

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
des Klinikums rechts der Isar  
der Technischen Universität München  
(Direktor: Univ.-Prof. Dr. P. Henningsen)

# Welche Patienten verpassen ihren Termin in der Psychosomatischen Ambulanz?

Sara Antonia Teresa Jüde

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität  
München zur Erlangung des akademischen Grades eines  
Doktors der Medizin genehmigten Dissertation.

Vorsitzender:

Univ.-Prof. Dr. E. J. Rummeny

Prüfer der Dissertation:

1. Priv.-Doz. Dr. C. Lahmann

2. apl. Prof. Dr. M. Sack

Die Dissertation wurde am 05.09.2012 bei der Technischen Universität München  
eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 10.04.2013 angenommen.

<b>1. Einführung</b>	<b>4</b>
<b>1.1 Verpasste Termine – Literaturübersicht</b>	<b>4</b>
1.1.1 Einfluss äußerer Umstände auf das Terminverhalten	4
1.1.2 Begründung der Patienten für das Versäumnis	5
1.1.3 Soziodemographischer und –ökonomischer Einfluss auf Versäumnisse	5
1.1.4 Einfluss der Erkrankung auf das Terminverhalten	6
1.1.5 Innerpsychische Hindernisse Termine wahrzunehmen	7
1.1.6 Reaktionen/Maßnahmen der Institutionen auf Terminversäumnisse	9
<b>1.2 Die psychosomatische Ambulanz</b>	<b>10</b>
<b>1.3 Zielsetzung</b>	<b>11</b>
<b>2. Methoden und Material</b>	<b>14</b>
<b>2.1 Gewinnung des Patientenguts</b>	<b>14</b>
2.1.1 Terminsäumige Patienten - Studienkollektiv	14
2.1.2 Erschienene Patienten - Vergleichskollektiv	14
<b>2.2 Ein- und Ausschlusskriterien</b>	<b>14</b>
<b>2.3 Studiendesign</b>	<b>15</b>
2.3.1 Telefonate mit dem säumigen Patientenkollektiv	15
2.3.2 Datenerhebung	17
2.3.3 Datenverarbeitung	25
<b>3. Ergebnisse</b>	<b>27</b>
<b>3.1 Beschreibung der Stichprobe</b>	<b>27</b>
3.1.1 Gewinnung des Studienkollektivs	27
3.1.2 Auswertung der angegebenen Kardinalsymptome	29
3.1.3 Geschlechtsverteilung	31
<b>3.2 Auswertung der Daten der Fragebögen</b>	<b>33</b>
3.3.1 Auswertung der Basisdokumentation – vgl. Tab. 7	38
3.3.2 Auswertung des PHQ – D - vgl. Tab. 8	45
3.3.3 Auswertung des DESTAX – vgl. Tab. 9	48

3.3.4 Auswertung der PDS – vgl. Tab. 9	49
3.3.5 Auswertung der Impact of Event Scala (IES) - vgl. Tab. 9	51
3.3.6 Auswertung des DKB – 35 - vgl. Tab. 10	53
<b>4. Diskussion</b>	<b>57</b>
<b>4.1 Interpretation der Ergebnisse vor dem Hintergrund bisheriger Forschungsbefunde</b>	<b>57</b>
<b>4.2 Kritik</b>	<b>62</b>
<b>4.3 Ausblick</b>	<b>65</b>
<b>5. Zusammenfassung</b>	<b>67</b>
<b>6. Endnoten und Literatur</b>	<b>69</b>
<b>7. Anhang</b>	<b>75</b>
<b>8. Danksagung</b>	<b>86</b>

# 1. Einführung

## 1.1 Verpasste Termine – Literaturübersicht

Warum verpassen Patienten Termine für medizinische Behandlungen, für die sie oftmals eine lange Wartezeit in Kauf nehmen mussten? In allen Bereichen der Medizin gibt es Terminversäumnisse, z.B. in der Allgemeinmedizin[1], der Diabetologie[2-3] der Psychiatrie[4-6] und der Gastroenterologie[7]. Der dabei auf der Seite der Institution entstehende Verdienstausschlag ist nur eine Facette der gesundheitsökonomischen Bedeutung solcher Vorkommnisse. Die menschliche Seite berührt zum einen die Frustration der Anbieter, welche zu geringerer Empathie gegenüber den Patienten führen kann[3], zum anderen die nicht wahrgenommene Chance der Patienten, in ihrer Symptomatik Hilfe zu bekommen.

### 1.1.1 Einfluss äußerer Umstände auf das Terminverhalten

Teilweise wurde das „Nicht Wahrnehmen der Termine“ mit der Uhrzeit in Verbindung gebracht. Eine Studie wies ein signifikant höheres Versäumnis der Termine auf, wenn diese innerhalb der frühen Morgenstunden zwischen acht und neun Uhr angesetzt waren[4]. Eine andere Studie wiederum konnten keinerlei Zusammenhang mit der Uhrzeit feststellen[7]. Manche Untersuchungen stellten eine Verbindung mit dem Wetter oder mit der Distanz zur Klinik oder ambulanten Einrichtung her, d.h. je weiter der vereinbarte Termin vom Wohnort entfernt ist, desto weniger wird er wahrgenommen[8-10]. Im Gegensatz dazu gibt es auch Studien, die dem widersprechen und keinen derartigen Zusammenhang sehen[7, 11]. Die Zeitspanne zwischen der Vereinbarung des Termins und seinem tatsächlichen Stattfinden beeinflussen ebenfalls das Versäumen von Terminen. Je länger die Wartezeit, desto unzufriedener sind die Patienten und als Konsequenz werden Termine weniger zuverlässig wahrgenommen[12]. Wer bereits mehrere Termine verpasst hat, neigt laut Studien dazu, auch im Allgemeinen häufiger Termine nicht wahrzunehmen[13-14].

### **1.1.2 Begründung der Patienten für das Versäumnis**

In etlichen Studien gaben Patienten an, dass sie ihre Termine „vergessen“ hatten. Je nach Anzahl der Antwortmöglichkeiten variierte die Nennung des „Vergessens“ zwischen 30% und 50%. Andere häufig genannte Antworten waren, „der Versuch abzusagen“, die „Besserung der Symptomatik“ und „keine Lust auf den Termin“[1, 15-18].

### **1.1.3 Soziodemographischer und –ökonomischer Einfluss auf Versäumnisse**

Es gibt mehrere Studien, die bereits erwiesen haben, dass Patienten jüngeren Alters (junge Erwachsene) signifikant häufiger ihre Termine verpassen[5, 8, 19-21]. Studien, die explizit das Gegenteil behaupten, sind seltener zu finden[17].

Zur Geschlechtsverteilung ist die Datenlage uneinheitlich. Mehrfach wurde ein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen angetroffen, wobei zum einen Männer als ihre Termine tendenziell eher nicht wahrnehmend gefunden wurden[5-7, 22], andererseits Frauen in manchen Studien als eher terminsäumig ermittelt wurden[21, 23]. Andere Studien hingegen stellten fest, dass kein Zusammenhang zwischen dem Versäumen von Terminen und dem Geschlecht zu erkennen ist[11, 17, 24].

Auch die Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Völkergruppen schien das Terminverhalten zu beeinflussen. So versäumte die hispanische Bevölkerung der USA eher Termine[20]. Eine Studie aus Texas ermittelte, dass die farbige Bevölkerung achtmal häufiger ihre Termine nicht wahrnahm, verglichen mit den Einwohnern weißer Hautfarbe[5]. Sozioökonomische Parameter wurden in letztgenannter Untersuchung nicht eingeschlossen, was als relevanter Aspekt dieses Ergebnisses diskutiert werden muss. Eine weitere Studie setzte sich explizit mit den früheren Ergebnissen bezüglich der Abhängigkeit von Völkergruppe oder Hautfarbe auseinander und ermittelte, dass resultierende ethnische Unterschiede im Terminverhalten an Faktoren des Gesundheitssystems lagen. In dieser Untersuchung aus Massachusetts wurde die Bevölkerung weißer Hautfarbe mit den Puerto Ricanischen Einwohnern verglichen und es resultierten grundsätzlich keine Unterschiede im Terminverhalten innerhalb der ethnischen Gruppen. Erst als im Zeitraum eines halben Jahres im Holyoke Models Cities Health Center keine bilingualen Termine mehr vergeben wurden, bzw. es den Puerto Ricanischen

Patienten verwehrt wurde, in einer ihnen verständlichen Sprache kommunizieren zu können, veränderten sich die Ergebnisse hin zu häufigerem Verpassen von Terminen[24]. Dadurch zeigt sich, dass das Terminverhalten nicht von Völkergruppe oder Hautfarbe abhängig ist, sondern von dem Angebot, einen Termin in der Muttersprache wahrnehmen zu können, bzw. überhaupt von der Möglichkeit zur Kommunikation für die fremdsprachigen Patienten.

Bezüglich des Familienstandes gibt es weitere Studien zum Terminverhalten. Menschen, die alleinstehend leben, verpassen häufiger ihre Termine[6], eine Heirat hingegen wirkt präventiv[25].

Zudem gibt es einen Zusammenhang zwischen verpassten Terminen und dem Bildungsstand bzw. der Ausbildung. Je niedriger das Bildungsniveau oder der Grad der Ausbildung, desto eher werden Termine versäumt[26-27].

Wer arbeitslos ist, nimmt signifikant häufiger seine Termine nicht wahr[6, 28-29].

In vielen Studien wurde bisher ganz allgemein der niedrigere sozioökonomische Status bei terminsäumigen Patienten beschrieben[6, 19, 24, 30-32]. Nur selten ergaben Studien, dass zwischen dem Versäumnis und der sozioökonomischen Struktur der Patienten kein Zusammenhang bestehe[15]. Eine Ausnahme bildet ebenso eine Studie aus Thailand, die zeigte, dass Menschen, die von Sozialhilfe abhängig waren, signifikant seltener ihre Termine nicht wahrnehmen würden ( $p < 0,01$ )[10].

#### **1.1.4 Einfluss der Erkrankung auf das Terminverhalten**

Viele Studien zeigten keinen Zusammenhang bzw. eine Unabhängigkeit sowohl zwischen der Diagnose einer Krankheit und dem Terminverhalten[25], als auch zwischen der Schwere einer Erkrankung und dem akuraten Erscheinen zum Termin[33-34].

Jedoch waren bei Patienten mit Diabetes mellitus laut einer Untersuchung aus Kalifornien verpasste Termine mit einer schlechteren glykämischen Kontrolle (glykosiliertes Hämoglobin bzw. HBA1c) und selteneren Selbstkontrollen des Blutzuckerspiegels assoziiert[35]. Eine Studie von Ciechanowski et al. versuchte einen Zusammenhang zwischen Diabetes, Depression, Bindungsstil und verpassten Terminen herzustellen. Patienten, die eine Depression hatten und gleichzeitig einen distanziert-abweisenden Bindungsstil (dismissing) aufwiesen, versäumten eher ihre

Termine im Vergleich mit sicher gebundenen Patienten[3]. Eine andere Studie aus dem Jahr 2009 wiederum, die den Zusammenhang zwischen Diabetes, Depression und verpassten Terminen untersuchte, konnte keine signifikanten Unterschiede erkennen[2]. Die Depression hat das Terminverhalten nicht negativ beeinflusst. Vielmehr wurde in einer Studie, in der es um psychiatrische Termine ging, eine Tendenz dahingehend festgestellt, dass Patienten mit einer depressiven Episode sogar eher ihre Termine wahrnehmen[18].

Die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) wirkte sich laut einer weiteren Studie von Sparr et. al. auch auf das Terminverhalten aus. Patienten mit dieser Diagnose sind folglich eher als terminsäumige Patienten anzusehen[18].

Ein anderes Ergebnis zum Einfluss der Erkrankung auf das Terminverhalten war, dass Menschen mit Substanzmittel-Missbrauch häufiger ihre Termine verpassen als Patienten mit anderen Erkrankungen[4, 6, 18]. Auch Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung sollen eher dazu neigen, ihre Termine nicht wahrzunehmen[6]. Eine weitere Studie brachte eine Achse 4-Problematik nach DSM-IV in Zusammenhang mit dem Versäumnis von Terminen, wenn sich die psychosozialen oder umgebungsbedingten Probleme auf die Primärgruppe beziehen (primary support group). Als Beispiele dafür wurden Krankheits- oder Todesfall in der Familie herangezogen. Patienten mit Achse 4-Problematik dieser Art nehmen folglich signifikant häufiger nicht den ersten Termin nach einem psychiatrischen Klinikaufenthalt wahr[36].

Abschließend muss jedoch erwähnt werden, dass die Untersuchungsbefunde zum Einfluss der Erkrankung auf das Terminverhalten widersprüchlich sind; so konnten z.B. Krulee et al. wiederum keinen Zusammenhang zwischen Diagnose oder Schwere der Erkrankung in Bezug auf die Compliance bei vereinbarten Terminen feststellen[25].

### **1.1.5 Innerpsychische Hindernisse Termine wahrzunehmen**

Eine Studie beschäftigte sich in halb-strukturierten Interviews mit einem Patientenkollektiv (n=34), das an der zugehörigen ambulanten Einrichtung bereits Termine wahrgenommen hatte. Die Teilnehmer sollten Gründe für verpasste Termine im Allgemeinen angeben und dann auf eigene Erfahrungen Bezug nehmen, die sie bei früheren Terminen vom Kommen abgehalten hatten. Die Interviews ergaben

verschiedene Gründe, die das Wahrnehmen von Terminen behindern können: Die meist genannte Erklärung war „emotionale Barrieren“, wie beispielsweise eine eher negative Einstellung gegenüber Arztterminen, bei der der erhoffte positive Nutzen geringer eingeschätzt wird als der mit dem „Kommen“ verbundene Aufwand. Außerdem werden Termine oft in einer dringenden Situation vereinbart und eine lange Wartezeit bis zum Termin führt zu Unsicherheit, wenn sich die Symptomatik bis dahin verändert hat. Zusätzlich haben viele Menschen Angst, die Diagnose einer bedrohlichen Erkrankung gestellt zu bekommen[31].

Als anderer Hinderungsgrund wurde das Gefühl beschrieben, als Patient nicht respektiert zu werden. Als respektlos werden beispielsweise lange Wartezeiten auf einen Termin empfunden, da sich die Symptome manchmal ändern, der Arzt nichts Auffälliges mehr findet und der Patient sich nicht mehr ernst genommen fühlt, weil er in der Vergangenheit doch starke Beschwerden hatte[31].

Als letzte Erklärung wurde aufgeführt, dass die Terminkoordination den Patienten oft nicht verständlich ist. Sie waren der Meinung, dass ein Nichterscheinen manchmal positiv sei, wenn vielleicht zu viele Patienten an einem Tag den Arzt bereits aufgesucht und Termine in Anspruch genommen hätten und die Wartezimmer bzw. Ambulanzen überfüllt wären[31]. Sie empfinden also ihr Nichterscheinen als Erleichterung und Entgegenkommen für die Einrichtungen. Dass damit finanzielle Ausfälle verbunden sind bzw. der Termin nicht anderweitig genutzt werden kann, ist vielen Menschen nicht bewusst.

Im psychotherapeutischen Bereich kann außerdem das Versäumen von Terminen als Abwehrverhalten bzw. Widerspiegelung der geringen Therapiemotivation verstanden werden, was auch ein psychisches Hindernis darstellt[28].

Zudem sind laut einer Untersuchung von 2009 viele Patienten ängstlich, was sie bei einem Termin erwarten wird. Da viele von ihnen im Vorfeld nicht genau aufgeklärt werden (können), was sich bei einem ersten Termin ereignet, überwiegt möglicherweise die Angst vor dem Unbekannten. Zusätzlich kann es manchmal schwierig sein, Wochen im Voraus schon exakt einen Termin mit Uhrzeit zuzusagen. Auch aufgrund der Kränkung über die lange Wartezeit könnte das Versäumnis laut dieser Untersuchung als eine Art „Revanche“ gegenüber der Institution verstanden werden[37].



Ein finanzieller Aspekt wäre im amerikanischen Gesundheitssystem zudem, dass Patienten ungern den eigenen Arbeitsausfall in Kauf nehmen wollen, der mit Verdienstausschlag verbunden ist. Denn zusätzlich müssen sie noch für ihren Arzttermin bezahlen, wenn keine Krankenversicherung vorhanden ist. Da erscheint die eigene Erkrankung in der Kosten-Nutzen-Abwägung oft nicht mehr als sonderlich dringlich[37].

### **1.1.6 Reaktionen/Maßnahmen der Institutionen auf Terminversäumnisse**

Wenige Studien gibt es zum Thema, wie die Institutionen das Nichterscheinen auffassen. Es wurde zum Teil von einer Frustration der Anbieter gesprochen und einer daraus resultierenden Minderung der Empathie[1] sowie von der geringeren Kommunikationsbereitschaft zwischen Behandler und Patient[38].

In einer weiteren Studie wurde die Reaktion von Ärzten auf verpasste Termine im Bereich der Inneren Medizin mit denen des psychiatrischen Bereichs über anonyme Fragebögen verglichen. Die Psychiater sind laut dieser Studie weniger aktiv in der Verfolgung verpasster Termine. Allgemein ist das Verhalten bei Säumnis sehr unterschiedlich, da es von verschiedenen Komponenten abhängig ist. Dazu zählen beispielsweise das Risiko einer möglichen negativen Auswirkung bei Verfolgung von Terminversäumnissen, die Unterstützung durch das Personal und den allgemeinen Umgang mit dem Stellen von Rechnungen[39].

Was sind nun die Maßnahmen, die zur Vorbeugung getroffen werden sollten? Mehrere Studien haben sich mit dem Problem auseinandergesetzt, wie man die Rate an verpassten Terminen am effektivsten senken kann, um den Patienten und gleichermaßen den Anbietern entgegen zu kommen. Ist es überhaupt ein Anliegen der Patienten, an ihre Termine erinnert zu werden? In einer Studie für ambulante psychiatrische Termine wurde diese Frage untersucht. 76% der Patienten, die ihre Termine wahrgenommen hatten, und 89% derer, die sie verpasst hatten, waren gegenüber Erinnerungssystemen positiv eingestellt. Zusätzlich wurde noch erfragt, welche Art von Erinnerungsmaßnahmen bevorzugt würde (Anruf, Email, Brief) und welcher Zeitpunkt günstig wäre („eine Woche vorher“, „zwei Tage vorher“ oder „am selben Tag morgens“). Es stellte sich bei dieser Untersuchung heraus, dass ein Telefonanruf (61%) zwei Tage vor dem Termin (47%) die beliebteste Maßnahme war[40]. Andere Studien ergaben ebenso, dass ein Telefonanruf als Erinnerung die

Anwesenheit beim Termin um 15-17% steigern konnte[34, 41], dabei war es unerheblich, ob der Patient selbst, oder ein Familienmitglied am Apparat waren[34]. Weitere Arten von Erinnerungssystemen wurden bereits ausgetestet: Kurze Briefe zur Erinnerung mit einer groben Übersicht über den Termin (Name des Arztes, kurze Beschreibung der Klinik, Lageplan...) senkten in einer Studie die Rate an versäumten Terminen von 27% im Vorjahr auf 17%[42]. Weiterhin wurde der Unterschied in der Effektivität innerhalb verschiedener Arten von Briefen untersucht: Verglichen wurden ein kurzes Erinnerungsschreiben (wann, wo, mit wem...) (letter prompt) mit einem ausführlicheren Erinnerungsbrief (Prozedere der Anmeldung, Ablauf des Termins, Betonung der Privatsphäre...) (orientation letter). Zusätzlich wurde noch nach dem Zeitpunkt des Erhalts der Erinnerung klassifiziert: drei Tage oder ein Tag vor dem Termin. Innerhalb dieser vier Studiengruppen verglichen mit einer Kontrollgruppe hatten die Patienten, die den ausführlichen Orientierungsbrief einen Tag vorher erhalten hatten, eine signifikant niedrigere Rate an versäumten Terminen[43]. Beim Vergleich der Wirksamkeit eines Orientierungsbriefes mit der eines Telefonats erwies sich der Orientierungsbrief als das effektivere Instrument[44]. Es gibt also durchaus verschiedene Möglichkeiten zur Intervention, um das Terminverhalten positiv zu beeinflussen.

## **1.2 Die psychosomatische Ambulanz**

Die Untersuchung des Terminverhaltens wurde in der Allgemeinpsychosomatischen Ambulanz der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität (TU) München durchgeführt. Um einen Eindruck zu vermitteln, welche Bedeutung den Terminen und ihrem Versäumnis dort zukommt, ist es sinnvoll, das Konzept dieser psychosomatischen Ambulanz im Allgemeinen kurz zu skizzieren.

Der Weg zum niedergelassenen Therapeuten ist für Patienten oft schwer, da sie manchmal nicht genau wissen, ob sie psychisch krank und therapiebedürftig sind, was Psychosomatik/Psychotherapie überhaupt ist und welche Therapierichtung für sie am geeignetsten wäre. Eine Ambulanz kann so als niederschwelliges Angebot bei der Klärung dieser Fragen behilflich sein. Außerdem kann dort durch psychotherapeutische Diagnostik, Beratung, Indikationsstellung und letztlich

Weiterbehandlungsempfehlungen den Patienten geholfen werden. Der Ambulanz kommt in diesem Sinne eine Lotsenfunktion zu, bei der dem Patienten der für ihn geeignetste Weg aufgezeigt wird. Oftmals haben die psychosomatischen Ambulanzen auch spezialisierte Therapieformen für einzelne Erkrankungen oder stehen zumindest im Kontakt mit Einrichtungen, die dieses Angebot anbieten[45]. Die Aufnahme in hiesige voll- und teilstationäre Behandlung ist darüber hinaus an ein Vorgespräch in der Ambulanz gebunden.

Der Weg von der Überlegung eine psychosomatisch-psychotherapeutische Ambulanz zu besuchen bis zum tatsächlichen Erscheinen ist eine wichtige Hürde vor dem Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung. Um diesen eher beschwerlichen Schritt zu vereinfachen, muss bei der Entgegennahme der Anmeldung und der Terminvergabe bereits höchst sensibel und vertrauensvoll mit den Patienten umgegangen werden. Patienten, die meist telefonisch in Erstkontakt treten, sind nämlich oft hoch ambivalent gegenüber Terminen in diesem Fachbereich eingestellt. Das Telefonat erfordert deshalb viel Feingefühl bei der Befragung, um den Grund für die Terminvereinbarung heraus zu finden. Gleichzeitig sollte den Patienten kurz der Ablauf der Untersuchung beschrieben werden, um mögliche Vorbehalte oder Ängste im Voraus mindern zu können[45].

### **1.3 Zielsetzung**

Trotz vieler Bemühungen, den Patienten ihre Kontaktaufnahme mit der Ambulanz zu erleichtern, kommt es in circa 10% der lokalen Fälle zu Terminversäumnissen. Gerade aber diese Ersttermine in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz sind mit ihrer Vermittlungsfunktion von großer Bedeutung (vgl. 1.2.). In einer Studie im psychiatrischen Bereich wurden Ersttermine auch als der entscheidende Schritt beschrieben, um dem Patienten überhaupt Hilfe anbieten zu können (delivering service)[43]. Wer seinen Termin versäumt, verpasst diese Hilfeleistung, v.a. in Form von Diagnostik, Beratung, Aufklärung über therapeutische Möglichkeiten und Weitervermittlung, was oftmals entscheidende Schritte für die Genesung der psychosomatischen Patienten sein können. Außerdem entsteht für die Patienten indirekt eine insgesamt noch längere Wartezeit auf Termine, wenn selbst die zur Verfügung stehenden Termine durch die Versäumnisse ungenützt bleiben.

Nicht nur um der Patienten Willen lohnt es sich aus diesen Gründen, das Terminverhalten genauer zu untersuchen, sondern auch aufgrund der Auswirkungen auf den Ambulanzbetrieb, welche die nicht unbeträchtliche Rate verpasster Termine zur Folge hat. 10% Versäumnis ist im Vergleich zu manch anderen Bereichen wenig, in denen von Terminversäumnis in bis zu 60% der Fälle gesprochen wird[39], aber dennoch sind auch diese 10% mit Konsequenzen verbunden. Als solche sind zum einen die Ineffektivität im Klinikalltag anzusehen, da die Termine nie mehrfach vergeben werden. Für jeden Patienten werden 50 Minuten Gesprächszeit allokiert, die bei unentschuldigtem Versäumnis kurzfristig nicht anderweitig vergeben werden können und deshalb oftmals ungenützt bleiben.

Insgesamt ist die Datenlage zum Thema „verpasste Termine“ magerer als beispielsweise bei Untersuchungen zur Non-Compliance bei der Medikamenteneinnahme[36]. Deshalb ist es erstrebenswert zu weiteren Ergebnissen in diesem Bereich zu gelangen, auch aufgrund der oben genannten weitreichenden Konsequenzen für die Patienten oder Einrichtungen.

In den bisherigen Untersuchungen wurden darüber hinaus vor allem die soziodemographischen/-ökonomischen Daten ermittelt und meist nur einzelne wenige Aspekte des Terminverhaltens untersucht.

Es war nun das Ziel sowohl in einer telefonischen Befragung die Gründe für das Verpassen von Terminen herauszufinden, als auch in einer psychometrischen Untersuchung mittels verschiedener etablierter Fragebögen weitere Einflüsse darauf zu ermitteln. Von besonderer Bedeutung war hier die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen den Terminversäumnissen und unterschiedlichen psychischen Krankheitsbildern sowie dem Körperbild, um zu ermitteln, ob sich unabhängig von äußeren Faktoren auch das Patientengut genauer charakterisieren lässt.

Somit ist die Studie auf die Frage ausgerichtet, ob sich das Patientenkollektiv der terminsäumigen von denjenigen, die ihren Termin wahrnehmen, messbar unterscheidet. Dazu wird ein Vergleichskollektiv an Patienten herangezogen, die in der psychosomatischen Ambulanz bereits einen Termin wahrgenommen hatten. Die Frage hinsichtlich der Unterscheidung der beiden Patientenkollektive wäre zugleich wichtig für das Patienten- und Teammanagement. Ließe sich die Gruppe der unentschuldig fehlenden Patienten nämlich genauer charakterisieren, wäre es sehr

von Bedeutung, wenn mit der Kenntnis dieses Charakteristikums speziell auf diese Patienten eingegangen werden könnte. Demzufolge könnte explizit an den ursächlichen Faktoren angesetzt werden, die das Terminverhalten beeinflussen. Möglicherweise wäre es gerade für dieses spezielle Patientenkollektiv besonders wichtig aufgrund ihrer Symptomatik in Kontakt mit der Psychosomatik/ Psychotherapie zu treten. Es wäre unter diesen Umständen ein großes Anliegen, gerade diejenigen, die es aufgrund eines spezifischen Charakteristikums schwerer mit dem Einstieg in die Psychosomatik haben, entgegenwirkend die Entscheidung einen Termin wahrzunehmen noch weiter zu erleichtern und damit eine Lösung zu finden, die Terminversäumnisse minimieren kann.

## **2. Methoden und Material**

### **2.1 Gewinnung des Patientenguts**

#### **2.1.1 Terminsäumige Patienten - Studienkollektiv**

Die Patienten der vorliegenden Untersuchung wurden über den Zeitraum eines Jahres, von April 2008 bis April 2009, rekrutiert. Als Grundlage dafür diente der Terminplan der psychosomatischen Ambulanz der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München.

Mit dem Sekretariat der Ambulanz, mit welchem jeder Patient seine Termine vereinbaren muss, wurde abgesprochen, dass jeder Patient, der unentschuldig gefehlt hatte, speziell im Terminplan markiert wird.

Die erste Aufgabe bezog sich darauf, den Terminplan in regelmäßigen Abständen, ca. ein bis zweimal pro Woche, einzusehen und die säumigen Patienten telefonisch zu kontaktieren. Im Telefonat kristallisierte sich letztendlich heraus, wer bereit war, an der Studie teilzunehmen und auch anhand der Ein- und Ausschlusskriterien dazu geeignet war.

#### **2.1.2 Erschienene Patienten - Vergleichskollektiv**

Das Vergleichskollektiv unserer Studie bestand aus einer Zufallsauswahl aller Erstkontakte, die im selben Zeitraum, also April 2008 bis April 2009, ihre Termine wahrgenommen hatten. Von 1306 Erstkontakten wurden 209 per Zufallsauswahl am Computer selektiert.

### **2.2 Ein- und Ausschlusskriterien**

Die Untersuchung war offen für Patienten beiderlei Geschlechts, die sich zum Erstkontakt in der psychosomatischen Ambulanz im oben genannten Zeitraum vorgestellt hatten. Sie sollten zusätzlich die Einschlusskriterien (Tab. 1) erfüllen und gleichermaßen anhand der Ausschlusskriterien (Tab. 2) überprüft werden:

<b>Studienkollektiv - Einschlusskriterien</b>	
Alter	Ab dem 18. Lebensjahr
Sprache	Deutsch bzw. gute Deutschkenntnisse
Termin	Unentschuldigtes Fehlen am besagten Termin
Einverständnis	Bereitschaft des Patienten, an der Studie teilzunehmen

Tab. 1

<b>Studienkollektiv - Ausschlusskriterien</b>	
Termin	Termine, die nicht selbst ausgemacht wurden, sondern von Eltern, Hausarzt, Institutionen etc..
Absage	Patienten, die laut eigenen Angaben glaubhaft ihre Termine an der falschen Stelle abgesagt haben, wie zum Beispiel direkt beim zugewiesenen Therapeuten oder im Sekretariat einer anderen zur Klinik zugehörigen Abteilung.
Person	Patienten, die sich bereits zum Zeitpunkt des Termins in neuer psychotherapeutischer Behandlung befanden und vergessen haben, den Termin abzusagen. Diese Patienten vereinbarten meist an mehreren Stellen Termine, um so die schnellstmögliche Behandlung zu erhalten.  Andere wiederum waren innerhalb der Wartezeit auf den Termin bereits anderweitig stationär aufgenommen worden.

Tab. 2

Studienkandidaten für das Vergleichskollektiv waren Patienten, die mindestens das 18. Lebensjahr vollendet hatten und sich im besagten Zeitraum zum Erstgespräch in der psychosomatischen Ambulanz vorgestellt hatten.

## **2.3 Studiendesign**

### **2.3.1 Telefonate mit dem säumigen Patientenkollektiv**

Die terminsäumigen Patienten wurden telefonisch kontaktiert, sofern sie erreichbar waren (Erreichbarkeit = 75%). Die Erreichbarkeit wurde über den Zeitraum von ca. 10 Wochen mit zwei Anrufen pro Woche überprüft und dokumentiert.

Name, Geschlecht, Geburtsdatum, der Grund für den ausgemachten Termin (Kardinalsymptom) und die Telefonnummer konnten im Terminplan des Sekretariats eingesehen werden.

Das telefonische Interview mit den Patienten verlief standardisiert. Es war folgendermaßen strukturiert (Tab. 3):

<b>Telefonat</b>	
Begrüßung	Die Vorstellung erfolgte zuerst nur mit dem Namen des Anrufers und dem Zusatz ‚Klinikum rechts der Isar‘, bevor nicht geklärt werden konnte, ob die Person, die zum Termin nicht erschienen war, selbst am Telefon war. Sobald die zu sprechen gewünschte Person selbst am Apparat war, wurde zur Vorstellung auch noch hinzugefügt, dass der Anruf aus der psychosomatischen Ambulanz komme. Diese Information wurde wegen der Diskretion der Termine im Bereich Psychosomatik zu Beginn noch nicht erwähnt, für den Fall, dass die Patienten dem Ehepartner oder der Familie den Termin nicht anvertraut hatten.
Termin	Schon gleich zu Beginn wurde der unentschuldig verpasste Termin angesprochen, um überprüfen zu können, ob vorher erwähnte Ausschlusskriterien zutrafen.  Wenn sich der Patient aufgrund der oben genannten Kriterien als ungeeignet erwies, dann wurde das Telefonat freundlich beendet. Bei Rückfragen über den Anlass des Anrufs wurde gegebenenfalls die Studie kurz erklärt.
Grund des Versäumnisses	Wenn die Patienten wirklich unentschuldig gefehlt hatten, was bei den meisten Anrufen der Fall war, dann wurden sie über den Grund ihres Terminversäumnisses befragt.
Studie	Den Patienten wurde im Anschluss die Studie vorgestellt, die aufgrund der nicht unbeträchtlichen Rate an verpassten Terminen (10%) entstanden war. Die Patienten wurden motiviert, eine Reihe an Fragebögen auszufüllen, die Ihnen per Post mit frankiertem Rückumschlag zugesendet werden würden. Die Fragebögen wurden kurz zusammenfassend erklärt. Weiterhin wurden die Patienten darauf hingewiesen, dass die Studie anonymisiert und dass ihnen lediglich eine Nummer zugeteilt werde. Am Ende wurde noch hinzugefügt, dass es für die Teilnahme eine Aufwandsentschädigung von 20 € gebe. Wenn keine Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie vorlag, wurde das Telefonat freundlich beendet. Den Patienten, die sich zur Teilnahme bereit erklärt hatten und den Einschlusskriterien entsprachen, wurden gegebenenfalls weitere Fragen zur Studie beantwortet und sie wurden nach ihrer Postadresse gefragt, um ihnen die Unterlagen zusenden zu können.
Verabschiedung	Wenn alle Fragen geklärt waren, wurde den Patienten für die Teilnahme gedankt und das Telefonat beendet.

Tab. 3



Die Fragebögen wurden mit einem Anschreiben (Anhang 1-7) an die Studienteilnehmer versendet. Im Anschreiben wurde nochmals auf Anonymität und das Prozedere zur Aufwandsentschädigung verwiesen. Der untere Abschnitt des Anschreibens, auf dem die Kontodaten einzutragen waren, konnte abgetrennt und sollte der Rücksendung hinzugefügt werden. Für Rückfragen waren die Telefonnummern von den Betreuern der Studie vermerkt.

### **2.3.2 Datenerhebung**

Die weiteren Informationen wurden über die Fragebögen gewonnen. Die Auswahl der zugesendeten Fragebögen entsprach denen, die alle Patienten beim Ersttermin in der psychosomatischen Ambulanz ausfüllen, um die Vergleichbarkeit dieser beiden Kollektive zu gewährleisten.

Bei den folgenden beschriebenen Fragebögen handelt es sich um eine Auswahl an soziodemographischen/-ökonomischen und psychometrischen Testverfahren.

#### 2.3.2.1 Basisdokumentation - PsyBaDo (vgl. Anhang 1)

Um ein soziodemographisches Profil der Patienten zu erhalten, wurden folgende Variablen mittels des Basisdokumentationsbogens der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der TU München erhoben:

- Alter
- Geschlecht
- Familienstand
- Partnersituation
- Kinder
- Ausbildung
- Derzeitige Beschäftigung
- Arbeitslosigkeit
- Krankschreibung
- Laufendes Rentenverfahren
- Ambulante/stationäre psychosomatische/psychiatrische Vorbehandlung

### 2.3.2.2 Patient Health Questionnaire - PHQ-D (vgl. Anhang 2)

Der PHQ-D Fragebogen ist die deutsche Version des international anerkannten Patient Health Questionnaire. Er erfasst psychische Kriterien nach DSM-IV. Es ist aber auch möglich ihn nach ICD 10 auszuwerten[46].

Der Fragebogen wurde von einer Arbeitsgruppe der Universitätsklinik Heidelberg in Kooperation mit den amerikanischen Erstautoren in mehreren Schritten nach Kriterien der „State of the Art“ übersetzt. Der PHQ-D ist standardisiert und zur Diagnostik psychischer Krankheiten geeignet. In unserem Fall wurden die Fragen eins bis fünf (Option C des PHQ-D) herausgegriffen. Damit wurde derjenige Teil verwendet, mit dessen Hilfe somatoforme Störungen (Somatisierungsstörung und undifferenzierte Somatisierungsstörung), depressive Störungen (Major Depression und andere depressive Störungen) und Angststörungen (Panikstörungen und andere Angststörungen) diagnostiziert werden können. Gleichzeitig können Schweregrade der Störungen erfasst werden. Diagnostik kann jedoch allein mit dem Fragebogen nur auf der Syndromebene gemacht werden, nicht auf der Störungsebene[47].

Die verschiedenen Krankheiten werden anhand mehrerer Items abgefragt. Die Kategorie somatoforme Störung besteht aus insgesamt 15 Items (1a-m und 2c/d). Für jedes dieser Items gibt es drei Antwortmöglichkeiten mit folgenden Werten: 0/1/2 entsprechen „nicht/wenig/stark beeinträchtigt“. Die Fragen beziehen sich auf Schmerzen jeglicher Art, Schwindel, Ohnmacht, Darm- und Herzbeschwerden u.a. im Verlauf der letzten vier Wochen. Dabei handelt es sich um die am häufigsten angegebenen körperlichen Beschwerden ambulanter Patienten sowie um die wichtigsten DSM-IV-Kriterien zur Somatisierungsstörung.

Um ein somatoformes Syndrom zu diagnostizieren, müssen mindestens drei der 13 Items mit „stark beeinträchtigt“ beantwortet sein (Punktwert mind. sechs). Die Diagnostik eines somatoformen Syndroms muss aber zusätzlich im direkten Gespräch mit dem Patienten weiter abgeklärt werden, weil aus den Fragen des PHQ nicht hervorgeht, ob die Beschwerden eine organische Ursache haben, oder nicht. Auch wenn sich somit nur eine Aussage auf Syndromebene treffen lässt, sind die 13 Items dennoch ein sehr nützliches Instrument für das Screening einer Somatisierungsstörung[48].

Um die somatische Beeinträchtigung der beiden Kollektive zu untersuchen, wurde der PHQ15 (Skalensummenwert „somatische Symptome“) berechnet. Er ist der Summenwert aller 15 Einzelitems ((1a-m und 2c/d)[47].

Für die Kategorie depressive Störung (Items 2a – i) gibt es für jedes Item vier verschiedene Antwortkategorien, denen folgende Werte zugeordnet werden: 0 („überhaupt nicht“), 1 („an einzelnen Tagen“), 2 („an mehr als der Hälfte der Tage“) und 3 („beinahe jeden Tag“). Anhand der Werte der Antworten kann der Skalensummenwert für die einzelnen Störungen berechnet werden und diese können so nach ihrem Schweregrad eingeteilt werden. Abgefragt werden u.a. Interesselosigkeit, Niedergeschlagenheit, Schlaf und Konzentration für den Zeitraum der letzten beiden Wochen. Der Depressionsscore für eine Major Depression errechnet sich dadurch, dass fünf oder mehr Items der Frage 2 mit „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet wurden und darunter die Fragen 2a oder 2b sind.

Der Depressionsscore für andere depressive Syndrome errechnet sich folgendermaßen: Zwei, drei, oder vier der Fragen 2a bis i sind mit „mindestens an mehr als der Hälfte der Tage“ (zwei Punkte) beantwortet; unter diesen befindet sich auch Frage 2a oder 2b.“ Dies sind Patienten, die unter keiner Major Depression leiden, aber dennoch in die Kategorie leichter depressiver Syndrome fallen.

Der Skalensummenwert „Depressivität (PHQ-9)“ wird aus der Addition der neun Items berechnet. Ein Punktwert kleiner fünf entspricht dem Fehlen einer depressiven Störung. Bei leicht oder unterschwellig depressiven Störungen liegt ein Punktwert zwischen fünf und zehn vor und kommt einem milden Schweregrad gleich. Bei Patienten mit Major Depression erwartet man einen Punktwert von mindestens zehn, wobei zwischen einem mittleren (10-14), ausgeprägten (15-19) und schwersten (20-27) Ausmaß der Störung unterschieden wird[47].

Die Kategorie Panikstörung beinhaltet die Items 3a-d und 4a-k, denen die Antwortmöglichkeiten „Ja“ und „Nein“ zugeordnet werden können. Sie handeln von Angstattacken und begleitenden physischen und psychischen Reaktionen. Diese Fragen sind ebenso für den Zeitraum der letzten vier Wochen zu beantworten.

Ein Paniksyndrom liegt vor, wenn alle Items der Fragen 3a-d mit „Ja“ beantwortet werden und zusätzlich mindestens vier Items der Frage 4, der körperlichen Symptomatik bei einem Angstanfall, bejaht werden (mindestens Punktwert acht).

Die generalisierte Angststörung ist durch die Items 5a-g beschrieben. Für sie gibt es die selben vier Antwortmöglichkeiten wie bei der Kategorie der depressiven Störungen. Hier wiederum werden Ängstlichkeit, Sorgen, Rastlosigkeit etc. innerhalb der letzten beiden Wochen abgefragt.

Um ein anderes Angstsyndrom zu diagnostizieren, muss die Frage 5a und mindestens drei weitere der Fragen 5b-g mit „an mehr als der Hälfte der Tage“ (Punktwert zwei) beantwortet sein[47].

Die Reliabilität des Fragebogens lässt sich folgendermaßen beschreiben: Die interne Konsistenz für die kontinuierlichen Skalen beträgt  $\alpha=0.88$  für das Depressionsmodul und  $\alpha=0.79$  für das Somatisierungsmodul ( $\alpha$ =Cronbachs Alpha). Die Test-Retest-Reliabilität des Depressionsmoduls liegt zwischen ICC=0.81 und ICC=0.96 (ICC=„Intraclass Correlation Coefficient“)[49].

#### 2.3.2.3 Dissociative Experiences Scale Taxon – DESTAX (vgl. Anhang 3)

Der DESTAX, auch DES-T genannt, ist der Index aus den acht für pathologische Dissoziation spezifischen Items des FDS („Fragebogen zu dissoziativen Symptomen“) und wurde von Waller et al. entwickelt[50]. Der FDS eignet sich zur Erfassung verschiedener dissoziativer Symptome, einschließlich Depersonalisation und Derealisation[51]. Er ist die deutsche Version und Erweiterung des DES („Dissociative Experiences Scale“), der als Screening Methode für dissoziative Symptome entwickelt wurde[52].

Mit der Fragenauswahl von Waller und Ross soll die bei vielen Menschen vorkommende „normale Dissoziation“ von der „pathologischen Dissoziation“ differenziert werden können[53]. Ich-Störungen wie Depersonalisation und Derealisation, akustische Halluzinationen (Stimmen hören) und die Amnesie, die Teile des dissoziativen Symptomenkomplexes sind, werden in der Auswahl beurteilt. Folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Thematik der acht Fragen:

DESTAX	
Depersonalisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfahrung neben sich zu stehen, oder sich selbst zu beobachten</li> <li>• Verändertes Körpererleben: Das Gefühl, der Körper oder Teile des Körpers gehört/en nicht zu einem selbst</li> <li>• Unterschiedliches Handeln in vergleichbaren Situationen, so dass das Gefühl entsteht, zwei Persönlichkeiten zu haben</li> </ul>
Derealisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Freunde oder Familienmitglieder werden nicht erkannt</li> <li>• Das Gefühl, dass andere Personen, Gegenstände und die Welt um sie herum nicht wirklich sind</li> </ul>
Akustische Halluzination	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stimmen im Kopf hören, die Anweisungen geben oder kommentieren</li> </ul>
Amnesie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Besitz neuer Dinge ohne Erinnerung an den Kauf</li> <li>• Aufenthalt an Orten, ohne das Wissen, wie man dorthin gelangte</li> </ul>

Tab. 4

Für die acht Fragen des DESTAX gibt es jeweils 11 Antwortmöglichkeiten, die nach der Häufigkeit der Symptome fragen und in Prozentwerten von 0% (nie) bis 100% (immer) skaliert sind. Die Fragen sollen für den Zeitraum der letzten vier Wochen beantwortet werden, wobei Einflüsse von Drogen, Alkohol oder Medikamenten nicht dazu zu rechnen sind. Das arithmetische Mittel aller Items wird als allgemeines Dissoziationsmaß gewertet (DESTAX Index Score), wobei ein Cut-off-Wert von >20% als auffällig anzusehen ist.

#### 2.3.2.4 Posttraumatic Stress Diagnostic Scale – PDS (vgl. Anhang 4)

Der PDS Fragebogen ist ein Selbsteinschätzungsmaß für traumatische Ereignisse und wurde von der amerikanischen Traumatherapeutin Edna Foa entwickelt. Die deutsche Übersetzung davon wurde von Steil, Ehlers und Winter erarbeitet. Er dient größtenteils zum Screening und zur Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) in Klinik und Forschung. Er bezieht sich auf die Diagnostik nach DSM-IV Kriterien und kann auch als Maßstab für die Einschätzung des Schweregrades einer PTSD verwendet werden[54].

Der PDS Fragebogen besteht aus vier Teilen: Der erste Teil beinhaltet eine Prüfliste über verschiedene Traumata. Teil zwei bezieht sich auf das gravierendste Ereignis. In Teil drei werden die 17 Kriterien der PTSD beurteilt, die nach einer vierfachen

Messskala zu beschreiben sind. Der letzte Teil bezieht sich auf die Wechselwirkungen der Symptome. Die PDS wurde mit Überlebenden verschiedener Traumata validiert und zeigt eine hohe Übereinstimmung ( $\alpha=0.92$ ) und eine gute Test-Retest-Reliabilität ( $\alpha=0.74$ )[55].

In der hier verwendeten Auswahl an Fragebögen wurde für die Studie nur Teil eins verwendet, in dem mit elf Items Traumaerfahrungen der Lebensgeschichte exploriert werden. Diese sollten jeweils mit Ja und Nein beantwortet werden.

Abgefragt werden verschiedene Bereiche:

- Schwere Unfälle
- Naturkatastrophen
- Gewalttätige Angriffe aus dem Familien- und/oder Bekanntenkreis
- Gewalttätige Angriffe durch Fremde
- Sexueller Angriff aus dem Familien- und/oder Bekanntenkreis
- Sexueller Angriff durch Fremde
- Krieg
- Gefangenschaft
- Folter
- Lebensbedrohliche Krankheit
- Anderes traumatisches Ereignis, das selbst beschrieben werden kann

#### 2.3.2.5 Impact of Event Scale – IES (vgl. Anhang 5)

Die deutsche Version der Impact of Event Scale, entwickelt von Horowitz et. al, wird sehr häufig zum Screening der PTSD eingesetzt[56]. Die IES bezieht sich in dieser Studie auf die Traumatisierungen aus der Checkliste des vorangestellten PDS Fragebogens. Sie ist ein Selbsteinschätzungsfragebogen. Das subjektiv am belastendsten empfundene Ereignis soll anhand der Skala auf das Zutreffen ihrer 15 Items innerhalb der letzten Tage untersucht werden.

Die Impact of Event Scale ist zweigeteilt in Phänomene der Intrusion, bestehend aus sieben Items (im ursprünglichen IES Cluster 1), und der Vermeidung, bestehend aus acht Items (im ursprünglichen IES Cluster 2). Belastende Lebensereignisse werden von Menschen tendenziell als intrusiv oder vermeidend erlebt. Berichte darüber

bildeten die Grundlage zur Erstellung der Skala. Folgende Tabelle beschreibt die Intrusion und die Vermeidung im Hinblick darauf, was in den Fragen untersucht wurde:

Intrusion	Vermeiden
Aufdrängen von Gedanken und Bildern	Einengung der Vorstellungskraft, Verdrängung
Beunruhigende Träume, Schlafstörungen	Abgestumpfte Sinnesempfindung
Schmerzvolle Erinnerungen und Gefühlswallungen	Leugnen der Bedeutung und Folgen des Ereignisses
Sich wiederholendes Verhalten	Gehemmttes Verhalten oder kontraphobisches Verhalten
Jede Erinnerung an das Ereignis bringt auch die damaligen Gefühle mit sich	Bewusstsein der Gefühlstaubheit

Tab. 5

Intrusion und Vermeiden beziehen sich jeweils auf ein spezifisches traumatisches Ereignis, das als Stressor agiert.

Das Ziel der Skala ist es, sowohl Einzelergebnisse für die Bereiche Intrusion und Vermeidung zu erhalten, als auch einen gesamten subjektiven Stressscore. Für die 15 Items gibt es je vier Antwortmöglichkeiten, denen Werte von null bis fünf zugeordnet sind: „Überhaupt nicht“ (0), „Selten“ (1), „manchmal“ (3), „oft“ (5). Der Gesamtsummenwert der Skala ergibt sich durch Addition der Einzelwerte.

Ein Gesamtwert zwischen 30 und 60 liegt typischerweise bei Patienten mit einer PTSD vor. Für die Einzelskalen der Intrusion und Vermeidung können Werte > 19 als hoch, zwischen 8,5 und 19 als mittel, und Werte <8,5 als niedrig eingestuft werden[57].

Die Reliabilität der gesamten Skala ist mit 0,86 hoch. Die interne Konsistenz erreicht hohe Werte mit  $\alpha=0,78$  für den Bereich der Intrusion und  $\alpha=0,82$  für den Bereich des Vermeidens. Die Test-Retest-Reliabilität beträgt für den gesamten Fragebogen 0,87[58].

### 2.3.2.6 Dresdner Fragebogen zum Körperbild - DKB-35 (vgl. Anhang 6)

Der Dresdner Körperbildfragebogen (Thiel 2007) ist ein mehrdimensionales Selbsteinschätzungsverfahren, welches das Körperbild erfassen soll. Er wurde entwickelt als eine Dimensionsanalyse der folgenden drei häufigsten in Deutschland eingesetzten Fragebögen zur Erfassung des Körperbildes: Die Frankfurter Körperkonzeptskalen[59], der Fragebogen zur Bewertung des eigenen Körpers[60-61] und der Fragebogen zum Körperbild[62].

Aus den genannten drei Fragebögen wurden sieben Bereiche identifiziert, die die Einstellung zum Körperbild beschreiben. Diese waren: Attraktivität, Vitalität, Sexualität, Körperkontakt, Körperhaltung, Erotik, Aussehen und Wohlbefinden. Für diese Bereiche wurden 89 neue Items formuliert, die auf Basis der psychometrischen Kennwerte der Items und Skalen (Itemschwierigkeit, Itemtrennschärfe und interner Konsistenz der Skala) und auf Basis von Faktorenanalysen untersucht wurden. Man unterschied fünf Komponenten zur Erfassung des Körperbildes:

- Selbstakzeptanz: „Wenn ich etwas an meinem Körper ändern könnte, würde ich es tun.“
- Selbsterhöhung: „Ich setze meinen Körper ein, um Aufmerksamkeit zu erhalten.“
- Vitalität: „Ich bin körperlich fit.“
- Sexualität: „Ich bin mit meinem sexuellen Erleben völlig zufrieden.“
- Körperkontakt: „Ich vermeide es bewusst, andere Menschen zu berühren.“

Der DKB-35 ist anhand dieser Komponenten entstanden und besteht aus 35 Fragen. Für die Einzelitems gibt es jeweils fünf Antwortmöglichkeiten, denen folgende Werte zu geordnet sind: 1 („gar nicht“), 2 („kaum“), 3 („teilweise“), 4 („weitgehend“) und 5 („völlig“). Die Fragen der einzelnen Bereiche werden zusammenaddiert und dann durch die Anzahl ihrer zugehörigen Items geteilt. Fragen, die negativ formuliert sind, sind in den Materialien zur Auswertung angegeben und werden invers einberechnet (5 („gar nicht“), 4 („kaum“), 3 („teilweise“), 2 („weitgehend“) und 1 („völlig“)).

Zur Auswertung der fünf Komponenten soll laut Angaben der Entwickler eine gesunde Normierungsstichprobe (n=100) herangezogen werden, die weder unter



einer chronischen körperlichen Erkrankung oder körperlichen Behinderung leidet noch eine psychische Störung aufweist. Die Mittelwerte der Patienten der eigenen Studie sollen mit denjenigen der gesunden Stichprobe verglichen werden. Wenn der Mittelwert eine Standardabweichung über oder unter dem Mittelwert der normalen Stichprobe liegt, dann können die Werte als klinisch auffällig betrachtet werden[63]. Vor der Erfassung des Körperbilda werden noch offene Fragen zu Alter, Geschlecht, Körpergröße und Gewicht gestellt. Außerdem wird noch die regelmäßige sportliche Aktivität sowie eine eventuelle momentane Diät erfragt. Diese beiden Items sind nominalskaliert und mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten. Vierfach ordinalskaliert ist noch die Frage nach Piercings oder Tätowierungen. Mögliche Antworten sind für beide: „Nein“, „ein/e“, „zwei“ und „mehrere“.

Die Sensitivität des Fragebogens wurde im Jahr 2007 bereits durch Analysen bestätigt[64-65].

Alle bisher beschriebenen Fragebögen werden auch regelhaft bei jedem Erstbesuch in der Psychosomatik ausgefüllt. Deshalb konnten die gleiche Art an Fragebögen, die vom Vergleichskollektiv ausgefüllt wurden, aus dem Archiv geholt und in Daten verarbeitet werden. Diese bildeten die Grundlage bei der Gegenüberstellung mit den Daten des Studienkollektivs.

### **2.3.3 Datenverarbeitung**

Gearbeitet wurde mit den Versionen 16.0-18.0 des Statistikprogramms SPSS Statistics - einer Software für erweiterte statistische Analysen sowie für die Auswertung und Darstellung von Daten. Die obig beschriebenen Fragebögen wurden in Daten und Variablen umkodiert und mittels adäquater Testverfahren mit SPSS analysiert.

Bei der Betrachtung von Daten unterscheidet man zwischen zwei Merkmalstypen: Qualitative Merkmale werden in ordinalskalierte Merkmale, die eine Rangfolge ohne definierten Abstand aufweisen, und nominalskalierte Merkmale eingeteilt, die nur Gleichheit und Ungleichheit voraussetzen wie beispielsweise „Geschlecht“.

Quantitative Merkmale sind hingegen durch Zahlen zu erfassen und sind intervall- oder verhältnisskaliert, wie z.B. das Alter[66].

Je nach Merkmal wurden zur Auswertung der Daten unterschiedliche Tests verwendet. Für nominale Größen wurde für die Unterscheidung zweier Gruppen v.a. die Kreuztabellen und den Chi<sup>2</sup>-Test benutzt. Letzterer war nicht anwendbar, wenn mehr als 20% der Zellen eine erwartete Häufigkeit kleiner fünf hatten. Dann wurde der exakte Test nach Fisher angewendet. Als Darstellungsvariante für nominale Größen wurden v.a. Balken-/Säulendiagramme verwendet.

Quantitative Merkmale wurden zuerst auf ihre Normalverteilung hin untersucht. In dieser Studie wurden zwei unabhängige Stichproben, das Studien- und Vergleichskollektiv, untersucht. Für den Fall einer Normalverteilung wurde mit dem t-Test gearbeitet und Mittelwert und Standardabweichung gebildet. Wenn hingegen die Kollektive nicht normalverteilt waren, wurde der Mann-Whitney-U-Test verwendet. Graphisch wurden die Ergebnisse hauptsächlich in Boxplots dargestellt.

### 3. Ergebnisse

#### 3.1 Beschreibung der Stichprobe

##### 3.1.1 Gewinnung des Studienkollektivs

131 Patienten nahmen im Zeitraum von April 2008 bis April 2009 unentschuldig ihren Ambulanztermin nicht wahr. Dies entspricht einem Anteil von 10% der gesamten Erstvorstellungen im selben Zeitraum (n=1306). Von den säumigen Patienten konnten durch Telefonate 72% erreicht werden (n=94). Von den restlichen 38 Patienten waren entweder keine gültigen Telefonnummern verfügbar oder mehrfache Kontaktversuche über einen Zeitraum von zehn Wochen blieben ohne Erfolg.

##### Rekrutierung des Studienkollektivs

	N	Prozent	Prozente aller telefonisch erreichbaren Patienten
Telefonisch nicht erreicht	37	28,2	
Studienteilnahme abgelehnt	12	9,2	12,8
Termin abgesagt, aber Absage an falscher Stelle oder im Sekretariat nicht dokumentiert	10	7,6	10,6
Aufgrund von Ausschlusskriterien nicht eingeschlossen	9	6,9	9,6
Studienteilnahme zugesagt, aber keine Rücksendung der Fragebögen	30	22,9	31,9
<b>Rücksendung der Fragebögen = Studienkollektiv</b>	33	25,2	35,1
Gesamt	131	100,0	100,0

Tab. 6

Von den Patienten, die telefonisch kontaktiert werden konnten, hatten 13% (n=12) kein Interesse, an der Studie teilzunehmen, 11% (n=10) versicherten glaubhaft, den Ambulanztermin abgesagt zu haben und 10% (n=9) wurden aufgrund der

Ausschlusskriterien nicht in die Auswertung eingeschlossen. Von der Grundgesamtheit der 131 termintreuen Patienten erklärten sich schließlich 67 % (n=63) zur Studienteilnahme bereit. Die Rücksendequote der eingeschlossenen Studienpatienten belief sich auf 52% (n=33). Die Häufigkeiten und Prozente sind aus der vorherigen Tab. 6 zu entnehmen.

Alle telefonisch erreichbaren Patienten wurden zum Grund ihres Versäumnisses befragt. Der Großteil (n= 41; 42%) begründete das Nichterscheinen mit „Vergessen“. Sehr wenige Patienten gaben an, dass sie bewusst nicht anwesend waren (n=4; 4%). Von den 94 telefonisch erreichbaren Patienten gaben 15 an, (angeblich) versucht zu haben, den Termin abzusagen. Die anderen brachten folgende Erklärungen an (vgl. Abb. 1):

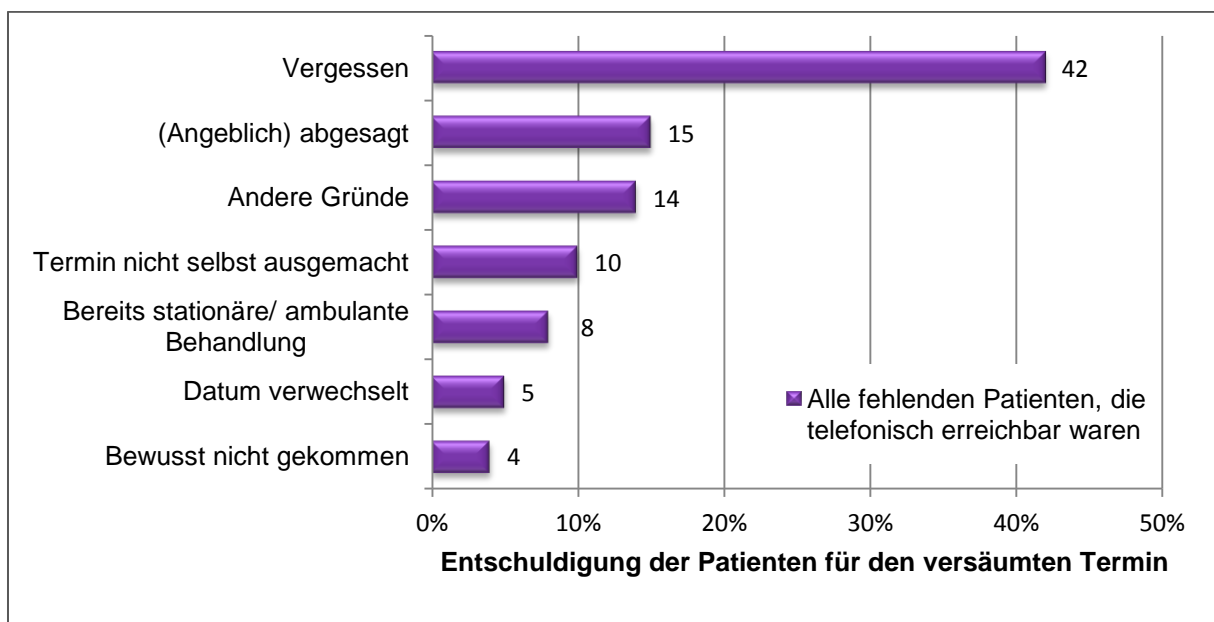


Abb. 1

### 3.1.2 Auswertung der angegebenen Kardinalsymptome

Bei jedem Anruf in der psychosomatischen Ambulanz werden die Patienten nach der Hauptbeschwerde gefragt, aufgrund derer sie einen Ambulanztermin vereinbaren möchten. Manche geben bereits erstellte Diagnosen an, andere körperliche oder psychische Symptome. Die folgende Abbildung zeigt die mitgeteilten Kardinalsymptome bzw. die Gründe für die Termine für das Studienkollektiv (vgl. Abb. 2):

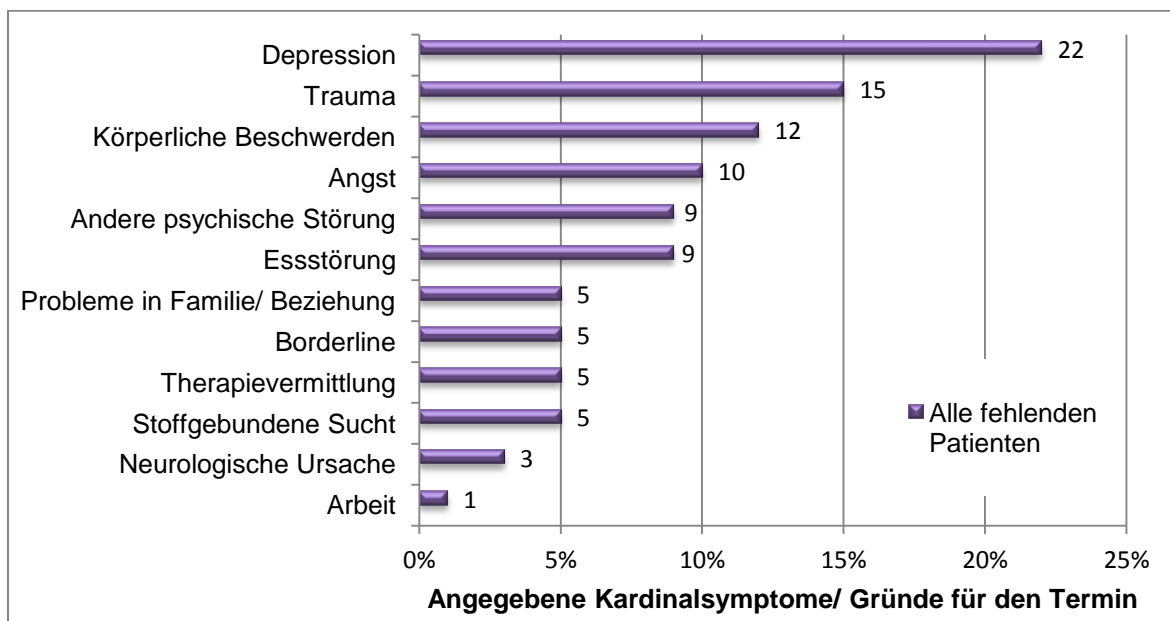


Abb. 2

Das Kollektiv aller terminsäumigen Patienten nannten bei der Vereinbarung des Termins an den ersten drei Stellen die Gründe/Diagnosen „Depression“, „Trauma“ und „körperliche Beschwerden“. Jeweils ca. 10% nahmen noch die Kategorien „Angst“, „andere psychische Störungen“ und „Essstörungen“ ein.

Warum sich die Patienten des terminakuraten Vergleichskollektivs einen Termin vereinbart hatten, war den ausgefüllten Fragebögen aus der Basisdokumentation (PsyBaDo) zu entnehmen. Anhand dieser subjektiven Einschätzung wurde das Kollektiv klassifiziert. Die Patienten beschrieben als Kardinalsymptome vor allem „Depression“, „körperliche Beschwerden“ und „Angst“ in mehr als 20% der Fälle (vgl. Abb. 3).

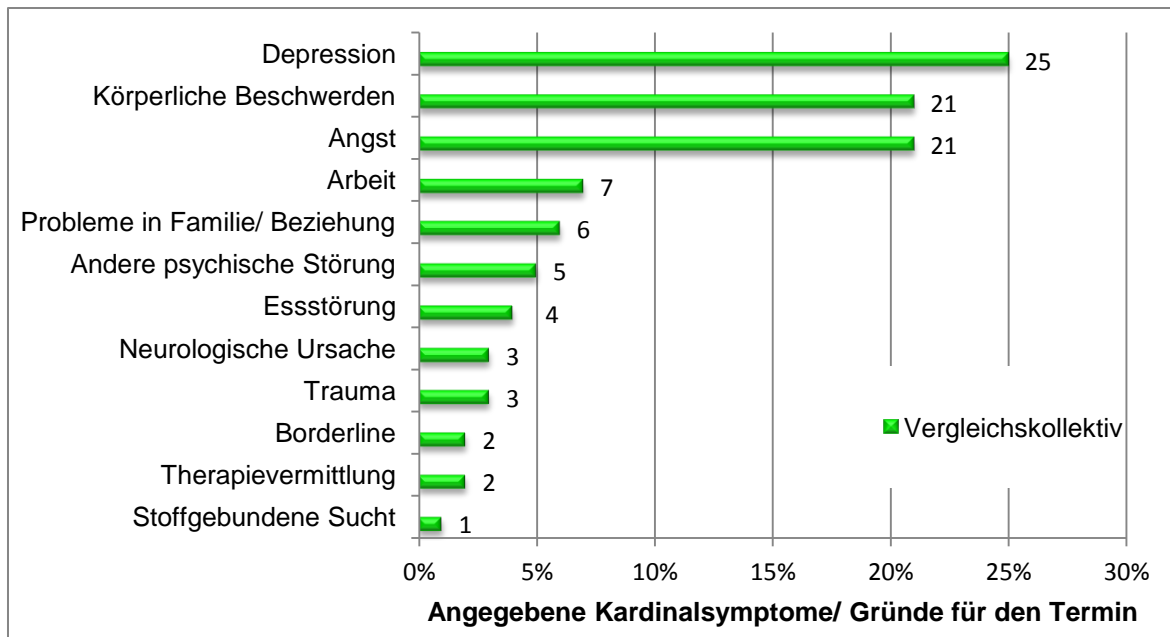


Abb. 3

Der stärkste Unterschied innerhalb der Patientengruppen zeichnet sich bei der Diagnose/Selbsteinschätzung „Trauma“ ab. Von allen 131 fehlenden Patienten gaben 111 Patienten bei der Terminvereinbarung für die Psychosomatik am Telefon ihr Kardinalsymptom an. Für 17 davon (15,3%) war „das Trauma“ der Hauptgrund für den vereinbarten Termin.

Im Vergleichskollektiv (n=209) gaben 184 Patienten bei ihrer Erstvorstellung in der psychosomatischen Ambulanz in der Basisdokumentation ihre Hauptbeschwerde an. Der Anteil an Patienten, die sich primär wegen einer Traumaerfahrung an die Ambulanz gewendet hatten, war mit 6 Patienten (3,26%) bei beinahe doppelter Fallzahl vergleichsweise sehr gering. Weitere Unterschiede in der Rangfolge sind den Diagrammen (Abb. 2 und Abb. 3) zu entnehmen. Sie werden hier nicht ausführlicher untersucht, da es sich bei den niedrigeren Prozentwerten um sehr geringe Anzahl an Fällen handelt.

### 3.1.3 Geschlechtsverteilung

Um die Geschlechtsverteilung zwischen allen fehlenden Patienten und dem Vergleichskollektiv zu untersuchen, wurde eine Kreuztabelle angefertigt und ein Chi<sup>2</sup>-Test durchgeführt. Der p-Wert ist mit 0,38 jedoch nicht wesentlich/signifikant<sup>1</sup>. Die Geschlechtsverteilung ist somit relativ gleich, mit einer etwas höheren Anzahl an Frauen bei den fehlenden Patienten (135 Frauen von 209, im Vergleich zu 91 von 131, vgl. Abb. 4 und Abb. 5):

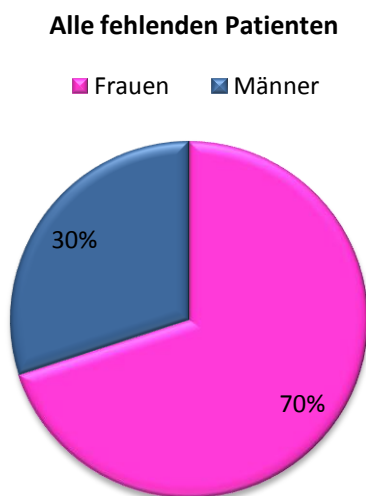


Abb. 4

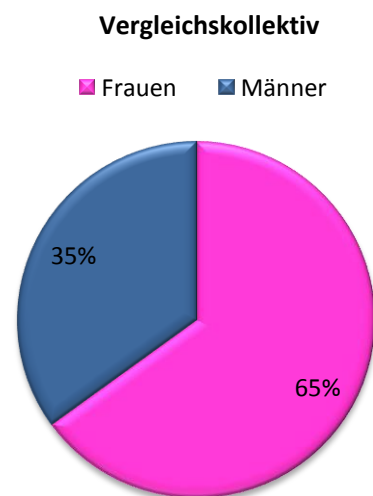


Abb. 5

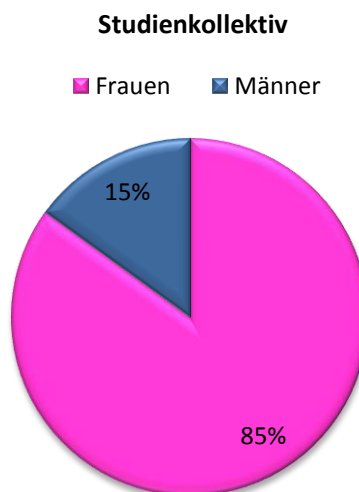


Abb. 6

<sup>1</sup> Statistische Signifikanz definiert als  $p < 0,05$

Als jedoch nur das Studienkollektiv dem Vergleichskollektiv in einer Kreuztabelle gegenübergestellt wurde, dann unterschied sich das Geschlechterverhältnis signifikant im Chi<sup>2</sup>-Test ( $p=0,026$ ). Demzufolge sind in der Studiengruppe, die im Folgenden anhand der Fragebögen mit dem Vergleichskollektiv verglichen wird, deutlich mehr Frauen enthalten (Studienkollektiv 28 Frauen von 33 Teilnehmern) (vgl. Abb. 6). Dies ist vor allem darin begründet, dass Männer zwar eher zugesagt haben, an der Studie teilzunehmen, aber letztendlich doch keine Fragebögen beantwortet und zurückgesendet haben, wohingegen die Frauen ihre Zusage häufiger einhielten. Außerdem waren Männer telefonisch schwerer erreichbar. Weitere Unterschiede sind der Abb. 7 zu entnehmen:

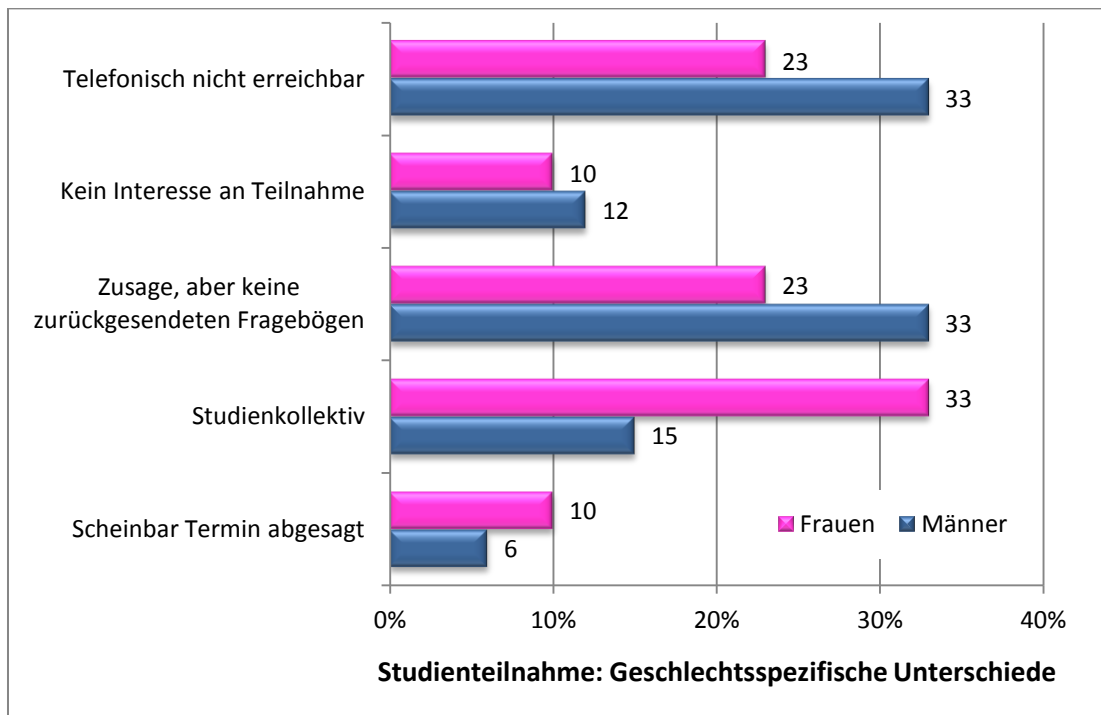


Abb. 7



### 3.2 Auswertung der Daten der Fragebögen

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die ausgewerteten Fragebögen. Es wird nun das Studienkollektiv (n=33), d. h. die terminsäumigen Patienten, die an der Studie teilgenommen haben und die Fragebögen beantwortet haben, mit dem Vergleichskollektiv (n=209) verglichen.

<b>Soziodemographische Daten Basisdokumentation</b>	<b>Studienkollektiv</b>  (n=33)	<b>Vergleichskollektiv</b>  (n=209)	<b>p-Wert</b>
<u>Geschlecht</u>			<b>0,026<sup>a</sup> (1)</b>
Frauen	28 (85,0%)	136 (65,0%)	
Männer	5 (15,0%)	73 (35,0%)	
<u>Alter</u> (Jahre),M (SD)	32,8 (12,50)	39,4 (13,56)	<b>0,005<sup>b</sup></b>
<u>Familienstand</u>			0,678 <sup>a</sup>
Ledig	21 (63,6%)	112 (54,6%)	
Verheiratet	5 (15,2%)	32 (15,6%)	
Geschieden	7 (21,2%)	57 (27,8%)	
Verwitwet	0 ( 0,0%)	4 ( 2,0%)	
<u>Partnersituation</u>			0,406 <sup>a</sup>
Kein fester Partner	14 (43,8%)	83 (41,3%)	
Fester Partner, getrennt lebend	8 (25,0%)	34 (16,9%)	
Fester Partner, zusammen lebend	10 (31,3%)	84 (41,8%)	
<u>Kinder</u> (Anzahl), M (SD)	0,6 (0,86)	0,7 (1,08)	0,724 <sup>b</sup>
<u>Ausbildung</u>			<b>0,038<sup>a</sup></b>
Volks-/Hauptschule	6 (18,2%)	9 ( 4,4%)	
Volks-/Hauptschule und abgeschlossene Lehre	4 (12,1%)	28 (13,7%)	
Realschulabschluss/Mittlere Reife	10 (30,3%)	54 (26,5%)	
Abitur, Fach-/Hochschulreife	7 (21,2%)	56 (27,5%)	
Abgeschlossenes Studium	6 (18,2%)	57 (27,9%)	

<u>Beschäftigung</u>			<b>0,007<sup>a</sup></b>
Vollzeit > 36 Std./Woche	5 (15,2%)	66 (32,2%)	
Teilzeit < 36 Std./Woche	2 ( 6,1%)	27 (13,2%)	
Arbeitslos/-suchend	11 (33,3%)	27 (13,2%)	
Rentner/in	3 ( 9,1%)	18 ( 8,8%)	
Hausfrau/ -mann	3 ( 9,1%)	16 ( 7,8%)	
In Ausbildung (Schule, Studium)	8 (24,2%)	23 (11,2%)	
Sonstiges	1 ( 3,0%)	28 (13,7%)	
<u>Falls derzeit arbeitslos</u>			<b>0,014<sup>b</sup></b>
Anzahl der „Ja“ Antworten seit (Wochen), M (SD)	10 (30,3%) 35,5 (101,55)	28 (13,4%) 9,8 (34,59)	
<u>Derzeit krankgeschrieben</u>			0,128 <sup>b</sup>
Anzahl der „Ja“ Antworten seit (Wochen), M (SD)	3 ( 9,1%) 0,8 ( 2,39)	44 (21,1%) 3,0 (10,60)	
<u>Laufendes Rentenverfahren</u>			0,233 <sup>c</sup>
Nein	31 (93,9%)	200 (97,0%)	
Antrag gestellt	1 ( 3,0%)	1 ( 0,5%)	
Rentenstreit/Sozialgerichtsverfahren	0 ( 0,0%)	3 ( 1,5%)	
Zeitrente	1 ( 3,0%)	2 ( 1,0%)	
<b>Vorbehandlungen</b>	<b>Studienkollektiv</b>	<b>Vergleichskollektiv</b>	<b>p-Wert</b>
	(n=33)	(n=209)	
<u>Stationäre psychosomatische Vorbehandlung</u>			<b>0,010<sup>b</sup></b>
Anzahl der „Ja“ Antworten Dauer (Monate), M (SD)	14 (42,4%) 1,8 ( 3,54)	47 (22,5%) 0,7 ( 2,24)	
<u>Ambulante psychotherapeutische Behandlung</u>			0,333 <sup>c</sup>
Nein	10 (30,3%)	92 (45,1%)	
Ja, früher	17 (51,3%)	82 (40,2%)	
Ja, zur Zeit	3 ( 9,1%)	19 ( 9,3%)	
Früher und zur Zeit	3 ( 9,1%)	11 ( 5,4%)	

<u>Stationäre psychiatrische Vorbehandlung</u>			0,231 <sup>b</sup>
Anzahl der „Ja“ Antworten	8 (24,2%)	35 (16,7%)	
Dauer (Monate), M (SD)	2,2 ( 5,53)	0,9 ( 3,55)	
<u>Ambulante psychiatrische Behandlung</u>			0,083 <sup>c</sup>
Nein	20 (60,6%)	149 (75,3%)	
Ja, früher	5 (15,2%)	30 (13,2%)	
Ja, zur Zeit	5 (15,2%)	12 ( 6,1%)	
Früher und zur Zeit	3 ( 9,1%)	7 ( 3,3%)	

Tab. 7

M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, <sup>a</sup> = Chi<sup>2</sup>-Test, <sup>b</sup> = Mann-Whitney-U-Test, <sup>c</sup> = Exakter Test nach Fisher, **p** (fett) =  $p < 0,05$

(1): der signifikante Unterschied im Geschlechtsverhältnis entstand aufgrund des Frauenüberschusses im Studienkollektiv. Wenn man alle fehlenden Patienten betrachtet, ist die Geschlechtsverteilung nahezu gleich.

<b>Psychometrische Testverfahren</b>	<b>Studienkollektiv</b>	<b>Vergleichskollektiv</b>	<b>p-Wert</b>
<b>PHQ</b>	(n=33)	(n=209)	
<u>PHQ-15</u>			
M (SD)	10,9 ( 5,06)	11,6 ( 6,16)	0,745 <sup>b</sup>
<u>PHQ-9</u>			
M (SD)	12,8 ( 6,45)	13,1 ( 6,30)	0,781 <sup>b</sup>
<u>PHQ-Panik</u>			0,341 <sup>a</sup>
Nein	24 (72,7%)	164 (79,9%)	
Ja	9 (27,3%)	41 (19,1%)	
<u>PHQ-Generalisierte Angst</u>			
M (SD)	10,7 ( 3,41)	10,8 ( 5,53)	0,980 <sup>b</sup>

Tab. 8

M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, <sup>a</sup> = Chi<sup>2</sup>-Test, <sup>b</sup> = Mann-Whitney-U-Test, <sup>c</sup> = Exakter Test nach Fisher, **p** (fett) =  $p < 0,05$

Psychometrische Testverfahren	Studienkollektiv	Vergleichskollektiv	p-Wert
DESTAX, PDS, IES	(n=33)	(n=209)	
<b><u>DESTAX</u></b>			
DESTAX Index Score, M (SD)	7,4 (12,69)	5,8 (10,47)	0,126 <sup>b</sup>
<b><u>PDS</u></b>			
<u>PDS Gesamt/Summenwert</u> , M (SD)	1,9 ( 1,75)	1,3 ( 1,42)	<b>0,035</b> <sup>b</sup>
<u>PDS schwerer Unfall, Feuer...</u>			0,909 <sup>a</sup>
Nein	23 (69,7%)	147 (70,7%)	
Ja	10 (30,3%)	61 (29,3%)	
<u>PDS Naturkatastrophe</u>			0,700 <sup>c</sup>
Nein	32 (97,0%)	196 (93,8%)	
Ja	1 ( 3,0%)	13 ( 6,2%)	
<u>PDS gewalttätiger Angriff Familie/ Bekanntenkreis</u>			<b>&lt;0,001</b> <sup>a</sup>
Nein	18 (54,4%)	173 (82,8%)	
Ja	15 (45,5%)	36 (17,2%)	
<u>PDS gewalttätiger Angriff Fremde</u>			0,149 <sup>a</sup>
Nein	24 (72,7%)	173 (83,2%)	
Ja	9 (27,3%)	35 (16,8%)	
<u>PDS sexueller Angriff Familie/ Bekanntenkreis</u>			<b>0,040</b> <sup>a</sup>
Nein	24 (72,7%)	180 (86,6%)	
Ja	9 (27,3%)	29 (13,4%)	
<u>PDS sexueller Angriff Fremde</u>			<b>0,049</b> <sup>a</sup>
Nein	24 (72,7%)	180 (86,1%)	
Ja	9 (27,3%)	29 (13,9%)	
<u>PDS Krieg, Kampfeinsatz</u>			0,603 <sup>c</sup>
Nein	33 (100 %)	201 (96,2%)	
Ja	0 ( 0%)	8 ( 3,8%)	
<u>PDS Gefangenschaft</u>			0,354 <sup>c</sup>
Nein	31 (93,9%)	202 (96,7%)	
Ja	2 ( 6,1%)	7 ( 3,3%)	
<u>PDS Folter</u>			0,523 <sup>c</sup>
Nein	32 (97,0%)	205 (98,1%)	
Ja	1 ( 3,0%)	4 ( 1,9%)	

<u>PDS lebensbedrohliche Krankheit</u>			0,938 <sup>a</sup>
Nein	27 (81,8%)	169 (81,3%)	
Ja	6 (18,2%)	39 (18,8%)	
<u>PDS anderes traumat. Ereignis</u>			0,874 <sup>a</sup>
Nein	19 (57,6%)	115 (56,1%)	
Ja	14 (42,4%)	90 (43,9%)	
<b>IES</b>			
IES Intrusion, M (SD)	16,0 (11,96)	18,8 (10,96)	0,400 <sup>b</sup>
IES Vermeiden, M (SD)	16,6 (12,24)	14,7 (11,17)	0,513 <sup>b</sup>
IES Gesamt, M (SD)	33,5 (23,36)	34,5 (20,46)	0,593 <sup>b</sup>

Tab. 9

M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, <sup>a</sup> = Chi<sup>2</sup>-Test, <sup>b</sup> = Mann-Whitney-U-Test, <sup>c</sup> = Exakter Test nach Fisher, **p** (fett) = p < 0,05

Psychometrische Testverfahren	Studienkollektiv	Vergleichskollektiv	p-Wert
<b>DKB-35</b>	(n=33)	(n=209)	
Körpergröße (cm), M (SD)	168,5 ( 9,40)	172,0 ( 9,04)	<b>0,023</b> <sup>b</sup>
Gewicht (kg), M (SD)	71,3 (21,99)	70,0 (15,35)	0,740 <sup>b</sup>
BMI (kg/m <sup>2</sup> ), M (SD)	25,2 ( 7,96)	23,5 ( 4,27)	0,534 <sup>b</sup>
<u>Regelmäßig Sport</u>			<b>0,044</b> <sup>a</sup>
Nein	26 (78,8%)	113 (60,4%)	
Ja	7 (21,2%)	74 (39,6%)	
<u>Momentane Diät</u>			0,414 <sup>a</sup>
Nein	26 (78,8%)	158 (84,5%)	
Ja	7 (21,2%)	29 (15,5%)	
<u>Tätowierung</u>			<b>0,006</b> <sup>c</sup>
Nein	23 (69,7%)	162 (86,6%)	
Ja, eine	4 (12,1%)	17 ( 9,1%)	
Ja, zwei	2 ( 6,1%)	6 ( 3,2%)	
Ja, mehrere	4 (12,1%)	( 1,1%)	

<u>Piercing</u>				
Nein	23 (69,7%)	164 (87,7%)	<b>0,034<sup>c</sup></b>	
Ja, einen	6 (18,2%)	14 ( 7,3%)		
Ja, zwei	1 ( 3,0%)	2 ( 1,1%)		
Ja, mehrere	3 ( 9,1%)	7 ( 3,7%)		
DKB Vitalität, M (SD)	2,6 ( 0,83)	2,7 ( 0,97)	0,676 <sup>b</sup>	
DKB Selbstakzeptanz, M (SD)	2,9 ( 1,00)	3,2 ( 0,91)	0,116 <sup>b</sup>	
DKB Sexualität, M (SD)	2,9 ( 1,01)	3,1 ( 1,20)	0,520 <sup>b</sup>	
DKB Selbsterhöhung, M (SD)	2,6 ( 0,67)	2,6 ( 0,74)	0,801 <sup>b</sup>	
DKB Körperkontakt, M (SD)	3,5 ( 0,79)	3,5 ( 0,95)	0,650 <sup>b</sup>	

Tab. 10

M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, <sup>a</sup> = Chi<sup>2</sup>-Test, <sup>b</sup> = Mann-Whitney-U-Test, <sup>c</sup> = Exakter Test nach Fisher, **p** (fett) = p < 0,05, BMI = Body-Mass-Index

Die Tabellen 7 bis 10 werden im Folgenden ausführlicher beschrieben:

### 3.3.1 Auswertung der Basisdokumentation – vgl. Tab. 7

Um die soziodemographischen Strukturen der beiden Kollektive zu vergleichen, wurde die Basisdokumentation verwendet. Das Studienkollektiv der säumigen Patienten ist mit einem Durchschnittsalter von 33 Jahren jünger als das Vergleichskollektiv mit durchschnittlich 39 Jahren. Da das Studienkollektiv im Gegensatz zur Vergleichsgruppe bzgl. des Alters nicht normalverteilt ist, wurde für den Altersvergleich ein nichtparametrisches Verfahren für unverbundene Stichproben zur Berechnung verwendet. Der Mann-Whitney-U-Test ergab einen signifikanten Unterschied mit p=0,005. Es verpassen also verglichen mit der Vergleichsgruppe eher jüngere Menschen ihre Termine in der psychosomatischen Ambulanz.

Ebenso gibt es in Kombination mit der Geschlechtsverteilung Unterschiede: Frauen vereinbaren im Unterschied zu Männern schon in jüngeren Jahren Termine in der psychosomatischen Ambulanz (vgl. Abb. 8).

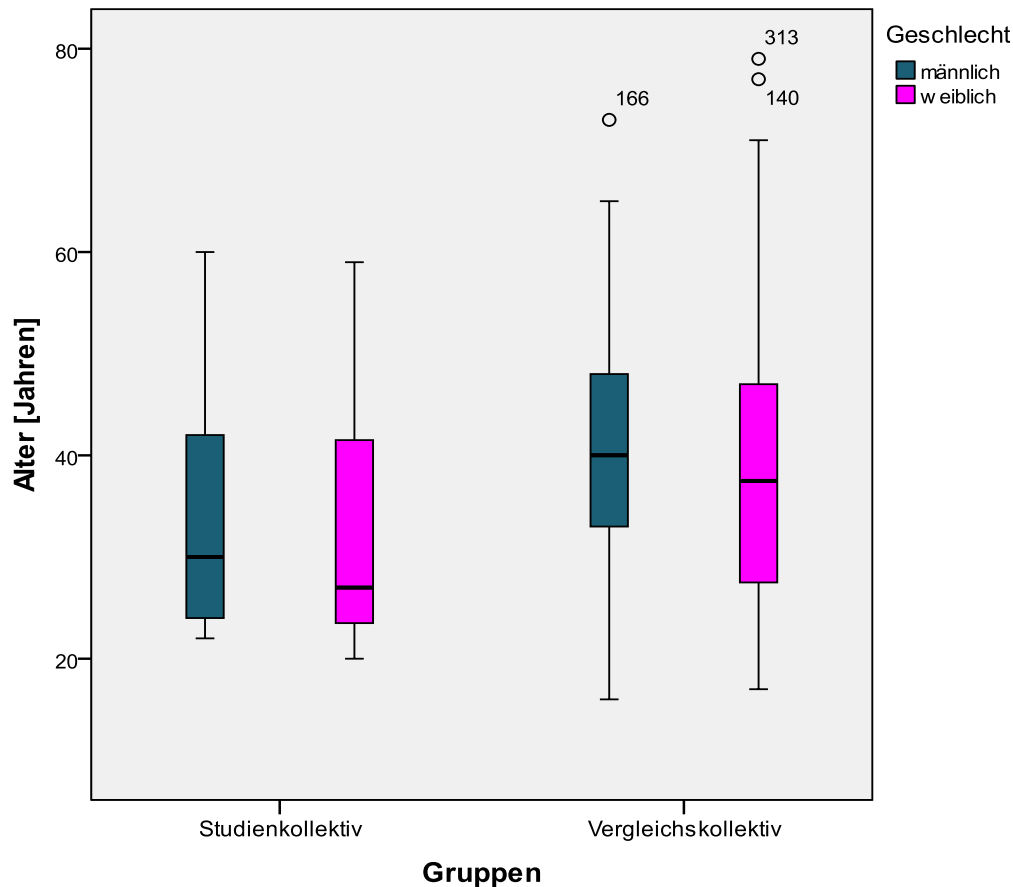


Abb. 8

Bezüglich des Familienstandes lassen sich die Kollektive folgendermaßen beschreiben: Das Kollektiv der terminsäumigen Patienten ist etwas häufiger ledig, während das Vergleichskollektiv etwas öfter verheiratet ist. Der Familienstand des Studienkollektivs unterscheidet sich jedoch nicht wesentlich von dem des Vergleichskollektivs. Dies wurde mit dem Chi<sup>2</sup>-Test berechnet ( $p=0,683$ ). Kleinere Unterschiede der beiden Kollektive sind Tab. 7 zu entnehmen.

Beide Kollektive haben in etwas mehr als der Hälfte der Fälle einen festen Partner. Bei der statistischen Berechnung der Frage zur Partnersituation waren mit dem Chi<sup>2</sup>-Test keine signifikanten Unterschiede zu verzeichnen ( $p=0,413$ ). Von denjenigen Patienten jedoch, die einen festen Partner haben (Studienkollektiv 56%, Vergleichskollektiv 59%), sind die Patienten des Studienkollektivs eher als von ihren Partnern getrennt lebend gekennzeichnet (45% vs. 29% im Vergleichskollektiv) (siehe Abb. 9).

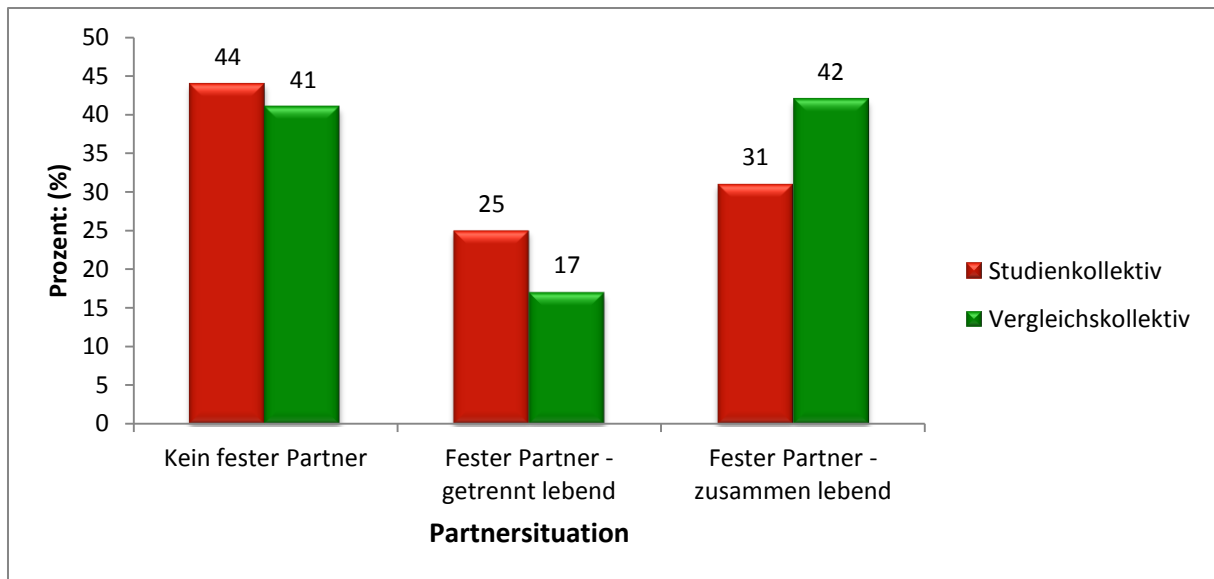


Abb. 9

Die Auswertung der Anzahl der Kinder lässt sich wie folgt beschreiben: Da die Kinderzahl im Studienkollektiv nicht normalverteilt war, ließ sich der Unterschied der beiden Gruppen durch den Mann-Whitney-U-Test berechnen. Es konnte aber mit  $p=0,724$  kein wesentlicher Unterschied aufgezeigt werden. Beide Kollektive haben im Mittel ein Kind. Genauere Werte sind folgender Tabelle zu entnehmen:

#### Kinderzahl

Gruppen	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
<b>Studienkollektiv</b>	33	0,6	0,86	0	3
<b>Vergleichskollektiv</b>	205	0,7	1,08	0	6

Tab. 11

Für den Bereich der Ausbildung gab es Unterschiede innerhalb der beiden Kollektive: Das Studienkollektiv hat im Allgemeinen einen niedrigeren Bildungsstand als das Vergleichskollektiv. Der Unterschied ist mit  $p=0,038$  im Chi<sup>2</sup>-Test signifikant (vgl. Abb. 10).



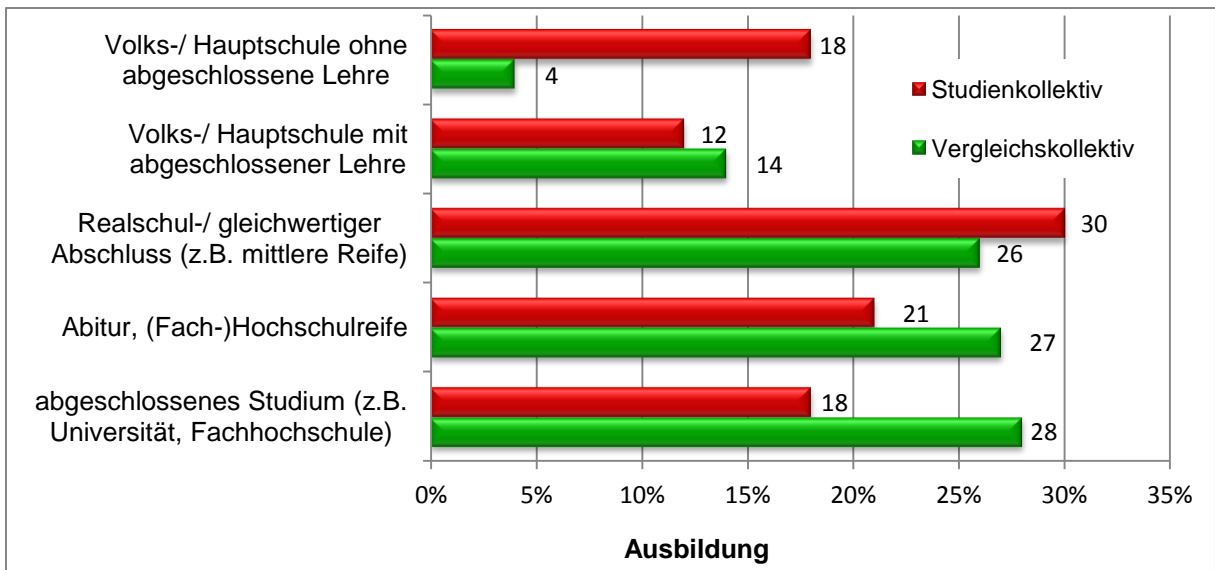


Abb. 10

Auch das Beschäftigungsverhältnis der beiden Kollektive unterscheidet sich signifikant voneinander. Für die Berechnung wurde der exakte Test nach Fisher verwendet. Die exakte Signifikanz beträgt  $p=0,007$ . In Abb. 11 sind die unterschiedlichen Beschäftigungsbereiche aufgeführt. Auffallend ist hier der große Unterschied im Erwerbsverhältnis. Die Patienten im Studienkollektiv sind wesentlich seltener erwerbstätig, häufiger in Ausbildung und arbeitssuchend bzw. arbeitslos.

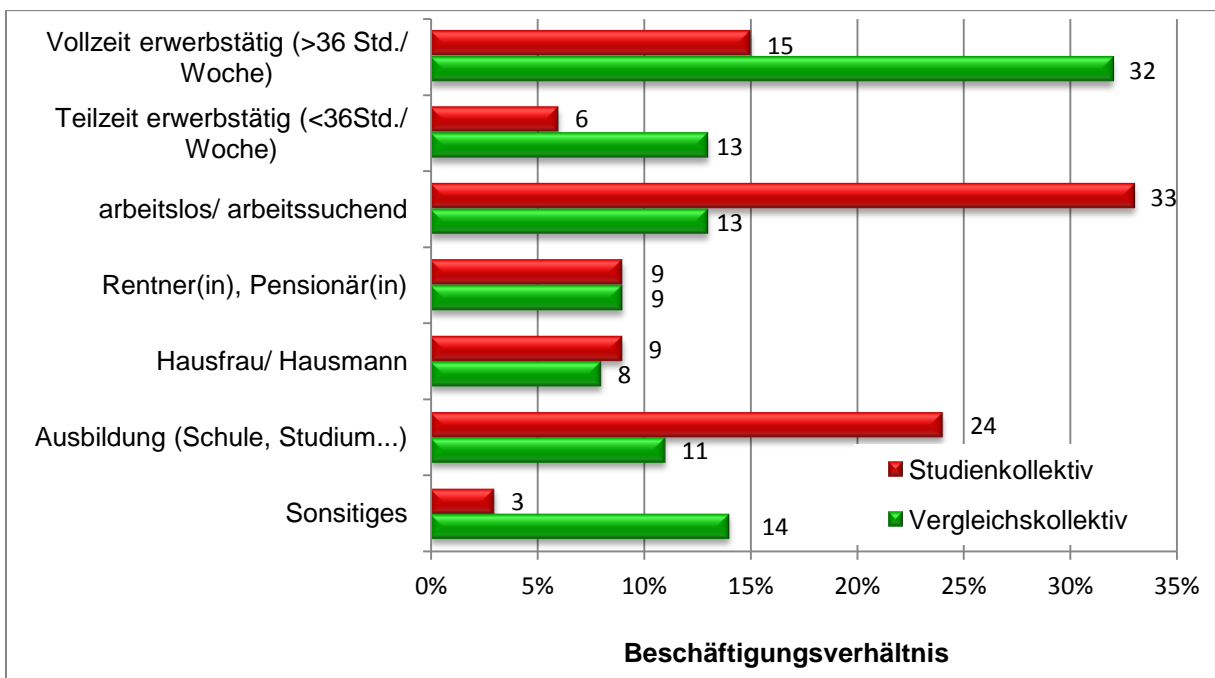


Abb. 11

Bei isolierter Betrachtung der Arbeitslosigkeit im Studienkollektiv ergab sich mit dem Mann-Whitney-U-Test ein signifikanter Unterschied mit  $p=0,014$ . Der Mittelwert der Arbeitslosigkeit in Wochen beträgt für das Studienkollektiv 35 Wochen mit einer Standardabweichung von 102 Wochen. Das Vergleichskollektiv hingegen ist mit 10 Wochen im Schnitt signifikant kürzer arbeitslos, mit einer Standardabweichung von 34,6 Wochen.

In der aktuellen Krankschreibung unterscheiden sich die beiden Kollektive nicht wesentlich ( $p=0,128$ , Mann-Whitney-U-Test). Das Studienkollektiv war im Mittel seit 0,7 Wochen krankgeschrieben, mit einer Standardabweichung von 2,4 Wochen. Das Vergleichskollektiv war im Schnitt mit 3 Wochen etwas häufiger krankgeschrieben, auch die Standardabweichung ist mit 10,6 Wochen größer. Die genaue Anzahl an Patienten innerhalb der Kollektive, die arbeitslos oder krankgeschrieben waren, sind aus Tab. 7 zu entnehmen.

Ein laufendes Rentenverfahren war in beiden Kollektiven in über 90% der Fälle nicht zu verzeichnen (Tab. 7).

Bezüglich der psychosomatischen Vorbehandlungen werden weitere Unterschiede innerhalb der beiden Kollektive deutlich: Das Studienkollektiv hatte in seiner Vorgeschichte deutlich mehr Krankenhausaufenthalte in der Psychosomatik aufzuweisen. Nach dem Mann-Whitney-U-Test unterscheiden sich die beiden Kollektive signifikant voneinander mit  $p=0,010$ . Die terminsäumigen Patienten haben somit eher Erfahrung mit stationären psychosomatischen Vorbehandlungen.

Auch die psychiatrischen stationären Aufenthalte sind für das Studienkollektiv im Mittel mit zwei Monaten höher als beim Vergleichskollektiv mit einem Monat. Dies ist jedoch nach Berechnung mit dem Mann-Whitney-U-Test nicht wesentlich ( $p=0,231$ ).

Weitere Unterschiede sind Tab. 12 zu entnehmen:

	stationäre psychosomatische Behandlung (Monate)				stationäre psychiatrische Behandlung (Monate)			
	Mittelwert	SD	Maximum	Minimum	Mittelwert	SD	Maximum	Minimum
<b>Studienkollektiv</b>	1,8	3,54	14,0	0,0	2,2	5,53	24,0	0,0
<b>Vergleichskollektiv</b>	0,7	2,24	20,0	0,0	0,9	3,55	24,0	0,0

Tab. 12

SD = Standardabweichung

In der Kategorie ambulante psychotherapeutische Vorbehandlungen unterscheiden sich die beiden Kollektive mit  $p=0,333$  nicht signifikant (exakter Test nach Fisher). Das Studienkollektiv hatte jedoch tendenziell „früher“ und „früher und zur Zeit“ mehr Psychotherapie (Abb. 12).

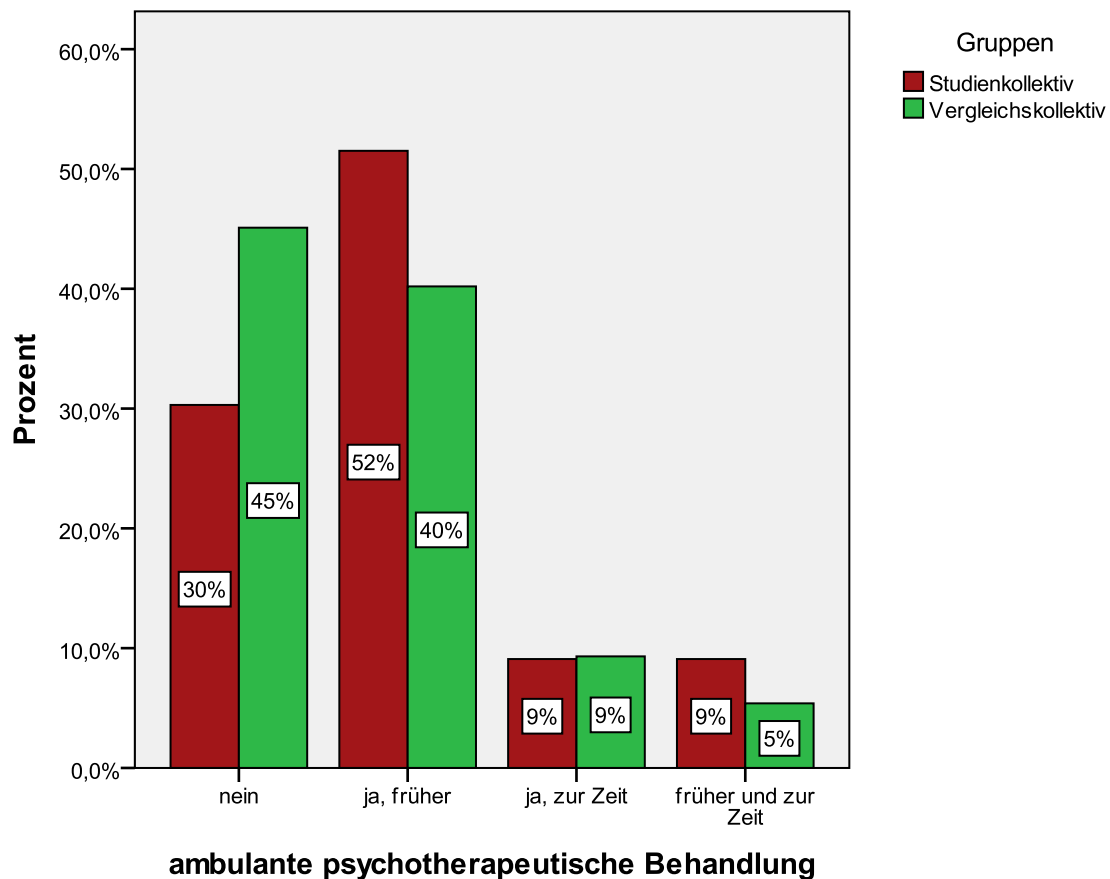


Abb. 12

Für die ambulanten psychiatrischen Vorbehandlungen gibt es nach dem exakten Test nach Fisher ebenso keine wesentlichen Unterschiede ( $p=0,083$ ). Dennoch haben die terminsäumigen Patienten für die Items „zur Zeit“ und „zur Zeit und früher“ eine höhere Rate an Vorbehandlungen (Abb. 13). Die Häufigkeiten bzgl. der Antwortmöglichkeiten sind aus Tab. 7 zu entnehmen.

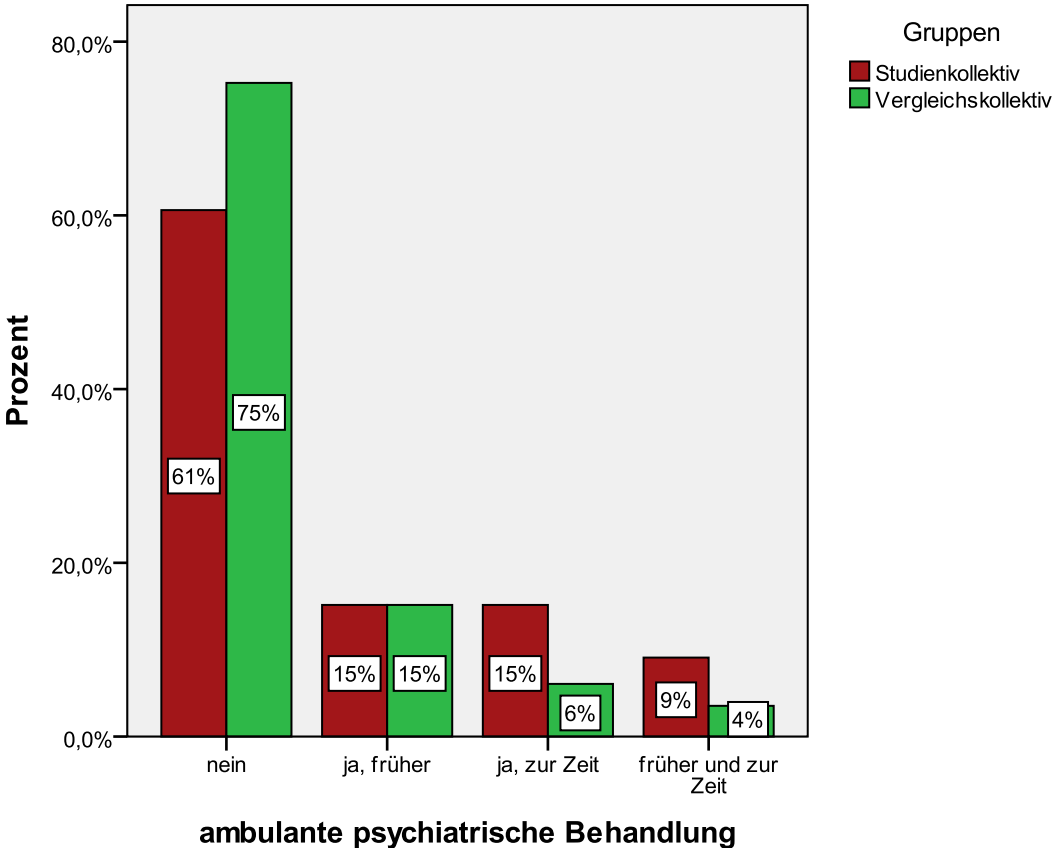


Abb. 13

### 3.3.2 Auswertung des PHQ – D - vgl. Tab. 8

Im Studienkollektiv sind 11 von 33 (33,3%) Patienten laut ihrer Antworten in den Fragebögen von einem somatoformen Syndrom beeinträchtigt, sofern es keine organische Ursache dafür gibt. Im Vergleichskollektiv sind es 70 von 208 Patienten, ein Anteil von 33,6%, der nur geringfügig höher ist. Der Unterschied ist mit  $p=0,932$  im Chi<sup>2</sup>-Test nicht wesentlich.

Die somatische Beeinträchtigung der beiden Kollektive, berechnet anhand des PHQ-15, ist nahezu gleich. Das Vergleichskollektiv ist im Mittel nur unerheblich stärker beeinträchtigt. Weitere Werte sind aus Tab. 13 zu entnehmen:

#### Skalensummenwert „somatische Symptome“ – alle Patienten

PHQ15 maximal 30 Punkte

Gruppen	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
<b>Studienkollektiv</b>	33	10,9	5,06	0,0	22,0
<b>Vergleichskollektiv</b>	209	11,6	6,16	0,0	29,0

Tab. 13

Anhand der Kriterien für die Berechnung des Depressionsscores haben im Studienkollektiv laut Fragebögen 42% der Patienten eine Major Depression (14 von 33 Patienten). Im Vergleichskollektiv sind es mit 47% etwas mehr (98 von 209 Patienten).

Die Patienten, die unter keiner Major Depression leiden, aber dennoch in die Kategorie leichter depressiver Syndrome fallen nehmen 9% des Studienkollektivs (3 von 33 Patienten) und 13,4% des Vergleichskollektivs ein (28 von 209 Patienten). Der Unterschied ist jedoch nach dem Mann-Whitney-U-Test mit  $p=0,223$  nicht signifikant.

Allgemein wurde aber in beiden Kollektiven bei mehr als der Hälfte der Patienten eine mindestens leichte Depression ermittelt, in den meisten Fällen sogar eine schwere Depression.

Wie stark die beiden Kollektive allgemein von depressiver Symptomatik betroffen sind, lässt sich an ihrem Skalensummenwert – PHQ-9 ablesen (Tab. 14):

### Skalensummenwert „Depressivität“ – alle Patienten

PHQ9 max. 27 Punkte

Gruppen	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
<b>Studienkollektiv</b>	33	12,8	6,45	1,0	25,0
<b>Vergleichskollektiv</b>	209	13,1	6,31	0,0	26,0

Tab. 14

Die beiden Kollektive haben beinahe gleichverteilte Werte, das Vergleichskollektiv zeichnet den minimal höheren PHQ-9 auf. Beide Kollektive weisen anhand ihres Punktwerts eine Major Depression mittleren Ausmaßes auf Syndromebene auf. Eine signifikante Unterscheidung der Patienten ist hier mit  $p=0,781$  nach dem Chi<sup>2</sup>-Test nicht möglich. In beiden Kollektiven scheinen sich schwer depressive Patienten zu befinden, da mit Maximalpunktwerten von 25/26 von einer Major Depression schwersten Ausmaßes auszugehen ist.

Nach der Berechnung der Fragen 3 und 4 hat das Studienkollektiv in 27% der Fälle ein Paniksyndrom (9 von 33 Patienten), das Vergleichskollektiv nur in 19% (41 von 209 Patienten). Die mittlere Gesamtsummenzahl des Panikscores ist relativ gleichverteilt, wenn man die Fälle betrachtet, die die Kriterien für ein Paniksyndrom erfüllen (vgl. Tab. 15). Der Unterschied der Patienten innerhalb der Kollektive mit einem Paniksyndrom ist aber nach dem Mann-Whitney-U-Test berechnet nicht wesentlich ( $p=0,623$ ).

### Skalensummenwert „Panik“ – Kollektiv Paniksyndrom

PHQ Panik max. 15 Punkte (Minimum hier 8, da Grundvoraussetzung für Paniksyndrom)

Gruppen	Mittelwert	N	Standardabweichung	Minimum	Maximum
<b>Studienkollektiv</b>	11,0	9	2,69	8,0	15,0
<b>Vergleichskollektiv</b>	11,4	41	2,16	8,0	15,0

Tab. 15

Der Vergleich aller Patienten ist in Bezug auf den Paniksummenwert nicht sinnvoll, weil einige Patienten die Fragebögen bezüglich dieses Punktes falsch ausgefüllt haben. So befolgten beispielsweise einige nicht die Anweisung, diese Fragen zu

überspringen, falls in den letzten vier Wochen keine Angstattacke stattfand. Die Miteinberechnung der falsch ausgefüllten Items hätte die Durchschnittswerte des Panikscores deutlich verfälscht. Deshalb wurde kein Skalensummenwert für alle Patienten gebildet.

Wenn man Frage 5 zu anderen Angststörungen betrachtet, lässt sich feststellen, dass Angststörungen beim Studienkollektiv in 49% (16 von 33 Patienten) etwas häufiger vorliegen als beim Vergleichskollektiv in 45% (94 von 209 Patienten). Einen wesentlichen Unterschied für die Anzahl der Betroffenen gibt es allerdings nach der Analyse mit dem Mann-Whitney-U-Test nicht ( $p=0,243$ ).

Wenn man alle Patienten bezüglich ihres Skalensummenwerts vergleicht, dann sind die beiden Kollektive beinahe exakt gleichverteilt in Mittelwert und Standardabweichung (Tab. 16). Auch rechnerisch konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden ( $p= 0,980$ ).

#### Skalensummenwert „anderes Angstsyndrom“ – alle Patienten

PHQ anderes Angstsyndrom (mindestens 0 und maximal 21)

Gruppen	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
<b>Studienkollektiv</b>	33	10,7	5,41	1,0	21,0
<b>Vergleichskollektiv</b>	209	10,8	5,56	0,0	21,0

Tab. 16

Zusammenfassend lässt sich eine Tendenz dahingehend aufzeigen, dass im Studienkollektiv etwas häufiger Patienten mit Angst oder Panikstörungen zu verzeichnen sind, die jedoch im Mittel nicht stärker beeinträchtigt sind als das Vergleichskollektiv.

### 3.3.3 Auswertung des DESTAX – vgl. Tab. 9

Um die dissoziativen Symptome auszuwerten, dient der DESTAX Index Score:

#### Skalensummenwert „DESTAX Index Score“ – alle Patienten

DESTAX Index Score (mindestens 0, maximal 100)

Gruppen	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
<b>Studienkollektiv</b>	33	7,4	12,7	0,0	66,5
<b>Vergleichskollektiv</b>	209	5,8	10,5	0,0	58,8

Tab. 17

Das Studienkollektiv hat mit einem DESTAX Index Score von 7,4 pro Frage einen höheren Durchschnittswert als das Vergleichskollektiv mit 5,8. Auch das Maximum ist bei den terminsäumigen Patienten höher. Der Unterschied in beiden Kollektiven für den Gesamtwert ist aber mit dem Mann-Whitney-U-Test mit  $p=0,126$  nicht signifikant. Allgemein ist der DESTAX Index Score für beide Kollektive relativ niedrig, da beide Mittelwerte an null „nie“ grenzen.

Wenn man nur die Patienten herausfiltert, die einen auffälligen DESTAX mit  $>20$  als mittleren Wert für jede Frage aufweisen, erhält man folgendes Ergebnis: Anteilsmäßig sind es in beiden Kollektiven nur 9% der Gesamtgruppen: Im Studienkollektiv 3 von 33 Patienten und im Vergleichskollektiv 19 von 209 Patienten. Inwiefern die Kollektive die verschiedenen Fragen des DESTAX unterschiedlich beantwortet haben, ist aus Abb. 14 zu entnehmen: Das Erleben von Depersonalisation (3 Items) wird im Studienkollektiv verstärkt angegeben. Auch halluzinatorische Stimmen (1 Item) sind im Studienkollektiv im Mittel mit höheren Werten vergesellschaftet.

Die Fehlerbalken der Abbildung beschreiben das Konfidenzintervall (CI), in dem sich 95% der Antwortmöglichkeiten befinden. Ein signifikanter Unterschied mit dem Mann-Whitney-U-Test ist nur für das Item „Depersonalisation“ mit  $p=0,021$  zu berechnen, d.h. Patienten aus dem Studienkollektiv sind davon etwas stärker betroffen, als das Vergleichskollektiv (hellblauer Fehlerbalken; man handle in vergleichbaren Situationen so verschieden, dass man das Gefühl hat, zwei unterschiedliche Personen zu sein, vgl. DESTAX Frage 7 (Anhang 3).



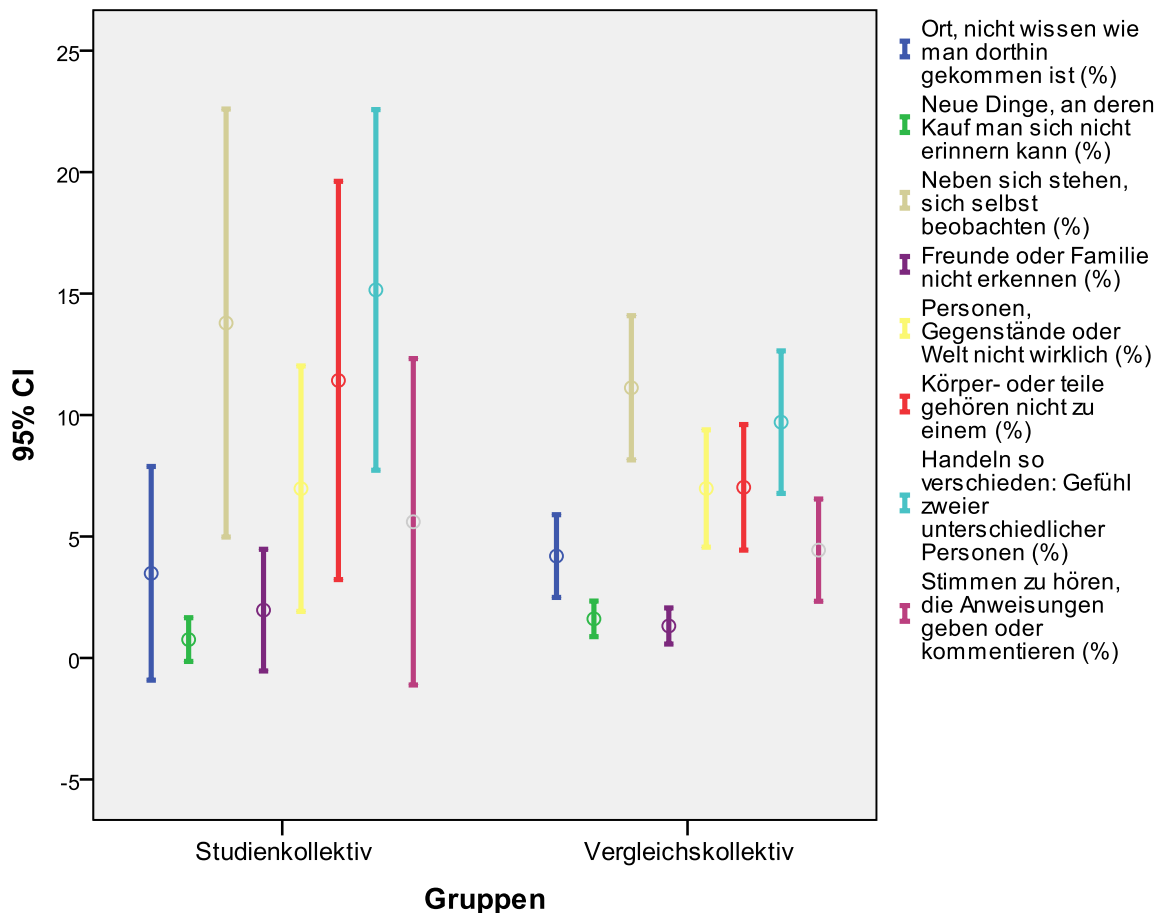


Abb. 14

### 3.3.4 Auswertung der PDS – vgl. Tab. 9

Um die Traumatisierungen in den beiden Kollektiven zu vergleichen, wurde zunächst der Summenwert aus den zehn Trauma-Items gebildet. Das elfte Item, „anderes traumatisches Ereignis“, wurde nicht mit einberechnet, da die klassischen Traumaerfahrungen bereits abgefragt wurden und die subjektiven Definitionen eines Traumas vom „Tod eines Angehörigen“ oder „Haustiers“ bis zur „Hochzeit“ oder „Prüfung“ sehr variierten und demzufolge sehr unterschiedlich von den Patienten interpretiert wurden.

Für den Summenwert ergab sich für die beiden Kollektive ein signifikanter Unterschied mit  $p=0,035$  im Mann-Whitney-U-Test. Das Studienkollektiv der terminsäumigen Patienten hat einen wesentlich höheren PDS Summenwert. Dieser kommt zum einen dadurch zustande, dass mehr Patienten im Studienkollektiv von Traumaerfahrungen berichteten. Werden nämlich nur die Fälle an Patienten

betrachtet, die mindestens ein Trauma erlitten haben, dann sind es im Studienkollektiv 73% (24 von 33 Patienten), im Vergleichskollektiv weniger mit 60 % (126 von 209 Patienten).

Zum anderen entsteht der höhere PDS Summenwert auch noch durch die Anzahl an Traumata. Dieser Unterschied ist ebenso signifikant mit  $p=0,034$  im Mann-Whitney-U-Test, wenn erneut der PDS Summenwert für alle diejenigen Patienten verglichen wird, die mindestens ein Trauma erlitten haben. Das Studienkollektiv ist also auch mit einer höheren Anzahl an Traumaerfahrungen häufiger mehrfach traumatisiert.

Die Mittelwerte der Traumaerfahrungen und maximale Anzahl an Traumatisierungen sind Tab. 18 zu entnehmen. Das Studienkollektiv ist mit einem Mittelwert von zwei stärker traumatisiert. Er gibt an, dass diese Patienten durchschnittlich zwei Traumata erlebt haben, da jedes Trauma für den Fall der Beantwortung mit „Ja“ mit dem Punktwert eins gewichtet wurde. Da aber 27,3% des Studienkollektivs keine Traumerfahrung aufweisen, müssen einige mehr als zweifach traumatisiert sein.

#### PDS Summenwert – Kollektiv aller Patienten

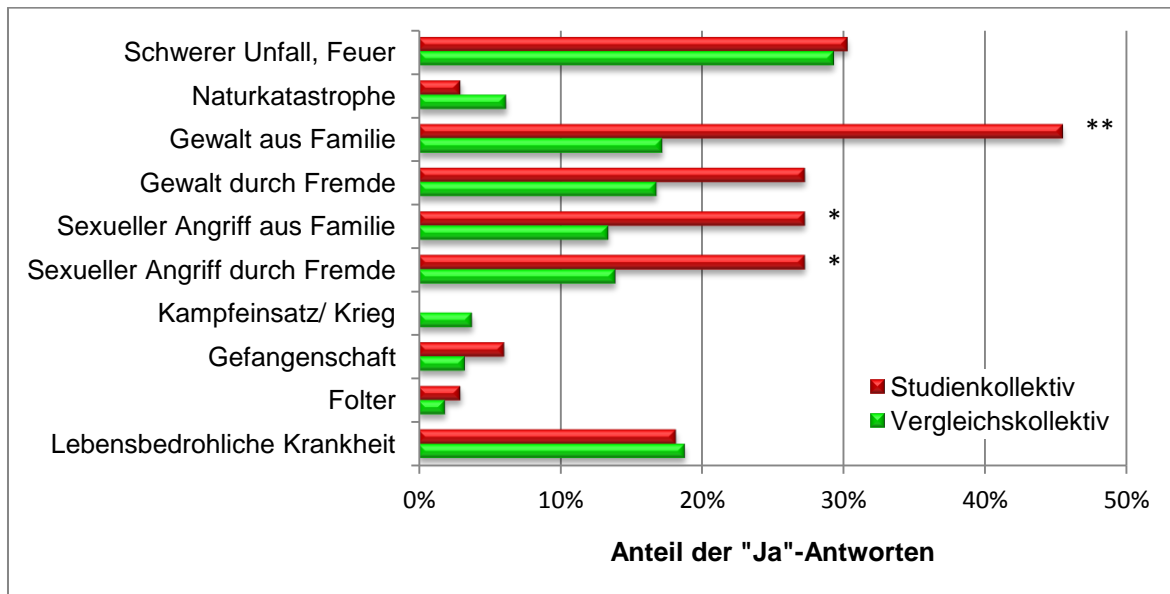
PDS Summenwert (ohne PDS 11) mindestens 0, maximal 10 Traumata

Gruppen	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
<b>Studienkollektiv</b>	33	1,9	1,75	0,0	7,0
<b>Vergleichskollektiv</b>	209	1,3	1,42	0,0	6,0

Tab. 18

Bisher wurde nur der PDS Summenwert betrachtet, es ist aber auch von Bedeutung, seine Zusammensetzung, die unterschiedlichen Traumata, einzeln zu analysieren. Es wurden deshalb die einzelnen Traumata auf Unterschiede hin für alle Patienten in den Kollektiven mit dem Chi<sup>2</sup>-Test verglichen. Für die Kategorien „gewalttätiger Angriff aus dem Familien-/Bekanntenkreis“ ( $p<0,001^{**}$ ), „sexueller Angriff aus Familien-/Bekanntenkreis“ ( $p=0,040^*$ ) und „sexueller Angriff durch Fremde“ ( $p=0,049^*$ ) konnten signifikante Unterschiede ermittelt werden. Von der Kategorie „gewalttätiger Angriff durch Fremde“ ist ebenfalls ein deutlich höherer Anteil des Studienkollektivs betroffen, dieser Unterschied ist jedoch nicht wesentlich ( $p=0,149$ ). Weitere Unterschiede sind

Abb. 15 zu entnehmen. Die Abbildung zeigt, wie viele Patienten prozentual vom gesamten Kollektiv die einzelnen Traumaerfahrungen mit „Ja“ beantwortet haben.



\*\*p<0,001, \*p<0,05

Abb. 15

### 3.3.5 Auswertung der Impact of Event Scala (IES) - vgl. Tab. 9

Der IES Fragebogen bezieht sich auf das subjektiv am belastendsten empfundene Trauma des vorangehenden PDS Fragebogens. Im Folgenden werden alle Patienten der beiden Kollektive verglichen, die mindestens ein Trauma erlebt haben, welches nicht der Kategorie „anderes traumatisches Ereignis“ angehört. Teilweise füllten die Patienten aber die Fragen der IES nicht aus, deshalb können in die Bewertung im Studienkollektiv von 24 traumatisierten Patienten nur 22 einbezogen werden, im Vergleichskollektiv von 126 traumatisierten Menschen nur 100. Die Mittelwerte beider Kollektive werden in Tab. 19 miteinander verglichen.

#### IES Gesamtwert – Kollektiv der Patienten mit mindestens einer Traumaerfahrung

IES Gesamtwert(mindestens 0, maximal 75)

Gruppen	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
<b>Studienkollektiv</b>	22	33,5	23,36	0,0	73,0
<b>Vergleichskollektiv</b>	100	34,5	20,46	0,0	70,0

Tab. 19

Das Vergleichskollektiv hat einen geringfügig höheren Mittelwert, wohingegen das Studienkollektiv die höhere Spannweite aufweist. Generell kann man in den Kollektiven aber von einer sehr ähnlichen subjektiven Einschätzung der Beeinträchtigung durch die Traumata sprechen. Sie befindet sich mit 34 im mittleren Bereich, mit durchschnittlich drei Punkten pro Frage, was der Beschreibung „manchmal“ entspricht. Im Mann-Whitney-U-Test ließen sich keine signifikanten Unterschiede berechnen ( $p= 0,593$ ).

Bei der Auswertung der IE-Skala ist es noch möglich, sie auf Unterschiede hinsichtlich ihrer zwei Kategorien – Intrusion und Vermeidung – zu untersuchen. Auf die Intrusion beziehen sich sieben Fragen, auf das Vermeiden acht. Die Summenwerte dieser Einzelkategorien sind in Tab. 20 aufgelistet. Das Vergleichskollektiv ist im Mittel mehr durch Intrusion beeinträchtigt, das Studienkollektiv weist eine geringe Tendenz in Richtung Vermeidung auf. Für den Bereich der Intrusion wurde in beiden Kollektiven der maximale Wert, im Bereich Vermeidung wird nicht ganz die Maximalpunktzahl erreicht. Signifikante Unterschiede waren im Mann-Whitney-U-Test auch für die Einzelbereiche nicht zu errechnen (p-Werte vgl. Tab. 9).

#### IES Einzelkategorien - Intrusion und Vermeidung – Kollektiv der Patienten mit mindestens einer Traumaerfahrung

Gruppen	IES_Gesamt_Intrusion (mind. 0, max. 35)				IES_Gesamt_Vermeiden (mind. 0, max. 40)			
	Mittelwert	SD	Minimum	Maximum	Mittelwert	SD	Minimum	Maximum
<b>Studienkollektiv</b>	16,0	11,96	0,0	35,0	16,6	12,24	0,0	38,0
<b>Vergleichskollektiv</b>	18,8	10,96	0,0	35,0	14,7	11,17	0,0	38,0

Tab. 20

SD=Standardabweichung

### 3.3.6 Auswertung des DKB – 35 - vgl. Tab. 10

Die ersten Fragen des DKB-35 beziehen sich auf die äußere Erscheinung der Patienten. Die Körpergröße des Studienkollektivs ist signifikant kleiner (Mittelwert 1,69m) als die des Vergleichskollektivs (Mittelwert 1,72m), berechnet mit dem Mann-Whitney-U-Test mit  $p=0,023$ . Das Körpergewicht ist mit durchschnittlich 71 kg für das Studienkollektiv dem des Vergleichskollektivs (70 kg) sehr ähnlich. Der BMI ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) des Studienkollektivs ist im Mittel mit 25 etwas höher als der des Vergleichskollektivs (24), der Unterschied ist jedoch laut Mann-Whitney-U-Test mit  $p=0,534$  nicht wesentlich. Weitere Unterschiede sind Tab. 21 zu entnehmen.

#### BMI – alle Patienten

Gruppen	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
<b>Studienkollektiv</b>	33	25,2	7,96	15,8	56,5
<b>Vergleichskollektiv</b>	209	23,5	4,27	13,7	45,8

Tab. 21

Der nächsten Frage ließ sich entnehmen, dass das Studienkollektiv zum Zeitpunkt der Befragung häufiger eine Diät machte. Der prozentuale Anteil ist 21% (7 von 33 Patienten) für das Studienkollektiv und nur 16% (29 von 187 Patienten) für das Vergleichskollektiv. Der Unterschied ist jedoch nicht signifikant (vgl. Tab. 10).

Hingegen ein signifikanter Unterschied besteht für den Bereich der sportlichen Aktivität. Das Studienkollektiv ist weniger regelmäßig sportlich aktiv, berechnet mit dem Chi<sup>2</sup>-Test mit einem p-Wert von 0,044. Die exakte prozentuale Verteilung ist Abb. 16 zu entnehmen.

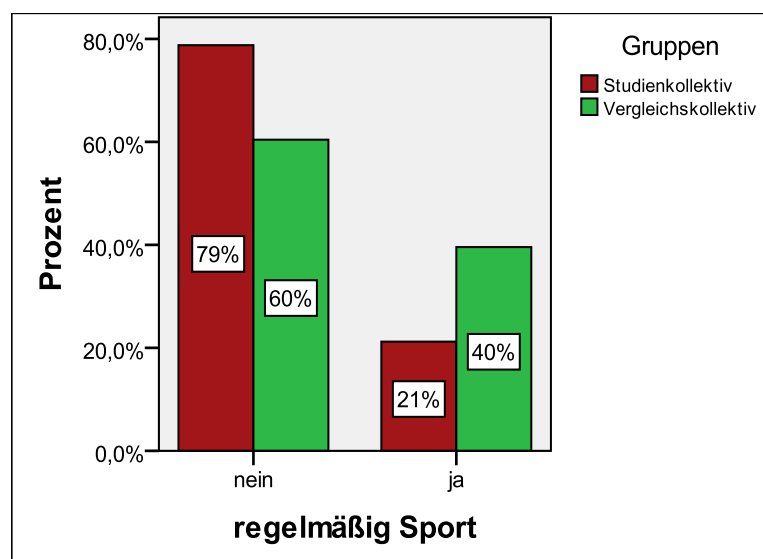


Abb. 16

Für die Kategorien Tätowierung und Piercing ergaben sich weitere signifikante Unterschiede, beide Male mit  $p=0,008$  (Mann-Whitney-U-Test). Das Studienkollektiv hat in 30% der Fälle mindestens eine Tätowierung oder einen Piercing, das Vergleichskollektiv hat hingegen nur in 13%/12% mindestens eine/n Tätowierung/Piercing. Die genaue Verteilung der Antwortmöglichkeiten sind in Abb. 17 und Abb. 18 zu finden:

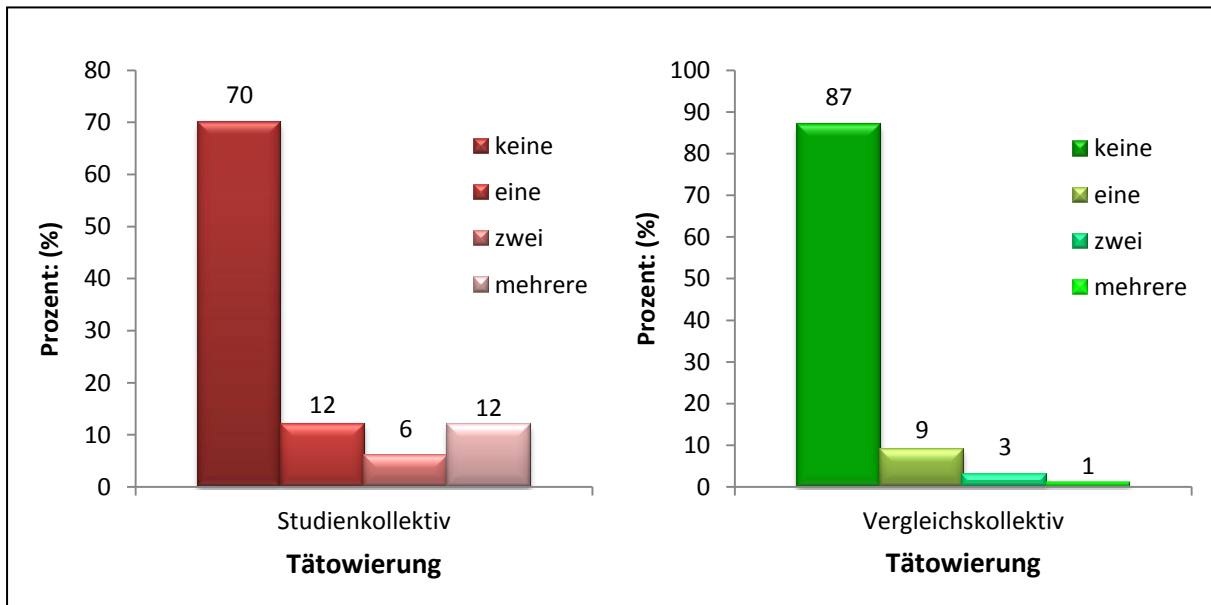


Abb. 17

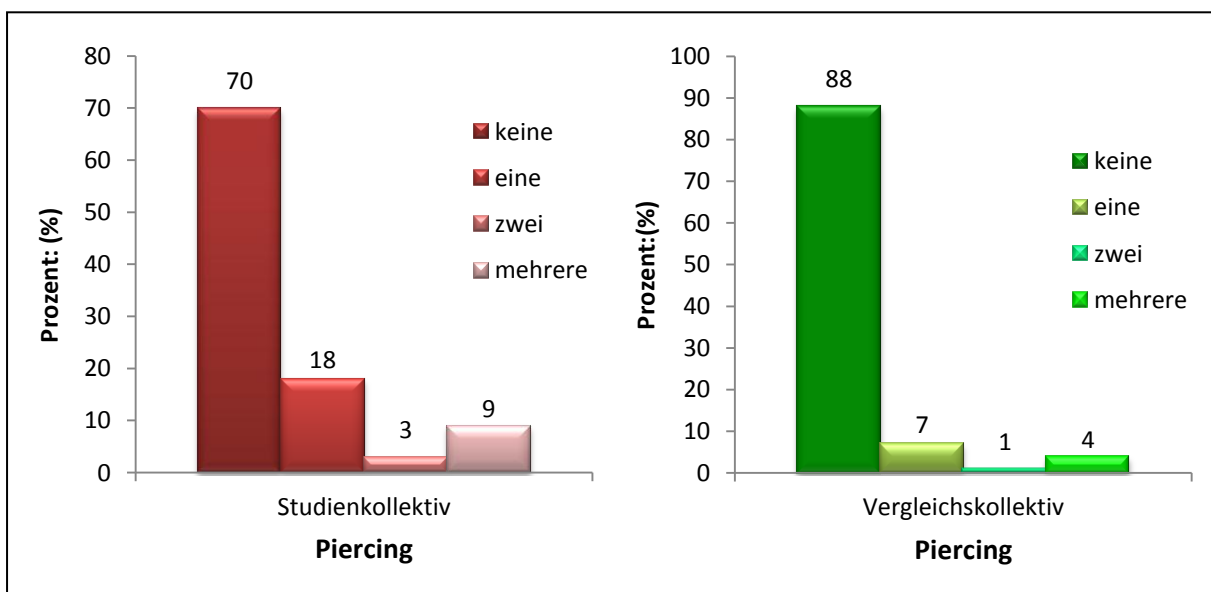


Abb. 18

Für die fünf Komponenten des Körperbildes (Selbstakzeptanz, Vitalität, Sexualität, Selbsterhöhung, Körperkontakt) fanden sich keine signifikanten Unterschiede. Noch am deutlichsten unterscheiden sich die Kollektive in der Komponente Selbstakzeptanz. Die p-Werte aller Kategorien befinden sich in einem Bereich von 0,801 – 0,116 (Mann-Whitney-U-Test, vgl. Tab. 10). Je höher der Punktwert (Bereich 1–5), desto höher ist die Selbstakzeptanz, die Vitalität, die Zufriedenheit mit der Sexualität, die Selbsterhöhung oder das Bedürfnis nach Körperkontakt. Das Studienkollektiv hat in allen Bereichen im Mittel eine geringere Selbsteinschätzung seines Körperbildes als das Vergleichskollektiv. Die genauen Mittelwerte der beiden Gruppen sind Tab. 22 zu entnehmen.

Die dritte Spalte der Tab. 22 bezieht sich auf die gesunde Normierungsstichprobe (n=100), mit der bei der Auswertung Studienpatienten verglichen werden sollen. Wenn der Mittelwert eine Standardabweichung über oder unter dem Mittelwert der normalen Stichprobe liegt, dann können die Werte als klinisch auffällig gewertet werden. Solche Werte sind in unserem Fall für das Studienkollektiv rot und für das Vergleichskollektiv grün geschrieben. Der deutlichste Unterschied für beide Kollektive verglichen mit der Normstichprobe ist im Bereich der Sexualität zu finden.

### DKB-35 – Die fünf Komponenten des Körperbildes

	Studienkollektiv		Vergleichskollektiv		Normstichprobe n=100 [63]	
	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD
DKB Selbstakzeptanz	<b>2,9</b>	1,00	<b>3,2</b>	0,91	3,8	0,6 -> 3,2
DKB Vitalität	<b>2,6</b>	0,83	<b>2,7</b>	0,97	4,0	1,0 -> 3,0
DKB Sexualität	<b>2,9</b>	1,01	<b>3,1</b>	1,20	4,2	0,5 -> 3,7
DKB Selbsterhöhung	<b>2,6</b>	0,67	<b>2,6</b>	0,74	3,3	0,6 -> 2,7
DKB Körperkontakt	3,5	0,79	3,5	0,95	3,9	0,6 -> 3,3

Tab. 22

SD=Standardabweichung

Im folgenden Boxplot Diagramm sind nochmals die Bereiche zu sehen, in denen sich die Antworten (Punktwert eins bis fünf) des Studien- und Vergleichskollektivs

befinden. Auch hier ist die Tendenz zu niedrigeren Werten beim Studienkollektiv abzulesen:

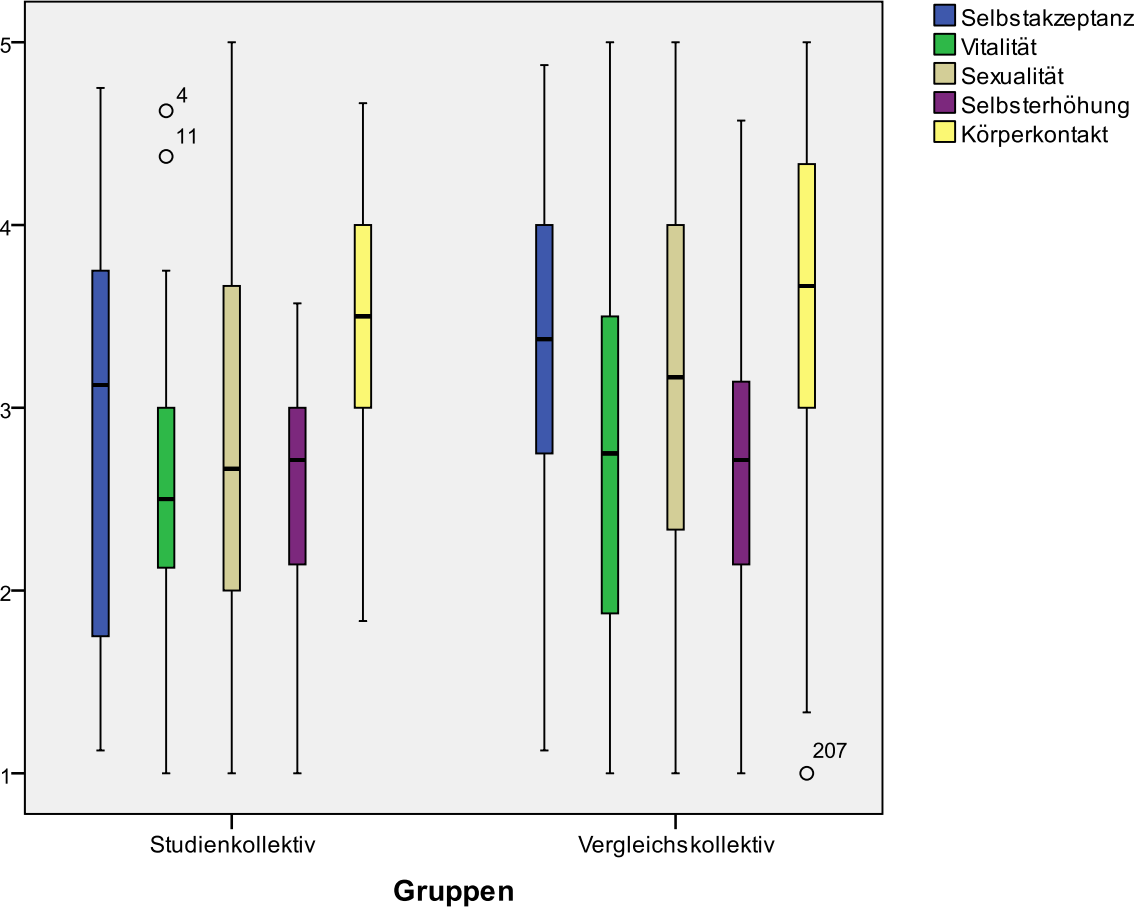


Abb. 19



## **4. Diskussion**

### **4.1 Interpretation der Ergebnisse vor dem Hintergrund bisheriger Forschungsbefunde**

Die vorliegende klinische Studie ist die erste Untersuchung zu Terminversäumnissen bei Ersterscheinungen in der Ambulanz einer Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, bei der mit den terminsäumigen Patienten durch Telefonat und zusätzlich psychometrische Untersuchung mittels mehrerer etablierter Fragebögen persönlich in Kontakt getreten wird.

In den bisherigen Studien zu Terminversäumnissen wurden meist die Daten genutzt, die bereits durch das Telefonat zur Terminvereinbarung bekannt waren, wie Alter, Geschlecht, Wartezeit auf den Termin etc.. In anderen Fällen wurde das Terminverhalten derjenigen Patienten beobachtet, von denen bereits viele persönliche Angaben vorlagen, da sie zuvor stationär in Behandlung gewesen waren und anschließend nach Entlassung Termine in der Ambulanz nicht wahrgenommen hatten[4-5, 20, 24, 28, 35-36]. In manchen Untersuchungen wurden auch einige Patienten ganz allgemein, d.h. unabhängig davon, ob sie aktuell einen Termin versäumt hatten oder nicht, zum Thema „verpasste Termine oder Terminverhalten“ befragt[25, 31].

Demgegenüber konnte in der vorliegenden Studie anhand der hier verwendeten Fragebögen das Kollektiv der terminsäumigen Patienten verglichen mit einem terminakuraten Vergleichskollektiv direkt messbar und spezifisch charakterisiert werden.

Wie bereits zuvor in einigen Studien festgestellt werden konnte, war der Hauptgrund für verpasste Termine laut Patient am Telefon das „Vergessen“[1, 15-18]. Wie kann man dieses „Vergessen“ verstehen, wenn die Termine doch eigentlich wichtig sind und der Patient eine oft lange Wartezeit in Kauf genommen hat? „Vergessen“ kann als vielschichtiger Vorgang verstanden werden, welcher nicht nur mit Begriffen wie „zufällig“ oder „unwillkürlich“ umschreibbar sein mag. Es wird nicht nur vergessen, was unwichtig erscheint und nur das behalten, was von Belang ist. Manchmal nämlich ist Vergessen im psychodynamischen Sinne auch das Resultat des unbewussten Wunsches, sich an gewisse Dinge nicht erinnern zu wollen bzw. zu dürfen, z.B. wenn auf den ersten Blick Erinnerungswerte Dinge mit subjektiv

peinlichen Empfindungen verbunden sind. Auch beim Vergessen von Vorsätzen, wozu man die Vereinbarung eines Termins im medizinischen Bereich zählen kann, kann der innere Konflikt bzw. ein Gegenwille deutlich werden[67]. Krank zu sein ist bei vielen Menschen mit Scham und vielleicht auch mit dem Gefühl von Peinlichkeit verbunden, wenn der Körper/die Psyche in seiner/ihrer Symptomatik - und insbesondere im Bereich des immer noch stigmatisiert Psychopathologischen - von der „Norm“ abweicht. Zugleich sind Arzttermine mit einer subjektiven Kosten- (Zeit, Arbeitsausfall...)/Nutzen- (Linderung der Symptomatik) Abwägung verbunden[34], was ebenso einen inneren Konflikt auszulösen vermag.

Eine weitere Übereinstimmung dieser Studie mit bisherigen Forschungsergebnissen ist das vergleichsweise jüngere Alter der terminsäumigen Patienten[5, 8, 13, 19-21].

Eine spekulative Erklärung dafür könnte sein, dass aufgrund des jüngeren Alters der Patienten ihre Symptomatik/Beschwerden noch nicht so lang besteht/bestehen und außerdem psychische Erkrankungen phasenweise in ihrer Intensität variieren. Falls sich die Beschwerden in der Wartezeit auf den Termin verbessern, dann erscheint es den jungen Erwachsenen möglicherweise nicht so dringlich, ihren Termin in Anspruch zu nehmen, weil sie die Weite der Erkrankung noch nicht ganz abschätzen können oder die Erfahrung von Rezidiven noch nicht erlebt haben. Um aber vorurteilsfrei eine fundierte Erklärung dieses Ergebnisses zu erhalten, sollte der Zusammenhang des jüngeren Alters mit den Terminsäumnissen in zukünftigen Untersuchungen gesondert ermittelt werden.

Ob sich das Kollektiv der terminsäumigen Patienten anhand ihres Geschlechts genauer charakterisieren lässt, war in den bisherigen Untersuchungen sehr umstritten: entweder nahmen häufiger die Männer[5-7, 22] ihre Termine nicht wahr oder die Frauen[21, 23] und manchmal gab es keinen geschlechtsspezifischen Unterschied[11, 17, 24]. Im Studienkollektiv überwiegt der Anteil weiblicher Teilnehmerinnen, weil die Response der Männer geringer war. Werden alle terminsäumigen Patienten im Beobachtungszeitraum betrachtet, was möglich ist, da die Geschlechtszugehörigkeit schon bei der Terminvereinbarung bekannt wurde, dann lässt sich kein geschlechtsspezifischer Unterschied erheben. Was die Verbindung von Geschlecht und Alter angeht, nehmen Frauen bereits in jüngeren Jahren Termine in der psychosomatischen Ambulanz in Anspruch. Dies mag vielleicht daran liegen, dass bei Frauen der Bezug zur Psychosomatik weniger

tabuisiert ist als bei Männern. Eine britische Studie beschäftigte sich mit der Wahrnehmung von Frühsymptomen und Inanspruchnahme von Hilfe bei einer Krebserkrankung, um spät erkannte Diagnosen zu minimieren. Diese Studie zeigt geschlechtsspezifische Unterschiede auf, von denen sich manche vielleicht auch auf die vorgestellte Untersuchung im Bereich der Psychosomatik übertragen lassen: Männer sehen eine Inanspruchnahme von Hilfe oftmals als nicht maskulin an und wollen nicht neurotisch erscheinen. Außerdem ist nach Meinung der Männer hilfesuchendes Verhalten für Frauen einfacher, da sie allgemein aus eigener Erfahrung oder aufgrund der Familie mehr Kontakt zum Gesundheitswesen haben[68].

Auch wenn in der Vergangenheit Studien vereinzelt den Familienstand mit dem Terminverhalten in Verbindung brachten[6, 25], konnte hier für diesen Bereich keine Abhängigkeit aufgezeigt werden. Auffällig an der Partnersituation ist jedoch, dass beide Kollektive der hier untersuchten Patienten in 56%/59% der Fälle einen Partner haben, die terminsäumigen Patienten aber tendenziell getrennt von ihren Partnern leben (45% vs. 29% beim Vergleichskollektiv). Insofern vermag sich dieses Muster aus der privaten Beziehungsmatrix möglicherweise auch im „bindungsvermeidenden Verhalten“ in dem Terminversäumnis für psychodiagnostische Gespräche abzuzeichnen.

Hinsichtlich des Bildungsgrades und des Beschäftigungsverhältnisses konnte diese Untersuchung in Übereinstimmung mit der bisherigen Literatur einen signifikanten Zusammenhang mit verpassten Terminen feststellen. Je niedriger das Bildungsniveau, desto eher werden Termine verpasst[26-27]. Ebenso korrelierte das Versäumen von Terminen invers mit der Erwerbstätigkeit bzw. -fähigkeit, d.h. arbeitslose[6, 28-29] bzw. erwerbsgeminderte Patienten verpassen ihren Termin häufiger als nicht-erwerbslose, vollzeitige Tätige. Mit einem patientenseitigen Argument des „Zeitmangels“ bzw. „-engpasses“ kann folglich kaum argumentiert werden. Jenseits z.B. faktischer gesundheitlicher Einschränkungen mag es terminsäumigen Patienten in vielfältiger Weise schwerer fallen, für sich selbst „gut zu sorgen“, sowohl in Bezug auf die Jobsuche als auch in Bezug auf das Einhalten von letztlich der eigenen Person dienlichen Arztterminen. Sie scheinen also in ihrer Aktivität bzw. Eigeninitiative eher eingeschränkt zu sein, wobei noch nicht klar zu sagen ist, was hierfür die Ursache sein könnte.

Bezüglich Vorbehandlungen haben die terminsäumigen Patienten bereits häufiger Erfahrungen mit der stationären und ambulanten Behandlung in den Bereichen Psychosomatik und Psychiatrie. Einen signifikanten Unterschied zeigen die stationären psychosomatischen Vorbehandlungen. Dies könnte allgemein für eine stärkere psychische Beeinträchtigung der terminsäumigen Patienten sprechen. Zudem wäre es möglich, dass es diesen Patienten leichter fällt, sich telefonisch an solche Einrichtungen zu wenden, da für sie die Schwelle, diesen Schritt zu vollziehen, durch die Vorbehandlung bereits niedriger ist. Der Wille und ein Vertrauen in Therapieangebote dieser Art scheinen vorhanden zu sein, aber das Nichterscheinen könnte letztendlich Ausdruck innerer Ambivalenz sein, vielleicht verursacht durch bereits vorhandene Therapiefrustration.

Den PHQ-D betreffend waren alle Patienten - egal ob terminsäumig oder anwesend - in der Intensität (Summenscores) fast gleich stark betroffen von Körperbeschwerden, Depression, Panik und generalisierter Angst, mit einer nur geringfügig, nicht signifikant höheren Belastung des Vergleichskollektivs. In diesen Bereichen scheinen die terminsäumigen Patienten demzufolge nicht schwerer erkrankt zu sein. Was die Anzahl an Betroffenen zum Panikscore und generalisierter Angst angeht, waren die terminsäumigen Patienten häufiger davon betroffen. Vielleicht haben diese Patienten folglich auch eher Gefühle von Panik vor dem Termin. Interessant ist hier auch der Vergleich dieses Resultats mit den von den Patienten bei der Terminvereinbarung angegebenen Kardinalsymptomen. Dort wurde vom Vergleichskollektiv Angst und Körperbeschwerden mit 21% doppelt so häufig wie bei den terminsäumigen Patienten angegeben (10%/12%), was diesen Ergebnissen widerspricht. Können sich die Patienten, die ihre Termine wahrnehmen, besser selbst einschätzen, oder ist bei den fehlenden Patienten die Angst zwar stark vorhanden, aber eben nicht das Kardinalsymptom? Solche Fragen sind rein hypothetisch und lassen sich kaum klären. Ein Vergleich dieser Daten ist zudem auch schwierig, da es sich bei der Auswertung des PHQ-D um das Studienkollektiv (n=33) handelt, bei den Kardinalsymptomen um alle fehlenden Patienten (131, sofern die Kardinalsymptome angegeben wurden). Außerdem ist es gewagt mit der Auswertung der Kardinalsymptome Hypothesen aufzustellen, da unklar war, ob es sich hierbei um bereits erstellte Diagnosen oder nur Selbsteinschätzungen handelte. Deshalb und

aufgrund der kleinen Fallzahl war es auch nicht sinnvoll die Kardinalsymptome rechnerisch auf Signifikanz hin zu untersuchen.

Der eindeutig signifikante Unterschied der Patienten hinsichtlich der Fragen zur psychischen Beeinträchtigung ist die häufigere Erfahrung von Traumatisierung bei den terminsäumigen Patienten, was in Ansätzen bereits in einer Studie herausgefunden wurde, in der man einen Zusammenhang zwischen der Diagnose PTSD und dem Terminversäumnis feststellte[18]. Das Studienkollektiv der vorgestellten Untersuchung ist in der Anzahl häufiger und teilweise mehrfach traumatisiert. Wenn man genauer betrachtet, um welche Traumata es sich handelt, geht es um sexuelle und körperliche Gewalt im interpersonellen Bereich („man made“), besonders im engen Kontakt mit Familie und Verwandtschaft, aber auch mit Fremden. Das damit verbundene häufigere Verpassen von Terminen könnte an der größeren Scheu der Betroffenen liegen, mit einem Psychotherapeuten in Kontakt zu treten, da im Rahmen psychosomatischer Erstgespräche auch sehr persönliche Lebensbereiche thematisiert werden können. Zusätzlich wäre denkbar, dass auch Angst vor „Retraumatisierung“ vorhanden ist, falls die traumatischen Erfahrungen im psychotherapeutischen Erstgespräch aktiv hervorgehoben und bewusst werden. Traumatisierte Menschen weisen häufig auch eine strukturelle Problematik auf, die es ihnen erschwert, für sich selbst gut zu sorgen. Dies zeigte sich bereits in den Ergebnissen über einen Zusammenhang zwischen der Erwerbstätigkeit und dem Terminverhalten.

Die Scheu bzw. das vermeidende Verhalten bzgl. der Termine könnte auch in den Ergebnissen der Impact of Event Scale widergespiegelt sein. Es handelt sich zwar nicht um signifikante Unterschiede, jedoch haben die terminsäumigen Patienten, in Bezug auf die Beeinträchtigung durch ihr subjektiv schwerstes Trauma, eher ein vermeidendes Verhalten, was ebenso dazu führen könnte, Termine zu verpassen bzw. zu „vermeiden“. Das Vergleichskollektiv ist eher durch Intrusion geplagt. Dies könnte für sie verstärkt ein Anlass sein, Termine wahrzunehmen, weil sich die Symptomatik und Erinnerungen an das Trauma stärker aufdrängen.

Der DKB-35 Fragebogen ergab einige Resultate, die nur sehr hypothetisch deutbar sind. Das Kollektiv der terminsäumigen Patienten ist bezüglich der Körpergröße signifikant kleiner als das Vergleichskollektiv. Eine Erklärung dafür könnte möglicherweise sein, dass die Geschlechtsverteilung von Studien- und

Vergleichskollektiv verschieden ist und das Vergleichskollektiv mit einem höheren Männeranteil deshalb etwas größer ist. Menschen, die ihre Termine verpassen, sind laut der Ergebnisse des DKB-35 ebenso signifikant weniger sportlich aktiv und machen eher eine Diät als das Vergleichskollektiv. Diese Patienten scheinen anhand dieser Ergebnisse weniger aktiv (Sport) und eher passiv/restriktiv (Diät) zu sein, was auch in dem Terminversäumnis widergespiegelt sein könne. Auch haben laut DKB-35 die Patienten, die ihren Termin nicht wahrnehmen, signifikant häufiger Tätowierungen und Piercings, also tatbestandsmäßige, selbstinduzierte Modifikationen des Körperbildes. Diese Tatsache könnte als ein Anhaltspunkt für strukturelle Defizite gewertet werden. In bisherigen Untersuchungen wurde bereits ein Zusammenhang zwischen struktureller Problematik und Persönlichkeitsstörungen und Tätowierungen ermittelt[69-71]. In einem aktuellen Review aus dem Jahr 2010 wurden Piercings mit Hochrisikoverhalten und selbstberichteten psychopathologischen Symptomen in Verbindung gebracht sowie mit Persönlichkeitsstörungen assoziiert[72]. Es darf dabei aber nicht vergessen werden, dass Tattoos und Piercings in der heutigen Zeit auch Modeerscheinungen sind[73], weshalb nicht allgemein Rückschlüsse auf Psychopathologie getroffen werden dürfen und Zusammenhänge zwischen Psychopathologie und Tätowierungen und Piercings noch weiteren Untersuchungen bedürfen.

## **4.2 Kritik**

Der wohl gravierendste Kritikpunkt dieser Untersuchung ist der Selektionsbias, der aufgrund der Gewinnung des Studienkollektivs entstanden ist. Von 131 fehlenden Patienten in diesem Zeitraum konnten trotz der intensiven Rekrutierungsstrategie letztendlich nur 33 Patienten (25%) als Studienkollektiv gewonnen werden. Es ist möglich, dass diese 25% nicht alle terminsäumigen Patienten repräsentieren können. Aber trotz aller kritischer Hinterfragung der Repräsentativität muss im Gegensatz dazu in Betracht gezogen werden, dass es auch wenn nur mit einer geringen Anzahl an Studienpatienten möglich wurde, überhaupt von den nicht erschienenen Patienten Informationen über ihr Befinden und ihre Person zu erfahren, von denen sich einige Charakteristika als signifikant erwiesen.

Methodologisch problematisch sind die geführten Gespräche am Telefon. Die Auswertung der Telefonate war stark von der subjektiven Einschätzung des Anrufers abhängig, wenn es z.B. um die Unterscheidung ging, wer nun ehrlich antwortet oder wer aus Angst vor Konsequenzen zur Lüge greift. Dies betraf zum einen die Einteilung nach Ein- und Ausschlusskriterien (wer nun wirklich an anderer Stelle abgesagt hatte oder wer im Affekt diese Antwort als Notlüge gab), zum anderen wurden auch die Gründe für das Terminversäumnis telefonisch erfragt. Da viele Patienten über den Anruf erstaunt und möglicherweise aus Angst vor Konsequenzen verunsichert waren, gab der Großteil ein Nichterscheinen wegen „Vergessens“ an. Fraglich ist, wie viele wirklich den Termin vergessen haben, oder ob die Aussage des Vergessens nur ein Vorwand war. Teilweise stellen Ärzte mittlerweile versäumte Termine in Rechnung oder fordern eine Geldstrafe ein, was die Befürchtung von Konsequenzen bei einem Terminversäumnis steigern kann[74]. In Österreich ist dies im Allgemeinen gesetzlich erlaubt[75].

Um die Problematik der subjektiven Einschätzung durch den Untersucher möglichst gering zu halten, fokussierte sich diese Untersuchung deshalb auf die Beantwortung und anschließende Analyse der Fragebögen. Auch wenn es sich bei der Auswahl der Fragebögen um bereits etablierte und zuverlässige handelt, darf trotzdem nicht unterschätzt werden, dass sie zur Orientierung dienen und in den meisten Fällen einem zusätzlichen Gespräch mit dem Patienten bedürfen. So betont beispielsweise der PHQ ausdrücklich, dass anhand der Fragen keine Diagnosen auf der Störungsebene sondern nur auf der Syndromebene gestellt werden dürfen[47]. Auch wenn die Fragebögen reliabel sind, ist ihr Resultat noch zusätzlich abhängig von der Ehrlichkeit und Sorgfalt der Patienten, von denen sie ausgefüllt werden. Da es sich beim Studienkollektiv um Patienten handelt, bei denen die Fragebögen nicht als Grundlage für ein psychotherapeutisches Erstgespräch gewertet wurden, wäre es gut möglich, dass das Interesse an der Ehrlichkeit beim Ausfüllen der Fragebögen geringer war, da sie nicht in Zusammenhang mit einem Erstgespräch standen und anonym zurückgeschickt wurden. Hypothetisch möglich wäre aber auch, dass die Patienten die Anonymität auch gerade für die ehrliche Beantwortung nutzen konnten, denn Anonymität ist wiederum bei den Erstgesprächen nicht möglich.

Nicht unproblematisch ist ebenso die gezahlte Aufwandsentschädigung von 20 Euro. Ausgezahltes Geld könnte dazu führen, dass ein spezielles Patientenkollektiv der

Teilnahme an der Studie besonders zugeneigt ist und dieses Kollektiv nicht mehr repräsentativ für alle terminsäumigen Patienten sein kann, was letztendlich einen Selektionsbias darstellen würde. Als signifikante Charakteristika unseres Studienkollektivs wurden nämlich Arbeitslosigkeit und geringere Erwerbsfähigkeit ermittelt. Fraglich ist also in Bezug auf die Aufwandsentschädigung, inwiefern diese Charakteristika für die terminsäumigen Patienten zutreffend sind, oder ob aufgrund des Geldes vor allem die sozioökonomisch schwachen Personen zur Teilnahme ermutigt wurden. Da aber bereits in anderen Untersuchungen ähnliche Ergebnisse erzielt werden konnten, dahingehend dass ein sozioökonomisch schwacher Status mit dem Versäumnis von Terminen korreliert[6, 19, 24, 30-32], scheint die Aufwandsentschädigung in dieser Studie doch nicht allzu große Auswirkungen auf die Ergebnisse gehabt zu haben.

Kritisch zu betrachten ist weiterhin, dass die Geschlechtsverteilung von Studienkollektiv und fehlenden Patienten Fragen aufwirft. Denn eigentlich gibt es keinen wesentlichen geschlechtsspezifischen Unterschied, wenn man alle fehlenden Patienten mit dem Vergleichskollektiv vergleicht. Das Studienkollektiv (n=33) jedoch gibt aufgrund der höheren Beteiligung von Frauen (n=28) einen scheinbar signifikanten Unterschied vor (vgl. 3.1.3). Die Ergebnisse des Studienkollektivs können somit nicht immer repräsentativ für terminsäumige Patienten gewertet werden. Weiterhin stellt sich die Frage, inwieweit diese Untersuchung Aussagen über Männer, die Termine versäumen, treffen kann, da die männlichen Personen mit einer Anzahl von fünf Teilnehmern im Studienkollektiv unterrepräsentiert sind. Entstehen signifikante Unterschiede innerhalb der beiden Kollektive gerade deshalb, weil der Frauenanteil so hoch ist? Beispielsweise sind Frauen allgemein in stärkerem Ausmaß von Traumatisierung betroffen, vor allem wenn es sich um körperliche und sexuelle Gewalt in der Familie und von Fremden handelt[76-78]. Dass aber die signifikanten Ergebnisse im Bereich Trauma allein in der Geschlechtsverteilung des Studienkollektivs begründet sein könnten, dem ist entgegen zu setzen, dass auch bei der Betrachtung der Kardinalsymptome aller fehlenden Patienten die Traumatisierung bei den terminsäumigen Patienten an zweiter Stelle war, bei dem Vergleichskollektiv hingegen nur an neunter Stelle (vgl. 3.1.2.). Das Studienkollektiv scheint also durchaus in der Lage zu sein, repräsentative Ergebnisse für die terminsäumigen Patienten erbringen zu können. Dennoch sollte nicht davon



abgelassen werden, die Ergebnisse aufgrund der allgemein geringen Studienteilnahme (n=33) kritisch zu hinterfragen. Zudem muss die Stichhaltigkeit der Ergebnisse noch in weiteren Untersuchungen fundiert werden.

### **4.3 Ausblick**

Bei der durchgeführten Studie ergaben sich klare Hinweise darauf, dass sich das Kollektiv der terminsäumigen Patienten genauer charakterisieren lässt, so dass fortführende Studien angestrebt werden sollten, um die Ergebnisse statistisch abzusichern. Um noch exaktere Aussagen treffen zu können, sollte das Studienkollektiv insgesamt größer und auch der Männeranteil höher sein, um nicht durch den Geschlechtsbias verfälschte Ergebnisse zu erlangen. Außerdem müsste die Beeinflussung des Geschlechts untersucht werden, indem entweder geschlechtsgetrennt die Kollektive verglichen, oder im Vergleichskollektiv das gleiche Geschlechterverhältnis wie im Studienkollektiv erzeugt wird.

Um dem Verpassen von Terminen im Allgemeinen entgegen zu wirken, haben sich einige Studien bereits damit beschäftigt, wie man die Rate der Terminversäumnisse am effektivsten senken könnte: Anrufe zwei Tage vor dem Termin[40] oder ein Tag vorher ein Orientierungsbrief, der u.a. die Erklärung des Prozederes der Anmeldung, den Ablauf des Termins sowie die Betonung der Privatsphäre enthielt, waren die wirksamsten Instrumente[43-44]. Wie in der hier vorliegenden Studie ermittelt wurde, lassen sich die terminsäumigen Patienten unter anderem mit einer höheren und häufigeren Rate an Traumatisierungen, vor allem im interpersonellen Bereich, charakterisieren. Deshalb wäre es gerade für diese Patienten von Bedeutung, ihnen die Hürde zu erleichtern, einen Termin in der psychosomatischen Ambulanz wahrzunehmen. Um den Bedürfnissen dieser Gruppe gerecht werden zu können, wäre es wünschenswert, wenn schon im Vorfeld versucht wird, Bedingungen zu schaffen, die ein Gefühl von Vertrauen, Kontrollierbarkeit und Sicherheit vermitteln. Dazu könnte zum einen der Anruf zur Terminvereinbarung im Sekretariat noch mehr genutzt werden, um den Personen den Zugang zur Psychosomatik zu erleichtern. Es wäre erstrebenswert, dass das Personal mit viel Feingefühl die Anrufe beantwortet und auch bei der Erfragung der Kardinalsymptome sehr vorsichtig vorgeht. Falls dabei „Trauma“ als Grund des Termins genannt werden sollte, könnte noch sensibler

mit diesen Patienten umgegangen werden. Entsprechende Fort- wie Weiterbildungen von Ambulanzmitarbeitern sind hier sicher ein weiterer Weg der diesbezüglichen Verbesserung.

Eine zusätzliche Möglichkeit zur Verbesserung des Patientenmanagements wäre, zusätzlich in einem Orientierungsbrief kurz vor dem Termin die Patienten an ihren Termin zu erinnern und weiterhin mit einer kurzen Erklärung des Ablaufs Informationen zu geben und somit Bedenken oder Ängste zu nehmen bzw. abzuschwächen. Nicht nur für die Patienten, die mit einem niedrigeren Bildungsstand charakterisiert sind, wie in dieser Studie festgestellt wurde, wäre es von Bedeutung, wenn sie in einem kurzen Anschreiben Informationen zum Termin erhalten könnten, sondern auch für jeden anderen Patienten. Denn Transparenz über den Ablauf kann viele Befürchtungen mindern und den doch unbekanntem Bereich der Psychosomatik vielen Patienten zugänglicher machen.

## 5. Zusammenfassung

### Einleitung und Ziele:

Jährlich verpassen in der psychosomatischen Poliklinik des Klinikums rechts der Isar der TU München ca. 10% der Patienten ohne Absage ihren Termin. Dieser nicht unbeträchtliche Anteil erfordert die Zuwendung zu diesem Patienten Klientel und es stellt sich die Frage, ob sich diese Patientenpopulation von den terminakuraten Patienten messbar unterscheidet bzw. inwieweit sich diese Patientenpopulation näher charakterisieren lässt. Bedeutungsvoll ist die Frage zum einen hinsichtlich eines optimaleren Patienten- und Teammanagements, zum anderen jedoch gerade in Hinblick auf die besonderen Charakteristika und Erfordernisse von Patienten, die trotz Terminvereinbarung nicht zu ihrem Ambulanztermin kommen.

### Methoden:

Um diese Frage zu beantworten, haben wir im Zeitraum von April 2008 bis April 2009 das unentschuldigte Versäumen von Ambulanzterminen systematisch untersucht. Von 1306 vereinbarten Erstterminen in diesem Zeitraum fehlten 131 Personen unentschuldigt (10%). Diese wurden telefonisch über ihr Nichterscheinen befragt und motiviert, eine Kombination testpsychologischer Instrumente (PsyBaDo, PHQ-D, Destax, PDS, IES, DKB-35) zu beantworten.

Von 63 terminsäumigen Patienten, die sich bereit erklärt hatten, an der Studie teilzunehmen, kamen 33 ausgefüllte Fragebögen zurück (Rücksendequote 52%) und wurden anonymisiert ausgewertet. Die Daten wurden mit einem Vergleichskollektiv, einer Zufallsauswahl an (n=209) Patienten, die im selben Zeitraum ihre Termine in der Ambulanz wahrgenommen hatten, verglichen.

### Ergebnisse:

Die unentschuldigt fehlenden Patienten weisen signifikant häufiger und mehr Traumatisierungen auf: Bei diesen handelt es sich vor allem um gewalttätige Angriffe aus dem Familien-/Bekanntenkreis ( $p < 0,001$ ) und sexuelle Angriffe – sowohl aus dem Familien-/Bekanntenkreis ( $p = 0,040$ ) als auch von Fremden ( $p = 0,049$ ).

Darüber hinaus sind es signifikant jüngere Patienten mit geringerem Bildungsstand und signifikanten Unterschieden im Beschäftigungsverhältnis, mit Tendenz zu geringerer Erwerbsfähigkeit und häufigerer Arbeitslosigkeit. In der Gruppe der terminsäumigen Patienten war auch eine signifikant höhere Anzahl an stationären psychosomatischen Vorbehandlungen zu erheben. Desweiteren sind diese Patienten signifikant weniger regelmäßig sportlich aktiv und halten eher Diät. In Bezug auf Tätowierungen und Piercings, sind die terminsäumigen Patienten signifikant häufiger von Körpermodifikationen dieser Art gekennzeichnet.

#### Diskussion:

Das Patientenkollektiv terminsäumiger Patienten erlitt mehr Traumatisierungen im interpersonellen Bereich, besonders im engen Kontakt mit Familie und Verwandtschaft. Die Scheu könnte deshalb größer sein, in persönlichen Kontakt mit dem Psychotherapeuten zu treten, da im Rahmen psychosomatischer Erstgespräche auch sehr persönliche Lebensbereiche thematisiert werden können. Zusätzlich besteht in diesem Kontext wahrscheinlich auch Angst vor „Retraumatisierung“ durch aktives Hervorholen und Bewusstwerden der traumatischen Erlebnisse in einem psychotherapeutischen Gespräch.

Nicht zu vergessen ist jedoch auch, dass diese Ergebnisse auf der Basis des Studienkollektivs entstanden sind, das in seiner Anzahl (n=33) nur 25% aller fehlenden Patienten entspricht. Dieser Selektionsbias, der sich auch im Geschlechtsverhältnis widerspiegelt und mit einer Mehrzahl an Frauen im Studienkollektiv repräsentiert ist, sollte in weiteren Untersuchungen zu diesem Thema mit größerer Fallzahl abgeklärt werden.

#### Ausblick:

Die Ergebnisse vorliegender Studie lassen den Schluss zu, dass sich das Kollektiv terminsäumiger Patienten einer universitären psychosomatischen Ambulanz genauer charakterisieren lässt. Um den Bedürfnissen dieser vulnerablen Gruppe entgegen kommen zu können, sollte sowohl im Telefonat zur Anmeldung als auch in der Form eines Erinnerungssystems noch intensiver auf diese Patienten eingegangen werden.

## 6. Endnoten und Literatur

1. Husain-Gambles, M., Neal, R.D., Dempsey, O., Lawlor, D.A., Hodgson, J. (2004). Missed appointments in primary care: questionnaire and focus group study of health professionals. *Br J Gen Pract* 54:(499), 108-13.
2. Bowser, D.M., Utz, S., Glick, D., Harmon, R., Rovnyak, V. (2009). The relationship between diabetes mellitus, depression, and missed appointments in a low-income uninsured population. *Diabetes Educ* 35:(6), 966-77.
3. Ciechanowski, P., Russo, J., Katon, W., Simon, G., Ludman, E., Von Korff, M., Young, B., Lin, E. (2006). Where is the patient? The association of psychosocial factors and missed primary care appointments in patients with diabetes. *Gen Hosp Psychiatry* 28:(1), 9-17.
4. Livianos-Aldana, L., Vila-Gomez, M., Rojo-Moreno, L., Luengo-Lopez, M.A. (1999). Patients who miss initial appointments in community psychiatry? A Spanish community analysis. *Int J Soc Psychiatry* 45:(3), 198-206.
5. Kruse, G.R., Rohland, B.M. (2002). Factors associated with attendance at a first appointment after discharge from a psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 53:(4), 473-6.
6. Matas, M., Staley, D., Griffin, W. (1992). A profile of the noncompliant patient: a thirty-month review of outpatient psychiatry referrals. *Gen Hosp Psychiatry* 14:(2), 124-30.
7. Corfield, L., Schizas, A., Noorani, A., Williams, A. (2008). Non-attendance at the colorectal clinic: a prospective audit. *Ann R Coll Surg Engl* 90:(5), 377-80.
8. Campbell, B., Staley, D., Matas, M. (1991). Who misses appointments? An empirical analysis. *Can J Psychiatry* 36:(3), 223-5.
9. Cordiner, D., Logie, L., Becher, J.C. (2010). To see or not to see?...that is the question. An analysis of out-patient follow-up arrangements and non-attendance in a community paediatric population. *Scott Med J* 55:(1), 17-9.
10. Charupanit, W. (2009). Factors related to missed appointment at psychiatric clinic in Songklanagarind Hospital. *J Med Assoc Thai* 92:(10), 1367-9.
11. O'Brien, G., Lazebnik, R. (1998). Telephone call reminders and attendance in an adolescent clinic. *Pediatrics* 101:(6), E6.
12. Rao, J.K., Weinberger, M., Kroenke, K. (2000). Visit-specific expectations and patient-centered outcomes: a literature review. *Arch Fam Med* 9:(10), 1148-55.
13. Barron, W.M. (1980). Failed appointments. Who misses them, why they are missed, and what can be done. *Prim Care* 7:(4), 563-74.
14. Chariatte, V., Berchtold, A., Akre, C., Michaud, P.A., Suris, J.C. (2008). Missed appointments in an outpatient clinic for adolescents, an approach to predict the risk of missing. *J Adolesc Health* 43:(1), 38-45.
15. Hull, A.M., Alexander, D.A., Morrison, F., McKinnon, J.S. (2002). A waste of time: non-attendance at out-patient clinics in a Scottish NHS Trust. *Health Bull (Edinb)* 60:(1), 62-9.

16. Murdock, A., Rodgers, C., Lindsay, H.,Tham, T.C. (2002). Why do patients not keep their appointments? Prospective study in a gastroenterology outpatient clinic. *J R Soc Med* 95:(6), 284-6.
17. Neal, R.D., Hussain-Gambles, M., Allgar, V.L., Lawlor, D.A.,Dempsey, O. (2005). Reasons for and consequences of missed appointments in general practice in the UK: questionnaire survey and prospective review of medical records. *BMC Fam Pract* 6, 47.
18. Sparr, L.F., Moffitt, M.C.,Ward, M.F. (1993). Missed psychiatric appointments: who returns and who stays away. *Am J Psychiatry* 150:(5), 801-5.
19. Carpenter, P.J., Morrow, G.R., Del Gaudio, A.C.,Ritzler, B.A. (1981). Who keeps the first outpatient appointment? *Am J Psychiatry* 138:(1), 102-5.
20. Kruse, G.R., Rohland, B.M.,Wu, X. (2002). Factors associated with missed first appointments at a psychiatric clinic. *Psychiatr Serv* 53:(9), 1173-6.
21. Neal, R.D., Lawlor, D.A., Allgar, V., Colledge, M., Ali, S., Hassey, A., Portz, C.,Wilson, A. (2001). Missed appointments in general practice: retrospective data analysis from four practices. *Br J Gen Pract* 51:(471), 830-2.
22. Rodriguez Pacheco, R., Negro Alvarez, J.M., Campuzano Lopez, F.J., Pellicer Orenes, F., Murcia Aleman, T., Serrano Santos, E., Villegas Garcia, M.,Alcaraz Quinonero, M. (2007). Non-compliance with appointments amongst patients attending an Allergology Clinic, after implementation of an improvement plan. *Allergol Immunopathol (Madr)* 35:(4), 136-44.
23. Ibach, M.B. (1995). Predictors of compliance after hospitalization. *J La State Med Soc* 147:(7), 321-4.
24. Hertz, P.,Stamps, P.L. (1977). Appointment-keeping behavior re-evaluated. *Am J Public Health* 67:(11), 1033-6.
25. Krulee, D.A.,Hales, R.E. (1988). Compliance with psychiatric referrals from a general hospital psychiatry outpatient clinic. *Gen Hosp Psychiatry* 10:(5), 339-45.
26. Hurtado, A.V., Greenlick, M.R.,Colombo, T.J. (1973). Determinants of medical care utilization. Failure to keep appointments. *Med Care* 11:(6), 189-98.
27. Oppenheim, G.L., Bergman, J.J.,English, E.C. (1979). Failed appointments: a review. *J Fam Pract* 8:(4), 789-96.
28. Adler, L.M., Yamamoto, J.,Goin, M. (1963). Failed Psychiatric Clinic Appointments. Relationship to Social Class. *Calif Med* 99, 388-92.
29. Nose, M., Barbui, C.,Tansella, M. (2003). How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review. *Psychol Med* 33:(7), 1149-60.
30. Irwin, C.E., Jr., Millstein, S.G.,Ellen, J.M. (1993). Appointment-keeping behavior in adolescents: factors associated with follow-up appointment-keeping. *Pediatrics* 92:(1), 20-3.
31. Lacy, N.L., Paulman, A., Reuter, M.D.,Lovejoy, B. (2004). Why we don't come: patient perceptions on no-shows. *Ann Fam Med* 2:(6), 541-5.

32. Berrigan, L.P., Garfield, S.L. (1981). Relationship of missed psychotherapy appointments to premature termination and social class. *Br J Clin Psychol* 20:(Pt 4), 239-42.
33. Lloyd, M., Bradford, C., Webb, S. (1993). Non-attendance at outpatient clinics: is it related to the referral process? *Fam Pract* 10:(2), 111-7.
34. Ritchie, P.D., Jenkins, M., Cameron, P.A. (2000). A telephone call reminder to improve outpatient attendance in patients referred from the emergency department: a randomised controlled trial. *Aust N Z J Med* 30:(5), 585-92.
35. Karter, A.J., Parker, M.M., Moffet, H.H., Ahmed, A.T., Ferrara, A., Liu, J.Y., Selby, J.V. (2004). Missed appointments and poor glycemic control: an opportunity to identify high-risk diabetic patients. *Med Care* 42:(2), 110-5.
36. Compton, M.T., Rudisch, B.E., Craw, J., Thompson, T., Owens, D.A. (2006). Predictors of missed first appointments at community mental health centers after psychiatric hospitalization. *Psychiatr Serv* 57:(4), 531-7.
37. Hills, L.S. (2009). How to handle patients who miss appointments or show up late. *J Med Pract Manage* 25:(3), 166-70.
38. Pesata, V., Pallija, G., Webb, A.A. (1999). A descriptive study of missed appointments: families' perceptions of barriers to care. *J Pediatr Health Care* 13:(4), 178-82.
39. Smoller, J.W., McLean, R.Y., Otto, M.W., Pollack, M.H. (1998). How do clinicians respond to patients who miss appointments? *J Clin Psychiatry* 59:(6), 330-8; quiz 339-40.
40. Wang, D., Crilly, J., Jaeger, L., Palmer, G. (2007). Assessing patient preferences for delivery of reminders on scheduled visits in a psychiatry ambulatory service. *AMIA Annu Symp Proc*, 776-80.
41. Roberts, N., Meade, K., Partridge, M. (2007). The effect of telephone reminders on attendance in respiratory outpatient clinics. *J Health Serv Res Policy* 12:(2), 69-72.
42. Jayaram, M., Rattehalli, R.D., Kader, I. (2008). Prompt letters to reduce non-attendance: applying evidence based practice. *BMC Psychiatry* 8, 90.
43. Swenson, T.R., Pekarik, G. (1988). Interventions for reducing missed initial appointments at a community mental health center. *Community Ment Health J* 24:(3), 205-18.
44. Reda, S., Makhoul, S. (2001). Prompts to encourage appointment attendance for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* (2), CD002085.
45. Doering S., L.A., Schüßler G. (2007). Die psychosomatisch-psychotherapeutische Ambulanz. Konzepte und klinische Praxis. Stuttgart: Schattauer Verlag, 1-32.
46. Löwe, B., Zipfel, S., Herzog, W. (2002). PHQ-D Gesundheitsfragebogen für Patienten. Kurzanleitung zur Komplettversion und Kurzversion. Verfügbar unter: [http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische\\_Klinik/download/PHQ\\_Kurzanleitung1.pdf](http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische_Klinik/download/PHQ_Kurzanleitung1.pdf). [15.09. 2010]

47. Löwe, B., Spitzer R. L., Zipfel, S., Herzog, W. (2002). PHQ-D Gesundheitsfragebogen für Patienten. Manual. Komplettversion und Kurzform. Verfügbar unter: [http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische\\_Klinik/download/PHQ\\_Manual1.pdf](http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische_Klinik/download/PHQ_Manual1.pdf). [16.09. 2010]
48. Kroenke, K., Spitzer, R.L.,Williams, J.B. (2002). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med* 64:(2), 258-66.
49. Löwe B., U.J., Callahan C.M., Perkins A.J., Kroenke K. (2004). Monitoring depression treatment outcomes with the Patient Health Questionnaire-9. *Med Care* 42:(12), 1194-1201.
50. Waller, N., Putnam, F., Carlson, E., (1996). Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychol Methods* 1, 300 –321.
51. Spitzer, C., Stieglitz R.-D., Freyberger, H.J. (2004). Handbuch FDS. Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen. Verfügbar unter: <http://www.unifr.ch/ztd/HTS/inftest/WEB-Informationssystem/de/4dek01/3364ed8cf4f011d380fc005004431da2/hb.htm>. [01.03. 2010]
52. Bernstein, E.M.,Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis* 174:(12), 727-35.
53. Waller, N.G.,Ross, C.A. (1997). The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: taxometric and behavior genetic findings. *J Abnorm Psychol* 106:(4), 499-510.
54. Foa, E. (1996). *Posttraumatic Diagnostic Scale Manual*. Minneapolis: MN: National Computer Systems.
55. Foa, E., Cashman, L., Jaycox, L., Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of PTSD: The Posttraumatic Diagnostic Scale Psychological Assessment 9, 445-451.
56. Emrich, H.M. (2003). Medizinische Hochschule Hannover - Zentrum Psychologische Medizin - Arbeitsgruppe Dissoziative Störungen. Standardisierte Messinstrumente für die Posttraumatische Belastungsstörung (PTB). Verfügbar unter: <http://www.infonetz-dissoziation.de/t-diag-ptb.html>. [15.09. 2010]
57. Hawkins, J. (2008). Handouts and questionnaires for posttraumatic stress disorder (PTSD) - IES and scoring details. Verfügbar unter: <http://goodmedicine.org.uk/stressedtozest/2008/12/handouts-questionnaires-posttraumatic-stress-disorder-ptsd-first-post>. [10.03. 2010]
58. Horowitz, M., Wilner, N.,Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med* 41:(3), 209-18.
59. Deusinger, I.M. (1998). *Die Frankfurter Körperkonzeptskalen (FBK-20)*. Göttingen: Hogrefe Verlag.



60. Brähler, E., Strauß, B., Hessel, A., Schuhmacher, J. (2000). Normierung des Fragebogens zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBek) an einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. *Diagnostika* 46, 156-164.
61. Strauß, B., Richter-Appelt, H. (1996). Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBek). Göttingen: Hogrefe Verlag.
62. Clement, U., Löwe, B. (1996). Fragebogen zum Körperbild (FBK-20). Göttingen: Hogrefe Verlag.
63. Pöhlmann, K. (2009). DKB-35: Interpretation der Werte. Verfügbar unter: <http://www.psychosomatik-ukd.de/daten/2009/01/interpretation-der-dkb-werte.pdf>. [20.09. 2009]
64. Pöhlmann, K., Thiel, P. P., Joraschky, P. (2007). Entwicklung und Validierung des Dresdner Körperbildfragebogens DKB-35. Verfügbar unter: [http://www.psychosomatik-ukd.de/daten/2008/05/pohlmann-thiel-joraschky\\_in-druck\\_entwicklung-und-validierung-des-dkb-35.pdf](http://www.psychosomatik-ukd.de/daten/2008/05/pohlmann-thiel-joraschky_in-druck_entwicklung-und-validierung-des-dkb-35.pdf). [13.04. 2011]
65. Pöhlmann, K., Thiel, P. P., Joraschky, P. (2007). Der Dresdner Fragebogen zum Körperbild (DKB-35). Verfügbar unter: [http://www.psychosomatik-ukd.de/daten/2007/09/dkb-35\\_item-skalenzuordnung.pdf](http://www.psychosomatik-ukd.de/daten/2007/09/dkb-35_item-skalenzuordnung.pdf). [20.09. 2010]
66. Baurecht, H., Busch, R., Haller, B., Hapfelmeier, A., Heinrich, P., Schuster, T., Ulm, K., Wagenpfeil, S. (WS 2008/09). *Biomathe Computerseminar. Kursunterlagen.* Verfügbar unter. 4.Aufl.]
67. Freud, S. (1999). Zur Psychopathologie des Alltagslebens. In: A. Freud (Hrsg.): *Sigmund Freud. Gesammelte Werke.* Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 149-178.
68. Smith, L.K., Pope, C., Botha, J.L. (2005). Patients' help-seeking experiences and delay in cancer presentation: a qualitative synthesis. *Lancet* 366:(9488), 825-31.
69. Raspa, R.F., Cusack, J. (1990). Psychiatric implications of tattoos. *Am Fam Physician* 41:(5), 1481-6.
70. Manuel, L., Retzlaff, P.D. (2002). Psychopathology and tattooing among prisoners. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 46:(5), 522-31.
71. Ferguson-Rayport, S.M., Griffith, R.M., Straus, E.W. (1955). The psychiatric significance of tattoos. *Psychiatr Q* 29:(1), 112-31.
72. Bui, E., Rodgers, R., Cailhol, L., Birmes, P., Chabrol, H., Schmitt, L. (2010). Body piercing and psychopathology: a review of the literature. *Psychother Psychosom* 79:(2), 125-9.
73. Sweetman, P., 51-76. (1999). Anchoring the (postmodern) self? Body modification, fashion and identity. *Body and Society* 5, 51-76.
74. Welt Online: Halbe, B., Fachanwalt Für Medizinrecht, Sprecher des Arbeitskreises Medizinrecht des Kölner Anwaltvereins E.v. (2008). Arzttermin verpasst. Verfügbar unter: [http://www.welt.de/welt\\_print/article1807756/Arzttermin\\_verpasst.html](http://www.welt.de/welt_print/article1807756/Arzttermin_verpasst.html). [01.10. 2010]

75. Heinz, A. (2010). Arzttermin abgesagt. Strafe! Verfügbar unter: <http://www.heute.at/news/oesterreich/bundeslaender/Arzttermin-abgesagt-Strafe-;art1303,203617>. [01.10. 2010]
76. Russo, N.F.,Pirlott, A. (2006). Gender-based violence: concepts, methods, and findings. *Ann N Y Acad Sci* 1087, 178-205.
77. Walker, J.L., Carey, P.D., Mohr, N., Stein, D.J.,Seedat, S. (2004). Gender differences in the prevalence of childhood sexual abuse and in the development of pediatric PTSD. *Arch Womens Ment Health* 7:(2), 111-21.
78. Weiss, E.L., Longhurst, J.G.,Mazure, C.M. (1999). Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. *Am J Psychiatry* 156:(6), 816-28.

## **7. Anhang**

Anhang 1, Basisdokumentation (PsyBaDo)

Anhang 2, PHQ-D Option C

Anhang 3, Dissociative Experiences Scale Taxon (DESTAX)

Anhang 4, Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS)

Anhang 5, Impact of Event Scale (IES)

Anhang 6, Dresdner Fragebogen zum Körperbild (DKB-35)

Anhang 7, Anschreiben

# Anhang 1

## Patientenfragebogen

Datum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

SAP-Nummer: \_\_\_\_\_

Im Zusammenhang mit der Beratung hier im Hause benötigen wir einige Informationen für unsere Unterlagen. Wir bitten Sie deshalb, diesen Fragebogen **sorgfältig und vollständig** auszufüllen.

Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt. Bitte machen Sie jeweils ein Kreuz in das zutreffende kleine  oder eine Eintragung in das große  Antwortkästchen.

Vielen Dank!

### 1. Alter

Jahre

### 2. Geschlecht

1 männlich  2 weiblich

### 3. Familienstand

1 ledig  3 geschieden  
 2 verheiratet  4 verwitwet

### 4. Wie ist Ihre derzeitige Partnersituation?

1 kein fester Partner  
 2 fester Partner - getrennt lebend  
 3 fester Partner - zusammen lebend

### 5. Haben Sie Kinder?

ja  0 nein  
wenn ja, wieviele?  Anzahl

### 6. Welche Ausbildung haben Sie?

1 Volks-, Hauptschule ohne abgeschlossene Lehre  
 2 Volks-, Hauptschule mit abgeschlossener Lehre  
 3 Realschul- / gleichwertiger Abschluss (z.B. Mittlere Reife)  
 4 Abitur, (Fach-)Hochschulreife  
 5 abgeschl. Studium (z.B. Universität, Fachhochschule)  
 6 (noch) ohne Schulabschluss

### 7. Wie sind Sie zur Zeit beschäftigt?

1 Vollzeit erwerbstätig (über 36 Std. in der Woche)  
 2 Teilzeit erwerbstätig (bis zu 36 Std.)  
 3 arbeitslos / arbeitssuchend  
 4 Rentner(in), Pensionär(in)  
 5 Hausfrau / Hausmann  
 6 in Ausbildung(z.B. Schule, Studium)  
 7 sonstiges: \_\_\_\_\_

### 8. Falls Sie arbeitslos sind: Seit wievielen Wochen?

1 entfällt  
seit  Wochen

### 9. Sind Sie zur Zeit krankgeschrieben?

1 ja  2 nein *[nur für Erwerbstätige]*  
wenn ja, seit  Wochen

### 10. Gibt es ein laufendes Rentenverfahren?

1 nein  
 2 Rentenantrag gestellt  
 3 Rentenstreit/Sozialgerichtsverfahren  
 4 Zeitrente

### 11. Waren Sie schon einmal in stationärer psychosomatischer oder psychiatrischer Behandlung?

1 ja  2 nein

wenn ja: Wie viele Monate waren Sie bisher insgesamt in einer psychosomatischen Klinik?

Monate (Klinikaufenthalt)

Wie viele Monate waren Sie bisher insgesamt in einer psychiatrischen Klinik?

Monate (Klinikaufenthalt)

### 12. Sind/waren Sie schon einmal in ambulanten psychotherapeutischer Behandlung?

0 nein *[Mehrfachangaben möglich]*  
 1 ja, früher  
 1 ja, zur Zeit

### 13. Sind/waren Sie schon einmal in ambulanten psychiatrischer Behandlung?

0 nein *[Mehrfachangaben möglich]*  
 1 ja, früher  
 1 ja, zur Zeit

## Anhang 2

**Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.**

1. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der <b>letzten 4 Wochen</b> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Nicht be- einträchtigt	Wenig be- einträchtigt	Stark be- einträchtigt
a. Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <b>letzten 2 Wochen</b> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. Fragen zum Thema „Angst“.**

	NEIN	JA
a. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 5</b>		
b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf - d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Denken Sie bitte an Ihren letzten schlimmen Angstanfall.**

	NEIN	JA
a. Bekamen Sie schlecht Luft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Haben Sie geschwitzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Hatten Sie das Gefühl zu ersticken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Hatten Sie Hitzewallungen oder Kälteschauer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Fühlten Sie sich schwindelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Spürten Sie ein Kribbeln, oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Zitterten oder bebten Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Hatten Sie Angst, Sie würden sterben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?**

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Anhang 4

**Viele Menschen haben irgendwann einmal in ihrem Leben ein sehr belastendes oder traumatisches Erlebnis oder werden Zeugen eines solchen Ereignisses. Bitte geben Sie für jedes der folgenden Ereignisse an, ob Sie es erlebt haben, entweder persönlich oder als Zeuge. Bitte kreuzen Sie JA an, wenn dies der Fall war, und Nein, wenn dies nicht der Fall war.**

- |     |    |      |  |
|-----|----|------|--|
| 1.  | JA | NEIN | Schwerer Unfall, Feuer oder Explosion (z.B. Arbeitsunfall, Unfall in der Landwirtschaft, Autounfall, Flugzeug- oder Schiffsunglück)  |
| 2.  | JA | NEIN | Naturkatastrophe (z.B. Wirbelsturm, Orkan, Flutkatastrophe, schweres Erdbeben)   |
| 3.  | JA | NEIN | Gewalttätiger Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit einer Schußwaffe bedroht werden, Stichverletzung zugefügt bekommen) |
| 4.  | JA | NEIN | Gewalttätiger Angriff durch fremde Person (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit einer Schußwaffe bedroht werden, Stichverletzung zugefügt bekommen)                                  |
| 5.  | JA | NEIN | Sexueller Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung)   |
| 6.  | JA | NEIN | Sexueller Angriff durch fremde Person (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung)  |
| 7.  | JA | NEIN | Kampfeinsatz im Krieg oder Aufenthalt in Kriegsgebiet  |
| 8.  | JA | NEIN | Gefangenschaft (z.B. Strafgefangener, Kriegsgefangener, Geißel)  |
| 9.  | JA | NEIN | Folter   |
| 10. | JA | NEIN | Lebensbedrohliche Krankheit  |
| 11. | JA | NEIN | Anderes traumatisches Ereignis   |

Bitte beschreiben Sie dieses Ereignis:

\_\_\_\_\_

Wenn Sie mehrmals JA angekreuzt haben, geben Sie bitte hier die Nummer desjenigen Erlebnisses an, das Sie am meisten belastet:

Nr. \_\_\_\_\_

PDS/1



## Anhang 5

Im folgenden sind Aussagen aufgeführt, die Menschen nach belastenden Lebensereignissen formuliert haben. Bitte beantworten Sie diese Fragen in Bezug auf Ihr belastendes Erlebnis (siehe vorhergehende Fragebogenseite).

Wenn Sie kein stark belastendes Ereignis erlebt haben, braucht dieser Fragebogen nicht ausgefüllt werden

Kreuzen Sie bei jeder Aussage an, wie häufig Sie innerhalb der letzten Tage zutraf. Wenn eines der beschriebenen Ereignisse während dieser Zeit nicht aufgetreten ist, kreuzen Sie bitte die Spalte 'überhaupt nicht' an.

	überhaupt nicht	selten	manchmal	oft
1. Jede Art von Erinnerung weckte auch die Gefühle wieder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ich hatte Mühe, einzuschlafen oder durchzuschlafen, weil mir Bilder davon oder Gedanken daran durch den Kopf gingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Andere Dinge erinnerten mich wieder daran	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ich dachte daran, wenn ich nicht daran denken wollte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ich unterdrückte meine Aufregung, wenn ich daran dachte oder daran erinnert wurde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Mir kam es vor, als wäre es nicht wahr oder als wäre es gar nicht passiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ich blieb von allem fern, was mich daran erinnerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Bilder davon drängten sich mir in den Sinn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ich versuchte, nicht daran zu denken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mir war zwar bewusst, daß ich noch gefühlsmäßig damit zu tun hatte, aber ich kümmerte mich nicht darum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ich hatte deswegen starke Gefühlsaufwallungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Ich versuchte es aus meiner Erinnerung zu löschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Ich habe davon geträumt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Ich versuchte nicht darüber zu sprechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Meine Gefühle darüber waren wie betäubt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

IES

## Anhang 6

### DRESDNER KÖRPERBILDFRAGEBOGEN – DKB-35

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir möchten Sie bitten, eine Reihe von Fragen zu beantworten, in denen es um die Einstellung zum eigenen Körper geht. Bitte geben Sie an, in welchem Ausmaß die Aussagen im Augenblick auf Sie zutreffen.

Vielen Dank!

*Bitte machen Sie zunächst einige Angaben zu Ihrer Person:*

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

Geschlecht:  männlich  weiblich

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

*Treiben Sie regelmäßig Sport?*

- ja  
 nein

*Halten Sie momentan Diät?*

- ja  
 nein

*Haben Sie eine Tätowierung oder ein Piercing?*

- Tätowierung:  eine  zwei  mehrere  
 Piercing:  ein  zwei  mehrere  
 nein

**Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen im Augenblick auf Sie zutreffen.**

1. Ich bewege mich anmutig.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
2. Ich bin häufig körperlich angeschlagen.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
3. Mir fehlt es an Spannkraft und Elan.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
4. In der Sexualität spüre ich meinen Körper angenehm und intensiv.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
5. Körperkontakt ist mir wichtig, um Nähe auszudrücken.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
6. Ich fühle mich körperlich oft schlapp.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
7. Es gibt viele Situationen, in denen ich mit meinem Körper zufrieden bin.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
8. Ich bin körperlich fit.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
9. Ich bin mit meinem sexuellen Erleben sehr zufrieden.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
10. Andere Menschen finden mich attraktiv.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
11. Ich suche körperlich Nähe und Zärtlichkeit.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
12. Ich mag meinen Körper.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
13. Ich finde es angenehm und anregend, wenn jemand mich aufmerksam anschaut.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
14. Ich habe viel Energie	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
15. Ich wähle meine Kleidung bewusst so, dass sie meinen Körper verbirgt.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
16. Sexualität ist für mich ein wichtiger Lebensbereich.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
17. Ich bin körperlich leistungsfähig.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
18. Ich fühle mich oft in meinem Körper unwohl.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
19. Ich mag es nicht, wenn man mich anfasst.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig

© Pöhlmann, Thiel und Joraschky 2007

20. Wenn jemand meinem Körper Aufmerksamkeit schenkt, fühle ich mich aufgewertet.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
21. Ich kann sexuelle Situationen ungehemmt genießen.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
22. Ich lasse mich gern in den Arm nehmen.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
23. Ich wünsche mir einen anderen Körper.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
24. Ich vermeide es bewusst, andere Menschen zu berühren.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
25. Ich bin mit meinem Aussehen zufrieden.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
26. Ich komme körperlich schnell an meine Grenzen.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
27. Ich kann meine Sexualität genießen	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
28. Wenn ich etwas an meinem Körper verändern könnte, würde ich es tun.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
29. Mein Körper ist ausdrucksvoll.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
30. Körperliche Berührungen lasse ich nur von wenigen Menschen zu.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
31. Ich setze meinen Körper ein, um Aufmerksamkeit zu erlangen.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
32. Ich bin körperlich belastbar und widerstandsfähig.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
33. Ich zeige meinen Körper gern.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
34. Ich stehe gern im Mittelpunkt.	nicht	Kaum	teilweise	weitgehend	völlig
35. Meine sexuellen Erfahrungen sind befriedigend für mich.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig

## Anhang 7



**Klinik und Poliklinik für Psychosomatische  
Medizin und Psychotherapie  
Klinikum rechts der Isar  
der Technischen Universität München**

Anstalt des öffentlichen Rechts

**Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Peter Henningsen**



PM  
Psychosomatische Medizin, Langerstraße 3, 81675 München

Briefanschrift 81675 München  
Langerstraße 3/I  
Telefon (089) 4140-4311  
Telefax (089) 4140-4845  
E-Mail psychosomatik@lrz.tum.de  
Internet www.med.tu-muenchen.de

**Allgemeine Ambulanz**  
Leitung Dr. med. C. Lahmann  
Telefon (089) 4140-2031  
Anmeldung (089) 4140-4313

Sehr geehrte(r) .....

wie telefonisch besprochen senden wir Ihnen anbei einige Fragebögen zu, die von allen Patienten unserer Klinik ausgefüllt werden.

Bitte schicken Sie die ausgefüllten Fragebögen im beigefügten Rückumschlag an uns zurück; die Auswertung erfolgt anonymisiert, d.h. sie brauchen auch auf keinem der Fragebögen Ihren Namen angeben.

Wie angekündigt können wir Ihnen als Aufwandsentschädigung 20,- € zukommen lassen, sobald die Fragebögen bei uns eingegangen sind. Bitte füllen Sie dazu den Abschnitt unten aus und fügen ihn den Fragebögen bei.

Bei weiteren Fragen stehen Ihnen gerne Herr Dr. Noll-Hussong (Tel. 089/4140-4319) oder Herr Dr. Lahmann (Tel. 089/4140-2031) zur Verfügung.

Wir bedanken uns sehr herzlich für Ihre Mühe und verbleiben

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Claas Lahmann

Dr. Michael Noll-Hussong

cand. med. Sara Jüde

Name des Kontoinhabers:

Kontonummer:

BLZ:

Name des Kreditinstituts:

## 8. Danksagung

Herrn Prof. Henningsen möchte ich danken, dass er mir ermöglicht hat, innerhalb seiner Abteilung die Promotion aufnehmen zu dürfen. Zusätzlich gilt mein Dank seiner guten Betreuung als mein Mentor. Neben zahlreichen Möglichkeiten und Förderungen, durch beispielsweise den Psychosomatischen Salon, verhalf er mir zu vielfältigen Einblicken in die verschiedenen Facetten der Psychosomatik. Außerdem durfte ich stets seinen wertvollen Rat und Unterstützung bei verschiedenen Bereichen des Studiums sowie auch der Dissertation genießen.

Besonderer Dank geht an meinen Doktorvater Privatdozent Dr. Lahmann und meinem Betreuer Dr. Noll-Hussong. Neben ihrer zuverlässigen Unterstützung in fachlichen Ratschlägen und anregenden Diskussionen der Arbeit bin ich auch dafür sehr dankbar, dass sie bei Fragen immer ein offenes Ohr für mich hatten und mir so schnell und gut wie möglich weitergeholfen haben. Außerdem gilt mein Dank ihrem Vertrauen in meine Fähigkeiten und Arbeit, sowohl beim Vorschlag und der damit verbundenen Förderung durch den Achievement of Bioscience Prize 2010, als auch bei der Teilnahme und Posterpräsentation am DKPM Kongress 2010. Durch sie habe ich auch über die Doktorarbeit hinaus wertvolle Erfahrungen sammeln können.

Herrn Dr. Henrich möchte ich außerdem für die Unterstützung bei Fragen danken, welche Organisation und Statistik betrafen. Frau Dr. Marten-Mittag bin ich für die zahlreichen Ratschläge und auch Unterstützung bei der statistischen Auswertung sehr dankbar. Durch sie konnte ich eine Vielzahl an Ergebnissen ermitteln.

Ein herzlicher Dank gilt auch den Sekretärinnen Frau Trapp und Frau Wilke, mit deren Hilfe und Entgegenkommen mir die Arbeit bei der Ermittlung des Studienkollektivs deutlich erleichtert wurde. Zudem möchte ich auch den studentischen Hilfskräften der Ambulanz, Lisa Johé und Gosia Ograbek danken, die sie und damit mich dabei unterstützt haben.

Und nicht zuletzt bin ich den Korrekturlesern meiner Arbeit – Christine Hangl, Andrea Seehuber, Jennifer Englmeier, Amélie Kleiner und Benedikt Grünwald - sehr dankbar. Vielen herzlichen Dank auch an Benedikt Grünwald für seine Hilfe bei der Bearbeitung der Bilder und Formatierung. Mit eurer aller Hilfe wurde das Gelingen der Dissertation deutlich vorangebracht.

Vielen Dank an Alle!