

W. Hiller^{1,2}
 R. Kroymann³
 R. Leibbrand⁴
 M. Cebulla¹
 H.-J. Korn¹
 W. Rief⁵
 M. M. Fichter^{1,6}

Wirksamkeit und Kosten-Nutzen-Effekte der stationären Therapie somatoformer Störungen

Effects and Cost-Effectiveness Analysis of Inpatient Treatment for Somatoform Disorders

Zusammenfassung

Patienten mit somatoformen Störungen gelten im Gesundheitssystem als teure Problemgruppe mit inadäquat hohen Behandlungskosten. In einer kontrollierten Therapiestudie wurde mittels eines stationären kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogramms versucht, neben einer Besserung von Symptomatik und psychosozialen Leistungsniveau auch einen Rückgang überflüssiger medizinischer Kosten zu erreichen. Wir behandelten 172 Patienten mit somatoformen Störungen (DSM-IV) und verglichen diese mit 262 Patienten einer Wartelistengruppe. Als weitere Kontrollgruppe dienten 123 Patienten mit anderen psychischen Störungen. Direkte und indirekte Krankheitskosten für die 2-Jahres-Zeiträume vor und nach der Behandlung wurden mithilfe objektiver Daten der Krankenversicherungen rekonstruiert. Die Ergebnisse belegen eine deutliche Besserung hinsichtlich körperlicher Beschwerden, hypochondrischer Ängste, dysfunktionaler Kognitionen, Depressivität und psychosozialer Einschränkungen. Die poststationären Krankheitskosten der somatoformen Patienten gingen um 1098 € (-36,7%) für stationäre und 382 € (-24,5%) für ambulante Be-

Abstract

Patients with somatoform disorders represent an expensive problem group of the healthcare system characterized by inappropriately high medical costs. This paper describes a controlled inpatient treatment study using a cognitive-behavioral approach. The aim of this treatment program was to improve the patients' symptomatology and their psychosocial functioning, as well as reducing unnecessary medical costs. We treated 172 patients with somatoform disorders (DSM-IV) and compared them with 262 patients of a waiting control list. An additional control group consisted of 123 patients with other mental disorders. Direct and indirect illness-related costs for the two-year periods before and after treatment were re-calculated using objective data provided by the health insurance companies. The results show a marked improvement in the areas of bodily complaints, health anxieties, dysfunctional beliefs towards body and health, depression and psychosocial impairments. The medical costs in the post-treatment period decreased by 1,098 € (-36.7%) for inpatient and 382 € (-24.5%) for outpatient treatments. Indirect costs due to days lost from work were 6,702 €

Institutsangaben

¹Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee (Direktor: Prof. Dr. M. M. Fichter)

²Psychologisches Institut, Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

³Klinik Bavaria, Kreischa

⁴Klinik Schwedenstein, Pulsnitz

⁵Psychologisches Institut, Philipps-Universität Marburg

⁶Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ludwig-Maximilians-Universität München

Danksagung

Diese aufwändige Studie wäre nicht möglich gewesen ohne die Aufgeschlossenheit und Unterstützung der folgenden Krankenkassen und -versicherungen, denen wir auch an dieser Stelle nochmals herzlich danken möchten (in Klammern die Zahl der durchgeführten Kostenrekonstruktionen): AOK (80), DAK (23), BEK (22), diverse Betriebskrankenkassen (21), Debeka (10), Techniker (10), Bayerische Beamtenkasse (9), KKH (6), Bundesknappschaft (3), Continentale (3), Hanseatische Ersatzkasse Hamburg (3), Innungskrankenkassen (3), Postbeamtenkrankenkasse (3), Bundesbahnkasse (2), Gärtnerkasse (2), Schwäbisch-Gmünder (2), Barmenia (1), Central (1), Colonia (1), Hamburg-Münchener (1), Hamburg-Zimmerer Kasse (1), Hanse Merkur (1), Iduna-Nova (1), Landwirtschaftliche Krankenkasse (1), Signal (1), Süddeutsche (1), Süddeutsche Metall BG (1), Ver-einte (1).

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Wolfgang Hiller · Universität Mainz · Psychologisches Institut · Staudingerweg 9 · 55099 Mainz · E-mail: hiller@mail.uni-mainz.de

Bibliografie

Fortschr Neurol Psychiatr 2004; 72: 136–146 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0720-4299 · DOI 10.1055/s-2004-818358

handlungen zurück. Indirekte Kosten aufgrund von Arbeitsausfallzeiten waren im 2-Jahres-Zeitraum nach der Behandlung um 6702 € (-35,3%) geringer als vor der Therapie. Die investierten Behandlungskosten waren nach 21,5 Monaten wieder amortisiert. Wir identifizierten ferner eine Subgruppe von somatoformen Patienten mit extremer Nutzung des Gesundheitssystems („high-utilizer“), für die Pro-Kopf-Gesamteinsparungen in Höhe von 32 174 € (-63,9%) erreicht werden konnten. Insgesamt belegen diese Resultate die sehr guten therapeutischen wie auch gesundheitsökonomischen Effekte des Behandlungsansatzes.

(-35.3%) lower than during the two-years before treatment. The treatment costs had amortized after 21.5 months. We identified a subgroup of high-utilizing somatoform patients for which per patient savings of 32,174 € (-63.9%) were found. These results confirm that the cognitive-behavioral approach is effective in improving complaints as well as reducing the health-economical burden of somatoform disorders.

Einleitung

Als intensive Nutzer des Gesundheitssystems stellen Patienten mit somatoformen Störungen eine Problemgruppe dar. Sie leiden unter körperlichen Beschwerden, für die keine ausreichenden medizinischen Ursachen gefunden werden können [1,2]. Dennoch ist aus Verlaufsbeobachtungen bekannt, dass die betroffenen Patienten lange an organmedizinischen Attributionen festhalten und deswegen eine Vielzahl von Ärzten und Fachärzten aufsuchen. Dies wird als inadäquates Krankheitsverhalten angesehen („Doctor-Hopping“) und ist vielfach auch mit einer erhöhten Zahl von Krankenhausbehandlungen verbunden [3,4]. Andererseits können psychophysiologische Erklärungen der körperlichen Symptome von vielen somatisierenden Patienten nur schwer akzeptiert werden. Die erforderlichen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungen beginnen daher – wenn überhaupt – erst zu einem sehr späten Zeitpunkt.

Die gesundheitsökonomische Bedeutung der somatoformen Störungen ergibt sich nicht nur aus der übermäßigen Inanspruchnahme medizinischer Dienste, sondern auch aus dem häufigen Vorkommen dieses Störungsbildes. Obwohl die durch vielfältige körperliche Symptome gekennzeichnete Somatisierungsstörung nur bei weniger als 0,1% der Bevölkerung auftritt, sind klinisch behandlungsbedürftige Somatisierungssyndrome mit geschätzten 5–12% und Schmerzstörungen mit 10–15% weit verbreitet [5,6]. Neuere Daten aus Deutschland zeigen zudem, dass medizinisch unklare körperliche Symptome im Sinne einer somatoformen Störung bei Kindern und Jugendlichen unter 25 Jahren bereits mit einer Häufigkeit von etwa 11% auftreten [7]. Daher sind präventive und frühzeitige Maßnahmen erforderlich, um einer langjährigen Chronifizierung und den damit verbundenen psychischen und psychosozialen Folgeproblemen entgegenzuwirken.

Nur wenige Studien haben bislang die gesundheitsökonomischen Auswirkungen von somatoformen Störungen gezielt untersucht. In einer bis heute „klassischen“ Untersuchung zeigten Smith u. Mitarb. [8,9], dass Patienten mit Somatisierungsstörung deutlich mehr Krankheitskosten verursachen als der Durchschnitt der Krankenversicherten. Der Steigerungsfaktor betrug 6,2 für stationäre und 14 für ambulante Behandlungen. In amerikanischen Arztpraxen der ambulanten Primärversorgung fanden de Gruy u. Mitarb. [10] bei somatisierenden Patienten etwa 50% mehr Arztbesuche und höhere Kosten als bei Patienten ohne Somatisierungssyndrom. Die Autoren untersuchten auch stationä-

re Patienten einer medizinischen Universitätsklinik und kamen zu dem Ergebnis, dass somatisierende Patienten etwa gleich lang behandelt wurden und ähnliche stationäre Kosten verursachten wie eine Vergleichsgruppe mit tatsächlichen körperlichen Krankheiten [11]. Nach Berechnungen von Labott u. Mitarb. [12] verursachten somatisierende Patienten einer Lungenfachklinik fast doppelt so hohe medizinische Kosten wie Asthma-kranke. Shaw u. Creed [13] zeigten, dass die verursachten Krankheitskosten im Zusammenhang mit der Kompetenz von Ärzten standen, bei somatisierenden Patienten die im Hintergrund stehenden psychosozialen Faktoren zu erkennen. Die medizinischen Folgekosten waren etwa 46-mal so hoch, wenn die psychosozialen Faktoren nicht berücksichtigt wurden und die betreffenden Ärzte die Beschwerden ihrer Patienten als ausschließlich organmedizinisch ansahen.

Nach der „Offset-Hypothese“ wird davon ausgegangen, dass unnötige medizinische Folgekosten durch rechtzeitige Behandlungen mit psychosozialem Schwerpunkt vermieden bzw. zumindest reduziert werden können [14]. Bislang sind Kostenreduktionen in einigen Untersuchungen nur für den Bereich der ambulanten Primärversorgung somatoformer Störungen demonstriert worden [9,15,16]. Dabei wurde den behandelnden Ärzten ein besseres Verständnis für das Störungsbild vermittelt und hilfreiche Behandlungsstrategien wurden aufgezeigt (z. B. den Patienten ernst nehmen, auf nicht streng indizierte Spezialuntersuchungen verzichten, diagnostische Ergebnisse verständlich erläutern). Patienten mit schwerer ausgeprägten psychosozialen Beeinträchtigungen, chronifizierter Symptomatik oder anderen komorbiden Störungen sollten möglichst frühzeitig in psychiatrische bzw. psychotherapeutische Fachbehandlung überwiesen werden. In den letzten Jahren sind Therapieansätze für somatisierende Patienten entwickelt worden, bei denen die charakteristischen kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Komponenten des Störungsbildes gezielt berücksichtigt werden [17,18]. Als entscheidend werden v. a. die Re-Attributierung von inadäquaten Krankheitsüberzeugungen sowie die Verminderung von sozialem, beruflichem und freizeitbezogenem Schonverhalten angesehen. In empirischen Studien sind derartige Therapieprogramme bereits mit guten Resultaten evaluiert worden [19–25].

Aus dem deutschsprachigen Raum liegen bislang noch keine systematischen Studien zu den Krankheitskosten und Kosten-Nutzen-Relationen bei der Behandlung somatoformer Patienten vor. Störungsspezifische Behandlungsmethoden werden allen-

falls vereinzelt eingesetzt. In der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck werden Interventionstechniken, die aufgrund publizierter Ergebnisse als indiziert und effektiv gelten können, seit mehreren Jahren systematisch zu einem verhaltenmedizinischen Behandlungsprogramm zusammengefügt [17]. Wir evaluierten diesen Ansatz und berücksichtigten dabei auch die tatsächlichen direkten und indirekten Krankheitskosten als abhängige Variablen. Zu diesem Zweck erfolgte eine enge Kooperation mit den zuständigen Krankenkassen und anderen Kostenträgern. Eine zentrale Intention unserer Studie bestand darin, die Krankheitskosten nach objektiven Daten zu rekonstruieren und nicht nur auf der Basis von subjektiven Angaben mit oftmals erheblichen Gedächtnisverzerrungen.

Es soll folgenden Fragestellungen nachgegangen werden: (1) In welchem Ausmaß kann durch die gezielte verhaltenstherapeutische bzw. verhaltenmedizinische Behandlung somatoformer Störungen eine klinisch bedeutsame Besserung der Symptomatik erreicht werden? (2) Sind Patienten mit somatoformen Störungen hinsichtlich ihrer prästationären medizinischen Kosten teurer als durchschnittliche Krankenversicherte und als Patienten mit anderen psychischen und psychosomatischen Störungen? (3) Kann durch die stationäre Therapie eine Kostenreduzierung im poststationären 2-Jahres-Zeitraum erreicht werden? (4) Wie ist die Kosten-Nutzen-Relation des Behandlungsansatzes und in welchem Zeitraum amortisieren sich die investierten Behandlungskosten durch spätere Einsparungen?

Methode

Stichprobe

Die gesamte Studie wurde an der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee durchgeführt. Es wurden konsekutiv Patienten einbezogen. Während der Baseline-Periode zwischen Mai 1995 und Oktober 1996 wählten wir alle Anmeldungen aus, bei denen Hinweise auf das Vorhandensein von medizinisch unklaren körperlichen Symptomen bestanden. Diese Patienten erhielten postalisch einen Satz von Fragebögen zu verschiedenen Aspekten körperlicher und psychischer Beschwerden (s. u.). Nicht berücksichtigt wurden Patienten mit primärer Essstörung oder chronischem Tinnitus, da wir für diese Gruppen eigenständige Behandlungsprogramme anbieten. Andere Ausschlusskriterien waren Schizophrenie oder verwandte Störungen, primäre Substanzabhängigkeit, organisch begründete psychische Störungen oder eine eindeutige gravierende körperliche Erkrankung. Es wurden schließlich alle Personen in die Stichprobe aufgenommen, bei denen das Screening das Vorhandensein von körperlichen Symptomen bestätigte. Eine weitere Voraussetzung war, dass der betreffende Patient seine Einwilligung zur Teilnahme an der Studie gab und der Einholung von Daten bei den Kostenträgern zustimmte.

Auf der Basis dieser Prozedur setzte sich die Ausgangsstichprobe aus 324 Patienten zusammen. Bei der Therapieevaluation konnten 29 nicht weiter berücksichtigt werden; 4 von ihnen waren bei Aufnahme in die Klinik nicht bereit oder in der Lage, die Fragebogen erneut auszufüllen, 7 brachen die Behandlung vorzeitig innerhalb der ersten beiden Wochen ab, 17 zogen ihre ursprüngliche Einverständniserklärung wieder zurück und bei einem Pa-

tienten wurden schwere Erkrankungen entdeckt, welche die körperlichen Symptome erklärten (Bandscheibenvorfall, schwere Hepatitis, Darmverschluss). Daher bestand die Studienstichprobe aus 295 Patienten, von denen 195 weiblich (66,1%) und 100 männlich (33,9%) waren. Das mittlere Alter betrug 45,7 Jahre (sd = 11,1) und lag zwischen 19 und 72 Jahren. Der Familienstand war bei 58 Patienten (19,7%) allein stehend, bei 197 (66,8%) verheiratet, bei 24 (8,1%) geschieden, bei 13 (4,4%) verwitwet und bei 3 (1,9%) anders oder unbekannt. 157 Patienten (53,2%) hatten ihre Schulausbildung mit einem Hauptschulabschluss, 78 (26,4%) mit Mittlerer Reife, 54 (18,3%) mit Abitur und 6 (2,0%) mit anderem oder unbekanntem Abschluss beendet. Beruflich waren 173 (58,6%) ganz- oder halbtags tätig, 46 (15,6%) waren arbeitslos, 26 (8,8%) Hausfrauen, 35 (11,9%) berentet und 15 (5,1%) hatten einen anderen oder unbekanntem Berufsstatus. Wegen ihrer vorherrschenden körperlichen Beschwerden waren 136 Patienten (46,1%) bereits stationär vorbehandelt worden und 158 (53,6%) hatten in der Vorgeschichte eine psychotherapeutische Behandlung begonnen oder beendet.

Diagnostische Gruppen nach DSM-IV

Nach Aufnahme in die Klinik wurden alle Patienten systematisch nach somatoformen und anderen psychischen Störungen entsprechend dem DSM-IV-System untersucht. Wir setzten für die ersten zehn Patienten die deutsche Version des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV (SKID) ein [26] und im Anschluss daran die Internationalen Diagnosechecklisten (IDCL) [27,28], die äquivalent wie das SKID eingesetzt werden, aber trotz einfacherer Handhabung eine vergleichbar objektive und reliable Diagnosenstellung gewährleisten. Die diagnostischen Untersuchungen wurden durch zwei trainierte klinische Psychologen mit ausreichender klinischer Erfahrung durchgeführt. Körperliche Beschwerden wurden als somatoform beurteilt, wenn sie weder durch eine erkennbare körperliche Erkrankung noch durch Verletzungen oder Einwirkungen von Substanzen erklärbar waren. Diese Entscheidung erfolgte vor dem Hintergrund einer gründlichen körperlichen Untersuchung und der Durchsicht der bisherigen medizinischen Befunde und Behandlungsberichte jedes Patienten durch den Arzt. Somatisierungssymptome wurden nur dann als klinisch relevant angesehen, wenn der betreffende Patient wegen ihnen Medikamente eingenommen, einen Arzt aufgesucht oder seinen alltäglichen Lebensstil geändert hatte.

Aufgrund der diagnostischen Ergebnisse nach DSM-IV wurden die beiden folgenden Gruppen gebildet:

1. **Patienten mit somatoformen Störungen:** Insgesamt 172 Patienten (58,3%) erfüllten die Kriterien einer spezifischen somatoformen Störung nach DSM-IV. Von ihnen hatten 54 eine Somatisierungsstörung, 51 wiesen ein multiples somatoformes Syndrom entsprechend dem SSI-8-Kriterium auf (s. u.), 48 Patienten wurden als Schmerzstörung, 5 als Konversionsstörung und 14 als hypochondrische Störung diagnostiziert. Das multiple somatoforme Syndrom (SSI-8) wurde definiert durch das Vorliegen von mindestens acht medizinisch unklaren somatoformen Symptomen aus der DSM-IV-Symptomliste, ohne dass die strengen Kriterien der Somatisierungsstörung erfüllt sein mussten. Der Begriff SSI (Somatic Symptom Index) ist durch Escobar u. Mitarb. [29,30] eingeführt worden, um ergänzend zum engen Konzept der Somatisierungsstörung ein in der Bevölkerung und in klinischen Einrichtungen häufig vorkom-

mendes Somatisierungssyndrom zu definieren. Escobars sog. SSI-4,6 setzte allerdings nur vier Symptome bei Männern und sechs Symptome bei Frauen voraus (da eine unterschiedliche Zahl von potenziellen Symptomen für Männer und Frauen zur Verfügung standen). Diese Cut-off-Werte beruhten auf der damaligen DSM-III-Klassifikation und sind bei Anwendung des gegenwärtigen DSM-IV-Systems vermutlich weitgefasst [31], so dass wir uns für ein Minimum von mindestens acht unklaren körperlichen Symptomen für sowohl Männer als auch Frauen entschieden (SSI-8).

2. **Patienten mit anderen psychischen und psychosomatischen Störungen:** Die verbleibenden 123 nicht somatoformen Patienten erhielten andere DSM-IV-Diagnosen, hauptsächlich für depressive oder Angststörungen. Sie bildeten eine klinische Kontrollgruppe.

Als Kontrollbedingung diente eine Warteliste. Entsprechend unserem Studiendesign waren die Patienten bereits vor Beginn der stationären Behandlung zu zwei Zeitpunkten untersucht (Anmeldung und Aufnahme). Daher konnte eine Wartekontrollgruppe definiert werden, für die uns Datensätze von 262 Patienten zur Verfügung standen. Die mittlere Wartezeit dieser Gruppe betrug 135,0 Tage (sd = 86,0).

Die beiden Behandlungsgruppen unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich Geschlechtsverteilung, Alter, familiären Situation und Ausbildungsniveau. Die entsprechenden Angaben sind zusammen mit den jeweiligen Komorbiditätsprofilen in Tab. 1 zusammengefasst. Erwartungsgemäß fand sich eine signifikant größere Zahl von somatoformen Symptomen in der Patientengruppe mit somatoformen Störungen, was die Validität unserer Gruppenzuweisung belegt. Andere DSM-IV-Störungen wurden in beiden Gruppen in vergleichbarem Ausmaß diagnostiziert.

Instrumente zur Outcome-Messung

Screening für somatoforme Störungen (SOMS): Dieses Selbstbeurteilungsverfahren umfasst alle in DSM-IV und ICD-10 aufgelisteten körperlichen Symptome sowie weitere relevante Ein- und Ausschlusskriterien. In der Trait-Version des SOMS werden die Symptome für den Zeitraum der vergangenen zwei Jahre erfragt, in der State-Version lediglich für die letzten sieben Tage. Patienten werden instruiert, nur solche körperlichen Symptome anzugeben, die mit einer erheblichen Belastung verbunden waren und für die in ärztlichen Untersuchungen keine klare Ursache gefunden werden konnte. Der SOMS verfügt über sehr gute psychometrische Kennwerte zur Reliabilität und Validität [32]. In der vorliegenden Studie wurde die Trait-Version zum ersten Messzeitpunkt (Anmeldung) eingesetzt und die State-Versionen bei allen späteren Untersuchungen. Bei der State-Version wird der Belastungs-/Beeinträchtigungsgrad jedes Symptoms auf einer 5-Punkte-Skala zwischen 0 = gar nicht und 4 = sehr stark angegeben.

Whiteley-Index (WI): Es handelt sich um einen weltweit häufig verwendeten Fragebogen zur Erfassung hypochondrischer Ängste und Befürchtungen [33,34]. Wir setzten die 14-Item-Version mit dichotomen Antwortkategorien ein (ja – nein).

Fragebogen zu Körper und Gesundheit (FKG): Dieses Verfahren erfasst dysfunktionale Interpretationen und Einstellung gegenüber körperlichen Beschwerden, Krankheit und Gesundheit. Sie erwiesen sich in Vorstudien als typisch und spezifisch für somatoforme Störungen [35] und sind für das therapeutische Vorgehen im Rahmen einer kognitiven Verhaltenstherapie unmittelbar relevant. Die folgenden Skalen des FKG werden unterschieden: (1) Katastrophisierung (z. B. „Der häufigste Grund für Unwohlsein ist eine körperliche Erkrankung“); (2) vegetative Missempfindun-

Tab. 1 Soziodemografische Merkmale und Komorbiditätsprofile

	somatoforme Störungen (n = 172)	andere psychische Störungen (n = 123)	Signifikanz	
Anteil Frauen	68,6%	62,6%	$\chi^2 = 1,15$	n. s.
Alter	46,2 J. (sd = 10,6)	44,9 J. (sd = 11,8)	t = 0,97	n. s.
verheiratet	66,3%	67,5%	$\chi^2 = 0,04$	n. s.
geschieden	8,1%	8,1%	$\chi^2 = 0,00$	n. s.
Schulabschluss maximal Mittlere Reife	52,9%	53,7%	$\chi^2 = 0,02$	n. s.
Zahl der Somatisierungssymptome (aus der DSM-IV-Liste)	10,4 (sd = 4,3)	5,7 (sd = 2,8)	t = 11,2	p < 0,01
Major Depression (mit oder ohne dysthyme Störung)	64,5%	69,1%	$\chi^2 = 0,67$	n. s.
dysthyme Störung (ohne Major Depression)	8,1%	3,3%	$\chi^2 = 2,99$	n. s.
Panikstörung (mit oder ohne Agoraphobie)	22,1%	19,5%	$\chi^2 = 0,29$	n. s.
generalisierte Angststörung	11,0%	7,3%	$\chi^2 = 1,16$	n. s.
Agoraphobie (ohne Panikstörung)	12,8%	17,1%	$\chi^2 = 1,06$	n. s.
soziale Phobie	27,9%	30,1%	$\chi^2 = 0,17$	n. s.
spezifische Phobie	11,6%	6,5%	$\chi^2 = 2,19$	n. s.
Zwangsstörung	4,1%	3,3%	$\chi^2 = 0,13$	n. s.
Substanzabhängigkeit	18,0%	10,6%	$\chi^2 = 3,14$	n. s.
Anorexia oder Bulimia nervosa	1,2%	0,8%	$\chi^2 = 0,09$	n. s.

Anmerkung: Die Komorbiditätsprofile beziehen sich auf DSM-IV-Lifetime-Diagnosen; n. s. = nicht signifikant

gen (z. B. „Ich fühle häufig meinen Herzschlag, da mein Kreislaufsystem kaum belastbar ist“); (3) körperliche Schwäche (z. B. „Nach körperlicher Anstrengung fühle ich mich oft sehr schwach“); (4) Intoleranz körperlicher Symptome (z. B. „Wenn etwas mit meinem Körper nicht stimmt, beunruhigt mich das sofort“); (5) Gesundheitsverhalten (z. B. „Ich bemühe mich immer, möglichst gesund zu leben“). Die Reliabilität und Validität des FKG konnte in bisherigen Studien ebenfalls gut belegt werden. Die Auswertung im Rahmen der hier berichteten Daten erfolgte nach den bei Rief u. Mitarb. [36] beschriebenen Skalen.

Beck-Depressionsinventar (BDI): Mit diesem Verfahren wurde die depressive Symptomatik der untersuchten Patienten genauer quantifiziert [37].

Dysfunctional Analysis Questionnaire (DAQ): Dieser Fragebogen erfasst differenziert den Grad der psychosozialen Beeinträchtigung aufgrund der Symptome und Beschwerden [38,39]. Der DAQ besteht aus 45 Items, die in fünf Subskalen mit jeweils neun Items aufgeteilt sind: (1) soziale Beeinträchtigungen (z. B. sich mit anderen Personen treffen oder andere einladen); (2) berufliche Beeinträchtigungen (z. B. die Arbeit rechtzeitig fertig stellen oder berufliches Fortkommen anstreben); (3) persönliche Beeinträchtigungen (z. B. Ärger kontrollieren oder Interesse an Sexualität); (4) familiäre Beeinträchtigungen (z. B. gutes Verhältnis zu Familienmitgliedern oder gemeinsam verbrachte Zeit mit dem Ehepartner); (5) kognitive Beeinträchtigungen (z. B. Konzentration oder Erinnern von Namen/Gesichtern). Jedes Item wird auf einer 5-Punkte-Skala eingeschätzt, wobei der Zustand vor Beginn der Störung mit dem jetzigen Zustand verglichen werden soll. Auch der DAQ verfügt über eine gute interne Reliabilität und Validität [39].

Erhebung der Kostendaten

Die im Gesundheitssystem verursachten Kosten wurden für 2-Jahres-Zeiträume kalkuliert, um eine möglichst stabile Berechnungsgrundlage zu erreichen. Nach Aufnahme führten wir zunächst mit jedem Patienten ein ausführliches, halbstrukturiertes Interview zum Inanspruchnahmeverhalten der vergangenen zwei Jahre. Anschließend nahmen wir mit der zuständigen Krankenkasse und ggf. anderen Kostenträgern Kontakt auf, um eine Zusammenstellung der tatsächlich entstandenen Kosten für den Zeitraum der vergangenen zwei Jahre zu erhalten. Die Ergebnisse der Interviews zur Inanspruchnahme wurden den Kassen als Hilfestellung bei der Kostenrekonstruktion zur Verfügung gestellt. 230 Patienten (78% der Studienstichprobe) gaben uns eine schriftliche Einverständniserklärung zur Einholung der Kostendaten. Mit den Mitarbeitern der Kasse wurde bei Bedarf mehrmals schriftlich oder telefonisch Kontakt aufgenommen, bis alle relevanten Kostenberechnungen vorlagen. Die Rekonstruktion der Daten war oftmals außerordentlich schwierig, da bei den gesetzlichen Krankenkassen keine personenbezogene Zusammenstellung der Kosten erfolgt (außer für stationäre Behandlung, Zahnersatz und gesondert zu beantragende Zusatzleistungen). Aus diesen Gründen erstreckte sich die Zusammenstellung aller Kostenfaktoren in vielen Fällen über mehrere Monate hinweg. Leider konnte in einigen Fällen die Kostenkalkulation nicht oder nicht in ausreichender Qualität erfolgen, da einzelne Unterlagen fehlten oder der erforderliche Zeit- und Personalaufwand durch die entsprechende Kasse nicht aufgebracht werden konnte.

Insgesamt erhielten wir prästationäre Kostenkalkulationen für 214 Patienten, das sind 93,0% der Patienten mit vorliegender Einverständniserklärung. Für die einzelnen Kostenbereiche ergaben sich folgende Datengrundlagen: Für alle 214 Fälle erhielten wir die Berechnung der stationären Kosten (100%), in 150 Fällen für ambulante Kosten (70,1%), in 121 Fällen für ambulante Zahnbehandlungskosten (56,5%) in 81 Fällen für Arzneimittelkosten (37,9%) und in 52 Fällen die Kosten für Heil- und Hilfsmittel wie Krankentransporte, Brillen, Hörgeräte, Gehhilfen u. ä. (24,3%).

Zusätzlich stellten uns die Kassen eine Auflistung der Arbeitsfähigkeitszeiten (AU) für den prästationären 2-Jahres-Zeitraum zur Verfügung. Diese Angaben konnten jedoch nur für diejenigen Patienten erfolgen, die als Arbeitnehmer in Voll- oder Teilzeitalstellen beschäftigt waren und daher AU-Bescheinigungen vorlegen mussten. Eine Rekonstruktion der AU-Zeiten war auf dieser Basis für 125 Patienten möglich.

Das Behandlungsprogramm

Alle Patienten wurden mit einem interdisziplinären Behandlungsangebot nach verhaltenstherapeutischen und verhaltenstherapeutischen Prinzipien behandelt. Es erfolgten regelmäßige Einzel- und Gruppentherapiesitzungen. Die Therapeuten und Ärzte der somatoformen Patienten erhielten spezielle Instruktionen, um körper- und symptombezogene Kognitionen, Emotionen und Verhalten während des therapeutischen Prozesses gezielt zu berücksichtigen. Im Zentrum stand die Modifikation von verzerrten oder problematischen Symptombewertungen und Gesundheitseinstellungen sowie die Aufgabe von Schon- und Vermeidungsverhalten. Längerfristige Ziele waren die Stärkung von Eigeninitiative und -verantwortung, körperliche Aktivierung, verbesserte interpersonelle und berufliche Leistungsfähigkeit sowie eine Reduktion von unnötigen medizinischen Maßnahmen. Unsere Behandlungsmethoden waren sehr ähnlich, wie die von Warwick u. Salkovskis [40] und Sharpe u. Mitarb. [41] beschriebenen Strategien zur Behandlung von hypochondrischen und somatoformen Störungen. Sie entsprechen einem von uns veröffentlichten Therapiemanual [17]. Alle Therapeuten in unserer Studie erhielten schriftliche Therapierichtlinien und nahmen an einer Serie von fortlaufenden Ausbildungsveranstaltungen teil.

Die somatoformen Patienten erhielten außerdem Informationen über mögliche psychophysiologische Mechanismen bei der Entstehung ihrer somatoformen Symptomatik. Rein medizinische Maßnahmen wurden auf ein Minimum begrenzt, um eine psychophysiologische Perspektive zu fördern und den Aufbau psychologischer Bewältigungsstrategien zu ermöglichen. Viele Patienten erhielten zusätzlich ein soziales Kompetenztraining, progressive Muskelrelaxation sowie Biofeedbacksitzungen, in denen das Zusammenspiel zwischen physischen und mentalen Prozessen demonstriert wurde. Die Behandlungsdauer der Patienten mit somatoformen Störungen betrug 61,5 Tage (sd = 20,8) und die der klinischen Kontrollgruppe 53 Tage (sd = 15).

Outcome-Messung nach Behandlungsende und im 2-Jahres-Follow-up

Zum Zeitpunkt der Entlassung wurden die Fragebogen erneut von 283 Patienten (95,9%) ausgefüllt. Zwei Jahre später versuchten wir erneut, alle 295 Patienten telefonisch zu erreichen. Es ge-

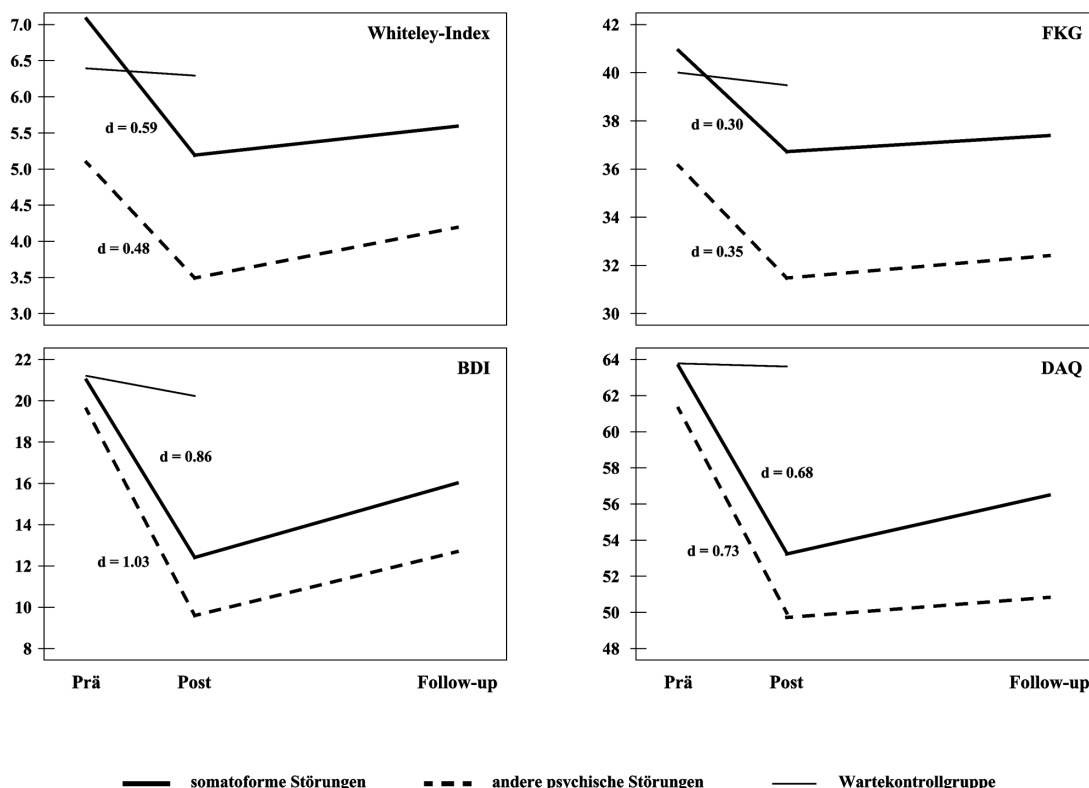


Abb. 1 Therapieeffekte im Prä-Post-Vergleich und im 2-Jahres-Follow-up.

lang, mit 274 Patienten (92,9%) erneut ein detailliertes Interview am Telefon durchzuführen. Von den 21 Patienten ohne Follow-up-Daten verweigerten 16 eine erneute diagnostische Untersuchung und 5 konnten aufgrund von Wegzug und Adressenänderung nicht mehr erreicht werden. Die Fragebogen wurden von 245 Patienten zurückgesandt.

Die Interviews mit den 274 kooperativen und erreichbaren Patienten wurden zwischen Juni 1997 und Dezember 1998 durchgeführt. Erneut wurden die Diagnosen nach DSM-IV und das zwischenzeitliche Inanspruchnahmeverhalten überprüft. Wir nahmen ein weiteres Mal mit den zuständigen Krankenkassen Kontakt auf, um für jeden Patienten die im poststationären 2-Jahres-Zeitraum entstandenen Kosten zu rekonstruieren. Aufgrund dieses bereits geschilderten komplizierten Vorgangs dauerte die Datenerhebung schließlich bis Dezember 1999. Nach Vorliegen aller Daten stellten wir fest, dass Prä-Post-Vergleiche in 209 Fällen für stationäre Behandlungskosten, in 135 Fällen für ambulante Behandlungskosten, in 104 Fällen für ambulante Zahnbehandlungskosten, in 45 Fällen für Arzneimittelkosten und in 28 Fällen für zusätzliche Heil- und Hilfsmittelkosten möglich waren. AU-Zeiten konnten für 108 Patienten bestimmt werden. Um die Vergleichbarkeit des prä- und poststationären 2-Jahres-Zeitraums zu verbessern, wurden alle Kosten der Follow-up-Periode durch eine jährliche Inflationsrate von 2% plus eine jährliche Diskontierungsrate von 3% angepasst [42].

Statistische Methoden

Wir setzten Varianzanalysen und t-Tests zum Vergleich von Gruppenmittelwerten ein. Kategoriale Variablen wurden mithilfe von χ^2 -Verfahren ausgewertet. Zusätzlich berechneten wir Effektstärken nach Cohen [43], um das Ausmaß und die Stärke von Veränderungen zwischen den einzelnen Messzeitpunkten

zu überprüfen (d-Werte geben die an der Streuung relativierte Mittelwertedifferenz zwischen zwei Messzeitpunkten an und gelten bei $\geq 0,50$ als klinisch relevant). Das Signifikanzniveau wurde konventionell auf 5 bzw. 1% festgesetzt.

Ergebnisse

Im Folgenden wird zunächst der Therapieverlauf der behandelten Patienten dargestellt und im Anschluss daran eine Analyse der verursachten Krankheitskosten bzw. Kostenveränderungen.

Evaluation der Therapieeffekte

Der Verlauf von Symptomatik und Störungsmerkmalen im Therapie- und Follow-up-Zeitraum ist in Abb. 1 dargestellt. Im Gegensatz zu den nahezu unveränderten Werten der Wartekontrollgruppe zeigten sich sowohl bei den somatoformen Patienten als auch bei der klinischen Kontrollgruppe signifikante Verbesserungen in allen Outcomevariablen (alle $p < 0,01$). Im Follow-up-Zeitraum kam es v. a. im BDI und DAQ wieder zu einem leichtgradigen Anstieg der Werte, jedoch konnte die klinisch relevante Besserung im Vergleich zur prästationären Symptomatik gehalten werden. Die größten Therapieeffekte ergaben sich hinsichtlich Depressivität und psychosozialem Funktionsniveau (vgl. die entsprechenden d-Werte in Abb. 1). Die dysfunktionalen Kognitionen zu Körper und Gesundheit (FKG) besserten sich im Vergleich dazu weniger markant ($d = 0,30$ in der somatoformen Gruppe), blieben jedoch nach Ende der Therapie erstaunlich konstant. Eine Interaktion zwischen Verlauf und Zugehörigkeit zu den Therapiegruppen bestand für keine der Variablen (alle $p > 0,05$). Bei Therapiebeginn wiesen die somatoformen Patienten höhere Ausgangswerte im Whiteley-Index ($p < 0,01$) und FKG ($p < 0,05$) auf als die Kontrollpatienten, während sich die

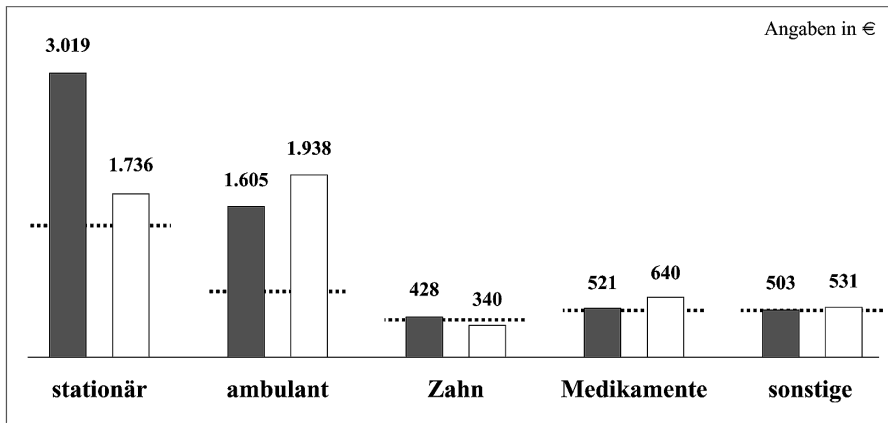


Abb. 2 Prästationäre 2-Jahres-Kosten bei somatoformen und Kontrollpatienten.

prästationäre 2-Jahres-Kosten bei somatoformen ■ und Kontrollpatienten □
 Niveau der durchschnittlichen Kassenausgaben pro Versichertem

Gruppenmittelwerte von BDI und DAQ nicht unterschieden ($p > 0,05$). Die somatoforme Gruppe erreichte im Prä-Post-Vergleich auch eine signifikante Besserung der körperlichen Beschwerden (Rückgang des mittleren SOMS-Scores von 36,3 auf 26,2; $p < 0,01$), jedoch waren diese Werte zwei Jahre später fast wieder auf das Ausgangsniveau angestiegen (34,2).

Prästationäre Kosten

Die Verteilung der Kosten für den 2-Jahres-Zeitraum vor Behandlungsbeginn ist in Abb. 2 wiedergegeben. Bei der somatoformen Gruppe fanden wir höhere stationäre Behandlungskosten als bei den klinischen Vergleichspatienten ($p < 0,05$), während sich die ambulanten Ausgaben sowie alle anderen Kostenfaktoren zwischen beiden Gruppen nicht signifikant unterschieden (alle $p > 0,05$). Um die Bedeutung der berechneten Kosten abschätzen zu können, verglichen wir sie mit den Durchschnittsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen für die 2-Jahres-Periode 1995/96 (als Grundlage hierfür zogen wir die entsprechenden Jahresbilanzen der gesetzlichen Krankenversicherungen he-

ran). Im Mittel wurden in dieser 2-Jahres-Periode pro Versichertem etwa 1400 € für stationäre Behandlungen, 700 € für ambulante ärztliche Behandlungen, 400 € für Zahnbehandlungen, 500 € für Medikamente und weitere 500 € für andere Heil- und Hilfsmaßnahmen ausgegeben. Die in Abb. 2 dargestellten Behandlungskosten der somatoformen Gruppe sind demnach um die Faktoren 2,16 (stationär) bzw. 2,29 (ambulant) gegenüber diesen durchschnittlichen Kosten erhöht, während sich die übrigen Ausgaben im Durchschnittsbereich bewegten. Innerhalb der somatoformen Gruppe hatten Patienten mit Somatisierungsstörung deutlich höhere ambulante Kosten als Patienten mit multiplem Somatisierungssyndrom (2143 vs. 1312 €), jedoch vergleichbare stationäre Kosten (3251 vs. 3186 €).

Kostenveränderungen zwischen prä- und poststationärem Zeitraum

Eine Reduktion der medizinischen Kosten in den 2 Jahren nach Entlassung zeigte sich in Form von signifikanten Behandlungseffekten für die stationären als auch ambulanten Kosten (Tab. 2).

Tab. 2 Kostenveränderungen zwischen prä- und poststationärem 2-Jahres-Zeitraum

		somatoforme Störungen	andere psychische Störungen		Signifikanz	
stationär	prä	2990 (5766)	1779 (3170)	Behandlung	4,40	$p < 0,05$
	post	1892 (3550)	1282 (2555)	Interaktion	0,63	n. s.
ambulant	prä	1558 (1375)	1905 (2576)	Behandlung	14,7	$p < 0,01$
	post	1176 (1194)	1224 (1479)	Interaktion	1,16	n. s.
Zahn	prä	384 (682)	362 (672)	Behandlung	2,66	n. s.
	post	335 (612)	756 (1412)	Interaktion	4,39	$p < 0,05$
Medikamente	prä	535 (514)	780 (1167)	Behandlung	0,08	n. s.
	post	624 (824)	761 (987)	Interaktion	0,20	n. s.
sonstige direkte Kosten	prä	832 (810)	710 (675)	Behandlung	0,53	n. s.
	post	887 (1515)	398 (578)	Interaktion	1,08	n. s.

Währung = €; angegeben sind Gruppenmittelwerte und Standardabweichungen (in Klammern)

Für die Signifikanzangaben gilt: bei „Behandlung“ sind F-Werte aus 2-faktoriellen Varianzanalysen mit Gruppenfaktor und Messwiederholung angegeben, bei „Interaktion“ die entsprechenden F-Werte für die Interaktion Gruppe × Behandlung
 n. s. = nicht signifikant

Tab. 3 Veränderungen in der Arbeitsfähigkeit und indirekten gesundheitsökonomischen Kosten

		somatoforme Störungen	andere psychische Störungen		Signifikanz	
AU-Fälle	prä	4,55 (3,42)	4,03 (2,81)	Behandlung	9,51	p < 0,01
	post	3,62 (3,47)	2,60 (2,51)	Interaktion	0,42	n. s.
AU-Tage	prä	126,6 (156,5)	111,1 (163,4)	Behandlung	2,76	n. s.
	post	91,0 (95,2)	85,6 (106,7)	Interaktion	0,08	n. s.
indirekte Kosten durch AU	prä	18 991 €	16 666 €	Behandlung	4,82	p < 0,05
	post	12 289 €	11 561 €	Interaktion	0,09	n. s.

Angegeben sind Gruppenmittelwerte und Standardabweichungen (in Klammern); Kosten in €

Für die Signifikanzangaben gilt: bei „Behandlung“ sind F-Werte aus 2-faktoriellen Varianzanalysen mit Gruppenfaktor und Messwiederholung angegeben, bei „Interaktion“ die entsprechenden F-Werte für die Interaktion Gruppe × Behandlung

n. s. = nicht signifikant

Tab. 4 Kosten-Nutzen-Analyse

Kostenfaktoren	somatoforme Störungen	andere psychische Störungen
Einsparungen aus stationären Behandlungen	1098 € (-36,7%)	497 € (-27,9%)
Einsparungen aus ambulanten Behandlungen	382 € (-24,5%)	681 € (-35,7%)
Einsparungen aus Rückgang von AU-Tagen	6702 € (-35,3%)	5105 € (-30,6%)
gesamte Einsparungen (2 Jahre)	8182 € (-34,8%)	6283 € (-30,9%)
mittlere Kosten des Behandlungsprogramms	7325 €	6525 €

Währung = €; alle Kalkulationen beziehen sich auf mittlere 2-Jahres-Kosten pro Patient

Bei den stationären Ausgaben betrug der Rückgang in der Gruppe der somatoformen Patienten 1098 € (-36,7%), wobei sowohl Patienten mit Somatisierungsstörung (-35,3%) als auch Patienten mit multiplem Somatisierungssyndrom (-43,0%) hohe Einsparungen erreichten. Bei den ambulanten Kosten ergab sich ein Rückgang in der Gruppe der somatoformen Patienten um 382 € (-24,5%), wobei die größten Einsparungen von Patienten mit Somatisierungsstörung (-44,7%) erreicht wurden. Dagegen hatten Patienten mit Somatisierungssyndrom (SSI-8) bereits im prästationären Zeitraum niedrige ambulante Behandlungskosten (1043 €), welche sich im nachfolgenden Zeitraum auch nur minimal veränderten (auf 1118 €). In der klinischen Kontrollgruppe gingen die stationären Kosten um 27,9% und die ambulanten um 35,7% zurück.

Indirekte Kosten durch Arbeitsunfähigkeit (AU)

Krankheit und psychosoziale Beeinträchtigungen verursachen nicht nur direkte medizinische Kosten, sondern sind auch indirekt durch Produktivitäts- und Steuerausfall sowie Krankengeld- und Arbeitslosengeldzahlungen von gesundheitsökonomischer Relevanz. Für die vorliegende Studie gingen wir davon aus, dass durch einen AU-Tag indirekte Kosten von 150 € verursacht werden. In Tab. 3 sind die Veränderungen in der AU-Häufigkeit und der Zahl der Krankheitstage für die prä- und poststationären Zeiträume zusammengefasst. Die entsprechenden Daten lagen für 71 Patienten der somatoformen und 37 Patienten der klinischen Kontrollgruppe vor. In der somatoformen Gruppe kam es zu einem Rückgang der AU-Fälle um 20,4% und der Krankheits-

tage um 28,1%. Die entsprechenden Daten der Kontrollgruppe betragen -35,5% (AU-Fälle) bzw. -23% (AU-Tage). Die in monetäre Einheiten umgerechneten Einsparungen sind ebenfalls in Tab. 3 angegeben. Es resultiert ein hoher Einsparungsbetrag von 6702 € (-35,3%) für die somatoforme Patientengruppe und von 5105 € (-30,6%) für die Kontrollgruppe.

Kosten-Nutzen-Analyse

In Tab. 4 sind die erzielten Kosteneinsparungen den für die stationäre Behandlung in der Klinik Roseneck entstandenen Kosten gegenübergestellt. Es wurde ein mittlerer Tagessatz von 125 € zugrunde gelegt, der alle therapeutischen und Krankenhausleistungen umfasst. Bei der Gruppe der somatoformen Patienten standen pro behandeltem Fall Einsparungen in Höhe von 8182 € Behandlungskosten von 7325 € gegenüber, während bei der klinischen Kontrollgruppe die Einsparungen von 6283 € etwas niedriger waren als die Behandlungskosten in Höhe von 6525 €. Für die somatoformen Patienten ergibt sich ein Kosten-Einsparungs-Verhältnis von 1 : 1,12, d. h. jeder investierte € führt im untersuchten 2-Jahres-Zeitraum zu Einsparungen von 1,12 € und die investierten Behandlungskosten waren statistisch gesehen bereits nach 21,5 Monaten wieder amortisiert. Bei diesen Kostenkalkulationen sollte auch berücksichtigt werden, dass sich die Einspareffekte mit großer Wahrscheinlichkeit für länger als den betrachteten 2-Jahres-Zeitraum ergeben. Wird ein linearer Trend angenommen, so werden aus den Einsparungen von 857 € in den ersten beiden Jahren 9039 € nach 4 Jahren, 17221 € nach 6 Jahren, 25403 € nach 8 Jahren usw.

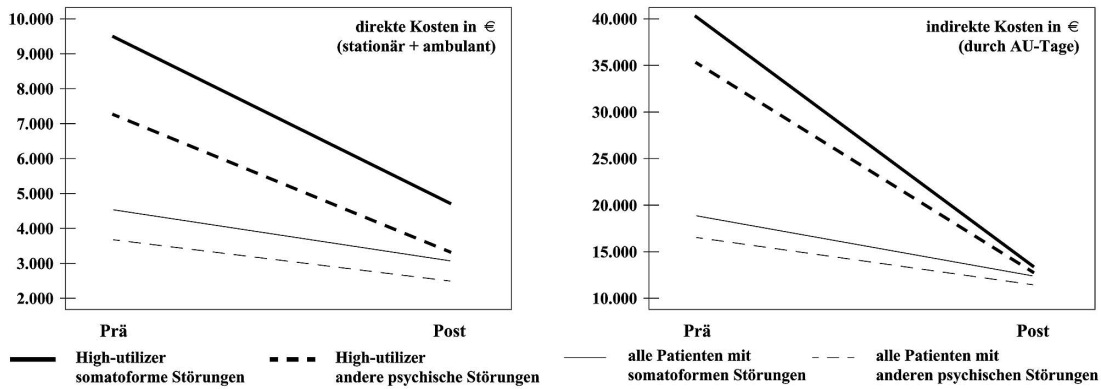


Abb. 3 Kosteneffekte bei Patienten mit überdurchschnittlichen Behandlungskosten („high-utilizer“).

Patienten mit extremem Inanspruchnahmeverhalten („high-utilizer“)

Nicht alle Patienten unserer Studie hatten im prästationären Zeitraum überdurchschnittliche Behandlungskosten verursacht. Daher analysierten wir in einem weiteren Schritt zusätzlich die Kostenentwicklung einer sog. „high-utilizer“-Subgruppe von Patienten mit sehr hohen (2500–5000 €) oder extremen (> 5000 €) Gesamtkosten. Berücksichtigt wurden dabei nur die verursachten stationären plus ambulanten Kosten. Es handelte sich um 68 Patienten, von denen 42 (61,8%) zur somatoformen Gruppe und 26 (38,2%) zur klinischen Kontrollgruppe gehörten. Die erzielten Effekte sind in Abb. 3 illustriert. Sämtliche Kostenreduktionen der „high-utilizer“-Gruppen waren signifikant (alle $p < 0,05$) und deutlich größer als die der entsprechenden Gesamtgruppen. Die somatoformen Patienten erreichten eine Reduktion der direkten Kosten in Höhe von 4699 € (-49,6%) und der indirekten in Höhe von 27475 € (-67,2%), was einer Gesamteinsparung von 32174 € (-63,9%) entspricht. Bei der Kontrollgruppe waren die entsprechenden Einsparungen 3923 € (-54,0%) für direkte bzw. 22216 € (-63,1%) für indirekte Krankheitskosten. Für die „high-utilizer“-Patienten mit somatoformen Störungen errechnet sich dadurch ein noch besserer Kosten-Einsparungs-Quotienten von 1 : 4,5 für den 2-Jahres-Zeitraum nach Therapieende.

Diskussion

In der hier vorgestellten Studie wurden erstmals im deutschsprachigen Raum das medizinische Inanspruchnahmeverhalten und die entstandenen Krankheitskosten gezielt für Patienten mit einer umschriebenen somatoformen Störung untersucht. Wir haben überprüft, inwieweit sich deren Kostenprofil im Vergleich zu den durchschnittlichen Ausgaben der Krankenkasse und zu einer klinischen Kontrollgruppe unterscheidet. Ferner wurde in Zusammenarbeit mit den Krankenversicherungen ermittelt, ob und in welchem Ausmaß die tatsächlichen Krankheitskosten im 2-Jahres-Follow-up-Zeitraum nach der stationären Behandlung zurückgegangen sind. Die Veränderung des Inanspruchnahmeverhaltens, insbesondere die Reduktion von unnötigen ambulanten und stationären Behandlungen, war explizites Ziel unseres verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogramms.

Die Resultate belegen gute Behandlungseffekte in den unterschiedlichen Outcomevariablen. Es kam zu einer signifikanten Verbesserung von störungsrelevanten Merkmalen wie hypochondrischen Überzeugungen oder dysfunktionalen Kognitionen zum eigenen Körper und zur Gesundheit, aber auch zu einem Rückgang von Depressivität und psychosozialer Beeinträchtigung. Parallel dazu verringerten sich die ambulanten und stationären Behandlungskosten. Bei den somatoformen Patienten entstanden Einspareffekte von 36,7% für stationäre und 24,5% für ambulante Behandlung. Wenn zusätzlich noch die indirekten gesundheitsökonomischen Kosten durch Arbeitsausfall berücksichtigt werden, betrug der Einspareffekt für jeden Patienten mit somatoformer Störung 8182 €, was einem Gesamttrückgang von 34,8% entspricht. Die Gesamtgruppe der somatoformen Patienten hatte vor Behandlungsbeginn mehr als zweimal so hohe Kosten für stationäre und ambulante Behandlungen als die durchschnittlichen Versicherten der Krankenkassen. Die erreichbaren Einspareffekte waren noch deutlicher für eine Subgruppe von Patienten mit extremem Inanspruchverhalten („high-utilizer“), bei denen sich die Kosten um 32174 € pro Patient oder 63,9% reduzierten. Es wurde ferner gezeigt, dass die durch die stationäre Behandlung in der Klinik Roseneck entstandenen Kosten bereits nach weniger als 2 Jahren wieder amortisiert sind.

Markante Kostenreduktionen durch die gezielte Behandlung somatoformer Störungen sind auch in wenigen anderen Untersuchungen gezeigt worden. Smith u. Mitarb. [44] führten eine randomisierte Studie im Bereich der Primärversorgung (family physicians) durch. Die mittleren Jahreskosten von 56 somatisierenden Patienten verringerten sich um 33%, nachdem die behandelnden Ärzte offenbar ihr Behandlungs- und Überweisungsverhalten entsprechend den Erfordernissen des Störungsbilds geändert hatten. Bei einer Patientengruppe mit der strengeren Diagnose der Somatisierungsstörung führte die gleiche Intervention zur Kostenreduktionen von über 50% [9]. Die gleiche Arbeitsgruppe konnte darüber hinaus Einspareffekte von rund 14% durch eine Kurzzeitgruppentherapie belegen [20]. In einer britischen Studie gelang es Morriss u. Mitarb. [16], nach einem Training von Allgemeinärzten Kosteneinsparungen von 15–23% in einer Stichprobe von 112 Patienten mit somatisierten psychischen Störungen zu erzielen. In Deutschland hat eine Studie von Zielke [45] große Beachtung gefunden, bei der 120 stationäre Patienten von drei psychosomatischen Kliniken untersucht und behandelt wurden. Die Kosten für die prä- und poststationäre

ren Zeiträume wurden ähnlich wie in unserer Studie mit Hilfe der kooperierenden Krankenkassen erfasst. Der Autor errechnete ein Kosten-Einsparverhältnis von 1 zu 2,49, d.h. für jede in die stationäre Behandlung investierte DM konnten im nachfolgenden 2-Jahres-Zeitraum Einsparungen von 2,49 DM belegt werden. Es kann jedoch kaum beurteilt werden, inwieweit es sich bei den von Zielke behandelten Patienten um Personen mit somatoformen Störungen handelte, da eine exakte Diagnosenstellung anhand operationalisierter Kriterien nicht vorgenommen wurde.

Die Methodik von Kosten-Nutzen-Studien ist ein komplexes Gebiet. Wir haben in unserer Studie sämtliche direkt oder indirekt angefallenen Kosten in den beiden 2-Jahres-Fenstern erfasst, obwohl sich die Fragestellung im Sinne des Störungsbilds der somatoformen Störungen primär auf überflüssige bzw. nicht streng-indizierte Ausgaben für medizinische Leistungen bezog. Eine Trennung von notwendigen und verzichtbaren medizinischen Maßnahmen war und ist jedoch nicht möglich. Die Ausgangsdaten der Kassen und auch das Fehlen von entsprechenden Beurteilungskriterien lassen eine derartige Differenzierung nicht zu. Die hier vorgelegte Kostenanalyse stellt insofern einen groben Indikator für inadäquates Inanspruchnahmeverhalten dar. Dass es in der Stichprobe zu einem Kostenrückgang kam, bestätigt jedoch die Hypothese, dass ein erheblicher Anteil der Kosten in den psychischen Störungen begründet sind. Aufgrund des zunehmenden Alters der Patienten wäre ansonsten eher ein Anstieg der Kosten zu erwarten.

Unsere Ergebnisse stehen im Einklang mit anderen Arbeiten, die bereits die gute Effizienz kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlungsansätze für somatoforme Störungen belegt haben (im Überblick vgl. [46]). Ein Hauptanliegen unserer Studie war es, die Behandlungs- und Kosteneffekte in einem „naturalistischen“ Setting einer regulären psychosomatisch-verhaltenstherapeutischen Versorgungseinrichtung zu überprüfen. Derartige Behandlungen werden überwiegend von Patienten mit schwer ausgeprägten Störungsformen oder erheblicher Komorbidität in Anspruch genommen. Anders als bei ambulanten Behandlungen kann durch intensive und tägliche Therapie oftmals eine rasche und nachhaltigere Veränderung der Symptomatik erreicht werden. Für den überwiegenden Teil unserer Patienten sind ambulante Nachbehandlungen erforderlich, um die Therapieeffekte weiter auszubauen und zu stabilisieren. Die in unseren Daten erkennbare leichte Verschlechterung der Symptomatik im Follow-up-Zeitraum deutet darauf hin, dass der Übergang zwischen stationärer und nachfolgender Behandlung in Zukunft „nahtloser“ gestaltet und noch besser aufeinander abgestimmt werden muss.

Literatur

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington DC: APA, 1994
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E (Hrsg.). Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), Forschungskriterien. Bern: Huber, 1994
- Fink P, Sorensen L, Engberg M, Holm M, Munk-Jorgensen P. Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics* 1999; 40: 330–338
- Hollifield M, Paine S, Tuttle L, Kellner R. Hypochondriasis, somatization, and perceived health and utilization of health care services. *Psychosomatics* 1999; 40: 380–386
- Swartz M, Landerman R, George LK, Blazer DG, Escobar JI. Somatization disorder. In: Robins LN, Regier DA (Eds.). *Psychiatric Disorders in America*. New York: Free Press, 1991
- Neumer S, Lieb R, Margraf J. Epidemiologie. In: Margraf J, Neumer S, Rief W (Hrsg.). *Somatoforme Störungen. Ätiologie, Diagnose und Therapie*. Berlin: Springer, 1998: 37–51
- Lieb R, Pfister H, Mastaler M, Wittchen H-U. Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults: prevalence, comorbidity and impairments. *Acta Psych Scand* 2000; 101: 194–208
- Smith GR, Monson RA, Ray DC. Patients with multiple unexplained symptoms. Their characteristics, functional health, and health care utilization. *Arch Intern Med* 1986; 146: 69–72
- Smith GR, Monson RA, Ray DC. Psychiatric consultation in somatization disorder. A randomized controlled study. *N Engl J Med* 1986; 314: 1407–1413
- Gruy F de, Columbia L, Dickinson P. Somatization disorder in a family practice. *J Fam Pract* 1987; 25: 45–51
- Gruy F de, Crider J, Hashimi DK, Dickinson P, Mullins HC, Troncale J. Somatization disorder in a university hospital. *J Fam Pract* 1987; 25: 579–584
- Labott SM, Preisman RC, Popovich J, Iannuzzi MC. Health care utilization of somatizing patients in a pulmonary subspecialty clinic. *Psychosomatics* 1995; 36: 122–128
- Shaw J, Creed F. The cost of somatization. *J Psychosom Res* 1991; 35: 307–312
- Miller NE, Magruder KM (Eds.). *Cost-effectiveness of Psychotherapy*. New York: Oxford University Press, 1999
- Rost K, Kashner TM, Smith GR. Effectiveness of psychiatric intervention with somatization disorder patients: improved outcome at reduced costs. *Gen Hosp Psychiatry* 1994; 16: 381–387
- Morris R, Gask L, Ronalds C, Downes-Grainger E, Thompson H, Leese B, Goldberg D. Cost-effectiveness of a new treatment for somatized mental disorder taught to GPs. *Fam Pract* 1998; 15: 119–125
- Rief W, Hiller W. *Somatisierungsstörung und Hypochondrie*. Göttingen: Hogrefe, 1998
- Rief W, Hiller W. The psychological treatment of somatoform disorders. In: Ono Y, Janca A, Asai M, Sartorius N (Eds.). *Somatoform Disorders. A Worldwide Perspective*. Tokyo: Springer, 1999: 212–217
- Hiller W, Rief W. Therapiestudien zur Behandlung von Patienten mit somatoformen Störungen: Ein Literaturüberblick. *Verhaltenstherapie* 1998; 8: 125–136
- Kashner MT, Rost K, Cohen B, Anderson M, Smith GR. Enhancing the health of somatization disorder patients. Effectiveness of short-term group therapy. *Psychosomatics* 1995; 36: 462–470
- Speckens AEM, Hemert AM van, Spinhoven P, Hawton KE, Bolk JH, Rooijmans HGM. Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomized controlled trial. *BMJ* 1995; 311: 1328–1332
- Mayou R, Bryant BM, Sanders D, Bass C, Klimes I, Forfar C. A controlled trial of cognitive-behavioural therapy for non-cardiac chest pain. *Psychol Med* 1997; 27: 1021–1031
- Warwick HMC, Clark DM, Cobb AM, Salkovskis PM. A controlled trial of cognitive-behavioural treatment of hypochondriasis. *Br J Psychiat* 1996; 169: 189–195
- Hiller W, Rief W. Psychotherapy of somatoform disorders. In: Ono Y, Janca A, Asai M, Sartorius N (Eds.). *Somatoform Disorders. A Worldwide Perspective*. Tokyo: Springer, 1999: 205–211
- Bleichhardt G, Timmer B, Rief W. Cognitive-behavioural therapy for patients with multiple somatoform symptoms: a randomised controlled trial in tertiary care. *J Psychosom Res*, in press

- ²⁶ Wittchen H-U, Wunderlich U, Gruschwitz S, Zaudig M. SKID-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Göttingen: Hogrefe, 1997
- ²⁷ Hiller W, Zaudig M, Mombour W. Development of diagnostic checklists for use in routine clinical care. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 782–784
- ²⁸ Hiller W, Zaudig M, Mombour W. IDCL. Internationale Diagnosen Checklisten für DSM-IV und ICD-10 (Manual, 31 Checklisten nach DSM-IV und Screening-Blatt). Göttingen: Hogrefe, 1997
- ²⁹ Escobar JI, Rubio-Stipec M, Canino G, Karno M. Somatic symptom index (SSI): a new and abridged somatization construct. Prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. *J Nerv Ment Dis* 1989; 177: 140–146
- ³⁰ Escobar JI, Waitzkin H, Silver RC, Gara M, Holman A. Abridged somatization: a study in primary care. *Psychosom Med* 1998; 60: 466–472
- ³¹ Hiller W, Rief W, Fichter MM. Further evidence for a broader concept of somatization disorder using the somatic symptom index. *Psychosomatics* 1995; 36: 285–294
- ³² Rief W, Hiller W, Heuser J. SOMS – Screening für Somatoforme Störungen. Manual zum Fragebogen. Bern: Huber, 1997
- ³³ Pilowsky I. Dimensions of hypochondriasis. *Br J Psychiat* 1967; 113: 89–93
- ³⁴ Hiller W, Rief W, Fichter MM. Dimensional and categorical approaches to hypochondriasis. *Psychol Med* 2002; 32: 707–718
- ³⁵ Hiller W, Rief W, Elefant S, Margraf J, Kroymann R, Leibbrand R, Fichter MM. Dysfunktionale Kognitionen bei Patienten mit Somatisierungssyndrom. *Z Klin Psychol* 1997; 26: 226–234
- ³⁶ Rief W, Hiller W, Margraf J. Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *J Abnorm Psychol* 1998; 107: 587–595
- ³⁷ Hautzinger M, Bailer M, Keller F, Worall H. Das Beck Depressionsinventar (BDI). Bern: Huber, 1994
- ³⁸ Chadda RK, Bhatia MS, Shome S, Thakur KN. Psychosocial dysfunction in somatising patients. *Br J Psychiat* 1993; 63: 510–513
- ³⁹ Hiller W, Rief W, Fichter MM. How disabled are patients with somatoform disorders? *Gen Hosp Psychiatry* 1997; 19: 432–438
- ⁴⁰ Warwick HMC, Salkovskis PM. Hypochondriasis. In: Scott J, Williams JMG, Beck AT (Eds.). *Cognitive Therapy: A Clinical Casebook*. London: Routledge, 1989: 78–102
- ⁴¹ Sharpe M, Peveler R, Mayou R. The psychological treatment of patients with functional somatic symptoms: a practical guide. *J Psychosom Res* 1992; 36: 515–529
- ⁴² Keeler EB, Cretin S. Discounting in cost-effectiveness analysis of healthcare programmes. *Manag Sci* 1983; 29: 300–306
- ⁴³ Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2nd Ed. New York: Academic Press, 1977
- ⁴⁴ Smith GR, Rost K, Kashner M. A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 238–243
- ⁴⁵ Zielke M. *Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1993
- ⁴⁶ Mayou R, Bass C, Sharpe M Eds. *Treatment of Functional Somatic Symptoms*. Oxford: Oxford University Press, 1995

Buchbesprechung

Psychologische Gutachten schreiben und beurteilen

Westhoff K, Kluck M-L

Heidelberg Springer. 4. vollst. überarb. u. erw. Aufl. 2003. 270 S., Geb. € 44,95. ISBN 3-540-44302-9

In erster Linie soll dieses Buch Gutachtern helfen, psychologische Gutachten verständlich und nachprüfbar zu erarbeiten. Gleichzeitig soll es Nicht-Psychologen eine Hilfestellung geben, psychologische Gutachten kompetent zu beurteilen. Zu diesem Zweck entwickeln die Autoren ein entscheidungsorientiertes, psychologisch-diagnostisches Vorgehen, das den deutschen und europäischen Richtlinien zur Erstellung psychologischer Gutachten entspricht.

Zuerst stellen die Autoren dar, wie die Aufgabenstellung an den Gutachter in psychologische Fragen übersetzt wird. Sie definieren Verhalten als eine Funktion von Umgebungs-, Organismus-, kognitiven, emotionalen, motivationalen und sozialen Variablen sowie von Wechselwirkungen dieser Variablen. Die Autoren stellen die einzelnen Variablen und Kriterien für deren Auswahl ausführlich vor. Weiter wird die Erarbeitung eines auf das Ziel der Begutachtung ausgerichteten Untersuchungsplans erläutert. Es werden Merkmale diagnostischer Informationsquellen, standardisierte diagnostische Verfahren und deren Auswahl, entscheidungsorientierte Gesprächsführung, Verhaltensbeobachtung sowie Personenwahrnehmung im diagnostischen Urteilsprozess dargestellt. Fehler und Verzerrungen im Prozess der diagnostischen Urteilsbildung werden herausgestellt und die Möglichkeiten zu deren Minimierung aufgezeigt.

Neben theoretischen und methodischen Grundlagen wird das konkrete Vorgehen bei der Gutachtenerstellung demonstriert. Anhand von 3 Fallbeispielen aus der Eignungsdiagnostik, dem Familienrecht und dem Strafrecht wird das Vorgehen bei der Gutachtenerstellung schrittweise aufgezeigt und damit eine Brücke zwischen Theorie und Praxis geschlagen. In einem gesonderten Kapitel werden Nicht-Psychologen, etwa Auftraggebern von Gutachten, Hilfen zur Beurteilung psychologischer Gutachten an die Hand gegeben. Eine besondere Hilfe bieten hier Checklisten für die Beurteilung psychologischer Gutachten, die sich auch als Richtschnur für deren Erstellung anbieten.

Die Zahl der Beispielgutachten wurde in der 4. Auflage von vormals 2 auf 3 Gutachten erhöht. Mit dem hinzugefügten Beispielgutachten aus dem Strafrecht, es handelt sich dabei um ein Gutachten zur Glaubhaftigkeit, gewinnt das Buch sehr. Wünschenswert wären noch mehr praktische Bezüge zu repräsentativen Fallbeispielen und eine damit einhergehende, umfassendere Darstellung häufig verwendeter oder empfehlenswerter standardisierter diagnostischer Verfahren. Wie schon in der vorherigen Auflage sind die Informationen und das Literaturverzeichnis in dieser Hinsicht sehr begrenzt.

Das Werk besticht insgesamt durch eine verständliche und übersichtliche Aufbereitung des Themas. Die formale Didaktik mit Definitionskästen, Merksätzen und zusammenfassenden Checklisten erleichtert das Lesen und Behalten. Es ist gleichermaßen geeignet für Psychologen, andere Fachleute und Laien, die sich mit psychologischen Gutachten auseinandersetzen.

E. Lehmann, Düsseldorf