

Hans-Christoph Friederich  
Dr. med.

## **Psychische Erkrankungen bei internistischen Krankenhauspatienten – Prävalenz und Therapieaufwand**

Geboren am	25.07.1971
Reifeprüfung am	07.06.1991
Studiengang der Fachrichtung Medizin vom Physikum am	SS 1992 bis WS 1999 30.03.1994 an der Universität Heidelberg
Klinisches Studium in	Heidelberg
Praktisches Jahr in	Ludwigsburg und St. Gallen (Schweiz)
Staatsexamen am	28.04.1999 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach:	Innere Medizin
Doktorvater:	Prof. Dr. med. W. Herzog

Über den Zeitraum eines Jahres wurde auf zwei internistischen Stationen der Medizinischen Universität Heidelberg die psychische Komorbidität sowie der psychosomatische Versorgungsaufwand internistischer Patienten analysiert.

Aufgrund eines offenkundigen Forschungsdefizits im deutschsprachigen Raum liegen bisher keine Studien vor, die eine Beurteilung des psychosozialen Versorgungsaufwands internistischer Patienten ermöglichen. Auch im Hinblick auf die psychische Komorbidität allgemeinmedizinischer Patienten steht eine abschließende Beurteilung noch aus. In internationalen Studien wird von Prävalenzraten zwischen 30% und 50% berichtet.

Zur Zielgruppe zählte jeder Patient, der im Untersuchungszeitraum erstmalig und für mehr als 48 Stunden stationär aufgenommen wurde. Es wurde ein mehrperspektivischer Untersuchungsansatz gewählt, der neben der Fremdbeurteilung durch den Arzt auch eine Selbstbeurteilung des Patienten umfaßte. Die Prävalenz psychischer Komorbidität wurde anhand der ICD-10 Kapitel V (Fremdbeurteilung) und durch die beiden Screeninginstrumente ADS: Allgemeine-Depressions-Skala und HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale (Selbstbeurteilung) erhoben. Zusätzlich erfolgte auf beiden Ebenen eine dimensionale SchwereEinstufung der psychosomatischen Beeinträchtigung. Die Verwendung der Testskalen (HADS, ADS) erforderte den Ausschluß von Patienten mit mangelnden Sprachkenntnissen, eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten und akut lebensbedrohlicher Gefährdung. Nach Anwendung der Ausschlußkriterien betrug die Stichprobengröße n=570 Patienten. Durch die Erhebung wurden 90% (n=511) der Patienten erfaßt.

Für das untersuchte Patientenkollektiv zeigte sich eine Prävalenz psychischer Komorbidität (nach ICD-10) von 36%. In der Mehrzahl der Fälle waren psychische und somatische Erkrankungen simultan nachweisbar, wohingegen in 4,5% der Fälle die psychische Erkrankung den alleinigen Aufnahmegrund darstellte (z. B. Anorexia nervosa). Zu den beiden häufigsten Erkrankungsgruppen (Leit- und Nebendiagnosen) zählten die Großgruppe Neurotische Störungen [F4] mit 24,3% und die zur Kategorie F1 zählenden Alkoholerkrankungen mit 10,2%. In der Diagnosegruppe F4 waren insbesondere Belastungsreaktionen, Somatoforme Störungen und Angststörungen vorherrschend. Somit lagen in der Heidelberger Studie in erster Linie behandelbare neurotische Störungen vor. Alle übrigen Erkrankungsklassen der ICD-10 (Kapitel V) waren in weniger als 5% der Fälle vertreten.

Ein auffälliges Testergebnis in einer der beiden Fragebogenskalen (HADS, ADS) ergab sich in 36,1%, so daß im Hinblick auf die Prävalenz psychischer Komorbidität eine gute Übereinstimmung der beiden Beurteilungsebenen vorlag. Neben den klassifizierbaren psychischen Erkrankungen (ICD-10) waren mehr als zwei Drittel der Patienten zusätzlich im psychosozialen Bereich erheblich bis schwer beeinträchtigt (Fremdrating).

Die Dokumentation der Häufigkeit psychosozialer Interventionen ergab, daß bei 84% der Patienten eine oder mehr Interventionen durchgeführt wurden. Die Leistungen wurden überwiegend durch den Stationsarzt bzw. das Stationsteam gewährleistet (70%). Den verbleibenden Aufwand (30%) bildeten indirekte Interventionen ohne Patientenkontakt. Hierzu zählten Stationsteamsupervisionen durch den behandelnden Arzt, Rücksprachen mit dem Konsiliariums sowie psychosoziale Fallkonferenzen der Abteilung. Psychisch komorbide Patienten (nach ICD- 10) beanspruchten im Sinne von „High-Utilizern“ einen dreifach höheren Interventionsaufwand pro Tag und zeigten eine Verlängerung der Liegedauer um durchschnittlich 7,2 Tage im Verhältnis zu Patienten ohne psychische Komorbidität.

Schlußfolgernd wurde postuliert, daß das bisherige Modell der konsiliarischen Versorgung mit einer Inanspruchnahme zwischen 2,8% und 17,9% der wahren Prävalenz psychischer Erkrankungen bei internistischen Patienten bei weitem nicht gerecht wird. Die psychische Komorbidität internistischer Patienten mit den negativen Folgen sowohl für den Patienten als auch für das Gesundheitssystem erfordert eine generelle Integration psychosomatischer Medizin in das Allgemeinkrankenhaus.