

Dr. Barbara Pütz

Im Rahmen der vorliegenden Studie ermöglichte es die AOK-Niedersachsen den niedergelassenen Ärzten, Patienten direkt, also nicht aufgrund einer rehabilitativen Maßnahme, in die Fachklinik für Verhaltensmedizin und Psychosomatik der MediClin Deister Weser Kliniken in Bad Münden einzuweisen. Dabei hat sich bestätigt, dass auf diesem Weg Chronifizierungen vermieden werden können, die häufig entstehen, wenn Betroffene aufgrund langer Krankheits- und Wartezeiten auf einen Platz in einer Therapieeinrichtung hohen Belastungen ausgesetzt sind.

Es besteht also eine große Chance, auf diesem Weg psychosomatischen Erkrankungen effektiver und effizienter entgegen zu wirken.

Wirkfaktoren der Psychosomatischen Behandlung

Modellprojekt der AOK Niedersachsen und der Fachklinik für Psychosomatik der MediClin Deister Weser Kliniken in Bad Münden

Dr. Barbara Pütz

Wirkfaktoren der Psychosomatischen Behandlung

Ein Modellprojekt der AOK Niedersachsen und der Fachklinik für
Psychosomatik der MediClin Deister Weser Kliniken in Bad Münder

*„Reden ist Silber
Handeln ist Gold!“*

Die vorliegende Broschüre beschreibt erste Ergebnisse eines Modellprojektes zwischen der AOK Niedersachsen und der Psychosomatischen Abteilung der MediClin Deister Weser Kliniken in Bad Münden.

Das Projekt geht auf ein Angebot der Klinik Mitte 1997 an die AOK Landesdirektion zurück. Ende Dezember 1999 kam es dann zum Abschluss eines entsprechenden Vertrages.

Inhalt dieses Modellprojektes war die gezielte verhaltenstherapeutisch orientierte Behandlung psychosomatisch erkrankter Patienten mit dem Ziel, durch die Vernetzung von ambulanter, akut-stationärer und stationärer Behandlung in den MediClin Deister Weser Kliniken die Versorgung zu verbessern und einer Chronifizierung dieser Erkrankungen entgegen zu wirken. Der Zugang der Patienten erfolgte auf der Grundlage einer Einweisung zur stationären Behandlung durch im Einzugsgebiet niedergelassene Vertragsärzte. Die Aufnahme in die Klinik erfolgte unverzüglich.

Die Projektleitung lag in den Händen von Frau Dr. Barbara Pütz.

Wissenschaftlich begleitet wurde der Modellversuch von den Professoren Dr. Josef Rogner und Dr. Mathias Bartram vom Fachbereich Psychologie der Universität Osnabrück.

Während der gesamten Dauer des Projektes konnte sich die Klinik der ständigen Unterstützung durch die MitarbeiterInnen der AOK Niedersachsen sicher sein. Dafür gilt unser Dank besonders Frau Heike Klein, Frau Martina Eimbeck-Kaufmann, Frau Dr. Dörte Riechers, Frau Anja Rust, Herrn Thomas Belz, Herrn Karl-Heinz Küster und Frau Barbara Wischermann.

Er gilt aber auch Frau Angelika Borchert und den MitarbeiterInnen in der Klinik sowie ganz besonders den Patientinnen und Patienten, die durch ihre aktive Mitarbeit zum Gelingen des Projektes beitragen.

Die vorläufigen Ergebnisse machen Mut, den beschrittenen Weg durch noch bessere Verzahnung der unterschiedlichen Sektoren weiter zu gehen.

In diese Richtung zielen auch die noch ausstehenden vielfältigen weiteren wissenschaftlichen Auswertungen dieser Studie.

Bad Münden, im April 2007

Inhaltsverzeichnis

I.	Kurzfassung	6
II.	Einleitung	8
III.	Der Modellversuch	10
	1. Ablauf	11
	2. Untersuchungsplan	12
	3. Messinstrumente	13
	4. Stichprobe	14
	5. Behandlung	16
	6. Ergebnisse	17
	6.1. Teil 1: Arbeitsunfähigkeit	17
	6.2. Teil 2: Ambulante Praxiskontakte	23
	6.3. Teil 3: Krankenhausaufenthalte	26
	6.4. Teil 4: Auswertung einiger ausgewählter Fragebögen	29
	7. Ausreißer – zwei Fallbeispiele	34
IV.	Zusammenfassung	36
V.	Ausblick	39

Impressum

MediClin

Stand: April 2007

Z/Öffentlichkeitsarbeit/PR, OG

Text: Dr. Barbara Pütz

Gestaltung: DIVA, Weisweil

I. Kurzfassung

Die AOK-Niedersachsen ermöglichte es den niedergelassenen Ärzten, Patienten direkt, also nicht aufgrund einer rehabilitativen Maßnahme, in die Fachklinik für Verhaltensmedizin und Psychosomatik der MediClin Deister Weser Kliniken in Bad Münder einzuweisen. Effektiver und effizienter sollte so einer Chronifizierung der psychosomatischen Erkrankung entgegen gewirkt werden.

Für 199 Studienpatienten liegen Ergebnisse bei Aufnahme, Entlassung und zwei Jahre danach (Katamnese) vor.

Arbeitsunfähigkeit (AU)

1. Es gibt eine signifikante Reduktion der Arbeitsunfähigkeitsfälle (von 623 auf 451) in einer Stichprobe von 126 Patienten.
2. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nimmt um 74% ab, wegen Herz-Kreislaufkrankungen um 72% und wegen Krankheiten des Verdauungssystems um 67%.
3. Die Arbeitsunfähigkeits-Dauer wegen psychischer und Verhaltensstörungen nimmt zu.
4. Die Hälfte aller Patienten war in den zwei Jahren vor Klinikaufenthalt nicht länger als 61 Tage arbeitsunfähig. Nachher sind es nur noch maximal 46 Tage.
5. Es gibt einige Personen mit extrem langen Arbeitsunfähigkeits-Zeiten. Die Hälfte aller Arbeitsunfähigkeitstage in den zwei Jahren nach Klinikaufenthalt ist auf 15 Personen (12% der Stichprobe) zurückzuführen.

Praxiskontakte

Die Zahl der ambulanten Praxiskontakte von 134 Studienpatienten reduziert sich besonders im Bereich der somatischen Medizin.

1. Minus 61% bei Ärzten für Innere Medizin, minus 44% bei Allgemeinmedizinern und Praktischen Ärzten, minus 43% bei Neurologen.
2. Auch Heilpraktiker werden deutlich seltener frequentiert (-54%).
3. Die Zahl der Kontakte mit Psychotherapeuten nimmt, wie zu erwarten war, deutlich zu.

Krankenhausaufenthalte

1. Die Zahl der Aufenthaltstage im Krankenhaus wegen Krankheiten des Kreislaufsystems geht bei 113 Patienten mit mindestens einem Fall vor Aufnahme in die MediClin Deister Weser Kliniken von 357 auf 53 Tage zurück, die wegen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems von 557 auf 63.
2. Auch hier gibt es eine Verschiebung von der „rein“ somatischen Einweisungsdiagnose zur Diagnose psychischer und Verhaltensstörungen.
3. Des Weiteren fallen erneut Personen mit Extremwerten auf. Die Krankenhauskosten von neun Personen machen 28% der Gesamtkosten für Krankenhausaufenthalte in dieser Stichprobe aus.

Emotionales und körperliches Befinden, Symptomatik

1. In der Symptomcheckliste (SCL-90-R), dem Fragebogen zum emotionalen Befinden (EMO) und im Giessener Beschwerdebogen (Körperliches Befinden – GBB) weisen die Studienpatienten bei Aufnahme in die MediClin Deister Weser Kliniken deutlich schlechtere Werte auf als zwei parallel aufgenommene Vergleichsgruppen (BfA-Patienten, so genannte Kur-Patienten der AOK).
2. Es kommt zu einer starken Besserung der Symptome und des Befindens während des Aufenthaltes.
3. Bei der Entlassung gibt es zwischen den drei Gruppen fast keine signifikanten Unterschiede mehr.
4. Die Werte der Studienpatienten bleiben bis zur Katamneseuntersuchung nach zwei Jahren auf fast allen Skalen (mit Ausnahme der Gliederschmerzen) stabil.

Zusammenhänge Arbeitsunfähigkeit/ SCL90R

Es gibt Zusammenhänge zwischen der Dauer der Arbeitsunfähigkeit und Depressivität, Ängstlichkeit, Paranoidem Denken und Psychotizismus (SCL-90-R) am Ende der Behandlung. Patienten mit langen Arbeitsunfähigkeitszeiten haben höhere Werte auf der Skala „Paranoies Denken“ als solche mit kurzen Zeiten.

II. Einleitung

Fehlallokation und chronisches Krankheitsverhalten – ein langer und teurer Leidensweg

Im Rahmen psychosomatischer Erkrankungen führen zwei Problembereiche in eine chronische Krankheitskarriere: Fehlallokation und chronisches Krankheitsverhalten.

So wird die somatoforme Schmerzstörung in der Chirurgie, der Inneren Abteilung oder Anästhesie behandelt, die Essstörung in der Inneren, die Herztodangst in der Kardiologie usw. Immer neue, weitere und zusätzliche diagnostische Maßnahmen verstärken den Eindruck des Patienten, an einer bedrohlichen körperlichen Krankheit zu leiden. Wenn dann nach vielen Untersuchungen die Mitteilung kommt: „Sie haben nichts“, geht der Patient mit dem Gedanken nach Hause, schwer körperlich krank zu sein, ohne dass eine Ursache gefunden wurde. Schließlich ist er über lange Zeit diagnostiziert und behandelt worden, wie jemand, der eine solche ernst zu nehmende körperliche Krankheit hat.

Die ausgeprägten körperlichen Beschwerden bei psychosomatischen Erkrankungen werden von den Patienten häufig als lebensbedrohlich erlebt. Schwindelzustände, schlagartige Schmerzen, Sehstörungen, Ersticken-gefühle, Herztodängste, Hyperventilation, Taubheitsgefühle, Wahrnehmungsstörungen etc. sind Krankheitszustände, die an eine schwer wiegende körperliche Erkrankung denken lassen. Das heißt, diese Patienten erleben ein derartiges Ausmaß an physischer Bedrohung, wie es auch bei lebensbedrohlichen Kollapszuständen vorkommt. Nur unter der ständigen Absicherung, medizinische Hilfe verfügbar zu haben, sehen sie sich überhaupt in der Lage, ihren Aktionsspielraum langsam zu erweitern.

Aus diesen Erfahrungen resultiert nicht selten chronisches Krankheitsverhalten. Das heißt, dass das subjektive Krankheitsgefühl des Patienten und sein daraus resultierendes Verhalten in keiner angemessenen Relation zu den medizinischen Befunden stehen. Solche Patienten fühlen sich kranker und verhalten sich dementsprechend kranker. Das heißt, die Folgerungen, die der Patient in seinem Denken, Fühlen und Handeln im Zusammenhang mit seinen Beschwerden für sich gezogen hat, haben sich als eigene spezifische Verhaltensauffälligkeit verselbstständigt, denn Patienten haben immer ein eigenes Krankheits- und Erklärungsmodell für ihre Symptomatik.

Da eine Psychosomatische Fachklinik sich aber um den körperlichen, den psychischen und den sozialen Anteil dieser Symptome kümmert, müssen sich die Patienten bei der Einweisung in eine solche Fachklinik nicht auf ein körperliches oder seelisches Entstehungsmodell ihrer Gesundheitsstörung festlegen. Und sie machen im stationären Rahmen die Erfahrung, dass eine Zuordnung und Erklärung „meine Krankheit ist nur ein Charakterfehler“ und „ich habe Schuld“ ebenso wenig zutrifft, wie die Vorstellung: „Alles ist körperlich!“.

Ein zu einseitiges Krankheitsmodell des Patienten kann in den meisten Fällen in einer Psychosomatischen Fachklinik in Richtung eines bio-psycho-sozialen Erklärungsmodells verändert werden, sodass er sein chronisches Krankheitsverhalten aufgeben kann und zukünftig Fehlallokationen vermieden werden.

Wenn also Fehlallokation und Chronifizierung verhindert werden sollen, was ein erheblicher Therapieerfolg wäre und hohe unnötige Kosten einsparen helfen würde, muss Patienten ein möglichst frühzeitiges Behandlungsangebot – in einer spezialisierten Fachklinik – gemacht werden. Das ist überwiegend nur im Rahmen der Direkteinweisung möglich.

Dieser Weg wurde seit April 2000 modellhaft beschritten, als die AOK-Niedersachsen es den niedergelassenen Ärzten ermöglichte, zum ersten Mal Patienten direkt in die Fachklinik für Verhaltensmedizin und Psychosomatik der MediClin Deister Weser Kliniken in Bad Münder einzuweisen.

Bei einem Teil der direkt eingewiesenen Patienten reichte die stationäre Intervention aus, Änderungen hinsichtlich ihres Erklärungsmodells vorzunehmen.

Ein anderer Teil entschied sich, meist auf Anraten der Therapeuten, nach positiver stationärer psychotherapeutischer Erfahrung für eine weiterführende ambulante Psychotherapie.

Die Bedeutung Psychosomatischer Fachkliniken in der stationären Versorgung von Patienten in Bezug auf Fehlallokation, Verhinderung von chronischem Krankheitsverhalten und weiterer Chronifizierung muss hoch eingeschätzt werden und wird zukünftig vor dem Hintergrund sinkender Einnahmen und steigender Krankheitskosten noch deutlich zunehmen. Die Entwicklung gestattet keine Fehlzuweisungen und überflüssige Diagnostik und Behandlung, weil der richtige Patient nicht zum richtigen Zeitpunkt in der richtigen Klinik ankommt.

III. Der Modellversuch

Von April 2000 bis Dezember 2004 führten die AOK Niedersachsen und die Fachklinik für Verhaltensmedizin und Psychosomatik der MediClin Deister Weser Kliniken in Bad Münder in Zusammenarbeit mit der Universität Osnabrück eine Studie durch, die die Effektivität und Effizienz einer zeitnahen stationären psychotherapeutischen/psychosomatischen Behandlung überprüfte.

Es hat bereits eine Reihe ähnlicher Studien gegeben. Alle konnten zeigen, dass durch die Behandlung eine Besserung der Symptomatik und der Lebensqualität zu erreichen waren, und dass in den Folgejahren die Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Behandlungen abnahm – und damit auch deren Kosten.

Was ist neu an dieser Studie?

Während die bekannten Untersuchungen die Tatsache nutzten, dass die Patienten, die im Rahmen einer rehabilitativen Maßnahme der Rentenversicherungsträger (Psychosomatisches Heilverfahren) stationär in einer Psychosomatischen Fachklinik behandelt wurden, in den meisten Fällen auch Mitglieder einer Krankenkasse waren, die Personen bezogene Daten prä- und poststationär zur Verfügung stellte, erfolgte die Aufnahme im Rahmen der vorliegenden Studie nicht aufgrund einer rehabilitativen Maßnahme.

Damit der richtige Patient zum richtigen Zeitpunkt die richtige Behandlung erhielt, wurden neue Wege der Zuweisung beschritten.

Es war den niedergelassenen Ärzten möglich, Patienten der AOK-Niedersachsen – insbesondere aus Hannover, Schaumburg und Hameln-Pyrmont – direkt in die MediClin Deister Weser Kliniken einzuweisen. Die Aufnahme erfolgte unverzüglich.

Die Dauer der stationären Maßnahme war nicht von vornherein begrenzt – wie das bei Kuren oder Heilverfahren der Fall ist –, sondern sie richtete sich allein nach dem Ausprägungsgrad des Krankheitsbildes.

Neu war an diesem Modell also, dass die Aufnahme in eine Rehabilitationsklinik hier nicht aufgrund einer rehabilitativen Maßnahme erfolgte bzw. Patienten untersucht wurden, die durch den Rentenversicherungsträger an einer solchen Maßnahme teilnahmen und zufällig auch Mitglied bei der AOK Niedersachsen waren.

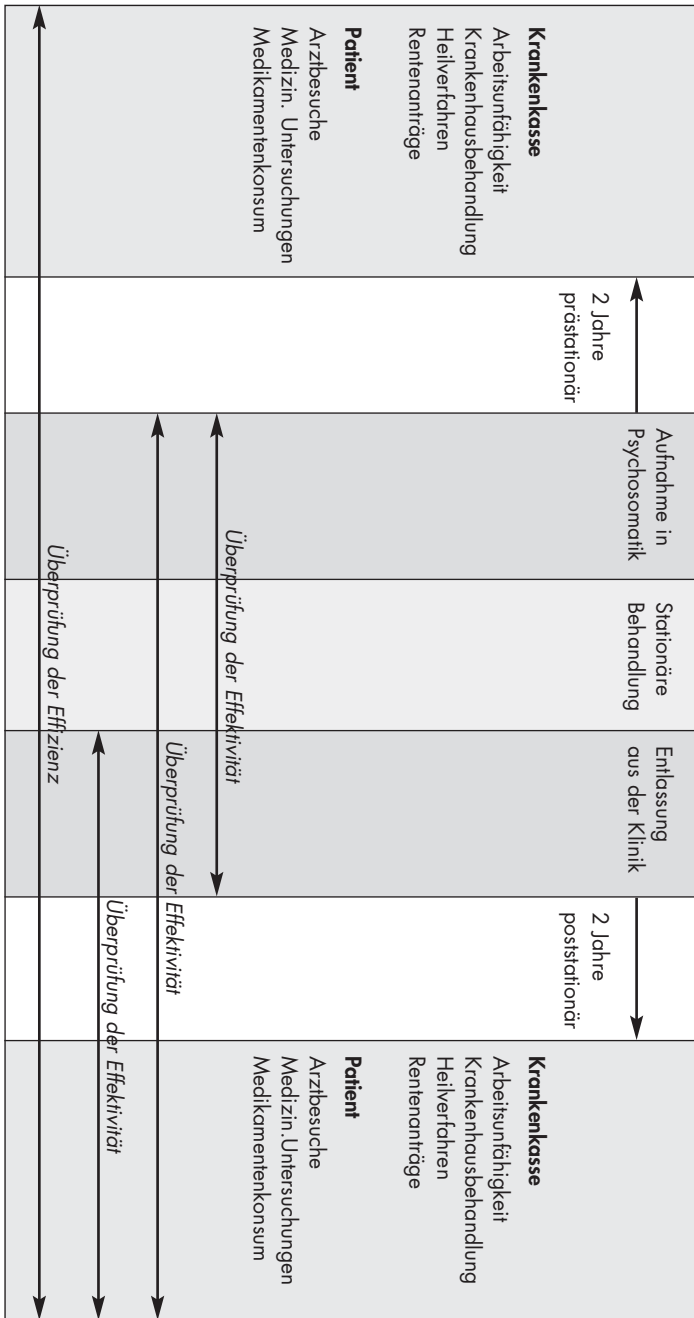
Die Frage war, ob durch ein solches Vorgehen hinsichtlich der Effektivität der Behandlung als auch bezogen auf die Effizienz Verbesserungen eintreten würden, und ob damit einer Chronifizierung der psychosomatischen Erkrankung entgegengewirkt werden könnte.

Für 199 Studienpatienten liegen u.a. Daten zur Arbeitsunfähigkeit, Krankenhausaufenthalten und Arztbesuchen in den zwei Jahren vor und nach dem Klinikaufenthalt vor. Emotionales und körperliches Befinden sowie die Symptomatik wurden bei Aufnahme, Entlassung und nach zwei Jahren (Katamnese) erfragt.

1. Ablauf

Nach erfolgter stationärer Einweisung – falls erforderlich nach einem ambulanten Vorgespräch – wurden im Rahmen des Modellprojekts in der verhaltenstherapeutisch orientierten Klinik AOK-Patienten mit den folgenden Indikationen behandelt:

- F30-F39: affektive Störungen (Manie, Depression, etc.);
- F40-F48: neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen (Phobien, Angststörungen, Zwangsstörungen, schwere Belastungs-, somatoforme Störungen);
- F50-F49: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (Adipositas, Magersucht, Bulimie, Schlafstörungen, etc.) und
- F60-F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.



3. Tabelle Messinstrumente

	Messzeitpunkte		
	Aufnahme	Entlassung	Katamnese
Rehastatus (IRES)	X		
Beschwerdeverlauf	X		
Symptomcheckliste (SCL-90-R)	X	X	X
Therapiemotivation (FTM)	X		
Rentenbedürftigkeit	X		
Körperliches Befinden (GBB)	X	X	X
Emotionales Befinden (EMO)	X	X	X
Ressourcen im Lebensumfeld	X		
Selbstkonzept (Selb)	X	X	
Stressbeschwerden (SBB)	X		
Beeinträchtigung in Familie, Freizeit und Beruf (BEEIN)	X		
Elterliches Erziehungsverhalten (FEV)	X		
Soziales Umfeld (SOZ)	X		
Traumatische Lebensereignisse (SCHICKSAL)	X		
Stressverarbeitung	X	X	
Fragebogenbeantwortung	X		
Erlebte Veränderungen (AT-EVA)		X	
Veränderung der individuellen Symptomatik		X	X
Bilanzierung		X	
Erreichung, Veränderung, Neubewertung von Therapiezielen		X	
Bedingungen des Therapieerfolges		X	
Praxiskontakte	X		X
Medizinisch-technische Untersuchungen	X		X
Medikamentenkonsum	X		X
Arbeitsunfähigkeit	X		X
Krankenhausaufenthalte	X		X
Rentenzeiten	X		X
Sonderleistungen	X		X
Basisdokumentation Psychosomatik		X	

4. Stichprobe

- N=199 stationäre Patienten der Deister Weserkliniken, Abteilung Psychosomatik und Verhaltensmedizin (Aufnahme – Entlassung)
- Teilstichprobe: N=143 Patienten (Aufnahme – Entlassung – Katamnese)

Soziodemographische Variablen (N=199 stationäre Patienten)

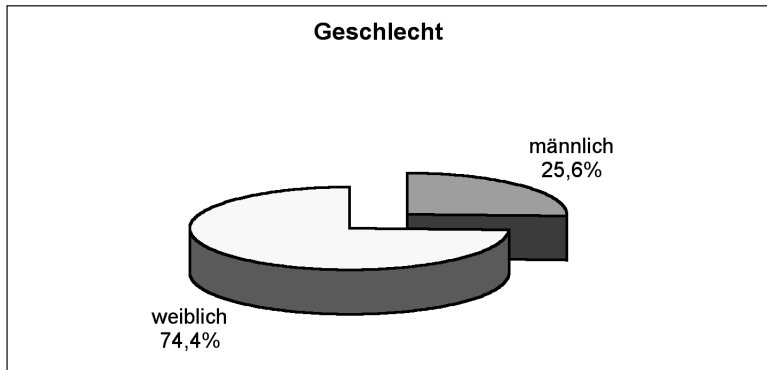


Abb. 1

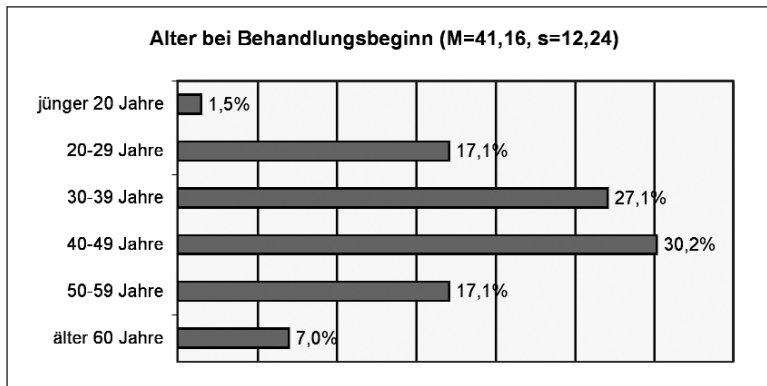


Abb. 2

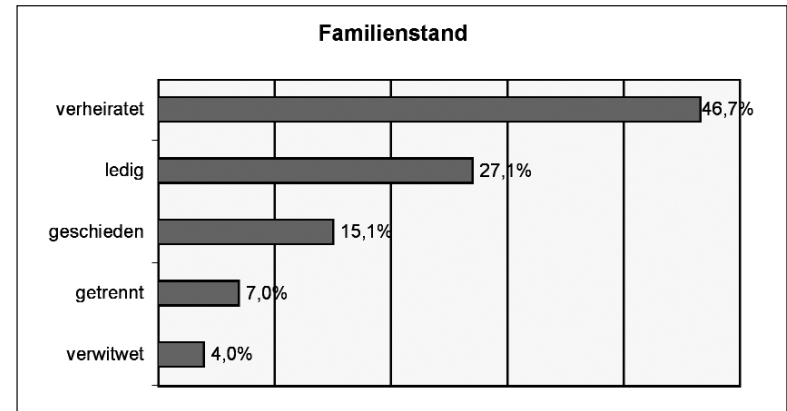


Abb. 3

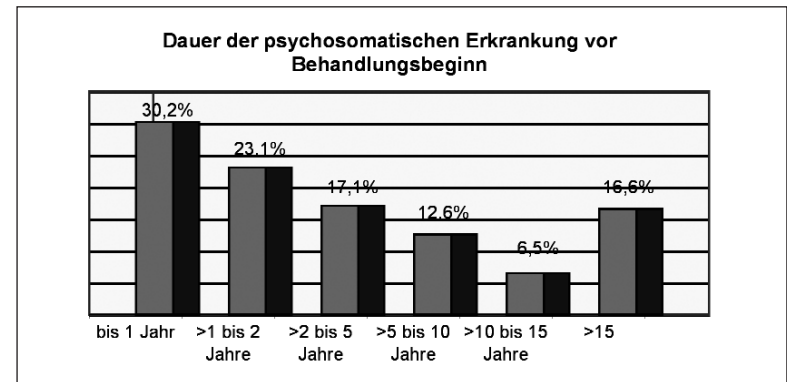


Abb. 4

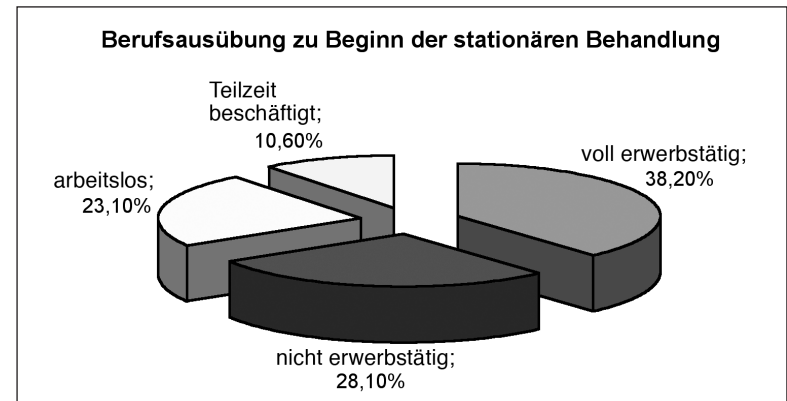


Abb. 5

74,4% (148) der Studienpatienten sind Frauen, 25,6% (51) Männer (Abb. 1, Seite 14). Repräsentativ für psychosomatische Rehabilitationskliniken ist ein Verhältnis von zwei Dritteln (Frauen) zu einem Drittel.

Das mittlere Alter der Studienpatienten beträgt 41,16 ($s=12,24$). Ca. Dreiviertel sind zwischen 30 und 59 Jahre, die meisten zwischen 40 und 49 (30,2%) (Abb. 2, Seite 14).

Die Mehrheit der Studienpatienten ist bei Aufnahme in die Klinik verheiratet (46,7%). 27% sind ledig, 15% geschieden. Der Rest lebt getrennt oder ist verwitwet (Abb. 3, Seite 15).

Die Dauer der psychosomatischen Erkrankung vor dem Behandlungsbeginn variiert stark. Bei etwa der Hälfte der Patienten liegt der Beginn der Beschwerden maximal zwei Jahre zurück, bei 17% sind es fünf Jahre. Fast ein Drittel leidet schon länger als fünf Jahre, 10,6% sogar länger als 15 Jahre (Abb. 4, Seite 15).

Etwa die Hälfte der Studienpatienten ist bei Aufnahme voll erwerbstätig (38,2%) oder Teilzeit beschäftigt (10,6%). 23% sind arbeitslos, 28,1% nicht erwerbstätig (Abb. 5, Seite 15).

5. Behandlung

Die Studienpatienten wurden mit unterschiedlichen Störungsbildern, wie Depressionen, Angsterkrankungen etc. (s.o.), sukzessive aufgenommen. Die durchschnittliche Erkrankungsdauer betrug 11,27 Jahre ($s=11,4$) (vgl. auch Abb. 4, Seite 15). Sie wurden, wie alle anderen Patienten auch, mit einem individualisierten, multimodalen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programm behandelt. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 38,3 Tage ($s=12,9$).

6. Ergebnisse

6.1. Teil 1 – Arbeitsunfähigkeit

Daten zur Arbeitsunfähigkeit (Fälle, Dauer, Diagnosen) zwei Jahre vor und zwei Jahre nach Aufenthalt in den MediClin Deister Weser Kliniken kamen (mit Einverständnis der Patienten) von der AOK.

Die Stichprobe umfasst hier die 126 Patienten, die im kompletten Untersuchungszeitraum entweder erwerbstätig waren (Vollzeit, Teilzeit) oder aber in einer Umschulung, ABM bzw. arbeitslos waren. Die Daten von vier AOK-Mitarbeitern wurden nicht mitgeteilt.

Etwas mehr als die Hälfte der erwerbstätigen Studienpatienten war zum Zeitpunkt der Aufnahme arbeitsunfähig (Tab. 1).

Tab. 1: Arbeitsunfähigkeit bei Aufnahme

Status bei Aufnahme	Erwerbstätige	
	Anzahl	in Prozent
arbeitsunfähig	66	52,4
arbeitsfähig	60	47,6

Tab. 2: Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage im 2-Jahres-Zeitraum vor Aufnahme und nach Entlassung

vor Aufnahme	Mittelwerte/ Standardabweichungen
623 Fälle	M=4,94 s=5,12
11.259 Tage	M=89,36 s=95,69
AU-Tage der Patienten mit mind. 1 Fall (N=107)	M=105,22 s=95,45
nach Entlassung	
451 Fälle	M=3,58 s=3,7
12.229 Tage	M=97,06 s=132,45
AU-Tage der Patienten mit mind. 1 Fall (N=100)	M=122,29 s=137,97

Es gibt eine signifikante Reduktion der Arbeitsunfähigkeitsfälle von 623 auf 451 (im Schnitt von 4,94 auf 3,58). Die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage nimmt dagegen zu (nicht signifikant) (Tab. 2, Seite 17).

Unterschieden nach Diagnosen ergibt sich folgendes Bild: Die Zunahme der AU-Tage beschränkt sich auf die Kategorie V der ICD10, Psychische und Verhaltensstörungen. Hier werden nach dem Klinikaufenthalt 42% mehr registriert ($p < 0,05$).

Zu einer Reduktion kommt es dagegen in den somatischen Bereichen (Abb. 6)

- Krankheiten des Muskel-Skelettsystems minus 74% ($p < 0,01$)
- Herz-Kreislaufkrankungen minus 72% ($p < 0,05$)
- Krankheiten des Verdauungssystems minus 67% ($p < 0,05$).

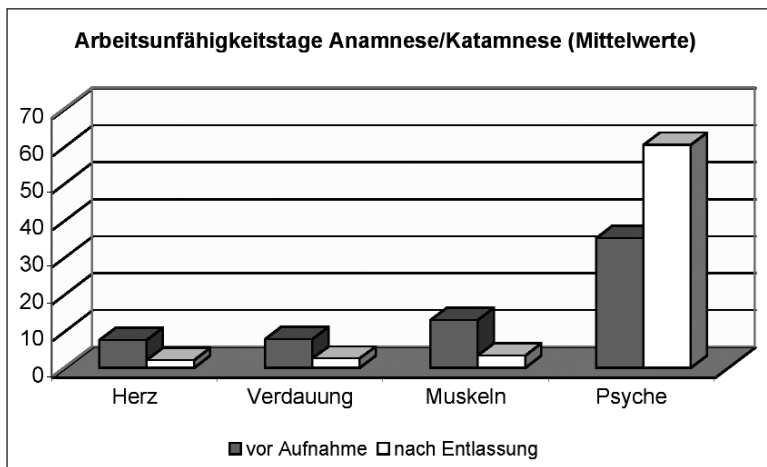


Abb. 6

Die Streuung der Arbeitsunfähigkeitsdauer ist sehr hoch. Vor Klinikaufenthalt liegt das Maximum bei 476 Tagen, nachher bei 568. Es gibt einige wenige Patienten, die mit solchen Extremwerten den Gesamteindruck verzerren.

Eine differenziertere Betrachtung der Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage aller 126 Personen zeigt Folgendes: Die Dauer reduziert sich nach dem Klinikaufenthalt bei 67 Patienten, sie nimmt bei 42 zu, bei 17 ändert sich nichts (sie haben vorher und nachher keine Arbeitsunfähigkeits-Zeiten).

Das arithmetische Mittel steigt zwar, aber der Median der Verteilung (der Wert, der die Gesamtzahl der Fälle in zwei Hälften teilt) fällt von 61 auf 46. Das bedeutet, dass die Hälfte aller Patienten vor ihrem Aufenthalt in den MediClin Deister Weser Kliniken nicht länger als 61 Tage arbeitsunfähig war. Nachher sind es nur noch maximal 46 Tage.

In Abbildung 7 ist dies dargestellt. Die innere Linie der Box repräsentiert den Median. Der Interquartilbereich (untere Grenze 25%, obere 75%) verkleinert sich von 119 Arbeitsunfähigkeits-Tagen auf 106. 75% der Fälle haben vorher maximal 140, nachher maximal 113 AU-Tage.

Die Abbildung zeigt außerdem, dass es tatsächlich Personen gibt, deren Werte weit außerhalb des „normalen“ Bereichs liegen.

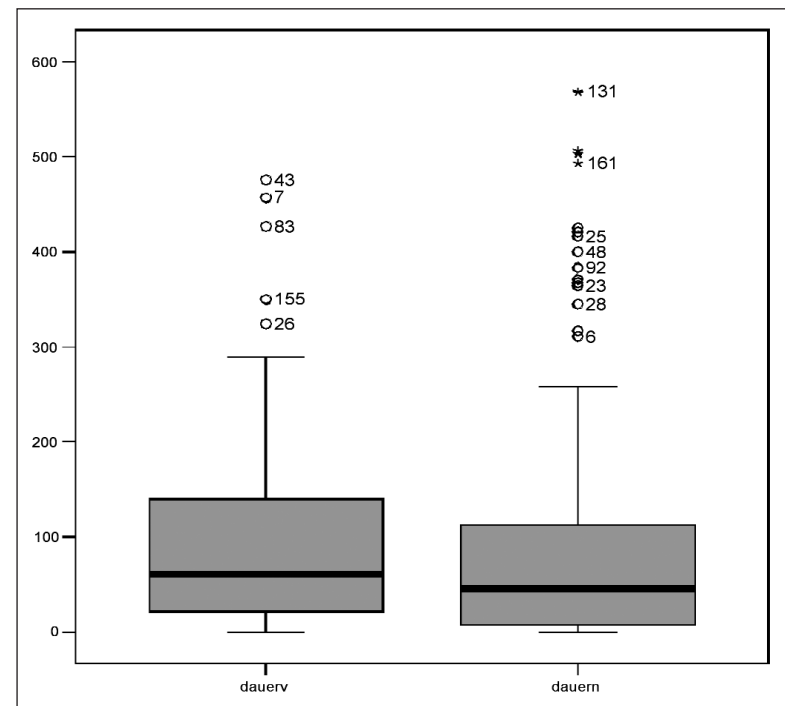


Abb. 7

Vor Klinikaufenthalt haben fünf Personen AU-Zeiten zwischen 319 und 497 Tage (*dauerv [o]*, Abb. 7, Seite 19). Sie sind statistisch gesehen vermutlich Ausreißer (Gruppe 1).

Nach Klinikaufenthalt gibt es 11 Personen (*dauern [o]*, Abb. 7, Seite 19), die vermutlich Ausreißer sind. Sie haben zwischen 272 und 432 AU-Tage (Gruppe 2). Außerdem haben vier Personen (*dauern [*]*, Abb. 7, Seite 19) mehr als 432 AU-Tage nach Klinikaufenthalt. Sie sind statistisch gesehen sehr wahrscheinlich Ausreißer (Gruppe 3).

Ausreißer

Tabelle 3 zeigt die Arbeitsunfähigkeitsdauer der drei Ausreißergruppen. Die fünf Personen aus Gruppe 1 haben vorher zusammen 2.034 AU-Tage (18% aller AU-Tage). Das sind im Mittel 406,8 Tage ($s=66,71$). Das Minimum beträgt 324, das Maximum 476 AU-Tage.

Gruppe 2 umfasst 11 Personen mit zusammen 4.120 Arbeitsunfähigkeits-Tagen nachher – $M=374,55$ ($s=39,43$), Min:311, Max:425 Tage. Das sind 34% der Arbeitsunfähigkeitsdauer nach Klinikaufenthalt.

Immerhin noch 17% (2.070 Tage) fallen auf die vier Personen aus Gruppe 3 – $M=517,5$ ($s=34,12$), Min:493, Max:568 Tage.

Das bedeutet: Die Hälfte aller Arbeitsunfähigkeitstage in den zwei Jahren nach Klinikaufenthalt ist auf 15 Personen (12% der Stichprobe) zurückzuführen!

Tab. 3: Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei 20 Ausreißern – Gruppe 1 vor Aufnahme, Gruppe 2 und 3 nach Entlassung

	AU-Tage	% von allen AU-Tagen	Mittelwert	Standard-abw.	Min.	Max.
Gruppe 1 (N=5)	2.034	18%	406,8	66,71	324	476
Gruppe 2 (N=11)	4.120	34%	374,55	39,43	311	425
Gruppe 3 (N=4)	2.070	17%	517,5	34,12	493	568

Stichprobe ohne Ausreißer

Tab. 4: Arbeitsunfähigkeitstage ohne Ausreißer

	AU-Tage	% von allen AU-Tagen	Mittelwert	Standard-abw.	Min.	Max.
Vor Aufnahme	9.225	82%	76,24	70,83	0	289
Nach Entlassung	6.039	49%	54,41	61,64	0	258

Die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage in der Stichprobe ohne Ausreißer reduziert sich nach Entlassung aus der Psychosomatischen Klinik um 34,5% (von 9.225 auf 6.039) (Tab. 4). Das ist eine statistisch bedeutsame positive Veränderung (Irrtumswahrscheinlichkeit < 1%).

Insgesamt gibt es 62 positive Veränderungen, d.h. die Arbeitsunfähigkeits-Dauer nachher ist niedriger als vorher, und 27 negative. 17 Personen waren im gesamten Untersuchungszeitraum nicht arbeitsunfähig.

Verzichtet man bei den Berechnungen nur auf die Daten der vier Ausreißer mit extrem hohen Arbeitsunfähigkeits-Werten nachher, erhält man ebenfalls noch eine signifikante positive Veränderung. 67 positiven Veränderungen stehen 38 negative gegenüber. Der Mittelwert beträgt vorher 89,13 ($s=96,71$) AU-Tage, nachher 83,27 ($s=109,82$).

Interessant ist auch, dass sich die Zahl der Krankenschreibungen wegen Psychischer und Verhaltensstörungen ohne die 20 Ausreißer ebenfalls um 13% reduziert. Ihre Zahl geht von 3.273 ($M=30,88$, $s=53,73$) auf 2.846 ($M=26,85$, $s=49,42$) zurück.

Geschlechtsunterschiede

Tab. 5: Arbeitsunfähigkeitstage Frauen und Männer
(Mittelwerte, Standardabweichungen, Anzahl)

	Vor Aufnahme	AU-Tage	Nach Entlassung	AU-Tage
Frauen (N=90)	M=81,21 s=84,22	7.309	M=83,71 s=120,24	7.534
Männer (N=36)	M=109,72 s=118,6	3.950	M=130,42 s=155,85	4.695

Es gibt statistisch bedeutsame Unterschiede bei der Dauer der Arbeitsunfähigkeit im Nachtest ($p < 0,1$) zwischen Männern und Frauen.

90 Frauen haben im Durchschnitt 81,21 AU-Tage vor dem Klinikaufenthalt ($s=84,22$) und 83,71 Tage nachher ($s=120,24$). 36 Männer sind vorher im Durchschnitt 109,72 Tage arbeitsunfähig ($s=118,6$) und nachher 130,42 ($s=155,85$) (Tab.5).

In der Gruppe der Ausreißer befinden sich auffällig viele Männer, nämlich 11, und 9 Frauen (55% zu 45%). In der Gesamtstichprobe der Erwerbstätigen sind es dagegen etwa Dreiviertel Frauen und ein Viertel Männer. Die vier Personen mit den längsten AU-Zeiten nachher sind zwei Männer und zwei Frauen.

2. Teil 2 – Ambulante Praxiskontakte

Die Praxiskontakte der Studienpatienten in den zwei Jahren vor Aufenthalt in den MediClin Deister Weser Kliniken wurden zu Beginn der Behandlungszeit in halbstrukturierten Interviews erfragt. Zwei Jahre nach dem Klinikaufenthalt wurden die Patienten angeschrieben, um erneut Auskunft zu geben. Teilweise wurde telefonisch Rücksprache gehalten.

137 Studienpatienten beteiligten sich an der Katamneseuntersuchung. Für 134 liegt die Zahl der Arztbesuche vor und nach Klinikaufenthalt vor. Eine Person mit extrem hohen Werten wurde bei den Berechnungen nicht berücksichtigt.

Es konnte ein signifikanter Rückgang (Irrtumswahrscheinlichkeit $< 0,1\%$) der Zahl der Kontakte mit Ärzten aus dem somatischen Bereich gesichert werden. Sie reduzierten sich von 5.439 auf 3.422 um 37%.

Besonders hohe Rückgänge der Kontaktfrequenzen gab es in den folgenden Bereichen (alle signifikant) (Abb. 8, Seite 24):

- Ärzte für Innere Medizin von 517 auf 201 (-61%)
- Allgemeinmediziner/Praktische Ärzte von 2.282 auf 1.275 (-44%)
- Neurologen von 762 auf 431 (-43%)
- Heilpraktiker von 203 auf 94 (-54%)

Über alle Fachgruppen hinweg, also einschließlich Psychotherapie/Psychologie gibt es einen Rückgang der Kontakte um 6%. Das liegt daran, dass es im Bereich Psychotherapie einen deutlichen Zuwachs (149%) gab, was deshalb nicht erstaunt, da ein großer Anteil der Studienpatienten beabsichtigte, eine ambulante Psychotherapie zu beginnen.

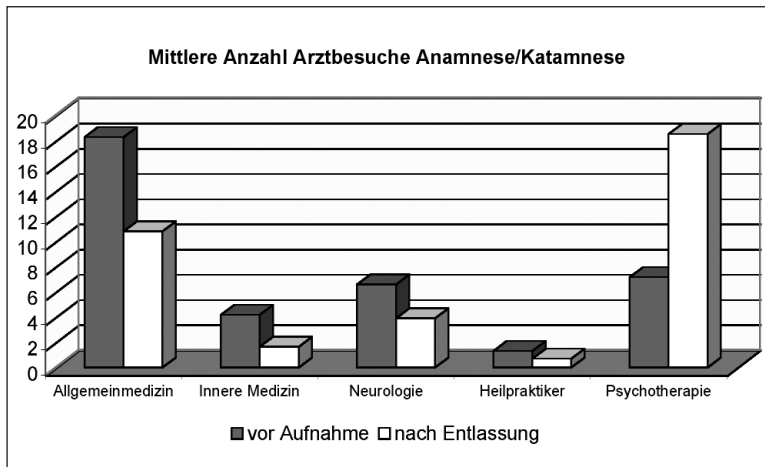


Abb. 8

Geschlechtsunterschiede

Im Bereich der Akutmedizin, einschließlich Heilpraktiker, reduziert sich bei den weiblichen Patienten (N=95) die Zahl der Kontakte um insgesamt 41%, bei den Männern (N=39) um 22%.

Am deutlichsten ist bei den Patientinnen der Rückgang der Zahl der Besuche bei

Ärzten für Innere Medizin	-61%
Heilpraktikern	-61%
Allgemeinmedizinern/Praktischen Ärzten	-52%
Neurologen/Psychiatern	-44%
HNO-Ärzten	-39%
Orthopäden	-32%

bei den Patienten reduziert sich der Kontakt mit

Ärzten für Innere Medizin	-62%
Urologen	-47%
Neurologen	-41%
Orthopäden	-39%

Die Kontaktfrequenz mit Psychotherapeuten erhöhte sich bei den Patientinnen von im Mittel 8,23 auf 19,96 Kontakte, bei den Patienten von 5,55 auf 14,77.

Altersunterschiede

Keine Altersgruppe sticht durch einen besonders hohen Rückgang bzw. durch eine hohe Zunahme der Zahl ihrer Arztbesuche hervor.

Am deutlichsten reduziert sich die Anzahl der Praxiskontakte in der jüngsten Gruppe, der Patienten bis 29 Jahre. Es finden nach dem Klinikaufenthalt 20% weniger Arzt- oder Therapeutenkontakte statt.

Die Kontakte mit Somatikern nehmen bei allen Patienten bis zum 50. Lebensjahr signifikant ab – um mindestens ein Drittel, bei den unter 30-Jährigen um 44%.

Bei den Patienten über 49 Jahre werden dagegen Somatiker um 33% häufiger kontaktiert. Der Zusammenhang ist signifikant. Je älter die Patienten sind, desto häufiger nehmen sie nach dem Klinikaufenthalt Kontakt zu Akutmedizinern auf.

Bei den jüngeren Studienpatienten erhöht sich die Zahl der Psychotherapien mit dem Abnehmen der somatischen Kontakte. Die über 49-Jährigen erhalten im Mittel am wenigsten Therapien.

Es gibt in der Gruppe der Studienpatienten einen bedeutsamen Zusammenhang zwischen dem Alter und einer eher medizinischen Sicht der Behandlung. Der Fragebogen zur Therapiemotivation, der zu Beginn der Behandlung die Motivation des Einzelnen zu einer psychotherapeutischen bzw. medizinischen Behandlung erfragt, zeigt dies.

Veränderung des Praxisverhaltens

Berechnungen zur Konstanz bzw. Variabilität des Praxisverhaltens (Rangkorrelationen) zeigten folgende Ergebnisse:

Es gibt bei Ärzten für Innere Medizin, Neurologen, HNO-Ärzten, Urologen, Gynäkologen, Dermatologen, Augenärzten sowie bei den Arzt- bzw. Therapeutengruppen insgesamt hohe Interkorrelationen bei den Praxiskontakten. Man kann also davon ausgehen, dass es sich vorher und nachher um dieselben Patienten handelt, die in die Berechnungen eingehen. Eine Kostenreduktion kommt also durch einen Rückgang der Zahl der Arztbesuche des Einzelnen zustande.

3. Teil 3 – Krankenhausaufenthalte

Über die Zahl der Krankenhausbehandlungen (Anzahl, Dauer, Diagnosen, Kosten) der Studienpatienten informierte, wie bei der Arbeitsunfähigkeit, die AOK mit dem schriftlichen Einverständnis der Teilnehmer.

Die Daten von 184 Studienpatienten gehen in die Berechnungen ein. Vier Mitarbeiter der AOK-Niedersachsen entfallen.

Vor dem Reha-Aufenthalt gab es 281 Krankheitsfälle, im Mittel 1,53 ($s=2,09$), nachher 240 Fälle, im Schnitt 1,30 ($s=1,99$). Der Unterschied ist statistisch bedeutsam ($p<0,1$, Wilcoxon). Bezogen auf Patienten mit mindestens einem KH-Fall im Vortest ($N=113$) sind das 2,49 ($s=2,17$) Fälle pro Person. Bei mindestens einem KH-Fall im Nachtest ($N=99$) sind es im Mittel 2,42 Fälle pro Person ($s=2,15$).

Die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus nimmt leicht zu, von 5406 Tagen ($M=29,38$, $s=52,06$) auf 5574 Tage ($M=30,29$, $s=58,55$). Das sind 19 Tage je Fall im Vortest und 23 im Nachtest.

Der Median der Verteilung der Aufenthaltsdauer fällt von 6 im Vortest auf 2,5 im Nachtest. Das bedeutet, dass 50% der Stichprobe höchstens 6 Krankenhaustage im 2-Jahre-Untersuchungszeitraum vorher hatten, nachher sind es nur noch maximal 2,5 Tage bei 50% der Studienpatienten.

Tab. 5: Krankheitsfälle und -tage im 2-Jahres-Zeitraum vor Aufnahme und nach Entlassung

Vor Aufnahme	Mittelwerte/ Standardabweichungen
281 Fälle	$M=1,53$ $s=2,09$
5.406 Tage	$M=29,38$ $s=52,06$
KH-Tage der Patienten mit mind. 1 Fall ($N=113$)	$M=47,84$ $s=59,48$
Median	6
Nach Entlassung	
240 Fälle	$M=1,3$ $s=1,99$
5.574 Tage	$M=30,29$ $s=58,55$
KH-Tage der Patienten mit mind. 1 Fall ($N=99$)	$M=56,3$ $s=70,16$
Median	2,5

Krankenhausaufenthalte nach Diagnosegruppen

Die Einweisungsdiagnosen verändern sich vom Vor- zum Nachtest sehr deutlich.

Psychische und Verhaltensstörungen (Kapitel V ICD10) sind in den zwei Jahren vor der Rehabilitation in den MediClin Deister Weser Kliniken in 86 Fällen ($M=0,47$, $s=0,94$) Grund für einen Krankenhausaufenthalt. Nachher sind es 114 Fälle ($M=0,62$, $s=1,35$). Die Dauer erhöht sich von 3176 ($M=17,26$, $s=45,14$) Tagen auf 4492 ($M=24,41$, $s=56,52$) Tage. Vorher sind das 37 Tage je Fall, nachher 39.

Die Krankenseinweisungen wegen anderer Diagnosen gehen dagegen signifikant zurück.

Waren es vorher 195 Fälle ($M=1,06$, $s=1,85$) und 2230 Tage ($M=12,12$, $s=26,72$), 11 Tage je Fall; so sind es hinterher nur noch 126 Fälle ($M=0,68$, $s=1,53$) und 1082 Tage ($M=5,88$, $s=17,7$) ($p<0,01$), 8 Tage je Fall.

Speziell in den folgenden Diagnosebereichen gibt es signifikante Rückgänge der Fallzahlen bzw. der Aufenthaltstage.

Die Krankheiten des Kreislaufsystems sind nur noch in 11 Fällen (vorher 40) Grund für eine KH-Einweisung. Die Aufenthaltsdauer reduziert sich von 357 auf 53 Tage ($p<0,01$).

Die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes gehen von 34 auf 8 Fälle und von 557 Tagen auf 63 zurück ($p<0,01$).

Also auch hier bei den Krankenhausaufenthalten gibt es eine Verschiebung weg von der „rein“ somatischen Einweisungsdiagnose hin zur Diagnose psychischer und Verhaltensstörungen.

Kosten für die Krankenhausaufenthalte (N=184)

Die Krankenhausaufenthalte kosten vorher 916.387,12 Euro, nachher 939.345,85 Euro. Das macht eine Differenz von 22.958,73 Euro. Im Durchschnitt ($N=184$) sind das 5.520 Euro vorher und 5.659 Euro nachher. Also pro Person 139 Euro mehr.

Auch bei den Krankenhausaufenthalten gab es wieder einige Personen mit extremen Werten.

So haben sechs Patienten im Vorfeld zwischen 213 und 281 Tage im Krankenhaus verbracht (Reha-Aufenthalte eingeschlossen).

Nachher waren es immerhin noch vier Personen mit 238 bis 364 KH-Tagen. Zwei von ihnen sind statistisch gesehen sehr wahrscheinlich Ausreißer (>3 Quartilabstände über 3. Quartil), die anderen sind vermutlich Ausreißer (zwischen 1,5 und 3 Quartilabstände über 3. Quartil).

Subtrahiert man im Vortest die Kosten für die Krankenhausaufenthalte der zwei extremen Ausreißer von 93.189,54 Euro, so bleiben 823.197,58 Euro Gesamtkosten. Die Kosten für die beiden Ausreißer im Nachtest betragen 133.005,99 Euro. Diese subtrahiert führen zu einer Gesamtsumme nachher von 806.339,86 Euro.

Durch zwei Personen reduzieren sich die Krankenhauskosten im Vortest um 10%, im Nachtest um 14%!

Durch Eliminieren aller sechs Ausreißer des Vortests ergibt sich ein Kostenrückgang um 25%. Das gleiche für die 4 Ausreißer des Nachtests führt zu 19% Kostenrückgang.

Eine Neuberechnung der Krankenhauskosten ohne die Vor- und Nachtestdaten der neun als „Ausreißer“ identifizierten Personen führt zu einer Reduktion der Gesamtkrankenhauskosten um 5%. Addiert man alle Kosten aus Aufhalten vorher und nachher, so machen die Kosten dieser neun Personen 28% der Gesamtsumme aus.

4. Teil 4 – Auswertung einiger ausgewählter Fragebögen

SCL-90-R – Symptomcheckliste

Die SCL-90-R misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch 90 vorgegebene körperliche und psychische Symptome der Person in einem Zeitfenster von sieben Tagen. Er wurde bei Aufnahme, Entlassung und Katamnese ausgefüllt.

Der SCL-90-R umfasst folgende Skalen: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im sozialen Kontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus.

Der Gesamtindex (GS) ergibt sich aus der Summe der Skalen.

Die Patienten haben bei Aufnahme in die MediClin Deister Weser Kliniken die höchsten Werte in den Skalen Depressivität, Somatisierung, Zwanghaftigkeit und Ängstlichkeit. Alle Symptome sind während des Aufenthaltes signifikant rückläufig. Das niedrige Niveau bleibt bis zum Katamnesezeitpunkt in fast allen Skalen stabil. Die gesamte Symptomatik unterscheidet sich auch zur Katamnese noch signifikant positiv von der zu Beginn der stationären Behandlung (vgl. Abb. 9, Seite 30).

Der Gesamtindex verringert sich im Mittel von 131,37 ($s=57,19$) bei Aufnahme auf 76,81 ($s=54,61$) bei Entlassung. Nach zwei Jahren beträgt der Gesamtindex 82,44 ($s=65,1$).

Die Ausreißer bei den Arbeitsunfähigkeitszeiten haben zu Beginn der Behandlung gleich hohe Werte wie die anderen Patienten. Am Ende liegen sie in allen Bereichen darüber. Signifikant ist dieser Unterschied bei Ängstlichkeit und Aggressivität (je $p<0,05$) sowie bei paranoidem Denken, Psychotizismus und beim Gesamtindex (p jeweils $<0,1$).

Mittelwerte Gesamtindizes Entlassung:

Ausreißer	M=103,06 ($s=66,69$)
Nicht-Ausreißer	M= 73,98 ($s=52,60$)

Parallel zu den Studienpatienten wurden mit diesem Fragebogen auch 189 BfA-Patienten und 77 Kurpatienten (AOK) untersucht.

Verglichen mit diesen beiden Gruppen sind die Studienpatienten bei Aufnahme in allen Skalen deutlich schlechter (signifikant). Am Ende der Behandlung gibt es fast keine signifikanten Unterschiede mehr, und zum Katamnesezeitpunkt sind die Werte der Studienpatienten in den einzelnen Skalen sogar niedriger oder gleich denen der Kurpatienten (keine signifikanten Unterschiede). Die BfA-Patienten haben noch etwas niedrigere Werte.

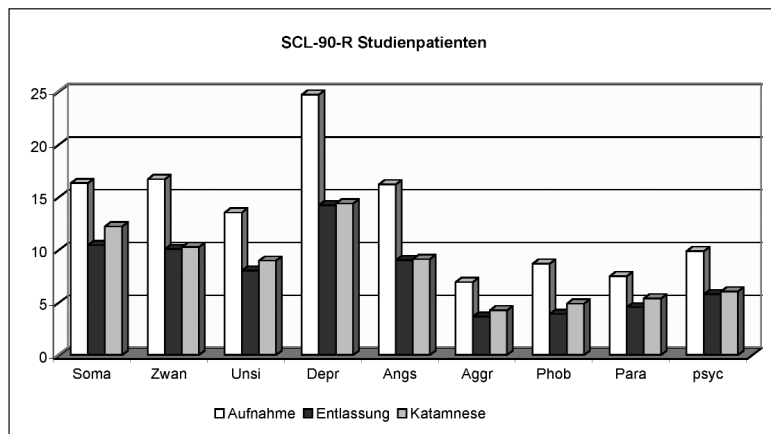


Abb. 9

EMO – Fragebogen zum emotionalen Befinden

Der EMO ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen in Form einer Eigenschaftswörterliste, der die subjektive Einschätzung der aktuellen emotionalen Situation ermöglicht.

Die aktuelle Form des Fragebogens beinhaltet 30 Eigenschaftswörter, die sechs Merkmalsbereiche erfassen:

- ängstlich – depressiv
- ängstlich – erregt
- erschöpft
- vital – aktiv
- angstfrei – entspannt
- gehobene Stimmung

Die ersten drei Skalen werden zu einer übergeordneten Skala „negative Emotionen“ und die letzten drei zur Skala „positive Emotionen“ zusammengefasst. Wie die SCL wurde der EMO bei Aufnahme, Entlassung und Katamnese ausgefüllt.

Bei der Entlassung aus der Klinik schätzen die Studienpatienten im Durchschnitt ihr emotionales Befinden in allen sechs Skalen signifikant besser ein als bei Aufnahme. Auch am Katamnesezeitpunkt ist der Unterschied zum Aufnahmetermin noch signifikant positiv verändert. Depressionen haben in den vergangenen zwei Jahren weiter statistisch bedeutsam abgenommen. Die Entspannung nimmt noch einmal zu (vgl. Abb. 10).

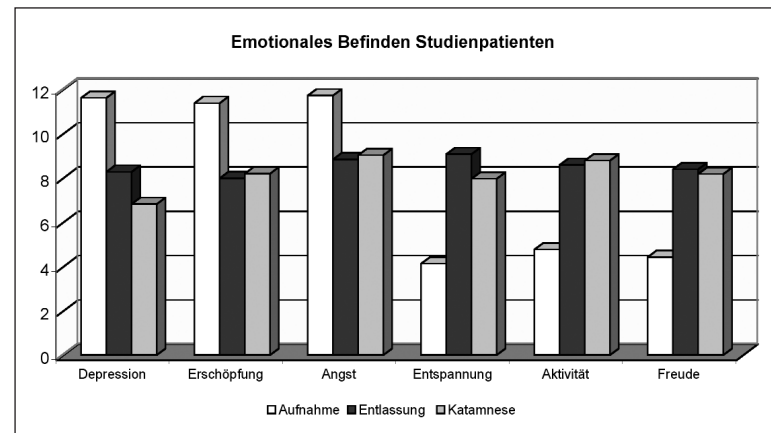


Abb. 10

GBB – Giessener Beschwerdebogen

Der GBB erfasst das Vorhandensein und Ausmaß subjektiver körperlicher Beschwerden. Sein Anwendungsgebiet betrifft die psychosomatische Bedingtheit oder Mitbedingtheit körperlicher Beschwerden.

Der Giessener Beschwerdebogen hat vier Skalen:

- Erschöpfungsneigung
- Magenbeschwerden
- Gliederschmerzen
- Herzbeschwerden

Der Beschwerdedruck ist die Summe aller Items.

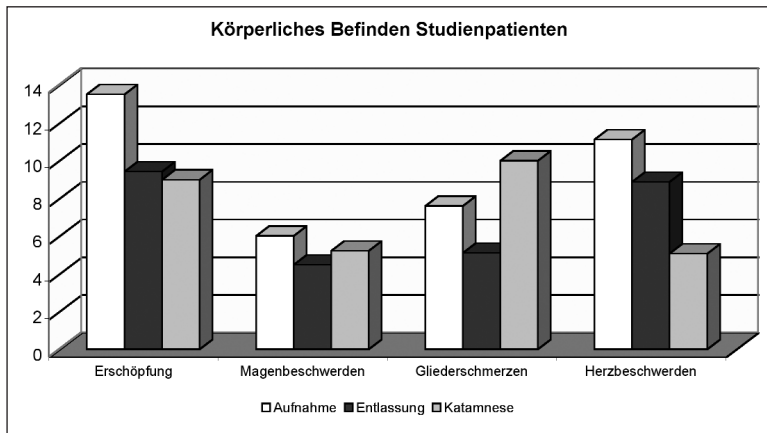


Abb. 11

Auch hier konnte eine signifikante Verbesserung der körperlichen Beschwerden während des Aufenthaltes in den MediClin Deister Weser Kliniken nachgewiesen werden. Auch der Unterschied zwischen Katamnese- und Anamnesebefragung ist signifikant positiv. Magenbeschwerden, Erschöpfung und Beschwerdedruck bleiben von der Entlassung bis zur Katamnese auf niedrigem Niveau stabil. Die Gliederschmerzen verschlechtern sich ($p < 0,01$) wohingegen die Herzbeschwerden noch einmal deutlich ($p < 0,01$) zurückgehen (Abb. 11).

Der Beschwerdedruck liegt im Mittel zum Aufnahmezeitpunkt bei 38,19 ($s=16$), zum Entlassungstermin bei 27,85 ($s=16,04$) und zur Katamnese bei 29,26 ($s=20,11$).

Prädiktoren hoher Arbeitsfähigkeitsdauer nach Klinikaufenthalt

Untersucht man die Zusammenhänge zwischen den Skalen der drei Fragebögen EMO, GBB und SCL mit der Arbeitsfähigkeitsdauer, kommt man zu den folgenden Ergebnissen:

Eine hohe Tendenz zur Somatisierung vor und nach dem Aufenthalt in den MediClin Deister Weser Kliniken korreliert mit langen Arbeitsfähigkeitszeiten ($p < 0,1$). Depressivität, Ängstlichkeit, Paranoides Denken und Psychotizismus am Ende der Behandlung stehen ebenfalls im Zusammenhang mit einer langen Dauer der Arbeitsunfähigkeit.

Das gleiche gilt für Paranoides Denken zur Katamnese. Vergleicht man die Werte der Skala „Paranoides Denken“ der Patienten mit hohen und niedrigen AU-Zeiten, so zeigen sich deutliche Unterschiede:

Bei Aufnahme haben die 108 Patienten mit kurzer Arbeitsfähigkeitsdauer einen Mittelwert von 7,07 ($s=4,61$), diejenigen mit langen AU-Zeiten ($N=18$) dagegen einen von 10,67 ($s=7,2$). Bei der Entlassung beträgt der Mittelwert in der ersten Gruppe ($N=103$) 3,88 ($s=3,89$) und in der zweiten Gruppe ($N=14$) 6,71 ($s=5,59$). Beide Unterschiede sind signifikant.

7. Ausreißer – 2 Fallbeispiele

Fallbeispiel 1:

Der Studienpatient mit der Kennnummer 16 ist männlich und bei Aufnahme in die Klinik 39 Jahre alt. Bei ihm werden eine Panikstörung (41.0), eine zwanghaft narzisstische Persönlichkeit (F60.8) und Alkoholmissbrauch (F10.1) diagnostiziert.

Der Patient war vor dem Aufenthalt 23 Tage arbeitsunfähig, danach 506. Er hatte vorher keinen Krankenhausaufenthalt, nachher waren es insgesamt 119 Tage.

Der Patient hat mittlere Reife und ist gelernter Dachdecker. Seit vier Jahren ist er selbstständiger Immobilienberater. Seit einem Jahr hat er auch einen Job in einer Firma für Hallendächer und Fassaden.

Er gibt an, fertig zu sein, keine Kraft mehr zu haben. Er habe Angstzustände, keine Lust mehr zu arbeiten. Niemand interessiere sich für seine Arbeit. Die Hauptbeschwerde (Angst) bestehe seit 28 Jahren. Seit einem Jahr beeinträchtigt sie ihn massiv.

Der Patient ist nicht bereit, aktiv an seiner Therapie mitzuarbeiten. Er erledigt keine Hausaufgaben und es kommt immer wieder zu Krisensituationen. Er vermeidet es die gesamte Zeit, sich mit seinen Problemen auseinanderzusetzen. Die Krankheit hat für ihn eine hohe Funktionalität. Am Ende des Aufenthaltes, nach 35 Tagen, geht es ihm immer noch schlecht. Er sagt, er könne nicht arbeiten. Er wird arbeitsfähig und vollschichtig leistungsfähig entlassen.

Der Patient wird nach dem Klinikaufenthalt weiterhin krank geschrieben – Gründe: Anpassungsstörung, Alkoholmissbrauch sowie ein Zusammenbruch. Wegen seines fortdauernden Alkoholmissbrauchs wird er vier Mal im Krankenhaus behandelt.

Zur Katamneseantwort muss der Patient mehrere Male aufgefordert werden. Er antwortet schließlich mit drei Monaten Verspätung. Subjektiv geht es ihm zu diesem Zeitpunkt besser.

Gründe für den geringen Erfolg sind wahrscheinlich seine jahrelange Abhängigkeit (Alkohol und früher auch Tabletten), keine Motivation, etwas zu ändern und seine hohe Zwanghaftigkeit.

Fallbeispiel 2:

Die Patientin mit der Kennnummer 42 ist 59 Jahre alt und von Beruf Grundschullehrerin.

Die Patientin gibt bei der Aufnahme an, sich ausgebrannt zu fühlen. Sie sei überfordert, „völlig genervt“ und habe „null Bock“. Sie habe vor, einen Rentenantrag zu stellen.

Die Aufnahmediagnosen lauten: schwere depressive Episode (F32.2), Hypertonus (I10) und Herzrhythmusstörung.

Die Patientin gibt an, seit 22 Jahren (Tod der Mutter) unter den angegebenen Beschwerden zu leiden.

Sie bemüht sich, dem Therapieplan zu folgen, was ihr aber sehr schwer fällt. Auf eine medikamentöse Therapie spricht sie nicht an. Sie ist sehr unruhig, leidet unter Grübelzwängen und Lebensüberdrussgedanken. Sie wird deshalb nach 63 Tagen in ein psychiatrisches Landeskrankenhaus verlegt.

Die Arbeitsunfähigkeit betrug vor dem Klinikaufenthalt 16, danach 258 Tage.

Die Krankenhauszeiten erhöhten sich von fünf Tagen vorher auf 342 Tage nachher.

Wegen der Verlegung in ein anderes Krankenhaus gibt es von der Patientin keine Antwort nach der Entlassung. Auf unsere Katamneseanfrage antwortet der Ehemann, dass seine Frau sich wegen andauernder Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken nicht dazu in der Lage fühle, die Fragebögen auszufüllen.

IV. Zusammenfassung

Es bleibt bis hierher festzuhalten:

1. Symptomatik, emotionales und körperliches Befinden der Studienpatienten sind bei Aufnahme in die Klinik deutlich schlechter als bei zwei parallel aufgenommenen Vergleichsgruppen (BfA-Patienten, AOK-Kurpatienten). Es kommt zu einer erheblichen Besserung der Symptome und des Befindens während des Aufenthaltes. Bei Entlassung gibt es zwischen den drei Gruppen fast keine signifikanten Unterschiede mehr. Die Werte der Studienpatienten bleiben bis zur Katamneseuntersuchung nach zwei Jahren auf fast allen Skalen stabil (mit Ausnahme von Gliederschmerzen).
2. Es scheint eine Verschiebung von einer somatischen Sichtweise hin zum bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell stattzufinden. Die Diagnostikstellung bei Arbeitsunfähigkeiten und Krankenhausaufenthalten deutet darauf hin. Die Patienten nehmen deutlich mehr psychotherapeutische Hilfe in Anspruch. Das Bestreben, dem richtigen Patienten zum richtigen Zeitpunkt die richtige Behandlung zu Teil werden zu lassen, scheint damit angestoßen.
3. Es gibt eine signifikante Reduktion der Arbeitsunfähigkeitsfälle (von 623 auf 451) in einer Stichprobe von 126 Patienten. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nimmt um 74% ab, wegen Herz-Kreislauferkrankungen um 72% und wegen Krankheiten des Verdauungssystems um 67%. Die Arbeitsunfähigkeits-Dauer wegen psychischer und Verhaltensstörungen nimmt zu. Die Hälfte aller Patienten war vor dem Aufenthalt in den MediClin Deister Weser Kliniken nicht länger als 61 Tage arbeitsunfähig. Nachher sind es nur noch maximal 46 Tage. Es gibt Personen mit extrem langen Arbeitsunfähigkeits-Zeiten. Die Hälfte aller Arbeitsunfähigkeits-tage in den zwei Jahren nach Klinikaufenthalt kommt durch 15 Personen (12% der Stichprobe) zustande.
4. Es gibt Zusammenhänge zwischen der Dauer der Arbeitsunfähigkeit und Depressivität, Ängstlichkeit, Paranoidem Denken und Psychotizismus (SCL-90-R) am Ende der Behandlung. Patienten mit langen Arbeitsunfähigkeits-Zeiten haben höhere Werte auf der Skala „Paranoides Denken“ als die mit kurzen Zeiten.

5. Die Zahl der ambulanten Praxiskontakte von 134 Studienpatienten, für die Vor- und Nachtestdaten vorliegen, reduziert sich besonders im Bereich der somatischen Medizin. Minus 61% bei Ärzten für Innere Medizin, minus 44% bei Allgemeinmedizinern und Praktischen Ärzten, minus 43% bei Neurologen. Auch Heilpraktiker werden deutlich seltener frequentiert (-54%). Die Zahl der aufgesuchten Psychotherapeuten nimmt dagegen, wie zu erwarten war, zu.
6. Die Zahl der Krankenhaustage wegen Krankheiten des Kreislaufsystems geht bei 113 Patienten mit mindestens einem Fall vor Aufnahme in die MediClin Deister Weser Kliniken von 357 auf 53 Tage zurück, die wegen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems von 557 auf 63. Auch hier gibt es eine Verschiebung von der „rein“ somatischen Einweisungsdiagnose zur Diagnose psychischer und Verhaltensstörungen. Auch hier gibt es Personen mit Extremwerten. Die Krankenhauskosten von neun Personen machen 28% der Gesamtkosten für Krankenhausaufenthalte in dieser Stichprobe aus.
7. Es konnte nicht ausschließlich die Klientel erreicht werden, deren Krankheit noch nicht chronifiziert war. Viele Patienten litten seit Jahren oder sogar Jahrzehnten unter ihren Beschwerden.
8. Einige wenige Ausreißer verzerrten das Bild bei der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ebenso wie bei der Zahl der Krankenhausaufenthalte und den damit verbundenen Kosten.
9. Der weitaus größte Teil der Studienpatienten profitiert trotz vergleichsweise schlechter Ausgangsdaten von der Behandlung in einer Rehabilitationsklinik über die Entlassung hinaus.

Im Rahmen des Modellprojekts wurden komplett neue Wege der Zuweisung zu einer multimodalen psychosomatischen verhaltenstherapeutischen stationären Behandlung beschritten.

Das heißt zunächst, dass es sich bei den Studienpatienten nicht um die übliche Klientel, d.h. den „typischen“ Kur- oder Rehapatienten handelte. Sondern, dass eine an sich „krankenhauspflichtige“ Erkrankung mit den Mitteln und dem therapeutischen Angebot einer Rehabilitationsklinik behandelt wurde.

Keiner der Studienpatienten wäre ohne das Projekt primär ein Rehapatient geworden. Alle Patienten hätten sich mit ihren Beschwerden zunächst in Akutkrankenhäusern behandeln lassen bzw. wären in psychiatrischen Landeskrankenhäusern behandelt worden. Das heißt auch, dass diese Patientengruppe bei ihrer Einweisung in die MediClin Deister Weser Kliniken vermutlich kranker war, als der „normale“ Rehapatient. Und es bedeutet, dass das therapeutische Angebot einer Rehabilitationsklinik die kurative Behandlung zunächst ersetzen musste.

V. Ausblick

So hoffnungsvoll die Ergebnisse dieser Studie auch sein mögen, besteht dennoch weiterer Handlungsbedarf, denn die psychischen Erkrankungen haben dramatisch zugenommen und es sieht nicht danach aus, dass die Gesundheitsreform dieser Tatsache angemessen Rechnung trägt. Seit 1997 nehmen die Krankheitsfälle und die Krankheitstage bei seelischen Erkrankungen kontinuierlich zu. In den Jahren um etwa 50%.

Besonders ausgeprägt zeigt sich dieser Trend bei jungen Menschen zwischen 15 und 30 Jahren. Hier finden wir ein überproportionales und alarmierendes Wachstum zwischen 70 und 90%. Dies betrifft sowohl junge Männer als auch Frauen.

Immer mehr junge Menschen reagieren offensichtlich mit psychischen Problemen auf Anforderungen im beruflichen und privaten Umfeld. Die Schattenseite der Spaßgesellschaft.

Depressionen verursachen etwa 3/4 aller Arbeitsunfähigkeitstage bei psychischen Erkrankungen.

Eine große Rolle spielen auch die neurotischen Erkrankungen. Darunter fallen beispielsweise Angsterkrankungen, Zwangsstörungen, Reaktionen auf schwere Belastungen sowie psychosomatische Erkrankungen (somatoforme Störungen).

Nach den Depressionen und den neurotischen Erkrankungen stehen die Suchterkrankungen (Alkohol, Medikamente) an dritter Stelle. Hier sind Männer stärker betroffen als Frauen. Männer bis 24 Jahre sind häufiger, aber relativ kurz, alkoholbedingt arbeitsunfähig.

Besorgniserregend ist auch die Entwicklung bei Essstörungen. Die Arbeitsunfähigkeitstage haben bei Frauen mit Essstörungen (Anorexie, Bulimie) fast um 100 % zugenommen. Männer erkranken deutlich seltener an Essstörungen. Aber auch hier ist ein leichter Anstieg zu bemerken.

Daher muss die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen künftig hohe gesundheitliche Priorität haben. Funktionelle Störungen sind auf dem Vormarsch.

In den Praxen von Kassenärzten leiden 30 bis 40% der Patienten an psychogenen oder sekundär psychosomatischen Syndromen.

Aktuellen Bedarf an spezifischen psychotherapeutischen Leistungen haben ca. 10% der Bevölkerung. Dies meint kein spezielles Psychotherapieverfahren, sondern das breite Spektrum von verschiedenen qualifizierten Formen der Beratung.

Untersuchungen des Verlaufs psychogen bedingter oder mitbedingter Syndrome zeigen, dass die Quote der insgesamt akut kranken Menschen in der Bevölkerung gleich geblieben ist.

Nach drei Jahren sind bis zu 80% dieser Menschen weiterhin krank.

Eine Spontanremission neurotischer Erkrankungen ist damit nicht anzunehmen. Vielmehr ist es so, dass nach drei Jahren etwa 75% der Patienten die aktuelle klinische Leitsymptomatik gewechselt haben.

- Der Neurotiker erscheint nun alkoholkrank,
- der vormalige Kopfschmerzpatient ist jetzt neurotisch depressiv.
- An die Stelle einer vormaligen pathologischen Partnerschaftsbeziehung tritt, nach der Trennung, eine entzündliche Darmerkrankung.

Die Akutmedizin lässt den Menschen allein. Je erfolgreicher die Akutmedizin ist und je mehr die schweren chronischen Erkrankungen zunehmen, umso mehr erweitert sich das Aufgabenfeld der psychosomatischen Medizin.

Es gilt nicht nur Fehlallokation und Chronifizierung zu vermeiden, sondern auch die sekundären psychosomatischen Störungen z.B. bei Tumorpatienten, Dialysepflichtigen, Unfallopfern durch Hilfestellung bei den emotionalen Problemen des „Lebens“ (Krankheitsverarbeitung, Krankheitsbewältigung etc.) zu behandeln.

Denn wir wissen, dass bei allen Krankheiten mit chronischen Verläufen oder nicht wieder herstellbaren Läsionen komplexe psychologische Anpassungsprozesse erforderlich sind, um mit dieser neuen oder schleichend verlaufenden Situation fertig zu werden.

In der Akutmedizin gibt es jedoch keine eigenständigen Ansätze zur Verbesserung dieser Anpassungsleistung. Vielmehr wird das Entwickeln von Fähigkeiten im Umgang mit einer Erkrankung als selbstverständlicher Vorgang dem Patienten überlassen. Hier gilt es ebenfalls, das Potenzial von Psychosomatischen Fachkliniken zu nutzen, damit der richtige Patient zum richtigen Zeitpunkt in der richtigen Klinik behandelt werden kann.

Soll der positive Weg, den die Studie aufgezeigt hat, fortgesetzt werden, ist eine weitere Verbesserung der Schnittstellenproblematik zwischen stationärer und ambulanter Behandlung erforderlich.

Über die Vorstellung von den Dingen

„Von den Dingen stehen die einen in unserer Gewalt, die andern nicht. In unserer Gewalt steht unser Denken, unser Tun, unser Begehren, unsere Abneigung, kurz: alles, was von uns selber kommt. Nicht in unserer Gewalt steht unser Leib, unsere Habe, unser Ansehen, unsere äußere Stellung – mit einem Wort, alles, was nicht von uns selber kommt.“

Was in unserer Gewalt steht, ist von Natur aus frei, es kann nicht gehindert und nicht gehemmt werden. Was nicht in unserer Gewalt steht, ist anfällig, abhängig, steht in fremder Hand und kann nicht gehindert werden.

Sei dir also bewusst: Hältst du für frei, was seiner Natur nach unfrei ist, und für dein eigen, was fremd ist, so wirst du viele Schwierigkeiten haben, Aufregung und Trauer, und du wirst mit Gott und allen Menschen hadern.

Hältst du aber nur das Deine für dein eigen und Fremdes für das, was es ist: fremd, so wird nie jemand dich zwingen, nie jemand dich hindern, du wirst nie jemand Vorwürfe machen, nie jemand schelten, nie etwas wider Willen tun. Niemand wird dir schaden, du wirst keinen Feind haben; denn nichts schädliches trifft.“

(Epiktet, 70 n.Chr.)

Verhaltenstherapie ist alt bewährt

Erasistos, 3. Jh. n. Chr., wurde zu Antiochus gerufen. Dieser war lebensbedrohlich erkrankt. Der Arzt konnte keine somatische Krankheit ermitteln, bemerkte aber vegetative Reaktionen, wie Schweißausbruch, Pulsanstieg und Unruhe, sobald sich seine junge Stiefmutter Stratonike dem Bett näherte. Der Arzt diagnostizierte „Liebeskrankheit“, da Antiochus einen Pulsanstieg ganz selektiv beim Anblick von Stratonike zeigte. Erasistos konnte letztendlich erreichen, dass Antiochus und Stratonike heirateten, worauf der Kranke sofort geheilt war.

Behandlungsschwerpunkte in den MediClin Deister Weser Kliniken

Fachbereich Verhaltensmedizin und Psychosomatik

- ADHS bei Erwachsenen
- Angsterkrankungen
- Chronische Schmerzen
- Chronische Konflikte am Arbeitsplatz (z.B. Mobbing etc.)
- Depressionen
- Persönlichkeitsstörungen
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Seelische Krisen und Verhaltensprobleme in Folge chronisch verlaufender internistischer (z.B. Diabetes mellitus etc.), neurologischer (z.B. Multiple Sklerose etc.) oder onkologischer Erkrankungen (z.B. Brustkrebs etc.)
- Schlafstörungen
- Somatoforme Störungen
- Sozialmedizinische Fragestellungen
- Stressbedingte Erkrankungen: z.B. Tinnitus
- Zwangserkrankungen





Mein Körper

**Mein Körper rät mir,
Ruh dich aus!
Ich sage: Mach ich,
altes Haus!**

**Denk aber: Ach der
sieht's ja nicht!
Und schreibe heimlich
dies Gedicht.**

**Da sagt mein Körper,
Na, na, na!
Mein guter Freund,
was tun wir da?**

**Ach gar nichts! sag ich
aufgeschreckt,
und denk: Wie hat er
das entdeckt?**

**Die Frage scheint recht
schlicht zu sein,
doch ihre Schlichtheit
ist nur Schein.**

**Sie lässt mir seither
keine Ruh,
Wie weiß mein Körper
was ich tu?**

Robert Gernhardt