

Psychische Komorbidität

→ Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen
Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation



Vorwort

Psychische Komorbidität, also das gleichzeitige Vorliegen einer psychischen Störung mit einer körperlichen Erkrankung, ist in der medizinischen Rehabilitation mit somatischer Indikation häufig. Ergebnisse der Reha-Forschung, u. a. aus dem Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“, zeigen, dass in der somatischen Rehabilitation etwa jede(r) Fünfte zusätzlich zur körperlichen Erkrankung auch an einer psychischen Störung leidet. Bei der medizinischen Rehabilitation spielt die psychische Komorbidität auch deshalb eine große Rolle, weil sie ungünstige Auswirkungen auf die Motivation und die Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung an der eigenen Rehabilitation und damit auf die Rehabilitationsergebnisse sowie den weiteren Krankheitsverlauf haben kann. Das Erkennen und gezielte Behandeln der psychischen Komorbidität ist in den letzten Jahren stärker in den Fokus der Reha-Wissenschaft und der Reha-Praxis gerückt.

Die Rentenversicherung unterstützt bereits seit langem Forschungsprojekte, die sich mit der verbesserten Erkennung psychischer Komorbidität in der medizinischen Rehabilitation befassen. Aufbauend auf den Erkenntnissen der im Rahmen des Förderschwerpunkts „Rehabilitationswissenschaften“ durchgeführten epidemiologischen Studie zur psychischen Komorbidität und der „Speyerer Empfehlungen“ wurde das Forschungsprojekt „Diagnostik, Indikation und Behandlung von psychischen Störungen in der medizinischen Rehabilitation“ – kurz „DIBpS“ – an der Universität Freiburg durchgeführt. Ein wichtiges Ergebnis des Projekts ist der „Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation“. Den Autoren Baumeister, Jahed, Vogel, Härter, Barth und Bengel gilt der Dank für die Erarbeitung des Leitfadens. Danken möchten wir auch den beteiligten Reha-Einrichtungen, die sich aktiv in das wichtige Forschungsvorhaben eingebracht und entscheidend zum Erfolg des Projekts beigetragen haben.

Die vorliegende Broschüre soll diesen Leitfaden der Reha-Praxis zugänglich machen und ambulante sowie stationäre Reha-Einrichtungen darin unterstützen, einen wissenschaftlich entwickelten und auf Umsetzbarkeit geprüften psychodiagnostischen Stufenplan in die Klinikroutine einzuführen oder bereits vorhandene psychodiagnostische Routinen anzupassen bzw. zu systematisieren.

Dem Leitfaden sind Erläuterungen aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung vorangestellt. Sie sollen die Position der Deutschen Rentenversicherung zu verschiedenen Aspekten des Umgangs mit psychischer Komorbidität in der somatischen Rehabilitation verdeutlichen. Dabei hat der Leitfaden empfehlenden Charakter. Ziel ist es, die Konzepte und die Praxis der somatischen Rehabilitation auf eine angemessene Versorgung der psychischen Komorbidität im Interesse der betroffenen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auszurichten.



Dr. med. Christiane Korsukéwitz
Leiterin des Geschäftsbereichs Sozialmedizin und Rehabilitation

Erläuterungen für Reha-Einrichtungen zum Umgang mit psychischer Komorbidität in der somatischen Rehabilitation

Ergänzende Hinweise der Deutschen Rentenversicherung Bund zum Leitfaden „Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation“

Psychische Komorbidität in der somatischen Rehabilitation

Das gleichzeitige Vorkommen von zwei oder mehr verschiedenen Erkrankungen bei einer Patientin oder einem Patienten wird als Komorbidität bezeichnet. Bei einer psychischen Störung und gleichzeitigem Vorliegen einer körperlichen Erkrankung spricht man von psychischer Komorbidität. Komorbide psychische Störungen sind mit einer geringeren Lebensqualität verbunden, tragen zur Chronifizierung bei, verschlechtern die Behandlungsmotivation der Patienten, erhöhen Morbidität und Mortalität sowie die Versorgungskosten¹.

Komorbide psychische Störungen in der somatischen Rehabilitation sind häufig. Unabhängig von der Art der Grunderkrankung treten psychische Störungen bei rund 20 Prozent der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auf. Jeder Fünfte in der Rehabilitation hat mindestens eine, jeder Zwölfte mehr als eine psychische Störung. Die häufigsten Diagnosen sind depressive Störungen und Angststörungen.¹

Ziel der Rentenversicherung ist es, die Behandlungs- und Versorgungsqualität in der somatischen Rehabilitation auch bei psychischer Komorbidität sicherzustellen. Grundlegende Voraussetzung hierfür ist zunächst das Erkennen komorbider psychischer Störungen. Liegen solche vor, kommt es darauf an, angemessen zu intervenieren. Das kann sich auf Beratung und Behandlungselemente während der Rehabilitation beziehen, ebenso wie auf die Anregung oder Einleitung einer adäquaten postrehabilitativen Behandlung der psychischen Komorbidität.

Im Projekt „Diagnostik, Indikation und Behandlung von psychischen Störungen in der medizinischen Rehabilitation“ (DIBpS) wurde von der Arbeitsgruppe um Prof. Bengel ein „Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation“ erarbeitet und in der Praxis erprobt. Der Leitfaden leistet mit konkreten Handlungsempfehlungen einen Beitrag zur Verbesserung der Identifikation und Diagnostik psychischer Störungen in der somatischen Rehabilitation. Der psychodiagnostische Stufenplan im Leitfaden beschreibt ein zweistufiges Vorgehen, um behandlungsbedürftige psychische Störungen zu erkennen und deren bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen bzw. einzuleiten.

Die vorliegenden Erläuterungen nehmen Bezug auf die Inhalte des Leitfadens, die die Umsetzung eines psychodiagnostischen Stufenplans beschreiben und ergänzen diese aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung.

¹ Härter et al. (2007) Psychische Störungen bei Patienten mit einer somatischen Erkrankung aus der medizinischen Rehabilitation. In: Härter M, Baumeister H, Bengel J (Hrsg.) Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. Springer, Berlin, S. 55-69

Diagnostik komorbider psychischer Störungen

Screening

Als ersten Schritt zur Erkennung einer psychischen Komorbidität wird empfohlen, ein geeignetes Screening aller Rehabilitanden zu Beginn der Rehabilitation durchzuführen (z. B. mit der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) oder der Depressionsskala des Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-9)).

Das Screening kann auch bei Rehabilitanden mit Hinweisen auf Aggravationstendenz, z. B. bei Rehabilitanden mit Rentenbegehren bzw. einem laufenden Rentenantrag, durchgeführt werden. Die Ergebnisse sollten jedoch mit einem entsprechenden Hinweis versehen und mit dem klinischen Eindruck der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes verknüpft werden.

Vertiefte Psychodiagnostik – Behandlungseinleitung - Behandlung

Vertiefte Psychodiagnostik

Alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit auffälligem Ergebnis aus dem Screening auf psychische Komorbidität sollen einen Termin zur vertieften Psychodiagnostik erhalten.

Eine Empfehlung für eine postrehabilitativ durchzuführende psychodiagnostische Abklärung kann gegeben werden, wenn sich anhand des ersten Screeningbefundes und der übrigen Eingangsdiagnostik Hinweise auf eine psychische Symptomatik leichter Ausprägung ergeben, die keine sofort einzuleitende Psychodiagnostik erforderlich macht.

Die Stellung der Diagnose einer psychischen Störung und ggf. die einer Indikation für eine weitere Behandlung sollten von entsprechend qualifiziertem Fachpersonal durchgeführt werden. Hierzu kommen infrage:

- Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- Ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
- Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- fachkompetente Ärztinnen und Ärzte
- ggf. Psychologinnen und Psychologen in Ausbildung zu Psychologischen Psychotherapeut/en/innen unter qualifizierter Supervision.

Die Durchführung von psychodiagnostischen Verfahren im Vorfeld der Diagnosestellung kann von nicht approbierten Psychologen (Diplom, Master, Bachelor) mit entsprechenden Kenntnissen bzw. Erfahrungen übernommen werden.

Es wird empfohlen, zu Beginn der vertieften Diagnostik relevante Störungsbereiche, festzulegen, auf die sich die vertiefte Diagnostik bezieht. Hierzu können die im Leitfaden genannten 15 Screeningfragen verwandt werden (s. Leitfaden, Kap. 4.2 und Anhang 1). Anhand der Internationalen Diagnose-Checkliste für die ICD-10 (IDCL für ICD10) kann für die relevanten Störungsbereiche eine Diagnose im Sinne der ICD-10-Klassifikation gestellt werden (siehe auch Leitfaden, Kap. 4.2).

Eine vertiefte Psychodiagnostik kann auch durch ein extern eingeholtes psychiatrisches Fachkonsil bzw. durch qualifiziertes Fachpersonal einer kooperierenden (Reha-) Einrichtung sichergestellt werden.

Wenn Hinweise vorliegen, dass der psychischen Symptomatik eine somatische Grunderkrankung zugrunde liegen könnte, wird zur Klärung die Durchführung bzw. Einleitung einer fachärztlichen Differenzialdiagnostik empfohlen.

Behandlungseinleitung - Behandlung

Die begrenzte Behandlungszeit in der medizinischen Rehabilitation (in der Regel drei Wochen) lässt meistens keine abschließende Behandlung einer psychischen Komorbidität zu. Deshalb liegt der Schwerpunkt in der Rehabilitation auf Aufklärung und Motivierung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zur Inanspruchnahme weiterer psychotherapeutischer oder psychiatrischer Hilfen nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation. Im Reha-Team und in Absprache mit dem behandelnden Arzt wird festgelegt, ob und in welcher Form während der Rehabilitation psychologische oder psychotherapeutische Interventionen durchgeführt werden.

Bei der Indikationsstellung für psychotherapeutische Einzelgespräche sollen vorrangig Rehabilitanden berücksichtigt werden, bei denen der Gefahr einer durch das Krankheitserleben ausgelösten psychischen Fehlentwicklung vorgebeugt oder eine Behandlungsmotivation für eine nachfolgende ambulante Psychotherapie aufgebaut werden soll.

Falls erforderlich erfolgt eine psychopharmakologische Behandlung durch einen Psychiater bzw. durch fachkompetente Ärzte der Reha-Einrichtung.

Dokumentation komorbider psychischer Störungen

Alle erhobenen Ergebnisse (Screeningergebnis, Ergebnis der vertieften Psychodiagnostik, Verdachtsdiagnose, Indikation bzw. Behandlungsempfehlungen) werden im psychologischen Bericht bzw. Konsiliarbericht schriftlich dokumentiert und sowohl mit dem behandelnden Rehabilitationsarzt als auch mit dem Rehabilitanden zeitnah besprochen. Eine Zusammenfassung des psychologischen Berichtes geht in den ärztlichen Entlassungsbericht ein.

Die Dokumentation komorbider psychischer Belastungen und Störungen im ärztlichen Entlassungsbericht soll die Inanspruchnahme notwendiger postrehabilitativer Interventionen fördern. Soll die psychodiagnostische Abklärung erst nach der Rehabilitation erfolgen, wird im ärztlichen Entlassungsbericht in der Regel keine F-Diagnose angegeben. Wenn eine initiale psychische Symptomatik im Verlauf der Rehabilitation eine anhaltende Besserungstendenz aufweist, kann von einer Dokumentation einer psychischen Diagnose im ärztlichen Entlassungsbericht abgesehen werden. Der zuständige Arzt entscheidet, inwieweit die Angabe einer F-Diagnose für die Weiterbehandlung bzw. für die sozialmedizinische Beurteilung von Relevanz ist.

Weitere Informationen zur Dokumentation im Rahmen des ärztlichen Entlassungsberichts sind im Leitfaden, Anhang 2, zu finden.

Umsetzung des psychodiagnostischen Stufenplans

Grundsätzlich sollte jede Rehabilitationseinrichtung prüfen, inwieweit die Umsetzung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der Klinikroutine praktikabel ist. Förderliche bzw. hinderliche Umsetzungsbedingungen werden im Leitfaden (Kap. 6) aufgeführt.

Diagnostik, Indikation und Behandlung von psychischen Störungen in der medizinischen Rehabilitation (DIBpS):

Ein Leitfaden zur Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation

Baumeister Harald¹, Jahed Jeanette¹, Vogel Barbara¹, Härter Martin², Barth Jürgen³ & Bengel Jürgen¹

¹ Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie, Universität Freiburg, Deutschland

² Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Deutschland

³ Abteilung Gesundheitsforschung, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern, Schweiz

Korrespondenzadresse:

Dr. phil. Harald Baumeister, Dipl. Psych.
Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie,
Universität Freiburg
Engelbergerstr. 41, D-79106 Freiburg
Tel.: ++49 761 203-3044 Fax: ++49 761 203-3040
E-Mail: baumeister@psychologie.uni-freiburg.de

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	13
TEIL I: Psychische Belastungen und Störungen: Epidemiologie, Ätiologie, Diagnostik und Behandlung	15
2. Psychische Belastungen und Störungen in der medizinischen Rehabilitation	16
2.1 Häufigkeit komorbider psychischer Belastungen und Störungen	16
2.2 Erklärungsmodelle für das gleichzeitige Vorliegen körperlicher Erkrankungen und psychischer Belastungen und Störungen	18
2.3 Risikofaktoren für die Entwicklung komorbider psychischer Belastungen und Störungen	19
2.4 Relevanz komorbider psychischer Belastungen und Störungen	20
2.5 Erkennensraten komorbider psychischer Störungen	20
2.6 Behandlungsmotivation und Inanspruchnahmebereitschaft	20
2.7 Behandlung komorbider psychischer Belastungen und Störungen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation	21
2.8 Implikationen für die medizinische Rehabilitation	22
3. Psychodiagnostische Instrumente in der medizinischen Rehabilitation	23
3.1 Besonderheiten der Diagnostik psychischer Störungen bei somatisch erkrankten Patienten	23
3.2 Screeninginstrumente	24
3.2.1 Statistische Kennwerte zur Beurteilung von diagnostischen Instrumenten	24
3.2.2 Patient Health Questionnaire-9: PHQ-9	26
3.2.3 Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS-D	27
3.2.4 General Health Questionnaire: GHQ-12	27
3.2.5 Beck Depression Inventory: BDI-II	28
3.2.6 Vergleich der Screeninginstrumente	28
3.2.7 Weitere spezifische Screeninginstrumente	28
3.3 Vertiefte Psychodiagnostik	28
3.3.1 Internationale Diagnose Checklisten für ICD-10: IDCL	29
3.3.2 Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV: SKID-I	29
3.3.3 Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen: DIPS	29
3.3.4 Vergleich der Verfahren zur vertieften Psychodiagnostik	30
TEIL II: Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans	31
4. Psychodiagnostischer Stufenplan	32
4.1 Schritt I: Eingangsscreening	32
4.2 Schritt II: Vertiefte psychodiagnostische Untersuchung	33
4.3 Schritt III: Indikationsstellung und Behandlung	34
4.4 Schritt IV: Dokumentation	34
5. Umsetzung des psychodiagnostischen Stufenplans	34
5.1 Eingangsscreening	35
5.1.1 Beschaffung und Ausgabe des Screeners	35
5.1.2 Einsammeln und Rücklaufkontrolle	36
5.1.3 Auswertung, Rückmeldung und Dokumentation	36
5.2 Vertiefte Psychodiagnostik	37
5.2.1 Terminierung	37
5.2.2 Durchführung und Auswertung	37
5.2.3 Rückmeldung und Dokumentation	38
5.3 Indikationsstellung und Behandlung	38

5.4 Dokumentation	38
5.4.1 Erstellung eines Bausteins für den Entlassungsbericht	39
5.4.2 Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichts mit Hilfe eines Rückmeldebogens	39
5.4.3 Weitere Maßnahmen zur Optimierung der postrehabilitativen Weiterbehandlung	39
6. Förderliche und hinderliche Implementierungsbedingungen	40
6.1 Einrichtungsbedingte Faktoren	40
6.2 Mitarbeiterbezogene Faktoren	40
7. Fazit und Ausblick	41
Literaturverzeichnis	43
Anhang 1	49
Anhang 2	53

1. Einleitung

Patienten in der medizinischen Rehabilitation weisen häufig komorbide psychische Belastungen und Störungen auf (Härter, Baumeister & Bengel, 2007b). Die negativen Folgen von psychischen Störungen bei somatischen Erkrankungen sind gut belegt. Patienten mit körperlichen Erkrankungen und psychischen Störungen weisen erhöhte Morbiditäts- und Mortalitätsraten sowie eine schlechtere Compliance und Lebensqualität auf als Patienten ohne komorbide psychische Störungen (Barth, Schumacher & Herrmann-Lingen, 2004; Baumeister, Balke & Härter, 2005; Baumeister & Härter, 2005; DiMatteo, Lepper & Croghan, 2000; Ziegelstein et al., 2000). Die Entdeckung komorbider psychischer Belastungen und Störungen ist in der medizinischen Rehabilitation häufig jedoch noch unzureichend (Härter, Woll, Reuter, Wunsch & Bengel, 2004; Reuter, Woll, Stadelmann, Bengel & Härter, 2002).

Ausgehend von diesen Erkenntnissen formulierten Leistungsträger, Leistungserbringer und Rehabilitationswissenschaftler in den Speyerer Empfehlungen (Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Freiburg/Bad Säckingen, 2004) Implikationen und Verbesserungsmaßnahmen. Basierend auf diesen Empfehlungen wurde ein psychodiagnostischer Stufenplan für die medizinische Rehabilitation entwickelt. Im Rahmen des von der Deutschen Rentenversicherung geförderten Projektes „Diagnostik, Indikation und Behandlung von psychischen Störungen in der medizinischen Rehabilitation (DIBpS)“ erfolgte von 2007 bis 2010 die Überprüfung der Umsetzbarkeit des Stufenplans in die medizinische Rehabilitation. Hierbei gilt zu beachten, dass sich das Projekt sowie entsprechend auch das darauf aufbauende, vorliegende Implementierungsmニュアル auf körperliche Indexerkrankungen bezieht. In der Folge ist somit der etablierte Begriff der medizinischen Rehabilitation mit somatischer Rehabilitation gleichzusetzen.

Das vorliegende Manual beschreibt den Implementierungsprozess des psychodiagnostischen Stufenplans. Es werden notwendige Abläufe und Prozesse, förderliche und hinderliche Implementationsbedingungen sowie empfehlenswerte Assessmentverfahren beschrieben. Der psychodiagnostische Stufenplan kann in ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen implementiert werden. Ziel der Implementierung ist es, die Versorgung von Patienten mit komorbiden psychischen Belastungen und Störungen weiter zu optimieren. Der Stufenplan umfasst die Durchführung eines routinemäßigen Screenings hinsichtlich psychischer Belastung bei allen Patienten zu Beginn der Rehabilitation sowie eine vertiefte psychodiagnostische Untersuchung positiv gescreenter Patienten. Der diagnostische Befund dient im Weiteren der Indikationsstellung in der Rehabilitation sowie als Grundlage für Diagnostik- und Behandlungsempfehlungen im Rahmen des ärztlichen Entlassungsberichts. Im Folgenden wird zunächst der theoretische Hintergrund der Implementierung vorgestellt (vgl. Kapitel 2 und 3). Im Anschluss daran erfolgen die Beschreibung der Implementierung sowie konkrete Vorschläge für die Umsetzung (vgl. Kapitel 4-6).

TEIL I

Psychische Belastungen und Störungen: Epidemiologie, Ätiologie, Diagnostik und Behandlung

2. Psychische Belastungen und Störungen in der medizinischen Rehabilitation

Chronische körperliche Erkrankungen stellen in der Regel eine große Anpassungsaufgabe für die Betroffenen dar. Sie sind oftmals mit bleibenden und progredienten Gesundheitsschäden, Schmerzen und vielfältigen Beschwerden verbunden (vgl. Übersicht 1). Die Belastungssituationen werden von Person zu Person unterschiedlich erlebt, abhängig von Schweregrad, Intensität, Dauer und Kontrollierbarkeit der Erkrankung sowie der erlebten Lebensbedrohung. Weitere Einflussgrößen stellen individuelle Merkmale der Person (z.B. Vorerfahrung mit Krankheit), das psychosoziale Umfeld (z.B. Familie, berufliche Situation) und das institutionelle bzw. professionelle Umfeld (z.B. Selbsthilfegruppen) dar (Barth, Schneider & von Känel, 2010; Bengel & Helmes, 2005). Nicht zuletzt aufgrund dieser besonderen Belastungssituation „chronische Erkrankung“ sind in den letzten zwei Jahrzehnten komorbide psychische Belastungen und Störungen in den Fokus der Forschung gerückt. Im Folgenden werden wesentliche Ergebnisse zur Prävalenz, Ätiologie und Diagnostik psychischer Belastungen und Störungen bei Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen zusammengefasst. Für eine vertiefende Beschäftigung mit dem Thema somato-psychische Komorbidität einschließlich der Frage nach adäquaten Behandlungsmöglichkeiten sei auf die entsprechende Fachliteratur verwiesen (z.B. Faller, 2005; Härter, Baumeister & Bengel, 2007a).

Irreversibilität und / oder Progredienz
Subjektive und / oder objektive Lebensbedrohung
Reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit
Bedrohte körperliche Integrität und bedrohtes Selbstbild
Stigmatisierende Reaktion des Umfelds
Bedrohung von sozialen Beziehungen
Chronische Schmerzen
Aversiv erlebte therapeutische Maßnahmen
Abhängigkeit vom medizinischen System
(Temporäre) Hospitalisierung
Unvorhersagbarkeit des Krankheitsverlaufs
Begrenzte Lebensplanung und Zukunftsperspektive

Übersicht 1: **Potentielle Belastungen von Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen (Bengel & Helmes, 2005)**

2.1. Häufigkeit komorbider psychischer Belastungen und Störungen

Es besteht eine enge Beziehung zwischen somatischen Erkrankungen und psychischen Belastungen und Störungen (Klesse, Baumeister, Bengel & Härter, 2008). Studien weltweit zeigen, dass Personen mit chronischen körperlichen Erkrankungen im Vergleich zu gesunden Personen und zur Allgemeinbevölkerung ein ca. 1,5 bis 2-fach erhöhtes Risiko für das gleichzeitige Vorliegen einer psychischen Störung aufweisen (Baumeister & Härter, 2007a; Demyttenaere et al., 2007; Härter, Baumeister, Reuter et al., 2007; Lin & Von Korff, 2008; Ormel et al., 2007; Scott et al., 2007). Weisen Patienten mehr als zwei körperliche Erkrankungen auf, steigt das Risiko, eine psychische Störung zu entwickeln weiter an (Härter, Baumeister, Reuter et al., 2007).

Diese allgemeinen Aussagen spiegeln sich auch in der medizinischen Rehabilitation wider. Eine repräsentative, epidemiologische Untersuchung zur Prävalenz psychischer Belastungen (erhoben mittels des Fragebogens GHQ-12) und Störungen (erhoben mittels des diagnostischen Interviews M-CIDI) in der medizinischen Rehabilitation ergab, dass 38 % der Rehabilitanden aus der orthopädischen, kardiologischen, onkologischen, endokrinologischen oder pneumologischen Rehabilitation zu Rehabilitationsbeginn psychisch belastet sind (Härter, Baumeister & Bengel, 2007b) (vgl. Abbildung 1).

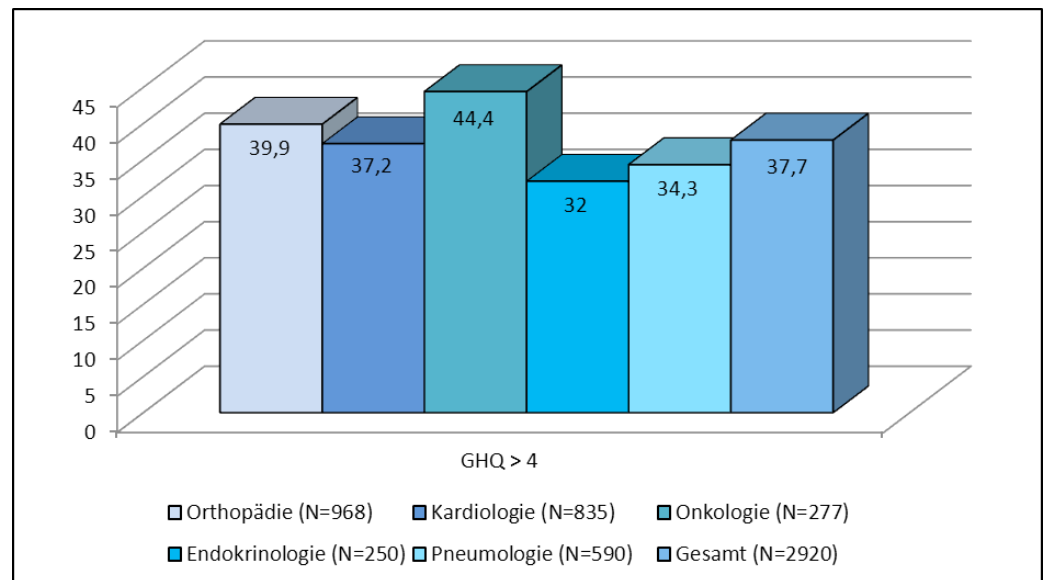


Abbildung 1: Häufigkeit psychischer Belastungen bei somatisch erkrankten Rehabilitationspatienten in % (Härter, Baumeister, & Bengel, 2007b)

Insgesamt erfüllte jeder fünfte Rehabilitand die Kriterien einer aktuellen psychischen Störung (vgl. Abbildung 2). Bei 7,6 % der Rehabilitanden lagen mehr als eine psychische Störung vor. Am häufigsten fanden sich affektive Störungen, Angststörungen, somatoforme und substanzbezogene Störungen (Härter, Baumeister & Bengel, 2007b).

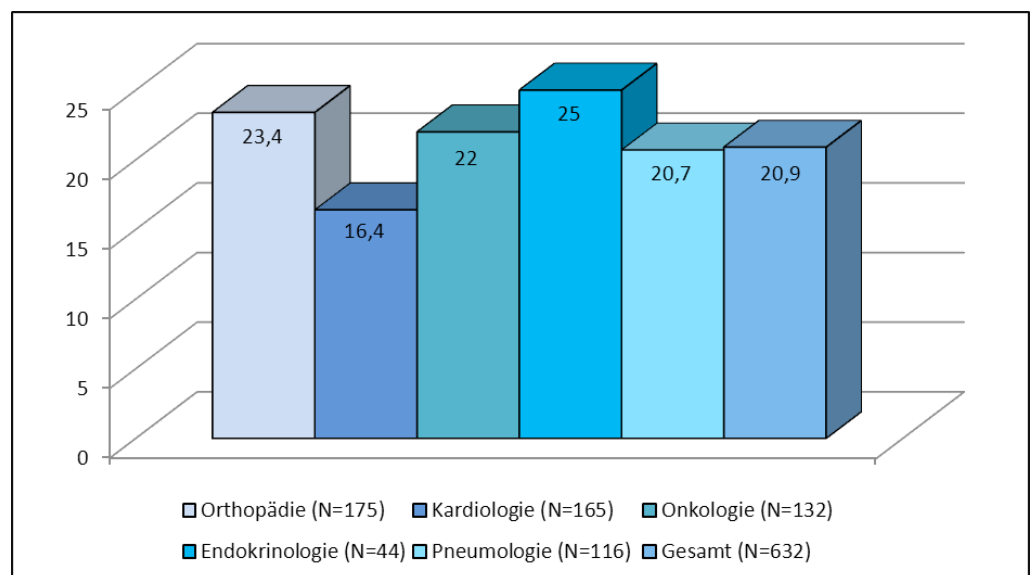


Abbildung 2: 4-Wochen-Prävalenz für psychische Störungen bei somatisch erkrankten Rehabilitationspatienten in % (Härter, Baumeister, & Bengel, 2007b)

2.2. Erklärungsmodelle für das gleichzeitige Vorliegen körperlicher Erkrankungen und psychischer Belastungen und Störungen

Für die Entstehung von komorbiden psychischen Störungen bei körperlichen Erkrankungen wurden verschiedene ätiologische Modelle vorgeschlagen. Die folgenden Erklärungsmodelle stellen vereinfacht mögliche Zusammenhänge dar (Härter & Baumeister, 2007):

- Die somatische Erkrankung oder zur Behandlung eingesetzte Medikamente verursachen oder lösen auf biologischer bzw. physiologischer Ebene die psychische Störung aus (Beispiel: Schilddrüsenunterfunktion löst depressive Symptome aus).
- Die somatische Erkrankung geht der Entwicklung einer psychischen Störung bei genetisch vulnerablen Personen voraus (Beispiel: Morbus Cushing geht der Episode einer Major Depression voraus).
- Die psychische Störung entwickelt sich als Reaktion auf eine somatische Erkrankung und ihre Behandlung (Beispiel: Krebserkrankung löst schwere Anpassungsstörung aus).
- Eine psychische Störung geht dem Beginn körperlicher Symptome bzw. Erkrankungen voraus und / oder kann sie ungünstig beeinflussen (Beispiel: unbehandelte depressive Störung beeinflusst Übergang von akuten zu chronischen Rückenschmerzen).
- Die somatische Erkrankung und die psychische Störung sind nicht kausal miteinander verbunden, sondern zeitgleich koinzident (Beispiel: Posttraumatische Belastungsstörung und rheumatoide Arthritis).

Umfassendere Ätiologiemodelle, die den Zusammenhang zwischen somatischen Erkrankungen und psychischen Störungen zu erklären versuchen, bilden die komplexen

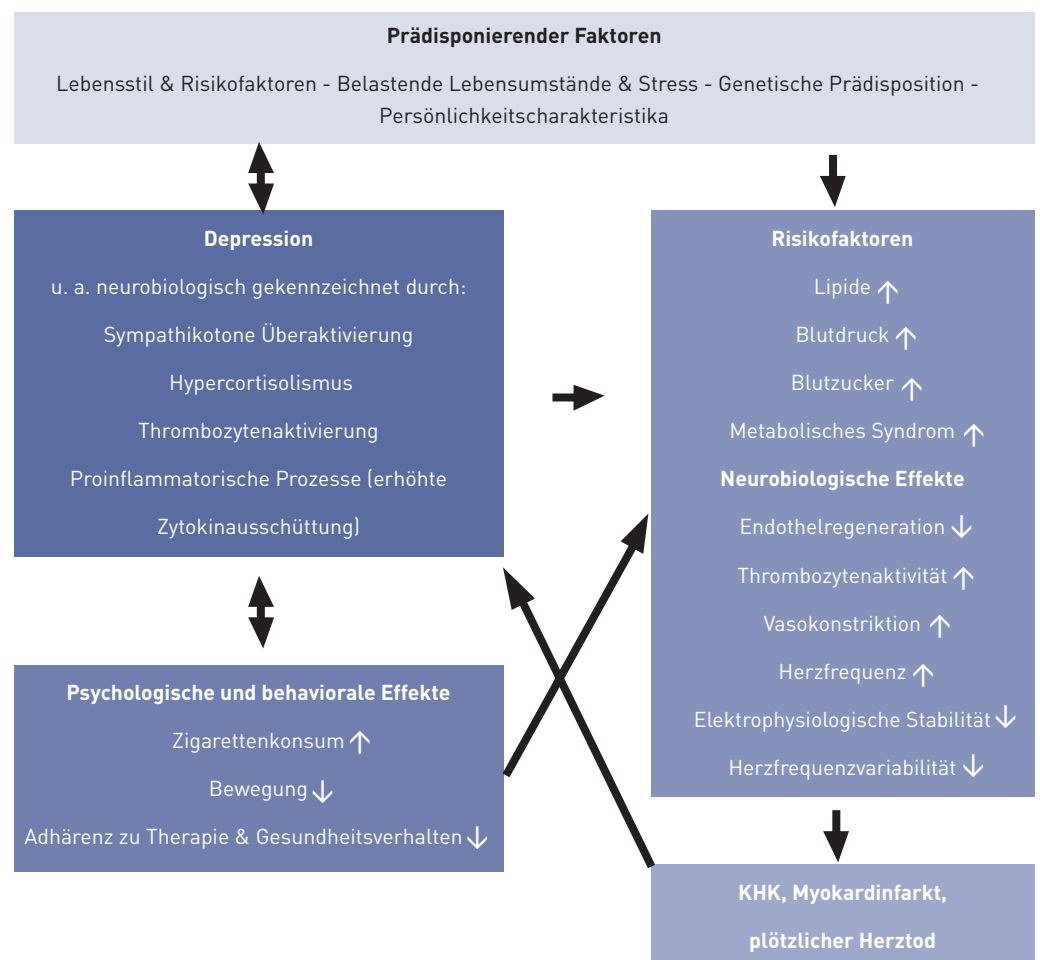
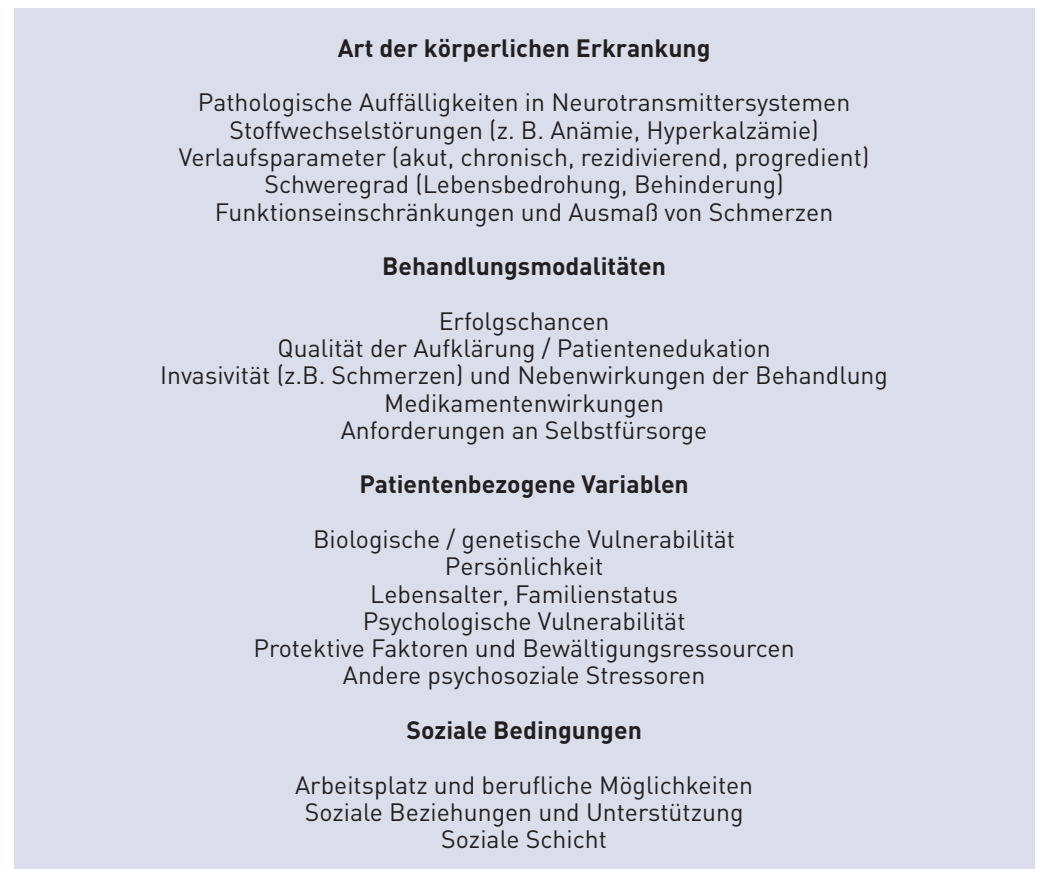


Abbildung 3: Neurobiologische und psychosoziale Interaktionen bei Depression und kardiovaskulären Erkrankungen (modifiziert nach Härter & Baumeister, 2007)

Wechselwirkungen zwischen prädisponierenden Faktoren (Lebensstil, genetische Prädisposition), der psychischen Störung, der psychologischen und verhaltensbezogenen Folgen sowie der neurobiologischen Korrelate von psychischen Störungen ab. Abbildung 3 verdeutlicht für das Beispiel koronare Herzerkrankung und Depression angenommene Wechselwirkungen zwischen somatischer Erkrankung und psychischer Störung.

2.3. Risikofaktoren für die Entwicklung komorbider psychischer Belastungen und Störungen

Neben der Anzahl und der Schwere körperlicher Erkrankungen stellen soziodemographische Variablen wie weibliches Geschlecht, Unverheiratet-Sein, Arbeitslosigkeit, niedriger sozialer Status, niedriger Bildungsgrad und niedriges Einkommen Risikofaktoren für die Entwicklung einer psychischen Störung dar (Barth et al., 2009; Baumeister & Härter, 2007c). Ferner besteht eine positive Assoziation zwischen jüngerem Alter (unter 50 Jahren) und dem Auftreten von psychischen Störungen (Löwe et al., 2003). In Übersicht 2 sind Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen bei Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen zusammenfassend dargestellt. Die Art der körperlichen Erkrankung, die Behandlungsmodalitäten, patientenbezogene Variablen sowie die sozialen Bedingungen haben Einfluss auf die Genese einer komorbiden psychischen Störung. So können beispielsweise bestimmte Stoffwechselstörungen oder Auffälligkeiten in Neurotransmittersystemen die Entwicklung von psychischen Störungen begünstigen. Unzureichende Krankheitsaufklärung, geringe Erfolgschancen sowie Nebenwirkungen der Behandlung erhöhen das Risiko, komorbid an einer psychischen Störung zu erkranken. Umgekehrt werden in der Literatur Protektivfaktoren diskutiert, die das Risiko an einer psychischen Störung zu erkranken, reduzieren. Eine schützende Wirkung wird beispielsweise der Selbstwirksamkeitserwartung (Hohmann & Schwarzer, 2009) sowie dem Optimismus (Hoyer & Herzberg, 2009) zugeschrieben.



Übersicht 2: Risikofaktoren für komorbide psychische Störungen bei somatischen Erkrankungen (modifiziert nach (Härter, 2002))

2.4. Relevanz komorbider psychischer Belastungen und Störungen

Psychosoziale Faktoren spielen bei einer Vielzahl von Krankheiten für die Genese, Chronifizierung und Prognose eine bedeutsame Rolle (Hermann, 2009). Auch im Theoriemodell der Rehabilitation nach Gerdes und Weis (Gerdes & Weis, 2000) werden psychische und soziale Faktoren als wesentliche Determinanten des Bewältigungsprozesses somatischer Erkrankungen beschrieben. Die Berücksichtigung psychischer und sozialer Faktoren bei der Behandlung chronisch somatischer Erkrankungen stellt im Rahmen der Rehabilitation eine notwendige Bedingung für einen Erfolg versprechenden Versorgung dar. Zudem sind negative Folgen von komorbiden psychischen Störungen bei somatischen Erkrankungen eindrücklich belegt. Somatisch erkrankte Patienten, die zusätzlich auch unter psychischen Störungen leiden, weisen erhöhte Morbiditäts- und Mortalitätsraten sowie eine schlechtere Compliance und Lebensqualität auf als Patienten ohne komorbide psychische Störungen (Barth et al., 2004; Baumeister et al., 2005; Baumeister & Härter, 2005; DiMatteo et al., 2000).

Komorbide psychische Störungen sind ferner von hoher gesundheitsökonomischer Bedeutung. Sie führen zu einer erhöhten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, einer Verringerung der Arbeitsproduktivität der Betroffenen, einem erhöhten Ausmaß an Arbeitsausfalltagen sowie einem Verlust an produktiven Lebensjahren (Jacobi, Klose & Wittchen, 2006). Wancata et al. (Wancata, Benda, Windhaber & Nowotny, 2001) fanden eine erhöhte Aufenthaltsdauer von Patienten mit komorbiden psychischen Störungen in medizinischen Einrichtungen von 17,6 Tagen. Im Vergleich hierzu betrug die Aufenthaltsdauer von psychisch gesunden Patienten nur 11,7 Tage.

2.5. Erkennensraten komorbider psychischer Störungen

Die vorausgegangenen Abschnitte verdeutlichen eindrücklich die Relevanz komorbider psychischer Belastungen und Störungen für die medizinische Rehabilitation. Voraussetzung für eine Behandlung der komorbiden psychischen Belastungen und Störungen ist das Erkennen der psychischen Komorbidität. Eine Vielzahl von Studien belegen, dass psychische Störungen in der stationären und hausärztlichen Versorgung häufig nicht erkannt werden (Härter et al., 2004; Mitchell, 2009; Paykel et al., 1997; Reuter et al., 2002). Beispielsweise lagen die Erkennensraten für psychische Störungen bei kardiologischen und orthopädischen Rehabilitationspatienten in zwei Studien unter 50 % (Härter et al., 2004; Reuter et al., 2002). In nur 25 % der Fälle wurde von den Behandlern die vorliegende psychische Störung diagnostiziert (Härter et al., 2004; Reuter et al., 2002). Die Diagnostik von psychischen Störungen bei körperlichen Erkrankungen gilt somit in der klinischen Praxis als noch nicht ausreichend implementiert (Hermann, 2009).

Die Gründe für ungünstige Erkennensraten können vielfältige Ursachen haben (vgl. Härter et al., 2004; Reuter & Härter, 2007):

- Fehlinterpretationen somatischer und psychischer Symptome
- Überlappung somatischer und psychischer Symptome
- Die Tendenz, psychische Symptome bei Vorliegen dominanter körperlicher Symptome zu unterschätzen
- Unkenntnis über Symptome und Syndrome psychischer Störungen
- Fehlende diagnostische Möglichkeiten
- Bedenken, Patienten zu stigmatisieren oder zu schaden (z.B. Nachteile für Patienten beim Abschluss einer Versicherung)
- Unzureichende Kenntnis hinsichtlich der Behandelbarkeit psychischer Störungen
- Zeitmangel

2.6. Behandlungsmotivation und Inanspruchnahmebereitschaft

Neben dem Erkennen komorbider psychischer Belastungen und Störungen ist eine weitere Voraussetzung für einen Erfolg versprechenden Interventionsmaßnahme die Motivation des Patienten, an diesen Maßnahmen teilzunehmen und sie umzusetzen (Barth, 2006; Baumeister, 2009; Nübling et al., 2006; Paul, Barth, Englert, Härter & Bengel, 2004). Das Vorliegen einer psychischen Belastung oder Störung ist jedoch kein Garant für einen Behandlungsbedarf aus Patientensicht (Hahn, Baumeister & Härter,

2007; Nübling et al., 2006). Eine Befragung von 1153 somatisch erkrankten Rehabilitationspatienten zeigte jedoch, dass psychisch belastete Patienten einen signifikant erhöhten Leidensdruck und eine signifikant erhöhte Änderungsbereitschaft sowie mehr Einschränkungen im Alltag aufweisen als psychisch unauffällige Patienten (Hahn, Baumeister & Härter, 2007). In Bezug auf die Inanspruchnahme (vgl. Abbildung 4) gaben psychisch belastete Patienten signifikant häufiger an, ein entsprechendes Behandlungsangebot in Anspruch nehmen zu wollen als nicht belastete Patienten. Zudem zeigte sich, dass die Behandlungsmotivation steigt, wenn eine psychotherapeutische bzw. psychiatrische Behandlung von dem Arzt empfohlen wird (Hahn, Baumeister & Härter, 2007).

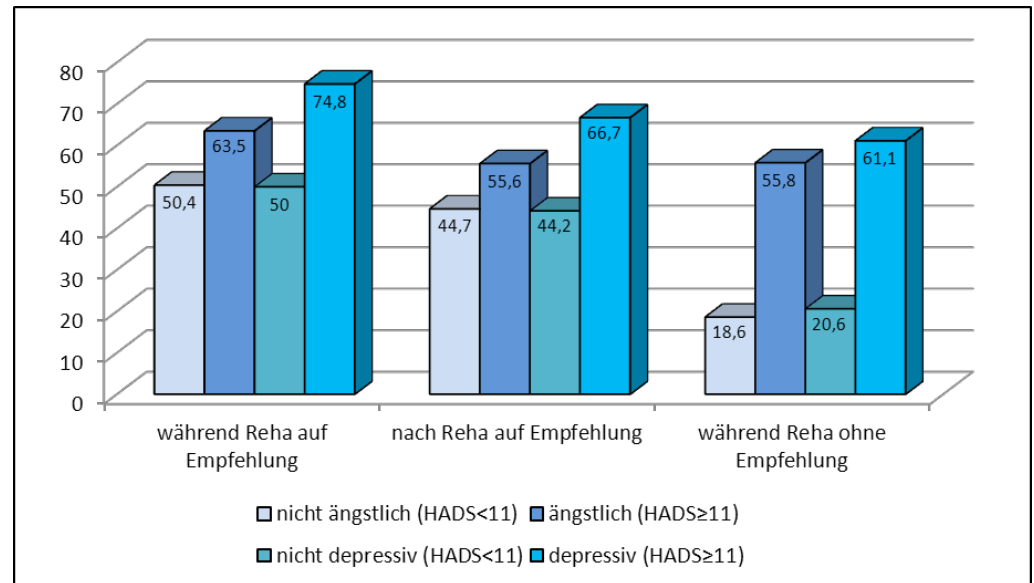


Abbildung 4: Inanspruchnahmebereitschaft somatisch erkrankter Rehabilitationspatienten in % (Hahn, Baumeister & Härter, 2007)

Zusammenfassend verdeutlichen die Ergebnisse, dass die Mehrzahl der belasteten Patienten insbesondere während der Rehabilitation einer psychotherapeutischen Behandlung offen gegenüber eingestellt ist. Die Inanspruchnahmebereitschaft kann ferner durch eine entsprechende ärztliche Empfehlung verbessert werden. Die Rehabilitation bietet die Möglichkeit, durch Einzelgespräche, Gruppenangebote und Nachsorgeempfehlungen den Weg für eine postrehabilitative Weiterbehandlung der komorbiden psychischen Störungen zu ebnen. Eine gering ausgeprägte Behandlungsmotivation schließt hierbei eine therapeutische Behandlung nicht aus. Mittlerweile liegen eine Vielzahl von Interventionen und Techniken zur Förderung der Behandlungsmotivation vor (Baumeister, 2009; Baumeister, Krämer & Brockhaus, 2008; Hahn, Baumeister & Härter, 2007; Miller & Rollnick, 2004).

2.7. Behandlung komorbider psychischer Belastungen und Störungen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation

In Bezug auf die Behandlung komorbider psychischer Störungen stehen auf Grund der beschränkten Behandlungszeit in der medizinischen Rehabilitation eher supportive, aufklärende und motivierende psychotherapeutische Intervention im Vordergrund (Deutsche Rentenversicherung, 2007). Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation kann somit in der Regel keine vollständige Behandlung der psychischen Störung erfolgen. Die Rehabilitation bietet jedoch die Möglichkeit, Patienten im Hinblick auf komorbide psychische Störungen zu untersuchen und Indikationsstellungen vorzunehmen, die der Belastungssituation des Patienten (akute Krise; dauerhafte Belastung etc.)

sowie den Ressourcen der Einrichtung entsprechen. Ferner bilden psychotherapeutische Interventionen im Rahmen der Rehabilitation einen wichtigen Ansatz für eine Weiterbehandlung und können nachfolgende ambulante Maßnahmen vorbereiten. Eine wichtige Voraussetzung hierfür ist, dass bei einer vorliegenden psychischen Störung im ärztlichen Entlassungsbericht die Diagnose genannt wird und Behandlungsempfehlungen ausgesprochen werden.

Unter den Kapiteln F (klinische Psychologie, Neuropsychologie) und G (Psychotherapie) der Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) (Deutsche Rentenversicherung, 2007) sind Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen der medizinischen Rehabilitation dargestellt. Generell reicht das Spektrum psychologischer Behandlungsansätze bei körperlichen Erkrankungen von psychoedukativen Interventionen und Patientenschulungen über Kriseninterventionen und Beratungsangeboten bis zu spezifischen, auf bestimmte somatische Erkrankungen zugeschnittenen, Behandlungsansätze (z.B. supportive-expressive Gruppentherapie für Brustkrebspatientinnen) (Faller, Reusch & Vogel, 2009). Auf spezifische Konzepte und Interventionen zur Behandlung komorbider psychischer Störungen kann hier im Detail nicht eingegangen werden. Relevante Informationen hierzu finden sich in Übersichtsarbeiten und Büchern zu somato-psychischer Komorbidität (Evans et al., 2005; Faller, 2005; Faller et al., 2009; Härter et al., 2007; Hermann-Lingen, 2005; Koch & Weis, 1998; Strauß, 2002) sowie in den entsprechenden allgemeinen Behandlungsmanualen für spezifische psychische Störungen.

2.8. Implikationen für die medizinische Rehabilitation

Solange psychische Störungen bei somatisch erkrankten Patienten von den Behandlern nicht erkannt werden, können Behandlungsergebnisse nur suboptimal sein (Härter, 2000). Aufgrund der weit reichenden negativen Konsequenzen komorbider psychischer Störungen sind Behandlungskonzepte, die der komorbiden psychischen Beeinträchtigung der Patienten Rechnung tragen, indiziert (Barth, 2008). Entsprechend sollte das Diagnostizieren komorbider psychischer Störungen, die adäquate Indikationsstellung und Dokumentation sowie gegebenenfalls sich daraus ableitende Interventionen Teil der Rehabilitationsroutine sein.

Vertreterinnen und Vertreter der Leistungsträger, der Leistungserbringer und der Rehabilitationswissenschaften aus dem südwestdeutschen Raum haben vor diesem Hintergrund in einer Arbeitsgruppe konkrete Verbesserungsmaßnahmen diskutiert. Im Workshop „Umsetzung von Forschungsergebnissen in der Rehabilitationspraxis – Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung psychisch belasteter Patientinnen und Patienten in der medizinischen Rehabilitation“ haben die beteiligten Interessensgruppen die folgenden Empfehlungen beschlossen (Auszüge aus den „Speyerer Empfehlungen“ vom 21. April 2004) (Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Freiburg/Bad Säckingen, 2004):

- Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation körperlicher Erkrankungen sollen psychosoziale Belastungen angemessen berücksichtigt werden.
- Auch bei primär somatischen Krankheiten sollen wegen des häufigen Auftretens komorbider psychischer Störungen psychosoziale Belastungen routinemäßig gescreent und gegebenenfalls diagnostisch abgeklärt werden.
- Das therapeutische Angebot soll sich an dem Bedarf orientieren, der sich aufgrund der individuellen Problemlagen der Patienten ergibt.
- Komorbide psychische Störungen stellen besondere Anforderungen an die Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation. Maßnahmen, die den kompetenten Umgang mit betroffenen Patienten fördern, sind zu unterstützen.
- Die Behandlung psychischer Störungen und psychosozialer Belastungen im Rahmen der Rehabilitationsbehandlung erfordern auf Seiten der Behandler spezifische Kompetenzen. Dem bestehenden Bedarf an der Vermittlung dieser Kompetenzen ist durch entsprechende Angebote in der Aus-, Fort- und Weiterbildung zu begegnen.
- Es ist erforderlich, das bestehende Wissen zu psychischer Komorbidität bei körperlichen Erkrankungen zusammenzufassen und aufzubereiten. Diese Informationen unterstützen Leistungsträger, Leistungserbringer und Patienten bei der Entscheidung für angemessene Behandlungsangebote.

- Informationsmaterialien zu Screening- bzw. Diagnoseverfahren und Behandlungsleitfäden sowie Patienteninformationen bilden die Grundlage einer angemessenen Diagnostik und Behandlung komorbider psychischer Störungen.
- Komorbide psychische Störungen können im Rahmen zeitlich begrenzter Rehabilitationsmaßnahmen häufig nicht ausreichend behandelt werden. Der Zusammenarbeit zwischen Rehabilitationseinrichtungen und Anbietern entsprechender ambulanter psychosozialer Angebote kommt deshalb eine zentrale Bedeutung zu.
- Angebot und Inanspruchnahme medizinischer Nachsorgeleistungen auch im psychosozialen Bereich sollen gezielt gefördert werden.

Auf Grundlage dieser Empfehlungen, der Studien zur „Epidemiologie psychischer Störungen in der medizinischen Rehabilitation“ (Baumeister & Härter, 2007a, 2007b; Härter, Baumeister & Bengel, 2007a; Härter, Baumeister, Reuter et al., 2007; Härter & Bengel, 2001, 2005) sowie der Studie „Behandlung komorbider Depression bei Patienten mit kardiologischen Erkrankungen“ (Barth, Härter & Bengel, 2005; Barth, Härter, Paul & Bengel, 2005; Barth, Paul, Englert, Härter & Bengel, 2006; Barth, Paul, Härter & Bengel, 2005) wurde ein psychodiagnostischer Stufenplan entwickelt, welcher im Rahmen des von der Deutschen Rentenversicherung geförderten Projektes „Diagnostik, Indikation und Behandlung von psychischen Störungen in der medizinischen Rehabilitation (DIBpS)“ überprüft wurde und detailliert in Kapitel 4 vorgestellt wird. Zuvor wird im folgenden Abschnitt auf psychodiagnostische Instrumente näher eingegangen, welche sich insbesondere für den Einsatz in der medizinischen Rehabilitation eignen.

3. Psychodiagnostische Instrumente in der medizinischen Rehabilitation

Für den Bereich der Rehabilitation stehen eine Vielzahl von diagnostischen Instrumenten zur Verfügung (für einen Überblick siehe Bengel, Wirtz & Zwingmann, 2008). Für die Diagnostik von psychischen Störungen bei somatisch erkrankten Patienten sind einige Besonderheiten zu beachten, die im Folgenden dargestellt werden. Kapitel 3.2 und Kapitel 3.3 stellen Screeninginstrumente sowie geeignete Instrumente zur vertieften Psychodiagnostik vor.

3.1. Besonderheiten der Diagnostik psychischer Störungen bei somatisch erkrankten Patienten

Psychosoziale Faktoren können für somatische Erkrankungen in verschiedenster Weise bedeutsam sein. Ziele psychologischer Diagnostik bei körperlichen Erkrankungen sind (Hermann, 2009):

- Identifizierung psychosozialer Risikofaktoren für Entstehung und Verlauf der Erkrankung
- Erfassung von psychosozialen Faktoren und der Krankheitssymptomatik aus Sicht des Patienten zur Verlaufsdokumentation sowie zur Planung und Evaluation von Behandlungsmaßnahmen
- Abklärung der Indikation ergänzender psychosozialer und gegebenenfalls psychotherapeutischer Interventionen.

Generell ist bei der Psychodiagnostik in der medizinischen Rehabilitation zu beachten, dass die somatische Erkrankung im Vordergrund der Versorgung steht. Ausgehend von einem somatischen Krankheitsverständnis stehen einige Patienten einer Diagnostik und Behandlung von psychischen Störungen eher ablehnend gegenüber (Hermann, 2009). Hier ist Sensibilität für die Stigmatisierungsängste der Patienten sowie Aufklärung über Sinn und Nutzen einer Psychodiagnostik nötig.

Eine weitere Herausforderung besteht in einer erschwerten Diagnostik von psychischen Störungen bei somatisch erkrankten Patienten aufgrund der Überlappung von psychischen und somatischen Symptomen. Eine genaue Zuordnung von bestimmten

Symptomen zu körperlichen oder psychischen Erkrankungen ist in vielen Fällen schwierig. So treten beispielsweise Appetitmangel, Energieverlust und Schlafstörungen im Rahmen von depressiven Erkrankungen auf, können aber gleichzeitig Ausdruck pathophysiologischer Prozesse der körperlichen Erkrankung oder Behandlungsfolgen sein (z.B. Energieverlust verursacht durch chemotherapeutische Behandlung) (Reuter & Härter, 2007).

3.2. Screeninginstrumente

Eine Methode, die sich zum Erkennen psychischer Störungen bewährt hat, ist das Screening. Screening ist definiert als der Einsatz von ökonomisch durchführbaren, einfachen Untersuchungen oder Tests mit dem Ziel, möglichst alle Personen zu erkennen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit eine bestimmte Erkrankung oder einen bestimmten Risikofaktor aufweisen bzw. nicht aufweisen (Reuter & Härter, 2007). Demnach können mit Hilfe von Screeninginstrumenten bisher nicht bekannte Erkrankungen und Störungen bei Patienten schnell und in großem Umfang erkannt werden. Die Unterscheidung zwischen wahrscheinlich gesunden und wahrscheinlich kranken Personen erfolgt mittels eines Cut-off Wertes (Schwelle, ab der ein Patient als auffällig gilt = bestimmter Wert im Screener).

Screeninginstrumente sind für die medizinische Rehabilitation interessant, da sie ökonomisch einsetzbar sind, eine kurze Bearbeitungszeit aufweisen, einen geringen Materialaufwand erfordern, einfach zu handhaben und schnell und bequem auszuwerten sind. Die Anwendung eines Screeninginstruments ist zudem valider als das alleinige Arzturteil (Löwe et al., 2004). Ferner verfügen Screeninginstrumente über hohe Akzeptanzwerte bei Patienten und behandelnden Ärzten (Lish et al., 1997; Löwe, Spitzer, Zipfel & Herzog, 2003). Bisher werden Screeninginstrumente laut einer Umfrage unter Rehabilitationsärzten und -psychologen allerdings selten eingesetzt (Hahn, Baumeister, Bengel & Härter, 2007).

Mittels Screeninginstrumenten können keine Diagnosen gestellt werden. Daher sollten Patienten, die durch den Screener als vermutlich belastet identifiziert werden, im Rahmen einer vertieften Psychodiagnostik untersucht werden (vgl. Kapitel 3.3) (Härter et al., 2004).

Neben dem Einsatz von Screeninginstrumenten stellt das computergestützte adaptive Testen eine attraktive Alternative für die Praxis dar. Bei der computeradaptiven Testung werden aufgrund des Antwortverhaltens eines Patienten diejenigen Items identifiziert, die einen maximalen Informationsgehalt besitzen (Gorin, Dodd, Fitzpatrick & Shieh, 2005). Hierdurch kann im Allgemeinen eine erhebliche Verkürzung der Testdauer bei fast gleicher Schätzgenauigkeit erreicht werden. Geeignete Instrumente für den Deutschen Sprachgebrauch befinden sich aktuell in der Entwicklung (Forkmann et al., 2010; Schnurr, Abberger, Bengel, Wirtz & Baumeister, 2010).

Es liegen eine Vielzahl von Instrumenten für das Screening auf psychische Störungen vor (vgl. Bengel et al., 2008; Brähler, Schumacher & Strauß, 2003). Im Folgenden werden schwerpunktmäßig Screeninginstrumente vorgestellt, die geeignet sind, psychische Belastungen und Störungen bei somatisch erkrankten Rehabilitationspatienten ökonomisch zu entdecken. Die aufgeführten Screeninginstrumente sind schnell durchführbar (geringe Anzahl von Items), verfügen über gute statistische Kennwerte und haben sich bewährt, psychische Störungen valide zu entdecken (vgl. Tabelle 1). Vorge stellt werden im Einzelnen der Patient Health Questionnaire (PHQ-9), die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D), der General Health Questionnaire (GHQ-12) und das Beck Depression Inventory (BDI-II). Vorweg werden zur besseren Einstufung der Verfahren grundlegende statistische Kennwerte zur Beurteilung von diagnostischen Instrumenten beschrieben.

3.2.1. Statistische Kennwerte zur Beurteilung von diagnostischen Instrumenten

Im Folgenden wird auf statistische Kennwerte eingegangen, die für die Beurteilung von Screeninginstrumenten und vertiefenden diagnostischen Instrumenten (vgl. Kapitel 3.2 und 3.3) relevant sind. Erläutert werden die Kennwerte Reliabilität,

Validität, Cohens' Kappa sowie Sensitivität und Spezifität (Amelang & Zielinski, 2004; Bortz & Döring, 2003; Lienert & Raatz, 1998).

Reliabilität: Die Reliabilität (Zuverlässigkeit) stellt ein Maß für die Messgenauigkeit des Tests dar. Sie gibt an, inwieweit ein Testergebnis bei einer wiederholten Messung unter gleichen Bedingungen reproduzierbar ist. Ein Test ist maximal reliabel bei einem Wert von 1.00, ein guter Test sollte eine Reliabilität von über 0.80 aufweisen (Barth, Paul, Klesse, Bengel & Härter, 2007). Unterschieden werden verschiedenen Formen der Reliabilität, gebräuchlich sind die Retest-Reliabilität, Interne Konsistenz und die Interrater-Reliabilität:

- **Retest-Reliabilität:** Ein und derselbe Test wird einer Stichprobe von Probanden wiederholt (in der Regel zweimal) vorgelegt. Die Reliabilität wird über die Korrelation der verschiedenen Testwiederholungen bestimmt.
- **Interne Konsistenz:** Die Interne Konsistenz ist ein Maß für die Homogenität einer Skala. Berechnet wird die Korrelation zwischen den Items. Hohe interne Konsistenz bedeutet, dass die Items der Skala im Wesentlichen das Gleiche messen.
- **Interrater-Reliabilität:** Bezieht sich auf die Höhe der Übereinstimmungen der Einschätzungsergebnisse bei unterschiedlichen Beobachtern (Ratern). Sie beschreibt die Unabhängigkeit des Befundergebnisses vom Untersucher.

Validität: Die Validität (Gültigkeit) gibt das Ausmaß an, in dem der Test misst, was er vorgibt zu messen. Unterschieden werden die Inhaltsvalidität, die Kriteriumsvalidität sowie die Konstruktvalidität. Die Validität wird meist über Korrelationen bestimmt. Ein Test ist maximal valide bei einem Wert von 1.

- **Inhaltsvalidität:** Inhaltliche Validität besteht, wenn ein Verfahren zur Messung eines bestimmten Konstrukts oder Merkmals die bestmögliche Operationalisierung dieses Konstrukts darstellt, der Test also das abgefragte Merkmal repräsentiert (Beispiel: Ein Test, der eine hohe inhaltliche Validität aufweist, ist die Führerscheinprüfung. Diese repräsentiert direkt die zu messende Fähigkeit).
- **Kriteriumsvalidität:** Kriteriumsvalidität liegt vor, wenn vom Verhalten der Testperson erfolgreich auf ein „Kriterium“, nämlich auf ein Verhalten außerhalb der Testsituation, geschlossen werden kann (Beispiel: Kriteriumsvalidität liegt vor, wenn Kinder bei einem Schulreife-test leistungsfähig sind und sich auch in der Schule als leistungsfähig erweisen).
- **Konstruktvalidität:** Konstruktvalidität ist gegeben, wenn die gemessene Eigenschaft mit einem theoretischen Modell übereinstimmt (Beispiel: Männer sollten in einem Aggressivitätstest höhere Werte erzielen als Frauen). Untersucht wird, inwiefern sich das durch den Test repräsentierte Konstrukt in den Kontext anderer ähnlicher oder unähnlicher Konstrukte einbettet. Ähnliche Konstrukte sollten hoch miteinander korrelieren, unterschiedliche Konstrukte niedrig. Häufig ist mit der Konstruktvalidität der Zusammenhang des Testergebnisses mit anderen Messwerten gemeint, die dasselbe psychologische Konstrukt erfassen sollen (Beispiel: Die Validierung eines neu entwickelten Intelligenztests anhand anderer, bereits existierender Intelligenztests oder anhand weiterer Indikatoren für das, was der Testkonstrukteur unter Intelligenz versteht).

Kappa: Kappa stellt ein Maß für die Interrater-Reliabilität dar und gibt den Grad der Übereinstimmung zwischen Beobachtern oder Urteilern an. Die Kappa-Statistiken prüfen das Ausmaß an Konkordanz durch Einbezug und Vergleich zu dem durch „zufälliges Einschätzen“ typischerweise erreichbarem Ausmaß an Übereinstimmung. Kappa kann Werte zwischen +1.0 (bei hoher Konkordanz) und ≤ 0 (bei niedriger Konkordanz) annehmen.

Sensitivität: Die Sensitivität (Empfindlichkeit) eines Tests gibt den Anteil tatsächlich erkrankter Patienten an, die durch den Test identifiziert wurden (Richtig-Positiv-Rate).

Spezifität: Die Spezifität (Genauigkeit) lässt Rückschlüsse auf den Anteil tatsächlich gesunder Patienten zu, die korrekt identifiziert wurden (Richtig-Negativ-Rate).

Von besonderer Bedeutung für die Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans ist der Zusammenhang zwischen Sensitivität und Spezifität. Die Sensitivität eines Screeninginstruments kann durch das Absenken des Cut-off Wertes (Wert, ab dem von einem positiven Screeningergebnis gesprochen wird) erhöht werden. Die Spezifität kann im Gegenzug durch die Erhöhung des Cut-off Wertes verbessert werden. Beide Parameter sollten möglichst hoch sein, allerdings stehen sie in einem gegenläufigen Verhältnis zueinander (Klaiberg, 2008). Abbildung 5 gibt die Bedeutung der richtigen Wahl des Cut-offs am Beispiel des Screeners PHQ-9 graphisch wieder.

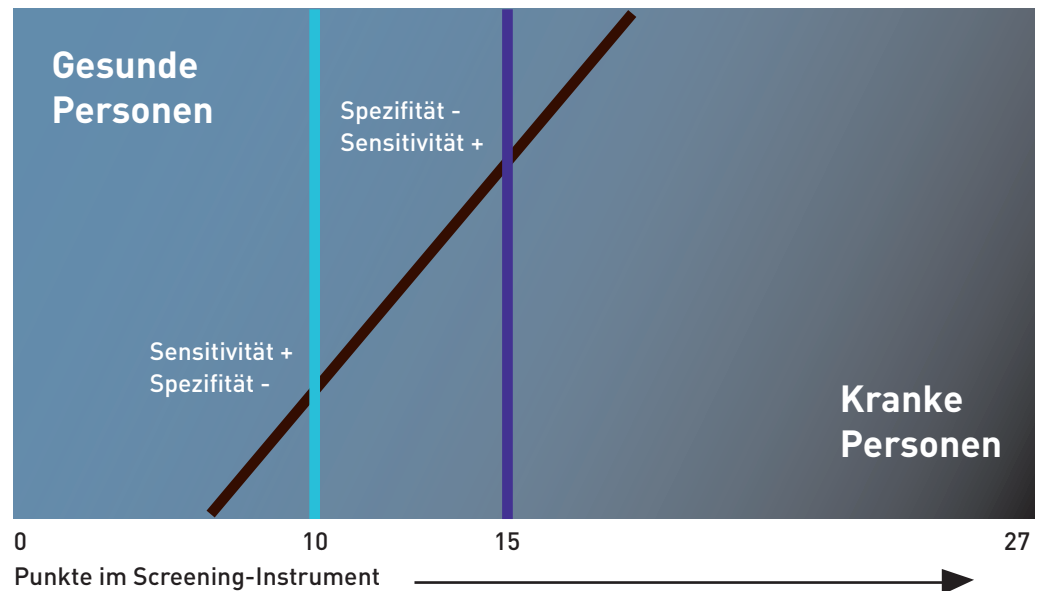


Abbildung 5: Auswahl des Cut-off am Beispiel des Screeners PHQ-9

Rechts in Abbildung 5 ist die Gruppe der kranken und links die Gruppe der gesunden Personen zu sehen. In Bezug auf psychische Störungen sind die Übergänge zwischen gesund und krank mittels eines Screeners nicht klar abgrenzbar. Bei der Auswahl von Tests und den Kriterien zur Zuweisung zu einer dieser Gruppen muss ein Kompromiss getroffen werden. Legt man bei der Auswahl eines Tests mehr Gewicht auf die Sensitivität (niedriger Cut-off), also das Ausmaß in dem tatsächlich belastete Patienten auch richtigerweise als solche erkannt werden, so sinkt die Genauigkeit. Personen, die eigentlich gesund sind, können durch den Test fälschlicherweise der Gruppe der Kranken zugeordnet werden. Entscheidet man sich dafür, der Spezifität eine größere Bedeutung zuzumessen (hoher Cut-off), besteht die Gefahr, dass Patienten mit einer psychischen Störung durch den gewählten Cut-off fälschlicherweise der Gruppe der Gesunden zugeordnet werden. Welcher Kompromiss eingegangen wird, ist abhängig von den Implikationen, die sich durch eine falsche Zuweisung ergeben, wie zum Beispiel Kosten, Mortalität oder Lebensqualität. Im Rehabilitationskontext sollte in Abhängigkeit der personellen Ressourcen der Cut-off des Screeners so gewählt werden, dass möglichst viele Patienten entdeckt werden können. Dies bedeutet, dass bei der Auswahl des Cut-offs besonderer Wert auf die Sensitivität gelegt werden sollte (Hahn, Reuter & Härter, 2006).

3.2.2. Patient Health Questionnaire-9: PHQ-9 (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001; Löwe, 2008; Löwe et al., 2003)

Der PHQ-9 bezieht sich auf die neun Depressionsitems der Kurzversion des PHQ-D (vgl. Tabelle 1). Die Items orientieren sich an den DSM-IV Kriterien für Depression. Der Fragebogen verfügt über sehr gute Gütekriterien und ist zusätzlich sehr gut geeignet „irgendeine psychische Störung“ zu entdecken (Hahn et al., 2006). Dies bedeutet, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit auch Patienten mit einer anderen psychischen Störung als einer Depression durch dieses Instrument herausgefiltert werden können. Der PHQ-9 kann dimensional und kategorial ausgewertet werden. Neben der schnellen

Name des Instruments	Störungsbereiche/Skalen	Ausfülldauer	Auswertungsdauer	Gütekriterien
Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) (Kroenke et al., 2001)	Depressivität (9 Items)	2 Min.	1 Min.	Sensitivität und Spezifität: 78 % und 68 % Retest-Reliabilität: .81 - .96 Interne Konsistenz: .79
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) (Hermann-Lingen et al., 2005)	Depressivität (7 Items) Angst (7 Items)	2 - 6 Min.	1 Min.	Sensitivität und Spezifität: ca. 80% (je nach Cut-off) Interne Konsistenz: .80-.81
General Health Questionnaire (GHQ-12) (Goldberg, 1978)	allgemeine psychiatrische Symptome (12 Items)	max. 5 Min.	max. 5 Min.	Sensitivität und Spezifität: 84 % und 75 % Interne Konsistenz: .91
Beck Depression Inventory (BDI-II) (Hautzinger, Keller & Kühner, 2006)	Depressivität (21 Items)	5 - 10 Min.	2 Min.	Sensitivität und Spezifität: 93 % und 18 % Retest-Reliabilität: .93 Interne Konsistenz: .84 - .94

Tabelle 1: Instrumente zum Screening psychischer Störungen

Auswertung ist ein weiterer Vorteil, dass der Fragebogen frei erhältlich ist (www.klinikum.uni-heidelberg.de/Gesundheitsfragebogen-fuer-Patienten-PHQD.6274.0.html). Die 9-Items weisen jeweils vier Antwortmöglichkeiten auf (von 0 (überhaupt nicht) bis 3 (beinahe jeden Tag)), so dass ein Skalensummenwert von 0 bis 27 Punkte erreicht werden kann. Werte von 5 bis 9 stehen für eine unerschwerlich ausgeprägte Depressivität, Werte von 10 bis 14 für eine mittlere, Werte von 15 bis 19 für eine ausgeprägte und Werte von 20 bis 27 für eine sehr schwere Depressivität. Als statistisch optimaler Cut-off gilt ein Summenwert von ≥ 10 .

3.2.3. Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS-D (Hermann-Lingen, Buss, & Snaith, 2005)

Die HADS-D erfasst Angst und Depressivität während der vergangenen Woche mit jeweils sieben Items. Ebenso wie der PHQ-9 ist auch die HADS-D geeignet „irgendeine psychische Störung“ zu entdecken (Hahn et al., 2006; Härter, Reuter, Gross-Hardt & Bengel, 2001; Härter, Woll, Wunsch, Bengel & Reuter, 2006). Die Skalen wurden speziell für körperlich erkrankte Patienten entwickelt. Die sieben Items je Skala weisen jeweils vier Antwortmöglichkeiten auf (0-3), so dass ein Skalensummenwert von 0 bis 21 Punkte erreicht werden kann. Die Summenscores je Skala geben Aufschluss über das Ausmaß an Depressivität und Angst (Martin, Thompson & Barth, 2008). Werte von 0 bis 7 stehen für eine unauffällige, Werte von 8 bis 10 für eine grenzwertige und Werte über 10 für eine auffällige Depressivität oder Angst. Als statistisch optimale Cut-off-Werte gelten ≥ 11 für Angst und ≥ 9 für Depressivität. Der Test kann über den Hogrefe-Verlag bezogen werden.

3.2.4. General Health Questionnaire: GHQ-12 (Klaiberg, 2008)

Der GHQ-12 erfasst mit zwölf Items zwölf allgemeine psychische Symptome, die bei fast allen psychischen Störungen vorliegen. Der Fragebogen wurde an ambulanten

Patienten entwickelt und validiert. Er erhebt, inwieweit psychische Auffälligkeiten vorliegen, die einer weiteren diagnostischen Abklärung bedürfen (Rumpf, Hapke & John, 2001). Die Auswertung erfolgt über eine Summenwertbildung über alle Items hinweg. Ist eine der beiden unteren Stufen der vierstufigen Skala angekreuzt, so wird diese Frage mit einer „1“ codiert (dichotome Auswertung nach dem Muster 0-0-1-1). Der Summenwert kann Werte zwischen 0 und 12 erreichen. Werte von 0 bis 4 stehen für einen unteren, Werte von 5 bis 7 für einen mittleren und Werte von 8-12 für einen oberen Beschwerdebereich. Als statistisch optimaler Cut-off-Wert gilt ≥ 2 (= sehr sensitiv). Die deutsche Version des GHQ-12 ist nicht über einen Testverlag zu beziehen.

3.2.5. Beck Depression Inventory: BDI-II (Beck, Steer & Brown, 2006; Hautzinger, 2008)

Der BDI-II stellt eine überarbeitete Version des BDI dar. Der Fragebogen erfasst die Schwere bzw. das Ausmaß depressiver Symptomatik. Der BDI besteht aus 21 Items, die sich an den Diagnosekriterien des DSM-IV und der ICD-10 orientieren. Die 21 Items weisen jeweils vier Antwortmöglichkeiten auf (0-3), so dass ein Skalensummenwert von 0 bis 63 Punkte erreicht werden kann. Werte von 0 bis 8 stehen für keine Depressivität, Werte von 9 bis 13 für eine minimale, Werte von 14 bis 19 für eine leichte, Werte von 20 bis 28 für eine mittelschwere und Werte von 29 bis 63 für eine schwere Depressivität. Als statistisch optimaler Cut-off gilt ein Summenwert von ≥ 17 , der jedoch zu einer sehr hohen Sensitivität (93%) und sehr niedrigen Spezifität (18%) führt und aufgrund dessen klinisch nicht sinnvoll ist. Der Test kann über den Hogrefe-Verlag bezogen werden.

3.2.6. Vergleich der Screeninginstrumente

Bislang verglichen nur wenige Studien die Güte verschiedener Screener. In einer Studie mit somatisch erkrankten Rehabilitationspatienten konnte gezeigt werden, dass der PHQ-9 und die HADS sehr gut geeignet sind, „irgendeine psychische Störungen“ bzw. affektive Störungen oder Angststörungen zu entdecken (Hahn et al., 2006). Ferner konnte in mehreren Studien nachgewiesen werden, dass die HADS dem GHQ-12 sowohl bei der Entdeckung psychischer Störungen (Hahn et al., 2006; Wunsch, Rundel, Härter & Bengel, 2002) als auch bei komorbiden psychischen Störungen mit chronisch somatischen Krankheiten überlegen ist (Hahn et al., 2006; Härter et al., 2001; Härter et al., 2006). In Bezug auf den BDI liegen keine Vergleichsstudien vor, allerdings erwies sich der BDI in einer Studie zur Diskriminationsleistung depressiver Störungen als geeignet für den Einsatz bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen (Barth et al., 2007).

3.2.7. Weitere spezifische Screeninginstrumente

Neben den hier vorgestellten Instrumenten existieren weitere Screeninginstrumente, die geeignet sind, Patienten auf bestimmte psychische Störungen zu untersuchen. In Bezug auf das Screening von alkoholbezogenen Störungen liegt der Alcohol Use Disorder Identification Test in einer lang und einer Kurzversion vor (AUDIT, AUDIT-C) (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001; Bush, Kivlahan, McDonell, Fihn & Bradley, 1998; Kriston, Hölzel, Weiser, Berner & Härter, 2008). Somatisierungsstörungen können mit Hilfe des Screening für somatoforme Störungen (SOMS) (Rief, Hiller & Heuser, 1997) entdeckt werden. Für das Angstscreening eignet sich u.a. das Generalised Anxiety Disorder Assessment (GAD-7) (Löwe et al., 2008; Spitzer, Kroenke & Williams, 2006). Für einen umfassenden Überblick über weitere Verfahren sei auf aktuelle Sammelbände zu diagnostischen Verfahren verwiesen (Bengel et al., 2008; Brähler et al., 2003).

3.3. Vertiefte Psychodiagnostik

Da mittels Screeningverfahren keine gesicherte Diagnosestellung erfolgen kann, sollte zur Validierung eine vertiefte Psychodiagnostik bei den positiv gescreenten Patienten durchgeführt werden. Hier haben sich vor allem strukturierte bzw. standardisierte Verfahren als sinnvoll erwiesen. Diese sind reliabler und valider als unstrukturierte Verfahren wie z.B. das klinische Gespräch (Amelang & Zielinski, 2004). Die Internationalen Diagnose Checklisten für ICD-10 (IDCL), das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID I) und das Diagnostische Interview bei psychischen Störungen (DIPS) sind besonders geeignet und werden im Folgenden vorgestellt (vgl. Tabelle 2).

Name des Instruments	Störungsbereiche	Durchführungszeit	Gütekriterien
Internationale Diagnose Checklisten für ICD-10 (IDCL) (Hiller, 1997)	32 Checklisten zu den wichtigsten Störungen des ICD-10	je nach Einsatz	Interrater-Reliabilität: .50 - .88
Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID I) (Wittchen et al., 1997)	wichtigsten Achse-I-Störungen des DSM-IV	ca. 100 Min.	Retest-Reliabilität: $\geq .60$ Kappa: .70 - .90
Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS) (Schneider & Margraf, 2006)	wichtigsten Störungen des DSM-IV und ICD-10	90 - 180 Min.	Retest-Reliabilität: .82 - .98 Kappa: .64 - .89

Tabelle 2: Instrumente zur vertieften Diagnostik psychischer Störungen

3.3.1. Internationale Diagnose Checklisten für ICD-10: IDCL (Hiller, 1997)

Die Internationalen Diagnose Checklisten für ICD-10 (ICD-10-Checklisten: IDCL) bestehen aus einem Set von 32 Checklisten. Die Störungsgruppen sind farblich unterschiedlich gestaltet und ermöglichen so einen schnellen Zugriff. Die Checklisten besitzen einen Seitenumfang von zwei bis maximal vier DIN-A-5-Seiten. Passend zu jedem Störungsbild werden die jeweiligen diagnostischen Kriterien in knapper und übersichtlicher Form in der Regel entsprechend dem Wortlaut der ICD-10 aufgeführt. Die ICD-10-Checklisten haben sich als praktikabel, häufig zeitsparend sowie als leicht in die Alltagsdiagnostik integrierbar erwiesen. Zudem ist durch Überprüfung aller Kriterien eine valide und reliable Psychodiagnostik möglich. Die Interrater-Reliabilität liegt für die einzelnen Störungsbilder zwischen .50 (dysthyme Störung) und .88 (Panikstörung). Der Bezug der Checklisten ist über den Hogrefe Verlag möglich.

3.3.2. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV: SKID-I (Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997)

Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID-I) erlaubt die Erfassung und Diagnostik der wichtigsten Achse-I-Syndrome und -Störungen des DSM-IV. Weiterhin bestehen Kodierungsmöglichkeiten für die Beurteilung von Achse-III (körperliche Störungen) und Achse-V (psychosoziales Funktionsniveau). Sämtliche Diagnosen werden im Längs- und im Querschnitt sowie mit Zusatzinformationen über Beginn und Verlauf erhoben. Folgende DSM-IV-Diagnosen können im SKID-I beurteilt werden: Affektive Störungen, psychotische Störungen, Störungen durch psychotrope Substanzen, Angststörungen, somatoforme Störungen, Essstörungen und Anpassungsstörungen. Klinische Erfahrung, Kenntnis des DSM-IV und die Teilnahme an einer Schulung sind Voraussetzung für die Anwendung des Interviews (Scholz & Wittchen, 2005). Das SKID-I ermöglicht dem Interviewer eine schnelle und valide Diagnosestellung nach DSM-IV. Durch die Angabe von Sprungregeln hält sich der Interviewer nicht bei Fragen nach Symptomen auf, die diagnostisch irrelevant sind. Die Durchführungszeit des SKID-I beträgt etwa 100 Minuten und teilt sich in einen freien und einen strukturierten Interviewteil. Wortlaut und Reihenfolge der Fragen sowie entsprechende Sprungregeln sind vorgegeben. Die Interrater-Reliabilität nach Cohens Kappa ist als zufrieden stellend zu bezeichnen und erreichte Werte von .70 - .90. Die Retest-Reliabilität ist als gut zu bewerten und liegt bei .60 und höher. Das SKID-Interview kann über den Hogrefe Verlag bezogen werden.

3.3.3. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen: DIPS (Schneider & Margraf, 2006)

Das Diagnostische Interview bei psychischen Störungen (DIPS) erlaubt zum einen eine Klassifikation der wichtigsten psychischen Störungen nach ICD-10 und DSM-IV, zum anderen die Erfassung von Informationen, die für die Planung und Durchführung psychotherapeutischer Behandlungen notwendig sind. Das Handbuch ermöglicht darüber hinaus eine selbstständige Einarbeitung. Dennoch sollte das DIPS-Interview nur nach sorgfältiger Vorbereitung und Trainingsphase durchgeführt werden (Suppiger

& Schneider, 2005). Die Anwendung des Interviews wird durch eine detaillierte Darstellung des diagnostischen Vorgehens, der Diagnosekriterien sowie Übungsfälle und ein Glossar psychischer Störungen vereinfacht. Wortlaut und Reihenfolge der Fragen sowie entsprechende Sprungregeln sind vorgegeben. Bezogen auf die 1-Jahres-Prävalenz beträgt die Retest-Reliabilität nach DSM-IV-Oberklasse zwischen .82 und .98. Die Kappa-Koeffizienten liegen zwischen .64 und .89. Die Validität wurde im Vergleich mit psychometrischen Fragebogen und objektiven Körpermerkmalen (bei Essstörungen) nachgewiesen und ist als gut zu bezeichnen. Die durchschnittliche Durchführungsdauer beträgt 90 bis 180 Minuten. Das DIPS ist über den Springer Verlag beziehbar.

3.3.4. Vergleich der Verfahren zur vertieften Psychodiagnostik

Bei standardisierter Anwendung der Verfahren weisen alle drei Verfahren eine lange Durchführungszeit von ein bis drei Stunden auf. Zudem ist für eine kompetente Anwendung ein gewisses Maß an Schulung und Einarbeitung nötig. Die IDCL eignet sich am ehesten für eine Unterstützung des psychodiagnostischen Prozesses. Die Anwendung ist einfach und die Checklisten können gut in das klinische Gespräch eingebaut werden. Durch die Verwendung von weiteren Screeningfragen zu einzelnen Störungen (vgl. Anhang 1, Übersicht 3 sowie Übersicht 5) ist es möglich sich auf relevante Störungsbereiche für die vertiefte diagnostische Abklärung mittels der IDCL Checklisten zu beschränken.

TEIL II

Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans

4. Psychodiagnostischer Stufenplan

Die vorhergehenden Abschnitte verdeutlichen die Relevanz komorbider psychischer Belastungen und Störungen und beschreiben die psychodiagnostischen Möglichkeiten zum Erkennen psychischer Komorbidität in der medizinischen Rehabilitation. Aufbauend auf diesen Erkenntnissen beschreibt das vorliegende Kapitel einen psychodiagnostischen Stufenplan, mittels dessen die psychodiagnostischen Routinen und Kompetenzen in der medizinischen Rehabilitation verbessert werden können. Der Stufenplan zielt hierbei auf die Optimierung der Psychodiagnostik und Differentialdiagnostik, der Indikationsstellung und Behandlung sowie der Dokumentation psychischer Belastungen und Störungen. Die Implementierung des Stufenplans unterstützt das Rehabilitationsziel, die bio-psycho-soziale Funktionsfähigkeit der Rehabilitanden wieder herzustellen. Durch die Dokumentation psychischer Belastungen und Störungen im ärztlichen Entlassungsbericht wird ferner eine Verbesserung der Versorgungssituation für die postrehabilitative Versorgung angestrebt.

Der folgende Stufenplan wurde im Rahmen des von der Deutschen Rentenversicherung geförderten Projektes „Diagnostik, Indikation und Behandlung von psychischen Störungen in der medizinischen Rehabilitation (DIBpS)“ entwickelt und evaluiert. Für die Implementierung wurde eine vierstündige Fortbildung konzipiert (Vogel et al., 2009). Die Fortbildungsinhalte basieren auf dem von Hahn et al. (Hahn, Baumeister, Bengel et al., 2007) entwickelten Modellcurriculum zum Erkennen und Diagnostizieren psychischer Belastungen und Störungen bei Patienten mit somatischen Erkrankungen. Der psychodiagnostische Stufenplan besteht aus einem Eingangsscreening (Kapitel 4.1), der vertieften psychodiagnostischen Untersuchung (4.2), der Indikationsstellung und Behandlung (4.3) sowie der Dokumentation (4.4). In Übersicht 3 ist der psychodiagnostische Stufenplan im Überblick dargestellt. Die Beschreibung des Stufenplans und des Implementierungsprozesses (vgl. Kapitel 5) erfolgen auf der Basis unserer Erfahrungen aus dem DIBpS-Projekt und hier insbesondere der Fortbildungen sowie den Umsetzungsprozessen in den einzelnen Rehabilitationseinrichtungen. Um die Implementierung des Stufenplans auch ohne vorherige Fortbildung zu ermöglichen, erfolgen zu den einzelnen Implementierungsschritten jeweils konkrete Umsetzungsempfehlungen. Zu beachten ist, dass jeder Schritt des Stufenplans eine Rückmeldung der Ergebnisse an den Patienten vorsieht.

Stufe	Beschreibung
I.	Eingangsscreening z. B. mittels PHQ-9 oder HADS
II.	Vertiefte psychodiagnostische Untersuchung z. B. mittels der 15 Screeningfragen (vgl. Anhang 1) und z. B. mittels Internationaler Diagnose-Checklisten für ICD-10
III.	Indikationsstellung und Behandlung für spezifische psychologische, psychotherapeutische oder psychopharmakologische Behandlung
IV.	Dokumentation Dokumentation psychischer Belastungen und Störungen im ärztlichen Entlassungsbericht Aussprechen einer Behandlungsempfehlung für die post-rehabilitative Versorgung

Übersicht 3: Psychodiagnostischer Stufenplan

4.1. Schritt I: Eingangsscreening

Alle Patienten der medizinischen Rehabilitation sollten vor oder zu Beginn der stationären Behandlung routinemäßig mittels geeigneter Screeninginstrumente untersucht werden. Eine Übersicht über geeignete Screener findet sich in Kapitel 3.2. Bei der Wahl des Screeners sollte beachtet werden, dass der Screener hinsichtlich Länge,

Wortwahl, Verständnis und Lesbarkeit für die jeweiligen Patienten der Klinik angemessen ist. Die Steuerungsfunktion des Screeners sollte unter Beachtung einer angemessenen Spezifität und Sensitivität beim Festsetzen des Cut-offs Berücksichtigung finden (vgl. Kapitel 3.2.1). Es wird empfohlen sich nach den in Kapitel 3.2 empfohlenen Cut-off-Werten zu richten. Übersicht 4 gibt konkrete Empfehlungen zur Auswahl eines geeigneten Screeninginstrumentes.

- Es wird die Verwendung des PHQ-9 oder der HADS empfohlen. Beide Instrumente erlauben trotz ihrer Kürze eine Schweregradeinschätzung und sind gut geeignet, psychische Störungen bei somatischen Patienten zu entdecken.
- In Bezug auf Sensitivität und Spezifität hat sich beim PHQ-9 ein Cut-off von 10 Punkten bewährt. Bei der HADS empfiehlt sich für die Depressionsskala ein Cut-off von ≥ 9 und für die Angstskala von ≥ 11 .

Übersicht 4: Auswahl Screeninginstrument

Ein Screening bei Patienten der Anschlussheilbehandlung (AHB) zu Rehabilitationsbeginn hat sich als problematisch erwiesen (Vogel et al., 2009), da die Rate der als falsch-positiv identifizierten Patienten erhöht sein kann. Ursache hierfür ist, dass es bedingt durch die noch akute Krankheitsphase und die meist invasive Akutbehandlung kurzfristig bei AHB-Patienten zu einer Beeinträchtigung des psychischen Befindens kommen kann. In den meisten Fällen remittieren diese Beeinträchtigungen nach einigen Tagen in der Rehabilitation ohne spezifische Therapie. Bei AHB-Patienten wäre der Einsatz eines Screeners gegen Ende der Rehabilitation denkbar oder eine Messung sowohl zu Rehabilitationsbeginn und -ende. Auffällige Werte könnten im ärztlichen Entlassungsbericht dokumentiert werden, gegebenenfalls kann eine postrehabilitative psychodiagnostische Abklärung sowie entsprechende Therapie empfohlen werden.

4.2. Schritt II: Vertiefte psychodiagnostische Untersuchung

Alle Patienten, die erhöhte Werte im Screener aufweisen, sollten von speziell dafür geschultem Fachpersonal vertieft psychodiagnostisch untersucht werden. Folgende Berufsgruppen sind hierfür qualifiziert: Psychologische Psychotherapeuten, Diplom-Psychologen, Master-Absolventen der Psychologie, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Ärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Hierbei wird der Einsatz von strukturierten bzw. standardisierten Verfahren zur Diagnosestellung empfohlen (vgl. Kapitel 3.3), da sich das freie klinische Gespräch als nicht valide erwiesen hat (Möller & Zerssen, 1980). Übersicht 5 gibt konkrete Empfehlungen zur Umsetzung der vertieften Psychodiagnostik.

- Es hat sich als hilfreich erwiesen, zu Beginn der vertieften Psychodiagnostik erst mittels weiterer Screeningfragen relevante Störungsbereiche für die diagnostische Abklärung festzulegen. Hierzu wurden fünfzehn Fragen zu den in der medizinischen Rehabilitation am häufigsten vorkommenden Störungen entwickelt, auf deren Grundlage eine vertiefte Diagnostik erfolgen kann (vgl. Anhang 1).
- Bejaht ein Patient eine oder mehrere Screeningfragen, sollte eine weitere Abklärung z.B. mit Hilfe der entsprechenden Internationalen Diagnose Checkliste für ICD-10 erfolgen. Diese erleichtern das Diagnostizieren psychischer Störungen, verbessern die Güte des diagnostischen Urteils und erlauben dennoch aufgrund ihres geringen Standardisierungsgrads einen flexiblen und zeitökonomischen Einsatz.
- Ist ein Patient im PHQ-9 oder auf der Depressionsskala der HADS auffällig, muss keine entsprechende Screeningfrage für Depression gestellt werden. Stattdessen kann gleich das Vorliegen einer Depression mittels der Internationalen Diagnose Checkliste für ICD-10 überprüft werden.

Übersicht 5: Vertiefte Psychodiagnostik

4.3. Schritt III: Indikationsstellung und Behandlung

Werden psychische Störungen diagnostiziert, sollte entschieden werden, ob und welche Indikation für eine Behandlung besteht (psychotherapeutische, psychosoziale, medikamentöse Behandlung). Ist die Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung gegeben, stellt sich die Frage, ob diese im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahme begonnen werden kann und/oder ob gezielt die Motivation für eine Behandlung nach Abschluss gefördert werden sollte (vgl. auch Kapitel 2.6). Diese Entscheidung sollte in Abhängigkeit von den Ressourcen der Einrichtung sowie in Abhängigkeit von der Belastung und der Behandlungsmotivation des Patienten getroffen werden.

4.4. Schritt IV: Dokumentation

Komorbide psychische Störungen sollten spezifiziert neben den somatischen Diagnosen im ärztlichen Entlassungsbericht genannt werden. Bei entsprechender Indikation sollten Empfehlungen für eine postrehabilitative Weiterbehandlung der komorbiden psychischen Störungen ausgesprochen werden. Hinweise für die Dokumentation der psychodiagnostischen Ergebnisse sowie der erfolgten Maßnahmen gibt das Dokument „Informationen zum ärztlichen Entlassungsbericht im Rahmen der DIBpS-Studie“ (siehe Anhang 2).

5. Umsetzung des psychodiagnostischen Stufenplans

Die Umsetzung der Implementierung des psychodiagnostischen Stufenplans bedarf einer sorgfältigen Organisation und Planung. Das Vorgehen muss an die jeweiligen Gegebenheiten der Einrichtung angepasst werden. Die Abläufe sollten so gestaltet werden, dass sie sich gut in die bisherige Klinikpraxis integrieren lassen und möglichst einfach umzusetzen sind (Berwick, 2003). Ferner ist es wichtig, alle Mitarbeiter über die Implementierung zu informieren und diese entsprechend zu schulen. Für eine erfolgreiche Implementierung ist entscheidend, dass allen Mitarbeitern der Nutzen der Implementierung ersichtlich ist (Berwick, 2003; Tarlatt, 2001). Entsprechend sollten alle Beteiligten (Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Diplom-Psychologen, Pflegepersonal und weitere therapeutische Berufsgruppen) über die Relevanz und die Ziele der angestrebten Veränderungen informiert werden. Weiterhin haben die persönlichen Kompetenzen der Mitarbeiter einen Einfluss auf die Umsetzung. Unzureichende Kompetenzen stellen eine zentrale Ursache für das Misslingen von Implementierungen dar (Haynes & Haines, 1998; Tarlatt, 2001; Tilley & Chambers, 2004). So ist beispielsweise für eine erfolgreiche Implementierung des psychodiagnostischen Stufenplans wichtig, dass auch das Pflegepersonal grundlegende Kenntnisse über das Screening aufweist und Fragen der Patienten zum Screener beantworten kann, da es in Kliniken neben den Ärzten häufig zentrale Bezugspersonen für Patienten darstellt.

Die Implementierung des psychodiagnostischen Stufenplans in den jeweiligen medizinischen Rehabilitationskliniken erfordert einen hauptverantwortlichen Ansprechpartner (z.B. den psychologischen Psychotherapeuten). Dieser sollte idealerweise über ausreichend zeitliche Kapazitäten und über das notwendige theoretische Hintergrundwissen verfügen. Weiterhin ist es von Vorteil, wenn der hauptverantwortliche Ansprechpartner mit Abläufen, Personal und Gegebenheiten der Klinik vertraut ist. Aufgabe des Hauptverantwortlichen ist es, die einzelnen Implementierungsschritte zu planen, umzusetzen und gegebenenfalls zu optimieren. Er koordiniert den Prozess, verteilt Aufgaben und überwacht den Implementierungsprozess.

Im Folgenden werden die einzelnen Implementierungsaufgaben und -schritte detailliert dargestellt und Möglichkeiten der Umsetzung aufgezeigt (vgl. Übersicht 6).

I. Eingangsscreening

- Beschaffung und Ausgabe
- Einsammeln und Rücklaufkontrolle
- Auswertung, Rückmeldung und Dokumentation

II. Vertiefte Psychodiagnostik

- Terminierung
- Durchführung und Auswertung
- Rückmeldung und Dokumentation

III. Indikationsstellung und Behandlung

- Spezifische psychologische, psychotherapeutische oder psychopharmakologische Behandlung
- ggf. Motivationsförderung

IV. Dokumentation

- Screeningergebnis
- Ergebnis der vertieften Psychodiagnostik, ggf. psychische Diagnose
- ggf. erfolgte Behandlungsmaßnahmen
- ggf. Aussprechen einer Behandlungsempfehlung

Übersicht 6: Implementierungsschritte und Aufgaben

5.1. Eingangsscreening

5.1.1. Beschaffung und Ausgabe des Screeners

Es müssen ausreichend Exemplare des Screeners vorhanden sein (Bezug des Screeners: vgl. Kapitel 3.2). Für das Austeilen des Screeners ergeben sich verschiedene Ablaufvarianten:

Variante A) Übermittlung des Screeners vor der Rehabilitationsmaßnahme

Vorgehen: Kurzes Anschreiben inklusive der Bitte, den ausgefüllten Screener bei Rehabilitationsbeginn mitzubringen und bei der Aufnahme abzugeben.

Vorteil: Die frühe Screeninginformation kann schon vor der Aufnahme bzw. im Aufnahmegespräch und bei der Zuweisung berücksichtigt werden.

Nachteil: Unter Umständen entspricht das Screeningergebnis aufgrund der Vorlaufzeit nicht dem aktuellen psychischen Befinden.

Variante B) Austeilen des Screeners am Aufnahmetag durch die Verwaltung

Vorgehen: Die Patienten erhalten den Screener zusammen mit möglichen weiteren Unterlagen zum Zeitpunkt der Aufnahme.

Vorteil: Es liegt eine frühe Screeninginformation für den Aufnahmearzt vor, so dass diese frühzeitig für die Indikationsstellung und Therapieplanung genutzt werden kann.

Nachteil: Die Verbindlichkeit für den Patienten ist niedrig, wenn er den Screener von der Verwaltung und nicht von den Behandlern ausgeteilt bekommt. Häufig sind zudem Patienten am Anreisetag durch die Vielzahl von Informationen und ausgehändigten Materialien überfordert, so dass die Gefahr besteht, dass der Patient den Screener nicht zeitnah ausfüllt. Weiterhin stellen die Anreise und Ankunft in der Klinik u.U. eine Stresssituation für Patienten dar und die Validität könnte hierdurch eingeschränkt sein.

Variante C) Austeilen des Screeners durch das Pflegepersonal

Vorgehen: Eine Schwester bzw. ein Pfleger teilt den Screener bei Erstkontakt aus, mit der Bitte, diesen auszufüllen und dem behandelnden Arzt bei der Aufnahmeuntersuchung auszuhändigen.

Vorteil: Verständnisfragen können bei Rückgabe während der Aufnahmeuntersuchung geklärt werden. Vertrauliche Informationen werden nur von Vertrauenspersonen der

direkten medizinischen Versorgung eingefordert und entgegengenommen. Auswertung und ggf. Terminierung für ein Erstgespräch sind frühzeitig möglich.
Nachteil: Die organisatorischen Abläufe müssen so eingehalten bzw. modifiziert werden, dass dem Patienten ausreichend Zeit zum Ausfüllen des Screeners zur Verfügung gestellt wird. Weiterhin können Akzeptanzprobleme auftreten, wenn der Screener durch das Pflegepersonal ausgeteilt wird.

Variante D) Austeilen des Screeners durch den behandelnden Arzt

Vorgehen: Die Patienten erhalten den Screener während der Eingangsuntersuchung durch den behandelnden Arzt mit der Bitte, diesen nach Bearbeitung im Schwesternzimmer abzugeben (alternativ: Briefkasten der psychologischen Abteilung).

Vorteil: Der Arzt als zentrale Betreuungsperson fordert die Information ein. Der Patient wird durch den behandelnden Arzt über den bio-psycho-sozialen Behandlungsansatz in der Rehabilitation aufgeklärt und für das Ausfüllen des Screeners motiviert. Erfahrungen zeigen, dass hierdurch die Bereitschaft des Patienten den Screener auszufüllen, deutlich erhöht werden kann.

Nachteil: Die zeitliche Verzögerung verhindert unter Umständen die rechtzeitige Durchführung der vertieften Psychodiagnostik.

Variante E) Austeilen des Screeners im Rahmen der Einführungsveranstaltung durch den Arzt

Vorgehen: Patienten erhalten den Screener in der Einführungsveranstaltung durch den Arzt mit der Bitte, ihn nach dem Ausfüllen direkt zurückzugeben bzw. diesen in den Briefkasten der psychologischen Abteilung einzuwerfen.

Vorteil: Die Wichtigkeit und Ernsthaftigkeit des Einbezugs psychologischer Befindlichkeit wird durch den Arzt betont.

Nachteil: Durch Fehlen einzelner Patienten bei der Einführungsveranstaltung können unter Umständen nicht alle Patienten erfasst werden. Das Erkennen und Eingehen auf individuelle Schwierigkeiten, die ein Ausfüllen des Fragebogens ausschließen, wie Sprache und Analphabetismus, ist in der Gruppe schwer realisierbar. Die zeitliche Verzögerung verhindert unter Umständen die rechtzeitige Durchführung der vertieften Psychodiagnostik.

Variante F) Austeilen des Screeners durch den psychologischen Dienst im Rahmen eines Kurzkontaktes

Vorgehen: Der psychologische Dienst führt mit jedem Patienten ein Kurzgespräch, in dem der Screener ausgeteilt wird, mit der Bitte, diesen auszufüllen und ihn in den Briefkasten zu werfen.

Vorteil: Die Übergabe ist persönlich und erfolgt durch einen fachlichen Ansprechpartner. Möglicherweise erniedrigt sich die Kontaktschwelle zum psychologischen Dienst. Durch zusätzlichen Kontakt kann die Patientenwahrnehmung im Bezug auf eine umfassende Betreuung in der Klinik verstärkt werden.

Nachteil: Die zeitlichen Ressourcen für einen zusätzlichen Termin bei allen Patienten sind i.d.R. im psychologischen Dienst nicht vorhanden. Die Information bezüglich des Screeningergebnisses liegt erst verzögert vor.

5.1.2. Einsammeln und Rücklaufkontrolle

Wichtig ist, dass jeder Patient über ein zeitnahes Ausfüllen des Screeners sowie den Abgabeort informiert wird. Damit alle Patienten erfasst werden können, muss der Rücklauf kontrolliert und dokumentiert werden. Gegebenenfalls müssen Patienten an das Ausfüllen des Fragebogens erinnert werden. Möglich wäre dies durch das Verwaltungs- oder Pflegepersonal, den ärztlichen oder psychologischen Dienst.

5.1.3. Auswertung, Rückmeldung und Dokumentation

Für das Auswerten des Screeners sind keine diagnostischen Kenntnisse von Nöten. In den meisten Fällen ist lediglich ein Summenwert zu bilden. Die Auswertungszeit beträgt je nach Screener ca. 1 - 2 Minuten. Die Auswertung kann von verschiedenen Berufsgruppen übernommen werden. Die Interpretation des Screeningergebnisses ist entsprechend ausgebildetem Fachpersonal (s. unter 4.2.) vorbehalten. Das Screeningergebnis sollte in der Patientenakte dokumentiert und dem Patienten bzw. Behandlungsteam rückgemeldet werden. Entscheidend ist, ob der Patient den vorab festgeleg-

ten Cut-off überschreitet und somit mit hoher Wahrscheinlichkeit von einer relevanten psychischen Belastung auszugehen ist oder nicht. Idealerweise sollte der Screener in der Patientenakte des jeweiligen Patienten aufbewahrt werden, so ist er jederzeit für alle Behandler zugänglich. Ferner kann es sinnvoll sein, bei auffälligen Befunden eine Kopie des Screeners für die vertiefte Diagnostik zur Verfügung zu stellen, damit dort zu einzelnen Items aus dem Screener Bezug genommen werden kann.

5.2. Vertiefte Psychodiagnostik

5.2.1. Terminierung

Alle im Screening auffälligen Patienten sollten einen Termin zur vertieften Psychodiagnostik erhalten. Die Terminierung hierfür ist entsprechend zu organisieren. Es bietet sich an, auf in der Klinik bewährte Organisationsstrategien zurückzugreifen. Können nicht alle im Screening auffälligen Patienten gesehen werden, ist es ratsam entsprechend dem Screeningergebnis, nach der Schwere der Beeinträchtigung vorzugehen und vorrangig schwer beeinträchtigte Patienten abzuklären. Erfolgt bei weniger stark beeinträchtigten Patienten keine psychodiagnostische Abklärung, so sollte das Screeningergebnis zumindest im ärztlichen Entlassungsbericht dokumentiert und eine postrehabilitative psychodiagnostische Abklärung empfohlen werden. Übersicht 7 gibt konkrete Empfehlungen zur Patientenzuweisung für die vertiefte Diagnostik.

- Generell sollte die Zuweisung zur vertieften Psychodiagnostik über das Screeningergebnis gesteuert werden. Patienten mit auffälligen Werten sollten einen Termin dazu erhalten.
- Auf das klinische Urteil der Behandler ist dabei jedoch nicht völlig zu verzichten. Dieses stellt eine weitere bedeutsame Informationsquelle dar. Ist ein Patient nach Eindruck des Arztes oder eines anderen Behandlers psychisch auffällig bzw. belastet, sollte der Patient für ein Gespräch zur vertieften Psychodiagnostik motiviert und einbestellt werden.
- Ferner sollten Patienten, die von sich aus einen Termin bei einem Psychotherapeuten bzw. Dipl.-Psychologen wünschen, ebenso die Möglichkeit eines Einzelgesprächs erhalten.
- Bei knappen Ressourcen sollte im Einzelfall entschieden werden, welchem Patienten Vorrang zu geben ist. Der im Screening ermittelte Schweregrad bietet hierbei eine mögliche Entscheidungshilfe. Liegen Hinweise auf Suizidalität vor, muss der Patient in jedem Fall gesehen werden.

Übersicht 7: Patientenzuweisung zur vertieften Psychodiagnostik

5.2.2. Durchführung und Auswertung

Der Patient sollte im Gespräch informiert werden, dass es zur Routineversorgung gehört, bei belasteten Patienten eine vertiefte psychodiagnostische Abklärung durchzuführen. Hierbei sollte Bezug zu den vom Patienten im Screener angegebenen Beschwerden genommen werden. Kommt der Patient explizit mit einem eigenen Anliegen, hat es sich als beziehungsförderlich erwiesen, dem Patienten Raum zu geben, das Anliegen bzw. Problembereiche frei zu schildern, bevor mit der eigentlichen vertieften Psychodiagnostik begonnen wird. Bei ausreichend Zeitkapazitäten kann hierfür auch der nächste Gesprächstermin verwendet werden.

Die Durchführung der vertieften Psychodiagnostik mit Hilfe der fünfzehn Screeningfragen (vgl. Anhang 1) und der Internationalen Diagnose Checklisten für ICD-10 hat sich bewährt. Hierdurch können störungsrelevante Problembereiche erkannt werden, die die Patienten von sich aus im freien Gespräch nicht benennen. Die überwiegende Mehrheit der Patienten reagiert positiv auf die Durchführung der vertieften Psychodiagnostik.

5.2.3. Rückmeldung und Dokumentation

Nach Abschluss der vertieften Psychodiagnostik ist der Patient über das Ergebnis zu informieren. Es sollte eine Psychoedukation bezüglich der vorliegenden Symptomatik erfolgen, Behandlungsmöglichkeiten sollten aufgezeigt werden. Ebenso sollte das Behandlungsteam über das Ergebnis der vertieften Psychodiagnostik informiert werden und eine Dokumentation in der Patientenakte stattfinden.

Schwierigkeiten in Bezug auf die vertiefte Psychodiagnostik sind bei geringen deutschen Sprachkenntnissen und älteren Patienten mit kognitiven Einschränkungen zu erwarten. Hier sollte individuell über die Sinnhaftigkeit einer Durchführung bzw. mögliche Adaptionen nachgedacht werden.

5.3. Indikationsstellung und Behandlung

Auf Basis der Ergebnisse der vertieften Psychodiagnostik sollte unter Berücksichtigung der zeitlichen und personellen Ressourcen die Indikationsstellung erfolgen. Hierbei sind mögliche Behandlungsangebote abzuwägen. Aufgrund der begrenzten Behandlungszeit während des Rehabilitationsaufenthaltes gilt es hierbei, insbesondere die postrehabilitative Weiterbehandlung in die Wege zu leiten und den Patienten für diese zu motivieren. Grundlage für die Entscheidung sollten die Schwere der psychischen Belastung und Störung, die Behandlungsmotivation des Patienten, das therapeutische Angebot und die Ressourcen der Klinik sein. Es muss überlegt werden, ob eine psychotherapeutische, psychologische oder psychopharmakologische Therapie indiziert ist. Wenn ersteres der Fall ist, müssen ferner Frequenz und Setting festgelegt werden. Der Patient sollte in die Planung der Behandlung miteinbezogen werden. Die Maßnahmen sollen gemeinsam besprochen werden und bedürfen der Zustimmung des Patienten. Weiterhin sollten auch Ziele in Bezug auf die Behandlung der psychischen Belastung und Störung formuliert werden. Weist ein Patient eine geringe Behandlungsmotivation auf, kann bei ausreichend zeitlichen Ressourcen eine Motivationsförderung indiziert sein. Zur Erfassung der Behandlungsmotivation und der Inanspruchnahmebereitschaft für psychotherapeutische bzw. psychopharmakologische Behandlungen können gegebenenfalls standardisierte Fragebögen eingesetzt werden. Ein Überblick über verschiedene Messinstrumente findet sich bei Bengel et al. (Bengel et al., 2008).

5.4. Dokumentation

Eine wichtige Funktion des ärztlichen Entlassungsberichts in der medizinischen Rehabilitation ist es, durch die Weitergabe relevanter Informationen für eine optimale Weiterbehandlung und Kontinuität in der Behandlung zu sorgen. Daher sollten psychische Belastungen und Störungen im ärztlichen Entlassungsbericht dokumentiert werden. Behandler schrecken teils aus Angst, Patienten zu stigmatisieren davor zurück, vorhandene psychische Störungen im ärztlichen Entlassungsbericht zu dokumentieren. Dies erschwert jedoch eine nachfolgende adäquate Behandlung und kann zur Chronifizierung der psychischen Störungen beitragen. Das Dokument „Informationen zum ärztlichen Entlassungsbericht im Rahmen der DIBpS-Studie“ (siehe Anhang 2) zeigt,

- Es empfiehlt sich, unabhängig davon, ob ein Patient im Screener auffällig war oder nicht, das Ergebnis des Screenings inklusive dessen Interpretation im ärztlichen Entlassungsbericht zu dokumentieren.
- Im Dokument „Informationen zum ärztlichen Entlassungsbericht im Rahmen der DIBpS-Studie“ (siehe Anhang 2) findet sich der Vermerk, an welcher Stelle das Screeningergebnis und ggf. psychische Störungen dokumentiert werden sollten.
- Ist eine psychologische, psychotherapeutische oder psychiatrische postrehabilitative Weiterbehandlung indiziert, sollte dies durch das Ankreuzen des entsprechenden Feldes auf Blatt 1 des ärztlichen Entlassungsberichts der DRV dokumentiert werden. Entsprechendes gilt für die Empfehlung einer weiteren postrehabilitativen psychodiagnostischen Abklärung.

Übersicht 8: Dokumentation im ärztlichen Entlassungsbericht

an welchen Stellen auf welche Weise im ärztlichen Entlassungsbericht psychische Belastungen und Störungen dokumentiert werden können. Übersicht 8 gibt konkrete Empfehlungen zur Dokumentation im ärztlichen Entlassungsbericht.

5.4.1. Erstellung eines Bausteins für den Entlassungsbericht

Aus den Ergebnissen von Screening und ggf. vertiefter Psychodagnostik sowie ggf. Verlauf und Ergebnis darauf aufbauender Interventionen erstellt der dafür zuständige Mitarbeiter, z. B. der psychologische Psychotherapeut, als eine Art psychologischen Konsiliarbericht einen Text, der in den ärztlichen Entlassungsbericht eingefügt werden kann. Vorteil bei diesem Vorgehen ist, dass z. B. der psychologische Psychotherapeut selbst einen Baustein für den ärztlichen Entlassungsbericht formuliert, in den die diagnostischen Ergebnisse und Erfahrungen mit dem Patienten einfließen können. Der Bericht kann von dem zuständigen Arzt direkt übernommen werden. Weiterbehandelnde Ärzte können sich darin über komorbide psychische Belastungen und Störungen, deren Behandlung, Behandlungsergebnisse sowie über die empfohlene Weiterbehandlung informieren. Um Inkonsistenzen in der Berichterstattung zu vermeiden, sollte die Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichts zeitlich auf die Erstellung des psychologischen Konsiliarberichts abgestimmt sein. Es ist ferner bedeutsam, psychische Belastungen und Störungen nicht nur im psychologischen Konsiliarbericht zu erwähnen, sondern auch an entsprechender Stelle im Entlassungsbericht zu dokumentieren (z. B. im ärztlichen Entlassungsbericht der Deutschen Rentenversicherung: Diagnosen auf Seite 1).

5.4.2. Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichts mit Hilfe eines Rückmeldebogens

Eine weitere Methode, die sich bei der Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichts bewährt hat, ist die Verwendung eines schriftlichen Rückmeldebogens für die Ergebnisse von Screening und ggf. vertiefter Psychodagnostik sowie ggf. Verlauf und Ergebnis darauf aufbauender Interventionen. Hierzu wird ein Formular ausgefüllt, das dann dem Arzt zur Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichts zur Verfügung gestellt wird. Der Rückmeldebogen umfasst das Screeningergebnis (auffällig bzw. nicht auffällig; Summenscore), das Ergebnis der vertieften psychologischen Diagnostik, die Art und Frequenz der Behandlung, das Behandlungsergebnis, eine Therapieempfehlung sowie die Möglichkeit für zusätzliche Anmerkungen. Der Arzt kann die erhaltenen Informationen konsistent in den ärztlichen Entlassungsbericht integrieren (siehe Anhang 2).

5.4.3. Weitere Maßnahmen zur Optimierung der postrehabilitativen Weiterbehandlung

Neben der Dokumentation von psychischen Belastungen und Störungen im ärztlichen Entlassungsbericht können die Mitarbeiter der Rehabilitationseinrichtung im Kontakt mit dem Patienten dazu beitragen, die Weiterbehandlung zu optimieren. Die Wahrscheinlichkeit einer postrehabilitativen Weiterbehandlung steigt, je umfassender ein Patient informiert ist und je konkreter diese vorbereitet ist. Folgende Maßnahmen können hier hilfreich sein:

- Psychoedukation bezüglich psychischer Belastungen und Störungen
- Aufzeigen von verschiedenen Behandlungsansätzen
- Informationen zu verschiedenen Behandlern und Kostenübernahme
- Unterstützung bei der Therapeutensuche (z.B. mittels Suchportalen im Internet)
- Organisation der ambulanten Weiterbehandlung.

Folgende Internetadressen können für die Psychotherapeutensuche genutzt werden bzw. geben allgemeine Informationen zu Behandlern, Therapierichtungen und Kosten (unsystematische Auswahl):

- <http://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de>
- <http://www.kbv.de/arztsuche/178.html>
- <http://www.psychotherapeuten-liste.de>
- <http://www.psychotherapiesuche.de>

Weiterhin sind Adressen von Psychotherapeuten über die jeweiligen Landespsychotherapeutenkammern oder über die Krankenkassen erhältlich.

6. Förderliche und hinderliche Implementierungsbedingungen

Der vorgestellte psychodiagnostische Stufenplan wurde im Rahmen des DIBpS-Projektes insgesamt in 13 verschiedenen somatischen Rehabilitationseinrichtungen implementiert und evaluiert. Eine detaillierte Beschreibung der Methodik und der Ergebnisse findet sich bei Vogel et al. (2009). Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass die Implementierung des psychodiagnostischen Stufenplans in den Einrichtungen unterschiedlich gut gelang. Als entscheidend für den Erfolg der Implementierung erwiesen sich die in den jeweiligen Kliniken bestehenden förderlichen bzw. hinderlichen Implementierungsbedingungen auf Ebene der Einrichtung und der Mitarbeiter, die im Folgenden aufgeführt werden (Jahed et al., 2009; Jahed et al., 2010).

6.1. Einrichtungsbedingte Faktoren

Die bestehenden Rahmenbedingungen und das Organisationsklima innerhalb der Einrichtungen beeinflussten den Erfolg der Implementierung (Kalweit, 2009; Vogel et al., 2009). Als förderlich erwies sich ein Organisationsklima, das durch Offenheit für Neuerungen gekennzeichnet ist (Vogel et al., 2009). Günstig war ferner ein hohes Ausmaß an interdisziplinärer Kooperation und Kommunikation innerhalb der Einrichtung (z.B. durch regelmäßige Teamsitzungen, informelle Austauschmöglichkeiten) (Kalweit, 2009). In Einrichtungen mit einer hohen Kommunikationsdichte gelang es leichter, Implementierungsaufgaben umzusetzen und bestehende Arbeitsabläufe entsprechend zu strukturieren. Besonders gute Ausgangsbedingungen fanden sich in Einrichtungen mit einer niedrigeren Anzahl an Behandlungsplätzen, in denen ausreichend personelle Ressourcen vorhanden waren (Kalweit, 2009). Entscheidend war hier insbesondere der Stellenschlüssel des psychologischen Dienstes im Verhältnis zur Anzahl der Behandlungsplätze.

6.2. Mitarbeiterbezogene Faktoren

Einstellung und Motivation der Mitarbeiter waren für den Erfolg der Implementierung entscheidend. Die Mitarbeiter der Kliniken mit günstigen Ausgangsbedingungen zeichneten sich durch eine positive Einstellung bezüglich psychologischer Diagnostik und psychosozialen Interventionen aus und waren motiviert, sich für die Umsetzung der abgestuften Psychodiagnostik einzusetzen (Kalweit, 2009). Wichtig war auch die

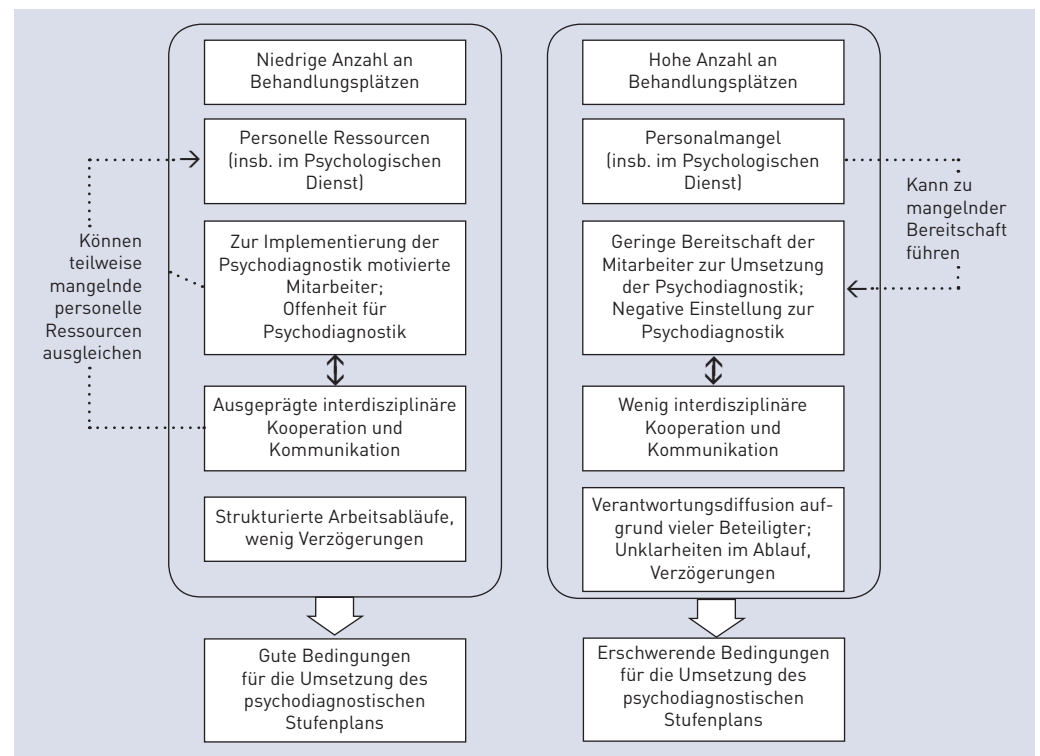


Abbildung 6: Besonders gute versus besonders ungünstige Ausgangsbedingungen für die Implementierung der abgestuften Psychodiagnostik aus (Kalweit, 2009)

Unterstützung der Implementierung durch die Klinikleitung. Ein subjektiv gering eingeschätztes diagnostisches Wissen bzw. geringe Berufserfahrung der Mitarbeiter waren günstig für die Umsetzung der Implementierung. Auf Seiten der Ärzte erwiesen sich ein eher somatisch orientiertes Krankheitsverständnis sowie die Überzeugung, psychische Belastungen und Störungen angemessen diagnostizieren zu können, als hinderlich. Die Befürchtung, Patienten durch die Diagnose einer psychischen Störung zu stigmatisieren, stellte ein weiteres Hindernis dar (Vogel et al., 2009).

In Abbildung 6 sind günstige und ungünstige Ausgangsbedingungen für die Implementierung überblicksartig dargestellt. Zusammenfassend zeigt die Evaluation der Implementierung, dass eine Umsetzung des Stufenplans in somatischen Rehabilitationseinrichtungen möglich ist. Zentral für eine erfolgreiche Implementierung sind ausreichende personelle und zeitliche Kapazitäten, Veränderungsmotivation auf Seiten der Klinikleitung und der Mitarbeiter sowie eine positive Einstellung der Mitarbeiter gegenüber Psychodiagnostik.

7. Fazit und Ausblick

Mit dem vorliegenden Implementierungsmanual bietet sich für Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation die Möglichkeit, eine wissenschaftlich abgesicherte und auf Umsetzbarkeit überprüfte psychodiagnostische Klinikroutine einzuführen. Unsere Erfahrungen aus dem DIBpS-Projekt zeigen, dass der Stufenplan erfolgreich implementiert werden kann. Als bedeutsam erwies sich hierbei, die wissenschaftlichen Erkenntnisse flexibel an die strukturellen und personellen Rahmenbedingungen der jeweiligen Einrichtungen anzupassen. Entsprechend bietet das Manual Anregungen zur Umsetzung, die jeweils mit der konkreten Situation in der eigenen Rehabilitationseinrichtung abzugleichen sind.

Mit dem Implementierungsmanual ist die Hoffnung verbunden, möglichst viele Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation für die Notwendigkeit einer begleitenden Psychodiagnostik zu sensibilisieren und die Schwelle für die Implementierung einer entsprechenden Klinikroutine zu senken. Durch die Implementierung ist zu erwarten, dass die Psychodiagnostik und Indikationsstellung bedarfsgerechter und somit auch patientenorientierter erfolgt. Zudem stellt die Dokumentation komorbider psychischer Belastungen und Störungen einen ersten Schritt dar, um die Schnittstelle zwischen Maßnahmen der Rehabilitation und folgenden Versorgungsangeboten zu optimieren. In einem weiteren Schritt bedarf es sicherlich aber auch einer Sensibilisierung des ambulanten Versorgungsbereiches und hier insbesondere der behandelnden Hausärzte, um zu gewährleisten, dass die verbesserte Dokumentation psychischer Belastungen und Störungen zu einer adäquaten, sektorenübergreifenden Patientenversorgung führt. Die medizinische Rehabilitation hat hierbei die Möglichkeit, diesen Prozess mit zu fördern, indem sie Patienten im Sinne des Empowerments darin unterstützt, postrehabilitative Behandlungsmaßnahmen mit dem Fokus auf die Behandlung der komorbiden psychischen Belastungen und Störungen aktiv wahrzunehmen. Durch entsprechende diagnostische und therapeutische Maßnahmen in der Rehabilitation sowie postrehabilitative psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungen könnte die Nachhaltigkeit rehabilitativer Maßnahmen weiter gesteigert werden.

Danksagung

Das DIBpS-Projekt wurde von der Deutschen Rentenversicherung Bund gefördert (Förderkennzeichen: 0423/00-40-64-50-04).

Wir danken den teilnehmenden Einrichtungen der Studie: Asklepios Klinik, Triberg; Fachklinik Waldbronn, Waldbronn; Mooswaldklinik, Freiburg; Klinik Baden, Bad Krozingen; Klinik im Hofgarten, Bad Waldsee; Regio-RehaTagesklinik, Freiburg; Rehabilitationsklinik Höhenblick, Baden-Baden; Sankt Rochus Kliniken, Bad Schönborn; Schwarzwaldklinik, Bad Krozingen; Städtische Rehakliniken, Bad Waldsee; Theresienklinik, Bad Krozingen; Waldeck Klinik, Bad Dürrenheim; Winkelwaldklinik Nordrach, Nordrach.

Literaturverzeichnis

- Amelang, M. & Zielinski, W. (2004). Psychologische Diagnostik und Intervention. Berlin: Springer.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. & Monteiro, M. G. (2001). AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary health care (2nd ed.). Geneva: World Health Organization.
- Barth, J. (2006). Ziele und Behandlungserwartungen von psychisch belasteten und depressiven Patienten in der kardiologischen Rehabilitation. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 27, 280-297.
- Barth, J. (2008). Psychotherapie bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit: Weiterhin sinnvoll? *Psychotherapeut*, 53, 216-220.
- Barth, J., Härter, M. & Bengel, J. (2005). Effektivität und Effizienz einer leitlinienorientierten Behandlung von Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen und komorbiden depressiven Störungen. Projektbericht. Freiburg im Breisgau: Institut für Psychologie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.
- Barth, J., Härter, M., Paul, J. & Bengel, J. (2005). Behandlung von Patienten mit koronarer Herzkrankheit und komorbider Depression in der Rehabilitation. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 55, 416-424.
- Barth, J., Paul, J., Englert, N., Härter, M. & Bengel, J. (2006). Brief psychotherapy for patients with coronary heart disease and co-morbid depression. In W. Jäckel, J. Bengel & J. Herdt (Eds.), *Research in Rehabilitation - Results from of a research network in southwest Germany* (pp. 172-182). Stuttgart: Schattauer.
- Barth, J., Paul, J., Härter, M. & Bengel, J. (2005). Inpatient psychotherapeutic treatment for cardiac patients with depression in Germany: short term results. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 2, 1-8.
- Barth, J., Paul, J., Klesse, C., Bengel, J. & Härter, M. (2007). Die Diskriminationsleistung des Beck-Depressions-Inventars (BDI) hinsichtlich depressiver Störungen bei Patienten mit einer körperlichen Erkrankung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36, 73-82.
- Barth, J., Schneider, S. & von Känel, R. (2010). Lack of social support in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 72, 229-238.
- Barth, J., Schumacher, M. & Herrmann-Lingen, C. (2004). Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 66, 802-813.
- Barth, J., Volz, A., Schmid, J., Kohls, S., von Känel, R., Znoj, H., et al. (2009). Gender differences in the efficacy of cardiac rehabilitation programs: do women improve equally in psychological health? *Journal of Women's Health*, 18, 2033-2039.
- Baumeister, H. (2009). Behandlungsmotivation. In J. Bengel & M. Jerusalem (Eds.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und medizinischen Psychologie* (pp. 378-386). Göttingen: Hogrefe.
- Baumeister, H., Balke, K. & Härter, M. (2005). Psychiatric and somatic comorbidities are negatively associated with quality of life in physically ill patients. *Journal of Clinical Epidemiology*, 58, 1090-1100.
- Baumeister, H. & Härter, M. (2005). Auswirkungen komorbider psychischer Störungen bei chronischen körperlichen Erkrankungen. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 14, 175-189.
- Baumeister, H. & Härter, M. (2007a). Mental disorders in patients with obesity in comparison with healthy probands. *International Journal of Obesity*, 31, 1155-1164.
- Baumeister, H. & Härter, M. (2007b). Prävalenz psychischer Störungen bei chronischen körperlichen Erkrankungen. In M. Härter, H. Baumeister & J. Bengel (Eds.), *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen* (pp. 29-44). Heidelberg: Springer.
- Baumeister, H. & Härter, M. (2007c). Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 537-546.
- Baumeister, H., Krämer, L. & Brockhaus, B. (2008). Grundlagen psychologischer Interventionen zur Änderung des Gesundheitsverhaltens. *Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 82, 254-264.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (2006). BDI-II Manual. Frankfurt: Harcourt Test Services.
- Bengel, J. & Helmes, A. (2005). Rehabilitation. In M. Perrez & U. Baumann (Eds.), *Lehrbuch Klinische Psychologie - Psychotherapie* (pp. 530-553). Bern: Huber.
- Bengel, J., Wirtz, M. & Zwingmann, C. (2008). Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation. Göttingen: Hogrefe.

- Berwick, D. M. (2003). Disseminating innovations in health care. *Journal of the American Medical Association*, 289, 1969-1975.
- Bortz, J. & Döring, N. (2003). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Berlin: Springer.
- Brähler, E., Schumacher, J. & Strauß, B. (2003). Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., Fihn, S. D. & Bradley, K. A. (1998). The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C). An effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine*, 158, 1789-1795.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Lee, S., Posada-Villa, J., Kovess, V., Angermeyer, M. C., et al. (2007). Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: results from the World Mental Health Surveys. *Pain*, 129, 332-342.
- Deutsche Rentenversicherung. (2007). Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation, 2009, from http://www.deutsche-rentenversicherung.de/nn_7112/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01__sozialmedizin_forschung/04__klassifikationen/dateianh_C3_A4nge/ktl_2007__pdf,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/ktl_2007__pdf
- DiMatteo, M. R., Lepper, H. S. & Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2101-2107.
- Evans, D. L., Charney, D. S., Lewis, L., Golden, R. N., Gorman, J. M., Krishnan, K. R., et al. (2005). Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biological Psychiatry*, 58, 175-189.
- Faller, H. (2005). Psychotherapie bei somatischen Erkrankungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulenübergreifend. Stuttgart: Thieme.
- Faller, H., Reusch, A. & Vogel, H. (2009). Psychologische Behandlung bei körperlichen Erkrankungen. In J. Bengel & M. Jerusalem (Eds.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (pp. 397-403). Göttingen: Hogrefe.
- Forkmann, T., Böcker, M., Wirtz, M., Glaesmer, H., Brähler, E., Norra, C., et al. (2010). Möglichkeiten der Nutzung Item Response Theorie basierter Itembanken am Beispiel der Depression. In D. R. Bund (Ed.), 19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Innovation in der Rehabilitation - Kommunikation und Vernetzung (DRV-Schriften Band 88). (pp. 116-118). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Gerdes, N. & Weis, J. (2000). Zur Theorie der Rehabilitation. In J. Bengel & U. Koch (Eds.), *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften: Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung* (pp. 41-68). Berlin: Springer.
- Goldberg, D. P. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER Publishing Company.
- Gorin, J., Dodd, B., Fitzpatrick, S. & Shieh, Y. (2005). Computerized adaptive testing with the partial credit model: estimation procedures, population distributions, and item pool characteristics. *Applied Psychological Measurement*, 29, 433-456.
- Hahn, D., Baumeister, H., Bengel, J. & Härter, M. (2007). Interdisziplinäres Fortbildungsprogramm zur Psychodiagnostik bei körperlich erkrankten Patienten. In M. Härter, H. Baumeister & J. Bengel (Eds.), *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen* (pp. 139-146). Berlin: Springer.
- Hahn, D., Baumeister, H. & Härter, M. (2007). Behandlungsmotivation von körperlich kranken Patienten mit komorbiden psychischen Störungen. In M. Härter, H. Baumeister & J. Bengel (Eds.), *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen* (pp. 71-82). Heidelberg: Springer.
- Hahn, D., Reuter, K. & Härter, M. (2006). Screening for affective and anxiety disorders in medical patients: comparison of HADS, GHQ-12 and Brief-PHQ. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 3, 1-11.
- Härter, M. (2000). Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50, 274-286.
- Härter, M. (2002). Ätiologie psychischer Störungen bei chronischen körperlichen Erkrankungen. *Rehabilitation*, 41, 357-366.
- Härter, M. & Baumeister, H. (2007). Ätiologie psychischer Störungen bei chronischen körperlichen Erkrankungen. In M. Härter, H. Baumeister & J. Bengel (Eds.), *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen* (pp. 5-13). Heidelberg: Springer.
- Härter, M., Baumeister, H. & Bengel, J. (2007a). *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen*. Heidelberg: Springer.
- Härter, M., Baumeister, H. & Bengel, J. (2007b). Psychische Störungen bei Rehabilitanden mit einer somatischen Erkrankung. In M. Härter, H. Baumeister & J. Bengel (Eds.), *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen* (pp. 55-69). Heidelberg: Springer.

- Härter, M., Baumeister, H., Reuter, K., Jacobi, F., Höfler, M., Bengel, J., et al. (2007). Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 354-360.
- Härter, M. & Bengel, J. (2001). Epidemiologie psychischer Störungen in der medizinischen Rehabilitation. Abschlussbericht. Freiburg im Breisgau: Institut für Psychologie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.
- Härter, M. & Bengel, J. (2005). Prävalenz und Behandlungsbedürftigkeit komorbider psychischer Störungen bei Patienten mit Erkrankungen der Atmungsorgane und des Stoffwechsels in der medizinischen Rehabilitation. Abschlussbericht. Freiburg im Breisgau: Institut für Psychologie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.
- Härter, M., Hahn, D., Baumeister, H., Reuter, K., Wunsch, A. & Bengel, J. (2004). Komorbidität bei Patienten mit muskuloskelettalen und kardiovaskulären Erkrankungen. *Journal of Public Health*, 12, 162-167.
- Härter, M., Reuter, K., Gross-Hardt, K. & Bengel, J. (2001). Screening for anxiety, depressive and somatoform disorders in rehabilitation - validity of HADS and GHQ-12 in patients with musculoskeletal disease. *Disability and Rehabilitation*, 23, 737 - 744.
- Härter, M., Woll, S., Reuter, K., Wunsch, A. & Bengel, J. (2004). Recognition of psychiatric disorders in musculoskeletal and cardiovascular rehabilitation patients. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 85, 1192-1197.
- Härter, M., Woll, S., Wunsch, A., Bengel, J. & Reuter, K. (2006). Screening for mental disorders in cancer, cardiovascular and musculoskeletal diseases. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 56-62.
- Hautzinger, M. (2008). BDI II: Beck-Depressionsinventar. In J. Bengel, M. Wirtz & C. Zwingmann (Eds.), *Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation* (pp. 206-209). Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2006). BDI II. Frankfurt: Harcourt Test Services.
- Haynes, B. & Haines, A. (1998). Getting research findings into practice: Barriers and bridges to evidence based clinical practice. *British Medical Journal*, 317, 273-276.
- Hermann, C. (2009). Psychologische Diagnostik bei körperlichen Erkrankungen. In J. Bengel & M. Jerusalem (Eds.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (pp. 387-396). Göttingen: Hogrefe.
- Hermann-Lingen, C. (2005). Psychotherapie bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit. *Psychotherapeut*, 50, 81-99.
- Hermann-Lingen, C., Buss, U. & Snaith, R. P. (2005). HADS-D Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version. Bern: Huber.
- Herrmann, C., Buss, U. & Snaith, R. P. (1995). HADS-D. Hospital Anxiety and Depression Scale- Deutsche Version. Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin. Testdokumentation und Handanweisung. Bern: Verlag Hans Huber.
- Hiller, W. (1997). IDCL. Internationale Diagnosen Checklisten für DSM-IV und ICD-10. Manual. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Hohmann, C. & Schwarzer, R. (2009). Selbstwirksamkeitserwartung. In J. Bengel & M. Jerusalem (Eds.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (pp. 61-67). Göttingen: Hogrefe.
- Hoyer, J. & Herzberg, P. (2009). Optimismus. In J. Bengel & M. Jerusalem (Eds.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (pp. 68-73). Göttingen: Hogrefe.
- Jacobi, F., Klose, M. & Wittchen, H.-U. (2006). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. In S. Pawils & U. Koch (Eds.), *Psychosoziale Versorgung in der Medizin* (pp. 3-20). Stuttgart: Schattauer.
- Jahed, J., Vogel, B., Baumeister, H., Barth, J., Härter, M. & Bengel, J. (2009). Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation. In D. R. Bund (Ed.), 18. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Innovation in der Rehabilitation - Kommunikation und Vernetzung (DRV-Schriften Band 83) (pp. 254-255). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Jahed, J., Vogel, B., Kalweit, C., Härter, M., Bengel, J. & Baumeister, H. (2010). Unter welchen Bedingungen lässt sich ein psychodiagnostischer Stufenplan in medizinischen Rehabilitationskliniken implementieren? In D. R. Bund (Ed.), 19. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Innovation in der Rehabilitation - Kommunikation und Vernetzung (DRV-Schriften Band 88) (pp. 568-570). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Kalweit, C. (2009). Evaluierung der Implementierung eines Stufenplans zur Diagnostik psychischer Störungen in der stationären somatischen Rehabilitation. Freiburg im

- Breisgau: Unveröffentlichte Diplomarbeit, Institut für Psychologie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.
- Klaiberg, A. (2008). GHQ-12: General Health Questionnaire. In J. Bengel, M. Wirtz & C. Zwingmann (Eds.), *Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation* (pp. 228-231). Göttingen: Hogrefe.
- Klesse, C., Baumeister, H., Bengel, J. & Härter, M. (2008). Somatische und psychische Komorbidität. *Psychotherapeut*, 53, 49-62.
- Koch, U. & Weis, J. (1998). *Krankheitsbewältigung bei Krebs und Möglichkeiten der Unterstützung*. Stuttgart: Schattauer.
- Kriston, L., Hölzel, L., Weiser, A.-K., Berner, M. M. & Härter, M. (2008). Meta-analysis: Are 3 Questions Enough to Detect Unhealthy Alcohol Use? *Annals of Internal Medicine*, 149, 879-888.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606-613.
- Lienert, G. & Raatz, U. (1998). *Testaufbau und Testanalyse*. Weinheim: Beltz.
- Lin, E. & von Korff, M. on behalf of the WHO-WMH Survey Consortium (2008). Mental Disorders among Persons with Diabetes - Results from the World Mental Health Surveys. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 571-580.
- Lish, J. D., Kuzma, M. A., Lush, D. T., Plescia, G., Farber, N. J. & Zimmerman, M. (1997). Psychiatric screening in primary care: What do patients really want? *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 167-175.
- Löwe, B. (2008). PHQ-D: Gesundheitsfragebogen für Patienten. In J. Bengel, M. Wirtz & C. Zwingmann (Eds.), *Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation* (pp. 239-243). Göttingen: Hogrefe.
- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., et al. (2008). Validation and standardization of the generalized anxiety disorder screener (GAD-7) in the general population. *Medical Care*, 46, 266-274.
- Löwe, B., Gräfe, K., Kroenke, K., Zipfel, S., Quenter, A., Wild, B., et al. (2003). Predictors of psychiatric comorbidity in medical outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 65, 764-770.
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Gräfe, K., Kroenke, K., Quenter, A., Zipfel, S., et al. (2004). Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *Journal of Affective Disorders*, 78, 131-140.
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Zipfel, S. & Herzog, W. (2003). PHQ-D. Gesundheitsfragebogen für Patienten. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 12, 90-95.
- Martin, C., Thompson, D., & Barth, J. (2008). Factor structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in coronary heart disease (CHD) patients in three countries. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14, 281-287.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2004). *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg: Lambertus.
- Mitchell, A. (2009). How accurate are cancer professionals' assessment of depression and distress: A meta-analysis of diagnoses by oncologists and clinical nurse specialists. *Abstract Book, IPOS 11th World Congress of Psycho-Oncology*, p. 61.
- Möller, H. & Zerssen, D. v. (1980). Probleme und Verbesserungsmöglichkeiten der psychiatrischen Diagnostik. In S. Biefang (Ed.), *Evaluationsforschung in der Psychiatrie* (pp. 167-207). Stuttgart: Enke.
- Nübling, R., Löschmann, C., Hafen, K., Jastrebow, J., Rundel, M., Wirtz, M., et al. (2006). Indication for psychotherapeutic and psychosocial treatment in German rehabilitation. In W. Jäkel & J. Barth (Eds.), *Research in rehabilitation: results from a research network in southwest Germany* (pp. 84-102). Stuttgart: Schattauer.
- Ormel, J., Von Korff, M., Burger, H., Scott, K., Demyttenaere, K., Huang, Y., et al. (2007). Mental disorders among persons with heart disease - results from World Mental Health surveys. *General Hospital Psychiatry*, 29, 325-334.
- Paul, J., Barth, J., Englert, N., Härter, M. & Bengel, J. (2004). Kardiologische Rehabilitation: Depressive Patienten und ihre Psychotherapiemotivation. In F. Petermann & I. Ehlebracht-König (Eds.), *Motivierung, Krankheitsbewältigung und Compliance* (pp. 77-88). Regensburg: Roderer.
- Paykel, E., Tylee, A., Wright, A., Priest, R., Rix, S. & Hart, D. (1997). The defeat depression campaign: Psychiatry in the public area. *American Journal of Psychiatry*, 154(6 (suppl.)), 59-65.
- Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Freiburg/Bad Säckingen. (2004). Empfehlungen für die Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung psychisch belasteter PatientInnen in der medizinischen Rehabilitation bei somatischen Indikationen, 2008, from http://www.psychologie.uni-freiburg.de/abteilungen/Rehabilitationspsychologie/forschung/speyrer_umsetzungsempfehlungen

- Reuter, K. & Härter, M. (2007). Diagnostik psychischer Belastungen und Störungen bei körperlichen Erkrankungen. In M. Härter, H. Baumeister & J. Bengel (Eds.), *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen* (pp. 15-28). Heidelberg: Springer.
- Reuter, K., Woll, S., Stadelmann, S., Bengel, J. & Härter, M. (2002). Erkennen und Behandeln psychischer Belastungen und Störungen in der orthopädischen Rehabilitation. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 50, 313-327.
- Rief, W., Hiller, W. & Heuser, J. (1997). *SOMS - Das Screening für somatoforme Störungen*. Bern: Huber.
- Rumpf, H., Hapke, U. & John, U. (2001). *Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test*. In: Göttingen: Hogrefe.
- Schneider, S. & Margraf, J. (2006). *DIPS. Diagnostisches Interview bei Psychischen Störungen* (3 ed.). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Schnurr, A., Abberger, B., Bengel, J., Wirtz, M. & Baumeister, H. (2010). RehaCAT-Kardio: Entwicklung eines modernen Diagnostiksystems für die kardiologische Rehabilitation. In D. R. Bund (Ed.), 19. *Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Innovation in der Rehabilitation - Kommunikation und Vernetzung (DRV-Schriften Band 88)* (pp. 418-419). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Scholz, D. & Wittchen, H.-U. (2005). SKID Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. In B. Strauß & J. Schumacher (Eds.), *Klinische Interviews und Ratingskalen* (pp. 413-418). Göttingen: Hogrefe.
- Scott, K., Von Korff, M., Ormel, J., Zhang, M., Bruffaerts, R., Alonso, J., et al. (2007). Mental disorders among adults with asthma: results from the World Mental Health Survey. *General Hospital Psychiatry*, 29, 123-133.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K. & Williams, J. B. (2006). A brief measure for assessing generalised anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092-1097.
- Strauß, B. (2002). *Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Suppiger, A. & Schneider, S. (2005). DIPS Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen. In B. Strauß & J. Schumacher (Eds.), *Klinische Interviews und Ratingskalen* (pp. 116-120). Göttingen: Hogrefe.
- Tarlatt, A. (2001). *Implementierung von Strategien im Unternehmen*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Tilley, S. & Chambers, M. (2004). The process of implementing evidence-based practice - the curate's egg. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 117-119.
- Vogel, B., Jahed, J., Bengel, J., Barth, J., Härter, M. & Baumeister, H. (2009). Implementierung eines psychodiagnostischen Stufenplans in der medizinischen Rehabilitation: Ergebnisse einer Pilotstudie. *Die Rehabilitation*, 48, 1-8.
- Wancata, J., Benda, N., Windhaber, J. & Nowotny, M. (2001). Does psychiatric comorbidity increase the length of stay in general hospitals? *General Hospital Psychiatry*, 23, 8-14.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV (SKID-I und SKID-II)*. Göttingen: Hogrefe.
- Wunsch, A., Rundel, M., Härter, M. & Bengel, J. (2002). Screening psychischer Störungen in der kardiologischen und orthopädischen Rehabilitation. *Rehabilitation*, 41, 375-381.
- Ziegelstein, R. C., Fauerbach, J. A., Stevens, S. S., Romanelli, J., Richter, D. P. & Bush, D. E. (2000). Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 160, 1818-1823.

Anhang 1:

Vertiefte Diagnostik: Screeningfragen

Vertiefte Diagnostik: Screeningfragen (in Anlehnung an SKID-I und CIDI)

Affektive Störungen:

Relevanz affektiver Störungen kann mit Hilfe des PHQ-9 bzw. HADS-D-Depressions-Summenscores ermittelt werden. Genaue Diagnose mit Hilfe der ICD-10 Checklisten abklären!

Angststörungen:

Panikstörung: Leiden Sie unter Angstanfällen, bei denen Sie ganz plötzlich in panischen Schrecken geraten oder starke Angst haben?

Agoraphobie: Haben Sie Angst, alleine das Haus zu verlassen, sich in einer Menschenmenge zu befinden, in einer Schlange anzustehen oder mit dem Zug oder Bus zu fahren?

Soziale Phobie: Haben Sie Angst davor oder ist es Ihnen unangenehm, in Gegenwart anderer Menschen zu sprechen, zu essen oder zu schreiben?

Spezifische Phobien: Gibt es andere Dinge, vor denen Sie besonders Angst haben, wie z.B. in einem Flugzeug zu sitzen, Blut zu sehen, sich in geschlossenen Räumen aufzuhalten, vor bestimmten Tieren oder vor Höhe?

Generalisierte Angststörung: Waren Sie in den letzten sechs Monaten besonders nervös oder ängstlich?

Somatoforme Störungen:

Leiden Sie seit mehreren Monaten unter körperlichen Beschwerden, für die Ihr Arzt keine eindeutige Erklärung finden konnte?

Substanzmissbrauch und -abhängigkeit:

Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit: Haben Sie in letzter Zeit fünf oder mehr Gläser Alkohol (Bier, Wein oder Likör) auf einmal getrunken?

Drogenmissbrauch und -abhängigkeit: Nehmen Sie Drogen?

Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit: Fühlen Sie sich von einem ärztlich verschriebenen Medikament abhängig oder nehmen Sie mehr davon ein als Ihnen verschrieben wurde?

Belastungs- und Anpassungsstörungen:

Anpassungsstörung: Fühlen Sie sich mit der Bewältigung eines einschneidenden Ereignisses in Ihrem Leben so stark belastet, dass dadurch Ihr Befinden und/oder ihr Alltag spürbar beeinträchtigt ist?

Posttraumatische Belastungsstörung: Haben Sie jemals ein ungewöhnlich schreckliches oder bedrohliches Ereignis oder eine ungewöhnlich schreckliche oder bedrohliche Situation erlebt, unter deren Nachwirkungen Sie heute noch leiden?

Zwangsstörung:

Zwangsgedanken: Leiden Sie unter Gedanken, die unsinnig sind und immer wieder kommen, auch wenn Sie es gar nicht wollen?

Zwangshandlungen: Kommt es vor, dass Sie bestimmte Dinge immer und immer wieder tun müssen, wie z.B. sich immer wieder die Hände zu waschen oder etwas mehrmals zu kontrollieren, um sicherzugehen, dass Sie es richtig gemacht haben?

Essstörungen:

Anorexia nervosa: Kam es in letzter Zeit vor, dass andere Menschen sagten, Sie seien zu dünn?

Bulimia nervosa: Haben Sie Essanfälle, bei denen Sie das Gefühl haben, Ihr Essverhalten nicht mehr kontrollieren zu können?

DIBpS¹-Projektteam:

Jahed, J.², Vogel, B.², Baumeister, H.², Härter, M.³, Barth, J.⁴ & Bengel, J.²

¹Diagnostik, Indikation und Behandlung von psychischen Störungen in der medizinischen Rehabilitation; ²Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie, Universität Freiburg; ³Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; ⁴Abteilung Gesundheitsforschung, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern

Anhang 2:

Informationen zum ärztlichen Entlassungsbericht

Informationen zum ärztlichen Entlassungsbericht

Vogel, B.¹, Jahed, J.¹, Baumeister, H.¹, Barth, J.², Härter, M.³ & Bengel, J.¹

Eine Vielzahl von Studien belegen, dass psychosoziale Faktoren beim Krankheits- und Behandlungsgeschehen im medizinischen Versorgungssystem vernachlässigt werden. Psychische Störungen werden häufig sowohl von den Betroffenen als auch dem sozialen Umfeld mit Scham erlebt. Behandler schrecken daher oftmals davor zurück, vorhandene psychische Störungen im ärztlichen Entlassungsbericht zu dokumentieren. Dies erschwert jedoch eine nachfolgende adäquate Behandlung und kann zur Chronifizierung der psychischen Störungen beitragen.

Die folgenden Ausführungen sollen helfen, komorbiden psychischen Belastungen und Störungen in der medizinischen Rehabilitation (somatische Indikationsbereiche) in angemessener Weise im ärztlichen Entlassungsbericht Rechnung zu tragen: Die „Empfehlungen für den ärztlichen Entlassungsbericht“ zeigen auf, an welchen Stellen auf welche Weise im ärztlichen Entlassungsbericht der DRV psychische Störungen und Belastungen dokumentiert werden können. Ziel ist immer eine individuelle, kurze und prägnante Berichterstattung. Daher sollten prinzipiell nur Fakten wiedergegeben werden, die von klinischer und sozialmedizinischer Bedeutung sind.

Zu beachten ist, dass der ärztliche Entlassungsbericht bei sozialrechtlichen Feststellungsverfahren zur Beurteilung herangezogen wird. Eine psychische Störung kann zu einer Gefährdung bzw. zu einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben führen. Entscheidend sind hierbei nicht die somatischen und psychischen Diagnosen, sondern Art und Umfang der Symptomatik und deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit, Aktivität und Partizipation.

¹ Universität Freiburg, Institut für Psychologie, Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie;

² Universität Bern, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Abteilung Gesundheitsforschung;

³ Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Empfehlungen für den ärztlichen Entlassungsbericht

bei Patienten mit psychischen Belastungen/Störungen
in der medizinischen Rehabilitation

Ärztlicher Entlassungsbericht BL 1:

Diagnosen:

Erfüllt der Patient die ICD-10 Kriterien für eine psychische Störung, sollte die Diagnose aufgeführt werden. Der Patient sollte im Vorfeld über das Vorliegen der Diagnose und über die Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt werden. Weiterhin müssen Angaben zur Diagnosesicherheit und zum Behandlungsergebnis erfolgen. Die Diagnosen werden der Reihe nach im ärztlichen Entlassungsbericht genannt, geordnet nach ihrer Wichtigkeit für die sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit. Im Diagnosetext müssen krankheits- oder behinderungsbedingte Funktionsstörungen der Diagnose genannt werden (=Funktionsdiagnose).

Empfehlungen:

Weiterbehandelnde Ärzte/Psychologen

Diagnostische Klärung:

Ist das Screeningergebnis des Patienten im PHQ-9 oder der HADS auffällig und fand keine vertiefende psychodiagnostische Abklärung statt, sollte dieses Feld angekreuzt werden und eine psychodiagnostische Abklärung empfohlen werden.

Psychologische Beratung/Psychotherapie:

Erfüllt der Patient die Kriterien für eine psychische Störung oder ist psychisch belastet (und ist noch nicht in psychologischer Beratung oder psychotherapeutischer Behandlung), sollte bei entsprechender Behandlungsmotivation dieses Feld angekreuzt werden.

Suchtberatung:

Bei bestehenden Suchterkrankungen sollte, wenn indiziert, das Feld Suchtberatung angekreuzt werden.

Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung BL 1a:

2. Negatives Leistungsbild:

Das Erstellen des negativen Leistungsbildes ist erforderlich, wenn das Feld „keine wesentlichen Einschränkungen“ **nicht** angekreuzt wurde und demnach bedeutsame qualitative Einsatzbeschränkungen bestehen. Aussagen zum negativen Leistungsbild können entfallen, wenn das Leistungsvermögen auf unter 3-stündig abgesunken ist (Ankreuzschema leichte Arbeiten unter 3-stündig).

Beziehen sich die Einschränkungen auf die geistige/psychische Belastbarkeit so ist das Feld geistige/psychische Belastbarkeit anzukreuzen.

3. Beschreiben des Leistungsbildes:

Wurde das Feld geistige/psychische Belastbarkeit angekreuzt, so sind die Einschränkungen mindestens stichpunktartig zu beschreiben. Es soll dabei deutlich werden, was der Versicherte noch leisten kann. Folgende Bereiche dienen als Beurteilungsgrundlage:

→ Orientierung:

Ist Orientierung zur Zeit, Ort, Person und Situation vorhanden?

→ Aufmerksamkeit und Gedächtnis:

Angaben zur Konzentrations- und Merkfähigkeit und zum Gedächtnis

→ Formales Denken:

Liegt Verlangsamung, Umständlichkeit und Einengung des Denkens vor?

→ **Affektivität:**

Beschreibung der Gefühle, Stimmungen und Emotionen z.B. Vitalgefühl, Depressivität, Hoffnungslosigkeit, Ängstlichkeit, Reizbarkeit, affektive Schwingungsfähigkeit

→ **Aktivitätsniveau und Psychomotorik:**

Beschreibung des Antriebs, der Motivation, der Entschlussfreude und der durch psychische Vorgänge geprägten motorischen Aktivität (z.B. psycho-motorische Unruhe)

Ärztlicher Entlassungsbericht Bl. 1b:

Leistungsdaten:

Kodierung der erfolgten psychologischen/psychotherapeutischen Leistungen unter Verwendung der entsprechenden Leistungsdaten mit Hilfe der KTL Kapitel F „Klinische Psychologie, Neuropsychologie“ und Kapitel G „Psychotherapie“.

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht: Bl.2:

1. Allgemeine und klinische Anamnese:

Familienanamnese:

Angaben zu familiären Belastungen. Evtl. psychische Störungen, die in der Familie bekannt sind, sofern sie für die Diagnose und Prognose des Patienten relevant sind, aufführen.

Eigenanamnese:

Spiel(t)en psychosoziale Belastungen eine Rolle bei der Aufrechterhaltung und Genese von somatischen Beschwerden, sollten diese genannt werden. Aufführen der psychischen Störung, wenn relevant für Rehabilitationsprozess und/oder sozialmedizinische Beurteilung. Außerdem Aussagen zu Verlauf, bisheriger Diagnostik und Therapie bei vorhandenen psychischen Störungen. Eine biographische Anamnese ist erforderlich, wenn psychische Störungen genannt werden.

Biographische Anamnese:

Darstellen der Lebensgeschichte (Besonderheiten der frühkindlichen Entwicklung, der sozialen Herkunft, des späteren Lebensweges im Hinblick auf Familie, Partnerschaft und Beruf). Zusammenhänge von Lebensgeschichte, Erkrankungsbeginn, -art und -verlauf sollen erkennbar werden.

2. Jetzige Beschwerden und Beeinträchtigungen in Beruf und Alltag

Jetzige Beschwerden:

Leidet der Patient aktuell unter psychischen Belastungen/Störungen sollten diese genannt werden.

Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe:

Subjektiv empfundene psychosoziale und emotionale Einschränkungen in Beruf und Alltag sollten aufgeführt werden, gegebenenfalls Kompensation derselben.

Krankheitsverständnis und Informationsstand:

Hat der Patient ein rein somatisches Krankheitsverständnis? Subjektive Annahmen über Zusammenhänge zwischen somatischen und psychischen Beschwerden sowie Aussagen zum Informations- und Aufklärungsgrad sollten erfolgen. Außerdem Darstellung der Bewältigungsstrategien und Ressourcen.

3. Gegenwärtige Therapie

Falls der Patient eine psychotherapeutische Behandlung oder entsprechende Medikation erfährt, sollte dies aufgeführt werden. Angaben zu Art, Umfang und Erfolg der gegenwärtigen Therapien sollten dargestellt werden.

4. Allgemeine Sozialanamnese

Psychische Belastungen im sozialen Umfeld, kritische Lebensereignisse, chronische Konflikte und mangelnder sozialer Rückhalt sollten aufgeführt werden. Liegen keine

Hinweise auf psychische und soziale Belastungen vor, sollte dies ebenso genannt werden.

5. Arbeits- und Berufsanamnese

6. Aufnahmebefund, Vorbefunde, ergänzende Diagnostik

Der Gesamtstatus des Patienten sollte dargestellt werden, dies umfasst auch immer einen orientierenden psychischen Befund.

Psychosoziale/psychosomatische Diagnostik:

Ergebnis des Screenings (z.B. PHQ-9) bzw. der vertieften Diagnostik sollte angegeben werden.

7. Rehabilitationsziele

Realistische Ziele (keine Globalziele) sollten auch in Bezug auf psychische Belastungen bzw. Störungen formuliert werden (psychosoziale Ebene). Ergeben sich Diskrepanzen in den Zielvorstellungen von Behandlern und dem Rehabilitanden, sind diese zu beschreiben.

8. Rehabilitationsverlauf

Angaben zur Rehabilitationsmotivation, Kooperation und Krankheitsbewältigung. Darstellung der Annäherung an die Therapieziele im Verlauf evtl. unter Einbezug von psychometrischer Verlaufsdiagnostik, gegebenenfalls Darstellung von aufgetretenen Schwierigkeiten.

9. Rehabilitationsergebnis

Kritische Würdigung des Rehabilitationsverlaufs in Bezug auf psychologische Behandlung. Die erzielten Ergebnisse sollten in Bezug auf die gesetzten Therapieziele bewertet werden. Gegebenenfalls sollten testpsychologische Befunde bei Entlassung berichtet werden.

10. Sozialmedizinische Epikrise

Beeinträchtigen psychische Belastungen/Störungen die erwerbsbezogene Leistungsfähigkeit, so muss die Art der Beeinträchtigung dargestellt werden.

11. Nachsorgeempfehlungen

Begründung der zuvor auf Blatt 1 ausgesprochenen Nachsorgeempfehlungen (z. B. Psychotherapie, psychodiagnostische Abklärung). Darstellung der Motivation bzgl. der empfohlenen Nachsorge.

Verwendete Literatur:

Deutsche Rentenversicherung Bund (2007). Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Deutsche Rentenversicherung, www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Deutsche Rentenversicherung Bund (2006). Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung von Menschen mit psychischen Störungen. DRV-Schriften, Band 68. Berlin: Dezember 2006, www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2003). Checkliste und Manual der qualitätsrelevanten Prozessmerkmale für das Peer-Review-Verfahren der somatischen Rehabilitation. Deutsche Rentenversicherung, www.deutsche-rentenversicherung.de

Schneider, W., Henningsen, P. & Rüger, W. (2001). Sozialmedizinische Begutachtung in Psychosomatik und Psychotherapie. Göttingen: Verlag Hans Huber.

Bei der Entwicklung dieser Empfehlungen zum ärztlichen Entlassungsbericht waren neben der Projektgruppe DIBpS, Dr. Eberhard Grosch, Dr. Reinhard Legner, Dipl.-Psych. Britta Mai, PD Dr. Oskar Mittag und Dipl.-Psych. Dieter Schmucker beteiligt.



Deutsche
Rentenversicherung