucher und Patient bezüglich der Hilfe durch das Gespräch möglicherweise eine Kommunikationsstörung in der Arzt-Patient Interaktion.

Während Unzufriedenheit des Untersuchers möglicherweise zentral als Folge der Arzt-Patient Interaktion gesehen werden kann, heben Scheidt und Herzog auch den Aspekt der Gesprächstechnik hervor wobei ein fehlgeschlagener Kommunikationsversuch auch Folge einer nicht angemessenen, möglicherweise den Patienten überfordernden Herangehensweise sein kann. Allgemein kann vermutet werden, dass die Zufriedenheit des Untersuchers mit dem Gespräch unter anderem mit seinem Selbstverständnis und den damit zusammenhängenden Zielen im Gespräch verbunden ist. Ist der Untersucher mit seinem „Anliegen“ beim Patienten angekommen, hat er das Verständnis des Patienten erweitern können, konnte Offenheit hergestellt, mögliche Vorbehalte des Patienten geklärt werden?

Die im Gespräch gewonnene Übereinstimmung mit dem Patienten als Ergebnis einer effektiven Kommunikation könnte möglicherweise Einfluss auf die Zufriedenheit des Untersuchers haben. Letztlich sollte sich diese auch nach den vorliegenden Hinweisen, die bei divergierenden Einschätzungen beider Beteiligter eine Störung in der Kommunikation nahe legen, auch auf die Compliance des Patienten auswirken.

Letztlich existieren wenige Untersuchungen darüber ob sich die Zufriedenheit beider Gesprächsteilnehmer oder im Gegensatz dazu divergierende Gesprächsbeurteilungen, wie sie im Rahmen von Voruntersuchung (Lackner et al. 333-39) als Hinweise für Kommunikationsstörungen gesehen werden, auf das weitere Schicksal des Patienten und des Complianceverhalten auswirkt.

Vor diesem Hintergrund erschien es im Rahmen dieser Untersuchung insbesondere sinnvoll den Eindruck des Untersuchers zu erfragen und ihn in Relation zu den subjektiven Einschätzungen des Patienten zu setzen. Dies geschieht außer zur Therapieempfehlung auf folgenden Ebenen:

Leidensdruck, Zugang zum Patienten, Hilfe des Patienten durch das Gespräch, und der Vorstellung einer weiteren Arbeit mit dem Patienten.

Mit Hilfe dieser vergleichbaren Angaben werden evtl. Einblicke in die stattgefundene Interaktion möglich sein.

- Folgt einer positiven Gesprächseinschätzung des Untersuchers häufiger auch eine positive Gesprächseinschätzung des Patienten?

- Folgt einer positiven Gesprächseinschätzung von Seiten des Untersuchers häufiger Complianceverhalten?
- Welche Rahmenbedingungen finden sich bei unterschiedlicher Bewertung beider Interaktionspartner?

Hypothesen:

Erwartet wird ein Zusammenhang zwischen der Gesprächsbeurteilung der Patienten und der Wahrnehmung der Therapieempfehlung:

- Positive Beurteilung des Gespräches durch den Patienten hat häufiger Complianceverhalten zur Folge und umgekehrt.

Erwartet wird ein Zusammenhang zwischen der Gesprächsbeurteilung durch den Untersucher und der Wahrnehmung der Therapieempfehlung:

- Positive Beurteilung des Gespräches durch den Untersucher folgt häufiger Complianceverhalten und umgekehrt.

Erwartet wird weiterhin eine weitgehende Konvergenz der Gesprächeinschätzung beider Teilnehmer:

- einer positiven Gesprächseinschätzung des Untersuchers folgt häufiger auch eine positive Gesprächseinschätzung des Patienten.

Erwartet wird eine weitgehende Konvergenz in der Gesprächsbeurteilung beider Interaktionspartner:

- positive Konvergenz , d.h. beiderseitige Zufriedenheit mit der Gesprächsinteraktion führt häufiger zur Aufnahme der Therapieempfehlung,
- Negative Konvergenz in der Gesprächsbeurteilung hat häufiger zur Folge, dass die Therapieempfehlung vom Patienten ignoriert wird

Letztlich werden in beiden Fällen aus den vorliegenden Daten Hinweise auf zugrundeliegende Faktoren erwartet.

4 Methode

Seit den 90er Jahren existierte in Berlin der Arbeitskreis der psychosomatisch konsiliarisch tätigen Abteilungen und Funktionsbereiche. Mitarbeiter von neun Krankenhäusern kamen hier in regelmäßigen Treffen einmal im Monat zusammen. Inhalte der Arbeit waren neben Erfahrungsaustausch und Weiterbildung auch die Entwicklung neuer Konzepte und Methoden zur Integration psychosomatischer Betreuung in Allgemeinkrankenhäusern.

Ursprüngliches Anliegen dieser Untersuchung sollte die Bestandsaufnahme der Arbeit der am Arbeitskreis beteiligten psychosomatischen Funktionsbereiche sein. Die Möglichkeit zur Teilnahme an der Untersuchung war jedoch zum Zeitraum der Erhebung nur in vier der Krankenhäusern gegeben.

Beteiligt waren das Klinikum Benjamin Franklin (Berlin-Steglitz), das Wenckebach Krankenhaus (Berlin Tempelhof), das Humboldt Krankenhaus (Berlin-Reinickendorf) sowie das Krankenhaus Moabit (heute Helios-Klinik).

In der personellen Ausstattung zeigten Unterschiede: Im Wenckebachkrankenhaus bestand eine halbe Arztstelle für den Konsiliardienst, im Krankenhaus Moabit zwei halbe Stellen für den Konsiliardienst, im Humboldtkrankenhaus eine Psychologen- und eine Arztstelle sowie im Klinikum Benjamin Franklin zweieinhalb Arztstellen, die jedoch sowohl dem Konsiliar-, als auch dem umfangreichen Ambulanzbereich zugeordnet waren.

Sämtliche Funktionsbereiche arbeiteten nach dem Konsiliarmodell, wobei Ärzte tätig waren, die mehrheitlich eine abgeschlossene analytische- oder tiefenpsychologisch fundierte therapeutische Ausbildung besitzen. Die bestehenden Funktionsbereiche waren entweder der internistischen Abteilung oder falls vorhanden der psychiatrischen Abteilung angegliedert. Mit Ausnahme der zur Zeit der Untersuchung bettenführenden psychosomatischen Abteilung des Klinikum Benjamin Franklin bestanden keine stationären Behandlungsmöglichkeiten.

Die Konsilanforderungen erfolgten in schriftlicher Form vom behandelnden Stationsarzt der anfordernden Abteilung. Zwischen den anfordernden Ärzten und den Konsiliarii bestand kein regelmäßiger oder intensiverer Kontakt sondern in der Regel lediglich ein patientenbezogener Austausch. Auch Anforderungsgründe wurden dabei schriftlich formuliert, bei einem Teil der Patienten, insbesondere wenn aktuelle Probleme bestanden, erfolgte auch telefonische Abstimmung.

In der Regel wurden 1-2 Gespräche geführt, wobei meist Fragen nach psychogenen Faktoren der vorliegenden Erkrankung sowie diagnostische Einschätzungen und letztlich die Angabe einer konkreten Therapieempfehlung im Vordergrund standen.

Ausnahmen bestanden hinsichtlich der Gesprächsanzahl bei auf Grund der Chronizität der Erkrankung länger hospitalisierten Patienten, wie beispielweise solchen, die bei schwerer Herzinsuffizienz auf eine Transplantation warteten und bei denen daher die Verbesserung der Krankheitsverarbeitung erreicht werden sollte (vorwiegend Krankenhaus Moabit).

In der Regel erhielten die Patienten schließlich eine Therapieempfehlung, wobei Adressenlisten von ambulanten Therapeuten oder andere Vermittlungshilfen zur Anwendung kamen.

Ergebnisse der Untersuchungen wurden den behandelnden Kollegen ebenfalls schriftlich mitgeteilt, wobei bei akuten Problemen die Möglichkeit von telefonischen oder persönlichen Rücksprachen genutzt werden konnte.

Im Anschluss an die Untersuchung wurden die erhobenen Merkmale des Patienten sowie der Untersuchung in dem Erhebungsbogen für die Patientendokumentation (s.u.) festgehalten.

4.1 Beschreibung der Stichprobe

In die Stichprobe wurden 309 stationär behandelte Patienten aus vier Kliniken im Westteil Berlins aufgenommen. Während des dreimonatigen Erhebungszeitraumes (15.02.1994 – 15.05.1994) wurden diese zu einem oder mehreren Gesprächen mit einem psychosomatischen Konsiliararzt überwiesen (Tabelle 4.1).

Tabelle 4.1: Verteilung der Stichprobe in den vier Krankenhäusern

	Häufigkeit	Prozent
Klinik		
Humboldt	102	33.0
Moabit	77	24.9
Steglitz	57	18.4
Wenckebach	73	23.6
gesamt	309	100.0

Die Patienten waren zwischen sieben und 92 Jahren alt, das Durchschnittsalter betrug knapp 49 Jahre ($SD = 17.3$) (Abbildung 4.1).

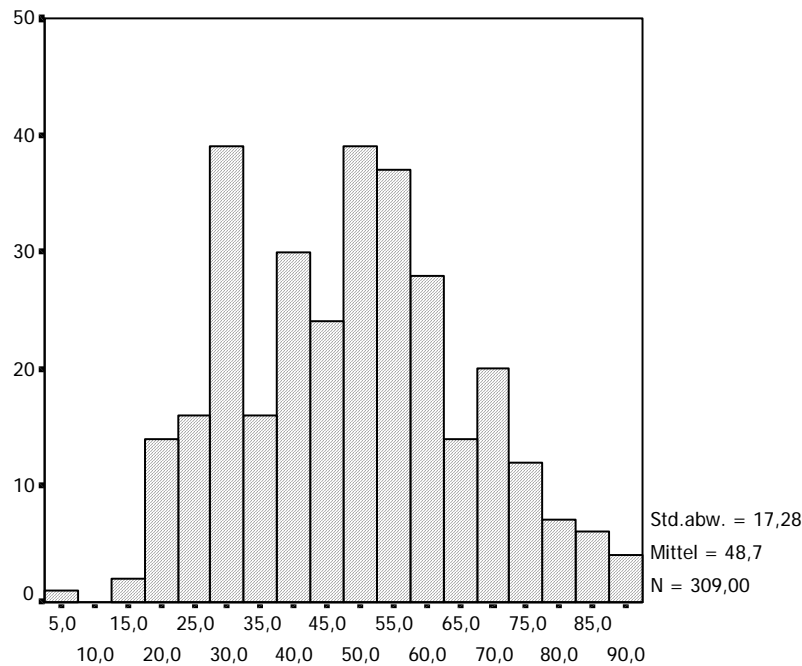


Abbildung 4.1: Alter der Studienteilnehmer in Jahren

123 der Patienten (39.8%) waren männlichen, 186 Patienten (60.2%) weiblichen Geschlechts. Von den 309 Studienteilnehmern lebten 93 (30.1%) allein. 116 (37.5%) lebten mit Partner/Partnerin. Weitere 42 (13.6%) lebten mit Partner/Partnerin *und* Kindern zusammen. Nur mit Kindern lebten 11 (3.6%) Studienteilnehmer, nur mit Verwandten (Geschwister, Eltern, Großeltern) 23 (7.4%). Fünf Studienteilnehmer (1.6%) wohnten in Wohngemeinschaften, sieben (2.3%) unter sonstigen Wohnbedingungen (z.B. Asyle). Bei zwölf Studienteilnehmern (3.9%) wurde die Haushaltssituation nicht abgeklärt (Tabelle 4.2).

289 (93.5%) der Studienteilnehmer waren deutsch. Daneben nahmen vier deutschstämmige Aussiedler (1.3%), acht Gastarbeiter (2.3%), ein Asylberechtigter (0.3%) und drei Personen aus der Europäischen Union (1.0%) an der Untersuchung teil. Bei vier (1.3%) Studienteilnehmern liegen zur Nationalität keine Angaben vor (Tabelle 4.2).

Vollerwerbstätig waren 107 (34.6%) der Studienteilnehmer. 21 (6.8%) waren noch nicht, 19 (6.1%) teilerwerbstätig. 22 Personen waren arbeitslos (7.1%), 14 Personen bezogen Sozialhilfe (4.5%) und 93 Personen waren berentet (bzw. im Rentenverfahren; 30.1%). Nie erwerbstätig waren vier Studienteilnehmer (1.3%) für neun Studienteilnehmer (2.9%) traf diese Kategorisierung nicht zu. Sie arbeiteten z.B. als Hausfrau/Hausmann. In 20 Fällen (6.5%) wurde die Fragen nach der Berufstätigkeit nicht abgeklärt (Tabelle 4.2).

Tabelle 4.2: Beschreibung der Stichprobe

		Häufigkeit	Prozent
Geschlecht	Männlich	123	39.8
	Weiblich	186	60.2
Haushalt	allein lebend	93	30.1
	mit Partner/in	116	37.5
	mit Partner/in u. Kindern	42	13.6
	nur mit Kindern	11	3.6
	nur mit Geschwistern/Eltern/Großeltern	23	7.4
	Wohngemeinschaft	5	1.6
	sonstige (z.B. Asyle)	7	2.3
	nicht abgeklärt	12	3.9
Nationalität	deutsch	289	93.5
	deutschstämmige Aussiedler	4	1.3
	Gastarbeiter	8	2.6
	Asylberecht./-bewerber	1	.3
	EU-Bürger	3	1.0
	missing	4	1.3
Erwerbstätigkeit	noch nicht erwerbstätig	21	6.8
	vollerwerbstätig	107	34.6
	teilerwerbstätig	19	6.1
	arbeitslos	22	7.1
	Sozialhilfe	14	4.5
	berentet oder Rentenverfahren läuft	93	30.1
	nie erwerbstätig gewesen	4	1.3
	nicht abgeklärt	20	6.5
	nicht zutreffend (z.B. Hausfrau/-mann)	9	2.9
Gesamt		309	100.0

Eine ambulante psychosomatische, psychotherapeutische oder psychiatrische Vorbehandlung gaben nur zwei Patienten an. Keiner der Studienteilnehmer gab im Konsilgespräch stationäre psychosomatische, psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungen in der Vorgeschichte an.

4.2 Erhebungsinstrumente und Erhebungsplan

4.2.1 Fragebogen für die Konsildienste

Die Erhebung der Untersuchungsdaten erfolgte mit dem Dokumentationsbogen für Ambulanz- und Konsiliarkontakte der Abt. für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikum Benjamin Franklin. Dieser wurde in einigen Aspekten überarbeitet, um den Voraussetzungen der Konsilsituation besser Rechnung tragen zu können.

Neben soziodemographischen Variablen (Alter und Geschlecht, Krankenkasse, Sprachverständigung, Nationalität, Erwerbsstatus, Art des Zusammenlebens) wurden Rahmenbedingungen der Überweisung (überweisende Fachrichtung, Aufnahme-, Überweisungs- und Untersuchungsdatum, Anzahl der Untersuchungstermine, Dauer des 1. Konsiles, geschätzte

Gesamtzeit für den Patienten, Psychiatrische/ Psychotherapeutische Vorbehandlung, Initiative zur Untersuchung), diagnostische Variablen (psychische und organische Diagnosen, wichtigste Diagnose, Dauer der zur Untersuchung führenden Symptomatik) und die therapeutische Empfehlungen (somatische-, psychotherapeutische Weiterbehandlung, soziale Hilfen) erhoben.

Auf einer Skala von 1-8 wurde außerdem die Einstellung des Patienten bezüglich einer weiteren psychotherapeutischen Behandlung vor und nach dem Gespräch erfragt um den Prozesscharakter des Gesprächs besser abbilden zu können und es wurde die Prognose des Patienten aus der Sicht des Untersuchers auf einer fünfstufigen Skala dokumentiert.

Ziel dieser Erhebung war es u.a. auch den subjektiven Eindruck des Untersuchers vom Gespräch genauer erfassen zu können. Zu diesem Zwecke kamen einige Fragen hinzu, mit denen der Untersucher das Gespräch anhand einer Skala von 1-5 beurteilen sollte. Erfragt wurden Einschätzungen

- des erlangten "Zuganges" zum Patienten
- ob das Gespräch für den Patienten hilfreich war
- ob die ausgesprochene Therapieempfehlung beim Patienten "angekommen" ist.

Außerdem sollte der Untersucher

- die eigene Zufriedenheit mit dem Gespräch und
- die Vorstellung einer weiteren Arbeit mit dem Patienten

ebenfalls auf einer fünfstufigen Skala festhalten.

Abschließend wurde auch den Untersucher Raum für Bemerkungen gelassen.

4.2.2 Fragebogen für die Katamnese

Die Entwicklung der 5-seitigen Katamnesebögen für die Patienten erfolgte gemeinsam mit den Konsilärzten (Mitte 1994). Aufgabe des Katamnesebogens sollte es sein, das Angebot des psychosomatischen Konsiliardienstes durch die Patienten beurteilen zu lassen und den Rahmen, in den die Untersuchung eingebettet ist, näher zu beschreiben. Es finden sich hierin Fragen aus dem Katamnesefragebogen der Ambulanzuntersuchung am Klinikum Steglitz von Auckenthaler et al. (1992), Elemente aus dem Fragebogen für interpersonelle Schwierigkeiten und Behandlungsindikation (Horowitz), sowie einige Fragen aus dem Dokumentationsbogen, die den Untersuchern in ähnlicher Weise gestellt worden waren.

Inhaltlich beziehen sich die Fragen auf drei Bereiche: die Vorbedingungen des Konsiliarkontaktes, das Gespräch selbst und die Konsequenzen.

Zunächst wurde die Vorbedingungen des Gespräches erfragt:

Handelt es sich um einen erstmaligen psychosomatischen Beratungskontakt, bei wie viel Ärzten war der Patient im Jahr vor dem Gespräch in Behandlung, durch wen erfolgte eine Aufklärung über den Sinn und Zweck des Gespräches, von wem ging der Wunsch zum Gespräch aus, was war der wichtigste Grund für die Anmeldung, welche Beschwerden waren der Grund für die Überweisung (Freitext), die Beeinträchtigung des Patienten durch die Beschwerden, die Ätiologieeinschätzung des Patienten (jeweils fünfstufig "seelisch" und "körperlich") und die Veränderungserwartung des Patienten.

Zum Gespräch selbst wurden folgende Daten erfragt:

die Erinnerlichkeit, wurde eine Behandlungsempfehlung ausgesprochen und welche, wurden Hilfen bei der Suche nach einem Platz für die Weiterbehandlung gegeben. Auf einer fünfstufigen Skala wurde der subjektive Eindruck der Patienten befragt: ob er sich unter der Therapieempfehlung etwas vorstellen konnte, ob er das Gespräch als "belastend" empfand, ob er dem Therapeuten Vertrauen entgegenbringen konnte, ob er etwas "Neues" über sich erfahren hat, ob er sich mehr praktische Ratschläge oder mehr Aktivität des Therapeuten gewünscht habe, ob er sich eine weitere Behandlung durch den Therapeuten gewünscht hätte und ob er einem Freund in einer ähnlichen Situation zu einem solchen Gespräch raten würde.

Zu den Konsequenzen des Gespräches wurde erfragt, ob der Patient die Behandlungsempfehlung befolgt hat, ob diese für ihn hilfreich war, ob er etwas anderes anstatt dessen unternommen hat und was, sowie die Gründe für das Nichtbefolgen auf einer fünfstufigen Skala erfragt, wobei Mehrfachnennungen möglich waren (Therapieempfehlung unangemessen, Beschwerden spontan gebessert, durch das Gespräch genug Anregung bekommen, behandelnder Arzt stand der Empfehlung ablehnend gegenüber, zeitlich zu aufwendig, finanziell zu aufwendig, Angst vor Veränderungen, eine Psychotherapie nicht vor der Familie rechtfertigen können, keinen Therapieplatz gefunden, sowie sonstige Gründe als Freitext). Schließlich wurde zum aktuellen Status erfragt, bei wie vielen Ärzten der Patient im letzten halben Jahr in Behandlung war und wie stark er sich aktuell beeinträchtigt fühle.

Die Items enthielten unterschiedliche vorgegebene Antwortalternativen in kategorialer oder ordinaler Form. Im Falle kategorialer Antwortvorgaben war z.T. eine Kategorie „sonstiges“

vorgesehen, in welcher die Studienteilnehmer eine nicht vorgesehene Antwortalternative offen beschreiben konnten. Die vorgegebenen Rangreihen waren 5-stufig skaliert (z.B. sehr wenig bis sehr stark). Abschließend wurden die Patienten gebeten, 3 Fragen in freier Form zu beantworten.

Der Umfang des Fragebogens wurde aus Gründen der Repräsentativität gegenüber vergleichbaren Untersuchungen eher verringert. Auch wurden die Fragen zum Gespräch eher allgemein gehalten, um einer Überforderung des Ausfüllenden vorzubeugen und damit Hindernisse die der Bearbeitung im Wege stehen könnten gering zu halten.

4.2.3 Erhebungsplan

Die psychosomatischen Konsilärzte wurden vor Beginn des Erhebungszeitraumes in den Umgang mit dem überarbeiteten Dokumentationsbogen für Ambulanzkontakte der Abteilung für Psychosomatik/Psychotherapie des UKBF eingeführt (Anfang 1994). In die retrospektive schriftliche Befragung wurden alle Patienten einbezogen. Den Patienten wurde hierzu neben einem persönlichen Anschreiben ein 5-seitiger Katamnesefragebogen zugesandt. Reagierten die Patienten daraufhin nicht, wurde ihnen 6 Monate später ein Erinnerungsschreiben mit einem neuen Exemplar des Fragebogens übersandt.

Die Befragung fand im Durchschnitt zehn Monate nach dem Konsilgespräch statt und wurde im Januar 1996 abgeschlossen.

Tabelle 4.3: Erhebungsplan

	psychosomatisches Konsil	Versendung der Katamnesebögen (erster Durchgang)	Versendung der Katamnesebögen (zweiter Durchgang)	Ende der Katamneseperiode
Zeitraum	15.02.-15.05.1994	12/1994-01/1995	05/1995-06/1995	01/1996

4.3 Datenauswertung

Die Daten wurden in einer SPSS-Datenbank gespeichert und deskriptiv und inferenzstatistisch ausgewertet. Alle Berechnungen wurden mit dem Programmpaket SPSS/Win (Statistical Package for Social Sciences) durchgeführt.

Bei den Daten des Fragebogens lagen unterschiedliche Skalenniveaus vor. Bei nominalskalierten Daten fanden unter Berücksichtigung der in der Literatur beschriebenen Voraussetzungen Chi²-Verfahren zur Anwendung.

Nichtparametrische Testverfahren wurden verwendet, wenn nominal- oder ordinalskalierte Daten vorlagen. Bei dem verwendeten Kruskal Wallis H-Test handelt es sich dabei um eine einfaktorielle Varianzanalyse für Rangziffern mit der Voraussetzung, dass die Variable mindestens ordinalskaliert ist.

5 Ergebnisse

5.1 Konsildaten

5.1.1 Merkmale der Überweisung

Nahezu alle in der Untersuchung eingeschlossenen Konsiliarpatienten wurde von Abteilungen des eigenen Krankenhaus überwiesen (97,1%). Die Zuweisung erfolgte überwiegend aus der Inneren Medizin (81,2%), gefolgt von der Neurologie (6%), sowie Gynäkologie und Chirurgie (jeweils 3,2 %). Im Vergleich zu Voruntersuchungen (Sapper/Schminke 1987) bei denen der Anteil von Überweisungen aus der Inneren Medizin lediglich 47,4% betrug, unterstreichen diese Zahlen bestehende Befunde, wonach Konsiliaranforderungen aus der von internistischen Stationen überproportional häufig sind. Diese Zahlen legen außerdem die Vermutung nahe, dass ein hoher Prozentsatz der auf internistischen Stationen behandelten Patienten unter psychosomatischen Erkrankungen leiden (Punktprävalenz 36%: Arolt1999), bzw. dass ein hoher Prozentsatz psychosomatisch kranker Patienten auf internistischen Stationen behandelt wird.

Erwartungsgemäß ging die Initiative zum Gespräch bei einem überwiegenden Teil der Patienten (85,1 %) vom Stationsarzt aus. Dies unterstreicht auch im Vergleich zu früheren Untersuchungen (Sapper/Schminke 1987) bei der lediglich 2 von 3 Patienten vom Stationsarzt überwiesen worden waren, die zentrale Rolle des Stationsarztes als Lotze für die Einbeziehung psychosomatischer Hintergründe. Immerhin 9,4 % der Patienten hatten nach Aussagen der Konsiliarier selbst die Initiative für das Gespräch übernommen. Die Gründe für eine Konsilianforderung wurden nicht erhoben.

Tabelle 5.1: Zuweisende Stellen und Anregung der Untersuchung

	Häufigkeit	Prozent
Formal zuweisende Stelle		
eigenes Krankenhaus	300	97,1
andere Poliklinik/Beratungsstelle	1	,3
Niedergelassener Arzt	3	1,0
(Andere/Pat. selbst/Sozialgericht/Vers.-Amt.)	1	,3
keine Angaben	4	1,3
Fachrichtung zuweisende Stelle		
Psychiatrie	1	,3
Innere Medizin	251	81,2
Chirurgie	10	3,2
Gynäkologie	10	3,2
Haut	4	1,3

	Häufigkeit	Prozent
Neurologie/Neurochirurgie	18	5,8
HNO	8	2,6
andere	4	1,3
keine Angaben	3	1,0
Anregung zur Untersuchung in erster Linie durch		
Stationsarzt	263	85,1
Pat. selbst	29	9,4
Freunde, Bekannte usw.	3	1,0
and. Arzt/Institution	8	2,6
missing	6	1,9
Gesamt	309	100,0

61,5 % der Patienten hatten nach Angaben der Konsilärzte keinerlei psychosomatische oder psychiatrische Vorbehandlung erfahren, so dass für diese Patienten das Gespräch der erste Kontakt mit einer psychotherapeutischen Institution bedeutete.

Tabelle 5.2: Psychosomatische, -therapeutische und psychiatrische Vorbehandlung

Psychosomatische, psychotherapeutische oder psychiatrische Vorbehandlungen	Häufigkeit	Prozent
ambulant		38,1%
stationär	0	0,0%
keine	190	61,5%
unbekannt	1	,3%

5.1.2 Merkmale der Untersuchung

Bei mehr als der Hälfte der Patienten (n=159, 51,1%) war zur Bearbeitung der Fragestellung lediglich ein einzelner Konsiliarkontakt notwendig, immerhin 26,2 % sahen den Konsiliarius zweimalig. Bei 11,0 % der Patienten wurden 3 Gespräche geführt. Mehr als dreimal wurden 9,7 % der Patienten gesehen, sodass schließlich gut jeder fünfte der Patienten drei oder mehr Gespräche beim Konsiliarius erhielt. Hierbei dürfte es sich in erster Linie um im Rahmen von schwereren organischen Erkrankungen längerfristig hospitalisierte Patienten gehandelt haben, bei denen die Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung im Vordergrund stand (vgl. Tabelle 5.3).

Dennoch zeigt sich, dass insbesondere bei längerer Aufenthaltsdauer der Patienten die psychotherapeutische Mitbehandlungen im Rahmen des psychosomatischen Konsiliardienstes keine Seltenheit sind.

Insgesamt scheinen die Zahlen jedoch auf die Notwendigkeit hinzudeuten, im Rahmen begrenzter personeller Ressourcen das minimale Zeitkontingent einzuhalten und der Abklärung der konkreten Fragestellung des Behandlers erste Priorität einzuräumen.

Die Dauer des 1. Konsiles lag erwartungsgemäß in den meisten Fällen (85,4%) zwischen 30 und 60 Minuten. Wie aus Tabelle 5.3 ersichtlich, variieren erwartungsgemäß die für den Patienten aufgewendeten Gesamtzeiten deutlicher: bei 57,3% lag diese Zeit bei 60-120 min, nur bei 12,3% darunter, bei immerhin 29,4% wurde die Zeit von 2 Stunden überschritten. Dies könnte darauf hinweisen, dass sowohl die Dokumentation als auch die Vermittlung von Hilfen bei der Suche nach einem Therapieplatz oder auch die notwendige Rücksprache mit dem Hauptbehandler, d.h. die Vermittlung des Gesprächsresultates an die Weiterbehandelnden oder den Patienten wie auch Angehörigenkontakte oder Supervision, in erheblichem Maße Zeit der Behandler bindet.

Tabelle 5.3: Anzahl und Dauer der Untersuchungstermine, zeitlicher Gesamtaufwand

	Häufigkeit	Prozent
Anzahl der Untersuchungstermine		
1	159	51,5
2	81	26,2
3	34	11,0
4	13	4,2
5	6	1,9
mehr als 5	11	3,6
missing	5	1,6
Dauer des 1. Konsils in Min.		
1-15	4	1,3
16-30	21	6,8
31-60	264	85,4
61-90	16	5,2
>90	1	,3
missing	3	1,0
Geschätzte Gesamtzeit in Min. (incl. Telefonate, Dokumentationen, Besprechungen u.ä.)		
1-30	3	1,0
31-60	35	11,3
61-120	177	57,3
121-240	81	26,2
241-600	9	2,9
>600	1	,3
missing	3	1,0
Gesamt	309	100,0

5.1.3 Diagnostische Variablen, Verlauf und Beeinträchtigungsniveau

Bei den Symptomen bei denen sich für die Untersucher zunächst die Möglichkeit von Mehrfachnennungen ergab und im Verlauf erst die wichtigste Diagnose genannt werden sollte, zeigte sich ein Übergewicht für die psychischen bzw. psychiatrischen Symptome.

Über die Hälfte der Patienten (55,7%) zeigte zum Zeitpunkt des Konsilgesprächs Symptome depressiver Art (Tabelle 5.4). Bei einem Großteil dieser Patienten (bei 55,2% der Patienten mit depressiver Symptomatik, bzw. bei 40,5% der Gesamtstichprobe) schlossen die Konsilärzte auf eine depressiv akzentuierte Persönlichkeitsstruktur. Ein Viertel der Patienten litt unter Symptomen allgemeiner Angst bzw. 16,2% unter Angstanfällen. 67,3% der Patienten zeigten Störungen funktioneller Art, v.a. im Sinne einer psychovegetativen Polysymptomatik (32,7%) bzw. Störungen des Herz-/Kreislaufsystems (20,4%) oder des Schlafes (19,7%). Die Symptomatik "klassischer" Psychosomatosen wurden lediglich bei etwas mehr als einem Viertel der Patienten festgestellt (v.a. Adipositas und essentielle Hypertonie), wohingegen – die Patienten befanden sich in stationärer Behandlung – bei gut der Hälfte der Patienten primär organische Krankheitssymptome infolge z.Zt. bestehender (26,5%) bzw. früher durchgemachter organischer Erkrankungen (15,2%) bestimmt wurden.

Tabelle 5.4: Symptome und Diagnosen

	Häufigkeit	Prozent
Psychische Symptome	241	78,0%
Allgemeine Angst	77	24,9%
Angstanfall	50	16,2%
Phobien	18	5,8%
Zwangsgedanken	26	8,4%
Zwangshandlungen	11	3,6%
jetzt depressiv	172	55,7%
früher depressiv	81	26,2%
jetzt suicidal	19	6,1%
früher suicidal	26	8,4%
psychotisch	3	1,0%
delirant	6	1,9%
manisch/maniform	6	1,9%
Funktionelle Störungen	208	67,3%
Psychovegetative Polysymptomatik	101	32,7%
Herz/Kreislauf	63	20,4%
Magen/Darmtrakt	52	16,8%
Kopfschmerzen	35	11,3%
Schlafstörungen	61	19,7%
Wirbelsäule/Muskulatur/Motorik	49	15,9%
Urogenitaltrakt	12	3,9%
Atmung	15	4,9%
Haut	12	3,9%
Sexualfunktion	28	9,1%
Psychosomatosen	83	26,9%
Ulcus ventriculi/duodeni	9	2,9%

		Häufigkeit	Prozent
	Colitis ulcerosa	7	2,3%
	Anorexia nervosa	6	1,9%
	Adipositas	21	6,8%
	Asthma bronchiale	8	2,6%
	Essentielle Hypertonie	21	6,8%
	Morbus Crohn	7	2,3%
	Rheumatoide Arthritis	3	1,0%
	Bulimie	4	1,3%
	Neurodermitis	6	1,9%
Primär org. Erkrankungen		162	52,4%
	z.Zt. bestehende organ. Erkrankungen	82	26,5%
	Angeborene Missbildungen	1	,3%
	Chron. Erkrankungen (z.B. Diabetes mell., Dialyse)	19	6,1%
	Hirnorgan. Psychosyndrom	4	1,3%
	Malignom	12	3,9%
	Transplantation	19	6,1%
	Bypass	5	1,6%
Abhängigkeiten		68	22,0%
	Alkoholmissbrauch/Alkoholabhängigkeit	41	13,3%
	Medikamentenmissbrauch/-abhängigkeit	28	9,1%
	Drogenmissbrauch/-abhängigkeit	9	2,9%
Persönlichkeitsstörungen		97	31,4%
	Charakterneurose	45	14,6%
	Strukturelle Ich-Störungen (z.B. Borderline/narzisst. Neurose)	42	13,6%
	Soz. Schwierigkeiten (Dissozialität)	20	6,5%

Tabelle 5.5: Persönlichkeitsakzentuierung

		Häufigkeit	Prozent
Persönlichkeitsstruktur (Hauptakzent)	schizoid	40	12,9
	depressiv	125	40,5
	zwanghaft	58	18,8
	hysterisch	41	13,3
	nicht beurteilbar	45	14,6
	Gesamt	309	100,0

Die Konsilärzte hatten anschließend die aus ihrer Sicht wichtigste Diagnose zu bezeichnen. Hier ergibt sich eine etwas andere Gewichtung (Tabelle 5.6, letzte Spalte). Demnach ist das Störungsbild zum Zeitpunkt des Konsilgesprächs bei jeweils einem Viertel der Patienten von primär organischen bzw. funktionellen körperlichen Störungen geprägt. Bei jeweils knapp 15% dominiert die psychische bzw. psychosomatische Symptomatik, bei knapp 8% der Patienten stehen Substanzabhängigkeiten im Vordergrund der Symptomatik.

Tabelle 5.6: wichtigste Diagnose

	Häufigkeit	Prozent
wichtigste Diagnose (Oberkategorie)		
Psychische Symptome	44	14,2
Funktionelle Störungen	71	23,0
Psychosomatosen	46	14,9
Primär org. Erkrankungen	78	25,2
Abhängigkeiten	24	7,8
Persönlichkeitsstörungen	4	1,3
Persönlichkeitsstruktur	4	1,3
sonstige/missing	38	12,3
Gesamt	309	100,0

Die psychopathologische Symptomatik hatte bei 55,3% der Patienten ein Ausmaß erreicht, das die Vergabe einer ICD-10-Diagnose rechtfertigte. Den größten Teil hatten dabei mit 38,8 Prozent die F4-Diagnosen, d.h. “Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen”, gefolgt von anhaltenden affektiven Störungen (F3, 12,3%, Tabelle 5.7)

Tabelle 5.7: Psychische Diagnose nach ICD-10

	Häufigkeit	Prozent
ICD Oberkategorie		
F3 Affektive Störungen	38	12,3
F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	120	38,8
F5 Verh.auffälligkeiten in Verb. mit körperl. Störungen und Faktoren	12	3,9
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1	,3
sonstiges/missing	138	44,7
Gesamt	309	100,0

Der bereits bei Voruntersuchungen beschriebene hohe Chronifizierungsgrad bildete sich auch bei unserem Klientel ab. 56,9% der Patienten litten bereits länger als ein Jahr an der zur Untersuchung führenden Symptomatik, 21% der Patienten sogar länger als 10 Jahre. Lediglich ein viertel aller Patienten konnte noch ein im weitesten Sinne akutes Geschehen (Symptomdauer < 6 Monate) festgestellt werden, sodass sich eine mittlere Krankheitsdauer von ca. 3,1 Jahren ergab.

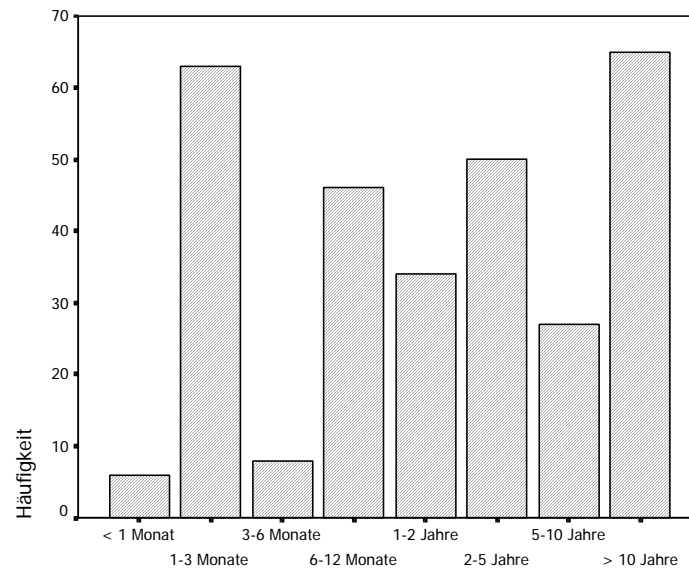


Abbildung 5.1: Dauer der jetzt zur Untersuchung führenden Symptomatik

Trotz der teilweise über Jahre dauernden Beschwerden weisen die Patienten im Urteil der Untersucher noch einen hohen Beeinträchtigungsgrad auf. Zunächst zeigte sich, dass 60,8% der Patienten einen hohen oder sehr hohen Leidensdruck aufwiesen. Auch die körperliche und die seelische Beeinträchtigung lagen bei ca. der Hälfte der Patienten (47,6% bzw. 53,7%) in einem hohen oder sehr hohen Bereich, während die soziale Beeinträchtigung durch die Beschwerden eine etwas geringere Rolle spielte (36,8% hoch oder sehr hoch). (Tabelle 5.8).

Tabelle 5.8: Beurteilung des Patienten durch den Untersucher

	Leidensdruck		körperl. Beeinträchtigung		seel. Beeinträchtigung		soziale Beeinträchtigung	
	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%
sehr gering	24	7,8%	25	8,1%	24	7,8%	52	16,8%
2	33	10,7%	78	25,2%	51	16,5%	79	25,6%
3	59	19,1%	56	18,1%	65	21,0%	61	19,7%
4	132	42,7%	89	28,8%	115	37,2%	74	23,9%
sehr hoch	56	18,1%	58	18,8%	51	16,5%	40	12,9%
missing	5	1,6%	3	1,0%	3	1,0%	3	1,0%
Gesamt	309	100,0%	309	100,0%	309	100,0%	309	100,0%

5.1.4 Gesprächsverlauf und -bewertung

Um einzuschätzen ob äußere Hindernisse die Kommunikation zwischen Arzt und Patient beeinträchtigten, wurde die Sprachverständigung erhoben, wobei sich in 95,4% der Gespräche keine Probleme ergaben.

Als deutlich problematischer erwies sich die Einstellung der Patienten zu einer Klärung der Psychogenese. Die Behandler wurden gebeten, die Einstellung der Patienten vor und nach dem Gespräch einzuschätzen (Tabelle 5.9). Hierbei sollte einerseits das subjektive Störungsmodell der Patienten aus Sicht der Behandler beurteilt werden, andererseits, inwieweit dieses durch das Gespräch verändert wurde. Dabei wird deutlich, dass das Gespräch aus Sicht der Untersucher seine zentralen Aufgaben, nämlich der Klärung der Therapiemotivation und der Einstellung zur Psychogenese, weitgehend erfüllt. Die Zahl der Patienten, die von der psychischen Bedingtheit ihrer Beschwerden überzeugt waren stieg durch das Gespräch von 11,3 auf 18,8% , der Anteil der Patienten, die einer Psychogenese der Beschwerden zustimmend gegenüberstanden ebenfalls, jedoch nur gering (vorher 34,3, nachher 36,2%). Ambivalenz geschürt und Interesse geweckt werden konnte insbesondere bei Patienten, die einer Psychogenese ablehnend gegenüberstanden. Ihre Zahl reduzierte sich durch das Gespräch von vorher 22% auf nachher 12%. Auch die Zahl der unentschiedenen Patienten reduzierte sich am Ende des Gespräches (vorher 19,1%, nachher: 14,9%).

Letztlich nahm darüber hinaus die Zahl der Patienten, die für eine tiefenpsychologische Untersuchung nicht zu gewinnen waren, als auch die, die von einer somatischen Genese ihrer Beschwerden überzeugt waren durch das Gespräch geringfügig zu, was ebenfalls im Sinne einer zunehmenden Klärung durch das Gespräch zu interpretieren wäre.

Um die statistische Relevanz der Veränderungen zu bestimmen, wurden die Kategorien 4 und 5 zur Berechnung eines Wilcoxon-Tests zusammengefasst, um eine eindeutigere Rangreihe zu erhalten. Der Wilcoxon-Test berücksichtigt sowohl Informationen über Vorzeichen der Differenzen als auch der Größe der Differenzen zwischen den Paaren. Der auf den positiven Rängen basierende Z-Wert ist hochsignifikant (-5,5; $p < .001$). Demnach zeigten sich 83 von 279 Pat. (für die gültige Daten für beide Variablen vorlagen) nach dem Gespräch hinsichtlich der Klärung psychischer Faktoren aufgeschlossener als vor dem Gespräch (negative Ränge, nach dem Gespräch $<$ vor dem Gespräch; in der Tabelle unterhalb der Diagonale). Bei 26 Pat. kam es zu der entgegengesetzten Veränderung (positive Ränge, nach dem Gespräch $>$ vor dem Gespräch; in der Tabelle oberhalb der Diagonale). Bei 170 Pat. blieb die Einstellung durch das Gespräch diesbezüglich offenbar nicht beeinflusst (Rang-Bindungen, nach dem Gespräch $=$ vor dem Gespräch; in der Tabelle die Diagonale).

Tabelle 5.9: Einstellung des Patienten

		nach Gespräch	1	2	3	4	5	6	Gesamt	
vor Gespräch	1	P. von psych. Bed. seiner Beschw. überzeugt	25	10					35	
	2	P. steht Klärung Psychogenese zust. ggü.	33	68	3				104	
	3	P. unentschieden		19	28	6	1	2	56	
	4	P. steht Klärung Psychogenese ablehnend ggü.		15	13	28	9	2	67	
	5	P. nicht für tiefenpsych. Untersuchung					2	7	2	11
	6	P. von somat. Genese überzeugt					1	2	3	6
Gesamt			58	112	44	37	19	9	279	

Die Tatsache, dass es sich wie oben beschrieben um ein Klientel mit einem hohen Grad an Chronifizierung handelt wirkt sich dabei auch auf die prognostische Einschätzung der untersuchenden Kollegen aus. In 25,5% der Fälle wird die Prognose im Hinblick auf die Veränderbarkeit durch die empfohlenen Maßnahmen als ungünstig eingeschätzt.

Bei 27,5% zeigte sich die Prognose aus Sicht der Untersucher günstig, bei 30,1% gemischt, sodass sich ein eher ausgeglichenes Bild ergab. (Tabelle 5.10).

Tabelle 5.10: Prognose im Hinblick auf die Veränderbarkeit durch die vorgeschlagenen Maßnahmen

	Häufigkeit	Prozent
günstig	13	4,2%
2	72	23,3%
3	93	30,1%
4	48	15,5%
sehr ungünstig	31	10,0%
missing	52	16,8%

Insgesamt kann also in unserem Falle aus der Einschätzung der Untersucher die in Voruntersuchungen beschriebene schlechte Prognose der psychosomatischen Konsiliarklientel nicht bestätigt werden, wobei die der Frage innewohnende Vorsicht der Ausdrucksweise „Veränderbarkeit“ sicherlich keine Aussage darüber zulässt, ob es sich um eine Verbesserung oder gar um eine Restitutio ad integrum handeln kann.

Der Zugang zum Pat. wurde von der überwiegenden Mehrheit der Untersucher positiv eingeschätzt. Auch hatten die Untersucher mehrheitlich den Eindruck, dass das Gespräch hilfreich für den Patienten war. Deutlich unsicherer waren sich die Behandler, ob die Therapieempfehlung beim Pat. angekommen ist. Hier gab es die meisten fehlenden Werte. Die Einschätzungen des Gesprächs korrelierten durchweg hoch signifikant. Die interne Konsistenz (Cronbachs α) lag bei .90 (n = 246).

Bei der Aussagen der Untersucher zum Gespräch handelt es sich um für die Fragestellung zentralen Teil der Untersuchung.

Der Zugang zum Patienten wurde von den Untersuchern eher positiv eingeschätzt (MD=2, vgl. Tabelle 5.11). Bei 62,1% der Gespräche hatten die Untersucher den Eindruck einen guten Zugang zum Patienten erlangt zu haben, in 12,7% war der Zugang eher schlecht. Es erscheint also, dass es den Untersuchern trotz eher schwierigen Bedingungen in fast zwei Dritteln aller Gespräche aus ihrer eigenen Sicht gelungen ist, eine offene Gesprächsatmosphäre herzustellen, in der es dem Patienten möglich war, zugrundeliegende Probleme anzusprechen.

In der überwiegenden Zahl der Fälle hatten die Untersucher außerdem den Eindruck, dass das Gespräch für den Patienten hilfreich war (53,7%), also ihm im Bezug auf seine Fragestellung „weiter“ gebracht hat, er mehr über sich erfahren hat oder Anregungen erhalten hat, die er als weiterführen betrachtet. Lediglich bei 12,7% war dies aus Sicht der Untersucher eher nicht der Fall (MD=2).

Neben der Frage ob eine Therapieempfehlung ausgesprochen wurde, erschien es uns wichtig die Selbstbeurteilung der Therapeuten hinzuzuziehen, ob die Therapieempfehlung wirklich angekommen ist, was letztlich die notwendige Voraussetzung für ihre Wahrnehmung durch die Patienten wäre. Lediglich bei 47,2% der Gespräche hatten die Untersucher den Eindruck, dass die Therapieempfehlung beim Patienten angekommen ist, in 13% der Fälle eher nicht. Die hohe Anzahl an Missing-Fällen könnte darauf hinweisen, dass eine größere Anzahl von Patienten auf Grund des eher bewältigungsorientierten Gesprächsauftrages bei einer primär organischen Erkrankung keine dezidierte Therapieempfehlung erhielt.

Ihre eigene Zufriedenheit mit dem Gespräch schätzten viele Behandler im mittleren Wertebereich ein (MD=3). Lediglich bei 44,3 % der Gespräche zeigten die Untersucher weitgehende Zufriedenheit, bei 21,7% waren sie eher unzufrieden. Dies wirft sicherlich zunächst ein Licht auf die Patienten, bei denen ein zielgerichtetes psychotherapeutisches Arbeiten in dieser Form nicht möglich erscheint.

Deutlicher wird diese Tendenz bei der Frage nach einer weiteren therapeutischen Arbeit mit dem Patienten bei der sich das Verhältnis umkehrte, sodass die Motivation der Untersucher, selbst psychotherapeutisch mit den Patienten zu arbeiten eher gering erschien (MD=3; siehe Tabelle 5.11, letzte Spalte), wobei auch bei dieser Variable relativ viele fehlende Werte festgestellt wurden. Lediglich bei 22,3% der Gespräche hatten die Therapeuten den Eindruck mit dem

Patienten gegebenenfalls selbst therapeutisch arbeiten zu können, bei 37,9% der Gespräche war dies eindeutig nicht der Fall.

Tabelle 5.11: Beurteilung des Gesprächs durch den Untersucher

Skala	Zugang des Untersuchers zum Patienten während des Gesprächs		Eindruck des Untersuchers, ob das Gespräch für den Patienten hilfreich war		Eindruck des Untersuchers, ob die Therapieempfehlung beim Pat. angekommen ist		Zufriedenheit des Untersuchers mit dem Gespräch	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	42	13,6%	30	9,7%	29	9,4%	14	4,5%
2	150	48,5%	136	44,0%	117	37,9%	123	39,8%
3	68	22,0%	93	30,1%	60	19,4%	94	30,4%
4	32	10,4%	23	7,4%	24	7,8%	54	17,5%
5	7	2,3%	17	5,5%	16	5,2%	13	4,2%
missing	10	3,2%	10	3,2%	63	20,4%	11	3,6%
Gesamt	10	100,0%	10	100,0%	63	100,0%	11	100,0%

5.1.5 Therapieempfehlungen

Wie bei früheren Untersuchungen am Klinikum Benjamin Franklin (Palm/Auckenthaler et al. 1992) berichtet, gab ein erheblicher Anteil von Patienten an sich nicht an die ausgesprochene Therapieempfehlung erinnern zu können, sodass es gegeben erschien nochmals konkret zu erfragen ob eine Therapieempfehlung gegeben wurde. Dies geschah bei insgesamt 71,2 % der Patienten, 7,8% erhielten keine Therapieempfehlung, 16,5 % keine direkte.

Bei genauerer Betrachtung erhielten 113 Patienten (36.6%) im Rahmen des Gesprächs eine konkrete Therapieempfehlung. Gegenüber 28 dieser Patienten (24.8% der 113 Patienten) wurden zwei Empfehlungen, gegenüber fünf Patienten (4.4%) drei Empfehlungen, gegenüber zwei Patienten (1.8%) vier Empfehlungen und gegenüber einem Patient (0.9%) fünf Empfehlungen ausgesprochen (vgl. Tabelle 5.12).

Erwähnenswert erscheint, wie aus der Tabelle unten ersichtlich, dass lediglich jeder fünfte Patient eine Empfehlung zu einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung im engeren Sinne erhielt (analytisch orientierte Psychotherapie 7,8%, analytische Einzeltherapie 4,9%, andere Formen ambulanten Psychotherapie 4,9%, Paar/Familientherapie 3,2%). Im Vergleich mit ähnlichen Untersuchungen zur Konsiliartätigkeit erscheint dies ein eher geringer Anteil zu sein, was den Schluss zulässt, dass nur wenige der überwiesenen Patienten aus der Sicht der Behandler von einer solchen Behandlung hätten profitieren können. Inhaltlich zeigt sich dabei ein deutliches Übergewicht bei den analytischen Therapieformen, was sicherlich zum

wesentlichen Teil der therapeutischen Grundausrichtung der Untersucher geschuldet ist in deren Abteilungen ausnahmslos auf psychodynamischer Basis gearbeitet wurde. Am größten erschien die Gruppe der Patienten bei denen niederschwelligere Angebote empfohlen wurden (niederfrequente stützende Gespräche 11,3%, Psychiatrische Behandlung 7,8%, Psychopharmakotherapie 7,8%), wobei diese Patienten aus Sicht der Untersucher wohl entweder bezüglich ihrer Motivationslage oder der Schwere der Beeinträchtigung nicht von einer weitergehenden psychotherapeutischen Behandlung profitieren konnten. Dies könnte ebenso für die Gruppe der Patienten, denen Selbsthilfegruppen empfohlen wurden zutreffen. Die Anzahl der Selbsthilfegruppenempfehlungen (12,6%), die damit gleichzeitig die häufigste Empfehlung der Untersucher darstellt, erscheint zunächst eher überraschend und unterscheidet sich auch erheblich von anderen Untersuchungen (Sapper/Schminke 1987), bei denen lediglich ca.4% eine dahingehende Empfehlung erhielten. Erklärungsansätze könnte sich hierbei einerseits aus der begrenzten Therapiemotivation der Konsiliarklientel aber auch durch die städtische Lage der Kliniken mit einem dicht ausgebauten Netz aus Selbsthilfegruppe liegen. Eher somatische Weiterbehandlungen wurde insgesamt 13,6% der Patienten angeraten (hausärztliche Behandlung 8,4%, organmedizinische Diagnostik/Therapie 5,2%).

Einem ebenfalls eher geringeren Anteil von Patienten wurde eine stationäre Psychotherapie entweder in eigener (7,1%) oder in anderer stationäre Einrichtungen (9,1%) angeraten. 15,2% der Patienten wurden zur Wiedervorstellung aufgefordert, bei 13,3 % wurden andere Maßnahmen empfohlen wie beispielsweise ein Umstellung des Lebensstiles

Tabelle 5.12: Therapieempfehlungen (mit Mehrfachnennungen)

Therapieempfehlungen		Häufigkeit			Häufigkeit Prozent (gesamt)	
		ja Häufigkeit	nein Häufigkeit	nicht direkt Häufigkeit		
ambulant						
	Hausärztliche Behandlung	22	1	3	26	8,4%
	Problematik an max. 5 Gespr. abklärbar	3	1	0	5	1,6%
	Hochfrequente stützende Gespr. (> 1/Wo.)	5	0	0	5	1,6%
	Niederfrequente stützende Gespr. (< 1/Wo.)	31	0	0	35	11,3%
	Analytische Einzeltherapie	15	0	0	15	4,9%
	Analyt. orientierte Psychotherapie	21	1	0	24	7,8%
	Analyt. Gruppentherapie	5	0	0	5	1,6%
	Paar/Familientherapie	9	0	0	10	3,2%
	Psychiatrische Behandlung	24	0	0	24	7,8%
	Gesprächspsychotherapie (n. Rogers)	5	0	0	5	1,6%
	Verhaltenstherapie	5	0	0	6	1,9%
	Suggestive Verfahren	5	0	0	5	1,6%
	andere Formen amb. Psychotherapie	15	0	0	15	4,9%
	Psychopharmakotherapie	24	0	0	24	7,8%
	organmed. Diagnostik u./oder Therapie	13	1	0	16	5,2%
	Selbsthilfegruppen	36	1	0	39	12,6%
	Einzelfallhilfe	2	0	0	2	,6%

Therapieempfehlungen					Häufigkeit Prozent (gesamt)	
		ja	nein	nicht direkt	Häufigkeit	Prozent
		Häufigkeit	Häufigkeit	Häufigkeit		
stationär	eigene Einrichtung	20	0	0	20	7,1%
	andere Einrichtungen	25	1	0	26	9,1%
sonstiges	zur Wiedervorstellung aufgefordert	33	1	9	43	15,2%
	andere Maßnahmen	33	2	4	39	13,3%

In fast der Hälfte der Fälle konnte den Patienten eine konkrete Hilfe beim der Suche nach einem Therapieplatz gewährt werden. So wurden bei 70 Patienten (22,7%) geeignete Therapeuten genannt, 45 (14,6%) Patienten wurden Adressenlisten mitgegeben, bei 30 Patienten (9,7%) wurde eine direkte telefonische Vermittlung durchgeführt. Lediglich 18 Patienten (5,8%) sollten sich selbst ein Therapieplatz suchen.

Tabelle 5.13: Art der Vermittlung der Therapieempfehlung

	Häufigkeit	Prozent
direkte telefon. Vermittlung	30	9,7%
Adressenliste mitgegeben	45	14,6%
Nennung geeigneter Therapeuten/innen bzw. Kliniken	70	22,7%
Therapieplatz soll selbst gesucht werden	18	5,8%
Sonstiges (z.B. bisherige Therapie soll weiterlaufen)	1	,3%
keine Therapieempfehlung	2	,6%

5.2 Vergleich von Respondern und Nonrespondern

Bei einer Stichprobengröße von n=309 Patienten betrug der Gesamtrücklauf 43,4% der untersuchten Fälle.

Dieser Anteil erscheint im Vergleich zu ähnlichen Untersuchungen und dem begrenzten Fragebogenumfang eher gering. Von den 134 Patienten, die den Fragebogen in vollständig ausgefüllter Form zurücksandten antworteten lediglich 65 Patienten (21%) gleich beim ersten Versuch. Wenn die Patienten den Fragebogen nicht zurückschickten, wurde dieser mit einem Erinnerungsschreiben nach ca. 3 Monaten erneut versandt. Nach diesem zweiten Durchgang antworteten nochmals 69 Patienten (22,3%). Insgesamt 17 Patienten (5,5%) schickten den Fragebogen unausgefüllt zurück, mit einzelnen Anmerkungen, dass sie die Teilnahme an einer Untersuchung ablehnten, oder mit der „Sache“ nichts zu tun haben wollten. 17 Patienten (5,5%) waren unbekannt verzogen, sodass auch eine Nachfrage beim Einwohnermeldeamt keine Ergebnis erbrachte. Darüber hinaus waren 18 Patienten (5,8%) in der Zwischenzeit verstorben.

Die korrekt eingegangenen Fragebögen von 134 Studienteilnehmer konnten als Katamnese- und Daten ausgewertet werden. Die Studienteilnehmer, für die Katamnese- und Daten vorliegen (Responder), unterscheiden sich hinsichtlich ihrer soziodemographischen Merkmale nur wenig signifikant von jenen, für die keine Katamnese- und Informationen verfügbar sind (Nonresponder). Einige wenige Unterschiede seien jedoch genannt:

Die Studienteilnehmer, die ihren Fragebogen zurückgeschickt hatten waren demnach tendenziell etwas jünger. Weiterhin erscheint die Antwortwahrscheinlichkeit in Verbindung mit dem Erwerbsstatus zu stehen, da Voll- oder Teil- sowie noch nicht erwerbstätige den Fragebogen häufiger ausgefüllt zurücksandten ($p > .05$). Auch ergaben sich Unterschiede bei der Art des Zusammenlebens, wobei alleinlebende bzw. alleinerziehende den Antwortfragebogen seltener zurücksandten ($p > .05$, Tabelle 5.14).

Tabelle 5.14: Soziodemographische Variablen bei Respondern vs. Nonrespondern

Variablen	Katamnese?				
	nein (n = 175)		ja (n = 134)		
	n	%	n	%	
Alter					F(1,307) = 3.659, p = .057
M	50		47		
SD	17.3		17.1		
Range	16-92		7-88		
Geschlecht					$\chi^2(1) = 0.099$, n.s.
männlich	71	40.6%	52	38.8%	
weiblich	104	59.4%	82	61.2%	
Haushalt ¹					$\chi^2(1) = 7.517$, p < .01
allein lebend	64	36,6%	29	21,6%	
mit Partner/in	64	36,6%	52	38,8%	
mit Partner/in u. Kindern	20	11,4%	22	16,4%	
nur mit Kindern	6	3,4%	5	3,7%	
nur mit Geschwistern/Eltern/Großeltern	7	4,0%	16	11,9%	
Wohngemeinschaft	2	1,1%	3	2,2%	
sonstige (z.B. Asyle)	5	2,9%	2	1,5%	
nicht abgeklärt	7	4,0%	5	3,7%	
Nationalität ²					$\chi^2(1) = 2.541$, n.s.
deutsch	167	95,4%	122	91,0%	
deutschstämmige Aussiedler	3	1,7%	1	,7%	
Gastarbeiter			8	6,0%	
Asylberecht./-bewerber	1	,6%			
EU-Bürger	2	1,1%	1	,7%	
missing	2	1,1%	2	1,5%	
Erwerbstätigkeit ³					$\chi^2(7) = 17.491$, p < .05
noch nicht erwerbstätig	7	4,0%	14	10,4%	
vollerwerbstätig	55	31,4%	52	38,8%	
teilerwerbstätig	9	5,1%	10	7,5%	
arbeitslos	12	6,9%	10	7,5%	
Sozialhilfe	13	7,4%	1	,7%	
berentet oder Rentenverfahren läuft	59	33,7%	34	25,4%	

Variablen	Katamnese?			
	nein (n = 175)		ja (n = 134)	
	n	%	n	%
nie erwerbstätig gewesen	2	1,1%	2	1,5%
nicht abgeklärt	11	6,3%	9	6,7%
nicht zutreffend (z.B. Hausfrau/-mann)	7	4,0%	2	1,5%

Anmerkung.

¹ Berechnung des χ^2 -Wertes: 'allein' bzw. 'mit Kindern' vs. alle anderen Kategorien (exklusive 'nicht abgeklärt'), n=297.

² Berechnung des χ^2 -Wertes: 'deutsch' vs. alle anderen Kategorien (exklusive 'missing'), n=305.

³ Berechnung des χ^2 -Wertes: exklusive 'nicht abgeklärt', n=289

Hinsichtlich der Untersuchungsmerkmale ergaben sich bei einzelnen Variablen signifikante Unterschiede, da Patienten, die den Antwortfragebogen vollständig zurücksandten, häufiger keine Vorbehandlung gehabt hatten. Es fanden sich also überzufällig häufig Patienten, für die das Konsilgespräch der erste Kontakt mit einem psychosomatischen Arzt war ($p < .001$).

Patienten mit einer höheren geschätzten Gesamtzeit antworten außerdem signifikant häufiger auf den Fragebogen ($p > .05$).

Tabelle 5.17 Geschätzte Gesamtzeit bei Respondern vs. Nonrespondern

	gesamt	Katamnese?					
		nein		ja			
		n	%	n	%		
Geschätzte Gesamtzeit in Min. (inkl. Telefonate, Dokumentationen, Besprechungen u.ä.)	1-30	3	1,0%	1	,6%	2	1,5% ² (1)=3,928, $p < .05$ ¹
	31-60	35	11,3%	22	12,6%	13	9,7%
	61-120	177	57,3%	108	61,7%	69	51,5%
	121-240	81	26,2%	36	20,6%	45	33,6%
	241-600	9	2,9%	5	2,9%	4	3,0%
	>600	1	,3%	1	,6%		
	missing	3	1,0%	2	1,1%	1	,7%

Hinsichtlich diagnostischer Variablen unterschieden sich beide Gruppen nicht signifikant.

Bei der Untersuchung der Variablen zur Gesprächsverlauf und der Bewertung zeigten sich bei den Aussagen des Untersuchers zum Gespräch lediglich im Rahmen der nicht parametrische Testungen (Kruskal-Wallis-Test) Hinweise dafür, dass ein guter Zugang zum Patienten zu einer tendenziell erhöhten Antwortwahrscheinlichkeit führt ($p > .10$)

Schließlich fanden sich hinsichtlich der Therapieempfehlung Patienten mit der Empfehlung „niederfrequente stützende Gespräche“ in der Katamnese Stichprobe unterrepräsentiert, sowie

solche mit der Empfehlung „Verhaltenstherapie“ trotz Einschränkungen (geringe Zelhäufigkeit) tendenziell leicht überrepräsentiert ($p > .10$) (siehe Tabelle 5.20).

Tabelle 5.20 Therapieempfehlungen bei Respondern vs. Nonrespondern

		gesamt		Katamnese?				
				nein		ja		
		n	%	n	%	n	%	
Niederfrequente stützende Gespr. (< 1/Wo.)	ja	35	11,3%	28	16,0%	7	5,2%	$\chi^2(1)=8,774, p < .01$
Verhaltenstherapie	ja	6	1,9%	1	,6%	5	3,7%	$\chi^2(1)=p < .01$

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Gruppe der Katamnesepatienten keine gänzlich repräsentative Stichprobe aus der Grundgesamtheit der untersuchten Patienten darstellt. Die Katamnesepatienten waren zum Zeitpunkt der Erhebung häufiger teil- voll-oder noch nicht erwerbsfähig und waren seltener alleinlebend oder alleinerziehend. Häufiger war das Konsiliargespräch für sie der erste Kontakt mit einer psychosomatischen Institution, der Untersucher hatte tendenziell mehr Zeit für sie aufgewendet, einen tendenziell besseren Zugang im Gespräch gefunden. Die Patienten in der Katamnesegruppe erhielten seltener unspezifischere Empfehlung und häufiger solche für „Verhaltenstherapie“.

5.3 Katamnesedaten

Die Katamnese erfolgte im Durchschnitt zehn Monate nach Untersuchung durch einen Fragebogen, der den Patienten zugesandt wurde.

5.3.1 Vorbehandlung

Für 76,9% der 134 Patienten, die im Rahmen der Katamneseuntersuchung einen auswertbaren Fragebogen zurücksandten war die Konsiliarbehandlung nach eigenen Angaben das erste psychosomatische Beratungsgespräch. Die übrigen Patienten die in freier Form angeben sollten wo sie erstes Beratungsgespräch erhalten hatten gaben an, entweder im Krankenhaus oder beim Hausarzt ein Gespräch gehabt zu haben, einige wenige auch in einer Kurklinik. Lediglich 3 Patienten waren aktuell oder zu einem früheren Zeitpunkt bereits in psychotherapeutischer Behandlung gewesen (Tabelle 5.15).

Tabelle 5.15: Beratungsgespräch vorher

	Häufigkeit	Prozent
Psychotherapeut	3	2,2%
Soz.-Psych. Dienst	1	,7%
Hausarzt/Arzt	9	6,7%
Krankenkasse	1	,7%
Krankenhaus	10	7,5%
Kurklinik	4	3,0%
ja (keine weiteren Angaben)	1	,7%
nein	103	76,9%
keine Angaben	2	1,5%
gesamt	134	100,0%

Hinsichtlich des Krankheitsverhaltens in der Zeit vor und nach dem stationären Aufenthalt, wurde zunächst nach der Anzahl der Ärzte bei denen sich die Patienten im letzten halben Jahr in Behandlung befanden sowie nach den Arbeitsunfähigkeitstagen im gleichen Zeitraum gefragt. Bei beiden Antworten sollte die Patienten die Anzahl in freier Form angeben.

Während 71,6 % der Patienten im letzten halben Jahr vor der Untersuchung bei mehr als einem Arzt in Behandlung befanden verringerte sich diese Zahl zum Katamnesezeitpunkt auf 46,3 %, wobei 17,2% bzw. 19,4% hierzu keine Angaben machten. Die Anzahl der Patienten die bei lediglich einem Arzt in Behandlung waren erhöhte sich von 11,2 % auf 29,1%.

Auch bezüglich der Arbeitsunfähigkeitstage ließ sich nach Angaben der Patienten eine tendenzielle Reduktion in der Gruppe der Patienten feststellen, die innerhalb der letzten 6 Monate mehr als 24 Tage arbeitsunfähig war (21,6% Konsilzeitpunkt vs. 16,4% Katamnese, siehe Tabelle 5.22).

Tabelle 5.16 Anzahl Ärzte/Krankschreibung vor Behandlung und zum Zeitpunkt der Katamnese

	Häufigkeit	Prozent
Anzahl Ärzte vor Behandlung	1	15 11,2%
	2	35 26,1%
	2-3	41 30,6%
	4-6	16 11,9%
	>6	4 3,0%
	keine Angaben	23 17,2%
Anzahl Ärzte letztes halbe Jahr (Katamnese)	0	7 5,2%
	1	39 29,1%
	2-3	49 36,6%
	4-6	11 8,2%
	>6	2 1,5%
	keine Angaben	26 19,4%

		Häufigkeit	Prozent
Krankschreibung vor Behandlung	nein (0 Tage)	71	53,0%
	2-6 Tage	2	1,5%
	>6 Tage	4	3,0%
	>12 Tage	7	5,2%
	>24 Tage	14	10,4%
	>60 Tage	15	11,2%
	Rente/Erziehungsurlaub	12	9,0%
	keine Angaben	7	5,2%
	ja (keine Angaben)	2	1,5%
Krankschreibung letztes halbe Jahr (Katamnese)	nein	64	47,8%
	1-2 Tage	2	1,5%
	>6 Tage	5	3,7%
	>12 Tage	4	3,0%
	>24 Tage	7	5,2%
	>60 Tage	15	11,2%
	Rente/Erziehungsurlaub	15	11,2%
	keine Angaben	19	14,2%
	ja, keine Angaben	3	2,2%

5.3.2 Beschwerden

Die Art der Beschwerden, die Anlass für das Gespräch waren, wurde in freier Form erhoben. Am häufigsten (25,4%) wurde dabei die psychische Symptomatik genannt. Jeweils 14,2% der Patienten gaben entweder eine psychosomatische Erkrankung oder eine somatische Erkrankung mit fraglich psychischer Genese an. Bei jeweils 15,7% stand der körperliche Zustand im Vordergrund, entweder als schwere Allgemeinerkrankung oder in Form von somatischen Symptomen (Tabelle 5.17).

Tabelle 5.17: Beschwerden, die Grund für das Gespräch waren

	Häufigkeit	Prozent
psychische Symptomatik	34	25,4%
psychosomat. Erkr.	19	14,2%
somat. Symptome (Schmerzen, Übelkeit o.ä.)	21	15,7%
somat. Erkr. - frgl. psych. Genese	19	14,2%
schwere allg. Erkr. (Therapie/Begl.)	21	15,7%
somat. Diag. ohne Ang. von Beschw.	10	7,5%
keine Beschwerden	2	1,5%
keine Angaben	8	6,0%
gesamt	134	100,0%

Zum Zeitpunkt der Erhebung fühlten sich 86,6% der Patienten nach retrospektiver Einschätzung durch die Beschwerden stark oder sehr stark beeinträchtigt. Dies entspricht im wesentlichen den Angaben der Konsiliarii, die ebenfalls ein hohes Beeinträchtigungsniveau angenommen hatten. Zum Katamnesezeitpunkt überwogen hingegen die Patienten, die sich kaum oder sehr wenig

beeinträchtigt fühlten (46,4%) während der Anteil stark beeinträchtigter Patienten auf lediglich 41,1% zurückging (Tabelle 5.18).

Tabelle 5.18: Beeinträchtigung zum Zeitpunkt des Gesprächs und zum Zeitpunkt der Katamnese

zum Zeitpunkt des Gesprächs	Häufigkeit	Prozent	zum Zeitpunkt der Katamnese	Häufigkeit	Prozent
sehr wenig	8	6,0%	sehr wenig	34	25,4%
2	2	1,5%	2	15	11,2%
3	7	5,2%	3	19	14,2%
4	19	14,2%	4	23	17,2%
sehr stark	97	72,4%	sehr stark	32	23,9%
k.A.	1	,7%	k.A.	11	8,2%
gesamt	134	100,0%	gesamt	134	100,0%

5.3.3 Entstehung und Krankheitskonzept

Bei den Fragen zum Krankheitskonzept wurden die Patienten dazu aufgefordert auf einer fünfstufigen Skala einzuschätzen, inwieweit sie ihre Beschwerden jeweils als körperlich oder seelisch bedingt sahen. Darüber hinaus wurde im Sinne der Veränderungserwartung erfragt, welche Maßnahmen sie am ehesten für geeignet hielten ihre Beschwerden zu verbessern.

Zunächst zeigte sich, dass über die Hälfte der Patienten (50,7%) der Meinung waren, dass ihre Beschwerden seelisch bedingt waren, 30,6% hingegen lehnten dies eher ab. Erwartungsgemäß zeigte sich bei der Frage nach den körperlichen Bedingtheit der Beschwerden ein umgekehrtes Bild: 51,5% der Patienten äußerten die Ansicht, dass ihre Beschwerden körperlich bedingt waren, 26,8% lehnten dies eher ab (Tabelle 5.19).

Tabelle 5.19 Einschätzung über Entstehung der Beschwerden

Beschwerden körperlich bedingt	Häufigkeit	Prozent	Beschwerden seelisch bedingt	Häufigkeit	Prozent
trifft zu	53	39,6%	trifft zu	54	40,3%
2	16	11,9%	2	14	10,4%
3	25	18,7%	3	23	17,2%
4	9	6,7%	4	9	6,7%
trifft nicht zu	27	20,1%	trifft nicht zu	32	23,9%
k.A.	4	3,0%	k.A.	2	1,5%
gesamt	134	100,0%	gesamt	134	100,0%

Die Antworten auf die Frage, welche Maßnahmen die Patienten am ehesten für geeignet gehalten hätten ihre Beschwerden zu bessern waren in fünf Rubriken unterteilt, in einer sechsten wurde die Möglichkeit geboten in freier Form Maßnahmen anzugeben, wobei Mehrfachnennungen

möglich waren. Die Mehrheit der Patienten (49,3%) waren dabei überzeugt, dass eine medikamentöse Behandlung am ehesten helfen würde, gefolgt von körperliche Behandlung (38,1%) und Entspannungsübungen/ Massage/ Krankengymnastik (35,1%). Lediglich jeder vierte Patient (27,6%) hielt psychotherapeutische Maßnahmen und 10,4% der Patienten Selbsthilfegruppen am geeignetsten die Beschwerden zu verändern. Bei den sonstigen Maßnahmen wurden Abstand und Ruhe sowie Veränderung der Lebensumstände (jeweils 3%) oder praktische Lebenshilfe (1,5%) angegeben (siehe Tabelle 5.20)

Tabelle 5.20 Veränderungserwartung

	Häufigkeit	Prozent
körperliche Behandlung	51	38,1%
Medikamente	66	49,3%
Psychotherapeutische Maßnahmen	37	27,6%
Entspannungsübungen/Massage/KG	47	35,1%
Selbsthilfegruppen	14	10,4%
Abstand und Ruhe	4	3,0%
Veränderung Lebensführung bzw. -umstände	4	3,0%
praktische Lebenshilfe	2	1,5%
keine Angaben	3	2,2%

5.3.4 Zustandekommen des Konsilgesprächs

Um die direkten Vorbedingungen aus Sicht der Patienten besser erfassen zu können wurden nach der Initiative zu Gespräch und dem wichtigsten Grund für die Anmeldung in drei bzw. fünf vorgefassten Möglichkeiten sowie in freier Form nach den Beschwerden der Patienten gefragt.

Zunächst gaben 76,1% der Patienten an, dass die Initiative zum Gespräch vom Stationsarzt ausging, 21,6% geben an sich selbst um das Gespräch bemüht zu haben, Anregung durch das soziale Umfeld des Patienten erschienen eher als die Ausnahme. Hierbei kam es im Vergleich zu den Angaben der Konsiliarii zu leichten Verschiebungen – Stationsarzt 85%, Eigeninitiative 9,4%- was möglicherweise dadurch zu erklären wäre, dass die Patienten die selbst initiativ wurden in der Katamnesestichprobe überrepräsentiert waren.

Tabelle 5.21. Initiative zum Gespräch aus Sicht des Pat.

	Häufigkeit	Prozent
Initiative Pat. selbst	29	21,6%
behandelnder Arzt	102	76,1%
Freunde, Bekannte, Verwandte	2	1,5%
keine Angaben	1	,7%

Bei der Frage nach dem Grund der Untersuchung wurden ebenfalls fünf Möglichkeiten vorgegeben und in einer weiteren konnten die Patienten sonstige Gründe frei formulieren. Einige Patienten nutzten die Möglichkeit von Mehrfachnennungen, die nicht eindeutig ausgeschlossen worden war.

44% hatten den Eindruck, man wollte ihnen durch das Gespräch die Möglichkeit geben über ihre Probleme zu reden, 34,3% waren der Meinung, dass der Grund der Untersuchung darin lag, dass vermutet wurde, die Ursachen der Beschwerden lägen im seelischen Befinden, 22,4% waren der Meinung, dass keine körperlichen Ursachen für die Beschwerden gefunden wurden und für 18,7% war der Hauptgrund eine Beratung über Hilfsangebote. Lediglich 6% der Patienten meinten, man hätte den Eindruck gehabt, dass sie mit ihren Beschwerden übertreiben würden. Bei den frei formulierten Gründen äußerten 3,7% der Patienten sich das Gespräch selbst gewünscht zu haben um mehr über seelische Faktoren ihrer Beschwerden zu erfahren und 3% der Patienten sollten Hilfe beim Behördenkontakt geboten werden (siehe Tabelle 5.22).

Tabelle 5.22. Wichtigster Grund für die Konsilnmeldung aus Sicht der Patienten

	Häufigkeit	Prozent
keine körperlichen Ursachen	30	22,4%
Ursache psychisches Befinden	46	34,3%
Übertreiben der Beschwerden	8	6,0%
Beratung über Hilfsangebote	25	18,7%
Möglichkeit zum Reden	59	44,0%
Pat. wollte Gespräch, seelische Faktoren an Beschwerden	5	3,7%
seelische Unterstützung benötigt	2	1,5%
Hilfe bei Behördenkontakt	4	3,0%
keine Angaben	5	3,7%

Hinsichtlich der Vorinformation zum Gespräch machten jeweils ca. ein Drittel der Patienten die Angabe vom Arzt oder Schwester vorinformiert worden zu sein (31,3%), nur flüchtig vorinformiert worden zu sein (32,1%) oder nicht informiert worden zu sein (35,1% siehe Tabelle 5.23).

Tabelle 5.23 Vorinformation

Vorinfo über Gespräch	Häufigkeit	Prozent
Stationsarzt/Krankenschwester	42	31,3%
nur flüchtig informiert	43	32,1%
nicht informiert	47	35,1%
keine Angaben	2	1,5%

5.3.5 Gespräch

Zum Gespräch selbst wurde zunächst die „Erinnerlichkeit“ des Gesprächs in einer fünfstufigen Skala und im Anschluss die subjektive Wahrnehmung des Gesprächs erhoben. Eine gute oder sehr gute Erinnerung an das Gespräch berichteten die Mehrheit der Patienten (70,6 %), während dies bei 17,2% zum Katamnesezeitpunkt eher nicht mehr der Fall war (siehe Tabelle 5.24).

Tabelle 5.24 Erinnerung an das Gespräch

		Häufigkeit	Prozent
Erinnerung an Gespräch	sehr gut	53	39,6%
	2	41	30,6%
	3	15	11,2%
	4	11	8,2%
	sehr schlecht	12	9,0%
	k.A.	2	1,5%

Hinsichtlich der subjektiven Gesprächsbeurteilung und der Bedeutung des Gesprächs für den Patienten wurden den Patienten insgesamt sieben Aussagen zur Wahl gestellt die als mehr oder weniger zutreffend eingeschätzt werden sollten.

Es zeigte sich, dass nur eine geringere Anzahl der Patienten das Gespräch als belastend empfanden (21,7%) und die Mehrheit der Patienten (55,2%) dies ablehnten. Immerhin 59% der Patienten konnten dem Untersucher Vertrauen entgegenbringen, 35,8% der Patienten hätten den Wunsch nach mehr praktischen Ratschlägen gehabt, lediglich 23,1% konnten den Wunsch nach einem aktiveren Therapeuten bestätigen und 30,6% hätten sich eine Weiterbehandlung durch den Therapeuten vorstellen können (siehe Tabelle 5.25).

Tabelle 5.25 Gesprächswahrnehmung der Patienten

		Häufigkeit	Prozent
Gespräch belastend?	trifft zu	21	15,7%
	2	8	6,0%
	3	19	14,2%
	4	14	10,4%
	trifft nicht zu	60	44,8%
	k.A.	12	9,0%
Vertrauen ggü. Therapeuten?	trifft zu	58	43,3%
	2	21	15,7%
	3	14	10,4%
	4	10	7,5%
	trifft nicht zu	23	17,2%
	k.A.	8	6,0%
Neues über sich erfahren?	trifft zu	29	21,6%
	2	13	9,7%

		Häufigkeit	Prozent
	3	18	13,4%
	4	6	4,5%
	trifft nicht zu	58	43,3%
	k.A.	10	7,5%
Wunsch mehr praktische Ratschläge?	trifft zu	35	26,1%
	2	13	9,7%
	3	18	13,4%
	4	10	7,5%
	trifft nicht zu	46	34,3%
	k.A.	12	9,0%
Wunsch aktiverer Therapeut?	trifft zu	26	19,4%
	2	5	3,7%
	3	23	17,2%
	4	10	7,5%
	trifft nicht zu	57	42,5%
	k.A.	13	9,7%
Wunsch nach weitergehender Behandlung durch Therapeut?	sehr stark	23	17,2%
	2	18	13,4%
	3	19	14,2%
	4	14	10,4%
	sehr wenig	57	42,5%
	k.A.	3	2,2%

Abschließend folgte eine Gesamtbewertung zum Konsiliargespräch. Letztlich äußerten dabei 59,7% der Patienten den Eindruck, dass sie einer Freundin oder einem Freund bei ähnlichen Beschwerden zu einem solchen Gespräch raten würden (siehe Tabelle 5.26).

Tabelle 5.26 Weiterempfehlung

		Häufigkeit	Prozent
Zuraten Freund?	auf jeden Fall	65	48,5%
	2	15	11,2%
	3	22	16,4%
	4	4	3,0%
	auf keinen Fall	25	18,7%
	k.A.	3	2,2%

5.3.6 Behandlungsempfehlung und Compliance

Ähnlich wie Voruntersuchungen zum psychosomatischen Konsiliardienst äußerten lediglich 69,4% der Patienten eine Therapieempfehlung erhalten zu haben, 20,9% haben ihrer Meinung nach keine erhalten, 9,7% wussten es zum Zeitpunkt der Katamnese nicht mehr. Dies entspricht ziemlich genau den Angaben der Konsiliarärzte, die einem Viertel der Patienten keine oder keine direkte Empfehlung ausgesprochen hatten.

Tabelle 5.27 Behandlungsempfehlung?

	Häufigkeit	Prozent
Behandlungsempfehlung? ja	93	69,4%
nein	28	20,9%
weiß nicht mehr	13	9,7%

Allerdings finden sich bei einer genaueren Betrachtung der Angaben von Patienten und Untersucher sichtbare leichte Differenzen, sodaß 13 Patienten, die nach Dokumentation der Untersucher ein Therapieempfehlung erhalten hatten, dieses verneinten, und 5 Patienten angaben eine Therapieempfehlung erhalten zu haben, obwohl dies nach Angaben der Untersucher nicht der Fall war. (siehe Tabelle)

Tabelle 5.28 Behandlungsempfehlung Vergleich Untersucher und Patienten

		Behandlungsempfehlung			gesamt
		ja	nein	weiß nicht mehr	
Therapieempfehlungen	ja	75	13	10	98
	nein	5	5	2	12
	keine direkte Therapieempfehlung	13	9		22
	missing		1	1	2
Gesamt		93	28	13	134

Weitestgehende Übereinstimmung mit den Untersuchern findet sich in den Angaben zur Qualität der ausgesprochenen Behandlungsempfehlung. Fast ein Drittel der Patienten gibt an eine psychotherapeutische Behandlung empfohlen bekommen zu haben – bei den Untersuchern lag der Anteil für Psychotherapie bei 20,8% – jedoch wurde von den Untersuchern ebenfalls 11,3% niederfrequente stützende Gespräche empfohlen, die die Patienten möglicherweise als psychotherapeutische Maßnahmen interpretiert hatten. Sowohl bei dem Anteil der Empfehlung zur hausärztlichen Behandlung (7,5%) als auch dem der nervenärztlichen Behandlung und dem der Paar/Familientherapie fand sich weitgehende Übereinstimmung. Selbsthilfegruppen wurden nach Angaben der Patienten in 8,7% empfohlen (Untersucher 12,6%), Aufenthalte in einer psychosomatischen Klinik in 6,7% (Untersucher 16,2%) (siehe Tabelle 5.29).

Tabelle 5.29 Behandlungsempfehlungen

		Häufigkeit	Prozent
welche Behandlungsempfehlung	Psychoanalyse	3	2,2%
	Psychotherapie	25	18,7%
	Gruppentherapie	6	4,5%
	Paar-/Familientherapie	6	4,5%
	Aufenthalt psychosomat. Klinik	9	6,7%
	Weiterbeh. Hausarzt	10	7,5%
	Weiterbeh. Nervenarzt	9	6,7%
	Weiterbeh. anderer Facharzt	1	,7%
	Selbsthilfegruppe	11	8,2%
	weiß nicht mehr	5	3,7%
	sonstige	1	,7%
	keine Angaben	48	35,8%

Analog zu der Frage an die Untersucher, ob die Therapieempfehlung beim Patienten „angekommen“ sei, wurden die Patienten befragt, ob sie sich unter der Therapieempfehlung „etwas vorstellen“ konnten. Ein zunächst erstaunlicher Befund ist, dass von den 89 Patienten, die zu dieser Frage Angaben machten, sich lediglich 33 unter der Therapieempfehlung gut oder sehr gut etwas vorstellen konnten, und ein fast ebenso großer Anteil (31 Patienten) keine klare Vorstellung entwickeln konnte (siehe Tabelle 5.30).

Tabelle 5.30 Vorstellung von Therapieempfehlung

		Häufigkeit	Prozent
Vorstellung von Therapieempfehlung?	sehr gut	17	12,7%
	2	16	11,9%
	3	25	18,7%
	4	8	6,0%
	überhaupt nicht	23	17,2%
	k.A.	45	33,6%

In der Complianceforschung wird vielfach darauf verwiesen, dass die verbindliche Vermittlung eine Empfehlung entscheidend dazu beiträgt, ob diese vom Patienten wahrgenommen wird. Daher war es für uns insbesondere angesichts des für unkundige Patienten fast unüberschaubaren „Dschungels“ von therapeutischen Angeboten in einer Großstadt eine wichtige Frage welche Hilfen dem Patienten geboten werden konnten. 27,6% der Patienten berichteten dabei eine Liste geeigneter Therapeuten erhalten zu haben, 26,9% geben an, dass sie sich selbst bemühen sollen, immerhin 7,5% gab an durch direktes Telefonat vermittelt worden zu sein, 5,2% wurden Kliniken und Institutionen genannt (Siehe Tabelle 5.31).

Tabelle 5.31 Art der Vermittlung der Therapieempfehlung

	Häufigkeit	Prozent
„Inwieweit ist Ihnen bei der Suche nach einem Platz für die Weiterbehandlung geholfen worden?“		
direktes Telefonat	10	7,5%
Adressen	37	27,6%
Nennung Kliniken/Institutionen	7	5,2%
selbst bemühen	36	26,9%
keine Angabe	44	32,8%

Die Compliance im engeren Sinne wird allgemein dadurch definiert, dass der Patient die erhaltene Empfehlung wahrnimmt. Von den 93 Patienten, die angaben eine Therapieempfehlung erhalten zu haben, gaben 53,8% (50 Patienten) an diese befolgt zu haben. 60% von diesen Patienten (30 Patienten) geben an, dass ihnen diese Empfehlung gut oder sehr gut geholfen habe, für 22% (11 Patienten) trifft dies nicht oder gar nicht zu (siehe Tabelle 5.32)

Tabelle 5.32 Compliance und Erfolg

	Häufigkeit	Prozent		Häufigkeit	Prozent		
„Haben Sie die ausgesprochene Behandlungsempfehlung befolgt?“	ja	50	37,3%	„Wenn ja, hat Ihnen diese Behandlung bisher geholfen?“	sehr geholfen	20	40,0%
					2	10	20,0%
					3	7	14,0%
					4	9	18,0%
					gar nicht geholfen	2	4,0%
	nein	54	40,3%		k.A.	2	4,0%
	k.A.	30	22,4%				

Von den 47 Patienten (35,1% der Katamnesepatienten), die angaben etwas anderes als die empfohlene Maßnahme unternommen zu haben, bevorzugten 11 Patienten (8,2% der Katamnese-Stichprobe) physiotherapeutische Maßnahmen, 7 Patienten (5,2%) weitere somatische Diagnostik oder Therapie, 6 Patienten (4,5%) eine Änderung der Lebensführung, jeweils 5 Patienten (3,7%) Psychotherapie, ohne eine ausdrückliche Empfehlung erhalten zu haben, nervenärztliche Behandlung oder Selbsthilfegruppen, jeweils 3 Patienten (2,2%) nahmen seelsorgerische oder hausärztliche Behandlung in Anspruch oder änderten ihre Lebensumstände.

Tabelle 5.33 Alternativen zur vorgeschlagenen Behandlung

	Häufigkeit	Prozent
alternative Behandlung Psychotherapie	5	3,7%
Behandlung Psychiater/Neurologe	5	3,7%
Behandlung HA/Seelsorge	3	2,2%
Somat. Diag./Therapie, Klinik, Facharzt	7	5,2%
KG, Entspannung, Ergo, Chiro, Mass	11	8,2%
Selbsthilfegruppe	5	3,7%
Änderung Lebensumstände	3	2,2%
Änderung Lebensführung	6	4,5%
Urlaub	1	,7%
ja, keine Angabe (missing)	2 86	1,5% 64,2%
Gruppen-Gesamtwert	134	100,0%

Wenn die Patienten die Therapieempfehlung nicht wahrnahmen, war unser Interesse zu erforschen, welche Hinderungsgründe gewesen sein könnten, um diese vielleicht auch im Rahmen zukünftiger Konsiliargespräche offener thematisieren oder diese ausräumen zu können und ggf. Hilfestellung zur Überwindung zu geben. Hierbei wurden die Patienten mit insgesamt 9 Aussagesätzen konfrontiert, die sie in einer fünfstufigen Skala als zutreffend oder weniger zutreffend klassifizieren sollten

Von den 54 Patienten, die angaben die Behandlungsempfehlung nicht befolgt zu haben empfanden diese 12 (22%) als unangemessen, konnte also nicht nachvollziehen, warum diese Empfehlung gerade Ihnen gegeben wurde. Für immerhin 18 Patienten (33%) war eine weitere Behandlung nicht mehr notwendig, da sich die Beschwerden gebessert hatten, 17 Patienten (31%) hatten durch das Gespräch bereits genug Anregung bekommen mit den seelischen Problemen weiterzukommen. Bei einer erheblichen Anzahl Patienten waren aus ihrer Sicht die sozialen Rahmenbedingung ausschlaggebend dafür, dass sie die Empfehlung nicht wahrnahmen. 8 Patienten (15%) gaben an, der behandelnde Arzt habe die Empfehlung abgelehnt, für 14 Patienten (26%) war die Behandlung zeitlich-, für 8 Patienten (15%) finanziell zu aufwendig, immerhin 5 Patienten (9%) hätten nicht gewusst, wie sie die Therapieempfehlung vor Freunden und Familienangehörigen hätten rechtfertigen können, lediglich 4 Patienten (3%) gaben an keinen Therapieplatz gefunden zu haben.

Auch gaben 13 Patienten (24%) gaben auch die Angst vor Veränderung als Grund für die Nichtwahrnehmung der Therapieempfehlung an.

Bei den übrigen frei formulierten Gründen, weshalb die Patienten die Therapieempfehlung nicht wahrnahmen, fand sich jeweils ein Patient, der Psychotherapie mit Bezug auf seinen Glauben ablehnte, ein Patient, der auf Grund von Angst- und Panikzuständen nicht in der Lage war eine

Therapie aufzusuchen und ein Patient, der die Empfehlung nicht wahrnahm, da er bereits eine Psychotherapie gemacht habe.

5.4 Einige Zusammenhänge zwischen Konsil und Katamnese

5.4.1 Angaben der Untersucher

Aus Sicht der Untersucher erhielten Patienten mit einer stärkeren Beeinträchtigung auch mehr Gespräche, d. h. insbesondere solche Patienten mit einem hohen Leidensdruck sowie auch solche mit starker körperlicher-, seelischer- und sozialer Beeinträchtigung, wobei Leidensdruck und Beeinträchtigung erwartungsgemäß korrelierten. Die Anzahl der Gesprächskontakte wirkte sich dabei auch auf die Bewertung der eigenen Bemühungen aus. Bei Patienten mit größerer geschätzter Gesamtzeit schätzten die Untersucher ihre Bemühungen als für den Patienten hilfreicher ein. Patienten mit einem geringeren Beeinträchtigungsniveau wurden vom Untersucher nicht nur eine bessere prognostische Einschätzung zugeschrieben sondern es wurden darüber hinaus auch weniger Gespräche geführt (bedarfsorientierte Versorgung).

Bei Patienten bei denen mehr Zeit investiert wurde, beurteilten die Untersucher das Gespräch positiver und waren eher mit ihren Bemühungen zufrieden. Bei der Gesprächsbeurteilung wirkte sich die Tatsache eines hohen Leidensdruckes negativ auf die Bewertung des Gespräches und auf die eigene Zufriedenheit aus. Auch bei geringem Leidensdruck zeigte sich aus Sicht der Untersucher ebenso eine negativere Bewertung des Gespräches und der Zufriedenheit.

Bei Patienten mit starker sozialer Beeinträchtigung waren die Erstkontakte kürzer und die Untersucher hatten weniger den Eindruck dass die Therapieempfehlung angekommen ist, waren in deutlich geringeren Maß zufrieden mit dem Gespräch und hätte sich schlechter vorstellen können mit dem Patienten selbst zu arbeiten. Bei geringer sozialen Beeinträchtigung gaben die Untersucher eine deutlich besser prognostische Einschätzung ab.

Je länger die zur Untersuchung führende Symptomatik bestand, desto größer war die von den Untersuchern eingeschätzte körperliche- und soziale Beeinträchtigung. Die Prognoseeinschätzung der Untersucher richtete sich im wesentlichen nach dem Grad der Chronifizierung und dem Grad der Beeinträchtigung, wobei sowohl eine kurze Krankheitsanamnese als auch eine geringe seelische und soziale Beeinträchtigung die Prognose aus Sicht der Untersucher deutlich verbesserten.

5.4.2 Die Angaben der Patienten

Bei Patienten mit einem somatischen Krankheitsmodell, zeigte sich, dass sie zum Katamnesezeitpunkt bei einer größeren Anzahl Ärzten in Behandlung, schwerer beeinträchtigt waren und im Gespräch seltener etwas Neues über sich erfahren konnten.

Patienten die eine seelische Mitbedingtheit ihrer Beschwerden annahmen zeigten eine positivere Gesprächsbewertung (etwas Neues erfahren, mehr Gespräche gewünscht, Untersuchungen eher weiterempfohlen, mehr Vertrauen, geringere Belastung, bessere Erinnerlichkeit) und waren zum Katamnesezeitpunkt bei deutlich weniger Ärzten in Behandlung. Diese Patienten konnten sich unter der Empfehlung eher etwas vorstellen und gaben häufiger an, durch das Gespräch genug Anregungen bekommen zu haben um mit ihren seelischen Problemen allein weiterzukommen.

Wenn Patienten nicht gewusst hätten, wie sie eine Behandlung gegenüber ihrer Umgebung hätten rechtfertigen sollen, gaben sie häufiger an, sich mehr Gespräche gewünscht zu haben, etwas Neues über sich erfahren oder im Gespräch Anregungen erhalten um mit ihren Problemen allein weiter zu kommen.

5.4.3 Angaben der Untersucher und der Patienten

Patienten, die bei der Katamneseuntersuchung angaben bei vielen Ärzten in Behandlung zu sein, wurde von den Untersuchern auch ein hoher Leidensdruck und eine stärkere seelische Beeinträchtigung attestiert. Bei diesen Patienten beurteilten die Untersucher das Gespräch positiver (Zugang, Gespräch hilfreich, Therapieempfehlung angekommen) und äußerten sich insgesamt zufriedener mit dem Gespräch. Bei geringem Leidensdruck fiel die Zufriedenheit des Untersuchers mit dem Gespräch auch sehr viel geringer aus.

Patienten, die in der Katamnese angaben, ihre Beschwerden seien eher körperlich bedingt, wurde von den Untersuchern ein geringerer Leidensdruck zugeschrieben, was sich jedoch durchaus positiv auf die Effektivität der Gespräche auswirkte, da bei diesen Patienten der Zugang zum Patienten erleichtert war und die Untersucher eher den Eindruck hatten, dass das Gespräch für den Patienten hilfreich war.

Patienten mit einem hohen Leidensdruck und starker psychischer Beeinträchtigung reagierten jedoch mit größerer Anteilnahme auf das Gespräch. Je belasteter die Patienten während der

Untersuchung vom Behandler eingeschätzt wurden (hoher Leidendruck), desto eher war auch das Gespräch für sie belastend.

Patienten mit stark chronifizierten Beschwerdeverläufen konnten durch das Gespräch gut erreicht werden, da sie eher Vertrauen zum Untersucher aufbauen konnten und einem Freund oder einer Freundin in einer ähnlichen Situation zu einem solchen Gespräch raten würden.

Wenn die Patienten angaben Vertrauen zum Untersucher entwickelt zu haben, war bei den Angaben der Untersucher erwartungsgemäß auch der Zugang besser und das Gespräch war eher hilfreich für den Patienten.

Je mehr Zeit der Untersucher dem Patienten widmete, desto eher gaben diese an im Gespräch etwas Neues über sich erfahren zu haben.

Wenn der Untersucher den Patienten im Kontakt als beziehungsfähig erlebte, sich also hätte vorstellen konnte, weiter mit ihm zu arbeiten, berichteten diese Patienten im Rahmen der Katamnese auch, dass die empfohlene Behandlung ihnen geholfen habe.

Bei der Betrachtung der Ablehnungsgründe zeigte sich, dass Patienten, die die Therapieempfehlung als unangemessen beurteilten solche waren, bei denen der Untersucher weniger Zeit investiert, einen hohen Leidensdruck festgestellt, einen schlechteren Zugang erreicht hatte und die Zufriedenheit geringer war.

5.5 Berechnung Compliance

Bei der Berechnung der Compliance wurden zunächst lediglich die Angaben der Patienten herangezogen, woraus sich eine „subjektive“ Compliancerate von 37,3% ergab.

Bei der genaueren Prüfung der Daten fiel jedoch die mitunter fehlende Übereinstimmung zwischen den Angaben der Patienten und denen der Untersucher zur Therapieempfehlung sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht auf.

Beispielsweise wurde deutlich, dass bei einer Anzahl von Patienten Psychotherapie erfolgt war, obwohl eine Empfehlung in diese Richtung nicht explizit gegeben worden war, oder Patienten hatten ähnliche, wie die vom Untersucher ausgesprochenen Empfehlungen ausgeführt, sodass sich bei Betrachtung der Antworten im Einzelfall vielfach Fragen hinsichtlich der Schlüssigkeit der Patientenaussagen ergaben. Insbesondere in den Fällen in denen der Patient angab die Therapieempfehlung wahrgenommen zu haben und sich gut an das Gespräch erinnern zu können, jedoch eine andere Therapie, als die empfohlene wahrnahm, stellte sich die Frage nach

der Compliance neu. Dieses Problem erschien lediglich durch ein Expertenrating sämtlicher Einzelangaben der Patienten lösbar zu sein. Berücksichtigt wurden dabei sowohl untersucherbezogene Variablen, wie die Tatsache, ob der Patient eine Therapieempfehlung erhielt und die Anzahl der Empfehlungen, sowie auch patientenbezogene Variablen wie

- die Tatsache, ob der Patient äußerte die Therapieempfehlung wahrgenommen zu haben,
- welche Therapieempfehlung er erhalten habe,
- ob der Patient sich an das Gespräch erinnern kann,
- ob er Alternativen unternommen habe um seine Beschwerden zu verbessern und schließlich,
- was er denn unternommen habe.

In Anlehnung an den Compliancebegriff von Basler wurden schließlich nur solche Patienten als noncompliant eingeschätzt, die trotz einer offensichtlich eindeutigen Übereinkunft mit dem Untersucher und guter Erinnerlichkeit („informed consent“) an das Gespräch im Anschluss keine der ausgesprochenen Therapieempfehlung wahrnahmen.

Da, wie oben berichtet, von den 93 Patienten, die eine Therapieempfehlung erhielten, sich lediglich 33 gut oder sehr gut etwas unter dieser Empfehlung vorstellen konnten, erschien es uns aus Sicht der Patienten zumindest teilweise gerechtfertigt gegebenenfalls etwas anderes zur Verbesserung ihrer Beschwerden zu unternehmen, als das vom Untersucher Empfohlene. Zwar verhielten sich diese Patienten nicht compliant im eigentlichen Sinne, dennoch erschien uns in vielen Fällen eine klare Übereinstimmung im Bezug auf die Gesprächssituation nicht gegeben gewesen zu sein, sodass eine Einordnung in die Gruppe der Noncompliancepatienten nicht gerechtfertigt erschien. Als sinnvolle Zuordnung bot sich der bereits bei Köcher verwendete Begriff der partiellen Compliance an, da die Patienten aus unserer Sicht die Empfehlung nur zum Teil wahrnahmen, etwa in dem sie Entspannungsverfahren einer empfohlenen Psychotherapie vorzogen, oder von mehreren Empfehlung lediglich eine einzelne wahrnahmen.

Compliant wurden hingegen ebenso nur solche Patienten eingeordnet, die die Therapieempfehlung auch in ähnlicher Form wiedergeben konnten und entweder diese oder in der Experteneinschätzung höherrangige Alternative bevorzugten. Falls sich nicht aufzuklärende Widersprüche in den Angaben der Patienten fanden, wurde auf eine korrekte Einordnung verzichtet und dieser Patienten als „Missing“ verbucht.

Nach dem Rating ergab sich die folgende Verteilung:

Tabelle 5.34: Compliance

		Häufigkeit	Prozent
Behandlungsempfehlung befolgt?	ja	65	48,51%
	partiell	21	15,67%
	nein.	36	26,87%
	k.A. bzw. missing	12	8,96%

Letztlich nahmen also 65 Patienten die gegebene Empfehlung vollständig, 21 Patienten nur zum Teil und 36 nicht wahr ohne etwas anderes zu tun, was in Richtung der empfohlenen Behandlung gesehen werden konnte.

Auf der Grundlage dieser Zahlen wird in der Folge untersucht, inwieweit soziodemographischen Variablen, die Rahmenbedingungen der Untersuchung, die diagnostischen- sowie auch die Variablen der Gesprächsbeurteilung Auswirkung auf die Wahrnehmung der ausgesprochenen Therapieempfehlung haben. Dabei werden sämtliche erhobene Variablen hinsichtlich ihrer möglichen Auswirkung auf die Compliance untersucht.

Soziodemographische Variablen:

Immer wieder wurde in der Literatur auf höhere Complianceraten bei jüngeren Patienten (v. Cube 1983, Brähler und Brähler 1986, Strauß 1991), aber auch Patienten mit höherem Bildungsstand (Frans 1999, v. Cube 1983) hingewiesen. Im Gegensatz dazu konnten in der vorliegenden Untersuchung bei Alter sowie auch Erwerbsstatus und Art des Zusammenlebens keinerlei Korrelationen zum Complianceverhalten dargestellt werden. Allerdings zeigte sich eine Tendenz, dass weibliche Patienten eher dazu neigen in der Folge des Gespräches etwas zu unternehmen, was zur Besserung ihrer Beschwerden beitragen kann, sodass an dieser Stelle Befunde aus früheren Untersuchungen bestätigt werden konnten (v. Cube 1983 u.a.).

Vorfeld und Rahmenbedingungen der Untersuchung:

Hinsichtlich der Merkmale, die das Vorfeld der Untersuchung kennzeichneten wie die Fachrichtung, aus der der Patient zum Gespräch überwiesen wurde, aber auch die Anregung zur Untersuchung und die Tatsache ob nach Angaben der Untersucher bereits vorher eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung stattgefunden hatte, ließen sich keine signifikanten Zusammenhänge mit Complianceverhalten finden. So nahmen insbesondere keinesfalls mehr Patienten später die Therapieempfehlung wahr, die entweder nach Aussagen des Untersuchers oder nach eigener Aussage selbst die Initiative zum Gespräch ergriffen hatten.

Die vorliegenden Literatur sowohl bei Ambulanzuntersuchungen (Köcher 1982,v. Cube 1981) als auch bei Untersuchungen reiner Konsiliarpopulationen (Jordan1987) hätten dies nahegelegt. Möglicherweise könnte diese Tatsache jedoch als Hinweis darauf gesehen werden, dass auch bei Patienten, die vom Arzt „geschickt“ wurden, eine Gesprächsbereitschaft soweit hergestellt werden konnte sodass diese in relevantem Maße profitieren konnten.

Auch ob die Patientenangaben über den Sinn und Zweck der Untersuchung informiert worden zu sein, erwies sich erstaunlicherweise nicht als Kriterium hinsichtlich einer späteren Wahrnehmung der Therapieempfehlung. Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zu den Befunden von Berzewski und Dorn 1987, die eine negative Auswirkung mangelnder Aufklärung nachweisen konnten, bestätigen jedoch Befunde von Freyberger, der keinen Einfluss von vorab erfolgter Aufklärung auf die spätere Compliantenrate feststellte. Denkbar wäre, dass bei der Anmeldung des Konsiles weniger die Frage nach der rein sachlichen Information im Vordergrund steht, sondern eher die Beziehung zum behandelnden Arzt entscheidend sein kann, mit welchen Erwartungen der Patient in das Gespräch eintritt. Fühlt er sich ernstgenommen, so wird er die Überweisung als sinnvolle Hilfestellung erleben, spürt er jedoch die Frustration des Überweisers könnte er sich eher abgeschoben fühlen. Möglicherweise erscheint dies eher die Offenheit des Patient für das Gespräch zu beeinflussen als die sachliche Information.

Entgegen der Erwartung hatten die weiteren das Gespräch prägenden Rahmenbedingungen wie die Dauer des ersten Konsiles oder die für den Patienten aufgewendete Gesamtzeit keinen nachweisbaren Einfluss auf die Wahrnehmung der Therapieempfehlung. Dies erscheint angesichts der unterschiedlichen Anforderungen an die Konsiliarärzte plausibel: insbesondere längerfristig hospitalisierte Patienten, bei denen das Ziel eine Verbesserung der Krankheitsverarbeitung war, erhielten eine größere Anzahl von Gesprächen ohne jemals eine weitergehende Behandlung aufzunehmen, während andere Patienten eine Therapieempfehlung aufnahmen, die im Rahmen des zeitlich begrenzteren Kontaktes lediglich eine Beratung über Hilfsangebote bekommen sollten und bei denen vom Untersucher keinerlei Überzeugungsarbeit mehr geleistet werden musste.

Ätiologievorstellung und Krankheitsverhalten

Kein Unterschied in den Gruppen fanden sich zunächst im Bezug auf das Krankheitsverhalten zum Zeitpunkt des Gespräches (Anzahl der behandelnden Ärzte, Arbeitsunfähigkeitszeiten). Zum Zeitpunkt der Katamnese konnte jedoch dargestellt werden, dass sich in der Gruppe der Patienten, die die Therapieempfehlung wahrgenommen hatten signifikant weniger Patienten mit mehr als drei Behandlern fand, was darauf hinweisen könnte, dass die gegebene Empfehlung

treffend war, bzw. die Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung zu einer Reduktion des Inanspruchnahmeverhaltens von Ärzten bzw. zu einer Fokussierung der weiteren ambulanten Behandlung beigetragen haben könnte. Hierin unterscheiden sich unsere Ergebnisse deutlich von denen der Untersuchung von Jordan (Jordan, Sapper und Schminke 1987), die sogar eher ein erhöhtes Inanspruchnahmeverhalten für medizinische Behandlungsangebote bei Compliancepatienten darstellen konnten.

Letztlich erscheint die Reduktion des Inanspruchnahmeverhaltens für medizinische Leistungen eher erstaunlich, da bei meist chronifizierten Verläufen und immer noch bestehenden erheblichen Latenzzeiten bis zur Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie, im Zeitfenster der Untersuchung nicht unbedingt mit einer Veränderung im Krankheitsverhalten zu rechnen gewesen wäre und auch eine begonnene psychotherapeutische Behandlung nicht unmittelbar zu einer verminderten Beeinträchtigung führen muss, sodass es durchaus denkbar erscheint, dass die Anregungen des Konsiliargesprächs als solches hierbei doch wirksam waren.

Ein Bestätigung von in der Literatur dargestellten Zusammenhängen konnte jedoch hinsichtlich psychologischer Faktoren gefunden werden. So nahmen Patienten, die als Hauptgrund für das Konsilgespräch angaben, dass sie eine Beratung über Hilfsangebote bekommen sollten, signifikant häufiger später auch eine empfohlenen Behandlung auf oder nahmen Alternativen dazu wahr. Ähnlich zeigte sich dies erstaunlicherweise auch bei Patienten, die angaben, dass der behandelnde Arzt keine Ursachen für die Beschwerden gefunden habe. Dies weist darauf hin, dass nicht nur solche Patienten sich ganz oder teilweise compliant verhielten die sich zumindest schon mit der möglichen Psychogenese ihrer Beschwerden auseinandergesetzt hatten, und dadurch eher mit einer klaren Zielstellung in das Gespräch gingen, sondern auch solche bei denen zunächst diagnostische Fragen im Vordergrund standen und möglicherweise durch das Gespräch erstmals alternative therapeutische Möglichkeiten aufgezeigt werden konnten.

Die Tendenz, wonach Patienten, die eine Beratung über Hilfsangebote bekommen sollten, also ein psychische Mitbeteiligung ihrer Beschwerden zumindest in Erwägung zogen, auch häufiger eine Anschlussbehandlung aufnahmen, konnte bei der konkreten Nachfrage der Ätiologieeinschätzung nochmals Bestätigung finden. Patienten, die Angaben, dass sie ihre Beschwerden für seelisch bedingt hielten nahmen tendenziell häufiger später auch eine Therapieempfehlung wahr. Ebenso traf dies für Patienten zu, die am ehesten psychotherapeutische Maßnahmen am geeignetsten hielten ihre Beschwerden zu verändern. Hiermit spiegeln die Ergebnisse an dieser Stelle zum Teil die Befunde mehrere Voruntersuchungen (Auckenthaler et al. 1991 Köcher 1982, Künsebeck 1984) in denen Patienten

mit psychischen Krankheitskonzept und entsprechender Veränderungserwartung häufiger eine psychotherapeutische Behandlung aufnehmen. Dennoch erscheint es, dass auch Patienten mit organzentrierten Genese- und Behandlungsvorstellungen eine diagnostische Klärung erreicht und weiterführende Behandlungsmaßnahmen aufgezeigt werden konnten.

Diagnostische Variablen:

Zunächst wird neben der Art der bestehenden Beschwerden, die Dauer der zur Untersuchung führenden Symptomatik in einigen Untersuchungen (Köcher 1982 u.a.m.) eine erhebliche Bedeutung beigemessen. Trotzdem sich nach den vorliegenden Daten eine leichte Tendenz dahingehend zeigte, dass sich in der Gruppe der Noncompliancepatienten eine größere Anzahl von Patienten wiederfanden, die bereits länger als 2 Jahre unter ihren Beschwerden litten, erreichte dieses Ergebnis keine ausreichende Signifikanz. Im Gegensatz zu Köcher, der nachweisen konnte, dass Patienten mit einer geringeren Chronifizierung sich signifikant häufiger compliant verhalten, sprechen der vorliegende Befund eher dagegen, der Chronifizierung einer Symptomatik im Bezug auf die Compliance eine zu hohe Bedeutung beizumessen.

Hinsichtlich weiterer diagnostischer Variablen ergaben sich bei den Patienten mit psychischen Symptomen lediglich Tendenzen. So fanden sich in der Gruppe der Noncompliancepatienten tendenziell weniger Patienten die unter allgemeiner Angst litten. Dies entspricht den Befunden von Voruntersuchungen von Frans 1999 (Franz, Kuns, and Schmitz 95-112) aber auch Brähler 1986 (Brähler and Brähler 140-60), die Zusammenhänge zwischen Ängstlichkeit und Compliance nachweisen konnten und weist auf einen möglicherweise hohen Leidensdruck von Angstpatienten hin.

Ein darüber hinaus erstaunlicher Befund zeigte sich bei den Patienten mit psychovegetativer Polysymptomatik. Diese fanden sich vermehrt in der Gruppe der Compliancepatienten wieder, was darauf hinweisen könnte, dass bei diesen Patienten, die ihre Beschwerden möglicherweise zunächst eher körperlich attribuierten, im Rahmen des Gespräches ein Bezug zu einer möglichen Psychogenese hergestellt werden konnte.

Eine signifikanter Zusammenhang mit Complianceverhalten ließ auch das Kriterium einer vorliegenden von den Untersuchern diagnostizierte Charakterneurose zu, wobei Patienten mit Charakterneurosen sich überzufällig häufig in der Gruppe der Noncompliancepatienten wiederfanden. Auch bei der Betrachtung aller Patienten, die nach Ansicht der Untersucher starke Anzeichen für eine Persönlichkeitsstörung aufwiesen, zeigte sich eine deutliche Tendenz dahingehend, dass diese Patienten seltener eine vom Untersucher empfohlene Therapie

wahrnahmen. Dies erscheint die Erfahrungen der praktischen Arbeit zu bestätigen, die zeigt, dass die interaktionellen Defizite der Patienten und die scheinbare Stabilität ihrer häufig dysfunktionalen Bewältigungsstrategien dazu führen, dass diese Patienten eher seltener therapeutische Hilfe nachsuchen.

Bezüglich der Beschreibung der Beschwerden durch die Patienten zeigte sich eine leichte Tendenz, wonach Patienten, die Angaben eine psychischen Symptomatik sei der Grund für das Gespräch gewesen häufiger zu Compliance neigten, als solche, die unter funktionelle Symptomen oder manifesten körperlichen Beschwerden litten.

Der von den Untersuchern eingeschätzte Leidensdruck der Patienten erwies sich nicht als Kriterium für Compliance, was im Widerspruch zu Untersuchungen von Köcher 1982 und Strauß 1991 steht bei denen ein hoher Leidensdruck mit einer späteren Wahrnehmung der Therapieempfehlung einherging. Ein möglicher Grund könnte dabei in der Tatsache liegen, dass es sich bei beiden zitierten Untersuchungen um Ambulanzpatienten handelt, deren Ätiologievorstellungen zusätzlich zum hohen Leidensdruck soweit entwickelt waren, dass sie selbstständig einen Ambulanztermin wahrgenommen haben. Auch die Einschätzung der seelischen und sozialen Beeinträchtigung durch den Untersucher ergab keine signifikanten Hinweise im Bezug auf eine späteres Complianceverhalten. Tendenziell konnte jedoch dargestellt werden, dass die nach der Einschätzung der Untersucher zunehmende körperliche Beeinträchtigung eher dazu führt, dass die Patienten die Empfehlung auch wahrnahmen ($p < 0,1$). Trotzdem man zunächst erwarten würde, dass auch der Grad der durch den Patienten selbst eingeschätzten Beeinträchtigung sowohl zum Zeitpunkt der Untersuchung als auch dem der Katamnese das Complianceverhalten beeinflusst, ließen sich hier keine signifikanten Zusammenhänge mit späterem Complianceverhalten darstellen.

Ebenso konnte kein Zusammenhang zwischen der prognostischen Einschätzung des Untersuchers und eine späteren Wahrnehmung der Therapieempfehlung nachgewiesen werden, was zeigt, dass auch prognostisch eher ungünstig eingeschätzte Patienten von dem Gespräch profitieren können und sich im Verlauf einer Behandlung unterziehen.

Die Einschätzung der Kommunikation durch die Untersucher:

Eine zentrales Thema dieser Arbeit ist die Darstellung der subjektiven Einschätzung der Untersucher zum Gespräch und deren Konsequenzen für die Wahrnehmung der Therapieempfehlung. Für die meisten der den Untersuchern zur Auswahl gestellten Fragen ließ sich dabei kein signifikanter Zusammenhang mit späterer Compliance herstellen. Dies traf zu für

die Frage nach dem Zugang den der Untersucher zum Patienten erlangt hatte, so dass auch Patienten mit denen es nach Einschätzung der Untersucher nicht gelang eine vertrauensvolle Beziehung herzustellen, trotzdem im Verlauf der Empfehlung nachkamen. Auch fanden sich im Hinblick auf die Tatsache ob das Gespräch aus Sicht des Untersuchers für den Patienten hilfreich war, keine Zusammenhänge zu Complianceverhalten, was auch als Hinweis darauf gesehen werden kann, dass bereits wenige Gespräche für einige Patienten ausreichen können um krankheitsrelevante Verhaltensweisen zu verändern. Die Zufriedenheit des Untersuchers mit dem Gesprächsprozess sowie auch die Tatsache ob der Untersucher weiter mit dem Patienten arbeiten würde erwiesen sich ebenfalls als nicht bedeutsam für spätere Wahrnehmung der Therapieempfehlung.

Einzig relevant im Bezug auf das weitere Complianceverhalten erwies sich tendenziell jedoch die Tatsache, ob die Therapieempfehlung nach Einschätzung des Untersuchers „angekommen“ war. So nahmen Patienten, bei denen es gelungen war, die Therapieempfehlung fassbar zu machen häufiger später die empfohlene Behandlung oder Alternativen auf. Dies erscheint unsere These zu bestätigen, dass klärende Kommunikationsprozesse eine zentrale Rolle spielen, wenn es darum geht, dass der Patient Eigeninitiative entwickeln soll um die Empfehlung umzusetzen.

Die Einschätzung der Kommunikation durch die Patienten:

Die Tatsache, dass der Patient sich unter der ausgesprochenen Therapieempfehlung „etwas vorstellen“ konnte führte bereits überzufällig häufig dazu, dass sich die Patienten im weiteren Verlauf compliant oder teilcompliant verhielten.

Trotzdem lediglich 40 % der Patienten eine psychotherapeutische Empfehlungen im weitesten Sinne erhielten, wirft diese Ergebnis nochmals ein Licht auf den hohen Anspruch, der an die psychosomatischen Konsiliarii gestellt wird und die Aufgabenfülle mit der er sich konfrontiert sieht. Konkret geht es bei der psychosomatischen Konsilsituation weniger um eine schriftlich mitgeteilte Veränderung der Therapie, die der Stationsarzt mit dem Patienten weiter bespricht, sondern es ist beim Konsilgespräch notwendig dem Patienten selbst eine fundierte Rückmeldung über die bestehende Symptomatik zu geben und daraus für den Patienten nachvollziehbar eine Therapieempfehlung abzuleiten. Ob diese beim Patienten „ankommt“ hängt also damit zusammen ob diese für ihn so schlüssig wird, dass er sie im weiteren Verlauf in Eigeninitiative umsetzt.

Die weiteren Aussagen der Patienten zum Gespräch korrelierten teilweise hochsignifikant mit nachfolgendem Complianceverhalten. So gaben Compliancepatienten eher an vom Behandler

ausreichend praktische Ratschläge erhalten zu haben. Diesen Zusammenhang beschreibt auch Strauß 1991, der darstellen konnte, dass Patienten deren Erwartungen an das Gespräch erfüllt wurden, signifikant häufiger zur Wahrnehmung der Therapieempfehlung neigten.

Auch die Ergebnisse der übrigen eher atmosphärischen Fragen zum Gespräch wiesen deutlich in Richtung der in der Literatur (Strauß et al. 53-60; Köcher; Jordan et al. 127-35) vorbeschriebenen Verbindung zwischen positiver Gesprächseinschätzung und Compliance. So verhielten sich Patienten tendenziell häufiger compliant, wenn sie entweder angaben, dass sie dem Untersucher Vertrauen hätten entgegenbringen können oder signifikant häufiger compliant wenn sie angaben durch das Gespräch etwas neues über sich erfahren zu haben. Diese beiden Items machen verstärkt auf die Polarität des Gesprächsauftrages aufmerksam, die sich zwischen einem intensiven Beziehungsaufbau und dem Fördern von Einsichtsfähigkeit des Patienten in das Zustandekommen seiner Beschwerden aufbaut. Wenn beides gelingt so kann der Patient dies möglicherweise als beispielhaft für eine spätere Psychotherapie erleben, sodass mögliche vorbestehende Ängste vor einem psychotherapeutischen Behandlungssetting gemindert werden können.

Ebenso war Complianceverhalten verknüpft mit Aussagen der Patienten, dass sie einem Freund oder einer Freundin in einer ähnlichen Situation zu einem solchen Gespräch raten würden und dass sie sich eine weitere Behandlung durch den Untersucher gewünscht hätten.

D.h. auch mit Distanz betrachtet aus dem Blickwinkel der heutigen Lebenssituation kommt dabei die Bedeutung der positiven Beurteilung des Gesprächs durch den Patienten zum Ausdruck und ist signifikant mit Complianceverhalten verknüpft. Der von Compliancepatienten eher geäußerte Gesprächswunsch dem Therapeuten gegenüber zeigt, dass es sich nicht um eine situationsbezogene Zustimmung im Sinne der sozialen Erwünschtheit handelt, sondern auch längerfristig ein stabiler Versorgungswunsch besteht.

Hinsichtlich einer Belastung durch das Gespräch findet sich kein Zusammenhang zu Complianceverhalten, womit der Befund von Strauß (Strauß et al. 53-60) nicht gestützt werden konnten, der insbesondere bei Ambulanzpatienten mit einer starken inneren Beteiligung häufiger Complianceverhalten nachweisen konnte.

Die Art der Therapieempfehlung:

Die Frage ob bestimmte Therapieempfehlungen eher von den Patienten wahrgenommen werden kann angesichts der vorliegenden Daten verneint werden. Obwohl Patienten, die nach eigenen

Angaben eine Psychotherapieempfehlung erhielten tendenziell eher zu Complianceverhalten neigten, ließ sich hierbei kein signifikanter Zusammenhang darstellen. Auch wenn sich bezüglich der allgemeinen Compliance keine signifikanten Zusammenhänge zeigten, wurde deutlich, dass Patienten, die vom Untersucher durch Nennung geeigneter Weiterbehandler vermittelt worden waren aber auch solche die selbst angaben durch Nennung geeigneter Therapeuten weitervermittelt worden zu sein, in der Gruppe der Vollcompliancepatienten deutlich überrepräsentiert waren. Hieraus erscheint uns nochmals die Bedeutung von konkreten Vermittlungshilfen für späteres Complianceverhalten deutlich zu werden.

Wenn die Patienten die ausgesprochenen Therapieempfehlung jedoch wahrnahmen so gaben sie auch tendenziell an, dass diese geholfen habe. Dieser Befund erscheint aus der Praxis unmittelbar eher erstaunlich, da bei meist chronifizierten Verläufen und immer noch bestehenden erheblichen Latenzzeiten bis zur Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie im Zeitfenster der Untersuchung nicht unbedingt mit einer Veränderung im Krankheitsverhalten zu rechnen war und auch eine begonnene psychotherapeutische Behandlung nicht unmittelbar zu einer verminderten Beeinträchtigung führen muss.

5.6 Prüfung der Hypothesen

Zur Überprüfung der Hypothese, dass konvergente Arzt- und Patienteneinschätzung des Konsilgesprächs signifikanten Einfluss auf die Compliance hat, wurde für Patienten und Ärzte jeweils ein globales Maß ihrer (mutmaßlichen) Zufriedenheit mit dem Gespräch aggregiert. Zunächst wurden anhand explorativer Hauptkomponentenanalysen die Dimensionalität der Arztitems und Patiententems, die die Zufriedenheit im weitesten Sinne erfragten, gesondert untersucht. Die Arztitems (...) zeigten durchweg hochsignifikante Interkorrelationen, so dass diese zu einem Score zusammengefasst wurden (s.u.). Die Analyse der Patiententems (...) mit obliquen Rotation ergab zwei Komponenten, wobei die erste Komponente Vertrauen zum Arzt und die Weiterempfehlung an einen Freund, die zweite Komponente gesprächsspezifische Anteile der Variablen Aktivität und Ratschläge abbildete. Da diese Faktoren wiederum positiv korrelierten, wurde auch hier die Bildung eines Gesamtscores durchgeführt. Zur Berechnung der Gesamtscores wurden die Einschätzungen recodiert. Fehlende Werte wurden recodiert (auf der jeweils fünfstufigen Skala auf drei, entsprechend einer neutralen Beurteilung) und anschließend Mittelwerte berechnet, die als Operationalisierung der Arzt- bzw. Patientenzufriedenheit in weitere Analysen eingingen. Die Einschätzungen zwischen Ärzten und Patienten zeigten keinen signifikanten Zusammenhang (Kendall-Tau-b = .077; n.s.).

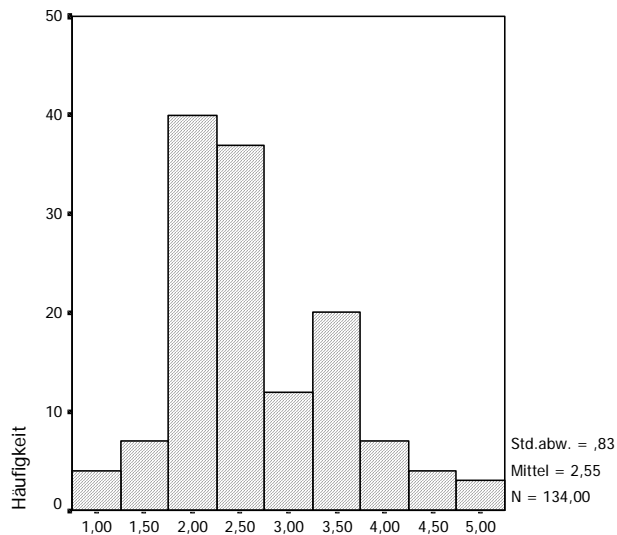


Abbildung 5.2 aggregierte Mittelwerte der ärztlichen Einschätzung des Gesprächsverlaufs

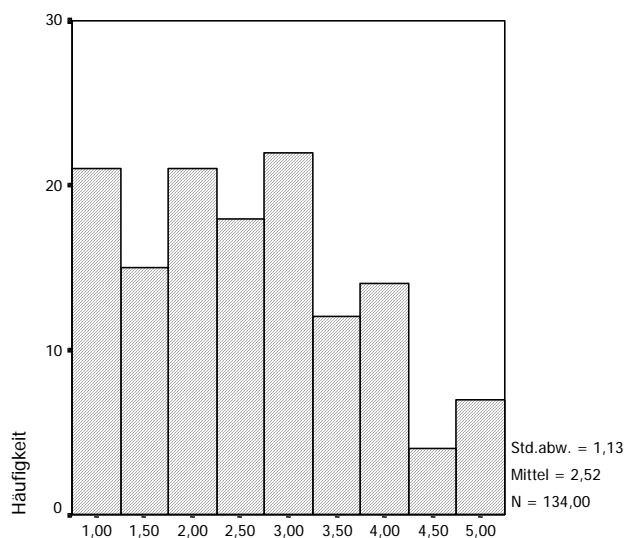


Abbildung 5.3 aggregierte Mittelwerte der Einschätzung des Gesprächsverlaufs durch Patienten

Aus diesen beiden Variablen wurde im weiteren die Übereinstimmung zwischen Ärzten und Patienten geschätzt: dabei resultierten vier Gruppen. In Gruppe 1 waren die Beurteilungen von Ärzten und Patienten eher positiv (d.h. < 3), in Gruppe 2 schätzten die Ärzte das Gespräch positiv, die Patienten das Gespräch hingegen neutral bis negativ (d.h. ≥ 3) ein. In Gruppe 3 die Patienten positiv und die Ärzte negativ und in Gruppe 4 schätzten beide Parteien die Gespräche neutral bzw. negativ ein.

Gruppe	Häufigkeit	Prozent	Ärzte	Patienten
1	61	45,5	pos	pos
2	33	24,6	pos	neg
3	24	17,9	neg	pos
4	16	11,9	neg	neg
Gesamt	134	43,4		

Tabelle 5.35: Gruppenhäufigkeiten

Bei der Prüfung des Einfluss der Gesprächseinschätzung auf die Compliance wurden zwei verschiedene Compliancebegriffe unterschieden:

Für die Subjektive Compliance wurde lediglich die Aussage des Patienten, die Therapieempfehlung wahrgenommen zu haben, als Kriterium herangezogen.

Für das Allgemeine Complianceverhalten wurde die Therapieempfehlung des Untersuchers mit der Angabe des Patienten im Katamnesefragebogen mittels Expertenrating verglichen. Compliant wurde dabei nur ein Patient eingeordnet, der die Therapieempfehlung auch in ähnlicher Form wiedergeben konnte und diese, oder eine im Expertenrating höherrangige Alternative wahrnahm („2,00“ = „vollcompliant“). Darüberhinaus wurden bei der Variable „Allgemeines Complianceverhalten“ Teilcompliancepatienten („1,00“) und Noncompliancepatienten unterschieden, wobei im Hinblick auf die Operationalisierung auf die in Kapitel 5.5 S. 80 erfolgte Differenzierung der Gruppen verwiesen werden soll.

Hypothese 1:

- Zusammenhang positive Gesprächsbeurteilung der Patienten - subjektive Compliance (Angabe des Patienten die Therapieempfehlung wahrgenommen zu haben), sowie Zusammenhang positive Gesprächsbeurteilung der Patienten - allgemeines Complianceverhalten.

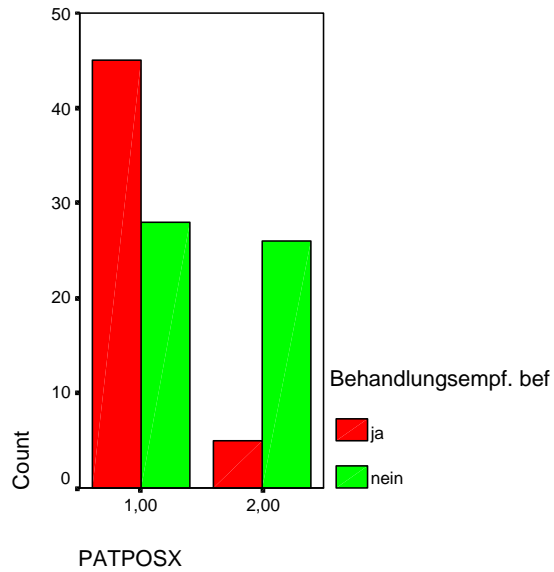


Abbildung 5.4 Positive Gesprächseinschätzung Patienten-subjektive Compliance

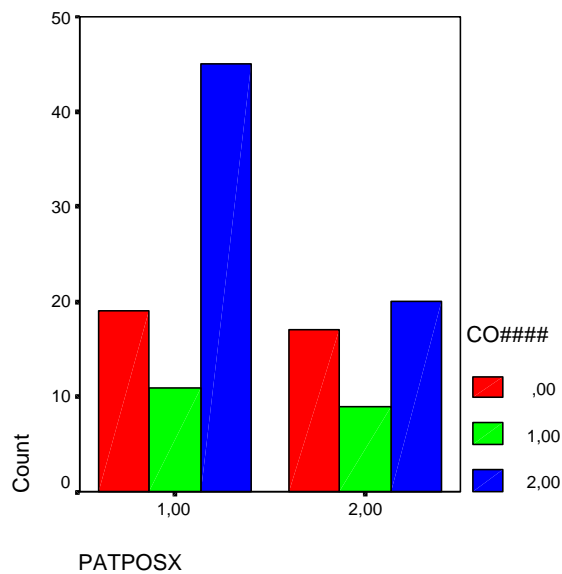


Abbildung 5.5 positive Gesprächsbeurteilung- allgemeines Complianceverhalten

Ergebnis: Während sich zwischen positiver Gesprächsbeurteilung und subjektiver Compliance ein signifikanter Zusammenhang darstellen lässt (pearson 18,06, df1 $p < 0,001$), kann dies bezüglich der objektiven Compliance nicht gefunden werden (pearson 3,16, df2 $p > 0,05$).

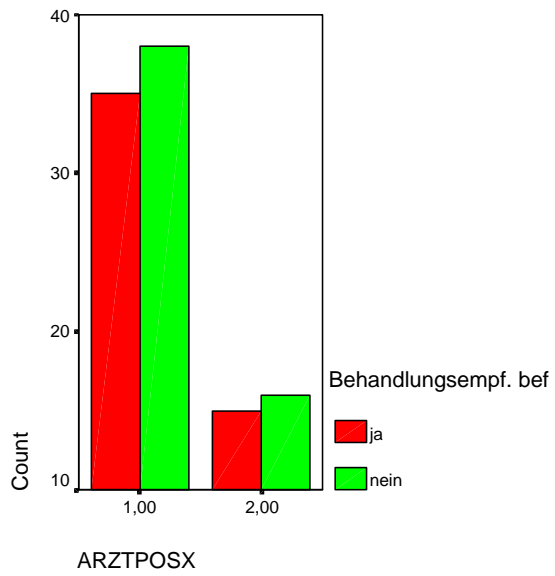
Hypothese 2 : Der Zusammenhang: Positive Beurteilung durch Untersucher – Compliance

Abbildung 5.6 positive Gesprächsbeurteilung Arzt- subjektive Compliance

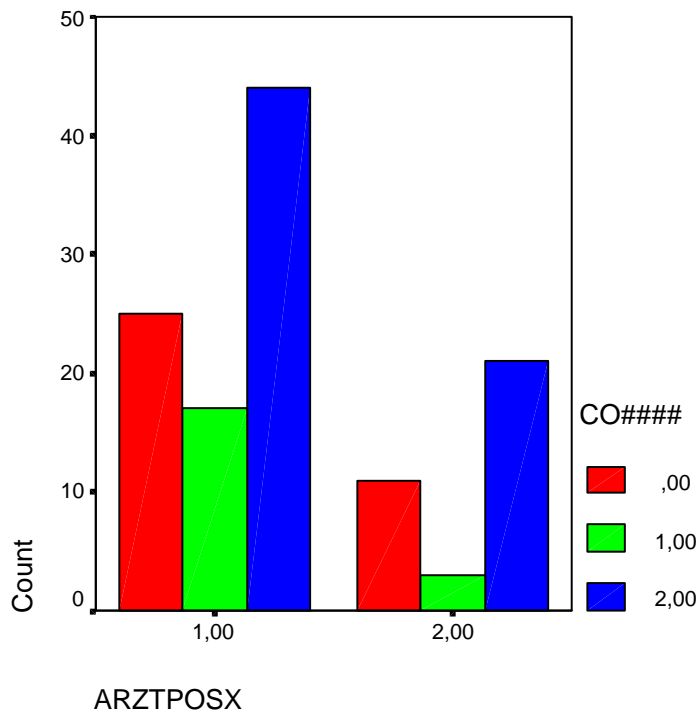


Abbildung 5.7 positive Gesprächsbeurteilung Arzt- allgemeines Complianceverhalten

Ergebnis: Ein Zusammenhang zwischen der positiven Gesprächsbewertung durch die Untersucher und der subjektiven Compliance (pearson 0,02, df 1, $p > 0,05$) sowie zwischen der positiven Gesprächsbeurteilung und dem allgemeinen Complianceverhalten (pearson 2,95, df 2, $p > 0,05$) – also auch partieller Compliance – lässt sich nicht darstellen.

Hypothese 3: Zusammenhang zwischen Beurteilung durch Untersucher - Beurteilung durch Patient

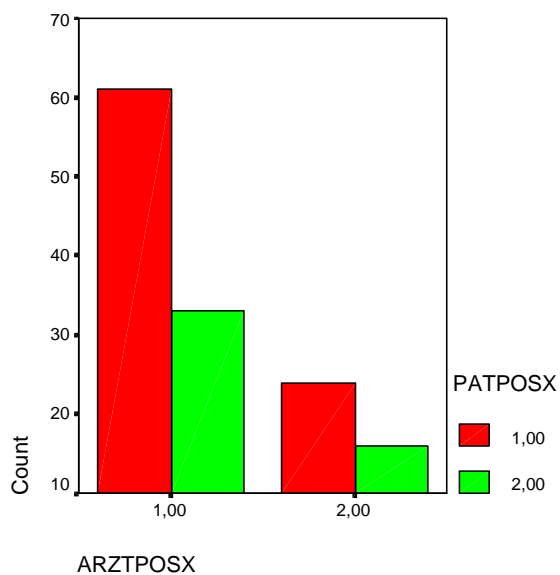


Abbildung 5.8 Bewertung Untersucher- Bewertung Patient

Ergebnis: Ein Zusammenhang zwischen der Gesprächsbeurteilung des Untersuchers und der des Patienten im Sinne einer weitgehenden Übereinstimmung kann nicht dargestellt werden (pearson 0,29, df 1, $p > 0,05$).

Hypothese 4: Konvergente positive Einschätzung des Gesprächs - Compliance

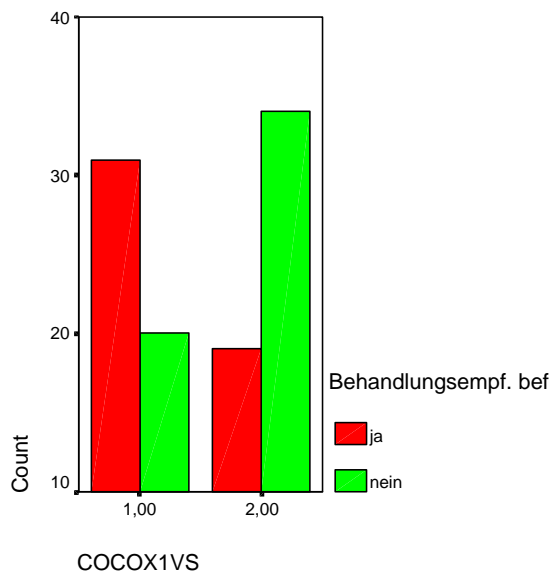


Abbildung 5.9 positive Übereinstimmung- subjektive Compliance

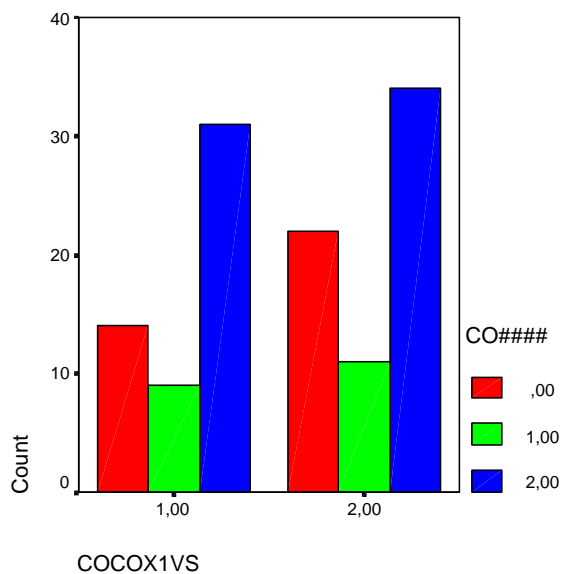


Abbildung 5.10 positive Übereinstimmung- allgemeines Complianceverhalten

Ergebnis: Während sich ein Zusammenhang zwischen übereinstimmend positiver Gesprächseinschätzung beider Teilnehmer und der subjektiven Compliance darstellen lässt (pearson 6,74, df 1, $p < 0,01$), ist dies für allgemeines Complianceverhalten nicht der Fall (pearson 0,73, df 2, $p > 0,01$).

Hypothese 5 : Übereinstimmend negative Gesprächsbewertung durch beide Teilnehmer wirkt sich negativ auf die subjektive und objektive Compliance aus.

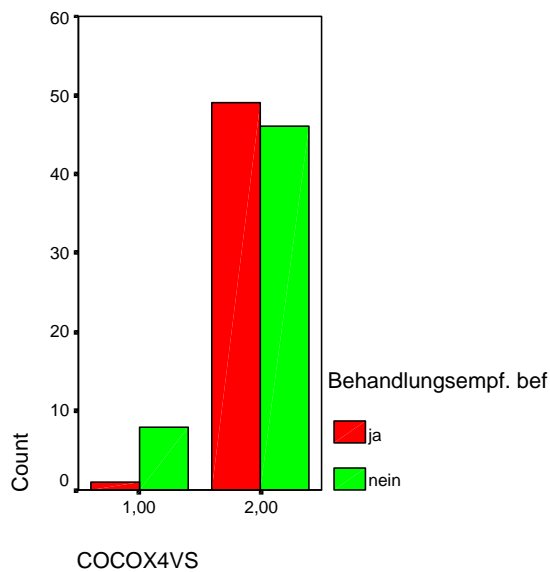


Abbildung 5.11 negative Übereinstimmung –subjektive Compliance

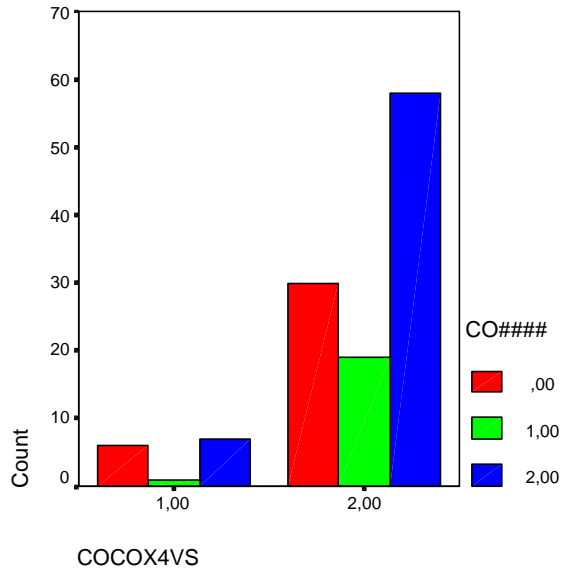


Abbildung 5.12 negative Übereinstimmung- allgemeines Complianceverhalten

Ergebnis: Während übereinstimmend negative Gesprächsbeurteilung durch beide Teilnehmer sich zumindest tendenziell negativ auf die subjektive Compliance auswirkt (pearson 5,39, df 1, $p=0,20$), ließ sich dies im Bezug auf objektivierte Compliancemaße nicht darstellen (pearson 1,8, df 2, $p=0,41$).

6 Diskussion

Der Gegenstand dieser Untersuchung ist die Darstellung der Arbeit und die Wirksamkeit des psychosomatischen Konsiliardienstes an Berliner Allgemeinkrankenhäusern unter besonderer Berücksichtigung der Patientencompliance. Zu diesem Zweck wurde eine schriftliche Nachbefragung von Patienten durchgeführt, die in einem Zeitraum von 9-12 Monaten vor dem Erhalt des Fragebogens eines oder mehrere Konsiliargespräche erhalten hatten. Neben Fragen zum Umfeld der Untersuchung, sowie zur Krankheitsverarbeitung interessierten dabei die Beurteilung des Gespräches und die Wahrnehmung der Therapieempfehlung bzw. die Aussagen über mögliche Gründe von Noncompliance. Ziel war es schließlich Aussagen über die Gesprächsbeurteilung von Untersuchern und Patienten zu vergleichen und deren Auswirkungen auf die Wahrnehmung der Therapieempfehlung abschätzen zu können. Zunächst stand die Beschreibung des Klientels im Vordergrund, wobei die Erhebungen der Konsiliarärzte zum Untersuchungszeitpunkt die Basis darstellte.

Bei der Frage welche Patienten zu den Gesprächen überwiesen wurden, bestätigten sich die vielfach vorbeschriebenen Befunde, wonach insbesondere stationär behandelte internistische Patienten eine Mitbeteiligung psychosomatischer Faktoren am Krankheitsgeschehen aufweisen. Mehr als 80 % der Konsilianforderungen stammten von internistischen Stationen. Wenn man davon ausgeht, dass die Überweisung stark von der Person des überweisenden Arztes abhängig ist, wirft dies ein Licht darauf, dass internistische Kollegen auf Grund der hohen Prävalenzrate sicher am ehesten geschult im Erkennen möglicher psychosomatischer Krankheitsfaktoren sein könnten, legt jedoch auch die Vermutung nahe, dass ein gewisser Anteil psychosomatisch kranker Patienten sich zur klinischen Behandlung auf internistischen Stationen befindet.

Darüber hinaus wird einmal mehr der Stellenwert des psychosomatischen Konsiliardienstes im Allgemeinkrankenhaus im Rahmen der Weichenstellung für die weitere Patientenkarriere deutlich, da für fast zwei Drittel der Patienten das Konsiliargespräch der erste Kontakt mit einer psychosomatischen Institution war. Diese Tatsache erscheint insofern von Bedeutung, da sich auf Grund dessen für den Untersucher eine umfassende Aufgabenstellung ergibt, die neben der Anamneseerhebung, die Förderung des Krankheitsverständnis, dem Aussprechen und Vermitteln einer Therapieempfehlung ebenso die Motivationsförderung für die Wahrnehmung einer psychotherapeutischen Behandlung beinhaltet. Eingebettet in eine weitgehend von medizinischen Behandlungserwartungen geprägten Atmosphäre hat der Konsiliarius die Aufgabe, Einsicht in ein für die Patienten häufig neues und ungewöhnliches

Krankheitsverständnis zu geben, das Selbstverantwortung und in hohem Maße auch Eigeninitiative erfordert. Ob es dabei im Rahmen des Konsiliarkontaktes gelingen kann eine Atmosphäre herzustellen, in der der Patient sich auf ein solchen Versuch einlassen kann, hängt nicht nur mit den Fähigkeiten des Untersuchers ab. Auch diagnostische Variablen wie Komorbidität oder der Grad Chronifizierung der Beschwerden sind nach der vorliegenden Literatur maßgeblich. Dabei zeigte sich, dass die untersuchten Patienten im Mittel bereits mehr als 3 Jahre unter ihren Beschwerden litten und sich bei einer mittleren Diagnosenzahl von 4,5 ein hoher Grad an komorbiden Erkrankungen darstellte. Darüber hinaus wurde nur bei weit weniger als der Hälfte der Patienten (41,7 %) als wichtigste Diagnose eine psychische Erkrankung kodiert gegenüber 35,6%, bei denen als wichtigste Diagnose eine körperliche Erkrankung genannt wurde.

Der Parameter der Chronifizierung erwies sich auch als das zentrale Kriterium der prognostischen Beurteilung durch die Untersucher, wobei die Prognose außerdem stark mit dem Grad der Beeinträchtigung korrelierte. Je länger die Patienten also bereits an ihren Beschwerden litten, desto schlechter wurde von den Untersuchern die Prognose im Hinblick auf die Veränderbarkeit der zur Untersuchung führenden Symptomatik eingeschätzt. Der Grad der Beeinträchtigung zeigte sich dabei als wichtigstes Kriterium für die Gesamtzeit die die Untersucher dem Patienten widmeten. Dadurch entsteht einerseits der Eindruck, dass die Untersucher ihre Bemühungen mit der Beeinträchtigung der Patienten rechtfertigten, andererseits unterstreicht dies den streng bedarfsorientierten Versorgungsauftrag, dem die Untersucher in der alltäglichen Arbeit Rechnung tragen müssen.

Insbesondere eine starke soziale Beeinträchtigung wirkte sich aus Sicht der Untersucher hinderlich auf die weitere Arbeit mit dem Patienten und schließlich auch negativ auf die Prognoseeinschätzung aus, so dass die Erfahrungen aus der Praxis Bestätigung finden, wonach interaktionelle Defizite sowohl den Aufbau des Kontaktes als auch die Vermittlung einer Empfehlung deutlich erschweren. Darüber hinaus stellte sich auch bei starker seelischer Beeinträchtigung eine Einschränkung der Beziehungsfähigkeit des Patienten dar. Je stärker die seelische Beeinträchtigung der Patienten war, desto schwieriger gestaltete sich der Zugang, die Therapieempfehlung wurde von den Patienten schlechter wahrgenommen und das Gespräch war nach Eindruck der Untersucher für die Patienten weniger hilfreich, sodass schließlich deren Zufriedenheit mit dem Gespräch gering war.

Insgesamt äußerten sich die Therapeuten nur bei weit weniger als der Hälfte der Gespräche (44%) zufrieden mit dem Ergebnis ihrer Bemühungen, bei weniger als der Hälfte (47%) der

Patienten hatten sie den Eindruck, dass die Therapieempfehlung angekommen sei. Da die Therapeuten darüber hinaus nur bei etwa jedem zweiten Patienten den Eindruck hatten, dass das Gespräch hilfreich gewesen sein könnte und lediglich bei 62% ein guter Zugang gefunden werden konnte entsteht der Eindruck, dass nur bei einem begrenzten Teil von Patienten das eigentliche Ziel des Gesprächs erreicht werden konnte.

Der Blick auf die Therapieempfehlungen bestärkt die Vermutung, dass es sich keinesfalls um eine Population von Patienten handelt die sich durch eine hohe Rate therapiegeeigneter Patienten auszeichnet, da lediglich 71% der Patienten überhaupt eine Therapieempfehlung erhielten. Zwar beeindruckt das breitgefächerte Spektrum von Empfehlungen, jedoch können lediglich 58% der Empfehlungen als psychotherapeutische Empfehlungen im weitesten Sinne bezeichnet werden und bei lediglich 18% der Empfehlungen wurden richtlinienpsychotherapeutische Verfahren genannt. Dieser Befund unterstreicht, dass es hier, im Gegensatz zu ähnlichen Untersuchungen im Ambulanzbereich, keinesfalls nur um die Vermittlung in eine adäquate therapeutische Weiterbehandlung geht, sondern vermutlich Fragen der Krankheitsverarbeitung oder der diagnostischen Abklärung eher eine größere Rolle spielen. Auch die Art der Therapieempfehlung weist in eine ähnliche Richtung, da die drei häufigsten Empfehlung Selbsthilfegruppen (13%), niederfrequente stützende Gespräche (11%) sowie hausärztliche Behandlung (8%) sind. Die Tatsache, dass trotz des breitgefächerten Spektrums von Empfehlungen zwei Drittel aller Patienten eine Vermittlungshilfe gegeben wurde betont einen wichtigen Kompetenzbereich der Konsiliarii. Sie verfügen offensichtlich über umfassende Kenntnisse über adäquaten therapeutische Anlaufstellen und könne dem Patienten eine Hilfestellung bei der Suche nach weiterbehandelnden Institutionen geben.

Der Eindruck, dass es sich um prognostisch sehr unterschiedlich einzuschätzende Patienten mit teilweise schwereren Organerkrankungen handelt findet sich auch bei der Sichtung der Katamnesedaten. Insgesamt 18 Patienten (5,8% des Gesamtklientels) waren zum Katamnesezeitpunkt bereits verstorben.

Der Rücklauf erschien mit 43% in Anbetracht des eher übersichtlich gehaltenen Fragebogenumfangs zwar eher unterhalb vergleichbarer Untersuchungen, kann jedoch in Anbetracht des wie oben beschrieben sowohl diagnostisch als auch prognostisch eher schwierigen Klientels als zufriedenstellend bewertet werden. Die Patienten, die den Fragebogen beantworteten unterschieden sich dabei nur geringfügig vom Gesamtklientel. Jedoch ergaben sich Hinweise darauf, dass die Patienten der Katamnese tendenziell eher eine bessere soziale Integration aufwiesen, die Untersucher ihnen tendenziell mehr Zeit widmeten, der Zugang im

Gespräch besser gelang und sich in dieser Gruppe mehr Patienten fanden, für die das Gespräch der erste Kontakt mit einer psychosomatischen Institution war. Es bestätigte sich damit die Annahme, dass unter den Respondern möglicherweise prognostisch günstiger einzuschätzenden Patienten überrepräsentiert waren, so dass nicht von einer gänzlich repräsentativen Stichprobe ausgegangen werden kann. Möglicherweise haben diese Patienten auch das Gesprächangebot weniger kritisch kommentiert als es die Gruppe der Nonresponder getan hätte.

Neben der Tatsache, dass es auch für die Katamnesepatienten in ca. 80% der Fälle das erste psychiatrisch/psychotherapeutische Gespräch war, wiesen etwa die gleiche Anzahl Patienten ein seelische bzw. körperliches Krankheitsmodelle auf, was auch in den geäußerten Behandlungserwartungen seinen Niederschlag fand. Fast die Hälfte aller Patienten waren davon überzeugt, dass Medikamente ihnen am ehesten weiterhelfen könnten, während eine Besserung durch körperliche und physiotherapeutische Behandlungsverfahren fast ebenso häufig geäußert wurden (38 bzw. 35%). Trotz der Möglichkeit von Mehrfachnennung gab lediglich jeder vierte Patient an, psychotherapeutische Maßnahmen für geeignet zu halten um die Beschwerden zu verbessern, was nochmals untermauert, dass es sich um ein intensiv somatisch vorbehandeltes Klientel handelt. Da in der vorliegenden Literatur vielfach die kognitive Verarbeitung der Beschwerden eine zentrale Bedeutung für die Entwicklung einer stabilen psychotherapeutischen Behandlungsmotivation genannt wird, verdeutlicht dieser Befund nochmals welche Aufgabenfüllen im psychosomatischen Konsiliarkontakt zu bewältigen ist. Möglicherweise hängt die Erwartung der Patienten auch von der gegebenen Vorinformation bzw. den bereits im Umgang mit dem behandelnden Arzt angeklungenen oder aktiv vermittelten Vorstellungen zusammen. Die Einstimmung auf das Gespräch ließ aus Sicht der Patienten noch Wünsche offen, da ein Drittel der Patienten angab nicht über den Sinn und Zweck der Untersuchung vorinformiert worden zu sein und lediglich ein Drittel die Frage nach Vorinformation eindeutig bejahen konnte. Es erscheinen also eine erhebliche Anzahl von Patienten zum psychosomatischen Konsiliargespräch, die keine oder nur vage Vorstellungen von dem haben, was sie in der Untersuchung erwartet. Trotz der sicherlich nicht eindeutigen Vorbefunde zu diesem Thema wird der Vorinformation der Patienten insbesondere auf Grund der geringen Rate an Eigeninitiative für das Zustandekommen der Gespräche heute eine hoher Stellenwert beigemessen. Dennoch konnte die Bedeutung der Vorinformation des Patienten zum Gespräch für späteres Complianceverhalten aus unserer Sicht keine Bestätigung finden. Es verhielten sich also auch Patienten compliant, die ohne Vorinformation in das Gespräch gegangen waren, was die Bedeutung des eigentlichen Konsiliargespräch und deren Vermittlungsfunktion nochmals

hervorhebt. Dennoch könnte in Anbetracht der begrenzten zeitlichen Ressourcen eine schriftlich Information der Patienten im Sinne eines Merkblattes zur Konsiliaruntersuchung die möglichen Ängste der Patienten mindern und damit zu mehr Offenheit im Gespräch beitragen.

Desto erstaunlicher ist die Gesprächsbewertung der Patienten, wobei fast zwei Drittel angaben Vertrauen zum Untersucher gefasst zu haben und einem Freund oder einer Freundin in einer ähnlichen Situation zu einem solchen Gespräch zu raten, sodass davon ausgegangen werden kann, dass die Erwartungen dieser Patienten erfüllt wurden. Dennoch bejahte ein Drittel der Patienten die Frage nach mehr praktischen Ratschläge und jeder vierte dem Wunsch nach einer aktiveren Haltung des Therapeuten zu.

Die Angaben der Patienten zu den Therapieempfehlungen zeigen weitgehende Übereinstimmungen mit den Angaben der Therapeuten. Während fast 70% der Katamnesepatienten eine Therapieempfehlung erhielten, gaben mehr als die Hälfte dieser Patienten an diese auch wahrgenommen zu haben (subjektive Compliancerate 53,8%) und 60% berichteten, dass diese ihnen geholfen habe. Auch die zunächst als noncompliant imponierenden Patienten sind nicht alle tatenlos geblieben. Insgesamt 47 Patienten gaben an etwas anderes zu Verbesserung ihrer Beschwerden unternommen zu haben, wobei erwartungsgemäß körperliche Maßnahmen sowie Physiotherapie vor psychotherapeutischen Maßnahmen oder Veränderung der Lebensführung rangierten.

Neben der Feststellung der Compliance interessierten uns natürlich die Gründe für Noncompliance. Die einzige Quelle waren dabei die Angaben der Patienten, die als wichtigste Gründe eine spontane Besserung der Symptomatik oder die Tatsache nannten, dass sie durch das Gespräch genug Anregungen erhalten hätten, um allein zurecht zu kommen. Erst in zweiter Linie wurden Gründe, wie die empfundenen Unangemessenheit der Empfehlung, die Ablehnung des Hausarztes oder der zu hohe Zeitaufwand genannt, wobei die Patienten häufig mehrere Gründe zur Rechtfertigung ihres Verhaltens wählten.

Noch vor der Compliance stellte sich die Frage welche Eigenschaften von Patienten oder der Untersuchungssituation am ehesten dazu führen, dass der Patient vom Gespräch profitieren kann. Hierbei konnte eindeutige Befunde weder für soziodemographische Variablen, noch für den Grad der Beeinträchtigung dargestellt werden.

Als zentrales Kriterium erwies sich der Modus der kognitiven Verarbeitung der Beschwerden im Sinne des Krankheitsmodells sowie die Fähigkeit, Vertrauen zum Therapeuten aufbauen zu können. Patienten mit einem somatischen Geneseverständnis konnten sich nicht nur weniger gut

auf die Gespräche einlassen und gaben die Verantwortung für die Weiterbehandlung eher ab, sondern zeigten auch eine signifikant erhöhtes Inanspruchnahmeverhalten für medizinische Behandlungsangebote und wiesen zum Zeitpunkt der Katamnese einen höheren Grad an Beeinträchtigung auf. Dies könnte als Hinweis darauf interpretiert werden, dass diese Patienten im Gespräch weniger erreicht werden konnten, da sich weder der Grad der Beeinträchtigung noch das Inanspruchnahmeverhalten für medizinische Leistungen ändert.

Von den Untersuchern wurde Patienten mit einem körperlichen Krankheitsmodell häufiger ein geringerer Leidensdruck attestiert. Dennoch konnten also auch Patienten mit einem geringen Leidensdruck und einem eher somatischen Krankheitsverständnis vom Angebot des Konsiliargesprächs profitieren, was zwar durch die möglicherweise geringere Einschränkung der Kommunikationsfähigkeit zu erklären wäre, jedoch als erfreulicher Befund erscheint.

Während in der vorliegenden Literatur der Grad der Chronifizierung eher als erschwerender Faktor beim Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung im Konsiliargespräch genannt wird, ergeben sich in dieser Untersuchung eher entgegengesetzte Befunde. Je länger die Dauer der zur Untersuchung führenden Symptomatik war, desto eher konnten die Patienten nach eigenen Angaben Vertrauen zum Untersucher aufbauen. Dies könnte darauf hinweisen, dass es mit zunehmender Dauer der Symptomatik zu einer gewissen Akzeptanz der Beschwerden oder aber ernüchternden Erfahrungen mit medizinischen Behandlungsversuchen kommt, die es möglicherweise erleichtern sich auf neue Behandlungsansätze einzulassen. Patienten hingegen bei denen die Symptomatik erst kürzere Zeit besteht, neigen möglicherweise noch eher dazu eine intensivere Auseinandersetzung zu vermeiden, sich intensiver Hoffnungen auf spontane oder durch medizinische Behandlung induzierte Besserung hinzugeben, was letztlich dazugeführt haben könnte, dass sie sich weniger gut auf ein solches Gespräch einlassen konnten.

Dennoch gelingt es den Untersuchern scheinbar auch solche Patienten mit mehr Zeitaufwand zu erreichen. Je mehr Gespräche mit dem Patienten geführt wurden, desto eher beschrieb der Patient in der Folge der Gespräche auch einen Erkenntnisprozess bzw. berichtete etwas Neues über sich erfahren zu haben.

Im Bezug auf die Gründe für Noncompliance erscheint erwähnenswert, dass gerade Patienten, die die Schwelle für eine ambulante Therapie bisher nicht überwunden hatten, weil sie nicht gewusst hätten, wie sie die Therapie vor ihrem Umfeld hätten rechtfertigen sollen, angaben, durch das Gespräch genug Anregungen bekommen zu haben, um mit ihren Beschwerden allein

zurecht zu kommen. Diese Patienten fühlten sich auch zum Katamnesezeitpunkt signifikant weniger beeinträchtigt.

Die Aussage die Therapieempfehlung als unangemessen empfunden zu haben gaben insbesondere Patienten an, die dem Therapeuten gegenüber wenig Vertrauen entwickeln konnten. Diese Patienten empfanden das Gespräch als belastender und gaben eine insgesamt kritischere Gesprächsbewertung ab.

Beim Blick auf die weiteren Gründe von Noncompliance fanden sich bei dem Vergleich der Angaben der Untersucher und der Patienten zunächst interessante Zusammenhänge bei den Auswirkung die den zeitlichen Einsatz anbetreffen. So zeigte sich, dass die Untersucher bei Patienten die angaben die Therapieempfehlung als unangemessen empfunden zu haben, weniger Zeit investiert hatten und trotz eines hohen Leidensdruckes keinen ausreichenden Zugang zum Patienten hatten aufbauen können. Während zunächst die Vermutung nahe läge dass der zeitlichen Begrenzung des Kontaktes möglicherweise die Vermittlung der Therapieempfehlung zum Opfer gefallen sei, erscheint es uns wahrscheinlicher, dass wohl im Gespräch rasch deutlich wurde, dass diese Patienten auf Grund ihrer Einstellung zum psychosomatischen Behandlungsansätzen wenig zugänglich waren und der Untersucher mit der Verkürzung seines zeitliche Engagements reagierte.

Bei den weiteren Gründen für Noncompliance zeigte sich, dass Angst vor Veränderungen insbesondere von den Patienten angegeben wurde, denen der Untersucher eine hohes Maß an Chronifizierung und eine schlechte Prognose attestiert hatte, was den Eindruck unterstützt, dass sich die Patienten mit der Dauer des Krankheitsprozesses mit ihrer Krankheit arrangieren und Veränderungen eher skeptisch begegnen.

Zentral für die Auswertung der Daten zu beiden Zeitpunkten erschien letztlich die Frage, welche Patienten eine vom Untersucher empfohlene Therapie am ehesten wahrnehmen . Während in der Literatur wie eingangs beschrieben vielfache, wenn auch nicht immer konsistente Hinweise vorliegen, ergaben sich aus der vorliegenden Untersuchung lediglich wenige eindeutige Befunde. So besaßen weder soziodemographische Variablen noch die Art der therapeutischen Empfehlung abgesehen von einigen Tendenzen, Vorhersagewert für die Tatsache ob der Patient im weiteren Verlauf der Erkrankung die Empfehlung des Konsiliarius umsetzt.

Ebenfalls lediglich Tendenzen ließen sich bei den diagnostischen Variablen hinsichtlich Complianceverhalten darstellen. Während sich Patienten, die unter einer psychovegetativer Symptomatik litten sowie auch solche, die nach Einschätzung der Untersucher tendenziell

stärker körperlich beeinträchtigt waren eher zu Complianceverhalten tendierten, war bei Patienten bei denen der Untersucher Anzeichen für eine Persönlichkeitsstörung fand, das Gegenteil der Fall. Diese fanden sich in der Gruppe der Noncompliancepatienten überrepräsentiert. Während bei Patienten mit psychovegetativer Symptomatik im Gespräch möglicherweise zu einem erweiterten Verständnis gekommen sein könnte, bestärkt der letztgenannte Teilbefund den Eindruck der Praxis, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen eher ein therapievermeidendes Verhalten zeigen und andere Strategien bevorzugen um ihre Beschwerden zu lindern.

Während sich Complianceverhalten häufiger bei Patienten fand die den Grund für das Gespräch darin sahen, dass sie Informationen über Hilfsangebote hätten bekommen sollen, fand sich dieser Zusammenhang erstaunlicherweise auch bei Patienten die angaben, dass der behandelnde Stationsarzt keine Ursachen für ihre Beschwerden gefunden habe. Offenbar konnten diesen Patienten Alternativen zur den bisherigen somatischen Behandlungsversuchen aufgezeigt werden.

Compliant verhalten sich nach den vorliegenden Befunden Patienten, die eine Therapieempfehlung erhielten und bei denen der Untersucher im Gespräch tendenziell den Eindruck hatte, dass die Empfehlung „angekommen“ war. Außerdem erschienen tendenziell solche Patienten später eine Behandlungsmaßnahme wahrzunehmen, denen durch die Nennung geeigneter Therapeuten bei der Suche nach einem Therapieplatz geholfen werden konnten. Offensichtlich zeigt sich dabei, dass sowohl der Untersuchereindruck einen gewissen Vorhersagewert für Compliance hat, als auch die Bedeutung von Vermittlungshilfen für die Weiterbehandlung und das weitere Schicksal des Patienten ebenfalls einen hohen Stellenwert besitzen, wobei die Nennung weiterbehandelnder Fachleute für den Patienten eine zentrale Informationsquelle darstellt. Verständlicher wird dieser Befund, wenn man sich vorstellt, dass in einer Großstadt in der Regel ein verwirrendes Überangebot von Therapeuten und therapeutischen Richtungen vorherrscht und es daher essentiell erscheint, dem Patienten einen konkreten Ansprechpartner zu vermitteln, der dem Untersucher kompetent erscheint die beschriebenen Beschwerden zu behandeln. Durch das Gespräch erfolgt so zwar eine Weichenstellung, der Patient ist im Idealfall sogar mehr oder weniger motiviert an einer weitergehenden Klärung seiner Beschwerden mit einem Therapeuten zu arbeiten, wird die Empfehlung aber erst dann in die Tat umsetzen, wenn ihm Hilfen für ein Kontaktaufnahme gegeben werden.

Wenn Compliancepatienten tendenziell häufiger eine seelische Mitbedingtheit ihrer Beschwerden einräumten legt dies die Vermutung nahe, dass für sie eine psychotherapeutische

Behandlung möglicherweise bereits vorstellbar war. Compliancepatienten halten also ihre Beschwerden eher für seelisch bedingt, halten jedoch nicht nur psychotherapeutische Maßnahmen tendenziell am ehesten für geeignet die Beschwerden zu verbessern, sondern erstaunlicherweise auch Medikamente. Dies bestätigt zwar die Erfahrung aus der praktischen Arbeit, wonach viele Patienten vor dem Kontakt mit einer psychotherapeutischen Institution den Wunsch nach einem unkomplizierten „Rezept“ gegen die Beschwerden hegen, zeigt jedoch dass es im Gespräch gelungen sein muss diese Haltung zu verändern und diese Patienten zu einer psychotherapeutischen Arbeit zu motivieren.

Insbesondere bei der retrospektiven Gesprächsbeurteilung ließen sich deutliche Zusammenhänge zu Complianceverhalten darstellen. So findet sich bei Compliancepatienten eine deutlich positivere Gesprächseinschätzung. Sie haben dem Untersucher Vertrauen entgegenbringen können, haben im Gespräch etwas Neues über sich erfahren und hätten sich seltener mehr praktische Ratschläge vom Therapeuten gewünscht. Sie hätten gern mehr Gespräche bei Therapeuten erhalten und würde das Gespräch weiterempfehlen. Sie berichten darüber hinaus tendenziell eher, dass die Wahrnehmung der Therapieempfehlung ihnen auch „geholfen“ habe. Insgesamt handelt es sich um Patienten, die mit klareren Vorstellungen in das Gespräch eintraten, aufgeschlossener waren und mit Hilfe einer guten Beziehung zum Therapeuten ihre Erwartungen an das Gespräch eher erfüllt sahen.

Dieser Befund betont nochmals die Bedeutung die der Gesprächeindruck für das weitere Behandlungsschicksal der Patienten zu haben scheint.

Bezüglich der Fragestellung der Untersuchung ließen die Befunde folgende Schlüsse zu: Nicht nur die positive Gesprächsbeurteilung durch die Patienten hatte wie oben beschrieben signifikant häufiger Complianceverhalten zur Folge, sondern auch eine übereinstimmend positive Gesprächsbeurteilung beider Teilnehmer führte dazu dass die Patienten häufiger in der Folge des Gespräches angaben eine Therapieempfehlung wahrgenommen zu haben.

Negative Konvergenz, also übereinstimmende kritische Bewertung des Gespräches hatte jedoch nach den vorliegende Daten keinen Vorhersagewert für zukünftiges Complianceverhalten, so dass auch Patienten, bei denen es offensichtlich nicht zu einem Konsens bezüglich Auftrag, Inhalt und Konsequenz des Gesprächs kam, ebenso wahrscheinlich die ausgesprochenen Empfehlung wahrnahmen. Zwar weist dieser Befund Einschränkungen auf, da möglicherweise die Gruppe der Nonresponder eine kritischere Bewertung der Gespräche gegeben hätte, dennoch könnte es sein, dass die Therapeuten bei der Auswahl ihrer Empfehlungen die Motivationslage der Patienten eher berücksichtigten.

Auch Divergenzen in der Gesprächsbeurteilung wirkten sich nicht eindeutig im Sinne einer Nichtwahrnehmung der Therapieempfehlung aus. Bei diesen Patienten scheinen möglicherweise außerhalb der erhobenen Variablen liegende Faktoren eine Rolle gespielt zu haben, wenn sie schließlich doch eine Therapieempfehlung wahrnahmen.

Letztlich betonen die dargestellten Befunde die Bedeutung der Beziehungsvariablen für den Konsiliarkontakt im medizinischen Kontext eines Allgemeinkrankenhauses. Wenn es dem Untersucher gelingt einen vertrauensvollen Kontakt zum Patienten herzustellen hat dies einerseits Auswirkungen auf die Möglichkeit des Patienten vom Gespräch zu profitieren, bewirkt darüber hinaus jedoch dass die Patienten angaben die ausgesprochenen Therapieempfehlung später auch wahrgenommen zu haben und wirkt sich nicht zuletzt auch auf die Zufriedenheit des Untersuchers mit den eigenen Bemühungen aus.

Abschließend sollen noch einige kritische Bemerkung zur Untersuchung einfließen. Wünschenswert wäre es natürlich gewesen mehr Informationen von den Patienten zu Katamnesezeitpunkt zu erlangen. Dennoch erwies es sich im Nachhinein angesichts der begrenzten Rate an Respondern als sinnvoll den Fragebogen in seinem Umfang zu begrenzen, da es sonst nicht nur zu einer weiteren Reduktion der Katamnese-Stichprobe gekommen wäre sondern möglicherweise auch eine weitere Selektion der motivierten und damit prognostisch günstigeren Patienten stattgefunden hätte.

Bezüglich der Konstruktion des Fragebogens wiesen insbesondere die Frage zur Gesprächsbeurteilung eine geringe Trennschärfe auf, was zwar den Vorteil hatte, dass es leichter gelang positive und negative Gesprächsbeurteilungen zu konstruieren, jedoch auch dazu führte, dass die Variablen teilweise im Antwortverhalten der Patienten hochsignifikant korrelierten.

Darüber hinaus ergaben sich bei der zweiten Sicht erhebliche Probleme der Complianceeinschätzung, da Patienten teilweise sich widersprechende Angaben im Fragebogen machten, die ein Expertenrating erforderten um eine adäquate Zuordnung herauszufiltern. Trotzdem durch eine eindeutige Ja/Nein-Zuordnung der Patienten bezüglich der Compliance auf der Basis ihrer eigenen Angaben in einigen Bereichen deutlich eindrücklichere und eher statistisch signifikantere Ergebnisse zustande gekommen wären, wurde darauf nicht nur auf Grund der eingangs beschriebenen Schwierigkeiten bei der Compliance-Definition verzichtet. Letztlich erscheint es auch als Stärke dieser Untersuchung Angaben beider Interaktionspartner zu demselben Gegenstand aufnehmen und vergleichen zu können und damit sowohl die interne Schlüssigkeit zu prüfen als auch Angaben im Sinne der sozialen Erwünschtheit herausfiltern zu

können. Damit sind die Ergebnisse der Untersuchung an einigen Stellen weniger eindeutig, erscheinen die Realität jedoch besser abzubilden.

Leider führte das Vorgehen der Complianceeinschätzung mittels Expertenrating schließlich dazu, dass sich in der endgültigen Fassung der Arbeit im März 2009 in Kapitel 5.5 nicht die endgültigen und zur Complianceberechnung in Kapitel 5.6 herangezogenen Zahlen fanden, ein Fehler der durch die vom Gutachter mögliche Nachbearbeitung der Dissertation rasch behoben werden konnte. Bei der kritischen Nachbetrachtung ist dies sicher ein wenig auch dem nicht unerheblichen Zeitraum geschuldet, den die Entwicklung der Untersuchung bis hin zur endgültigen Dissertation in Anspruch nahm und durch den an dieser Stelle wohl der endgültige Überblick kurzzeitig verloren ging. Letztlich ermöglichten die Anmerkungen des Gutachters hierbei eine notwendige Vertiefung in die Thematik und eine endgültige Richtigstellung.

Letztlich sollen auch grundsätzliche und nicht auszuschließende Probleme, die mit Fragebogenerhebungen verbunden sind, genannt werden. Die Bedingungen unter denen der Fragebogen ausgefüllt wurde bleiben unklar. Letztlich kann nicht kontrolliert werden inwieweit die Fragen wahrheitsgemäß beantwortete wurden oder Antworttendenzen im Sinne sozialer Erwünschtheit zu Verzerrungen führten.

Abschließend muss man anmerken, dass eine solche Untersuchungen und insbesondere die Fragebogenkonstruktion immer auf den Erfahrungen der Behandler beruht, aus deren Tätigkeit sich Fragestellungen entwickeln. So werden im Bezug auf die Fragestellung der Untersuchung nur einzelne Aspekte abgefragt, die Wahrnehmung also selektiv auf einzelne Aspekte des Forschungsgegenstandes gerichtet, so dass die Ergebnisse immer auch eine Reduktion der alltäglichen Wirklichkeit des psychosomatischen Konsiliardienstes bedeuten. Trotzdem besteht die Hoffnung, dass diese Untersuchung einige Aspekte des Forschungsgegenstandes "psychosomatischer Konsiliardienst" näher beleuchten konnte und einige relevante Faktoren darstellen konnte, die zu einer Entwicklung weitere Forschungsvorhaben anregen können.

7 Zusammenfassung

Zwar bietet der psychosomatische Konsiliardienst im Rahmen der stationären Patientenversorgung eine herausragende Möglichkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit, jedoch bestehen noch zu wenige Untersuchungen darüber, welche Auswirkungen die Gespräche auf das weitere Schicksal der Patienten innerhalb des Versorgungsystems haben, zu welcher Rate die ausgesprochenen Therapieempfehlung umgesetzt werden und welche Impulse darüberhinaus vom Konsiliargespräch für den Patienten ausgehen.

In der vorliegenden Untersuchung wurde eine katamnestische Befragung des Konsiliarklientels an vier Berliner Allgemeinenkrankenhäusern durchgeführt. Dabei wurde insbesondere folgenden Fragen nachgegangen: Welche Merkmale soziodemographischer, klinischer und psychologischer Art kennzeichnen das überwiesene Klientel. Wie wird der Konsiliarkontakt von den Untersuchern sowie von den Patienten beurteilt und welche Konsequenzen ergeben sich aus der Untersuchung für die spätere Wahrnehmung der Therapieempfehlung.

Hierzu wurden die subjektive Wahrnehmung sowohl der Untersucher sowie der Patienten erhoben und bezüglich der Auswirkungen auf die Compliance miteinander verglichen.

Die Stichprobe umfasste 309 Patienten, die binnen drei Monaten im Jahre 1994 an vier Berliner Krankenhäusern zu psychosomatischen Konsiliargesprächen überwiesen wurden. Es handelte sich um 186 Frauen (60,2%) sowie 123 Männer (39,8%). 81,2 Prozent der Patienten wurden aus der Inneren Medizin überwiesen, die Patienten wiesen einen hohen Chronifizierungsgrad auf, wobei die Patienten im Durchschnitt bereits 3,1 Jahre an den zur Untersuchung führenden Beschwerden litten und nach Aussagen der Untersucher zu 60,8% einen hohen oder sehr hohen Leidensdruck aufwiesen.

Neben den soziodemographischen und klinischen Merkmalen der Patienten, wurden die Untersucher im Erhebungsbogen ebenso zu ihrer subjektiven Einschätzung des Gespräches befragt. Lediglich 44,3% der Untersucher waren mit dem Ergebnis ihrer Bemühungen zufrieden, jedoch konnten die Untersucher in der Mehrzahl der Untersuchungen einen guten Zugang zum Patienten erlangen (59,1%) und hatten auch den Eindruck, dass das Gespräch für den Patienten hilfreich war (53,7%).

Um die Einschätzung der Patienten auf die psychosomatischen Konsiliargespräche zu erheben wurde ein standardisierter Fragebogen entwickelt der den Patienten 6 bis 12 Monate nach der Untersuchung übersandt wurde.

Trotzdem der Fragebogen in seinem Umfang begrenzt war, wurde er insgesamt lediglich von 134 Patienten vollständig ausgefüllt zurückgesandt, was einer Rücklaufquote von 43,4% entsprach. Dies ist im Vergleich zu ähnlichen gelagerten Untersuchungen als eher gering einzuschätzen, was insbesondere unter der Berücksichtigung der Tatsache das 18 Patienten (5,8%) zum Katamnesezeitpunkt bereits verstorben waren, für einen eher hohen Beeinträchtigungsgrad spricht. Für 76,9% der Patienten war das Konsiliargespräch der erste Kontakt mit einer psychosomatischen Institution.

Die Beurteilung der Gespräche war überwiegend positiv, 59 Prozent der Patienten konnten dem Therapeuten Vertrauen entgegenbringen und 59,7% würden einem Freund in einer ähnlichen Situation zu einem solchen Gespräch raten. 93 Patienten (69,4%) gaben an eine Therapieempfehlung erhalten zu haben, lediglich 34,6% der Patienten gaben jedoch an, dass sie sich unter der Therapieempfehlung gut oder sehr gut etwas hätten vorstellen können. 53,8% der Patienten gaben an, die Therapieempfehlung wahrgenommen zu haben und 60% davon gaben an, dass Ihnen diese auch geholfen habe. Der Grad der Beeinträchtigung durch die zur Untersuchung führenden Beschwerden hatte sich im Vergleich zum Zeitpunkt der Untersuchung deutlich reduziert. Während sich zum Zeitpunkt der Untersuchung 86,6% stark oder sehr stark beeinträchtigt fühlten, war dies im zum Zeitpunkt der Untersuchung nur noch bei 41,1% der Patienten der Fall.

Bei der weiteren Analyse zeigten sich solche Patienten vermehrt compliant, bei denen der Untersucher den Eindruck hatte, dass die Therapieempfehlung „angekommen“ war und solche, denen konkrete Vermittlungshilfen angeboten worden waren. Auch Patienten die eine seelische Mitbedingtheit ihre Beschwerden einräumten sowie solche die das Gespräch positiv beurteilten, verhielten sich häufiger compliant.

Bei der zentralen Frage der Untersuchung zeigte sich, dass eine positive Gesprächsbeurteilung von Patienten signifikant häufiger mit Compliance einhergeht, aber auch die beiderseitige positive Beurteilungen des Gespräches häufiger zur Wahrnehmung der Therapieempfehlung führt. Dies ließ nach der Datenlage jedoch nicht den Umkehrschluss zu. Selbst bei unterschiedlichster Beurteilung der Gespräche von Seiten des Untersuchers und des Patienten war dies nicht zwingend mit Noncompliance assoziiert.

Ein weiterer wichtiger Befund betrifft die Patienten, die nach den Kriterien der Untersuchung als noncompliant eingestuft wurden. Zunächst blieben auch sie nicht tatenlos, sie beschrieben in der Nachuntersuchung, dass sie ihrem subjektiven Krankheitskonzept entsprechend andere Dinge unternommen hatten, die ihnen ebenfalls geholfen hatten ihre Beschwerden zu lindern.

Desweiteren machten eine Gruppe von 35 Patienten Angaben, dass sie durch das Gespräch genug Anregungen bekommen hätten allein zurechtzukommen oder eine weitere Behandlung nicht mehr notwendig gewesen sei. Dies macht deutlich, dass insbesondere in der Gruppe der Noncompliancepatienten es sinnvoll erscheint nach weiteren vielleicht auch kurzfristigen Effekten des Gesprächs auf die Genesung zu forschen um gegebenenfalls eingehender darstellen zu können, welche anderen Möglichkeiten es für die Patienten gibt vom Konsiliargespräch zu profitieren. In dieser Untersuchung muss letztlich jedoch offen bleiben, inwiefern das Gespräch bei diesen Patienten möglicherweise dazu beigetragen haben könnte dass die Patienten selbst etwas zur Verbesserung ihrer Lage taten.

8 Literatur

Reference List

- Arolt, V. Psychische Störungen Bei Krankenhauspatienten. Eine Epidemiologische Untersuchung Zu Diagnostik, Prävalenz Und Behandlungsbedarf Psychiatrischer Morbidität Bei Internistischen Und Chirurgischen Patienten. Berlin: Springer, 1997.
- Arolt, V., M. Driessen, and H. Dilling. "Psychische Störungen bei Patienten im Allgemeinkrankenhaus." Deutsches Ärzteblatt 20a (1997): 1354-58.
- Auckenthaler, A. Palm D. Rüschemann P. Evaluation eines psychosomatischen Konsiliardienstes. 1992.
- Ref Type: Unpublished Work
- Basler, Heinz-Dieter. "Das Verhältnis Der Compliance-Forschung Zum Patienten." Ed. Wolfgang Schneider. Weinheim: Beltz, 1990. 167-82.
- Becker, Marshall H. et al. "Wahrnehmungen Des Patienten Und Compliance: Neuere Untersuchungen Zum "Health Belief Model"." Ed. R. B. Haynes, D. W. Taylor, and D. L. Sackett. München: R. Oldenbourg Verlag, 1982. 94-131.
- Bolk, R. "Psychoanalytisch fundierte Konsiliartätigkeit an einem Allgemeinkrankenhaus." Prakt Arzt 15 (1979): 2294-305.
- Brähler, C. and E. Brähler. "Der Einfluß von Patientenmerkmalen und Interviewverlauf auf die Therapieaufnahme - eine katamnestiche Untersuchung zum psychotherapeutischen Erstinterview." Zsch.psychosom.Med. 32 (1986): 140-60.

- Bräutigam, W. "Psychosomatische Medizin - Ursprünge und Entwicklungen in der Gegenwart." Zeitschrift für Psychotherapie und med.Psychologie (1987): 363-66.
- Deter, Hans C. "Ansätze integrativer Psychosomatik in der Medizinischen Klinik." Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 31.2 (1986): 96-106.
- Fiebiger, Dietmar et al. "Der Psychiatrische Konsiliardienst der Klinik für Psychiatrie an der Städtisches Klinikum Görlitz GmbH." Psychiatrische Praxis 24 (1997): 129-33.
- Fleischhacker, W. W. et al. "Der psychiatrische Konsiliardienst." Der Nervenarzt 57 (1986): 589-92.
- Flickenschild, Christa. Determinanten Der Therapiestratifikation. Katamnestische Untersuchung Zum Klinischen Erstinterview (Dissertation, Medizinischen Fakultät, Universität Gießen). Gießen: Verlag der Ferber'schen Universitätsbuchhandlung, 1984.
- Franz, Matthias. "Die Ablehnung psychotherapeutischer Hilfe - empirische Konturen eines destruktiv-narzisstischen Phänomens. Empirische Befunde zur Ablehnung eines Psychotherapieangebots." Forum der Psychoanalyse 10.2 (1994): 175-87.
- Franz, Matthias, Melanie Kuns, and Norbert Schmitz. "Was bewirken Therapieempfehlungen bei psychogen erkrankten Patienten einer psychosomatischen Konsiliarambulanz? Eine katamnestische Untersuchung." Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 45.2 (1999): 95-112.
- Gathmann, P. "Möglichkeiten und Chancen des Hausarztes beim psychosomatisch Kranken." Therapeutische Umschau 43.1 (1986): 26-33.
- Grawe, K. "Psychotherapieforschung zu Beginn der 90er Jahre." Psychologische Rundschau 43 (1992): 132-64.

- Greger, J. and K. D. Waldmann. "Konsiliartätigkeit, eine wichtige Aufgabe der
Abteilungspsychiatrie." Krankenhauspsychiatrie 11.3 (2000): 105-08.
- Gündel, H. Siess M. Ehlert U. et al. "Konsil-/Liaisonstätigkeit aus der sozioökonomischen
Perspektive." PPmP Psychother Psychosom, med Psychol (2000): 247-54.
- Haag, Antje. "Psychosomatisch-internistische Kooperation in der Medizinischen Poliklinik -
Erfahrungen mit einer unselektierten Patientenstichprobe." Zeitschrift für Psychotherapie
und medizinische Psychologie 35 (1985): 236-42.
- Haesler, Ludwig. "Zur Technik des Interviews bei "unergiebigem" Patienten." Psyche 32.2
(1978): 157-82.
- Haynes, R. B. "Maßnahmen Zur Verbesserung Der Compliance Bei Überweisung, Arztterminen
Und Dem Therapieplan." Ed. R. B. Haynes, D. W. Taylor, and D. L. Sackett. München:
R. Oldenbourg Verlag, 1982. 142-68.
- Haynes, R. Brian. "Einleitung." Ed. R. B. Haynes, D. W. Taylor, and D. L. Sackett. München: R.
Oldenbourg Verlag, 1982. 11-18.
- Herzog, T. and A. Hartmann. "Psychiatrische, psychosomatische und medizinpsychologische
Konsiliar- und Liaisonstätigkeit in der BRD." Nervenarzt 61 (1990): 281-93.
- Herzog, Thomas, Barbara Stein, and European Consultation Liaison Workgroup (ECLW).
"Psychotherapeutisch-psychosomatische Konsiliar-/Liaisondienste. Entwicklungen,
empirische Befunde, Perspektiven für Praxis und Forschung." Psychologie in der
Medizin 5.2 (1994): 10-17.

- Hohage, Roderich, Lisbeth Klöss, and Horst Kächele. "Über die diagnostisch-therapeutische Funktion von Erstgesprächen in einer psychotherapeutischen Ambulanz." Psyche 35.6 (1981): 544-56.
- Hulka, Barbara S. "Arzt-Patienten-Interaktionen Und Compliance." Ed. R. B. Haynes, D. W. Taylor, and D. L. Sackett. München: R. Oldenbourg Verlag, 1982. 77-93.
- Jordan, J. et al. "Zur Wirksamkeit des patientenzentrierten psychosomatischen Konsiliardienstes. Bericht über eine katamnestiche Untersuchung." Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 39 (1989): 127-35.
- Kinzl, Johann and Wilfried Biebl. "Psychosomatischer Konsultationsdienst an der Universitätsklinik Innsbruck. Ein Kooperations- und Integrationsversuch." Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 37.5 (1992): 266-71.
- Köcher, D. Patienten-Compliance Im Psychosomatischen Konsiliardienst: Ausmaß Und Einflußgrößen (Medizinische Dissertation, FU Berlin). Berlin: FU Berlin, 1982.
- Köhle, K. and P. Joraschky. "Die Institutionalisierung Der Psychosomatischen Medizin Im Klinischen Bereich." Ed. T. von Uexküll. München: Urban & Schwarzenberg, 1986. 406-64.
- Köhle, K. and P. Joraschky. "Die Institutionalisierung Der Psychosomatischen Medizin Im Klinischen Bereich." Ed. T. von Uexküll. 4 ed. München: Urban & Schwarzenberg, 1990. 415-38.
- Köpp, W. Helle M. Eichinger H. J. et al. "Hat sich das Diagnoseprofil bei psychomatisch untersuchten Konsiliarpatienten an Berliner Krankenhäusern gändert?" Pschother Psych Med (2003): 412-18.

Künsebeck, Hans W., W. Lempa, and H. Freyberger. "Die Häufigkeit psychischer Störungen bei nicht-psychiatrischen Klinikpatienten." Deutsche Medizinische Wochenschrift 109 (1984): 1438-42.

Lackner, Martin et al. "Die Patient-Stationarzt-Konsiliar-Triade: Bedingungen der Zufriedenheit im psychosomatischen Konsiliardienst." Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 46.9-10 (1996): 333-39.

Lamprecht, Friedhelm. "Die ökonomischen Folgen von Fehlbehandlungen psychosomatischer und somatopsychischer Erkrankungen." Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 46.8 (1996): 283-91.

Levy, N. B. "Psychosomatik und Konsultation/Liaison-Psychiatrie: Ein Überblick." Der Nervenarzt (1989): 724-31.

Liedtke, R. and Hans W. Künsebeck. "Konsiliar- Und Liaisonstätigkeit." Ed. A.-E. Meyer et al. Bern: Huber, 1996. 551-57.

Liedtke, R., Hans W. Künsebeck, and H. Freyberger. "Psychotherapie im Klinischen Konsiliar- und Liaisondienst." Z Psychosom Med 40 (1990): 346-50.

Lipowski, Z. J. "Aktuelle Probleme des psychosomatisch-psychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienstes." Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie 33.Sonderheft (1983): 3-14.

Lipowski, Z. J. "Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie in Nordamerika in den 80er Jahren." Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 39.9-10 (1989): 337-41.

Lupke, Ulrike, Ulrike Ehlert, and Dirk Hellhammer. "Effekte psychologischer Behandlung im Allgemeinkrankenhaus: Verlaufsuntersuchung an Patienten mit

- Somatisierungsverhalten." Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 45.9-10 (1995): 358-65.
- Meyer, A.-E. "Die Zukunft der Psychosomatik in der BRD - eine Illusion?" Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie 40 (1990): 337-45.
- Pontzen, Walter. "Psychosomatischer Konsiliar- und Liaisondienst." Psychotherapeut 39.5 (1994): 322-26.
- Richter, H.-E. "Die Bedeutung der Psychologie in der Medizin." Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie (1989): 51-57.
- Riehl, A. et al. "Psychosomatische Konsiliartätigkeit in einem Grossklinikum: Probleme der Integration und die Patienten-Compliance." Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 35.7 (1985): 183-88.
- Rothermundt, M., V. Arolt, and N. B. Levy. "Deutsche und amerikanische Konsiliarpsychiater beurteilen ihre Tätigkeit. Ein Beitrag zur Qualitätsverbesserung in der Konsiliarpsychiatrie." Nervenarzt 68.735 (1997): 741.
- Ruff, Wilfried and Sebastian Leikert. "Entwicklungen von nicht behandelten Patienten und Therapieabbruchern. Katamnese 10 Jahre nach dem Erstkontakt." Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 45.7 (1995): 237-42.
- Scheidt, Carl E. and Thomas Herzog. "Geschickte Patienten Schwierigkeiten und Chancen der Konsiliarpsychotherapie." Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 38.6 (1993): 368-78.

- Schepank, H. "Die Versorgung psychogen Kranker aus epidemiologischer Sicht Spezialisierung oder Generalisierung? Epidemiological view of medical services for patients with psychogenic disorders." Psychotherapeut 39.4 (1994): 220-29.
- Schepank, Heinz. "Prognose und Spontanverlauf von psychischer Gesundheit und psychogener Erkrankung Prognosis and spontaneous course of mental health and psychogenic illness." Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 37.4 (1991): 375-88.
- Schleberger-Dein, Ursula, Ulrich Stuhr, and Antje Haag. "Die psychosomatisch-psychosoziale Bedarfs- und Versorgungssituation im Akutkrankenhaus - Ergebnisse einer Befragung internistischer Stationsärzte und -ärztinnen." Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 44.3-4 (1994): 99-107.
- Schmeling-Kludas, Christoph et al. "Das Konzept der integrierten internistisch- psychosomatischen Patientenversorgung - Erfahrungen und Ergebnisse bei der Umsetzung im Allgemeinen Krankenhaus." Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 41.7 (1991): 257-66.
- Schüffel, W. "Psychosomatic medicine III: patients of the psychosomatic consultant." Psychotherapy and Psychosomatics 22 (1973): 192-95.
- Söllner, W. Stix B. Stein B et al. "Qualitätskriterien für den psychosomatischen Konsiliar-Liaison-Dienst." WMW Wien med Wochenschrift (2002): 528-34.
- Söllner, Wolfgang, Ulrike Smrekar, and Gerhard Schüßler. "Zur Strukturqualität im psychotherapeutischen Konsiliar-/Liaisondienst: Überlegungen zu Qualitätsstandards und Entwicklung eines Dokumentationsbogens." Psychologie in der Medizin 6.2 (1995): 17-23.

Spörkel, H., M. Gietmann, and M. Maaß. Compliance Im Therapeutischen Prozess. Ein Experimenteller Beitrag. Marburg: Elwert, 1985.

Strauß, Bernhard et al. "Zeitlich begrenzte Kontakte mit einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz II. Potentielle Determinanten der Inanspruchnahme therapeutischer Empfehlungen Time-limited contacts with a psychosomatic-psychotherapeutic outpatient unit: II. Potential determinants of utilization of therapeutic recommendations." Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 41.2 (1991): 53-60.

Stuhr, Ulrich and Antje Haag. "Eine Prävalenzstudie zum Bedarf an psychosomatischer Versorgung in den allgemeinen Krankenhäusern Hamburgs." Psychother Med Psychol 39 (1989): 273-81.

Tress, Wolfgang et al. "Psychogene Erkrankungen in hausärztlichen Praxen." Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 43.3 (1997): 211-32.

von Cube, T. Katamnese Von Patienten Der Abteilung Für Psychotherapie Und Psychosomatik an Der Psychiatrischen Klinik Der Universität München. Versuch Einer Überprüfung Der Wirkung Von Psychotherapeutischen Beratungsgesprächen (Dissertation, Ludwig Maximilians-Universität, München). München: Universität, 1981.

von Cube, T. "Katamnese von Patienten der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik an der Psychiatrischen Klinik der Universität München. Versuch einer Überprüfung der Wirkung von psychotherapeutischen Beratungsgesprächen." Zsch.psychosom.Med. 29 (1983): 49-75.

Welzel-Ruhrmann, Claudia, Florentine Wermter, and Reinhard Liedtke. "Katamnestic Evaluation of a psychosomatic-dermatological consultation service." Psychotherapeut 44.4 (1999): 220-26.

Wirsching, M. "Der psychosomatische Konsiliar- und Liaisondienst Evaluation, Forschungsansätze und Beiträge zur Lehre Psychosomatic consultation and liaison service. Evaluation, research and training." Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 40.9-10 (1990): 363-68.

9 Anhang

Tabelle der nominal skalierten Daten:
(CHI-2-Test, Gruppenvariable CO####)

	Chi-2	df	asympt. Signifikanz
CO#### * Klinik	4,475	2	,214
CO#### * Krankenkasse	10,862	2	,541
CO#### * Geschlecht	,032	2	,984
CO#### * Formal zuweisende Stelle	4,874	4	,301
CO#### * Fachrichtung zuweisende Stelle	9,441	12	,665
CO#### * ambulant (Psychosomatische, psychotherapeutische oder psychiatrische Vorbehandlungen)	2,650	2	,266
CO#### * stationär (Psychosomatische, psychotherapeutische oder psychiatrische Vorbehandlungen)	-	-	-
CO#### * keine (Psychosomatische, psychotherapeutische oder psychiatrische Vorbehandlungen)	,914	2	,633
CO#### * unbekannt (Psychosomatische, psychotherapeutische oder psychiatrische Vorbehandlungen)	,869	2	,648
CO#### * Anregung zur Untersuchung in 1. Linie durch	1,805	6	,937
CO#### * Erwerbstätigkeit	26,883	16	,043
CO#### * Art des Zusammenlebens	18,219	14	,197
CO#### * Allgemeine Angst	7,263	2	,026
CO#### * Angstanfall	,438	2	,803
CO#### * Phobien	2,234	2	,327
CO#### * Zwangsgedanken	,082	2	,960
CO#### * Zwangshandlungen	,049	2	,976
CO#### * jetzt depressive	1,856	2	,395
CO#### * früher depressiv	,087	2	,958
CO#### * jetzt suicidal	,043	2	,979
CO#### * früher suicidal	2,312	2	,315
CO#### * delirant	,590	2	,745
CO#### * manisch/maniform	1,230	2	,541
CO#### * Psychovegetative Polysymptomatik	6,546	2	,038
CO#### * Herz/Kreislauf	4,340	2	,114
CO#### * Magen/Darmtrakt	,359	2	,836
CO#### * Kopfschmerzen	2,849	2	,241
CO#### * Schlafstörungen	3,946	2	,139
CO#### * Wirbelsäule/Muskulatur/Motorik	2,431	2	,297
CO#### * Urogenitaltrakt	1,230	2	,541
CO#### * Atmung	,673	2	,714
CO#### * Haut	2,312	2	,315
CO#### * Sexualfunktion	,020	2	,990
CO#### * Ulcus ventriculi/duodeni	1,811	2	,404
CO#### * Colitis ulcerosa	,214	2	,898
CO#### * Anorexia nervosa	1,493	2	,474
CO#### * Adipositas	1,146	2	,564
CO#### * Asthma bronchiale	1,261	2	,532
CO#### * Essentielle Hypertonie	1,014	2	,602
CO#### * Morbus Crohn	2,932	2	,231
CO#### * Rheumatoide Arthritis	,214	2	,898
CO#### * Bulimie	,590	2	,745
CO#### * Neurodermitis	,430	2	,807
CO#### * z.Zt. bestehende organ. Erkrankungen	1,266	2	,531
CO#### * Folgezustände nach früher durchgemachten Erkrankungen od. Unfällen	2,137	2	,344
CO#### * Angeborene Mißbildungen	3,493	2	,174

	Chi-2	df	asympt. Signifikanz
CO#### * Chron. Erkrankungen (z.B. Diabetes mell., Dialyse)	2,312	2	,315
CO#### * Hirnorgan. Psychosyndrom	3,493	2	,174
CO#### * Malignom	,023	2	,988
CO#### * Transplantation	4,318	2	,115
CO#### * Bypass	1,693	2	,429
CO#### * Alkoholmißbrauch/-abhängigkeit	2,785	2	,248
CO#### * Medikamentenmißbrauch/-abhängigkeit	1,238	2	,538
CO#### * Drogenmißbrauch/-abhängigkeit	1,597	2	,450
CO#### * Charakterneurose	5,427	2	,066
CO#### * Strukturelle Ich-Störungen (z.B. Borderline/narzißt. Neurose)	,177	2	,915
CO#### * Soz. Schwierigkeiten (Dissozialität)	,023	2	,988
CO#### * Persistierende Primordialsymptomatik	3,640	4	,457
CO#### * Persönlichkeitsstruktur (Hauptakzent)	11,873	8	,157
CO#### * Wichtigste Diagnose	77,956	74	,354
CO#### * Dauer der jetzt zur Untersuchung führenden Symptomatik	12,153	16	,733
CO#### * Einstellung des Patienten nach dem Gespräch	7,634	14	,907
CO#### * Leidensdruck	2,393	8	,967
CO#### * Therapieempfehlungen	12,064	6	,061
CO#### * Hausärztliche Behandlung	1,247	2	,536
CO#### * Problematik an max. 5 Gespr. abklärbar	3,869	2	,144
CO#### * Hochfrequente stützende Gespr.(> 1/Wo.)	1,597	2	,450
CO#### * Niedrigfrequente stützende Gespr. (< 1/Wo.)	2,444	2	,295
CO#### * Analytische Einzeltherapie	3,581	2	,167
CO#### * Analyt. orientierte Psychotherapie	1,553	2	,460
CO#### * Analyt. Gruppentherapie	3,243	2	,198
CO#### * Paar/Familientherapie	3,611	2	,164
CO#### * Psychiatrische Behandlung	4,268	2	,118
CO#### * Gesprächspsychotherapie (n. Rogers)	1,433	2	,489
CO#### * Verhaltenstherapie	1,673	2	,433
CO#### * Suggestive Verfahren	1,433	2	,489
CO#### * andere Formen amb. Psychotherapie	1,824	2	,402
CO#### * Psychopharmakotherapie	4,268	2	,118
CO#### * organmed. Diagnostik u./oder Therapie	6,753	2	,034
CO#### * Selbsthilfegruppen	2,012	2	,366
CO#### * Einzelfallhilfe	3,493	2	,174
CO#### * stationär eigene Einrichtung	,888	2	,642
CO#### * stationär andere Einrichtungen	1,207	2	,547
CO#### * zur Wiedervorstellung aufgefordert	1,202	2	,548
CO#### * andere Maßnahmen	,020	2	,990
CO#### * direkte telefon. Vermittlung	2,117	2	,347
CO#### * Adressenliste mitgegeben	2,994	2	,224
CO#### * Nennung geeigneter Therapeuten/innen bzw. Kliniken	8,535	2	,014
CO#### * Therapieplatz soll selbst gesucht werden	,043	2	,979
CO#### * Sonstiges (z.B. bisherige Therapie soll weiterlaufen)			
CO#### * keine Therapieempfehlung	1,493	2	,474
CO#### * Beratungsgespräch vorher?	20,037	14	,129
CO#### * krankgeschrieben?	20,646	16	,193
CO#### * Vorinfo über Gespräch	7,270	6	,297
CO#### * Initiative	8,131	6	,229
CO#### * keine körperl. Ursachen	8,021	2	,018
CO#### * Ursache psychisches Befinden	7,380	2	,025
CO#### * Übertreiben der Beschwerden	1,758	2	,415
CO#### * Beratung über Hilfsangebote	7,606	2	,022
CO#### * Möglichkeit zum Reden	,563	2	,755
CO#### * Pat. wollte Gespräch, seel. Faktoren an Beschwerden	1,137	2	,566
CO#### * seelische Unterstützung benötigt	,590	2	,745

CO#### * Hilfe bei Behördenkontakt	2,783	2	,249
	Chi-2	df	asympt. Signifikanz
CO#### * keine Angaben	1,137	2	,566
CO#### * körperliche Behandlung	2,065	2	,356
CO#### * Medikamente	,241	2	,886
CO#### * Psychoth. Maßnahmen	8,749	2	,013
CO#### * Entspannungsüb./Massage/K	,088	2	,957
CO#### * Selbsthilfegr.	5,650	2	,059
CO#### * Abstand und Ruhe	,777	2	,678
CO#### * Veränderung Lebensführung bzw. -umstände	1,537	2	,464
CO#### * praktische Lebenshilfe	1,752	2	,416
CO#### * keine Angaben	2,155	2	,340
CO#### * Behandlungsempfehlung?	10,878	4	,028
CO#### * welche Behandlungsempfehlung	19,604	18	,356
CO#### * Hilfe bei Suche?	35,317	8	,000
CO#### * Behandlungsempf. befolgt?	44,144	4	,000
CO#### * nein -> anderes	44,958	2	,000
CO#### * alternative Behandlung	17,667	20	,609
CO#### * sonstige Gründe	8,118	8	,422

Tabelle der ordinal skalierten Daten:
(Kruskal-Wallis-Test, Gruppenvariable Co####)

	Chi-Quadrat	df	Asymptot. Signifikanz
CO #### * Anzahl der Untersuchungstermine	1,399	2	,497
CO #### * Dauer des 1. Konsils in Min.	,010	2	,995
CO #### * Geschätzte Gesamtzeit in Min. (incl. Telefonate, Dokumentationen, Besprechungen u.ä.)	2,254	2	,324
CO #### * Sprachverständigung			
CO #### * Dauer der jetzt zur Untersuchung führenden Symptomatik	12,153	16	,733
CO #### * Leidensdruck	2,254	2	,324
CO #### * körperl. Beeinträchtigung	4,747	2	,093
CO #### * seel. Beeinträchtigung	,620	2	,733
CO #### * soziale Beeinträchtigung	,849	2	,654
CO #### * Prognose im Hinblick auf die Veränderbarkeit durch die vorgeschlagene Maßnahmen	2,673	2	,263
CO #### * Zugang des Untersuchers zum Patienten während des Gesprächs	9,924	10	,447
CO #### * Eindruck des Untersuchers, ob das Gespräch für den Patienten hilfreich war	12,566	10	,249
CO #### * Eindruck des Untersuchers, ob die Therapieempfehlung beim Pat. angekommen ist	18,894	10	,042
CO #### * Zufriedenheit des Untersuchers mit dem Gespräch	6,631	10	,760
CO #### * ggf. selbst psychotherapeutisch mit Pat. arbeiten?	11,289	10	,335
CO #### * Anzahl Ärzte vor Behandlung	1,045	2	,593
CO #### * Stärke der Beeinträchtigung	,460	2	,795
CO #### * Beschw. seelisch bedingt	6,043	2	,049
CO #### * Beschw. körperl. Bedingt	,978	2	,613
CO #### * Erinnerung an Gespräch	,225	2	,894
CO #### * Vorstellung von Therapieempf.?	69,696	10	,000
CO #### * Gespräch belastend?	5,557	10	,851
CO #### * Vertrauen ggü. Therapeuten?	20,141	10	,028
CO #### * Neues über sich erfahren?	23,220	10	,010
CO #### * Wunsch mehr prakt. Ratschläge?	31,244	10	,001
CO #### * Wunsch aktiverer Therapeut?	7,392	10	,688
CO #### * Wunsch weitergeh. Beh. durch Th.?	25,523	10	,004
CO #### * Zuraten Freund?	26,432	10	,003
CO #### * ja -> empf. Behandlung	125,648	10	,000
CO #### * Anzahl Ärzte letztes halbe Jahr	18,700	10	,044
CO #### * Beeinträchtigung heute	3,488	2	,175



Faktorenanalyse

Warnungen

Es wurde nur eine Komponente extrahiert. Komponentendiagramme können nicht erstellt werden.

KMO- und Bartlett-Test

Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin.			,840
Bartlett-Test auf Sphärizität	Ungefähres Chi-Quadrat	272,259	
	df	6	
	Signifikanz nach Bartlett		,000

Anti-Image-Matrizen

		Zugang des Untersuchers zum Patienten während des Gesprächs	Eindruck des Untersuchers, ob das Gespräch für den Patienten hilfreich war
Anti-Image-Kovarianz	Zugang des Untersuchers zum Patienten während des Gesprächs	,392	-,142
	Eindruck des Untersuchers, ob das Gespräch für den Patienten hilfreich war	-,142	,334
	Eindruck des Untersuchers, ob die Therapieempfehlung beim Pat. angekommen ist	-6,378E-02	-,142
	Zufriedenheit des Untersuchers mit dem Gespräch	-,112	-6,830E-02
Anti-Image-Korrelation	Zugang des Untersuchers zum Patienten während des Gesprächs	,849 ^a	-,393
	Eindruck des Untersuchers, ob das Gespräch für den Patienten hilfreich war	-,393	,814 ^a
	Eindruck des Untersuchers, ob die Therapieempfehlung beim Pat. angekommen ist	-,169	-,408
	Zufriedenheit des Untersuchers mit dem Gespräch	-,274	-,181

Anti-Image-Matrizen

		Eindruck des Untersuchers, ob die Therapieempfehlung beim Pat. angekommen ist	Zufriedenheit des Untersuchers mit dem Gespräch
Anti-Image-Kovarianz	Zugang des Untersuchers zum Patienten während des Gesprächs	-6,378E-02	-,112
	Eindruck des Untersuchers, ob das Gespräch für den Patienten hilfreich war	-,142	-6,830E-02
	Eindruck des Untersuchers, ob die Therapieempfehlung beim Pat. angekommen ist	,365	-,127
	Zufriedenheit des Untersuchers mit dem Gespräch	-,127	,427
Anti-Image-Korrelation	Zugang des Untersuchers zum Patienten während des Gesprächs	-,169	-,274
	Eindruck des Untersuchers, ob das Gespräch für den Patienten hilfreich war	-,408	-,181
	Eindruck des Untersuchers, ob die Therapieempfehlung beim Pat. angekommen ist	,834 ^a	-,322
	Zufriedenheit des Untersuchers mit dem Gespräch	-,322	,868 ^a

a. Maß der Stichprobeneignung

Kommunalitäten

	Anfänglich	Extraktion
Zugang des Untersuchers zum Patienten während des Gesprächs	1,000	,766
Eindruck des Untersuchers, ob das Gespräch für den Patienten hilfreich war	1,000	,807
Eindruck des Untersuchers, ob die Therapieempfehlung beim Pat. angekommen ist	1,000	,785
Zufriedenheit des Untersuchers mit dem Gespräch	1,000	,743

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Erklärte Gesamtvarianz

Komponente	Anfängliche Eigenwerte			Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	3,100	77,509	77,509	3,100	77,509	77,509
2	,347	8,667	86,177			
3	,320	8,012	94,189			
4	,232	5,811	100,000			

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Komponentenmatrix^a

	Komponente
	1
Zugang des Untersuchers zum Patienten während des Gesprächs	,875
Eindruck des Untersuchers, ob das Gespräch für den Patienten hilfreich war	,898
Eindruck des Untersuchers, ob die Therapieempfehlung beim Pat. angekommen ist	,886
Zufriedenheit des Untersuchers mit dem Gespräch	,862

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

a. 1 Komponenten extrahiert

Rotierte Komponentenmatrix^a

a. Es wurde nur eine Komponente extrahiert. Die Lösung kann nicht rotiert werden.

Faktorenanalyse

KMO- und Bartlett-Test

Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin.		,716
Bartlett-Test auf Sphärizität	Ungefähres Chi-Quadrat	259,206
	df	21
	Signifikanz nach Bartlett	,000

Anti-Image-Matrizen

		Gespräch belastend (rekodiert)	Vertrauen ggü. Therapeuten?	Neues über sich erfahren?
Anti-Image-Kovarianz	Gespräch belastend (rekodiert)	,684	-,185	8,900E-02
	Vertrauen ggü. Therapeuten?	-,185	,542	-1,430E-02
	Neues über sich erfahren?	8,900E-02	-1,430E-02	,618
	Wunsch prakt. Ratschl. (rekodiert)	4,050E-02	8,382E-03	3,254E-02
	Wunsch mehr Aktivität (rekodiert)	-,111	-9,850E-02	-8,964E-02
	Wunsch weitergeh. Beh. durch Th.?	7,249E-02	-,144	-,188
	Zuraten Freund?	-,131	-,137	-,187
Anti-Image-Korrelation	Gespräch belastend (rekodiert)	,728 ^a	-,303	,137
	Vertrauen ggü. Therapeuten?	-,303	,792 ^a	-2,470E-02
	Neues über sich erfahren?	,137	-2,470E-02	,732 ^a
	Wunsch prakt. Ratschl. (rekodiert)	6,416E-02	1,491E-02	5,424E-02
	Wunsch mehr Aktivität (rekodiert)	-,193	-,192	-,164
	Wunsch weitergeh. Beh. durch Th.?	,112	-,250	-,305
	Zuraten Freund?	-,227	-,267	-,343

Anti-Image-Matrizen

		Wunsch prakt. Ratschl. (rekodiert)	Wunsch mehr Aktivität (rekodiert)	Wunsch weitergeh. Beh. durch Th.?	Zuraten Freund?
Anti-Image-Kovarianz	Gespräch belastend (rekodiert)	4,050E-02	-,111	7,249E-02	-,131
	Vertrauen ggü. Therapeuten?	8,382E-03	-9,850E-02	-,144	-,137
	Neues über sich erfahren?	3,254E-02	-8,964E-02	-,188	-,187
	Wunsch prakt. Ratschl. (rekodiert)	,583	-,302	5,156E-02	-6,824E-02
	Wunsch mehr Aktivität (rekodiert)	-,302	,485	,112	-1,675E-02
	Wunsch weitergeh. Beh. durch Th.?	5,156E-02	,112	,613	-,132
	Zuraten Freund?	-6,824E-02	-1,675E-02	-,132	,483
Anti-Image-Korrelation	Gespräch belastend (rekodiert)	6,416E-02	-,193	,112	-,227
	Vertrauen ggü. Therapeuten?	1,491E-02	-,192	-,250	-,267
	Neues über sich erfahren?	5,424E-02	-,164	-,305	-,343
	Wunsch prakt. Ratschl. (rekodiert)	,621 ^a	-,568	8,626E-02	-,129
	Wunsch mehr Aktivität (rekodiert)	-,568	,644 ^a	,205	-3,462E-02
	Wunsch weitergeh. Beh. durch Th.?	8,626E-02	,205	,680 ^a	-,242
	Zuraten Freund?	-,129	-3,462E-02	-,242	,781 ^a

a. Maß der Stichprobeneignung

Kommunalitäten

	Anfänglich	Extraktion
Gespräch belastend (rekodiert)	1,000	,421
Vertrauen ggü. Therapeuten?	1,000	,626
Neues über sich erfahren?	1,000	,581
Wunsch prakt. Ratschl. (rekodiert)	1,000	,660
Wunsch mehr Aktivität (rekodiert)	1,000	,767
Wunsch weitergeh. Beh. durch Th.?	1,000	,728
Zuraten Freund?	1,000	,722

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Erklärte Gesamtvarianz

Komponente	Anfängliche Eigenwerte			Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion			Rotierte Summe
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt
1	2,898	41,400	41,400	2,898	41,400	41,400	2,483
2	1,607	22,959	64,359	1,607	22,959	64,359	2,286
3	,887	12,665	77,024				
4	,510	7,289	84,313				
5	,415	5,923	90,235				
6	,383	5,471	95,706				
7	,301	4,294	100,000				

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

a. Wenn Komponenten korreliert sind, können die Summen der quadrierten Ladungen nicht addiert werden, um eine Gesamtvarianz zu erhalten.

Komponentenmatrix^a

	Komponente	
	1	2
Gespräch belastend (rekodiert)	,594	,263
Vertrauen ggü. Therapeuten?	,787	-8,325E-02
Neues über sich erfahren?	,630	-,429
Wunsch prakt. Ratschl. (rekodiert)	,486	,651
Wunsch mehr Aktivität (rekodiert)	,630	,608
Wunsch weitergeh. Beh. durch Th.?	,474	-,710
Zuraten Freund?	,820	-,223

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

a. 2 Komponenten extrahiert

Mustermatrix^a

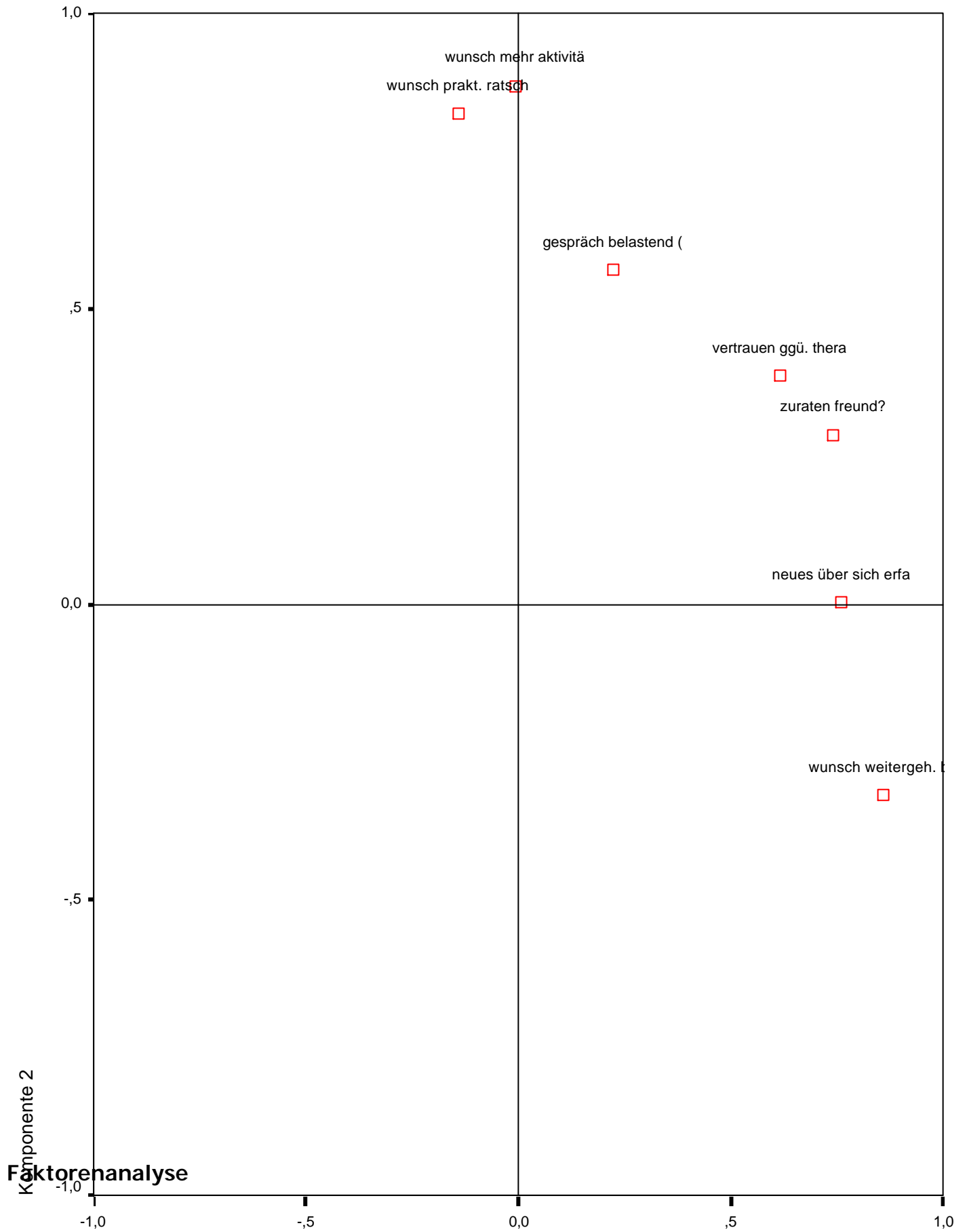
	Komponente	
	1	2
Gespräch belastend (rekodiert)	,223	,565
Vertrauen ggü. Therapeuten?	,615	,386
Neues über sich erfahren?	,762	3,413E-03
Wunsch prakt. Ratschl. (rekodiert)	-,141	,830
Wunsch mehr Aktivität (rekodiert)	-6,970E-03	,877
Wunsch weitergeh. Beh. durch Th.?	,860	-,323
Zuraten Freund?	,742	,287

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Rotationsmethode: Oblimin mit Kaiser-Normalisierung.

a. Die Rotation ist in 10 Iterationen konvergiert.

Komponentendiagramm im rotierten Raum



Warnungen

Es wurde nur eine Komponente extrahiert. Komponentendiagramme können nicht erstellt werden.

KMO- und Bartlett-Test

Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin.		,500
Bartlett-Test auf Sphärizität	Ungefähres Chi-Quadrat	5,064
	df	1
	Signifikanz nach Bartlett	,024

Anti-Image-Matrizen

		REGR factor score 1 for analysis 2	REGR factor score 2 for analysis 2
Anti-Image-Kovarianz	REGR factor score 1 for analysis 2	,956	-,200
	REGR factor score 2 for analysis 2	-,200	,956
Anti-Image-Korrelation	REGR factor score 1 for analysis 2	,500 ^a	-,209
	REGR factor score 2 for analysis 2	-,209	,500 ^a

a. Maß der Stichprobeneignung

Kommunalitäten

	Anfänglich	Extraktion
REGR factor score 1 for analysis 2	1,000	,604
REGR factor score 2 for analysis 2	1,000	,604

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Erklärte Gesamtvarianz

Komponente	Anfängliche Eigenwerte			Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	1,209	60,445	60,445	1,209	60,445	60,445
2	,791	39,555	100,000			

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Komponentenmatrix^a

	Komponente
	1
REGR factor score 1 for analysis 2	,777
REGR factor score 2 for analysis 2	,777

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

a. 1 Komponenten extrahiert

Rotierte Komponentenmatrix^a

a. Es wurde nur eine Komponente extrahiert. Die Lösung kann nicht rotiert werden.

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version nicht veröffentlicht.

Erklärung

Ich, Christoph Scheideler, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Evaluation des Psychosomatischen Konsiliardienstes an Berliner Allgemeinkrankenhäusern“ selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die unzulässige Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.

Datum 28.09.2010

Unterschrift