

**Modellprojekt der AOK-Niedersachsen und der Fachklinik für
Verhaltensmedizin und Psychosomatik der Deister Weser Kliniken in Bad
Münder – Teil 1
Fragestellung und Studiengruppen**

Autoren: Dr. Barbara Pütz (Deister Weser Kliniken)
Dr. Dieter Pütz (Deister Weser Kliniken)
Prof. Dr. Mathias Bartram (Universität Osnabrück)
Prof. Dr. Josef Rogner (Universität Osnabrück)

Seit April 2000 führen die AOK Niedersachsen und die Fachklinik für Verhaltensmedizin und Psychosomatik der Deister Weser Kliniken (DWK) in Bad Münster in Zusammenarbeit mit der Universität Osnabrück eine Studie durch, die die Effektivität und Effizienz einer zeitnahen stationären psychotherapeutischen/ psychosomatischen Behandlung überprüfen wird.

Im Rahmen des Modellprojekts werden 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.

Damit der richtige Patient zum richtigen Zeitpunkt die richtige Behandlung erhält, werden für diese Studie neue Wege der Zuweisung beschritten. Es ist den niedergelassenen Ärzten möglich, Patienten der AOK-Niedersachsen – insbesondere aus Hannover, Schaumburg und Hameln-Pyrmont – direkt in die DWK einzuweisen. Die Aufnahme erfolgt unverzüglich.

Fragestellung

Zu beantworten sind folgende Fragen:

1. Inwieweit ist es möglich, durch eine gezielte verhaltenstherapeutisch orientierte stationäre Behandlung in einer psychosomatischen Fachklinik herkömmliche Behandlungsabläufe (Behandlung in Akut-Krankenhäusern) so zu verändern, dass sowohl hinsichtlich der Qualität (Effektivität) der Behandlung und der erzielten Ergebnisse, wie auch bezogen auf die entstehenden Kosten und

Folgekosten (Effizienz) signifikante Verbesserungen eintreten und einer weiteren Chronifizierung der psychosomatischen Erkrankung entgegengewirkt werden kann?

2. Inwieweit können Zugangswege zu und Zugangskriterien für bestimmte Behandlungsformen und behandelnde Institutionen verändert werden, mit dem Ziel, den richtigen Patienten zum richtigen Zeitpunkt zur richtigen Behandlung zu bringen?
3. Inwieweit kann die Verzahnung zwischen verschiedenen Behandlungssektoren (ambulant – stationär, Akutmedizin – Rehabilitation) optimiert werden (Stichwort: Vernetzung)?

Untersuchungsbereiche und Kontrollgruppen

Für die betreffenden Patienten wird aufgrund von AOK-Unterlagen und Befragungen für einen Zeitraum von **zwei Jahren vor** der Behandlung ermittelt, welche Kosten durch Arbeitsausfälle, Krankenhaus- und Rehaaufenthalte, Arztbesuche, medizinisch-technische Untersuchungen und Medikamentenkonsum angefallen sind. Die gleichen Daten werden **zwei Jahre poststationär** erhoben. Ein Vergleich dieser Kosten „vorher-nachher“ ermöglicht eine Abschätzung der Effizienz der Behandlung. Zudem werden bei Aufnahme, Entlassung und zwei Jahre danach katamnestisch Daten (s.u.) erhoben, die eine Einschätzung der Effektivität der Behandlung ermöglichen.

Für die *Behandlungskosten* werden folgende Faktoren erfasst:

Aus den Unterlagen der Mitglieds- und Leistungsdatei der AOK

- Arbeitsunfähigkeit (Häufigkeit, Dauer, Diagnosen)
- Krankenhausbehandlungen (Häufigkeit, Dauer, Diagnosen)
- Heilverfahren (Anzahl, Dauer, Diagnosen)
- Zeitrenten

Aus retrospektiven halbstrukturierten Interviews mit den Patienten

- Arztbesuche (Fachrichtungen, Häufigkeit)
- medizinische Untersuchungen (Art, Häufigkeit)
- Medikamenteneinnahme (Art des Medikaments, Dauer der Einnahme, Häufigkeit der Einnahme)

Die Patienten erhalten bei der Entlassung ein Arztbuch, in das sie in den nächsten 2 Jahren alle relevanten Gesundheitsdaten, wie Arztbesuche, Medikamenteneinnahme etc., eintragen sollen bzw. eintragen lassen sollen.

Eine systematische Beschreibung des einzelnen Patienten erfolgt anhand der DKPM-Basisdokumentation Psychosomatik (Broda et al., 1993).

Neben diesen weitgehend objektiven Angaben, werden eine Reihe *psychologischer Variablen* erhoben, die eine Abschätzung der Effektivität der Behandlung ermöglichen.

Dazu gehören:

- Symptomatik
- emotionales Befinden
- körperliches Befinden
- Hauptbeschwerde und Beschwerdeverlauf
- Selbstkonzept
- Beeinträchtigung in Arbeit, Freizeit und Familie etc. durch die Beschwerden

Für den Therapieprozess relevante Merkmale der Person:

- Therapiemotivation
- Elterliches Erziehungsverhalten
- Soziales Umfeld
- Traumatische Lebensereignisse
- Ressourcen in konkreten Lebensbereichen

Weitere Variablen betreffen

- Gesundheit und Risikofaktoren
- Rentenbedürftigkeit
- Stressverarbeitung
- Körperliche Stressbeschwerden
- Fragebogenbeantwortung

Nach der Therapie werden erhoben

- Symptomatik, emotionales und körperliches Befinden
- Selbstkonzept und Stressverarbeitung
- Erlebte Veränderungen
- Bedingungen des Therapieerfolgs
- Zielerreichung, -veränderung und -neubewertung

- Bilanz

Katamnestisch erfolgt eine erneute Bilanzierung.

Als Kontrollgruppen bzw. Kontrolldaten werden herangezogen:

1. Alle AOK-Patienten, die während der Dauer der Untersuchung auf dem bisher üblichen Weg in die Klinik eingewiesen werden, sogenannte Kurpatienten. Von ihnen werden die gleichen Daten erhoben wie von der Studiengruppe.
2. Alle AOK-Patienten, die sich seit Eröffnung der Klinik (April 1994) dort aufgehalten haben. Von ihnen stellt die AOK anonymisiert Daten zur Arbeitsunfähigkeit, Krankenhausaufenthalt, Rentenbegehren, Heilverfahren incl. Kosten zur Verfügung.
3. Für einen Zeitraum von etwa fünf Monaten alle parallel zur Modellgruppe aufgenommenen BfA-Patienten.
4. Verschiedene Statistiken, die Vergleichsdaten für einige Untersuchungsbereiche liefern können, z.B. der Fehlzeiten-Report zum Krankenstand der Arbeitnehmer in allen Wirtschaftszweigen, die Klinik bezogenen Berichte zur Qualitätssicherung der BfA.

Untersuchungsplan

Krankenkasse

Arbeitsunfähigkeit
Krankenhausbehandlung
Heilverfahren
Rentenanträge

Patient

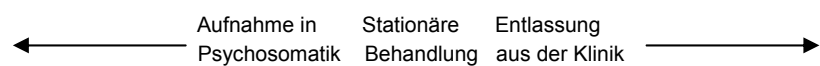
Arztbesuche
Medizinische Untersuchungen
Medikamentenkonsum

Krankenkasse

Arbeitsunfähigkeit
Krankenhausbehandlung
Heilverfahren
Rentenanträge

Patient

Arztbesuche
Medizin. Untersuchungen
Medikamentenkonsum



2 Jahre prästationär

2 Jahre poststationär

← Effektivität →

← Effektivität →

← Effektivität →

← Effizienz →

Erste Ergebnisse zum Ende der Voruntersuchung - Stichprobenbeschreibung

Ziel zu Beginn der Datenerhebung im April 2000 war es, innerhalb von zwei Jahren die vollständigen Daten von 200 Projektpatienten zu erhalten. Da die neue Einweisungsart zunächst schleppend anlief, verlängerte sich dieser Zeitraum. Am 31. Dezember 2002 wurde die Datenaufnahme bei der Versuchspersonennummer 236 beendet. Die letzten katamnestischen Untersuchungen werden demnach im Januar 2005 abgeschlossen sein.

Die Daten von 37 Patienten konnten nicht verwendet werden. 15 Patienten wurden im Untersuchungszeitraum ein zweites Mal aufgenommen. Ein Patient hatte drei Aufenthalte. Nur der jeweils erste Klinikaufenthalt dieser 16 Personen ging in die Auswertungen ein. Der Wiederholungsfall wurde wie ein ganz normaler Klinikaufenthalt behandelt. Es gab zudem Personen, die als Projektpatienten kamen, die aber so schwer erkrankt waren, dass ihnen nicht zugemutet werden konnte, an der Untersuchung teilzunehmen. Einige Personen reisten vorzeitig wieder ab oder wurden verlegt, einige reisten gar nicht erst an. Am Ende gingen die Daten von 199 Studienpatienten in die Auswertungen ein. In der Gruppe der Kurpatienten blieben von ursprünglich 88 Patienten 77 mit verwertbaren Datensätzen übrig.

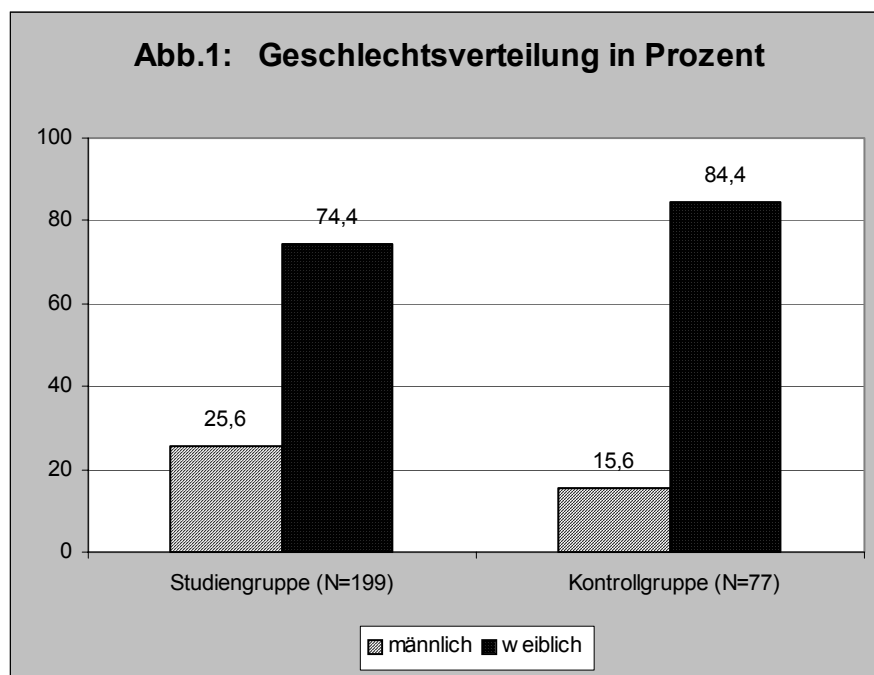
Zu Beginn der Untersuchung wurden 178 BfA-Patienten in die Datenerhebung einbezogen. Sie füllten bei Aufnahme und Entlassung die gleichen Fragebögen wie die Modell- und Kurpatienten aus.

Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhauszeiten zwei Jahre vor und zwei Jahre nach ihrem Aufenthalt in den Deister Weser Kliniken wurden zudem für alle 212 AOK-Patienten zusammengestellt, die sich seit Eröffnung im Jahr 1994 dort aufgehalten hatten. Diese Daten wurden von der AOK Niedersachsen anonymisiert zur Verfügung gestellt.

Die folgende *Stichprobenbeschreibung* beschränkt sich auf die Projekt- und Kurpatienten. Sie erfolgt anhand der DKPM-Basisdokumentation Psychosomatik (Broda et al., 1993). Sie ist als einheitliches Modul eines Dokumentationssystems für den routinemäßigen Einsatz in der stationären Psychosomatik und Psychotherapie konzipiert und wurde nach Sichtung bereits in Anwendung befindlicher Dokumentationen in Zusammenarbeit mit verschiedenen psychosomatischen Kliniken konzipiert. Die Basisdokumentation ermöglicht eine systematische Beschreibung behandelter Patienten und wird vom Bezugstherapeuten am Ende des Klinikaufenthaltes erstellt. Die Informationen erfassen Angaben zum Kostenträger, soziodemographische Daten, Angaben zur Erwerbstätigkeit, Berentung und Arbeitsfähigkeit, Krankheitsanamnese, Vorbehandlungen. Außerdem die Motivation zur Behandlung, psychotherapeutisch, psychiatrische und somatische Behandlungsdiagnosen, Behandlungsdauer, Art der Beendigung, Medikation bei Aufnahme und Entlassung sowie eine klinische Ergebniseinschätzung.

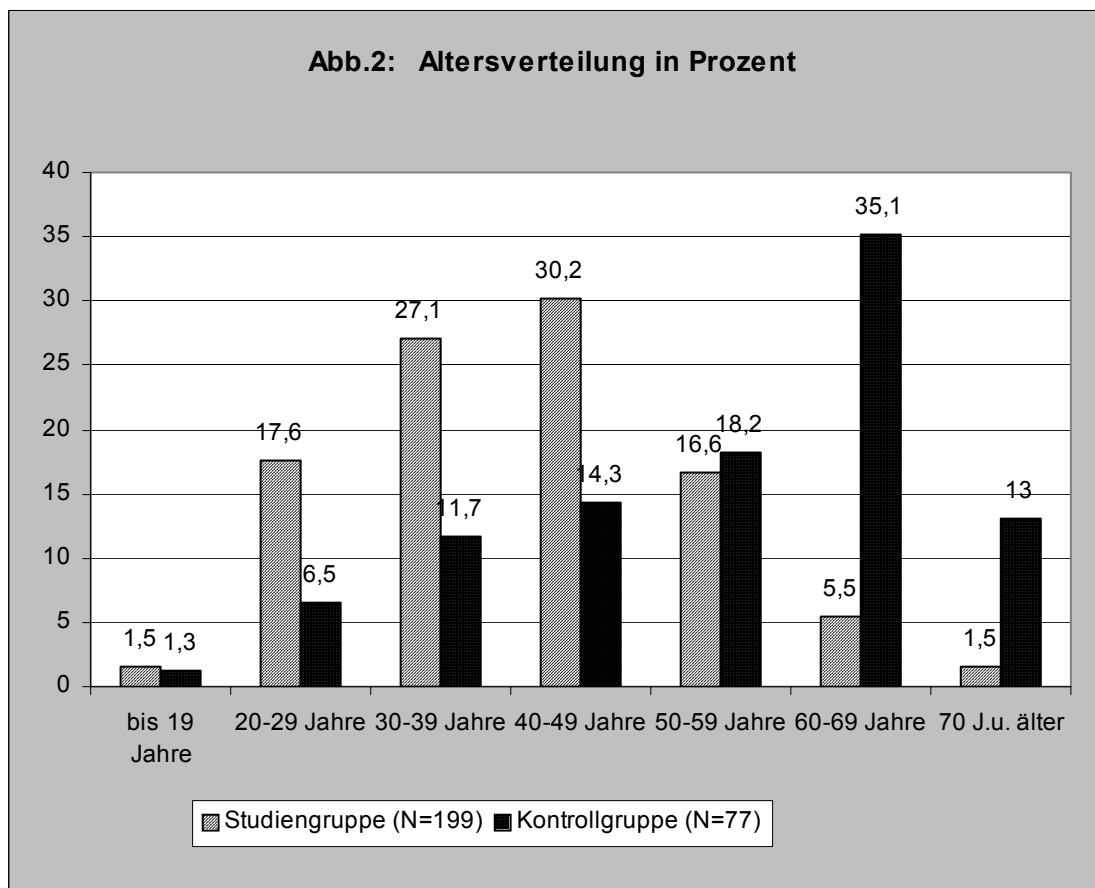
Geschlecht und Alter

74,4 % (148) der Studienpatienten sind Frauen, 25,6% (51) Männer. Repräsentativ für psychosomatische Rehabilitationskliniken ist ein Verhältnis von zwei Dritteln (Frauen) zu einem Drittel. In der Kontrollgruppe liegt der Anteil der Frauen bei 84,4% (65). Die Unterschiede in den relativen Anteilen der beiden Geschlechter zwischen den Stichproben sind nicht signifikant (Tab.1, Abb.1).



Tab. 1: Geschlechtsverteilung				
	Studiengruppe (N=199)		Kurpatienten (N=77)	
	N	%	N	%
<i>männlich</i>	51	25,6	12	15,6
<i>weiblich</i>	148	74,4	65	84,4
chi²=3,18; FG=1; n.s.				

Die Altersverteilung der beiden Stichproben differiert erheblich. Das mittlere Alter der Studienpatienten beträgt 41,06 Jahre ($s=12,27$), das der Kontrollgruppe 54,25 Jahre ($s=15$). Die Analyse der Einzelunterschiede ergibt einen höheren Anteil an 20-49jährigen (74,9%) und einen geringeren Anteil an über 60jährigen Patienten (7%) in der Studiengruppe. In der Kontrollgruppe sind 32,5% aller Teilnehmer zwischen 20 und 49 Jahre alt und 48,1% über 60. Immerhin noch 13% sind 70 Jahre und älter. Der relative Anteil der 50-59jährigen unterscheidet sich zwischen den Gruppen nicht. Insgesamt differieren die Häufigkeiten in den einzelnen Altersklassen überzufällig ($\chi^2=66,8$). Auch eine Prüfung der Mittelwerte mittels t-Test ergibt, wie zu erwarten, einen bedeutsamen Unterschied ($t=-6,88$, $p<0,01$) (Tab.2, Abb.2).



Tab.2: Altersverteilung						
	Studiengruppe (N=199)		Kontrollgruppe (N=77)			
	N	%	N	%		
bis 19 Jahre	3	1,5	1	1,3		
20-29 Jahre	35	17,6	5	6,5	**	p<0,05
30-39 Jahre	54	27,1	9	11,7	***	p<0,01
40-49 Jahre	60	30,2	11	14,3	***	
50-59 Jahre	33	16,6	14	18,2		
60-69 Jahre	11	5,5	27	35,1	***	
70 J.u. älter	3	1,5	10	13	***	
M=41,06; s=12,27			M=54,25; s=15			
t=-6,88, p<0,01						
Chi²=66,8, FG=6, p<0,01						
M:Mittelwert; s:Standardabweichung						

Nationalität und Familie

In der Studiengruppe sind 84,9% Deutsche, in der Kontrollgruppe 93,5%. In fester Partnerschaft leben in beiden Gruppen etwa zwei Drittel der Patienten.

Statistisch bedeutsam sind die folgenden Unterschiede. In der Kontrollgruppe sind mit 61% mehr Verheiratete als in der Studiengruppe (46,7%). 18,2% sind in der Gruppe der Kurpatienten bereits verwitwet. Dafür ist bei den Studienpatienten die Quote der Geschiedenen deutlich höher (15,1% gegenüber 2,6%). Ein Drittel der Studienpatienten hat keine Kinder, in der Kontrollgruppe sind es 11,7%. Hier gibt es auch einen signifikant höheren Anteil an Personen mit 3 Kindern (19,5% gegenüber 9,5%).

Die Hälfte aller Teilnehmer hat ein oder zwei Kinder. Die Mehrheit der Haushalte besteht in beiden Gruppen aus zwei Personen und im größten Teil aller Haushalte wohnen keine Kinder mehr. Die hier auftretenden Unterschiede sind nur zufällig (Tab.3 und Tab.4).

Tab.3: Nationalität				
	Studiengruppe (N=199)		Kontrollgruppe (N=77)	
	N	%	N	%
deutsch	169	84,9	72	93,5
deutscher Aussiedler	8	4	2	2,6
anderes Geburtsland	22	11,1	3	3,9

Tab.4: Familie					
	Studiengruppe (N=199)		Kontrollgruppe (N=77)		
	N	%	N	%	
ledig	54	27,1	8	10,4	sign
verheiratet	93	46,7	47	61	sign
getrennt lebend	14	7	6	7,8	
geschieden	30	15,1	2	2,6	sign
verwitwet	8	4	14	18,2	sign
Chi²=31,3; FG=5;p<0,01					
in fester Partnerschaft lebend					
ja	127	63,8	52	67,5	
nein	72	36,2	25	32,5	
Anzahl der eigenen Kinder					
0	66	33,2	9	11,7	sign
1	43	21,6	12	15,6	
2	62	31,2	31	40,3	
3	19	9,5	15	19,5	sign
4	5	2,5	5	6,5	
5	4	2	1	1,3	
6			2	2,6	
keine Angaben			2	2,6	
Chi²=24,2; FG=6; p<0,01					
Anzahl der Erwachsenen im Haushalt					
1	72	36,2	22	28,6	
2	110	55,3	52	67,5	
3	10	5	3	3,9	
4	4	2			
5	2	1			
keine Angaben	1	0,5			
Anzahl der Kinder im Haushalt					
0	117	58,8	55	71,4	
1	38	19,1	9	11,7	
2	28	14,1	8	10,4	
3	9	4,5	5	6,5	
4	1	0,5			
5	4	2			
keine Angaben	2	1			

Schule und Beruf

Zwischen Studienpatienten und Kurpatienten gibt es statistisch bedeutsame Unterschiede hinsichtlich des höchsten Schul- und Berufsabschlusses, der jetzigen bzw. letzten ausgeübten Tätigkeit und der Haupteinkommensquelle. Im einzelnen bedeutet das einen höheren Anteil an Hauptschülern in der Kontrollgruppe (66,2% gegenüber 51,3%) und einen höheren Anteil an Realschülern in der Studiengruppe (27,6% gegenüber 13%) (Tab.5).

Die Studienpatienten haben öfter eine Lehre absolviert (62,8% /35,1%) und sind häufiger Facharbeiter (11,1% /2,6%) oder einfache/mittlere Angestellte (38,7% /14,3). 49,4% aller Kontrollgruppenpatienten haben keinen Berufsabschluss, viele sind Hausfrauen, Rentner oder ohne Beruf (Tab.6 und 7).

Der größte Teil der Patienten beider Gruppen verdient sein Geld durch Arbeit oder bezieht eine Rente. Signifikant mehr Studienpatienten beziehen Arbeitslosengeld/-hilfe, signifikant mehr Kurpatienten Unterhalt durch den Ehegatten (Tab. 8).

Tab.5: Höchster Schulabschluss

	<i>Studiengruppe (N=199)</i>		<i>Kontrollgruppe (N=77)</i>		
	N	%	N	%	
<i>noch in der Schule</i>	2	1			
<i>Sonderschule</i>	8	4	3	3,9	
<i>Hauptschule</i>	102	51,3	51	66,2	sign
<i>Realschule/Mittlere Reife</i>	55	27,6	10	13	sign
<i>Abitur/Fachhochschulreife</i>	22	11,1	4	5,2	
<i>ohne Abschluss</i>	8	4	7	9,1	
<i>sonstiger Abschluss</i>	2	1	2	2,6	
Chi ² =14,3; FG=7; p<0,05					

Tab.6: Höchster Berufsabschluss

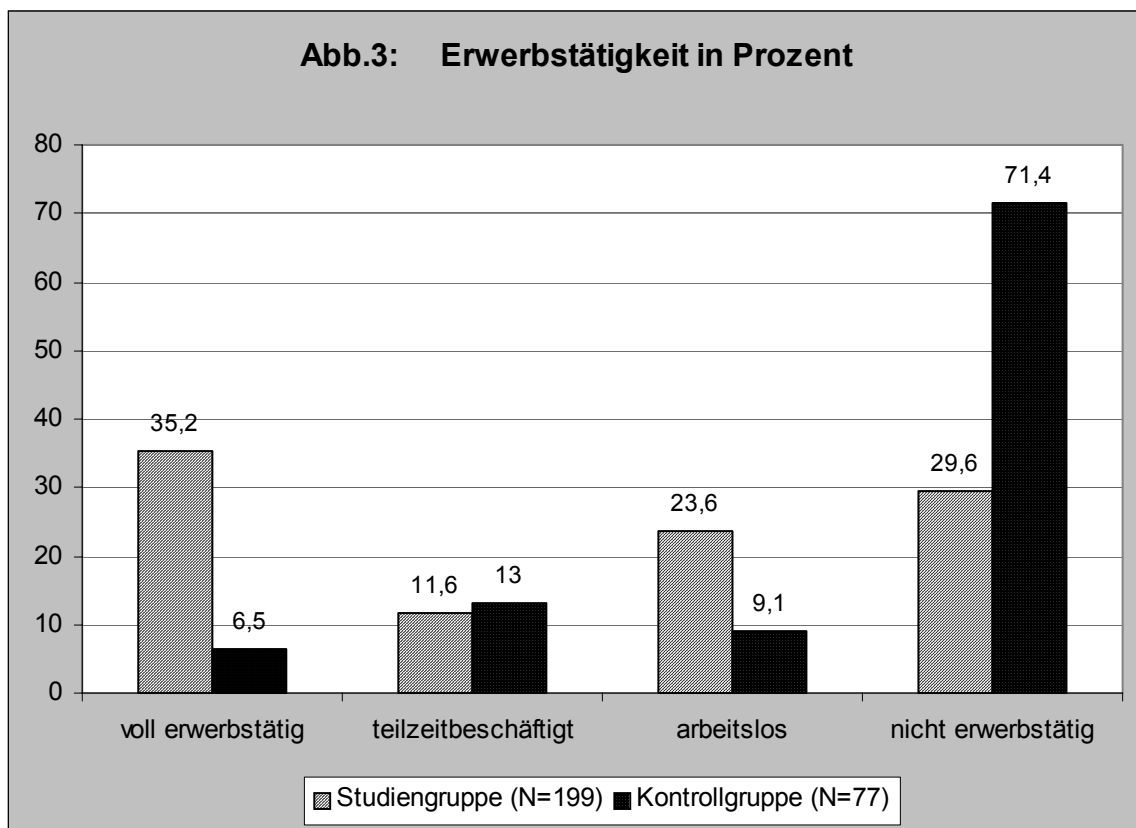
	<i>Studiengruppe (N=199)</i>		<i>Kontrollgruppe (N=77)</i>		
	N	%	N	%	
<i>noch in Ausbildung</i>	7	3,5	4	5,2	
<i>Lehre</i>	125	62,8	27	35,1	sign
<i>Meister/Fachschule</i>	7	3,5	2	2,6	
<i>Fachhochsch./Uni</i>	9	4,5	2	2,6	
<i>ohne Abschluss</i>	44	22,1	38	49,4	sign
<i>sonstiger Ab.</i>	6	3	3	3,9	
<i>keine Angaben</i>	1	0,5	1	1,3	
Chi ² =22,9; FG=5; p<0,01					

Tab.7: Jetzige/letzte Berufstätigkeit					
	<i>Studiengruppe (N=199)</i>		<i>Kontrollgruppe (N=77)</i>		
	N	%	N	%	
Arbeiter/in	36	18,1	11	14,3	
Facharbeiter/in	22	11,1	2	2,6	sign
einfacher/mittlerer Angestellter	77	38,7	11	14,3	sign
höherer Angestellter	4	2			
Selbständiger	6	3	2	2,6	
Auszubildender/Umschüler/in	6	3	1	1,3	
Schüler/in/Student/in	4	2	1	1,3	
Hausfrau/mann	8	4	11	14,3	sign
Rentner/in	21	10,6	26	33,8	sign
ohne Beruf	12	6	12	15,6	
Sonstiges	3	1,5			
Chi ² =50,8; FG=10; p<0,01					

Tab.8: Haupteinkommensquelle					
	<i>Studiengruppe (N=199)</i>		<i>Kontrollgruppe (N=77)</i>		
	N	%	N	%	
Arbeit/Rente	116	58,3	50	64,9	
Unterstützung	5	2,5	3	3,9	
Arbeitslosengeld/-hilfe	46	23,1	3	3,9	sign
Unterhalt durch Ehegatten	10	5	14	18,2	sign
Sozialhilfe	5	2,5	5	6,5	
Sonstiges	14	7	1	1,3	
keine Angaben	3	1,5	1	1,3	
Chi ² =29,5; FG=6; p<0,01					

Erwerbstätigkeit

Auch hinsichtlich der Erwerbstätigkeit lassen sich bedeutsame Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsstichproben feststellen. In der Studiengruppe sind knapp 47% (93) der Patienten voll erwerbstätig oder Teilzeit beschäftigt. 23,6 % (47) sind arbeitslos. Wie der hohe Altersdurchschnitt erwarten lässt, sind in der Kontrollgruppe 71,4% (55) nicht erwerbstätig. Nur 6,5% (5) sind hier voll erwerbstätig (Tab.9, Abb.3).



Tab.9: Erwerbstätigkeit

	<i>Studiengruppe (N=199)</i>		<i>Kontrollgruppe (N=77)</i>		
	N	%	N	%	
voll erwerbstätig	70	35,2	5	6,5	sign
teilzeitbeschäftigt	23	11,6	10	13	
arbeitslos	47	23,6	7	9,1	sign
nicht erwerbstätig	59	29,6	55	71,4	sign
Chi²=46,4; DF=3; p<0,01					

Arbeitsunfähigkeit und Rentenverfahren

Die bedeutsamen Unterschiede bei der Arbeitsunfähigkeit vor Aufnahme in die Klinik zwischen den beiden Gruppen ist wiederum auf die differierende Altersverteilung und die damit verbundene niedrige Erwerbstätigenquote bei den Kontrollgruppenpatienten zurückzuführen. Dementsprechend sind fast 94% der Kurpatienten ohne Arbeitsunfähigkeit vor Aufnahme. In der Studiengruppe waren 57% vorher arbeitsunfähig geschrieben, ca. 40% davon bis zu sechs Wochen. 8,1% der Patienten waren mehr als ein halbes Jahr unmittelbar vor ihrer Aufnahme in die DWK nicht arbeitsfähig. Die Angaben beziehen sich ausschließlich auf die bei Klinikaufnahme aktuelle ununterbrochen bestehende Arbeitsunfähigkeit (Tab.10).

Bei der Frage nach der Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten vor Aufnahme insgesamt, also auch mit Unterbrechungen, hatten 45,2% der Studienpatienten keine Fehlzeiten aufzuweisen (Tab.11).

Am Ende der Therapie entscheidet der Therapeut, ob der Patient bei seiner Entlassung arbeitsfähig ist oder nicht. Ein Viertel aller Studienpatienten wurde als arbeitsfähig entlassen. Nur auf die Erwerbstätigen bezogen läge der Anteil dementsprechend höher (Tab.13).

Die Dauer der voraussichtlichen AU wurde von den Therapeuten nur selten eingeschätzt, so daß darüber keine Aussagen zu machen sind (Tab.14).

Bei der Frage nach der vorzeitigen Berentung interessiert, ob der Patient in irgendeiner Form (z.B. wegen Berufs- oder Erwerbs- bzw. Dienstunfähigkeit) vorzeitig (keine vorzeitige Altersrente) berentet wurde oder nicht, und ob die stationäre Aufnahme in irgendeinem Zusammenhang mit einer vorzeitigen Berentung steht oder nicht. Vorzeitig berentet wurden in der Studiengruppe 8,5% und in der Kontrollgruppe 10,4% der Teilnehmer. Die stationäre Aufnahme stand nur bei einem sehr geringen Anteil im Zusammenhang mit einem schwebenden Rentenverfahren (S: 2,5%, K:1,3%) (Tab. 12).

Tab.10: Arbeitsunfähigkeit vor Aufnahme				
	Studiengruppe (N=200)		Kontrollgruppe (N=77)	
	N	%	N	%
keine AU	113	56,8	72	93,5
AU ja	86	43,2	5	6,5
	Chi²=35,7; FG=2; p<0,01			
davon:				
bis 2 Wochen	16	18,6		
bis 6 Wochen	18	20,9		
bis 12 Wochen	15	17,4		
bis 26 Wochen	17	19,8	2	40
bis 52 Wochen	5	5,8		
über 52 Wochen	2	2,3		
unbekannt	13	15,1	3	60

Tab.11: AU in den letzten 12 Monaten

	Studiengruppe (N=199)		Kontrollgruppe (N=77)	
	N	%	N	%
keine	90	45,2	60	77,9
unter 3 Monate	65	32,7	11	14,3
3-6 Monate	24	12,1	4	5,2
über 6 Monate	18	9		
keine Angaben	2	1	2	2,6

Tab.12: Rentenverfahren

	Studiengruppe		Kontrollgruppe	
	N	%	N	%
vorzeitige Berentung	17	8,5	8	10,4
station.Aufnahme im Zushg.mit Rentenverfahren	5	2,5	1	1,3

Tab.13: Arbeitsunfähigkeit bei Entlassung

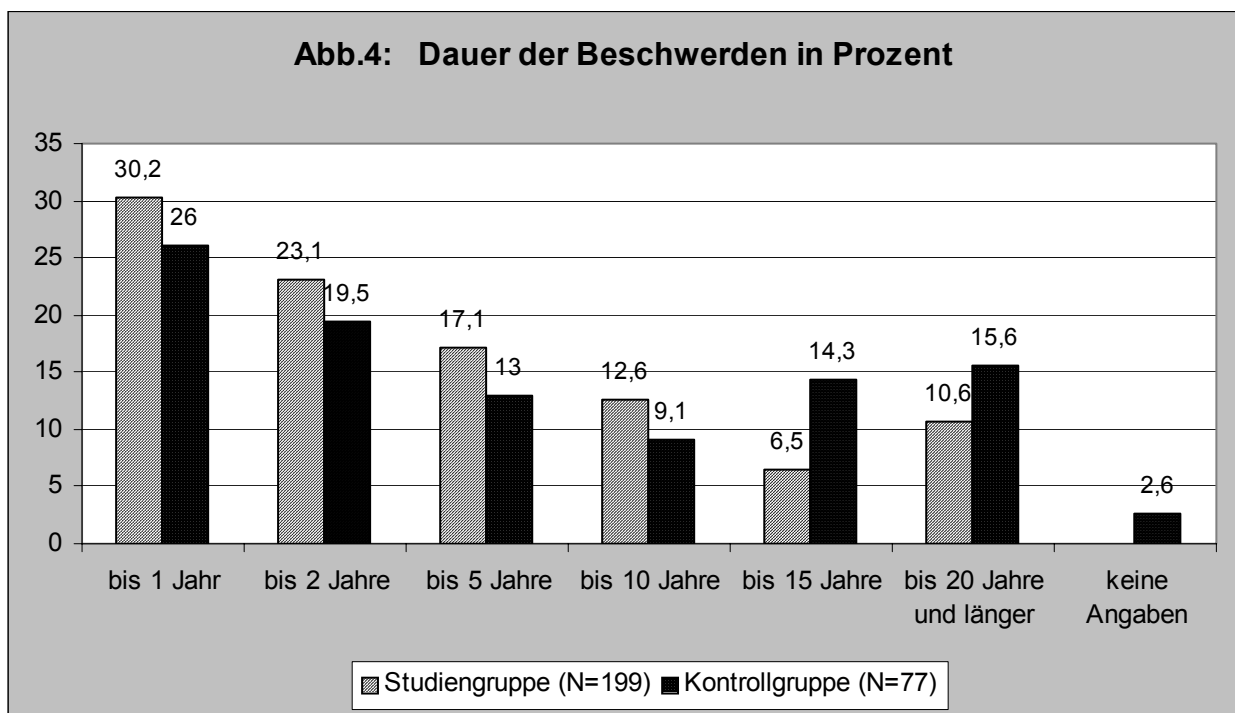
	Studiengruppe (N=199)		Kontrollgruppe (N=77)	
	N	%	N	%
nein	150	75,4	69	89,6
ja	47	23,6	4	5,2
keine Angaben	2	1	4	5,2

Tab.14: Dauer der voraussichtlichen AU

	Studiengruppe (N=199)		Kontrollgruppe (N=77)	
	N	%	N	%
null	149	74,9	69	89,6
1 Woche	2	1		
3-6 Wochen	8	4		
8-12 Wochen	9	4,5	1	1,3
16 Wochen	1	0,5		
keine Angaben	30	15,1	7	9,1

Dauer der Beschwerden

Hier interessiert, seit wievielen Jahren der Patient bereits unter den als Hauptdiagnose klassifizierten Beschwerden leidet. Es ergibt sich über alle Angaben hinweg kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Untersuchungsstichproben. Bei differenzierter Betrachtung gibt es auch nur einen bedeutsamen Unterschied: mehr als doppelt so viele Kontrollgruppenpatienten leiden schon bis zu 15 Jahre unter ihren Beschwerden. Nur gut (S) bzw. knapp (K) die Hälfte aller Patienten hat die Probleme weniger als 2 Jahre. Bei nur 30% (S) bzw. 26% (K) sind die Beschwerden ganz aktuell im Jahr der Aufnahme erstmals aufgetreten. Damit ist eigentlich nur dieser geringe Anteil an Patienten, Patienten im Sinne der vorliegenden Studie (Tab.15, Abb4)! Eine Selbsteinschätzung der Beschwerdedauer durch den Patienten wurde ebenfalls vorgenommen. Wie sich später zeigen wird, weicht sie teilweise vom Urteil der Therapeuten ab.



Tab.15: Dauer der Beschwerden in Bezug auf die Hauptdiagnose nach ICD10					
	Studiengruppe (N=199)		Kontrollgruppe (N=77)		
	N	%	N	%	
bis 1 Jahr	60	30,2	20	26	
bis 2 Jahre	46	23,1	15	19,5	
bis 5 Jahre	34	17,1	10	13	
bis 10 Jahre	25	12,6	7	9,1	
bis 15 Jahre	13	6,5	11	14,3	sign
bis 20 Jahre und länger	21	10,6	12	15,6	
keine Angaben			2	2,6	

Krankenhausaufenthalte und psychotherapeutische Vorbehandlungen

Die Frage ist zunächst, wieviele Wochen der Patient wegen irgendeiner Krankheit in den letzten 12 Monaten in stationären Einrichtungen (z.B. Akut-, Rehabilitations- und Kurkliniken) behandelt wurde. Weiter wird gefragt, ob der Patient in irgendeiner Form stationär und/oder ambulant psychotherapeutisch vorbehandelt wurde oder nicht.

Zwei Drittel der Teilnehmer beider Gruppen hatte vor Aufnahme keinen Krankenhausaufenthalt, 15% waren 1-2 Wochen in einer Klinik, 8% 3-6 Wochen, der Rest mehr als 8 Wochen (S:9%;K:5%). Es bestehen keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Gruppen (Tab.16).

Dasselbe gilt für die psychotherapeutischen Vorbehandlungen. 52% sind in der Studiengruppe, 64% in der Kontrollgruppe ohne ambulante Vorbehandlung, 61% (S) und 65% (K) ohne stationäre Vorbehandlung. 11,6% der Studienpatienten und 19,5% der Kurpatienten waren bereits in ambulanter und stationärer psychotherapeutischer Vorbehandlung (Tab.17).

Tab.16: Krankenhausaufenthalte in den letzten 12 Monaten				
	Studiengruppe (N=199)		Kontrollgruppe (N=77)	
	N	%	N	%
kein KH-Aufenthalt	134	67,3	52	67,5
1-2 Wochen	29	14,5	12	15,6
3-6 Wochen	16	8	6	7,8
8-12 Wochen	12	6	4	5,2
mehr als 12 Wochen	6	3		
keine Angaben	2	1	3	3,9

Tab.17: Psychotherapeutische Vorbehandlung				
	<i>Studiengruppe (N=199)</i>		<i>Kontrollgruppe (N=77)</i>	
ambulant				
<i>ohne</i>	103	51,8	49	63,6
<i>aktuell</i>	62	31,2	18	23,4
<i>früher</i>	29	14,6	9	11,7
<i>früher u.aktuell</i>	4	2	1	1,3
<i>keine Angaben</i>	1	0,5		
stationär				
<i>ohne</i>	122	61,3	50	64,9
<i>aktuell</i>	4	2	1	1,3
<i>früher</i>	70	35,2	26	33,8
<i>keine Angaben</i>	3	1,5		
ambulant und stationär	23	11,6	15	19,5

Sucht und Suizid

Ohne aktuelle oder frühere stoffgebundene Abhängigkeits- bzw. Suchtproblematik sind bei den Studienpatienten 83,4%, bei den Kontrollgruppenpatienten 87% (Tab.18).

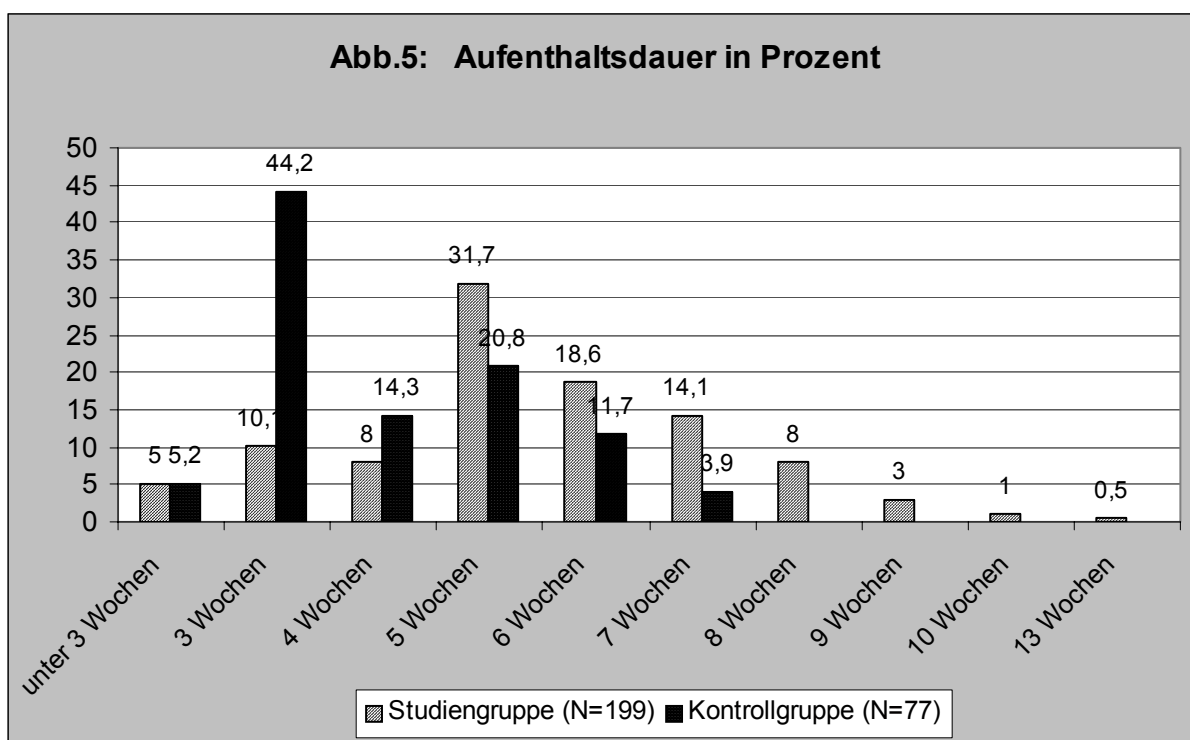
Ohne Suizidversuch in der Vorgeschichte sind 79,4% (S) und 85,7% (K). Es gibt zwischen den Gruppen keine bedeutsamen Verteilungsunterschiede (Tab.19).

Tab.18: Sucht				
	<i>Studiengruppe (N=199)</i>		<i>Kontrollgruppe (N=77)</i>	
	N	%	N	%
<i>ohne</i>	166	83,4	67	87
<i>aktuell</i>	14	7	2	2,6
<i>früher</i>	18	9	6	7,8
<i>früher u.aktuell</i>	1	0,5		
<i>keine Angaben</i>			2	2,6

Tab.19: Suizidversuch				
	<i>Studiengruppe (N=199)</i>		<i>Kontrollgruppe (N=77)</i>	
	N	%	N	%
<i>ohne</i>	158	79,4	66	85,7
<i>aktuell</i>	3	1,5	1	1,3
<i>früher</i>	34	17,1	9	11,7
<i>früher u.aktuell</i>	3	1,5		
<i>keine Angaben</i>	1	0,5		

Aufenthaltsdauer

Die Aufenthaltsdauer der beiden Untersuchungsgruppen unterscheidet sich wieder signifikant. Im Mittel bleiben Studienpatienten 38,3 Tage ($s=12,9$) Tage in der Klinik, Kontrollgruppenpatienten nur 27,8 Tage ($s=9,4$). Bei der Analyse der Einzelunterschiede zeigt sich, daß Kurpatienten sehr häufig (44,2%) drei Wochen in der Klinik sind, Studienpatienten dagegen häufiger mehr als vier Wochen. Immerhin 12,5% sind acht Wochen und länger in der Klinik (Tab.20, Abb.5) .



Tab.20: Aufenthaltsdauer

	Studiengruppe (N=199)		Kontrollgruppe (N=77)		
	N	%	N	%	
unter 3 Wochen	10	5	4	5,2	
3 Wochen	20	10,1	34	44,2	sign
4 Wochen	16	8	11	14,3	
5 Wochen	63	31,7	16	20,8	sign
6 Wochen	37	18,6	9	11,7	
7 Wochen	28	14,1	3	3,9	sign
8 Wochen	16	8			sign
9 Wochen	6	3			
10 Wochen	2	1			
13 Wochen	1	0,5			
	M=38,3; s=12,9		M=27,8; s=9,4		
	t=7,44, p<0,01				
	Chi²=73,78; FG=24; p<0,01				

Medikation

Nur 24,6% der Studienpatienten und 16,9% der Kontrollgruppenpatienten kommen ohne Medikamente in die Klinik. Letztere konsumieren mehr Somatika, erstere Psychopharmaka. Dieser bedeutsame Unterschied vergrößert sich noch bei Entlassung aus der Klinik. Fast doppelt so viele Kur- wie Studienpatienten gehen mit einer somatischen Medikation. Genau umgekehrt verhält es sich mit der Psychopharmakamedikation (Tab.21). Eine detaillierte Ergebnisdarstellung der Medikamenteneinnahme erfolgt später.

Tab.21: Medikation					
	<i>Studiengruppe (N=199)</i>		<i>Kontrollgruppe (N=77)</i>		
<i>bei Aufnahme</i>					
	N	%	N	%	
<i>keine</i>	49	24,6	13	16,9	
<i>Somatika</i>	44	22,1	26	33,8	sign
<i>Analgetika</i>	4	2	1	1,3	
<i>Psychopharmaka</i>	53	26,6	12	15,6	sign
<i>Som.u.Psycho</i>	30	15,1	19	24,7	
<i>Psycho u.Analg.</i>	2	1	1	1,3	
<i>Som.u.Analg.</i>	5	2,5			
<i>alle</i>	10	5	2	2,6	
<i>keine Angaben</i>	2	1	3	3,9	
	Chi ² =14,6; FG=8; p<0,1				
<i>bei Entlassung</i>					
<i>keine</i>	33	16,6	7	9,1	
<i>Somatika</i>	32	16,1	24	31,2	sign
<i>Analgetika</i>	2	1			
<i>Psychopharmaka</i>	72	36,2	14	18,2	sign
<i>Som.u.Psycho</i>	43	21,6	24	31,2	
<i>Psycho u.Analg.</i>	2	1	2	2,6	
<i>Som.u.Analg.</i>	2	1			
<i>alle</i>	10	5	2	2,6	
<i>keine Angaben</i>	3	1,5	4	5,2	
	Chi ² =21,9; FG=9; p<0,05				

Motivation zur vorgesehenen Behandlung, Art der Therapiebeendigung, Behandlungsergebnis

Bei der Motivation zur vorgesehenen Behandlung, die wiederum durch den Therapeuten eingeschätzt wird, gibt es keine signifikanten Verteilungsunterschiede zwischen den Gruppen. Es werden jeweils über 60% aller Patienten als motiviert bis sehr motiviert eingeschätzt (Tab.22).

Die Art der Therapiebeendigung ist in 90% der Fälle regulär. Auch hier gibt es keine bedeutsamen Unterschiede (Tab.23).

Über 80% der somatischen und psychischen Behandlungsergebnisse werden vom Therapeuten als etwas bis deutlich gebessert bewertet, wobei letztere Bewertung, mit Ausnahme des somatischen Ergebnisses in der Kontrollgruppe (42,9%), mit mehr als 50 % zu Buche schlägt. Es gibt auch hier keine signifikanten Verteilungsunterschiede über alle Einschätzungen hinweg (Tab.24).

Tab.22: Motivation zur vorgesehenen Behandlung

	<i>Studiengruppe (N=199)</i>		<i>Kontrollgruppe (N=77)</i>	
	N	%	N	%
nicht motiviert	7	3,5		
etwas motiviert	21	10,6	8	10,4
mittelmässig motiviert	39	19,7	22	28,6
motiviert	79	39,9	35	45,5
sehr motiviert	52	26,3	12	15,6

Tab.23: Art der Therapiebeendigung

	<i>Studiengruppe (N=199)</i>		<i>Kontrollgruppe (N=77)</i>	
	N	%	N	%
<i>regulär</i>	181	91	68	88,3
<i>vorzeitig d.Patient</i>	5	2,5	1	1,3
<i>vorzeitig d.Therapeut</i>	3	1,5		
<i>vorzeitig beide</i>	8	4	7	9,1
<i>Verlegung</i>	2	1		
<i>fehlende Angaben</i>			1	1,3

Tab.24: Behandlungsergebnis

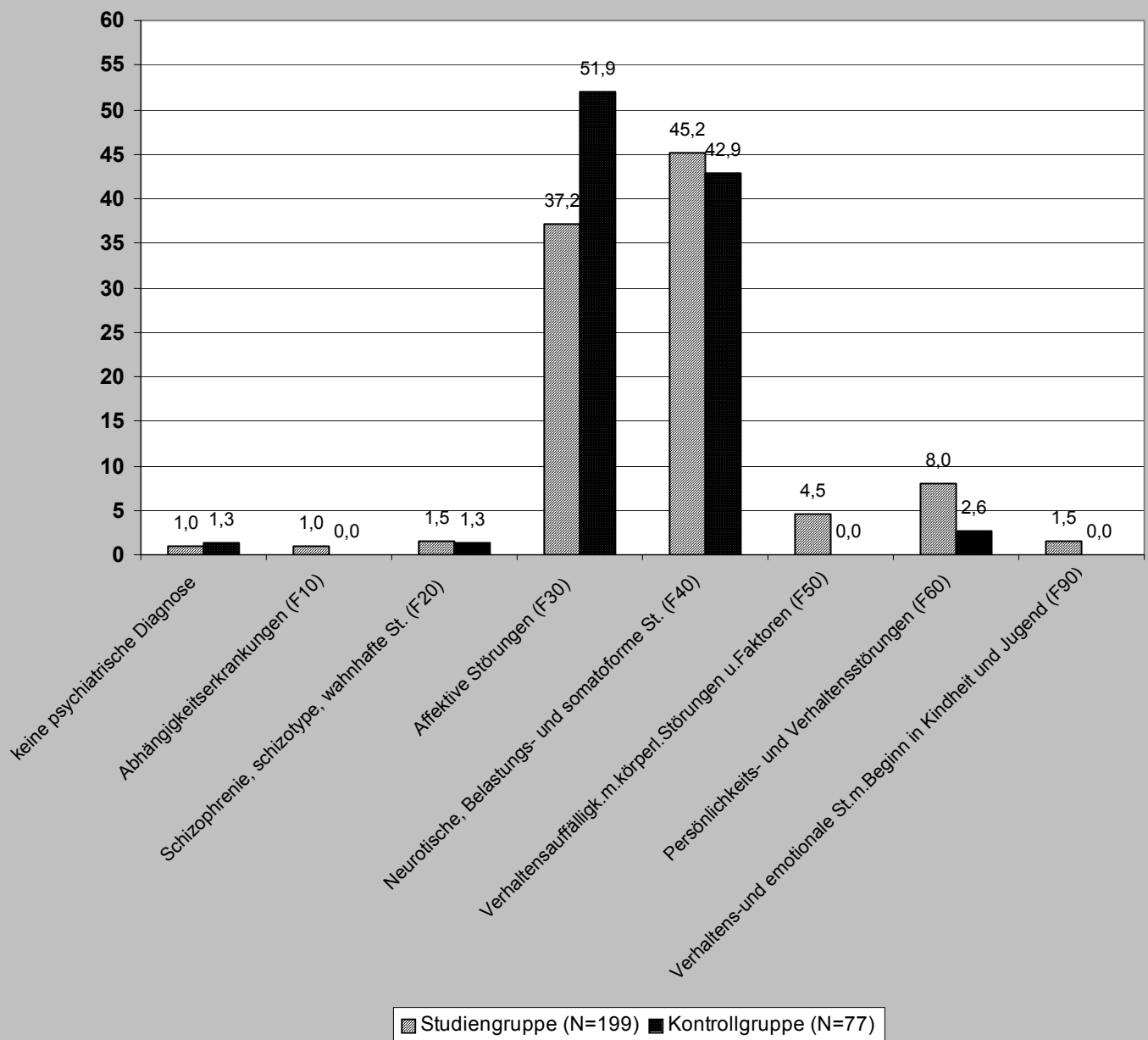
	<i>Studiengruppe (N=199)</i>		<i>Kontrollgruppe (N=77)</i>	
	N	%	N	%
<i>somatisch</i>				
<i>deutlich schlechter</i>	1	0,5		
<i>etwas schlechter</i>	1	0,5		
<i>nicht verändert</i>	22	11,1	11	14,3
<i>etwas gebessert</i>	54	27,1	31	40,3
<i>deutlich gebessert</i>	119	59,8	33	42,9
<i>keine Angaben</i>	2	1	2	2,6
<i>psychisch</i>				
<i>deutlich schlechter</i>	2	1	1	1,3
<i>etwas schlechter</i>	1	0,5		
<i>nicht verändert</i>	17	8,5	7	9,1
<i>etwas besser</i>	60	30,2	28	36,4
<i>deutlich besser</i>	117	58,8	39	50,6
<i>keine Angaben</i>	2	1	2	2,6

Psychiatrische und somatische Diagnosen

Am Ende der stationären Behandlung werden in den Basisdokumentationen bzw. in den Arztbriefen die Behandlungs- und Entlassungsdiagnosen auf der Basis der ICD10 angegeben. Bis zu maximal vier psychiatrische Diagnosen sind bei den Modellprojektpatienten verschlüsselt worden.

In Tabelle 25 (Abb.6) werden die psychiatrischen Erstdiagnosen zusammengefasst. In der Studiengruppe sind die beiden führenden Diagnosegruppen affektive (37,2%) und neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (45,2%). Auch in der Kontrollgruppe haben diese Diagnosegruppen die höchsten Prävalenzen (51,9% und 42,9%). Der Anteil an affektiven Störungen (F30) ist in der Kontrollgruppe signifikant höher als in der Studiengruppe. Die gesamte Diagnoseverteilung unterscheidet sich zwischen den Gruppen allerdings nicht bedeutsam voneinander.

Abb.6: Psychiatrische Erstdiagnosen in Prozent



Tab.25: Psychiatrische Erstdiagnosen

	Studiengruppe (N=199)		Kontrollgruppe (N=77)		
	N	%	N	%	
keine psychiatrische Diagnose	2	1,0	1	1,3	
Abhängigkeitserkrankungen (F10)	2	1,0	0	0,0	
Schizophrenie, schizotype, wahnhafte St. (F20)	3	1,5	1	1,3	
Affektive Störungen (F30)	74	37,2	40	51,9	sign
Neurotische, Belastungs- und somatoforme St. (F40)	90	45,2	33	42,9	
Verhaltensauffälligk.m.körperl.Störungen u.Faktoren (F50)	9	4,5	0	0,0	
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60)	16	8,0	2	2,6	
Verhaltens-und emotionale St.m.Beginn in Kindheit und Jugend (F90)	3	1,5	0	0,0	

Die Gesamtzahl psychiatrischer/psychotherapeutischer Diagnosen beträgt in der Studiengruppe 319 (1,6 pro Person), in der Kontrollgruppe 116 (1,5 pro Person). Mit der zweiten, dritten und vierten Diagnose kommt es zu Zuwachsraten in den Bereichen Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60) und bei den Störungen durch Alkohol (F10) in der Studiengruppe. Abhängigkeitserkrankungen kommen als Zweit-, Dritt- oder Viertdiagnose bei 6,5% der Studienpatienten vor.

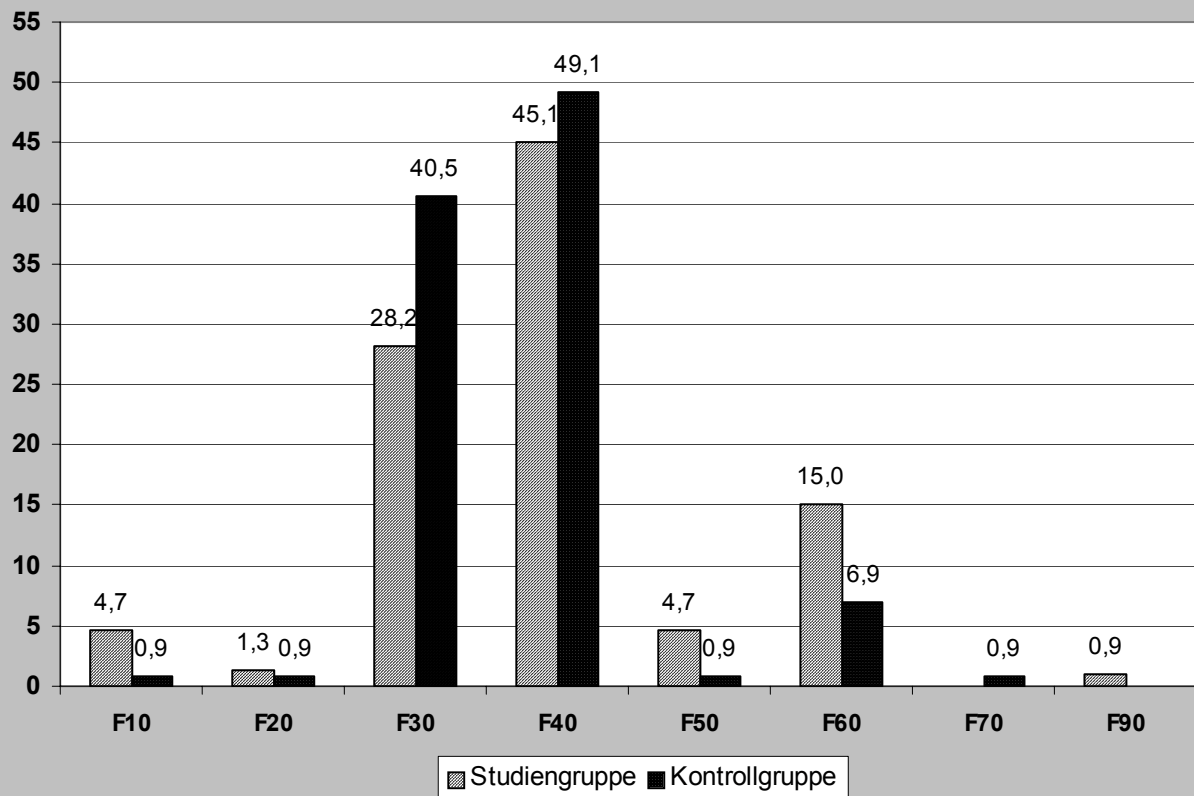
Die weitere Spezifizierung aller psychiatrischen Diagnosen zeigt: in der Studiengruppe werden am häufigsten depressive Episoden diagnostiziert (knapp 30% davon 25% Erstdiagnosen), gefolgt von Angststörungen (28% Erstdiagnosen, davon 13% Phobien und 15% sonstige Angststörungen). In der Gruppe der Kurpatienten überwiegen ebenfalls die depressiven Episoden mit 27% Erstdiagnosen. Es folgen hier Anpassungsstörungen mit 18% (Tab.26 und 27).

Tab.26: Psychiatrisch/psychotherapeutische Diagnosen für 199 Studienpatienten								
		1.	%	2.	3.	4.		
	ohne psych. Diagnose	2	1,0	107	173	195		
	ICD10-Nr.						Summe	%*
Störungen d. Alkohol	F10	1	0,5	6	4	1	12	3,8
Störungen d. Sedativa und Hypnotika	F13				2		2	0,6
Störungen d. Kokain	F14	1	0,5				1	0,3
Schizophrenie	F20	2	1,0	1			3	0,9
Anhaltende wahnhaftige Störung	F22	1	0,5				1	0,3
Manische Episode	F30	3	1,5				3	0,9
Bipolare affektive Störung	F31	2	1,0				2	0,6
Depressive Episode	F32	49	24,6	9	1		59	18,5
Rezidivierende depressive Störung	F33	13	6,5	2			15	4,7
Anhaltende affektive Störung	F34	7	3,5	4			11	3,4
Phobische Störung	F40	25	12,6	13	5	1	44	13,8
Sonstige Angststörung	F41	30	15,1	10			40	12,5
Zwangsstörung	F42	10	5,0	8			18	5,6
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörung	F43	11	5,5	2	1		14	4,4
Dissoziative Störungen	F44	1	0,5		1		2	0,6
Somatoforme Störung	F45	11	5,5	12	1		24	7,5
Sonstige neurotische Störung	F48	2	1,0				2	0,6
Essstörung	F50	9	4,5	4	1	1	15	4,7
Persönlichkeitsstörungen	F60	14	7,0	20	10	1	45	14,1
Kombinierte PS	F61	1	0,5	1			2	0,6
Störung der Impulskontrolle	F63	1	0,5				1	0,3
Hyperkinetische Störungen	F90	1					1	0,3
Ticstörung	F95	2	1,0				2	0,6
							319	
*Anteil an allen Diagnosen (N=319)								

Tab.27: Psychiatrisch/psychotherapeutische Diagnosen für 77 Kurpatienten								
		1.	%	2.	3.	4.		
	ohne psych. Diagnose	1	1,3	48	68	75		
	ICD10-Nr.						Summe	%*
Störungen d. Alkohol	F10			1			1	0,9
Schizoaffective Störung	F25	1	1,3				1	0,9
Depressive Episode	F32	21	27,3	2			23	19,8
Rezidivierende depressive Störung	F33	9	11,7	1			10	8,6
Anhaltende affektive Störung	F34	10	13,0	2		1	13	11,2
Nicht näher bezeichnete affektive Störung	F39			1			1	0,9
Phobische Störung	F40	5	6,5	3	2		10	8,6
Sonstige Angststörung	F41	6	7,8	4	4		14	12,1
Zwangsstörung	F42			2			2	1,7
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörung	F43	14	18,2	1			15	12,9
Dissoziative Störungen	F44	1	1,3				1	0,9
Somatoforme Störung	F45	5	6,5	6	2		13	11,2
Andere neurotische Störungen	F48	2	2,6				2	1,7
Essstörung	F50			1			1	0,9
Persönlichkeitsstörungen	F60	1	1,3	4		1	6	5,2
Störung der Impulskontrolle	F63	1	1,3	1			2	1,7
Leichte Intelligenzminderung	F70				1		1	0,9
					Insgesamt:		116	
*Anteil an allen Diagnosen (N=116)								

Eine Zusammenfassung dieser Ergebnisse zeigen Tabelle 28 und Abbildung 7.

Abb.7: Psychiatrische Diagnosen der 1.-4.Stelle nach ICD10 in Prozent



Tab.28: Psychiatrische Diagnosen der 1.-4.Stelle

	Studiengruppe (N=199)		Kontrollgruppe (N=77)	
	N	%	N	%
F10	15	4,7	1	0,9
F20	4	1,3	1	0,9
F30	90	28,2	47	40,5
F40	144	45,1	57	49,1
F50	15	4,7	1	0,9
F60	48	15,0	8	6,9
F70			1	0,9
F90	3	0,9		
	319		116	

In beiden Gruppen werden somatisch im wesentlichen endokrine Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (E00-E90), Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99) und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99) diagnostiziert. In der Studiengruppe überwiegt die Zahl der Patienten mit Erkrankungen aus dem endokrinen Bereich (15% gegenüber 13% Herz-Kreislauf-Patienten), in der Kontrollgruppe die Zahl der Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen (32% gegenüber 25% Patienten mit Stoffwechselerkrankungen). Somatische Diagnosen werden bei den Kurpatienten häufiger gestellt (55%) als bei den Studienpatienten (31%). Hypertonie ist die am häufigsten gestellte somatische Diagnose (Tab.29 – 32).

Tab.29: Somatische Diagnosen für 199 Studienpatienten nach ICD10 Hauptgruppen							
		1.	2.	3.	4.		
	ohne som. Diagnose	137 (68,8%)	171	188	194	Summe	%*
	ICD10-Nr.						
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	A00-B99	2				2	1,9
Neubildungen	C00-D48	4				4	3,8
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe, St.mit Bet. des Immunsystems	D50-D89	1				1	0,9
Endokrine Ernährungs-und Stoffwechselerkrankungen	E00-E90	17	9	2	1	29	27,4
Krankheiten des Nervensystems	G00-G99	4	2	1	1	8	7,5
Krankheiten des Auges	H00-H59	1				1	0,9
Krankheiten des Ohres	H60-H95	1				1	0,9
Krankheiten des Kreislaufsystems	I00-I99	13	8	2	2	25	23,6
Krankheiten des respiratorischen Systems	J00-J99	3				3	2,8
Krankheiten des Verdauungssystems	K00-K93	1	3			4	3,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	L00-L99	2				2	1,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	M00-M99	7	5	2	1	15	14,2
Krankheiten des Urogenitalsystems	N00-N99	2		2		4	3,8
Symptome, Zeichen und abnorme klinische und Laborbefunde	R00-R99	2				2	1,9
Verletzungen, Vergiftungen und sonstige Folgen äußerer Ursachen	S00-T98	2	1	2		5	4,7
						106	
				*Anteil an allen Diagnosen (N=106)			

Tab.30: Somatische Diagnosen für 77 Kurpatienten nach ICD10 Hauptgruppen							
		1.	2.	3.	4.		
	ohne som. Diagnose	35 (45,5%)	53	68	71	Summe	%*
	ICD10-Nr.						
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	A00-B99						
Neubildungen	C00-D48	4	2		1	7	8,6
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe, St.mit Bet. des Immunsystems	D50-D89						
Endokrine Ernährungs-und Stoffwechselerkrankungen	E00-E90	15	3	1		19	23,5
Krankheiten des Nervensystems	G00-G99	2	2		1	5	6,2
Krankheiten des Auges	H00-H59	1		1		2	2,5
Krankheiten des Ohres	H60-H95	1	1			2	2,5
Krankheiten des Kreislaufsystems	I00-I99	9	10	3	3	25	30,9
Krankheiten des respiratorischen Systems	J00-J99		1	1		2	2,5
Krankheiten des Verdauungssystems	K00-K93			1		1	1,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	L00-L99				1	1	1,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	M00-M99	8	3	2		13	16,0
Krankheiten des Urogenitalsystems	N00-N99	2				2	2,5
Symptome, Zeichen und abnorme klinische und Laborbefunde	R00-R99		2			2	2,5
Verletzungen, Vergiftungen und sonstige Folgen äußerer Ursachen	S00-T98						
						81	
				* Anteil an allen Diagnosen (N=81)			

Tab.31: Somatische Diagnosen für 199 Studienpatienten

		1.	2.	3.	4.	
	ohne som. Diagnose	137 (69%)	171	188	194	
	ICD10-Nr.					Summe
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	B18	2				2
Neubildungen	C50	2				2
	D14	1				1
	D32	2				2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankh.	E03	4				4
	E05	1	1			2
	E07		1			1
	E10	1	1			2
	E11	2	2		1	5
	E44	1				1
	E61			1		1
	E66	4		1		5
	E78	4	3			7
	E79		1			1
Krankheiten des Nervensystems	G04	1				1
	G24	1				1
	G35	1				1
	G40		1			1
	G43	1				1
	G56		1			1
	G81			1		1
	G91				1	1
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	H10	1				1
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	H90	1				1
Krankheiten des Kreislaufsystems	I10	11	5	2	1	19
	I25	1	1		1	3
	I27	1				1
	I49		1			1
	I51		1			1
Krankheiten des Atmungssystems	J42	1				1
	J45	2				2
Krankheiten des Verdauungssystems	K26		1			1
	K59		1			1
	K76		1			1
	K86	1				1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	L50	1				1
	L93	1				1
Krankh.d.Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	M17				1	1
	M18	1				1
	M21	1				1
	M24		1			1
	M50		1			1
	M51		1			1
	M53		1	1		2
	M54	3	1	1		5
	M77	2				2

Fortsetzung Tabelle 31

Krankheiten des Urogenitalsystems	N40	1				1
	N50			1		1
	N62	1				1
	N80			1		1
Sympt., abnorme klinische u. Laborbefunde, sonst nicht klassifiziert	R43	1				1
	R63	1				1
Verletzungen, Vergiftungen und sonstige Folgen äußerer Ursachen	S36	1				1
	S66			1		1
	S88	1				1
	T84		1			1
	T87			1		1
				Insgesamt:		106

Tab.32: Somatische Diagnosen für 77 Kurpatienten

	ohne som. Diagnose	35(46%)	53	68	71	
	ICD10-Nr.					Summe
Neubildungen	C18	1				1
	C55				1	1
	C61	1				1
	C90	1				1
	D32	1				1
	D37		1			1
	D40		1			1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankh.	E03	2				2
	E10	1	1			2
	E11	3	1			4
	E16	1				1
	E40	1				1
	E66	3				3
	E67		1			1
	E78	3		1		4
	E87	1				1
Krankheiten des Nervensystems	G43	1	1			2
	G44		1			1
	G47	1				1
	G56				1	1
Auge und Augenanhangsgebilde	H40			1		1
	H54	1				1
Ohren und Warzenfortsatz	H81	1				1
	H93		1			1
Kreislaufsystem	I10	5	8	1	1	15
	I35	1				1
	I44	1		1		2
	I48		1			1
	I60	1				1
	I80				1	1
	I83		1	1	1	3
	I95	1				1

Fortsetzung Tabelle 32						
Atmungssystem	J42			1		1
	J47		1			1
Verdauungssystem	K44			1		1
Haut und Unterhaut	L08				1	1
Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	M05	1				1
	M13	1				1
	M18	1				1
	M25	1				1
	M41	1				1
	M47		1			1
	M51	2		1		3
	M54			1		1
	M75	1	1			2
	M81		1			1
Urogenitalsystem	N42	1				1
	N88	1				1
Symptome, abnorme klin.u.Laborbefunde	R42		1			1
	R64		1			1
				Insgesamt:		81

Zusammenfassung

Die Basisdokumentation zeigt erhebliche Unterschiede zwischen der Projektgruppe und der Gruppe der Kurpatienten.

Die Studienpatienten sind viel jünger, sie sind häufiger ledig oder geschieden, sie haben eine bessere Schulbildung und höhere Berufsabschlüsse, sie arbeiten in qualifizierteren Positionen.

Die meisten Kurpatienten sind nicht erwerbstätig, viele sind Rentner. Arbeitsunfähigkeitszeiten und anstehende Rentenverfahren gibt es deshalb kaum.

Die Dauer der Beschwerden ist in beiden Gruppen recht lang. Die Studienpatienten halten sich länger in der Klinik auf als die Kurpatienten.

Bezüglich Krankenhausaufenthalten, psychotherapeutischen Behandlungen, Sucht, Suizidversuchen sowie Motivation zur vorgesehenen Behandlung, Art der Therapiebeendigung und Behandlungsergebnis gibt es keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den beiden Patientenstichproben.

Die Verteilung der psychiatrisch/psychotherapeutischen Diagnosen differiert ebenfalls nicht. In der Gruppe der Kurpatienten gibt es somatisch mehr Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Gegensatz zu den endokrinen und Stoffwechselerkrankungen bei den Studienpatienten.

In naturalistischen Studien besteht das Problem der Kontrolle. Weder eine Randomisierung noch ein Kontrollgruppendesign sind möglich. Eine strenge Parallelisierung (mit unbehandelten Personen) ist aus ethischen Gründen nicht durchführbar.

In unserer Studie bot sich die Gruppe der sogenannten Kurpatienten als Kontrollgruppe an. Sie sollten sich von den Projektpatienten nur hinsichtlich der Aktualität ihrer Beschwerden und der daraus resultierenden Art der Einweisung unterscheiden.

Patienten mit akuten psychosomatischen Beschwerden, die normalerweise in die internistischen oder psychiatrischen Abteilungen von Akutkrankenhäusern eingewiesen worden wären, erhielten im Rahmen des Projektes eine Direkteinweisung in die psychosomatische Klinik der DWK. Sie gehören zur Studiengruppe.

Patienten mit weniger aktuellen Beschwerden kamen auf dem üblichen Weg („Kurantrag“) in die Rehabilitation und bildeten die „Kontrollgruppe“ der Kurpatienten.

Die Stichprobenbeschreibung macht deutlich, dass die 77 Kurpatienten, die sich parallel zu den 199 Projektpatienten in den DWK aufgehalten haben, nicht als Kontrollgruppe geeignet sind. Gründe sind das vergleichsweise hohe Alter und die daraus resultierenden Unterschiede in vielen anderen Bereichen.

Ein weiteres Problem besteht darin, dass auch die Studienpatienten zum Teil nicht der erwarteten und gewünschten Klientel entsprechen.

Sie kommen zwar mit einer akuten Symptomatik, die einer sofortigen Behandlung bedarf, sind aber trotzdem überwiegend Patienten mit bereits chronifizierten Beschwerden. Die Einschätzung der Beschwerdedauer macht das deutlich. Die Zeit seit dem ersten Auftreten der Symptomatik differiert zudem in den beiden Untersuchungsgruppen nur unerheblich.

Wie oben erwähnt sind weitere Daten als Kontrolle vorgesehen. Daten von 178 BfA-Patienten, allen AOK-Patienten, die seit 1994 in den DWK waren, sowie Statistiken über KH- und AU-Fälle werden dazu herangezogen. Wie geeignet diese Unterlagen sind, und ob diese Stichproben mehr Gemeinsamkeiten oder Unterschiede aufweisen, wird an entsprechender Stelle überprüft werden.