

Aus dem Universitätsklinikum Münster  
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie  
- Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft -

**Differentielle Betrachtung der Alterskohorten einer konsekutiven  
Patienten-Stichprobe der psychosomatisch-psychotherapeutischen  
Fachabteilung eines Allgemeinkrankenhauses in den Jahren 2002-2004**

INAUGURAL – DISSERTATION  
zur  
Erlangung des doctor medicinae  
der Medizinischen Fakultät  
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von  
Heyng, Matthias  
aus Dorsten

2007

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. V. Arolt

1. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft

2. Berichterstatter: PD Dr. A. Schumacher

Tag der mündlichen Prüfung: 13.03.2007

Aus dem Universitätsklinikum Münster  
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie

- Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft -

Referent: Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft

Koreferentin : PD Dr. A. Schumacher

## **Zusammenfassung**

Differentielle Betrachtung der Alterskohorten einer konsekutiven Patienten-Stichprobe der psychosomatisch-psychotherapeutischen Fachabteilung eines Allgemeinkrankenhauses in den Jahren 2002-2004

Heyng, Matthias

Die Akten der Patienten (N = 1164), die konsekutiv in den Jahren 2002 bis 2004 in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Fachabteilung eines Allgemeinkrankenhauses mit psychodynamisch begründetem, multimodalem Therapiekonzept stationär aufgenommen worden waren, wurden ausgewertet. Als Grundlage dienten die im Rahmen des Dokumentationssystems Psy-BaDo kontinuierlich erhobenen Daten. Nach Einteilung der Patienten in fünf Alterskohorten wurden die erhobenen Daten auf Kohortenunterschiede, insbesondere im Hinblick auf soziodemographische Daten, Diagnosen, individuelle Zielsetzungen für die Therapie sowie Zugangswege und Inanspruchnahme der Behandlung untersucht. Die Werte für die Beeinträchtigungsschwere (BSS) und das globale Funktionsniveau (GAF) zu Beginn und gegen Ende der Behandlung wurden miteinander verglichen, anschließend erfolgte auch bezogen auf diese Werte ein Kohortenvergleich mit Berechnung der Effektstärken. Es wurde die Frage gestellt ob ältere Patienten im Vergleich zu jüngeren weniger stark beeinträchtigt sind, ein geringeres Funktionsniveau haben und von stationärer Psychotherapie in gleichem Maße profitieren. Die gefundenen soziodemographischen Ergebnisse wurden mit Daten aus der Allgemeinbevölkerung verglichen, die Inanspruchnahme von Psychotherapie in den Alterskohorten untersucht. Zielsetzungen wurden auf Altersspezifität untersucht, die Häufigkeiten der gestellten Diagnosen in den Kohorten mit Ergebnissen aus früheren Studien verglichen.

Insgesamt zeigte sich nicht nur eine Unterrepräsentation der Patienten ab einem Lebensalter von 60 Jahren in der untersuchten Stichprobe, diese Patienten waren auch vor der stationären Aufnahme seltener und weniger lange ambulant vorbehandelt worden.

In allen Altersgruppen kam es, gemessen an den BSS- und GAF-Werten, zu einem vergleichbaren Rückgang der Beeinträchtigungsschwere und einer Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus durch die Behandlung. Insgesamt zeigten sich bei Prä-post-Vergleichen von BSS und GAF sehr große Effektstärken (ES=1,7 bzw. 2,2).

Aus den gefundenen Ergebnissen ergibt sich die Notwendigkeit, Behandlungsangebote besonders für die Älteren weiter auszubauen und über eine Verbesserung des Netzwerkes der ambulanten, stationären und komplementären psychosozialen Versorgung die Inanspruchnahme der Behandlungsangebote zu vergrößern.

Depressive Störungen wurden in dieser Stichprobe gehäuft im vierten bis sechsten Lebensjahrzehnt gefunden, bezogen auf die übrigen Kategorien der ICD-10 fand sich keine Altersabhängigkeit, ebenso wenig in den individuellen Zielsetzungen für die anstehende Behandlung. Es ergibt sich somit keine Notwendigkeit zur Einrichtung altershomogener Patientengruppen oder zur Entwicklung exklusiver altersspezifischer Behandlungskonzepte.

Tag der mündlichen Prüfung: 13.03.2007

Die vorliegende Arbeit wurde in der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Münster unter Anleitung von Herrn Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft angefertigt.

Herrn Prof. Dr. Heuft danke ich sehr herzlich für die hilfreiche Unterstützung, die konstruktive Kritik und die jederzeit angenehme Arbeitsatmosphäre bei der Durchführung der Arbeit.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b>	1
1.1 Bevölkerungsstruktur	4
1.2 Alter und Therapieziele	4
1.3 Epidemiologische Aspekte	5
<b>2. Material und Methode</b>	7
2.1 Stichprobe	10
2.2 Messinstrumente	10
2.2.1 Psy-BaDo	10
2.2.1.1 Individuelle Therapieziele (ITZ)	11
2.2.1.2 Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS)	11
2.2.1.3 Global Assessment of Function Scale (GAF)	12
2.3 Methodisches Vorgehen	12
<b>3. Hypothesen und Fragestellung</b>	13
<b>4. Ergebnisse</b>	15
4.1 Soziodemographische Daten	16
4.2 Vermittlung in die stationäre Krankenhausbehandlung	20
4.3 Psychotherapeutische/psychiatrische Diagnosen	21
4.4 Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) zu Behandlungsbeginn	24
4.5 Global Assessment of Function Scale (GAF) zu Behandlungsbeginn	25
4.6 Vorbehandlungen	26
4.7 Individuelle Therapieziele	27
4.8 Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) bei Behandlungsende	29
4.9 Global Assessment of Function Scale (GAF) bei Behandlungsende	30
4.10 Art der Therapiebeendigung	31
4.11 Ergebnisse in den Alterskohorten	31
4.11.1 Soziodemographische Angaben	31
4.11.2 Vermittlung der Behandlung	47

4.11.3	Diagnosen	49
4.11.4	Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS)	57
4.11.5	Global Assessment of Function Scale (GAF)	59
4.11.6	Vorbehandlungen	60
4.11.7	Individuelle Therapieziele	63
4.11.8	Beendigung der Therapie	68
<b>5.</b>	<b>Diskussion</b>	<b>69</b>
<b>6.</b>	<b>Fazit</b>	<b>83</b>
<b>7.</b>	<b>Literatur</b>	<b>85</b>
<b>8.</b>	<b>Anhang</b>	<b>88</b>

## 1. Einleitung

Die Arbeit beschäftigt sich mit einer differentiellen Betrachtung von Patienten unterschiedlicher Altersgruppen einer Fachabteilung für Psychosomatik und Psychotherapie. Dabei sollen Unterschiede in soziodemographischen Angaben, Diagnoseschwerpunkten und -häufigkeiten, Schwere der Beeinträchtigung, den Funktionsniveaus und der individuellen Therapiezielsetzung in den einzelnen Altersgruppen untersucht und diskutiert werden.

Es wird nicht nur zwischen den Behandlungen von so genannten jüngeren und älteren Erwachsenen unterschieden, sondern auch die Jüngeren in Alterskohorten unterteilt, so dass es zu einem Vergleich unterschiedlicher Alterskohorten aus dem gesamten Erwachsenenalter kommt.

Von Rudolf (2005) werden die Entwicklungsstufen des Erwachsenenlebens in die Lebensabschnitte des jungen, mittleren und späten Erwachsenenalters sowie den Abschnitt, in dem ältere Menschen sich befinden, eingeteilt. Für jede Altersgruppe werden, teilweise sehr unterschiedliche, spezifische Anforderungen im Umgang mit der jeweiligen sozialen, familiären und beruflichen Situation, mit körperlicher Krankheit bzw. Gesundheit, mit dem Selbstbild und mit Konflikten beschrieben.

Für den jungen Erwachsenen geht es danach unter Einsatz von Neugier, Risikofreude, Mut, Konstanz und Ausdauer, um den Einstieg ins berufliche Leben und den Aufbau partnerschaftlicher Bindungen. Hilfreich dabei sind ein gesundes Maß an konstruktiver Aggressivität und sexueller Aktivität. Zur Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Behandlung führen dabei häufig fehlende oder nicht ausreichend ausgebildete psychosexuelle Identität, dadurch bedingte Unsicherheiten, Ängstlichkeit und Selbstzweifel.

Die Aufgaben im mittleren Erwachsenenalter bestehen in der Übernahme zunehmender beruflicher und familiärer, insbesondere auch elterlicher Verantwortung. Häufig ist eine Auseinandersetzung mit Enttäuschungen und unerfüllten Wünschen erforderlich. Ungelöste Bindungen an die eigenen Eltern können starke Konfliktspannungen hervorrufen, die Entwicklung von der rein partnerschaftlichen in eine elterliche Beziehung kann misslingen, das Vorhandensein von Doppel- oder Mehrfachbelastungen zu Überforderungen führen.

Im späten Erwachsenenalter erfordert die Ablösung der eigenen Kinder eine erneute Anpassung des eigenen Rollenverständnisses und der Paarbeziehung, körperliche Beschwerden und Erkrankungen treten häufiger auf und führen nicht selten zu Selbstwertkonflikten. Bekannt ist die Depression der so genannten Midlife-Crisis, beziehungsweise deren Abwehr durch forcierte Veränderungen der beruflichen oder partnerschaftlichen Situation.

Die deutlich verbesserte soziale Situation, der verbesserte Gesundheitszustand bzw. die zunehmende Lebenserwartung älterer Menschen erlauben eine höhere Lebensqualität und einen Zuwachs an Möglichkeiten in diesem Lebensabschnitt Alter im Vergleich zu vorhergehenden Generationen.

Die wichtigsten entwicklungspezifischen Aufgaben in diesem Lebensabschnitt bestehen in der Auseinandersetzung mit den zunehmenden Freiheiten nach Beendigung der beruflichen Tätigkeit, aber auch mit vermehrter Einsamkeit, Trennung, Abschied, Krankheit und Tod. Dieses kann zu verbitterter Resignation und enttäuschem Rückzug führen. Rudolf sieht die Notwendigkeit einer ständigen Anpassungsleistung des Selbst in allen Entwicklungsstufen des Lebens.

Faltermaier et al. (1992) beschreiben in ihrer Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters Entwicklungsprozesse und Veränderungen im Erleben und Verhalten erwachsener Menschen und fragen, wie sich Identität, Lebensziele und soziale Beziehungen wandeln und welche Rolle wichtige Lebensereignisse und -krisen spielen. Sie kommen zusammenfassend zu dem Ergebnis, dass eine universelle Krise im mittleren Erwachsenenalter eindeutig nicht feststellbar sei.

Trotz Veränderungen im endokrinen und physischen Bereich fand Thiele (1988) bei der Untersuchung von berufstätigen Männern im Alter von 35 bis 64 Jahren keinen Alterseffekt auf die Befindlichkeit und die subjektive Fitness. Er schloss daraus, dass es keine zwingend krisenhafte Altersentwicklung beim Manne gibt. Entscheidend sei vielmehr die Verfügbarkeit von Bewältigungsstrategien.

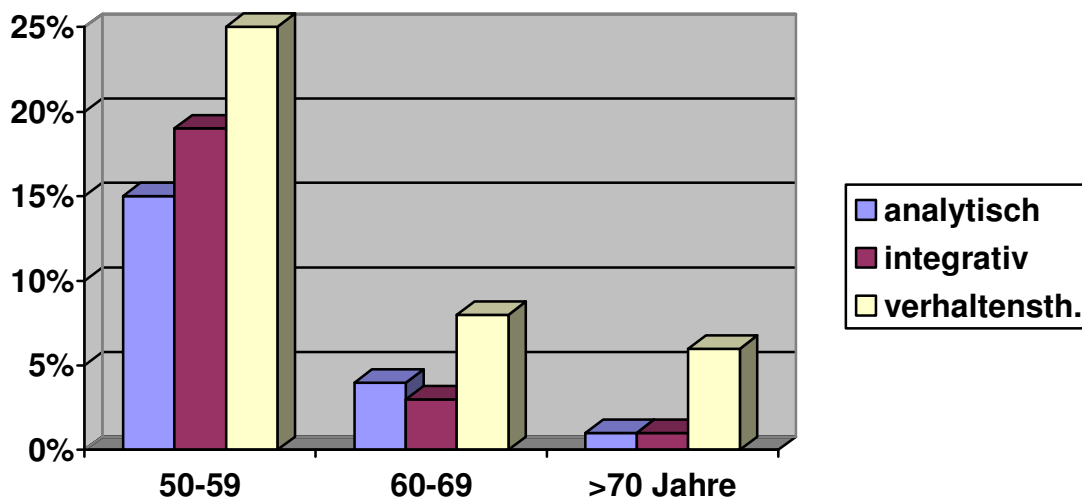
Insbesondere in der Psychotherapie Älterer wird von vielen Autoren in der BRD eine defizitäre Situation bezüglich Forschung, Lehre und Versorgung festgestellt (Radebold 1994) und ein Rückstand von mindestens 10 Jahren im Vergleich zu den USA beschrieben. Menschen ab 60 Jahren sind im Widerspruch zur erhöhten Prävalenz und Inzidenz psychosomatischer und psychoneurotischer Störungen in der ambulanten Psychotherapie weit unterrepräsentiert (Heuft et al. 2006). Vandieken (2005) betrachtet die jahrzehntelange Vernachlässigung der psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung älterer Menschen angesichts der Alterspyramide als drängendes Problem. Der Bedarf an entsprechender Versorgung der über 60-Jährigen werde auf etwa 10 % geschätzt, sei wahrscheinlich jedoch höher. Jedoch finde sich nur ein Bruchteil dieser Altersgruppe in den psychotherapeutischen Praxen (0,3-1,0 %) und Krankenhäusern (6 %).

Lange et al. (1995) untersuchten den Anteil älterer Patienten in psychosomatisch-psychotherapeutischen Akut- und Rehabilitationskliniken und die Zusammenhänge zwischen



Alter und Behandlungskonzepten. In den 3 untersuchten Kohorten im Alter zwischen 50 und 59 bzw. 60 und 69 Jahren sowie einer Gruppe >70 Jahre wurde jeweils am häufigsten verhaltenstherapeutisch behandelt. 25 % der Patienten in Kliniken mit verhaltenstherapeutischem Konzept waren zwischen 50 und 59 Jahre alt, der Anteil an 60- bis 69-Jährigen betrug 8%, 1 % war über 70 Jahre alt. In Kliniken mit integrativem Behandlungskonzept waren 19 % der Patienten zwischen 50 und 59 Jahre alt, 3 % zwischen 60 und 69 und 1 % über 70 Jahre. Auch der Anteil der Patienten in Kliniken mit analytischem Therapiekonzept nahm mit zunehmendem Alter ab. 50 bis 59-Jährige machten 15 % der Patienten in diesen Kliniken aus, 60- bis 69-Jährige 4 %, die über 70-Jährigen bildeten einen Anteil von nur noch 1 % der dort behandelten Patienten.

Insgesamt ergeben die Daten einen deutlichen Rückgang der behandelten Patienten mit zunehmendem Alter. Betrug der Anteil zwischen 50 und 59 Jahren in den untersuchten Kliniken noch 15 bis 25 % aller Patienten, waren es bei den 60- bis 69-Jährigen 4 bis 8 %, bei den über 70-Jährigen nur noch 1 bis 6 % (siehe auch Abb.1).



**Abb. 1: Anteil älterer Patienten in psychosomatisch-psychotherapeutischen Akut- und Rehakliniken – Zusammenhang von Alter und Behandlungskonzept (Lange et al. 1995, S. 247)**

Gunzelmann et al. (2000) erhoben unter anderem soziodemographische Daten einer Stichprobe von 766 im eigenen Haushalt lebenden über 60-jährigen Personen in der Bundesrepublik Deutschland. Dabei zeigte sich ein Anteil von 50,1 % von verheirateten und zusammenlebenden Personen, 1,6 % waren verheiratet und getrennt lebend, 2,6 % ledig, 3,4 % geschieden und 42,2 % verwitwet. 53,1 % lebten mit einem Partner, 46,9 % ohne. Abitur,

ein Hochschul- oder Fachhochschulstudium hatten 13,7 %, der Rest hatte keinen Abschluss oder die 8.-10. Klasse besucht.

Der Anteil der Menschen ab 60 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland betrug laut Statistischem Bundesamt (2003) im Jahre 2001 24,1 % der Bevölkerung, davon der über 80-Jährigen 3,9 % (siehe Tabelle 1). Im Gegensatz dazu fand Bolk-Weisedel (2002) lediglich einen Anteil von 3,2 % über 60-jähriger Patienten bei 3.200 Anträgen auf Genehmigung einer tiefenpsychologisch fundierten bzw. analytischen Psychotherapie. Diese Werte sprechen für eine deutliche psychotherapeutische Unterversorgung älterer Menschen in der BRD.

	Gesamtbevölkerung	<20 Jahre		20-59 Jahre		ab 60 Jahre			
						insgesamt		ab 80 Jahre	
	Millionen	N	%	N	%	N	%	N	%
2001	82,4	17,2	20,9	45,3	55,0	19,9	24,1	3,2	3,9

**Tab. 1: Altersstruktur der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland 2001 (Statistisches Bundesamt)**  
N in Mio.

### 1.1 Bevölkerungsstruktur

Auf die bisherige Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung, den zu erwartenden ansteigenden Prozentsatz älterer Menschen und die sich daraus ergebenden gesellschaftlichen bzw. sozioökonomischen Folgen soll an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden. Der Altersaufbau in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 2001 wurde bereits oben dargestellt. Insgesamt ist gesichert, dass der psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung älterer Menschen wegen der demographischen Entwicklung in der Zukunft eine zunehmend größere Bedeutung zukommen wird.

### 1.2 Alter und Therapieziele

Denkbare Zielsetzungen einer psychodynamischen Psychotherapie könnten sich aus den altersspezifischen psychosozialen Aufgaben der Betroffenen ergeben. So kann die Bewältigung drohender oder realer Verlusterlebnisse, insbesondere die der Behandlung Älterer eine wichtige Rolle spielen, ebenso wie eine Lebensbilanzierung oder die Akzeptanz geistiger oder körperlicher Einbußen und eine zunehmende Abhängigkeit von anderen Menschen oder Hilfsangeboten. Weitere Ziele älterer Psychotherapiepatienten können die Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben oder Tod sein (Marschner & Heuft 1994). Aus

verhaltenstherapeutischer Sicht werden von denselben Autoren Veränderung von Verhalten und kognitiven Mustern als altersunabhängige Rahmenziele angegeben. Weiter werden die Aneignung von Copingstrategien sowie ein Zuwachs an Selbstständigkeit und sozialer Kompetenz genannt. Wie bei den psychoanalytischen Behandlungen bestünden wichtige Therapieziele in der Bilanzierung des bisher gelebten Lebens und der Auseinandersetzung mit dem Alterungsprozess als solchem.

Insgesamt werden therapieschulenübergreifend für ältere Patienten größtenteils ähnliche Therapieziele formuliert wie für jüngere. Als spezifische übergeordnete Zielsetzung bei narzisstischen Neurosen im Alter sieht Lazarus (1988) die Nachreifung der narzisstischen Entwicklung, zum Beispiel durch Akzeptanz der eigenen Begrenztheit und Bedürfnisse nach Beziehungen sowie die Modifikation der Selbsterwartungen. Die Zielsetzungen bei der Behandlung Älterer werden durch das bevorzugte Menschenbild mitbestimmt (Radebold 1994, S. 29). „Das angestrebte Idealbild ist das Bild des kontemplativen, altersweisen (sich damit jenseits aller Triebregungen und Konflikte befindlichen), sich sowohl von der Außenwelt als auch von allen Aufgaben und Funktionen zurückziehenden und auf sein bevorstehendes Lebensende vorbereitenden Älteren.“

Zu spezifischen Zielsetzungen anderer erwachsener Altersgruppen in der Psychotherapie finden sich in der Literatur kaum Hinweise.

In einer Studie zur Bereitschaft, bestimmte Ziele anzusteuern, fanden Verhoff et al. (1984) eine Abnahme der Leistungsmotiviertheit in höheren Altersgruppen, dabei insbesondere bei Frauen, gegenüber den jüngeren. Ebenso trete bei Frauen die Beziehungsmotivation mehr in den Hintergrund, die Machtthematik verändere sich dagegen kaum. Bei Männern sei das Beziehungsmotiv grundsätzlich weniger ausgeprägt und altersunabhängig, die Machtmotivation nehme im mittleren Lebensalter zu, um dann im Alter an Bedeutung zu verlieren.

### **1.3 Epidemiologische Aspekte**

Depressionen sind im höheren Lebensalter die häufigste psychische Störung, obwohl ihre Häufigkeit nach dem 65. Lebensjahr deutlich abnimmt. Sie treten bei Älteren mit einer hohen Komorbidität körperlicher Erkrankungen auf. Die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens an einer Depression zu erkranken, ist für Frauen ungefähr doppelt so hoch wie für Männer (Schauenburg & Zimmer 2005). Soeder (2002) bezeichnet die Datenlage für die Prävalenz von depressiven Störungen in höherem Lebensalter als uneinheitlich. Es lägen sowohl Befunde für eine Zunahme als auch für eine Abnahme depressiver Störungen mit

zunehmendem Lebensalter vor. Jorm (2000) sieht eine Altersunabhängigkeit. Eckhardt-Henn et al. (2004) beschreiben eine eindeutige Altersverteilung mit bevorzugtem Auftreten von sogenannten neurotischen Depressionen im 3. und 4. Lebensjahrzehnt, von melancholischer (psychotischer) Depression im 5. und 6. Dezenium. Diese in englischen Studien gefundenen Ergebnisse seien auch für deutsche Patienten gesichert. Außerdem wird auf ein bevorzugtes Auftreten bei Frauen mit dem Verhältnis von 2 bis 3:1 Männern gegenüber angegeben.

Hautzinger (1994) sieht eine deutliche Zunahme depressiver Störungen in allen Altersstufen, ein besonders gesteigertes Erkrankungsrisiko bestehe jedoch für die 18- bis 29-Jährigen.

Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung wird nach Heuft et al. (2006) bei Patienten höheren Lebensalters deutlich seltener gestellt als im jungen Erwachsenenalter. Sie beziehen sich unter anderem auf Perry (1993), der eine Abnahme von Borderline-Störungen im Erwachsenenalter um ungefähr die Hälfte nach neun Jahren gefunden habe, allerdings in den meisten Fällen Erwachsene bis zu einem Alter von 50 Jahren untersucht hätte, sodass aussagekräftige Ergebnisse für Menschen oberhalb dieser Altersgrenze fehlten. Ebenso „passen“ die ICD-10-Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung bei Älteren oft nicht, was zum Phänomen der „Unterdiagnostizierung“ führen könnte.

In der Studie von Meyer et al. (2000) zur Lebenszeitprävalenz affektiver Störungen in der erwachsene Allgemeinbevölkerung fand sich unter den 18- bis 64-jährigen Bewohnern einer norddeutschen Region ein Anteil von 12,3 % für depressive Störungen nach DSM-IV-Kriterien. Die Lebenszeitprävalenz beschreibt den Anteil der zum Untersuchungszeitpunkt in ihrem bisherigen Leben Erkrankten.

Psychische Störung nach DSM-IV	Lebenszeitprävalenz in %		
	Gesamt (N=4.075)	Männer (N=2.045)	Frauen (N=2.030)
affektive Störungen	12,3	7,3	17,3
Angststörungen	15,1	9,3	20,3
somatoforme Störungen	12,9	8,8	17,1
Essstörungen	0,7	0,3	1,0
Störungen durch Substanzkonsum	25,8	32,3	19,4
Psychische Störungen insgesamt	45,4	43,4	47,4
Störungen ohne Substanzkonsum	30,3	20,6	40,0

**Tab. 2: Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen (nach Meyer et al. 2000)**

Dieser Studie zufolge sind somatoforme Störungen mit einer Lebenszeitprävalenz von 12,9 % nach Suchtstörungen (25,8 %) und Angststörungen (15,1 %) die dritthäufigste psychische Störung in der Bevölkerung. Bei den somatoformen Störungen überwiegt der Anteil der Frauen in einem Verhältnis von 10 bis 20 zu eins (Cloninger 1996). Essstörungen wurden in einer Häufigkeit von 0,7 % gefunden. Unter Ausschluss schizophrener Störungen und geistiger Behinderungen wurde von Meyer eine Lebenszeitprävalenz für psychische Störungen überhaupt von 45,4 % bei Frauen und von 43,4 % bei Männern festgestellt. Abzüglich der Störungen durch Substanzkonsum bleiben Lebenszeitprävalenzen von 40,0 % (Frauen) und 20,6 % (Männer) bei einem Wert von 30,3 % für die Gesamtstichprobe. Zu den häufigsten Einzeldiagnosen zählten neben Tabakabhängigkeit (20,9 %) Major Depression (10,0 %), spezifische Phobien (10,6 %) und Schmerzstörungen (12,2 %) (vgl. Tab. 2).

Der Geschlechtsunterschied in der Lebenszeitprävalenz bei allen nicht substanzkonsumbezogenen Störungen lag bei ungefähr 2:1 mit höherer Erkrankungshäufigkeit bei Frauen. In den älteren Kohorten ergab sich eine geringere Lebenszeitprävalenz für Störungen durch den Konsum illegaler Drogen und für psychogene Essstörungen.

Für Angststörungen und Alkoholkonsum fand sich eine signifikante Abnahme der Lebenszeitprävalenz ab einem Alter von 50 Jahren aufwärts. Eine geringere Schulbildung stand in Verbindung mit vermehrtem Tabakkonsum und mit dem Auftreten von Angststörungen. Mehr als eine Diagnose wurde unter Ausschluss der Tabakabhängigkeit bei 37 % der Untersuchten gestellt.

Auch Kraemer & Zimmer (2001) beschreiben niedrigere Prävalenzraten für Angststörungen im Alter verglichen mit denen im jüngeren Erwachsenenalter.

Der Einfluss von Partnerschaften auf das seelische Befinden und den Verlauf seelischer Störungen ist seit langem bekannt. Willi (1994) stellte bei Menschen, die gegen Ende der sechziger Jahre erwachsen geworden sind, ein höheres Problembewusstsein für Zweierbeziehungen heraus. Dagegen stellt Minnemann (1994) eine höhere subjektive Belastung durch die Beziehung bei Älteren fest.

## **2. Material und Methode**

### **2.1 Stichprobe**

Die vorliegende Arbeit basiert auf einer Vollerhebung aller in den Jahren 2002, 2003 und 2004 aufgenommenen Patienten der psychosomatisch-psychotherapeutischen Fachabteilung

eines Allgemeinkrankenhauses (Marienhospital Steinfurt, Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie mit Sitz in Laer/Westf., siehe Abb.2).

Die Abteilung wurde 1983 gegründet und verfügte im genannten Zeitraum über 60 vollstationäre Behandlungsplätze, verteilt auf zwei stationäre Einheiten. Tagesklinische Behandlungen wurden im genannten Zeitraum nicht durchgeführt. Behandelt werden erwachsene Patienten ab dem 18. Lebensjahr, in Ausnahmefällen werden auch Patienten im Alter von 17 Jahren aufgenommen. Der Einzugsbereich der Abteilung geht weit über die unmittelbare Umgebung bzw. den Kreis Steinfurt hinaus, ca. ein Drittel der Patienten stammt zum Beispiel aus dem nördlichen Ruhrgebiet.



**Abb. 2: Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie des Marienhospitals Steinfurt mit Sitz in Laer/Westf.**

Aufgenommen wurden insgesamt 1178 Patienten mit dem gesamten Spektrum psychischer Störungen der Gruppen F3 bis F6 der ICD-10, insbesondere depressive, Zwangs-, Angst-, Anpassungs- und Belastungsstörungen, somatoforme Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen und somatopsychische Störungen. Kontraindikationen für die stationäre Aufnahme waren dementielle Erkrankungen, Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis, akute suizidale Krisen und Suchterkrankungen als Hauptdiagnose.

Kostenträger der Behandlung waren die gesetzlichen und privaten Krankenkassen sowie Beihilfestellen. Die psychotherapeutische Einzel- und Gruppentherapie folgt überwiegend einem tiefenpsychologischen Ansatz mit Integration von Elementen anderer Therapie-richtungen wie Verhaltenstherapie, systemischer Familientherapie und imaginativer Traumatherapie. Darüber hinaus umfasst das therapeutische Angebot Gestaltungs-, Ergotherapie und Entspannungsverfahren wie Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen (PMR) und Autogenes Training (AT). Außerdem gehören Sporttherapie, Angstexpositionstraining, Schmerzbewältigungs- und Körperwahrnehmungsgruppen sowie Physiotherapie zum Therapieangebot. Insgesamt wurde nach einem ganzheitlichen bzw. bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnis behandelt, es bestanden keine alters-spezifischen Therapiekonzepte oder –bausteine. Gearbeitet wurde mit gemischten Gruppen, sowohl auf die Störungsbilder als auch auf das Lebensalter der Patienten bezogen.

Die Auslastung der Abteilung war bis auf unwesentliche Schwankungen (2002: 96,7%; 2003: 97,8%; 2004: 96,5%) gleich bleibend, trotz der allgemeinen Tendenz zur Abnahme der Behandlungszeiten bei vollstationärer Krankenhausbehandlung in der BRD (Statistisches Bundesamt 2006). Bei gleichzeitiger Abnahme der durchschnittlichen Behandlungsdauer (2002: 52,9 Tage; 2003: 52,6 Tage; 2004: 48,4 Tage) wurde die Auslastung über eine Steigerung der Fallzahl (2002: 401 Patienten; 2003: 407 Patienten; 2004: 438 Patienten) konstant gehalten.

Laut Statistischem Bundesamt betrug die Auslastung in den 75 Fachabteilungen für Psychosomatik und Psychotherapie in der BRD im Jahre 2000 durchschnittlich 92,5%, die mittlere Verweildauer lag bei 46,6 Tagen.

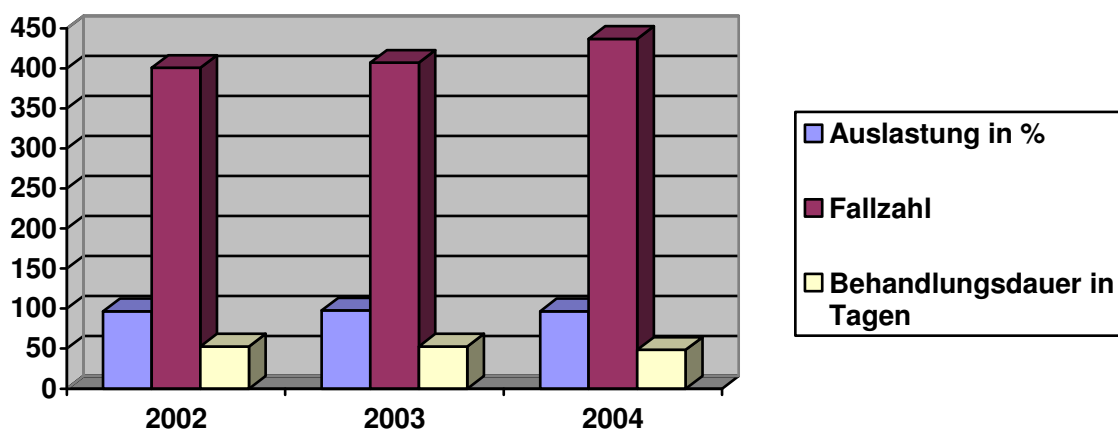


Abb. 3: Auslastung, Fallzahlen und Behandlungsdauer im Marienhospital Laer 2002 bis 2004

Die stationären Aufnahmen erfolgten nach Durchführung eines ambulanten Vorgesprächs durch den Oberarzt der Klinik. Die Wartezeiten betragen für dieses Vorgespräch ca. 6 Wochen und durchschnittlich weitere 6 Wochen bis zur stationären Aufnahme.

## **2.2 Messinstrumente**

### **2.2.1 Psy-BaDo**

Zur Qualitätssicherung und Ergebnisdokumentation der psychosomatischen und psychotherapeutischen Fachbehandlung erfolgte der Einsatz von Teilen der Basisdokumentation Psy-BaDo der AWMF-Fachgesellschaften (Heuft & Senf 1998), entwickelt u.a. mit dem Ziel, ein praktikables, zeitökonomisches, therapieschulenübergreifendes Instrument der Qualitätssicherung in der Psychotherapie zu schaffen. Die Autoren betonen im dazu gehörigen Manual, dass die Dokumentation gestuft und modular einsetzbar ist. Auch die Möglichkeit des partiellen Einsatzes, zum Beispiel nur der Teile, die für die jeweiligen Anwender besonders interessant seien, wird erwähnt.

In der untersuchten Abteilung wurden durch Selbstauskunft der Patienten zu Beginn der Behandlung soziodemographische Angaben erhoben zu Geschlecht, Geburtsdatum, Nationalität, aktuellem Familienstand, aktueller Partnersituation, Haushalt, Wohnsitz, höchstem Schulabschluss, höchstem Berufsabschluss, zuletzt ausgeübtem Beruf, momentaner beruflicher Situation, Arbeitsunfähigkeit und laufenden Rentenverfahren. Außerdem wurden die Patienten gebeten, nach Möglichkeit 5 individuelle Therapieziele (ITZ) für die anstehende psychotherapeutische Behandlung schriftlich zu formulieren. Diese sollten möglichst konkret formuliert werden und nach realistischem Ermessen im Rahmen der Behandlung erreichbar sein. Das Manual liefert ein offenes Categoriesystem Individueller Therapieziele (KITZ), mit dessen Hilfe die frei formulierten Behandlungsziele dreistellig verschlüsselt werden können.

Von den Therapeuten wurden zu Beginn der Behandlung die Art der Vermittlung zur Therapie, bis zu drei psychotherapeutisch-psychosomatische Diagnosen nach ICD-10, der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS), die Global Assessment of Function Scale (GAF), die Anzahl der ambulanten psychotherapeutischen/psychiatrischen Vorbehandler und die Dauer der stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen Vorbehandlungen angegeben. Am Ende der Behandlung erfolgte durch den Therapeuten eine erneute Einschätzung von BSS und GAF, die Dokumentation der Entlassungsdiagnosen und empfohlener Behandlungsmaßnahmen.



### **2.2.1.1 Individuelle Therapieziele (ITZ)**

Die Erhebung der ITZ diente in der genannten Abteilung in erster Linie der Erarbeitung von Behandlungsschwerpunkten und veranlasste die Patienten, ihre Ziele sprachlich eindeutig zu benennen und einen konkreten Behandlungsauftrag zu formulieren. Damit sollten sie Aufschlüsse über die intendierten Behandlungsschwerpunkte geben sowie Patient und Therapeut die Absprache über die – insbesondere für stationäre Therapie – unbedingt notwendige Fokusbildung erleichtern (Senft et al. 2000). Dazu werden innerhalb der ersten Behandlungswoche ein Hauptziel und bis zu vier weitere Ziele formuliert.

Die Unterteilung der ITZ erfolgt durch das dreistellige Kategoriensystem Individueller Therapieziele (KITZ) mit 5 Hauptkategorien:

1. intrapsychische Probleme und Konflikte
2. interaktionelle, psychosoziale Probleme und Konflikte
3. körperbezogene Probleme und Symptome
4. Medikamente/stoffgebundene und nicht stoffgebundene Sucht
5. sozialmedizinische und Rehabilitationsziele.

Zur Kodierung der ITZ ist jedem der insgesamt 124 benannten Einzelziele eine dreistellige Zahl zugeordnet, deren erste Ziffer die Hauptkategorie angibt, ansonsten erfolgt eine willkürliche Zuordnung zu einzelnen Zielen (z.B. Bearbeitung von Ängsten 103; Einsamkeit und Kontaktstörung 206). Darüber hinaus gibt es für jede Hauptkategorie eine Zuordnung für ein nicht näher bezeichnetes Problemfeld dieser Kategorie sowie die Kategorie 999 für nicht näher bezeichnete Problemfelder, die keiner der 5 Hauptkategorien zugeordnet werden können. Insgesamt enthält das KITZ somit 130 vorgegebene dreistellig verschlüsselte Einzelkategorien. Es ist jedoch als „offenes System“ konzipiert, so dass bei zusätzlichem Bedarf weitere Kategorien eingefügt werden können.

### **2.2.1.2 Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)**

Der BSS (Schepank 1987; 1995) ist ein Expertenrating zur Erfassung der Schwere der Beeinträchtigung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Es erfolgt eine Einschätzung in den Bereichen körperlicher, psychischer und sozialkommunikativer Beeinträchtigung. Die Skala geht von 0 = gar nicht über 1 = geringfügig, 2 = deutlich, 3 = stark bis zu 4 = extrem. Die Summe der Werte aus den drei Teilbereichen ergibt den Gesamtscore mit einem Cut-off-Wert von mindestens 5 für das Vorhandensein einer psychogenen Störung. In der Psy-BaDo wird zu Beginn eine Einschätzung für die letzten 7 Tage (Punktprävalenz) und die letzten 12 Monate (im Durchschnitt), am Ende der

Behandlung für die letzte Behandlungswoche erhoben. Der BSS kann unter anderem für die Differentialindikation zwischen ambulanter und stationärer Behandlung eingesetzt werden.

### **2.2.1.3 Global Assessment of Function Scale (GAF)**

Die GAF ist ein Fremdbeurteilungsinstrument des psychosozialen Funktionsniveaus bzw. der psychischen, sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit des Patienten. Sie besteht aus einer linearen Skala von 0 bis 100 und wird in 10er-Schritten operationalisiert, Zwischenstufen sind im Rating jedoch möglich. Es wurden durch die Therapeuten Beurteilungen für die letzten 7 Tage vor Beginn der Behandlung, den maximalen Wert über mindestens eine Woche während des letzten Jahres vor Behandlungsbeginn und am Ende der Behandlung erneut für die letzte Behandlungswoche abgegeben. Der Grenzwert wird unterschiedlich eingeschätzt, ein Wert von 50 Punkten wird als Hinweis auf die Notwendigkeit weiterer professioneller Unterstützung gesehen (Möller 1994). Zur Unterscheidung von nicht pathologischem und pathologischem Niveau wählte Steinhausen (1987) einen GAF-Wert von 70.

## **2.3 Methodisches Vorgehen**

Einbezogen wurden alle verfügbaren Akten der in den Jahren 2002 bis 2004 in die Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie aufgenommenen Patienten. Im ersten Schritt dieser Arbeit wurde in diesen Akten die schriftlich formulierten ITZ nach den im Manual zur Psy-BaDo vorgeschlagenen Kodierrichtlinien des KITZ den entsprechenden dreistelligen Zahlen zugeordnet. Aufnahme- und Entlassungsdatum wurden übernommen, das Geburtsdatum ebenso, zusätzlich das Lebensalter zum Aufnahmezeitpunkt in ganzen Jahren berechnet, Angaben zum Geschlecht in dichotome Variablen verschlüsselt. Die weiteren oben genannten soziodemographischen Angaben des Patienten sind bis auf die Frage nach der Dauer der Arbeitslosigkeit in den Psy-BaDo-Fragebögen bereits als nominalskalierte Variablen angelegt. Von den Therapeutenangaben wurden die psychischen nach ICD-10 verschlüsselten Aufnahme- und Entlassungsdiagnosen übernommen, die Einschätzung des Beeinträchtigungsschwere-Scores differenziert nach den drei Bereichen körperlich, psychisch und sozialkommunikativ sowie als Gesamtsummen-Score. Die GAF-Werte wurden als intervallskalierte Variablen verschlüsselt, die Angaben für Vermittlung der Behandlung nominalskaliert. Fehlende Werte der intervallskalierten Variablen (BSS und GAF) wurden mit den entsprechenden Funktionen des Statistikprogramms ersetzt.

Die Altersangaben wurden in 10-Jahresschritten in Kohorten zusammengefasst, wegen der geringeren Anzahl von Patienten unter 20 und über 70 Jahre wurden diese in die Gruppen bis

29 bzw. ab 60 Jahre einbezogen. Dadurch wurden 5 Alterskohorten gebildet, die erste bzw. jüngste Gruppe der Patienten unter 30 Jahren, eine zweite Gruppe der 30- bis 39-Jährigen. Die dritte oder mittlere Gruppe schloss die Patienten zwischen 40 und 49 Jahren ein, die vierte wurde durch die 50- bis 59-Jährigen gebildet. Die fünfte Gruppe bestand aus den Patienten ab 60 Jahren, im Folgenden auch die Älteren genannt.

Die Therapieziele wurden zusätzlich zu der Einzelverschlüsselung des Kategoriensystems nach ihrer Zugehörigkeit zu einer der fünf Hauptkategorien eingeordnet. Außerdem wurde die Anzahl der tatsächlich angegebenen der insgesamt 130 Therapieziele ermittelt.

Alle Variablen wurden hinsichtlich allgemeiner Häufigkeiten, danach auf Unterschiede zwischen den einzelnen Altersgruppen untersucht. Die BSS- und GAF-Werte im Jahr zuvor, zu Beginn und am Ende der Behandlung wurden miteinander verglichen, die Differenzen der Mittelwerte errechnet, auf signifikante Unterschiede überprüft, die Effektstärken wurden berechnet. Anschließend wurden die BSS- und GAF-Werte auf die unterschiedlichen Altersklassen bezogen. Die wegen nicht vorhandener bzw. nicht auffindbarer Akten nicht auswertbaren Fälle wurden in einer eigenen Gruppe zusammengefasst. Die aus der Patientenstatistik des Krankenhauses entnommenen Angaben zu Alter und Geschlecht dieser Patienten wurden mit denen der Stichprobe verglichen. Die Bearbeitung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS (Janssen & Laatz 2005).

Bei Vergleich der unterschiedlichen Alterskohorten wurden bei den nominalskalierten Datensätzen nur die Fälle einbezogen, bei denen Daten vorlagen, die anderen Fälle gingen nicht in die Kohortenvergleiche ein.

Die Unterschiede zwischen den Altersklassen wurden mit dem Chi-Quadrat-Test auf Signifikanz geprüft.

### **3. Hypothesen und Fragestellungen**

Das Ziel der Arbeit besteht zunächst in der Beantwortung der Frage, ob sich die Patienten der Stichprobe unter soziodemographischen Gesichtspunkten von Patienten in früheren Untersuchungen unterscheiden und wie sich die gefundenen Daten in Bezug auf die Gesamtbevölkerung und auf vorbekannte Prävalenzzahlen psychischer Störungen verstehen lassen. Insbesondere soll dabei untersucht werden, ob sich charakteristische Unterschiede zwischen den Alterskohorten in Bezug auf Altersverteilung, Geschlecht, Nationalität, Familien- und Bildungsstand, beruflicher und Wohnsituation finden, wie der Anteil an Arbeitslosen und Rentenempfängern über die Altersklassen verteilt ist.

Es wird gefragt, ob die Dauer der psychotherapeutischen Vorbehandlungen und die Art der Vermittlung bzw. die Anzahl der Vorbehandler Aufschluss über Varianz in der Motivation und Inanspruchnahme bezüglich stationärer Psychotherapie geben. Die Patientenstruktur der untersuchten Klinik wird dahingehend geprüft, ob ältere Menschen auch hier in Behandlungseinrichtungen für Psychosomatik und Psychotherapie bezogen auf ihren Anteil an der Bevölkerung und auf ihre Behandlungsbedürftigkeit weit unterrepräsentiert sind.

Die angestrebten Ziele für die psychotherapeutisch-psychosomatische Behandlung sollen, nach Zielkategorie eingeordnet, auf die Frage untersucht werden, ob sich in der Zielsetzung in den verschiedenen Altersstufen typische, den Entwicklungsstufen des Erwachsenenalters entsprechende Anforderungen widerspiegeln, ob zum Beispiel die Arbeit an körperlichen Symptomen in den höheren Altersklassen eine größere Rolle spielt, als bei den jüngeren Patienten.

Es wird die Frage gestellt, ob die hohe Anzahl von 130 Zielen, die in das Kategoriensystem Individueller Therapieziele der Psy-BaDo aufgenommen wurden, erforderlich ist, beziehungsweise welcher Anteil dieses Kategoriensystems von den Patienten der Stichprobe genutzt wurde.

Anhand der Auswertung der Beeinträchtigungsschwere und des Funktionsniveaus wird untersucht, ob die Patienten unterschiedlichen Alters in gleichem Maße von der durchgeführten Behandlung profitiert haben, die Vorstellung, dass die Therapieerfolge bei älteren Menschen geringer sei, wird überprüft. Darüber hinaus soll die differenzierte Betrachtung des BSS nach körperlicher, psychischer und sozialkommunikativer Beeinträchtigung klären, ob ältere Patienten körperlich schwerer beeinträchtigt sind als jüngere. Es wird die Notwendigkeit von spezifischen Konzepten in den einzelnen Alterskohorten diskutiert und eine daraus ggf. zu folgernde Durchführung der Behandlungen in altershomogenen Patientengruppen.

Die Anzahl der Diagnosen soll Hinweise auf das Maß an psychischen Komorbiditäten in den einzelnen Altersstufen geben, die Frage, ob die Zahl der komorbiden Störungen mit steigendem Alter zunimmt, wird erörtert.

Folgende Hypothesen werden aufgestellt:

- Die Altersstruktur der Stichprobe entspricht nicht der Altersverteilung der erwachsenen Allgemeinbevölkerung der Bundesrepublik, es finden sich anteilmäßig deutlich weniger Patienten in der höchsten Alterskohorte.
- Der Anteil an Frauen unter den Patienten übertrifft den Anteil an Männern deutlich.

- Arbeitslosigkeit als ein sozioökonomischer Risikofaktor für seelische Erkrankungen kommt im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung überproportional häufig in der untersuchten Klientel vor.
- Das Bildungsniveau ist in den unterschiedlichen Altersklassen durch gesellschaftliche bzw. geschichtliche Ursachen deutlich verschieden, es finden sich wesentlich mehr Patienten mit höherem Schulabschluss in den jüngeren Kohorten.
- Es finden sich in den höheren Altersstufen deutlich weniger Personen mit Persönlichkeitsstörungen als in den jüngeren Kohorten.
- Ältere Patienten haben mehr komorbide seelische Störungen, deshalb finden sich mehr Fälle mit zwei oder drei Diagnosen aus dem psychosomatisch-psychotherapeutischen Bereich.
- In den verschiedenen Altersklassen lassen sich analog typischer Entwicklungsanforderungen im Laufe des erwachsenen Lebens verschiedene Zielsetzungen finden.
- Die insgesamt 130 Ziele im Kategoriensystem Individueller Therapieziele werden nur zu einem geringen Anteil genutzt, da die Zielsetzung seitens der Patienten zwar individuell in freier Form angegeben wurden, die dahinter liegende Problemstellung bzw. Konfliktkonstellation sich jedoch auf wenige wiederkehrende Bereiche beschränkt.
- Die Diagnosen in den Altersklassen variieren, da psychische Störungen in unterschiedlichem Alter nicht gleich häufig auftreten.
- Ältere Patienten verfügen auf Grund ihres Alters prinzipiell über ein geringeres Funktionsniveau als jüngere, die Beeinträchtigung ist größer.
- Die Beeinträchtigungsschwere im körperlichen Bereich hat mit steigendem Alter eine wachsende Bedeutung, wegen der zunehmenden Vereinsamung Älterer wächst darüber hinaus insbesondere auch die Beeinträchtigung im sozialkommunikativen Bereich.
- Ältere Patienten sind in der Lage, in gleichem Maße von Psychotherapie zu profitieren wie jüngere, daher sind die Änderungen der Beeinträchtigungsschwere und des allgemeinen Funktionsniveaus in etwa gleich ausgeprägt.

#### **4. Ergebnisse**

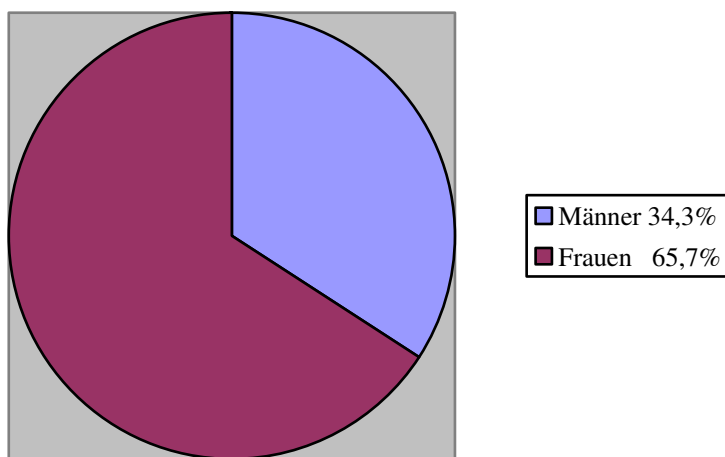
In den Jahren 2002 bis 2004 wurden in der untersuchten Fachabteilung für Psychosomatik und Psychotherapie in Laer insgesamt 1178 Patienten aufgenommen. Es konnten 1164 Akten ausgewertet werden, nur 14 Akten (1,2 %) standen aus unterschiedlichen Gründen nicht zur Verfügung. Aus der Patientenstatistik des Krankenhauses konnten Angaben für das Alter dieser 14 Patienten entnommen werden, die Vornamen ließen in allen Fällen eindeutig auf das

Geschlecht schließen. 11 dieser Patienten (78,6 %) waren Frauen. Der Jüngste war 29, der Älteste 58 Jahre. Der größte Anteil dieser Gruppe (N= 6; 42,9 %) war zwischen 50 und 59 Jahre alt. Bezogen auf Alter und Geschlecht unterschieden sich diese nicht weiter betrachteten Patienten statistisch nicht signifikant von den Patienten der Stichprobe.

#### 4.1 Soziodemographische Daten

Die soziodemographischen Angaben wurden durch Selbstauskunft der Patienten zu Beginn der Behandlung erhoben.

In der Stichprobe fand sich bei den 1164 Patienten ein Verhältnis zwischen Männern (399) und Frauen (765) von annähernd eins zu drei.



**Abb.4: Geschlechtsverteilung der untersuchten Stichprobe (N=1164)**

Die Untersuchung der Altersverteilung der Patienten zeigte ein deutliches Überwiegen der mittleren Altersbereiche und eine Abnahme der Zahl der Patienten ab dem 55. Lebensjahr. Der jüngste Patient war bei Aufnahme 17 Jahre alt, der älteste 84. Der Mittelwert lag bei 40,3, der Median bei 41,0 Jahren. Das häufigste Aufnahmealter war 49 Jahre, dieses wurde in 3,6 % der Fälle (N=42) gefunden. Das Alter von 74, 75, 80 und 84 Jahren wurde jeweils einmal gefunden, gar nicht vertreten waren die Altersstufen 77-79 und 81-83 Jahre.

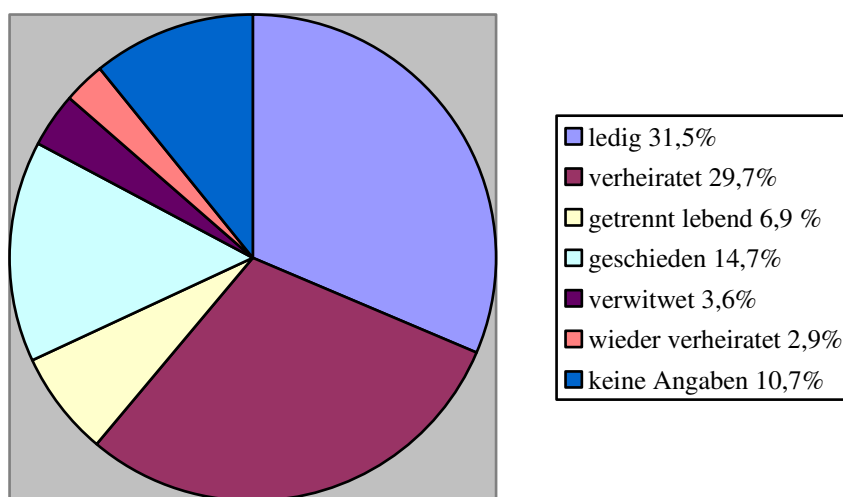
Nach Unterteilung der Alterskohorten (siehe Tab. 3) in 5 Gruppen, zeigte sich die größte Gruppe bei den 40- bis 49-Jährigen (350 Patienten, 30,1 %).

Die zweitgrößte Gruppe bildeten die 30- bis 39-Jährigen mit einer Anzahl von 300 beziehungsweise 25,8 %. Größere Gruppen wurden auch von den Patienten unter 30 (246 Fälle, 21,1 %) und zwischen 50 und 59 Jahren (214 Fälle, 18,4 %) gebildet. Dagegen fiel die Anzahl der Patienten ab 60 Jahren mit einer Häufigkeit von insgesamt 54 (4,6 %) deutlich ab.

Altersgruppe	Häufigkeit	%
(1) unter 30 Jahre	246	21,1
(2) 30-39 Jahre	300	25,8
(3) 40-49 Jahre	350	30,1
(4) 50-59 Jahre	214	18,4
(5) ab 60 Jahre	54	4,6
insgesamt	1164	100,0

**Tab. 3: Häufigkeit in den Alterskohorten (N=1164)**

Zur Nationalität wurde von 963 Patienten Angaben gemacht, das entspricht 82,7 % der ausgewerteten Akten. In 946 Fällen (81,2 % der Stichprobe) wurde deutsch als Nationalität angegeben. 6 Patienten (0,5 %) waren türkischer Nationalität, je zweimal wurden die Niederlande und Italien angegeben (je 0,2 %). Je einmal genannt wurden Österreich, Spanien, Großbritannien, Griechenland, Kroatien, Marokko und Portugal. In 201 Akten (17,2 %) fanden sich diesbezüglich keine Angaben. Berücksichtigt man nur die Akten, in denen tatsächlich Angaben zu dieser Frage gemacht wurden, betrug der Anteil deutscher Staatsbürger unter diesen Patienten 98,2 % (siehe auch Tab. 4 im Anhang).



**Abb. 5: Angaben zum Familienstand (N=1164)**

Angaben zum Familienstand machten 1040 Patienten, bzw. 89,3 % der Stichprobe. 367 Patienten waren ledig, das entspricht 31,5 %. 346 (29,7 %) waren bei Aufnahme verheiratet.

80 (6,9 %) lebten getrennt, 171 (14,7 %) waren geschieden, 42 (3,6 %) verwitwet, 34 (2,9 %) wieder verheiratet. 124 (10,7 %) machten keine Angaben (siehe Abb. 5).

Die Frage nach der aktuellen partnerschaftlichen Situation beantworteten 118 Befragte (10,2 %) mit „kurzfristig kein Partner“, 239 (20,5 %) mit „langfristig/dauerhaft kein Partner“. Wechselnde Partnerschaften wurden von 15 (1,3 %) angegeben, feste Partner (Ehepartner) von 388 (33,3 %), feste Partner (Nicht-Ehepartner) von 263 (22,6 %). 141 Patienten (12,1 %) machten keine Angaben (siehe auch Tab.5 im Anhang).

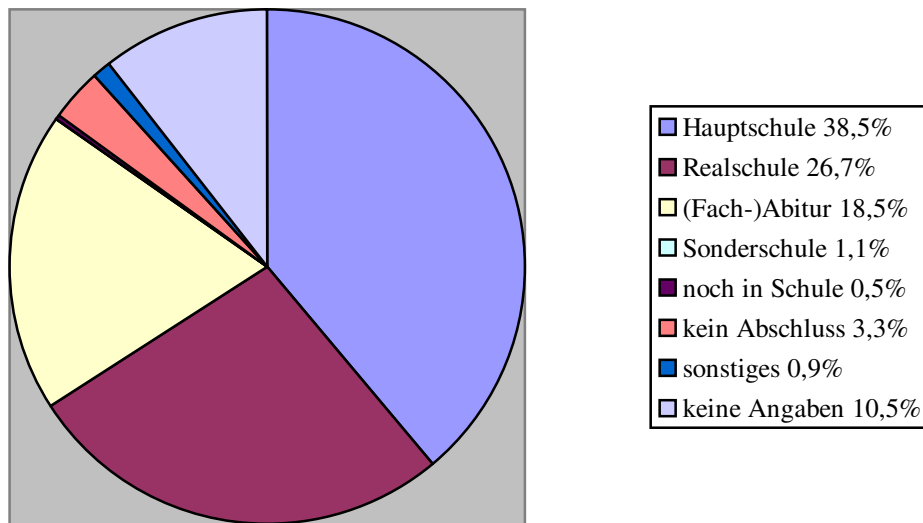
In 73 der untersuchten Fälle (6,2 %) lebten die Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme versorgt im Haushalt der Eltern, 30 (2,6 %) mit ihren Eltern oder Schwiegereltern zusammen. In einem eigenen Haushalt (mit Partner; eigener Familie etc.) lebten 823 (70,7 %), in einer Wohngemeinschaft 28 (2,4 %). 86 Patienten (7,4 %) gaben die Kategorie „sonstiger Haushalt“ an, diese Kategorie wurde nicht weiter spezifiziert. In 124 Akten (10,7 %) fanden sich keine Angaben zu dieser Frage (siehe auch Tab. 6 im Anhang).

Die Frage nach der aktuellen Wohnsituation bei Aufnahme beziehungsweise dem ersten Wohnsitz beantworteten 872 Patienten (74,9 %) mit der Antwortkategorie „Privatwohnung, möbliertes Zimmer, Wohnungsgemeinschaft“. 10 (0,9 %) waren im Betreuten Wohnen, entweder als Einzelbewohner oder in einer Wohngruppe. 2 der Befragten (0,2 %) lebten in „einem therapeutischen, psychiatrischen oder gerontopsychiatrischen Heim, in einem Heim für Behinderte, in einem (Übergangs-)Wohnheim oder in einer Nachtklinik“. Je 4 (0,3 %) gaben an, in einem sonstigen nicht-therapeutischen Heim wie z.B. einem Studentenwohnheim oder Aussiedlerwohnheim, in einem psychiatrischen Krankenhaus zu wohnen oder ohne festen Wohnsitz zu sein. In 54 Fällen (4,6 %) wurde die Kategorie „sonstige/unklar/unbekannt“ gewählt. Die Antwortmöglichkeiten „Altenwohn- bzw. -pflegeheim“ und „Justizvollzugsanstalt“ wurden in keinem der Fälle genannt. 214 der Befragten (18,3 %) machten keine Angaben (siehe auch Tab. 7 im Anhang).

Nach dem höchsten Schulabschluss befragt, gab die größte Gruppe der Patienten (448 Fälle, 38,5 %) einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss an, gefolgt von der Gruppe mit Realschulabschluss/mittlerer Reife/polytechnischer Oberschule (311 Fälle, 26,7 %). 215 Patienten (18,5 %) hatten Abitur oder Fachabitur, 13 (1,1 %) hatten einen Sonderschulabschluss.

6 der Befragten (0,5 %) waren noch in der Schule, 38 (3,3 %) hatten keinen Abschluss. „Sonstiges“ wurde von 10 Befragten (0,9 %) genannt, keine Angaben zum Schulabschluss machten 123 (10,5 %) (siehe Abb. 6).





**Abb.6: Angaben zum höchsten Schulabschluss (N=1164)**

In der Rubrik höchster Berufsabschluss wurde 570-mal (49,0 %) Lehre/Fachschule angegeben, gefolgt von der Gruppe der Patienten ohne Berufsabschluss (165; 14,2 %). Fachhochschule/Universität wurde 100-mal (8,6 %) genannt, 25 hatten einen Berufsabschluss als Meister (2,1 %). 39 Patienten (3,4 %) waren zum Aufnahmezeitpunkt noch in der Berufsausbildung. 185 (15,9 %) machten keine Angaben (siehe auch Tab. 8 im Anhang).

Die größte Gruppe der Patienten (306; 26,2 %) war einfacher Angestellter oder Beamter im letzten oder zuletzt ausgeübten Beruf, 164 (14,1 %) waren un- oder angelernte Arbeiter. 147 (12,6 %) der Befragten waren Facharbeiter oder angestellte Handwerker, danach folgten die mittleren Angestellten und Beamten im mittleren Dienst, 87-mal genannt (7,5 %). Höher qualifizierte Angestellte bzw. Beamte im gehobenen Dienst fanden sich in 78 Fällen (6,7 %), hochqualifizierte Angestellte bzw. Beamte im höheren Dienst 29-mal (2,5 %). 28 Patienten (2,4 %) waren im letzten oder zuletzt ausgeübten Beruf selbstständige Handwerker, Landwirte und Gewerbetreibende in kleineren Betrieben, 4 (0,3 %) der gleichen Berufsgruppen in mittleren Betrieben. Selbstständige Akademiker, Freiberufler und größere Unternehmer wurden in 16 Fällen (1,4 %) genannt, 44 Patienten (3,8 %) waren nie erwerbstätig. 53 (4,6 %) kreuzten „unbekannt/unklar“ an, 208 (17,9 %) machten keine Angaben (siehe auch Tab. 9 im Anhang).

Zum Zeitpunkt der Aufnahme in die stationäre Behandlung waren 364 der Patienten (31,3 %)

vollzeitig, 127 (10,9 %) in Teilzeit, 18 (1,5 %) gelegentlich berufstätig. 209 (18,0 %) waren arbeitslos gemeldet. Nicht berufstätige Hausfrauen/Hausmänner fanden sich in 99 Fällen (8,5 %). In Ausbildung waren 48 (4,1 %), Wehr- oder Zivildienst bzw. ein freiwilliges soziales Jahr wurde von 2 Patienten (0,2 %) abgeleistet. Ebenfalls 2 waren geschützt beschäftigt. 65 Patienten (5,6 %) gaben den Bezug einer Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente an, davon 25 (2,2 %) auf Dauer, 33 (2,8 %) auf Zeit. 7-mal (0,6 %) wurde nicht differenziert zwischen dauerhafter und zeitlich begrenzter Berentung. 149 (12,8 %) Patienten machten keine Angaben zur beruflichen Situation bei Aufnahme (siehe auch Tab. 10 im Anhang).

In insgesamt 709 (60,9 %) der untersuchten Akten fanden sich Angaben zur Arbeitsunfähigkeit bzw. deren Dauer, 64 (5,5 %) wählten die Antwortmöglichkeit „unbekannt“. Bei den restlichen 645 (55 %) betrug die Arbeitsunfähigkeit im Durchschnitt 11,7 Wochen. Der höchste angegebene Wert lag bei 200 Wochen. 218 (18,7 %) waren nicht arbeitsunfähig. In 455 Fällen (39,1 %) fehlten Angaben zu dieser Frage.

Die Frage nach einem laufenden Rentenverfahren wurde in 878 Fällen (75,4%) verneint. 29-mal (2,5 %) wurde angegeben, ein Rentenantrag sei gestellt, bei 23 Patienten (2,0 %) lief zum Aufnahmezeitpunkt ein Rentenstreit bzw. ein Sozialgerichtsverfahren. 22 (1,9 %) hatten ein laufendes Verfahren zur Erlangung einer Zeitrente (siehe auch Tab. 11 im Anhang).

#### **4.2 Vermittlung in die stationäre Krankenhausbehandlung**

Von den Therapeuten wurden zu Beginn der Behandlung Angaben zur Vermittlung der stationären Krankenhausbehandlung gemacht. Diese Angaben waren bei 88,5 % (1030 Patienten) vollständig. Die meisten Patienten (557; 47,9 %) waren durch Psychiater oder Nervenärzte vermittelt worden. Danach folgten Allgemeinärzte bzw. Praktische Ärzte mit 298 Vermittlungen (25,6 %). Internisten waren 62-mal (5,3 %) die Vermittler, gefolgt von Ärztlichen Psychotherapeuten (30 Fälle; 2,6 %), Ärzten für Psychotherapeutische Medizin (25; 2,1 %) und sonstigen, nicht weiter differenzierten Fachärzten und anderen Kliniken (je 19; 1,6 %). 9-mal (0,8 %) war die Vermittlung durch den Patienten selbst zustande gekommen, 2-mal (0,2 %) durch nicht-ärztliche Psychotherapeuten, in 1 Fall (0,1 %) handelte es sich um eine geplante Wiederaufnahme. In 8 Fällen (0,7 %) wurde die Antwortmöglichkeit „unbekannt/sonstige“ gewählt. Kostenträger/Leistungsträger, Beratungsstellen sowie Gesundheitsämter/Ordnungsämter/Sozialämter, im Fragebogen ebenfalls ankreuzbar, traten als Vermittler nicht auf (siehe auch Tab.12 im Anhang).

### 4.3 Psychotherapeutische/psychiatrische Diagnosen

Bei Aufnahme wurden im Rahmen der Psy-BaDo vom Therapeuten bis zu drei psychische Diagnosen nach ICD-10 gestellt. In 1079 (92,7 %) der 1164 eingeschlossenen Fälle wurde mindestens eine Diagnose verschlüsselt, 85-mal (7,3 %) fehlten Angaben diesbezüglich. 80-mal (6,8 %) wurde nur 1 Diagnose vergeben, 307-mal (26,5 %) 2 Diagnosen, 692 Patienten (59,4 %) erhielten 3 Hauptdiagnosen.

Bei den an erster Stelle verschlüsselten Hauptdiagnosen wurden 46 verschiedene Einzeldiagnosen vergeben, die größte Gruppe kam dabei aus dem Bereich der affektiven Störungen (ICD-10: F3), insgesamt 617-mal (53,0 %) diagnostiziert.

Als zweitgrößte Gruppe folgte der Bereich F4, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (372 Patienten; 32,0 %). Dabei wurde am häufigsten die Kategorie F 41, sonstige Angststörungen (z.B. Panikstörungen, generalisierte Angststörung) vergeben, (N=106; 9,1 % der Stichprobe). Somatoforme Störungen (ICD-10: F45) wurden in 101 Fällen (8,7 %), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10: F43) 91-mal (7,8 %) diagnostiziert, gefolgt von phobischen Störungen (ICD-10: F40), (44 Patienten; 3,8 %), Zwangsstörungen (ICD-10: F42), (14 Patienten; 1,2 %) und sonstigen neurotischen Störungen (z.B. Neurasthenie, Depersonalisations-, Derealisationssyndrom) mit 12 Patienten (1,0 %). Am wenigsten häufig aus der Kategorie F4 wurde die F42, Zwangsstörungen, vergeben (N=4; 0,3 %).

Bei den 1000 zweitgenannten Diagnosen wurden insgesamt 111 verschiedene Einzeldiagnosen verschlüsselt. Dabei fiel auf, dass wesentlich mehr Diagnosen aus dem Bereich F6 (Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen) gestellt wurden, und zwar in 298 Fällen (25,6 %). Affektive Störungen wurden an zweiter Stelle nur noch zu 13,0 % (151 Fälle) diagnostiziert. Den höchsten Anteil an Zweitdiagnosen bekam die Kategorie F4, neurotische, Belastungs- und Anpassungsstörungen mit 404 Fällen (34,7 %).

Bei den 692 Drittdiagnosen stieg die Zahl der vergebenen verschiedenen Einzeldiagnosen auf 138. Auffallend war der mit 284 (24,4 %) weiterhin hohe Anteil an F6-Diagnosen, auch F5 war mit 98 Fällen (8,4 %) nur geringfügig gegenüber dem Anteil bei den Zweitdiagnosen (106 Fälle; 9,1 %) abgefallen. Affektive Störungen wurden nur noch in 35 Fällen (3 %) diagnostiziert, F4-Diagnosen 157-mal (13,5 %). Deutlich gestiegen war der Anteil sonstiger Diagnosen, insbesondere durch vermehrte Verschlüsselung der Kategorie F1, psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, und aus den Bereichen X60-84, vorsätzliche Selbstschädigung, sowie Z-Diagnosen, Faktoren, die den Gesundheitszustand be-

einflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen. Darunter fallen Probleme mit der sozialen Umgebung, durch negative Kindheitserlebnisse, mit der primären Bezugsgruppe einschließlich familiärer Probleme, sonstige Probleme mit den psychosozialen Umständen oder der Lebensbewältigung. Diese Kategorie wurde als erste Hauptdiagnose 8-mal genannt (0,7 %), als zweite 41-mal (3,5 %), als dritte dann 118-mal (10,1 %).

<b>Diagnose-Kategorie nach ICD 10</b>	<b>1. Diagnose N=1079</b>	<b>2. Diagnose N=1000</b>	<b>3. Diagnose N=692</b>	<b>insgesamt</b>
F 3 – affektive Störungen	617 (53,0%)	151 (13,0%)	35 (3,0%)	803 (69,0%)
F 4 – neurotische, Belastungs- und Anpassungsstörungen	372 (32,0%)	404 (34,7%)	157 (13,5%)	933 (80,1%)
F 5 – Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	40 (3,4%)	106 (9,1%)	98 (8,4%)	244 (21,0%)
F 6 – Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	42 (3,6%)	298 (25,6%)	284 (24,4%)	624 (53,6%)
sonstige (F 0., F 1, F2, F9, Z-Diagnosen, nicht psychische Erkrankungen)	8 (0,7%)	41 (3,5%)	118 (10,1%)	167 (14,3%)
keine Angaben	85 (7,3%)	164 (14,1%)	472 (40,6%)	

**Tab. 13 : Häufigkeiten der Hauptdiagnosen nach ICD-10-Kategorien (N= 1164), weitere Erläuterungen siehe Text**

Insgesamt wurden 2771 Diagnosen verschlüsselt. Die dabei am häufigsten gewählte Diagnosekategorie war F4 – Neurotische, Belastungs- und Anpassungsstörungen. Diese wurde 933-mal vergeben, das entspricht 80,1 % der untersuchten Fälle. F3 – Affektive Störungen wurde insgesamt 803 Mal verschlüsselt (69,0 %), an dritter Stelle folgte F6 – Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (N=624; 53,6 %) vor F5 – Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren (N=244; 21,0 %). Sonstige wurden 167-mal genannt (14,3 %). Die Kategorie F8 – Entwicklungsstörungen wurde in keinem der untersuchten Fälle vergeben (siehe Tabelle 13).

Die am häufigsten gestellte Einzeldiagnose bei den Hauptdiagnosen war F33.1, mittelgradige Episode einer rezidivierenden depressiven Störung. Sie wurde 291-mal vergeben, das entspricht 25,0 % der Stichprobe. An zweiter Stelle folgte F33.2, rezidivierende depressive

Störung, gegenwärtig schwere Episode (N=150; 12,9 %), danach die F32.1, mittelgradige depressive Episode (N=96; 8,2 %) und F32.2, schwere depressive Episode (N=67; 5,8 %). Außer den Diagnosen aus dem Bereich der affektiven Störungen trat am häufigsten die Diagnose F41.1, generalisierte Angststörung, auf (N=61; 5,2 %), gefolgt von Diagnose F43.2, Anpassungsstörungen (N=52; 4,5 %), F45.4, anhaltende somatoforme Schmerzstörung (N=44; 3,8 %) und F 43.1, posttraumatische Belastungsstörung (N=24; 2,1 %).

Je einmal wurde als Hauptdiagnose F06.7, leichte kognitive Störung, aus dem Bereich F06, sonstige Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit, und F20.0, paranoide Schizophrenie, genannt, obwohl diese Diagnosen nicht den Aufnahmekriterien der Abteilung entsprechen. Gleiches gilt für im Vordergrund stehende Suchterkrankungen, als erste Hauptdiagnose zweimal, je einmal F10.2, Alkoholabhängigkeitssyndrom, und F13.2, Abhängigkeitssyndrom von Sedativa und Hypnotika, vergeben.

Als zweitgenannte Diagnose war F60.7, abhängige Persönlichkeitsstörung (N=79; 6,8 %) vertreten, F61, kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen, 64-mal (5,5 %). Aus dem Bereich der affektiven Störungen wurde an zweiter Stelle am häufigsten F33.1 (N=67; 5,8 %) vergeben. Somatoforme Schmerzstörungen wurden häufiger an dieser Stelle als bei den erstgenannten Diagnosen genannt.

Bei den an dritter Stelle genannten Diagnosen wurde am häufigsten F60.7 verschlüsselt (N=108; 9,3 %). F60.8, sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen, darunter fallen u.a. die narzisstischen Persönlichkeitsstörungen, wurde 49-mal (4,2 %) vergeben, F61, kombinierte Persönlichkeitsstörungen, 45-mal (3,9 %). An dieser Stelle wurde die Diagnose F50.4, Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen, häufiger genannt als an erster oder zweiter Stelle.

Die insgesamt am häufigsten genannte Diagnose war die der mittelgradigen Episode einer rezidivierenden depressiven Störung (N=370, 31, 8 %). An zweiter Stelle fand sich die abhängige Persönlichkeitsstörung, diese wurde insgesamt in 183 der 1164 untersuchten Patientenakten verschlüsselt, dies entspricht 15,7 %. Danach folgten die schwere Episode einer rezidivierenden depressiven Störung, 175-mal (15,0 %) diagnostiziert, sowie die mittelgradige depressive Episode (N=153; 13,1 %). An fünfter Stelle stand die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (N=115; 9,8 %) danach kamen die kombinierten Persönlichkeitsstörungen (N=109; 9,3 %). An siebter Stelle lagen die so genannten sonstigen Persönlichkeitsstörungen, 104-mal genannt (9,0 %), gleichauf die generalisierte Angststörung (N=104; 9,0 %), danach kam die Anpassungsstörung (N=98; 8,4 %) und schließlich die

Kategorie Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen, 85-mal (7,3 %) genannt (siehe Tab.14).

Diagnose nach ICD-10	Anzahl	%
F 33.1 - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	370	31,8
F 60.7 - abhängige Persönlichkeitsstörung	183	15,7
F 33.2 - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode	175	15,0
F 32.1 - mittelgradige depressive Episode	153	13,1
F 45.4 - anhaltende somatoforme Schmerzstörung	115	9,8
F 61 - kombinierte Persönlichkeitsstörungen	109	9,3
F 60.8 - sonstige (z.B. narzisstische) Persönlichkeitsstörung	104	9,0
F 41.1 - generalisierte Angststörung	104	9,0
F 43.2 - Anpassungsstörung	98	8,4
F 50.4 - Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen	85	7,3

**Tab. 14: Die 10 häufigsten Diagnosen, bis zu drei Diagnosen pro Patient (N=1164)**

#### **4.4 Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) zu Behandlungsbeginn**

Zunächst wurde zu Beginn der Behandlung der BSS für die letzten sieben Tage (Punktprävalenz) eingeschätzt. Dabei wurde am häufigsten ein Gesamtwert für alle drei Bereiche (körperlich, psychisch und sozialkommunikativ) von 8 ermittelt, insgesamt 333-mal, entspricht 28,6 % der Stichprobe. Bei 1116 Patienten (95,9 %) wurde der Cut-off-Wert von 5 erreicht oder überschritten. 228-mal (19,6 %) betrug der Score 9, 172 Mal 7 (14,8 %). Der niedrigste Gesamtwert der Beeinträchtigungsschwere von 2 wurde einmal angegeben (0,1%), der höchste von 12 (extreme Beeinträchtigung in allen Teilbereichen) 5-mal (0,4 %). Der Mittelwert betrug 7,6 (siehe Abb. 6). In den einzelnen Teilbereichen des BSS ergaben sich Mittelwerte von 2,9 für die psychische, 2,6 für die sozialkommunikative und 2,1 für die körperliche Beeinträchtigungsschwere in der letzten Woche vor Aufnahme.

Für die Einschätzung des Gesamt-BSS der letzten 12 Monate vor Aufnahme ergab sich ein Mittelwert von 7,3. Die durchschnittliche psychische Beeinträchtigungsschwere lag bei 2,8, die im sozialkommunikativen Bereich bei 2,5, im körperlichen Bereich bei 2,0.

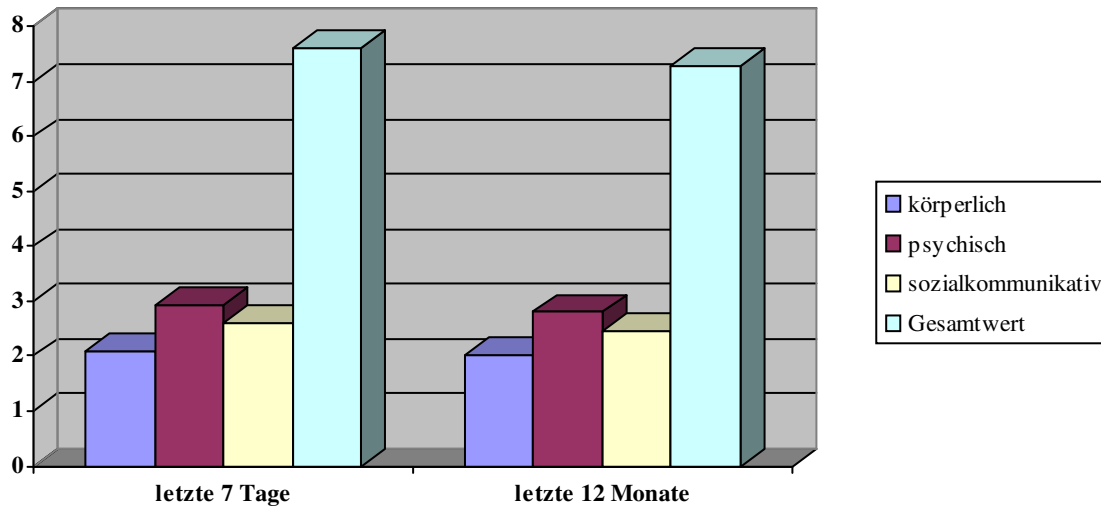


Abb. 6: BSS-Mittelwerte bei Aufnahme und in den 12 Monaten zuvor

#### 4.5 Global Assessment of Function Scale (GAF) zu Behandlungsbeginn

Die GAF für die letzte Woche vor Behandlungsbeginn wurde mit einem Durchschnittswert von 39,3 angegeben, die Standardabweichung lag bei 9,4. Der Wert 40 entspricht einer „starken Beeinträchtigung in mehreren Bereichen“, bei 30 besteht eine „Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen“. Die 40 wurde auch insgesamt am häufigsten genannt (N=268; 23 % der Fälle).

An zweiter Stelle war der Wert 50, „ernsthafte Beeinträchtigung“ (N=149; 12,8 %). Die 30 fand sich bei 119 Patienten (10,2 %). Der höchste Wert lag bei 70, „höchstens leichte Beeinträchtigung“, und wurde einmal vergeben. Als niedrigster Wert wurde die 7 zweimal verschlüsselt, insgesamt erhielten 4 Patienten einen Wert unter 10, „ständige Gefahr oder anhaltender Unfähigkeit“ (siehe auch Abb. 8).

Die Einschätzung des GAF-Wertes für die durchschnittlich beste Woche innerhalb des letzten Jahres vor Therapiebeginn ergab einen Mittelwert von 49,3. Auch hier wurden die Werte 50 (N=218; 18,7 %) und 40 (N=200; 17,2 %) am häufigsten genannt. Der niedrigste genannte Wert lag bei 20, „Selbst- oder Fremdgefährlichkeit“ (N=4; 0,3 %), der höchste bei 90, „gute Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten“ (N=8; 0,7%). Bei Therapiebeginn lagen die GAF-Werte für die beste Woche des letzten Jahres also im Schnitt um 10,0 Punkte über den Werten

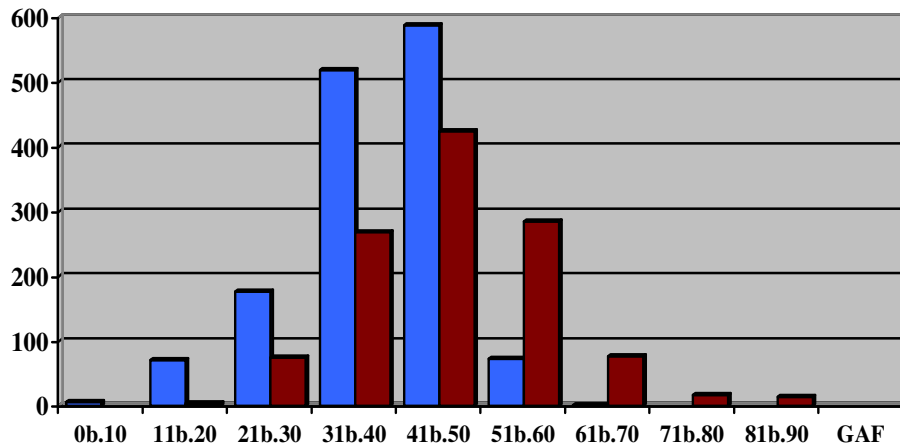


Abb. 8: GAF-Werte in der letzten Woche und im letzten Jahr vor Aufnahme  
 ■ - Woche vor Aufnahme ■ - letztes Jahr vor Aufnahme

#### 4.6 Vorbehandlungen

Zur Anzahl der ambulanten psychotherapeutischen/psychiatrischen Vorbehandler machten 1055 (90,6 %) der 1164 befragten Patienten Angaben. Die meisten (483 Patienten, 41,5 %) gaben an, von genau 1 ambulanten Therapeuten vorbehandelt worden zu sein. 265 Patienten (22,8 %) gaben keine ambulanten Vorbehandlungen an, 174 waren zuvor von 2 Therapeuten behandelt worden. Die größte Zahl an Vorbehandlern gab ein Patient mit 20 an (siehe Tab. 15).

732 Patienten (62,9 %) hatten keine stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Vorbehandlung, 37 (3,2 %) gaben eine Dauer von insgesamt 1, 81 (7,0 %) von 2, 75 (6,5 %) von 3 Monaten an. Eine 4-monatige stationäre Vorbehandlung hatten 15 Patienten (1,3 %), eine 5-monatige 13 (1,1 %). Ein halbes Jahr stationärer Gesamtvorbehandlungszeit im psychosomatisch-psychotherapeutischen Bereich wurde von 11 Patienten (0,9 %) genannt.

Längere Vorbehandlungszeiten wurden von deutlich weniger Patienten angegeben. Länger als ein Jahr vorbehandelt wurden insgesamt 6 Patienten (0,5 %). Den höchsten Wert nannte ein Patient mit 55 Monaten Vorbehandlung. 130 (11,2 %) der Befragten machte zu dieser Frage keine Angaben.

Die meisten der aufgenommenen Patienten (363 Fälle, 31,2 %) hatten in der Anamnese vor Aufnahme keine ambulante Fachpsychotherapie in Anspruch genommen. Bis zu 5 Stunden wurden in 112 Fällen (9,6 %) angegeben, 6 bis 25 ambulante Stunden 261-mal (22,4 %). Die am häufigsten gewählte Kategorie war 26 bis 160 Stunden (272 Fälle, 23,4 %), 161 bis 300 Stunden hatten 20 (1,7 %), mehr als 300 nur noch 5 Patienten (1,4 %). 131 (11,3 %) machten keine Angaben.



#### 4.7 Individuelle Therapieziele

Von den untersuchten Patienten formulierten 979 (84,1 %) schriftlich mindestens 1 Individuelles Ziel für die anstehende psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung. 5 Individuelle Therapieziele wurden in 404 der 1164 Fälle (34,7 %) angegeben, 164 Patienten (14,1 %) benannten 4 Ziele, 190 (16,3 %) 3 Ziele und 97 (8,3 %) 2 Ziele. Lediglich 1 Ziel, das Hauptziel, fand sich in 124 Fällen (10,7 %). In 181 Akten (15,9 %) waren keine formulierten Ziele.

Hauptkategorie individueller Therapieziele	Anzahl	%
1 - intrapsychische Probleme und Konflikte	600	51,6
2 - interaktionelle, psychosoziale Probleme und Konflikte	112	9,6
3 - körperbezogene Probleme und Symptome	225	19,3
4 - Medikamente/stoffgebundene und nichtstoffgebundene Sucht	20	1,7
5 - sozialmedizinische und Rehabilitationsziele	21	1,8
6 - keiner Kategorie zuzuordnen	1	0,1
keine Angaben zu individuellen Therapiezielen	185	15,9
insgesamt	1164	100

**Tab. 15: Individuelle Therapieziele (Hauptziele) der Patienten nach Hauptkategorien (N=1164)**

Ein Ziel aus der Hauptkategorie 1 *intrapsychische Probleme und Konflikte* wurde von 600 Patienten (51,6 %) der Gesamtstichprobe als 1. Therapieziel bzw. Hauptziel der Therapie benannt. Aus der zweiten Hauptkategorie *interaktionelle, psychosoziale Probleme und Konflikte* stammten 112 (9,6 %) der Hauptziele, aus der Hauptkategorie 3 *körperbezogene Probleme und Symptome* 225 (19,3 %). 20 Patienten (1,7 %) wählten ein Ziel aus der vierten Hauptkategorie *Medikamente/stoffgebundene und nichtstoffgebundene Sucht*, 21 (1,8 %) aus der fünften Hauptkategorie *sozialmedizinische und Rehabilitationsziele*. Ein Patient schließlich gab ein nicht näher bezeichnetes Problemfeld als Hauptziel der Therapie an, das keiner der vorhandenen Hauptkategorien zugeordnet werden konnte (siehe Tab. 15).

Unter den 979 schriftlich angegebenen Hauptzielen fanden sich insgesamt 81 verschiedene Einzelkategorien, das entspricht 62,3 % der in der Psy-BaDo zur Verschlüsselung vorgegebenen 130 Ziele. 54,6 % (535 Patienten) davon konzentrierten sich auf die 10 häufigsten Ziele. Das meistgenannte Hauptziel war die Arbeit an *Ängsten*, 121-mal (12,3 % der Patienten, die Ziele formuliert wurden) als erstes Individuelle Therapieziel gewählt.

Danach folgten 76 Patienten (7,8 %) mit *Suche nach Selbstheilungskräften und eigener Kompetenz*, sowie 70 Patienten (7,1 %) mit *Arbeit an Selbstsicherheit und Selbstwirksamkeit*. 50 Patienten (5,1 %) entschieden sich für *körperliche, psychophysische Stabilität* als Haupttherapieziel, je 42 (4,3 %) für die *Bearbeitung depressiver Symptome* bzw. die *Behebung fehlender Lebenslust und Lebenszufriedenheit*.

Haupttherapieziel Arbeit an...	Anzahl	%
Ängsten	121	12,3
Selbstheilungskräften und eigener Kompetenz	76	7,8
Selbstsicherheit und Selbstwirksamkeit	70	7,1
körperlicher, psychophysischer Stabilität	50	5,1
depressiven Symptomen	42	4,3
fehlender Lebenslust und Lebenszufriedenheit	42	4,3
Selbsterleben und Kränkungen	40	4,1
(funktionellen) Schmerzsyndromen	37	3,8
Partnerschaft – ohne sexuelle Probleme	33	3,4
Entspannung und Erholung	24	2,5
sonstigen Konflikt- bzw. Problembereichen	444	45,3
insgesamt	979	100,0

**Tab. 16: Die 10 meistgenannten Individuellen Therapieziele (N=979)**

Selbsterleben und Kränkungen stellten 40 Patienten (4,1 %) zu Beginn der Behandlung in den Mittelpunkt, bei 37 (3,8 %) war es ein (funktionelles) Schmerzsyndrom. Die *Arbeit an Konflikten in der Partnerschaft – ohne sexuelle Probleme*, zu unterscheiden von einer ebenfalls bestehenden Kategorie *Partnerschaft – mit sexuellen Problemen*, wurde von 33 Patienten (3,4 %) angegeben, der Wunsch nach *Entspannung und Erholung* von 24 (2,5 %). Die restlichen 444 genannten Hauptziele verteilten sich auf 71 weitere der vorgegebenen Zielkategorien.

Insgesamt wurden 3564 Ziele von 979 Patienten schriftlich formuliert, das entspricht einem Durchschnittswert von 3,6 Zielen pro Patient. Dabei wurden 106 verschiedene Einzelkategorien gewählt. Nur 24 (15,4 %) der 130 im Manual zur Psy-BaDo vorgeschlagenen Verschlüsselungsziffern wurden nicht berücksichtigt.

Das häufigste angegebene Ziel, Haupttherapieziel oder an der Stelle 2 bis 5 genannt, war die Verbesserung von *Selbstsicherheit und Selbstwirksamkeit*. Dieser Therapiefokus wurde 267-mal formuliert, das entspricht 7,5 % der insgesamt 3564 benannten Therapieziele. Arbeit an *Ängsten* als Ziel fand sich 249-mal (7,0 %), die *Suche nach Selbstheilungskräften und eigener Kompetenz* 189-mal (5,3 %). Es folgten Probleme oder Konflikte in der *Partnerschaft – ohne sexuelle Konflikte* (157-mal, 4,4 %) und *fehlende Lebenslust und Zufriedenheit* sowie die Kategorie: *Allgemeine Schwierigkeiten im Umgang mit Gefühlen und Stimmungsschwankungen (affektive Selbststeuerung)* mit je 4,1 % (147 Fälle). Das Erlernen bzw. die Verbesserung von *sozialer Kompetenz* wurde 121-mal (3,4 %) genannt, 115-mal (3,2 %) *körperliche, psychophysische Stabilität*. Auf Platz 9 fanden sich *Arbeitsstörungen, berufliche Probleme, Schwierigkeiten in der Ausbildung* (N=98; 2,7 %), an zehnter Stelle Arbeit an *depressiven Symptomen* (N=97; 2,7 %).

#### **4.8 Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) bei Behandlungsende**

Am Ende der Behandlung wurde seitens der Therapeuten eine erneute Einschätzung des BSS für die letzten 7 Tage vorgenommen. Bezogen auf den BSS-Gesamtscore wurden 16 Patienten (1,4 %) mit einer Summe von 0 eingeschätzt, die größte Gruppe lag mit 386 Fällen (33,2 %) bei 5. Der Mittelwert lag bei 4,7 bei einer Standardabweichung von 2,0. Damit kam es im Durchschnitt zu einem Rückgang der Beeinträchtigung von 2,9 Punkten gegenüber der Einschätzung zu Beginn der Behandlung, das entspricht 38,2 %. Im Vergleich mit der anfänglichen Einschätzung der Beeinträchtigungsschwere für die letzten 12 Monate vor Behandlungsbeginn war der Wert um 2,6 Punkte (35,6 %) gesunken. Die Abnahme der Punktwerte gegen Ende der Behandlung im Vergleich zum Behandlungsbeginn erwies sich als statistisch höchst signifikant ( $p < 0,001$ ). Die Effektstärke lag bei 1,7.

In der Dimension der psychogen-körperlichen Beschwerden fand sich bei Entlassung ein Mittelwert von 1,3, das entspricht einem Rückgang um 0,8 Punkte (38,1 %) im Vergleich zur Aufnahme. Im psychischen Bereich lag der Beeinträchtigungsschwere-Score bei 1,8, der Rückgang bei 1,1 Punkten (37,9 %), im sozialkommunikativen Bereich bei 1,6, Rückgang um 1,0 Punkte (38,5 %). Die Verbesserungen waren in allen Dimensionen statistisch höchst signifikant (siehe Abb. 9 und Tab. 17 im Anhang). Im Prä-post-Vergleich lagen die Effektstärken bei 0,9 für die körperliche, bei 1,6 für die psychische und bei 1,3 für die sozialkommunikative Beeinträchtigung.

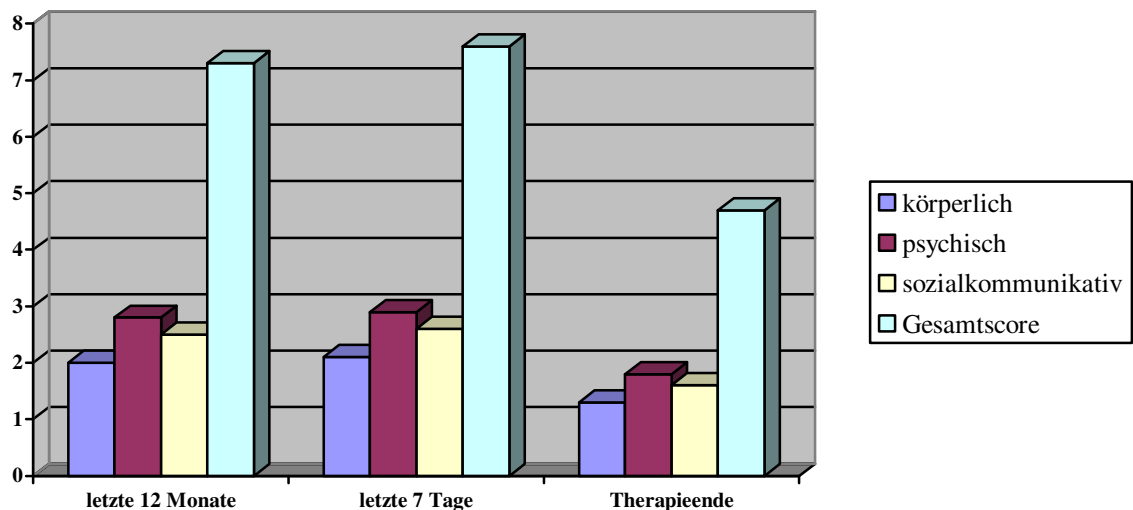


Abb. 9: BSS-Mittelwerte zu unterschiedlichen Zeitpunkten

#### 4.9 Global Assessment of Function Scale (GAF) bei Behandlungsende

Bei Einschätzung der GAF zum Behandlungsende fand sich bei einer Standardabweichung von 12,9 ein Mittelwert von 59,9 bei einer Standardabweichung von 9,4. Der niedrigste Wert lag bei 20, der höchste bei 99. Damit war die globale Leistungsfähigkeit der Patienten im Durchschnitt um 20,6 Punkte der GAF-Skala gestiegen. Dies entspricht einer Effektstärke von 2,2. Verglichen mit den Angaben zur besten Woche in den letzten 12 Monaten vor Behandlungsbeginn war es zu einer Steigerung der Funktionsfähigkeit um 10,6 Punkte ( $p < 0,001$ ) gekommen. Es kam also im Schnitt zu einer Verbesserung der anfänglich bestehenden „starken Beeinträchtigung in mehreren Bereichen“ hin zu einer „mäßig ausgeprägten Störung“ bei Entlassung (siehe Tab.17).

Zeitpunkt der Erhebung	GAF-Mittelwert	Grad der Funktionalität bzw. Schwere der Störung
Behandlungsbeginn	39,3	40 = Starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen
durchschnittlich beste Woche in den 12 Monaten vor Aufnahme	49,3	50 = Ernsthafte Beeinträchtigung
Behandlungsende	59,9	60 = Mäßig ausgeprägte Störung

Tab. 17: GAF-Mittelwerte zu unterschiedlichen Zeitpunkten

#### 4.10 Art der Therapiebeendigung

In 984 (84,5 %) der untersuchten Behandlungsverläufe fanden sich Angaben der Therapeuten bezüglich der Art der Beendigung der Therapie. 72 % davon (841 Fälle) wurden regulär entlassen, in 74 Fällen (6,4 %) erfolgte die Entlassung vorzeitig durch die Patienten, 25-mal (2,1 %) vorzeitig durch Therapeuten bzw. die Klinik. In beiderseitigem Einverständnis wurden 35 Patienten (3,0 %) vorzeitig entlassen. Damit betrug die Zahl der vorzeitig entlassenen Patienten insgesamt 134 (11,5 %). In 2 Fällen (0,2 %) erfolgte eine Verlegung bzw. Entlassung mit geplanter Wiederaufnahme, 7-mal (0,6 %) eine Verlegung. Die zusätzlich vorhandene Antwortmöglichkeit „sonstiges“ wurde in keiner der 984 Akten gewählt.

#### 4.11 Ergebnisse in den Alterskohorten

Im Folgenden werden die bisher gefundenen Ergebnisse auf Unterschiede zwischen den Alterskohorten untersucht.

##### 4.11.1 Soziodemographische Angaben

Die Geschlechtsverteilung in den einzelnen Altersgruppen ergab in allen Gruppen ein deutliches Überwiegen des weiblichen Geschlechtes.

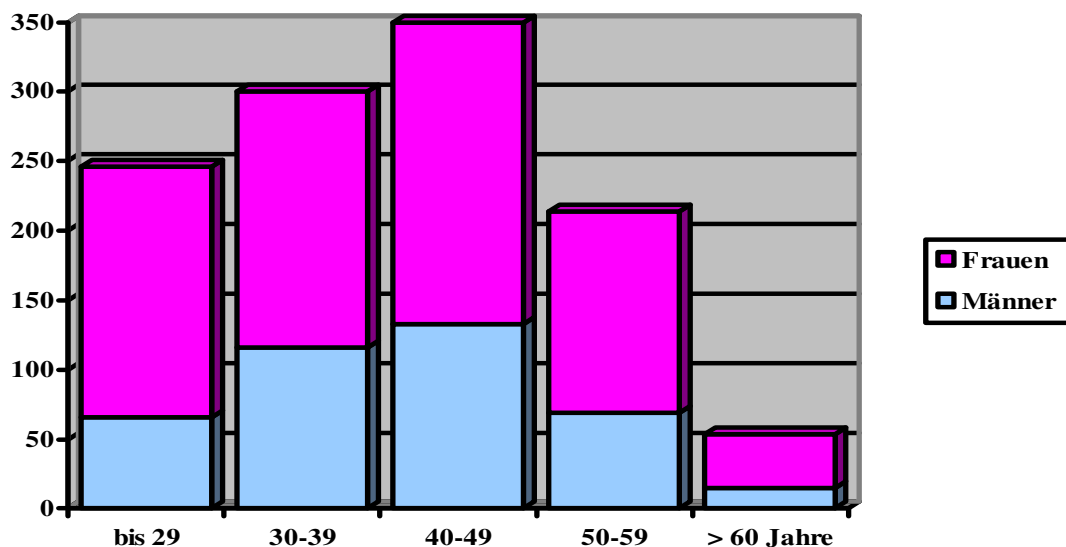


Abb. 10: Geschlechtsverteilung in unterschiedlichen Altersgruppen (N=1164)

In der Gruppe der unter 30-Jährigen fanden 246 Patienten, davon waren 180 Frauen (73,2 %). In der Gruppe der 30- bis 39-Jährigen waren 300 Patienten, davon 184 Frauen (61,4 %). Unter den 40- bis 49-Jährigen waren 350 Patienten, davon 217 Frauen (62,0 %). Bei den 50- bis 59-Jährigen waren von 350 Patienten 145 Frauen (77,8 %), bei den ab 60-Jährigen 39 Frauen (72,3 %) von insgesamt 54 Patienten. Dabei erwies sich die Anzahl der Männer in der jüngsten Alterskohorte als signifikant niedriger ( $p < 0,01$ ) als in den anderen Gruppen, der ebenfalls prozentual geringe Anteil der Männer ab 60 war statistisch nicht signifikant (siehe auch Abb.10).

Der hohe Anteil deutscher Patienten (98,2 %) an den Fällen, in denen Angaben zur Nationalität gemacht wurden, zeigt sich mit geringen Schwankungen in allen Altersgruppen. Signifikante Unterschiede fanden sich nicht. Die Altersgruppe ab 60 Jahre war die einzige, in der sich kein ausländischer Patient befand.

Der prozentuale Anteil der ledigen Patienten innerhalb der Alterskohorten nahm mit steigendem Lebensalter kontinuierlich ab. Bei den unter 30-Jährigen betrug er 87,8 %, statistisch höchst signifikant der größte Anteil im Vergleich zu den anderen Altersgruppen ( $p < 0,001$ ). In der Gruppe von 30 - 39 Jahren waren 42,7 % ledig, zwischen 40 und 49 Jahren 13,1 %, ab 50 bis 59 Jahren 6,7 %, von den ab 60-Jährigen gab nur noch 1 Patient an, ledig zu sein, das entspricht 2,0 % der von den 38 Patienten dieser Altersgruppe gemachten Angaben. Dagegen stieg der Anteil der Verheirateten mit zunehmenden Alter an, in der jüngsten Kohorte betrug er 8,1 %, stieg dann in den einzelnen Gruppen über 31,2 % zwischen 30 und 39 Jahren, 42,0 % in der nächst höheren Gruppe, auf den Höchstwert von 48,1 % bei den 50- bis 59-Jährigen. Auch diese Unterschiede waren statistisch höchst signifikant ( $p < 0,001$ ). In der Gruppe der Älteren war der Anteil der Verheirateten dann mit 47,4 %, statistisch nicht signifikant, prozentual leicht rückläufig.

Nach der partnerschaftlichen Situation zum Zeitpunkt der Aufnahme gefragt, äußerten aus der jüngsten Alterskohorte 37 bzw. 17,0 % der 219 Patienten, die aus dieser Gruppe dazu Stellung nahmen, kurzfristig ohne Partner zu sein. Aus der nächst älteren Patientengruppe waren es 27 (10 %) von 270 Patienten, in der Gruppe der 40- bis 49-Jährigen 35 (11,3 %) von 309. Bei den 50 - 59 Jahre alten Patienten gaben 16 von 188 (8,5 %) an, kurzfristig ohne Partner zu sein, in der Kohorte der Älteren 3 (8,1 %).

Langfristig bzw. dauerhaft keinen Partner zu haben, gaben von den unter 30-Jährigen 55 Patienten an, das entspricht 25,1% der 219, die sich zur Frage der Partnerschaft äußerten. Aus der Gruppe der 30 bis 39-Jährigen waren es 73 (27,1 %) von 270. Bei den 40- bis 49-Jährigen

fanden sich 63 (20,4 %) von 309, in der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen 39 (20,7 %) von 188. In der ältesten Kohorte waren 9 von 37 Patienten (24,3 %) dauerhaft ohne festen Partner. Wechselnde Partnerschaften gaben 9 (4,1 %) unter 30-jährige Patienten an, bei den 30- bis unter 40-Jährigen waren es 4 (1,5 %). In der Altersgruppe zwischen 40 bis 50 Jahren wurde diese Antwort von jeweils einem Patienten gegeben, dies entspricht einem Prozentsatz von 0,3 bzw. 0,5 %. Von keinem Patienten aus der Gruppe ab 60 Jahren wurden wechselnde Partnerschaften angegeben.

Ein fester Ehepartner wurde in 21 Fällen (9,5 %) der jüngsten Altersgruppe benannt, in der nächst höheren waren es 93 (34,4 %). Die Anzahl der festen Ehe-Partnerschaften betrug bei den 40- bis 49-Jährigen 147 (47,6 %), bei den 50- bis 59-Jährigen 106 (56,4 %). Ähnlich hoch war der prozentuale Anteil bei den Patienten ab 60. Die Kategorie „feste Ehe-Partnerschaft“ wurde hier in 21 von 37 Fällen (56,8 %) gewählt.

Partnersituation	unter 30 J.		30-39 J.		40-49 J.		50-59 J.		ab 60 J.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
kurzfristig kein Partner	37	17,0 <sup>°°</sup>	27	10,0	35	11,3	16	8,5	3	8,1
langfristig kein Partner	55	25,1	73	27,1	63	20,4	39	20,7	9	24,3
wechselnde Partner	9	4,1 <sup>°°°</sup>	4	1,5	1	0,3 <sup>°</sup>	1	0,5	0 <sup>°</sup>	
fester (Ehe-)Partner	21	9,5 <sup>°°°</sup>	93	34,4	147	47,6 <sup>°°°</sup>	106	56,4 <sup>°°°</sup>	21	56,8
fester (Nicht-Ehe-)Partner	97	44,3 <sup>°°°</sup>	73	27,0	63	20,4	26	13,9 <sup>°°°</sup>	4	10,8 <sup>°°°</sup>
insgesamt gemachte Angaben	219	100,0	270	100,0	309	100,0	188	100,0	37	100,0

**Tab. 18: Partnersituation in unterschiedlichen Altersgruppen (N=1023)**  
<sup>°</sup>: p<0,05; <sup>°°</sup>: p<0,01; <sup>°°°</sup>: p<0,001

Einen festen Partner, jedoch Nicht-Ehepartner, gaben in der Gruppe unter 30 Jahren 97 Patienten (44,3 %) an, in der nächst höheren Altersgruppe 73 (27,0 %). Bei den 40- bis 49-Jährigen waren dies 63 (20,4 %), bei den 50- bis 59-Jährigen 26 (13,9%). In der höchsten Altersgruppe wurde diese Antwortmöglichkeit noch von 4 Patienten (10,8 %) gewählt.

Als statistisch höchst signifikant (p< 0,001) erwiesen sich dabei die Unterschiede bei den Angaben der jüngsten Altersgruppe bezogen auf die Häufigkeit von wechselnden Partnerschaften, festen Ehepartnerschaften sowie festen Nicht-Ehepartnerschaften im Vergleich mit den anderen Altersgruppen. Ebenso höchste Signifikanz wiesen die hohe Zahl fester Ehepartner in den Alterskohorten der 40- bis 49-Jährigen bzw. 50- bis 60-Jährigen auf, in der letztgenannten Gruppe zusätzlich die im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen geringere Zahl der festen Nicht-Ehepartnerschaften. Sehr signifikant (p<0,01) war der höhere

Prozentsatz der Patienten der jüngsten Kohorte, die kurzfristig ohne Partner waren. Als statistisch signifikant ( $p < 0,05$ ) erwiesen sich außerdem die geringe Anzahl wechselnder Partner in den Altersklassen zwischen 40 und 49 bzw. ab 60 Jahren sowie die geringe Anzahl fester Nicht-Ehepartner in den beiden ältesten Gruppen (siehe Tab. 18).

Bei der Frage, in wessen Haushalt die Betroffenen leben, zeigten sich deutliche Unterschiede in den einzelnen Alterskohorten. In der Gruppe der jüngsten Patienten lebten 51 (23,2 %) von 220, die sich zu dieser Frage äußerten, versorgt im Haushalt der Eltern, in der darauf folgenden Altersgruppe 18 (6,5 %) von 277. In der Gruppe der 40- bis 49-Jährigen waren es nur noch 4 (1,3 %) von 312 Antworten zu dieser Frage, in den beiden älteren Gruppen fand sich diese Konstellation bei keinem der Patienten. Dabei war der hohe Anteil in der jüngsten Altersgruppe signifikant höher ( $p < 0,001$ ) als in den anderen Gruppen.

Haushalt	unter 30 J.		30-39 J.		40-49 J.		50-59 J.		ab 60 J.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
versorgt bei Eltern	51	23,2 <sup>°°°</sup>	18	6,5	4	1,3	0		0	
mit (Schwieger-)Eltern	13	5,9 <sup>°°</sup>	10	3,6	7	2,2	0 <sup>°°</sup>		0	
eigener Haushalt	115	52,2 <sup>°°°</sup>	227	82,0	269	86,2	175	90,7 <sup>°°°</sup>	37	97,4 <sup>°°</sup>
Wohngemeinschaft	18	8,2 <sup>°°°</sup>	5	1,8	4	1,3	1	0,5	0	
sonstiger Haushalt	23	10,5	17	6,1	28	9,0	17	8,8	1	2,6
insgesamt gemachte Angaben	220	100,0	277	100,0	312	100,0	193	100,0	38	100,0

**Tab. 19: Angaben zum Haushalt in unterschiedlichen Altersgruppen (N=1040)**

°:  $p < 0,05$ ; °°:  $p < 0,01$ ; °°°:  $p < 0,001$

Mit den Eltern oder Schwiegereltern in einem Haushalt lebten von den jüngeren Patienten 13 (5,9 %), zwischen 30 und 39 waren es 10 (3,6 %), zwischen 40 und 49 noch 7 (2,2 %). In den beiden älteren Gruppen gab kein Patient diese Situation im Haushalt an. Statistisch sehr signifikant ( $p < 0,01$ ) waren dabei im Vergleich mit den anderen Alterstufen der höhere Anteil der jüngeren Patienten und der geringere Anteil der Patienten zwischen 50 und 59 Jahren.

Im eigenen Haushalt (mit Partner; eigener Familie etc.) lebten von den unter 30-Jährigen 115 Patienten, das entspricht 52,2 % der gemachten Angaben zu dieser Frage. In 227 Fällen (82,0 %) war dies auch bei den 30- bis 39-Jährigen der Fall, bei den 40- bis 49-Jährigen in 269 Fällen (86,2 %). Von den Patienten zwischen 50 und 59 Jahren lebten 175 (90,7 %) im eigenen Haushalt, von den Älteren 37 (97,4 %) bei insgesamt 38 gegebenen Antworten.



Statistisch signifikant waren der geringe Anteil in der jüngsten Gruppe ( $p < 0,001$ ) und der hohe Anteil bei den 50- bis 59-Jährigen ( $p < 0,001$ ) sowie bei der ältesten Gruppe ( $p < 0,01$ ).

Höchst signifikant ( $p < 0,001$ ) mehr Patienten aus der jüngsten Altersgruppe lebten im Vergleich zu den anderen Gruppen in einer Wohngemeinschaft, diese Wohnform wurde von den Jüngeren in 18 (8,2 %) von 220 Fällen gemacht. In der nächst älteren Gruppe waren es noch 5 (1,8 %) von 277 gemachten Angaben. In der Gruppe zwischen 40 und 49 Jahren waren es 4 (1,3 %) von 312, zwischen 50 und 59 gab noch ein Patient (0,5%) von 193 diese Antwort an, in der Gruppe der Älteren keiner mehr.

Die Antwortkategorie „sonstiger Haushalt“ wurde von 23 (10,5 %) jüngeren Patienten gewählt, in der zweiten Gruppe von 17 (6,1 %), in der darauf folgenden von 28 (9,0 %). Zwischen 50 und 59 Jahren fanden sich 17 (8,8 %) Fälle, in der Gruppe der Älteren 1 (2,6 %) Fall.

Von den 200 Patienten aus der Kohorte unter 30 Jahren, die Angaben zur Wohnsituation bzw. dem ersten Wohnsitz machten, gaben 164 an, in einer Privatwohnung, einem möblierten Zimmer, oder einer Wohnungsgemeinschaft zu leben, das entspricht 82,0 % der in dieser Altersgruppe zu dieser Frage gegebenen Antworten. In der zweiten Altersgruppe waren es 239 von 255 (93,8 %), in der mittleren Gruppe 276 von 290 (95,2 %). Aus der Gruppe von 50 bis 59 Jahren wählten 166 von 176 (94,3 %) diese Antwortkategorie, von den Patienten ab 60 Jahren 27 von 29 (93,1 %). Der geringere prozentuale Anteil der jüngsten Patientengruppe erwies sich statistisch als höchst signifikant.

Die Antwortmöglichkeit „betreutes Einzelwohnen/betreute Wohngruppe“ wurde von 8 Patienten unter 30 Jahren als 1. Wohnsitz genannt, bezogen auf die 200 gegebenen Antworten aus dieser Gruppe entspricht das 4,0 % . Der Anteil war damit statistisch höchst signifikant höher als in den anderen Altersgruppen. In den beiden nächst höheren Alterskohorten wurde diese Wohnform von keinem der Patienten angegeben, in der Gruppe zwischen 50 und 59 Jahren von einem der 175 Patienten (0,6 %), die sich zu dieser Frage äußerten. Bei den ab 60-Jährigen wohnte ebenfalls einer von 29 (0,3 %) im Betreuten Wohnen.

Keine signifikanten Unterschiede zeigten sich im Vergleich der unterschiedlichen Altersgruppen bei der Anzahl der Patienten, die in einem therapeutischen/psychiatrischen/gerontopsychiatrischen Heim, in einem Heim für Behinderte, einem (Übergangs-)Wohnheim oder einer Nachtambulanz lebten. Je 1 Patient aus der jüngsten (0,5%) und aus der Gruppe der 40 bis 59-Jährigen (0,3%) gab diese Antwort.

Die Antwortmöglichkeit „sonstiges nicht-therapeutisches Heim, z.B. Studentenwohnheim, Aussiedlerwohnheim“ fand sich lediglich in der jüngsten Patientengruppe, 4-mal (2 %) wurde

sie gewählt. In den anderen Gruppen kam diese Wohnform nicht vor.

1. Wohnsitz	unter 30 J.		30-39 J.		40-49 J.		50-59 J.		ab 60 J.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Privatwohnung, ect.	164	82,0 <sup>ooo</sup>	239	93,8	276	95,2	166	94,3	27	93,2
Betreutes Wohnen	8	4,0 <sup>ooo</sup>	0		0		1	0,6	1	3,4
Therapeut. Heim ect.	1	0,5	0		1	0,3	0		0	
nicht-therapeut. Heim	4	2,0	0		0		0		0	
psychiatr. Krankenhaus	4	2,0	0		0		0		0	
ohne festen Wohnsitz	3	1,5	1	0,4	0		0		0	
sonstige/unklar/unbekannt	16	8,0	15	5,8	13	4,5	9	5,1	1	3,4
insg. gemachte Angaben	200	100,0	255	100,0	290	100,0	176	100,0	29	100,0

**Tab. 20: Wohnsituation in unterschiedlichen Altersklassen (N=950)**

°: p<0,05; °°: p<0,01; °°°: p<0,001

Ebenfalls in 4 Fällen (2 %) wurde in der Gruppe der unter 30-Jährigen ein psychiatrisches Krankenhaus als erster Wohnsitz angegeben, auch diese Wohnform fand sich bei Patienten der anderen Altersgruppen nicht.

Ohne festen Wohnsitz waren 3 der Patienten unter 30 Jahren (1,5 %), in der Gruppe zwischen 30 und 39 Jahren 1 (0,4%), in den höheren Altersgruppen keiner.

Die Antwortkategorie „sonstige/unklar/unbekannt“ trat in der Gruppe bis 29 Jahre 16-mal (8 %) auf, 15-mal (5,8 %) zwischen 30 und 39 Jahren, bei den 40- bis 49-Jährigen 13-mal (4,5 %). In der Gruppe zwischen 50 und 59 Jahren kam sie noch 9-mal vor (5,1 %), bei den älteren Patienten einmal (3,4 %). Dabei zeigten die Unterschiede keine statistische Signifikanz (siehe Tab. 20).

Nach dem höchsten Schulabschluss befragt, gaben fünf Patienten aus der jüngsten Altersgruppe an, noch in der Schule zu sein, 2,3 % der in dieser Gruppe zu dieser Frage gemachten Angaben. In der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen wurde diese Antwort von 1 Patienten genannt, in den anderen Altersgruppen von keinem. Der signifikant (p<0,05) höchste Anteil an Patienten ohne Schulabschluss trat in der Gruppe der 40- bis 49-Jährigen auf. Hier wurde diese Antwort 20-mal gegeben (6,3 %), in der Gruppe unter 30 fand sie sich 10-mal (4,5 %). Bei den 30- bis 39-Jährigen waren 5 ohne Schulabschluss (1,8 %), bei den

50- bis 59-Jährigen 2 (1,0 %). In der Gruppe der Älteren war schließlich 1 ohne Schulabschluss (2,7 %).

Schulabschluss	unter 30 J.		30-39 J.		40-49 J.		50-59 J.		ab 60 J.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
noch in Schule	5	2,3	0		0		1	0,5	0	
kein Schulabschluss	10	4,5	5	1,8	20	6,4°	2	1,0	1	2,7
Sonderschulabschluss	4	1,8	4	1,4	5	1,6	0		0	
Hauptschulabschluss	57	25,8	117	42,4	142	45,2	106	55,0	26	70,3°°
Mittlere Reife etc.	88	39,8°°°	93	33,7	82	26,1	43	22,2	5	13,5
(Fach-)Abitur	57	25,8°	54	19,6	62	19,7	37	19,2	5	13,5
sonstiges	0		3	1,1	3	1,0	4	2,1	0	
insgesamt	221	100,0	276	100,0	314	100,0	193	100,0	37	100,0

**Tab. 21: Höchster Schulabschluss in unterschiedlichen Altersklassen (N=1041)**  
 °: p<0,05; °°: p<0,01; °°°: p<0,001

Keine statistisch signifikanten Unterschiede zeigten sich in den unterschiedlichen Alterskohorten bezogen auf den Anteil an Patienten mit Sonderschulabschluss. Bei den unter 30-Jährigen waren es 4 (1,8 % der Fälle, in denen von dieser Altersgruppe Angaben zu dieser Frage gemacht wurden), bei den 30- bis 39-Jährigen ebenfalls 4 (1,4 %), zwischen 40 und 49 Jahren 5 (1,6 %). Unter den Patienten der beiden höheren Altersgruppen waren keiner mit Sonderschulabschluss.

Der höchste Anteil an Patienten mit Hauptschulabschluss fand sich, statistisch sehr signifikant (p<0,01), mit 70,3 % bzw. 26 von 37 Patienten in der Kohorte der Älteren, gefolgt von 55,0 % (106 von 193 Patienten) in der zweitältesten Kohorte. Zwischen 30 und 39 Jahren waren es 42,4 % (117 von 276), in der mittleren Gruppe 45,2 % (142 Patienten von 314). Der statistisch höchst signifikant (p<0,001) geringste Anteil an Patienten mit Hauptschulabschluss trat mit 25,8 % (57 von 221 Patienten) in der jüngsten Altersklasse auf.

Der Anteil der Patienten mit Realschulabschluss, Mittlerer Reife oder Abschluss einer polytechnischen Oberschule sank mit zunehmendem Alter. Statistisch höchst signifikant (p<0,001) war der Anteil in der jüngsten Gruppe am größten. Hier hatten 88 von 221 Patienten einen entsprechenden Schulabschluss, das macht 39,8 % in dieser Altersklasse. In der Gruppe der 30- bis 39-Jährigen fanden sich 93 Patienten (33,7 %) mit einem entsprechenden Schulabschluss, 276 hatten sich dazu geäußert. Von den Patienten zwischen

40 und 49 Jahren waren es dann 82 von 314 (26,1 %), zwischen 50 und 59 Jahren noch 43 von 193 (22,2 %). Unter den ab 60-Jährigen fanden sich 5 von 32 (13,5 %) mit diesem Schulabschluss.

Die meisten Patienten mit Abitur oder Fachabitur fanden sich anteilmäßig in der jüngsten Alterskohorte, 57 hatten diesen Abschluss (25,8 %), statistisch signifikant mehr ( $p < 0,05$ ) als in den anderen Gruppen. In der Gruppe der Dreißiger waren es 54 (19,6 %), in der Gruppe der 40- bis 49-Jährigen 62 (19,7 %). Von den Patienten zwischen 50 und 59 Jahren hatten 37 (19,2 %) diese Abschlüsse, in der Gruppe ab 60 Jahren noch 5 (13,5 %). Die Unterschiede in den letzten vier Gruppen erwiesen sich als statistisch nicht signifikant.

Die Antwortkategorie „sonstiges“ wurde in der jüngsten und in der ältesten Gruppe von keinem gewählt, in der Gruppe von 30 bis 39 Jahren dreimal (1,0 %), zwischen 40 und 49 Jahren ebenfalls von 3 Patienten (0,9 %), 4-mal (2,0 %) von den 50- bis 59-Jährigen (siehe Tab. 21).

Auf die Frage nach dem höchsten Berufsabschluss wählten ausschließlich Patienten aus der Gruppe unter 30 die Antwortmöglichkeit „noch in der Berufsausbildung“. Dies betraf 39 der 217 Patienten (17,9 %), die sich aus dieser Gruppe dazu äußerten. Eine abgeschlossene Lehre oder Fachschule wurde besonders oft in den mittleren Alterskohorten als höchster Berufsabschluss genannt. Der größte Anteil fand sich unter den 30- bis 39-Jährigen mit 175 der 260 gemachten Angaben (67,3 %). Danach folgte die Gruppe zwischen 40 und 49 Jahren, hier waren es 180 von 289 (62,3 %), dann die 50- bis 59-Jährigen mit 109 von 180 (60,6 %). In der jüngsten Gruppe fand sich diese Antwort höchst signifikant ( $p < 0,001$ ) am seltensten, 91 von 217 Patienten (41,9 %) wählten sie. Von den älteren Patienten ordneten sich 15 von 33 (45,5 %) dieser Antwort zu, der Unterschied zu den anderen Gruppen war statistisch nicht signifikant.

Einen Berufsabschluss als Meister hatten von den jüngsten Patienten lediglich 1 (0,4 %), in der Gruppe der 30- bis 39-Jährigen waren es 8 (3,1 %). Statistisch signifikant ( $p < 0,05$ ) war der höchste Anteil an Meisterabschlüssen in der Gruppe von 40 bis 49 Jahren, hier fanden sich 12 Patienten (4,1 %). Bei den 50- bis 59-Jährigen waren es 2 (1,1 %), bei den Älteren ebenfalls 2 (6,0 %), dieser Anteil erwies sich statistisch jedoch als nicht signifikant.

Der höchste Anteil an Patienten mit einem Fachhochschul- bzw. Universitätsabschluss trat, statistisch höchst signifikant ( $p < 0,001$ ) in der Gruppe zwischen 50 und 59 Jahren auf, 33 (18,3 %) der 180 gegebenen Antworten waren betroffen. In der jüngsten Gruppe hatten 11 (5,1 %) einen solchen Abschluss, in der zweiten Gruppe waren es 13 (5,0 %). 36 Patienten

(12,5 %) in der Gruppe zwischen 40 und 49 Jahren, 7 (21,2 %) von den Älteren gaben diese Antwort, auch dieser Wert war statistisch jedoch nicht signifikant.

Ohne Berufsabschluss waren zum Zeitpunkt der Aufnahme 61 (28,1 %) der Gruppe unter 30 Jahren, zwischen 30 und 39 Jahren waren es 45 (17,3 %), zwischen 40 und 49 Jahren waren 30 (10,4 %) betroffen. Aus der Gruppe zwischen 50 bis 59 Jahren waren 22 (12,2 %) ohne Berufsabschluss, aus der Gruppe ab 60 waren es 7 (21,1 %). Statistisch höchst signifikant ( $p < 0,001$ ) waren dabei der höchste Anteil in der jüngsten Gruppe und der niedrigste Anteil in der Gruppe der Vierziger.

Keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Altersgruppen fanden sich bei der Antwortkategorie „sonstiges“. 14 (6,5 %) aus der jüngsten, 19 (7,3 %) aus der nächst höheren, 31 (10,7 %) aus der dann folgenden Gruppe wählten diese Antwortmöglichkeit. Unter den Patienten zwischen 50 und 59 waren es 14 (7,8 %), 2 (6,1 %) unter den Älteren (siehe Tab. 22).

Berufsabschluss	unter 30 J.		30-39 J.		40-49 J.		50-59 J.		ab 60 J.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
in Berufsausbildung	39	17,9	0		0		0		0	
Lehre/Fachschule	91	41,9 <sup>ooo</sup>	175	67,3	180	62,3	109	60,6	15	45,5
Meister	1	0,5	8	3,1	12	4,1 <sup>o</sup>	2	1,1	2	6,0
Universität/FH	11	5,1	13	5,0	36	12,5	33	18,3	7	21,2
ohne Berufsabschluss	61	28,1 <sup>ooo</sup>	45	17,3	30	10,4 <sup>ooo</sup>	22	12,2	7	21,2
sonstiges	14	6,5	19	7,3	31	10,7	14	7,8	2	6,1
insgesamt	217	100,0	260	100,0	289	100,0	180	100,0	33	100,0

**Tab. 22: Berufsabschluss in verschiedenen Altersgruppen (N=979)**

<sup>o</sup>:  $p < 0,05$ ; <sup>oo</sup>:  $p < 0,01$ ; <sup>ooo</sup>:  $p < 0,001$

Als letzten oder zuletzt ausgeübten Beruf gaben 18 von 179 Patienten (10,1 %) aus der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen an, un- oder angelernter Arbeiter zu sein, das war statistisch sehr signifikant ( $p < 0,01$ ) der niedrigste Anteil im Vergleich mit den anderen Gruppen. Aus der Gruppe der Jüngsten waren es 38 von 193 genannten Antworten (19,7 %), bei den 30- bis 39-Jährigen 50 von 259 (19,3 %). Unter den Patienten aus der Gruppe zwischen 40 und 49 Jahren waren 54 Arbeiter (18,4 %) bei 294 gemachten Aussagen zu dieser Frage, unter den ab 60-Jährigen 4 von 31 (12,9 %). Die Unterschiede zwischen diesen Gruppen waren statistisch nicht signifikant.

Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Alterskohorten gab es auch im Anteil der Facharbeiter bzw. nicht selbständigen Handwerker. Hier fanden sich bei den unter 30-Jährigen 29 Patienten (15,0 %), in der darauf folgenden Gruppe 48 (18,5 %). In der mittleren Kohorte fanden sich Facharbeiter in 46 Fällen (15,7 %), zwischen 50 und 59 Jahren dann 21 (11,7 %). Unter den Älteren gab es 3 Facharbeiter (9,6 %).

Einfache Angestellte oder Beamte waren prozentual am meisten in der Gruppe der 30- bis 39-Jährigen vertreten, hier machten 95 Patienten (36,7 %) entsprechende Angaben, die Unterschiede zu den anderen Gruppen waren statistisch jedoch nicht signifikant. Es folgten die 50- bis 59-Jährigen, 63 Patienten entsprachen einem Anteil von 35,2 %, danach kamen die 40- bis 49-Jährigen mit 91 Fällen bzw. 31,0 %. Niedrigere Anteile an einfachen Angestellten oder Beamten traten in den beiden Gruppen der Jüngsten (49 Fälle, 25,4 %) und der Älteren (8 Fälle, 25,8 %) auf. Dabei war der niedrigere Wert bei den jungen Patienten statistisch signifikant ( $p < 0,05$ ), der der Älteren nicht.

Der höchste Anteil an mittleren Angestellten oder Beamten im mittleren Dienst trat in der Gruppe der Älteren auf, 6 Patienten (19,4 %) machten entsprechende Angaben. Im Vergleich mit den anderen Gruppen war dieser Wert statistisch signifikant ( $p < 0,05$ ). An zweiter Stelle folgte die Gruppe zwischen 40 und 49 Jahren mit 12,0 % bzw. 35 Fällen, danach die zwischen 50 und 59 Jahren mit 11,7 % bzw. 21 Fällen. Deutlich weniger mittlere Angestellte und Beamte im mittleren Dienst fanden sich in den beiden jüngsten Gruppen. Unter 30 Jahren traten sie zu 4,7 % (9-mal) auf, ab 30 bis 39 Jahren zu 6,2 % (16-mal).

Deutliche Unterschiede zeigten sich in den Alterskohorten bezüglich der Anteile an höher qualifizierten Angestellten bzw. Beamten im gehobenen Dienst. Der statistisch höchst signifikant ( $p < 0,001$ ) größte Prozentsatz fand sich in der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen. Dort waren es 29 der 179 Patienten (16,2 %), die sich in dieser Gruppe zur Frage des zuletzt ausgeübten Berufes äußerten. In der Gruppe der 40- bis 49-Jährigen waren es 26 (8,8 %), in der der 30- bis 39-Jährigen 16 (6,2 %). Der signifikant ( $p < 0,05$ ) kleinste Anteil trat in der jüngsten Gruppe auf, hier fanden sich 5 (2,6 %) aus diesem Bereich.

An hochqualifizierten bzw. leitenden Angestellten sowie Beamten im höheren Dienst waren unter den Älteren prozentual die meisten vertreten. Hier gehörten 3 (9,6 %) in diese Kategorie, der Unterschied zu den anderen Altersgruppen war statistisch signifikant ( $p < 0,05$ ). Der zweithöchste Anteil trat in der zweitältesten Gruppe auf (7 Fälle, 3,9 %), der dritthöchste in der mittleren Gruppe (11 Fälle, 3,7 %). In der zweiten Gruppe waren es 6 Patienten (2,3 %), in der jüngsten 2 Patienten (1,0 %).

Keine signifikanten Unterschiede fanden sich bei der Antwortmöglichkeit „selbstständiger Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender (kleiner Betrieb)“. In der jüngsten Gruppe wurde diese Antwort 4-mal gegeben (2,1 %), in der zweitjüngsten dreimal (1,2 %). In der Gruppe der 40- bis 49-Jährigen waren 11 Patienten (3,7 %) aus diesen Bereichen, bei den 50- bis 59-Jährigen 9 (5,0 %). In der Kohorte der Älteren war es schließlich noch 1 (3,2 %).

Dieselben Berufsgruppen in mittleren Betrieben wurden lediglich in der zweit- und dritthöchsten Altersgruppe angegeben. In der Gruppe zwischen 40 und 49 Jahren wurde diese Antwort einmal 0,3 % gewählt, in der Gruppe zwischen 50 und 59 Jahren dreimal (1,7 %).

letzter Beruf	unter 30 J.		30-39 J.		40-49 J.		50-59 J.		ab 60 J.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Arbeiter	38	19,7	50	19,3	54	18,4	18	10,1 <sup>°°</sup>	4	12,9
Facharbeiter	29	15,0	48	18,5	46	15,7	21	11,7	3	9,6
einfacher Angestellter/Beamter	49	25,4 <sup>°</sup>	95	36,7	91	31,0	63	35,2	8	25,8
mittlerer Angestellter/Beamter	9	4,7	16	6,2	35	12,0	21	11,7	6	19,4 <sup>°</sup>
höherer Ang./ gehobener Dienst	5	2,6 <sup>°</sup>	16	6,2	26	8,8	29	16,2 <sup>°°°</sup>	2	6,5
leitender Ang./ höherer Dienst	2	1,0	6	2,3	11	3,7	7	3,9	3	9,6 <sup>°</sup>
selbständig (kleiner Betrieb)	4	2,1	3	1,2	11	3,7	9	5,0	1	3,2
selbständig (mittlerer Betrieb)	0		0		1	0,3	3	1,7	0	
selbst. Akademiker/Freiberufler	1	0,5	2	0,7	7	2,4	4	2,2	2	6,5 <sup>°</sup>
nie erwerbstätig	34	17,6 <sup>°°°</sup>	6	2,4	1	0,3	1	0,6	2	6,5
unbekannt/unklar	22	11,4	17	6,5	11	3,7	3	1,7	0	
insgesamt	193	100,0	259	100,0	294	100,0	179	100,0	31	100,0

**Tab. 23: Letzter oder zuletzt ausgeübter Beruf in unterschiedlichen Altersklassen (N=956)**

<sup>°</sup>: p<0,05; <sup>°°</sup>: p<0,01; <sup>°°°</sup>: p<0,001

Der prozentuale Anteil an selbstständigen Akademikern, Freiberuflern bzw. größeren Unternehmern war bei den Älteren am größten (2 Fälle, 6,5 %), signifikant im Vergleich zu den anderen Gruppen (p<0,05). In der zweitältesten Gruppe fanden sich 4 Patienten (2,2 %) aus diesen Berufsgruppen, in der drittältesten 7 (2,4 %). In der zweitjüngsten Gruppe waren es 2 Fälle (0,7 %), in der jüngsten 1 (0,5 %).

Nie erwerbstätig waren 34 Patienten von den unter 30-Jährigen (17,6 %). Damit war diese Kategorie unter den jüngsten Patienten statistisch höchst signifikant (p<0,001) am häufigsten vertreten. Es folgte die Gruppe der Älteren mit 2 von 31 Patienten (6,5 %), statistisch jedoch

nicht signifikant. In 6 Fällen (2,4 %) traf diese Antwortmöglichkeit auf Patienten der Gruppe von 30 bis 39 Jahren zu, in 1 Fall (0,6 %) bei den 50- bis 59-Jährigen. Der geringste Anteil an nie Erwerbstätigen (1 Fall, 0,3 %) fand sich in der Gruppe zwischen 40 und 49 Jahren.

22 Patienten unter 30 Jahren (11,4 %) wählten bei der Frage nach dem letzten oder zuletzt ausgeübten Beruf die Antwortmöglichkeit „unbekannt/unklar“. Zwischen 30 und 39 Jahren waren es 17 (6,5 %), in der darauf folgenden Gruppe 11 (3,7 %). Zwischen 50 und 59 Jahren kam diese Antwort dreimal vor (1,7 %), in der Gruppe der Älteren kein Mal (siehe Tab. 23).

Nach der beruflichen Situation bei Aufnahme gefragt, äußerten 53 Patienten (24,8 %) unter 30 Jahren, vollschichtig berufstätig zu sein, ein statistisch höchst signifikant ( $p < 0,001$ ) geringerer Anteil innerhalb der Alterskohorte verglichen mit den anderen Gruppen bis auf die der Älteren. Der höchste Anteil vollschichtig Berufstätiger trat in der Gruppe zwischen 30 und 39 Jahren auf (110 Patienten, 41,0 %) sowie in der Gruppe zwischen 40 und 49 Jahren ( $N=126$ ; 41,0 %). Mit zunehmendem Alter nahm der Anteil dann ab, in der Gruppe der 40- bis 49-Jährigen waren es 126 (41,0 %), in der darauf folgenden Gruppe 72 (37,7 %), bei den Älteren 3 (8,6 %), die damit statistisch sehr signifikant ( $p < 0,01$ ) den geringsten Anteil an vollschichtig Berufstätigen innerhalb ihrer Gruppe stellten.

Die anteilmäßig meisten in Teilzeit Berufstätigen waren, sehr signifikant ( $p < 0,01$ ), in der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen zu finden, hier wählten 37 Patienten (19,4 %) diese Antwortmöglichkeit. Es folgte die nächst jüngere Gruppe mit 55 Fällen (17,9 %), dann die Gruppe von 30 bis 39 Jahren mit 27 Fällen (10,0 %). Statistisch höchst signifikant ( $p < 0,001$ ) die wenigsten Teilzeitberufstätigen fanden sich in der jüngsten Gruppe mit 7 Fällen (3,3 %).

Prozentual noch weniger Patienten traten bei den Älteren (1 Fall, 2,9 %) auf, dieser Wert erwies sich statistisch jedoch als nicht signifikant.

Gelegentlich berufstätig waren in der Gruppe unter 30 Jahren 2 Patienten (0,9 %), bei den 30- bis 39-Jährigen 8 (3,0 %), bei den 40- bis 49-Jährigen und 50- bis 59-Jährigen je 4 (1,3 bzw. 2,1 %), keiner aus der Gruppe ab 60 Jahren. Die Unterschiede waren statistisch nicht signifikant.

Aus der Gruppe zwischen 30 und 39 Jahren waren 2 Patienten als mithelfende Familienangehörige nicht berufstätig, das entsprach 0,7 % der aus dieser Gruppe zu dieser Frage gemachten Angaben. Von jeweils 1 Patienten wurde diese Antwort bei den Jüngsten (0,5 %) und den 50- bis 59-Jährigen (0,5 %) gewählt, in den anderen Gruppen von keinem. Statistisch signifikante Unterschiede traten nicht auf.



Nicht berufstätige Hausfrauen bzw. -männer fanden sich mit 12 Patienten (34,3 %) vor allem bei den Älteren, die damit statistisch höchst signifikant ( $p < 0,001$ ) den größten Anteil innerhalb der Gruppe stellten, gefolgt von den 30- bis 39-Jährigen mit 35 Fällen (13,1 %). Unter den 50- bis 59-Jährigen waren 17 nicht berufstätige Hausfrauen bzw. -männer (8,9 %), unter den 40- bis 49-Jährigen 24 (7,8 %). Bei den unter 30-Jährigen gaben 11 diese Antwort (5,1 %).

Der Anteil der Patienten, die zum Aufnahmezeitpunkt in Ausbildung waren, nahm mit zunehmendem Alter rapide ab. Bei den Jüngsten waren es 42 (19,6 %), in den beiden nächst höheren Gruppen dann noch 5 (1,9 %) bzw. 1 (0,3 %). In den beiden älteren Gruppen war keiner der Patienten in Ausbildung.

2 Wehr- oder Zivildienst bzw. ein soziales Jahr leistende Patienten (0,9 %) gab es in der Gruppe unter 30 Jahren, in den höheren Gruppen nicht mehr.

Jeweils 1 Patient aus der jüngsten Gruppe (0,5 %) und der zwischen 40 und 49 Jahren (0,3 %) waren geschützt beschäftigt.

Arbeitslos zum Aufnahmezeitpunkt war fast ein Drittel der Patienten unter 30 Jahren (69 Patienten, 32,3 %), mehr als ein Fünftel der 30- bis 39-Jährigen (61 Fälle 22,8 %), die zur Frage der aktuellen beruflichen Situation Angaben machten. Bei den Patienten zwischen 40 und 49 Jahren wurde diese Antwort 50-mal gegeben (16,3 %), in der darauf folgenden Gruppe 28-mal (14,7 %). Von den Älteren war 1 (2,9 %) arbeitslos gemeldet. Der Unterschied zwischen der jüngsten und den anderen Gruppen war statistisch höchst signifikant ( $P < 0,001$ ).

Die Möglichkeit einer Differenzierung der Antwortmöglichkeit „Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente“ wurde von den Patienten unterschiedlich genutzt. Ein Teil verzichtete auf die Differenzierung der Kategorien „auf Dauer“ bzw. „auf Zeit“, dies war 1 Patient aus der zweitjüngsten Gruppe (0,4 %), 3 von den 40- bis 49-Jährigen (1,0 %), 2 von den 50- bis 59-Jährigen (1,0 %) und 1 von den Älteren (2,9 %). Von den Jüngeren wählte keiner diese Möglichkeit.

Eine Berentung auf Zeit hatten bei Aufnahme 5 aus der jüngsten Gruppe (2,3 %), in der nächst älteren waren es ebenfalls 5 (1,9 %), unter den 40- bis 49-Jährigen dann 16 (5,3 %). Zwischen 50 und 59 Jahren fanden sich 7 Patienten (3,7 %) mit einer zeitlich begrenzten Berentung, in der höchsten Altersgruppe keiner mehr. Die beschriebenen Unterschiede waren statistisch nicht signifikant.

Der höchste Anteil an Empfängern einer dauerhaften Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeitsrente fand sich in der Gruppe der Patienten ab 60 Jahren. 4 (11,4 %) machten entsprechende Angaben. In der nächst jüngeren Gruppe waren es 11 (5,8 %), bei den Patienten zwischen 40 und

49 Jahren 6 (1,9 %). Zwischen 30 und 39 Jahren waren dauerhafte Berentungen in 4 Fällen (1,5 %) ausgesprochen worden, unter 30 traf diese Kategorie auf keinen der Patienten zu. Ungefähr ein Viertel der Patientengruppe ab 60 Jahren (9 Patienten, 25,7 %) waren Frührentner, Bezieher einer Altersrente oder Pension. Dies war der größte Prozentsatz, statistisch höchst signifikant ( $p < 0,001$ ). Differenziert man diese Gruppe in Patienten unter und ab 65 Jahren, finden sich von den 35 Patienten dieser Altersgruppe, die zu dieser Frage Stellung nahmen, 22 unter 65 Jahre alt. Der Anteil an Rentnern und Pensionären an dieser Gruppe betrug somit 22,7 % (5 Fälle). Bei den Patienten jüngeren Alters war der Anteil an Frührentnern wesentlich geringer, in der jüngsten Gruppe kam diese Antwort gar nicht vor, bei den 30- bis 39-Jährigen einmal (0,4 %), bei den 40- bis 49-Jährigen und den 50- bis 59-Jährigen jeweils dreimal (1,0 bzw. 1,6 %).

Berufliche Situation	unter 30 J.		30-39 J.		40-49 J.		50-59 J.		ab 60 J.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
berufstätig, Vollzeit	53	24,8 <sup>ooo</sup>	110	41,0	126	41,0	72	37,7	3	8,6
berufstätig, Teilzeit	7	3,3 <sup>ooo</sup>	27	10,0	55	17,9	37	19,4 <sup>oo</sup>	1	2,8
berufstätig, gelegentlich	2	0,9	8	3,0	4	1,3	4	2,1	0	
mithelfender Familienangehöriger	1	0,5	2	0,7	0		1	0,5	0	
Hausfrau, -mann	11	5,1	35	13,1	24	7,8	17	8,9	12	34,3 <sup>ooo</sup>
in Ausbildung	42	19,6 <sup>ooo</sup>	5	1,9	1	0,3	0		0	
Zivil-, Wehrdienst, soziales Jahr	2	0,9	0		0		0		0	
beschützt beschäftigt	1	0,5	0		1	0,3	0		0	
arbeitslos gemeldet	69	32,3 <sup>ooo</sup>	61	22,8	50	16,3	28	14,7	1	2,9
EU-/BU-Rente undifferenziert	0		1	0,4	3	1,0	2	1,0	1	2,9
EU-/BU-Rente auf Dauer	0		4	1,5	6	1,9	11	5,8	4	11,4
EU-/BU-Rente auf Zeit	5	2,3	5	1,9	16	5,3	7	3,7	0	
Frührente/Altersrente/Pension	0		1	0,4	3	1,0	3	1,6	9	25,7 <sup>ooo</sup>
Witwen-Witwer-Rente	0		0		2	0,7	5	2,6	4	11,4 <sup>ooo</sup>
anderweitig ohne Beschäftigung	14	6,5	6	2,2	8	2,6	2	1,0	0	
unbekannt/unklar	7	3,3	3	1,1	8	2,6	2	1,0	0	
Antworten insgesamt	214	100,0	268	100,0	307	100,0	191	100,0	35	100,0

**Tab. 24: Berufliche Situation bei Aufnahme in unterschiedlichen Altersgruppen (N=1015)**

°:  $p < 0,05$ ; °°:  $p < 0,01$ ; °°°:  $p < 0,001$

In der Gruppe der Älteren bezogen 4 Patienten Witwen- bzw. Witwerrenten (11,4 %), in den beiden nächst tieferen Alterskohorten 5 (2,6 %) bzw. 2 (0,7 %). In den beiden jüngsten

Gruppen gab es keine Beziehung dieser Rentenform. Der Anteil bei den Älteren unterschied sich höchst signifikant ( $p < 0,001$ ) von den anderen Gruppen.

Anderweitig ohne berufliche Beschäftigung waren 14 Patienten unter 30 Jahren (6,5 %), 6 zwischen 30 und 39 Jahren (2,2 %), 8 zwischen 40 und 49 Jahren (2,6 %), 2 (1,0 %) aus der zweithöchsten und keiner aus der höchsten Altersgruppe.

Die Kategorie „unbekannt/unklar“ wählten 7 Patienten (3,3 %) der Jüngsten, 3 der 30- bis 39-Jährigen (1,1 %), 8 der 40- bis 49-Jährigen (2,6 %) und 2 der 50- bis 59-Jährigen (1,0 %). In der Gruppe ab 60 kam diese Antwort nicht vor (siehe auch Tab. 24).

Auf die Frage nach Arbeitsunfähigkeit bzw. deren Dauer zeigte sich ein großer, statistisch höchst signifikanter ( $p > 0,001$ ) Unterschied bei der jüngsten im Vergleich zu den anderen Gruppen. Insgesamt wurde die Frage von 164 der 246 Patienten (66,7 %) dieser Altersgruppe beantwortet. Davon gaben 68 Patienten (41,5 %) an, nicht arbeitsunfähig zu sein, 23 (14,0 %) kreuzten die Antwort „unbekannt“ an. Arbeitsunfähig waren 73 Patienten (44,5 %). Bezogen auf die 141 Fälle, in denen in dieser Gruppe konkrete Angaben zu dieser Frage gemacht wurden, lag bei Aufnahme im Schnitt eine Arbeitsunfähigkeit von 5,6 Wochen vor. Von den Patienten von 30 bis 39 Jahren machten insgesamt 197 der 300 Patienten (65,7 %) dieser Gruppe Angaben, 20 davon (10,1 %) antworteten mit „unbekannt“, 51 (25,9 %) der 197 Patienten, die diese Frage beantworteten, waren nicht arbeitsunfähig. Lässt man die 20 Patienten, die „unbekannt“ wählten, unberücksichtigt, betrug die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei den 177 Patienten, die konkrete Angaben machten, 10,7 Wochen.

Eine ähnlich hohe Dauer der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit fand sich mit 10,9 Wochen in der Gruppe der 40 bis 49-Jährigen. Hier äußerten sich 212 der 350 Patienten (60,6 %) zu dieser Frage, 14 davon (6,6 %) mit „unbekannt“, 198 (93,4 %) konkret.

Arbeitsunfähigkeit (AU)	unter 30 J.		30-39 J.		40-49 J.		50-59 J.		ab 60 J.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
nicht arbeitsunfähig	68	41,5 <sup>°°°</sup>	51	25,9	30	14,2	30	23,6	2	22,2
arbeitsunfähig	73	44,5	126	64,0	168	79,2	90	70,9	7	77,8
unbekannt	23	14,0	20	10,2	14	6,6	7	5,5	0	
Antworten insgesamt	164	100,0	197	100,0	212	100,0	127	100,0	9	100,0
durchschnittliche Dauer der AU	5,6	Wo.	10,7	Wo.	10,9	Wo.	17,6	Wo. <sup>°°°</sup>	31,4	Wo.

**Tab. 25: Durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei Aufnahme in unterschiedlichen Altersgruppen N= (709). °:  $p < 0,05$ ; °°:  $p < 0,01$ ; °°°:  $p < 0,001$**

In der nächst älteren Kohorte machten 127 der 214 Patienten (59,3 %) Angaben zu dieser Fragestellung, 7 davon (5,5 %) „unbekannt“, bei den restlichen 120 betrug die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit 17,6 Wochen. Auch dieser Wert war statistisch höchst signifikant ( $p < 0,001$ ) im Vergleich zu der Dauer der Arbeitslosigkeit in den anderen Gruppen.

Bei den Älteren wurde diese Frage lediglich von 9 der 54 Patienten (16,7 %) beantwortet. Hier trat die Antwortmöglichkeit „unbekannt“ gar nicht auf, die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit bei Aufnahme betrug 31,4 Wochen. Dieser Wert erwies sich statistisch als nicht signifikant (siehe Tab. 25).

Befragt nach einem laufenden Rentenverfahren wurde diese Frage von 198 der Patienten (98,5 % der Antworten bezogen auf diese Gruppe) aus der jüngsten Gruppe mit „nein“ beantwortet. Somit ergab sich im Vergleich zu den anderen Gruppen der höchst signifikant größte Prozentsatz ohne laufendes Rentenverfahren. Von den 30- bis 39-Jährigen hatten 246 (96,1 %), von den 40- bis 49-Jährigen 253 (88,2 %) kein laufendes Rentenverfahren. Bei den Patienten zwischen 50 und 59 Jahren waren es 153 (86,0 %), bei denen ab 60 Jahren 28 (93,3 %). Einen Rentenanspruch hatte 1 Patient (0,5 %) der Gruppe bis 29 gestellt, in der nächst älteren Gruppe waren es 3 (1,1 %), zwischen 40 und 49 Jahren dann 9 (3,1 %). Von den 50- bis 59-Jährigen betraf diese Antwort 14 Patienten (7,9 %), diese Gruppe hatte statistisch höchst signifikant die meisten laufenden Rentenansprüche. Von den ab 60-Jährigen waren 2 (6,7 %) betroffen.

laufendes Rentenverfahren	unter 30 J.		30-39 J.		40-49 J.		50-59 J.		ab 60 J.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
kein laufendes Rentenverfahren	198	98,5	246	96,1	253	88,2	153	86,0	28	93,3
laufender Rentenanspruch	1	0,5	3	1,1	9	3,1	14	7,9 <sup>ooo</sup>	2	6,7
Rentenstreit/Sozialgerichtsverfahren	0		5	2,0	10	3,5	8	4,5 <sup>o</sup>	0	
laufendes Zeitrentenverfahren	2	1,0	2	0,8	15	5,2 <sup>ooo</sup>	3	1,7	0	
Antworten insgesamt	201	100,0	256	100,0	287	100,0	178	100,0	30	100,0

**Tab. 26: Laufende Rentenverfahren in unterschiedlichen Altersklassen (N=952)**

<sup>o</sup>:  $p < 0,05$ ; <sup>oo</sup>:  $p < 0,01$ ; <sup>ooo</sup>:  $p < 0,001$

Keiner der Patienten aus der jüngsten Gruppe hatte einen laufenden Rentenstreit bzw. ein Sozialgerichtsverfahren. In der Gruppe der Dreißiger traf dies auf 5 der Patienten (2,0 %) zu,

in der Gruppe der 30- bis 39-Jährigen auf 10 (3,5 %). In der zweithöchsten Altersklasse wählten 8 Befragte (4,5 %) diese Antwort, von den Älteren keiner. Der höchste Anteil in der zweithöchsten Gruppe war statistisch signifikant ( $p < 0,05$ ).

Ein laufendes Verfahren zur Bewilligung einer Zeitrente hatten jeweils 2 aus den beiden jüngsten Kohorten (1,0 % bzw. 0,8 %), 15 aus der mittleren Gruppe (5,2 %), und damit statistisch höchst signifikant ( $p < 0,001$ ) den größten Anteil aller Gruppen. In der zweithöchsten Gruppe galt dieses für 3 Patienten (1,7 %), in der höchsten Altersgruppe war keiner betroffen (siehe Tab. 26).

#### 4.11.2 Vermittlung der Behandlung

Die prozentual meisten von einem Allgemeinmediziner oder Praktischen Arzt zur Behandlung vermittelten Patienten fanden sich in der jüngsten (84 Patienten, 39,3 %), die wenigsten in der zweitältesten Gruppe (33 Patienten, 17,7 %). Beide Werte erwiesen sich als statistisch höchst signifikant ( $p < 0,001$ ). In der zweitjüngsten Gruppe waren es 86 (31,5 %), in der mittleren 83 (26,3 %). Unter den Älteren wurden 12 (28,6 %) von einem Allgemeinarzt vermittelt.

Vermittlung durch	unter 30 J.		30-39 J.		40-49 J.		50-59 J.		ab 60 J.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Allgemeinarzt	84	39,3 <sup>°°°</sup>	86	31,5	83	26,3	33	17,7 <sup>°°°</sup>	12	28,6
Psychiater/Nervenarzt	94	44,0	141	51,6	175	55,6	125	67,3 <sup>°°°</sup>	22	52,4
Arzt f. Psychotherapeut. Medizin	5	2,3	7	2,6	11	3,5	1	0,5	1	2,4
Ärztlicher Psychotherapeut	5	2,3	12	4,4	9	2,9	3	1,6	1	2,4
Internist	15	7,0	18	6,5	18	5,8	6	3,2	5	11,9
sonstiger Facharzt	3	1,4	2	0,7	7	2,2	7	3,8	0	
geplante Wiederaufnahme	0		0		0		1	0,5	0	
andere Klinik	4	1,9	4	1,5	6	1,9	5	2,8	0	
nicht-ärztlicher Psychotherapeut	0		1	0,4	0		1	0,5	0	
Patient selbst	2	0,9	1	0,4	3	0,9	3	1,6	0	
Unbekannt/sonstiges	2	0,9	1	0,4	3	0,9	1	0,5	1	2,4
Antworten insgesamt	214	100,0	273	100,0	315	100,0	186	100,0	42	100,0

Tab. 27: Vermittlung der Behandlung in unterschiedlichen Altersklassen (N=1030)

°:  $p < 0,05$ ; °°:  $p < 0,01$ ; °°°:  $p < 0,001$

Die Vermittlung durch einen Psychiater oder Nervenarzt erfolgte besonders häufig in der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen, insgesamt 125 von 186 Patienten (67,3 %), die in dieser Altersklasse dazu Angaben machten, fanden über diesen Weg in die Behandlung. Die Unterschiede zu den anderen Gruppen waren höchst signifikant ( $p < 0,001$ ). Von den unter 30-Jährigen wurde der geringste Anteil über Psychiater bzw. Nervenärzte vermittelt (94 Fälle, 44,0 %). Bei den 30- bis 39-Jährigen waren es 141 Patienten (51,6 %), unter den 40- bis 49-Jährigen 175 (55,6 %), bei den Aufnahmen ab 60 Jahren 22 (52,4 %).

Von einem Arzt für Psychotherapeutische Medizin vermittelt wurden die Patienten über alle Altersgruppen ohne signifikante Unterschiede. 5 aus der untersten Altersstufe (2,3 %), 7 aus der nächst höheren (2,6 %), 11 aus der mittleren (3,5 %), 1 aus der zweithöchsten (0,5 %) und 1 aus der Gruppe der Älteren (2,4 %).

Ebenfalls keine signifikanten Unterschiede fanden sich bei Vermittlungen durch Ärztliche Psychotherapeuten (näheres siehe Tab. 27).

Von Internisten überwiesen wurden 15 der Jüngeren (7,0 %), 18 der Gruppe zwischen 30 und 39 Jahren (6,5%), ebenfalls 18 in der mittleren Gruppe (5,8 %), 6 in der zweithöchsten (3,2 %) und 5 in der höchsten Altersklasse. Signifikant waren diese Unterschiede nicht.

Durch einen Facharzt aus einem anderen medizinischen Fachgebiet wurde die Behandlung in 3 Fällen bei den jüngeren Patienten (1,4 %) vermittelt, die 30- bis 39-Jährigen in 2 Fällen (0,7 %). Bei den 40- bis 49-Jährigen und den 50- bis 59-Jährigen waren es jeweils 7 (2,2 % bzw. 3,8 %), bei den Älteren keiner.

Bei 1 Patienten kam es zu einer geplanten Wiederaufnahme, dies betraf 1 Patienten aus der zweitältesten Kohorte und entsprach einem Prozentsatz von 0,5 aller in dieser Gruppe zur Frage der Behandlungsvermittlung gemachten Angaben. In den anderen Gruppen kam diese Art der Behandlungsvermittlung nicht vor.

Vermittelt durch eine andere Klinik erfolgte die Aufnahme von 4 Patienten unter 30 Jahren (1,9 %), ebenfalls 4 aus der darauf folgenden Gruppe (1,5 %) und 6 aus der mittleren Gruppe (1,9 %) kamen über diesen Weg in die Klinik. Aus der zweithöchsten Gruppe waren es 5 (2,8 %), aus der höchsten kein Patient.

Von nicht-ärztlichen Psychotherapeuten wurden insgesamt 2 Patienten der Behandlung zugeführt, je 1 von den 30- bis 39-Jährigen (0,4 %) und den 50- bis 59-Jährigen (0,5 %). In den anderen Gruppen fand sich keine solche Vermittlung.

In 2 Fällen (0,9 %) kam bei den Jüngeren die Behandlung durch die Patienten selbst vermittelt zustande, in der zweiten Gruppe in 1 Fall (0,4 %). Aus der mittleren Kohorte waren es 3 (0,9

%), aus der dann folgenden ebenfalls 3 (1,6 %), von den Patienten ab 60 hatte keiner selbst die Aufnahme vermittelt.

Die Antwortkategorie „unbekannt/sonstiges“ fand sich in der untersten Gruppe zweimal (0,9 %), in der mittleren Gruppe waren es 3 Patienten (0,9 %), in der zweithöchsten 1 (0,5 %), ebenfalls 1 (2,4 %) in der höchsten (siehe Tab. 27).

#### 4.11.3 Diagnosen

Die für die erstgenannte, und in der Bedeutung für die Behandlung maßgebliche, Diagnose bei Aufnahme am häufigsten gewählte ICD-10-Kategorie, F3 – Affektive Störungen, trat mit dem prozentual höchsten Anteil in der mittleren Alterskohorte auf. Hier wurde eine Diagnose aus diesem Bereich in 202 von 326 Fällen, in denen die Aufnahmediagnose verschlüsselt wurde, vergeben. Mit 62,0 % in dieser Gruppe fand sich der statistisch signifikant ( $p < 0,05$ ) höchste Anteil. Noch höher, aber nicht signifikant, war der Prozentsatz in der zweitältesten Gruppe (123 Fälle, 63,4 %). Es folgte die Gruppe der Älteren mit 28 Fällen (59,6 %) und die zweijüngste Gruppe mit 166 Fällen bzw. 58,9 %. In der Kohorte unter 30 Jahren fand sich der geringste Anteil an F3-Diagnosen ( $p < 0,001$ ). Diese wurden in 98 Fällen gestellt, das entspricht 42,7 % aller Aufnahmediagnosen in dieser Altersklasse.

ICD 10 – Diagnose-Kategorie	unter 30 J.		30-39 J.		40-49 J.		50-59 J.		ab 60 J.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
F 0	1	0,4	0		0		0		0	
F 1	1	0,4	1	0,4	0		0		1	2,1
F 2	0		1	0,4	0		0		0	
F 3	98	42,7 <sup>ooo</sup>	166	58,9	202	62,0 <sup>o</sup>	123	63,4	28	59,6
F 4	86	37,5	94	33,3	109	33,4	68	35,1	15	31,9
F 5	18	7,8 <sup>ooo</sup>	10	3,5	11	3,4	1	0,5	0	
F 6	24	10,4 <sup>ooo</sup>	10	3,5	4	1,2	1	0,5	3	6,4
F 9	1	0,4	0		0		0		0	
R 5	1	0,4	0		0		1	0,5	0	
Hauptdiagnose 1 insg.	230	100,0	282	100,0	326	100,0	194	100,0	47	100,0

Tab. 28: Erstgenannte Diagnosen (Hauptdiagnosen) in unterschiedlichen Altersklassen (N=1079)  
<sup>o</sup>:  $p < 0,05$ ; <sup>oo</sup>:  $p < 0,01$ ; <sup>ooo</sup>:  $p < 0,001$

Die aus dem Bereich F4 – Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen gestellten Diagnosen waren relativ gleichmäßig auf die Altersgruppen verteilt. Signifikante Unterschiede fanden sich bei den Häufigkeiten nicht. In der jüngsten Gruppe wurde eine F4 – Diagnose 86-mal vergeben (37,5 %), in der darauf folgenden 94-mal (33,3 %), in der mittleren 109-mal (33,4 %). Aus der zweitältesten Kohorte hatten 68 Patienten (35,1 %) eine Diagnose aus diesem Bereich, von den Älteren 15 (31,9 %).

Diagnosen aus der Kategorie F5 – Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren, dazu zählen unter anderem die Essstörungen, wurde insbesondere bei den unter 30-Jährigen Patienten gestellt. Hier fanden sich 18 Fälle mit einer solchen Diagnose (7,8 %), statistisch höchst signifikant der größte Anteil im Vergleich mit den anderen Gruppen. Zwischen 30 und 39 Jahren wurde eine entsprechende Diagnose in 10 Fällen (3,5 %) vergeben, zwischen 40 und 49 Jahren 11-mal (3,4 %). Mit zunehmendem Alter wurde diese Diagnosekategorie seltener verschlüsselt, trat bei den 50- bis 59-Jährigen einmal auf (0,5 %), bei den Älteren gar nicht mehr.

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, ICD-Kategorie F6, wurden ebenfalls höchst signifikant ( $p < 0,001$ ) am häufigsten bei Patienten unter 30 Jahren als erste Hauptdiagnose genannt (24 Fälle, 10,4 %). Zwischen 30 und 39 Jahren fand sich eine Diagnose aus diesem Bereich 10-mal (3,5 %), in der mittleren Gruppe 4-mal (1,2%). Der signifikant niedrigste Anteil kam zwischen 50 und 59 Jahren mit nur 1 Fall bzw. 0,5 % vor. In der ältesten Kohorte waren noch 3 Patienten (6,4 %) betroffen.

Je 1 Patient aus der jüngsten, der zweitjüngsten und der ältesten Kohorte wurden diagnostisch in die Kategorie F1- Psychische und Verhaltenstörungen durch psychotrope Substanzen eingeordnet. Einmal wurde eine Diagnose aus dem Bereich F0 – Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen vergeben, es handelte sich um eine leichte kognitive Störung, F06.7, die Patientin war 21 Jahre alt.

Eine erstgenannte Diagnose aus dem Bereich F2 – Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen wurde an 1 Patienten im Alter von 39 Jahren vergeben. In den anderen Kohorten fand sich diese Diagnoseklasse nicht. In 1 Fall erhielt ein 19-jähriger Patient eine Diagnose aus der Kategorie F9 – Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend. Zweimal wurde in dieser Rubrik eine Störung aus den ICD-10-Kategorie R51 - Kopfschmerz und R52 – Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert vergeben (siehe Tab. 28).

Bei den in der Rangfolge der Bedeutung an zweiter Stelle verschlüsselten psychotherapeutisch-psychiatrischen Diagnosen gab es im Vergleich der Kohorten bezüglich affektiver Störungen keine signifikanten Unterschiede. Von den unter 30-Jährigen hatten 25



Patienten von insgesamt 209 (12,0 %), die aus dieser Altersstufe eine Diagnose erhielten, entsprechende Diagnosen. Eine Altersstufe höher waren 43 Patienten (15,8 %) in diese Störungsgruppe eingeordnet worden, in der mittleren Altersklasse 45 (14,8 %). Zwischen 50 und 60 Jahren kamen affektive Störungen als zweite Diagnose 30-mal vor (17,2 %), ab 60 Jahren 8-mal (21,1 %).

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen kamen in der jüngsten Kohorte 77-mal als Zweitdiagnose vor (36,9 %), dies war der statistisch signifikant ( $p < 0,05$ ) höchste Anteil gegenüber den anderen Kohorten. Die zweite Gruppe war 78-mal betroffen (28,6 %), die mittlere 93-mal (30,5 %). Bei den 50- bis 59-Jährigen kam diese Störungsgruppe in 40 Fällen vor (22,9 %), bei den Älteren 10-mal (26,3 %).

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen wurden an zweiter Stelle am wenigsten in der jüngsten Gruppe diagnostiziert. Hier fanden sich 67 Fälle (32,1 %) mit dieser Diagnosekategorie, sehr signifikant ( $p < 0,01$ ) weniger als in den anderen Gruppen. Der höchste Anteil trat mit 18 Patienten (47,4 %) bei den Älteren auf, gefolgt von der zweitältesten Gruppe mit 77 Patienten (44,0 %). Danach kam die Dreißigerkohorte ( $N=117$ ; 42,9 %), schließlich die Patienten mittleren Alters ( $N=125$ ; 41,0 %). Die Unterschiede in diesen vier Gruppen waren nicht signifikant.

Keine signifikanten Unterschiede zeigten sich ebenso bei den Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren. 29 aus der jüngsten Gruppe (13,9 %) erhielten eine entsprechende Diagnose an zweiter Stelle, die gleiche Anzahl fand sich bei den Dreißigern, hier lag der Prozentsatz innerhalb der Gruppe bei 10,6 %. In der Vierzigerkohorte hatten 32 Patienten (10,5 %) eine F5 – Diagnose, zwischen 50 und 59 Jahren 16 Patienten (9,1 %). Bei den Älteren fand sich eine Diagnose aus dieser Gruppe in keinem Fall an zweiter Stelle.

Im Vergleich zur Hauptdiagnose wurden an zweiter Stelle häufiger psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen verschlüsselt. Bei den Jüngsten war dies 6-mal der Fall (2,9 %), in der nächst älteren Altersgruppe 4-mal (1,4 %). Bei den Patienten mittleren Alters kam eine solche F1 – Diagnose 8-mal vor (2,6 %), bei den 50- bis 59-Jährigen 6-mal (3,4 %). Ab 60 Jahren wurde diese Diagnosekategorie an zweiter Stelle nicht gefunden.

Eine Diagnose aus dem Bereich F0 fanden sich in je 1 Fall der jüngsten und der ältesten Gruppe, zweimal wurde in der Gruppe unter 30 Jahren eine F9 – Diagnose gestellt.

Unter „sonstige Diagnosen“ wurden Verschlüsselungen zusammengefasst, die in keine der oben genannten Kategorien gehören. Dies gilt vor allem für die Z – Diagnosen (Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten

führen) und X – Diagnosen (äußere Ursachen für Morbidität und Mortalität). In je einem Fall wurde eine Zweitdiagnose aus der Rubrik G – Krankheiten des Nervensystems, J – Krankheiten des Atmungssystems und M – Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes gestellt. Sonstige Diagnosen kamen in der Gruppe unter 30 zweimal (0,9 %) vor, ebenso zwischen 30 und 39 Jahren (0,7 %) und zwischen 40 und 49 Jahren (0,6 %). In der zweitältesten Kohorte fanden sich diese Diagnosen 6-mal (3,4 %), in der ältesten Altersklasse einmal (2,6 %). Signifikant waren diese Unterschiede nicht. Diagnosen aus dem Bereich F2 kamen hier nicht vor (siehe Tab. 29).

ICD 10 – Diagnose-Kategorie	unter 30 J.		30-39 J.		40-49 J.		50-59 J.		ab 60 J.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
F 0	1	0,5	0		0		0		1	2,6
F 1	6	2,9	4	1,4	8	2,6	6	3,4	0	
F 3	25	12,0	43	15,8	45	14,8	30	17,2	8	21,1
F 4	67	32,1 <sup>°°</sup>	117	42,9	125	41,0	77	44,0	18	47,4
F 5	29	13,9	29	10,6	32	10,5	16	9,1	0	
F 6	77	36,9 <sup>°</sup>	78	28,6	93	30,5	40	22,9	10	26,3
F 9	2	0,9	0		0		0		0	
Sonstige	2	0,9	2	0,7	2	0,6	6	3,4	1	2,6
Hauptdiagnose 2 insges.	209	100,0	273	100,0	305	100,0	175	100,0	38	100,0

**Tab. 29: Zweitgenannte Diagnosen in unterschiedlichen Altersgruppen (N=1000)**

<sup>°</sup>: p<0,05; <sup>°°</sup>: p<0,01; <sup>°°°</sup>: p<0,001

Als drittgenannte Diagnose und damit auch in der Bedeutung für die Behandlung an dritter Stelle, wurde in allen Alterskohorten am häufigsten Diagnosen aus dem Bereich der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen verschlüsselt. Der höchste Anteil fand sich dabei in der jüngsten Gruppe, dort bekamen 62 der 149 Patienten (41,6 %), die in dieser Gruppe eine dritte Hauptdiagnose erhielten, eine entsprechende Diagnose zugeschrieben. Ähnliche Prozentsätze fanden sich in der zweit- und drittältesten (N=82; 41,4 % bzw. N=88; 41,9 %) sowie in der zweitältesten Gruppe (N=44; 39,0 %), etwas geringer, jedoch ohne statistische Signifikanz fiel der Anteil bei den Älteren aus (N=8; 36,3 %).

Auch die Störungen aus den anderen Bereichen der ICD-10 traten als dritte Diagnose in den verschiedenen Alterskohorten ohne signifikante Unterschiede auf.

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen fanden sich bei 7 Patienten ab 60 Jahren (31,8 %), zwischen 50 und 59 Jahren bei 27 Patienten (23,9 %), zwischen 40 und 49

Jahren bei 42 (20,0 %) und zwischen 30 und 39 Jahren bei 49 (24,7 %). Unter 30 Jahren waren es 32 Patienten (21,5 %).

Affektive Störungen traten als dritte Hauptdiagnose bei 11 Patienten der jüngsten Gruppe auf (7,4 %), in der zweitjüngsten bei 8 (4,0 %), in der mittleren Gruppe fanden sich 9 solcher Diagnosen (4,3 %), in der zweitältesten Alterskohorte 5 (4,4 %). Ab 60 Jahren waren 2 Patienten (9,1 %) betroffen.

20 Diagnosen aus dem Bereich der Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren wurden bei den Jüngsten als dritte Diagnose vergeben (13,4 %), in der darauf folgenden Kohorte dann 29-mal (14,7 %), bei den Patienten mittleren Alters 32-mal (15,2 %). In der Kohorte zwischen 50 und 59 Jahren trat eine solche Diagnose 15-mal auf (13,3 %), in der Altersstufe ab 60 Jahren zweimal (9,1 %).

ICD 10 – Diagnose-Kategorie	unter 30 J.		30-39 J.		40-49 J.		50-59 J.		ab 60 J.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
F 1	17	11,4	19	9,6	27	12,8	11	9,7	1	4,5
F 2	1	0,7	0		0		0		0	
F 3	11	7,4	8	4,0	9	4,3	5	4,4	2	9,1
F 4	32	21,5	49	24,7	42	20,0	27	23,9	7	31,8
F 5	20	13,4	29	14,7	32	15,2	15	13,3	2	9,1
F 6	62	41,6	82	41,4	88	41,9	44	39,0	8	36,4
F 7	0		0		2	1,0	1	0,9	0	
F 9	0		1	0,5	0		0		0	
Sonstige	6	4,0	10	5,1	10	4,8	10	8,8	2	9,1
Hauptdiagnose 3 insges.	149	100,0	198	100,0	210	100,0	113	100,0	22	100,0

**Tab. 30: Drittgenannte Diagnosen in den unterschiedlichen Altersklassen (N=692)**

◦: p<0,05; ◦◦: p<0,01; ◦◦◦: p<0,001

Im Vergleich zu den Hauptdiagnosen an erster und zweiter Stelle wurden bei den Drittdiagnosen häufiger psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen verschlüsselt. 17 Patienten unter 30 (11,4 %) erhielten eine Diagnose aus diesem Bereich, 19 von denen zwischen 30 und 39 Jahren (9,6 %), 27 in der mittleren (12,8 %) und 11 in der zweitältesten Gruppe (9,7 %). 1 Patient ab 60 Jahren (4,5 %) war ebenfalls betroffen. Zweimal kam an dieser Stelle eine Diagnose aus der ICD-Gruppe F7 – Intelligenzminderung vor, jeweils in der mittleren Klasse (1,0 %).

Eine Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend kam einmal bei den zwischen 30 und 39-Jährigen (0,5 %) vor.

1 Patienten von den Jüngsten (0,7 %) wurde eine Schizophrenie, schizotype oder wahnhaftige Störung zugeschrieben, in den anderen Altersklassen kam diese Kategorie als drittgenannte Diagnose nicht vor.

In der Rubrik „sonstige“ wurden wieder Diagnosen aus den Bereichen X, Z, G, J und M zusammengefasst. 6 Patienten bis 29 Jahre erhielten eine solche Diagnose (4,0 %), 10 aus der Dreißigergruppe (5,1 %), ebenfalls 10 von den 40- bis 49-Jährigen (4,8 %) und den 50- bis 59-Jährigen (8,8 %). 2 (9,1 %) waren es bei den Patienten ab 60 Jahren (siehe auch Tab. 30).

Von den insgesamt 1079 Patienten, bei denen mindestens eine Hauptdiagnose verschlüsselt worden war, bekamen 157 Patienten zwischen 50 und 59 Jahren eine Diagnose aus dem Bereich der affektiven Störungen (F3) an erster, zweiter oder dritter Stelle. Das entspricht 80,9 % der Patienten aus dieser Gruppe, für die eine Diagnosenverschlüsselung durchgeführt worden war. Damit war der Anteil in dieser Gruppe signifikant ( $p < 0,05$ ) höher als in den anderen. Bei den Älteren wurde in 29 Fällen (61,7 %) eine solche Diagnose gestellt. Der höchst signifikant niedrigste Anteil trat in der jüngsten Kohorte auf, hier fanden sich nur 133 Patienten (57,8 %) mit affektiven Störungen. In der zweitjüngsten Gruppe waren es 214 (75,9 %), in der mittleren 252 (77,3 %).

ICD 10 – Diagnose-Kategorie	unter 30 J.		30-39 J.		40-49 J.		50-59 J.		ab 60 J.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
F 0	1	0,4	0		0		0		1	0,2
F 1	24	10,4	26	9,2	34	10,4	16	8,2	2	4,3
F 2	1	0,4	1	0,4	0		0		0	
F 3	133	57,8 <sup>°°°</sup>	214	75,9	252	77,3	157	80,9 <sup>°</sup>	38	80,5
F 4	146	63,5	192	68,1	217	66,6	131	67,5	29	61,7
F 5	66	28,7 <sup>°°</sup>	68	24,1	69	21,2	30	15,5	2	4,3 <sup>°°</sup>
F 6	151	65,7 <sup>°°°</sup>	163	57,8	180	55,2	82	42,3	21	44,7
F 7	0		0		2	0,6	1	0,5	0	
F 9	3	1,3	1	0,6	0		0		0	
Sonstige	9	3,9	15	5,3	11	3,4	16	8,2	3	6,4

**Tab. 31: Diagnosen in unterschiedlichen Altersklassen. Bis zu 3 Diagnosen pro Patient (N=1079)**

°:  $p < 0,05$ ; °°:  $p < 0,01$ ; °°°:  $p < 0,001$

Eine neurotische, Belastungs- oder somatoforme Störung (F4) hatten 146 der jüngsten Patienten (63,5 %), in der zweiten Alterskohorte waren es 192 (68,1 %), in der mittleren 217 (66,6 %). Zwischen 50 und 59 Jahren fand sich eine Diagnose aus diesem Bereich in 131 Fällen (67,5 %), ab 60 Jahren bei 29 (61,7 %). Statistisch signifikant waren diese Unterschiede nicht.

Der Anteil an Patienten mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) nahm mit zunehmendem Alter ab. Unter 30 Jahren wurde eine entsprechende Diagnose in 151 Fällen vergeben (65,7 %), der Unterschied zu den anderen Gruppen war statistisch höchst signifikant ( $p < 0,001$ ). In der nächst höheren Gruppe waren 163 Patienten betroffen (57,8 %), in der dann folgenden 180 (55,2 %).

Den geringsten Anteil an diesen Störungen hatte die zweitälteste Altersklasse, 82 Patienten (42,3 %) waren betroffen, bei den ab 60-Jährigen stieg der Anteil dann mit 21 Patienten und 44,7 % wieder leicht an, dieser Anstieg war jedoch nicht signifikant. Besonders häufig bei den jüngsten Patienten fanden sich Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5). Im Vergleich zu den anderen Altersklassen erwiesen sich dabei die Werte als sehr signifikant ( $p < 0,01$ ). In 66 Fällen (28,7 %) wurde in dieser Gruppe eine solche Störung diagnostiziert. Bei den 30 bis 39-Jährigen war das 68-mal der Fall (24,1 %), in der mittleren Gruppe 69-mal (21,2 %). Bei den 50 bis 59-Jährigen fanden sich 30 (15,5 %), bei den über 59-Jährigen 2 Fälle (4,3 %). Dieser niedrige Wert war ebenfalls sehr signifikant ( $p < 0,01$ ).

Durch psychotrope Substanzen verursachte Störungen als eine der Hauptdiagnosen fanden sich ohne statistisch signifikante Unterschiede in allen Alterskohorten. In der jüngsten waren 24 Patienten betroffen (10,4 %), bei den 30- bis 39-Jährigen 26 (9,2 %), bei den 40- bis 49-Jährigen waren es 34 (10,4 %), bei den 50- bis 59-Jährigen 16 (8,2 %). Ab 60 Jahren wurde diese Diagnosegruppe in 2 Fällen angegeben (4,3 %).

F0-Diagnosen für organisch bedingte Störungen wurden je einmal in der jüngsten und in der ältesten Kohorte gestellt, F7-Diagnosen für Intelligenzminderungen zweimal in der mittleren, einmal in der zweitältesten Kohorte.

Diagnosen aus dem Bereich der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9) erhielten 3 Patienten unter 30 Jahren, einer zwischen 30 und 39 Jahren.

Ebenfalls keine signifikanten Unterschiede gab es bezogen auf die sonstigen Diagnosen (somatische, Z- oder X-Diagnosen) in den unterschiedlichen Altersklassen. Unter 30 Jahren fanden sich 9 Patienten mit entsprechend verschlüsselten Störungen (3,9 %), zwischen 30 und 39 Jahren 15 (5,3 %), zwischen 40 und 49 Jahren waren es 11 (3,4 %). Bei den 50 bis 59-

Jährigen traten diese Störungen 16-mal auf (8,2 %), dreimal (6,4 %) ab 60 Jahren (siehe Tab. 31).

Bezogen auf die Anzahl der verschlüsselten Diagnosen fanden sich signifikante Unterschiede im Vergleich der unterschiedlichen Altersklassen bei den Patienten, die insgesamt 1 und denen, die 3 Diagnosen zugeschrieben bekamen.

Mit 198 Patienten bzw. 66,0 % dieser Altersklasse traten 3 Diagnosen verhältnismäßig am häufigsten in der Klasse zwischen 30 und 39 Jahren auf. Der geringste Anteil an Patienten mit 3 Diagnosen trat in der Gruppe ab 60 Jahren auf (22 Patienten, 40,7 %). Die Ergebnisse in beiden Gruppen waren statistisch sehr signifikant ( $p < 0,01$ ). In der Kohorte unter 30 Jahren gab es 149-mal 3 Diagnosen (60,6 %), in der mittleren Gruppe 210 (60,0 %). Bei den Patienten zwischen 50 und 59 Jahren waren es 113 (52,8 %).

Anzahl Hauptdiagnosen	unter 30 J.		30-39 J.		40-49 J.		50-59 J.		ab 60 J.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
keine Hauptdiagnose	16	6,5	18	6,0	24	6,9	20	9,3	7	13,0
1 Hauptdiagnose	21	8,5	9	3,0 <sup>°°</sup>	21	6,0	19	8,9	9	16,7 <sup>°°</sup>
2 Hauptdiagnosen	60	24,4	75	25,0	95	27,1	62	29,0	16	29,6
3 Hauptdiagnosen	149	60,6	198	66,0 <sup>°°</sup>	210	60,0	113	52,8	22	40,7 <sup>°°</sup>
insgesamt	246	100,0	300	100,0	350	100,0	214	100,0	54	100,0

**Tab. 32: Anzahl der Hauptdiagnosen in unterschiedlichen Altersklassen (N=1164)**

<sup>°</sup>:  $p < 0,05$ ; <sup>°°</sup>:  $p < 0,01$ ; <sup>°°°</sup>:  $p < 0,001$

Spiegelbildlich dazu und statistisch gleich signifikant ( $p < 0,01$ ) erhielten die Patienten aus der zweitjüngsten Gruppe verhältnismäßig am seltensten nur 1 Hauptdiagnose (9 Fälle, 3,0 %), die aus der höchsten Altersgruppe am häufigsten (9 Fälle, 16,7 %). Unter 30 Jahren hatten 21 Patienten eine Diagnose (8,5 %), zwischen 40 und 49 Jahren ebenfalls 21 (6,0 %), zwischen 50 und 59 waren es 19 (8,9 %).

Bei den Patienten mit 2 Hauptdiagnosen gab es im Vergleich der Kohorten keine signifikanten Unterschiede. In 60 Fällen waren Patienten unter 30 Jahren betroffen (24,4 %), in 75 Fällen aus der Gruppe der 30- bis 39- Jährigen (25,0 %). In der mittleren Altersgruppe hatten 95 Patienten 2 Diagnosen (27,1 %), in der nächst höheren waren es 62 (29,0 %), ab 60 Jahren 16 Patienten (29,6 %).

Aus unterschiedlichen, teils unbekanntem Gründen erhielten 16 der jüngsten Patienten keine Diagnose bei Aufnahme (6,5 %), in der nächsten Gruppe waren es 18 (6,0 %), in der darauf

folgenden 24 (6,9 %). In der zweithöchsten Gruppe wurde bei 20 Patienten keine Diagnose verschlüsselt (9,3 %), in 7 Fällen (13,0 %) bei den Älteren (siehe Tab. 32).

#### 4.11.4 Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS)

In den Alterskohorten gab es keine signifikanten Unterschiede im Durchschnittswert für den Gesamtwert der Beeinträchtigungsschwere in der Woche vor der Aufnahme. Der Mittelwert betrug bei den Patienten bis 29 Jahre 7,2, zwischen 30 und 39 Jahren 7,8, zwischen 40 und 49 Jahren 7,7, zwischen 50 und 59 Jahren 7,8 und ab 60 Jahren 6,9. Der Mittelwert für die Beeinträchtigungsschwere aller 1164 Patienten betrug wie oben angegeben 7,6.

BSS letzte 7 Tage vor Aufnahme	unter 30 J.	30 -39 J.	40-49 J.	50-59 J.	ab 60 J.
körperlich	1,8	2,1	2,2	2,3	2,0
psychisch	2,9	3,0	2,9	2,9	2,7
sozialkommunikativ	2,5	2,7	2,6	2,6	2,2
Gesamt-Score	7,2	7,8	7,7	7,8	6,9

**Tab. 33: BSS-Mittelwerte in unterschiedlichen Altersgruppen (N=1164)**

°: p<0,05; °°: p<0,01; °°°: p<0,001

Die körperliche Beeinträchtigung betrug in der jüngsten Alterskohorte im Mittel 1,8, in der zweitjüngsten Gruppe 2,1, in der mittleren 2,2. In der zweitältesten Kohorte fand sich ein Mittelwert von 2,3, bei den Älteren von 2,0.

Der Durchschnittswert für die psychische Beeinträchtigung lag bei 2,9 in der Gruppe unter 30 Jahren, bei 3,0 in der Gruppe zwischen 30 und 39 Jahren. Zwischen 40 und 49 Jahren betrug er 2,9, zwischen 50 und 59 Jahren 2,9. Bei den Patienten ab 60 Jahren fand sich ein Mittelwert von 2,7.

Im sozialkommunikativen Bereich trat eine durchschnittliche Beeinträchtigungsschwere von 2,5 bei den jüngsten Patienten auf, in der nächst älteren Gruppe lag sie bei 2,7, in der mittleren Altersklasse bei 2,6. Zwischen 50 und 59 Jahren zeigte sich ein Mittelwert von 2,6, danach von 2,2 (siehe Tab. 33).

Auch der durchschnittliche Gesamtscore der Beeinträchtigungsschwere in den letzten 12 Monaten vor Aufnahme zeigte im Vergleich der Altersgruppen keine signifikanten Unterschiede. In der jüngsten Gruppe lag er bei 6,9, in der zweiten bei 7,3, in der mittleren

Gruppe bei 7,4. In der vorletzten Alterskohorte fand sich ein mittlerer Gesamtwert von 7,5, in der ältesten Gruppe von 7,3. Der Durchschnitt für alle 1164 Patienten lag bei 7,3.

Die Beeinträchtigungsschwere im körperlichen Bereich bekam durchschnittlich bei den Patienten unter 30 Jahren 1,7 Punkte, zwischen 30 und 39 Jahren war es ein Wert von 2,0, zwischen 40 und 49 Jahren 2,1. Die Patienten von 50 bis 59 Jahren erhielten einen Score von 2,2, die über 59 Jahre alten einen von 2,0.

<b>BSS letztes Jahr vor Aufnahme</b>	<b>unter 30 J.</b>	<b>30-39 J.</b>	<b>40-49 J.</b>	<b>50-59 J.</b>	<b>ab 60 J.</b>
körperlich	1,7	2,0	2,1	2,2	2,0
psychisch	2,8	2,8	2,8	2,8	2,9
sozialkommunikativ	2,4	2,5	2,5	2,5	2,4
Gesamt-Score	6,9	7,3	7,4	7,5	7,3

**Tab. 34: BSS-Mittelwerte in den unterschiedlichen Altersgruppen**

Die psychische Beeinträchtigung lag in der jüngsten Gruppe im Mittel bei 2,8, in der zweitjüngsten bei 2,8. Bei den Patienten im mittleren Alter waren es 2,8, zwischen 50 und 59 Jahren 2,8 Punkte. Die ab 60-Jährigen hatten einen Durchschnittswert von 2,9 für psychische Beeinträchtigung.

Sozialkommunikativ waren die Patienten bis 29 Jahre durchschnittlich in einer Schwere von 2,4 BSS-Punkten beeinträchtigt, die eine Altersstufe höheren mit 2,5, die dann folgenden mit 2,5 Punkten. In der zweitältesten Alterskohorte betrug der Score 2,5, in der ältesten dann 2,4 (siehe Tab. 34).

<b>BSS letzte Therapiewoche</b>	<b>unter 30 J.</b>	<b>30-39 J.</b>	<b>40-49 J.</b>	<b>50-59 J.</b>	<b>ab 60 J.</b>
körperlich	1,1	1,3	1,3	1,5	1,3
psychisch	1,9	2,0	1,8	1,8	1,5
sozialkommunikativ	1,6	1,7	1,6	1,6	1,3
Gesamt-Score	4,6	5,0	4,7	4,9	4,1
Rückgang gegenüber Aufnahme	2,6	2,8	3,0	2,8	2,7

**Tab. 35: BSS für die letzte Therapiewoche in unterschiedlichen Altersklassen**



Der BSS-Gesamtscore für die letzten sieben Tage am Ende der Behandlung betrug in der Kohorte unter 30 Jahren 4,6, zwischen 30 und 39 Jahren 5,0, zwischen 40 und 49 Jahren 4,7. In der Gruppe ab 50 bis 59 Jahre lag er bei 4,9, in der Gruppe der Älteren bei 4,1.

Insgesamt fanden sich auch bei Differenzierung in die einzelnen Teilbereiche keine signifikanten Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Die körperliche Beeinträchtigungsschwere lag in der jüngsten Gruppe bei 1,1, in der zweitjüngsten bei 1,3, in der mittleren bei 1,3. In der nächst höheren Altersstufe betrug der Score 1,5 Punkte, ab 60 Jahren waren es 1,3 Punkte.

Der Wert der psychischen Beeinträchtigung betrug bei den Jüngsten 1,9, dann 2,0, bei den Patienten mittleren Alters 1,8, von 50 bis 59 Jahren 1,8, danach 1,5.

Im sozialkommunikativen Bereich fanden sich Werte von 1,6 unter 30, 1,7 zwischen 30 und 39 und 1,6 zwischen 40 und 49 Jahren. Bei den 50- bis 59-Jährigen betrug der Score 1,6, bei den Patienten ab 60 Jahren 1,3. Verglichen mit den Werten bei Aufnahme kam es in der ersten Altersklasse zu einem Rückgang des Gesamtwertes von 2,6 Punkten, in der zweiten Gruppe von 2,8. In der mittleren Kohorte betrug die Abnahme der Beeinträchtigungsschwere 3,0 Punkte, in der vierten Gruppe 2,8. Bei den Patienten ab 60 Jahren war die Gesamtbeeinträchtigung um 2,7 Punkte zurückgegangen (siehe Tab. 35).

#### 4.11.5 Global Assessment of Function Scale (GAF)

Weder der Vergleich der zu unterschiedlichen Zeitpunkten erhobenen GAF-Durchschnittswerte noch die Differenz den mittleren GAF-Werten zwischen Aufnahme und Entlassung zeigten in den verschiedenen Altersklassen statistische Signifikanzen.

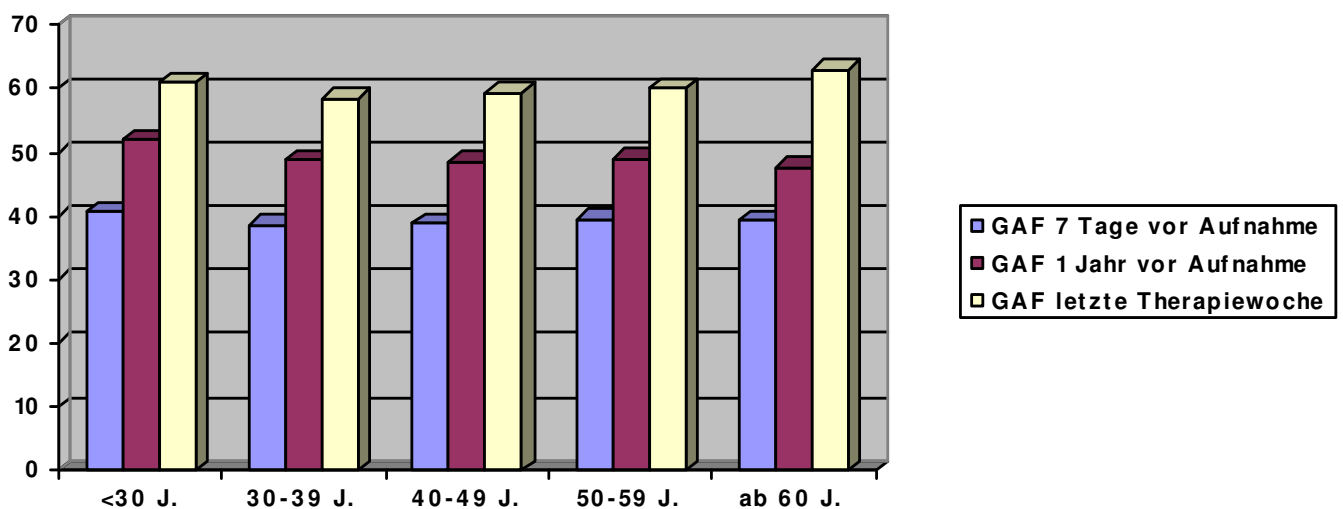


Abb. 11: GAF-Durchschnittswerte in unterschiedlichen Altersgruppen

Der GAF-Wert bei Aufnahme lag in der untersten Altersklasse durchschnittlich bei 40,6, in der Klasse darüber bei 38,6. Bei den 40 bis 49-Jährigen betrug er 38,8, bei den 50 bis 59-Jährigen 39,6. Bei den Älteren betrug der Mittelwert 39,4.

In den letzten 12 Monaten vor Aufnahme hatten die Jüngsten ein maximales Funktionsniveau von durchschnittlich 52,0, bei den Patienten zwischen 30 und 39 Jahren lag es bei 48,7. In der mittleren Gruppe war der GAF-Wert bei 48,5, in der Gruppe darüber bei 49,1, ab 60 Jahren bei 47,7.

Zum Abschluss der Behandlung hatten die Patienten unter 30 Jahren für die letzten sieben Tage einen GAF-Mittelwert von 61,1, die ab 30 bis 39 Jahren kamen auf 58,6, die zwischen 40 und 49 Jahren auf 59,5. Die zweithöchste Altersgruppe hatte einen Schnitt von 60,1, der der ältesten Gruppe lag bei 63,0.

Die Differenz der mittleren GAF-Werte zu Beginn und am Ende der Behandlung als Maß für die Veränderung des Funktionsniveaus durch die Therapie betrug in der Gruppe bis 29 Jahre 20,5 Punkte, bei den 30- bis 39-Jährigen lag der Wert bei 20,0. In der mittleren Kohorte war es zu einer Zunahme des Funktionsniveaus um 20,7 Punkte gekommen, in der zweithöchsten lag diese bei 20,5. Bei den Älteren zeigte sich ein GAF-Zuwachs von 23,6 Punkten (siehe Abb.11).

#### **4.11.6 Vorbehandlungen**

Der größte Anteil an Patienten, die ohne ambulante psychotherapeutische oder psychiatrische Vorbehandlung zur Aufnahme kamen, fand sich höchst signifikant ( $p < 0,001$ ) in der Gruppe der Älteren. In 21 von 43 Fällen, in denen die Frage in dieser Altersklasse beantwortet wurde, wurden entsprechende Angaben gemacht. In der jüngsten Kohorte waren es 63 Patienten (28,3 %), in der zweitältesten 59 Patienten (21,0 %). Von den Patienten mittleren Alters hatten 73 keine solche Vorbehandlung (23,0 %), zwischen 50 und 59 Jahren 49 (25,7 %).

Nur einen ambulanten psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen Vorbehandler hatten 104 Patienten unter 30 Jahren (46,8 %), 140 in der Gruppe zwischen 30 und 39 Jahren (49,8 %), 137 in der Alterskohorte zwischen 40 und 49 Jahren (43,1 %). In der zweitältesten Kohorte fanden sich 87 Fälle (45,6 %) mit genau einer Vorbehandlung in diesen Fachgebieten, 15 (34,9 %) waren es ab 60 Jahren (nicht signifikant).

Der Anteil der Patienten mit 2 psychotherapeutischen/psychiatrischen Vorbehandlern war innerhalb der Alterskohorte zwischen 40 und 49 Jahren am höchsten ( $p < 0,05$ ). Hier wurde diese Antwort von 66 Patienten gegeben, das entspricht 20,8 % der Patienten dieses Alters, die sich zu dieser Frage äußerten. Bei den unter 30-Jährigen fanden sich 2 Vorbehandlungen

in 30 Fällen (13,5 %), bei den 40- bis 49-Jährigen in 44 Fällen (15,7 %). Zwischen 50 und 59 Jahren wählten 30 Patienten diese Antwort (15,7 %), ab 60 Jahren waren es 4 (9,3%).

3 Behandler aus den genannten Fachgebieten hatten 15 Patienten von den unter 30-Jährigen (6,8 %) vor der Aufnahme, 16 von denen zwischen 30 und 39 Jahren (5,7 %) und 17 aus der Gruppe von 40 bis 49 Jahren (5,3 %). In der zweitältesten Altersgruppe traf diese Kategorie für 14 Patienten zu (7,3 %), in der Gruppe ab 60 Jahren für keinen.

In der mittleren Altersklasse fanden sich die meisten Fälle mit 4 Vorbehandlern, betroffen waren 9 Patienten (2,8 %). In den beiden jüngsten Gruppen waren es jeweils 3 Patienten (1,4 bzw. 1,1 %), bei den 50 bis 59-Jährigen trat diese Antwort in 4 Fällen auf (2,1 %), bei den Älteren in keinem Fall.

Mehr als 4 Vorbehandler wurden in den beiden älteren Kohorten nicht angegeben. 5 Vorbehandlungen hatten 2 Patienten unter 30 Jahren (0,9 %), 1 zwischen 30 und 39 Jahren (0,3 %), in der mittleren Gruppe war es ebenfalls 1 (0,3 %).

1 Patient der 50- bis 59-Jährigen (0,5 %) gab an, 8 Vorbehandler aus dem psychotherapeutisch/psychiatrischen Fachgebiet konsultiert zu haben, 2 aus der Gruppe der 30 bis 39-Jährigen gaben 10 Vorbehandlungen an (0,7 %), ebenso 1 aus der Gruppe mittleren Alters (0,3 %). Der höchste angegebene Wert mit 20 Vorbehandlern wurde von 1 der Patienten aus der mittleren Kohorte gemacht.

Anzahl der Vorbehandler	unter 30 J.		30-39 J.		40-49 J.		50-59 J.		ab 60 J.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
keine Vorbehandler	63	28,3	59	21,0	73	23,0	49	25,7	21	48,8 <sup>ooo</sup>
1	104	46,8	140	49,8	137	43,1	87	45,6	15	34,9
2	30	13,5	44	15,7	66	20,8 <sup>o</sup>	30	15,7	4	9,3
3	15	6,8	16	5,7	17	5,3	14	7,3	0	
4	3	1,4	3	1,1	9	2,8	4	2,1	0	
5	2	0,9	1	0,3	1	0,3	0		0	
8	0		0		0		1	0,5	0	
10	0		2	0,7	1	0,3	0		0	
20	0		0		1	0,3	0		0	
unbekannt	5	2,3	16	5,7	13	4,1	6	3,1	3	7,0
Angaben insgesamt	222	100,0	281	100,0	318	100,0	191	100,0	43	100,0

**Tab. 36: Anzahl psychotherapeutisch/psychiatrischer Vorbehandler in unterschiedlichen Alterskohorten ( N=1055) °: p<0,05; °°: p<0,01; °°°: p<0,001**

Die Antwortkategorie „unbekannt“ wurde von 5 Patienten unter 30 gewählt (2,3 %), in der nächst höheren Gruppe waren es 16 (5,7 %), in der dann folgenden 13 (4,1 %). 6-mal fand sich diese Antwort in der zweitältesten (3,1 %), dreimal in der ältesten Altersstufe (7,0 %). Signifikante Unterschiede im Vergleich der Alterskohorten traten bei den Angaben zu 2 und mehr Behandlern ebenso wenig auf wie bei der Antwortmöglichkeit „unbekannt“ (siehe Tab. 36).

Zur Dauer einer vorhergehenden ambulanten Fachpsychotherapie in der Anamnese befragt, fand sich der höchste Anteil ohne vorhergehende ambulante Fachbehandlung bei den ab 60-jährigen Patienten. 51,2 % (21 Patienten) dieser Gruppe machten entsprechende Angaben. Im Vergleich mit den anderen Kohorten war der Unterschied statistisch signifikant ( $p < 0,05$ ). Keine ambulante Psychotherapie hatten 80 der Patienten unter 30 Jahren (36,2 %), 86 von den 30- bis 39-Jährigen (31,2 %) und 108 von den 40- bis 49-Jährigen. Zwischen 50 und 59 Jahren waren es 68 (37,0 %).

Bis zu 5 Stunden ambulanter Fachpsychotherapie in der Anamnese gaben 39 Patienten der untersten Altersgruppe an (17,6 %), der statistisch sehr signifikant höchste Anteil in allen Gruppen. In der zweitjüngsten Gruppe waren es 22 (7,9 %), in der mittleren Kohorte fand sich dieser Wert in 28 (9,0 %), in der nächst älteren bei 21 Patienten (11,4 %). Bei den Älteren hatten 2 Patienten (4,8 %) bis zu fünf Stunden ambulanter Therapie gehabt.

Ambulante Psychotherapie	unter 30 J.		30-39 J.		40-49 J.		50-59 J.		ab 60J.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
keine	80	36,2	86	31,2	108	34,7	68	37,0	21	51,2°
bis zu 5 Stunden	39	17,6°°	22	7,9	28	9,0	21	11,4	2	4,8
6 - 25 Stunden	47	21,3	80	29,0	77	24,8	48	26,1	9	22,0
26 - 160 Stunden	52	23,5	81	29,3	87	28,0	45	24,5	7	17,1
161 – 300 Stunden	2	0,9	5	1,8	10	3,2	1	0,5	2	4,9
>300 Stunden	1	0,5	2	0,7	1	0,3	1	0,5	0	
Angaben insgesamt	221	100,0	276	100,0	311	100,0	184	100,0	41	100,0

**Tab. 37: Dauer ambulanter Fachpsychotherapie in unterschiedlichen Alterskohorten (N=1033)**  
 °:  $p < 0,05$ ; °°:  $p < 0,01$ ; °°°:  $p < 0,001$

Keine signifikanten Unterschiede im Vergleich der Altersgruppen zeigten sich beim Anteil der Patienten mit 6 bis 25 Stunden. 47 aus der Gruppe unter 30 Jahren gaben diese Antwort

(21,3 %), 22 von den 30- bis 39-Jährigen (7,9 %), 28 von den 40- bis 49-Jährigen (9,0 %) sowie 21 von den 50- bis 59-Jährigen (11,4 %). Von den ab 60-Jährigen waren es 9 (22,0 %). In der Kategorie von 161 bis 300 Stunden ambulanter Fachpsychotherapie in der Anamnese wurden 2 Patienten unter 30 Jahren (0,9 %), 5 zwischen 30 und 39 Jahren (1,8 %) und 10 aus der mittleren Kohorte (3,2 %) gefunden. In der zweithöchsten Altersstufe gab 1 diese Kategorie an (0,5 %), in der ältesten 2 (4,9 %).

Mehr als 300 Stunden hatte 1 Patient unter 30 Jahren (0,5 %), 2 zwischen 30 und 39 Jahren, je 1 aus der mittleren und der zweitältesten Gruppe (0,3 bzw. 0,5 %). Bei den Älteren fand sich diese Zahl an ambulanten Stunden nicht (siehe Tab. 37).

Die wenigsten stationären psychosomatisch/psychotherapeutischen Vorbehandlungen waren vor der jetzigen Aufnahme bei den unter 30-jährigen Patienten durchgeführt worden. Mit 36 Fällen (16,7 %) blieben sie hinter den anderen Kohorten zurück ( $p < 0,001$ ). In der zweiten Gruppe hatten 81 Patienten (30,2 %) eine entsprechende Vorbehandlung, in der mittleren Altersstufe waren es 112 (35,3 %). Damit hatte diese Gruppe statistisch signifikant ( $p < 0,05$ ) den höchsten Anteil an Patienten mit einer solchen Vorbehandlung. In der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen waren 62 Patienten (32,0 %) betroffen, von den Älteren 11 (26,2 %). Dieser Wert war statistisch nicht signifikant.

#### **4.11.7 Individuelle Therapieziele**

Der größte Anteil an Patienten, die keine individuellen Therapieziele formulierten, fand sich in der Gruppe der Älteren. Hier fehlten in 19 von insgesamt 54 Fällen dieser Kohorte die Therapieziele, das entspricht 35,2 % ( $p < 0,001$ ) im Vergleich zu den anderen Gruppen. In der Gruppe unter 30 Jahren fehlten die Therapieziele bei 39 Patienten (15,8 %), bei den 30- bis 39-Jährigen in 37 Fällen (12,4 %). 53 Patienten im Alter zwischen 40 und 49 Jahren (15,1 %) gaben keine Therapieziele an, 37 zwischen 50 und 59 Jahren (17,3 %). Genau 1 individuelles Therapieziel wurde von 26 Patienten der Gruppe unter 30 Jahren benannt (10,6%), und von 31 der Patienten der zweiten Kohorte (10,3 %). In der Altersstufe zwischen 40 und 49 Jahren war dies 42-mal der Fall (12,0 %), in der darauf folgenden 18-mal (8,4 %). Von den ab 60-Jährigen gaben 7 genau 1 Therapieziel an (12,9 %).

Keine signifikanten Unterschiede bestanden auch im Anteil der Patienten, die 2 Ziele formulierten. Unter 30 Jahren waren dies 24 (9,8 %), ebenso zwischen 30 und 39 Jahren (8,0 %). Bei den 40- bis 49-Jährigen gaben 26 Patienten 2 Ziele an (7,4 %), bei den 50- bis 59-Jährigen 21 (9,8 %). Unter den Älteren fand sich dieser Wert zweimal (3,7 %).

3 Ziele wurden von 32 Patienten der Altersklasse unter 30 Jahren angegeben (13,0 %), in der nächst höheren Gruppe von 39 (13,0 %). Bei den 40- bis 49-Jährigen fanden sich in 64 Fällen 3 Therapieziele (18,3 %), zwischen 50 und 59 Jahren in 45 Fällen (21,0 %). Ab 60 Jahren hatten 10 Patienten 3 Ziele benannt (18,5 %).

Der sehr signifikant ( $p < 0,01$ ) niedrigste Anteil an Patienten, die 4 individuelle Therapieziele formuliert hatten, trat in der Gruppe der Älteren auf, hier gab es lediglich 1 Fall mit 4 Zielen (1,9 %). In der Gruppe unter 30 Jahren waren es 36 Patienten (14,6 %), in der zweiten Gruppe 45 Patienten (15,0 %). Bei den Angaben aus der mittleren Altersgruppe fanden sich 4 Ziele in 54 Fällen (15,4 %), in der nächst älteren Gruppe 28-mal (13,1 %).

Anzahl an Therapiezielen	unter 30 J.		30-39 J.		40-49 J.		50-59 J.		ab 60 J.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
keine	39	15,8	37	12,4	53	15,1	37	17,3	19	35,2 <sup>ooo</sup>
1 Ziel	26	10,6	31	10,3	42	12,0	18	8,4	7	12,9
2 Ziele	24	9,8	24	8,0	26	7,4	21	9,8	2	3,7
3 Ziele	32	13,0	39	13,0	64	18,3	45	21,0	10	18,5
4 Ziele	36	14,6	45	15,0	54	15,4	28	13,1	1	1,9 <sup>oo</sup>
5 Ziele	89	36,2	124	41,3	111	31,8	65	30,4	15	27,8
insgesamt	246	100,0	300	100,0	350	100,0	214	100,0	54	100,0

**Tab. 38: Anzahl individueller Therapieziele in unterschiedlichen Altersstufen (N=1164)**

<sup>o</sup>:  $p < 0,05$ ; <sup>oo</sup>:  $p < 0,01$ ; <sup>ooo</sup>:  $p < 0,001$

5 Ziele wurden von 89 der Patienten unter 30 benannt (36,2 %), zwischen 30 und 39 Jahren von 124 (41,3 %). Bei den 40- bis 49-Jährigen waren es 111 (31,8 %), bei den 50- bis 59-Jährigen 65 (30,4 %). Unter den älteren Patienten fanden sich 15-mal 5 Individuelle Therapieziele (27,8 %). Diese Unterschiede waren statistisch nicht signifikant (siehe Tab. 38).

Das erste Therapieziel und damit Hauptziel der Behandlung wurde von 134 Patienten unter 30 Jahren aus der Hauptkategorie 1 *intrapsychische Probleme und Konflikte* gewählt. Das entspricht 64,8 % der 207 Patienten, die in dieser Gruppe Hauptziele benannten. Zwischen 30 und 39 Jahren kam die Kategorie 1 bei 164 Patienten (62,4 %) als erstes Therapieziel vor, zwischen 40 und 49 Jahren 178-mal (60,0 %). Bei den 50- bis 59-Jährigen war die Arbeit an

intrapyschischen Problemen und Konflikten 107-mal Hauptziel (60,5 %), bei den älteren Patienten 17-mal (48,5 %).

Die Arbeit an Themen der Hauptkategorie 2 *interaktionelle, psychosoziale Probleme und Konflikte* war Hauptziel für 29 der jüngsten Patienten (14,0 %), 23 der Gruppe zwischen 30 und 39 (8,7 %) und 37 aus der Kohorte zwischen 40 und 49 Jahren (12,5 %). Bei den Patienten zwischen 50 und 59 Jahren wählten 19 diese Kategorie (10,7 %), ab 60 waren es 4 (11,4 %).

Signifikante Unterschiede zwischen den Altersklassen gab es bezogen auf die ersten beiden Hauptkategorien nicht. Die dritte Hauptkategorie *körperbezogene Probleme und Symptome* wurde von signifikant ( $p < 0,05$ ) weniger Patienten der untersten Altersklasse als Ziel angegeben. 37 der unter 30-Jährigen (17,9 %) nannten die Arbeit an diesen Problemen als erstes Therapieziel. In der Gruppe zwischen 30 und 39 Jahren waren es 68 (25,9 %), bei den Patienten zwischen 40 und 49 Jahren 65 (21,8 %). In der zweitältesten Kohorte wählten 43 Patienten (24,3 %) ein Ziel aus dieser Kategorie, von den Älteren 12 (34,3 %).

Zielkategorie (KITZ)	unter 30 J.		30-39 J.		40-49 J.		50-59 J.		ab 60 J.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Hauptkategorie	134	64,8	164	62,4	178	60,0	107	60,5	17	48,5
2. Hauptkategorie	29	14,0	23	8,7	37	12,5	19	10,7	4	11,4
3. Hauptkategorie	37	17,9°	68	25,9	65	21,8	43	24,3	12	34,3
4. Hauptkategorie	3	1,4	5	1,9	9	3,0	3	1,7	1	2,9
5. Hauptkategorie	4	1,9	3	1,1	8	2,7	5	2,8	1	2,9
Hauptziele insgesamt	207	100,0	263	100,0	297	100,0	177	100,0	35	100,0

**Tab. 39: Zielkategorien der Hauptziele in unterschiedlichen Altersklassen (N= 979)**  
 °:  $p < 0,05$ ; °°:  $p < 0,01$ ; °°°:  $p < 0,001$

Keine signifikanten Unterschiede fanden sich bei den Therapiehauptzielen aus der vierten Zielkategorie *Medikamente/stoffgebundene und nichtstoffgebundene Sucht*. 3 der Jüngsten (1,4 %) gaben ein entsprechendes Ziel an, 5 aus der Gruppe zwischen 30 und 39 Jahren (1,9 %). Aus der mittleren Alterskohorte waren es 9 Patienten (3,0 %), aus der zweitältesten 3 (1,7 %), aus der Kohorte ab 60 Jahren nannte 1 diese Kategorie (2,9 %).

Auch Hauptziele aus der Kategorie 5 *sozialmedizinische und Rehabilitationsziele* fanden sich in den Altersgruppen ohne signifikante Unterschiede. Unter 30 Jahren formulierten 4 Patienten (1,9 %) ein Ziel aus diesem Bereich, zwischen 30 und 40 Jahren waren es 3 (1,1 %). In der Gruppe der 40- bis 49-Jährigen gaben 8 (2,7 %) ein solches Ziel an, in der Kohorte zwischen 50- und 59 Jahren 5 (2,8 %). 1 der Patienten ab 60 Jahren (2,9 %) formulierte ebenfalls ein sozialmedizinisches oder Rehabilitationsziel (siehe Tab. 39).

Betrachtet man alle durch 979 Patienten benannten 3564 Therapieziele (als Hauptziel oder als Therapieziel an zweiter bis fünfter Stelle), so fanden sich in der Alterskohorte unter 30 Jahren 189 Patienten, die ein Ziel aus der Kategorie 1 beschrieben. Damit hatten 91,3 % der 207 Patienten, die in dieser Gruppe Ziele angaben, die Arbeit an intrapsychischen Problemen oder Konflikten als eines ihrer Therapieziele benannt. In den anderen Gruppen fanden sich ähnlich hohe Prozentsätze, signifikante Unterschiede traten in Bezug auf diese Zielkategorie nicht auf. In der Altersgruppe zwischen 30 und 39 Jahren gaben 242 Patienten eine entsprechende Zielsetzung an (92,0 %), in der mittleren Gruppe 265 (89,2 %). Aus der Kohorte zwischen 50 und 59 Jahren waren es 160 (90,4 %), ab 60 Jahren 29 (82,9 %).

Auch in der Zielkategorie 2 waren keine statistisch bedeutsamen Differenzen zwischen den Kohorten erkennbar. 102 von den Patienten unter 30 Jahren (49,3 %), 108 aus der Gruppe zwischen 30 und 39 Jahren (41,1 %) und 144 von den Patienten zwischen 40 und 49 Jahren (48,5 %) gaben die Arbeit an Themen dieser Kategorie als eines der Ziele der Behandlung an. In der Altersklasse zwischen 50 und 59 Jahren waren es 79 (44,6 %), in der Gruppe ab 60 Jahren 14 (40,0 %).

Zielkategorie (KITZ)	unter 30 J.		30-39 J.		40-49 J.		50-59 J.		ab 60 J.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hauptkategorie 1	189	91,3	242	92,0	265	89,2	160	90,4	29	82,9
Hauptkategorie 2	102	49,3	108	41,1	144	48,5	79	44,6	14	40,0
Hauptkategorie 3	81	39,1 <sup>°</sup>	135 <sup>°</sup>	51,3	128	43,1	80	45,2	21	60,0
Hauptkategorie 4	11	5,3	14	5,3	24	8,1	9	5,1	6	17,1 <sup>°</sup>
Hauptkategorie 5	21	10,1	22	8,4	27	9,1	23	13,0	3	8,6
Kategorie 999	0		0		1	0,3	2	1,1	0	

**Tab. 40: Zielkategorien der Therapieziele in unterschiedlichen Altersklassen (bis zu 5 Ziele pro Patient) N= 979; °: p<0,05; °°: p<0,01; °°°: p<0,001**



Signifikante Unterschiede ( $p < 0,05$ ) traten zwischen den Patientengruppen bezogen auf die Zielkategorie 3 auf. Der geringste Anteil (81 Fälle, 39,1 %) fand sich in der Gruppe unter 30 Jahren, in der Gruppe zwischen 30 und 39 Jahren entschieden sich die meisten Patienten (135, 51,3 %) für die Arbeit an körperbezogenen Problemen und Symptomen als eines der Behandlungsziele. In der mittleren Gruppe wählten 128 Patienten diese Kategorie (43,1 %), von den 50 bis 59-Jährigen 80 (45,2 %), bei den Älteren waren es 21 (60,0 %).

Ein Behandlungsziel aus der Kategorie 4 fand sich, statistisch signifikant ( $p < 0,05$ ), anteilig am häufigsten in der Gruppe ab 60 Jahren. 6 Patienten diesen Alters (17,1 %) nannten als eines der Therapieziele die Arbeit an Problemen durch Medikamente bzw. stoffgebundene oder nicht stoffgebundene Sucht. Diese Problematik benannten ebenfalls 11 der Patienten unter 30 (5,3 %), 14 der 30 bis 39-Jährigen (5,3 %) und 24 der 40- bis 49-Jährigen (8,1 %). In der zweithöchsten Gruppe hatten 9 (5,1 %) eine entsprechende Zielsetzung.

In die Kategorie 5 fielen 21 Fälle der jüngsten Gruppe (10,1 %), 22 der Kohorte zwischen 30 und 39 Jahren (8,4 %) und 27 von den Patienten zwischen 40 und 49 Jahren (9,1 %). 23 der Patienten aus der Gruppe zwischen 50 und 59 Jahren (13,0 %) und 3 der Älteren (8,6 %) nahmen sich vor, an Problemen aus dem sozialmedizinischen und Rehabilitationsbereich zu arbeiten.

Therapieziel, Arbeit an...	unter 30 J.		30-39 J.		40-49 J.		50-59 J.		ab 60 J.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ängsten	19	9,2	33	12,5	42	14,1	21	11,9	6	17,1
Selbsteilungskräften	19	9,2	19	7,2	23	7,7	15	8,5	0	
Selbstsicherheit u. -wirksamkeit	18	8,7	17	6,5	19	6,4	15	8,5	1	2,9
psychophysischer Stabilität	7	3,4	15	5,7	16	5,4	8	4,5	4	11,4
depressiven Symptomen	7	3,4	14	5,3	10	3,4	10	5,6	1	2,9
Lebenslust und -zufriedenheit	9	4,3	8	3,0	15	5,1	9	5,1	1	2,9
Selbstwerterleben u. Kränkungen	9	4,3	10	3,8	12	4,0	8	4,5	1	2,9
(funkt.) Schmerzsyndromen	3	1,4	12	4,6	14	4,7	8	4,5	0	
Partnerschaft-ohne sex. Probleme	9	4,3	3	1,1 <sup>o</sup>	14	4,7	6	3,4	1	2,9
Entspannung und Erholung	4	2,0	5	1,9	8	2,7	7	4,0	0	
sonstigem	103	49,8	127	48,4	124	41,8	70	39,5	20	57,0
insgesamt	207	100,0	263	100,0	297	100,0	177	100,0	35	100,0

**Tab. 41: Haupttherapieziele in verschiedenen Altersklassen (N=979)**

<sup>o</sup>:  $p < 0,05$ ; <sup>oo</sup>:  $p < 0,01$ ; <sup>ooo</sup>:  $p < 0,001$

Dreimal wurde ein Ziel formuliert, das keiner der fünf genannten Hauptkategorien zuzuordnen war, einmal in der mittleren und zweimal in der zweithöchsten Gruppe. Diese Fälle wurden in der Kategorie 999 verschlüsselt (siehe Tab. 40).

Bei Untersuchung der 10 häufigsten Therapieziele in den unterschiedlichen Altersklassen fanden sich nur wenige signifikante Unterschiede. Die Arbeit an partnerschaftlichen, ohne Einbeziehung sexueller Probleme, wurde in der zweiten Gruppe von signifikant ( $p < 0,05$ ) weniger Patienten als Haupttherapieziel genannt als in den anderen Altersklassen.

Nur drei (1,1 %) der 263 Patienten, die in der Gruppe der 30- bis 39-Jährigen Angaben zu Therapiezielen machten, formulierten entsprechende Zielsetzungen. Unter 30 wurden solche Haupttherapieziele von 9 (4,3 %) formuliert, in der mittleren Gruppe von 14 (4,7 %). In der Gruppe zwischen 50 und 59 Jahren gaben 6 Patienten (3,4 %) die Arbeit an Partnerschaftsproblemen ohne sexuelle Probleme als Hauptziel an, in der Gruppe ab 60 Jahren war es 1 (2,9 %).

Funktionelle Schmerzsymptome als Hauptziel wurden in der Gruppe unter 30 Jahren signifikant ( $p < 0,05$ ) weniger angegeben, als in den anderen Altersstufen. 3 Patienten unter 30 Jahren (1,4 %) beschrieben diese Zielsetzung, in den höheren Gruppen waren es 12 (4,6 %), 14 (4,7 %), und 8 (4,5 %). Von den Älteren wurde dieses Ziel nicht genannt. Bei den am häufigsten vorkommenden Einzelkategorien, Arbeit an Ängsten, Suche nach Selbstheilungskräften, Stärkung von Selbstsicherheit und Selbstwirksamkeit sowie Wiedergewinnung einer psychophysischen Stabilität zeigten sich keine signifikanten Unterschiede beim Vergleich der Alterskohorten, ebenso wie bei den übrigen benannten Einzelzielen. Näheres kann aus Tab. 41 entnommen werden.

#### **4.11.8 Beendigung der Therapie**

Die Auswertung der Daten bezüglich der Art der Beendigung ergab keine signifikanten Kohortenunterschiede. 116 Patienten unter 30 Jahren (80,6 %), 221 Patienten zwischen 30 und 39 Jahren (87,2 %), 265 zwischen 40 und 49 Jahren (87,2 %), 158 zwischen 50 und 59 Jahren (86,3 %) und 31 Patienten der Gruppe ab 60 Jahren (81,7 %) beendeten die Behandlung regulär. Auch die Quoten für vorzeitige Beendigung der Therapie zeigten keine wesentlichen Unterschiede. Durch 20 Patienten der unter 30-Jährigen (9,7 %) wurde die Behandlung vorzeitig beendet, ebenso von 20 aus der Kohorte zwischen 30 und 39 Jahren (7,9 %) und 16 aus der Gruppe zwischen 40 und 49 Jahren (5,3 %). In der Gruppe zwischen 50 und 59 Jahren waren es 14 Patienten (7,7 %), in der höchsten Altersklasse 4 (10,5 %). Von seiten der Therapeuten wurde die Therapie bei 8 Patienten unter 30 Jahren (3,8 %) vorzeitig beendet, bei

3 aus der Gruppe zwischen 30 und 39 Jahren (1,2 %) und in 9 der Fälle von Patienten zwischen 40 und 49 Jahren. In der Gruppe zwischen 50 und 59 erfolgte eine vorzeitige Beendigung der Behandlung 4-mal (2,2 %), bei den Älteren einmal (2,6 %). Von vorzeitigen Abbrüchen in beiderseitigem Einverständnis waren 10 Patienten der jüngsten Gruppe betroffen (4,9 %), 7 der Gruppe zwischen 30 und 39 (2,8 %) und 11 der Gruppe zwischen 40 und 49 Jahren (3,6 %). 6-mal erfolgte eine solche Beendigung zwischen 50 und 59 Jahren (3,3 %), einmal ab 60 Jahren (2,6 %). Zu einer Verlegung bzw. Entlassung mit geplanter Wiederaufnahme kam es bei 2 Patienten der mittleren Alterskohorte (0,6 %), in den anderen Gruppen trat dieser Fall nicht auf.

Beendigung der stationären Behandlung	unter 30 J.		30-39 J.		40-49 J.		50-59 J.		ab 60 J.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
regulär	166	80,6	221	87,3	265	87,2	158	86,3	31	81,7
vorzeitig durch Patienten	20	9,7	20	7,9	16	5,3	14	7,7	4	10,5
vorzeitig durch Therapeuten	8	3,8	3	1,2	9	3,0	4	2,2	1	2,6
vorzeitig im bds. Einverständnis	10	4,9	7	2,8	11	3,6	6	3,3	1	2,6
Verlegung mit gepl. Wiederaufn.	0		0		2	0,6	0		0	
Verlegung	2	1,0	2	0,8	1	0,3	1	0,5	1	2,6
insgesamt	206	100,0	253	100,0	304	100,0	183	100,0	38	100,0

**Tab. 42: Art der Therapiebeendigung in unterschiedlichen Altersklassen**  
 °: p<0,05; °°: p<0,01; °°°: p<0,001

In den Gruppen unter 30 und zwischen 30 und 40 Jahren wurde je zweimal eine Verlegung durchgeführt (1,0 bzw. 0,8 %), je einmal (0,3, 0,5 bzw. 2,6 %) in den drei anderen Gruppen (siehe Tab. 42).

## 5. Diskussion

Der Anteil an Akten, die aus unterschiedlichen Gründen nicht in die Stichprobe eingeschlossen werden konnten, liegt im üblichen Rahmen für Einrichtungen der Größe der untersuchten Klinik über einen Zeitraum von drei Jahren. Bezüglich Alter und Geschlecht veränderten die fehlenden Fälle die Stichprobe nicht.

Die Auswertung der soziodemographischen Daten der Stichprobe ergab das in der Hypothese erwartete Verhältnis von Frauen zu Männern von ca. zwei zu eins. Darin unterschied sich die Klientel der untersuchten Klinik nicht von den in früheren Untersuchungen anderer psychosomatisch-psychotherapeutischer Kliniken gefundenen Ergebnissen (Nübling et al.

2004) und entspricht der Geschlechtsverteilung für die in dieser Klinik behandelten Störungen. Eine der Ursachen dürfte in dem Umstand begründet sein, dass das Indikationsspektrum der Klinik Suchterkrankungen, die zu einem höheren Prozentsatz bei Männern auftreten, ausschließt. Depressive und Angststörungen dagegen, beides zu den häufigsten in dieser Klinik behandelten Störungen gehörend, treten wesentlich häufiger bei Frauen auf. Die Gründe für den hoch signifikant geringsten Anteil an Männern in der Altersklasse unter 30 Jahren verglichen mit den höheren Altersstufen lassen sich aus den sonstigen soziodemographischen Daten wie Arbeitslosigkeit oder berufliche Situation nicht erklären. Möglicherweise erklärt der höhere Anteil an Patienten mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung und mit Essstörungen in dieser Altersgruppe, beides deutlich häufiger bei Frauen auftretend, den höheren Frauenanteil unter 30 Jahren im Vergleich mit den höheren Alterskohorten.

Die Altersverteilung zeigte einen deutlichen Schwerpunkt von Patienten zwischen 30 und 50 Jahren, um mit zunehmendem Alter dann stark abzunehmen. Dies entspricht der o.g. Hypothese und den Ergebnissen aus anderen Kliniken bzw. früheren Untersuchungen (Nübling et al. 2004). Auch hier zeigte sich eine starke Unterrepräsentierung der Patienten höheren Lebensalters gemessen an ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung und dem Behandlungsbedarf aufgrund der in der Einleitung beschriebenen Störungsprävalenzen. Gründe für diese Altersverteilung könnten auf Seiten der betroffenen älteren Menschen in Vorbehalten psychotherapeutischen Einrichtungen gegenüber, wenig differenzierten Vorstellungen von psychotherapeutischer Arbeit und den nachgewiesenen Erfolgen liegen. Darüber hinaus können vielfach Ängste vor einer solchen Behandlung entstehen. Ältere scheinen mehr noch als jüngere Menschen Psychosomatik, Psychotherapie, Psychiatrie, Psychologie, Neurologie und andere Begriffe aus den psychischen und nervenheilkundlichen Fachgebieten mit „Stigmatisierung“ gleichzusetzen, die Schwelle für die Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen scheint daher besonders hoch zu sein. Eine Aufnahme in eine psychotherapeutische Einrichtung wird in höherem Alter häufig mit der Behandlung auf einer, womöglich „geschlossenen“ oder „Demenzstation“ gleichgesetzt. Immer wieder hört man darüber hinaus während laufender Behandlungen Älterer die von diesen geäußerten Schuldgefühle, einem jüngeren Menschen den Therapieplatz wegzunehmen. Außerdem ist bekannt, dass diese Altersgruppe es nicht gewohnt ist, Psychotherapie nachzufragen (Heuft et al. 2006).

Auch auf Seiten der Überweiser scheinen die nachgewiesenen Möglichkeiten und die Erfolge

von Behandlungen älterer Menschen im psychosomatischen und psychotherapeutischen Fachgebiet nicht zu einem veränderten Einweisungsverhalten geführt zu haben. Diese Tendenzen beginnen nach den Ergebnissen dieser Arbeit ab einem Lebensalter der Patienten von 50 Jahren und nehmen mit steigendem Alter zu. Darüber hinaus kommt es bei der medizinischen Behandlung von über 60-jährigen Patienten immer wieder zu Fehldiagnosen, zum Beispiel werden depressive Störungen erst spät erkannt oder übersehen (Kipp et al. 2005). Dabei wird die seelische Symptomatik gerade bei Älteren von Körpersymptomen verdeckt, da körperliche Veränderungen in diesem Alter einer besonderen Aufmerksamkeit unterliegen (Vandieken 2005).

Inwieweit die aufnehmende Klinik mit ihren Behandlungsangeboten speziell auf die Patienten höheren Alters eingehen könnte und sollte wird weiter unten diskutiert.

Gemessen an der Zahl der Ausländer an der Gesamtbevölkerung erscheint deren Anteil an der erhobenen Stichprobe verschwindend gering. Die Gründe hierfür mögen vielfältig sein, eine wesentliche Ursache scheint in sprachlichen Schwierigkeiten zu liegen, zumal die Behandlungsansätze stark verbal gewichtet sind. Eine ausreichende Erklärung für den extrem niedrigen Anteil ausländischer Patienten bietet die Sprachbarriere allein jedoch nicht, vermuten lassen sich darüber hinausgehende soziokulturelle Unterschiede im Verständnis psychischer und psychosomatischer Störungen und deren Behandlung.

Der hohe Anteil an ledigen Patienten unter 30 Jahren und der sprunghafte Anstieg an Verheirateten in der Gruppe ab 30 Jahren mit langsamerer Fortsetzung in den höheren Altersgruppen entsprechen dem gesellschaftlichen Trend zur späteren Eheschließung als in früheren Generationen.

Bezogen auf die aktuelle partnerschaftliche Situation verwundert die Neigung zu festen Bindungen mit steigendem Lebensalter ebenso wenig wie die größere Zahl von wechselnden Partnerschaften bei unter 30-Jährigen. Auch wenn der Anteil an festen Nicht-Ehepartnerschaften bei den jüngsten Patienten im Vergleich mit den höheren Gruppen deutlich erhöht war, bleiben sie in der Summe der festen Partnerschaftsformen (Ehe- und Nicht-Ehepartnerschaften) hinter den älteren Kohorten zurück.

Der im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung etwa doppelt so hohe Anteil an Patienten ohne feste partnerschaftliche Bindung in allen Altersklassen (Statistisches Bundesamt 2006) ist von besonderem Interesse, da eine befriedigende und stabile Partnerschaft neben anderen sozialen Faktoren einen gewissen Schutz vor der Manifestation seelischer Störungen und eine Hilfe bei deren Überwindung bieten kann. Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen dem Erleben der Partnerschaft und dem psychischen Befinden (Neumann & Tress 2005).

Gemessen an den allgemeinen Vorstellungen über die Wohnsituation älterer Menschen überrascht auf den ersten Blick der hohe Prozentsatz von Patienten ab 60 Jahren, die in einem eigenen Haushalt leben. Die Ergebnisse decken sich jedoch durchaus mit statistischen Erhebungen zum Anteil allein lebender und sich selbst versorgender Älterer (Mayer & Baltes 1999). Darüber hinaus waren Patienten mit einer Altersdemenz, die das Führen eines eigenen Haushaltes unter Umständen unmöglich machen könnte, durch das Indikationsspektrum von der Stichprobe ausgeschlossen, sodass sich das Behandlungsangebot der Klinik grundsätzlich an Patienten richtet, die von ihrem geistigen Funktionsniveau prinzipiell in der Lage sein müssten, einen eigenen Haushalt zu führen. Der Anteil der unter 30-jährigen Patienten, die versorgt bei den Eltern wohnten, erscheint mit fast einem Viertel höher als allgemein erwartet. Offen bleibt, ob in diesen Fällen eine Ablösungsproblematik vom Elternhaus eine behandlungsbedürftige psychische Störung mitverursacht hat, oder ob umgekehrt eine länger bestehende seelische Problematik die Ablösung aus dem Elternhaus erschwert.

Welche Umstände dazu führten, dass ein Patient aus der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen bei der Frage nach dem höchsten Schulabschluss angab, noch in der Schule zu sein, ist nicht bekannt. Auch der signifikant höchste Anteil an Patienten ohne Schulabschluss im Alter von 40 bis 49 Jahren lässt sich aus der gesellschaftlichen Entwicklung nicht ohne weiteres erklären, eher nachvollziehbar ist der hoch signifikant größte Anteil an Patienten mit Hauptschulabschluss in der Gruppe der Älteren. Dort lag dieser Schulabschluss weit vor anderen, besonders vor höheren Abschlüssen wie Mittlere Reife oder Abitur. In der Generation der heute über 60-Jährigen war die Schulbildung in wesentlich höherem Maße von der Zugehörigkeit zur sozialen Schicht abhängig, nur Schüler, deren Eltern es sich leisten konnten, waren in der Lage, eine höhere Schule zu besuchen. Zu bedenken ist ferner, dass für viele Ältere Krieg und Vertreibung den Schulbesuch erschwerten bis unmöglich machten. Zunehmender sozialer Wohlstand der späteren Generationen eröffnete dann zusammen mit der Einführung von Schüler-Bafög mehr und mehr auch Kindern der sozialen Mittel- und Unterschicht den Besuch von Realschulen und Gymnasien bzw. höhere Abschlüsse an Gesamtschulen. Diese Entwicklung bildet sich auch in den Daten dieser Stichprobe ab. In den jüngeren Alterskohorten nahm der Anteil an Hauptschulabschlüssen immer weiter ab, der Anteil an der Mittlerer Reife und vergleichbaren Abschlüssen dagegen kontinuierlich zu. Beim Abitur bzw. Fachabitur war ein deutlicher Zuwachs zwischen der Gruppe der Älteren und der Fünzigergruppe zu sehen, in den beiden nächst jüngeren Gruppen blieb der Anteil dann konstant, um bei den jüngsten Patienten noch einmal deutlich anzusteigen. In der Gruppe der 40- bis 49-Jährigen war erstmalig die Summe der Abschlüsse mit Abitur und

Mittlerer Reife höher als die Zahl der Hauptschulabschlüsse. Es handelt sich dabei um Patienten, die zwischen 1953 und 1964 geboren wurden und in den 60er bzw. 70er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts die Schule besuchten. In der Altersklasse der 30- bis 39-Jährigen bildet der Hauptschulabschluss letztmalig die häufigste Abschlussform in der Stichprobe, um bei den Patienten unter 30 Jahren, gleichrangig mit dem Abitur, erstmalig von der Mittleren Reife und entsprechenden Abschlussformen abgelöst zu werden. Die Patienten dieser Altersgruppe besuchten die Schule ab 1979, einige der jüngsten waren noch zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme in der Schule. Insgesamt betätigte sich die in der Hypothese angenommene Vermutung, dass sich deutlich mehr Patienten mit höherem Schulabschluss in den jüngeren Kohorten fanden.

Auffallend ist der höchst signifikant größte Anteil an Universitäts- und Fachhochschulabsolventen in der Gruppe der Patienten zwischen 50 und 59 Jahren und der, wenn auch statistisch nicht signifikant, noch höhere Anteil unter den älteren Patienten. Ob ein Beitrag dazu die zunehmende Zahl an Patienten mit chronischen Erschöpfungszuständen und Burn-out-Syndromen bei Angehörigen akademischer Berufe, wie zum Beispiel Lehrern, leistet, oder ob es sich um ein spezifisches Inanspruchnahmeverhalten dieser Bevölkerungsschicht handelt, bleibt offen.

Dass die Gruppe der unter 30-Jährigen den höchsten Anteil an Patienten ohne Berufsabschluss aufweist, scheint angesichts der höheren Zahlen an Schülern und Auszubildenden zunächst einleuchtend. Das Verhältnis von fast drei zu eins im Vergleich mit der Gruppe der 40- bis 49-Jährigen lässt jedoch auch hier den Einfluss gesellschaftlicher Veränderungen vermuten. So war es für Angehörige dieser Gruppe selbstverständlicher, eine abgeschlossene Berufsausbildung anzustreben, der Arbeitsmarkt verlangte eine solche Ausbildung in vielen Fällen als Einstellungsvoraussetzung, auch für berufsfremde Tätigkeiten. Durch den Strukturwandel weg von Handwerks- und anderen klassischen Ausbildungsberufen zu mehr technologischen, oft computerbezogenen Arbeitsplätzen und vor allem durch den Trend zu Fusionierungen von Betrieben und Rationalisierungsmaßnahmen kam es in den letzten Jahrzehnten zu einem massiven Arbeitsplatzabbau. Das hat unter anderem zu einer Abnahme von Lehrstellen, häufig zumindest in Wohnortnähe der Schulabsolventen und in den gewünschten Lehrberufen, geführt. Auch die Einstellung zu Schwierigkeiten während der Ausbildung (früher: „Lehrjahre sind keine Herrenjahre“) hat sich im Laufe der Zeit zu einer mehr kritischen Haltung den Lehrherren und deren Methoden gegenüber gewandelt. Der Abbruch einer Ausbildung in der Hoffnung, trotz der beschriebenen Schwierigkeiten eine andere Lehrstelle zu finden, ist eher denkbar geworden.

Passend zu dieser Tendenz finden sich unter den Patienten der Stichprobe hoch signifikant weniger un- oder angelernte Arbeiter in den höheren Altersklassen, insbesondere bei den 50- bis 59-jährigen Patienten. Der statistisch nicht signifikante noch höhere Anteil in der Gruppe der Älteren lässt hier ähnliche Zahlen vermuten.

Zusammengefasst lässt die Erhebung der Daten bezüglich des letzten oder zuletzt ausgeübten Berufes eine Tendenz von höheren Anteilen einfacher, wenig ausgebildeter Berufstätiger in den unteren Altersklassen zu mehr besser Ausgebildeten in höheren Positionen in den höheren Altersklassen erkennen. Diese Tendenz war nicht in allen Bereichen signifikant und beruht zum Teil auf dem Umstand, dass höhere Positionen und beruflicher Aufstieg erst ab einem gewissen Lebensalter möglich sind. Der höchst signifikant größte Anteil der unter 30-Jährigen Patienten, die nie erwerbstätig waren, lässt sich durch die hohe Anzahl der noch in Ausbildung befindlichen Patienten erklären.

Der fast vierfach erhöhte Anteil an Arbeitslosen innerhalb der Stichprobe verglichen mit der Allgemeinbevölkerung zum damaligen Zeitpunkt (Statistisches Bundesamt 2006) lässt offen, ob die Arbeitslosigkeit als solche im Sinne einer Aktualisierung innerseelischer Konflikte oder durch die Auslösung von Selbstwertkrisen zu stationär behandlungsbedürftigen Störungen geführt bzw. wesentlich dazu beigetragen hat oder ob die nicht bestehende Gefahr des Arbeitsplatzverlustes eine mehrmonatige Behandlung bei Arbeitslosen überhaupt erst möglich gemacht hat. Viele behandlungsbedürftige Patienten scheuen auf Grund der Gefahr einer Kündigung des Arbeitsverhältnisses durch den Arbeitgeber eine an sich indizierte Krankenhausbehandlung. Andererseits ist zu bedenken, dass seelische Erkrankungen, insbesondere die chronifizierten, an sich das Risiko des Arbeitsplatzverlustes und von Arbeitslosigkeit erhöhen.

Erschreckend ist der mit fast einem Drittel der Befragten höchst signifikant größte Anteil an Arbeitslosen unter 30 Jahren. Doch auch in den höheren Altersstufen lag der Prozentsatz der Arbeitslosigkeit, wie in der Hypothesenbildung angenommen, weit über dem Bundesdurchschnitt. Lediglich in der Gruppe ab 60 Jahren waren weniger Arbeitslose zu finden. Dies erklärt sich zum Teil durch den hier hohen Anteil an Beziehern von Früh- oder Altersrente bzw. einer Pension. Außerdem waren in dieser Altersklasse die prozentual meisten Empfänger einer EU- oder BU-Rente. Unterteilt man die Gruppe der Älteren in Patienten unter und ab 65 Jahre, ergibt sich ein ähnlich hoher Prozentsatz an Renten- bzw. Pensionsbeziehern zwischen 60 und 64 Jahren, also bereits vor dem Erreichen des eigentlichen Rentenalters.



Der höchst signifikant niedrigste Anteil an Vollzeit-Berufstätigen in der ersten Altersgruppe wird aufgewogen durch den ebenfalls höchst signifikant größten Anteil an Auszubildenden. In der Summe ergaben sich keine signifikanten Unterschiede bei Vergleich der vier Alterskohorten unter 60 Jahren. Einen deutlichen Abfall gab es jedoch bei der Zahl der Teilzeitbeschäftigten in der jüngsten Gruppe. In den anderen Gruppen stieg der Anteil der Berufstätigen in Teilzeit mit zunehmendem Alter langsam an. Ausgenommen davon war die Gruppe der Älteren. Insgesamt lässt sich in der Stichprobe für den Erhebungszeitraum 2002 bis 2004 eine geringere Teilzeitbeschäftigung und höhere Arbeitslosigkeit bei den Patienten unter 30 Jahren feststellen. Es bleibt die Frage, ob diese Tendenz sich durch die mittlerweile erfolgten arbeits- und sozialpolitischen Veränderungen (sog. Hartz IV) mit Beschränkung der Zuwendungen für Arbeitslose und vermehrter Schaffung von Stellen für geringfügig Beschäftigte geändert hat.

Der verhältnismäßig hohe Anteil an nicht berufstätigen Hausfrauen bzw. -männern in der Gruppe ab 60 Jahren verwundert nicht weiter, da nicht nur die Karrierechancen für Frauen geringer waren, sondern auch eine berufliche Tätigkeit während der Zeit der Kindeserziehung in dieser Generation weniger selbstverständlich war als in den nachfolgenden Jahrzehnten. Außerdem war die Zahl der beruflichen Wiedereinsteigerinnen nach mehrjähriger Erziehungspause kleiner.

Bezogen auf die Angaben zur Arbeitsunfähigkeit fällt zunächst der hohe Prozentsatz an Patienten auf, bei denen diese Angaben fehlten. Im Vergleich zu anderen soziodemographischen Fragen beantworteten aus unbekanntem Gründen wesentlich mehr Patienten diese Frage nicht oder entschieden sich für die Antwortmöglichkeit „unbekannt“.

Insgesamt fand sich mit steigendem Alter eine zunehmend lange Arbeitsunfähigkeit. Das spricht dafür, dass jüngere Patienten schneller den Weg in eine stationäre Behandlung gesucht haben oder sie haben andererseits länger gewartet, bis sie sich haben krankschreiben lassen. An dieser Stelle wäre auch eine Betrachtung der Krankschreibungspraxis durch Hausärzte bezogen auf das Lebensalter interessant. Einen höchst signifikant längeren Vorlauf mit Arbeitsunfähigkeit weisen die Patienten der Kohorten ab 50 Jahren bzw. ab 60 Jahren auf, insbesondere die Gruppe der 50- bis 59-Jährigen. Wegen der kleinen Fallzahl der Älteren, die sich zu dieser Frage äußerten, ist der dort gefundene Wert nicht signifikant.

Berücksichtigt man die im Untersuchungszeitraum bestehenden Wartezeiten von durchschnittlich ca. 6 Wochen für einen Termin zum ambulanten Vorgespräch und von weiteren 6 Wochen für die stationäre Aufnahme, wurden die Patienten im Durchschnitt ungefähr zum Zeitpunkt der Anfrage nach einem Vorgesprächstermin von niedergelassenen

Ärzten krankgeschrieben und waren während der gesamten Wartezeit arbeitsunfähig. Der volkswirtschaftliche Nutzen einer Erweiterung der Behandlungskapazitäten mit deutlicher Verringerung der Wartezeiten erscheint an dieser Stelle beträchtlich.

Erwähnenswert erscheint aber auch der relativ hohe Prozentsatz an Patienten, besonders aus der ersten Alterskohorte, die bis zur Aufnahme nicht krankgeschrieben waren und in vielen Fällen trotz bestehender Indikation für eine stationäre Krankenhausbehandlung wochenlang weiter gearbeitet haben.

Bemerkenswert erscheint, dass immerhin ein Achtel der Patienten zwischen 50 und 59 Jahren zum Zeitpunkt der Aufnahme ein laufendes Rentenverfahren bzw. einen Rentenstreit oder ein Sozialgerichtsverfahren angab. Inwieweit diese Tatsache Einfluss auf die Indikationsstellung und die Inhalte der durchgeführten Behandlung hatte, bleibt unklar. Von vielen Seiten wird der Sinn einer akuten Krankenhausbehandlung während laufender Rentenverfahren angezweifelt. Aus den erhobenen Daten geht nicht hervor, ob die Erkrankungen, mit denen die Rentenanträge begründet waren, mit den psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlungsdiagnosen, die die untersuchte stationäre Therapie begründeten, übereinstimmten oder in Zusammenhang standen.

Die höchsten Signifikanzen bei der Vermittlung der Behandlung fanden sich im Vergleich der jüngsten und der zweitältesten Kohorten. Die Jüngeren wurden deutlich mehr von Allgemeinärzten überwiesen, es kam zu einer Abnahme der allgemeinärztlichen Überweisungen mit zunehmendem Alter mit einem erneuten Anstieg in der höchsten Altersgruppe. Umgekehrt war die Tendenz bei Vermittlungen durch Psychiater und Nervenärzte, die höchst signifikant mehr 50- bis 59-Jährige als Patienten aus anderen Altersstufen einwiesen. Hier kam es zu einer Abnahme bei den jüngeren Patienten, die wenigsten psychiatrischen bzw. nervenärztlichen Überweisungen fanden bei den unter 30-Jährigen statt. Bei den anderen genannten Vermittlungsarten fanden sich keine signifikanten Unterschiede, sodass in der Stichprobe ältere Patienten eher durch Psychiater oder Nervenärzte vermittelt wurden, die Jüngsten in vielen Fällen durch den Allgemeinarzt. Ursächlich hierfür könnte eine stärkere Tendenz zur differentialdiagnostischen Abklärung somatischer Ursachen für psychische Krankheitssymptome bei steigendem Lebensalter der Patienten sein, die die Hausärzte veranlassten, Fachärzte aus dem genannten Fachgebiet zu Rate zu ziehen, um zum Beispiel mit zunehmendem Alter häufiger auftretende neurologische Erkrankungen als Ursachen auszuschließen. Bemerkenswert ist darüber hinaus der geringe Anteil an Vermittlungen durch niedergelassene Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, dem Fachgebiet, das am ehesten dem fachlichen Spektrum einer Klinik für Psychosomatik

und Psychotherapie entspricht. Der deutlich überwiegende Anteil an Vermittlungen erfolgte in der untersuchten Klinik somit durch Ärzte anderer Fachrichtungen.

Eindeutig altersabhängig waren die Daten der Erhebung der ambulanten psychosomatisch/psychotherapeutischen Vorbehandlungen. In der Gruppe der Älteren hatten statistisch höchst signifikant weniger Patienten eine entsprechende Vorbehandlung als in den anderen Altersgruppen. Insgesamt wurde in weniger als der Hälfte der aussagekräftigen Fälle der Patienten ab 60 Jahre überhaupt eine solche ambulante Behandlung vor der stationären Aufnahme durchgeführt. Auch in der Anzahl dieser Vorbehandlungen lagen die Älteren hinter ihren jüngeren Mitpatienten zurück. Mehr als zwei Vorbehandler aus diesem Fachgebiet hatte keiner der älteren Patienten, während 3 und 4 Vorbehandlungen in allen anderen Altersklassen vorkamen. In den Fällen, in denen ambulante Fachpsychotherapie in der Vorgeschichte stattgefunden hatte, kam der größte Anteil der Patienten der 3 unteren Altersklassen auf eine Gesamtstundenzahl zwischen 26 und 160 Stunden, in den beiden älteren Kohorten überwog eine Dauer der Therapie von 6 bis 25 Stunden. Die ambulante Fachpsychotherapie vor der stationären Aufnahme erfolgte somit für die älteren Patienten nicht nur seltener, sondern auch kürzer.

Diese Ergebnisse deuten auf eine erhebliche psychosomatisch-psychotherapeutische Unterversorgung älterer Menschen auch im ambulanten Bereich hin.

Stationär psychosomatisch/psychotherapeutisch vorbehandelt wurden die Patienten der unterschiedlichen Altersstufen ohne wesentliche Unterschiede bis auf die Kohorte unter 30 Jahren. Die deutlich geringere Anzahl an stationären Vorbehandlungen in dieser Kohorte scheint allerdings mehr auf das Lebensalter dieser Patienten zurückzuführen zu sein, als dass es Ausdruck einer Unterversorgung bzw. eines Mangels an Behandlungsangeboten ist. Wie oben beschrieben, nutzen jüngere Patienten darüber hinaus vermehrt ambulante Therapieangebote.

Die bei den Hypothesen geäußerte Erwartung, dass in den Fällen der älteren Patienten wegen der vermehrt auftretenden komorbiden Störungen häufiger zwei oder drei Hauptdiagnosen verschlüsselt worden wäre als bei jüngeren Patienten, bestätigte sich in der hier untersuchten Stichprobe nicht. Ganz im Gegenteil fanden sich die meisten Fälle mit nur 1 Hauptdiagnose hoch signifikant in der Gruppe der über 59-Jährigen, während die meisten Patienten mit 3 psychosomatisch-psychotherapeutischen Diagnosen hoch signifikant aus der Gruppe der 30- bis 39-Jährigen stammten. Diese Gruppe hatte gleichzeitig die wenigsten Fälle mit nur 1

Diagnose. Bezüglich der Fälle, in denen keine Hauptdiagnose verschlüsselt worden war, fanden sich im Vergleich der Alterskohorten keine signifikanten Unterschiede.

In allen Altersgruppen bildeten affektive Störungen die häufigste erste Diagnose und waren damit von entscheidender Bedeutung für die untersuchten Behandlungsfälle. Bis auf die jüngste Gruppe machten affektive Störungen darüber hinaus mehr als die Hälfte aller erstgenannten Hauptdiagnosen aus. Der niedrigere Anteil bei den unter 30-Jährigen war statistisch höchst signifikant. Bei den hier diagnostizierten affektiven Störungen handelte es sich um depressive Episoden oder rezidivierende depressive Störungen. Manische bzw. bipolare Störungen gehören nicht zum Indikationsgebiet der Klinik. Der Ausprägungsgrad war, wie bei einer Klientel stationärer Krankenhauspatienten nicht anders zu erwarten, mittelschwer bis schwer. Die hier gefundenen Ergebnisse sprechen also für ein besonders häufiges Auftreten von depressiven Erkrankungen im vierten, fünften und sechsten Lebensjahrzehnt mit geringem Rückgang bei den Älteren und seltenerem Auftreten im Alter bis 30 Jahre. Auch bei den an zweiter und dritter Stelle genannten Diagnosen fanden sich insgesamt weniger Fälle depressiver Störungen in dieser Altersstufe. Dies entspricht Untersuchungen, nach denen das durchschnittliche Alter bei Erstmanifestation affektiver Störungen bei 30 Jahren liegt (Kessler et al. 2005). Depressive Erkrankungen in höherem Alter werden jedoch wegen der bekanntermaßen häufig auftretenden somatischen Komorbidität als besondere Herausforderung angesehen (Katon et al. 2003). Insgesamt bestätigte sich die Hypothese, dass auch in der Stichprobe die Diagnosehäufigkeit in den einzelnen Alterskohorten variieren.

Dass die Diagnose einer dependenten Persönlichkeitsstörung die zweithäufigste als Hauptdiagnose verschlüsselte Störung in der untersuchten Stichprobe ist, mag zunächst verwundern, zumal das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung allein, insbesondere einer dependenten, nicht unbedingt als Aufnahmeindikation für eine stationäre Krankenhausbehandlung gelten kann. Die Störung wurde aber nur in wenigen Fällen als Hauptdiagnose im Sinne der Behandlungs- bzw. indikationsleitenden Diagnose verschlüsselt, sondern es bestand eine starke Komorbidität mit den an erster, dritter und vierter Stelle der Häufigkeit stehenden depressiven Störungsbildern. Insgesamt fand sich ein höherer Anteil an Patienten mit Persönlichkeitsstörungen als in der Untersuchung von Konermann et al. (2006). In der Literatur sind erhebliche Differenzen bezogen auf die Prävalenzzahlen für Persönlichkeitsstörungen in unterschiedlichen Studien zu finden. So fanden Renneberg & Fydrich (2003) in den von ihnen untersuchten Datensätzen in der Allgemeinbevölkerung 5 bis 13 %, in klinischen Stichproben Prävalenzen von 15 bis 60 % für Patienten mit

Persönlichkeitsstörungen. Daran gemessen ist die Interpretation der in dieser Arbeit gefundenen Häufigkeiten an Patienten mit Persönlichkeitsstörungen erschwert. Wie in der Hypothese vermutet, fanden sich in den jüngeren Kohorten mehr persönlichkeitsgestörte Patienten.

Der im Kohortenvergleich hohe Anteil an ersten Hauptdiagnosen aus der ICD-10-Kategorie F5 – Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren - bei den Patienten bis 30 Jahre lässt sich in erster Linie durch die Patientinnen mit psychogenen Essstörungen erklären, die in diesem Lebensabschnitt erwartungsgemäß am häufigsten vorkamen.

Am zweithäufigsten wurden erste Hauptdiagnosen aus dem Bereich der neurotischen, Belastungs- und Anpassungsstörungen gestellt; nimmt man jedoch die an zweiter und dritter Stelle verschlüsselten Hauptdiagnosen hinzu, hatten schließlich mehr als vier Fünftel aller Patienten eine Diagnose aus diesem Bereich. Dabei handelte es sich in erster Linie um Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen und anhaltende somatoforme Schmerzstörungen. Signifikante Unterschiede fanden sich bezogen auf die Alterskohorten bei diesen Störungen nicht.

Unterschiedliche Persönlichkeitsstörungen wurden insgesamt bei mehr als der Hälfte der Patienten diagnostiziert. Wie oben bei der dependenten Persönlichkeitsstörung beschrieben, wurden auch die anderen Störungen aus diesem Bereich wesentlich häufiger an zweiter oder dritter Stelle als Hauptdiagnose genannt, eher selten als die für die Behandlung bedeutendste Diagnose. Passend zu der allgemein bekannten Tendenz, Persönlichkeitsstörungen im Alter weniger häufig zu diagnostizieren, nahm auch in der Stichprobe der Anteil an Diagnosen aus diesem Bereich mit zunehmendem Alter höchst signifikant ab. Der leichte Anstieg in der Gruppe der Älteren gegenüber der zweitältesten Gruppe war statistisch nicht signifikant.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass der Hauptaufnahmegrund in der Hälfte der Fälle durch das Vorliegen einer depressiven oder rezidivierenden depressiven Störung gegeben war, daneben in ca. einem Drittel durch neurotische, Belastungs- oder Anpassungsstörungen. Als komorbide Störungen wurden dann Persönlichkeitsstörungen bei genau der Hälfte der Patienten, insbesondere in den jüngeren Kohorten, diagnostiziert.

Bei den Werten für die Schwere der Beeinträchtigung fällt zunächst auf, dass in 48 Fällen bei Aufnahme der Cut-off-Wert für das Vorliegen einer psychogenen Störung nicht erreicht worden ist. Möglicherweise handelt es sich dabei um Patienten, die zur diagnostischen Einschätzung unter stationären Bedingungen aufgenommen wurden (sog. diagnostische Aufnahmen). Insgesamt zeigte sich eine größere psychische als sozialkommunikative

Beeinträchtigungsschwere, am wenigsten beeinträchtigt war die körperliche Gesundheit. Die Mittelwerte aller drei Dimensionen lagen bei Aufnahme eindeutig über dem Wert für eine „deutliche“ und knapp unter dem Wert für eine „starke Beeinträchtigung“. Die Schwere der Beeinträchtigung zeigte keine signifikanten Unterschiede unter den Altersklassen, insbesondere auch keine erhöhte Beeinträchtigung der älteren Patienten im körperlichen Bereich. Auch im Durchschnitt des letzten Jahres fanden sich keine wesentlichen Differenzen in der Beeinträchtigung, weder im körperlichen, noch im psychischen oder sozial-kommunikativen Bereich. Man kann also sagen, dass die Patienten aller Altersstufen gemessen am BSS in etwa gleich beeinträchtigt bzw. „gleich krank“ zur stationären Aufnahme kamen. Zum Ende der Behandlung lag der Mittelwert für den BSS-Gesamtscore dann unterhalb des Cut-off-Wertes für das Vorliegen einer psychogenen Störung. Es zeigte sich ein Rückgang der Beeinträchtigungsschwere um deutlich mehr als ein Drittel im Vergleich zu den Aufnahmewerten und gut ein Drittel bezogen auf die Durchschnittswerte in den 12 Monaten vor Aufnahme. Dabei fanden sich bei differenzierter Betrachtung des Rückgangs der Beeinträchtigung in den einzelnen Dimensionen statistisch keine signifikanten Unterschiede in den Alterskohorten. Die Abnahme des durchschnittlichen Gesamtscores für die Beeinträchtigungsschwere gegen Ende der Behandlung war höchst signifikant im Vergleich zu den Werten bei Therapiebeginn. Sowohl im psychischen, als auch im körperlichen und im sozial-kommunikativen Bereich war es zu einer Verringerung um gut ein Drittel gekommen. Die gemessenen Effektstärken lagen in sehr hohen Bereichen sowohl für den Gesamtscore als auch für die Teildimensionen.

Auch gegen Ende der Behandlung war die Schwere der Beeinträchtigung in den verschiedenen Altersklassen im Wesentlichen gleich. Tendenziell war der Gesamtwert in der Gruppe der Älteren wie bei Aufnahme im Gruppenvergleich am niedrigsten, signifikant war dieser Unterschied jedoch nicht. Auch der jeweilige Rückgang des Gesamtscores war in den Kohorten gleich groß, sodass an Hand der BSS-Werte kein Hinweis darauf gefunden wurde, dass ältere Menschen schwerer beeinträchtigt zur stationären Behandlung kamen oder weniger von der Behandlung profitierten. Für die hier untersuchte Stichprobe gilt vielmehr, dass die Beeinträchtigungsschwere und deren Rückgang, sowohl als Gesamtwert als auch in den einzelnen Dimensionen psychisch, körperlich und sozialkommunikativ altersunabhängig waren.

Das allgemeine Funktionsniveau, gemessen an der Einschätzung der GAF-Skala, zeigte zu Beginn der Behandlung Durchschnittswerte leicht unterhalb der Kategorie „starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen“, nachdem im Jahr vor der Aufnahme im Mittel eine

„ernsthafte Beeinträchtigung“ vorgelegen hatte. Im Laufe der jetzigen stationären Behandlung stieg das mittlere Funktionsniveau der untersuchten Patienten auf Werte, die einer so genannten „mäßig ausgeprägten Störung“ entsprechen.

Über alle Altersklassen kamen die Patienten mit etwa gleichen GAF-Werten zur Aufnahme, auch die Höhe des maximalen GAF-Wertes über mindestens eine Woche während des letzten Jahres vor Behandlungsbeginn zeigte keine signifikanten Unterschiede. Auch gegen Ende der Therapie war das allgemeine Funktionsniveau in allen Altersstufen in etwa gleich, sodass die Verbesserung gemessen am Anstieg der GAF-Werte in allen Kohorten in gleichem Maße erkennbar war. Die durchschnittliche Zunahme des GAF-Wertes der Gesamtstichprobe war statistisch höchst signifikant, auch hier war die Effektstärke sehr hoch. Die Effektstärken für BSS und GAF übertrafen die von Nübling et al. (2004) in fünf psychosomatischen Kliniken gefunden Ergebnisse.

Wie bei der Beurteilung der Beeinträchtigungsschwere kann auch bezogen auf die Einschätzung des allgemeinen Funktionsniveaus zu unterschiedlichen Zeitpunkten darauf geschlossen werden, dass die Schwere der Erkrankung, gemessen an den Funktionseinbußen, bei Aufnahme und bei Entlassung, und somit auch die durch die Therapie erreichte Funktionsverbesserung in der untersuchten Stichprobe, altersunabhängig waren. Die Hypothese, dass Ältere über eine größere Beeinträchtigungsschwere und ein geringeres Funktionsniveau verfügen, bestätigte sich somit nicht. Bestätigt wurde vielmehr die Hypothese, dass ältere Patienten von psychosomatisch-psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung in gleichem Maße profitieren, wie ihre jüngeren Mitpatienten. Dies entspricht auch einer Metaanalyse von Smith & Glass (1977), in der kein grundsätzlicher Zusammenhang von Alter und Therapieerfolg gefunden wurde. Ebenso fanden sich keine Hinweise auf die Notwendigkeit der Schaffung von neuen Psychotherapieverfahren oder Behandlungstechniken für ältere Patienten. Dies entspricht der Einschätzung früherer Untersuchungen (Maercker 2003).

Entgegen der aufgestellten Hypothese war der Ausnutzungsgrad der verschiedenen Zielkategorien aus dem Gesamtpool der 130 im Kategoriensystem Individueller Therapieziele des Psy-BaDo-Manuals mit 84,6 % sehr hoch. Das deutet darauf hin, dass der dort vorgegebene Differenzierungsgrad zur Erfassung der individuellen Therapieziele von Psychotherapiepatienten tatsächlich erforderlich ist. Die geringe Anzahl an formulierten Zielen, die nicht näher bezeichnete Problemfelder in den einzelnen Hauptkategorien beschrieben oder gar keiner der Hauptkategorien als solcher zugeordnet werden konnten, lässt

andererseits erkennen, dass das Kategoriensystem Zielsetzungen einer Psychotherapie erschöpfend beschreibt und dass eine weitere Differenzierung für Ältere nicht erforderlich ist. Bei dem insgesamt geringen Prozentsatz an Patienten, die keine schriftlichen Individuellen Therapieziele angaben, fällt der hohe Anteil an Patienten ab 60 Jahren auf, die diese Therapieziele nicht formulierten. Prozentual handelte es sich dabei um mehr als doppelt so viele Patienten wie in den anderen Gruppen. Auch bei der Anzahl der formulierten Ziele lagen die Älteren weit zurück. Aufgrund dieser Ergebnisse stellt sich die Frage, ob ältere Patienten bei der schriftlichen Formulierung von Therapiezielen von Therapeuten oder Pflegekräften in besonderer Weise begleitet bzw. angeleitet werden müssen.

Mehr als die Hälfte der Patienten wählte das Hauptziel aus der ersten Hauptkategorie *Arbeit an intrapsychischen Problemen und Konflikten*, bei den jüngsten Patienten waren es sogar fast zwei Drittel. Im Vergleich zu dieser Gruppe fiel der Anteil an Hauptzielen aus der ersten Hauptkategorie in der Gruppe der Älteren prozentual deutlich ab. Bei der geringen Fallzahl in dieser Gruppe war diese Differenz statistisch jedoch nicht signifikant.

Bezogen auf die Hauptkategorien der Haupttherapieziele fanden sich lediglich in der Kategorie *körperbezogene Probleme und Symptome* signifikante Altersunterschiede. Dies betraf jedoch nicht, wie ursprünglich erwartet, die älteste, sondern die jüngste Kohorte, in der erheblich weniger Patienten Ziele aus diesem Bereich nannten als in allen anderen Gruppen. Die Vermutung, dass die Älteren vermehrt Probleme in diesem Bereich haben, und die Zielsetzung der Behandlung entsprechend ausrichten, bestätigte sich im Vergleich mit den anderen Gruppen ab 30 Jahren nicht.

Auch bei Untersuchung der insgesamt angegebenen Individuellen Therapieziele, als Haupt- oder eines der weiteren Ziele, ändert sich das Bild nicht. Auch hier bestanden signifikante Unterschiede in Form einer selteneren Angabe von Zielen aus der Hauptkategorie *körperbezogene Probleme und Symptome* in der untersten Altersklasse.

Die differenzierte Betrachtung der konkreten Ziele aus den Hauptkategorien zeigte kaum signifikante Unterschiede in den einzelnen Altersklassen. Feststellen ließen sich lediglich eine verminderte Fokussierung von partnerschaftlichen Problemen in der Kohorte zwischen 30 und 39 Jahren und die seltenerer Zielsetzung der Arbeit an funktionellen Schmerzsymptomen in der Gruppe unter 30 Jahren.

Insgesamt konnte in der hier untersuchten Stichprobe, im Widerspruch zur anfänglich aufgestellten Hypothese, keine Altersabhängigkeit der zu Beginn der Behandlung von den Patienten formulierten Hauptzielsetzung nachgewiesen werden, wobei die Vergleiche der



jüngeren Alterskohorten mit den Patienten über 59 Jahren wegen der geringen Fallzahlen in dieser Gruppe nur sehr begrenzt aussagefähig sind.

## **6. Fazit**

Insgesamt zeigte sich auch in der untersuchten Stichprobe eine deutliche Unterversorgung in der ambulanten und stationären Versorgung psychosomatisch-psychotherapeutisch erkrankter älterer Menschen, die gemessen an der Altersstruktur der Bevölkerung und den bekannten Prävalenzzahlen für seelische Störungen in diesem Lebensalter deutlich unterrepräsentiert waren.

Nimmt man die langen Wartezeiten bis zur Durchführung eines ambulanten Vorgesprächs und der dann folgenden stationären Aufnahme als Indikator für die Versorgungssituation in diesem Fachgebiet, findet man auch für die Patienten der anderen Altersstufen eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Bedarf an psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlungen und dem bestehenden Angebot. Daraus ergibt sich die Forderung nach Schaffung entsprechender Behandlungsstrukturen und der Bereitstellung von fachpsychotherapeutischen Behandlungsangeboten mit angemessenen Wartezeiten.

Angesichts der zu erwartenden demographischen Entwicklung muss die in den letzten Jahren deutlich zugenommene Aufklärung und wissenschaftliche Forschung bezogen auf die Psychotherapie älterer Menschen weiter intensiviert werden, um angemessene Behandlungsangebote mit ausreichender Vernetzung der Behandlungsstrukturen bereitstellen zu können und die Inanspruchnahme durch vermittelnde ärztliche Kollegen und die Älteren selbst zu verbessern.

Insbesondere die in der Stichprobe erhobenen Daten für die Veränderungen der Beeinträchtigungsschwere und des allgemeinen Funktionsniveaus sprechen dafür, dass ältere Patienten in vergleichbarem Maße von einer stationären Psychotherapie profitieren wie ihre jüngeren Mitpatienten. Dabei scheint eine Anpassung des Konzeptes an das Alter oder die Schaffung von altershomogenen Patientengruppen nicht erforderlich zu sein.

Die in den Altersgruppen gefundenen Kohortenunterschiede entsprachen im soziodemographischen Bereich zum großen Teil den durch die Altersunterschiede zu erwartenden Ergebnissen. Auf die Notwendigkeit einer weiteren Differenzierung der jüngeren Alterskohorten ergaben sich hier keine konkreten Hinweise. Wünschenswert wären weitere Untersuchungen an Patientengruppen mit höherem Anteil an älteren Patienten, als dies in der durchgeführten Arbeit erfolgen konnte.

Bezüglich der Therapieziele muss festgestellt werden, dass diese im Wesentlichen altersunabhängig waren. Die angegebenen Ziele ließen sich eindeutig den Zielkategorien zuordnen, so dass kein Hinweis auf die Notwendigkeit einer Anpassung dieses Teils der Psy-BaDo für die Behandlung älterer Menschen besteht. Der hohen Anteils älterer Patienten, die keine Individuellen Therapieziele formulierten, spricht jedoch für eine besondere Hilfestellung bzw. Anleitung zum Ausfüllen der Formulare für diese Patienten seitens des Klinikpersonals.

## 7. Literatur

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>th</sup> edition, American Psychiatric Association, Washington DC
- Bolk-Weisedel D (2002) Lebenskrisen älterer Frauen – Eine Auswertung von Berichten für gutachterliche Psychotherapie. In: Peters M, Kipp J (Hrsg.) Zwischen Abschied und Neubeginn – Entwicklungskrisen im Alter. Psychosozial, Gießen
- Cloninger CR (1996) Somatization disorder. In: DSM-IV Source Book. American Psychiatric Association, Washington DC
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg) (1993) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10, Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber, Bern
- Eckhardt-Henn A, Heuft G, Hochapfel G, Hoffmann SO (2004) Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin. Schattauer, Stuttgart
- Faltermaier T, Mayring, P Saup, W Strehmel P (1992) Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters. Kohlhammer, Stuttgart
- Gunzelmann T, Schumacher J, Strauß B, Brähler E (2000) Interpersonale Probleme älterer Menschen. Psychotherapeut 45:153-164
- Hautzinger M (1995) Aktuelle depressive Episode. In Reinecker H (Hrsg.) Fallbuch der Klinischen Psychologie, S 65-75. Hogrefe, Göttingen,
- Heuft G, Kruse A, Radebold H (2006) Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. Reinhardt, München Basel (2. Aufl.)
- Heuft G, Senf W, Bell K, Cording C, Geyer M, Janssen PL, Lamprecht F, Meermann R, Strauß B, Wirsching M (1998) Psy-BaDo. Kernmodul einer Basisdokumentation in der Fachpsychotherapie. Psychotherapeut 43:48-52
- Heuft G, Senf W (1998) Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Das Manual zur Psy-BaDo. Thieme, Stuttgart New York
- Janssen J, Laatz W (2005) Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows. Springer, Berlin
- Jorm AF (2000) Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span. Psychological Medicine 30:11-22
- Katon WJ, Lin E, Russo J, Unützer J (2003) Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. Archives of General Psychiatry 60:897-903
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE (2005) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replications. Archives of General Psychiatry 62:593-602
- Kipp J, Buck E, Groß M (2005) Depressionen in dritten und vierten Lebensalter. Psyche 59:944-963

- Konermann J, von Hammerstein A, Zaudig M, Tritt K (2006) Prävalenz und Komorbidität in psychosomatischen/psychotherapeutischen Kliniken. *Persönlichkeitsstörungen* 10:3-17
- Kraemer S, Zimmer R (2001) Zwangs- und Angststörungen. In: Förstl (Hrsg.) *Therapie neuro-psychiatrischer Erkrankungen im Alter*. Urban & Fischer, München Jena
- Lange C, Peters M, Radebold H (1995) Zur Versorgung älterer Patienten in Psychosomatischen Kliniken. In: Heuft G, Kruse A, Nehen HG, Radebold H (Hrsg) *Interdisziplinäre Gerontopsychosomatik*. MMV Medizin-Verlag, München
- Maercker A (2003) Alterspsychotherapie. *Psychotherapeut* 48:132-149
- Marschner C, Heuft G (1994) Indikationskriterien und Therapieziele. In: Radebold H, Hirsch DH *Altern und Psychotherapie*. Huber, Bern
- Mayer KU, Baltes PB (Hrsg.) (1999) *Die Berliner Altersstudie, 2. Auflage*. Akademie, Berlin
- Minnemann E (1994) *Die Bedeutung sozialer Beziehungen für Lebenszufriedenheit im Alter*. Roderer, Regensburg
- Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, Dilling H, John U (2000) Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung - Ergebnisse der TACOS-Studie. *Der Nervenarzt* 71:525-42
- Möller HJ (1994) General aspects of predictor research in schizophrenia and depression. In: Gaebel W, Awad AG (Hrsg) *Prediction of neuroleptic treatment outcome in schizophrenia*, S. 27-36. Springer, Wien
- Neumann E, Tress W (2005) Bindung und Liebe in der Partnerschaft von Psychotherapiepatienten. *Psychotherapeut* 50:394-403
- Nübling R, Wille J, Steffanowski A, Körner M, Löschmann C, Schmidt J (2004) Basisdokumentation Psychosomatische Rehabilitation - Erfahrungen auf der Grundlage einer zweijährigen Erhebung in fünf psychosomatischen Kliniken. *DRV-Schriften* 52:55-57
- Perry CJ (1993) Longitudinal studies of personality disorders. *Journal of Personality Disorder (Supp)* 63-85
- Radebold H (1994). *Altern und Psychotherapie*. Huber, Bern
- Renneberg B, Fydrich T (2003) *Persönlichkeitsstörungen*. In: Leibing E, Hiller W, Sulz SKD (Hrsg.) *Lehrbuch der Psychotherapie*. CIP-Medien, München
- Rudolf G (2005) *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik*. Thieme, Stuttgart New York
- Schepank H (1995) *Der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS)*. Beltz Test, Göttingen

Senft R, Kloß R, Oberbillig R, Schowalter M, Kielmann S, Heuft G (2000) Erfahrung mit der Basis- und Ergebnisdokumentation Psy-BaDo. *Psychotherapeut* 45:308-314

Smith ML, Glass GV (1977) Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist* 32:752-760

Soeder U (2002) Störungsepidemiologie: Prävalenz, Behandlungsbedarf und Versorgung von psychischen Störungen. In: Maerker A (Hrsg.) *Alterspsychotherapie und klinische Gerontologie*. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York

Schauenburg H, Zimmer FT (2005) Depression. Praxis der Psychotherapie In: Senf W, Broda M (2005) *Praxis der Psychotherapie*. Thieme, Stuttgart New York

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2000) Diagnosedaten der Krankenhauspatienten. Statistisches Bundesamt – Pressestelle, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2003) Bevölkerung Deutschlands bis 2050 – Ergebnisse der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Statistisches Bundesamt - Pressestelle, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006) Grunddaten der Krankenhausstatistik. Statistisches Bundesamt – Pressestelle Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006) Leben in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Statistisches Bundesamt – Pressestelle Wiesbaden

Steinhausen HC (1987) Global assessment of child psychopathology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 26:203-206

Thiele A (1998) Verlust körperlicher Leistungsfähigkeit. Bewältigung des Alterns bei Männern im mittleren Lebensalter. *Wissenschaftliche Schriften, Reihe 7, Beiträge zur Psychologie, Band 106*. Schulz-Kirchner, Idstein

Vandieken R (2005) Zur Psychosomatik und Psychotherapie von Störungen im Alterungsprozess. *NeuroGeriatric* 4:185-190

Veroff J, Reumann D, Feld S (1984) Motives in american men and women across the adult life span. *Development Psychology* 20:1142-1158

Willi J (1994) *Die Zweierbeziehung*. Rowohlt, Reinbek

Wittchen HU et al (1999) Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „psychische Störungen“. *Gesundheitswesen* 61: 216-222

## 8. Anhang

Nationalität	N	%
deutsch	946	81,2
österreichisch	1	0,1
spanisch	1	0,1
britisch	1	0,1
griechisch	1	0,1
kroatisch	1	0,1
italienisch	2	0,2
marokkanisch	1	0,1
niederländisch	2	0,2
polnisch	1	0,1
türkisch	6	0,5
fehlend	201	17,2
insgesamt	1164	100,0

**Tab. 4: Nationalität (N=1164)**

Partnerschaft	N	%
kurzfristig keine Partnerschaft	118	10,2
langfristig keine Partnerschaft	239	20,5
wechselnde Partnerschaft	15	1,3
feste (Ehe-)Partnerschaft	388	33,3
feste (Nicht-Ehe-)Partnerschaft	263	22,6
keine Angaben	141	12,1
insgesamt	1164	100,0

**Tab. 5: Partnerschaft (N=1164)**

<b>Haushalt</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
versorgt bei Eltern	73	6,2
mit Eltern o. Schwiegereltern	30	2,6
eigener Haushalt	823	70,7
Wohngemeinschaft	28	2,4
sonstiger Haushalt	86	7,4
keine Angaben	124	10,7
insgesamt	1164	100,0

**Tab. 6: Haushalt (N=1164)**

<b>1. Wohnsitz</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Privatwohnung	872	74,9
betreutes Wohnen	10	0,9
Heim	2	0,2
nicht-therapeut. Heim	4	0,3
Psychiatrisches Krankenhaus	4	0,3
ohne festen Wohnsitz	4	0,3
sonstige/unklar	54	4,6
keine Angaben	214	18,3
insgesamt	1164	100,0

**Tab. 7: 1. Wohnsitz (N=1164)**

<b>Berufsabschluss</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
noch in Ausbildung	39	3,4
Lehre/Fachschule	570	49,0
Meister	25	2,1
Fachhochschule/Universität	100	8,6
ohne Berufsabschluss	165	14,2
sonstiges	80	6,8
keine Angaben	185	15,9
insgesamt	1164	100,0

**Tab. 8: höchster Berufsabschluss (N=1164)**

letzter Beruf	N	%
Arbeiter	164	14,1
Facharbeiter, nicht selbst. Handw.	147	12,6
einfacher Angestellter/Beamter	306	26,2
mittlerer Angestellter/Beamter	87	7,5
höherer Angestellter/Beamter	78	6,7
hochqualifizierter Ang./Beamter	29	2,5
Handwerker/Landwirt (kl. Betrieb)	28	2,4
Handw./Landw. (mittl. Betrieb)	4	0,3
Akademiker, größ. Unternehmer	16	1,4
nie erwerbstätig	44	3,8
unbekannt/unklar	53	4,6
keine Angaben	208	17,9
insgesamt	1164	100,0

**Tab. 9: letzter (oder zuletzt ausgeübter) Beruf (N=1164)**

jetzige berufliche Situation	N	%
berufstätig, vollzeit	364	31,3
berufstätig, teilzeit	127	10,9
berufstätig, gelegentlich	18	1,5
mithelfender Familienangehöriger	4	0,3
Hausfrau /-mann, nicht berufstätig	99	8,5
Ausbildung	48	4,1
Wehr-/Zivildienst	2	0,2
beschützt beschäftigt	2	0,2
arbeitslos gemeldet	209	18,0
EU-/BU-Rente	7	0,6
-auf Dauer	25	2,2
-auf Zeit	33	2,8
Frührente/Altersrente/Pension	16	1,4
Witwen-/Witwer-Rente	1	0,9
anderweitig ohne berufl. Beschäft.	30	2,6
unbekannt/unklar	20	1,7
keine Angaben	149	12,8
insgesamt	1164	100,0

**Tab. 10: berufliche Situation bei Aufnahme (N=1164)**



laufendes Rentenverfahren	N	%
kein laufendes Rentenverfahren	878	75,4
Rentenanspruch	29	2,5
Rentenstreit/Sozialgerichtsverfahren	23	2,0
Zeitrente	22	1,9
keine Angaben	212	18,2
insgesamt	1164	100,0

**Tab. 11: laufendes Rentenverfahren bei Aufnahme (N=1164)**

Vermittlung der Behandlung durch	N	%
Psychiater/Nervenärzte	557	47,9
Allgemein-/Praktische Ärzte	298	25,6
Internisten	62	5,3
Ärztliche Psychotherapeuten	30	2,6
Ärzte für Psychotherap. Medizin	25	2,1
sonstige Fachärzte	19	1,6
andere Kliniken	19	1,6
den Patienten selbst	9	0,8
nicht-ärztliche Psychotherapeuten	2	0,2
geplante Wiederaufnahme	1	0,1
unbekannt/sonstiges	8	0,7
keine Angaben	134	11,5
insgesamt	1164	100,0

**Tab. 12: Vermittlung der Behandlung (N=1164)**

BSS-Mittelwerte	in den 12 Monaten vor Aufnahme	Aufnahme	Entlassung	Rückgang gegenüber Aufnahme	
				Punkte	%
psychogen-körperlich	2,0	2,1	1,3	0,8	38,1 <sup>ooo</sup>
psychisch	2,8	2,9	1,8	1,1	37,9 <sup>ooo</sup>
sozialkommunikativ	2,5	2,6	1,6	1,0	38,5 <sup>ooo</sup>
Gesamtscore	7,3	7,6	4,7	2,9	38,2 <sup>ooo</sup>

**Tab. 17: Vergleich der BSS-Mittelwerte zu unterschiedlichen Zeitpunkten**

<sup>ooo</sup>: P<0,001

# Lebenslauf

## Persönliche Daten

Name: Matthias Heyng  
geb.: 20.02.1962 in Dorsten  
Eltern: Margot Heyng, geb. Streu  
Hermann Heyng  
Familienstand: ledig

## Schulbildung:

1968-1972 St. Martin-Grundschule Raesfeld  
1972-1981 Gymnasium Remigianum Borken  
1981 Abitur

## Studium:

1982-1988 Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Humanmedizin  
07/1988 Staatsexamen

## Berufliche Tätigkeiten:

07/1988-10/1989 Assistenzarzt Hafenkrankehaus Hamburg, Innere Abteilung  
07/1990-07/1993 Assistenzarzt Marienhospital Borken, Neurologie  
08/1993-03/2000 Assistenzarzt Vinzenzhospital Dinslaken, Psychiatrie und  
Psychotherapie  
04/2000-06/2004 Oberarzt Vinzenzhospital Rhede, Psychiatrie und  
Psychotherapie  
seit 07/2004 Oberarzt Marienhospital Steinfurt, Psychosomatik und  
Psychotherapie

Facharztanerkennungen: Neurologie 1994  
Psychiatrie 1997  
Psychiatrie und Psychotherapie 2003  
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2005

Münster, 07.12.2006



