

INTERMED-CAG¹

INTEGRAL MULTIDISCIPLINARY ASSESSMENT OF HEALTH CARE NEEDS

**Deutsche Version 4
Februar 2009**

Wolfgang Söllner und Barbara Stein

Entspricht der englischen Version 6.0
(Frits Huyse, Peter deJonge, Fritz Stiefel, Joris Slaets, Wolfgang Söllner)

¹ Das INTERMED wurde von FJ Huyse, JS Lyons, F Stiefel, JPJ Slaets und P de Jonge entwickelt. Für die Entwicklung der Deutschen Version bedanken wir uns für kritische Beiträge von Julia Höss und Paul König (Innsbruck), Barbara Stein (Freiburg), Monika Keller (Heidelberg), Oliver Keller und Cornelia Klinger (Berlin)

INHALT

1 Das INTERMED

1.1 *Beschreibung*

1.2 *Methode*

2 Das Interview

2.1 *Hauptthemen*

2.2 *Das strukturierte Interview*

2.3 *Eine Fallvignette: Mr. Glover*

3 Manual: Variablen und klinische Ankerpunkte

4 Literatur

1. Das INTERMED

1.1 Beschreibung

Das INTERMED ist eine multidimensionale Rating-Skala mit dem Ziel, bei der Diagnose und Therapieplanung internistischer und chirurgischer Patienten einen bio-psycho-sozialen Ansatz zu verfolgen. Diese Rating-Methode ist in zwei Dimensionen gegliedert. Die erste Dimension umfaßt vier Bereiche, mit welchen biologisch-somatische, psychologische und soziale Charakteristika, sowie die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens erhoben werden. Die zweite Dimension charakterisiert den zeitlichen Verlauf in drei Abschnitten: Vorgeschichte, gegenwärtiger Zustand und Prognose. Die aus diesen Dimensionen resultierenden Masse erlauben eine Einschätzung der vier Bereiche über die drei Zeitperioden.

Das INTERMED wurde von Huyse, Lyons, Stiefel, Slaets und de Jonge auf der Grundlage verschiedener paralleler Entwicklungen im Rahmen eines integrativen Ansatzes in der medizinischen Versorgung und eines praktischen Ansatzes zur Entscheidungsfindung und zum Therapiemanagement entwickelt. Mit dem INTERMED soll eine rasche, aber umfassende Untersuchung eines kranken Menschen der zur medizinischen Behandlung kommt, ermöglicht werden, welche die individuelle Planung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und das medizinische Management, sowie die Entwicklung einer empirischen Datensammlung zu komplexen Inanspruchnahmen des Gesundheitswesens für Planung, Evaluation und Forschung unterstützt.

	VORGESCHICHTE	JETZIGER ZUSTAND	PROGNOSE
Biologisch-somatisch	Chronizität Diagnostisches Dilemma	Schweregrad der Symptomatik/Beeinträchtigung Diagnostische und therapeutische Herausforderung	Komplikationen und Lebensbedrohung
Psychologisch	Beeinträchtigung der Krankheitsverarbeitung Psychische Beeinträchtigung	Beeinträchtigung der Compliance Psychische Beschwerden	Bedrohung der psychischen Gesundheit
Sozial	Probleme in Arbeit und Freizeit Beeinträchtigung sozialer Beziehungen	Instabile Wohnsituation Beeinträchtigung des sozialen Netzwerks	Soziale Vulnerabilität
Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	Zugang zu Behandlung Behandlungserfahrungen	Komplexität der Versorgung Koordination der Behandlung	Beeinträchtigung der Versorgung

Tabelle 1: Dimensionen des INTERMED (Copyright Huyse, Lyons, Stiefel, Slaets, de Jonge 1997)

1.2 METHODE

1.2.1 Definition der Zeitdimensionen (Spalten in Tabelle 1)

Vorgeschichte: Diese Spalte beschreibt die Situation vor der Aufnahme ins Krankenhaus oder vor der Behandlung in einer Ambulanz (Poliklinik). Die Vorgeschichte umfasst eine Periode von 5 Jahren.

Ausnahme: Der prämorbid psychische Zustand umfasst die volle bisherige Lebensspanne.

Jetziger Zustand: Bei stationären Patienten ist damit der Zustand zum Zeitpunkt der Aufnahme ins Krankenhaus gemeint, bei ambulanten Patienten der Zustand bei einer Index-Visite.

Prognose: Bei stationären Patienten erstreckt sich diese Zeitperiode über den Zeitraum der stationären Aufnahme, bei ambulanten Patienten über den Zeitraum der nächsten 2 Monate.

1.2.2. Rating der individuellen Items

Die individuellen Items des INTERMED werden mit Hilfe einer 4-gradigen Skala bewertet. Jeder dieser Ankerpunkte ist unten definiert. Die klinischen Ankerpunkte beziehen sich auf körperliche und psychische Beschwerden und Behandlungen, sowie auf soziale Umstände und Ereignisse. Die Skala erstreckt sich von 0 bis 3 und umfasst das Spektrum von keinem Vorliegen von Beschwerden, Störungen oder Inanspruchnahmen des Gesundheitswesens (0) bis zu klaren und ernsthaften Beschwerden, und Störungen bzw. komplexen Inanspruchnahmen des Gesundheitswesens (3). Werte von 0 bezeichnen protektive gesunde Faktoren und Werte von 3 eine ernsthafte Störung bzw. hohe Behandlungserfordernisse. Eine alternative Möglichkeit, die Ankerpunkte zu verstehen, ist dass 0 „keine Behandlung erforderlich“ bedeutet, 1 die Notwendigkeit der Überwachung und möglicherweise präventiver Maßnahmen, 2 die Notwendigkeit einer Intervention und 3 die Notwendigkeit sofortiger und/oder intensiver Intervention. Bei unzureichender Information wird ? angekreuzt.

Generelles Prinzip

- ? Nicht bekannt
- 0 Keine Vulnerabilität/kein Behandlungsbedarf
- 1 Geringe Vulnerabilität/Bedarf an Beobachtung oder Prävention
- 2 Mäßige Vulnerabilität/Bedarf an Behandlung oder Beachtung im Behandlungsplan
- 3 Schwere Vulnerabilität/Bedarf an sofortiger oder intensiver Behandlung

Beispiel: Beeinträchtigung der Krankheitsbewältigung

- ? Nicht bekannt
- 0 Keine Beeinträchtigung der Krankheitsbewältigung: Fähigkeit, Stress durch aktive Mobilisierung von Hilfe oder durch die Ausübung von Hobbies oder anderen Freizeitaktivitäten zu bewältigen
- 1 Geringe Beeinträchtigung der Krankheitsbewältigung, zum Beispiel in Form von erhöhten Kontrollbedürfnissen, Verleugnung oder Gereiztheit
- 2 Mäßiggradige Beeinträchtigung der Krankheitsbewältigung, zum Beispiel in Form von klagsamem Verhalten oder von Medikamentenmissbrauch ohne schwerwiegende biopsychosoziale Auswirkungen
- 3 Schwere Beeinträchtigung der Krankheitsbewältigung, zum Beispiel in Form einer Substanzabhängigkeit, psychischer Erkrankung, selbstverletzendem Verhalten oder Suizidversuch.

VORGESCHICHTE

Biologisch-somatisches System: Dieser Bereich umfaßt Informationen über die Chronizität von Krankheitszuständen und über die diagnostische Eindeutigkeit. Die Unterscheidung zwischen akuten und chronischen Krankheiten hat sich für die Beschreibung somatischer Krankheiten und die medizinischen Behandlungserfordernisse (insbesondere bei älteren Patienten) als hilfreich erwiesen. Diagnostische Unklarheit ist - insbesondere wenn multiple Abklärungen und widersprüchliche Diagnosen in der Vorgeschichte vorliegen - ein Hinweis für erhöhte Anforderungen und Inanspruchnahmen von Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Psychologisches System: Dieser Bereich umfaßt Informationen über die Krankheitsverarbeitung und über psychische Erkrankungen in der Vorgeschichte. Beides hängt mit Problemen der Compliance, emotionalen Zuständen und kognitiven Prozessen, mit Suchtverhalten, funktionellen körperlichen Beschwerden (incl. Somatisierung) und Verhaltensstörungen zusammen. Patienten mit solchen Störungen haben einen erhöhten Bedarf an Behandlung und Betreuung. Aufgrund der Tendenz psychischer Erkrankungen zur Chronifizierung haben diese zwei Variablen einen hohen Vorhersagewert für die psychologische Vulnerabilität und künftige Anpassung an die Erkrankung eines Patienten, sowie für den daraus folgenden medizinischen und psychologischen Behandlungsbedarf.

Soziales System: Dieser Bereich umfaßt Informationen über das familiäre Umfeld und das soziale Netz des Patienten. Es konnte gezeigt werden, dass die Güte des sozialen Netzwerks, soziale Belastungen und das Ausmaß der sozialen Unterstützung - insbesondere im Bereich der Familie – für die Bewältigung einer Erkrankung von großer Bedeutung sind und das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs im sozialen Bereich wesentlich mitbestimmt.

Inanspruchnahme des Gesundheitswesens: Dieser Bereich umfaßt Informationen über die Intensität und Angemessenheit früherer Behandlung und Betreuung. Die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens während früherer Krankheitsepisoden und die Qualität der Beziehungen mit den früheren Behandlern können die gegenwärtigen und zukünftigen Inanspruchnahmen des Gesundheitswesens beeinflussen.

JETZIGER ZUSTAND

Biologisch-somatisches System: Dieser Bereich umfasst Informationen über die Schwere körperlicher Beschwerden, über den funktionellen Zustand eines Patienten und über die Komplexität der diagnostischen Abklärung. Beide Variablen hängen mit der Intensität des gegenwärtigen diagnostischen und therapeutischen Aufwands zusammen

Psychologisches System: Dieser Bereich umfasst Informationen über Widerstand gegen die vorgeschlagene Behandlung und über das Ausmaß psychischer Beschwerden. Sowohl Compliance als auch psychische Komorbidität beeinflussen den Krankheitsverlauf.

Soziales System: Dieser Bereich umfasst Informationen über die Stabilität der Wohnverhältnisse und der sozialen Integration. Dadurch können Probleme bei der Entlassung aus der stationären Behandlung, die Notwendigkeit von weiterführender ambulanter Unterstützung und von Interventionen durch Sozialarbeiter vorhergesagt werden. Beide Variablen beeinflussen die soziale Anpassung an die Erkrankung, die Anpassungsleistung nach der Gesundung und die Organisation der weiteren Behandlung und Unterstützung.

Inanspruchnahme des Gesundheitswesens: In diesem Bereich wird die organisatorische Komplexität in Form der Zahl und der verschiedenen Arten von Behandlern im Gesundheitswesen beschrieben. Dies ist Ausdruck sowohl der Intensität als auch der Komplexität der gegenwärtigen Gesundheitsversorgung. Hier wird auch die Angemessenheit von Überweisungen und stationären Behandlungen eingeschätzt. Diese Variablen berücksichtigen die verschiedenen Sektoren im Gesundheitssystem (Primär- versus Sekundärversorgung, allgemeine medizinische versus

psychiatrischer Versorgung) und die mögliche Aufsplitterung im System der Sekundärversorgung, welche einen bedeutenden Einfluss auf die gegenwärtige Versorgung haben können.

PROGNOSE

Biologisch-somatisches System: Dieser Bereich umfasst vorhersehbare Komplikationen, Krankheitsrezidive oder eine aus der jetzigen oder aus früheren Erkrankung herrührende Lebensbedrohung.

Psychologisches System: Dieser Bereich umfasst Informationen über vorhersehbare Belastungen durch psychische Komorbidität und über den aus gegenwärtigen oder aus früheren Erkrankungen resultierenden Bedarf an psychologischen Behandlungsmaßnahmen.

Soziales System: Dieser Bereich umfasst die vorhersehbaren sozialen Unterstützungsbedürfnisse hinsichtlich der sozialen (Re-)Integration des Patienten. Dies ist insbesondere bei Patienten mit Veränderungen des körperlichen und psychischen Funktionsniveaus durch die Erkrankung von Bedeutung, bei denen es zu sozialer Desintegration oder Isolation kommen kann, sowie bei Patienten mit sozialen Veränderungen, welche zu einer exzessive Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen.

Inanspruchnahme des Gesundheitswesens: Dieser Bereich umfasst den vorhersehbaren Aufwand und die Komplexität der Koordination der Versorgung.

2. DAS INTERVIEW²

2.1 Hauptsächliche Themen

In diesem Kapitel wird der Prozess der Datensammlung mit Hilfe des Interviews beschrieben.

A. Die folgenden Punkte sollten vor der Anwendung des INTERMED berücksichtigt werden:

- Wird das Interview als Forschungsinstrument oder für die klinische Praxis verwendet?
- Was ist das Setting?

Im Fall der Verwendung des INTERMED im Rahmen eines Forschungsprojekts: Für welchen Zweck wurde es ausgewählt? Wie wurde der Forschungsassistent geschult? Für welche Zwecke werden die Ergebnisse verwendet?

Im Fall der Verwendung des INTERMED im Rahmen der Patientenversorgung: Wie ist es in den Ablauf der Informationsgewinnung und der Koordination von Pflege und Behandlung integriert?

B. Die Organisation des Prozesses der Datenerhebung hängt von der Lokalisation der Behandlung ab. Die hauptsächlichen Lokalisationen sind allgemeinmedizinische Praxen, Ambulanzen (Polikliniken) und stationäre Einheiten. Geschulte Ärzte können das komplette Interview und das Rating durchführen. Eine geschulte Pflegekraft kann alle Variablen erheben, wenn sie für die Bereiche „Jetziger biologisch-somatischer Status“ und „Biologisch-somatische Prognose“ die Unterstützung des für die Behandlung verantwortlichen Arztes erhält. Verschiedene Schulungsmethoden für die Anwendung des INTERMED wurden entwickelt und werden gerade evaluiert.

Lassen Sie den Patienten am Beginn des Interviews die Gründe für die stationäre Aufnahme und/oder seinen jetzigen Zustand angeben. Dann wird das Interview mit Fragen nach dem gegenwärtigen körperlichen und psychischen Befinden fortgesetzt. Es hängt vom Interviewer ab, wie er fortfährt, um die verbleibenden Bereiche und Variablen des INTERMED zu erheben.

² Zusätzliche Information können Sie auf der Website www.intermed.org erhalten.

2.2 Das strukturierte Interview

Das Interview wird so strukturiert, dass der Patient auf eine emotional passende und logische Art und Weise durch die angesprochenen Themenbereiche geleitet wird. Abhängig vom Geschick des Kliniklers und der benötigten Reliabilität des Interviews können eine Reihe der unten angeführten standardisierter Fragen - vor allem in Bereichen, in denen der Interviewer weniger erfahren ist - verwendet werden. Die unten dargestellten Standardfragen wurden zum Teil aus bestehenden Fragebogeninstrumenten ausgewählt. Eine erste Auswahl wurde aus dem Aufnahmeinterview für die COMPRI-Studie übernommen. Dieses Interview enthielt Fragen aus dem SCL-90, dem SF-36, dem Whitley Index, dem MMSE, dem PINI und dem MALT (Huysse 1997, de Jonge 1999): Es gibt **leitende Fragen**, die zu Variablen der verschiedenen Bereiche des INTERMED hinführen. Die leitenden Fragen helfen dem Patienten, in der Folge spontan Antworten für die gewünschten Informationen zu geben. Die **Folgefragen** können als Checkliste für den Interviewer betrachtet und sollten flexibel angewandt werden.

Vor dem Beginn des Interviews: Relevante Informationen zum Patienten können durch den behandelnden Arzt (und die zuständige Pflegekraft) gegeben oder aus der Krankenakte (Ärztliche Aufzeichnungen, Pflegebericht) entnommen werden. Information, die aus einem Überblick über die medizinische Vorgeschichte und die Gründe für die gegenwärtige Behandlung (Aufnahme bzw. Zuweisung) herrühren, sind für die Bereiche „Biologisch-somatisch“ und „Gesundheitssystem“ (sowohl für Vorgeschichte, jetzigen Zustand und Prognose) von entscheidender Bedeutung. In der klinischen Praxis kann der Informationsaustausch am besten in einer gemeinsamen Besprechung zwischen dem Interviewer und dem behandelnden Arzt erfolgen.

Überblick zu Beginn des Interviews: Das Interview beginnt mit einem Überblick über die Gründe der stationären Aufnahme bzw. der Zuweisung, dem gegenwärtigen körperlichen Zustand und der Meinung des behandelnden Arztes darüber. Dabei sollen die Ankerpunkte der Variablen des Bereichs „Gegenwärtiger körperlicher Zustand“ und – wenn passend - des Bereichs „Biologisch-somatische Prognose“ grundsätzlich beschrieben werden. Wir empfehlen Ihnen, auf folgende Weise das Interview zu beginnen, nachdem die Informationen vom behandelnden Arzt eingeholt worden sind:

„Ich werde Ihnen nun sagen, was ich bereits über die Gründe Ihrer Aufnahme ins Krankenhaus (Ihrer Zuweisung) und über Ihren jetzigen Zustand erfahren habe. Bitte korrigieren Sie mich, wenn ich etwas falsch verstanden habe.“ Nun wird die vorhandene Information über die Vorgeschichte, den gegenwärtigen Zustand und die Prognose des biologisch-somatischen Bereichs mitgeteilt.

- Danach folgen Fragen, welche zu bestimmten Bereichen des INTERMED hinführen. Die (im Folgenden fett gedruckten) **leitenden Fragen** sollen dem Patienten helfen, spontan weiter zu den jeweiligen Bereichen zu berichten und die benötigten Informationen zu geben. Die Folgefragen können als Checkliste für den Interviewer betrachtet und sollten flexibel gehandhabt werden.

Spezifische Fragen:

Nach dieser Einleitung wird das Interview mit den folgenden (fett gedruckten) leitenden Fragen und möglichen Folgefragen fortgesetzt:

Zuallererst würde ich gerne wissen, wie Sie sich körperlich fühlen.

- Inwieweit haben die Beschwerden Sie letzte Woche beeinträchtigt?
- Gehen Sie einer Arbeit nach?
- Wenn ja, waren Sie arbeitsfähig?
- Waren Sie in der Lage, für sich selbst zu sorgen?
- Mussten Sie Hilfe in Anspruch nehmen?

Diese Fragen beziehen sich auf den Bereich „Biologisch-somatisch/Jetziger Zustand“.

Nun würde ich gerne wissen, wie Sie sich während der letzten Woche seelisch fühlten?

Wenn die Antwort des Patienten Hinweise für psychische Probleme enthält, können die folgenden aus dem SCL-8 abgeleiteten Fragen in Betracht gezogen werden:

- Fühlten Sie sich niedergeschlagen?
- Fühlten Sie sich hoffnungslos, wenn Sie an die Zukunft dachten?
- War alles anstrengend für Sie?
- Fühlten Sie sich wertlos?
- Empfanden Sie Nervosität oder innere Unruhe?
- Sorgen Sie sich zu sehr über alles Mögliche?
- Waren Sie ängstlich?
- Hatten Sie Angst- oder Panikzustände?
- Konnten Sie schlafen?
- Hatten Sie jemals den Eindruck, dass Ihr Gedächtnis nicht so gut ist, wie es sein sollte?
- Wenn ja, können Sie mir sagen
 - Welcher Tag heute ist?
 - Wo wir jetzt gerade sind?

Sollten die Antworten falsch sein, kann eine Mini Mental State Examination (MMSE) überlegt werden.

Diese Fragen beziehen sich auf den Bereich „Psychisch/Jetziger Zustand“.

Jetzt habe ich eine Vorstellung davon, wie Sie sich fühlen. Ich würde nun gerne mehr über eventuelle Erkrankungen und Behandlungen in den letzten fünf Jahren erfahren.

- Können Sie mir sagen, wie Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen war?
- Waren Sie krank oder hatten Sie einen Unfall?
- Welche Erkrankungen wurden bei Ihnen festgestellt? Wenn ja, sind diese immer noch vorhanden und fühlen Sie sich dadurch beeinträchtigt?
- War es einfach, diese Krankheiten festzustellen?
- Hatten Sie Beschwerden oder Krankheiten, die zu diagnostischen Problemen führten?
- Hatten Sie Beschwerden oder Krankheiten, die immer noch nicht aufgeklärt oder zufriedenstellend behandelt sind?
- Was unternahmen die Ärzte, um diese Probleme zu lösen?
- Wie viele verschiedene Medikamente – außer denen gegen Nervosität – nahmen Sie durchschnittlich täglich in den letzten 5 Jahren?
- Haben Sie irgendwelche Beeinträchtigungen oder Behinderungen?

Wenn es Hinweise für ein geringes allgemeines Wohlbefinden über die meiste Zeit in den letzten 5 Jahren gibt, könnte dies ein Hinweis auf funktionelle Störungen (unklare körperliche Beschwerden) sein.

- Machen Sie sich Sorgen über körperliche Beschwerden, die von den Ärzten als ungefährlich angesehen werden?

Wenn ja, können die Fragen der Whiteley-7 Skala zusätzliche Aufklärung über Risikofaktoren liefern. Diese Fragen sind:

- Glauben Sie, dass Sie ein ernsthaftes körperliches Problem haben?
- Sorgen Sie sich sehr um Ihre Gesundheit?
- Fällt es Ihnen schwer, Ihren Ärzten zu glauben, wenn sie Ihnen sagen, dass Sie sich nicht über Ihren Gesundheitszustand sorgen müssen?
- Machen Sie sich oft darüber Sorgen, dass Sie eine ernsthafte Erkrankung haben könnten?
- Sind Sie durch viele verschiedene Schmerzzustände und körperliche Missempfindungen beunruhigt?
- Wenn über eine Krankheit berichtet wird (zum Beispiel im Fernsehen, in der Zeitung oder von einem Bekannten), machen Sie sich Sorgen, diese auch selbst zu bekommen?
- Finden Sie, dass Sie sich über viele verschiedene Beschwerden den Kopf zerbrechen?

Diese Fragen liefern Informationen zur Einschätzung der Variablen sowohl der Bereiche „Biologisch-somatisch Vorgeschichte und jetziger Zustand“ als auch der Bereiche „Psychisch/Vorgeschichte und jetziger Zustand“.

Von welchen Ärzten wurden Sie in den letzten 5 Jahren behandelt?

- Wurden Sie in den letzten 5 Jahren im Krankenhaus stationär behandelt? Wenn ja, wie oft?
- Wurden Sie in dieser Zeit stationär psychiatrisch behandelt?

Wurden Sie in Ihrem Leben jemals psychiatrisch behandelt oder gab es in ihrem Leben Perioden, in denen Sie ängstlich, depressiv oder verwirrt waren?

- Wurden Sie in Ihrem Leben schon einmal stationär psychiatrisch behandelt?
- Waren Sie schon einmal in Ihrem Leben wegen eines Suchtproblems in Behandlung?

Diese Fragen liefern Informationen zur Einschätzung der Variablen des Bereichs „Inanspruchnahme des Gesundheitswesens/Vorgeschichte“.

Wer sind die Ärzte, Krankenschwestern oder –pfleger, Sozialarbeiter oder Psychologen, die Sie gegenwärtig behandeln?

Diese Frage bezieht sich auf den Bereich „Inanspruchnahme des Gesundheitswesens/Jetziger Zustand“.

Gab es in den letzten 5 Jahren Konflikte mit Ärzten, welche bei Ihnen zu einer Missstimmung geführt und Ihr Vertrauen in die Ärzte beeinträchtigt haben?

- Wenn ja, glauben Sie, dass dadurch Ihre Beziehung zu den Ärzten immer noch beeinflusst wird?
- Haben Sie jemals überlegt, deshalb Ihren Arzt/Ihre Ärzte oder das Krankenhaus zu wechseln?
- Brachten Sie jemals eine Klage gegen behandelnde Ärzte ein?

Diese Fragen beziehen sich auf den Bereich „Inanspruchnahme des Gesundheitswesens/Vorgeschichte“.

Ich würde gerne wissen, wie Sie den Empfehlungen Ihrer Ärzte nachkommen. Sind Sie jemand, der im Allgemeinen den ärztlichen Anweisungen folgt?

- Missachten Sie manchmal die Empfehlungen der Ärzte?
- Wenn Ihnen ein Arzt ein Medikament verschreibt, das bei Ihnen unangenehme Nebenwirkungen auslöst:
 - Würden Sie das mit Ihrem Arzt besprechen?
 - Oder würden Sie dieses Medikament nicht mehr einnehmen?
 - Oder würden Sie zu einem anderen Arzt gehen?

Diese Fragen beziehen sich auf den Bereich „Psychisch/Jetziger Zustand“.

Nun würde ich gerne das Thema wechseln und Sie fragen, wie Sie gegenwärtig leben?

- Wo leben Sie im Moment?
- Haben Sie einen Partner?
- Sind Sie in ihrer jetzigen Situation von Ihrem Partner abhängig?
- Erfreut er/sie sich guter Gesundheit?
- Können Sie (nach diesem Krankenhausaufenthalt) dorthin zurückkehren, wo Sie gegenwärtig leben?
- Haben Sie eine Arbeit? Wenn nein, wie lange sind Sie schon arbeitslos?
- Was sind Ihre Freizeitbeschäftigungen? Welche Hobbies haben Sie? Pflegen Sie Kontakte zu anderen Menschen?

Nun würde ich gerne etwas über Sie als Person erfahren. Sind Sie im Allgemeinen ein umgänglicher Mensch?

- Oder, neigen Sie dazu, in der Beziehung zu anderen Menschen in Schwierigkeiten zu geraten?
- Hatten Sie jemals über längere Zeit ernsthafte Konflikte mit anderen Menschen und/oder Mitgliedern Ihrer Familie?

- Neigen Sie dazu, für sich allein zu bleiben und sich abzukapseln, weil es für Sie schwierig ist, sich auf andere zu verlassen und ihnen zu vertrauen?

Diese Fragen beziehen sich auf die Bereiche „Sozial/Vorgeschichte und jetziger Zustand“.

Nun kommen wir zum Ende unseres Gesprächs. Ich würde Sie gerne noch zu Ihren Lebensgewohnheiten fragen, insbesondere ob Sie rauchen oder Alkohol trinken und ob dies mit Problemen, die Sie eventuell haben, in Beziehung steht.

- Rauchen Sie?
- Trinken Sie Alkohol?

Wenn ja, können Sie folgendermaßen weiterfragen:

- Trinken Sie manchmal schon vor dem Mittagessen Alkohol?
- Hätten Sie ohne Alkohol weniger Probleme?
- Überlegen Sie manchmal, keinen Alkohol mehr zu trinken und ist es manchmal wieder umgekehrt?
- Nehmen Sie Beruhigungsmittel ein?
- Können Sie mir sagen, wie Sie im Allgemeinen Probleme bewältigen?
- Können Sie ein bestimmtes Problem, das Sie in Ihrem Leben hatten, beschreiben und wie Sie es zu bewältigen versuchten?
- Gilt für Sie bei der Bewältigung von Problemen im Allgemeinen:
 - dass Probleme bei Ihnen innere Spannung und Unruhe erzeugen?
 - dass Probleme bei Ihnen dazu führen, dass Sie rauchen, Alkohol trinken oder Medikamente einnehmen?
 - dass Probleme bei Ihnen irgendwann einmal dazu führten, dass Sie sich selbst verletzt oder geschädigt haben?
- Wenn es Probleme gegeben hat, die dazu führten, dass Sie sich angespannt, depressiv oder verwirrt fühlten, haben Sie dann jemals professionelle Hilfe oder auf die Psyche wirkende Medikamente erhalten?

Diese Fragen beziehen sich auf den Bereich „Psychisch/Vorgeschichte und jetziger Zustand“.

Beendigung des Interviews:

Das Interview endet mit einem Rückblick auf das Interview, der den Patienten dazu ermuntern soll, Informationen zu Bereichen, die bisher nicht angesprochen wurden, zu geben.

Sie haben mir eine Menge erzählt und ich habe den Eindruck, dass ich dadurch sehr wertvolle Informationen von Ihnen erhalten habe. Wir kommen nun zum Ende des Gesprächs. Können Sie mir abschließend sagen, wie Sie sich bei diesem Gespräch fühlten und was Sie sich nun dazu denken?

- Glauben Sie dass durch dieses Gespräch wertvolle Informationen für die Ärzte und für das Pflegepersonal gewonnen werden konnten? Oder glauben Sie, dass die Fragen für Sie unpassend waren?
- Gibt es irgendetwas Wichtiges, worüber wir nicht gesprochen haben?
- Haben Sie noch irgendwelche Fragen an mich?

Tabelle 3: Leitende Fragen des INTERMED Interviews

- **Zuallererst würde ich gerne wissen, wie Sie sich körperlich fühlen.**
- **Ich werde Ihnen nun sagen, was ich bereits über die Gründe Ihrer Aufnahme ins Krankenhaus (Ihrer Zuweisung) und über Ihren jetzigen Zustand erfahren habe. Bitte korrigieren Sie mich, wenn ich etwas falsch verstanden habe.**
- **Nun würde ich gerne wissen, wie Sie sich während der letzten Woche seelisch fühlten?**
- **Ich würde nun gerne mehr über eventuelle Erkrankungen und Behandlungen in den letzten fünf Jahren erfahren.**
- **Von welchen Ärzten wurden Sie in den letzten 5 Jahren behandelt?**
- **Wurden Sie in Ihrem Leben jemals psychiatrisch behandelt oder gab es in ihrem Leben Perioden, in denen Sie ängstlich, depressiv oder verwirrt waren?**
- **Wer sind die Ärzte, Krankenschwestern oder –pfleger, Sozialarbeiter oder Psychologen, die Sie gegenwärtig behandeln?**
- **Gab es in den letzten 5 Jahren Konflikte mit Ärzten, welche bei Ihnen zu einer Mißstimmung geführt und Ihr Vertrauen in die Ärzte beeinträchtigt haben?**
- **Ich würde gerne wissen, wie Sie den Empfehlungen Ihrer Ärzte nachkommen. Sind Sie jemand, der im Allgemeinen den ärztlichen Anweisungen folgt?**
- **Nun würde ich gerne das Thema wechseln und Sie fragen, wie Sie gegenwärtig leben?**
- **Nun würde ich gerne etwas über Sie als Person erfahren. Sind Sie im Allgemeinen ein umgänglicher Mensch?**
- **Nun kommen wir zum Ende unseres Gesprächs. Ich würde Sie gerne noch zu Ihren Lebensgewohnheiten fragen, insbesondere ob Sie rauchen oder Alkohol trinken und ob dies mit Problemen, die Sie eventuell haben, in Beziehung steht.**
- **Können Sie mir abschließend sagen, wie Sie sich bei diesem Gespräch fühlten und was Sie sich nun dazu denken? Glauben Sie, dass durch dieses Gespräch wertvolle Informationen für die Ärzte und für das Pflegepersonal gewonnen werden konnten? Oder glauben Sie, dass die Fragen für Sie unpassend waren?**

2.3 **Eine Fallvignette: Mr. Glover³**

In einem der Artikel zur Darstellung des biopsychosozialen Modells stellte der amerikanische Internist und Psychoanalytiker George Engel einen Patienten vor, Mr. Glover. Mr. Glover, ein 55-jähriger, verheirateter Immobilienhändler, sucht die Notaufnahme auf, nachdem er von einem Angestellten seiner Firma dazu überredet worden war. Er hat Symptome, die auf einen Myokardinfarkt hindeuten. Vor sechs Monaten hat er einen ersten Myokardinfarkt erlitten. Die Untersuchungen in der Notaufnahme bestätigen diese Diagnose. Dem Arzt in der Notaufnahme misslingt die arteriellen Punktion, sodass er nach mehreren Versuchen weggeht und Hilfe holt. Dies führt zu wachsenden Zweifeln bei Mr. Glover bezüglich der Kompetenz des Arztes. Sein daraus folgender Ärger koinzidiert mit einer Episode von Kammerflimmern. Engel's Geschichte endet hier. In seiner Analyse fokussiert er auf die psychologischen Faktoren, die für das Verständnis des Eintretens des kardialen Geschehens wichtig sind: Diese schließen die Verleugnung bzw. Missinterpretation des kardialen Ereignisses ein, sowie den Arzt, der sich der Bedeutung psychischen Stresses für das Kammerflimmern nicht bewusst ist. Zusätzlich betont Engel die Notwendigkeit, die Frau des Patienten in die Behandlung einzubeziehen.

Wenn man das INTERMED als Teil der Aufnahme-prozedur verwendet, wird man in der Lage sein, auch die klinische Situation in die Analyse mit einzubeziehen. Mr. Glover wird sediert, kardiovertiert und stationär aufgenommen. In der Zwischenzeit hat der Kardiologe den Patienten auf der Station untersucht und die Krankenschwester über die Diagnose und den damit verbundenen physischen Zustand informiert. Der Patient, dessen Kreislauf stabilisiert wurde, wird Bettruhe und eine kardiologische Abklärung inklusive einer Herzkatheteruntersuchung benötigen. Für die nächsten paar Tage wird er nicht in der Lage sein, irgendwelche Aktivitäten auszuführen. Die Diagnose ist klar, nämlich ein zweites kardiales Ereignis bei einer Person mit bekanntem Bluthochdruck. In Übereinstimmung mit der üblichen klinischen Routine wird dies eine standardmäßige kardiologische Nachuntersuchung und ein Rehabilitationsprogramm nach der Entlassung erfordern. Höchstwahrscheinlich wird der Patient in seinen körperlichen Aktivitäten leicht eingeschränkt sein (Auf der Skala der New York Heart Association 1-2). Da Mr. Glover seine Frau im letzten Monat nicht gesehen hat, ist seine Schwester seine nächste Angehörige. Sie lebt im nördlichen Teil des Staates und wird in den nächsten Tagen vorbeikommen.

Nach einer stabilen Nacht, in der der Patient mit der zur Verfügung gestellten Medikation geschlafen hat, beginnt die Krankenschwester das INTERMED Interview. Sie beginnt mit der folgenden Eröffnungsfrage:

Nun würde ich zunächst gerne wissen, wie Sie sich körperlich fühlen? Der Patient berichtet, dass er keine Schmerzen oder andere körperlichen Beschwerden hat. Er weiß, dass er sich am Tag zuvor nicht gut gefühlt hat. Er erinnert sich, die Notaufnahme aufgesucht zu haben und vom Arzt informiert worden zu sein, dass er einen Myokardinfarkt erlitten hat. Er kann es immer noch nicht glauben. Er dachte, sein Unwohlsein sei auf eine Nacht mit schlechtem Schlaf zurückzuführen. Sie informiert ihn, dass er, obwohl sein Zustand derzeit stabil sei, eine zeitlang Bettruhe habe.

Ich sage Ihnen, was ich über den Grund Ihrer Aufnahme und über Ihren derzeitigen Zustand weiß, und Sie korrigieren mich, wenn ich mich irre. Nun gibt sie die Informationen, die sie vom Kardiologen erhalten hat. Dann informiert sie ihn, dass sie über die Umstände seiner derzeitigen Krankheitsepisode gerne besser Bescheid wüsste.

Nun würde ich gerne wissen, wie Sie sich während der letzten Woche seelisch fühlten? Er sei angespannt gewesen, habe in den letzten Wochen überhaupt nicht gut geschlafen und sich traurig gefühlt. Um besser zu schlafen und sich aufzuheitern, habe er Whisky getrunken. Sie fragt ihn, ob dies mit Problemen mit seiner Frau in Zusammenhang stünde. Mister Glover bestätigt dies. Die Schwester sagt, dass sie auf dieses Thema später im Interview zurückkommen werde.

Ich würde nun gerne mehr über ihre eventuellen Erkrankungen und Behandlungen in den letzten fünf Jahren wissen. Er erzählt ihr, dass er vor etwa sechs Monaten einen Myokardinfarkt erlitten habe

³ Huyse FJ, Lyons JS, Stiefel FC, Slaets JPJ, de Jonge P, Latour C (2001) Operationalizing the biopsychosocial model. The INTERMED. Editorial. Psychosomatics 42:5-13.

und deshalb stationär behandelt worden sei. Seit etwa 15 Jahren leide er an einem unkomplizierten Bluthochdruck, gegen den er Captopril einnehme. Es habe keine anderen Gründe gegeben, zum Arzt zu gehen.

Wer waren die Ärzte, die sie in den letzten fünf Jahren behandelt haben? Ein Allgemeinmediziner habe den Bluthochdruck behandelt. Nach der letzten stationären Aufnahme sei er zweimal beim Kardiologen gewesen.

Haben Sie jemals in ihrem Leben einen Psychiater aufgesucht oder hat es Phasen gegeben, in denen sie ängstlich, depressiv oder verwirrt waren? Depressiv? Einmal! Vor langer Zeit. Seine erste Frau ließ sich von ihm zu einer Zeit scheiden, in der er auch seine Arbeit verlor. Er war eine Woche lang an einer psychiatrischen Station aufgenommen. Er beendete seine psychiatrische Nachsorge, als er in einen anderen Staat umzog. Und wahrscheinlich sei er jetzt depressiv! Der neue Job sei ohne die Unterstützung seiner Frau sehr anstrengend. Es sei hart gewesen, in den letzten Wochen in einem Hotelzimmer zu leben.

Wer sind die Ärzte, Krankenschwestern, Sozialarbeiter oder Psychologen, die sie in der letzten Zeit behandelten? Da gäbe es nicht viele. Die letzte Zeit sei angespannt und hektisch gewesen. Er hätte einen Kardiologen aufsuchen sollen, aber keinen gefunden. Vielleicht hätte er auch einen Psychologen aufsuchen sollen, sagt er.

Hat es in den letzten fünf Jahren Konflikte mit Ärzten gegeben, wodurch bei Ihnen ein schlechtes Gefühl entstanden ist? Zum Beispiel etwas, das Ihr Vertrauen in Ärzte beeinträchtigt hat? Am Ende seiner letzten kardiologischen Aufnahme sei der Patient neben ihm unerwartet während der Nacht verstorben. Danach habe es Gerüchte gegeben, dass das Krankenhaus nicht gut funktioniere und es sei eine gerichtliche Klage überlegt worden. Außerdem habe er bei seinem letzten Besuch beim Kardiologen erwähnt, dass seine Frau und er einen Konflikt wegen seiner derzeitigen Arbeit hätten. Der Kardiologe habe das übergangen und sich auf seine kardiale Situation beschränkt. Diese Ereignisse hätten seine Sichtweise über Ärzte verändert: man könne sich nicht einfach auf sie verlassen. Die Schwester betont, dass dies wichtige Informationen seien und dass sie darauf zurückkommen werde.

Sie fährt fort: **Ich würde gerne wissen, wie Sie den Empfehlungen Ihrer Ärzte nachkommen? Sind Sie jemand, der im Allgemeinen dazu neigt, den Empfehlungen Ihrer Ärzte nachzukommen?** Betreffend seiner Medikation habe er diese über Jahre regelmäßig eingenommen. Im letzten Monat habe es aber ein Durcheinander gegeben. Ohne sein regelmäßiges Leben mit seiner Frau, sei es unmöglich gewesen, das Programm einzuhalten.

Nun würde ich gerne das Thema wechseln und Sie fragen, wie Sie gegenwärtig leben? „Wie gesagt, meine Frau wollte mir nicht zu meinem neuen Wohnort, wohin ich wegen der neuen Arbeit ziehen musste, folgen. Es hat wegen der Beeinträchtigung unserer Ehe durch meine Arbeit öfter Streit gegeben. Als ich darauf bestand, die Arbeit zu wechseln und umziehen musste, sagte sie, dass sie mich eine zeitlang nicht sehen wolle. Das war vor einem Monat.“ Als Folge davon lebe er in einem Hotelzimmer und sei auf der Suche nach einer Wohnung. Abgesehen von einem Kollegen, den er einmal in der Woche treffe, arbeite er und esse in Restaurants.

Nun würde ich gerne ein bisschen in Erfahrung bringen, was für ein Mensch Sie sind und wie Sie mit anderen Menschen auskommen. Sind Sie im Allgemeinen ein umgänglicher Mensch? „Meine Frau würde sagen, dass ich kompliziert bin. Ich denke das nicht. Ich brauche nicht viele Menschen, solange ich arbeiten kann. Es ist wichtig, erfolgreich zu sein. Das ist keine leichte Arbeit. Letzte Woche hatte ich das Gefühl, meine Situation nicht ganz unter Kontrolle zu haben.“ Die Schwester fragt ihn, ob alles eine Anstrengung sei oder er hoffnungslos oder traurig bezüglich der Zukunft sei. Er bestätigt dies. Die Frage, ob er hoffnungslos sei oder gar sterben wolle, übergeht er. Die Schwester bestätigt die Wichtigkeit dieser Informationen und dass sie darüber mit dem Kardiologen sprechen werde, der eine geeignete Beratung überlegen und wegen des weiteren Vorgehens bald nach dem Interview kommen werde.

Nun kommen wir zum Ende unseres Gesprächs. Ich würde Sie gerne noch zu Ihren Lebensgewohnheiten fragen, insbesondere, ob Sie Rauchen oder Alkohol trinken und ob dies mit Problemen, die Sie eventuell haben, in Beziehung steht. Der Patient habe im letzten Monat täglich bis zu sechs Glas Whisky getrunken. Er habe früher schon Perioden stärkeren Trinkens erlebt. In diesen Zeiten habe er auch geraucht. Die Schwester betont nun, dass er in der kurzen Zeit dieses Gesprächs viele wichtige Informationen mitgeteilt habe. Sie bestätigt, verstanden zu haben, dass er eine schwierige Zeit gehabt habe und es ihm nicht gut gegangen sei.

Wir sollten das in unsere Überlegungen zum weiteren Vorgehen mit einbeziehen, sagt sie. Können Sie mir abschließend sagen, wie sie sich bei diesem Gespräch fühlten? Denken Sie, dass dies hilfreiche Informationen sein werden oder fanden Sie die Fragen unangemessen? Der Patient scheint ein wenig erleichtert zu sein und denkt, die Fragen seien angebracht und hilfreich gewesen.

Die Evaluation dieses Falls mit Hilfe des INTERMED zeigt die Möglichkeiten der Anwendung zur Entscheidungshilfe bei der Untersuchung und beim Management der Integration von Gesundheitsrisiken. Zusammenfassend handelt es sich um einen 55-jährigen männlichen Patienten, der an einer chronischen Erkrankung (arterielle Hypertension) leidet, die durch eine weitere chronische Erkrankung kompliziert wird (Herzerkrankung). Es hat keine weiteren Episoden körperlicher Erkrankung in den letzten fünf Jahren gegeben. Er hat einen diagnostisch klaren Zustand und ist derzeit immobilisiert. Er hat zuletzt seine kardiale Herzerkrankung verleugnet und neigt dazu, Spannungen durch Rauchen und Trinken abzubauen. Seine Geschichte bietet Hinweise auf eine frühere Phase einer Depression und auf psychische Anpassungsschwierigkeiten nach der Trennung von seiner ersten Frau. Derzeit gibt es Hinweise sowohl für einen Alkoholmissbrauch als auch für eine depressive Störung. Diese Störungen beeinflussen seine Compliance bezüglich der Behandlung, einerseits bezüglich seiner Medikamenteneinnahme und andererseits bezüglich seines kardialen Risikoverhaltens. Während der letzten fünf Jahre hat die Arbeit sein Leben in einem solchen Ausmaß dominiert, dass er nun getrennt von seiner Frau allein in einem Hotelzimmer lebt. In den letzten fünf Jahren war er einmal stationär aufgenommen und wurde von einem Allgemeinmediziner und einem Kardiologen behandelt. In der letzten Zeit wurde er nicht ärztlich oder psychologisch behandelt. Sein Vertrauen in Ärzte wurde durch kürzliche Erlebnisse in Zusammenhang mit der Behandlung seiner Herzerkrankung negativ beeinflusst.

Dies führt zur folgenden **Prognose**: Die physische Prognose ist bereits beschrieben worden. Zusätzlich zur kardialen Situation könnte der Patient ein Risiko sowohl hinsichtlich einer physischen als auch einer psychischen Verschlechterung seines Zustands haben. Dies sollte während des stationären Aufenthaltes beobachtet werden. Ein psychiatrischer Konsiliararzt sollte die Zusammenhänge zwischen Coping, Compliance, Substanzmissbrauch und Depression erheben, da eine Depression sowohl auf den Verlauf der Herzerkrankung als auch die Lebensqualität des Patienten beeinflussen kann (15). Als Resultat dieser Untersuchung sollte entschieden werden, ob und wo eine psychiatrische Behandlung begonnen werden sollte: im Krankenhaus, oder nach der Entlassung durch einen Psychiater oder durch einen Allgemeinmediziner. Bezüglich seiner sozialen Situation sollte seine Partnerin zu einem Gespräch eingeladen werden, um seine soziale Situation und seine Beziehungssituation zu klären. Die Intensität des Rehabilitationsprogramms sollte seinem physischen und auch seinem psychischen Zustand angepasst werden. Eine interdisziplinäre Fallkonferenz sollte innerhalb der nächsten Tage organisiert werden, um die Meinungen der verschiedenen Spezialisten zu koordinieren (Rehabilitation, Psychiatrie und Sozialarbeit).

Diese Informationen führen zu folgenden INTERMED Werten:

	VORGESCHICHTE	JETZIGER ZUSTAND	PROGNOSE
Biologisch-somatisch	Chronizität 3 Diagnostisches Dilemma 1	Schweregrad der Symptomatik/Beeinträchtigung 3 Diagnostische Herausforderung 0	Komplikationen und Lebensbedrohung 1
Psychologisch	Beeinträchtigung der Krankheitsverarbeitung 2 Psychische Beeinträchtigung 3	Beeinträchtigung der Compliance 1 Psychische Beschwerden 2	Bedrohung der psychischen Gesundheit 2
Sozial	Probleme in Arbeit und Freizeit 1 Beeinträchtigung sozialer Beziehungen 1	Instabile Wohnsituation 2 Beeinträchtigung des sozialen Netzwerks 2	Soziale Vulnerabilität 2
Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	Zugang zur Behandlung 2 Behandlungserfahrungen 1	Komplexität der Versorgung 1 Koordination der Behandlung 1	Beeinträchtigung der Versorgung 3

3 Manual: Variablen und ihre klinischen Ankerpunkte

Beachte: Alle Fragen zur Vorgeschichte betreffen einen Zeitraum von 5 Jahren - mit einer Ausnahme: den Fragen zur Vorgeschichte psychischer Beeinträchtigung. Diese Variable umfasst das ganze bisherige Leben.

BIOLOGISCH-SOMATISCHE/VORGESCHICHTE

Chronizität

- ? Unbekannt
- 0 Weniger als 3 Monate körperliche Beeinträchtigung
- 1 Mehr als 3 Monate körperliche Beeinträchtigung oder mehrere Perioden von körperlicher Beeinträchtigung von weniger als 3 Monaten Dauer
- 2 Eine chronische Krankheit
- 3 Mehrere chronische Krankheiten

Diagnostisches Dilemma

- ? Unbekannt
- 0 Keine Perioden von diagnostischer Komplexität
- 1 Diagnose und Ätiologie der Erkrankung wurden rasch geklärt
- 2 Diagnostisches Dilemma gelöst, allerdings erst nach erheblichem diagnostischem Aufwand
- 3 Diagnostisches Dilemma trotz erheblichen diagnostischen Aufwands nicht gelöst

BIOLOGISCH-SOMATISCH/JETZIGER ZUSTAND

Schwere der Beschwerden

- ? Unbekannt
- 0 Keine Beschwerden oder Beschwerden ohne intensive medizinische Behandlung reversibel
- 1 Geringe aber bemerkenswerte Beschwerden, die aber nicht zu einer Beeinträchtigung des täglichen Lebens führen
- 2 Mäßige bis schwerwiegende Beschwerden, welche das tägliche Leben beeinträchtigen
- 3 Schwerwiegende Beschwerden, die Aktivitäten des täglichen Lebens völlig verhindern

Diagnostische bzw. therapeutische Herausforderung

- ? Unbekannt
- 0 Klare Diagnose und/oder unkomplizierte Behandlung
- 1 Klare Differentialdiagnose und/oder Diagnose, die klare Behandlung erwarten lässt
- 2 Schwierige Diagnosestellung und Behandlung; eine somatische Ursache und somatisch orientiert Behandlung kann erwartet werden
- 3 Schwierige Diagnosestellung und Behandlung; psychosoziale Faktoren beeinflussen entscheidend den diagnostischen und therapeutischen Prozess

SOMATISCH/PROGNOSE

Biologisch-somatische Prognose: Komplikationen, Lebensbedrohung

- 0 Keine Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens
- 1 Geringe Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens
- 2 Chronische Krankheit und/oder andauernde Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens
- 3 Schwere somatische Komplikationen und funktionelle Defizite, ernsthafte Lebensgefahr

PSYCHISCH/VORGESCHICHTE

Beeinträchtigung des Coping (*Krankheitsbewältigung*)

- ? Unbekannt
- 0 Keine Beeinträchtigung der Krankheitsbewältigung, z. B. Fähigkeit, Stress durch aktive Mobilisierung von Hilfe oder durch die Ausübung von Hobbies oder anderen Freizeitaktivitäten zu bewältigen
- 1 Geringe Beeinträchtigung der Krankheitsbewältigung, zum Beispiel in Form von erhöhten Kontrollbedürfnissen, Verleugnung oder Gereiztheit
- 2 Mäßige Beeinträchtigung der Krankheitsbewältigung, zum Beispiel in Form von stereotyp klagsamem Verhalten oder von Substanzmissbrauch ohne negative biopsychosoziale Auswirkungen
- 3 Schwere Beeinträchtigung der Krankheitsbewältigung, zum Beispiel in Form einer Vorgeschichte von Substanzmissbrauch, psychischer Erkrankung, selbstverletzendem Verhalten oder Suizidversuch.

Psychische Beeinträchtigung

- ? Unbekannt
- 0 Kein Vorliegen psychischer Beeinträchtigung
- 1 Psychische Beeinträchtigung ohne klare Einschränkung der Aktivitäten des täglichen Lebens
- 2 Psychische Beeinträchtigung mit klarer Einschränkung der Aktivitäten des täglichen Lebens
- 3 Psychiatrische Aufnahme(n) und/oder andauernde Einschränkung der Aktivitäten des täglichen Lebens durch die psychische Beeinträchtigung

PSYCHISCH/JETZIGER ZUSTAND

Beeinträchtigung der Compliance (*Widerstand gegen die Behandlung*)

- ? Unbekannt
- 0 Interessiert, Behandlung zu erhalten und willens, aktiv zu kooperieren
- 1 Gewisses Maß an Ambivalenz gegenüber der Behandlung, aber dennoch zur Kooperation bereit
- 2 Widerstand, zum Beispiel mangelnde Kooperation mit Ablehnung von oder Gleichgültigkeit gegenüber Behandlern
- 3 Aktiver Widerstand gegen die Behandlung

Psychische Beschwerden

- ? Unbekannt
- 0 Keine psychischen Beschwerden
- 1 Geringe psychische Beschwerden, zum Beispiel Konzentrationsprobleme oder Gefühle der inneren Anspannung
- 2 Mäßiggradige psychische Beschwerden, zum Beispiel Angst, Depression oder geringe kognitive Beeinträchtigung
- 3 Schwerwiegende psychische Beschwerden und/oder Verhaltensstörungen, zum Beispiel Gewalttätigkeit, selbstverletzendes Verhalten, Verwirrtheit, Psychose oder Manie

PSYCHISCH/PROGNOSE

Bedrohung der psychischen Gesundheit

- ? Unbekannt
- 0 Kein Risiko einer psychischen Störung
- 1 Geringe psychische Störung, zum Beispiel Anpassungsstörung, Angst, Verstimmung, Substanzmissbrauch oder geringe kognitive Störung; milde Complianceprobleme
- 2 Mäßige psychische Störung, welche psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung erfordert; mäßige Complianceprobleme
- 3 Schwere psychische Störung, welche eine stationäre psychiatrische bzw. psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung erfordert; Gefahr des Abbruchs der Behandlung der psych. Störung

SOZIAL/VORGESCHICHTE

Probleme in Arbeit und Freizeit

- ? Unbekannt
- 0 Sowohl Arbeit (inklusive Haushalt, Rente, Ausbildung) als auch Freizeitaktivitäten vorhanden
- 1 Arbeit (inklusive Haushalt, Rente, Ausbildung) aber keine Freizeitaktivitäten vorhanden
- 2 Mindestens 6 Monate Arbeitslosigkeit, Freizeitaktivitäten vorhanden
- 3 Mindestens 6 Monate Arbeitslosigkeit, keine Freizeitaktivitäten

Beeinträchtigung sozialer Beziehungen

- ? Unbekannt
- 0 Keine soziale Beeinträchtigung
- 1 Geringe soziale Beeinträchtigung; zwischenmenschliche Probleme
- 2 Mäßige soziale Beeinträchtigung, zum Beispiel Unfähigkeit soziale Kontakte zu knüpfen oder Beziehungen aufrecht zu erhalten
- 3 Schwere soziale Beeinträchtigung, zum Beispiel schwer gestörte soziale Beziehungen oder soziale Isolation

SOZIAL/JETZIGER ZUSTAND

Instabile Wohnsituation

- ? Unbekannt
- 0 Stabile Wohnsituation, vollständige Fähigkeit zu selbständigem Leben
- 1 Stabile Wohnsituation, jedoch Unterstützung durch andere Personen nötig, zum Beispiel durch Familie oder Hauskrankenpflege oder Leben in einer Institution (Altersheim etc.)
- 2 Instabile Wohnsituation, Veränderung der gegenwärtigen Situation ist erforderlich
- 3 Instabile Wohnsituation (z. B. nur vorübergehende Unterbringung); sofortige Veränderung der Situation nötig

Soziales Netz⁴

- ? Unbekannt
- 0 Gute Unterstützung durch Familie, Arbeitskollegen und Freunde
- 1 Gute Unterstützung durch Familie, Arbeitskollegen und Freunde, aber Verzögerung der Unterstützung (z. B. durch räumliche Distanz)
- 2 Deutlich eingeschränkte Unterstützung durch Familie, Arbeitskollegen und Freunde
- 3 Keine Unterstützung durch Familie, Arbeitskollegen und Freunde

⁴ Personen im Krankenstand werden als „arbeitend“ gewertet. Personen mit krankheitsbedingter Berentung werden als „nicht arbeitend“ gewertet. Personen, die im Haushalt tätig sind und keiner Berufsarbeit nachgehen, werden mit 1 gewertet, außer es gibt Einschränkungen in den anderen beiden Bereichen (Familie und Freunde). Studenten und Personen mit unbezahlter Arbeitstätigkeit werden so wie Personen geratet, die Arbeit haben.

SOZIAL/PROGNOSE

Soziale Vulnerabilität

- ? Unbekannt
- 0 Keine Änderung der Lebenssituation und keine Unterstützung nötig; ausreichende soziale Integration und Unterstützung
- 1 Keine Änderung der Lebenssituation, jedoch Unterstützung (z. B. Hauskrankenpflege oder sozialarbeiterische Unterstützung) nötig
- 2 Vorübergehende oder dauernde Aufnahme in eine soziale Einrichtung/Institution in absehbarer Zukunft nötig
- 3 Dauernde Aufnahme in eine soziale Einrichtung/Institution jetzt nötig

INANSPRUCHNAHME DES GESUNDHEITSWESENS/VORGESCHICHTE

Zugang zur Behandlung

- ? Unbekannt
- 0 Adäquater Zugang zur Behandlung
- 1 Etwas eingeschränkter Zugang zur Behandlung, z. B. durch Probleme mit Versicherung, räumliche Entfernung, Sprachprobleme oder kulturelle Probleme
- 2 Deutlich eingeschränkter Zugang zur Behandlung, z. B. durch Probleme mit Versicherung, räumliche Entfernung, Sprachprobleme oder kulturelle Probleme
- 3 Kein adäquater Zugang zur Behandlung, z. B. durch Probleme mit Versicherung, räumliche Entfernung, Sprachprobleme oder kulturelle Probleme

Behandlungserfahrung

- ? Unbekannt
- 0 Keine Probleme mit Behandlern
- 1 Negative Erfahrung (eigene oder von Angehörigen) mit Behandlern
- 2 Wiederholtes Einholen von Zweitmeinungen oder wechselnde Kontakte mit Behandlern; Problem Beziehung zu hauptsächlichen Behandlern aufrecht zu erhalten
- 3 Wiederholte Konflikte mit Behandlern, häufige Notfallaufnahmen oder unfreiwillige stationäre Aufnahmen (Zwangseinweisung)

INANSPRUCHNAHME DES GESUNDHEITSWESENS/JETZIGER ZUSTAND

Komplexität der Behandlung⁵

- ? Unbekannt
- 0 Ein behandelnder Arzt (Hausarzt oder Facharzt) und leichter Zugang zur Behandlung
- 1 Mehrere Behandler in somatischen oder psychischen Fachbereichen und/oder multiple aber gut zugängliche Versorgungseinrichtungen
- 2 Sowohl medizinische als auch psychische Behandler und/oder Behandlung in verschiedenen lokal getrennten Versorgungseinrichtungen mit schwierig zu koordinierender Versorgung
- 3 Sowohl medizinische als auch psychische Behandler und/oder Schwierigkeit ausreichende oder ausreichend koordinierte Behandlung zu erhalten

⁵ Als „somatische Fachärzte“ werden alle Spezialisten außer Psychiater oder Spezialisten für Psychotherapie/ Psychosomatik verstanden. Spezialisten für Psychiatrie, Psychosomatik oder Psychotherapie werden als „Psych. Behandler“ bezeichnet (dabei sind sowohl Ärzte als auch nicht-ärztliche Spezialisten wie Psychologen oder Psychotherapeuten eingeschlossen).

Koordination der Behandlung

- ? Unbekannt
- 0 Gute Kommunikation zwischen den Behandlern und gute Koordination der Behandlung in den verschiedenen Bereichen (somat./psych. Behandlung)
- 1 Eingeschränkte Kommunikation zwischen den Behandlern und eingeschränkte Koordination der Behandlung in den verschiedenen Bereichen; Hausarzt koordiniert die Behandlung
- 2 Kaum Kommunikation zwischen den Behandlern; geringe Koordination der Behandlung in den verschiedenen Bereichen (somat./psych. Behandlung); kein koordinierender Hausarzt
- 3 Keine Kommunikation zwischen den Behandlern und keine Koordination der Behandlung in den verschiedenen Bereichen (somat./psych. Behandlung)

INANSPRUCHNAHME DES GESUNDHEITSWESENS/PROGNOSE

Beeinträchtigung der Versorgung⁶

- ? Unbekannt
- 0 Keine Risiken oder Beeinträchtigungen bei der Organisation und Koordination der Versorgung
- 1 Geringer Risiken oder Beeinträchtigungen bei der Organisation und Koordination der Versorgung (z. B. eingeschränkte Versicherungsleistung, etwas beeinträchtigte Kommunikation zwischen Behandlern)
- 2 Mäßige aber deutliche Risiken oder Beeinträchtigungen bei der Organisation und Koordination der Versorgung (z. B. drohender Verlust der Versicherungsleistung, deutlich beeinträchtigte Kommunikation zwischen Behandlern)
- 3 Starke Risiken oder Beeinträchtigungen bei der Organisation und Koordination der Versorgung (z. B. keine Versicherung, keine Kommunikation zwischen Behandlern)

⁶ Berücksichtigen Sie bei der Bewertung die Besonderheiten Ihres nationalen Gesundheitswesens!

1.3 *Literatur*

Di Gangi-Herms AMR, Pinggera GM, de Jonge P, Söllner W: Assessing health care needs and clinical outcome through case complexity in urology: a study with the INTERMED. *Psychosomatics* 44:196-203.

Fink P, Ewald H, Jensen J et al. (1999) Screening for somatisation and hypochondriasis in primary care and neurological in-patients: A seven-item scale for hypochondriasis and somatisation. *J Psychosom Res* 46:261-273.

Fischer CJ, Stiefel FC, Jonge de P, Guex P, Troendle A, Bulliard C, Huyse FJ, Gaillard R, Ruiz J (2000) Case complexity and clinical outcome in diabetes mellitus: a prospective study using the INTERMED. *Diabetes Metab* 26(4):295-302.

Hansen MS, Fink P, Frydenberg M, de Jonge P, Huyse F (2001) Complexity of care and mental illness in medical patients. *Gen Hosp Psychiatry* 23:319-325.

Huyse FJ, Strain JJ, Hengeveld MW, Hammer JS, Zwaan T (1988) Interventions in consultation/liaison psychiatry: The development of a schema and a checklist for operationalized interventions. *Gen Hosp Psychiatry* 10:88-101.

Huyse FJ (1997) From consultation to complexity of care prediction and health service needs assessment. Editorial. *J Psychosom Res* 43:233-240.

Huyse FJ, Lyons JS, Stiefel FC, Slaets JPJ, de Jonge P, Fink P, Gans ROB, Guex P, Herzog T, Lobo A, Smith GC, Strack van Schijndel R (1999) INTERMED: a method to assess health service needs. I. Development and reliability. Gen Hosp Psychiatry 21:39-48.

Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Lyons JS, Slaets JPJ, Fink P, Stiefel F, de Jonge P (1997) Detection and treatment of mental disorders in general health care. *European Psychiatry* 12:70-78.

Huyse FJ, de Jonge P, Lyons JS, Stiefel FC, Slaets JPJ (1999) INTERMED: a tool for controlling for confounding variables and designing multimodal treatment. Letter to the Editor. *J Psychosom Res* 40:401-402.

Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt UF et al (2000) European Consultation-Liaison Psychiatric Services: the ECLW Collaborative Study. *Acta Psychiatr Scand* 101:1-7.

Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt UF et al (2000) European C-L Services and their user populations: the ECLW Collaborative Study. *Psychosomatics* 41:330-338.

Huyse FJ, de Jonge P, Slaets JPJ, Lobo A, Herzog T, Lyons JS, Opmeer BC, Stein B, Arolt V, Balogh N, Cardoso G, Fink P, Rigatelli M (2001) COMPRI – an instrument to detect patients with complex care needs. *Psychosomatics* 42:222-228.

Jonge de P, Huyse FJ, Ruinemans GM, Stiefel FC, Lyons JS, Slaets JPJ (2000) Timing of psychiatric consultations. The impact of social vulnerability and level of psychiatric dysfunction. *Psychosomatics* 41:505-511.

Jonge de P, Stiefel FC, Huyse FJ (2000) Measuring care needs and case-mix by means of the INTERMED: a reaction to Katon's treatment trials in real world settings. Letter to the Editor. *Gen Hosp Psychiatry* 23:43-44.

Jonge de P, Huyse FJ, Stiefel FC, Slaets JPJ, Gans ROB (2001) INTERMED – a clinical instrument for biopsychosocial assessment. *Psychosomatics* 42:106-109.

Jonge de P, Huyse FJ, Lobo A, Slaets JPJ, Herzog T, Lyons JS, Opmeer BC, Stein B, Arolt V, Balogh N, Cardoso G, Fink P, Rigatelli M (2001) Care complexity in the general hospital. Results from a European study. *Psychosomatics* 42:204-212.

Jonge de P, Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Slaets JPJ, Lyons JS, Opmeer BC, Stein B, Arolt V, Balogh N, Cardoso G, Fink P, Rigatelli M (2001) Risk factors for complex care needs in general medicine inpatients. Results from a European study. *Psychosomatics* 42:213-221.

Jonge de P, Zomerdijk MM, Huyse FJ, Fink P, Herzog T, Lobo A, Slaets JPJ, Arolt V, Balogh N, Cardoso G, Rigatelli M (2001) Mental disturbances and perceived complexity of nursing care in medical inpatients: results of a European study. *J Adv Nurs* 36:335-363.

Jonge de P, Latour C, Huyse FJ (2002) Interrater reliability of the INTERMED in a heterogeneous population. *J Psychosom Res* 52:25-57.

Jonge de P, Huyse FJ, Slaets JPJ, Söllner W, Stiefel FC (2005) Operationalization of biopsychosocial case complexity in general health care: the INTERMED project. Austr NZ J Psychiatry 39:795-799

Koch N, Stiefel FC, de Jonge P, Fransen J, Chamot AM, Gerster JC, Huyse FJ, So AK (2001) Identification of case-complexity and increased health utilization in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 45:216-221.

Mazzocato C, Stiefel F, de Jonge P, Levorato A, Ducret S, Huyse FJ (2000) Comprehensive assessment of patients in palliative care: a descriptive study utilizing the INTERMED. *J Pain Symptom Management* 19:83-90.

Stiefel FC, Jonge de P, Huyse FJ, Guex P, Slaets JPJ, Lyons JS, Spagnoli J, Vannotti M (1999) INTERMED: A method to assess health service needs: II. Results on its validity and clinical use. Gen Hosp Psychiatry 21:49-56.

Stiefel FC, Jonge de P, Huyse FJ, Slaets JPJ, Guex P, Lyons JS, Vannotti M, Fritsch C, Moeri, Leyvraz P, So A, Spagnoli J (1999) INTERMED - an assessment and classification system for case complexity: results in patients with low back pain. *Spine* 24:378-385.

Stiefel FC, Huyse FJ, Söllner W, Slaets JP, Lyons JS, Latour CH, Van der Wal N, de Jonge P (2006) Operationalizing integrated care on a clinical level: the INTERMED project. Medical Clinics of North America 90(4):713-758

(Leading articles, die im Falle der Verwendung des INTERMED, zitiert werden sollen fett)