

# A. Konsiliar- und Liaisontätigkeit

REINHARD LIEDTKE, HANS-WERNER KÜNSEBECK

## 1. Begriffsbestimmung

Unter dem Begriff des psychosomatischen *Konsiliardienstes* werden die psychodiagnostischen und psychotherapeutischen Leistungen zusammengefaßt, die der Psychosomatiker auf Anforderung gegenüber stationären Patienten anderer klinisch-medizinischer Bereiche erbringt. Demgegenüber bezeichnet der Begriff *Liaisondienst* die kontinuierliche Kooperation zwischen der Psychosomatik und den anderen klinischen Abteilungen, wobei – jedenfalls in der Zielsetzung – meistens der arzt- oder teamzentrierte Arbeitsansatz dem patientenzentrierten Vorgehen vorgezogen wird (KÖHLE u. JORASCHKY, 1990). Unter günstigen Voraussetzungen ist der Psychosomatiker fest in das Team einer Station oder einer Ambulanz eingebunden. Neben seinen Aufgaben in der psychosozialen Krankenversorgung trägt er Sorge für die psychosomatische Weiterbildung der Ärzte-Schwestern-Pfleger-Gruppe (s. PONTZEN, 1988).

Im Vergleich zur «klassischen» Konsultations-Funktion stellen die – allerdings zeit- und personalintensiven – Liaison-Aktivitäten das effektivere Modell dar, wenn ein deutlich verstärkter Einfluß psychosomatischen Denkens in den klinischen Fächern mit entsprechender Kompetenzsteigerung ihrer Mitarbeiter angestrebt wird. Wegen der sehr begrenzten personellen Ressourcen der meisten Psychosomatik-Abteilungen ist das Liaisonmodell an den wenigsten Universitäten dauerhaft eta-

bliert. Ein psychosomatisch/psychotherapeutischer Konsiliardienst ist hingegen inzwischen an den meisten bundesrepublikanischen Hochschulkliniken realisiert. Auch in der außeruniversitären Versorgung dominiert das Konsiliarmodell; es gibt bisher jedoch nur wenige psychosomatische Abteilungen an nichtuniversitären Allgemeinen Krankenhäusern (HERZOG u. HARTMANN, 1990; HAAG et al., 1992). Dennoch, so resümiert VON UEXKÜLL (1992) in einer Bestandsaufnahme integrierter psychosomatischer Modelle, beginnt sich der Gedanke einer integrierten psychosomatischen Betreuung kranker Menschen durchzusetzen, allen Widerständen und Schwierigkeiten zum Trotz.

## 2. Bedarfsuntersuchungen

Die Frage nach dem genauen Bedarf an diagnostischen und therapeutischen Leistungen des psychosomatischen Konsiliar-/Liaisondienstes ist an die Frage nach der Häufigkeit psychischer Störungen bei nicht-psychiatrischen Klinikpatienten gebunden. Am Beispiel der Medizinischen Hochschule Hannover soll die Prävalenz neurotischer bzw. psychosomatischer Symptome bei Krankenhauspatienten dargestellt werden (KÜNSEBECK et al., 1984).

Innerhalb von drei Wochen wurden auf folgenden Stationen der Medizinischen Hochschule Hannover alle Patienten im Alter von 15 bis 65 Jahren untersucht: drei Stationen der Medizinischen Klinik sowie

je zwei Stationen der Klinik für Abdominal- und Transplantations-Chirurgie, Unfallchirurgie, Neurologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Orthopädie. Die Befragung fand zwischen dem 3. und 15. stationären Behandlungstag der Patienten statt. Schwerst- kranke wurden nicht befragt. 322 Patienten nahmen an der Untersuchung teil, entsprechend 78 Prozent der während dieser Zeit insgesamt auf den einbezogenen Stationen behandelten Patienten.

Ausgehend von einer faktorenanalytisch gewonnenen Skalenauswahl aus standardisierten Fragebogen wurde ein Patient dann als Fall («psychisch auffällig») definiert, wenn er mindestens in 2 Skalen eines Störungsbereiches Werte oberhalb der Grenzwerte aufwies. Auf der Basis der cut-off-Werte wurde für die Gesamtstichprobe ein Anteil von 20,5 Prozent Patienten mit *depressiven Symptomen* ermittelt. Der Anteil der Patienten mit gravierenden *sozialen Ängsten* lag bei 25,5 Prozent. Bei 9,4 Prozent der Patienten waren sowohl starke Depressionen als auch starke soziale Ängste vorhanden, so daß bei einer Zusammenfassung beider Störungsbereiche der Anteil der psychisch beeinträchtigten Patienten bei 36,6 Prozent lag. Unter Zugrundelegung eines 5 Prozent-Vertrauensintervalles wurden in der Gesamtstichprobe 31,4 bis 42 Prozent Patienten mit gravierenden psychischen Beeinträchtigungen gefunden, die zumindest einer vertieften Psychodiagnostik bedürfen, wenn nicht gar einer psychotherapeutischen Versorgung zugeführt werden müßten.

Zwischenzeitlich haben STUHR und HAAG (1989) Ergebnisse einer Prävalenzstudie zum Bedarf an psychosomatischer Versorgung in den Allgemeinen Krankenhäusern Hamburgs vorgelegt. Sie untersuchten eine Zufallsstichprobe von Patienten auf Inneren Stationen mit einem halbstandardisierten Interview und verschiedenen Fragebogen. Patienten über 80 Jahre, Alkoholiker und Suizidpatienten wurden aus der Untersuchung ausgeschlossen. Bei 38,4 Prozent, also im mittleren Bereich der Hannoveraner Prävalenzstudie gelegen, wurde aufgrund der Evaluation des Interviews eine *psychosomatische Genese* der zur Einweisung führenden Erkrankung angenommen, wobei unter den ursprünglichen Einweisungsdiagnosen Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems und der Verdauungsorgane die ersten beiden Positionen einnahmen. Die auf Band aufgenommenen Interviews wurden jeweils von drei unabhängigen Ratern eingeschätzt. Die Beurteilung «psychosomatisch erkrankt» hing statistisch abgesichert vor allem davon ab, daß eine eingegrenzte *psychosoziale Auslösesituation* für die Erkrankung vorhanden war, daß der Patient selbst psychische und/oder soziale Zusammenhänge sah, daß die Erkrankung mit einem deutlichen sekundären Krankheitsgewinn verbunden war und daß gehäuft frühe psychische oder/und soziale Belastungen vorlagen und die Auslösesituation häufiger eine Neuauflage eines früheren Traumas war. Die Validierung der Interviewergebnisse durch einen

Fragebogen zur Laienätiologie und *Behandlungserwartung* der Patienten zeigte, daß vorrangig schwer zu überwindende Ängste, Selbstwertprobleme, Überbeanspruchung sowie familiäre und partnerschaftliche Probleme mit der Interviewbeurteilung korrespondierten. Ein vom Patienten selbst ausgefüllter Lebensereignis-Fragebogen, der sich auf die letzten zwei Jahre bezog, diente darüber hinaus der Validierung. Die als psychosomatisch erkrankt identifizierten Patienten wiesen signifikant mehr *belastende Lebensereignisse* auf als die aufgrund des Interviews als unauffällig geltenden Patienten. Statistisch bedeutungsvoll ging dieses Ergebnis vor allem auf folgende Lebensereignisse zurück: Auseinandersetzungen in der Familie, finanzielle Schwierigkeiten, Kündigung und Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit.

Die internistischen Kollegen kamen in den Arztbriefen nach Abschluß ihrer Behandlung bei 20,5 Prozent der im Rahmen dieser Prävalenzstudie als psychosomatisch erkrankt eingestuften Patienten selbst zu einer psychiatrischen Diagnose. Die in dem schon erwähnten Fragebogen erhobenen Behandlungswünsche der Patienten, die mit der Intervieweinschätzung korrelierten, spiegelten ein großes Bedürfnis nach Hilfe wider, die über eine rein medizinische Behandlung im Krankenhaus hinausgeht. Vorrangig wurden psychische Ermutigung bei der Überwindung zwischenmenschlicher Probleme, insbesondere auch bei Einsamkeit, und die Stabilisierung eines geringen Selbstwertgefühls gewünscht (vgl. SCHMELING-KLUDAS u. ODENSASS, 1994). Die *Motivation*, sich mit den psychologischen Implikationen ihrer Erkrankung auseinanderzusetzen, wurde aufgrund der Interviewangaben bei knapp einem Drittel der als psychosomatisch bezeichneten Patienten als positiv beurteilt. Allerdings, so fanden HAAG und STUHR (1989) weiter heraus, nimmt die Motivation ab, je länger die Krankheit dauert. Statistisch abgesichert ergab sich, daß die psychosomatischen Patienten nur bei einer Krankheitsdauer bis zu 5 Jahren bereit sind, sich ihren psychologischen Problemen zu stellen.

Der Begriff «*psychosomatischer Patient*» ist in diesem Kontext nicht auf bestimmte Krankheitsbilder beschränkt. Wie auch in der Hamburger Prävalenzstudie expliziert, ist es sinnvoller, das Modell der «Ergänzungsreihe» für das Verständnis der Ätiologie von Krankheiten heranzuziehen. Auf der einen Seite dieses Spektrums sind solche Krankheiten anzusiedeln, bei denen eindeutig biologische bzw. organische Faktoren das Bild bestimmen, wie z. B. bei angeborenen Zystennieren, das andere Extrem stellen solche dar, die rein psychogenen Ursprungs sind, wie z. B. eine hysterische Lähmung. Zwischen diesen beiden Polen

breitet sich das weite Feld unterschiedlichster Krankheitsphänomene aus, in denen die fallenden Intensitäten des einen Faktors durch die steigenden des anderen ausgeglichen werden, formulieren – FREUD zitierend – STUHR und HAAG (1989). Das schon von FREUD Anfang des Jahrhunderts aufgegriffene Modell der Ergänzungsreihe entspricht im Kern unserem heutigen Verständnis von Krankheit als multifaktorielles Geschehen und ist noch um den Begriff der sekundären psychosomatischen bzw. psychischen Störungen bei primär organischen Erkrankungen zu erweitern, wenn das mögliche Tätigkeitsfeld der psychosomatischen bzw. psychosozialen Krankenversorgung umfassend beschrieben werden soll. Zystennieren werden beispielsweise Ursache einer chronischen Niereninsuffizienz, aus der sich die Indikation zur Langzeithämodialyse ergibt, welche wiederum psychologische Probleme bei der Anpassung an das Dialyseschicksal aufwirft und zu sekundären psychischen bzw. psychosomatischen Störungen führen kann.

Psychosomatische Kompetenz kann, wie der Chirurg HONTSCHIK (1987) aufzeigt, auch bei der *Operationsentscheidung zur Appendektomie* gefragt sein. Unter Einbeziehung der Daten von über 500 Appendektomien der eigenen Klinik stellt HONTSCHIK fest, daß die auf der Annahme einer «chronischen» Appendizitis beruhenden Fehldiagnosen in auffälliger Weise weibliche Patienten betreffen, unter diesen fast ausschließlich Mädchen bzw. Frauen im Alter von 13 bis 25 Jahren. So entstehe die Paradoxie, daß die Appendizitis eine eher beim männlichen Geschlecht vorkommende Erkrankung ist, die Appendektomie hingegen eine eher beim weiblichen Geschlecht durchgeführte Operation darstellt. Die den fehlindizierten Appendektomien zugrundeliegenden Bauchschmerzen der jungen Patientinnen können nach HONTSCHIK als Ausdruck psychosexueller und psychosozialer Konflikte im Adoleszentenalter, des Aufnehmens eigener Liebes- und Geschlechtsbeziehungen und des Ablösens von der Familie verstanden werden (Montagsgipfel der stationären Aufnahme nach Problemen am Wochenende). Im Setting der klinischen Untersuchung solcher Patientinnen stelle sich die innerseelische und innerfamiliäre Konfliktkonstellation wie eine unbewußte Wiederholung wieder her, wodurch – vor dem Hintergrund der Schwierigkeit und Unsicherheit der klinischen Diagnose – die junge, mit Schuldgefühlen belastete Patientin, deren Mutter als oft treibende Kraft auf dem Weg zum Eingriff und der junge männliche Chirurg, möglicherweise mit einem überhöhten

Selbstbild, in einen aggressiven und für alle Beteiligten unbefriedigenden affektiven Sog geraten: Die Appendix wird Ausweichorgan. Der Autor fordert u. a. ein Trainingsprogramm für die Ärzte der Klinik, das in Zusammenarbeit mit den Hausärzten der biographischen Problematik der Patientinnen angemessenere Verstehens-, Verhaltens- und Reaktionsmöglichkeiten eröffnen soll.

### 3. Inanspruchnahme

Der ermittelte Anteil von 36,6 Prozent psychisch gravierend beeinträchtigter Patienten in der Hannoveraner Studie und das Ergebnis von 38,4 Prozent psychosomatisch erkrankten Patienten in der Hamburger Studie mit – schon im Erstgespräch – positiver Psychotherapiemotivation bei etwa einem Drittel der Patienten sowie der mit zunehmender Krankheitsdauer zu konstatierende Motivationsabfall lassen auf einen entsprechend hohen Bedarf an psychodiagnostisch-psychotherapeutischen Leistungen im Krankenhaus schließen. Untersuchungen über die Inanspruchnahme psychosomatischer Konsiliar-/Liaisondienste zeigen jedoch, daß die Beratungsfrequenz generell unter dem veranschlagten Bedarf liegt. Übereinstimmend werden für die Inanspruchnahme 0,5 bis 10 Prozent der stationär behandelten Patienten berichtet. Gründe für diese Diskrepanz liegen zum einen in der personellen Ausstattung und therapeutischen Ausrichtung der psychosomatischen Abteilungen, zum anderen in der Kooperationsbereitschaft der zuweisenden Ärzte. Von einer wirklich integrierten Psychosomatik kann auch in diesem Bereich der Krankenversorgung nicht die Rede sein. Die Konsiliaranforderungen nehmen allerdings bei Bekanntheit des psychosomatischen Konsiliariums, gemeinsamen Forschungsinteressen und im Falle eines stationsnahen Liaisondienstes zu (KÖHLE u. JORASCHKY, 1990; RIEHL et al., 1985; WIRSCHING u. HERZOG, 1989).

### 4. Therapeuten, Patienten und Therapie

Die Frage, welche Kompetenz die unterschiedlichen Formen der konsiliarischen Ko-

operation mit den somatischen Fächern erfordern, ist weitgehend ungeklärt. Eine breitere Diskussion hierüber hat hierzulande erst eingesetzt (WIRSCHING u. HERZOG, 1989). Wie sonst in der Medizin werden Fachärzte, erfahrene ärztliche Psychotherapeuten sowie Psychologen, aber auch Berufsanfänger und studentische Hilfstherapeuten eingesetzt. Therapeutisch aktivere Konsiliardienste stehen eher diagnostisch orientierten mit häufigeren Therapieempfehlungen bei niedergelassenen Psychotherapeuten oder in psychosomatischen Fachkliniken gegenüber.

Der psychosomatische Konsiliarius wird mit einem breiten Spektrum von organischen, psychosomatischen und psychischen Erkrankungen konfrontiert. So litten beispielsweise von den 1987 an der Abteilung Psychosomatik der Medizinischen Hochschule Hannover untersuchten und behandelten 223 Konsiliarpatienten etwa 50 Prozent an chronifizierten nicht-psychosomatischen Erkrankungen (wie chronische Pankreatitis, Tumorleiden, Unfallverletzungen und Leber-/Herzkrankungen mit Transplantationsindikation), 25 Prozent an chronifizierten Psychosomatosen (wie Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Asthma bronchiale, Anorexia nervosa und artifizielle körperliche Störungen) und weitere 25 Prozent an funktionellen bzw. neurotischen Störungen (wie Reizmagen-/Reizdarmsyndrom und neurotische Depression mit körperlicher Begleitsymptomatik).

Schon die Kontaktaufnahme zu diesen oft wenig zu psychotherapeutischen Gesprächen motivierten Patienten gestaltet sich nicht einfach, erfordert ein aktives Vorgehen und beinhaltet immer wieder beharrliche *Motivationsarbeit* im Rahmen der meist initial als supportiv zu kennzeichnenden Psychotherapie (s. LEMPA et al., 1985; vgl. Kap. III.F).

Mit knapp 75 Prozent unserer vorstehend genannten Konsiliarpatienten wurden 3 und mehr Gespräche geführt. Aus diesen resultierte bei etwa 56 Prozent eine Therapieempfehlung für eine (meist) konfliktbearbeitende (seltener verhaltenstherapeutische) stationäre oder ambulante Psychotherapie inner- oder außerhalb unserer Abteilung und bei 17 Prozent eine Fortsetzung der supportiven Psychotherapie. Bei 27 Prozent ließ sich keine Psychotherapieindikation stellen.

Die Konsultationen werden in erster Linie von den Ärzten der medizinischen Stationen erbeten. Die häufigsten Gründe für eine psychosomatische Konsultation stellen diagnostische Fragestellungen (z.B. Verdacht auf eine sogenannte Somatisierungsstörung) und Be-

ratungen über den Umgang mit dem Patienten («Problempatienten») sowie Beratungen oder Behandlungen der Patienten mit emotionalen Problemen in der Krankheitsverarbeitung (z. B. Depression bzw. Anpassungsstörung bei chronischer Krankheit oder Malignom) dar. Im Gegensatz zu Patienten mit niedriger Compliance oder einem sonst dem Stationsablauf zuwiderlaufenden Verhalten, die dem Stationsarzt und dem Krankenpflegepersonal zum Problem werden können, wird der introvertierte, depressiv-zurückgezogene, aber anpassungsbereite Patient eher nicht dem psychosomatischen Konsiliarius vorgestellt. Letzteres Persönlichkeitsmuster ist jedoch nicht selten unter den psychosomatisch Kranken im engeren Sinne (z. B. Patienten mit Colitis ulcerosa) zu finden, so daß gerade hier ein Hinterfragen, auch der «Unauffälligkeit», zur Abklärung des psychosomatischen Anteils am Krankheitsgeschehen angebracht wäre (vgl. KÖHLE u. JORASCHKY, 1990).

Vor dem diagnostischen Interview mit dem Patienten sollte ein (telefonisches) Gespräch mit dem konsilianfordernden Arzt geführt werden, um zusätzliche Vorinformationen über den Patienten zu erhalten und die Erwartungen an das Konsil abzuklären, da die schriftliche Anforderung (z. B. «Depression bei Morbus Crohn») oft knapp gehalten ist. Zur Informationsgewinnung können selbstverständlich auch das Krankenpflegepersonal und Familienangehörige herangezogen werden. Das psychosomatische Interview soll einerseits Antworten auf umschriebene Fragen geben, muß aber andererseits dem Patienten Raum und Gelegenheit für spontane Äußerungen lassen, um sein Verständnis und Erleben der Krankheit erfassen zu können. Das Ergebnis ist zusammen mit der Empfehlung schriftlich mitzuteilen, ein langatmiger Bericht im Fachjargon mit einer Fülle psychodynamischer Spekulationen ist zu vermeiden (LIPOWSKI, 1989). Der Bericht muß auf das jeweilige Problem fokussiert sein und sollte nach Möglichkeit immer durch eine Nachbesprechung mit dem konsilianfordernden Arzt ergänzt werden.

Bei der Therapie steht oft die Bearbeitung aktueller Probleme (z. B. Reaktion auf die Mitteilung der Diagnose einer unheilbaren

Krankheit) im Sinne einer Krisenintervention im Vordergrund. Die supportive Psychotherapie chronisch Kranker (s. Kap. III.F) ist vor allem bei jenen Patienten angezeigt, bei denen u. a. aufgrund einer verminderten Frustrationstoleranz, begrenzterer selbstreflektorischer und introspektiver Fähigkeiten und gesteigerter Abhängigkeitsbedürfnisse eine aufdeckende Psychotherapie noch nicht oder nicht mehr in Frage kommt.

## 5. Effektivitätsuntersuchungen

Nur wenige Arbeiten liegen zur Effektivität konsiliarischer Tätigkeit vor (HAAG u. STUHR, 1992; KÖHLE u. JORASCHKY, 1990). Im anglo-amerikanischen Sprachbereich wird häufig über eine Verkürzung der Krankenhausaufenthaltsdauer als Beleg für erfolgreiche psychiatrisch-psychotherapeutische Interventionen berichtet. So hat beispielsweise nach einer Studie von LEVITAN und KORNFIELD (1981; vgl. STRAIN et al., 1991) die liaison-psychiatrische Mitarbeit bei der postoperativen Nachsorge von älteren Patientinnen mit Schenkelhalsfrakturen zu einer Verkürzung der Krankenhausverweildauer um 12 Tage geführt und dazu beigetragen, daß doppelt so viele Patientinnen wie in der Vergleichsgruppe nach Hause entlassen werden konnten und nicht in ein Pflegeheim mußten.

Nach einer Studie von JORDAN et al. (1989) bewirkten bereits wenige konsiliarische Gespräche trotz prognostisch ungünstiger Selektion der zugewiesenen Patienten eine wichtige Weichenstellung. In der katanestischen Befragung gaben 4/5 der Patienten deutlich weniger Beschwerden als zur Zeit der Konsiliargespräche an. 55,3 Prozent der Patienten, die einen Therapieversuch erhielten, folgten diesem auch, womit eine hohe Compliance-Rate erzielt werden konnte (vgl. RIEHL et al., 1985). STRAUSS et al. (1991 a,b) ließen die ambulanten Kontakte (maximal drei Gespräche) mit einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz rückblickend durch die Patienten bewerten. Patienten, die sich der Befragung entzogen, waren u. a. dadurch gekennzeichnet, daß sie eher unspezifische Empfehlungen (z. B. Wiedervorstellung bei Bedarf) erhielten und eher aus Kliniken überwiesen waren. Die Bewertung der Gespräche war insgesamt gesehen nicht sonderlich positiv. Unter anderem kritisierten viele Patienten die passive Haltung des Therapeuten und einen Mangel an konkreten Rat-

schlägen. Die Compliance-Rate betrug in der Stichprobe 49 Prozent. Wenn Einzeltherapien empfohlen wurden, war die Rate besonders hoch. Im Hinblick auf die aktuelle Situation bei der Nachbefragung zeigte sich, daß die Patienten durchschnittlich ihre Beschwerden als etwas geringer ausgeprägt und ihre Lebenszufriedenheit als etwas höher einschätzten als zum Zeitpunkt des Gespräches.

Ausgehend von den Ergebnissen der Hannoveraner Prävalenzstudie, war es das Ziel einer kontrollierten Studie (LEMPA et al., 1985), die kurzfristigen Effekte einer ergänzenden supportiven Psychotherapie bei hospitalisierten Patienten zu überprüfen. Eine Zufallsstichprobe von 38 ausschließlich somatisch behandelten Patienten wurde mit 42 ergänzend supportiv-psychotherapeutisch betreuten Patienten verglichen, die von Stationsärzten zur konsiliarischen Mitbehandlung zugeleitet worden waren. Die überwiesenen Patienten waren testpsychologisch signifikant ängstlicher und depressiver und zeichneten sich durch ein geringeres Wohlbefinden als die Vergleichsgruppe der anderen stationären Patienten aus. Die nach dem Konzept der supportiven Psychotherapie mit oberflächlicher Konfrontations- und Deutungsarbeit durchgeführten Gespräche bewirkten innerhalb von acht Tagen eine signifikante Reduktion von Ängstlichkeit und Depression sowie eine Zunahme des Wohlbefindens. Mit dieser psychischen Stabilisierung der Patienten ist ein wichtiger Beitrag zur Krankheitsbewältigung geleistet worden. Ausgedehntere depressive Reaktionen werden beispielsweise als ungünstig für den Adaptationsprozeß angesehen (FLORIN, 1985).

Wie diese Therapiestudie zeigte, können bereits wenige psychotherapeutische Gespräche zu beachtlichen Befindlichkeitsverbesserungen während des Krankenhausaufenthaltes beitragen. In einer anderen Effektivitätsuntersuchung (KÜNSEBECK et al., 1987), auf die noch unter der Frage der Langzeitwirkung eingegangen werden soll, erhielten die Patienten der Therapiegruppe während ihrer stationär-internistischen Behandlung durchschnittlich 22 stützende Psychotherapie-Gespräche. Es handelte sich um 15 Patienten mit Morbus Crohn, die mit einer Gruppe von 14 Crohn-Patienten derselben gastroenterologischen Station verglichen wurden, von denen sie sich initial hinsichtlich verschiedener soziodemographischer, somatischer und psychologischer Parameter nicht unterschieden. Die Aufteilung der Patienten auf die Therapie- und Kontrollgruppe erfolgte nach einem Zeitintervallplan. Die medikamentöse Behandlung sowie die Ernährungsbehandlung wurde in beiden Gruppen nach den gleichen Grundsätzen durchgeführt.

Depressivität und Angst blieben bei den Patienten mit ergänzender Psychotherapie auch über die Entlassung hinaus bis zum zweiten Follow-up-Zeitpunkt – 13 Monate nach internistisch-stationärem Behandlungsbeginn – im Gegensatz zur Kontrollgruppe auf niedrigem Niveau. Für die somatischen Parameter zeigte sich bei dem auf Labor- und klinischen Befunden

basierenden Aktivitätsindex nach VAN HEES in Therapie- und Kontrollgruppe ein ähnlicher Verlauf, wobei in der Therapiegruppe eine signifikant stärkere Reduktion des Index zur Zeit der Entlassung und zum ersten Follow-up-Zeitpunkt – vier Monate nach Klinikaufnahme – auftrat. Zum Zeitpunkt der zweiten Follow-up-Untersuchung lagen die Werte der Patienten von Therapie- und Kontrollgruppe wieder auf etwa gleichem Niveau. Allerdings waren die Patienten der Psychotherapiegruppe im Follow-up-Zeitraum signifikant weniger wegen eines Rezidivs oder einer Symptomverstärkung stationär im Krankenhaus behandelt worden und suchten auch seltener einen Arzt auf. Kein Patient der Therapie-, jedoch drei Patienten der Kontrollgruppe mußten operiert werden.

Die durchgeführte Psychotherapie in Kombination mit medikamentöser Behandlung scheint nach den Ergebnissen dieser Pilotstudie einen Beitrag zur wirksamen Beeinflussung des Morbus Crohn leisten zu können, auch wenn für eine abschließende Beurteilung der betrachtete Untersuchungszeitraum zu kurz und die Patientenstichprobe klein ist. Einschränkend ist auch anzumerken, daß sechs Patienten der Psychotherapiegruppe im Nachuntersuchungszeitraum noch an einer stationären Gruppenpsychotherapie in der Psychosomatischen Abteilung teilnahmen und zwei weitere in einer auswärtigen psychosomatischen Klinik behandelt wurden.

DETER (1986) überprüfte die Wirksamkeit einer krankheitsorientierten Gruppenbehandlung bei vormals stationären Asthmapatienten. Im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigte sich nach einem Jahr bei der Behandlungsgruppe u. a. eine Verringerung der schweren Asthmanfälle, eine häufigere Senkung der Arbeitsunfähigkeitstage und eine Besserung in einem vor Behandlungsbeginn als individuelles Therapieziel definierten Konfliktbereich. FRIEDMAN et al. (1984) vermochten aufzuzeigen, daß es durch psychosoziale Beeinflussung des sogenannten Typ A-Verhaltens (vgl. Kap. IV.A.3) möglich ist, die Re-Infarktrate nach einem Herzinfarkt signifikant zu senken.

## 6. Zusammenfassung und Schlußbemerkung

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die referierten Prävalenzstudien und bisherigen

Effektivitätsuntersuchungen den Bedarf und die Möglichkeit psychosomatischer Versorgung nachdrücklich herausstellen, wobei fraglos weitere kontrollierte Wirksamkeitsstudien notwendig sind. Die deutlich unter dem veranschlagten Bedarf liegende Inanspruchnahme psychosomatischer Konsiliar-/Liaisondienste markiert eine Grenze, die schon allein deswegen nicht akzeptiert werden kann, da deutlich mehr Patienten bereits von sich aus zu einem psychotherapeutischen Gespräch motiviert sind, wie auch die Hamburger Bedarfsstudie zeigte. Die Aufschließbarkeit der Patienten für Psychotherapie ist weiter zu erhöhen, wenn der «Somatiker» früh genug den Psychosomatiker einbezieht, und beide, jeder für sich und auch gemeinsam, so mit den Patienten umzugehen verstehen, daß diese sich nicht weiter hinter ihre körperlichen Beschwerden in Unmotiviertheit zurückziehen brauchen.

## Literatur

- DETER HC: Psychosomatische Behandlung des Asthma bronchiale. Springer, Berlin 1986
- FLORIN A: Bewältigungsverhalten und Krankheit. In BASLER HD, FLORIN I (Hrsg.) Klinische Psychologie und körperliche Krankheit, S. 126, Kohlhammer, Stuttgart 1985
- FRIEDMAN M, THORESEN CE, GILL JJ, POWELL LH, ULMER D, THOMPSON L, PRICE VA, RABIN DD, BREALL WS, DIXON T, LEVY R, BOURG E: Alteration of type A behavior and reduction in cardiac recurrences in postmyocardial infarction patients. *Am Heart J* 108, 237–248, 1984
- HAAG A, STUHR U: Über den Nutzen integrierter Psychosomatik im Allgemeinen Krankenhaus. In ADLER R, BERTRAM W, HAAG A, HERRMANN JM, KÖHLE K, VON UEXKÜLL Th (Hrsg.) Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik, 2. Aufl., S. 43, Schattauer, Stuttgart 1992
- HAAG A, PONTZEN W, WIRSCHING M: Psychosomatik am Allgemeinen Krankenhaus: Seit langem gefordert, kaum realisiert. *Dt Ärzteblatt* 89, 2171–2172, 1992
- HERZOG T, HARTMANN A: Psychiatrische, psychosomatische und medizinpsychologische Konsiliar- und Liaisonstätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland. *Nervenarzt* 61, 281–293, 1990

- HONTSCHIK B: Theorie und Praxis der Appendektomie. Pahl-Rugenstein, Köln 1987
- JORDAN J, SAPPER H, SCHIMKE H, SCHULZ W: Zur Wirksamkeit des patientenzentrierten psychosomatischen Konsiliardienstes. *Psychother Med Psychol* 39, 127–134, 1989
- KÖHLE K, JORASCHKY P: Die Institutionalisierung der Psychosomatischen Medizin im klinischen Bereich. In ADLER R, HERRMANN JM, KÖHLE K, SCHONECKE OW, VON UEXKÜLL Th, WESIACK W (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin*, 4. Aufl., S. 415, Urban & Schwarzenberg, München 1990
- KÜNSEBECK HW, LEMPA W, FREYBERGER H: Häufigkeit psychischer Störungen bei nicht-psychiatrischen Klinikpatienten. *Dt Med Wschr* 109, 1438–1442, 1984
- KÜNSEBECK HW, LEMPA W, FREYBERGER H: Kurz- und Langzeiteffekte ergänzender Psychotherapie bei Patienten mit Morbus Crohn. In LAMPRECHT F (Hrsg.) *Spezialisierung und Integration in Psychosomatik und Psychotherapie*, S. 253, Springer, Berlin 1987
- LEMPA W, POETS C, ARNOLD MA, BUHL R, NORDMEYER J, LIEDTKE R, FREYBERGER H: Zur Effektivität der supportiven Psychotherapie bei hospitalisierten Patienten: Empirische Belege und praxisbezogene Konsequenzen. *Psychother Med Psychol* 35, 315–319, 1985
- LEVITAN SJ, KORNFELD DS: Clinical and cost benefits of liaison psychiatry. *Am J Psychiatry* 138, 790–793, 1981
- LIPOWSKI ZJ: Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie in Nordamerika in den 80er Jahren. *Psychother Med Psychol* 39, 337–341, 1989
- PONTZEN W: Psychosomatik im Allgemeinkrankenhaus – Aufgaben und Perspektiven. In BRÄUTIGAM W (Hrsg.) *Kooperationsformen somatischer und psychosomatischer Medizin*, S. 72, Springer, Heidelberg 1988
- RIEHL A, DIEDERISCHS P, BERNHARD P, LAMPRECHT F, STUDDT HH: Psychosomatische Konsiliartätigkeit in einem Großklinikum: Probleme der Integration und Patienten-Compliance. *Psychother Med Psychol* 35, 183–188, 1985
- SCHMELING-KLUDAS C, ODENSASS C: Psychosomatik im allgemeinen Krankenhaus: Problemspektrum bei einer Zufallsstichprobe von 100 internistischen Patienten. *Psychother Psychosom Med Psychol* 44, 372–381, 1994
- STRAIN JJ, LYONS JS, HAMMER JS, FAHS M, LEOVITS A, PADDISON PL: Cost offset from a psychiatric consultation-liaison intervention with elderly hip fracture patients. *Am J Psychiatry* 148, 1044–1049, 1991
- STRAUSS B, SPEIDEL H, SEIFERT A, PROBST P: Zeitlich begrenzte Kontakte mit einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz. I. Rückblickende Bewertung durch die Patienten. *Psychother Psychosom Med Psychol* 41, 43–52, 1991 a
- STRAUSS B, SPEIDEL H, PROBST P, SEIFERT A: Zeitlich begrenzte Kontakte mit einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz. II. Potentielle Determinanten der Inanspruchnahme therapeutischer Empfehlungen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 41, 53–60, 1991 b
- STUHR U, HAAG A: Eine Prävalenzstudie zum Bedarf an psychosomatischer Versorgung in den Allgemeinen Krankenhäusern Hamburgs. *Psychother Med Psychol* 39, 273–281, 1989
- VON UEXKÜLL Th: Was ist und was will «Integrierte Psychosomatische Medizin»? In ADLER R, BERTRAM W, HAAG A, HERRMANN JM, KÖHLE K, VON UEXKÜLL Th (Hrsg.) *Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik*, 2. Aufl., S. 17, Schattauer, Stuttgart 1992
- WIRSCHING M, HERZOG T: Aktuelle Entwicklungen im Konsiliar-/Liaisonbereich. *Psychother Med Psychol* 39, 41–44, 1989