

**Ambulante Versorgung an der Psychosomatischen
Universitätsambulanz Gießen – klinische Charakteristika, Diagnosen,
Behandlungsanlässe, Behandlungsziele und Behandlungsmotivation im
Vergleich von Patienten mit somatoformer Störung und Patienten
ohne somatoforme Störung**

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
des Fachbereichs Medizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von Towara, Corina Anna
aus Würzburg

Gießen 2022

**Ambulante Versorgung an der Psychosomatischen
Universitätsambulanz Gießen – klinische Charakteristika, Diagnosen,
Behandlungsanlässe, Behandlungsziele und Behandlungsmotivation im
Vergleich von Patienten mit somatoformer Störung und Patienten
ohne somatoforme Störung**

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
des Fachbereichs Medizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von Towara, Corina Anna
aus Würzburg

Gießen 2022

Aus dem Fachbereich Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Gutachter: Prof. Dr. med. Johannes Kruse

Gutachter: PD Dr. biol. hom. Markus Stingl

Tag der Disputation: 19.04.2023

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	1
1.1 Prävalenz psychischer Störungen und Strukturen der ambulanten Versorgung	1
1.1.1 Gegenwärtige Strukturen der ambulanten psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung in Deutschland	4
1.1.2 Psychiatrische Institutsambulanz	7
1.1.3 Hochschulambulanz	8
1.1.4 Psychosomatische Institutsambulanz	8
1.1.5 Ausbildungsambulanz der Psychologischen Psychotherapeuten	9
1.2 Psychotherapeutische/psychosomatische Versorgungsforschung	9
1.2.1 Behandlungsanlässe aus Sicht der Patienten	10
1.2.2 Behandlungsziele aus Sicht der Patienten	11
1.2.3 Zuweiser	14
1.2.4 Diagnosen	15
1.2.5 Therapieempfehlung	16
1.2.6 Somatoforme Störungen	17
1.3 Fragestellung	19
2. METHODIK	20
2.1 Studiendesign und Stichprobe	20
2.2 Studienablauf	20
2.3 Messinstrumente	21
2.3.1 Messinstrumente des Patientenangaben-Bogens	21
2.3.2 Messinstrumente des Therapeutenangaben-Bogens	22
2.4 Datenauswertung	25
2.4.1 Qualitative Datenauswertung	25
2.4.1.1 Methodik zur Kategorisierung der Behandlungsanlässe	26
2.4.1.2 Methodik zur Kategorisierung der Behandlungsziele	28
2.4.1.3 Interrater-Reliabilität	31
2.4.2 Quantitative Datenauswertung	32
3. ERGEBNISSE	33
3.1 Beschreibung der Patientenstichprobe	33
3.1.1 Soziodemografische Merkmale	33
3.1.2 Klinische Charakteristika der Gesamtstichprobe	34
3.1.2.1 Ärztliche Behandlung im Vorfeld	34
3.1.2.2 Ausmaß der psychischen Beschwerden	35
3.1.3 Behandlungsanlässe	35
3.1.4 Behandlungsziele	36
3.2 Therapeutenangaben	38
3.2.1 Vermittlung der Behandlung	38
3.2.2 Erste Diagnose psychischer Störungen nach ICD-10	39
3.2.3 Körperliche, psychische und soziale Beeinträchtigung	40
3.2.4 Psychiatrische/psychotherapeutische Vorbehandlung	44
3.2.5 Therapieempfehlung	45
3.2.6 Motivation	47

3.3 Vergleich zwischen Patienten mit einer somatoformen Störung und Patienten ohne somatoforme Störung	48
3.3.1 Soziodemografische Merkmale	48
3.3.2 Klinische Charakteristika	50
3.3.3 Behandlungsanlässe	50
3.3.4 Behandlungsziele	51
3.3.5 Vermittlung der Behandlung	52
3.3.6 Körperliche, psychische und soziale Beeinträchtigung	53
3.3.7 Therapieempfehlung	54
3.3.8 Motivation	55
4. DISKUSSION	56
4.1 Wichtigste Resultate	56
4.2 Stärken und Schwächen der Studie	56
4.3 Ergebnisse im Kontext anderer Studien	58
4.3.1 Soziodemografische Merkmale	58
4.3.2 Klinische Charakteristika	59
4.3.3 Behandlungsanlässe	61
4.3.4 Behandlungsziele	62
4.3.5 Vermittlung der Behandlung	64
4.3.6 Diagnose	65
4.3.7 Körperliche, psychische und soziale Beeinträchtigung	66
4.3.8 Therapieempfehlung	67
4.3.9 Motivation	68
5. AUSBLICK	69
6. ZUSAMMENFASSUNG	70
7. SUMMARY	71
8. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	72
9. ABBILDUNGSVERZEICHNIS	73
10. TABELLENVERZEICHNIS	73
11. LITERATURVERZEICHNIS	74
12. ANHANG	82
Anhang A: Basisdokumentationsbögen	82
Anhang B: SCL-90-R (Franke, 2002)	90
Anhang C: Skalenbeschreibungen GAF, GARF, SOFAS (Saß & Houben, 1998)	91
Anhang D: Anlässe der ambulanten Psychotherapie (Albani, 2010b)	94

Anhang E: Unsere Codierungsrichtlinien zur Kategorisierung der Behandlungsanlässe	95
Anhang F: Modifizierte Kategorisierung der Behandlungsanlässe	96
Anhang G: Bern Inventory of Treatment Goals (Grosse & Grawe, 2002)	99
Anhang H: Unsere Codierungsrichtlinien zur Kategorisierung der Behandlungsziele	101
Anhang I: Modifizierter BIT-T: Kategorisierung der Behandlungsziele	102
13. PUBLIKATIONSVERZEICHNIS	107
14. EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG	108
15. DANKSAGUNG	109

1. Einleitung

1.1 Prävalenz psychischer Störungen und Strukturen der ambulanten Versorgung

Psychische Störungen sind Volkserkrankungen, die das Gesundheitssystem herausfordern. In der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (Jacobi et al., 2014) wurde im Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ eine 12-Monats-Prävalenz für eine psychische Erkrankung von 27,7 % beschrieben. Die Prävalenzrate für Frauen war mit 33,3 % höher als die für Männer mit 22,0 %. Angststörungen wurden mit 15,3 % am häufigsten diagnostiziert, gefolgt von unipolaren Depressionen mit 7,7 %. Eine somatoforme Störung wurde innerhalb eines Jahres bei insgesamt 3,5 % der Bevölkerung diagnostiziert. Hierbei waren Frauen mit 5,2 % häufiger betroffen als Männer mit 1,7 %. Insgesamt wiesen sowohl Frauen und Männer mehr als eine Diagnose einer psychischen Erkrankung (49,8 % bzw. 36 %) auf.

Das Vorliegen einer psychischen Störung ist mit einer erhöhten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen assoziiert. Die Patienten konsultieren häufiger Fachärzte und sie befinden sich häufiger zur stationären Behandlung im Krankenhaus (Jacobi et al., 2004a).

Auch haben psychische Erkrankungen erhebliche sozialmedizinische Folgen. Psychische Erkrankungen nahmen 2018 mit 15,2 % hinter den Muskel-Skelett-Erkrankungen und Erkrankungen des Atmungssystems den dritten Platz in der Statistik ein, die die Ursachen der Arbeitsunfähigkeits-Tage ermittelt. Depressive Störungen waren die häufigsten Diagnosen, die eine Arbeitsunfähigkeit begründen (93,3 Fehltage je 100 Versicherte). 17,1 Arbeitsunfähigkeitstage fielen auf somatoforme Störungen (Marschall et al., 2019).

Medizinische Rehabilitationen erfolgten 2018 am häufigsten aufgrund von orthopädischen Erkrankungen, gefolgt von Behandlungen wegen psychischer Störungen an zweiter Stelle der Reha-Statistik (22 % für Frauen und 18 % für Männer). Der Anteil der Rehabilitationen aufgrund einer psychischen Erkrankung stieg von 2000 bis 2018 um 57 % (Deutsche Rentenversicherung, 2019).

Nicht alle Patienten mit psychischen Störungen werden fachärztlich versorgt. So gaben in einer Studie von Mack et al. (2014) 41,8 % der Patienten mit einer Lebenszeitdiagnose einer psychischen Störung an, bisher psychiatrische/psychotherapeutische Hilfe aufgesucht zu haben. Am häufigsten wurde ein ambulantes Setting aufgesucht. 34,8 % konsultierten in ihrem bisherigen Leben das ambulante Gesundheitssystem aufgrund einer psychischen Erkrankung. Unter den ambulanten Angeboten wurden Psychotherapeuten am häufigsten aufgesucht (Lebenszeit-Konsultation 19,4 % aller Fälle mit einer Lebenszeitdiagnose), gefolgt vom Hausarzt und dem Psychiater (Mack et al., 2014).

Aus den Daten wird ersichtlich, dass die psychische Belastung in der Allgemeinbevölkerung ein beträchtliches Problem darstellt. Allerdings ist es krankheitsbedingt oder aufgrund sozialer Vorbehalte häufig für die Patienten schwierig, eine leitliniengerechte Versorgung und somit Kontakt zu einem Psychotherapeuten aufzunehmen (Doering et al., 2007). Die meisten Betroffenen suchen aufgrund einer psychischen Erkrankung zunächst den Allgemeinmediziner auf, der eine Gatekeeper-Funktion ausübt. Ihm kommt eine entscheidende Funktion in der Versorgung psychisch Kranker zu: psychische Störungen identifizieren, Diagnostik und Differentialdiagnostik durchführen, die entsprechende Therapieindikation stellen und auch die Patienten zu einer Therapie zu motivieren (von Uexküll et al., 2003). Allerdings stellte der Hausarzt nur 40 % bis 75 % der Patienten, die unter den Symptomen einer depressiven Störung leiden, eine entsprechende Diagnose (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011). Nahezu 50% dieser Patienten wünschten und erhielten ausschließlich eine hausärztliche Versorgung (Kruse et al., 2021). Die weiteren Patienten gelangten im Verlauf der Jahre in eine spezialisierte Behandlung, wobei auch die Eigeninitiative des Patienten gefordert ist. Bösner et al. (2011) untersuchten das Überweisungsverhalten von Hausärzten. 11,4 % der Patienten erhielten auf eigene Initiative eine Überweisung vom Allgemeinmediziner zum Facharzt für Neurologie/Psychiatrie/Psychosomatik und 11,8 % durch Initiative des Allgemeinmediziners.

Es gibt eine Reihe von Behandlungsbarrieren, die die Aufnahme einer leitliniengerechten Behandlung erschweren. Neben der mangelnden Identifizierung psychischer Störungen im hausärztlichen und fachärztlichen Bereich kamen strukturelle Defizite wie lange Wartezeiten, unzureichende Angebote für Kinder und Jugendliche sowie mangelnde Vernetzung hinzu (Körner, 2009). Es bestanden außerdem regionale

Versorgungsunterschiede bezüglich ambulanter, aber auch stationärer Angebote (Schulze et al., 2008). Erschwerend für die Therapieaufnahme kamen individuelle und soziale Barrieren, z.B. mangelnde Akzeptanz der Erkrankung, fehlende Motivation, mangelnde Passung zwischen Therapiezielen und Therapieangebot, Stigmatisierungsangst, Migrationshintergrund, Alter und Art der psychischen Erkrankung (Görgen & Engler, 2005) sowie unzureichende Informationen über Behandlungsmöglichkeiten als Erklärungen in Betracht (Spitzbart, 2004).

Insgesamt ist festzuhalten, dass auch heute noch ein beträchtlicher Teil der psychisch Erkrankten nicht ausreichend behandelt wird und zwischen dem Auftreten psychischer Beschwerden und dem Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung eine erhebliche zeitliche Latenz besteht. Diese Zeitspanne beträgt bei 50 % der später Behandelten mehr als fünf Jahre (Potreck-Rose & Koch, 1994). Psychisch erkrankte Patienten werden durchschnittlich sechs bis acht Jahre somatisch behandelt, bevor sie psychotherapeutisch versorgt werden (Janssen & Franz, 1999). Die meisten Arztbesuche der Primär- und Sekundärversorgung erfolgen aufgrund von körperlichen Symptomen. Ein Viertel der Patienten mit akuten körperlichen Beschwerden entwickeln jedoch persistierende körperliche Symptome, die ein Jahr nach dem ersten Arztbesuch bestehen bleiben. Es gibt Hinweise darauf, dass psychosoziale Faktoren in der Entwicklung und Aufrechterhaltung der Symptome bei körperlichen Erkrankungen eine Rolle spielen und daher zusätzlich zur Behandlung der somatischen Erkrankung eine psychotherapeutische oder auch eine Behandlung mit Psychopharmaka notwendig ist (Löwe et al., 2022).

Zur Senkung der Behandlungsbarrieren können Institutsambulanzen eine wichtige Rolle einnehmen, da sie eine niederschwellige Anlaufstelle für Patienten mit psychischen Problemen darstellen, von wo aus den Patienten gezielt eine entsprechende Weiterbehandlung empfohlen und der Weg in die psychotherapeutische Versorgung gebahnt werden kann (Doering et al., 2007).

1.1.1 Gegenwärtige Strukturen der ambulanten psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung in Deutschland

Die psychotherapeutische Versorgungssituation hat sich im Verlauf der Jahre grundlegend geändert. Seit 1967 sind psychotherapeutische Behandlungen Leistungen der Krankenkassen und jeder sozialversicherte Patient hat seitdem Anrecht auf Psychotherapie bei entsprechender Indikation (Ermann, 2007).

Seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes am 01.01.1999 decken niedergelassene Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, den Großteil der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ab. Hinzu kommen Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten in privater Praxis, die privat Versicherte oder Selbstzahler behandeln (Zepf et al., 2003).

Die Psychotherapierichtlinie legt seit der Einführung der Leistungen in das GKV-System die Kriterien für eine Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung fest. Diese wurde mehrfach überarbeitet und seit dem 01.04.2017 wurden einige maßgebliche Änderungen eingearbeitet.

Seit April 2017 muss vor Durchführung einer Psychotherapie (Akutbehandlung, Probatorik oder Kurz-/Langzeittherapie) eine Sprechstunde á 50 Minuten zur Abklärung erfolgen, ob eine psychische Störung vorliegt. Es kann sich eine Akutbehandlung bei akuten psychischen Krisenzuständen anschließen, um Patienten zeitnah eine Unterstützung anbieten zu können und eine kurzfristige Verbesserung der Symptomatik herbeizuführen. Kern der ambulanten Psychotherapie ist aber die Richtlinienpsychotherapie. Im Rahmen sogenannter probatorischer Sitzungen erfolgt zunächst eine vertiefte diagnostische Abklärung zur Klärung der Frage, welches Psychotherapieverfahren indiziert ist und zur Prüfung der Therapiemotivation. Es wird weiterhin beurteilt, ob eine tragfähige Beziehung aufgebaut werden kann. Hier sind mindestens zwei und maximal vier probatorische Sitzungen á 50 Minuten möglich. Darauf folgt die Beantragung der Richtlinienpsychotherapie als Kurzzeittherapie oder auch bereits als Langzeittherapie, wenn abzusehen ist, dass die Kontingente nicht ausreichen. Die Kurzzeittherapie beinhaltet zwei Abschnitte mit jeweils 12 Sitzungen. Die Langzeittherapie beinhaltet je nach Psychotherapie-Verfahren unterschiedlich viele

Sitzungen (siehe auch Bundespsychotherapeutenkammer, 2020). Als Psychotherapieverfahren anerkannt sind Analytische Psychotherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie. Für diese Verfahren besteht für gesetzlich Versicherte Anspruch auf Kostenübernahme seitens der Krankenkasse (Bundespsychotherapeutenkammer, 2020). In der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie werden unbewusste innere Konflikte aufgedeckt, die schon in den ersten Lebensjahren entstehen können und zunächst verdrängt werden oder strukturelle Fähigkeiten weiterentwickelt, die der Patient zur Selbst- und Beziehungsregulation benötigt. Die inneren Konflikte, aber auch mangelnde strukturelle Fähigkeiten, können in einer späteren Lebensphase das Fühlen und Verhalten stark belasten und zu psychischen Erkrankungen führen. Die tiefenpsychologisch fundierten Therapeuten unterstützen die Patienten dabei, durch Einsicht in die Zusammenhänge und Ursachen der aktuellen Symptome oder durch die Weiterentwicklung psychischer Funktionen (z.B. Affektwahrnehmung, Affektkontrolle, Mentalisierung) eine Veränderung auf Verhaltens- oder Erlebensebene zu erreichen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020).

Die analytische Psychotherapie geht davon aus, dass persönliche Lebens- und Beziehungserfahrungen und vor allem deren konflikthafte unbewusste Verarbeitung psychische Erkrankungen mitverursachen und aufrechterhalten. Analytische Psychotherapeuten unterstützen das Bewusstmachen verdrängter Prozesse, die gegenwärtig Krankheitssymptome verursachen, um damit Unverständliches dem bewussten Erleben zugänglich zu machen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020).

In der Verhaltenstherapie liegt der Fokus auf dem problematischen Verhalten und auf den Bedingungen, die es aufrechterhalten sowie auch auf den intrapsychischen Prozessen der Wahrnehmung, Bewertung und Verarbeitung von Informationen. Der Patient lernt Strategien zur aktiven Veränderung des Handelns, Denkens und Fühlens (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020; Lieb & Frauenknecht, 2019).

Bei der Systemischen Therapie liegt der Fokus auf dem sozialen Kontext, in dem eine psychische Erkrankung entsteht. Sie schließt auch bedeutsame Personen aus dem Umfeld ein um zu erfahren, wie die beteiligten Personen ihre Beziehungen untereinander gestalten und welche Rolle die familiären oder anderen sozialen Beziehungen bei der Entwicklung der psychischen Erkrankung spielen. Der Patient lernt, eigene Kompetenzen und Fähigkeiten zu nutzen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020).

Neben der spezialisierten Psychotherapie leisten Ärzte in der Primärversorgung im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung einen wichtigen Beitrag in der Versorgung der Patienten mit psychischen Störungen (Schulz et al., 2008). Die Psychosomatische Grundversorgung ist integraler Bestandteil der Weiterbildung zum Allgemeinmediziner. Sie ermöglicht die Erfassung der biopsychosozialen Interaktionen bei Patienten mit psychischen Störungen und somit eine erste diagnostische Einschätzung im Rahmen einer Gesamtdiagnose. Bei Patienten in akuten Krisen oder im Verlauf chronischer Erkrankungen sowie Behinderungen ermöglicht sie erste verbale Interventionen zur Krankheits- oder Krisenbewältigung. Übende und suggestive Verfahren erweitern hier das Behandlungsspektrum im hausärztlichen Bereich. Psychosomatische Kompetenzen und Leitungen werden so in die erste Versorgungsstufe der hausärztlichen Versorgung integriert. Dies ermöglicht eine niedrigschwellige Anlaufstelle mit langjähriger Behandlerkontinuität und kann dann mit den spezialisierten psychiatrisch und psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgungsangeboten ergänzt oder erweitert werden (Kruse et al., 2021).

Insgesamt ergibt sich eine hohe Versorgungsleistung in der ambulanten Versorgung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung behandelten ca. 55000 Hausärzte ihre psychisch erkrankten Patienten. Pro Quartal wurden in der ambulanten fachärztlichen Versorgung mehr als über drei Millionen Patienten von ca. 4600 Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, ca. 2800 Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 1500 Nervenärzten, 1300 Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie 9200 Fachärzten anderer Fachgebiete mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie behandelt. Nahezu 38000 ambulant tätige Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten versorgten laut Angaben der KBV im Jahr 2019 nahezu 2,3 Millionen Patienten (Kruse et al., 2021).

Ergänzt wird die ambulante Versorgung durch eine Vielzahl an Ambulanzen. Im Folgenden wird das Aufgabengebiet psychosomatisch-psychotherapeutischer Ambulanzen erläutert sowie auf psychiatrische Ambulanzen eingegangen.

1.1.2 Psychiatrische Institutsambulanz

Die Entwicklung der Psychiatrischen Institutsambulanz geht auf die Psychiatrie-Enquete von 1975 zurück, in der Kritik der Versorgung psychisch erkrankter Menschen beschrieben wurde. Kritikpunkte waren unter anderem lange Liegedauern, fehlende Qualifikation des Personals und fehlende Vor- und Nachsorge (Finzen & Schädle-Deiningner, 1976). In dem Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Psychiatrie-Enquete) (Deutscher Bundestag, 1975) wurde die Bedeutung für die Einrichtung von Psychiatrischen Institutsambulanzen angesprochen. Zu dieser Zeit waren ambulante und stationäre Versorgung noch getrennt, was einem Teil der psychisch Kranken nicht gerecht wurde. Patienten mit psychischer Erkrankung fällt es schwer, die Vorsorge und Nachsorge ambulant eigenständig wahrzunehmen. Das Ergebnis war 1976 durch den eingefügten § 386 Absatz 6 in die Rechtsverordnung die Berechtigung der psychiatrischen Fachkrankenhäuser, Psychiatrische Institutsambulanzen einzurichten. Novellierungen wurden 1982 und 1986 durchgeführt, unter anderem wurde die Herausnahme der Kosten der Psychiatrischen Institutsambulanz aus der kassenärztlichen Gesamtvergütung geregelt. Durch weitere Änderungen der Rechtsverordnung 1989/1990 wurden die Psychiatrische Institutsambulanz betreffende Bestimmungen in das Sozialgesetzbuch (SGB) V § 118 und 120 übernommen (Melchinger, 2008). Nach einer Änderung des § 118 Absatz 2 SGB V im Jahr 2000 war es möglich, Psychiatrische Institutsambulanzen fast flächendeckend aufzubauen, da auch eine Gründung an Allgemeinkrankenhäusern möglich wurde (GKV Spitzenverband, 2021). Aufgabe der Psychiatrischen Institutsambulanz ist es, eine Versorgung für psychisch erkrankte Menschen sicherzustellen, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung ein Angebot benötigen. Ziel ist es, eine stationäre Aufnahme zu vermeiden oder diese zu verkürzen. Es werden Patienten behandelt, die eine lange Erkrankungsdauer aufweisen, wiederholt stationär aufgenommen wurden oder deren Behandlung durch Abbrüche geprägt ist (Bekanntmachungen, 2001).

Von dem Angebot psychotherapeutischer Ambulanzen sind die an Krankenhäuser bzw. Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie angegliederten Institutsambulanzen quantitativ am wichtigsten (Schulz et al., 2008). Es gibt in Deutschland heute eine fast flächendeckende Ausstattung mit psychiatrischen Institutsambulanzen. In 418 der 434

psychiatrischen Fachkrankenhäuser und Abteilungen in Deutschland existiert eine Psychiatrische Institutsambulanz. Die Fallzahlen variieren je nach Institutsambulanz zwischen 884 und 3335 pro Ambulanz (Gesundheitsministerkonferenz der Länder, 2007).

1.1.3 Hochschulambulanz

Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sind zur ambulanten ärztlichen Behandlung in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang ermächtigt. Weiterhin kann durch eine Facharztüberweisung eine Behandlung für Personen erfolgen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung eine Behandlung einer Hochschulambulanz benötigen. Dies gilt auch für Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten und an Universitätsinstituten, an denen das für die Erteilung einer Approbation als Psychotherapeut notwendige Studium durchgeführt werden kann (Sozialgesetzbuch V, 2021).

1.1.4 Psychosomatische Institutsambulanz

Zunächst werden die Vorläufer der Psychosomatischen Institutsambulanz beschrieben. Psychoanalyse wurde in ihrer Entstehungszeit von einzelnen Analytikern in privater Praxis durchgeführt, wobei die Kosten dafür von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen wurden. 1920 wurde am Berliner Institut die erste Poliklinik eröffnet, deren Finanzierung und Organisation durch Dr. Max Eitington, Psychoanalytiker und Mitglied des Berliner Psychoanalytischen Institutes, erfolgte. Die neu gegründete Poliklinik konnte nun auch finanziell schlechter gestellten Menschen psychotherapeutische Behandlungen anbieten, weil die Therapie der Patienten durch Ausbildungskandidaten unter Supervision erfolgte. In den nächsten Jahren folgten weitere Großstädte mit Gründungen solcher Einrichtungen, unter anderem Wien und Frankfurt (Simmel, 1930).

Ab dem 01.10.2019 trat mit § 118 Absatz 3 SGB V eine Ergänzung zu § 118 Absatz 2 SGB V in Kraft, die den Versorgungsauftrag für Psychosomatische Institutsambulanzen

definiert. Die Ambulanzen behandeln psychisch Kranke, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines besonderen, krankenhausnahen ambulanten Angebots bedürfen. Weiterhin sollen Krankenhausaufnahmen vermieden und stationäre Behandlungszeiten verkürzt werden. Psychosomatische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen werden ermächtigt, Ambulanzen aufzubauen. Die Ambulanz muss unter der Leitung eines Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie stehen und es müssen eine internistische sowie mindestens eine weitere spezifische somatische fachärztliche Kompetenz in der Einrichtung verfügbar sein. Als Erkrankung sollte eine Erkrankung aus der Diagnoseliste I (F32, F33, F34, F40-F48, F50-F59, F60, F61, F62, F63, F64) vorliegen und eine begleitende, damit pathogenetisch verbundene somatische Diagnose, sodass beide Erkrankungen einer Therapie bedürfen. Für Erkrankungen der Diagnoseliste II (F44, F45) muss keine begleitende somatische Erkrankung diagnostiziert worden sein (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2019).

1.1.5 Ausbildungsambulanz der Psychologischen Psychotherapeuten

Die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten kann an Hochschulen oder anderen Einrichtungen vermittelt werden, die als Ausbildungsstätten für Psychotherapie staatlich anerkannt sind. Anerkannt werden Einrichtungen, wenn dort Patienten, die an einer psychischen Störung mit Krankheitswert leiden, nach wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren in Behandlung sind. Es müssen für die Ausbildung geeignete Patienten nach Zahl und Art in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen. Die Ausbildung erfolgt entsprechend der Ausbildungspläne basierend auf der Ausbildungs- und Prüfungsordnung der Psychologischen Psychotherapeuten. Es wird ebenfalls eine Theorie-Ausbildung durchgeführt und die Teilnehmer werden für die praktischen Tätigkeiten angeleitet (Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, 1998; Gesetz über den Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten, 2019).

1.2 Psychotherapeutische/psychosomatische Versorgungsforschung

Albani et al. (2010a) stellte die Wichtigkeit der Versorgungsforschung in Deutschland

dar. Es besteht ein Defizit der psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgungsforschung im Sinne einer Beschreibung der psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgungssituation. Für die adäquate Versorgung von Patienten sind verstärkte Forschungen auf diesem Gebiet notwendig.

Um ein vertieftes Verständnis der Versorgungsprozesse und -barrieren zu erhalten, sollen im Folgenden die Behandlungsanlässe und -ziele aus der Perspektive der Patienten, die Zuweiser sowie die Diagnoseverteilung in der ambulanten Behandlung beschrieben werden.

1.2.1 Behandlungsanlässe aus Sicht der Patienten

Faller und Gossler (1998) erfassten die Probleme und Ziele von Patienten qualitativ-inhaltsanalytisch, die zuvor von 198 Patienten der Psychotherapeutischen Poliklinik des Instituts für Psychotherapie und Medizinische Psychologie in Würzburg angegeben wurden. Etwa ein Drittel (31,8 %) klagte über „körperliche Beschwerden“, 34,2 % über „depressive Beschwerden“ und 30,8 % über „Angst“. 21,7 % berichteten über „interpersonelle Probleme“ und 14,6 % über „ungelöste Probleme und Konflikte“.

Bei Albani et al. (2010b) wurden vier Hauptkategorien für den Behandlungsanlass einer ambulanten Psychotherapie aus Sicht der Patienten gebildet: „Angstzustände“, „gedrückte/schwankende Stimmung“, „süchtiges Verhalten“ und „Essstörungen“. Außerdem gab es noch die Kategorien „weitere Beschwerden“ und „andere Probleme“, die keine Hauptkategorien darstellen. Die Hauptkategorien setzten sich jeweils aus Subkategorien zusammen. In einer bevölkerungsrepräsentativen Erhebung bei über 18-jährigen Deutschen von Juni 2008 bis September 2009 wurden Screening-Interviews durchgeführt. Es konnten insgesamt 1212 Personen, die in den letzten sechs Jahren in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung waren, in einem Telefoninterview zu ihren Erfahrungen befragt werden. 85,2 % der Patienten gaben „depressive Beschwerden“ als Behandlungsanlass an, 63,3 % „Angstzustände“, 13,5 % „süchtiges Verhalten“ und 25,8 % „Essstörungen“. Etwa die Hälfte aller Patienten (54,0 %) nannte „psychosomatische Beschwerden“ und 30,0 % „Probleme mit der Bewältigung körperlicher Erkrankungen“. Die Patienten wurden gefragt, in welchem Ausmaß ihnen die Behandlung bezüglich der Probleme, die sie in die Behandlung geführt hatten, geholfen hat. Von den Patienten wurde die Wirksamkeit der ambulanten

psychotherapeutischen Behandlung bei fast allen Beschwerden als in hohem Maß gebessert eingestuft.

1.2.2 Behandlungsziele aus Sicht der Patienten

Verschiedene Arbeiten beschäftigen sich mit der Klassifizierung von Therapiezielen. Durch die Erarbeitung von Therapiezielen soll erreicht werden, dass der Therapieerfolg so gut wie möglich effektiv und effizient gefördert wird. Die Erfassung der individuellen Ziele soll herauskristallisieren, was genau durch die Therapiemaßnahme beim Patienten erreicht werden soll und ist somit wichtig bei der Therapieplanung (Heuft et al., 1996). Die Definitionen von Therapiezielen unterscheiden sich nach dem Betrachter, der sie formuliert und der somit die Grundlage für das Therapiezielkonzept schafft: der Patient, der Therapeut oder beide gemeinsam (Berking, 2004).

Die bevorzugt verwendeten Kategoriensysteme sind das Kategoriensystem von Faller und Gossler (1998) und das Berner Inventar zur Erfassung von Therapiezielinhalten – die Taxonomie (BIT-T) (Grosse & Grawe, 2002). Diese Klassifizierungen wurden empirisch entwickelt und weisen befriedigende bis gute Cohens-Kappa-Werte auf.

In der Studie von Faller und Gossler (1998) wurde auch eine Kategorisierung der Ziele der Patienten vorgenommen. Dazu wurde ein Kategoriensystem anhand der qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring entwickelt. Die folgenden Ziele standen dabei im Vordergrund: 28,8 % „Angst bewältigen“, 27,3 % „Lebensfreude/Glück/Zufriedenheit erlangen“, 26,8 % „Selbstvertrauen stärken“, 24,2 % „familiäre Situation/Partnerbeziehung verbessern“, 22,2 % „Probleme bewältigen“, 20,7 % „Ruhe/Gelassenheit finden“ (Faller & Goßler, 1998). Ein Vorteil dieses Systems besteht darin, dass es empirisch konstruiert ist, d. h. das Rating erfolgte unabhängig von den theoretischen Vorstellungen des Raters. Ein Nachteil ist, dass lediglich ein Abstraktionsniveau vorhanden ist und somit nicht zwischen verschiedenen Abstraktionsniveaus der Klassifikation gewählt werden kann, falls die Fragestellung dies erforderte. Die Interrater-Reliabilität lag in der Mehrzahl der Fälle im befriedigenden Bereich. Acht Kategorien lagen bei Cohens Kappa $> 0,80$, vier Kategorien bei Kappa $> 0,70$ und zwei Kategorien bei Kappa $> 0,60$ (Berking, 2004). Unterschiede in der Häufigkeit der subjektiven Ziele zwischen den diagnostischen

Störungsgruppen wurden ebenfalls in der Studie von Faller und Gossler (1998) untersucht, wobei sich teilweise eine Diagnosespezifität zeigte. Davon betroffen waren die Ziele, die auf Besserung von Beschwerden abzielen. „Unspezifisch Gesundheit erlangen“ und „körperliche Beschwerden bessern“ waren bei Patienten mit somatoformen Störungen häufiger. „Depressive Beschwerden bessern“ wurde häufig bei depressiven Patienten genannt, aber noch häufiger bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. „Familiäre Situation/Partnerbeziehung verbessern“ wurde oft bei Patienten mit depressiven Störungen angestrebt, aber auch bei Patienten mit somatoformen Störungen. Die eher positiv formulierten Ziele anderer Kategorien waren vermutlich bei allen Diagnosegruppen wichtig und es fanden sich keine signifikanten Unterschiede (Faller & Gossler, 1998).

Das BIT-T von Grosse und Grawe (2002) ist ein verlässliches, umfassendes und empirisch entwickeltes Instrument für die Kategorisierung von Therapiezielen. Nach Bortz (1984) sollten für eine Taxonomie drei Kriterien erfüllt sein. Zum einen Präzision, das heißt, dass die Kategorien exakt definiert sind. Exklusivität bedeutet, dass die Kategorien sich nicht überlappen sollten. Als drittes Kriterium wurde Erschöpfbarkeit genannt, das heißt, dass die Kategorien ausreichen sollten, um den Inhalt vollständig zuzuordnen. Residualkategorien, z. B. „sonstiges“, sollten nur so wenig wie möglich genutzt werden. Außerdem forderten Grosse und Grawe (2002) zwei zusätzliche Kriterien. Sie forderten eine empirische Grundlage, das heißt, dass das Material zur Erstellung der Taxonomie aus realen Psychotherapien stammt und die Struktur der Kategorien auf den strukturellen Wahrnehmungen der Psychotherapeuten beruhen soll. Das weitere geforderte Kriterium, Einfachheit der Anwendung, bedeutet, dass die Klassifikation für Patienten, Therapeuten und Forscher einfach zu verstehen ist. Die Kategorien sollten also in einer alltäglichen Sprache verfasst sein. Die Taxonomie sollte die Therapieziele auf verschiedenen Abstraktionsebenen erfassen, damit Anwender sich entscheiden können, welches Level am besten zu ihrer Anwendung passt. Die zusätzlichen Kriterien Reliabilität und Validität überlappen sich teilweise mit den zuvor genannten. Das BIT-T erfüllt diese genannten Kriterien für eine geeignete Taxonomie. Das Klassifikationssystem wurde anhand von Therapiezielen von Patienten, die die Psychotherapeutische Praxisstelle der Universität Bern besuchten, erstellt. Nur die vier wichtigsten Ziele jedes Patienten wurden in die Analyse eingeschlossen. Es ist anzumerken, dass die Ziele bei Grosse und Grawe in einem

interaktiven Prozess zwischen Patient und Therapeut erarbeitet wurden. Die Therapieziele wurden auf drei Abstraktionsebenen gegliedert: auf der obersten Abstraktionsebene gaben etwa dreiviertel der Patienten (74,5 %) „interpersonale Ziele“ an, 60,3 % verfolgten Ziele der „Problem- und Symptombewältigung“ und fast die Hälfte (45,9 %) wollte an Zielen der „Selbstentwicklung“ arbeiten. Weniger Patienten verfolgten Ziele des „Wohlseins/Better functioning“ (13,4 %) oder der „Orientierung“ (11,1 %).

Die Unterschiede in Bezug auf die Therapiezielinhalte wurden bei Patienten mit depressiven Störungen sowie mit Angststörungen untersucht. Mehr Patienten mit Angststörungen (83,1 %) gaben auf der Hauptkategorieebene „Problem-/symptombezogene Ziele“ an als depressive Patienten (50,6 %), aber mehr depressive Patienten als Angstpatienten benannten „interpersonale Ziele“ (80,7 % vs. 55,1 %) und Ziele der „Selbstentwicklung“ (54,2 % vs. 31,5 %). Die Verteilungen der Therapieziele im Bereich „Wohlsein/Better functioning“ und „Orientierung“ unterschieden sich zwischen Patienten mit Angststörungen und Depressionen nicht signifikant. Es gibt bereits Studien zur Anwendung des BIT-T in verschiedenen Settings. Es wurde gefordert, dass mit größerer Nutzung des BIT-T in verschiedenen Settings und für verschiedene Anwendungen noch weitere Kategorien definiert werden, damit die Therapieziele präzise alle Bereiche abdecken können (Grosse & Grawe, 2002).

Kuhlencord et al. (2018) kategorisierten im ambulanten verhaltenstherapeutischen Setting die von Patient und Therapeut gemeinsam festgelegten Therapieziele mittels BIT-T. Am häufigsten wurden Ziele aus der Kategorie der problem- und symptombezogenen Ziele definiert. Ein Schwerpunkt wurde auf den Vergleich der Ziele von Patienten mit der Diagnose einer Angststörung und ohne die Diagnose einer Angststörung gelegt. Es zeigten sich keine Unterschiede bezüglich der Zielformulierungen. Hingegen wurden in anderen Studien Unterschiede der Zielinhalte zwischen unterschiedlichen Diagnosegruppen gefunden. Bei Grosse Holtforth et al. (2009) wurden im ambulant kognitiv verhaltenstherapeutischen Setting die Therapieziele, die zwischen Patient und Therapeut gemeinsam vereinbart wurden, mittels BIT-T erfasst. Patienten mit Angststörung definierten mehr Therapieziele aus dem Bereich Symptomreduktion. Patienten mit einer depressiven Störung hingegen gaben am häufigsten interpersonelle Ziele an.

In der Studie von Berking et al. (2004) wurden die Therapieziele von stationär in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik kognitiv-verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten erfasst. Die symptombezogenen Ziele unterschieden sich in den jeweiligen Diagnosegruppen. So gaben Schmerzpatienten häufig das Thema „körperliche Probleme“ an, Angstpatienten jedoch weniger symptom spezifische Ziele („Ängste“, „Zwänge“, „Traumata“) und depressive Patienten gaben am wenigsten häufig symptombezogene Ziele an.

In zukünftigen Studien sollte untersucht werden, ob bei anderen klinischen Diagnosen auch bedeutsame Unterschiede in den Themen der Therapieziele vorhanden sind. Dies sollte mithilfe des BIT-T und größeren, heterogeneren Stichproben geschehen (Grosse & Grawe, 2002).

1.2.3 Zuweiser

Wie bereits erwähnt ist der Weg in die ambulante psychotherapeutische Versorgung für viele Personen schwierig und eine der entscheidenden Hürden vor einer psychotherapeutischen Behandlung. Häufig initiieren Hausärzte oder andere Fachärzte oder andere Institutionen, z. B. Kliniken, die Überweisung in die ambulante Versorgung, da sich nur ein Teil der Patienten selbstständig um eine Überweisung und einen Ambulanztermin kümmert. Es ist wichtig zu beachten, dass der eigentliche Initiator der Zuweisung oft nicht identisch ist mit dem Arzt, der den Überweisungsschein ausstellt und deshalb rückblickend nicht mehr ausfindig zu machen ist. Deshalb muss beim Erstkontakt explizit nach dieser Information gefragt und diese dokumentiert werden (Doering et al., 2007).

Es wurde in verschiedenen Arbeiten bereits untersucht, welche Fachrichtungen die Patienten in die Klinik einweisen. Bisher gibt es über die Überweisung in eine Psychosomatische Universitätsambulanz allerdings kaum Studien.

Walendzik (2010) beschrieb im Rahmen der Nicht-ärztlichen Psychologischen Psychotherapeuten die Zuweisung der Patienten in die Psychotherapie. 52 % der Patienten wurden von einem Arzt in die ambulante Psychotherapie überwiesen, davon 24,9 % durch den Hausarzt/Pädiater, 16,5 % durch den Psychiater/Nervenarzt, 6,4 % durch andere Ärzte und 4,2 % durch stationäre Einrichtungen. 23,4 % waren

Selbstzuweiser und 15,6 % kamen über private Kontakte in die Psychotherapie.

Ähnliche Ergebnisse gab es in einer Studie von Albani et al. (2010a). Danach wurden 39,4 % der Befragten durch einen Arzt in die ambulante Psychotherapie überwiesen. Jedem fünften Patienten wurde ein Psychotherapeut durch Freunde oder Kollegen empfohlen (18,5 %) oder er fand einen Psychotherapeuten über die Gelben Seiten (11,8 %) bzw. über eine Klinik/Kureinrichtung (11,7 %).

Weitaus mehr Selbstzuweiser wurden bei Poetzsch (2010) beschrieben. Eine Psychosomatisch-Psychotherapeutische Ambulanz innerhalb der Psychiatrischen Klinik der Universität München suchten 86,63 % eigenständig auf. Durch den Hausarzt wurden 3,49 % angemeldet, aus der Dermatologie wurden 4,07 % in die Ambulanz überwiesen, aus der Neurologie, Gynäkologie, Psychiatrie sowie aus der Inneren Medizin jeweils 1,16 %. Ebenfalls 1,16 % der Patienten wurden durch Angehörige angemeldet.

1.2.4 Diagnosen

Zahlreiche Studien untersuchten die Diagnoseverteilung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. 2002 wurden insgesamt 293178 Fälle mit einer Diagnose aus dem Bereich der Psychosomatischen Medizin ambulant behandelt. Die häufigste Diagnose war mit 19,49 % die depressive Episode (F32), zweithäufigste Diagnose mit 18,17 % waren Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) (Institut für Gesundheits-System-Forschung, 2005).

In den Ambulanzen ergibt sich ein etwas anderes, aber heterogenes Bild. So waren in der Ambulanz der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik der Psychiatrischen Klinik der Universität München die Hauptdiagnosen mit 44,19 % affektive Störungen, 15,12 % Anpassungsstörungen, 12,79 % somatoforme Störungen, 11,63 % Angststörungen und 9,88 % Persönlichkeitsstörungen (Poetzsch, 2010).

Die Hauptdiagnosen von Patienten der Psychosomatischen Ambulanz an der Universitätsklinik in Mainz ergaben etwas andere Verteilungen. An erster Stelle waren auch hier depressive Störungen mit 23,6 %, gefolgt von somatoformen Störungen mit

20,8 % und Anpassungsstörungen mit 9,4 % (Subic-Wrana et al., 2011). Somit zeichnet sich ein heterogenes Krankheitsspektrum in den Ambulanzen ab.

1.2.5 Therapieempfehlung

Nach abgeschlossener Diagnostik in einer Ambulanz und nach gegebenenfalls stattgefundener Motivationsphase wird der Patient, wenn indiziert, in die weiterführende Therapie überwiesen.

Die Wahl der Indikation zu verschiedenen Psychotherapieformen und Settings soll hier nicht näher beschrieben werden (näheres hierzu siehe z. B. Doering & Schüßler, 2004). Die Zuweisung hängt auch von der Ausrichtung bzw. institutionellen Anbindung der Psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz ab. Ambulanzen mit psychoanalytischen Ausbildungsinstituten überweisen beispielsweise viele ihrer Patienten in psychoanalytische bzw. tiefenpsychologisch fundierte Behandlungen.

Es können fünf verschiedene Möglichkeiten der Überweisung unterschieden werden, wobei Schritt für Schritt die Verbindlichkeit der Terminvereinbarung für den Patienten steigt und gleichzeitig die Eigenverantwortlichkeit sinkt.

Modus 1: Dem Patienten wird empfohlen, sich selbst einen Therapeuten für ein bestimmtes Therapieverfahren zu suchen.

Modus 2: Der Patient bekommt eine Liste mit niedergelassenen Psychotherapeuten in der Region.

Modus 3: Der Patient soll eigenständig mit einem Psychotherapeuten in Kontakt treten. Er erhält dazu Namen und Telefonnummern von einem oder mehreren ausgewählten Psychotherapeuten.

Modus 4: Der Ambulanzmitarbeiter klärt vor der Überweisung telefonisch ab, ob der ausgewählte Psychotherapeut einen freien Therapieplatz hat und informiert den Patienten. Er soll selbstständig mit dem Therapeuten in Kontakt treten, um ein Erstgespräch zu vereinbaren.

Modus 5: Die Vereinbarung des ersten Termins beim niedergelassenen Psychotherapeuten wird für den Patienten durch einen Ambulanzmitarbeiter erledigt.

Der Patient sollte bei der Überweisung in die Psychotherapie so weit wie möglich eigenverantwortlich handeln, damit eine Therapiemotivation sichergestellt und gefördert wird. Einem Teil der Patienten fehlt allerdings Motivation oder soziale

Kompetenz, um sich selbstständig um einen Therapieplatz zu bemühen. Diese Patienten sollten entsprechend Modus 4 in der Therapiesuche unterstützt werden, um ihnen den Weg in die weiterführende Behandlung zu erleichtern (Doering et al., 2007).

1.2.6 Somatoforme Störungen

In der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems = ICD-10) (Dilling, 2010) sind somatoforme Störungen unter F45 erfasst. Patienten mit somatoformen Störungen präsentieren wiederholt multiple körperliche Symptome. Dabei fordern sie hartnäckig medizinische Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Wenn körperliche Erkrankungen diagnostiziert sind, erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome und die innerliche Beteiligung des Patienten. Neben ICD-10 gibt es noch das Diagnostische und Statistische Handbuch Psychischer Störungen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders = DSM-V). Durch das Bestehen dieser unterschiedlichen Klassifikationssysteme unerklärter Körperbeschwerden ist es wichtig, die Prävalenzraten im Rahmen der zugrundeliegenden Konzepte zu betrachten. Die Bestimmung dieser Störung ist jedoch erschwert, weil die somatoforme Symptomatik oft nicht erkannt wird und somit nicht die adäquate Diagnose gestellt wird (Kleinstäuber et al., 2012).

Im Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ des Bundes-Gesundheitssurveys von 1998/99 (Jacobi et al., 2004b) betrug die Ein-Jahres-Prävalenz somatoformer Störungen nach DSM-IV 11,0 % und die Lebenszeitprävalenz 16,2 %.

Patienten mit somatoformen Störungen haben häufig eine komorbide psychiatrische Störung. Eine hohe Komorbidität besteht vor allem mit Angststörungen und Depressionen (Kroenke et al., 1994).

In einer Studie der Primärversorgung wurde die Komorbidität einer somatoformen Störung mit einer Major Depression mit 27,7 % angegeben, mit Angst 20,3 % und mit einer Kombination von Major Depression und Angststörung 8,3 % (Steinbrecher et al., 2011).

Die Patienten nehmen häufig alle Arten von Gesundheitsleistungen in Anspruch, die erhöhte Kosten im ambulanten sowie stationären Bereich bedingen. Sie weisen im Vergleich zu Patienten ohne unerklärte Körperbeschwerden pro Jahr zwei- bis dreimal mehr Krankenhausaufenthalte, ambulante Behandlungen sowie Besuche in der Notfallaufnahme auf (Barsky et al., 2005). Betroffene gehen bei den Ursachen ihrer Beschwerden von einer körperlichen Erkrankung aus, was im Gegensatz zum negativen ärztlichen Befund steht. Die Patienten beharren allerdings darauf, dass weiterhin nach einer organischen Ursache gesucht wird (Kleinstäuber et al., 2012). Behandelnde Ärzte ordnen bei Patienten mit multiplen somatoformen Symptomen häufig unnötige diagnostische Maßnahmen an, weil sie die Beschwerden missverstehen bzw. verkennen oder um den Patienten zu beruhigen (Anderson et al., 2008). Dies resultiert jedoch in eine erhöhte Inanspruchnahme, was die Behandlungskosten steigen lässt (Kleinstäuber et al., 2012). Nicht nur dadurch entstehen erhöhte Kosten im Gesundheitssystem, sondern auch durch indirekte Kosten, da Betroffene häufiger arbeitsunfähig sind und früher berentet werden. 42,6 % der Patienten mit Somatisierungssymptomen waren in der Studie von Larisch et al. (2005) in den vergangenen drei Monaten vor Beginn der Datenerhebung arbeitsunfähig.

In der Primärversorgung lag die Prävalenz für eine somatoforme Störung zwischen 26,2 % und 34,8 % (Haller et al., 2015). Im Gegensatz dazu ist festzustellen, dass bei den Hauptdiagnosen in ambulanter Psychotherapie somatoforme Störungen unterrepräsentiert sind. Die Behandlungsquote somatoformer Störungen lag laut Bundes-Gesundheitssurvey (Wittchen & Jacobi, 2001) bei 40,5 %. Die Nicht-Versorgungsquote mit 59,5 % lag somit an zweiter Stelle nach den Suchterkrankungen (71 %). Es ist also von einer Unter- bzw. Fehlversorgung auszugehen.

Das Management im hausärztlichen Bereich kann jedoch verbessert werden, wofür folgende Versorgungsmodelle von Bedeutung sind: Zum einen können Hausärzte ihre diagnostischen, kommunikativen und therapeutischen Fähigkeiten im Umgang mit den somatisierenden Patienten durch eine systematische Schulung verbessern (Fink et al., 2002), zum anderen ist eine Zusammenarbeit zwischen Allgemeinärzten und psychiatrisch-psychotherapeutischen Experten wichtig (van der Feltz-Cornelis et al., 2006).

Nach vier Jahren der Diagnose Somatische Belastungsstörung und verwandete Störungen nach DSM-V blieb die Diagnose bei etwa einem Drittel der Patienten bestehen und bei etwa einem Fünftel der Patienten war sie remittiert. Für ein

Persistieren sprachen eine hohe psychische Belastung durch die körperlichen Symptome oder Ängste zu Beginn der Studie (Behm et al., 2021).

Aufgrund dieser besonderen Patientencharakteristika soll in der Dissertation ein Vergleich zwischen Patienten mit somatoformer Störung (PSS) und Patienten mit anderen psychischen Störungen (Patienten ohne somatoforme Störung = PoSS) angestellt werden.

1.3 Fragestellung

Für eine adäquate Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen ist eine Forschung im Bereich der psychosomatischen Versorgungsforschung von Bedeutung. Die vorliegende Studie hat das Ziel, einen Einblick in die Arbeit der Psychosomatischen Hochschulambulanzen am Beispiel der Hochschulambulanz der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum in Gießen zu geben. Sie untersucht, welche Charakteristika die Patienten besitzen, die die Psychosomatische Ambulanz in Gießen im Jahr 2010 aufgesucht haben und wie die weiteren Empfehlungen des Versorgungsverlaufs sind. Dabei soll insbesondere untersucht werden, inwieweit sich die Patienten mit somatoformer Störung und Patienten ohne somatoforme Störung in diesen Punkten unterscheiden.

Im Einzelnen sollen folgende Fragestellungen deskriptiv untersucht werden: welche soziodemografischen Merkmale und klinische Charakteristika besitzen die Patienten und welche Behandlungsanlässe und Behandlungsziele haben sie? Wer vermittelt die Behandlung in die Ambulanz, welche Diagnosen wurden vergeben und welche körperliche, psychische und soziale Beeinträchtigung erfahren sie? Was sind die vorangegangenen ärztlichen Behandlungen, welche Therapie wird ihnen empfohlen und welche Behandlungsmotivation zeigen Patienten an der Psychosomatischen Institutsambulanz?

Da die Patienten mit somatoformen Störungen nur erschwert einen Zugang zum psychotherapeutischen Versorgungssystem finden, soll untersucht werden, ob sich Patienten mit somatoformen Störungen bezüglich der soziodemografischen Merkmale, klinischer Charakteristika, der Behandlungsanlässe und Behandlungsziele, der

Vermittlung der Behandlung, der körperlichen, psychischen und sozialen Beeinträchtigung, der Therapieempfehlung und der Behandlungsmotivation von Patienten der Ambulanz ohne somatoforme Störung unterscheiden.

2. Methodik

2.1 Studiendesign und Stichprobe

Es handelt sich in dieser Arbeit um eine retrospektive, monozentrische Querschnittsstudie dieser Routinedaten. In dem Zeitraum vom 01.01.2010 bis 31.12.2010 konsultierten $n = 1089$ die Psychosomatische Ambulanz der Universitätsklinik in Gießen. Alle Patienten, die den Patientenangaben-Bogen ausfüllten, oder bei denen der Therapeutenangaben-Bogen ausgefüllt wurde, konnten eingeschlossen werden. 92,3 % ($n = 965$) der Patienten füllten den Patientenangaben-Bogen vollständig aus, 4,8 % ($n = 50$) waren nicht in der Lage, die Fragebögen zu bearbeiten, u.a. wegen Sprach- oder Schriftbarrieren. Neun Datensätze waren ungültig aufgrund doppelter Eingaben und falschem Untersuchungsjahr, sodass die Analyse sich auf $n = 1080$ Patienten bezieht.

Bei den einzelnen Testungen ergeben sich aufgrund fehlender Werte variierende Stichprobengrößen, weshalb die Anzahl n jeweils in den Tabellen und Abbildungen mit benannt wird.

Die Studie wurde durch die Ethikkommission des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen am 16.08.2012 genehmigt (AZ: 125/12).

2.2 Studienablauf

Der Ablauf der Patienten, die sich in der Psychosomatischen Ambulanz meldeten, wird nun beschrieben. Der Patient meldete sich telefonisch und vereinbarte mit dem Sekretariat einen Termin. Bei dem Termin wurden die Stammdaten aufgenommen und der Fragebogen zur Selbstauskunft ausgefüllt. Es folgte ein 50-minütiges Gespräch mit dem Therapeuten, der eine Diagnose stellte und eine Therapieempfehlung aussprach sowie bei Bedarf ein zweites Gespräch anbot. Der Therapeut füllte nach dem Gespräch den Therapeutenangaben-Bogen aus.

2.3 Messinstrumente

Als Grundlage diente die Basisdokumentation der Ambulanz der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Gießen, welche standardmäßig von allen Patienten als Teil der Behandlungsdokumentation erhoben wird (siehe Anhang A). Die Basisdokumentation beinhaltet zwei Teile: einen Selbstauskunftsbogen, den der Patient ausfüllt und einen Therapeutenangaben-Bogen.

2.3.1 Messinstrumente des Patientenangaben-Bogens

Der Patientenangaben-Bogen enthält Fragebögen mit Selbstauskunft. Die Patientenangaben beinhalten soziodemografische Merkmale. Dabei werden Geschlecht, Alter, Nationalität, aktueller Familienstand, Wohnsituation, Schulabschluss, Berufsabschluss, zuletzt ausgeübter Beruf, derzeitige berufliche Situation, Anzahl der Kinder und Arbeitsunfähigkeitszeiten erfasst. Die Inanspruchnahme der Therapie wird durch die ambulante ärztliche Behandlung, ambulante psychotherapeutische Behandlung und stationäre Behandlung, jeweils bezogen auf die letzten 12 Monate, aufgezeigt.

Nach der oben genannten Selbstauskunft wurde ein Selbstauskunfts-Fragebogen ausgefüllt. Zur Messung der Symptombelastung wurde der Symptom-Checklist-90®-Standard (SCL-90-R) (Franke, 2002) herangezogen (siehe Anhang B). Die Symptomschwere wird durch den Global Severity Index (GSI) des SCL-90-R charakterisiert.

Bei dem SCL-90-R (Franke, 2002) handelt es sich um einen Fragebogen zur Erfassung der aktuellen psychischen Belastung von Patienten auf symptomatischer Ebene, die anhand von 90 Fragen erfasst wird. Dabei bezieht sich der Fragebogen auf den Zeitraum der vergangenen sieben Tage. Bei jeder Frage kann auf einer fünfstufigen Likert-Skala zwischen „überhaupt nicht“ (0) und „sehr stark“ (4) eine Antwort angekreuzt werden. Der SCL-90-R gibt dann die psychische Belastung in Bezug auf neun Skalen und drei globale Kennwerte an. Die neun Skalen sind die folgenden: 1. Somatisierung, 2. Zwanghaftigkeit, 3. Unsicherheit im Sozialkontakt, 4. Depressivität, 5. Ängstlichkeit, 6.

Aggressivität/Feindseligkeit, 7. Phobische Angst, 8. Paranoides Denken, 9. Psychotizismus.

Der GSI misst die grundsätzliche psychische Belastung. Dieser wird in unserer Arbeit berechnet. Der Fragebogen kann auch ausgewertet werden, wenn Werte fehlen. Dann ist es allerdings notwendig, den Divisor pro Skala zu reduzieren, was in vorliegender Arbeit durch das Computerprogramm Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) berechnet wurde. Nach der Berechnung der Rohwerte werden diese noch in T-Werte umgewandelt. Dabei werden soziodemografische Faktoren berücksichtigt. Der T-Wert ordnet den Mittelwert und die Standardabweichung der Gruppe im Vergleich zum Durchschnitt der Bevölkerung ein. T-Werte zwischen 60-64 sind leicht erhöht, zwischen 65-69 deutlich erhöht, zwischen 70-74 stark erhöht und zwischen 75-80 sehr stark erhöht. In Normalkollektiven sowie auch bei klinischen Stichproben wurden im deutschen Sprachraum Cronbachs Alpha zwischen 0,83 und 0,95 gefunden (Franke, 2002).

Zudem enthielt der Fragebogen jeweils eine offene Frage zu den Problemen/Belastungen und zu den Zielen: 1. Bitte schildern Sie in eigenen Worten, was Sie zu uns geführt hat (Probleme, Belastungen). 2. Was möchten Sie erreichen (Ziele, Veränderungswünsche)? Die Patienten füllten ihre Antwort als Freitext aus.

2.3.2 Messinstrumente des Therapeutenangaben-Bogens

Der Therapeutenangaben-Bogen wurde im Anschluss an das Gespräch ausgefüllt. Er erfasst folgende Bereiche:

- die Zuweisungswege (durch wen wurde die Behandlung vermittelt?) die Diagnosen (erste, zweite, dritte psychische Diagnose und die erste, zweite, dritte somatische Diagnose nach ICD-10)
- Beeinträchtigungsschwere: Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) (Schepank, 1995) misst die Beeinträchtigung eines Menschen durch seine psychische Erkrankung. Sie wird durch einen Experten eingeschätzt und es wird dargestellt, in welchem Bereich die Beeinträchtigung bevorzugt liegt. Die Einschätzung erfolgt auf den drei Dimensionen körperliche, psychische und sozialkommunikative Beeinträchtigung mit jeweils fünf Skalenstufen (0 = gar nicht, 1 = geringfügig, 2 = deutlich, 3 = stark, 4 = extrem). Aufsummiert

ergeben die Werte der drei Dimensionen den Gesamt-BSS, der den Schweregrad anzeigt (0 bis 12). Summenwerte von 0-1 zeigen eine optimale Gesundheit an und 2-3 eine leichte Störung. Bei Werten von 4-5 ist anzunehmen, dass eine deutliche Störung mit Krankheitswert vorliegt und 6-7 entspricht einer ausgeprägten und schon ziemlich schwer beeinträchtigenden Erkrankung. 8-9 repräsentieren eine außerordentlich schwere Erkrankung. Bei den Werten 10-12 liegen schwerst erkrankte Patienten mit Extremgraden psychischer Erkrankungen und ihrer Folgen in allen drei Dimensionen vor. Die durchschnittliche Beeinträchtigung wird meist als Sieben-Tage-Punktprävalenz mit Information über den aktuellen Zustand und ggf. als Einjahresprävalenz angegeben, wobei in unserer Arbeit die Beeinträchtigung für die letzten sieben Tage ausgerechnet wird. Für die Einschätzung wird vorausgesetzt, dass eine gründliche Diagnostik und Anamneseerhebung stattfindet, um eine umfassende Kenntnis über die Krankheitssymptomatik des Patienten zu erlangen. Die Einschätzungen werden jeweils für die letzten 12 Monate sowie die letzten 7 Tage angegeben, wobei sich die Auswertungen in unserer Arbeit auf den Zeitraum der letzten sieben Tage bezogen. Für trainierte Rater besteht eine hohe Interrater-Reliabilität ($r = 0.9$) (Schepank, 1995).

- Globales Funktionsniveau: Die Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus/Global Assessment of Functioning Scale (GAF-Skala) (Saß & Houben, 1998) ist ein Fremdbeurteilungsverfahren und bildet im DSM-IV die Achse V zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus. Auf der GAF-Skala werden die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionsbereiche beurteilt. Nicht erfasst werden sollen Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen Einschränkungen. Ein Gesamturteil über die psychische, soziale und berufliche Leistungsfähigkeit des Patienten wird mit einem Zahlenwert zwischen 1 und 100 angegeben. Die GAF-Skala besitzt 10-er Punktschritte mit zehn definierten Ankerpunkten. Eine Übersicht über die Skala findet sich im Anhang (siehe Anhang C). Die Bewertung sollte den aktuellen Zeitraum abbilden, da so ersichtlich wird, welcher Behandlungsbedarf vorliegt. Ein GAF-Wert von 50 wird als Grenzwert angesehen, der ein Hinweis für eine professionelle Unterstützung sein kann (Möller, 1994). Die Einschätzungen werden jeweils für die letzten 12 Monate sowie die letzten 7 Tage angegeben (Saß & Houben, 1998), wobei sich die Auswertungen in unserer Arbeit auf den

Zeitraum der letzten sieben Tage bezogen. Die GAF-Skala ist reliabel, insbesondere bei Behandlern, die über Erfahrung verfügen ($r = 0.8$) (Söderberg et al., 2005).

- Funktionsniveau von Beziehungen: Mithilfe der Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehungen/Global Assessment of Relational Functioning (GARF-Skala) (Saß & Houben, 1998) kann das Funktionsniveau einer Familie oder anderer Beziehungen durch einen Fremdbeurteiler eingeschätzt werden. Die Gesamteinschätzung wird auf einer Skala mit einem Wert zwischen 1 und 100 angegeben. Die Skala enthält fünf ordinale Wertebereiche mit Ankerbeispielen. Eine Übersicht über die Skala mit Benennung der Wertebereiche befindet sich im Anhang (siehe Anhang C). Die Einschätzungen werden jeweils für die letzten 12 Monate sowie die letzten 7 Tage angegeben, wobei sich die Auswertungen in unserer Arbeit auf den Zeitraum der letzten sieben Tage bezogen. Die GARF-Skala erwies sich als ausreichend reliabel ($r = 0.9$) (Hilsenroth et al., 2000).
- Soziales und berufliches Funktionsniveau: Die Skala zur globalen Erfassung des sozialen und beruflichen Funktionsniveaus/Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS-Skala) (Saß & Houben, 1998) konzentriert sich auf das soziale und berufliche Funktionsniveau. Es sollen Beeinträchtigungen, die auf körperliche Einschränkungen zurückzuführen sind, ebenso einbezogen werden wie Beeinträchtigungen, die auf psychische Beeinträchtigung zurückgehen. Es besteht keine direkte Beeinflussung durch den Gesamtschweregrad der psychischen Symptome. Die Skala reicht auch hier von 1 bis 100 und enthält 10-er Punktschritte mit Ankerbeispielen. Ein Überblick über die Skala befindet sich im Anhang (siehe Anhang C). Die Einschätzungen werden jeweils für die letzten 12 Monate sowie die letzten 7 Tage angegeben, wobei sich die Auswertungen in unserer Arbeit auf den Zeitraum der letzten sieben Tage bezogen. Die SOFAS-Skala war ebenfalls ausreichend reliabel ($r = 0.9$) (Hilsenroth et al., 2000).
- Vorbehandlungen bzw. aktuelle Behandlung: Wie viele Psychotherapien haben die Patienten schon abgeschlossen bzw. abgebrochen und wie viele psychiatrische Vorbehandlungen haben sie? Kommt der Patient aus einer laufenden psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlung? Wie viele Monate psychosomatisch-psychotherapeutischer bzw. psychiatrischer

Vorbehandlungen haben sie auf Station verbracht? Behandlungsempfehlung über das empfohlene Therapiesetting und das empfohlene Psychotherapieverfahren

- Motivation zur Behandlung: Die Motivation konnte auf einer fünfstufigen Likertskala von den Therapeuten von 0 bis 4 angegeben werden (0 bedeutet „nicht motiviert“ und 4 bedeutet „sehr motiviert“). Sie gaben damit an, wie motiviert sie die Patienten für die Behandlung erlebten.

2.4 Datenauswertung

Die Auswertungen erfolgten qualitativ und quantitativ und werden im Folgenden beschrieben.

2.4.1 Qualitative Datenauswertung

Ziel der qualitativen Auswertung war es, die von den Patienten berichteten Anlässe und Ziele aus dem Freitext zu analysieren und Kategorien zuzuordnen. Das allgemeine Vorgehen der Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) wird beschrieben. Das vorliegende Material für die Inhaltsanalyse wird zunächst festgelegt und bestimmt, in welcher Form es vorliegt. Die Fragestellung wird nun definiert. Im nächsten Schritt wird die Fragestellung mit schon bestehenden Forschungen verglichen. Im weiteren Ablauf wird der Analyseschritt gewählt (Strukturierung, Explikation, Zusammenfassung) und die Kategorien werden herausgearbeitet. Hierbei werden Analyseeinheiten definiert, diese sind die Auswertungseinheit, Kontexteinheit und Kodiereinheit. Die Auswertungseinheit meint den Text, der analysiert werden soll. Die Kontexteinheit entspricht dem größten Textbestandteil, der unter eine Unterfrage (Kategorie) fällt. Die Kodiereinheit ist der kleinste Bestandteil, der unter eine Kategorie fallen kann. Auf dieser Basis wird das vorliegende Material codiert. Sollten Antworten zu mehr als einer Kategorie zugeordnet werden können oder sollten Inhalte angesprochen werden, die zuvor noch nicht berücksichtigt wurden, können die Kategorien entsprechend angepasst werden. Es können also entweder Kategorien zusammengefasst oder neue Kategorien hinzugefügt werden. Dies entspricht der Überprüfung des Kategoriensystems. Der Materialdurchlauf wird dann wiederholt. Am Ende erfolgt die Zusammenstellung der Ergebnisse. Zum Schluss wird die Anwendung der inhaltsanalytischen Gütekriterien

überprüft (Mayring, 2010). Zu den spezifisch inhaltsanalytischen Gütekriterien zählt die Interoderreliabilität. Nicht nur die Codierung sollte zuverlässig sein, sondern auch die Bildung der Kategorien an sich. Bezüglich der inhaltsanalytischen Gütekriterien unterscheidet Krippendorff (2013) acht Konzepte: semantische Gültigkeit, Stichprobengültigkeit, korrelative Gültigkeit, Vorhersagegültigkeit, Konstruktgültigkeit, Stabilität, Reproduzierbarkeit und Exaktheit.

2.4.1.1 Methodik zur Kategorisierung der Behandlungsanlässe

Das vorliegende Material war die Basisdokumentation, in der die frei formulierten Probleme und Belastungen der Patienten erfasst wurden. Die Fragestellung war, welche Anlässe die Patienten in die Ambulanz führen. Grundlage für die Kategorienbildung war die bereits beschriebene Studie von Albani (2010b), in der Kategorien für die Patientenfälle von ambulanter Psychotherapie gebildet wurden (siehe Anhang D). Bei Albani sind bzw. waren die Betroffenen bereits in psychotherapeutischer Behandlung. Außerdem wurden den Patienten bei Albani bereits die Hauptkategorien vorgelegt und falls Beschwerden in den Bereichen bestanden, wurden sie genauer dazu befragt. Für die Betroffenen der Ambulanz in Gießen war zum Zeitpunkt der Befragung die gewählte Behandlung und Therapieorientierung noch vollkommen offen. In unserer Studie handelt es sich um die eigens von den Patienten frei formulierten Probleme. Es sind sechs Hauptkategorien („Angstzustände“, „Gedrückte oder schwankende Stimmung“, „Süchtiges Verhalten“, „Essstörungen“, „Weitere Beschwerden“ und „Andere Probleme“) und 26 Unterkategorien bei Albani vorgegeben. Unterkategorien für die Hauptkategorie „Angstzustände“ sind beispielsweise: Generelle Ängste, Panikattacken, Phobien, Prüfungsangst und Krankheitsängste. Auf der Basis des Kategoriensystems von Albani wurde das Material codiert.

Rater 1 (Corina Anna Towara) kategorisierte in der Arbeit die Hälfte des Datensatzes mithilfe des bestehenden Kategoriensystems von Albani. Weil die Betroffenen meist mehrere Probleme schilderten, entnahm der Rater aus den im Freitext angegebenen Informationen, welche Schwerpunkte der Patient nannte und es wurde festgelegt, maximal zwei Hauptkategorien pro Fall zu kategorisieren. Falls Inhalte angesprochen wurden, die als Unterkategorie bisher keine Berücksichtigung fanden, wurden neue Unterkategorien hinzugefügt. Es erfolgte nun durch Rater 1 ein weiterer Durchgang mit

allen 1080 Fällen. Kategorien bzw. Unterkategorien wurden nach inhaltlichen Kriterien zusammengefasst, Kategorien/Unterkategorien gestrichen oder neue hinzugefügt. Drei von sechs Hauptkategorien wurden beibehalten. Die Hauptkategorie „Angstzustände“ wurde beibehalten und es wurden die Unterkategorien geändert, sodass nur drei von ehemals fünf bestehen blieben. Die Hauptkategorie „Gedrückte oder schwankende Stimmung“ wurde in „Depressive Verstimmung“ umbenannt und hierbei die Unterkategorie „Schlechte Stimmung, Gereiztheit“ gelöscht. Die Hauptkategorie „Süchtiges Verhalten“ hat in der neuen Version keine Unterkategorien mehr, da bei den wenigen Fällen keine Unterkategorien notwendig waren. Die Hauptkategorie „Essstörungen“ wurde beibehalten und die Unterkategorien „Essanfälle“ und „Übergewicht“ wurden zusammengefasst. Alle unter der Hauptkategorie „Weitere Beschwerden“ gelisteten Unterkategorien wurden zu Hauptkategorien: „Zwangshandlungen/-gedanken“, „Psychosomatische Beschwerden“, „sexuelle Funktionsstörungen“, „Probleme, mit körperlicher Erkrankung fertig zu werden“, „traumatisches Ereignis im Leben“ und „Persönlichkeitsstörungen“. Die unter der Hauptkategorie „andere Probleme“ aufgezählten Unterkategorien wurden in unserer Arbeit zu einer Hauptkategorie („Probleme im sozialen Umfeld“) zusammengefasst und dort als Unterkategorien gelistet: „familiäre Probleme“, „Probleme/Konflikte in der Partnerschaft“, „Probleme am Arbeitsplatz/Studium/Schule“ (hierunter fallen auch die „Lern/Arbeitsstörungen“, die nun keine eigene Unterkategorie mehr sind). Die Unterkategorie „Sexuelle Probleme/Konflikte“ wurde nicht als Unterkategorie beibehalten, sondern der Hauptkategorie „Sexuelle Funktionsstörung“ zugeordnet. Zwei neue Kategorien wurden hinzugefügt: „Gutachten“ mit zwei Unterkategorien, sowie „Anderes“ für Kategorien, die nicht sinnvoll zugeordnet werden konnten.

Ein dritter Kategorisierungsversuch wurde durch Rater 1 vorgenommen. Da sich nun alle Probleme den Kategorien zuordnen ließen, galt das Rating als abgeschlossen. Die Codierungsrichtlinien sowie Beispiele für die jeweiligen Unterkategorien wurden erstellt und finden sich im Anhang (siehe Anhang E und Anhang F). Anschließend wurden diese Codierungsrichtlinien sowie der anonyme Datensatz mit den Anlässen Rater 2 übermittelt, einer Diplom-Psychologin der Universitätsklinik für Psychosomatik und Psychotherapie in Gießen. Die Kategorien für die Behandlungsanlässe finden sich in Tabelle 1.

Tabelle 1: Kategorien für die Behandlungsanlässe, modifiziert

Hauptkategorie	Unterkategorie
1 Angstzustände	111 Diffuse Ängste 122 Phobien 133 Panikattacken
2 Depressive Verstimmung	21 Depressive Beschwerden/Traurigkeit 22 Trauer über den Verlust einer geliebten Person 23 Suizid/Selbstmordgedanken
3 Probleme im sozialen Umfeld	31 Familiäre Probleme 32 Probleme/Konflikte in der Partnerschaft 33 Probleme am Arbeitsplatz/Studium/Schule
4 Psychosomatische Beschwerden	
5 Probleme mit Krankheitsbewältigung	
6 Essstörungen	61 Anorexie 62 Bulimie 63 Fressattacken/Übergewicht
7 Traumatisches Ereignis im Leben	
8 Gutachten	81 Transplantation/Spende 82 Gutachten Magenbypass
9 Süchtiges Verhalten	
10 Persönlichkeitsstörung	
11 Zwangsgedanken/Zwangshandlung	
12 Sexuelle Funktionsstörung	
13 Anderes	

2.4.1.2 Methodik zur Kategorisierung der Behandlungsziele

In der Basisdokumentation wurden die Patienten neben den Problemen auch gefragt, was sie erreichen möchten und was ihre Ziele und Veränderungswünsche sind. Diese Ziele wurden anschließend kategorisiert. Das BIT-T (Grosse & Grawe, 2002) wurde zur Klassifizierung der Patientenziele in der vorliegenden Arbeit verwendet. Das originale BIT-T findet sich im Anhang (siehe Anhang G).

Im originalen BIT-T sind die Therapieziele ein Konstrukt zwischen Therapeut und Patient. Es gibt drei hierarchische Ebenen: Hauptkategorien, Kategorien und Unterkategorien (Grosse & Grawe, 2002).

Die Patienten der Ambulanz in Gießen haben, anders als im originalen BIT-T, die Ziele selbst ohne jeglichen Einfluss des Therapeuten formuliert. In unserer Arbeit wurde festgelegt, dass es nur zwei hierarchische Ebenen gibt. Die Hauptkategorien wurden auch in der vorliegenden Studie Hauptkategorien genannt, jedoch wurde die als Kategorie benannte zweite hierarchische Ebene von Grosse und Grawe (2002) in der vorliegenden Studie zur Unterkategorie umbenannt.

Pro Fall wurden maximal zwei Ziele zugeordnet. In einem ersten Schritt wurden die Ziele von 500 Patienten mithilfe des BIT-T kategorisiert. Falls ein Aspekt in den Kategorien fehlte, wurde er notiert und in einem zweiten Schritt wurden die Ziele aller 1080 Fälle kategorisiert. Dann wurden neue Unterkategorien hinzugefügt und Unterkategorien, die hier eine untergeordnete oder keine Rolle spielen, wurden gelöscht.

Die sechs Hauptkategorien des BIT-T wurden im modifizierten BIT-T beibehalten. Es wurden allerdings einige Kategorien entfernt, die nach dem Durchlauf des Ratings nicht zur Kategorisierung verwendet wurden. Dies betrifft die Kategorien „Nicht näher bezeichnet“ sowie „Andere Ziele/Probleme...“. In der Kategorie „Nicht kategorisierbare Ziele/Probleme; keine Therapieziele“ wurde „Regeneration“ sowie „Somatische (Rehabilitations-)Ziele/Probleme“ gelöscht und zwei Unterkategorien hinzugefügt, die in der Originalversion fehlten, jedoch für die Kategorienbildung der Patienten der Studie in Gießen wichtig erschienen. Dies waren zum einen die Unterkategorie „Ohne Angabe von Therapiezielen/weiß nicht“ sowie „Operation/Transplantation“. Somit ergaben sich eigene Codierungsrichtlinien (siehe Anhang H) und eine modifizierte Version der Kategorisierung von Patientenzielen (siehe Anhang I). Einen Überblick über die Kategorien für die Behandlungsziele gibt Tabelle 2.

Anschließend wurden die Codierungsrichtlinien sowie der anonymisierte Datensatz Rater 2 übermittelt und auch durch ihn wurden die Ziele der Patienten kategorisiert.

Tabelle 2: Kategorien für die Behandlungsziele, modifiziert

Hauptkategorie	Unterkategorie
1 Problem- und Symptombewältigung	11 Depressives Erleben
	12 Suizidalität und selbstdestruktives Verhalten
	13 Ängste
	14 Zwänge

	15 Traumata
	16 Suchtverhalten (stoffgebunden)
	17 Essverhalten
	18 Schlaf
	19 Sexualität
	110 Umgang mit körperbezogenen Problemen
	111 Probleme in umschriebenen Lebensbereichen, Stress allgemein
	112 Medikamente
	10 Nicht näher bezeichnet
	199 Andere spezifische Probleme
2 Interpersonale Ziele	21 Bestehende Partnerschaft
	22 Aktuelle Familie
	23 Herkunftsfamilie
	24 Andere konkrete Beziehungen
	25 Alleinsein und Trauer
	26 Selbstbehauptung und Abgrenzung
	27 Kontakt, Nähe, Austausch
3 Wohlbsein/Better functioning	31 Bewegung und Aktivität
	32 Entspannung und Gelassenheit
	33 Wohlbefinden
4 Orientierung	41 Selbstreflexion und Zukunft
	42 Sinnfindung
5 Selbstentwicklung	51 Selbstbewusstsein, Selbstwert, eigene Schwächen
	52 Selbstverwirklichung
	53 Selbstkontrolle
	54 Gefühlsregulation
	599 Andere Ziele/Probleme der Selbstentwicklung
6 Nicht kategorisierbare Ziele/Probleme; keine Therapieziele	62 Psychosoziale (Rehabilitations-) Ziele/Probleme
	60 Nicht kategorisierbare Ziele/Probleme
	699 Keine Therapieziele
	688 Ohne Angabe von Therapiezielen/“weiß nicht“
	64 Operation/Transplantation

2.4.1.3 Interrater-Reliabilität

Für die Kategorisierung der Probleme und Ziele für die gesamten 1080 Patienten durch Rater 1 und Rater 2 wurde die Interrater-Reliabilität berechnet um festzustellen, wie hoch die Urteilsübereinstimmung ist. Allgemein ist zu sagen, dass nach der Güte der Urteiler-Übereinstimmung immer dann gefragt werden kann, wenn n Objekte durch m Beurteiler hinsichtlich eines Merkmals beurteilt werden. In der Statistik wird hierzu Cohens Kappa als Maß für die Urteiler-Übereinstimmung herangezogen. Wenn m Beurteiler n Objekte nach einem zwei- oder mehrfachgestuften Merkmal beurteilen, kann die Urteilerkonkordanz bei kategorialen Merkmalen herangezogen werden. Hierfür wird bei zwei Ratern der Kappa-Koeffizient von Cohen eingesetzt.

Dieser wird nach folgender Formel berechnet:

$$\kappa = \frac{p_0 - p_e}{1 - p_e}$$

Dabei ist p_e der Anteil zufällig zu erwartender konkordanter Urteile und p_0 der Anteil aller konkordanten Urteile. Kappa kann nur 1 werden, wenn $p_0 = 1$ ist, wenn also alle Objekte übereinstimmend geratet werden. Kappa ist hingegen 0, wenn $p_0 = p_e$ ist, wenn also die übereinstimmenden Urteile der Zufallserwartung entsprechen (Bortz et al., 2008a; Bortz et al., 2008b). In der Literatur werden folgende Richtwerte für Cohens Kappa angegeben: < 0,20 schwache, 0,21-0,40 leichte, 0,41-0,60 mittelmäßige, 0,61-0,80 gute und 0,81-1,00 sehr gute Übereinstimmung (Altman, 1991).

Bei der Berechnung des Kappa-Koeffizienten von Cohen zur Bestimmung der Interrater-Reliabilität für die Behandlungsanlässe wurden diese vorerst geordnet, sodass Cohens Kappa berechnet werden konnte. Es ist nicht von Bedeutung, ob das Problem vom jeweiligen Rater an erster oder zweiter Stelle codiert wurde, da es keine Gewichtung gibt. Die gerateten Kategorien wurden in eine Reihenfolge gebracht, die das Ergebnis der Übereinstimmung nicht verfälscht, sondern folgendes Problem behebt: wurde y durch Rater 1 an erster Stelle als Problem kategorisiert und x an zweiter Stelle und x durch Rater 2 an erster Stelle und y an zweiter, so ergibt sich keine Übereinstimmung durch die Berechnung des Statistikprogramms SPSS. Es wurden also manuell die Probleme in eine standardisierte Reihenfolge gebracht, also einheitlich y an erster und x an zweiter Stelle. Bei den Zielen wurde entsprechend verfahren, um Cohens Kappa zu berechnen.

2.4.2 Quantitative Datenauswertung

Die quantitativen Daten wurden mithilfe des Programms IBM SPSS Statistics Version 20 und Version 28 ausgewertet. Die Auswertung der soziodemografischen Merkmale, der ärztlichen Behandlungen, des GSI, die Vermittlung der Behandlung, die Diagnosen, des BSS, die psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlungen und die Therapieempfehlung erfolgten deskriptiv. Die Auswertung der qualitativ erstellten Kategorien erfolgte im Anschluss quantitativ. Um den Zusammenhang zwischen kategorialen Variablen zu testen, wurden Kreuztabellen erstellt und der Chi-Quadrat-Test nach Pearson (χ^2) durchgeführt. Er fand Anwendung zur Überprüfung des Zusammenhanges des Familienstandes, des Schulabschlusses, der beruflichen Situation, der Behandlungsanlässe, der Ziele, der Vermittlung der Behandlung und der Therapieempfehlungen und dem Vorliegen einer somatoformen Störung bzw. dem Vorliegen einer anderen psychischen Erkrankung. Um Mittelwerte zu vergleichen, wurde der *t*-Test (*t*) bei unabhängigen Stichproben berechnet. Der *t*-Test wurde angewandt, um zu überprüfen, inwiefern die Mittelwerte in Bezug auf das Alter, Arbeitsunfähigkeitszeiten, ärztliche Vorbehandlungen, GSI, BSS, GAF-Skala und SOFAS-Skala sich bei Patienten mit somatoformer Störung und Patienten mit anderer psychischer Diagnose unterscheiden. Das Konfidenzintervall lag bei 95 %. Die Signifikanz wurde mit $p = 0,05$ festgelegt und ist zweiseitig.

Es wurde eine Regressionsanalyse mit der abhängigen Variable Behandlungsmotivation durchgeführt. Die unabhängigen Variablen waren Alter, Geschlecht, höchster Schulabschluss, höchster Berufsabschluss, Arbeitsunfähigkeitszeit der letzten 12 Monate, BSS körperlich, BSS psychisch, BSS sozialkommunikativ sowie GAF der letzten sieben Tage und GSI.

3. Ergebnisse

3.1 Beschreibung der Patientenstichprobe

3.1.1 Soziodemografische Merkmale

Die Patienten waren im Durchschnitt 38,8 Jahre alt (SD = 13,9). Der jüngste Patient war fünf Jahre und der älteste 95 Jahre alt.

Von den 1080 Patienten war die Mehrzahl der Patienten (64,7 %) weiblich. Überwiegend stellten sich Betroffene deutscher Nationalität in der Ambulanz vor (92,2 %). Die Mehrzahl der Patienten war ledig (46,5 %). 38,6 % schlossen die Schule mit dem Abitur ab und 30,8 % mit einem Realschulabschluss. 32,5 % waren in Vollzeit und 16,9 % waren in Teilzeit beschäftigt. Tabelle 3 gibt einen Überblick über die soziodemografischen Merkmale.

Die Patienten waren in den letzten 12 Monaten im Mittelwert 6,7 Wochen (SD = 12,3) arbeitsunfähig.

Tabelle 3: Soziodemografische Merkmale, Angabe als Häufigkeit

	n	%
Geschlecht		
Weiblich	699	64,7
Männlich	381	35,3
Gesamt	1080	100
Nationalität		
Deutsch	962	92,2
Andere	81	7,8
Gesamt	1043	100
Familienstand		
Ledig	477	46,5
Verheiratet	370	36,1
Getrennt lebend, geschieden, verwitwet	170	16,6
Wieder verheiratet	9	0,9
Gesamt	1026	100
Höchster Schulabschluss		
Noch in der Schule	28	2,7

Kein Schulabschluss	23	2,2
Sonderschulabschluss/Sonstiges	15	1,5
Hauptschulabschluss	247	24,1
Realschulabschluss	315	30,8
Abitur/Fachabitur	395	38,6
Gesamt	1023	100
<hr/>		
Derzeitige berufliche Situation		
Vollzeit	323	32,5
Teilzeit	168	16,9
Gelegentlich tätig	21	2,1
Mithelfender Angehöriger	10	1,0
Hausfrau/-mann	71	7,1
In Ausbildung	98	9,8
Arbeitslos gemeldet	115	11,6
Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente	40	4,0
Altersrente	39	3,9
Anderes	110	11,1
Gesamt	995	100
<hr/>		

3.1.2 Klinische Charakteristika der Gesamtstichprobe

3.1.2.1 Ärztliche Behandlung im Vorfeld

Die Patienten wurden über ihr ärztliches Inanspruchnahmeverhalten befragt, wobei sich die Angaben auf den Zeitraum der letzten 12 Monate bezogen. Sie gaben an, in den letzten 12 Monaten im Mittelwert 8,8 Mal (SD = 14,1) in ambulanter ärztlicher Behandlung gewesen zu sein. Darunter fielen entsprechend des Fragebogens keine Behandlungen durch Psychotherapeuten oder Nervenärzte. In den letzten 12 Monaten waren die Patienten im Mittelwert 3,8 Wochen in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung (SD = 10,8). Stationär waren die Patienten im Mittelwert 1,3 Wochen, davon im Mittelwert 0,2 Wochen stationär psychiatrisch (SD = 2,0) und im Mittelwert 0,3 Wochen stationär psychosomatisch (SD = 1,9).

3.1.2.2 Ausmaß der psychischen Beschwerden

Unter den ausgefüllten Fragebögen wurde der SCL-90-R ausgewertet. Der GSI betrug 1,1 (SD = 0,7, Minimum = 0, Maximum = 3,4). Dies entspricht einer altersunabhängigen T-Norm für Erwachsene von 65, ist also deutlich erhöht.

3.1.3 Behandlungsanlässe

„Depressive Verstimmung“ war mit 28,9 % (n = 281) das am häufigsten genannte Problem, weshalb Patienten die Ambulanz in Gießen aufsuchten. Darauf folgten „Angstzustände“ mit 21,2 % (n = 206) und „psychosomatische Beschwerden“ mit 20,9 % (n = 203). Einen Überblick über die übereinstimmenden Behandlungsanlässe gibt Abbildung 1.

Bei der Zuordnung durch Rater 1 zu Hauptanlass 1 und durch Rater 2 zu Hauptanlass 1 betrug Cohens Kappa 0,9 und lag entsprechend den im Methodikteil genannten Abstufungen im sehr guten Bereich. Cohens Kappa für die Zuordnung durch Rater 1 zu Hauptanlass 2 und durch Rater 2 zu Hauptanlass 2 betrug 0,9 und befand sich ebenfalls im sehr guten Bereich.

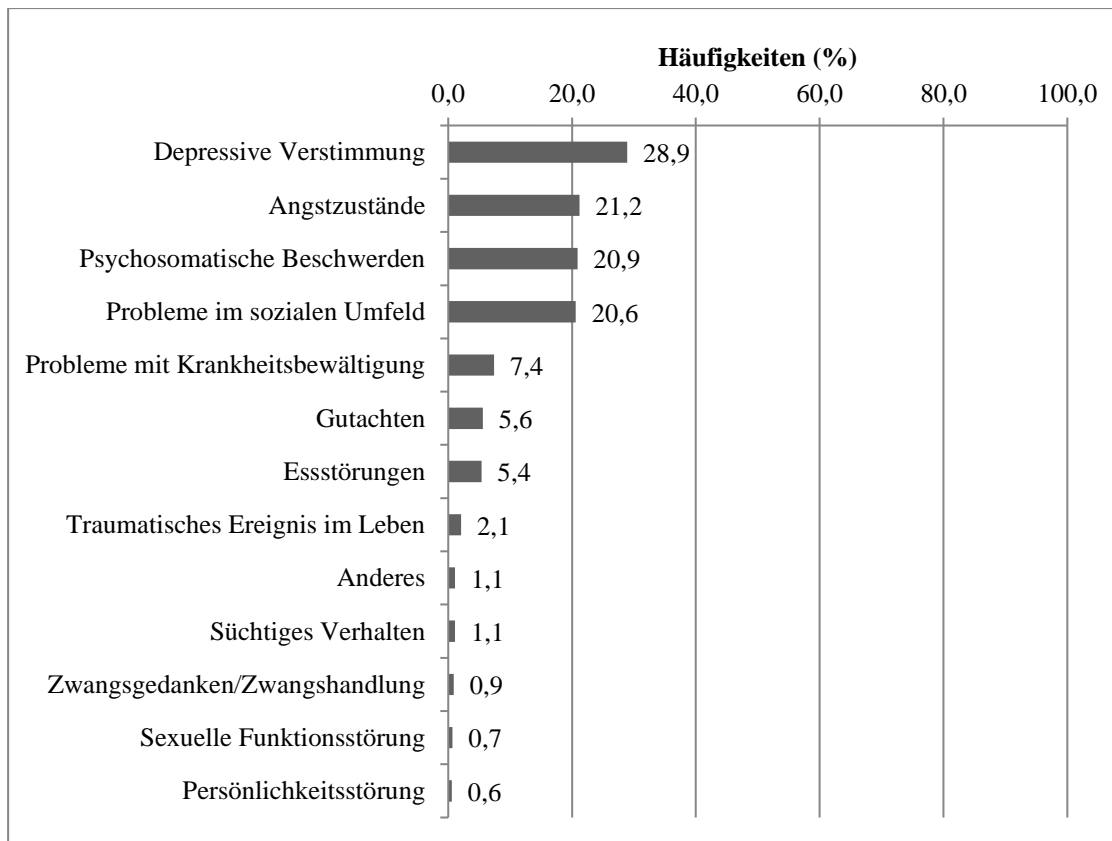


Abbildung 1: Häufigkeiten der Behandlungsanlässe

3.1.4 Behandlungsziele

Die Patienten nannten als Ziele, die sie erreichen möchten, am häufigsten Ziele aus der Kategorie der „Problem- und Symptombewältigung“ mit 56,0 % (n = 521). Dabei waren der „Umgang mit körperbezogenen Problemen“ mit 13,3 % (n = 124) und die „Bewältigung von Ängsten“ mit 11,0 % (n = 102) innerhalb dieser Kategorie an vorderster Stelle. Zweithäufigste Hauptkategorie war „Wohlsein/Better functioning“ mit 23,4 % (n = 218). Hier war das „Erlangen von Wohlbefinden“ mit 15,5 % (n = 144) ein wichtiges Thema unter den Patienten. Tabelle 4 gibt einen Überblick über die übereinstimmenden Behandlungsziele.

Der Kappa-Koeffizient betrug bei der Zuordnung durch Rater 1 zu Hauptziel 1 und durch Rater 2 zu Hauptziel 1 0,8 und lag damit im sehr guten Bereich. Bei der Zuordnung durch Rater 1 zu Hauptziel 2 und durch Rater 2 zu Hauptziel 2 war Cohens Kappa 0,7 und war damit in den guten Bereich einzuordnen.

Tabelle 4: Häufigkeiten der Behandlungsziele

	Was möchten Sie erreichen (Ziele, Veränderungswünsche)?	
	Anzahl (n)	Anteil (%) der Befragten
1 Problem- und Symptombewältigung	521	56,0
11 Depressives Erleben	39	4,2
12 Suizidalität	2	0,2
13 Ängste	102	11,0
14 Zwänge	5	0,5
15 Traumata	5	0,5
16 Suchtverhalten	5	0,5
17 Essverhalten	49	5,3
18 Schlaf	20	2,1
19 Sexualität	5	0,5
110 Umgang mit körperbezogenen Problemen	124	13,3
111 Probleme in umschriebenen Lebensbereichen/Stress	82	8,8
112 Medikamente	13	1,4
10 nicht näher bezeichnet (NNB)	60	6,4
199 Andere spezifische Probleme	4	0,4
2 Interpersonale Ziele	109	11,7
21 Bestehende Partnerschaft	25	2,7
22 Aktuelle Familie	18	1,9
23 Herkunftsfamilie	9	1,0
24 Andere konkrete Beziehungen	1	0,1
25 Alleinsein und Trauer	17	1,8
26 Selbstbehauptung und Abgrenzung	14	1,5
27 Kontakt, Nähe, Austausch	12	1,3
3 Wohlbefinden/Better functioning	218	23,4
31 Bewegung und Aktivität	7	0,8
32 Entspannung und Gelassenheit	55	5,9
33 Wohlbefinden	144	15,5
4 Orientierung	15	1,6
41 Selbstreflexion und Zukunft	14	1,5

5 Selbstentwicklung	98	10,5
51 Selbstbewusstsein, Selbstwert	56	6,0
52 Selbstverwirklichung	10	1,1
53 Selbstkontrolle	3	0,3
54 Gefühlsregulation	16	1,7
599 Andere Ziele/Probleme der Selbstentwicklung	1	0,1
6 Nicht kategorisierbare Ziele/Probleme; keine Therapieziele	71	7,6
62 Psychosoziale (Rehabilitations-)Ziele/Probleme	20	2,1
64 Operation/Transplantation	17	1,8
60 Nicht kategorisierbare Ziele/Probleme	18	1,9
699 Keine Therapieziele	4	0,4
688 Ohne Angabe von Therapiezielen/“weiß nicht“	2	0,2

3.2 Therapeutenangaben

3.2.1 Vermittlung der Behandlung

Nach Angaben der Therapeuten ergriff in der Mehrheit der Fälle (66,8 %, n = 627) der Patient selbst die Initiative zur Behandlung in der Ambulanz. Kam die Vermittlung der Behandlung von ärztlicher Seite, so geschah dies am häufigsten durch einen Allgemeinarzt (9,9 %, n = 93) (siehe Abbildung 2).

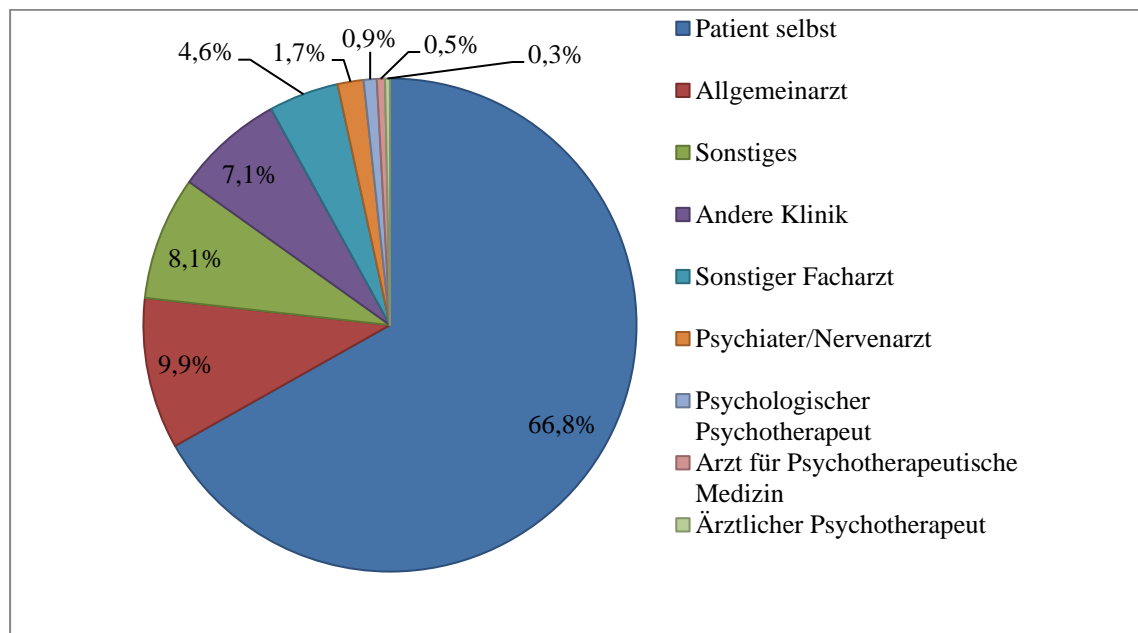


Abbildung 2: Häufigkeiten der Vermittlung der Behandlung (n = 938)

3.2.2 Erste Diagnose psychischer Störungen nach ICD-10

Die psychischen Diagnosen der Patienten wurden an erster, zweiter und dritter Stelle der Diagnosen nach ICD-10 verschlüsselt. Die Diagnosen an erster Stelle werden im Folgenden Hauptdiagnosen genannt. Für die Hauptdiagnosen ergaben sich folgende Verteilungen: depressive Episode (F32) wurde bei 17,9 % (n = 186) der Patienten codiert, rezidivierende depressive Störung (F33) bei 9,1 % (n = 95). Diese beiden ICD-10 Codierungen wurden zu dem Cluster depressive Störungen zusammengefasst und machten dann mit 27,0 % (n = 281) etwa ein Viertel der Hauptdiagnosen aus. Die Diagnose Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) wurde bei 20,1 % (n = 209) vergeben. Andere Angststörungen (F41) mit 10,7 % (n = 111) und phobische Störung (F40) mit 1,8 % (n = 19) wurden zu dem Cluster Angststörungen zusammengefasst und bei 12,5 % (n = 130) verschlüsselt. Bei 10,8 % (n = 112) wurde eine somatoforme Störung (F45) diagnostiziert. 0,4 % (n = 4) erhielten keine psychische Diagnose. Die restlichen Patienten hatten als Hauptdiagnose eine andere F-Codierung oder eine andere Codierung des ICD-10. Abbildung 3 stellt die Häufigkeiten der Hauptdiagnosen dar.

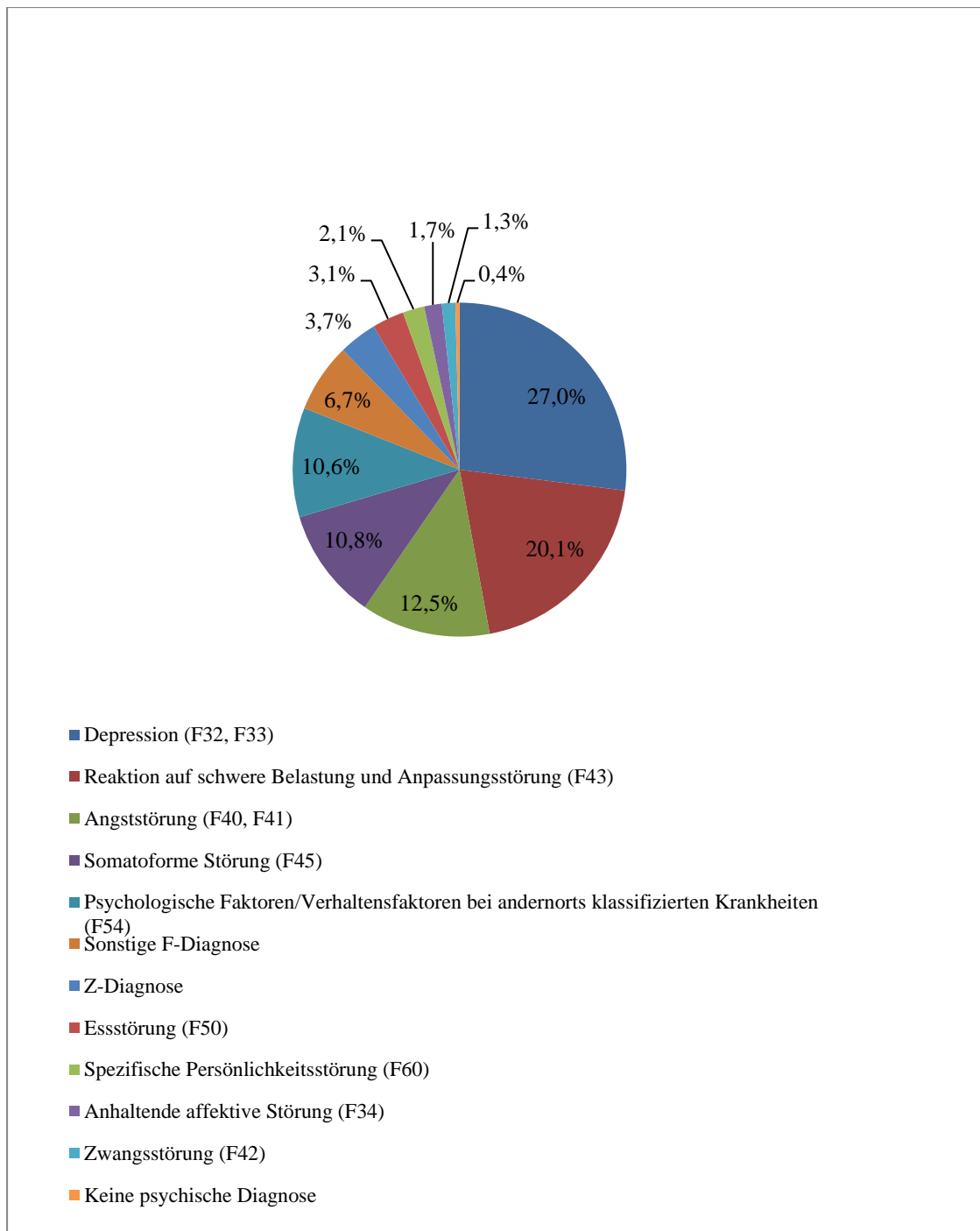


Abbildung 3: Häufigkeiten der Hauptdiagnosen (n = 1041)

3.2.3 Körperliche, psychische und soziale Beeinträchtigung

Die Therapeuten schätzten die körperliche, psychische und soziale Beeinträchtigung der Patienten ein. Sie wurden für einen Zeitraum der letzten sieben Tage und für das letzte Jahr erfasst, wobei sich die hier ausgewerteten Werte jeweils auf die Periode der letzten sieben Tage beziehen.

Beeinträchtigungs-Schwere-Score

Die Beeinträchtigung im körperlichen Bereich in den letzten 7 Tagen war für 35,3 % (n = 375) deutlich und für etwa ein Drittel (29,6 %; n = 314) war sie geringfügig bemerkbar. Mit 1,8 ergab sich im Mittel eine deutliche Beeinträchtigung (SD = 1,0).

Mit 2,4 ergab sich im Mittel für den BSS im psychischen Bereich eine deutliche Beeinträchtigung (SD = 0,8). Bei etwa der Hälfte der Patienten wird der BSS im psychischen Bereich sogar mit 51,1 % (n = 542) als stark und bei 36,3 % (n = 385) als deutlich vorhanden angegeben.

Der BSS sozialkommunikativ lag bei einem Drittel (31,5 %, n = 334) im deutlichen und bei 24,8 % (n = 263) im starken Bereich. Der Mittelwert betrug 1,7 (SD = 1,1), was einer deutlichen Beeinträchtigung entspricht.

Die Ausprägung des Beeinträchtigungs-Schwere-Scores ist in Abbildung 4 dargestellt.

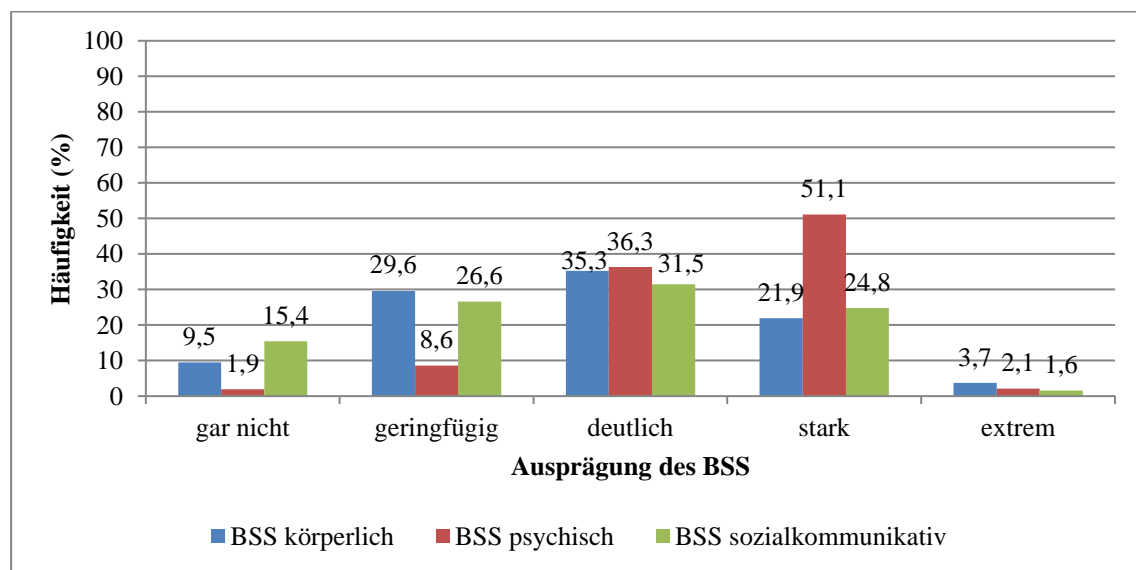


Abbildung 4: Ausprägung des BSS, Angabe als Häufigkeit (BSS körperlich n = 1058, BSS psychisch n = 1059, BSS sozialkommunikativ n = 1057)

Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus

Bei 32,3 % (n = 343) wurde in der GAF-Skala eine ernsthafte Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit und bei 32,9 % (n = 339) eine mäßige Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit angegeben. Die Häufigkeitsverteilungen weisen somit auf überwiegend mäßig bis ernsthafte Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit hin. Im

Mittel ergab sich ein Wert von 52,0 (SD = 14,3), was einer mäßigen Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit entspricht. Zur Ausprägung der Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit in der GAF-Skala siehe Abbildung 5.

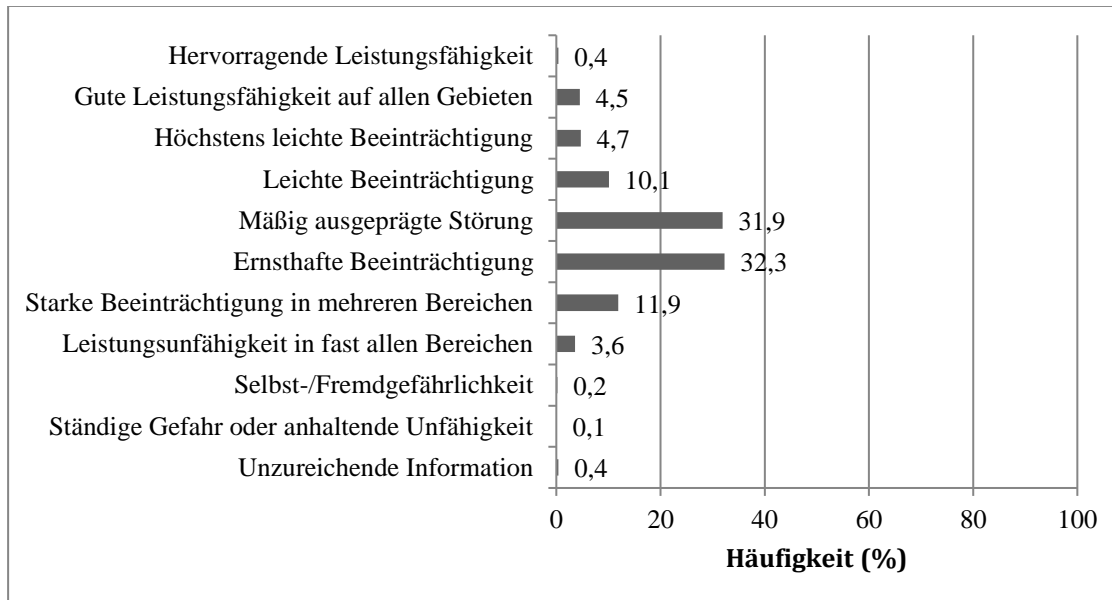


Abbildung 5: Ausprägung der Beeinträchtigung in der GAF-Skala, Angabe als Häufigkeit (n = 1062)

Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehungen

In der GARF-Skala wurde am häufigsten der Wertebereich zwischen 80 - 61 angegeben. Die Definition dieses Wertebereich ist, dass die Beziehung unbefriedigend ist und über eine Zeitspanne viele, aber nicht alle Schwierigkeiten ohne Beschwerden gelöst werden. Der Mittelwert war 56,4 (SD = 23,2). Dies entspricht der Definition, dass die Beziehung gelegentliche Zeiten des Funktionierens hat, aber die dysfunktionale, unbefriedigende Beziehung tendenziell überwiegt. Die Ausprägung der GARF-Skala ist auf Abbildung 6 zu sehen.

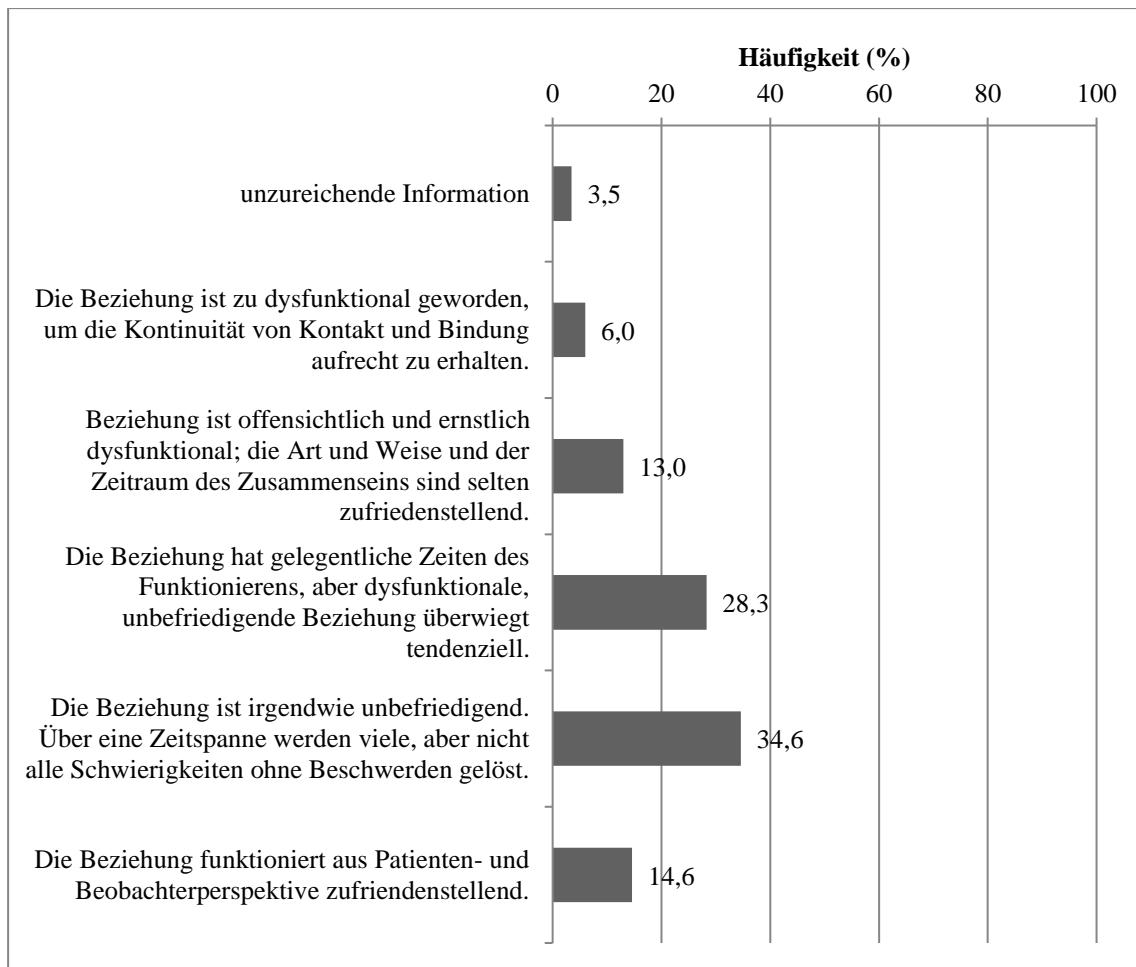


Abbildung 6: Ausprägung der GARF-Skala, Angabe als Häufigkeit (n=1062)

Skala zur globalen Erfassung des sozialen und beruflichen Funktionsniveaus

Erfasst mittels der SOFAS-Skala fanden sich am häufigsten ernsthafte (28,4 %, n = 302) und mittlere (28,2 %, n = 301) Schwierigkeiten. Der Mittelwert lag bei 52,8 (SD = 15,0), was mittleren Schwierigkeiten entspricht. Einzelheiten zur SOFAS-Skala finden sich in Abbildung 7.

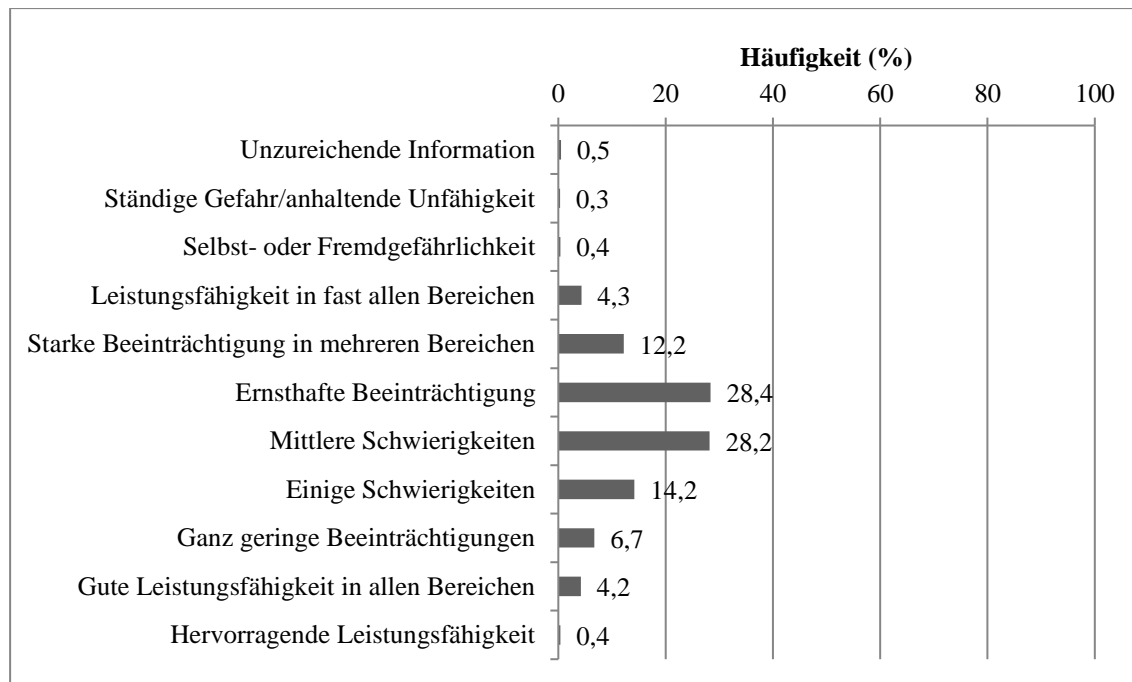


Abbildung 7: Ausprägung der SOFAS-Skala, Angabe als Häufigkeit (n=1064)

3.2.4 Psychiatrische/psychotherapeutische Vorbehandlung

82,4 % der Patienten (n = 872) hatten bis zum Befragungszeitpunkt keine ambulante Psychotherapie abgeschlossen, 13,4 % (n = 142) eine Psychotherapie und 1,6 % (n = 17) zwei.

Zur Abbruchrate ambulanter Psychotherapien zeigten sich folgende Zahlen: Am häufigsten (89,3 %, n = 939) hatten die Patienten bisher keine Psychotherapie abgebrochen, gefolgt von dem Abbruch einer Psychotherapie (6,5 %, n = 68) und nur 0,8 % (n = 8) hatten zweimal abgebrochen.

11,5 % (n = 122) der Patienten kamen aus laufender ambulanter psychotherapeutischer Behandlung und 88,5 % (n = 937) waren zum Befragungszeitpunkt nicht in Behandlung.

84,9 % (n = 892) hatten keine stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Vorbehandlungen, 4,9 % (n = 52) waren zwei Monate lang vorbehandelt, 2,9 % (n = 31) einen Monat und 2,2 % (n = 23) drei Monate.

Am häufigsten hatten die Patienten bislang keine ambulant psychiatrischen Vorbehandlungen (88,4 %; n = 927), 5,0 % (n = 52) eine und 0,8 % (n = 8) hatten zwei psychiatrische Vorbehandlungen.

8,2 % (n = 86) kamen aus laufender ambulanter psychiatrischer Behandlung und 91,8 % (n = 962) waren nicht in Behandlung.

90,2 % (n = 945) hatten keine stationären psychiatrischen Vorbehandlungen, 2,3 % (n = 24) wurden einen Monat lang vorbehandelt, 1,3 % (n = 14) zwei Monate.

3.2.5 Therapieempfehlung

Die Therapeuten sprachen ein empfohlenes Therapiesetting für die Patienten aus und es wurde ein empfohlenes Psychotherapieverfahren angegeben.

Die Einzeltherapie war mit 39,0 % (n = 411) das am häufigsten empfohlene Therapiesetting. Darüber hinaus wurde 26,5 % (n = 279) der Patienten aufgrund der geschilderten Symptomatik eine stationäre Behandlung in der Psychosomatischen Klinik in Gießen empfohlen. Weiteren 9,8 % (n = 103) wurde eine andere psychotherapeutische/psychosomatische Klinik empfohlen. Keine Therapieempfehlung wurde für 4,6 % (n = 49) ausgesprochen.

Insgesamt wurde für 48,8 % (n = 514) der Patienten eine stationäre und für 46,6 % (n = 491) eine ambulante Behandlungsempfehlung ausgesprochen. Das empfohlene Therapiesetting ist in Abbildung 8 dargestellt.

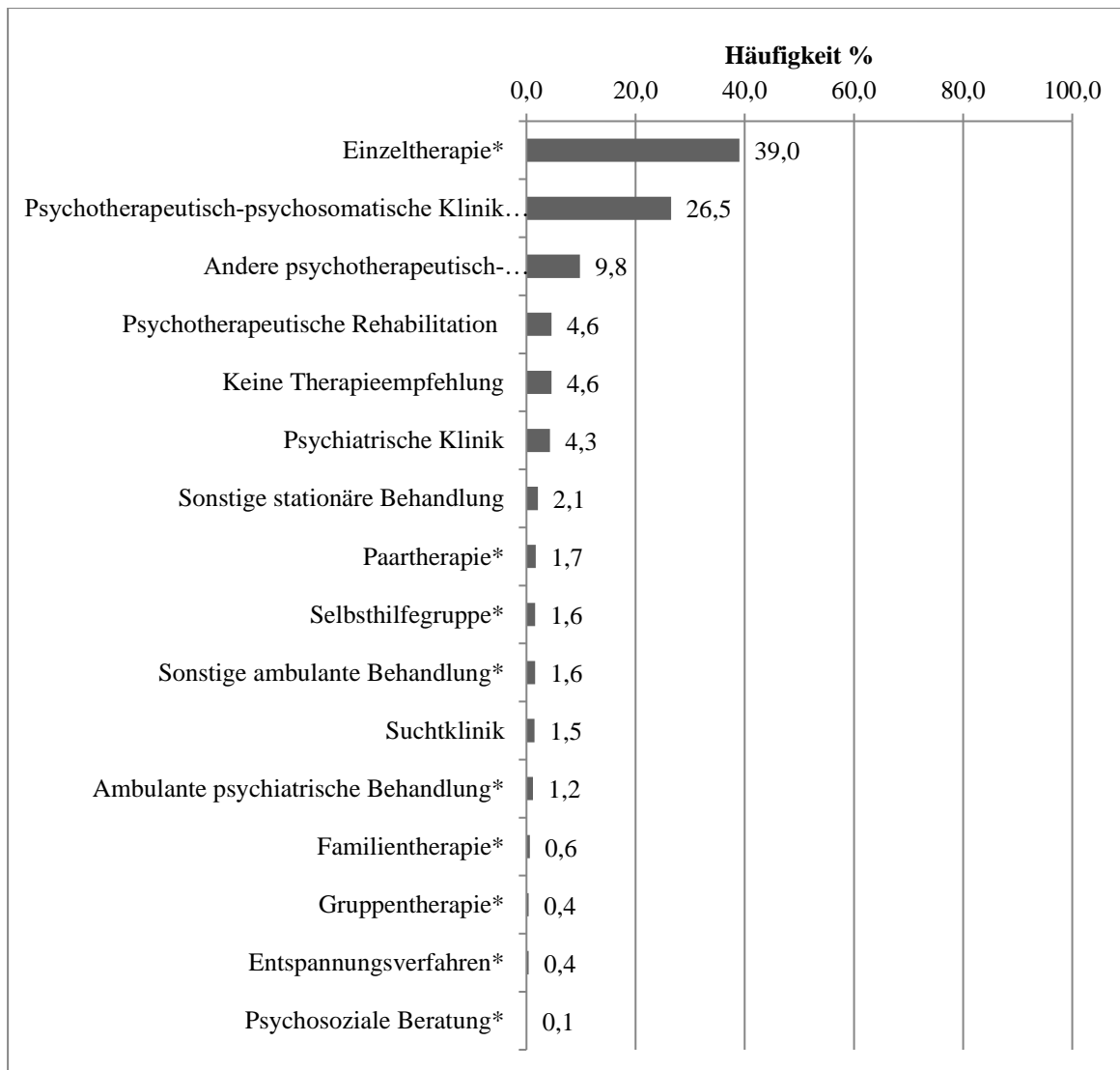


Abbildung 8: Empfohlenes Therapiesetting, Angabe als Häufigkeit (n = 1054), *ambulantes Therapiesetting

Das am häufigsten empfohlene Psychotherapieverfahren war die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit 69,2 % (n = 526). In 22,5 % (n = 171) der Fälle wurde den Patienten eine Verhaltenstherapie empfohlen. Das empfohlene Psychotherapieverfahren ist in Abbildung 9 dargestellt.

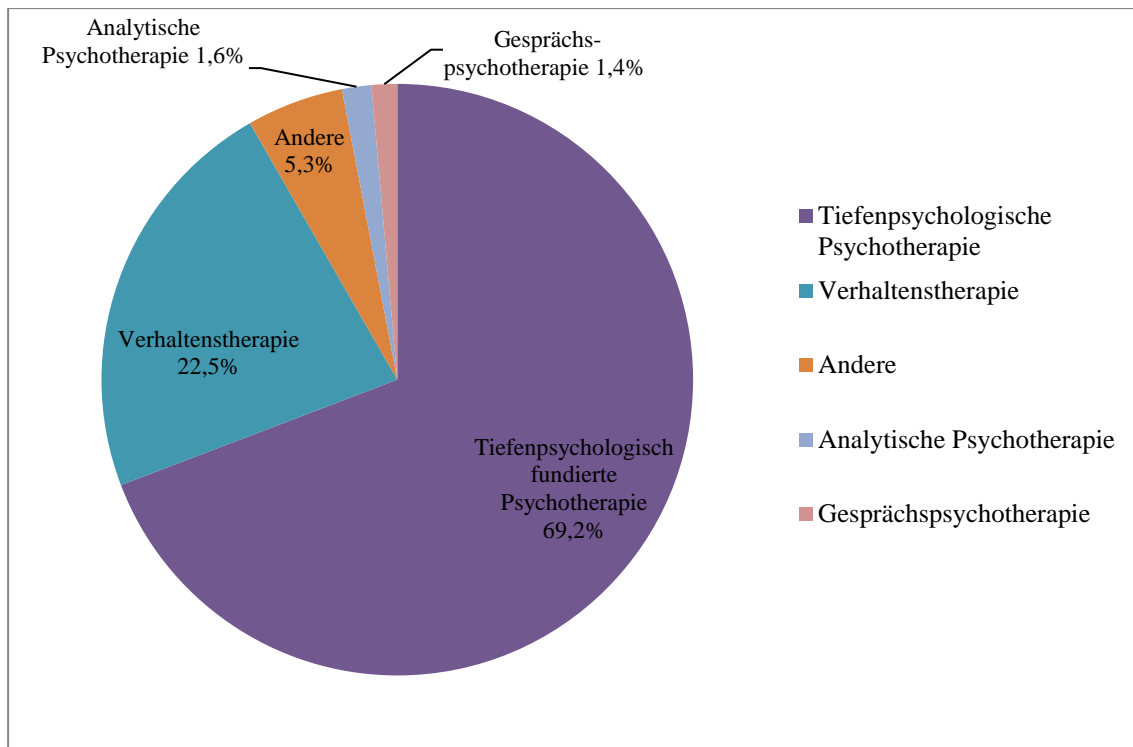


Abbildung 9: Empfohlenes Psychotherapieverfahren, Angabe als Häufigkeit (n = 760)

3.2.6 Motivation

Es wird nur die vom Therapeuten eingeschätzte Behandlungsmotivation für die Patienten dargestellt, die eine Therapie empfohlen bekamen. 41,7 % (n = 420) der Patienten wurden als sehr motiviert für die Behandlung eingestuft und 1,6 % (n = 16) als unmotiviert eingeschätzt. Der Mittelwert der Therapiemotivation für die gesamten Patienten lag bei 3,1 (SD = 0,98) und es überwogen somit Patienten mit einer guten Motivation. Die Behandlungsmotivation ist in Abbildung 10 dargestellt.

In der Regressionsanalyse ergab sich in Bezug der unabhängigen Variablen zur abhängigen Variable Motivation ein R-Quadrat von 0,049 ($\beta = -0.009$, $t_{(10)} = 4,8$, $p = 0.000$). Es bestand kaum ein Zusammenhang zwischen der abhängigen Variable Motivation und den unabhängigen Variablen. Alter, Geschlecht, höchster Schulabschluss, höchster Berufsabschluss, Arbeitsunfähigkeitszeiten der letzten 12 Monate, BSS, GAF und GSI hatten kaum einen Einfluss auf die Ausprägung der vom Therapeuten eingeschätzten Motivation.

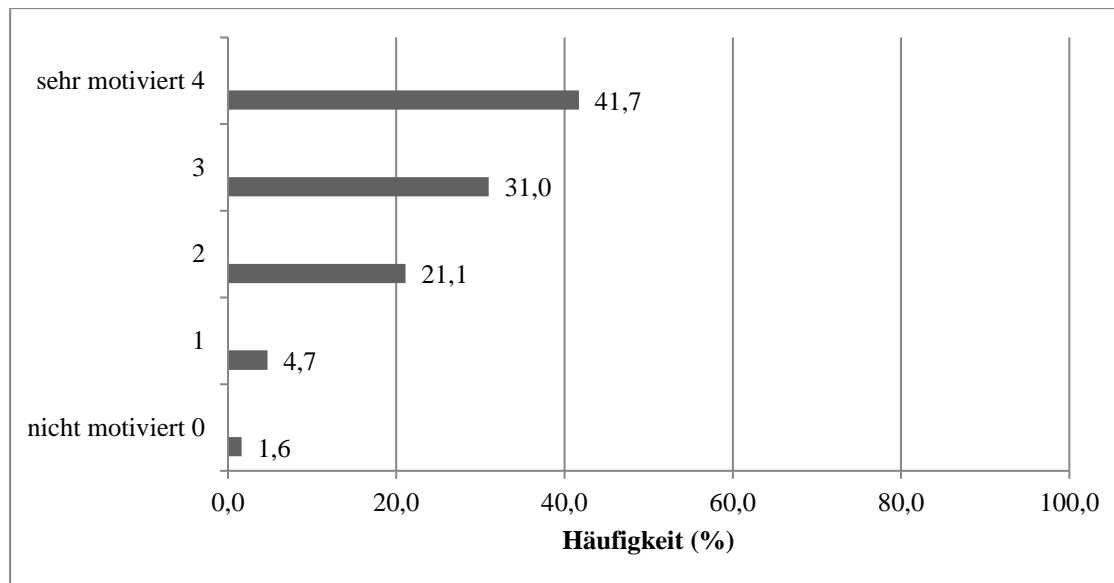


Abbildung 10: Behandlungsmotivation, Angabe als Häufigkeit (n = 1007)

3.3 Vergleich zwischen Patienten mit einer somatoformen Störung und Patienten ohne somatoforme Störung

3.3.1 Soziodemografische Merkmale

Hinsichtlich des Familienstandes fand sich ein signifikanter Unterschied zwischen PSS und PoSS ($\chi^2_{(5)} = 17,2, p = 0,004$). PoSS waren häufiger ledig als PSS (47,9 % vs. 34,0 %).

PSS hatten einen signifikant niedrigeren Schulabschluss als PoSS ($\chi^2_{(6)} = 16,2, p = 0,013$). PSS hatten häufiger einen Hauptschulabschluss (34,9% vs. 22,9%) und PoSS schlossen häufiger mit dem Abitur die Schule ab (39,7% vs. 29,2%).

Hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten fand sich ein signifikanter Gruppenunterschied zwischen PSS (M = 10,6 Wochen, SD = 15,7) und PoSS (M = 6,3 Wochen, SD = 11,8) zugunsten von PSS ($t_{(108)} = -2,6, p = 0,011$).

Bei beiden Gruppen waren die meisten Patienten weiblich. Hinsichtlich des Alters fand sich kein signifikanter Gruppenunterschied zwischen PSS (M = 41,1, SD = 13,4) und PoSS (M = 38,6, SD = 13,9) ($t_{(1072)} = -1,9, p = 0,064$).

PoSS und PSS unterschieden sich, bezogen auf die derzeitige berufliche Situation, nicht signifikant voneinander ($\chi^2_{(14)} = 15,6, p = 0,336$).

Einen Überblick gibt Tabelle 5.

Tabelle 5: Soziodemografische Merkmale, Angabe als Häufigkeit und Teststatistik

	PSS n (%)	PoSS n (%)	Teststatistik
Geschlecht			
Weiblich	66 (58,9)	633 (65,4)	$\chi^2_{(1)} = 0,2,$ $p=0,175$
Männlich	46 (41,1)	335 (34,6)	
Gesamt	112 (100)	968 (100)	
Nationalität			
Deutsch	101 (94,4)	861 (92,0)	$\chi^2_{(2)} = 0,8,$ $p=0,679$
Anderes	6 (5,6)	75 (8,0)	
Gesamt	107 (100)	936(100)	
Familienstand			
Ledig	36 (34,0)	441 (47,9)	$\chi^2_{(5)} = 17,2,$ $p=0,004$
Verheiratet	42 (39,6)	328 (35,7)	
Getrennt lebend, geschieden, verwitwet	26 (24,5)	144 (15,7)	
Wieder verheiratet	2 (1,9)	7 (0,8)	
Gesamt	106 (100)	920 (100)	
Höchster Schulabschluss			
Noch in der Schule	0 (0)	28 (3,1)	$\chi^2_{(6)} = 16,2,$ $p=0,013$
Kein Schulabschluss	2 (1,9)	21 (2,3)	
Sonderschulabschluss/Sonstiges	2 (1,9)	13 (1,4)	
Hauptschulabschluss	37 (34,9)	210 (22,9)	
Realschulabschluss	34 (32,1)	281 (30,6)	
Abitur/Fachabitur	31 (29,2)	364 (39,7)	
Gesamt	106 (100)	917 (100)	
Derzeitige berufliche Situation			
Vollzeit	36 (34,3)	287 (32,2)	$\chi^2_{(14)} = 15,6,$ $p=0,336$
Teilzeit	17 (16,2)	151 (17,0)	
Gelegentlich tätig	1 (1,0)	20 (2,2)	
Mithelfender Angehöriger	0 (0)	10 (1,1)	
Hausfrau/-mann	10 (9,5)	61 (6,9)	
In Ausbildung	4 (3,8)	94 (10,6)	
Arbeitslos gemeldet	16 (15,2)	99 (11,1)	
Erwerbs- /Berufsunfähigkeitsrente	6 (5,7)	34 (3,8)	
Altersrente	2 (1,9)	37 (4,2)	
Anderes	13 (12,4)	97 (10,9)	
Gesamt	105 (100)	890 (100)	

3.3.2 Klinische Charakteristika

Hinsichtlich der ambulanten Arztbesuche in den letzten 12 Monaten fand sich ein signifikanter Gruppenunterschied zwischen PSS ($M = 11,7$, $SD = 13,1$) und PoSS ($M = 8,5$, $SD = 14,2$) zugunsten von PSS ($t_{(128)} = -2,1$, $p = 0,032$).

In Bezug auf den GSI-Wert des SCL-90-R zeigten sich in den T-Werten Gruppenunterschiede zwischen PSS ($M = 63$, $SD = 0,7$) und PoSS ($M = 65$, $SD = 0,7$) zugunsten von PoSS ($t_{(987)} = 2,2$, $p = 0,027$).

3.3.3 Behandlungsanlässe

PoSS beklagten in den frei formulierten Problemen am häufigsten eine „depressive Verstimmung“ in 31,4 % der Fälle ($n = 274$), danach „Angstzustände“ in 22,7 % ($n = 198$) und „Probleme im sozialen Umfeld“ in 21,8 % ($n = 190$).

PSS gaben als Behandlungsanlass in etwas mehr als der Hälfte der Fälle mit 64,0 % ($n = 64$) „psychosomatische Beschwerden“ an und an zweiter Stelle standen hier die „Probleme im sozialen Umfeld“ bei 10,0 % ($n = 10$). Abbildung 11 stellt die Behandlungsanlässe im Vergleich dar.

PoSS nannten als Behandlungsanlass signifikant häufiger Angst (PSS $n = 8$, 8,0 % vs. PoSS $n = 198$, 22,7 %, $\chi^2_{(1)} = 11,5$, $p < 0,001$), depressive Verstimmung (PSS $n = 7$, 7,0 % vs. PoSS $n = 274$, 31,4 %, $\chi^2_{(1)} = 25,4$, $p < 0,001$) und Probleme im sozialen Umfeld (PSS $n = 10$, 10,0 % vs. PoSS $n = 190$, 21,8 %, $\chi^2_{(1)} = 7,6$, $p = 0,006$). Psychosomatische Beschwerden wurden von etwa zwei Drittel der PSS als Behandlungsanlass genannt. PSS gaben signifikant häufiger psychosomatische Beschwerden (PSS $n = 64$, 64,0 % vs. PoSS $n = 139$, 16,0 %, $\chi^2_{(1)} = 120,4$, $p < 0,001$) und Essstörung (PSS $n = 52$, 6,0 % vs. PoSS $n = 0$, 0 %, $\chi^2_{(1)} = 6,3$, $p = 0,012$) an als PoSS.

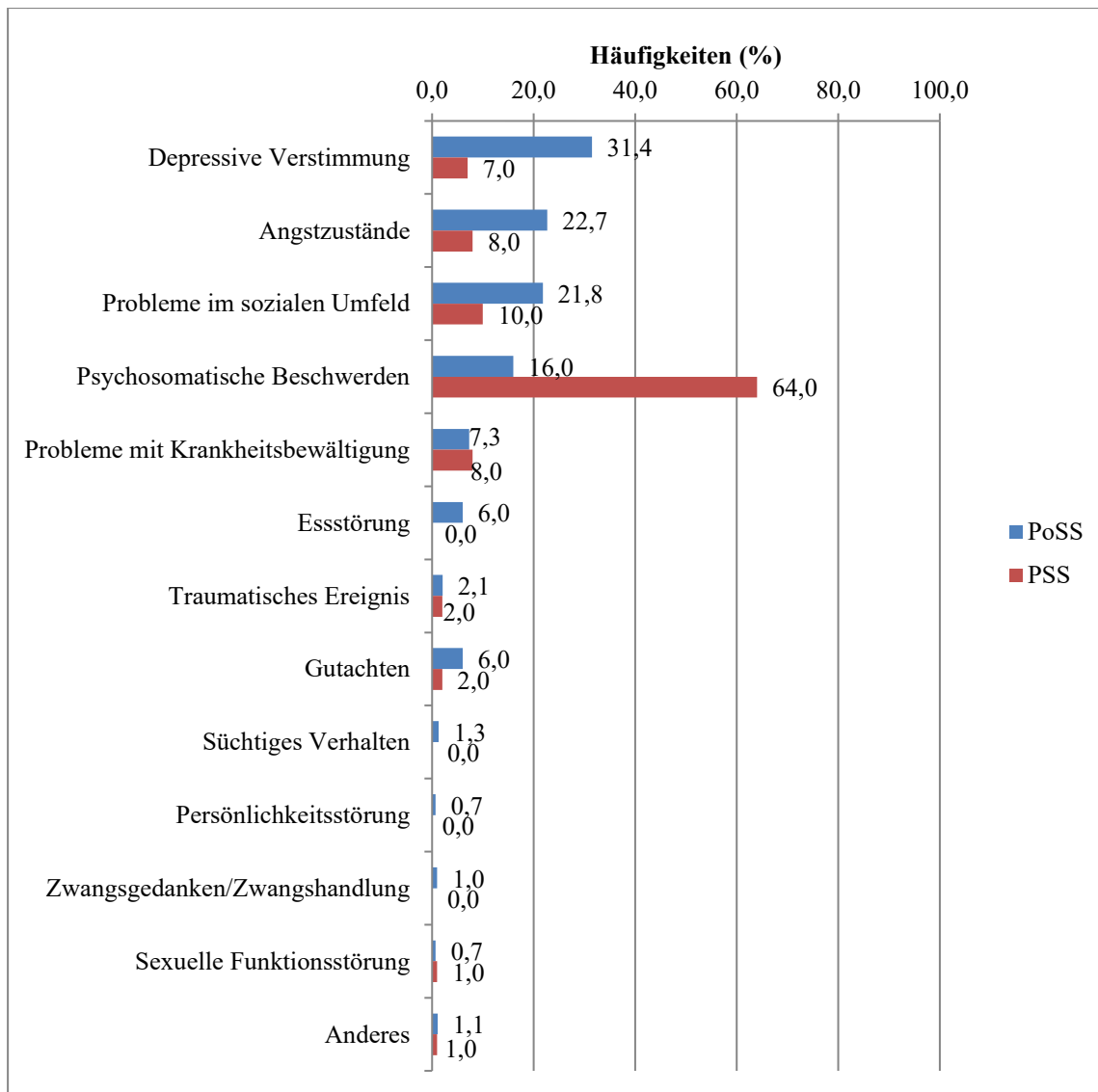


Abbildung 11: Häufigkeiten der Behandlungsanlässe (PoSS n = 871, PSS n = 100)

3.3.4 Behandlungsziele

76,6 % (n = 72) der PSS und 53,0 % (n = 444) der PoSS und nannten die „Problem- und Symptombewältigung“ als Ziel. Dies war das am häufigsten genannte Ziel. Außerdem war das Ziel „Wohlbefinden/Better functioning“ für 21,3 % (n = 20) der PSS und 23,7 % (n = 198) der PoSS als zweithäufigstes Ziel von Bedeutung. In Abbildung 12 sind die Behandlungsziele dargestellt. PSS nannten häufiger als Ziel Problem/Symptombewältigung (PSS n = 72, 76,6 % vs. PoSS n = 444, 53,0 %, $\chi^2_{(1)} = 13,7, p < 0,001$). PoSS gaben häufiger interpersonale Ziele (PSS n = 4, 4,3 % vs. PoSS n = 105, 12,5 %, $\chi^2_{(1)} = 5,9, p = 0,016$) und Selbstentwicklung (PSS n = 1, 1,1 % vs. PoSS n = 97, 11,6 %, $\chi^2_{(1)} = 10,1, p < 0,001$) an.

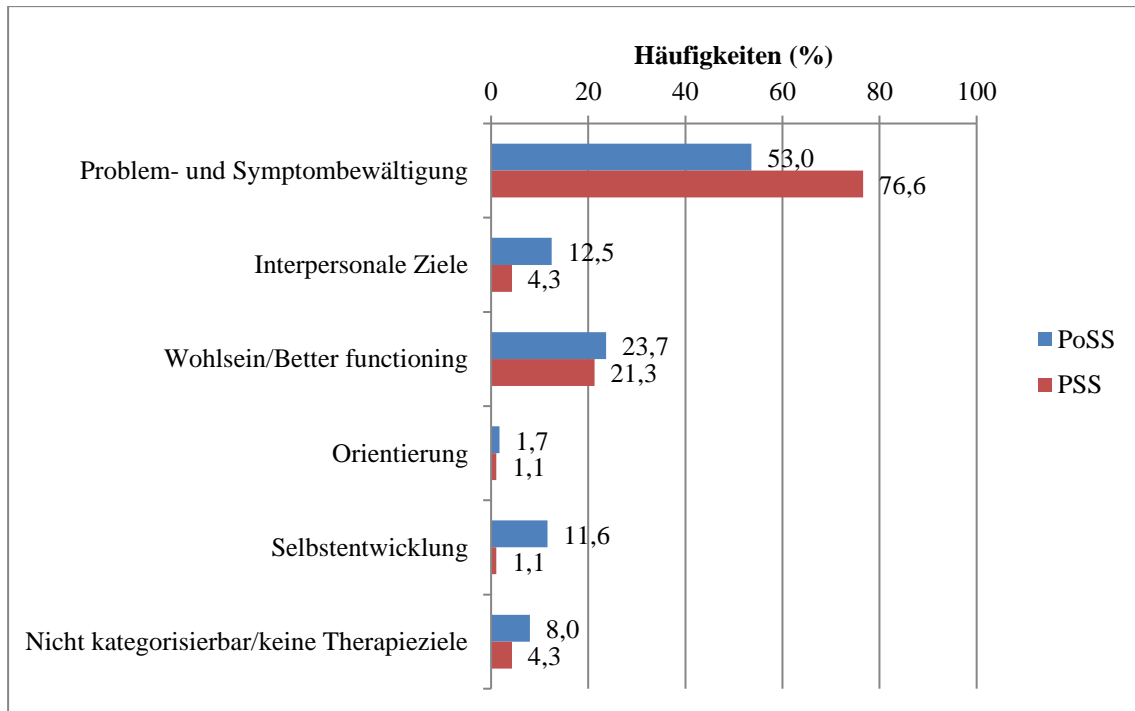


Abbildung 12: Häufigkeiten der Behandlungsziele (PoSS n = 837, PSS n = 94)

3.3.5 Vermittlung der Behandlung

Sowohl bei PSS sowie auch bei PoSS stellte sich der Patient am häufigsten eigeninitiativ in der Ambulanz vor (PSS n = 65, 65,7 % vs. PoSS n = 562, 67,0 %) und als zweithäufigstes erfolgte eine Überweisung durch den Allgemeinarzt (PSS n = 10, 10,1 % vs. PoSS n = 83, 9,9 %) ($\chi^2_{(8)} = 3,1, p = 0,925$) (siehe Abbildung 13).

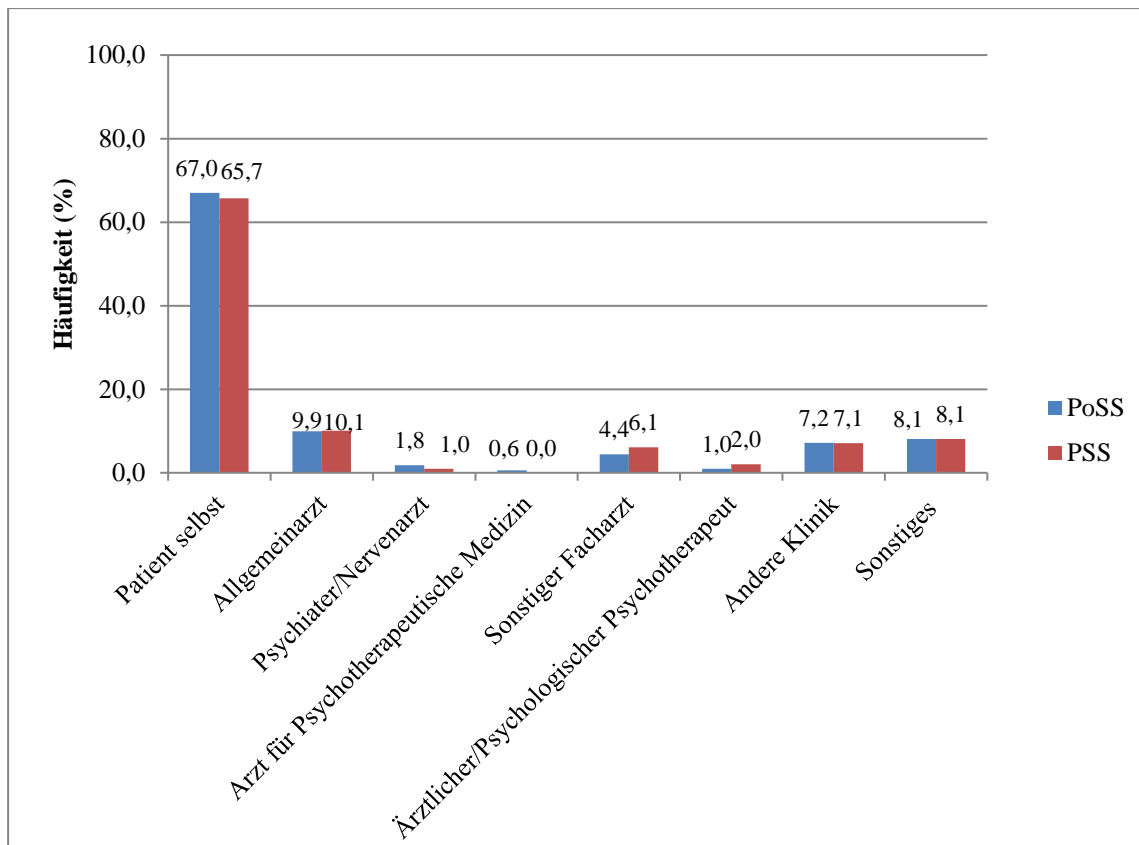


Abbildung 13: Vermittlung der Behandlung, Angabe als Häufigkeit (PoSS n = 839, PSS n = 99)

3.3.6 Körperliche, psychische und soziale Beeinträchtigung

Es fand sich ein signifikanter Gruppenunterschied bezüglich des BSS körperlich in den letzten sieben Tagen zwischen PSS ($M = 2,2$, $SD = 0,9$) und PoSS ($M = 1,7$, $SD = 1,0$) zugunsten von PSS ($t_{(213)} = -5,4$, $p < 0,000$).

Ein Gruppenunterschied hinsichtlich der psychischen Belastung im BSS in den letzten sieben Tagen zwischen PSS ($M = 2,4$, $SD = 0,7$) und PoSS ($M = 2,4$, $SD = 0,8$) ($t_{(211)} = 0,6$, $p = 0,60$) und hinsichtlich der sozialkommunikativen Beeinträchtigung zwischen PSS ($M = 1,7$, $SD = 1,1$) und PoSS ($M = 1,7$, $SD = 1,0$) ($t_{(188)} = 0,04$, $p = 0,969$) fand sich nicht.

In Bezug auf die GAF-Skala in den letzten sieben Tagen konnte ein Gruppenunterschied zwischen PSS ($M = 48,9$, $SD = 14,2$) und PoSS ($M = 52,5$, $SD = 14,3$) zugunsten der PoSS festgestellt werden ($t_{(1061)} = 2,9$, $p = 0,004$).

Auch bezüglich der SOFAS-Skala wurde ein Gruppenunterschied zwischen PSS (M = 49,4, SD = 13,7) und PoSS (M = 53,4, SD = 15,2) zugunsten der PoSS festgestellt ($t_{(1060)} = 3,0, p = 0,002$).

3.3.7 Therapieempfehlung

Hinsichtlich der Therapieempfehlung ergaben sich signifikante Unterschiede ($\chi^2_{(15)} = 33,5, p = 0,004$). Als Setting wurde beiden Patientengruppen am häufigsten eine Einzeltherapie empfohlen: 30,6 % (n = 34) bei PSS vs. 40,0 % (n = 377) bei PoSS. Keine Therapieempfehlung erhielten 0,9 % (n = 1) der PSS und 5,1 % (n = 48) der PoSS. PSS wurde häufiger eine stationäre Behandlung empfohlen als PoSS (64,0 %, n = 71 vs. 47,0 %, n = 443). Außerdem wurde PSS öfter eine stationäre als ambulante Behandlung empfohlen (64,0 %, n = 71 vs. 35,1 %, n = 39). Bei PoSS lag die Therapieempfehlung etwa gleich häufig im ambulanten (48,0 %, n = 452) und stationären Bereich (47,0 %, n = 443). Einen Überblick über das empfohlene Therapiesetting gibt Abbildung 14.

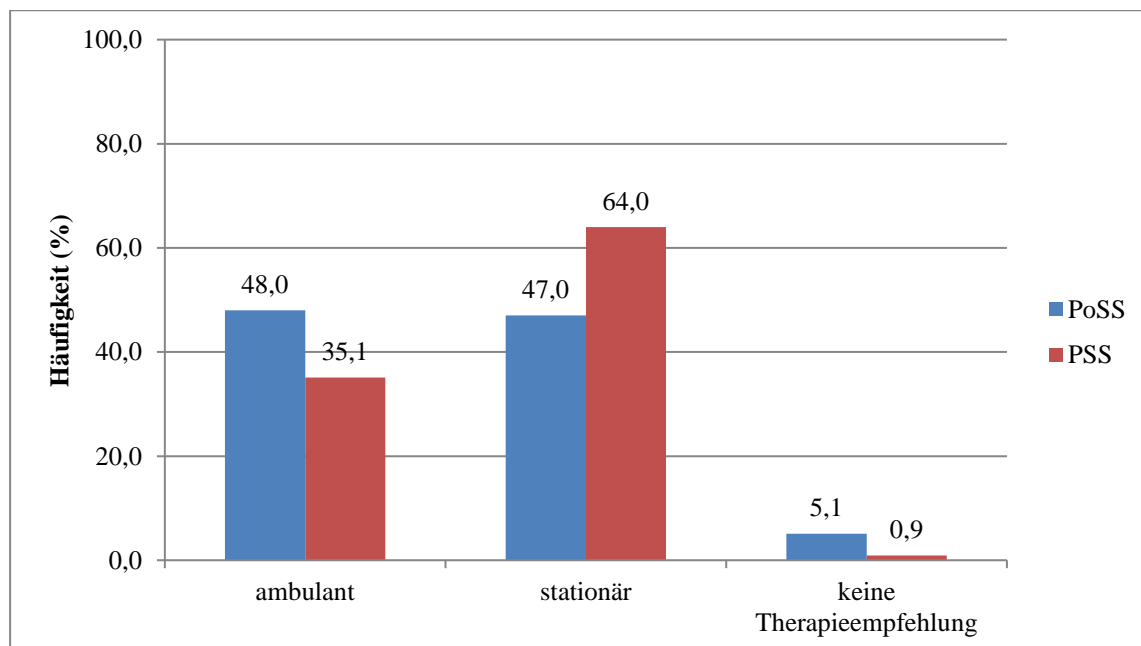


Abbildung 14: Empfohlenes Therapiesetting, Angabe als Häufigkeit (PoSS n = 943, PSS n = 111)

Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie wurde den Patienten am häufigsten als Psychotherapieverfahren empfohlen, sowohl bei PoSS (70,3 %, n = 484) als auch bei PSS (58,3 %, n = 42). Danach folgte die Verhaltenstherapie. Diese wird den PSS

allerdings in etwa doppelt so häufig wie den PoSS nahegelegt ($\chi^2_{(4)} = 17,9$, $p < 0,001$). Abbildung 15 stellt das empfohlene Psychotherapieverfahren dar.

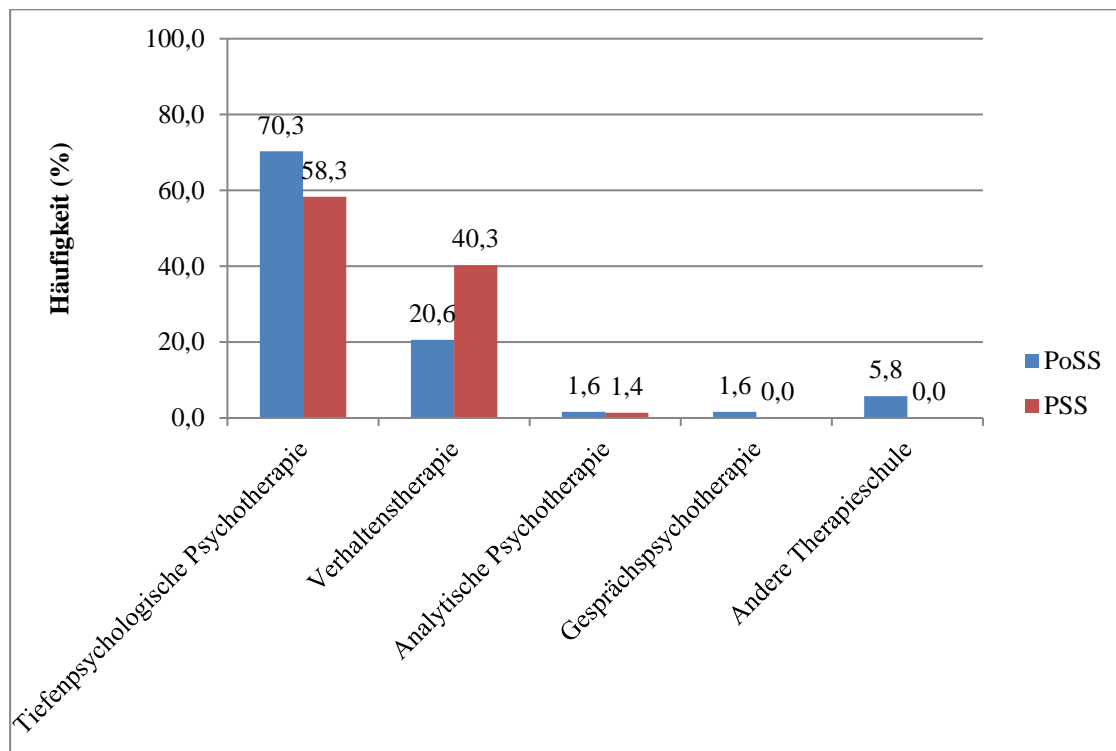


Abbildung 15: Empfohlenes Psychotherapieverfahren, Angabe als Häufigkeit (PoSS n = 688, PSS n = 72)

3.3.8 Motivation

Bezüglich der von den Therapeuten eingeschätzten Motivation ergab sich ein signifikanter Gruppenunterschied zwischen PSS ($M = 2,9$, $SD = 1,1$) und PoSS ($M = 3,2$, $SD = 1,0$) zugunsten der PoSS ($t_{(188)} = 3,5$, $p < 0,001$).

4. Diskussion

4.1 Wichtigste Resultate

Ziel der Studie ist es, die soziodemografischen Merkmale, klinischen Charakteristika und den empfohlenen Therapieverlauf sowie Behandlungsanlässe und Behandlungsziele von ambulanten Patienten der Psychosomatischen Ambulanz an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie in Gießen darzustellen und dabei das Patientenkontinuum der PSS und PoSS zu vergleichen. Bei 10,8 % aller Patienten wurde eine somatoforme Störung codiert. Die häufigsten Hauptdiagnosen waren depressive Störungen mit 27,0 %, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen mit 20,1 % und Angststörungen mit 12,5 %. Beide Patientengruppen stellten sich am häufigsten eigeninitiativ in der Klinik vor. Am häufigsten wurden als Behandlungsanlass von PSS „psychosomatische Beschwerden“ genannt. Die PoSS hingegen beklagten nur zu 16,0 % „psychosomatische Beschwerden“. Am häufigsten gaben sie „depressive Verstimmung“, „Angstzustände“ sowie „Probleme im sozialen Umfeld“ an. Insgesamt wird deutlich, dass „psychosomatische Beschwerden“ bei PSS im Vordergrund stehen und sehr viel häufiger vertreten sind als die anderen Beschwerden. Obwohl die Patienten sich häufig eigeninitiativ in der Ambulanz vorstellten, wurde die Therapiemotivation der PSS vom Therapeuten signifikant niedriger eingestuft als die der PoSS. PSS wurde im Vergleich zu PoSS häufiger eine stationäre Behandlungsempfehlung gegeben. Als Therapieverfahren wurde beiden am häufigsten eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie empfohlen. Den PoSS wurde vergleichsweise häufiger auch eine Verhaltenstherapie nahegelegt. Erwartungsgemäß waren PSS länger arbeitsunfähig gemeldet und zeigten eine erhöhte Inanspruchnahme des Gesundheitssystems als PoSS.

4.2 Stärken und Schwächen der Studie

Die Stärke der Studie besteht in einer Vollerhebung eines Jahres der Ambulanz der Klinik für Psychosomatik der Universitätsklinik Gießen mit wenig fehlenden Werten. Weiterhin wurden im Rahmen eines Mixed-Method Ansatzes sowohl qualitative als auch quantitative Verfahren benutzt. Die Patienten wurden interviewt und mit standardisierten Elementen untersucht, wobei auch Freitextaufzeichnungen qualitativ

analysiert wurden. Es wird ein guter Überblick über die Versorgungsstruktur der Ambulanz in Gießen gegeben. Hiermit soll ein realistischer Blick in das Versorgungssystem psychischer Erkrankungen gegeben werden.

Als Schwäche ist zu nennen, dass die vergebenen Diagnosen der Therapeuten nicht mit psychologischen Messinstrumenten, z. B. der Internationalen Diagnosen Checkliste oder dem Strukturierten Klinischen Interview zur Diagnostik von Psychischen Störungen gemessen wurden.

Es wurde nur eine Ambulanz untersucht, sodass fraglich ist, inwiefern die Ergebnisse auf andere psychosomatische Ambulanzen generalisiert werden können. Da viele Chi-Quadrat-Tests und *t*-Tests gerechnet wurden, besteht die Gefahr des multiplen Testens, sodass die Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden müssen.

Die Kategorienbildung der Ziele orientierte sich an dem BIT-T von Grosse und Grawe (2002) und hatte sich auch in unserer Arbeit als adäquate Vorgehensweise bewährt. Grosse und Grawe forderten, dass das BIT-T in verschiedenen Settings angewendet werden soll. Es wurde auch vorgeschlagen, dass weitere Kategorien gebildet werden können, um inhaltlich die Taxonomie voll abzudecken. Einige Kategorien des originalen BIT-T wurden von uns gelöscht und neue hinzugefügt. Die Hauptkategorien wurden beibehalten. Es ergab sich bezüglich der Kategorisierung eine gute Vergleichbarkeit. Cohens Kappa-Werte lagen in unserer Arbeit im guten bis sehr guten Bereich.

Als Unterschied muss angemerkt werden, dass bei Grosse und Grawe (2002) vier Ziele benannt werden konnten und bei uns maximal zwei in die Analyse einbezogen wurden. Weiterhin ist als Unterschied anzuführen, dass die Ziele in unserer Ambulanz selbstständig von den Patienten formuliert wurden und nicht in einem gemeinsamen Prozess zwischen Patient und Therapeut entstanden, was bei Vergleichen mit anderen Studien, die den BIT-T einsetzen, bedacht werden muss und somit die Vergleichbarkeit einschränkt. Andererseits kann dies jedoch auch als Stärke der Studie gewertet werden, da die Probleme und Ziele des Patienten zu Beginn der Behandlung in den Vordergrund gestellt werden. Um die Funktionsweisen des Gesundheitssystems zu optimieren ist es folgerichtig, den Patienten in den Mittelpunkt der Betrachtung zu stellen.

4.3 Ergebnisse im Kontext anderer Studien

4.3.1 Soziodemografische Merkmale

Die meisten Patienten waren weiblich (64,7 %), was der Literatur zum Thema entspricht: bei Huber et al. (2002) waren 64%, bei Subic-Wrana et al. (2011) waren 61,5% Frauen, bei Poetzsch (2010) lag der Anteil mit 70,35 % etwas höher.

Bei PSS waren 58,9 % weiblich und 41,1 % männlich. In der Literatur waren bei den PSS auch mehr Frauen als Männer betroffen (Ladwig et al., 2001).

Das Durchschnittsalter der Patienten (38,8 Jahre) deckte sich mit den Angaben aus der Literatur. Bei Huber et al. (2002) wurde ein Durchschnittsalter von 38,7, bei Poetzsch (2010) von 38,52 Jahren, bei Subic-Wrana et al. (2011) von durchschnittlich 43 Jahren angegeben.

In Gießen waren 46,5 % ledig, 36,1 % verheiratet und 16,6 % getrennt lebend, geschieden oder verwitwet. Diese Ergebnisse lagen in etwa ebenso bei Huber et al. (2002) vor. Bei Subic-Wrana et al. (2011) war die Mehrheit verheiratet und nur 34,6 % ledig, aber ebenso 17,8 % getrennt lebend, geschieden oder verwitwet.

In Gießen schlossen 38,6 % mit dem (Fach-)Abitur, 30,8 % mit einem Realschulabschluss sowie 24,1 % mit einem Hauptschulabschluss die Schule ab. Bei Huber et al. (2002) fanden sich ähnliche Werte wie in der aktuellen Studie (Abitur 41 %, Realschulabschluss 27 %, Hauptschulabschluss 24 %). Bei Subic-Wrana et al. (2011) schlossen die meisten Patienten ebenso mit einem Abitur die Schule ab wie in unserer Studie (35,7 %), allerdings mehr mit einem Hauptschulabschluss (32,0 %) als mit einem Realschulabschluss (27,4 %).

Die Daten unserer Studie entsprechen in etwa den Daten von Huber et al. (2002) in Bezug auf die derzeitige berufliche Situation. 32,5 % waren in Vollzeit beschäftigt, 16,9 % in Teilzeit und 11,6 % arbeitslos gemeldet. Bei Huber et al. waren 42 % in Vollzeit, 13 % in Teilzeit beschäftigt und 11 % arbeitslos.

Patienten der Gießener Ambulanz waren laut Selbstangabe die letzten 12 Monate insgesamt 6,7 Wochen arbeitsunfähig. Die Zahlen decken sich nicht mit der Studie von

Jacobi et al. (2004a), wo die Zahlen niedriger liegen. Patienten mit einer aktuellen psychischen Störung wiesen dort (ebenfalls laut Selbstauskunft) 19,8 Ausfalltage im letzten Jahr auf, wobei angemerkt werden muss, dass Ausfalltage hier sowohl die Tage von Arbeitnehmern als auch von nicht berufstätigen Personen waren.

PSS waren durchschnittlich länger arbeitsunfähig gemeldet als PoSS (10,6 vs. 6,3 Wochen). In der Literatur wird angegeben, dass PSS im Durchschnitt an sieben Tagen pro Monat arbeitsunfähig waren im Vergleich zu Patienten der Allgemeinbevölkerung mit 0,5 Tagen pro Monat (Smith et al., 1986). Die Daten in Bezug auf die PSS decken sich also in etwa mit der Literatur.

Es lässt sich festhalten, dass die Patienten der Ambulanz in Gießen hinsichtlich der soziodemografischen Variablen große Übereinstimmung aufweisen mit den Angaben in den Studien von Huber et al. (2002) und Subic-Wrana et al. (2011).

Es bestand bei den Patienten der Ambulanz eine erhebliche sozialmedizinische Beeinträchtigung, die bei den PSS noch deutlicher ausgeprägt ist als bei den PoSS.

4.3.2 Klinische Charakteristika

In den letzten 12 Monaten waren die Patienten der Ambulanz in Gießen 8,8-mal in ambulanter ärztlicher Behandlung (ohne Psychotherapeuten, Psychologen oder Nervenärzte). Patienten mit aktueller psychischer Störung bei der Studie von Jacobi (2004a) konsultierten 3,8-mal den Haus- sowie 7,4-mal den Facharzt (inklusive Nervenärzte, Psychiater, Psychotherapeuten, die Ergebnisse blieben aber auch nach Ausschluss dieser weiterhin signifikant). Personen ohne Lifetime-Diagnose konsultierten weniger häufig den Arzt. Es wurden 2,7 Hausarzt- sowie 4,1 Facharztbesuche gezählt.

Die Patienten in Gießen wiesen in den letzten 12 Monaten 1,3 Wochen stationäre Behandlungsdauer auf. Verglichen mit der Studie von Jacobi sind die Zahlen in Gießen höher. Bei Jacobi (2004a) hielten sich Patienten mit aktueller psychischer Störung im letzten Jahr 2,1 Tage im Krankenhaus auf und Personen ohne Lifetime-Diagnose 1,2 Tage. Es zeigte sich auch in unserer Studie, dass das Vorliegen psychischer Erkrankungen mit einer erhöhten Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen assoziiert ist. Wichtig ist es zu bedenken, dass häufig eine Komorbidität zwischen somatischer und

psychischer Erkrankung besteht (Jacobi et al., 2004b). Bei Jacobi (2004a) konnten die Ergebnisse der erhöhten Inanspruchnahme nicht durch das Mitwirken somatischer Diagnosen erklärt werden.

PSS nahmen das ärztliche System häufiger in Anspruch als PoSS (11,7 vs. 8,5-mal). Laut Angaben aus der Literatur konsultierten PSS doppelt so häufig den Arzt wie PoSS (Fink et al., 1999). Bei Barsky et al. (2005) sind es z. B. 10 vs. 5 Kontakte. Diese Befunde bestätigen die erhöhte Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems, insbesondere durch Patienten mit PSS.

PSS hatten einen niedrigeren Wert im GSI (0,9) als PoSS. Auch in der Arbeit von Geiser et al. (2000) zeigte sich ein vergleichbares Ergebnis, wobei hier die Patienten mit somatoformen Störungen und die Patienten mit dissoziativen Störungen zusammengefasst wurden. Der GSI betrug hier 1,04. Er fiel im Vergleich zu anderen Diagnosegruppen geringer aus. Jedoch zeigten Patienten mit somatoformen Störungen eine hohe Belastung bei der Präsentation ihrer körperlichen Symptome. Dieses Ergebnis lässt die Vermutung zu, dass der SCL-90-R für bestimmte Diagnosen nur eingeschränkt zur Beurteilung herangezogen werden kann, denn die Gewichtung der Items liegt eher auf den psychischen Symptomen als auf den körperlichen und kann deshalb die gesamte subjektive Symptombelastung schlechter darstellen. Vor allem bei Patienten mit somatoformen Störungen spielt dies eine Rolle. Der niedrige Wert im GSI kann aus der reduzierten Erfassung der körperlichen Belastung im Vergleich zu anderen psychischen Störungen resultieren. Rief et al. (1992) fand eine geringe Sensibilität des SCL-90-R für somatoforme Störungen. Hierbei wurde auch erwähnt, dass der Fragebogen bei der Skala Somatisierung beispielsweise nicht zwischen körperlichen Symptomen bei Panikattacken und bei somatoformen Störungen unterscheiden kann. Daraus ist die Überlegung abzuleiten, dass bei der Anwendung des GSI zur Evaluation eines Therapieverlaufs andere Grenzwerte bestimmt werden sollten, um zum Beispiel Panikattacken von somatoformen Störungen besser abgrenzen zu können. Es gilt noch zu bedenken, dass eine Veränderung des GSI entweder eine Veränderung in einem bestimmten Symptombereich, eine Veränderung in vielen Symptombereichen oder in beidem bedeuten kann. Es reicht folglich nicht nur, den Grenzwert für die Diagnosen zu ändern, sondern es sollten die einzelnen Skalen des SCL-90-R betrachtet oder ein für

das Diagnosebild bestimmter spezifischer Fragebogen angewandt werden (Geiser et al., 2000), z. B. Screening für somatoforme Störungen (Rief & Hiller, 2008).

4.3.3 Behandlungsanlässe

Mit 28,9 % waren die Behandlungsanlässe am häufigsten eine „depressive Verstimmung“ und stimmen mit der am häufigsten vergebenen Hauptdiagnose depressive Störung überein. „Angstzustände“ (21,2 %) waren die am zweithäufigsten beklagten Probleme. Die zweithäufigste vergebene Diagnose stellte die Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen dar, gefolgt von den Angststörungen. Es überrascht nicht, dass „Angstzustände“ die zweithäufigsten gerateten Probleme sind, da auch von Patienten mit Depression und Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen Angstgefühle eine Rolle spielen (Dilling, 2010). Außerdem liegt häufig eine Komorbidität psychischer Störungen vor. Zu den 60 % der häufigsten Kombinationen psychischer Erkrankungen gehören bei fünf von sechs jeweils Angstgefühle dazu, bei drei von fünf auch depressive Beschwerden (Depression-Angst 19 %, Angst-somatoforme Störung 12 %, Depression-Angst-somatoforme Störung 11 %, Angst-Angst 10 % und Depression-somatoforme Störung 8 %) (Jacobi et al., 2004b). Zu 20,9 % beklagten die Patienten der Ambulanz in Gießen „Psychosomatische Beschwerden“. Im Vergleich mit der zur Kategorienbildung herangezogenen Literatur von Albani et al. (2010b) lagen die Werte in der Literatur höher: 85,2 % gaben „Depressive Beschwerden“ an, 63,3 % „Angstzustände“, 54,0 % „Psychosomatische Beschwerden“ und 25,8 % „Essstörungen“. Allerdings waren bei der Studie von Albani Mehrfachnennungen möglich, in unserer Studie konnten maximal zwei Nennungen codiert werden. Bei Faller und Gossler (1998) ergaben sich auch andere Werte: je etwa ein Drittel gaben „Körperliche Beschwerden“, „Depressive Beschwerden“ und „Angst“ an. Jedoch waren bei allen hier dargestellten Studien „Depressive Beschwerden“ jeweils am häufigsten ausgeprägt.

Im Vergleich der PSS zu PoSS zeigte sich, dass PoSS in einem Drittel der Fälle eine „Depressive Verstimmung“ beklagten. PSS nannten an erster Stelle „Psychosomatische Beschwerden“ (64,0 %), mit weitem Abstand zur zweithäufigsten Problemschilderung „Probleme im sozialen Umfeld“ (10,0 %). „Psychosomatische Beschwerden“ implizieren hier unter anderem Magenschmerzen, Kopfschmerzen, Schwindel und

Müdigkeit. Die Schilderung von körperlichen Beschwerden ist bei PSS zu erwarten und Teil der Diagnosekriterien nach ICD-10 (Dilling, 2010) und somit typisch für Patienten mit somatoformer Störung (Hessel et al., 2005; Kroenke, 2007). Die Auswertung bestätigte, dass der Leidensdruck der Patienten primär aufgrund der körperlichen Symptome besteht, die sie in die psychosomatische Ambulanz führen.

4.3.4 Behandlungsziele

Die Patienten der Gießener Ambulanz listeten bei der Frage nach Zielen, die sie erreichen möchten, am häufigsten Ziele aus der „Problem- und Symptombewältigung“ auf (56,0 %). Innerhalb dieser Kategorie stand der „Umgang mit körperbezogenen Problemen“ mit 13,3 % an erster Stelle und auch die „Bewältigung von Ängsten“ spielte eine große Rolle (11,0 %). Im Vergleich mit der Literatur von Grosse und Grawe (2002), an die unsere Kategorienbildung angelehnt ist, deckten sich die Zahlen nur teilweise, teilweise differieren sie stark. Bei Grosse und Grawe (2002) nannten 74,5 % „Interpersonale Ziele“, in Gießen hingegen nur 11,7 %. An zweiter Stelle folgten bei Grosse und Grawe (2002) die Ziele der „Problem- und Symptombewältigung“ (60,3 %), in Gießen waren es 56,0 %. 45,9 % der Ziele bei Grosse und Grawe (2002) fielen auf die Kategorie „Selbstentwicklung“, wohingegen dieses Ziel in unserer Studie nur 10,5 % der Patienten formulierten. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Reduktion der Beschwerden ein begrifflich naheliegendes Ziel ist, da die Begriffe wie „Schmerz“ und „Angst“ auch alltäglich geläufig sind und bei den Patienten der Ambulanz zum Befragungszeitpunkt noch die mit dem Therapeuten erarbeiteten Krankheitsmodelle fehlen (siehe auch Berking et al., 2004). Somit sind die Ergebnisse vor allem unter dem Aspekt zu betrachten, dass die Patienten in Gießen selbst ihre Ziele vor dem Kontakt mit dem Therapeuten formulieren.

Es wurde außerdem, wie auch schon in der Studie von Kuhlencord et al. (2018) beschrieben, durch die hohe Anzahl an problem- und symptombezogenen Zielen der hohe Leidensdruck der Patienten erkennbar. Der Fokus der Patienten lag zunächst darauf, dass die aktuellen Symptome bearbeitet werden. Aus unseren Ergebnissen kann vermutet werden, dass aus Perspektive der Patienten zunächst die Bewältigung der Probleme und Symptome Voraussetzung dafür ist, dass an „Wohlbefinden/Better functioning“, „Orientierung“ und „Selbstentwicklung“ gearbeitet werden kann.

Sowohl PSS als auch PoSS nannten die „Problem- und Symptombewältigung“ am häufigsten, wobei PSS signifikant häufiger als PoSS. Bei PSS wurde bereits bei Faller und Gossler (1998) beschrieben, dass sie häufiger „Körperliche Beschwerden bessern“ sowie „Unspezifisch Gesundheit erlangen“ als erstrebenswert angaben. Ebenso wurde dort angegeben, dass „Depressive Beschwerden bessern“ häufig bei depressiven Patienten genannt wird, aber noch häufiger bei Persönlichkeitsstörungen. „Familiäre Situation/Partnerbeziehung verbessern“ wurde oft von Patienten mit depressiven Störungen angestrebt, aber ebenso von PSS. Die „interpersonalen Ziele“ machten bei PoSS 12,5 % und bei PSS in unserer Arbeit nur 4,3 % aus.

Auch anhand der vorliegenden Arbeit konnte bestätigt werden, dass Patienten häufig die Symptomreduktion als Therapieziel beschreiben, beispielsweise die Reduktion von depressiven Beschwerden bei Depressionen, was dann in den Bereich Symptombewältigung fällt. Die alleinige Konzentrierung auf die Symptomreduktion allerdings reicht nicht aus, denn bei Grosse und Grawe (2002) hatten weniger als ein Zehntel der Patienten alleinig Ziele aus diesem Bereich. Zu Bedenken ist natürlich, dass die Ziele bei Grosse und Grawe (2002) durch den Therapeuten formuliert wurden. In unserer Studie wurden die Ziele von den Patienten selbst formuliert und dann Kategorien zugeordnet. Der Unterschied zwischen Grosse und Grawe (2002) und dieser Studie könnte damit erklärt werden, dass das Krankheitsmodell des Therapeuten und damit die Ziele für die Behandlung daher mit den Zielen der Patienten, vor allem zu Beginn der Behandlung, noch stark divergieren. Die Therapieziele können sich im Verlauf der Behandlung natürlich ändern. Die somatischen Beschwerden und somit deren Bewältigung stehen für die PSS zunächst im Vordergrund. Die Empfehlung der Leitlinie „Funktionelle Körperbeschwerden“ (Hausteiner-Wiehler et al., 2017) ist es, in der Anamnese im Erstkontakt die Patienten zu fragen, wie sich die körperlichen Beschwerden unter anderem im sozialen oder beruflichen Umfeld auswirken und wie der Umgang damit ist. Durch die Erhebung dieser Informationen kann gegebenenfalls schon früher im Behandlungsverlauf ein biopsychosoziales Krankheitsmodell entwickelt werden und daher sollte bereits in der Erstuntersuchung nach weiteren Beschwerden gefragt werden. Von Bedeutung für den weiteren Verlauf und für die Therapeuten-Patienten-Beziehung ist es auch, ein Ernstgenommen-Werden in Bezug auf die Beschwerden zu vermitteln (Hausteiner-Wiehler et al., 2017). Insofern ist unsere Vorgehensweise, die Ziele und Probleme durch die Patienten formulieren zu lassen und dann zuzuordnen, für die Versorgungsforschung im Einklang mit den oben

beschriebenen Grundsätzen der Behandlung von PSS konsistent. Wie schon beschrieben sind PSS häufig nicht adäquat behandelt. Insofern sollte die Versorgungsforschung auch die Ziele und Probleme des Patienten in den Mittelpunkt stellen, da diese für die Weitervermittlung und den Aufbau einer tragfähigen Therapeuten-Patienten-Beziehung essentiell erscheint.

4.3.5 Vermittlung der Behandlung

Die Behandlung wurde in mehr als der Hälfte der Fälle durch den Patienten selbst initiiert (66,8 %). Wenn eine Vermittlung über einen Arzt erfolgte, wurde diese meist durch einen Allgemeinarzt veranlasst (9,9 %). Die Mehrzahl der Patienten begab sich also aus eigener Initiative in Behandlung.

Dass der Patient in der Mehrzahl der Fälle selbst die Behandlung veranlasst, deckte sich mit den Ergebnissen anderer Studien, wo die Prozentwerte sogar noch höher liegen. Es gilt zu beachten, dass es sich dabei nicht immer um Psychosomatische Ambulanzen handelte wie in unserer Studie. Huber et al. (2002) berichtete an der Ambulanz der Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar (Technische Universität München) von 79 % aus eigenem Antrieb gekommenen Patienten. Es wurde nicht dargestellt, aus welchen Gründen die restlichen Patienten die Ambulanz aufsuchten. Bei Poetzsch (2010) wiesen sich deutlich mehr Patienten selbst ein (86,63 %). Dann folgte der Dermatologe mit 4,07% und erst an dritter Stelle der Hausarzt mit nur 3,49 % der Einweisungen.

Vorteilhaft an der hohen Anzahl an Patienten, die die Behandlung selbst initiierten, ist möglicherweise, dass diese Patienten eine höhere Therapiemotivation aufweisen. Dies spiegelte sich in den Ergebnissen unserer Studie wider: die Patienten scheinen aus Einschätzung der Therapeuten recht gut motiviert zu sein.

Andere Ergebnisse fanden sich im Rahmen der Zuweisung in eine Psychotherapie. Sie geschah hauptsächlich von ärztlicher Seite. Bei Walendzik et al. (2010) wurden 47,8 % der Patienten von ärztlicher Seite in die (nicht-ärztliche) ambulante Psychotherapie (zu Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder - und Jugendlichenpsychotherapeuten) überwiesen, darunter 24,9 % vom Allgemeinmediziner oder Pädiater, 16,5 % vom Psychiater oder Nervenarzt und 6,4 % von anderen Ärzten. Nur 23,4 % waren Selbstzuweiser. In 15,6 % der Fälle sprachen Freunde oder Bekannte eine

Empfehlung aus. Walendzik benannte die Rate der ärztlichen Zuweiser allerdings als niedrig.

Bei Albani et al. (2010a) wurden 39,4 % durch einen Arzt in die ambulante Psychotherapie überwiesen. Der Anteil der Selbstzuweiser wurde nicht erfasst. Es ist nicht klar dargestellt, ob sich der Anteil hinter der Aussage „durch etwas anderes“ zugewiesen versteckt. 18,5 % fanden Zugang zur Psychotherapie durch einen Kollegen oder einen Freund.

Der hohe Anteil an Selbstweisern bei den Patienten könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Behandlungsbarrieren für die Kontaktaufnahme in der Psychosomatischen Ambulanz niedriger sind als bei ambulanten Therapeuten.

Im Vergleich der PSS mit PoSS zeigte sich, dass die Patienten beider Gruppen am häufigsten selbst die Vermittlung der Behandlung veranlassten (67,0 % vs. 65,7 %). Dies verwundert, denn es widerspricht bei den PSS dem Charakteristikum, dass sie der Überzeugung sind, ihre Krankheit sei vor allem somatisch begründet (Dilling, 2010). Es kann ein Hinweis darauf sein, dass die Psychosomatische Ambulanz eine niedrigere Zugangsschwelle auch für diese Patientengruppe hat und die Zuweisung durch die somatische Medizin zu selten erfolgt und so eine Latenz bis zum psychotherapeutischen Behandlungsbeginn vorliegt (Janssen & Franz, 1999; Potreck-Rose & Koch, 1994). Der Leidensdruck könnte dann bereits so hoch sein und ein psychosoziales Krankheitsverständnis so ausgeprägt sein, dass die PSS offen für eine psychosomatische Abklärung der Beschwerden sind.

Bei Schweickhardt et al. (2008) zeigten die Patienten mit somatoformen Störungen hingegen eine geringe Eigeninitiative zum Aufsuchen der Ambulanz auf, was auf die Charakteristika der Ambulanz in einer Psychiatrischen Klinik zurückzuführen sein könnte, die für Patienten eine höhere Zugangshürde und Stigmatisierung darstellen könnte.

4.3.6 Diagnose

Erkrankungen aus dem depressiven Störungskreis überwogen in unserer Stichprobe. Im Vergleich mit anderen Studien muss beachtet werden, dass die Cluster zu den einzelnen Erkrankungen unterschiedlich gebildet wurden. In der vorliegenden Arbeit wurden beispielsweise F32 und F33 zu dem Cluster depressive Störung zusammengefasst, bei

Poetzsch (2010) wurden F32, F33, F34 und F38 als Cluster affektive Störungen gebündelt.

Ein Viertel der Hauptdiagnosen fiel in Gießen auf das Diagnosecluster depressive Störungen mit 27,0 %, darauf folgte die Diagnose Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen mit 20,1 %, Angststörungen mit 12,5 % und somatoforme Störungen mit 10,8 %. Die Ergebnisse der Studie von Huber et al. (2002) entsprachen der vorliegenden Studie. Werden dort die separat aufgelisteten Diagnosen depressive Episode (15 %) und rezidivierende depressive Störung (6 %) zusammengefasst (F32, F33), ergaben sich bei 21 % eine depressive Störung. Danach wurden am häufigsten Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen diagnostiziert (18 %) und somatoforme Störungen wurden mit 11 % beziffert. Unsere Daten deckten sich mit denen der Gesundheits-System-Forschung (Institut für Gesundheits-System-Forschung, 2005), die aber im stationären Bereich erhoben wurden. Fasst man F32 und F33 zu einem Cluster depressive Störung zusammen, machten Depressionen einen Anteil von 27,0 % und Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen von 18,1 % aus. Werden F40 und F41 zu einem Cluster Angststörungen zusammengefasst, ergab sich ein etwas höherer Prozentwert von 16,9 %. Somatoforme Störungen waren etwas weniger vertreten mit 7,3 %. Anhaltende affektive Störungen waren dafür mit 10,7 % häufiger. In einer mit unserer vergleichbaren Einrichtung, der Psychosomatischen Ambulanz in Mainz waren andere Ergebnisse festzustellen. Eingeschlossen wurden dort außerdem Patienten aus dem Konsil- und Liaisondienst. Depressive Störungen waren auch an erster Stelle (23,6 %), allerdings gefolgt von somatoformen Störungen (20,8 %) (Subic-Wrana et al., 2011).

4.3.7 Körperliche, psychische und soziale Beeinträchtigung

Bei Scheidt et al. (1998) fanden die Untersuchungen in psychotherapeutischen Praxen statt. Die Patienten bei Scheidt gaben im BSS weniger körperliche Belastung an als die Patienten in Gießen. Es war in 30,1 % der Fälle gar keine körperliche Belastung vorhanden, in Gießen bei nur 9,5 %. Doch auch bei Scheidt waren die häufigsten Diagnosen aus dem Bereich der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen. Die einzelnen Prozentwerte waren dort nicht dargestellt.

In der Studie von Scheidt et al. (1998) spielte die psychische Beeinträchtigung auf der BSS-Skala die größte Rolle. Bezogen auf die Werte im psychischen BSS waren die

Zahlen ähnlich wie in Gießen. Der BSS im sozialkommunikativen Bereich war bei Scheidt stärker ausgeprägt als bei unserer Studie.

Bei uns waren die Patienten laut der GAF-Skala am häufigsten mäßig und ernsthaft zu jeweils ein Drittel beeinträchtigt, bei Scheidt et al. (1998) am häufigsten ernsthaft zu 41,5 % und mäßig zu 28,8 %.

Der Mittelwert der GAF-Skala lag bei uns bei 52,0 und bei Scheidt bei 49,3.

Die Befunde bestätigten somit die erheblichen Beeinträchtigungen der Patienten im körperlichen, psychischen und sozialkommunikativen Bereich und im allgemeinen Funktionsniveau, was dann wiederum zu längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten führt.

4.3.8 Therapieempfehlung

Einzeltherapie wurde den Patienten in Gießen am häufigsten empfohlen (39,0 %), danach die Psychotherapeutisch-Psychosomatische Klinik in Gießen (26,5 %) und in 9,8 % eine andere psychotherapeutische/psychosomatische Klinik. Insgesamt wurde eine stationäre Behandlung in 48,8 % der Fälle nur geringfügig häufiger empfohlen als eine ambulante Behandlung mit 46,6 %. Keine Therapieempfehlung gab es für 4,6 %. In der Studie von Tritt et al. (2004) an einer Psychosomatischen Ambulanz wurde 34 % der Patienten eine ambulante Weiterbehandlung empfohlen, 29,9 % eine Krisenintervention an der Abteilung, 22,9 % eine stationäre Psychotherapie und 13,2 % sonstige Weiterbehandlungen. Die Daten zu den Therapieempfehlungen sind also sehr unterschiedlich. Bei Huber et al. (2003) und Tritt et al. (2004) ergaben sich Hinweise, dass die Patienten, denen eine stationäre Behandlungsempfehlung gegeben wurde, häufiger eine ambulante Therapie beginnen.

Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie wurde den Gießener Patienten am häufigsten empfohlen (69,2 %), danach folgte die Verhaltenstherapie mit 22,5 % und nur 1,6 % wurde eine analytische Psychotherapie empfohlen. Die hohe Rate an Empfehlungen für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie erklärt sich dadurch, dass die Ambulanz in Gießen psychodynamisch ausgerichtet ist.

Bei Poetzsch (2010) erhielten 38,37 % der Patienten eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, 27,91 % eine psychoanalytische Psychotherapie und nur 5,23 % eine Verhaltenstherapie. Die Zahlen lassen sich auch hier durch die psychodynamische

Ausrichtung der Ambulanz erklären. In 2,91 % der Fälle wurde keine Psychotherapieindikation gestellt.

Sowohl PSS als auch PoSS wurde die Einzeltherapie am häufigsten verordnet (30,6 % vs 40,0 %). Den PoSS wurde gleichermaßen häufig eine ambulante und stationäre Therapie empfohlen (47,9 % vs. 47,0 %). Den PSS wurde vergleichsweise häufiger eine stationäre Behandlung empfohlen als eine ambulante (64,0 % vs. 35,1 %). Im Vergleich wurde den PSS häufiger eine stationäre Therapie als den PoSS angeraten (64,0 % vs. 47,0 %). 5,1 % der PoSS und nur 0,9 % der PSS erhielten keine Therapieempfehlung. Dass den PSS häufiger eine stationäre Behandlung nahegelegt wurde, könnte an der damit höheren Verbindlichkeit liegen, zudem wurde bei Huber et al. (2003) und auch Tritt et al. (2004) dargestellt, dass dann zumindest häufiger eine ambulante Therapie begonnen wurde, auch wenn die Patienten die empfohlene stationäre Aufnahme ablehnten. Weiterhin gibt es stationär spezifische Behandlungsangebote im multimodalen Therapiekonzept und im stationären Setting kann ein Krankheitsverständnis aufgebaut werden (Hausteiner-Wiehler et al., 2017).

Beiden Gruppen wurde die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie am häufigsten empfohlen, an zweiter Stelle die Verhaltenstherapie. Dies lässt sich auch durch die psychodynamische Ausrichtung der Ambulanz in Gießen erklären.

4.3.9 Motivation

Insgesamt wurde durch die Therapeuten eingeschätzt, dass bei den Patienten eine gute Motivation vorlag. Die Therapeuten schätzten ein, dass PoSS eine höhere Motivation zur Behandlung als PSS aufwiesen. Die Motivation bei den PSS war mit 2,9 (vs. 3,2 bei PoSS) dennoch höher als erwartet. Dass die Motivation geringer als bei PoSS eingeschätzt wurde, lässt sich mit dem Charakteristikum der PSS vereinbaren, die von vornherein der Überzeugung sind, ihre Beschwerden seien körperlich begründet (Dilling, 2010). Dadurch haben sie weniger Einsicht, in einer nicht somatisch ausgerichteten Institution behandelt zu werden. Auch in der Literatur wiesen die meisten Patienten mit einer somatoformen Störung eine geringe Behandlungsmotivation auf (Franz et al., 1993; Schweickhardt et al., 2008). Dass das Ergebnis in unserer Arbeit dennoch höher lag als anfangs vermutet, lässt sich wohl dadurch erklären, dass sich die somatoformen Patienten am häufigsten selbstständig in Behandlung begeben. Damit

vollbringen sie schon von Anfang an selbst den ersten Schritt in Richtung Psychotherapie. Dies deckte sich mit den Aussagen der Studie von Strauss et al. (1991), bei der die Patienten, die aus eigenem Antrieb in die Psychosomatische Ambulanz kamen, die höchste Bereitschaft zur Psychotherapie aufwiesen. Ein weiterer Grund könnte sein, dass die Patienten bereits eine lange Chronifizierungsphase und Krankheitsbelastung hinter sich haben und trotz ihres somatischen Krankheitsverständnisses nun doch die Psychosomatische Ambulanz konsultieren. Zu dem Zeitpunkt liegt die Motivation möglicherweise bereits etwas höher. Allerdings zeigte sich in den Ergebnissen der Regressionsanalyse kein Einfluss der Beeinträchtigung im BSS körperlich, psychisch und sozialkommunikativ sowie in der GAF-Skala der letzten sieben Tage und im GSI auf die Motivation der Patienten. Auch die Variablen Alter, Geschlecht, Bildung und Arbeitsunfähigkeitszeiten beeinflussten die Motivation in der Regressionsanalyse nicht.

5. Ausblick

In dieser Studie wurden Patienten einer Psychosomatischen Hochschulambulanz einer Universitätsklinik beschrieben. Über die aktuelle Versorgungsstruktur in Ambulanzen liegen wenig Studien vor. Es wäre wünschenswert, weitere Studien an Psychiatrischen und Psychosomatischen Ambulanzen zu erheben, um eine bessere Darstellung der Versorgung im ambulanten Bereich zu erreichen. Die langen Arbeitsunfähigkeitszeiten und die körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen der Patienten weisen auf die Bedeutung der zeitnahen psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung hin, wobei weiterhin Latenzen bis zur Aufnahme einer adäquaten Behandlung vergehen. Durch die Dokumentation der Anlässe und Ziele in den Versorgungsprozess wird die Patientenperspektive gestärkt. Das Wissen um die Strukturen und Prozesse ist insbesondere im Hinblick auf die Zunahme von psychischen Erkrankungen von Bedeutung, um eine gute fachliche und möglichst schnell vermittelte Diagnostik und Indikationsstellung für die weitere Versorgung zu gewährleisten. Von diesem Wissen ausgehend könnte beispielsweise die Abfolge und Art und Weise der Behandlungsschritte verbessert werden. Wünschenswert ist ein Ausbau der ambulanten Versorgung außerdem, um stationäre Aufnahmen zu vermeiden, was dann die gesundheitsökonomische Sicht berücksichtigt.

6. Zusammenfassung

Patienten mit einer somatoformen Störung stellen aufgrund der Prävalenz, der somatischen Fixierung und der hochfrequenten Inanspruchnahme des Gesundheitssystems eine besondere Herausforderung für Ärzte und Psychotherapeuten dar. Die vorliegende Studie hatte zum Ziel, Unterschiede von Patienten mit Diagnose einer somatoformen Störung (PSS) und Patienten ohne somatoforme Störung (PoSS) im Rahmen der Versorgung innerhalb der psychosomatischen Ambulanz darzustellen. Die Basisdokumentation der Psychosomatischen Ambulanz der Universität in Gießen von n = 1080 Patienten im Jahr 2010 wurde retrospektiv quantitativ bezüglich der klinischen Charakteristika, der Diagnosen, der Motivation und Behandlungsempfehlungen ausgewertet. In einer qualitativen Analyse wurden Behandlungsanlässe erfasst und Kategorien zugeordnet. Die Behandlungsziele wurden mit dem gering modifizierten "Bern Inventory of Treatment Goals" von Grosse und Grawe (2002) klassifiziert und durch ein Doppelratingverfahren zugeordnet. Es wurde bei 10,8 % der Patienten eine somatoforme Störung als Hauptdiagnose diagnostiziert. Sie bildeten die vierthäufigste Kategorie nach den depressiven Störungen mit 27,0 %, Anpassungsstörungen mit 20,1 % und Angststörungen mit 12,5 %. PSS zeigten im Vorfeld längere Arbeitsunfähigkeitszeiten und eine höhere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ihre Therapiemotivation wurde von den Therapeuten geringer als für die PoSS eingeschätzt. Sie bekamen mehr stationäre als ambulante Psychotherapie und mehr psychodynamische Psychotherapie als Verhaltenstherapie empfohlen. Die häufigsten von den Patienten berichteten Behandlungsanlässe waren bei PoSS depressive Beschwerden (31,4 %), Angst (22,7 %) und Probleme im sozialen Umfeld (21,8 %). PSS beklagten zu etwa zwei Drittel am häufigsten psychosomatische Beschwerden (64,0 %). Die häufigsten Behandlungsziele waren bei beiden Gruppen Ziele der Problem- und Symptombewältigung (76,6 % der PSS und 53,0 % der PoSS), wobei die PSS die Ziele der Problem- und Symptombewältigung signifikant häufiger angaben. PoSS berichteten häufiger über interpersonelle Ziele und Ziele der Selbstentwicklung. Die psychosomatische Ambulanz bildet eine wichtige Schnittstelle im Versorgungssystem von Patienten mit somatoformen Störungen. Die erzielten Ergebnisse unterstreichen die Besonderheiten dieser Patienten, die bei der Erstuntersuchung berücksichtigt werden sollten, um eine ausreichende Motivation für eine empfohlene Psychotherapie zu erreichen.

7. Summary

Patients with somatoform disorder are a great challenge to psychiatrists and psychotherapists because of the prevalence, the somatic fixation and the highly frequent utilization of the health care system. This study aims to show the differences of patients with somatoform disorder (PSS) and patients without somatoform disorder (PoSS) consulting a university outpatient care unit. The documentation of 1080 patients of the psychosomatic outpatient care unit in Gießen in the year 2010 was analyzed retrospectively and quantitatively regarding the clinical features, diagnoses, motivation and treatment recommendations. In a qualitative analysis problems that led to consultation were recorded and assigned to categories. The treatment goals were classified with the slightly modified “Bern Inventory of Treatment Goals“ from Grosse and Grawe (2002) and assigned with a double rating process. From the 1080 patients 10.8 % had a somatoform disorder as main diagnosis. It was the fourth category behind depressive disorders with 27 %, adjustment disorder with 20.1 % and anxiety disorder with 12.5 %. PSS had longer disability to work days and a higher utilization of medical treatments in the history. The therapists’ estimation for the PSS motivation for therapy was estimated less than for the PoSS. They received more inpatient treatment as outpatient psychotherapy and more psychodynamic psychotherapy as behaviour therapy. The most reported problems of the PoSS were depressive symptoms (31.4 %), anxiety (22.7 %) and problems in the social environment (21.8 %). PSS most often complained about psychosomatic symptoms in about two-thirds of the cases (64,0 %). The goals of both groups were most often problem and symptom relief (76.6 % PSS and 53.0 % PoSS), although PSS reported problem and symptom relief even significantly more often. PoSS stated interpersonal goals and goals of personal growth more often. The psychosomatic outpatient clinic is at the intersection of the care of patients with somatoform disorder. The findings point out the patients’ characteristics which have to be considered, especially in the first contact, to reach a satisfactory motivation for psychotherapy.

8. Abkürzungsverzeichnis

BIT-T	Berner Inventar zur Erfassung von Therapiezielinhalten – die Taxonomie
BSS	Beeinträchtigungs-Schwere-Score
DSM-V	Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
GAF	Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus (Global Assessment of Functioning Scale)
GARF	Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehungen (Global Assessment of Relational Functioning)
GSI	Global Severity Index
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
M	Mittelwert
n	Anzahl
NNB	nicht näher bezeichnet
<i>p</i>	Signifikanz
PoSS	Patienten ohne somatoforme Störung, mit anderer psychischer Diagnose
PSS	Patienten mit somatoformer Störung
SCL-90-R	Symptom-Checklist-90®-Standard
SD	Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
SOFAS	Skala zur globalen Erfassung des sozialen und beruflichen Funktionsniveaus (Social and Occupational Functioning Assessment Scale)
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
<i>t</i>	T-Test
χ^2	Chi ² nach Pearson

9. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Häufigkeiten der Behandlungsanlässe	36
Abbildung 2: Häufigkeiten der Vermittlung der Behandlung (n = 938).....	39
Abbildung 3: Häufigkeiten der Hauptdiagnosen (n = 1041).....	40
Abbildung 4: Ausprägung des BSS, Angabe als Häufigkeit (BSS körperlich n = 1058, BSS psychisch n = 1059, BSS sozialkommunikativ n = 1057)	41
Abbildung 5: Ausprägung der Beeinträchtigung in der GAF-Skala, Angabe als Häufigkeit (n = 1062).....	42
Abbildung 6: Ausprägung der GARF-Skala, Angabe als Häufigkeit (n=1062)	43
Abbildung 7: Ausprägung der SOFAS-Skala, Angabe als Häufigkeit (n=1064)	44
Abbildung 8: Empfohlenes Therapiesetting, Angabe als Häufigkeit (n = 1054), *ambulantes Therapiesetting.....	46
Abbildung 9: Empfohlenes Psychotherapieverfahren, Angabe als Häufigkeit (n = 760)	47
Abbildung 10: Behandlungsmotivation, Angabe als Häufigkeit (n = 1007).....	48
Abbildung 11: Häufigkeiten der Behandlungsanlässe (PoSS n = 871, PSS n = 100).....	51
Abbildung 12: Häufigkeiten der Behandlungsziele (PoSS n = 837, PSS n = 94).....	52
Abbildung 13: Vermittlung der Behandlung, Angabe als Häufigkeit (PoSS n = 839, PSS n = 99)	53
Abbildung 14: Empfohlenes Therapiesetting, Angabe als Häufigkeit (PoSS n = 943, PSS n = 111).....	54
Abbildung 15: Empfohlenes Psychotherapieverfahren, Angabe als Häufigkeit (PoSS n = 688, PSS n = 72).....	55

10. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kategorien für die Behandlungsanlässe, modifiziert	28
Tabelle 2: Kategorien für die Behandlungsziele, modifiziert	29
Tabelle 3: Soziodemografische Merkmale, Angabe als Häufigkeit.....	33
Tabelle 4: Häufigkeiten der Behandlungsziele	37
Tabelle 5: Soziodemografische Merkmale, Angabe als Häufigkeit und Teststatistik	49

11. Literaturverzeichnis

- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G., Brähler, E. (2010a). Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten - Teil 1: Versorgungssituation. *Psychotherapeut*, 55(6), 503-514.
- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G., Brähler, E. (2010b). Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten - Teil 2: Wirksamkeit. *Psychotherapeut*, 56(1), 51-60.
- Altman, D. (1991). *Practical Statistics for Medical Research*. Boca Raton: Chapman and Hall/CRC.
- Anderson, M., Hartz, A., Nordin, T., Rosenbaum, M., Noyes, R., James, P., Ely, J., Agarwal, N., Anderson, S. (2008). Community physicians' strategies for patients with medically unexplained symptoms. *Family Medicine*, 40(2), 111-118.
- Barsky, A., Orav, E., Bates, D. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 62(8), 903-910.
- Behm, A., Hüsing, P., Löwe, B., Touissant, A. (2021). Persistence rate of DSM-5 somatic symptom disorder: 4-year follow-up in patients from a psychosomatic outpatient clinic. *Comprehensive Psychiatry*, 110(110). 152265.
- Bekanntmachungen: Vereinbarung gemäß 118 Absatz 2 SGB V. (2001). *Dtsch Arztebl International*, 98(9), 566.
- Berking, M. (2004). *Therapieziele in der psychosomatischen Rehabilitation (Mathematisch-Naturwissenschaftliche Fakultät)*. Göttingen: Georg-August-Universität.
- Berking, M., Grosse Holtforth, M., Jacobi, C., Kroner-Herwig, B. (2004). Sage mir Deine Diagnose, und ich sage Dir, was Du willst: Inwieweit sind Therapiezielinhalte störungsspezifisch? *Zeitschrift für Klinische Psychologie Psychiatrie und Psychotherapie*, 52(3), 223-236.
- Bortz, J. (1984). *Lehrbuch der empirischen Forschung*. Berlin: Springer.
- Bortz, J., Lienert, G., Barskova, T., Leitner, K., Oesterreich, R. (2008a). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung: Leitfaden für die verteilungsfreie Analyse kleiner Stichproben*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bortz, J., Lienert, G., Boehnke, K. (2008b). *Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bösner, S., Träger, S., Hirsch, O., Becker, A., Ilhan, M., Baum, E., Donner-Banzhoff, N. (2011). Vom Hausarzt zum Facharzt - aktuelle Daten zu Überweisungsverhalten und -motiven. *Z Allg*, 87, 371-377.

- Bundespsychotherapeutenkammer. (2020). Psychotherapierichtlinie. Abgerufen am 05.12.2020, von <https://bptk.de>
- Deutscher Bundestag. (1975). Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bonn - Bad Godesberg: Heger.
- Deutsche Rentenversicherung. (2019). Reha-Atlas 2019. Die Teilhabeleistungen der Deutschen Rentenversicherung in Zahlen, Fakten und Trends. Abgerufen am 07.02.2020, von <http://www.deutsche-rentenversicherung.de>
- Dilling, H. (2010). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.
- Doering, S., Lampe, A., Schüßler, G. (2007). Die psychosomatisch-psychotherapeutische Ambulanz. Konzepte und klinische Praxis. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Doering, S., Schüßler, G. (2004). Theorie und Praxis der psychodynamischen Diagnostik, Indikationsstellung und Therapieplanung. In: Hiller, W., Sulz, S., Leichsenring, F. (Hrsg) Lehrbuch der Psychotherapie - Ausbildungsinhalte nach dem Psychotherapeutengesetz. Band 2. Psychoanalytisch und tiefenpsychologisch fundierte Therapie. München: CIP Medienverlag.
- Ermann, M. (2007). Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Faller, H., Goßler, S. (1998). Probleme und Ziele von Psychotherapiepatienten. Eine qualitativ-inhaltsanalytische Untersuchung der Patientenangaben beim Erstgespräch. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 48(5), 176-186.
- Fink, P., Rosendal, M., Toft, T. (2002). Assessment and treatment of functional disorders in general practice: the extended reattribution and management model - an advanced educational program for nonpsychiatric doctors. Psychosomatics, 43(2), 93-131.
- Fink, P., Sørensen, L., Engberg, M., Holm, M., Munk-Jørgensen, P. (1999). Somatization in Primary Care: Prevalence, Health Care Utilization, and General Practitioner Recognition. Psychosomatics, 40(4), 330-338.
- Finzen, A., Schädle-Deininger H. (1976). Die Psychiatrie-Enquete: Daten, Ergebnisse, Inhalte des Berichts über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland: Bethel.
- Franke, G.H. (2002). Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis: SCL-90-R. Göttingen: Beltz Test.

- Franz, M., Dilo, K., Schepank, H., Reister, G. (1993). Warum "Nein" zur Psychotherapie? Kognitive Stereotypen psychogen erkrankter Patienten aus einer Bevölkerungsstichprobe im Zusammenhang mit der Ablehnung eines Psychotherapieangebots. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 43(8), 278–285
- Geiser, F., Imbierowicz, K., Schilling, G., Conrad, R., Liedtke, R. (2000). Unterschiede zwischen Diagnosegruppen psychosomatischer Patienten in der Symptom-Checklist-90-R (SCL-90-R): Konsequenzen für den Gebrauch der SCL-90-R in der Verlaufsforschung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 50(12), 447-453.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2011). Modellprojekt. Verfahren zur verbesserten Versorgungsorientierung am Beispielthema Depression. Abgerufen am 28.11.2020, von <https://g-ba.de>
- Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. (1998). Abgerufen am 02.05.2021, von <https://psychologie.uni-frankfurt.de>
- Gesetz über den Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten. (2019). Abgerufen am 02.05.2021, von <https://gesetze-im-internet.de>
- Gesundheitsministerkoferenz der Länder (2007). Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven. Abgerufen am 03.06.2013, von www.gmkonline.de
- GKV Spitzenverband. (2021). Abgerufen am 02.05.2021, von https://gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulanz_stationaere_versorgung/psychiatrische_institutsambulanzen/psychiatrische_institutsambulanzen.jsp
- Görgen, W., Engler, U. (2005). *Ambulante psychotherapeutische Versorgung von psychosekranken Menschen sowie älteren Menschen in Berlin*. Berlin: Kammer für Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Land Berlin.
- Grosse, M., Grawe, K. (2002). Bern Inventory of Treatment Goals. Part 1. Development and First Application of a Taxonomy of Treatment Goal Themes. *Psychotherapy Research*, 12(1), 79-99.
- Grosse Holtforth, M., Wyss, T., Schulte, D., Trachsel, M., Michalak, J. (2009). Some like it specific: the difference between treatment goals of anxious and depressed patients. *Psychology and Psychotherapy*, 82(Pt 3), 279-290.
- Haller, H., Cramer, H., Lauche, R., Dobos, G. (2015). Somatoforme Störungen und medizinisch unerklärbare Symptome in der Primärversorgung. *Dtsch Arztebl Intl.*, 112(16), 279-87.

- Hausteiner-Wiehler, C., Schäfer, R., Sattel, H., Henningsen, P., Roenneberg, C. (2017). S3 Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden. Abgerufen am 21.11.2020, von <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-001.html>
- Hessel, A., Beutel, M., Geyer, M., Schumacher, J., Brähler, E. (2005). Prevalence of somatoform pain complaints in the German population. *Psycho-Social-Medicine*, 2.
- Heuft, G., Senf, W., Wagener, R., Pintelon, C., Lorenzen, J. (1996). Individuelle Therapieziele: Zur Ergebnisdokumentation stationärer Psychotherapie aus Patienten- und Therapeutesicht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie Psychiatrie Psychotherapie* 44(2), 186-199.
- Hilsenroth, M., Ackermann, S., Blagys, M., Baumann, B., Baity, M., Smith, S., Price, J., Smith, C., Heindselman, T., Mount, M., Holdwick, D. (2000). Reliability and Validity of DSM-IV Axis V. *American Journal of Psychiatry*. 157, 1858-1863.
- Huber, D., Brandl, T., Henrich, G., Buchheim, P. (2002). Indikationsbesprechungen an einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Poliklinik - eine explorative Feldstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31(4), 251-256.
- Huber, D., Brandl, T., Henrich, G., von Rad, M. (2003). Zufriedenheit und Therapieakzeptanz nach einem psychosomatisch-psychotherapeutischen Beratungsgespräch. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32(2), 85-93.
- Institut für Gesundheits-System-Forschung (2005). Gutachten zur Strukturanalyse und Bedarfsermittlung im Bereich der Psychotherapeutischen Medizin (Psychosomatik in Hessen, Band II: Strukturanalyse. Abgerufen am 19.02.2014, von http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.volkerbahr.de%2Fdownloads_healthcare%2FIGSF_Psychosomatik-Hessen-2005_Band2.pdf&ei=uYEEU4yYA-eAywPcs4G4CA&usg=AFQjCNHMesGhAcsdatdUaZ_96wkXRDpd-g&bvm=bv.61535280,d.bGQ
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M.A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt*, 85(1), 77-87.
- Jacobi, F., Klose, M., Wittchen, H. (2004a). Mental disorders in the community: healthcare utilization and disability days. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 47(8), 736-744.
- Jacobi, F., Wittchen, H., Holting, C., Hofler, M., Pfister, H., Muller, N., Lieb, R. (2004b). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34(4), 597-611.

- Janssen, P., Franz, M. (1999). Psychotherapeutische Medizin. Standortbestimmung zur Differenzierung der Versorgung psychisch und psychosomatisch Kranker. Stuttgart: Schattauer.
- Jörg, S.H., Hans-Dieter Nolting. (2019). DAK Gesundheitsreport 2019. Abgerufen am 10.03.2020, von <https://www.dak.de>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2019). Änderungsvereinbarung zur Vereinbarung zu den Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß §118 Absatz 2 SGB V Artikel 1, Artikel 2, Anlage 2: Vereinbarung für Institutsambulanzen gemäß §118 Absatz 3 SGB V. Deutsches Ärzteblatt, 569.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2020). Allgemeine Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung. Abgerufen am 15.07.2021, von <https://kbv.de/html/27068.php>
- Kassenärztliche Vereinigung Hessen. (2022). Psychosomatische Grundversorgung. Abgerufen am 03.03.2022. <https://www.kvhessen.de/genuehmigung/psychosomatische-grundversorgung/>
- Kleinstäuber, M., Thomas, P., Witthöft, M., Hiller, W. (2012). Kognitive Verhaltenstherapie bei medizinisch unerklärten Körperbeschwerden und somatoformen Störungen. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Körner, M. (2009). Die Diskrepanz von Bedarf und Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Maßnahmen im deutschen Gesundheitssystem. Abstract auf dem Kongress des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung, 01.-03.10.2009, Heidelberg.
- Krippendorff, K. (2013). Content analysis: an introduction to its methodology. Los Angeles: Sage.
- Kroenke, K. (2007). Somatoform disorders and recent diagnostic controversies. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(4), 593–619.
- Kroenke, K., Spitzer, R., Williams, J., Linzer, M., Hahn, S., deGruy 3rd, F., Brody, D. (1994). Physical symptoms in primary care: predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Archives of Family Medicine*, 3(9), 774-779.
- Kruse, J., Jäger, B., Jakobi, H., Korte, M., Merkle, W., Ohlmeier, M., Riese, S. (2021). Psychische Erkrankungen und ärztlich-psychotherapeutische Versorgung. Herausforderung für das System. *Deutsches Ärzteblatt*, 118 (18), 932-934.
- Kuhlencord, M., Bethan, I., Hagmayer, Y. (2018). Therapieziele bei Patientinnen und Patienten mit einer Angststörung in Theorie und Praxis. [Therapieziele, Annäherungs- und Vermeidungsziele, Angststörung]. 2018, 6(2), 21.

- Ladwig, K.H., Marten-Mittag, B., Erazo, N., Gundel, H. (2001). Identifying somatization disorder in a population-based health examination survey: psychosocial burden and gender differences. *Psychosomatics*, 42(6), 511-518.
- Larisch, A., Fisch, V., Fritzsche, K. (2005). Kosten-Nutzen-Aspekte psychosozialer Interventionen bei somatisierenden Patienten in der Hausarztpraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34(4), 282-290.
- Lieb, K., Frauenknecht, S. (2019). *Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie*. München: Elsevier.
- Löwe, B., Andresen, V., Van den Bergh, O., Huber, T., von dem Knesebeck, O., Lohse, A., Nestoriuc, Y., Schneider, G., Schneider, S., Schramm, C., Ständer, S., Vettorazzi, E., Zapf, A., Shedden-Mora, M., Touissant, A. (2022). Persistent SOMatic symptoms ACROSS diseases - from risk factors to modification: scientific framework and overarching protocol of the interdisciplinary SOMACROSS research unit. *BMJ Open*, 12(1).
- Mack, S., Jacobi, F., Gerschler, A., Strehle, J., Höfler, M., Busch, M.A., Maske, U.E., Hapke, U., Seiffert, I., Gaebel, W. (2014). Self-reported utilization of mental health services in the adult German population - evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(3), 289-303.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- Melchinger, H. (2008). *Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung*. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Möller, H.-J. (1994). *General aspects of predictor research in schizophrenia and depression*: Springer.
- Poetzsch, F. (2010). *Die Ambulanz der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik der Psychiatrischen Klinik der Universität München - Patienten, Diagnosen und Ergebnisse (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie)*. Ludwig-Maximilian-Universität, München. Abgerufen am 05.03.2012, von <http://edoc.ub.uni-muenchen.de/12295/>
- Potreck-Rose, F., Koch, U. (1994). *Chronifizierungsprozesse bei psychosomatischen Patienten*. Stuttgart: Schattauer.
- Rief, W., Hiller, W. (2008). *SOMS–Das Screening für somatoforme Störungen, 2. vollständig überarbeitete und neu normierte Aufl.* Bern: Huber.
- Rief, W., Schaefer, S., Hiller, W., Fichter, M. (1992). Lifetime diagnoses in patients with somatoform disorders: Which came first? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241(4), 236-240.

- Saß, H., Houben, I. (1998). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe.
- Scheidt, C., Seidenglanz, K., Dieterle, W., Hartmann, A., Bowe, N., Hillenbrand, D., Sczudlek, G., Strasser, F., Strasser, P., Wirsching, M. (1998). Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 43(2), 92-101.
- Schepank, H. (1995). Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS). Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung. Göttingen: Hogrefe.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T., Koch, U. (2008). Psychotherapeutische Versorgung. Abgerufen am 17.02.2014, von http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/Psychotherapeutische_Versorgung.html
- Schweickhardt, A., Leta, R., Bauer, J., Fritzsche, K. (2008). Faktorenstruktur und Validität einer veränderten Version des Fragebogens zur Messung von Psychotherapiemotivation (FPTM) im Vorfeld der psychotherapeutischen Behandlung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 59(11), 401-408.
- Simmel, E. (1930). Zur Geschichte und sozialen Bedeutung des Berliner Psychoanalytischen Instituts. in Rado, S. (Hrsg). Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut (Poliklinik und Lehranstalt). Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Smith Jr, G., Monson, R., Ray, D. (1986). Patients with multiple unexplained symptoms: their characteristics, functional health, and health care utilization. *Archives of Internal Medicine*, 146(1), 69.
- Sozialgesetzbuch V. Fünftes Buch. Gesetzliche Krankenversicherung. §117 Hochschulambulanzen. (2021). Abgerufen am 02.05.2021, von www.sozialgesetzbuch-sgb.de
- Söderberg, P., Tungström, S., Armelius, B. (2005). Special Section of the GAF: Reliability of Global Assessment of Functioning Ratings Made by Clinical Staff. *Psychiatric Services*, 56(4), 434-438.
- Spengler, A. (2012). Psychiatrische Institutsambulanzen: Leistungsfähig, bedarfsgerecht und innovativ. *Deutsches Ärzteblatt*, 109(40), 1981-1984.
- Spitzbart, S. (2004). Barrieren bei der Inanspruchnahme von Psychotherapie. Schriftenreihe "Gesundheitswissenschaften". Band 28. Johannes Kepler Universität Linz.
- Steinbrecher, N., Koerber, S., Frieser, D., Hiller, W. (2011). The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics*, 52(3), 263-271.

- Strauss, B., Speidel, H., Probst, P., Seifert, A. (1991). Zeitlich begrenzte Kontakte mit einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz. II, Potentielle Determinanten der Inanspruchnahme therapeutischer Empfehlungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 41(2), 53-60.
- Subic-Wrana, C., Tschan, R., Michal, M., Zwerenz, R., Beutel, M., Wiltink, J. (2011). Kindheitstraumatisierungen, psychische Beschwerden und Diagnosen bei Patienten einer psychosomatischen Universitätsambulanz. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 61, 54-61.
- Tritt, K., Schneider, H., Lahmann, C., Joraschky, P., Nickel, M., Loew, T. (2004). Therapieempfehlungen an Patienten einer psychosomatischen Poliklinik: Gibt es Zusammenhänge mit der Symptombelastung und werden die Ratschläge befolgt?. *Psychother Psych Med*, 54(7), 289–297
- van der Feltz-Cornelis, C., van Oppen, P., Ader, H., van Dyck, R. (2006). Randomised controlled trial of a collaborative care model with psychiatric consultation for persistent medically unexplained symptoms in general practice. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(5), 282-289.
- von Uexküll, T., Adler, R., Herrmann, J., Köhle, K., Langewitz, W., Schonecke, O., Wesiack, W. (2003). *Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns*. München, Jena: Urban und Fischer.
- Walendzik, A., Rabe-Menssen, C., Lux, G., Wasem, J., Jahn, R. (2011). Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010. Universität Duisburg-Essen, Deutsche Psychotherapeutenvereinigung DPtV.
- Wittchen, H., Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland – eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheitsurvey 1998. *Bundesgesundheitsblatt*, 44(10), 993-1000.
- Zepf, S., Mengele, U., Hartmann, S. (2003). Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 53(3-4), 152-162.

12. Anhang

Anhang A: Basisdokumentationsbögen

**Patientenangaben – Diagnostik – Behandlungsbeginn
(Selbstauskunft)**

Ambulanz-Nr. [][][][][][][][][][] Patienten-ID [][][][][][][][][][][]

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen. Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname _____

aktuelles Datum [][][][][][][][][][][][]
Tag Monat Jahr

1.1 Ihr Geschlecht
1 männlich 2 weiblich

Ihr Geburtsdatum [][][][][][][][][][][]

1.2 Welcher Nationalität gehören Sie an?
1 Deutsch
2 Deutscher Übersiedler/ Spätaussiedler
(Jahr der Übersiedlung: _____)

[][][] Andere Nationalität:
(Internationales Autokennzeichen)
oder

1.3 Wie ist Ihr aktueller Familienstand?
(Mehrfachantworten möglich)
1 ledig
2 verheiratet
3 getrennt lebend
4 geschieden
5 verwitwet
6 wieder verheiratet

1.4 Haben Sie zur Zeit einen festen Partner?
0 nein 1 ja

1.5 Wieviel Kinder haben Sie?
keine Ich habe _____ Kinder

1.6 In wessen Haushalt leben Sie?
1 versorgt im Haushalt der Eltern
2 mit Eltern oder Schwiegereltern
gemeinsam
3 eigener Haushalt (allein oder mit Partner,
eigener Familie etc.)
4 Wohngemeinschaft
5 sonstiger Haushalt: _____

1.7 Wie ist Ihre Wohnsituation?
1 Privatwohnung, Haus, möbl. Zimmer,
Wohngemeinschaft
2 betreutes Einzelwohnen/betreute
Wohngruppe
3 therapeutisches /psychiatr. / geronto-
psychiatr. Heim, Heim für Behinderte,
(Übergangs-)Wohnheim, Nachtklinik
4 Altenwohnheim /Altenpflegeheim
5 sonstiges nicht-therapeutisches Heim
(z.B. Studentenwohnheim, Aussiedler-
wohnheim etc.)
6 psychiatrisches Krankenhaus
7 ohne festen Wohnsitz
8 sonstiges: _____

1.8 Welchen höchsten Schulabschluß haben
Sie? (Bei Ausbildungen im Ausland
bitte Vergleichbares wählen)
1 noch in der Schule
2 kein Schulabschluß
3 Sonderschulabschluß
4 Hauptschul- /Volksschulabschluß

- 5 Realschulabschluß / mittlere Reife /polytechn. Oberschule
- 6 Fachabitur / Abitur
- 7 sonstiges: _____

1.9 Welchen höchsten Berufsabschluß haben sie?

- 1 noch in der Berufsausbildung
- 2 Lehre / Fachschule
- 3 Meister
- 4 Fachhochschule / Universität
- 5 ohne Berufsabschluß
- 6 sonstiges: _____

1.10 Wie lautet Ihr letzter (oder zuletzt ausgeübter) Beruf?

- 1 un-/angelernter Arbeiter
- 2 Facharbeiter, nicht selbständig. Handwerker
- 3 einfacher Angestellter
- 4 mittlerer Angestellter, Beamter im mittleren Dienst
- 5 höher qualifizierter / ltd. Angestellter, Beamter im höheren Dienst
- 6 selbst. Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender
- 7 selbst. Akademiker, Freiberufler, Unternehmer
- 8 nie erwerbstätig
- 9 sonstiges: _____

1.11 Wenn Sie gemeinsam mit anderen einen Haushalt bilden: Wie lautet der letzte oder zuletzt ausgeübte Beruf desjenigen in Ihrem Haushalt, der das meiste Geld verdient?

entweder:

- 0 Ich lebe allein im Haushalt oder ich bin selbst derjenige, der am meisten verdient

oder: Der / die Meistverdienende ist

- 1 un-/angelernter Arbeiter
- 2 Facharbeiter, nicht selbst. Handwerker
- 3 einfacher Angestellter /Beamter
- 4 mittlerer Angestellter, Beamter im mittleren Dienst

- 5 höherqualifizierter /ltd. Angestellter, Beamter im höheren Dienst

- 6 selbst. Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender

- 7 selbst. Akademiker, Freiberufler, Unternehmer

- 8 nie erwerbstätig

- 9 sonstiges: _____

1.12 Wie ist Ihre jetzige berufliche Situation?

- 1 berufstätig, Vollzeit
- 2 berufstätig, Teilzeit mit _____ Wochenstunden
- 3 berufstätig, gelegentlich
- 4 mithelfender Familienangehöriger, nicht berufstätig
- 5 Hausfrau /-mann, nicht berufstätig
- 6 Ausbildung
- 7 Wehr-/Zivildienst /freiwilliges soziales Jahr
- 8 geschützt beschäftigt
- 9 arbeitslos gemeldet
- 10 Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente
 - 11- auf Dauer
 - 12- auf Zeit; bis _____ (Datum)
- 13 Frührente/Altersrente/Pension
- 14 Witwen / Witwer-Rente
- 15 anderweitig ohne berufliche Beschäftigung: _____

1.13 Sind Sie derzeit arbeitsunfähig? Wenn ja, seit wie vielen Wochen ununterbrochen?

Wochen (000 =keine Arbeitsunfähigkeit)

1.14 Wie lange waren Sie in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig?

Wochen (00 =keine Arbeitsunfähigkeit)

-
- 1.15 Gibt es ein laufendes Rentenverfahren?
- 1 nein
 - 2 Rentenantrag
 - 3 Rentenstreit /Sozialgerichtsverfahren
 - 4 Zeitrente

Behandlung (ohne Psychotherapeuten, Psychologen oder Nervenärzte)?

Mal

-
- 1.16 Wie oft befanden Sie sich in den letzten 12 Monaten in ambulanter ärztlicher

1.17 Wie lange befanden Sie sich in den letzten 12 Monaten in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?

Wochen

-
- 1.18 Wie lange befanden Sie sich in den letzten 12 Monaten in stationärer Behandlung?

Wochen;

davon Wochen in psychiatrischer

und Wochen in psychosomatischer /psychotherapeutischer Behandlung

-
- 1.19 Bitte schildern Sie in eigenen Worten, was Sie zu uns geführt hat (Probleme, Belastungen)

1.

2.

3.

-
- 1.20 Was möchten Sie erreichen (Ziele, Veränderungswünsche) ?

1.

2.

3.

Therapeutenangaben – Diagnostik

Name, Vorname _____ Datum

Tag	Monat	Jahr	

Ambulanz-Nr. | | | | | | | | | | 2.3 Überwaiser / Einwaiser: _____

Therapeut

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

 PLZ Name _____

2.1 Wiederaufnahme?
 nein ja, zum ____ mal:
 - Ambulanz-Nr. | | | | | | | | | |
 - Patienten-Nr. | | | | | | | | | |

2.2 Kostenträger: Kasse privat

2.4 Krankenschein abgegeben:
 nein
 ja, hier in der Psychosomatik
 ja, in _____ (Klinik, Abt.)

2.5 Studienteilnahme: _____

2.6 Gutachten: _____ (Gericht, Versicherung)

2.7 Vermittlung der Behandlung durch
 1 Allgemeinarzt / Praktischer Arzt
 2 Psychiater / Nervenarzt
 3 Arzt für Psychoth. Medizin
 4 Ärztlicher Psychotherapeut
 5 Psychologischer Psychotherapeut
 6 Sonstiger Facharzt für _____
 7 geplante Wiederaufnahme (Klinik)
 8 andere Klinik, welche _____
 9 Beratungsstelle
 10 Gesundheitsamt / Sozialamt
 11 Patient selbst
 12 sonstiges: _____

2.8 Der Patient kommt vorrangig als Patient. -> bitte 2.9 ausfüllen!!
 Der Patient kommt vorrangig als Angehöriger.
 Der Patient kommt sowohl als Patient und als Angehöriger. -> bitte 2.9 ausfüllen!!

2.9 Psychotherapeutische/ psychiatrische Diagnosen

	Hauptdiagnosen ICD-10	Zusatz*	Sicherheit**
1. _____	-		
2. _____	-		
3. _____	-		

***Zusatz:** 0 = kein Zusatz
 1 = z.Z. erscheinungsfrei
 2 = aktueller Schub / Rezidiv
 3 = chronisch progredient
 4 = Zustand nach

****Sicherheit:** 0 = gesicherte Diagnose
 1 = Verdachtsdiagnose
 2 = Differentialdiagnose

2.10 Zeit seit Erstmanifestation der 1. psychotherapeutischen /psychiatrischen Diagnose in Monaten | | | |

2.11 Somato-medizinische Diagnosen

	Hauptdiagnosen ICD-10	Zusatz*	Sicherheit**
1.	_____ - _____	_____	<input type="checkbox"/>
2.	_____ - _____	_____	<input type="checkbox"/>
3.	_____ - _____	_____	<input type="checkbox"/>

*Zusatz: 0 = kein Zusatz
 1 = z.Z. erscheinungsfrei
 2 = aktueller Schub / Rezidiv
 3 = chronisch progredient
 4 = Zustand nach

** Sicherheit: 0 = gesicherte Diagnose
 1 = Verdachtsdiagnose
 2 = Differentialdiagnose

2.12 Wurde eine weitere medizinische Abklärung empfohlen? nein ja

2.13 Wurde eine Bescheinigung/kurzegutachterliche Stellungnahme ausgestellt?

nein ja

2.14 Deutschkenntnisse

- 1 Kommunikation problemlos möglich
- 2 geringe Einschränkung der Kommunikationsfähigkeit
- 3 starke Einschränkung der Kommunikationsfähigkeit
- 4 Kommunikation (fast) nicht möglich

2.15 Der Patient lehnt schriftliche Befragung ab.
 Der Patient ist nicht in der Lage, die Bögen zu bearbeiten.
 Der Patient hat die Bögen vollständig ausgefüllt.

2.16 Dauer des Erstkontaktes: _____ Minuten

2.17 Setting des Erstkontaktes: 1 Einzel 2 Paar 3 Familie 4 sonstiges: _____

2.18 Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS)

Beeinträchtigung für: letzte 7 Tage	Skalierung	Beeinträchtigung für: letzte 12 Monate
Körperlich <input type="checkbox"/>	0 = gar nicht	Körperlich <input type="checkbox"/>
Psychisch <input type="checkbox"/>	1 = geringfügig	Psychisch <input type="checkbox"/>
Sozialkommunikativ <input type="checkbox"/>	2 = deutlich	Sozialkommunikativ <input type="checkbox"/>
	3 = stark	
	4 = extrem	

2.19 Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

- I. Die letzten 7 Tage Skalierung (Zwischenstufen sind möglich):
- II. Der höchste GAF = beste Woche (über mindestens 7 Tage) während des letzten Jahres vor Behandlungsbeginn
- 100-91 = Hervorragende Leistungsfähigkeit
90-81 = Gute Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten
80-71 = Höchstens leichte Beeinträchtigung
70-61 = Leichte Beeinträchtigung
60-51 = Mäßig ausgeprägte Störung
50-41 = Ernsthafte Beeinträchtigung
40-31 = Starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen
30-21 = Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen
20-11 = Selbst- oder Fremdgefährlichkeit
10-1 = Ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit
0 = unzureichende Information

2.20 Globale Erfassung des Funktionsniveau der wichtigsten Beziehung bzw. Beziehungseinheit (GARF)

- I. Die letzten 7 Tage Skalierung (Zwischenstufen werden angestrebt):
- II. Der höchste GARF = beste Woche (über mindestens 7 Tage) während des letzten Jahres vor Behandlungsbeginn
- 100-81 = Die Beziehung funktioniert aus Patienten- und Beobachterperspektive zufriedenstellend.
80-61 = Die Beziehung ist irgendwie unbefriedigend. Über eine Zeitspanne werden viele, aber nicht alle Schwierigkeiten ohne Beschwerden gelöst.
60-41 = Die Beziehung hat gelegentliche Zeiten des Funktionierens, aber dysfunktionale, unbefriedigende Beziehung überwiegt tendentiell.
40-21 = Beziehung ist offensichtlich und ernstlich dysfunktional; die Art und Weise und der Zeitraum des Zusammenseins sind selten zufriedenstellend.
20-1 = Die Beziehung ist zu dysfunktional geworden, um die Kontinuität von Kontakt und Bindung aufrecht zu erhalten.
0 = unzureichende Information

2.21 Globale Erfassung des sozialen und beruflichen Funktionsniveau (SOFAS)

- I. Die letzten 7 Tage Skalierung (Zwischenstufen sind möglich):
- II. Der höchste SOFAS = beste Woche (über mindestens 7 Tage) während des letzten Jahres vor Behandlungsbeginn
- 100-91 = Hervorragende Leistungsfähigkeit
90-81 = Gute Leistungsfähigkeit in allen Bereichen
80-71 = Ganz geringe Beeinträchtigungen
70-61 = Einige Schwierigkeiten
60-51 = Mittlere Schwierigkeiten
50-41 = Ernsthafte Beeinträchtigung
40-31 = Starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen
30-21 = Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen
20-11 = Selbst- oder Fremdgefährlichkeit
10-1 = Ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit
0 = unzureichende Information

2.22 Vorbehandlungen

I. Ambulant

Anzahl abgeschlossener Psychotherapien 00 = keine
99 = unbekannt

Anzahl abgebrochener Psychotherapien 00 = keine
99 = unbekannt

Anzahl psychiatrischer Vorbehandlungen 00 = keine
99 = unbekannt

Dauer der ambulanten psychotherapeutischen Vorbehandlungen (insgesamt)

0 keine 2 6 – 25 Std. 4 161 – 300 Std.
1 bis zu 5 Std. 3 26 – 160 Std. 5 > 300 Std.

Kommt Pat. aus laufender psychotherapeutischer Behandlung?

0 nein 1 ja, seit _____ Art: (Gruppe, Einzel z.B.): _____

Kommt Pat. aus laufender psychiatrischer Behandlung?

0 nein 1 ja, seit _____

II. Stationär

Dauer der stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Vorbehandlungen (in Monaten) 000 = keine
999 = unbekannt

Dauer der stationären psychiatrischen Vorbehandlungen (in Monaten) 000 = keine
999 = unbekannt

2.23 Hauptsächlich empfohlene Behandlung / Therapie: Setting

0 keine	ambulante Behandlung:	stationäre Behandlung:
1 Einzeltherapie /-beratung		Psychotherapeutisch- psychosomatischer Klinik:
2 Paartherapie /-beratung		10 Gießen, Gruppe ? (A,B,C) _____
3 Familientherapie/ -beratung		11 andere
4 Gruppentherapie		12 psychiatrische Klinik
5 Selbsthilfegruppe		13 Suchtklinik/-station/körperliche Entzugsbehandlung
6 psychiatrische Behandlung		14 psychotherapeutische Rehabilitation
7 Entspannungsverfahren		15 sonstige stationäre Behandlung
8 psychosoziale Beratung		
9 sonstige ambulante Behandlung		

Falls Sie mehr als eine Behandlung empfehlen: Ordnen Sie bitte die empfohlenen Therapien in eine Rangreihe. Die dringlichste Behandlung steht an erster Stelle:

1. _____
2. _____
3. _____

2.24 Empfohlene Therapieschule

- 1 analytische Psychotherapie (hochfrequent im Liegen)
- 2 tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- 3 Verhaltenstherapie
- 4 Gesprächspsychotherapie
- 5 Körpertherapie
- 6 andere: _____
- 7 entfällt

2.25 Adressenvermittlung erfolgt: nein ja:

(Name, Ort)

1. _____

2. _____

3. _____

2.26 Behandlung in unserer Ambulanz geplant? nein ja

2.27 Motivation des/der PatientIn zur empfohlenen Behandlung

nicht motiviert 0 - 1 - 2 - 3 - 4 sehr motiviert - 5 entfällt

2.28 Behandlungsdauer an unserer Poliklinik: _____ (in Therapiestunden)

2.29 Abschließende Vereinbarung:

- 1 verbindliche Therapieempfehlung
- 2 unverbindliche Therapieempfehlung
- 3 gelegentliche Kontakte
- 4 keine psychotherapeutische Maßnahmen i.e. S.
- 5 Problem gelöst/hinreichend geklärt
- 6 Abschluß ohne Ergebnis
- 7 Abbruch des Kontakts

Datum, Unterschrift

Anhang B: SCL-90-R (Franke, 2002)

SCL 90-R

Als nächstes finden Sie eine Liste von Problemen die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage aufmerksam durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie in den letzten sieben Tagen durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Machen Sie bitte hinter jeder Frage ein Kreuz in das Kästchen mit der Antwort, die am besten für Sie zutrifft.

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich stark	sehr stark
1. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nervosität oder innerem Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht wieder aus dem Kopf gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. allzu kritische Einstellung gegenüber anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. der Idee, dass irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Gedächtnisschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. dem Gefühl, leicht reizbar und verärgert zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Herz und Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. schlechtem Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Neigung zum Weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich stark	sehr stark
22. der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Selbstvorwürfe über bestimmte Dinge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Einsamkeitsgefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Schermut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Furchtsamkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Herzklopfen oder Herzjagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Übelkeit oder Magenverstimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anhang C: Skalenbeschreibungen GAF, GARF, SOFAS (Saß & Houben, 1998)

Anhang C1: Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus (Global Assessment of Functioning Scale = GAF)

100-91 Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; wird von anderen wegen einer Vielzahl positiver Qualitäten geschätzt; keine Symptome.

90-81 Keine oder nur minimale Symptome (z. B. leichte Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im Allgemeinen zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder –sorgen (z. B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).

80-71 Wenn Symptome vorliegen, sind diese vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z. B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. zeitweises Zurückbleiben in der Schule).

70-61 Einige leichte Symptome (z. B. depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit) ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. gelegentliches Schuleschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im Allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.

60-51 Mäßig ausgeprägte Symptome (z. B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).

50-41 Ernste Symptome (z.B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER eine ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. keine Freunde; Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).

40-31 Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z. B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z.B. Arbeit oder Schule, familiäre

Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z. B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; ein Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).

30-21 Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingenommensein von Selbstmordgedanken) ODER Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).

20-11 Selbst- und Fremdgefährdung (z. B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten (z. B. schmiert mit Kot) ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).

10-1 Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z. B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.

0 Unzureichende Informationen.

Anhang C2: Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehungen (GARF)

81-100 Die Beziehungseinheit funktioniert nach Selbstbericht der Beteiligten und aus der Perspektive von Beobachtern zufriedenstellend.

61-80 Das Funktionieren der Beziehungseinheit ist irgendwie unbefriedigend. Über eine Zeitspanne werden viele, aber nicht alle Schwierigkeiten ohne Beschwerden gelöst.

41-60 Die Beziehungseinheit hat gelegentlich Zeiten des befriedigenden und kompetenten Funktionierens miteinander, aber deutlich dysfunktionale, unbefriedigende Beziehungen überwiegen tendenziell.

21-40 Die Beziehung ist offensichtlich und ernstlich dysfunktional; die Art und Weise und der Zeitraum des Zusammenseins sind selten zufriedenstellend.

1-20 Die Beziehungseinheit ist zu dysfunktional geworden, um die Kontinuität von Kontakt und Bindung aufrecht zu halten.

Anhang C3: Skala zur Erfassung des sozialen und beruflichen Funktionsniveaus (Social and Occupational Functioning Assessment Scale = SOFAS)

100-91 Hervorragende Funktionsleistung in einem weiten Bereich von Aktivitäten.

90-81 Gute Funktionsleistung in allen Bereichen, beruflich und sozial effektiv.

80-71 Nur ganz geringe Beeinträchtigungen der sozialen, beruflichen oder schulischen Funktionen (z.B. gelegentliche zwischenmenschliche Konflikte, zeitweiliges Zurückbleiben im Schulunterricht).

70-61 Einige Schwierigkeiten in den sozialen, beruflichen oder schulischen Funktionen, die jedoch insgesamt gut sind. Hat einige zwischenmenschliche Beziehungen, die von Bedeutung sind.

60-51 Mittlere Schwierigkeiten in der sozialen, beruflichen oder schulischen Funktionsleistung (z. B. wenig Freunde, Konflikte mit Schulkameraden oder Arbeitskollegen).

50-41 Ernste Beeinträchtigungen der sozialen, beruflichen oder schulischen Funktionen (z.B. keine Freundschaften, kann keine Arbeitsstelle halten).

40-31 Starke Beeinträchtigungen in verschiedenen Bereichen wie Arbeit oder Schule sowie in familiären Beziehungen (z. B. ein depressiver Mann, der Freunde meidet, die Familie vernachlässigt und nicht zur Arbeit gehen kann; ein Kind, das häufig jüngere Kinder verprügelt, zu Hause aufsässig ist und die Schule schwänzt).

30-21 Fehlende Funktionsleistung in fast allen Bereichen (z.B. bleibt den ganzen Tag im Bett; hat keine Arbeit, kein Heim und keine Freundschaften).

20-11 Kann gelegentlich die minimale persönliche Hygiene nicht einhalten, kommt alleine nicht zurecht.

10-1 Dauerhafte Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene einzuhalten; kann nicht zurechtkommen, ohne anderen oder sich selbst Schaden zuzufügen oder ohne weitreichende Unterstützung von außen (z.B. Pflegedienste oder Aufsicht).

0 Unzureichende Information.

Anhang D: Anlässe der ambulanten Psychotherapie (Albani, 2010b)

Angstzustände	Generelle Ängste Panikattacken Phobien Prüfungsangst Krankheitsängste
Gedrückte oder schwankende Stimmung	Depressive Beschwerden, Traurigkeit Schlechte Stimmung, Gereiztheit Trauer über den Verlust einer geliebten Person Suizidalität, Selbstmordgedanken
Süchtiges Verhalten	Alkohol-oder Drogenprobleme Andere Süchte (Spielen, Kaufen)
Essstörungen	Magersucht Ess-Brech-Sucht Essanfälle Übergewicht
Weitere Beschwerden	Zwangshandlungen/-gedanken Psychosomatische Beschwerden Sexuelle Funktionsstörungen Probleme, mit körperlicher Erkrankung fertig zu werden Traumatisches Ereignis im Leben Persönlichkeitsstörungen
Andere Probleme	Probleme mit Kindern/Angehörigen Sexuelle Probleme/Konflikte Konflikte/Probleme in der Partnerschaft Lern-und/oder Arbeitsstörungen Probleme am Arbeitsplatz

Anhang E: Unsere Codierungsrichtlinien zur Kategorisierung der Behandlungsanlässe

- Es dürfen maximal 2 Hauptanlässe pro Fall codiert werden
- Zu jeder Hauptkategorie darf jeweils nur eine Unterkategorie festgelegt werden
- Der Rater darf auch die Ziele lesen. Sie können bei der Entscheidung der Codierung des Problems eine Hilfe sein

Anhang F: Modifizierte Kategorisierung der Behandlungsanlässe

Hauptkategorie	Beispiele
Unterkategorie	
1 Angstzustände	
111 Diffuse Angstzustände	Angstzustände Zukunftsängste wegen Sehverschlechterung, Ängste allgemein, viele nicht schaffen zu können
122 Phobien	Ängste (Auto fahren, öffentliche Plätze, viele Menschen, Supermärkte) Autobahnphobie, Angst vor Tunnel, Brücken und Fahrstühlen Fluguntauglichkeit aufgrund einer spezifischen Phobie Soziale Phobie
133 Panikattacken	Probleme mit Panikattacken und Ängsten Panikstörung (Herzrasen)
2 Depressive Verstimmung	
21 Depressive Beschwerden/Traurigkeit	Keine Freude mehr am Leben, Motivationslosigkeit, Hoffnungslosigkeit/Angst vor der Zukunft Stimmungsschwankungen, Schlafstörungen, innere Leere, ausgebrannt und öfters lustlos, Schmerzen im Oberbauch Depressionen, Schlafstörungen, Herzrhythmusstörungen, das Gefühl „ich schaffe das nicht mehr“, Angespanntheit, Mutlosigkeit, dauerhafte Erschöpfung
22 Trauer um den Verlust einer geliebten Person	Ich habe den Tod meiner Mutter noch nicht verarbeitet Tod des Vaters, eigener Wunsch nach professionellem Beistand/Hilfe
23 Suizidgedanken	8 Selbstmordversuche, Alkoholmissbrauch, Depression Einsamkeitsgefühle (Beziehungen, Familie, Freunde), Gedanken, nicht mehr leben zu wollen, starke Antriebslosigkeit sowie Traurigkeit
3 Probleme im sozialen Umfeld	
31 Familiäre Probleme	Konfliktsituation mit der Schwiegermutter mit körperlichen Übergriffen Massive Streitepisoden mit unserer 9- jährigen Tochter, Überlastungsgefühl, kann mit meiner Tochter nicht mehr adäquat umgehen, fehlende Hilfestellung zu dem Problem durch meinen Ehemann

32 Konflikte/Probleme in der Partnerschaft	Auf Anraten von Prof. Dr. XX aufgrund komplizierter Zwillingschwangerschaft, zukünftig alleinerziehend, ohne finanziellen Rückhalt Bin in der 15. Woche schwanger und das ist die letzte Möglichkeit abzutreiben Mein Mann hat sich nach 18 Jahren von mir getrennt
33 Probleme am Arbeitsplatz/Studium/Schule	Streit mit dem Kindsvater, empfohlen von der systemischen Familientherapie Problem und Belastungen an der Arbeitsstelle, veränderte Arbeitsbedingungen durch teilweisen Umzug der Dienststelle, Konflikte durch neue Personalsituation Probleme im Studium, gesteigerte Probleme während Anfertigung der schriftlichen Abschlussarbeit Studiumabbruch, erster Hinweis des Neurologen auf eine mögliche soziale Phobie
4 Psychosomatische Beschwerden	Seit 1,5 Jahren anhaltende Ermüdungs-, Überlastungs- und Erschöpfungserscheinungen, Dauermüdigkeit, anhaltende Krankheitsphasen: Herpes zoster, Beckenblockade, anhaltende Lustlosigkeit bzw. Überlastung Gangstörung mit Missempfindungen, Knieprobleme, Verspannungen am Rücken, häufiger Harndrang Entzündungen, verschiedene Magen-/Darmprobleme, Schmerz in der Herzgegend, Atemprobleme, Nasenbluten, Kopfschmerzen
5 Probleme mit Krankheitsbewältigung	Erkrankung Brustkrebs, Angst vor Rezidiv, Fragen nach dem „warum“ Diabetesakzeptanz nicht vorhanden Leukämie, Transplantation, Krankenhausaufenthalt, vieles davon verdrängt
6 Essstörungen	
61 Anorexie	Seit etwa 9 Jahren Magersucht, 2 Klinikaufenthalte, Reizdarmsyndrom
62 Bulimie	Ständige Gedanken über Essen, zeitweise Fressattacken mit selbstinduziertem Erbrechen aber immer der Wunsch wieder das Untergewicht zu erreichen, das ich in der Pubertät hatte
63 Fressattacken/Übergewicht	Ich habe Übergewicht, will abnehmen, ich

	<p>habe große Probleme mit meinem Rücken und dem Knie, bin ein unruhiger Mensch Fressanfälle monatelang</p>
7 Traumatisches Ereignis im Leben	<p>Flashback, Kindheitstrauma wieder auferstanden, Zuversicht fehlt Vor 20 Jahren schwerer Autounfall mit 2 Toten, Panikattacken, Problem mit gewissen Situationen, Schlaflosigkeit</p>
8 Gutachten	
81 Transplantation/Spende	<p>Voruntersuchung geplante Nierentransplantation Morbide Adipositas, Wunsch auf Magenbypass-OP</p>
9 Süchtiges Verhalten	<p>Aggressivität, regelmäßiger Drogenkonsum, Depression Vergesslichkeit im beruflichen und privaten Leben, spielsüchtig</p>
10 Persönlichkeitsstörung	<p>Borderline in den Griff bekommen und alles, was so in der Klinik war Selbstverletzung in Anwesenheit des Freundes</p>
11 Zwangshandlung/gedanken	<p>Zwang, sich ständig die Hände zu waschen, finde vieles eklig, Angst vor Krankheit und Unfällen Leichte, allerdings unnötige Belastung unter sprachlich motorischen Zwängen Zwangsgedanken, Angst etwas zu tun oder getan zu haben</p>
12 Sexuelle Funktionsstörung	<p>Seelische Blockaden, sexuelle Störungen, kann nicht abschalten und genießen Noch nie einen Orgasmus und Probleme mit der Selbstbefriedigung, Angst, den Mann zu verlieren, Unzuverlässigkeit Erektionsprobleme, Sprechangst</p>
13 Anderes	<p>Aggression und Streitlust Überweisung durch Neurologe Auf Zwang bzw. Androhung der Eltern Aufgrund der Krankheit Leichte Schizophrenie bzw. Psychose</p>

Anhang G: Bern Inventory of Treatment Goals (Grosse & Grawe, 2002)

Goal types and categories	Subcategories
Coping with specific problems and symptoms	
Depressive symptoms	Negative thoughts Negative mood
Suicidality and self-injury	Loss of drive/energy Self-injurious behavior Suicidality
Fears or anxiety	Fears/anxiety in specific situations Panic attacks Social phobic fears
Obsessive thoughts and compulsive behaviors	Obsessions or compulsions
Coping with trauma	Traumas
Substance use and addiction	Somatic withdrawal Changing addictive behaviors
Eating behaviors	Coping with problematic eating patterns (bulimia, anorexia)
Sleep	Sleeping problems
Sexuality	Sexual problems
Coping with somatic problems	Pain Chronic illness Adjusting medication (not addictive)
Difficulties in specific life domains/stress	Stress Housing problems Work and education Time management
Interpersonal goals	
Current relationship	Relationship with partner, spouse or significant other Improve sex life with partner, spouse or significant other Expectations, feeling related to partner, spouse or significant other
Parenthood	Parenthood
Other specific relationships	Other specific relationships Separating from significant others
Loneliness and grief	Coping with loneliness Grieving loss
Assertiveness	Assertive behaviors Cognitive/emotional readiness for assertiveness

Connectedness and intimacy	Increase frequency and quality of interpersonal contact Permitting intimacy
Well-being and functioning	
Exercise and activity	Improve leisure activities Increase exercise
Relaxation and composure	Learn to relax Increasing calmness and composure
Well-being	Mental well-being Sense of comfort with body
Existential issues	
Past, present and future	Processing personal history Reflecting on self and future
Meaning of life	Spiritual, religious or meaning issues
Personal growth	
Attitude toward self	Improve self-confidence, self-esteem Improve self-acceptance
Desires and wishes	Recognizing desires and wishes Fulfilling desires and wishes
Responsibility and self-control	Assuming responsibility or learning to make decisions Learning to delegate responsibility or decrease perfectionism
Emotion regulation	Learning to handle emotions
Residual categories	
No treatment goals	No treatment goals
Goals that cannot be categorized	Goals that cannot be categorized

Anhang H: Unsere Codierungsrichtlinien zur Kategorisierung der Behandlungsziele

Der Inhalt der zu codierenden Ziele soll geratet werden. Möglichst keine Interpretationen und Abstraktionen auf höherliegenden Metaebenen.

Jedes Ziel soll zuerst einer der 6 Hauptkategorien zugeordnet werden, erst dann wird die Unterkategorie – sofern möglich - zugeteilt.

Bei Unsicherheit gelten folgende Leitfragen:

Quantität: Welche Kategorie bildet die Information des Items möglichst umfassend ab?

Spezifität: Welche Kategorie ist für die Information des Items die Spezifischere?

Restkategorien:

0 wird codiert, wenn das Item auf der nächstunteren Ebene nicht eindeutig zugeordnet werden kann. Mit 0 codierte Ziele auf Unterkategorien- oder Hauptkategorieebene sind entweder vage, diffus formuliert oder können mangels zusätzlicher Information nicht weiter zugeordnet werden.

99 wird codiert, sofern für ein spezifisches, konkret umschriebenes Ziel keine entsprechende Kategorie existiert.

Spezialfälle:

Probleme anstelle von Zielen:

Primär sollten Patientenziele kategorisiert werden. Sofern Probleme oder Symptome beschrieben werden, ist ihre Lösung oder Linderung (umformulieren in Problemminderungsziele) zu codieren. Dafür ist v.a. die erste Hauptkategorie gedacht. Wird bezüglich einer Störung sowohl das Ziel wie auch das Problem beschrieben: Zuerst das Ziel codieren, erst an zweiter Stelle das Problem.

(Beispiel: Depression; mehr Lebensfreude haben 3-33 und 1-11)

Mehrere Ziele/Probleme werden genannt: hier gilt Ziel vor Problem codieren; Reihenfolge; Suizid hat immer Vorrang.

Anhang I: Modifizierter BIT-T: Kategorisierung der Behandlungsziele

Hauptkategorie	Beschreibung der Unterategorie	Prototypische Beispiele
1 Problem-und Symptombewältigung		
11 Depressives Erleben	Negative Gedanken und Gedankenabläufe	Sorgenlos, ohne negative Gedanken leben
Positiv formulierte Ziele mit depressivem Kontext werden bei 3-33 kategorisiert	Negative Stimmung	Stimmungsschwankungen verbessern
	Antriebs-und Energielosigkeit NNB	Kräfte regenerieren
12 Suizidalität und selbstdestruktives Verhalten		Depression loswerden Verschwinden der schlimmen Suizidgedanken Ich möchte, dass nicht immer die schnellste und einfachste Lösung Suizid ist
13 Ängste	Ängste bezüglich spezifischen Situationen/Orten/Tätigkeiten Panikanfälle (Angstanfälle, -attacken) Soziale Ängste	Ohne Angst Auto fahren Abbau der Panikattacken
14 Zwänge		Keine Hemmungen und Angst, anderen Menschen zu begegnen
15 Traumata		Leben ohne Zwang Möchte die belastenden Erinnerungen gerne vergessen
16 Suchtverhalten (stoffgebunden)		Absetzung der Drogen
17 Essverhalten		Fressattacken in den Griff bekommen Ich möchte abnehmen Verbesserung der Essgewohnheiten
18 Schlaf		Durchschlafen, regelmäßiger Schlafrythmus
19 Sexualität		Sexuelle Blockaden lösen, Lust und Liebe empfinden
Sexualität in Partnerschaft bei 2-21 kategorisiert		Potenz wiederherstellen, Ursachen finden und daran arbeiten

110 Umgang mit körperbezogenen Problemen	Schmerz	Linderung der Schmerzen
	Chronische Krankheiten	Mit meinem Diabetes besser umgehen lernen Mit der Diagnose Krebs leben lernen Heilung der Haut, Ende des Juckreizes
111 Probleme in umschriebenen Lebensbereichen und Stress allgemein	Stress	Stressbewältigung verbessern
Arbeits- und Stellensuche bei 6-62 kategorisieren	Arbeit, Ausbildung und Studium	Arbeitsfähigkeit vorrangig
	Organisation des Alltages, Tagesstruktur, Zeitplanung	Studium durchführen können Strategien zur besseren Alltagsbewältigung Geregelter Tagesablauf
112 Medikamente		Reduzierung der Schmerzmittel Besserung der Symptome
10 Nicht näher bezeichnet (NNB)		Beseitigung der gesundheitlichen Probleme Besserer Umgang mit den Problemen
199 Andere spezifische Probleme		Psychose behandeln Gründe für das teilweise schlechte Erinnerungsvermögen kennen und gegensteuern

2 Interpersonale Ziele

21 Bestehende Partnerschaft	Partnerschaft verbessern	Stabilisierung meiner Ehe
Sexualität außerhalb bestehenden Beziehungen bei 1-19 kategorisieren	Individuelles Ziel/Problem in Partnerschaft bewältigen	Trennungsschmerz überwinden
	Sexualität in Partnerschaft verbessern	Aufrechterhaltung des Sexuallebens (davor: familiäre Probleme in der Ehe)
22 Aktuelle Familie	NNB Ziele im Zusammenhang mit Elternschaft Ziele bezüglich der Familie als Ganzes	Eine bessere Partnerschaft Plan B für unerfüllten Kinderwunsch Dass unsere Familie wieder harmonisch zusammenlebt

23 Herkunftsfamilie	Ziele/Probleme im Zusammenhang mit Herkunftsfamilie	Normales Familienverhältnis mit der Mutter
24 andere konkrete Beziehungen	Ziele/Probleme in anderen konkreten Beziehungen	Die Trennung von meinem Enkel so zu verarbeiten, dass ich es aushalten kann
25 Alleinsein und Trauer	Umgang mit dem Alleinsein	Damit klar kommen, allein zu sein
	Trauer und Verarbeiten von Verlust	Aufarbeiten des Todesfalls
26 Selbstbehauptung und Abgrenzung	Selbstbehauptung und Abgrenzung im Verhalten (interpersonal)	Dass ich mehr aus mir raus gehe und mir nicht alles gefallen lasse
	Selbstbehauptung und Abgrenzung innerlich, in der Einstellung (intrapsychisch)	Eigene Grenzen spüren/setzen
27 Kontakt, Nähe, Austausch	(mehr) Kontakt aufnehmen, zwischenmenschlichen Austausch verbessern (interpersonal)	Ich möchte aus eigenem Antrieb heraus Kontakte pflegen und mich mit Freunden treffen wollen
	Nähe zulassen; für Beziehungen öffnen (intrapsychisch)	Vertrauen zu den engsten Menschen haben
	Neue Partnerschaft; Intimität	Beziehungsfähig werden
3 Wohlbsein/better functioning		
31 Bewegung und Aktivität	Mehr Bewegung	Wieder viel Sport treiben
	Mehr Aktivitäten (außer Bewegung)	Ich möchte wieder am Leben teilnehmen
	NNB	Ein aktives Leben führen
32 Entspannung und Gelassenheit		Ruhiger/ausgeglichener werden
		Mehr Gelassenheit
33 Wohlbefinden	Psychisches Wohlbefinden ohne erkennbaren depressiven Kontext	
	Psychisches Wohlbefinden mit depressivem Kontext	Wieder neuen Lebensmut und mein Leben in den Griff bekommen
	Körpergefühl	Wieder mehr Freude am Leben
	NNB	Ich möchte mich wieder wohl in meinem Körper fühlen
		Gesund werden
		Stabile körperliche und psychische Lage
		Wieder ein normales Leben führen

4 Orientierung		
41 Selbstreflexion und Zukunft	Vergangenheit klären und verarbeiten Selbstreflexion und Zukunftsperspektiven	Mit meiner Vergangenheit umgehen können Eigenes Verhalten reflektieren, mit professioneller Unterstützung Perspektiven entwickeln
42 Sinnfindung	Spirituelle, religiöse und Sinnfragen, Lebenssinn	Wieder einen Sinn in meinem Leben finden
5 Selbstentwicklung		
51 Selbstbewusstsein, Selbstwert und eigene Schwächen	Selbstbewusstsein, Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl steigern (intrapsychisch) Sich selber akzeptieren lernen (sowohl Stärken wie Schwächen)	Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein wieder finden Lernen, mich selber zu akzeptieren Positive, annehmende Haltung mir selbst und meinem Leben gegenüber
52 Selbstverwirklichung	Respektieren eigener Bedürfnisse, Wünsche und Grenzen Verwirklichen eigener Pläne und Wünsche	leistungsfähiger werden Lebensziele erreichen Selbstständigkeit
53 Selbstkontrolle	NNB Verantwortung und Kontrolle übernehmen, Entscheidungen treffen Kontrolle und Verantwortung abgeben lernen; Leistungsanspruch und Perfektionismus mäßigen	Bessere Selbstkontrolle bezüglich Konfliktsituationen
54 Gefühlsregulation	Umgang mit Gefühlsregungen	Zugang zu meinen Gefühlen finden Wut herauslassen können Erkennen, dass alternative Lebenskonzepte nicht schlechter sind
599 Andere Ziele/Probleme der Selbstentwicklung		
6 Nicht kategorisierbare Ziele/Probleme; keine Therapieziele		
62 Psychosoziale (Rehabilitations-) Ziele/Probleme		Neue Arbeit Information über Therapiemöglichkeiten, Kuraufenthalte

64 OP/Transplantation

60 nicht kategorisierbare
Ziele/Probleme

699 Keine Therapieziele
auch Ziele/Probleme, die
vom Klienten nicht
beeinflussbar sind

688 ohne Angabe von
Therapiezielen/“weiß
nicht“

Endlich regelmäßige
Gespräche mit einer
Psychologin
Suche Unterstützung und
Beratung
Selbsthilfegruppe
Finanzielle Probleme lösen
Unterhaltsklärung
Das Sorgerecht wieder zu
bekommen
Genehmigung der
Magenbypass-OP
Nierentransplantation
erfolgreich
Dass mein Leben wie
früher verläuft
Wieder der Mensch zu
werden, der ich einmal war
Belastbarer werden
Private Situation
Diagnose und
Befunderstellung
Antrag für Krankenkasse
erhalten

Eine bessere
Lebensqualität für meinen
Sohn
Bescheinigung über mein
Essverhalten
Steigerung des
Selbstwertgefühls meiner
Frau

13. Publikationsverzeichnis

Poster: Sino-German-Conference on Psychosomatic Medicine and Psychotherapy in Peking (China), 2014

Larisch, A., Towara, C., Leweke, F., Hermes, S., Kruse, J.: Somatoform patients in psychosomatic outpatient care in Germany: clinical features and treatment expectations.

14. Ehrenwörtliche Erklärung

„Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe oder Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nichtveröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten sowie ethische, datenschutzrechtliche und tierschutzrechtliche Grundsätze befolgt. Ich versichere, dass Dritte von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen, und dass die vorgelegte Arbeit weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde zum Zweck einer Promotion oder eines anderen Prüfungsverfahrens vorgelegt wurde. Alles aus anderen Quellen und von anderen Personen übernommene Material, das in der Arbeit verwendet wurde oder auf das direkt Bezug genommen wird, wurde als solches kenntlich gemacht. Insbesondere wurden alle Personen genannt, die direkt an der Entstehung der vorliegenden Arbeit beteiligt waren. Mit der Überprüfung meiner Arbeit durch eine Plagiatserkennungssoftware bzw. ein internetbasiertes Softwareprogramm erkläre ich mich einverstanden.“

Ort, Datum

Unterschrift

15. Danksagung

Ich bedanke mich sehr herzlich bei Frau Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Astrid Larisch für die motivierende Betreuung mit sehr wertvollen Ratschlägen und die Ermöglichung der spannenden Reise nach Peking mit Vorstellung meines Posters und Eintauchen in die Welt der Wissenschaft.

Herrn Prof. Dr. med. Johannes Kruse möchte ich für die unterstützende und sehr kompetente Betreuung, seine Zeit und letztlich Abschluss meiner Arbeit sehr danken. Nicht zuletzt durch die Promotion wurde auch meine anhaltende Begeisterung für das Fach geweckt und hat meinen Weg beeinflusst, doch nicht Allgemeinmedizinerin oder Anästhesistin, sondern Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie zu werden.

Vielen Dank auch an Frau Dr. phil. Dipl.-Psych. Hanna Kampling für die sehr unkomplizierte und freundliche Unterstützung und an Frau Carola Hahn für Ihre ständige Ansprechbarkeit und die überaus freundliche Organisation aller Termine. Ich danke auch Frau Dipl.-Psych. Michaela Demandt für das Rating.

Meinen Eltern danke ich von ganzem Herzen, weil sie in schwierigen Phasen meines Studiums für mich da waren und mich immer motiviert und unterstützt haben.

Vielen Dank insbesondere an Max für das Aushalten meiner Launen und seine bedingungslose, konstante und unermüdliche Unterstützung.