

# **Integration von sozialtherapeutischen Interventionen in die stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung**

-

## **Eine Erhebung sozialer Probleme und sozialtherapeutischer Beratungsfoki**

Prof. Dr. Maren Bösel  
Studiengangsleitung Soziale Arbeit B.A.  
SRH Hochschule Heidelberg  
[maren.boesel@srh.de](mailto:maren.boesel@srh.de)



## Gliederung

- 1. Soziale Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit – Überblick**
- 2. Ergebnisse Erhebung sozialer Probleme und sozialtherapeutischer Beratungsfoki in der Akutpsychosomatik**
- 3. Zeit für Fragen und Diskussion**

# Soziale Einflussfaktoren auf die Gesundheit – einige aktuelle Daten

# Soziale Einflussfaktoren für die psychische Gesundheit

- soziale Probleme können komplexe psychische Beeinträchtigungen nach sich ziehen (Spitzer, 2016; Ducki, 2016, Armutsbericht 2016 )

Kinder und Jugendliche in Armut vergleichbar erhöhtes Risiko für chronische Erkrankungen wie Erwachsene (Haverkamp, 2012)

**Tabelle 48: Prävalenz häufiger Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter in Relation zum Ausbildungsabschluss der Eltern**

Erkrankung des Kindes	Größter beobachteter Unterschied in der Prävalenz zwischen den Ausbildungsgruppen der Eltern				
	Altersgruppe	Keine Angabe	Kein Abschluss	Mittel	Hoch
Adipositas	5–9	–26 %	<b>52/1.000</b>	–34 %	–71%
Allergien	15–17	–31 %	<b>55/1.000</b>	–7 %	–25 %
Asthma	15–17	–32 %	<b>94/1.000</b>	–5 %	–24 %
Entwicklungsstörungen	5–9	–15 %	<b>267/1.000</b>	–14 %	–31 %
Verhaltensstörungen	5–9	–9 %	<b>159/1.000</b>	–8 %	–31 %
Zahnkaries	5–9	–23 %	<b>34/1.000</b>	–52 %	–74 %

<https://www.dak.de/dak/download/kinder--und-jugendreport-2104098.pdf> (2018)

# HÖCHSTSTAND BEI FEHLTAGEN WEGEN PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN



QUELLE: DAK-Psychreport 2021



# Arbeitslosigkeit als Risikofaktor

► Tab 3 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherte nach Diagnose und Versicherungsstatus 2018

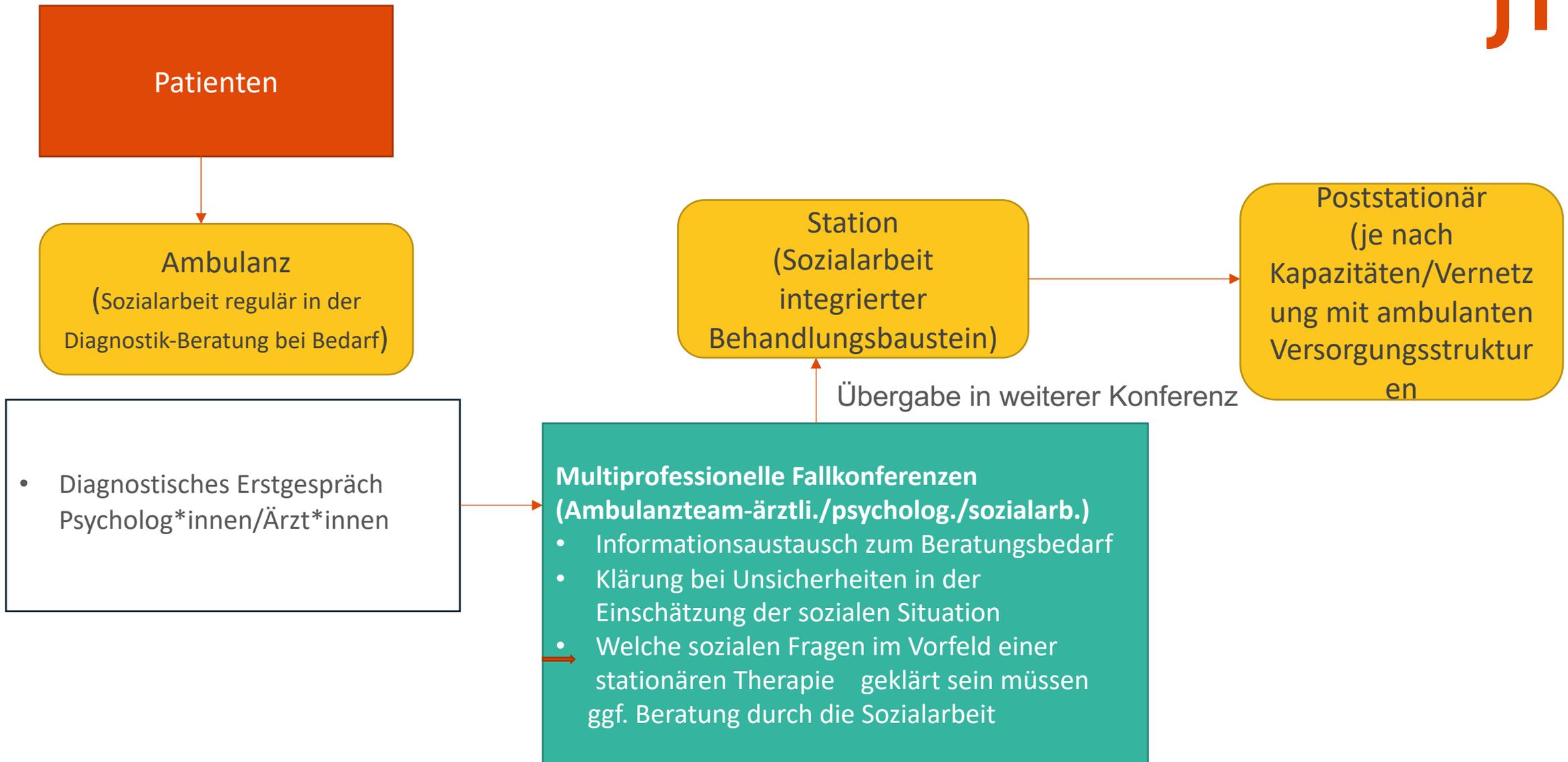
Diagnosen	Männer			Frauen		
	pflichtversicherte Beschäftigte	Arbeitslose <sup>1</sup>	Verhältnis in %	pflichtversicherte Beschäftigte	Arbeitslose <sup>1</sup>	Verhältnis in %
	Tage je 100			Tage je 100		
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	96	58	60	95	52	55
Neubildungen	56	137	245	97	184	189
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	13	43	322	13	37	294
<b>Psychische und Verhaltensstörungen</b>	<b>255</b>	<b>1381</b>	<b>542</b>	<b>373</b>	<b>1669</b>	<b>448</b>
Krankheiten des Nervensystems	46	113	248	54	122	227
Krankheiten des Auges	15	13	88	13	16	124
Krankheiten des Ohres	15	20	133	18	19	106
Krankheiten des Kreislaufsystems	100	202	202	55	109	198
Krankheiten des Atmungssystems	302	136	45	334	167	50
Krankheiten des Verdauungssystems	100	112	112	79	77	97
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	31	29	43	19	33	175
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	533	939	176	426	896	210
Krankheiten des Urogenitalsystems	21	24	118	42	44	105
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	83	128	154	99	130	131
Verletzungen und Vergiftungen	275	257	93	173	190	110
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	38	89	235	48	93	195
<b>Insgesamt</b>	<b>1979</b>	<b>3681</b>	<b>186</b>	<b>1936</b>	<b>3837</b>	<b>198</b>

<sup>1</sup> Empfänger/-innen von ALG I; Verhältnis von Tagen je 100 Versicherte im Vergleich von Arbeitslosen und beschäftigten Pflichtmitgliedern.  
Quelle: BKK, Gesundheitsreport 2019

# Erhebung sozialer Probleme und sozialtherapeutischer Beratungsfoki in der Akutpsychosomatik des Universitätsklinikums Heidelberg



# Drei-Stufen-Modell – Integration der Klinischen Sozialarbeit in das Gesamtbehandlungskonzept



## Soziale Einflussfaktoren –



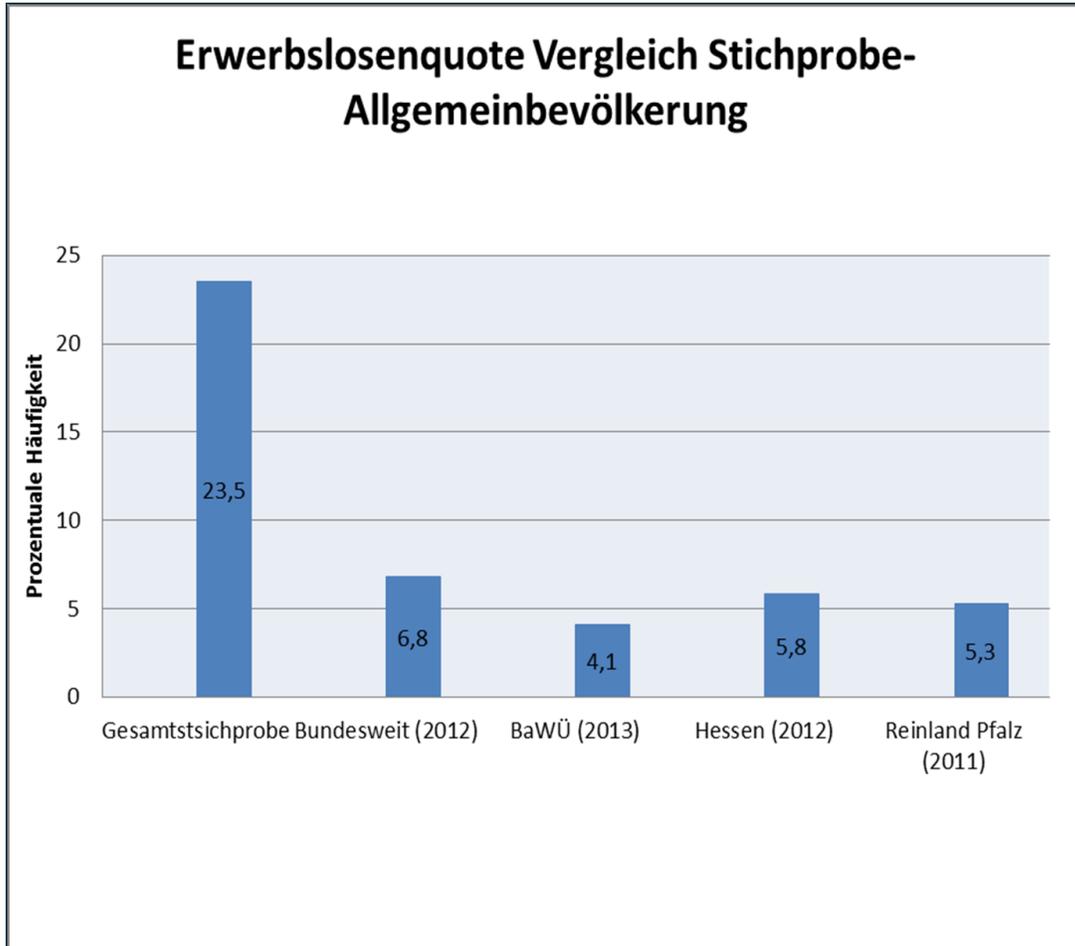
### Überblick zu wichtigen Ergebnissen aus einer Studien aus der Akutpsychosomatik

- Retrospektive Auswertung von sozialanamnestischen Daten und erhobene beruflichen und sozialen Beratungsfoki
- Erhebungszeitraum 2010-2013, sozialanamnestische Daten n = 1186, Beratungsfoki n=878
- Für eine Subgruppe zusätzliche Fragebogendiagnostik: Symptombelastung (EB-45; Haug et al., 2004), Strukturniveau der Persönlichkeit (OPD-SF; Ehrenthal et al., 2012), n=476
- Daten wurden in drei unterschiedlichen Settings erhoben:
  - Konfliktorientiert-affektmobilisierendes (Angst, Depression, somatoform),
  - strukturbezogen-interaktionelles (chron. Rez. Depression, chron. Angst, Borderline, stabile kompl. PTSD)
  - strukturbezogen- stabilisierendes Behandlungssetting (kompl. PTSD, Borderline, massive Instabilität in Krisen)

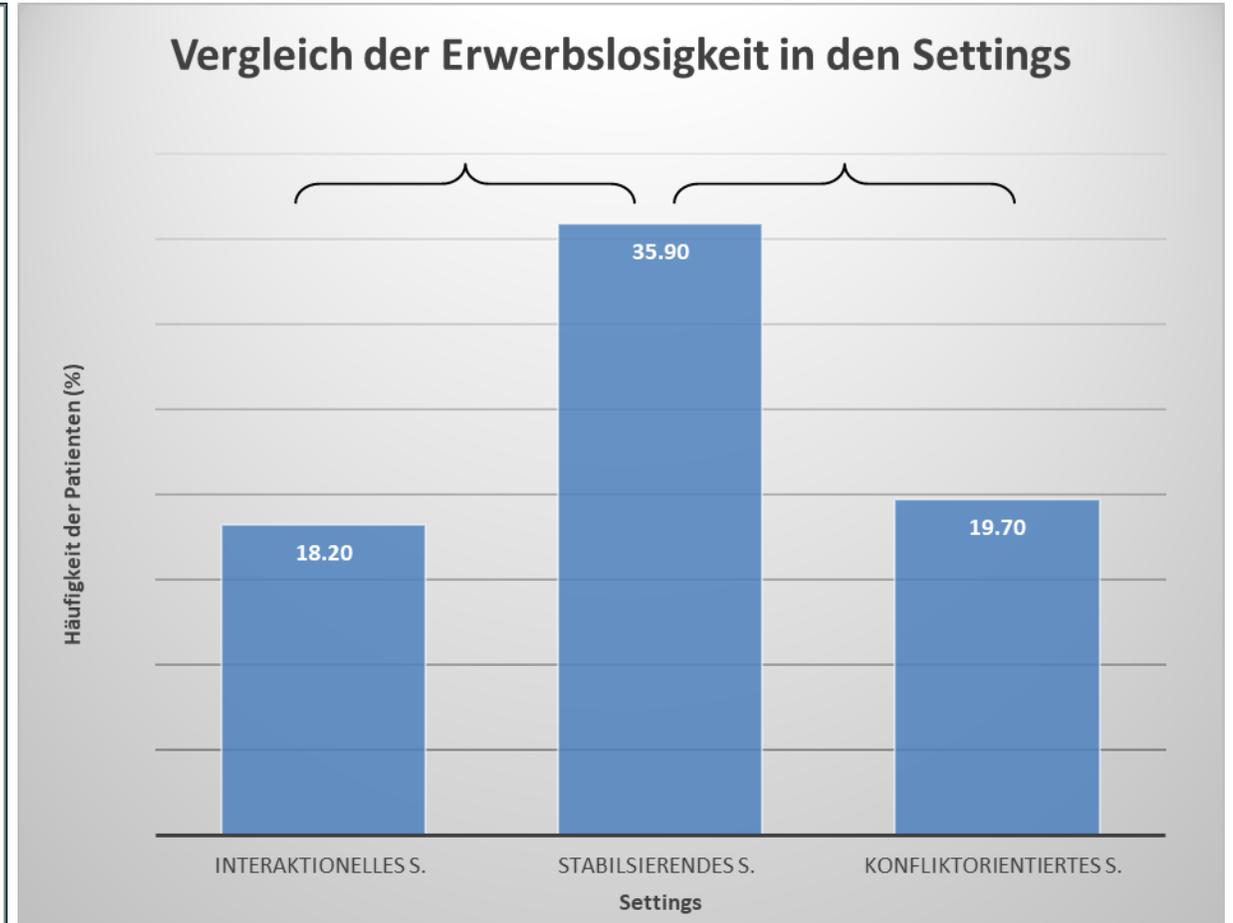
# Fragestellung

- Wie groß ist das Ausmaß an sozialen Problemen und Beschwerden?
- Welche spezifischen Beratungsfoki lassen sich abbilden?
- Gibt es spezifische soziale oder medizinische Faktoren (Symptombelastung und Strukturniveau), die den Schwerpunkt der psychosozialen Beratung thematisch beeinflussen?

# Ergebnisse der Studie – Soziale Problemlagen – sozioökonomischer Status

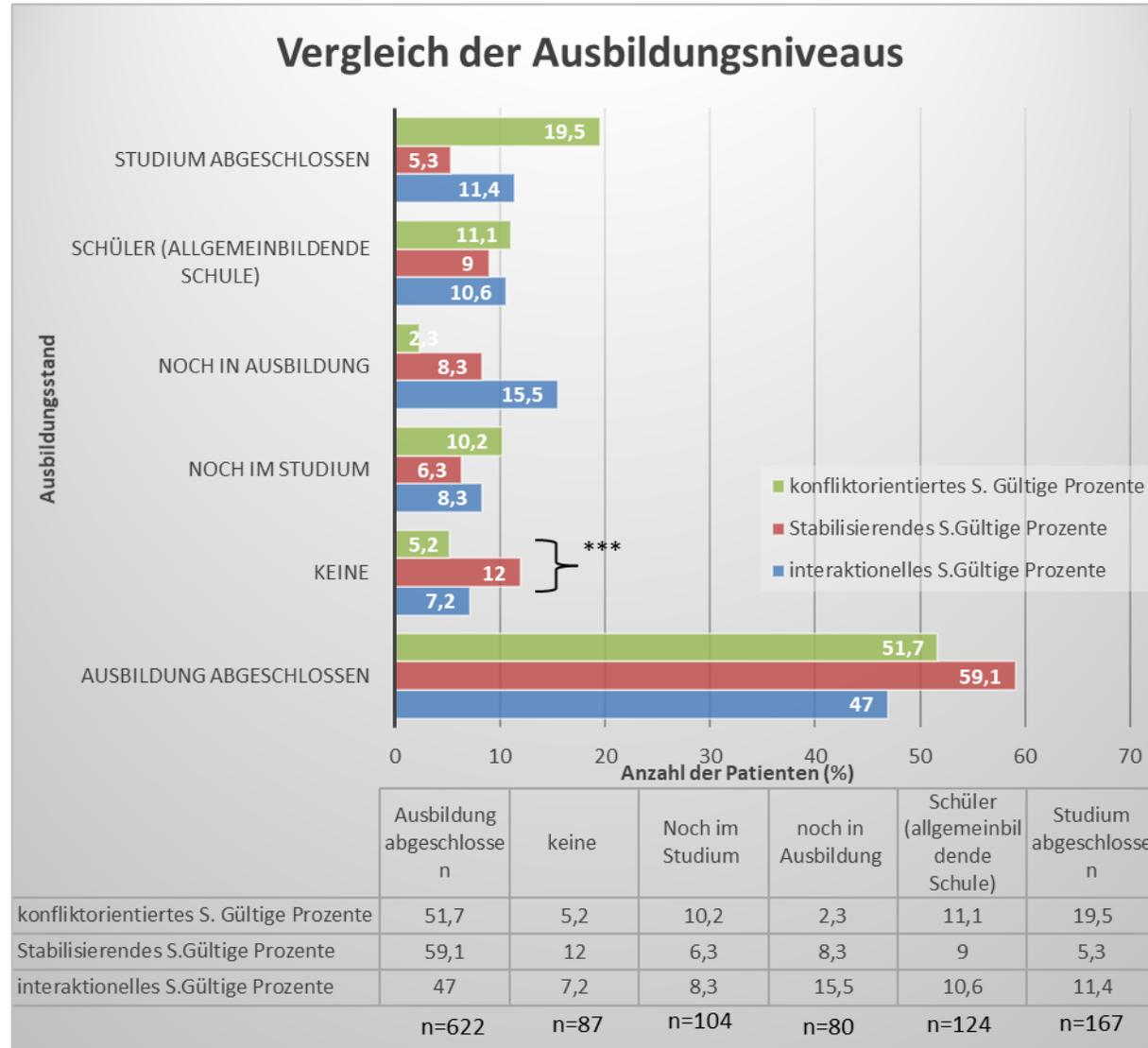


Prozentuale Häufigkeit der Erwerbslosigkeit der Stichprobe im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung



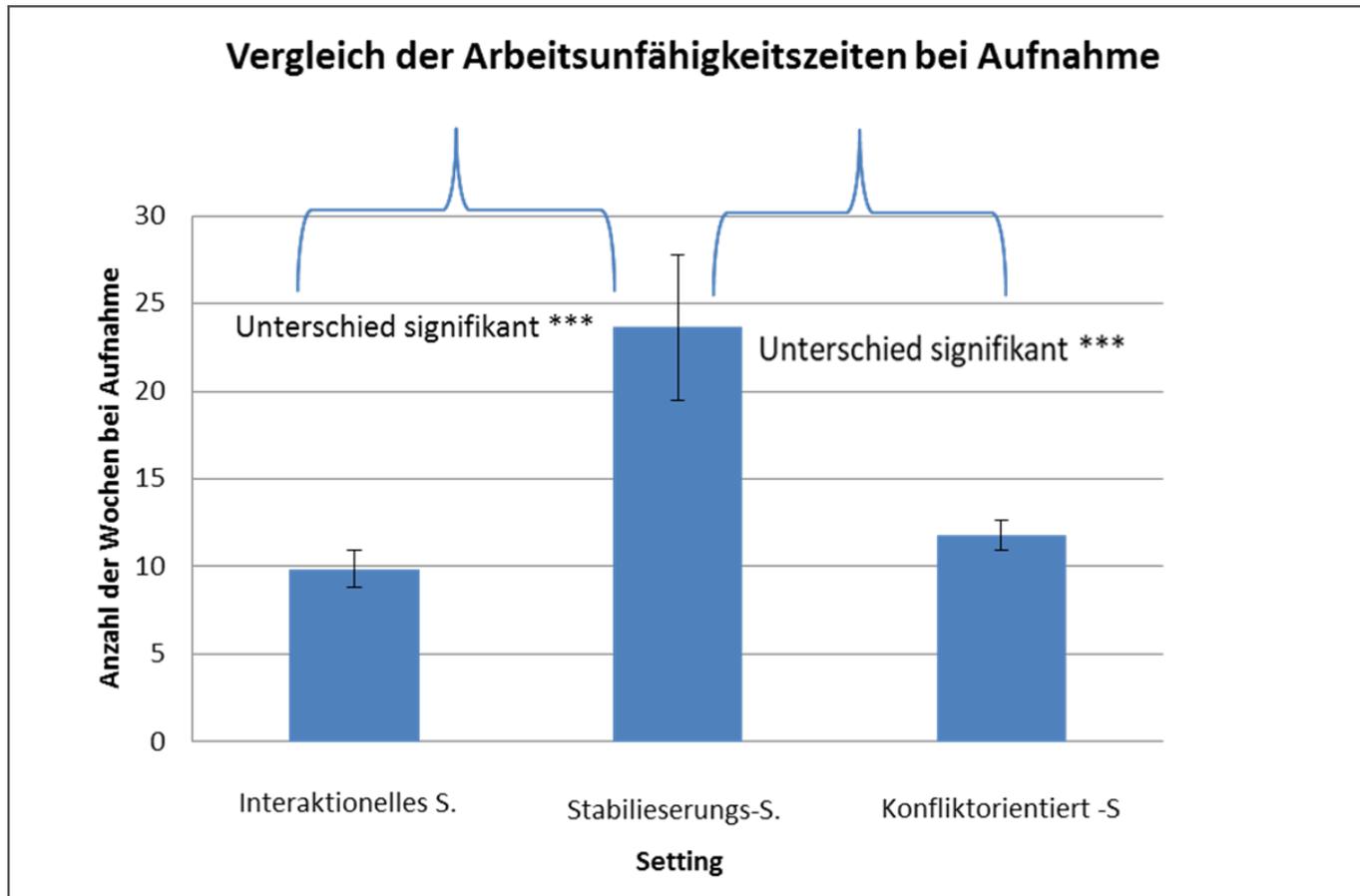
Prozentuale Häufigkeit der Erwerbslosigkeit in den Settings,  $p < .001$  \*\*  $p < .01$  \*  $p < .05$

\*\*\*



Übersicht der prozentualen Häufigkeiten der Ausbildungsabschlüsse in den Settings.  
 Signifikanz im Bereich des Ausbildungsniveaus zwischen den Settings (\*\*\*)  $p < .001$  \*\*  $p < .01$   
 \*  $p < .05$ )

## Ergebnisse der Studie – Soziale Problemlagen – sozioökonomischer Status

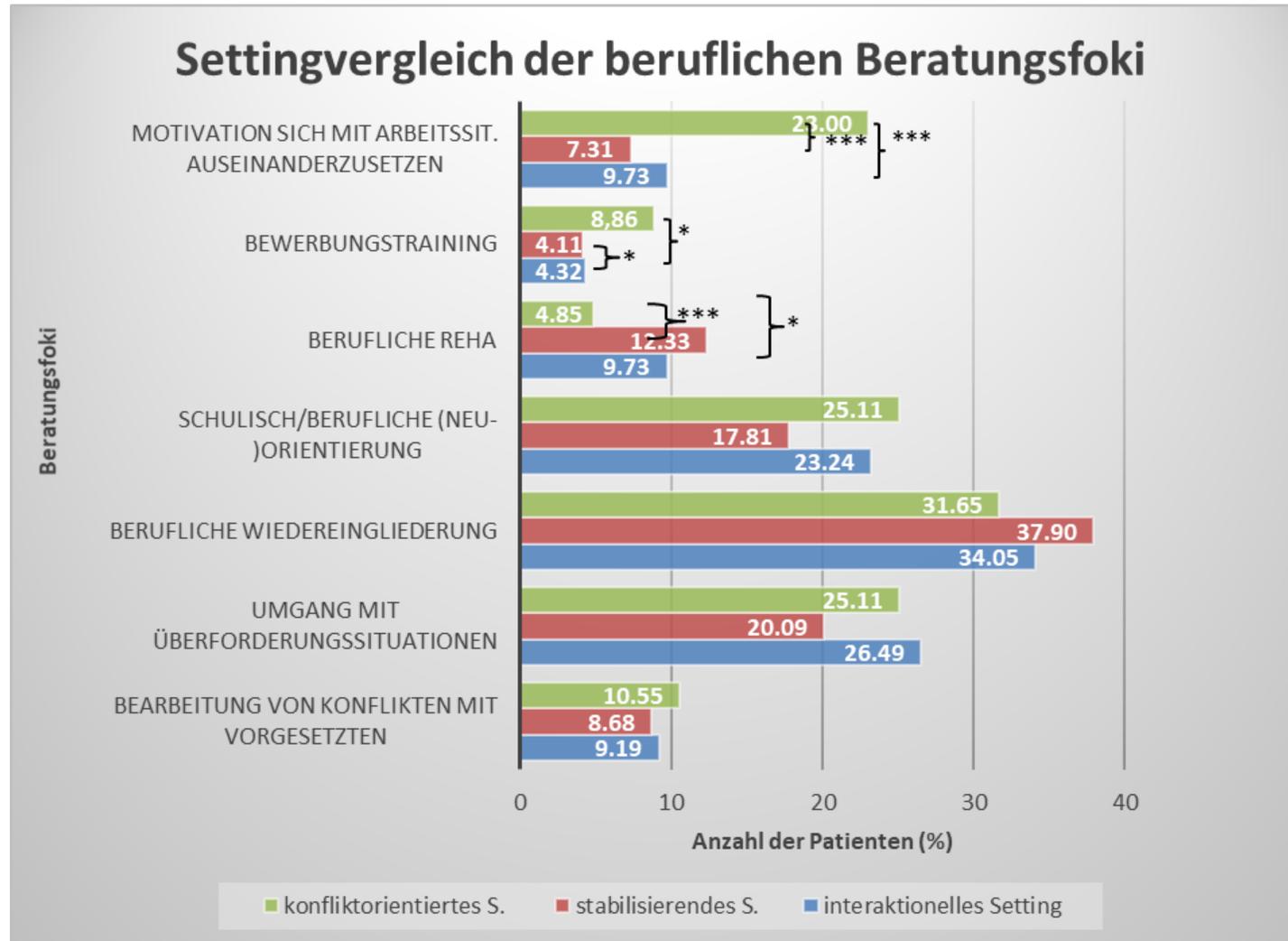


Vergleich der Arbeitsunfähigkeitszeiten in den Behandlungssetting, \*\*\*  $p < .001$

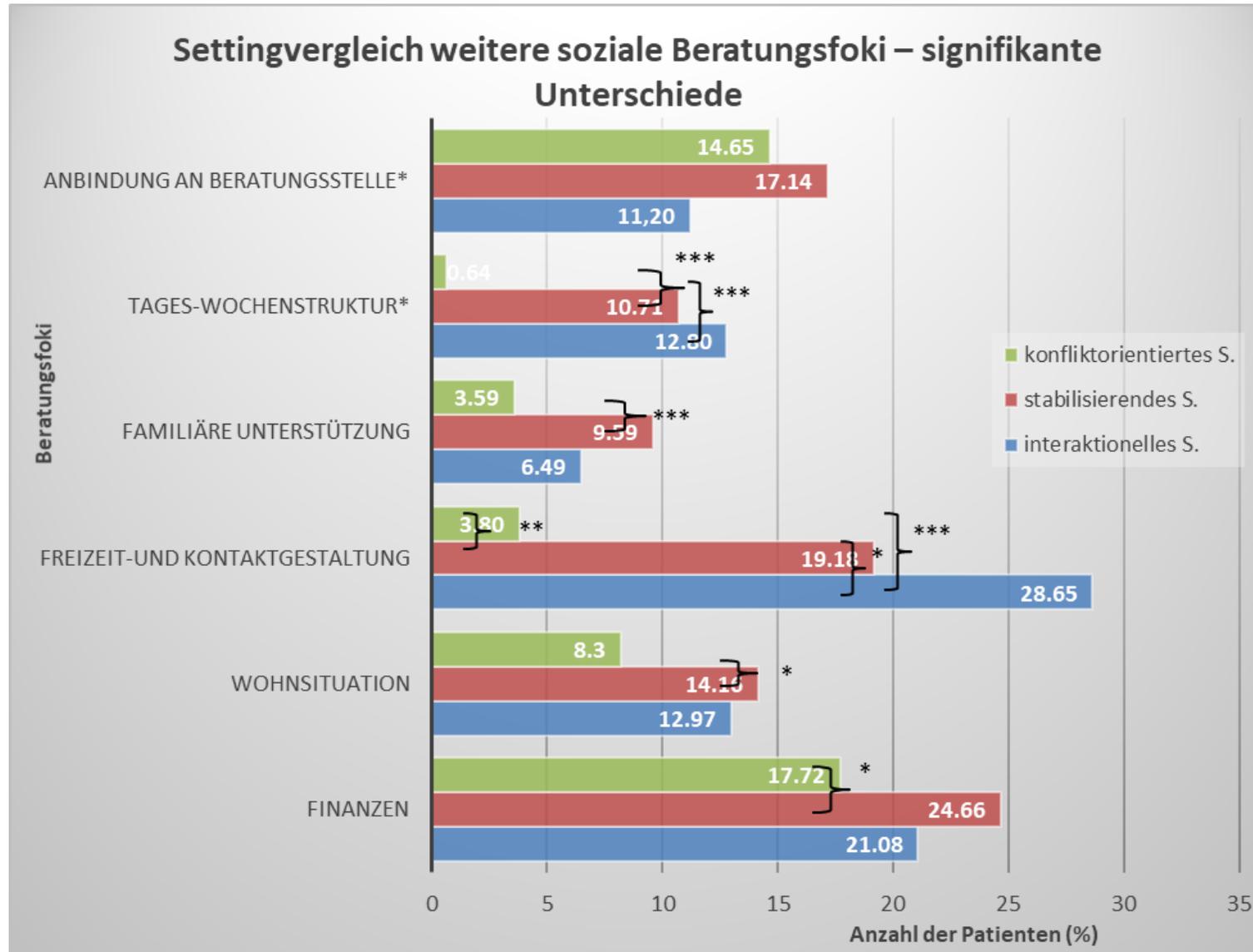
# Ergebnisse der Studie – Welche sozialen Beratungsfoki stehen im Vordergrund

<u>Berufliche Beratungsfoki</u>	1	Bearbeitung von Konflikten mit Vorgesetzten
	2	Umgang mit Überforderungssituationen
	3	berufliche Wiedereingliederung
	4	Schulisch/berufliche (Neu-)orientierung
	5	berufliche Reha
	6	Bewerbungstraining
	7	Motivation sich mit <u>Arbeitsit.</u> auseinanderzusetzen
<u>Weitere soziale Beratungsfoki</u>	8	Finanzen (Einkommensfragen, Schulden)
	9	Wohnsituation
	10	Freizeit- und Kontaktgestaltung
	11	familiärer Unterstützung Bedarf
	12	Tages- bzw. Wochenstruktur
	13	Anbindung ambulante Beratungsstellen

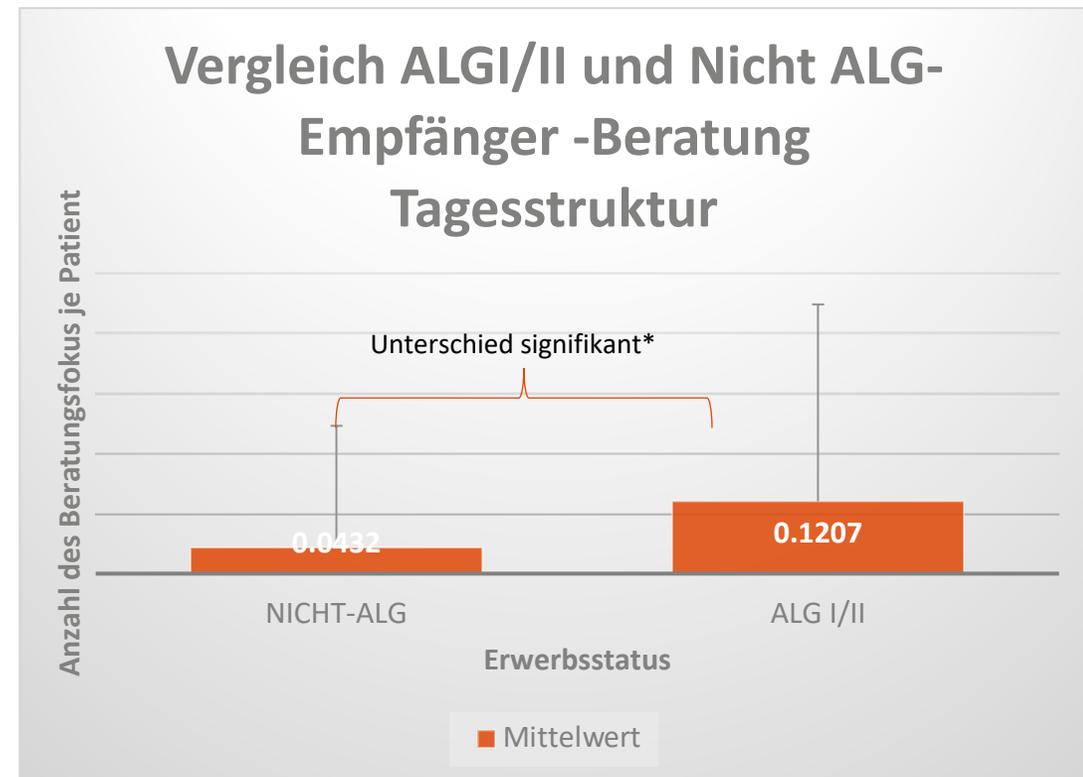
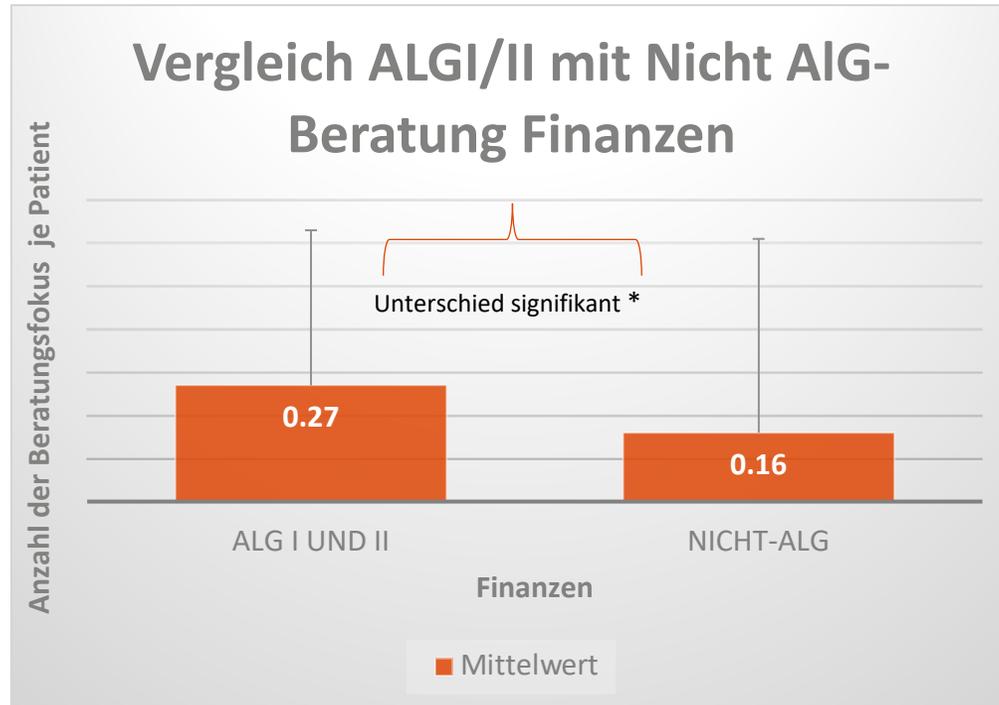
## Ergebnisse der Studie – Welche sozialen Beratungsfoki stehen im Vordergrund?



Vergleich der weiteren sozialen Beratungsfoki in den Behandlungssettings, \*\*\*  $p < .001$  \*\*  $p < .01$  \*  $p < .05$



# Beratungsfoki abhängig von Erwerbsstatus?



, \*\*\* p<.001 \*\* p<.01 \*p<.05

# Inwiefern besteht ein Zusammenhang zwischen Beratungsfoki, Symptomatik und Strukturniveau?



Fragebogen zur Selbstbeschreibung		OPD-SF				
<p>Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Reihe von Aussagen, mit denen verschiedene Eigenschaften von Personen beschrieben werden. Bitte geben Sie an, wie sehr diese Aussagen auf Sie zutreffen. Kreuzen Sie bitte diejenige Antwort an, die <u>im Allgemeinen</u> auf Sie am besten zutrifft. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten, weil jeder Mensch im Erleben anders ist. Manche Aussagen beziehen sich auf Partnerschaften. Bitte beantworten Sie auch hier die Fragen so, wie sie sich normalerweise in einer Partnerschaft erleben. Wenn Sie noch keinen Partner / keine Partnerin hatten, dann stellen Sie sich vor, sie wären in einer Partnerschaft.</p>						
		trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/ teils	trifft eher zu	trifft völlig zu
1.	Es fällt mir sehr schwer mich selbst zu beschreiben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Wenn ich sehr aufgebracht bin, handle ich oft unüberlegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Ich erlebe mich manchmal wie eine fremde Person.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Meine inneren Bilder oder Vorstellungen machen mir Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Wenn mir etwas Vertrautes verloren geht, verliere ich leicht den HaLL.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Mir wird in Beziehungen oft vorgeworfen, egoistisch zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen mit 95 Items zur Selbstbeschreibung, Ehrental et al. 2012

Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 25 (3), 2004, 141–151

## Veränderungsmessung in der Psychotherapie mit dem Ergebnisfragebogen (EB-45)

Assessment of Change in Psychotherapy with the German Version of the Outcome Questionnaire (OQ-45.2)

Severin Haug<sup>1</sup>, Bernd Puschner<sup>2</sup>, Michael J. Lambert<sup>3</sup> und Hans Kordy<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Forschungsstelle für Psychotherapie, Stuttgart, <sup>2</sup>Abteilung Psychiatrie II, Universität Ulm, <sup>3</sup>Brigham Young University, Provo, Utah, USA

**Zusammenfassung:** Für ein kontinuierliches Monitoring psychotherapeutischer Veränderungen sind kurze, valide und veränderungssensitive Instrumente erforderlich. Die Eignung des Ergebnisfragebogens (EB-45) zu diesem Zweck wurde in dieser Studie untersucht. Anhand einer Bevölkerungsstichprobe ( $n = 232$ ), einer Stichprobe von Bahnpendlern ( $n = 615$ ), einer Stichprobe ambulanter Psychotherapiepatienten ( $n = 671$ ) und einer Stichprobe stationärer Psychotherapiepatienten ( $n = 960$ ) wurden Aspekte der konvergenten und diskriminativen Validität sowie die Veränderungssensitivität des Ergebnisfragebogens untersucht. Weiter wurden für die externen Kriterien «Suizidgedanken» und «Arbeitsfähigkeit» Sensitivitäts-Spezifitätsanalysen durchgeführt. Für die beiden klinischen Stichproben zeigte sich auf einzelnen Skalen des EB-45 eine Abhängigkeit vom Geschlecht, Alter und der klinischen Diagnose. Mäßige Konkordanzen ( $r = 0.4$ ) ergaben sich mit der Symptom-Checkliste und deren Kurzform, dem Brief Symptom Inventory, geringe Konkordanzen mit dem Fragebogen zur Lebenszufriedenheit und dem Gießener Beschwerdebogen. Die Diskrimination zwischen den klinischen und nicht-klinischen Stichproben war auf den einzelnen Subskalen und der Gesamtskala gut. Eine Verringerung der Skalenwerte bei wiederholter Messung im Verlauf der Therapie konnte bei beiden klinischen Stichproben gezeigt werden. Die Ergebnisse bestätigen die Eignung des Ergebnisfragebogens für ein kontinuierliches Monitoring psychotherapeutischer Veränderungen in der klinischen Praxis im Rahmen der Qualitätssicherung.

**Schlüsselwörter:** Psychotherapie, Veränderungsmessung, Ergebnismonitoring, Ergebnisfragebogen, Validität, Änderungssensitivität, Qualitätssicherung

**Summary:** Continuous monitoring of psychotherapy outcome requires short and valid instruments with high sensitivity to change. The suitability of the German version of the Outcome Questionnaire (OQ-45.2) – the Ergebnisfragebogen (EB-45) – for this purpose was examined in this study. Data from a community sample ( $n = 232$ ), railway commuters ( $n = 615$ ), psychotherapy outpatients ( $n = 671$ ), and psychotherapy inpatients ( $n = 960$ ) were used to investigate the EB-45's concurrent validity, its ability to distinguish patient from non-patient samples, its sensitivity to change and its criterion validity regarding suicidal thoughts and ability to work. Furthermore, sensitivity-specificity analyses were carried out using suicidal thoughts and capability to work as external criteria. For both patient samples, differences by sex, age, and diagnoses were found. Concordance was found to be moderate ( $r = 0.4$ ) with the Symptom Checklist and its short form, the Brief Symptom Inventory, and low with two German questionnaires tapping into life satisfaction and physical impairment. Discrimination of patient from non-patient samples by the EB-45 worked quite well. For the clinical samples, a decrease of the EB-45 scores could be found between the beginning and end of treatment. Thus, these findings confirm the suitability of the EB-45 for continuous monitoring of change in psychotherapy and quality assurance of clinical routine.

**Keywords:** Psychotherapy, change assessment, outcome monitoring, Outcome Questionnaire, validity, sensitivity to change, quality assurance

DOI 10.1024/0170-1789.25.3.141

ZDDP 25 (3) 2004, © Verlag Hans Huber, Bern

Veränderungsmessung in der Psychotherapie mit dem Ergebnisfragebogen EB-45, Haug, S., Puschner, B., Lambert, M. J., & Kordy, H. (2004).

## Inwiefern besteht ein Zusammenhang zwischen Beratungsfoki, Symptomatik und Strukturniveau?



	Korrelation		Partialkorrelation unter Kontrolle des EB-45		Partialkorrelation unter Kontrolle des OPD-SF	
	Anzahl Beratungsfoki Beruf	Anzahl Beratungsfoki Gesundheit/Soziales	Anzahl Beratungsfoki Beruf	Anzahl Beratungsfoki Gesundheit/Soziales	Anzahl Beratungsfoki Beruf	Anzahl Beratungsfoki Gesundheit/Soziales
Strukturniveau (OPD-SF)	-,27**	,21**	-,15*	,12*	-	-
Symptombelastung (EB-45)	-,24**	,18**	-	-	-,05 ns	,04 ns

\*\*\* p<.001    \*\*p<.01    \*p<.05

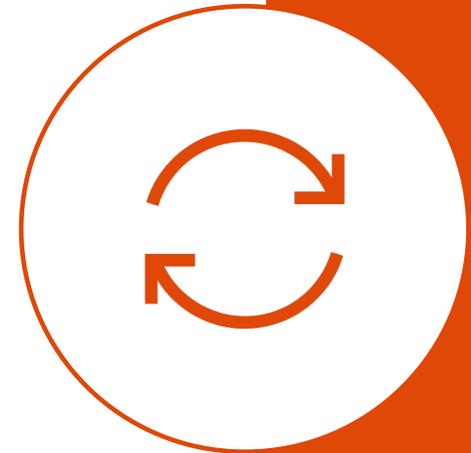
- Es gibt einen Zusammenhang zwischen Grad der Symptombelastung, dem Strukturniveau und der Anzahl der Beratungsfoki in den Bereichen Beruf bzw. Gesundheit/Soziales
- Kontrolliert man statistisch die Symptombelastung, bleibt der Zusammenhang mit Struktur signifikant
- Kontrolliert man statistisch das Strukturniveau, verschwindet der Zusammenhang zwischen Symptombelastung und Anzahl der Behandlungsfoki

### Fazit:

- Je schlechter das Strukturniveau, desto weniger Fokus auf Berufliches, sondern mehr Fokus auf Gesundheit/Soziales

# Fazit/Schlussfolgerung

- Pat. mit Bedarf nach Settings, die deutlich mehr auf strukturelle Probleme der Persönlichkeit ausgerichtet sind, waren häufiger erwerbslos u. hatten eine längere Arbeitsunfähigkeit als Pat. in einem interaktionellen oder konfliktorientierten Behandlungssetting
- Pat. in den strukturbezogene Settings hatten mehr sozialtherapeutische Beratungsfoki im Bereich außerberuflichen sozialen Themen als die Patienten des konfliktorientierten Settings
- Möglicherweise hängt dies mit einem niedrigeren Strukturniveau der Persönlichkeit zusammen.
- Individualisierte sozialtherapeutische Mitbehandlung ist wichtig in der (stationären) Psychotherapie



Weitere Informationen zur Studie und Ergebnisse:

[Psychotherapiehttps://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/28116/3/PromotionB%C3%B6sel1.pdf](https://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/28116/3/PromotionB%C3%B6sel1.pdf)