

medizinpsychologie.com - Zur Einführung

"medizinpsychologie.com" lautet das Rahmenthema des 14. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP, <http://www.dgmp-online.de>), der vom 23. bis 25. Mai 2002 im Max-Planck-Institut für Molekulare Zellbiologie und Genetik und im Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden stattfindet.

Die Landeshauptstadt Dresden ist weltweit bekannt für ihre barocken Bauwerke wie Semperoper, Frauenkirche, Zwinger und Schloss; bekannt auch für Kunstsammlungen wie das Grüne Gewölbe und die Galerie Alte Meister. Dresden ist aber auch eine High-Tech-Stadt, ein "Silicon Valley des Ostens", und ein herausragender Industriestandort in Sachsen, wie die Werke von AMD und Infinion oder z. B. die Gläserne Manufaktur von Volkswagen zeigen. Alt und Neu treffen hier dicht aufeinander und bieten somit eine ideale Kulisse für unsere Tagung, die sich in ihren Hauptvorträgen ebenfalls den Themen Alt und Neu widmet.

Unser vielleicht ungewöhnliches Kongressmotto lädt zu Assoziationen ein: Wandel zur Informationsgesellschaft, neue Technologien, Fortschritt oder auch Verlust von Althergebrachtem und Bewährtem, Unsicherheit und Informationsflut. Patientenforen im Internet und Online-Beratung zeigen, dass Veränderungen im Patientenverhalten eintreten, die neue Anforderungen auch an unser Fachgebiet stellen.

Für diesen Kongress soll dies bedeuten: Was macht die Medizinische Psychologie aus? Wo steht das Fach in dieser Zeit des Wandels? Wo könnte es sich hin entwickeln? Dieser Kongress soll Antworten zum State of the Art der Medizinischen Psychologie liefern.

Wir freuen uns sehr, dass eine Vielzahl von Kolleginnen und Kollegen in mehr als 150 Beiträgen zu vielen aktuellen Fragen aus allen Bereichen unseres Faches Stellung beziehen, Forschungsprojekte und -ideen vorstellen und zu sicher interessanten Diskussionen anregen.

Unserem Kongressmotto verpflichtet, erfolgten große Teile der Kongressorganisation online. Unter <http://www.medizinpsychologie.com> haben wir dazu alle wichtigen Informationen bereitgestellt. So wurden Abstracts und Teilnehmeranmeldungen nahezu ausschließlich via Internet übermittelt. Gleichzeitig haben wir die großen Besucherzahlen auf der Homepage genutzt und eine Online-Umfrage zum genetischen Wissen unter Medizinpsychologen und -psychologinnen durchgeführt.

Der vorliegende Band enthält nach einer Übersicht über die Plenumsvorträge die Kurzfassungen der wissenschaftlichen Beiträge in alphabetischer Reihenfolge der Erstautorinnen und Erstautoren, gefolgt von einem Adressenverzeichnis der Beitragenden, in dem wir, getreu dem Tagungsthema medizinpsychologie.com, auch die Emailanschriften aufgeführt haben. Im abschließenden Autorenregister sind neben den Erstautoren und -innen auch Co-Autoren und -innen in alphabetischer Reihenfolge aufgelistet.

Auch in der Wahl unserer Veranstaltungsorte ist Altes mit Neuem eng verbunden. Neu ist das Max-Planck-Institut für Molekulare Zellbiologie und Genetik (<http://www.mpi-cbg.de>), in dem die Plenumsveranstaltungen stattfinden werden. Alt eingesessen ist das benachbarte Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden (<http://www.tu-dresden.de/ukd/start.htm>), in dessen Räumen die Arbeitskreise der DGMP tagen werden.

Die Anfänge der ärztlichen Ausbildung in Dresden reichen bis in die Mitte des 18. Jahrhunderts zurück. 1748 wurde das Collegium medico chirurgicum gegründet, um Militärchirurgen und Wundärzten medizinische Grundkenntnisse zu vermitteln. 1815 stiftete König Friedrich August I. die Chirurgisch-Medicinische Akademie, an der der Namensgeber des heutigen Klinikums, Carl Gustav Carus (1789-1869), als Professor für Geburtshilfe lehrte.

Beim Luftangriff am 13./14. Februar 1945 wurden Teile des Klinikums stark zerstört. Ein Großteil der Gebäude wurde neu- oder wieder aufgebaut. Heute steht der Campus mit seinen Pavillongebäuden unter Denkmalschutz. Am 1. Oktober 1993 wurde die Medizinische Akademie als Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum in die Technische Universität Dresden integriert. Seit dem 1. Juli 1999 arbeiten Uniklinikum und Medizinische Fakultät rechtlich voneinander getrennt. Das Klinikum wird seitdem als Anstalt des öffentlichen Rechts des Freistaates Sachsen geführt.

Heute vereint das Uniklinikum insgesamt 21 Kliniken, vier Institute und das Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Mit 1 300 Betten und 95 Tagesplätzen ist es das größte Krankenhaus der Stadt und zugleich das einzige Krankenhaus der Maximalversorgung in Ostsachsen.

Die Medizinische Psychologie am Klinikum (<http://www.medpsy.de>) ist seit April 1996 mit Prof. Dr. phil. Friedrich Balck besetzt. Seit 1. Januar 2002 ist die Abteilung strukturell selbständig. Zur Zeit sind zwei Sekretärinnen und sieben wissenschaftliche Mitarbeiter beschäftigt. Diese nehmen Aufgaben in der Forschung, Lehre und Patientenbetreuung wahr.

In der Medizinischen Psychologie laufen Forschungsvorhaben unter anderem zu: Chronifizierungsprophylaxe bei Rückenschmerz, psychosoziale

Aspekte akuter Hirnschädigungen, Betreuung von Palliativpatienten durch Angehörige, psychosoziale Aspekte genetischer Beratung, Lebendnierenspende und Dialyse. Einen Schwerpunkt der Forschungsvorhaben des Lehrstuhls stellen familienmedizinische Themen dar.

In den vergangenen drei Jahren wurden durch den Lehrstuhl zwei familientherapeutische Kongresse, eine Tagung zur neurologischen Rehabilitation und eine Tagung zu Psychonephrologie ausgerichtet.

Abschließend geht unser Dank an die Vielzahl der Beteiligten, die die gelungene Gestaltung des Kongresses ermöglichten: Dies sind zunächst an alle Autorinnen und Autoren, Co-Autorinnen und Co-Autoren. Der wissenschaftliche Beirat hat die Begutachtung und Auswahl der großen Zahl an eingereichten Beiträge gewährleistet. Unterstützt wurden wir durch eine Vielzahl von KollegInnen am Universitätsklinikum, natürlich vor allem durch die MitarbeiterInnen der Medizinischen Psychologie, stellvertretend seien an dieser Stelle Frau Sabine Rummelt (verantwortlich für den gesamten organisatorischen Ablauf) und Herr Dipl.-Psych. Ulrich Soeder genannt, der das Kongressplakat gestaltete. Dem Max-Planck-Institut für Molekulare Zellbiologie und Genetik gebührt Dank für die Überlassung der modernen Räumlichkeiten, das Team der Eckpunkt Medienagentur (www.eckpunkt.de) unterstützte uns bei der Gestaltung des Internetauftritts. Wir sind uns sicher, dass unsere Tagung und der vorliegende Band einen guten und umfassenden Einblick in den State of the Art der Medizinischen Psychologie in Deutschland geben wird.

Dresden, Mai 2002

Friedrich Balck, Hendrik Berth, Andreas Dinkel

Übersicht über die Plenumsreferate

Birbaumer, Niels & Strehl, Ute: Medizinpsychologische Neuroprothesen für neurologische Erkrankungen

Brucks, Ursula: Ärztliche Gesprächsführung: Stand und Perspektiven der Forschung und der Lehre

Franke, Gabriele Helga: Zentrale Ergebnisse des Arbeitskreises „Psycho-Ophthalmologie“

Gerber, Wolf-Dieter: Chronisch kranke Kinder und Jugendliche: die (Neu)Entdeckung des Struwwelpeters durch die verhaltensmedizinische Forschung?

Gieler, Uwe: Haut und Psyche

Goebel, Marion & Schedlowski, Manfred: Psychoneuroimmunologie: Wie Gehirn und Immunsystem miteinander kommunizieren

Hannich, Hans Joachim: Medizinische Psychologie in der Intensivmedizin – State of the Art

Hasenbring, Monika: Psychologische Mechanismen der Chronifizierung von Rückenschmerzen und Ansätze zur Prävention

Huppmann, Gernot: Frühe Medizinische Psychologie im Raume Dresden: Friedrich Gustav Braeunlich (1800 - 1875)

Kasten, Erich: Psychopharmakotherapie oder Psychotherapie - Wer wird gewinnen?

Koch, Uwe: Medizinische Psychologie - Aktueller Stand und Entwicklungsperspektiven

Kollenbaum, Volker-E.: Einblicke in die Innensicht - Zum Stand der Interozeptionsforschung

Maercker, Andreas: Psychotraumatologie – eine neue Theorie- und Praxisperspektive für verschiedene medizinische Disziplinen

Margraf-Stiksrud, Jutta: Psychologie und Zahnmedizin

Muthny, Fritz A. & Dörner, Udo: Vom Typ-A-Konzept zur Priorität Depressionsbehandlung nach Herzinfarkt - Zu Entwicklung und Stand psychokardiologischer Forschung und ihrer Anwendung

Schmidt, Silke & Koch, Uwe: Medizinpsychologische Aspekte der Telemedizin

Schulz, Karl-Heinz & Koch, Uwe: Transplantationspsychologie

Schulz-Kindermann, Frank: Psychoonkologie – auf dem Weg zu einem neuen Common Sense?

von Steinbüchel, Nicole: Lebensqualitätsforschung zwischen Paradigmenwechsel und Zeitgeist

Wittkowski, Joachim: Sterben, Tod und Trauern aus medizinpsychologischer Sicht - Überblick über den aktuellen Forschungs- und Kenntnisstand

Abstracts

Psychosoziale Betreuung in der Transplantationsmedizin

Archonti, Christina & Wilkens, Heinrike

Organtransplantationen zählen mittlerweile zu den Standardverfahren bei der Behandlung schwerer, der konventionellen Therapie nicht mehr zugänglichen Organerkrankungen. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die Wartezeit wie auch die Zeit nach erfolgter Transplantation mit einer Reihe von körperlichen und psychischen Belastungen verbunden ist, die hohe Anforderungen an die Anpassungsleistung von Betroffenen und deren Angehörigen stellen. Dysfunktionale Bewältigungsstrategien können zur Manifestation von psychischen Störungen führen, die sich nachteilig auf die Lebensqualität und den postoperativen Verlauf auswirken. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit einer umfassenden Betreuung von Transplantationspatienten, die neben der medizinischen Versorgung auch eine spezifische, auf die Bedürfnisse dieser Patientengruppe bezogene, psychotherapeutische Intervention beinhalten muss. In Homburg wird diese Forderung durch individuelle Beratung, einzelpsychotherapeutische Behandlung und durch die Durchführung von begleitenden, verhaltensmedizinischen Patientengruppen umgesetzt. Neben einem Überblick über das Konzept der Gruppen sollen die Erfahrungen in der Gruppenarbeit mit Transplantationspatienten und ein Ausblick auf notwendige Erweiterungen der psychologischen Betreuung vorgestellt werden.

Effektivität und Vergleich konzeptionell verschiedener Ansätze zur computergestützten Behandlung des visuellen Neglects im häuslichen Bereich der Patienten

Arnold, Michael, Müller-Oehring, Eva, Kasten, Erich & Sabel, Bernhard A.

Fragestellung: Ziel der Untersuchung ist es, ein effektives computergestütztes Behandlungsprogramm für Patienten mit visuellem Neglect zu entwickeln, das im häuslichen Bereich der Patienten angewendet werden kann. Hierbei werden zwei Behandlungsansätze, die auf konzeptuell verschiedenen Annahmen beruhen, auf ihre Effektivität hin überprüft und miteinander

verglichen. Bei den Behandlungsverfahren handelt es sich um ein visuelles Stimulationstraining, das dem restitutiven Ansatz zugeordnet werden kann, und um ein visuelles Explorationstraining, das auf die Vermittlung kompensatorischer Strategien abzielt.

Methodik: Die beschriebene Fragestellung wird im Rahmen eines Cross-over-Wartegruppen-Designs an Patienten mit visuellem Neglect überprüft, bei denen eine weitere Spontanremission nicht mehr zu erwarten ist. Die Erfassung der Ausprägung der Neglectsymptomatik erfolgt mit standardisierten neuropsychologischen Tests und experimentellen Verfahren.

Ergebnisse: Bisherige Ergebnisse weisen darauf hin, dass mit dem restitutiven Trainingsansatz eine Verbesserung der visuellen Neglectsymptomatik erreicht werden kann. Diese zeigt sich in computergestützten klinischen Diagnoseverfahren in einer Verminderung der Reaktionszeitdifferenz zwischen linkem und rechtem visuellem Halbfeld. In hochauflösenden Gesichtsfeldtests zeigt sich eine erhöhte Anzahl erkannter Reize in beiden Halbfeldern.

Diskussion: Die Verbesserung kontraläsionaler Vernachlässigung durch wiederholte systematische Stimulation des betroffenen Halbfeldes bestätigt unsere Hypothese, dass beim Neglect eine Störung des sensorischen interhemisphärischen Aktivierungsgleichgewichts vorliegt. Durch die Stimulation wird vermutlich die defekte Hirnhälfte aktiviert und das interhemisphärische Gleichgewicht verbessert, so dass die Perzeption des kontraläsionalen Reizes nicht mehr so stark gehemmt wird. Die neben diesem spezifischen Effekt bestehende allgemeine Verbesserung der Wahrnehmung von Reizen im gesamten Gesichtsfeld ist vermutlich auf eine Steigerung der allgemeinen Vigilanz und Reaktionsfähigkeit durch das Training zurückzuführen.

Videoseminar: Chancen zur Förderung salutogener Ressourcen in der hausärztlichen Sprechstunde - Das Motivationsgespräch

Bahrs, Ottomar & Hesse, Eberhard

Etwa jeder zweite Patient in der hausärztlichen Sprechstunde ist chronisch krank, dies ist nicht unbedingt Anlass für die aktuelle Konsultation, jedoch als Hintergrund präsent und vom Hausarzt als mögliche Dauerbelastung mitzubedenken. Insofern stellt sich gerade bei diesen Patienten beständig die Frage, wie effektive Hilfe zur Selbsthilfe möglich ist. Die vielfach geforderte Umsteuerung von einer pathogenetischen zu einer salutogeneti-

schen Orientierung ist daher für die Hausarztmedizin von besonderer Bedeutung. Wie aber lassen sich programmatische Forderungen im Handlungsalltag umsetzen? Eine Möglichkeit könnte z. B. in der Kooperation mit Selbsthilfegruppen liegen, die für viele chronisch Kranke eine wirksame psychosoziale Unterstützung darstellen. Nach vorliegenden Informationen sind bislang freilich nur ca. 9 % der chronisch Kranken in Selbsthilfegruppen aktiv. Eine der hausärztlichen Aufgaben könnte vor diesem Hintergrund darin bestehen, Patienten über bestehende Möglichkeiten aufzuklären und sie ggf. für eine Teilnahme an einer SHG zu motivieren. Ziel: In diesem Video-Seminar wird Gelegenheit gegeben, auf der Grundlage eines videodokumentierten Gesprächs aus der hausärztlichen Sprechstunde exemplarisch Chancen und Probleme zu diskutieren, die mit einem solchen Motivationsgespräch verknüpft sind. Dabei sollen gemeinsam Merkmale für ein ressourcenförderndes Gespräch herausgearbeitet werden. Arbeitsweise: Gruppendiskussion (max. 20 Teilnehmer), gestützt auf die Videoaufzeichnung, Kontextinformationen und ggf. Transkript. Gezielte Analyse ausgewählter Sequenzen.

Determinanten der Inanspruchnahme des Hausarztes - Ergebnisse einer europäischen Vergleichsstudie

Bahrs, Ottomar & Kuhn, Rita

Einführung: Zunehmend ist gezielte Inanspruchnahme gesundheitlicher Dienstleistungen gefragt. Allokation der Ressourcen gleichermaßen bedeutsam. Ergebnisse solcher Untersuchungen können für Qualitätsmanagement und Gesundheitsförderung interessant sein. Neben patientenbezogenen Merkmalen wird in der Literatur der Arzt selbst als Einflussgröße diskutiert. Wir vermuten, dass das Inanspruchnahmeverhalten weiterhin durch die Patient-Arzt-Interaktion sowie durch den mit dem Gesundheitssystem gesetzten Rahmen beeinflusst wird und wollen diesen Zusammenhängen auf Basis von Daten aus einer europäischen Gemeinschaftsstudie zur Hausarzt-Patienten-Kommunikation nachgehen.

Methoden: Die Arzt-Patienten-Kommunikation wurde durch strukturierte Beobachtung videodokumentierter Sprechstundengespräche beurteilt. Insgesamt 190 Hausärzte aus 6 Ländern zeichneten nach informed consent je 20 Konsultationen in der normalen Sprechstunde auf. Diese Gespräche wurden nach dem Roter's Interactional Analysis System kodiert. Patienten und Ärzte wurden ergänzend befragt, so dass aus unterschiedlichen Quellen

Informationen über Erwartungen an und Zufriedenheit mit dem Gespräch, über Beziehungsgestaltung sowie soziodemographische und praxisdemographische Angaben vorliegen.

Ergebnisse: Gesundheitsdienstleistungen wurden in Deutschland am häufigsten in Anspruch genommen. Häufige Besucher sind dem Hausarzt besser bekannt und haben geringere Erwartungen bezüglich der medizinisch-technischen Versorgung. Alter, Bildungsstand sowie Gesundheitszustand sind weitere Einflussgrößen. Die Patient-Arzt-Interaktion erscheint mit zunehmender Besucherfrequenz gespannt, die Gespräche sind wenig patientenzentriert.

Diskussion: Die Ergebnisse zeigen, dass Konsultationen, in denen Raum für die Patienten – Beteiligungschance und Zeit – zur Verfügung steht, ressourcensparend und weniger belastend sind. Gezielte Qualifikationsangebote und gesundheitspolitische Akzentsetzungen könnten Anreize dafür schaffen, dass in Deutschland nicht länger die vergleichsweise häufigsten, kürzesten, arztzentriertesten und belastendsten Gespräche geführt werden.

Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung - Werkstattbericht über ein Pilotprojekt

Bahrs, Ottomar, Lehmann, M., Nave, M., Pohl, D. & Schmidt, U.

Fragestellung: Qualitätszirkel sind eine Form der freiwilligen internen Qualitätsförderung, bei der die Teilnehmenden gemeinsam die Maßstäbe definieren aufgrund derer sie ihre eigene Arbeit bewerten. Weil Qualitätszirkel gezielt die jeweiligen Kontextbedingungen der Arbeitssituation in die Betrachtung einbeziehen, können sie insbesondere dort mit Gewinn arbeiten, wo es keine allgemeinverbindlichen Standards gibt. Dies hat sich in den vergangenen Jahren insbesondere bei niedergelassenen Ärzten bewährt und seinen Ausdruck im Konzept der "Ärztlichen Qualitätszirkel" gefunden. Vor diesem Hintergrund führt die Projektgruppe Qualitätsförderung der Abteilung Medizinische Psychologie der Universität Göttingen im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ein Pilotprojekt durch, das die Breitenimplementation von Qualitätszirkeln in der Gesundheitsförderung vorbereiten soll. In diesem Rahmen wurden seit Juni 2000 dreizehn Qualitätszirkel im Gesundheitsförderungsbereich initiiert und wissenschaftlich begleitet. Ziele des Pilotprojekts sind und a.: Dokumentation der Erfahrungen bei der Übertragung des Konzepts auf den Bereich der Ge-

sundheitsförderung; Modifikation des Konzepts, soweit erforderlich Erstellung eines Leitfadens "Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung".

Methoden: Die Moderatoren werden durch eine einführende Schulung und Begleitseminare vorbereitet. Elemente der Begleitforschung sind: Mehrfachbefragungen von Teilnehmern und Moderatoren; Sitzungsprotokolle und teilnehmende Beobachtungen.

Ergebnisse: Alle Moderatoren halten Qualitätszirkel für ein geeignetes Instrument zur Qualitätsförderung. Genannte Effekte: Verbesserung der Effektivität und Arbeitszufriedenheit; Reflexionsmöglichkeit. Fast alle Teilnehmer sehen Qualitätszirkel als ein geeignetes Instrument für Verbesserung der eigenen Arbeit.

Diskussion: Qualitätszirkel können ein wesentliches Element der zunehmend geforderten Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung werden. Es handelt sich um eine Form der Qualitätsförderung von unten ("bottom-up"), die sich dem regionalen Bedarf anzupassen vermag, die vorhandenen Ressourcen bei Gesundheitsförderern und "Klienten" aufnimmt und damit deren Autonomie stärkt.

Selbstbild und Idealbild bei Patienten mit offen versus heimlich selbstschädigendem Verhalten

Becker, Janine, Fliege, Herbert, Rose, Matthias, Walter, Otto B. & Klapp, Burghard F.

Psychoanalytischen Annahmen und klinischen Beobachtungen zufolge weisen selbstschädigende Patienten eine Selbst-Spaltung auf. Es wird angenommen, dass das Selbstbild in einen extrem negativen (minderwertigen, abhängigen und schwachen) Selbst-Anteil und einen extrem positiven, (leistungsfähigen, autarken und perfekten) Idealselbst-Anteil gespalten sei. Eine solche Selbst-Spaltung könne infolge früherer Traumatisierungen entstehen und die Psychopathogenese autodestruktiven Verhaltens prägen. Zentrales Anliegen vorliegender Untersuchung ist es, zu überprüfen, ob sich eine Selbst-Spaltung als eine Diskrepanz zwischen Selbst- und Idealselbstbild bei offen und heimlich selbstschädigenden Patienten empirisch belegen lässt. Erwartet wird, dass sich eine ausgeprägte Selbst-Spaltung deutlicher bei offen selbstschädigenden Patienten zeigt. Die Gesamtstichprobe von 462 psychosomatischen Patienten bearbeitete den Gießen-Test (Beckmann et al., 1991), welcher Selbst- und Idealselbstbild auf sechs Persönlichkeitsdimensionen erfasst. Bei 35 Patienten der Gesamtstichprobe wurde im Experten-

rating mittels des Erhebungsbogens von Willenberg et al. (1997) selbstschädigendes Verhalten dokumentiert. Gruppenstatistische Stichprobenvergleiche zeigen, dass die Selbstbild-Idealbild-Diskrepanz ausschließlich offen selbstschädigender Patienten (N = 21) im Gießen-Test erhöht ist. Heimlich selbstschädigende Patienten (N = 7) stellen sich in ihrem Selbst- und Idealselfbild ähnlich wie die psychosomatischen Patienten ohne selbstschädigendes Verhalten (N = 427) dar. Des weiteren wird über Charakteristika selbstschädigender Patienten auf verschiedenen Persönlichkeitsdimensionen berichtet. Die Ergebnisse stützen die Annahme einer Selbst-Spaltung bei Patienten mit selbstschädigendem Verhalten. Diese zeigt sich deutlicher bei offen selbstschädigenden Patienten als bei Patienten mit heimlich selbstschädigendem Verhalten. Inwieweit der Befund einer geringeren Selbst-Idealselbst-Diskrepanz heimlich selbstschädigender Patienten tatsächlich als eine geringere Selbst-Spaltungstendenz interpretiert werden darf oder gerade die Heimlichkeit dazu führt, dass eine vorhandene Selbst-Spaltung dieser Form der Erhebung nicht zugänglich ist, steht zur Diskussion.

Psychische Störungen bei Rehabilitationspatienten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung

Bengel, Jürgen, Baumeister, Harald, Höfler, Michael & Härter, Martin

Hintergrund und Zweck der Untersuchung: Aus epidemiologischen Untersuchungen ist bekannt, dass körperlich "gesunde" Menschen häufig psychische Störungen aufweisen (Wells, Golding & Burnam, 1988), dies allerdings noch in verstärktem Maße auf chronisch erkrankte Personen zutrifft. 17.5 % der nicht chronisch kranken und 24.7 % der chronisch kranken Personen erfüllten in der ECA-Studie die Kriterien für eine psychische Störung nach DSM-III (6-Monats-Prävalenz). Im Rahmen einer epidemiologischen Studie wurden für die orthopädische und kardiovaskuläre Rehabilitation Prävalenzraten psychischer Störungen ermittelt (Härter & Bengel, in press; Härter et al., in press). Ziel der Studie war es, erstmals für Deutschland die Prävalenz und Art psychischer Störungen bei Rehabilitanden im Vergleich zu einer repräsentativen Stichprobe der Allgemeinbevölkerung aus dem Bundesgesundheitsurvey (BGS 1998) zu vergleichen.

Methodik: Sowohl die Daten der Stichproben von Rehabilitationspatienten als auch die Daten des BGS 1998 basieren auf einem zweistufigen, epidemiologischen Untersuchungsansatz mit einer schriftlichen Befragung der Patienten zu ihrem psychischen Befinden (Screening) mit Selbstbeurtei-

lungsinstrumenten und einem anschließenden Interview (M-CIDI) bei einem randomisiert ausgewählten Teil der Gesamtstichprobe. Das M-CIDI ist eine erweiterte und computerisierte (Laptop-)Version des World Health Organisation-CIDI (World Health Organisation, 1997) für eine standardisierte Erfassung psychischer Störungen. In die Auswertung gingen die Angaben von 187 orthopädischen und 116 kardiologischen Patienten sowie von 3889 Personen aus dem BGS 1998 (Public Use File BGS98, 2000) ein. Beim Vergleich zwischen den beiden Rehabilitationsgruppen und der Allgemeinbevölkerung wurde nach Alter- und Geschlechtseffekten kontrolliert.

Ergebnisse und Ausblick: Die orthopädischen und die kardiologischen Rehabilitationspatienten weisen eine 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen von 44.2 % bzw. 45.7 % auf. Im Vergleich hierzu liegt bei 35.2 % der Allgemeinbevölkerung im Verlauf eines Jahres eine psychische Störung vor. Innerhalb des 4-Wochen-Zeitfensters ergaben sich Punktprevalenzen psychischer Störungen von 28.3 % und 22.2 % bei den orthopädischen und den kardiovaskulären Patienten und von 22.9 % in der Allgemeinbevölkerung. Die wesentlichsten psychischen Störungen sind bei allen drei Gruppen affektive, Angst- und somatoforme Störungen. Der deutlichste Unterschied zwischen den Rehabilitationspatienten und der Allgemeinbevölkerung ergibt sich bei den Angststörungen. Rehabilitationspatienten haben im Vergleich zu Allgemeinbevölkerung ein erhöhtes Risiko (Odds-Ratios von 1.4 bis 1.9), unabhängig vom gewählten Zeitfenster oder der Erst-Indikation. Gleichzeitig werden viele der Störungen der Rehabilitationspatienten nur unzureichend erkannt (Erkennensrate < 50 %; Reuter et al., in press).

Erfassung der "Stages of Change" bei chronischen Schmerzpatienten: Der FF-STABS

Bengel, Jürgen, Maurischat, Carsten & Härter, Martin

Fragestellung: Es zeigt es sich, dass viele chronische Schmerzpatienten beim Erlernen kognitiv-verhaltensorientierter Techniken nicht erfolgreich sind. Therapieangebote werden nicht angenommen, abgebrochen oder der Transfer in den Alltag scheitert, da und a. die Bereitschaft zur Einstellungs- bzw. Verhaltensänderung fehlt. Der Erfolg einer Therapie hängt jedoch entscheidend von dieser Patientenmerkmal zusammen. Daher ist es wichtig, dass bereits bei der Planung von Interventionen, Informationen über die Veränderungsbereitschaft vorhanden sind. Diese Studie beschreibt die Entwicklung eines Fragebogens, der nach dem Transtheoretischen Modell

(TTM) konstruiert wurde. Der Fragebogen wurde zusammen mit Instrumenten zur Konstruktvalidierung (und a. FSK, FSS, PDI, HADS) einer konsekutiven Stichprobe chronischer Schmerzpatienten vorgelegt.

Methodik: Das statistische Vorgehen sah eine Zweiteilung der Gesamtgruppe vor. In der ersten Gruppe kamen Item- und Faktorenanalysen zur Anwendung, um die Faktorenstruktur und die psychometrischen Kennwerte zu bestimmen. Die zweite Gruppe diente zur konfirmatorischen Prüfung der Faktorenstruktur.

Ergebnisse: Es nahmen 494 chronische Schmerzpatienten teil. Die Auswertungen anhand der ersten Analysegruppe (n=247) ergaben vier Faktoren respektive Stadien: fünf Items bilden das Stadium der Sorglosigkeit, vier Items das Stadium der Vorbereitung, vier Items das Stadium der Handlung und vier Items das Stadium der Aufrechterhaltung. Die Modellprüfung dieser Lösung mittels der zweiten, unabhängigen Analysegruppe (n=247) ergab ausreichende Goodness-of-Fit- und Parsimonie-Indizes. Sämtliche Konstruktvaliditäten (n=219) erwiesen sich als theoriekonform.

Diskussion: Insgesamt bestätigen die Ergebnisse dieser Studie die Umsetzbarkeit und Gültigkeit des "Stages of Change"-Modells im Bereich der Therapie chronischer Schmerzsyndrome. Es konnte ein psychometrisch solides, konfirmatorisch geprüftes und konstruktvalides Instrument entwickelt werden. Somit können Informationen über die Veränderungsbereitschaft von chronischen Schmerzpatienten gewonnen und eine Intervention entsprechend differenziert werden.

Individuelle Rehabilitationsziele in der onkologischen Rehabilitation aus Sicht von Patienten und Ärzten

Bergelt, Corinna, Welk, Hansjürgen & Koch, Uwe

Fragestellung: Ziel der Studie war die Erweiterung der Wissensbasis im Hinblick auf die von Patienten und Ärzten als wichtig erachteten Rehabilitationsziele im Rahmen eines zielorientierten Evaluationsansatzes zur onkologischen Rehabilitation.

Methodik: In einer Längsschnittstudie wurde 407 Patienten zu Beginn und am Ende der Rehabilitationsmaßnahme ein neu entwickelter Fragebogen zu individuellen Rehabilitationszielen und deren Erreichung vorgelegt, der insgesamt 10 unterschiedliche Zielbereiche umfasst. Die behandelnden Ärzten wurden unabhängig von den Patienten mit einem parallelen Instrument befragt.