

Werner Köpp<sup>1</sup>  
Mark Helle<sup>1</sup>  
Hans-Jochen Eichinger<sup>2</sup>  
Hans-Jürgen Eilts<sup>3</sup>  
Wolfram Keller<sup>1</sup>  
Hans Christian Deter<sup>1</sup>

# Hat sich das Diagnoseprofil bei psychosomatisch untersuchten Konsiliarpatienten an Berliner Krankenhäusern verändert?

*Did the Diagnostic Profile in Psychosomatically Examined Patients Seen by Consultation/Liaison-Services (CL Services) of Berlin Hospitals Change?*

## Zusammenfassung

Ziel dieser Untersuchung war es herauszufinden, ob sich das Diagnoseprofil für Patienten, die in drei Berliner Kliniken 1994 und 2001 in der Psychosomatik konsiliarisch untersucht wurden, verändert hat. Es wurden sämtliche Anforderungen an den psychosomatischen Konsiliar-Liaison-Dienst (CL-Dienst) innerhalb von drei Monaten im Jahr 1994 (n = 229) und innerhalb von 3 Monaten im Jahr 2001 (n = 196) erfasst und dokumentiert. Es konnte gezeigt werden, dass die überwiesenen Patienten der drei Berliner Kliniken bei der ersten Datengewinnung (1994) häufiger ausschließlich seelisch verursachte Symptome (ohne Organkrankheit) hatten und bei der zweiten Datengewinnung 2001 häufiger organisch krank waren und gleichzeitig eine seelische Komorbidität aufwiesen. Sollte dieses Ergebnis Ausdruck einer allgemeinen Veränderungstendenz sein, so wären eine Kompetenzzanpassung psychosomatischer CL-Dienste und gesundheitspolitische Maßnahmen erforderlich, die die Berücksichtigung seelischer Aspekte in der Patientenversorgung der Krankenhäuser sicherstellen.

## Abstract

The aim of this study was to find out whether the diagnostic profile for patients seen in the psychosomatic Consultation-Liaison (CL) services in three Berlin hospitals in 1994 and 2001 changed. All referrals to the psychosomatic CL service within 3 months in 1994 (N = 229) and within 3 months in 2001 (N = 196) were recorded and documented. It could be shown that the referred patients of the three Berlin hospitals more frequently had only mentally caused symptoms (without organ diseases) in the first data recording (1994) and more frequently organic diseases with concomitant mental comorbidity in the second data recording (2001). If this finding reflects a general tendency, it requires an adjustment in the competence of psychosomatic CL services and health policies that ensure the inclusion of mental aspects in hospital care.

## Key words

Consultation-liaison · cost-effectiveness · psychosomatic care

## Einleitung

Ziel psychosomatischer CL-Dienste in den Krankenhäusern ist es, frühzeitig jene Patienten im somatischen Versorgungsbereich zu erkennen, bei denen seelische Faktoren eine wesentliche Rolle

bei der Entstehung oder im Verlauf des jeweiligen Störungsbildes spielen. In einer europaweiten, multizentrischen Studie [1] konnte gezeigt werden, dass sich die Profile für die Inanspruchnahme psychiatrischer bzw. psychosomatischer CL-Dienste in deutschen Kliniken stark unterscheiden: Während bei psychi-

### Institutsangaben

<sup>1</sup> Abteilung für Psychosomatik/Psychotherapie, Klinikum Benjamin Franklin, FU Berlin

<sup>2</sup> Bereich Psychosomatik im Humboldt-Klinikum Berlin

<sup>3</sup> Bereich Psychosomatik im Wenckebachkrankenhaus Berlin

### Widmung

Herrn Prof. Dr. H. H. Studt anlässlich seiner Emeritierung im August 2002

### Korrespondenzadresse

Priv.-Doz. Dr. med. Werner Köpp · Innsbrucker Straße 37 · 10825 Berlin-Schöneberg  
E-mail: koeppwe@zedat.fu-berlin.de

Eingegangen: 4. März 2002 · Angenommen: 17. April 2003

### Bibliografie

Psychother Psych Med 2003; 53: 412–418 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0937-2032

atrischen Konsilen ICD-10-Diagnosen aus der Kategorie F0 „somatogene, psychische Störungen“ (ca. 38% der Patientenkontakte) im Vordergrund stehen, sind bei den psychosomatischen Konsilen die meisten Diagnosen der Kategorie F4 „neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen“ (ca. 46% der Patientenkontakte) zuzuordnen.

Bislang ist wenig darüber bekannt, inwieweit sich bei psychosomatischen Konsiliaruntersuchungen das Profil der gestellten Diagnosen im Zeitverlauf verändert. Hinsichtlich dieser Fragestellung ist eine ganze Reihe Einflussfaktoren zu berücksichtigen: Nicht nur epidemiologische Veränderungen oder nosologische Modifikationen, sondern ebenso klinikinterne Veränderungen – z.B. durch Fortbildungsveranstaltungen, Ausstattung der Liaisondienste, Verschiebungen von Versorgungsschwerpunktbereichen etc. – dürften sich systematisch auf die Klientel der konsiliarisch untersuchten Patienten und somit auf die zu stellenden Diagnosen auswirken. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass sowohl regionale als auch überregionale Veränderungen auf versorgungspolitischer und versorgungsstruktureller Ebene bedeutenden Einfluss auf das Aufgabenspektrum konsiliarischer Tätigkeit haben. Auch wenn aufgrund dieser Komplexität eine eindeutig kausale Herleitung möglicher Veränderungen nur hypothetisch gegeben werden kann, stellt die deskriptive Erfassung der Veränderungen konsiliarischer Tätigkeit eine wichtige Ausgangsbasis dar, die – im Sinne eines Qualitätsmanagements – eine erste Steuerungsfunktion für die Organisation konsiliarischer Dienste leisten kann.

Ausgangspunkt dieser Studie bildet die Dokumentation konsiliarischer Tätigkeit an drei Berliner Kliniken aus zwei unterschiedlichen Erhebungszeiträumen. Sowohl aus dem Jahr 1994 als auch dem Jahr 2001 liegen Daten vor, die u.a. die Diagnosen der stationär untergebrachten Patienten beinhalten, welche innerhalb des jeweiligen Krankenhauses zur konsiliarischen Untersuchung in der Psychosomatik vorgestellt wurden.

## Methodik

Vom 15.2.1994–15.5.1994 ( $t_1$ ) sowie vom 1.1.2001–31.3.2001 ( $t_2$ ) wurden sämtliche stationäre Patienten erfasst, die im Humboldt-Klinikum (im Norden Berlins), im Wenckebachkrankenhaus (im Südosten Berlins) und im Universitätsklinikum Benjamin Franklin der FU-Berlin (UKBF, im Südwesten Berlins) zur psychosomatischen Konsiliaruntersuchung vorgestellt wurden. Die Stellenausstattung der Konsiliar-Liaison-Dienste (CL-Dienste) war – mit Ausnahme des UKBF – in beiden Untersuchungszeiträumen gleich: eigener psychosomatischer CL-Bereich mit zwei halben Psychologenstellen und zwei halben Arztstellen im Humboldt-Klinikum, eine halbe Arztstelle im Wenckebachkrankenhaus (der Inneren Medizin zugeordnet), 2 $\frac{1}{2}$  Arztstellen im UKBF im Jahr 1994 und 1 $\frac{1}{2}$  Arztstellen im Jahr 2001 (als Teil der bis 1997 bettenführenden Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie). Für jeden Patienten wurde vom Untersucher ein Dokumentationsbogen ausgefüllt, der neben demografischen Angaben die psychische Symptomatik, funktionelle und somatisch bedingte Störungen sowie Häufigkeit und Zeitintensität der Patientenkontakte enthielt. Außerdem wurde – sofern gegeben – eine Diagnose nach ICD-10 aus dem Kapitel V (F-Diagno-

sen) gestellt. Dabei wurde bei mehreren möglichen F-Diagnosen die aus Sicht des Untersuchers wichtigste kodiert. Die Auswertung der Datensätze ermöglichte zusätzlich folgende Unterscheidung nach Grobkategorien:

1. Die vorliegende Störung ist ausschließlich psychogen verursacht.
2. Es liegt schwerpunktmäßig eine körperliche Erkrankung vor, die von einer (re-)aktivierten seelischen Störung begleitet wird.
3. Es liegt eine so genannte Psychosomatose vor – d.h. eine multifaktorielle, psychogen mitverursachte körperliche Krankheit<sup>1</sup>.

In der statistischen Auswertung wurden Vergleiche von Daten auf Nominalskalenniveau anhand von  $\chi^2$ -Tests vorgenommen und für intervallskalierte Daten Varianzanalysen berechnet. Bei Zellenhäufigkeiten unter einem Wert von fünf wurden aufgrund zu kleiner Fallzahlen keine statistischen Berechnungen vorgenommen. Für die Vielzahl der durchgeführten Vergleiche wurde eine Bonferroni-Korrektur für 10 Vergleiche berechnet, so dass ausgehend von einer Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p < 0,05$  ein  $p < 0,005$  notwendig ist, um einen signifikanten Unterschied anzunehmen.

## Ergebnisse

In Tab. 1 sind die wichtigsten Kennwerte der teilnehmenden Kliniken im Vergleich zu den Gesamtberliner Werten dargestellt. Es wird deutlich, dass es im zweiten Erhebungszeitraum trotz eines signifikanten Anstiegs stationärer Aufnahmen zu einer deutlichen Bettenreduktion in ganz Berlin gekommen ist. Vor diesem Hintergrund ist die starke Abnahme der Liegedauer von durchschnittlich 18,8 auf 10,6 Tage zu sehen. Bei differenzierter Betrachtung wird deutlich, dass man den Gesamtberliner Trend nur teilweise auf die drei untersuchten Kliniken übertragen kann, da es im Humboldt-Klinikum bei  $t_2$  zu einem Rückgang der stationären Aufnahmen gekommen ist.

## Geschlechtsverteilung, Altersstruktur und Überweisungshäufigkeit

Die Alters- und Geschlechtsverteilung der konsiliarisch untersuchten Patienten zu beiden Messzeitpunkten für die drei Kliniken sind in Tab. 2 wiedergegeben. Zur Ermittlung signifikanter Unterschiede wurde eine dreifaktorielle Varianzanalyse gerechnet. Dabei bildeten Klinikzugehörigkeit ( $df = 2$ ), Geschlecht ( $df = 1$ ) und Messzeitpunkt ( $df = 1$ ) die Faktoren und Alter die abhängige Variable. Hinsichtlich der Geschlechtsverteilung konnten keine bedeutsamen Veränderungen festgestellt werden ( $F_{1;412} = 0,85$ ;  $p = 0,36$ ). In beiden Erhebungszeiträumen lag der Anteil männlicher Patienten bei ca. 40%. Das durchschnittliche Lebensalter der konsiliarisch untersuchten Patienten erhöhte sich signifikant von 50,4 auf 54,3 Jahre ( $F_{1;412} = 22,50$ ;  $p = 0,000$ ), verlief aber in den drei Kliniken nicht einheitlich, was sich in der signifikanten Interaktion widerspiegelt ( $F_{1;412} = 14,80$ ;  $p < 0,000$ ):

<sup>1</sup> Kodierbar waren: Ulcus ventriculi/duodeni, Ileitis terminalis, Colitis ulcerosa, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Adipositas, Asthma bronchiale, essenzielle Hypertonie, Rheumatoidarthritis, Neurodermitis.

Tab. 1 Kennzahlen der an der Studie teilnehmenden Kliniken

	Humboldt- klinikum	Wencke- bachkhs.	UKBF	Land Berlin insgesamt <sup>1</sup>
<b>Anzahl der Konsile</b>				
t <sub>1</sub>	101	73	55	keine Angaben
t <sub>2</sub>	76	88	47	keine Angaben
p <sup>2</sup>	0,06	0,24	0,43	
<b>Gesamtbettenzahl</b>				
t <sub>1</sub>	825	498	1354	35 612
t <sub>2</sub>	470	373	1225	22 620
p	0,000	0,000	0,011	0,000
<b>Anzahl stat. Aufnahmen</b>				
t <sub>1</sub>	4705	2394	8043	150 233
t <sub>2</sub>	4443	2636	9400	163 846
p	0,006	0,000	0,000	0,000
<b>Konsultationsrate</b>				
t <sub>1</sub>	2,2%	3,1%	0,7%	keine Angaben
t <sub>2</sub>	1,7%	3,3%	0,5%	keine Angaben
<b>durchschnittl. Liegedauer/Tage</b>				
t <sub>1</sub>	19,1	18,2	10,9	18,8
t <sub>2</sub>	8,1	11,3	9,9	10,6
<b>Bettenauslastung</b>				
t <sub>1</sub>	90,4%	92,2%	83,7%	86,7%
t <sub>2</sub>	87,7%	85,3%	77,2%	83,1%

<sup>1</sup> ermittelt auf Grundlage der Berliner Krankenhausstatistik für die Jahre 1994 und 2000; <sup>2</sup> p-Wert gibt die Irrtumswahrscheinlichkeit für den  $\chi^2$ -Test an

Im Humboldt-Klinikum sank es von 51,5 auf 44 Jahre, dagegen stieg es sowohl im UKBF von 39,2 auf 57 Jahre als auch im Wenckebachkrankenhaus von 57,2 auf 63,3 Jahre. Die Konsultationsrate für alle drei Kliniken zusammen errechnet sich für t<sub>1</sub> mit 1,5% und für t<sub>2</sub> mit 1,3%. Sie wurde vom UKBF mit 0,7 bzw. 0,5% deutlich unterschritten (s. a. Tab. 1).

### Häufigkeit der Diagnosen

Wie aus Tab. 3 hervorgeht, wurden die Diagnosegruppen F3 und F4 in allen drei Kliniken sowohl 1994 als auch 2001 am häufigsten von den Untersuchern angegeben. Im Humboldt-Klinikum kam es zu einer häufigeren Kodierung der Diagnosegruppe F1 (Substanzabusus) und im UKBF wurde im Vergleich zu t<sub>1</sub> bei t<sub>2</sub> die Diagnosegruppe F5 häufiger angegeben. Unterscheidet man die gefundenen Störungsbilder grobkategorial nach „aus-

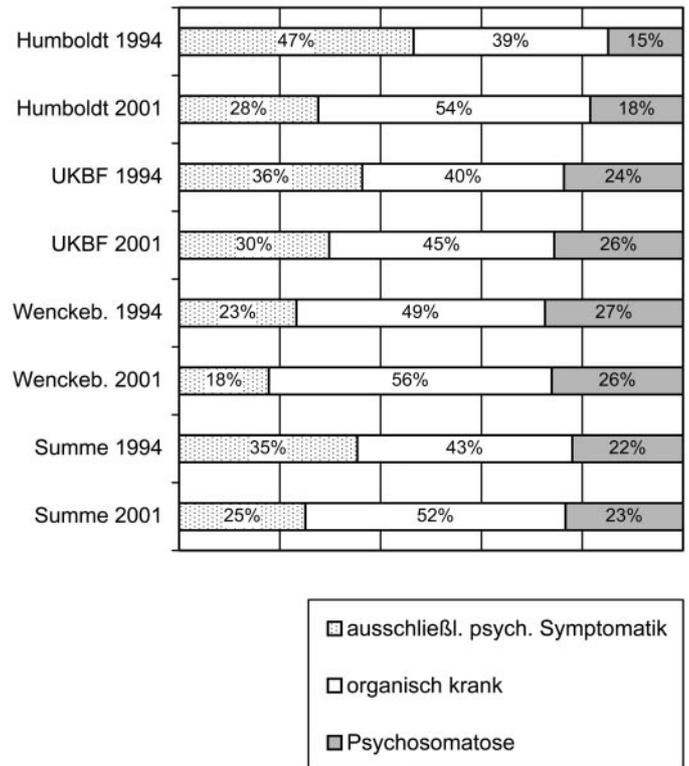


Abb. 1 Prozentanteile der Konsiliarpatienten ohne körperliche Erkrankungen bei gleichzeitig ausschließlich psychisch verursachter Symptomatik, Konsiliarpatienten mit psychischen Begleitstörungen bei körperlichen Erkrankungen und Konsiliarpatienten mit Psychosomatose.

schließlich psychogene Symptomatik“, „organische Krankheit mit psychischer Begleitstörung“ bzw. „Psychosomatose“, so zeigt sich, dass die ausschließlich psychogenen Störungen bei der zweiten Erhebung seltener geworden sind, die organischen Krankheiten mit begleitenden psychischen Störungen zugenommen haben und die Psychosomatosen annähernd gleich häufig vorkamen (Abb. 1). Diese Unterschiede zeigen keine statistische Signifikanz, jedoch konnte dieser Trend einheitlich bei allen drei Kliniken beobachtet werden.

Eine Aufschlüsselung der größten Diagnosegruppe (F4) nach Subgruppen ergibt (vgl. Tab. 4):

Tab. 2 Alters- und Geschlechtsverteilung der konsiliarisch untersuchten Patienten

	Humboldt-Klinikum			Wenckebachkhs. <sup>1</sup>			UKBF			Summe		
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
<b>Frauen</b>												
t <sub>1</sub>	61	51,4	22,6	41	60,6	17,0	35	38,2	14,1	137	50,8	20,7
t <sub>2</sub>	45	42,3	18,9	41	65,7	17,6	34	58,0	16,2	120	54,8	20,3
<b>Männer</b>												
t <sub>1</sub>	40	51,5	13,4	32	52,8	14,8	19	41,1	11,1	91	49,8	14,1
t <sub>2</sub>	31	46,5	16,5	32	60,2	12,4	13	54,3	17,7	76	53,6	16,2
<b>gesamt</b>												
t <sub>1</sub>	101	51,5	19,4	73	57,2	16,4	54	39,2	13,1	228	50,4	18,4
t <sub>2</sub>	76	44,0	18,0	73	63,3	15,7	47	57,0	16,5	196	54,3	18,8

<sup>1</sup> die identische Gesamtpatientenzahl bei gleicher Geschlechtsverteilung für das Wenckebachkrankenhaus ist – nach mehrfacher Überprüfung – als außerordentlicher Zufall zu werten

Tab. 3 Häufigkeit der ICD-Diagnosegruppen in den drei Kliniken

ICD-10-Diagnosegruppe		Humboldt-Klinikum	Wenckebachkhs.	UKBF	Summe
F0 somatogene psychische Störungen	t <sub>1</sub>	–	–	–	–
	t <sub>2</sub>	4 ( 5,3%)	–	–	4 ( 2,0%)
F1 Substanzabusus	t <sub>1</sub>	22 ( 21,8%)	–	–	22 ( 9,6%)
	t <sub>2</sub>	24 ( 31,6%)	–	2 ( 4,3%)	26 ( 13,3%)
F2 Wahnstörungen	t <sub>1</sub>	1 ( 1,0%)	–	–	1 ( 0,4%)
	t <sub>2</sub>	1 ( 1,3%)	–	–	1 ( 0,5%)
F3 affektive Störungen	t <sub>1</sub>	20 ( 19,8%)	6 ( 8,2%)	3 ( 5,5%)	29 ( 12,7%)
	t <sub>2</sub>	9 ( 11,8%)	10 ( 13,7%)	4 ( 8,5%)	23 ( 11,7%)
F4 neurotische/somatoforme Störungen	t <sub>1</sub>	43 ( 42,6%)	61 ( 83,6%)	48 ( 87,3%)	152 ( 66,4%)
	t <sub>2</sub>	27 ( 35,5%)	60 ( 82,2%)	29 ( 61,7%)	116 ( 59,2%)
F5 Verhaltensauffälligkeit mit körperlicher Störung	t <sub>1</sub>	10 ( 9,9%)	3 ( 4,1%)	2 ( 3,6%)	15 ( 6,6%)
	t <sub>2</sub>	6 ( 7,9%)	1 ( 1,4%)	12 ( 25,5%)	19 ( 9,7%)
F6 Persönlichkeitsstörungen	t <sub>1</sub>	4 ( 4,0%)	2 ( 2,7%)	–	6 ( 2,6%)
	t <sub>2</sub>	2 ( 2,6%)	2 ( 2,7%)	–	4 ( 2,0%)
F8 Entwicklungsstörungen	t <sub>1</sub>	–	–	1 ( 1,8%)	1 ( 0,5%)
	t <sub>2</sub>	2 ( 2,6%)	–	2	2 ( 1,0%)
keine	t <sub>1</sub>	1 ( 1,0%)	1 ( 1,4%)	1 ( 1,8%)	3 ( 1,3%)
	t <sub>2</sub>	1 ( 1,3%)	–	–	1 ( 0,5%)
Summe	t <sub>1</sub>	101 (100,0%)	73 (100,0%)	55 (100,0%)	229 (100,0%)
	t <sub>2</sub>	76 (100,0%)	73 (100,0%)	47 (100,0%)	196 (100,0%)

Tab. 4 Gegenüberstellung: Grobkatgorien vs. F4-Subgruppenhäufigkeit

ICD-10 F4-Subkategorie		ausschließl. psych. Sympt.	organisch erkrankt	Psychosomatose	gesamt
F40, F41 Angststörungen	t <sub>1</sub>	8 ( 15,7%)	8 ( 10,5%)	1 ( 4,0%)	17 ( 11,2%)
	t <sub>2</sub>	5 ( 13,9%)	4 ( 6,8%)	1 ( 4,8%)	10 ( 8,6%)
F43 Belastungs-Anpassungsreaktionen	t <sub>1</sub>	11 ( 21,6%)	50 ( 56,8%)	5 ( 20,0%)	66 ( 43,4%)
	t <sub>2</sub>	7 ( 19,4%)	47 ( 79,7%)	10 ( 47,6%)	64 ( 55,2%)
F44 dissoziale Störungen	t <sub>1</sub>	11 ( 21,6%)	7 ( 9,2%)	4 ( 16,0%)	22 ( 14,5%)
	t <sub>2</sub>	4 ( 11,1%)	–	–	4 ( 3,4%)
F45 somatoforme Störung	t <sub>1</sub>	21 ( 41,2%)	11 ( 14,5%)	11 ( 44,0%)	43 ( 28,3%)
	t <sub>2</sub>	17 ( 47,2%)	6 ( 10,2%)	9 ( 42,9%)	32 ( 27,6%)
sonstige	t <sub>1</sub>	–	–	4 ( 16,0%)	4 ( 2,7%)
	t <sub>2</sub>	3 ( 8,3%)	2 ( 3,4%)	1 ( 4,8%)	6 ( 5,2%)
gesamt	t <sub>1</sub>	51 (100,0%)	76 (100,0%)	25 (100,0%)	152 (100,0%)
	t <sub>2</sub>	36 (100,0%)	59 (100,0%)	21 (100,0%)	116 (100,0%)

1. Innerhalb der Diagnosegruppe F4 kommt die Kodierung F43 („Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“) in beiden Erhebungszeiträumen mit 43,4 und 55,2% am häufigsten vor.
2. Gleichzeitig fällt auf, dass in dieser Subkategorie (F43) die organisch Kranken am stärksten vertreten sind.

#### Zeitaufwand für die psychosomatische CL-Tätigkeit

Der durchschnittliche Gesamtaufwand pro Patient (inkl. Dokumentation und Konferenzen) hat sich in allen drei Kliniken signifikant erhöht (Z-Wert nach Wilcoxon = – 17,85;  $p < 0,000$ ). Bei der ersten Erhebung 1994 betrug der Gesamtaufwand pro Patient durchschnittlich 163 Minuten, bei der zweiten Erhebung waren es 221 Minuten, was einer Zunahme von 35% ent-

spricht. Abb. 2 zeigt, dass diese Zunahme auf jene Patienten zurückzuführen ist, für die insgesamt vier und mehr Stunden aufgewandt wurden.

#### Diskussion

##### Diskussion der Methodik

Das zentrale Anliegen der vorliegenden Untersuchung war die Erhebung systematischer Veränderungen der Diagnoseprofile bei Patienten, die von anderen medizinischen Fachabteilungen in der Psychosomatik dreier Berliner Kliniken konsiliarisch vorgestellt wurden. Die Validität der Ergebnisse ist allerdings durch den Umstand eingeschränkt, dass aufgrund der Alltagsbedingun-

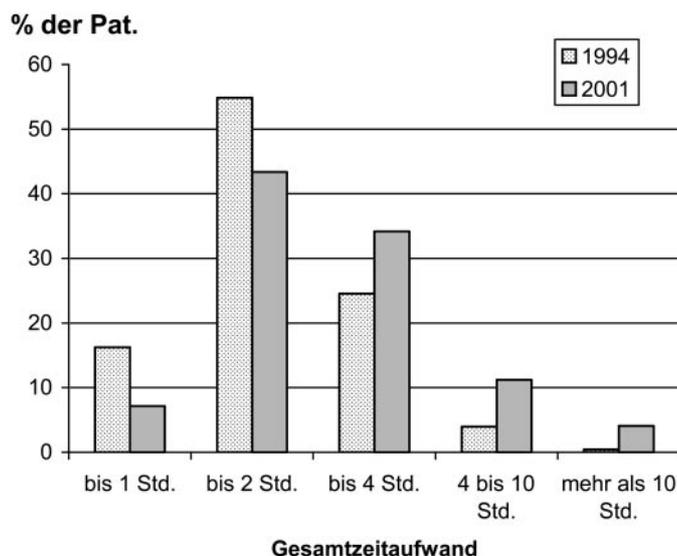


Abb. 2 Prozentanteile der Patienten mit der für sie aufgewandten Gesamtzeit; n (1994) = 229 Patienten; n (2001) = 196 Patienten.

gen der CL-Dienste weder ein Ratertraining zur Angleichung des diagnostischen Vorgehens noch eine Bestimmung der Interraterreliabilität durchgeführt werden konnte.

Die unterschiedliche Struktur der drei beteiligten Kliniken (s.a. Abschnitt Methodik sowie Tab. 1) ist ein zusätzlicher, modifizierender Parameter, der einer Verallgemeinerung der Ergebnisse Grenzen setzt. So konnten Huyse et al. [2] eindrucksvoll zeigen, wie sehr das Überweisungsverhalten unterschiedlicher medizinischer Fachabteilungen divergiert: Z. B. werden chirurgische Patienten eher in der Psychiatrie, neurologische Patienten eher in der Psychosomatik vorgestellt.

Die Struktur der teilnehmenden Kliniken bei unserer Untersuchung sah folgendermaßen aus: Obwohl es zwischen der ersten und zweiten Erhebung im Land Berlin zu einem erheblichen Bettenabbau gekommen ist (s.a. Tab. 1), beherbergten die drei Kliniken bei der zweiten Datengewinnung annähernd die gleichen medizinischen Fachdisziplinen. Im Humboldt-Klinikum waren dies Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Urologie sowie Neurologie – die Fachdisziplin Geriatrie (in der Inneren Medizin) wurde zwischenzeitlich geschlossen. Im Wenckebachkrankenhaus gab es bei beiden Erhebungen Abteilungen für Innere Medizin, Hals-Nase-Ohren-Heilkunde, Chirurgie und Psychiatrie – die Neurologie wurde zwischenzeitlich geschlossen. Im UKBF waren in beiden Untersuchungszeiträumen sämtliche medizinische Disziplinen angesiedelt.

### Geschlechtsverteilung, Altersstruktur und Überweisungshäufigkeit

Das durchschnittlich jüngere Lebensalter der konsiliarisch gesehenen Patienten im Humboldt-Klinikum bei der zweiten Untersuchung hängt mit der oben erwähnten, zwischenzeitlichen Schließung der Geriatriischen Abteilung zusammen. Der gegenteilige Trend des Durchschnittsalters im UKBF lässt sich auf die Schwerpunktentwicklungen Kardiologie und Onkologie dieses Klinikums zurückführen.

Ein interessanter Unterschied ergab sich hinsichtlich der Inanspruchnahmehäufigkeit zwischen den drei Kliniken (s.a. Tab. 1): Während im UKBF bei beiden Erhebungen deutlich weniger als 1% sämtlicher stationär aufgenommenen Patienten auch psychosomatisch untersucht wurden, lag in den beiden anderen Kliniken die Konsultationsrate bei ca. 2–3%. Die Inanspruchnahmequote psychosomatischer Konsiliar-Liaison-Dienste (CL-Dienste) in Deutschland wird mit 0,6% angegeben [3]. Die niedrige Überweisungsrate im UKBF (0,7 bzw. 0,5%) im Vergleich zu den beiden anderen Berliner Kliniken hängt einerseits mit der für Berliner Verhältnisse unterdurchschnittlichen Liegedauer zusammen (s.a. Tab. 1) und teilweise auch damit, dass in der Onkologie und der anästhesiologischen Schmerzsprechstunde fest eingestellte Psychologinnen tätig sind, die einen Teil der psychosomatischen Patientenkontakte übernehmen.

Auf Grundlage einer verallgemeinernden Zusammenfassung verschiedener Prävalenzstudien ist davon auszugehen, dass in der Allgemeinbevölkerung jede fünfte *Person*, in der ambulanten medizinischen Grundversorgung jeder vierte *Patient* und im Allgemeinkrankenhaus jeder dritte *Patient* psychische Auffälligkeiten zeigt [4]. Diese Daten weisen darauf hin, dass hinsichtlich der Versorgungsanliegen stationär untergebrachter Patienten ein weitaus höherer Bedarf an konsiliarischer Tätigkeit vorhanden ist, was die Notwendigkeit einer verstärkten Ausweitung der CL-Dienste unterstreicht.

### Häufigkeit der Diagnosen

Die Tatsache, dass im Humboldt-Klinikum zu beiden Erhebungszeitpunkten die Diagnosegruppe F1 (Substanzabusus) abweichend von den beiden anderen Kliniken häufiger kodiert wurde, ist darauf zurückzuführen, dass diese Klinik über keine eigene psychiatrische Abteilung verfügt und diese Patienten daher von der Psychosomatik mitbetreut werden mussten. Der im UKBF bei  $t_2$  deutlich erhöhte Anteil von Kodierungen in der Diagnosegruppe F5 (s.a. Tab. 3) ist auf die zwischenzeitliche Einrichtung eines Essstörungsschwerpunkts in der Psychosomatik zurückzuführen.

Betrachtet man die Ergebnisse der deutschen ECLW-Studie [3], so sind unklare körperliche Symptome mit 43% am häufigsten der Grund für die Inanspruchnahme des psychosomatischen CL-Dienstes und mit knapp 40% werden dementsprechend am häufigsten ICD-Diagnosen aus der Gruppe F4 („neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“) gestellt. In Übereinstimmung damit sind Diagnosen aus der ICD-10-Gruppe F4 auch in beiden Erhebungszeiträumen unserer Untersuchung am häufigsten kodiert worden und die %-Anteile für diese Diagnosegruppe in der Berliner Untersuchung sogar noch höher ausgefallen (s.a. Tab. 3).

Ein wichtiges Ergebnis dieser Untersuchung ist, dass 7 Jahre nach der ersten Erhebung hinsichtlich der konsiliarischen Inanspruchnahme ein prozentualer Rückgang von Patienten mit ausschließlich seelisch verursachten Störungen (ohne gleichzeitiges Vorliegen einer organischen Erkrankung) zu verzeichnen war und stattdessen organisch kranke Patienten mit begleitenden seelischen Beschwerden deutlich angestiegen sind (Abb. 1). Die Bedeutung dieses Befundes wird zwar durch die fehlende statistische Signifikanz eingeschränkt; die Tatsache, dass dieser Trend

über alle drei Klinken hinweg beobachtbar ist, werten wir jedoch als Indiz für eine mögliche Entwicklung, die auf eine beginnende Veränderung im Anforderungsprofil für CL-Dienste hinweist und von daher Aufmerksamkeit verdient. Für diese Einschätzung spricht, dass innerhalb der F4-Subgruppe die Kategorie F43 (Anpassungs- und Belastungsstörungen) zwar in allen drei Grobkategorien vorkommt, aber sowohl bei den organisch Kranken als auch bei den Psychosomatiepatienten zum Zeitpunkt  $t_2$  deutlich angestiegen ist. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass vor allem Patienten mit Verarbeitungsschwierigkeiten von Organkrankheiten Anlass zur Involvierung psychosomatischer CL-Dienste geben. Für zukünftige Studien wäre auch eine exakte Erfassung sämtlicher, von den zuweisenden organmedizinischen Abteilungen erhobenen ICD-Diagnosen wünschenswert, was in unserer Untersuchung noch nicht geschah.

Eine frühzeitige psychosomatische konsiliarische Untersuchung primär organisch Kranker kann dazu beitragen, dass Patienten nicht nur nach einer vermeintlichen „Indexerkrankung“ [5] charakterisiert werden, sondern sämtliche vorliegenden Störungen erfasst werden [6]. Diese Einsicht hat beispielsweise in der Transplantationsmedizin zu einer gesetzlichen Regelung über die prä- und postoperative psychosomatische Betreuung von Transplantationspatienten geführt [7].

Sollte unsere Einschätzung zutreffen, dann müsste für die zunehmend technisch orientierte Organmedizin die Psychosomatik immer unentbehrlicher werden: Denn entweder können prä-morbide oder latente pathologische Erlebens- und Verhaltensmuster durch medizinische Therapien aktiviert werden oder die subjektiven Bewältigungsmöglichkeiten sind so eingeschränkt, dass es reaktiv zu einer seelischen Komorbidität kommt, die zu einer ernststen Bedrohung für den Krankheits- oder Genesungsprozess insgesamt werden kann.

Der Einfluss psychischer Faktoren auf den Verlauf körperlicher Erkrankungen ist gut erforscht und evident für unterschiedliche medizinische Disziplinen belegt (z.B. [8–14]). Psychische Komorbidität verlängert darüber hinaus die Liegedauer bei stationär behandelten internistischen Patienten und ist somit auch kostenrelevant [15]. Für die psychosomatische Diagnostik sowie die u.U. notwendige begleitende Behandlung durch die psychosomatischen CL-Dienste sind auch bereits Leitlinien seit 2000 erarbeitet und im Internet abrufbar<sup>2</sup>.

#### **Zeitaufwand für die psychosomatische Konsiliartätigkeit**

Die Frage nach dem Zeitaufwand eines psychosomatischen CL-Dienstes ist eng mit Kosten-Nutzen-Überlegungen verbunden. Gündel u.a. [16] weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Kosten-Nutzen-Analysen für psychosomatische CL-Dienste in Deutschland zwar noch ausstehen, dass aber solche Analysen für die stationäre Psychosomatik zugunsten der Psychosomatik ausgefallen seien [17,18]. Durch diese Untersuchungen sowie

durch jüngere Ergebnisse der Rehabilitationspsychosomatik [19] ließ sich zeigen, dass *frühzeitige* psychosomatische Interventionen nicht nur zu einer wesentlichen und anhaltenden Verbesserung des Gesundheitszustandes der Betroffenen führen, sondern bereits nach ca. zwei Jahren zu einer relevanten Entlastung der Krankenkassen beitragen (Verminderung der AU-Tage, Verminderung der Inanspruchnahme von Dienstleistungen im Gesundheitssystem). Obwohl der empirische Nachweis noch aussteht, ist zu erwarten, dass es sich mit der Wirkung psychosomatischer CL-Dienste ähnlich verhält.

Unsere Untersuchung zeigt, dass der Gesamtaufwand pro Patient<sup>3</sup> auf durchschnittlich 221 Minuten bei der zweiten Datengewinnung angestiegen ist. Die Zahlen der ECLW-Studie für Deutschland [3] liegen bei durchschnittlich 210 Minuten. Herzog u. Stein [3] merken aber an, dass nur ein Teil dieser Zeit unmittelbar für den Kontakt mit den Patienten zur Verfügung stand. Im Einzelnen ergab ihre Untersuchung folgende Zeitaufteilung: Patientenkontakt 36%, Kontakt mit dem anfragenden Arzt 9%, Angehörigenkontakte 7%, Supervision 9%, Besprechungen 10%, Dokumentation 16%, Warte- und Wegezeiten 13%.

#### **Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen für den psychosomatischen Konsiliardienst in Berlin**

1985 beschloss das Abgeordnetenhaus von Westberlin, „... dass an den Berliner Krankenhäusern in bedarfsgerechtem Umfang selbständige Funktionsbereiche für Psychosomatik/Psychotherapie – soweit noch nicht vorhanden – zur konsiliarischen Betreuung aller Fachabteilungen und insbesondere der Rettungsstellen eingerichtet werden“ [20]. Daraufhin wurden in vier der damals acht städtischen Kliniken Westberlins – sechs davon mit Psychiatrieabteilungen – psychosomatische Konsiliardienste (ohne Abteilungsstatus und ohne eigene Betten) eingeführt. In den beiden Westberliner Universitätsklinika bestanden bereits psychosomatische Konsiliardienste (im Rahmen bettenführender Abteilungen).

Nach der politischen Wende kam es in beiden Teilen Berlins zu strukturellen Einschnitten im Gesundheitswesen, die im Vergleich zu den anderen deutschen Bundesländern bislang einzigartig sind: Von 110 Kliniken in ganz Berlin wurden 40 geschlossen; dadurch – und wegen einer begleitenden Bettenreduktion in den weiterbestehenden Kliniken – verminderte sich die Gesamtzahl der Berliner Krankenhausbetten von 40 855 im Jahr 1990 auf 22 620 im Jahr 2001<sup>4</sup>. Von den ehemals 16 öffentlichen Kliniken sind nur noch fünf übrig geblieben. Die seinerzeit städtischen Krankenhäuser in Ost- und Westberlin wurden zur Vivantes-GmbH verschmolzen, die mehr als 25% sämtlicher Krankenhausbetten Berlins (zz. ca. 3,4 Millionen Einwohner) verwaltet. Einziger Hauptgesellschafter ist derzeit noch das Land Berlin.

Zurzeit existieren in ganz Berlin 40 Akutkrankenhäuser mit mindestens zwei bettenführenden Abteilungen [21]. In 20 dieser Kliniken gibt es keinen eigenen psychiatrischen oder psychosomatischen CL-Dienst, in 13 Kliniken wird ausschließlich ein psychiatrischer und in zwei Krankenhäusern ausschließlich ein psychosomatischer Konsiliardienst angeboten. Lediglich fünf Berliner Krankenhäuser (darunter die beiden Universitätsklinika) verfügen sowohl über einen psychiatrischen als auch über einen psychosomatischen CL-Dienst. Zunehmend besteht in Berlin

<sup>2</sup> <http://www.uni-duesseldorf.de/www/awmf/II/>

<sup>3</sup> Patientenkontakte, Kontakte mit dem ärztlichen und Pflegepersonal, interdisziplinäre Konferenzen, Dokumentation etc. wurden in unserer Untersuchung nicht separat, sondern nur insgesamt dokumentiert!

<sup>4</sup> Angaben des statistischen Landesamtes Berlin vom 13.8.2002.

(vor allem in den ehemals städtischen Kliniken der Vivantes-GmbH) die Bereitschaft, die gesamte, noch vorhandene und bewährte psychosomatische Krankenversorgung in die psychiatrischen Versorgungsstrukturen zu integrieren.

### Fazit und Ausblick

Bei den drei untersuchten Berliner Kliniken lässt sich hinsichtlich des Diagnoseprofils eine Veränderung dahingehend beschreiben, dass – bei weitgehend unveränderter Inanspruchnahmehäufigkeit – es zu einer relativen Zunahme psychosomatischer Konsiliaruntersuchungen bei organisch kranken Patienten mit gleichzeitiger psychischer Symptomatik und zu einer relativen Abnahme ausschließlich seelisch erkrankter Patienten (ohne gleichzeitige Organkrankheit) gekommen ist. Sollte sich dieser Trend, der in unserer Untersuchung nicht signifikant ausfiel, in zukünftigen Untersuchungen bestätigen, so erscheint es sinnvoll, dass sich CL-Dienste einer verstärkten Liaisonstätigkeit zuwenden, um so eine bessere Integration organmedizinischer und psychosomatischer Interventionen zu ermöglichen. Dies gilt umso mehr, als von Seiten der Politik in Zeiten großer struktureller Veränderungen (s. o.) ein effizienter Einsatz vorhandener Ressourcen angemahnt wird.

### Literatur

- 1 Herzog T, Stein B. Konsiliar-/Liaisonpsychosomatik. In: Deter HC (Hrsg): Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Bern: Huber, 2001: 243–251
- 2 Huysse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt UF, Opmeer BC, Stein B, Cardoso G, Creed F, Crespo MD, Guimaraes-Lopes R, Mayou R, Moffaert M van, Rigatelli M, Sakkas P, Tienari P. European consultation-liaison services and their user populations: the European Consultation-Liaison Workgroup Collaborative Study. *Psychosomatics* 2000; 41: 330–338
- 3 Herzog T, Stein B. Konsiliar- und Liaisondienst (CL-Dienste). In: Janssen PL, Franz M, Herzog T, Heuft G, Paar G, Schneider W (Hrsg): Psychotherapeutische Medizin – Standortbestimmung zur Differenzierung der Versorgung psychisch und psychosomatisch Kranker. Stuttgart: Schattauer, 1999: 74–94
- 4 Ehlert U. Implementierung von Forschungsvorhaben zur Konsiliar-Liaison-Arbeit bei psychisch auffälligen Patienten im Allgemeinkrankenhaus. *Psychotherapie Forum* 1997; 5: 73–85
- 5 Härter MC. Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. *Psychother Psychosom med Psychol* 2000; 50: 274–286
- 6 Kaplan MH, Feinstein AR. The importance of classifying initial co-morbidity in evaluating the outcome of diabetes mellitus. *J Chronic Dis* 1974; 27: 387–404
- 7 Koch U, Senf W. Transplantationsmedizin. *Psychother Psychosom med Psychol* 2001; 51: 437
- 8 Arnold R, Bergerhof P, Denzinger R, Hertenstein B, Kächele H, Novak P, Schilk C, Simons C. Phase der Rehabilitation knochenmarkstransplan- tierter Patienten und Patientinnen. *Psychother Psychosom med Psychol* 1992; 42: 191–200
- 9 Shuldham C, Goodman H, Fleming S, Tattersall K, Pryse-Hawkins H. Anxiety, depression and functional capacity in older women with mitral valve stenosis. *Int J Nurs Pract* 2001; 7: 322–328
- 10 Schron EB, Exner DV, Yao Q, Jenkins LS, Steinberg JS, Cook JR, Kutalek SP, Friedman PL, Bubien RS, Page RL, Powell J. Quality of life in antiar- rhythmic versus implantable defibrillators trial: Impact of therapy and influence of adverse symptoms and defibrillator shocks. *Circulation* 2002; 105: 589–594
- 11 Bakewell AB, Higgins RM, Edmunds ME. Quality of life in peritoneal dialysis patients: Decline over time and association with clinical out- comes. *Kidney Int* 2002; 61: 239–248
- 12 Ishikura R, Morimoto N, Tanaka K, Kinukawa N, Yoshizawa S, Horiuchi T, Nakashima H, Otsuka T. Factors associated with anxiety, depression and suicide ideation in female outpatients with SLE in Japan. *Clin Rheumatol* 2001; 20: 394–400
- 13 Neale R, Brayne C, Johnson AL. Cognition and survival: an exploration in a large multicentre study of the population aged 65 years and over. *Int J Epidemiol* 2001; 30: 1383–1388
- 14 Doraiswamy PM, Khan ZM, Donahue RM, Richard NE. The spectrum of quality-of-life impairments in recurrent geriatric depression. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2002; 57: 134–137
- 15 Friederich HC, Hartmann M, Bergmann G, Herzog W. Psychische Komorbidität bei internistischen Krankenhauspatienten. *Psychother Psych Med* 2002; 52: 323–328
- 16 Gündel H, Siess M, Ehlert U. Arbeitsgruppe „Leitlinien für die psycho- somatische Konsiliar-/Liaisonversorgung“. Konsiliar-/Liaisonstätigkeit aus sozioökonomischer Perspektive. *Psychother Psychosom med Psychol* 2000; 50: 247–254
- 17 Deter HC. Ökonomische Effekte einer krankheitsorientierten Grup- pentherapie von Asthmapatienten. *Allgemeinmedizin* 1986; 15: 25–28
- 18 Wittmann WW. Evaluation in der Rehabilitation. Wo stehen wir heu- te? DRV-Schriften. Verband Deutscher Rentenversicherer 1996; 6: 27–37
- 19 Zielke M. Kosten-Nutzen-Aspekte in der Psychosomatischen Rehabi- litation. *Psychother Psychosom med Psychol* 1999; 49: 361–367
- 20 Senat von Berlin. Vorlage Nr. 214 des Senats von Berlin über psychi- atrische und psychosomatische Hilfe in Krankenhäusern. 10. Wahlpe- riode, Drucksachen Nr. 9/1664 und Nr. 9/2430. 1986
- 21 Berliner Zeitung. Berliner Krankenhäuser. 2./3. Oktober 2002