

Aus der Psychosomatischen Klinik Windach
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität München
Geschäftsführer: Prof. Dr. Dr. Dipl.-Psych. Matthias J. Müller

Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsstruktur - gemessen mit OPD-SFK - und der stationär-psychosomatischen Therapiedauer und Therapiedosis anhand einer klinischen Stichprobe von Patienten und Patientinnen mit Zwangsstörung

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Nadine Roßmann

aus
Gera

2023

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: apl. Prof. Dr. Dr. Michael Zaudig

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Axel Steiger

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter: Dr. Götz Berberich

Dekan: Prof. Dr. med. Thomas Gudermann

Tag der mündlichen Prüfung: 16.03.2023

INHALT

1. Einleitung	5
2. Theoretischer und empirischer Hintergrund	9
2.1. Persönlichkeitsstruktur – Begriff	9
2.2. Der Strukturbegriff bei S. Freud, O. Kernberg und G. Rudolf	9
2.2.1. Strukturmodell - Sigmund Freud	11
2.2.2. Strukturpathologie nach Otto Kernberg	13
2.2.3. Strukturfunktionen nach Gerd Rudolf	17
2.3. Operationalisierung von Struktur in der OPD-2	20
2.3.1. OPD und aktuelle Strukturdiagnostik	24
2.4. Persönlichkeitsstörungen	26
2.4.1. Das alternative DSM-5- Modell für Persönlichkeitsstörungen	27
2.4.2. ICD - 11 Kapitel Persönlichkeitsstörungen	29
2.5. Zwangsstörungen	32
2.5.1. Definition und Symptomatik	32
2.5.2. Abgrenzung zur anankastischen (zwanghaften) Persönlichkeitsstörung	34
2.5.3. Behandlungskonzept der Psychosomatischen Klinik Windach	35
2.6. Psychosomatische Krankenhausbehandlung in Deutschland	37
2.6.1. Begriffserklärung	37
2.6.2. Entwicklung stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlung	38
2.6.3. Therapiedauer und bekannte Einflussfaktoren	41
2.6.4. Therapiedosis und bekannte Einflussfaktoren	44
3. Fragestellung und Hypothesen	48
4. Methode	50
4.1. Design der Untersuchung	50
4.2. Die Stichprobe	51
4.2.1. Beschreibung der Studienklinik und Behandlungskonzept	53
4.2.2. Ein- und Ausschlusskriterien	54
4.2.3. Stichprobengröße	55
4.3. Datenerhebung und Messzeitpunkte	55
4.4. Zielparameter und Messinstrumente	56
4.4.1. Erfassung der Struktur mit dem OPD-SFK	56
4.4.2. Erfassung der Therapiedauer	57
4.4.3. Erfassung der Therapiedosis	57
4.4.4. Erfassung des Schweregrades der Symptombelastung	59
4.5. Statistische Analysen	61
4.5.1. Methodische Schritte	62

5. Explorative Statistik.....	74
6. Ergebnisse der multiplen linearen Regressionsanalysen	80
7. Diskussion.....	88
7.1. Diskussion der Methodik.....	88
7.2. Diskussion der Ergebnisse.....	92
8. Zusammenfassung	98
Anhang	108
Anhang 1 OPD-SFK: Fragebogen zur Selbstbeurteilung.....	108
Anhang 2 Leistungsbezeichnung Therapievariablen.....	109
Anhang 3 Y-Bocs Schweregradschema (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale).....	112
Anhang 4 PsyBaDo-PTM Version 4.1 vom 03.02.2009 (Auszug)	114
Abbildungsverzeichnis.....	120
Tabellenverzeichnis.....	121
Lebenslauf.....	124

1. EINLEITUNG

Epidemiologische Studien zeigen, dass psychosomatische Erkrankungen zu einer Volkskrankheit geworden sind, die nicht nur Auswirkungen auf die Betroffenen und deren Angehörigen haben. Laut WHO (Weltgesundheitsorganisation) stellen psychische Erkrankungen den Hauptauslöser von Behinderung und dritthäufigste Ursache für eine allgemeine Krankheitslast (Burden of Disease) dar. An erster und zweiter Stelle stehen kardiovaskuläre Erkrankungen sowie Krebserkrankungen. Aus Daten des deutschen Bundes-Gesundheitssurveys geht hervor, dass 31% der erwachsenen Bevölkerung (18-65 Jahre) im Verlauf eines Jahres mit mindestens einer psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankung zu tun hat. Hierbei stellen Angststörungen den größten Anteil dar (14,5%), danach folgen depressive Störungen mit 11,9% sowie somatoforme Störungen (11,0%) (Herzog et al., 2012).

Nach Angaben des Deutschen Ärzteblattes 2018 sind psychische Erkrankungen nach Muskel- und Skeletterkrankungen die zweithäufigste Ursache für Fehltage bei Arbeitnehmern. Psychische Erkrankungen sind nach Daten der Deutschen Rentenversicherung der häufigste Grund für Erwerbsminderungsrenten; seit 1993 ist die Zahl entsprechender Rentenzugänge um 80% gestiegen (Bühring, 2018).

Psychische Erkrankungen beeinträchtigen körperliche und mentale Funktionen der Betroffenen maßgeblich und beeinträchtigen erheblich die Lebensqualität. Die Mehrzahl der Menschen die Suizid begehen, leiden an einer psychischen Störung.

Die Versorgungssituation psychosomatischer Medizin in Deutschland ist durch Heterogenität gekennzeichnet, das betrifft die Behandlungsansätze wie beispielsweise der verhaltenstherapeutische oder der tiefenpsychologische Ansatz ebenso wie unterschiedliche Behandlungsdauern und -konzepte.

Untersuchungen zur Behandlungsdauer in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungslandschaft gibt es seit langem. Im Zuge der Effizienz- und Kostenorientierung im Gesundheitssystem erfährt dieser Parameter besondere Aufmerksamkeit. Seit dem Beschluss des Gesundheitsreformgesetzes 1999 wurde ein Entgeltsystem nach dem Fallpauschalensystem deutschlandweit entwickelt. Das System der *Diagnoses Related Groups* (DRGs) für somatische Krankenhäuser basiert auf Zuweisung der Patienten und Patientinnen zu sogenannten Fallgruppen

anhand festgesetzter Kriterien (z.B. Hauptdiagnose, Nebendiagnose, Schweregrad, Patientenalter, Beatmungsdauer, etc.), die im Behandlungsaufwand und somit auch in den Kosten vergleichbar sind. Für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser gilt seit 2013 das pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) als Entgeltsystem. Im Wesentlichen unterscheidet sich das PEPP durch eine Vergütung die tagesbezogen -und nicht wie im DRG-System fallbezogen- berechnet wird. Dadurch soll dem wesentlichen Unterschied in der Behandlung von psychischen und somatischen Erkrankungen Rechnung getragen werden (Definitionshandbuch PEPP-Version 2022 Kompaktversion, 2021).

Allerdings können sich die Krankheits- und somit Behandlungsverläufe bei Erkrankten mit psychischen Störungen mit der gleichen Haupt- und Nebendiagnose stark unterscheiden. Anhand der Diagnose die Gruppierung der Patienten und Patientinnen vorzunehmen, bildet den Verbrauch der Ressourcen nicht adäquat ab. Die großen Unterschiede in den Therapieverläufen müssen somit durch weitere, vielzählige Einflussfaktoren begründet sein (Andreas et al., 2004).

Die folgende Arbeit widmet sich der äußerst relevanten Fragestellung nach Merkmalen, welche die Behandlungsdauer und die in Anspruch genommene Therapiedosis - außer der Diagnose - maßgeblich beeinflussen. Konkret geht es um die Frage nach der Persönlichkeitsstruktur in Beziehung zur Therapiedauer und -dosis.

Seit 1992 beschäftigt sich der in Heidelberg gegründete Arbeitskreis „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ (OPD) mit der Erweiterung der bestehenden vorwiegend beschreibenden Klassifikationssysteme für (psychische) Erkrankungen ICD 10 und DSM V um psychodynamische Dimensionen (Arbeitskreis OPD, 2014).

Mit der 12 Fragen umfassenden Kurzversion des OPD-Strukturfragebogens existiert ein einfaches Screening Instrument, welches vor Therapiebeginn von den Patienten und Patientinnen in kurzer Zeit ausgefüllt werden kann. Daraufhin erfolgt eine Einstufung der Persönlichkeitsstruktur von gut integriertem Strukturniveau bis zu desintegriertem Strukturniveau was zu einer passenden Patienten und Patientinnen – und nicht diagnoseorientierten Therapieplanung eingesetzt werden kann.

Ob bei Betroffenen zusätzlich zur Hauptdiagnose eine Persönlichkeitspathologie vorliegt, hat für die Behandlungsplanung eine sehr große Bedeutung (Levy et al., 2014). In den bestehenden

Diagnosesystemen werden Fähigkeiten der Persönlichkeitsstruktur bislang kategorial über das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein einer Persönlichkeitsstörung bestimmt (Ehrenthal et al., 2015). Umso erfreulicher ist die aktuelle Entwicklung, in der das Screening struktureller Persönlichkeitseinschränkungen zur Planung für die stationäre Psychotherapie mehr und mehr angewendet wird. Somit kann zu Beginn der Behandlung der Fokus und die entsprechende Therapie adäquat geplant und durchgeführt werden. In der ambulanten psychodynamischen Psychotherapie wird die Einstufung des Persönlichkeitsstrukturniveaus der Patienten und Patientinnen seit Jahren empfohlen (Obbarius et al., 2019).

Dass Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsstruktur mit einer höheren Inanspruchnahme des Gesundheitssystems korreliert, ist ökonomisch äußerst bedeutend. Außerdem zeigt dieser Zusammenhang, dass die Einschätzung des Strukturniveaus, ohne dass die Diagnosekriterien für eine Persönlichkeitsstörung erfüllt sind, bedeutend sein kann. Dieses Vorgehen wird von der OPD seit langem durchgeführt und ist mittlerweile auch im ICD-11 und DSM-V umgesetzt worden (Ehrenthal et al., 2015).

Ehrenthal et al. konnten signifikante Unterschiede im Strukturniveau (gemessen mit dem OPD-SFK) zwischen Personen in stationärer Psychotherapie und Probanden und Probandinnen ohne Therapie feststellen: Personen in stationärer Psychotherapie hatten ein deutlich niedrigeres Strukturniveau als Personen, die sich nicht in therapeutischer Behandlung befanden (2015).

Untersuchungen zu Inanspruchnahmen sind im Vergleich zu denen zur Therapiedauer dürftig. Es gibt zahlreiche Studien über eine überproportionale Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten, den sogenannten „heavy users“ seit Anfang der 80er Jahre. Hier wurden u.a. Prädiktoren für eine übermäßige Inanspruchnahme von Therapie wie die Erstdiagnose einer Persönlichkeitsstörung, Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, junges Alter, lediger Familienstand und Anzahl der Vorerkrankungen belegt.

Neuerdings wird der Zeitbedarf als Therapiedosis gemessen und die Ergebnisse als Dosis-Effekt-Beziehung wiedergegeben. Die Hauptfrage dabei ist, was Psychotherapie in welcher Zeit für welche Personen unter welchem Ressourcenverbrauch leisten kann (Paar & Grohmann, 2000)?

Es existiert bislang keine Vorgabe für eine optimale Behandlungsintensität für die stationäre psychosomatische Therapie. Die Frequenz der Therapieeinheiten, die Verteilung und die Reihenfolge

werden zwar für Gutachter-Checklisten für Entlassbriefe empfohlen, unklar und bisher nicht untersucht ist jedoch, wie sinnvoll dies ist (Koch et al., 1998).

Vor dem beschriebenen Problemhintergrund verfolgt die vorliegende Untersuchung folgender Frage: Besteht ein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsstruktur und der Therapiedauer und Therapiedosis bei Patienten und Patientinnen in stationärer psychosomatischer Behandlung? Hieraus ergibt sich die Frage „Benötigen Patienten und Patientinnen mit niedrigerem Strukturniveau länger und / oder mehr Therapie als Betroffene mit gut integriertem Strukturniveau?“

2. THEORETISCHER UND EMPIRISCHER HINTERGRUND

2.1. Persönlichkeitsstruktur – Begriff

Struktur ist ein vielfach und vielfältig verwendeter Begriff, der immer dann herangezogen wird, wenn ein Gefüge, etwas Gewachsenes oder Gestaltetes beschrieben werden soll. Beschrieben wird durch den Begriff Struktur, dass etwas übergeordnetes zusammenhängendes Ganzes besteht, welches untergeordnete Strukturen erkennen lässt. Bezieht sich der Begriff Struktur auf etwas Lebendiges wie beispielsweise die Struktur des Nervensystems, ist immer auch die Funktionalität mit beschrieben. Die Substrukturen bilden als einzelne Bestandteile, zusammengesetzt das große Ganze ab. Strukturen können sich, wenn auch langsam, verändern. Diese Eigenschaften prädestinieren den Begriff, um ihn auf Psychisches zu übertragen. Sigmund Freud beschrieb bereits das Strukturkonzept mit seinen Bestandteilen des Ich, des Es und des Über-Ich und deren teils unbewussten, teils bewussten Zusammenspiel. Otto Kernberg prägte den Strukturbegriff maßgeblich in dem er vorschlug, unterschiedliche Persönlichkeitsstrukturniveaus einzuteilen. Er sprach von neurotischem Niveau, Borderline-Niveau und psychotischem Niveau (1981). Diese Einteilung diene als Grundlage für die Klassifikation in schwere und weniger schwere Persönlichkeitspathologien. Die Einteilung in unterschiedliche Funktionsniveaus wurde vielfach übernommen und auch von der OPD aufgegriffen und als Prinzip übernommen (Doering & Hörz, 2012).

2.2. Der Strukturbegriff bei S. Freud, O. Kernberg und G. Rudolf

Der Strukturbegriff im Zusammenhang mit psychodynamischen Theorien beschreibt eine lange und wechselvolle Historie in dem unterschiedlichen Schulen zu unterschiedlichen Zeiten grundsätzlich Anderes beschrieben haben und heute noch beschreiben (Ehrenthal, 2014).

Es gibt also für den Strukturbegriff keine allgemeine gültige Definition, er wird aber „immer dann herangezogen, wenn es gilt, den inneren Aufbau eines Ganzen, seine Regelmäßigkeiten und funktionalen Zusammenhänge, so wie die Geschichte seiner Entstehung zu kennzeichnen“ (Ehrenthal et al., 2012; Rudolf et al., 2010).

Die folgenden Abschnitte gehen auf die Entwicklung und unterschiedliche Verwendung des Strukturbegriffs bei Freud, Kernberg und Rudolf ein.

2.2.1. Strukturmodell - Sigmund Freud

Sigmund Freud war Wiener Psychologe und Arzt und ist Begründer der Psychoanalyse und der Traumdeutung (1856-1939). Er verwendete schon früh strukturelle Dimensionen in seinem Konzept des *psychischen Apparates*. In seinem ersten Modell unterschied er zunächst „das Bewusste“ vom „Vorbewussten“ und „Unbewussten“ (Freud, 1900). Freud sprach in einer Analogie zur Anatomie von Systemen wie einer „*psychischen Lokalität*“. Das Basis-Modell psychischer Strukturen wird folglich als **Topografisches Modell** bezeichnet. Er arbeitete dies differenzierter aus und erweiterte es um die Instanzen *Ich*, *Es* und *Über-Ich* (Doering & Hörz, 2012). Das *Es* repräsentiert hierbei die Affekte, Triebe und Wünsche des Individuums. Es folgt in den ersten 3 Lebensjahren eines Menschen dem Lustprinzip wobei die Triebe unbewusst sind und nach unmittelbarer Befriedigung verlangen.

Nach Freud ist das **Es** die älteste der psychischen Instanzen. Inhalt des Strebens ist die Summe des Ererbten, des konstitutionell und bei Geburt Angelegten (Freud & Lohmann, 2010). Das **Ich** widerspiegelt Denken, Wahrnehmung und Erinnern. Es dient der Selbstbehauptung und ist im ständigen Prozess der Vermittlung zwischen den Triebregungen des *Es* und dem *Über-Ich* mit den Anforderungen der Außenwelt. In dem ständigen Lernprozess lernt das *Ich* Befriedigung der Triebregungen zuzulassen oder unter Abgleichung der *Über-Ich*-Ansprüche und der Außenwelt zu unterdrücken oder zu verschieben. Freud beschreibt das *Ich* als Repräsentation der Vernunft und Besonnenheit wohingegen das *Es* die Leidenschaft innehat (Freud, 1923).

Das **Über-Ich** entwickelt sich aus dem *Ich* heraus als eine moralische innerliche Instanz. Es bildet das Idealverhalten des *Ich* ab und bildet außerdem das Gewissen. Es regelt „moralisches Verhalten, denn die Spannung zwischen den Ansprüchen des Gewissens und den Leistungen des *Ichs* wird als Schuldgefühl empfunden“ (Freud 1923/1999, S.243 nach (Doering & Hörz, 2012).

In Freuds letztem Werk „Abriss der Psychoanalyse“ (1938) fasste er einige seiner Ideen zusammen und formulierte:

„Von dem, was wir unsere Psyche (Seelenleben) nennen, ist uns zweierlei bekannt, erstens das körperliche Organ und Schauplatz desselben, das Gehirn (Nervensystem), andererseits unsere Bewusstseinsakte, die unmittelbar gegeben sind und uns durch keinerlei Beschreibung nähergebracht werden können. Alles dazwischen ist uns unbekannt, eine direkte Beziehung zwischen beiden Endpunkten unseres Wissens ist nicht gegeben. Wir nehmen an, dass das

Seelenleben die Funktion eines Apparates ist, dem wir räumliche Ausdehnung und Zusammensetzung aus mehreren Stücken zuschreiben“ (S.9).

Diese Darstellung prägt alle Strukturkonzepte bis in die Gegenwart; wahrnehmbare Funktionen werden durch hypothetische, unsichtbare Strukturen begrenzt (Doering & Hörz, 2012).

Freuds Strukturmodell der Persönlichkeit bildet den Boden für folgende Beforschungen von Persönlichkeitskonzepten und Struktur erfassung.

2.2.2. Strukturpathologie nach Otto Kernberg

Kernberg (US-amerikanischer Psychiater und Psychoanalytiker mit österreichischer Herkunft) begründete die **Objektbeziehungstheorie**. Er beschreibt, dass frühe Beziehungen zu bedeutsamen anderen Menschen (sogenannte Objektbeziehungen) verinnerlicht werden und die Grundlage für die Persönlichkeitsstruktur bilden (Doering & Hörz, 2012). Dabei haben positive internalisierte (verinnerlichte) Beziehungserfahrungen sicherheitsgebende Funktion, was wiederum ein Reiz für das Knüpfen der intrapsychischen Struktur darstellt. Wenn ausreichend gelungene innere Objekte in der Entwicklung abgebildet wurden, kann sich die Persönlichkeit gegenüber Belastungen von außen und von innen selbst stabilisieren. Ohne ausreichende gute Beziehungs- bzw. Objekterfahrungen können die internalisierten Objektbilder als bestrafend und bedrohlich erlebt werden, vor allem in Situationen großer Anspannung und negativer Affekte. Schneider beschreibt diese Erfahrungen als die eigene „seelische Bühne die erbaut wird, auf der die anderen ihre Aufführungen mit ihren affektiven Besetzungen geben“ (Schneider 1995, nach (Doering & Hörz, 2012).

Laut Kernberg setzt sich die Persönlichkeit unter anderem aus den Komponenten **Temperament** und **Charakter** zusammen. Das **Temperament** beschreibt er als eine von Geburt an festgelegte Anlage auf bestimmte Reize zu reagieren. Insbesondere die Schwelle zur Auslösung positiver, negativer oder aggressiver Gefühle seien genetisch determiniert. In Bezug auf die Entstehung von Persönlichkeitsstörungen spielen die affektiven Bestandteile des Temperaments eine große Rolle (Kernberg, 2000). Der **Charakter** stellt einen weiteren wesentlichen Bestandteil der Persönlichkeit dar. In welchen Mustern das Verhalten organisiert wird, ist Funktion des Charakters. Bezieht man die psychoanalytische Sichtweise in die Bildung der Persönlichkeit mit ein, kommt das „Über-Ich“ als dritte innerpsychische Struktur hinzu. Diese bildet neben dem Temperament und dem Charakter die innere Moral. Kernberg betont, dass die psychoanalytische Objektbeziehungstheorie nur in Verbindung mit der Triebtheorie begründbar ist, denn Affekte und Triebregungen bestimmen entscheidend die Beziehungen zu den Objekten. Im Säuglings- und Kleinkindalter werden derselben Bezugsperson unzählige positive und negative Gefühle entgegengebracht. Diese können nicht einem Antrieb zugeordnet werden (Kernberg, 2000).

Kernberg unterscheidet in seiner Theorie drei strukturelle Ebenen der Charakterpathologie. Diese sind das Ergebnis aus pathologischen Strukturen des Ich und des Über-Ich, sowie pathologischer verinnerlichter Objektbeziehungen und pathologischer Entwicklungen aus triebgesteuerten Erfahrungen (Kernberg, 1997):

- **Die höhere Strukturebene der Charaktertypologie:**

Es existiert ein gut integriertes Über-Ich, welches streng und strafend ist. Das Konzept vom Selbst und die Vorstellung von der eigenen Gestaltung sind stabil. Der Hauptabwehrmechanismus ist Verdrängung. Die soziale Integration ist gelungen. Zum Teil können sexuelle und/oder aggressive Triebregungen konfliktbesetzt oder gehemmt sein.

- **Die mittlere Strukturebene der Charaktertypologie:**

Das Über-Ich stellt sich als strafender und weniger gut integriert dar. Es besteht ein Konflikt zwischen dem Wunsch der eigenen Attraktivität und Großartigkeit und dem Anspruch nach Perfektion unter strenger, moralischer Zensur. Verminderte Fähigkeit Schuld zu empfinden, paranoide Züge und starke Gefühlswechsel zeigen eine unvollständige Integration des Über-Ichs. Das Individuum besitzt geringere Abwehrmechanismen zur Hemmung und die Reaktionsbildung ist stärker ausgeprägt, sein Verhalten ist durchsetzt von Triebstrebungen. Verdrängung ist auch hier der hauptsächliche Abwehrmechanismus allerdings mit Neigung zur Dissoziation (Auseinanderfallen psychischer Funktionen) und Spaltung. Auf dieser Ebene sind Objektbeziehungen im Sinne einer dauerhaften und engen Beziehung zu anderen konfliktreicher und ambivalenter, im Grunde jedoch stabil (Kernberg, 1997)

- **Die niedere Ebene der Charaktertypologie:**

Die niedere Strukturebene ist charakterisiert durch eine marginale Integration des Über-Ichs sowie eine verschwommene Grenze zwischen Über-Ich und dem Ich. Die Abwehr bedient sich frühen Mechanismen wie Projektion, projektiver Identifikation, Dissoziation und Spaltung.

Die Spaltung zeigt sich in konträren, wechselnden Ich-Zuständen welche durch Verleugnung, projektive Identifikation und Idealisierung verstärkt wird. Die pathologische Abwehr ist hauptsächlich impulsiv und triebgesteuert charakterisiert. Die Unfähigkeit der Integration von Selbst- und Objektbildern zeigt sich in Beziehungen, die auf Basis von Bedürfnisbefriedigungen oder bedrohlicher Art funktionieren. Sich empathisch in andere Menschen mit deren Gefühlswelt hineinzusetzen ist unmöglich.

Den Patienten und Patientinnen fehlt ein integriertes Selbstkonzept sowie Objektkonstanz, was zu einem Auseinanderfallen der eigenen Identität führt.

In der nächstniedrigeren Ebene befinde man sich im Behandlungsfeld der Psychosen, so Kernberg. Diese können differentialdiagnostisch durch das Fehlen der Fähigkeit zur Realitätsprüfung abgegrenzt werden (Kernberg, 1997).

Das Anliegen Otto Kernbergs sei die Zusammenführung möglichst vieler fundierter psychoanalytischer Theorien um diese als Grundlage für eine Einteilung unterschiedlicher Funktionsniveaus der Persönlichkeit zu nutzen (Arbeitskreis OPD, 2014).

So war er es, der erstmals eine Einteilung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit und damit des Schweregrads der Strukturpathologie auf verschiedenen Stufen nach bestimmten Kriterien beschreibt. Je nach Ausprägung des Abwehrmechanismus, der Fähigkeit zum Realitätsabgleich, der Impulskontrolle und zur Angsttoleranz sowie je nach Reife der Objektbeziehungen unterscheidet er drei Persönlichkeitsniveaus. Diese sind ein neurotisches, ein Borderline- sowie ein psychotisches Niveau (Doering & Hörz, 2012).

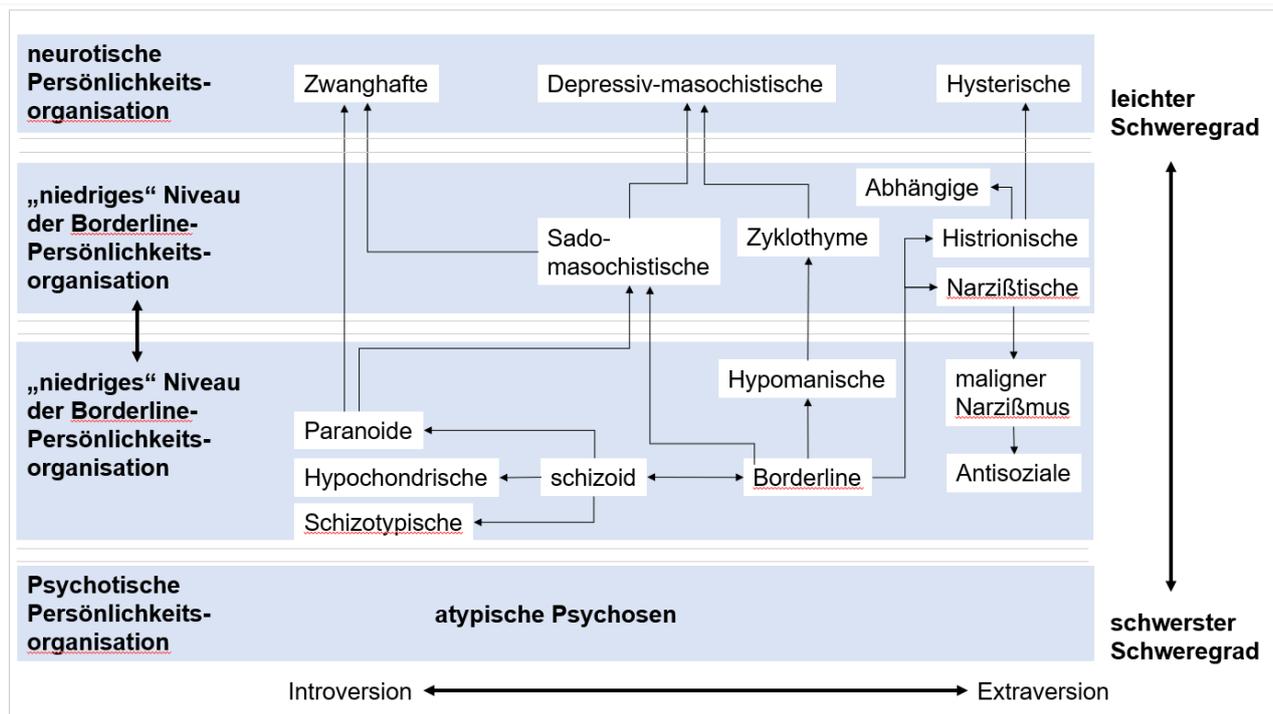


Abbildung 2.1: Die Beziehungen der Persönlichkeitsstörungen untereinander und ihre Einstufung nach dem Niveau der Persönlichkeitsorganisationen (aus: Kernberg, 2000)

Um Strukturpathologien erfassen zu können, erarbeitete Kernberg ein erstes strukturelles Interview. Aus diesem gehen später der IPO Fragebogen „*Inventar der Borderline-Persönlichkeitsorganisation*“ (IPO; Clarkin et al., 1995 nach (Doering & Hörz, 2012)) und das „*Strukturierten Interview zur Persönlichkeitsorganisation*“ ((STIPO; Clarkin et al., 2004 nach (Doering & Hörz, 2012))) hervor. Kernberg kritisiert bis heute die vorwiegend beschreibenden Klassifikationssysteme der Persönlichkeitsstörungen. Diese seien zu sehr an äußerlichem Verhalten eingestuft. Es bedürfe einer umfangreichen Weiterentwicklung und Anpassung der Persönlichkeitsdiagnostik und Therapie, um diese besser gestalten zu können (Kernberg, 2000).

2.2.3. Strukturfunktionen nach Gerd Rudolf

Die **Strukturachse** der **Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)** prägt die gegenwärtige Weiterentwicklung des dimensional Strukturbegriffs entscheidend.

Gerd Rudolf (Direktor der Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg, 1989 – 2006) trug einen maßgeblichen Anteil dieser Entwicklung. Auf ihn geht ein eigenes Strukturkonzept und eine „Strukturbezogene Psychotherapie“ zurück (Rudolf, 2004). Sein Konzept beschreibt Struktur in ihrer Funktion, den psychischen Binnenraum so zu organisieren und zu regulieren, dass gutes Befinden, Selbstwert und Beziehungen zu wichtigen Objekten sichergestellt werden können (Rudolf et al., 2010).

Dabei unterscheidet er eine intentionale und eine pathische Ausrichtung. Die intentionale Richtung ist die „aktive“ vom Ich ausgehende Form in der die produktive, konfliktlösende gestaltende Aktivität im Vordergrund steht. Die pathische Richtung beschreibt die Wirkung des Außen auf das Individuum. Dieses muss die Einflüsse dann entweder integrieren oder ertragen. Rudolf spricht von „toxischen“ Einflüssen wie beispielsweise dem Verlassen-sein, narzisstische Kränkung, Bedürfnisfrustration und weitere, die das Selbst im Umgang mit der Objektwelt erfährt. Die Funktion der psychischen Struktur sei es, diese abzubauen um das innere Gleichgewicht und das Beziehungsgleichgewicht wieder herzustellen.

Auf die Gesamtpersönlichkeit bezogen, lassen sich alle strukturellen Elemente als „**Fähigkeit zu**“ kennzeichnen (Rudolf et al., 2010).

Nach Rudolf kann der Großteil struktureller Funktionen in die Aufgabenbereiche differenzierende, integrierende und regulierende Funktionen eingeteilt werden.

Differenzierende strukturelle Funktion

Um Dinge auseinanderhalten zu können, Unterschiede zu machen und Ganzheitliches zu unterteilen, beschreibt Rudolf fünf Bereiche in denen Differenzierungsfähigkeiten nötig sind. In der **Selbst-Objekt-Differenzierung** geht es zum Beispiel um die Grenzziehung zwischen dem Selbst und den Objekten. Dies erfolgt einerseits in der frühen Persönlichkeitsentwicklung und andererseits ist es eine ständig erforderliche Leistung Objekte und Selbst immer wieder auseinanderzuhalten. Die **Affektdifferenzierung** ist notwendig um verschiedene Affekte (Gefühle) in der Eigenwahrnehmung differenzieren zu können, um sie wahrnehmen und sprachlich benennen zu können. Die **Selbstreflexion** beschreibt den Vorgang der Differenzierung, der ermöglicht das eigene psychische Innenleben wahrzunehmen und zu verstehen. Dazu gehört auch die Fähigkeit zur Charakterisierung

des Selbst im Unterschied zu anderen. Die Fähigkeit wandelbare Beziehungen zu verschiedenen Personen aufbauen zu können, setzt ebenfalls die Fähigkeit zur Differenzierung voraus. Als letzte Differenzierungsfähigkeit beschreibt Rudolf die **Loslösung** einer bis dahin emotional hoch besetzten Beziehung. Dabei geht es hier um die differenzierende in der Regel schmerzliche Wahrnehmung, dass der andere nicht mehr da ist, während ich noch da bin.

Integrierende strukturelle Funktion

Im Gegensatz zur Differenzierung geht es bei der Integration darum, Verschiedenes zu einem Ganzen zusammenfassen zu können. Rudolf sieht die Fähigkeit zur Integration als wichtigste Voraussetzung für die Heranreifung eines Individuums. Dies gelingt gut, wenn im Laufe des Lebens gemachte Erfahrungen in sich hineingenommen und angeeignet werden können. Als ein Beispiel für eine gelungene Integration nennt Rudolf die **ganzheitliche Objektwahrnehmung**. Diese setzt zum einen voraus, dass eine Differenzierung zwischen Selbst und Objekt erfolgt ist und zum anderen basiert sie auf der Fähigkeit, positive und negative Objekterfahrungen mit der wichtigsten Beziehungsperson nebeneinander zu stellen und auf die gleiche Person zu beziehen. Damit wird anerkannt, dass Erwünschtes und hochgradig Unerwünschtes von ein und derselben Person ausgehen kann. Gelingt die Integration dieser beiden Aspekte nicht, können später Störungen wie Spaltung oder Dissoziation folgen. Auch für die Entwicklung eines konsistenten Selbstbildes und einer beständigen Identität ist es unerlässlich z.B. soziale, sexuelle und kulturelle Teile des Selbst zu einem Ganzen zusammenzuführen. Eine weitere integrierende Funktion benennt Rudolf als Fähigkeit zur **Internalisierung** (Verinnerlichung), der Ausbildung **objektbezogener Affekte** und das **Verstehen von Affekten**. Damit ist die Fähigkeit andere mit ihren Affekten, Eigenschaften und Kommunikation wahrzunehmen und in sich aufzunehmen. Wenn also die Zusammenführung des Selbst und des Objekts erfolgreich gelingt, ermöglicht dies ein vielschichtiges Bild des Ich zu gestalten, welches vom eigenen Selbst wohl verstanden wird und gut an das Gegenüber wiedergegeben werden kann. Rudolf bezieht sich später ausdrücklich auf die Qualität der Integration als Maßstab für das Funktionsniveau der Erfassung der Struktur. Er differenziert gutes, mäßiges, geringes Integrationsniveau und Desintegration (Rudolf et al., 2010).

Regulierende Strukturelle Funktion

Für das Herstellen und Halten des Gleichgewichts zwischen Bedürfnissen und Triebregungen und deren Erfüllung oder Frustration ist die Fähigkeit der **Impulssteuerung** und **Affekttoleranz** erforderlich. In dem Kontext sieht Rudolf die **Abwehr** als das bedeutsamste Regulationssystem zur Regulation innerpsychischer Spannungszustände.

Die Regulierung von Nähe und Distanz zu anderen wird durch Kontaktaufnahme und emotionale Mitteilung durch das Selbst verwirklicht. Gleichzeitig findet eine ständige **Selbstwertregulation**, mit dem Ziel des Gleichgewichts, in diesem volatilen System statt.

Rudolf unterscheidet mehrere Einflussgrößen, die auf diesen Regulierungsprozess einwirken:

- **Intensität der Auslenkung** aus dem Gleichgewicht und dem damit verbundenen Steuerungsaufwand, um dem entgegenzuwirken
- Die individuelle **Reaktionsschwelle** für das Empfinden eines Ungleichgewichts
- **Intensität der Reaktion** auf ein Ungleichgewicht
- **Dauer der Reaktion**
- **Qualität der Reaktion**

„Es hat sich gezeigt, dass Affekte bei strukturellen Störungen nicht nur quantitativ anders sind (weniger Freude, mehr Ärger), sondern qualitative Eigenheiten aufweisen. Zum einen sind die eigenen Affekte für die Patienten und Patientinnen selbst schwer zu unterscheiden, zum anderen für den Außenbeobachter nicht eindeutig einzuordnen. Affekte, die ausgedrückt werden, sind Enttäuschung, Verzweiflung, Hilflosigkeit und Leere. Diese wiederum helfen den Betroffenen nicht, einen Handlungsplan zu entwickeln, um seine Situation zu verändern. „Im Grunde appellieren diese Affekte an ein omnipotentes Objekt, welches aufgefordert wird, etwas, das als sehr negativ erlebt wird, wieder gutzumachen“ (Rudolf et al., 2010).

2.3. Operationalisierung von Struktur in der OPD-2

Die Entwicklung des Strukturkonzepts in der OPD-2 lehnt sich an die Ausführungen Gerd Rudolfs. Wie vorangehend bereits beschrieben, strebt dieser nach der Integration der unterschiedlichen Strukturkonzepte (Arbeitskreis OPD, 2014). In der klinischen Praxis ist das Verständnis von Struktur entscheidend durch die Operationalisierung des Konstrukts in der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) geprägt und ist eines der wichtigsten diagnostischen Instrumente, um strukturelle Fähigkeiten und Defizite dimensional zu erfassen. Die „**Strukturachse**“ der OPD ist zentraler Bestandteil der vorliegenden Arbeit und soll im Folgenden näher betrachtet werden.

Der Arbeitskreis „Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik“ (OPD) aus Psychoanalytikern, Psychosomatikern und Psychiatern erarbeitet seit 1992 ein Konzept mit dem Ziel symptomatisch-deskriptive Klassifikationen psychischer Störungen, um psychodynamische Dimensionen zu erweitern. Die multiaxiale psychodynamische Diagnostik basiert dabei auf 5 Achsen der Persönlichkeit: „Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen“, „Beziehung“, „Konflikt“, „Struktur“ und „Psychische und psychosomatische Störungen gemäß Kapitel F der ICD 10“ (Arbeitskreis OPD, 2014). Anhand der Strukturachse (= vierte Achse) versucht die OPD-2 soweit es möglich ist, ohne die Verwendung tradierter psychoanalytischer Begriffe am Verhalten der Patienten und Patientinnen eine funktionelle Beschreibung der Struktur zu schaffen. Dies führt zu einer Definition von Struktur als „Selbst in seiner Beziehung zu den Objekten“ (Arbeitskreis OPD, 2014). Struktur kann somit nach OPD auf vier Dimensionen beschrieben werden, welche sich jeweils bezüglich des Selbst und des Objekts unterscheiden. (Tabelle 3.1.). Das gut validierte Instrument wird u.a. im sog. PEPP-System (Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik) als Merkmal einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung in psychodynamisch arbeitenden Kliniken vorausgesetzt und hat somit entgeltrelevant Eingang in den sogenannten Operationen- und Prozedurenschlüssel gefunden ((DIMDI, 2013 nach (Berberich, 2014)).

Tabelle 2.1: Die vier Struktur-Dimensionen nach OPD-2 jeweils im Bezug zum Selbst und zu den Objekten (Arbeitskreis OPD, 2009, S.118)

Selbstwahrnehmung	Fähigkeit der selbstreflektiven Wahrnehmung
Objektwahrnehmung	Fähigkeit, andere ganzheitlich und realistisch wahrzunehmen
Steuerung des Selbst	Fähigkeit, die eigenen Impulse, Gefühle und den Selbstwert regulieren zu können
Steuerung der Beziehungen	Fähigkeit, den Bezug zum anderen zu regulieren
Emotionale Kommunikation nach innen	Fähigkeit, zur inneren Kommunikation mit Affekten und Fantasien
Emotionale Kommunikation nach außen	Fähigkeit, zur Kommunikation mit anderen
Innere Bindung	Fähigkeit zur Nutzung, positiver innerer Objekte zur Selbstregulation
Äußere Bindung	Fähigkeit, sich binden und lösen zu können

In einem teilstrukturierten Interview von ein bis drei Stunden Dauer werden Schilderungen des Selbst und seiner Objekte sowie Beziehungsphasen erfragt. Die Struktur untergliedert sich für alle acht Subdimensionen in acht Niveaus:

- gutes strukturelles Integrationsniveau
- mäßiges strukturelles Integrationsniveau
- geringes strukturelles Integrationsniveau
- desintegriertes Strukturniveau.

Für die Diagnostik bedeutet das, dass der Untersucher etwas von der Struktur seiner Patienten und Patientinnen in der unmittelbaren Begegnung erlebt und er aus Schilderungen der Betroffenen über dessen Alltagsleben und Lebensgeschichte ein Bild über seine Struktur gewinnt. Diagnostisch folgt die Strukturbeurteilung nicht der akuten Störung. Vielmehr orientiert sich die Einschätzung an der dahinterstehenden strukturellen Bereitschaft, die sich in der Interaktion und im Handeln der letzten

ein bis zwei Jahre zeigt. In Tabelle 2.2 sind die Kriterien für die Einschätzung des Strukturniveaus nach OPD-2 dargestellt (Arbeitskreis OPD, 2014).

Tabelle 2.2: Kriterien für die Einschätzung des Strukturniveaus nach OPD-2 (gekürzt aus Arbeitskreis OPD, 2014, S.258)

Gutes Integrationsniveau	<ul style="list-style-type: none">• Fähigkeit zur Selbststeuerung strukturiertes psychisches Innenleben, in dem sich intrapsychische Konflikte abspielen können• Empathiefähigkeit• ausreichend gute innere Objekte
Mäßiges Integrationsniveau	<ul style="list-style-type: none">• Fähigkeit zur Selbstreflexion; differenzierte, realitätsgerechte Wahrnehmung anderer• eingeschränkte Selbstwertregulierung• Objektbilder sind auf wenige Muster begrenzt• geringe Empathiefähigkeit• vorwiegend dyadische Beziehungen• intrapsychische Konflikte sind destruktiver, selbstentwertende und autodestruktive Tendenzen• Schwierigkeit, Selbstbild und Identität zu gewinnen

**Gerignes
Integrationsniveau**

- geringe Differenzierung psychischer Strukturen
- Konflikte spielen sich interpersonell statt intrapsychisch ab
- fehlende Selbstreflexion
- Diffusion der eigenen Identität
- Intoleranz für negative Affekte
- Impulsdurchbrüche und hohe Kränkbarkeit
- mangelnde Fähigkeit zur Kommunikation
- innere Objekte haben verfolgenden und strafenden Charakter

**Desintegriertes
Integrationsniveau**

- Externalisierung der Verantwortung und Folgen des eigenen Handelns (die Dinge passieren einfach)
- kaum vorhandene Empathiefähigkeit
- einen Zusammenhang zwischen dem Selbst und überflutender Emotionalität herzustellen ist nicht möglich, Abwehrmechanismen wie postpsychotische, posttraumatische oder perverse Organisationsformen überdecken dies

2.3.1. OPD und aktuelle Strukturdiagnostik

Die Strukturdiagnostik hat das Anliegen durch die Darstellung der Stärken und Schwächen der Persönlichkeitsfunktion, Patienten und Patientinnen in der Therapie weder zu über- noch zu unterfordern.

Vor dem Hintergrund des neuen Konzeptes der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen im DSM-5 und ICD-11 kommt der bestehenden Strukturdiagnostik eine besondere Relevanz zu. Als Ergänzung und Erweiterung des klinischen Interviews existieren mittlerweile Fragebögen, welche die Einschätzung struktureller Defizite aus Patienten und Patientinnensicht erfassen.

Eine, nicht nur psychodynamische, Kernkritik beim Einsatz von Fragebögen betrifft die Frage inwiefern Menschen, die in einem bestimmten Bereich der Persönlichkeitsfunktion Einschränkungen haben, überhaupt in der Lage sind, solche bei sich wahrzunehmen. Diese Frage lässt sich empirisch untersuchen. Aus dieser Überlegung heraus entwickelte sich der OPD-Strukturfragebogen (OPD-SF) (Ehrenthal et al., 2012). Ein Vorteil der Strukturdiagnostik nach OPD besteht darin, dass sie unterschiedliche psychodynamische und psychologische Theorien integriert und damit den Anwender auch nicht auf eine Richtung oder Behandlungstechnik festlegt. Sie bietet das Potential unterschiedliche Konzepte in einer gemeinsamen Sprache beschreibbar zu machen (Ehrenthal, 2015). Der OPD-SF besteht aus 95 Items wobei die strukturellen Einschränkungen auf 21 Subskalen abgebildet werden. Die Aussagen sind möglichst nahe am Erleben unterschiedlicher struktureller Defizite aus Sicht der Patienten und Patientinnen orientiert. Ein Beispiel Item ist etwa „Manchmal explodiere ich wie ein Pulverfass“ (Affekttoleranz). Die Items werden auf einer Skala von 0 – 4 beantwortet, in der Auswertung der Langversion werden Mittelwerte der Skalen und Subskalen berechnet. Eine Untersuchung mit über 1000 Patienten und Patientinnen in stationärer psychotherapeutischer Behandlung, in ambulanter Behandlung bzw. ohne Psychotherapie auf Therapieplatzsuche konnte insgesamt gute bis sehr gute psychometrische Eigenschaften bezüglich der Subskalen und der Gesamtskala bestätigen. In Bezug auf die Validität zeigte sich ein hoher und signifikanter Zusammenhang zwischen diagnostizierten deutlichen strukturellen Defiziten und Beschwerdesymptomen. Wenn der OPD-SF tatsächlich strukturelle Einschränkungen aus Patienten- und Patientinnensicht erfasst, muss er mit dem Expertenrating korrelieren. Zur Überprüfung wurde bei einer Stichprobe von 101 Personen neben einem OPD-Interview auch der OPD-SF ausgefüllt (Dinger et al., 2014). Das Gesamtstrukturniveau aus dem OPD-Expertenrating korrelierte mit dem Gesamtwert des OPD-SF deutlich und linear ($r=0,62$).

Für den Einsatz als Screeninginstrument ist der OPD-Strukturfragebogen 95 Items allerdings oft zu lang. Deshalb erfolgte in mehreren Schritten die Erstellung einer Kurzversion. Die Endversion existiert seit 2013 und besteht aus einem 12-Item-Fragebogen (OPD-SFK = Strukturfragebogen Kurzversion).

Inhaltlich umfasst der Fragebogen die drei Subskalen Selbstwahrnehmung, Beziehungsmodell und Kontaktgestaltung (Ehrenthal et al., 2015). Der OPD-SFK stellt das Instrument zur Erfassung der Struktur in der vorliegenden Studie dar, deswegen folgt eine ausführliche Beschreibung.

Verschiedene Untersuchungen zwischen klinischen Stichproben aus Patienten und Patientinnen mit und ohne Persönlichkeitsstörung wurden zur Überprüfung der Konstruktvalidität des OPD-SFK durchgeführt. Obbarius untersuchte die Validität der Kurzversion des OPD an mehreren Gruppen außerhalb der Entwickler. Dabei erfolgte die Datenaufnahme in den Jahren 2012 bis 2016 zum einen im ambulanten psychosomatischen Bereich (N = 565) und zum anderen im stationären psychosomatischen Bereich (N = 670).

Zur Überprüfung der Konstruktvalidität wurde bei einem Teil der Probanden und Probandinnen (N = 105) ein SKID-II-Interview (Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV für Persönlichkeitsstörungen) durchgeführt. Ein anderer Teil (N = 160) füllte das Narzissmusinventar (NI-90) aus. Außerdem wurden psychische, körperliche und soziale Gesundheit mit weiteren Messinstrumenten erhoben. Es zeigten sich hohe positive Korrelationen bezüglich der Konstruktvalidität zwischen dem OPD-SFK, den Ergebnissen des SKID-II-Interviews und dem Narzissmusinventar (NI-90). Somit konnte die konvergente Validität belegt werden. Es wurden allerdings auch andere Bestandteile der Psychopathologie erfasst, so dass im Verlauf der Psychotherapie differenziertere Strukturdiagnostik wie zum Beispiel durch ein OPD-Interview ergänzend empfohlen wird. Zusammenfassend berichten Obbarius et al. 2018, dass sich die Kurzversion des OPD-Strukturfragebogens an den zwei großen psychosomatischen Stichproben als valide und reliabel zeigte. Die Bildung eines Summenscores sei möglich, jedoch die Aussagekraft der 3 Subskalen begrenzt. Schlussfolgernd scheint der OPD-SFK zum Screening struktureller Defizite sehr gut einsetzbar (Obbarius et al., 2019).

Die fünfte Auflage des DSM enthält ein alternatives Klassifikationsmodell für Störungen der Persönlichkeit und eröffnet die Möglichkeit einer dimensionalen Persönlichkeitsdiagnostik. Mit der Level of Personality Functioning Scale (LPFS) wird hier das Persönlichkeitsniveau eingeschätzt (Berberich, 2014). Die LPFS liegt auch in einer von der American Psychiatric Association

autorisierten deutschen Übersetzung vor als „Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit (SEFP)“. Im deutschsprachigen Raum entwickelte sich parallel dazu die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, die seit 2006 in der zweiten Auflage vorliegt (Arbeitskreis OPD, 2006). Aufgrund hoher Übereinstimmungen der Konzepte bezüglich der Persönlichkeitsdiagnostik in der OPD-2 und im Alternativen Modell des DSM-5 untersuchte Berberich beide auf inhaltlicher Ebene. Hierbei zeigte die qualitative Auswertung starke Ähnlichkeiten, sogar die Verwendung gleicher Begriffe der SEFP und der Strukturachse der OPD waren vorzufinden. Berberich beschreibt dies als eine erfreuliche Annäherung von psychiatrischer Diagnostik und Klassifikation zur psychodynamischen Strukturdiagnostik. Dennoch existieren trotz deckungsgleicher Elemente auch widersprüchliche Inhalte; „Einige Items der SEFP und zahlreiche Items der Strukturachse der OPD-2 finden keine Entsprechung im jeweils anderen System“ (Berberich, 2014). Andererseits eröffnet sich durch die ausgelösten Forschungsanstrengungen und Diskussionen möglicherweise ein gemeinsames Verständnis von gesunder und beeinträchtigter Strukturfunktion (Berberich, 2014).

2.4. Persönlichkeitsstörungen

In der Literatur existiert keine allgemeingültige und umfassende Definition von Persönlichkeitsstörungen. Zu den einzelnen Persönlichkeitsstörungen und deren Aufbau hingegen liegen zahlreiche Beschreibungen vor (Skodol, 2012). John Livesley (Kanada) formulierte den Versuch einer theoretisch hergeleiteten Begriffsdefinition (1998). Seine Grundüberlegung war, welche Aufgaben eine unbeeinträchtigte Persönlichkeit erfüllen muss. Aus evolutionspsychologischen und persönlichkeitspsychologischen Forschungsergebnissen leitete er folgende Definition ab: „Eine Persönlichkeitsstörung liegt vor, wenn schädigende Dysfunktionen die Person daran hindern, grundlegende Persönlichkeitsstrukturen aufzubauen, um angepasst an die Lebensbedingungen funktionieren zu können“ (Livesley & Jang, 2005).

Er fasste die **Selbstpathologie** (Probleme mit dem Selbst) und die **interpersonelle Pathologie** (zwischenmenschliche Probleme) als zwei Kernmerkmale einer Persönlichkeitsstörung zusammen (Livesley, 1998).

Diese Überlegung deckt sich mit zahlreichen bestehenden Theorien über Persönlichkeitsstörungen. Dazu gehören kognitiv-behaviorale, interpersonelle, psychodynamische Theorien, Bindungs- und Entwicklungstheorien, sozial-kognitive und evolutionäre Theorien (Bender et al., 2011; Livesley, 1998).

2.4.1. Das alternative DSM-5- Modell für Persönlichkeitsstörungen

Die aktuelle, fünfte Auflage des DSM-5 (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (American Psychiatric Association, 2013) erschien im Jahr 2013. Die prägnanteste Veränderung zum DSM-IV ergab sich für den Bereich der Persönlichkeitsstörungen. Zum einen wurden die kategorialen Persönlichkeitskriterien unverändert belassen, zum anderen wurde in einem parallelen Vorgehen ein neues „Alternatives Modell“ für Persönlichkeitsstörungen definiert. Die Intention hierbei ist, den dimensional und den kategorialen Bereich zu integrieren. Das „zweigleisige Vorgehen“ der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung dient dazu, das bestehende diagnostische System in der Praxis sicherzustellen und zeitgleich die Basis für einen stärker dimensional Paradigmenwechsel für die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen zu schaffen (Kernberg, 2014).

Das alternative Modell zur Persönlichkeitsdiagnostik (Kapitel III im DSM-V) setzt sich im Grunde aus zwei dimensional Bausteinen zusammen; zum einen beschreibt es Einschränkungen im **Funktionsniveau der Persönlichkeit** (Kriterium A) und zum anderen **problematische Persönlichkeitsmerkmale** (Kriterium B) (Zimmermann et al., 2015).

Tabelle 2.3: Auszug Kriterium A und Kriterium B des Alternativen Modells für Persönlichkeitsstörungen nach DSM-5 (Zaudig, 2017)

Kriterium A	Es liegt eine mittlere oder höhere Beeinträchtigung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit in Bezug zum Selbst und im interpersonellen Bereich vor.
Kriterium B	Ein (oder mehr) pathologische Persönlichkeitstraits (=Persönlichkeitsmerkmale) sind festzustellen.

Das Funktionsniveau der Persönlichkeit (**Kriterium A**) wird dabei in den Bereichen „Selbst“ und „interpersonelle Beziehungen“ bestimmt. Nur bei einer mindestens mittelgradigen Beeinträchtigung des Persönlichkeitsfunktionsniveaus kann im DSM-5 von einer Persönlichkeitsstörung ausgegangen werden, deren Stil bzw. inhaltliche Ausgestaltung durch 25 Persönlichkeitsmerkmale, sog. „Trait-Facetten“ erfasst wird, die wiederum zu fünf Trait-Domänen zusammengefasst werden. Das Kriterium A wurde operationalisiert in der „Level of Personality Functioning Scale (LPFS)“ (American Psychiatric Association, 2013). Auf einer 5-stufigen Skala von „0“ = keine oder geringe Beeinträchtigung“ bis „4“ = extreme Beeinträchtigung“ kann das Funktionsniveau der Persönlichkeit eingeschätzt werden. Dies soll dabei nicht nur die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ermöglichen, sondern auch den Schweregrad der Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktion mit oder ohne eine solche Diagnose beschreiben (Crawford et al., 2011; Morey, 2011).

2.4.2. ICD - 11 Kapitel Persönlichkeitsstörungen

Die neue, elfte Version der ICD ((International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) wurde im Mai 2019 von der WHO (World Health Organization) verabschiedet und gilt seit Januar 2022 (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2022).

Die Diagnostik der Persönlichkeitsstörung im ICD-11 erfolgt (nach Stand, WHO 2022) in einem dreistufigen Vorgehen: Auf der ersten Stufe sind – wie bereits in ICD-10 und DSM-IV – allgemeine Kriterien einer Persönlichkeitsstörung zu überprüfen. Liegen diese vor, wird die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gestellt. Im ICD-11 gibt es also nicht mehr mehrere „Persönlichkeitsstörungen“, sondern nur mehr eine solche Diagnose, die aber aus der zweiten und dritten Stufe nach Schweregraden (leicht, mäßig, schwer) und vorherrschenden Persönlichkeitsmerkmalen differenziert wird. Die Schweregradeinteilung orientiert sich am Ausmaß der Selbst- und interpersonellen Dysregulation sowie dem Risiko, sich selbst oder anderen zu schaden (Berberich, 2019).

Außerdem verlässt die ICD-11 die Definition, eine Persönlichkeitsstörung sei von dauerhafter Stabilität. Nach aktuellem Stand ist Mindestdauer per definitionem zwei Jahre (Jeung-Maarse, 2020).

Das Vorliegen der Persönlichkeitsstörung wird festgestellt, wenn es zu erheblichen Funktionsbeeinträchtigungen des Selbst (z.B. Identität, Selbstwert, Adäquatheit der Selbstbeurteilung, Selbststeuerung und/oder in den interpersonellen Beziehungen, Fähigkeit zum Perspektivwechsel und zur Konfliktbewältigung) kommt, die über einen längeren Zeitraum (mindestens zwei Jahre) anhalten. Diese Störung zeigt sich in maladaptiven (unflexiblen oder dysregulierten) Mustern der Kognition, der emotionalen Erfahrung und des emotionalen Ausdrucks sowie des Verhaltens in mehreren persönlichen und sozialen Situationen, ist also nicht auf eine spezifische Beziehung beschränkt.

Die komplette Beschreibung der Persönlichkeitsstörung umschließt – neben der Schweregradbeurteilung – auf der dritten Stufe auch die Analyse der vorherrschenden Persönlichkeitsmerkmale oder -muster. Die Auswahl der zur Beschreibung vorgegebenen Persönlichkeitsmerkmale orientiert sich – mit einigen wesentlichen Abweichungen – an den Big Five, denen auch das Alternative DSM-5 Modell der Persönlichkeitsstörungen folgt (Falkai & Wittchen, 2015). Die im ICD-11 beschriebenen Traits sind negative Affektivität, Bindungsschwäche, Dissozialität und Hemmungsschwäche, Zwanghaftigkeit und als sechste Domäne Borderline-Muster (Berberich, 2019).

Tabelle 2.4: Prominente Persönlichkeitsmerkmale-/ oder muster im ICD-11 ((WHO 2018, verkürzte Übersetzung durch Berberich, (Berberich, 2019))

6D11.0	Negative Affektivität	Neigung zum Erleben einer weiten Bandbreite von negativen Emotionen in einer zur Situation unpassenden Häufigkeit und Intensität; emotionale Labilität und mangelhafte Emotionsregulation; negativistische Haltungen; mangelndes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen; Misstrauen
6D11.1	Bindungsschwäche	Neigung zum Aufrechterhalten der interpersonellen Distanz (sozialer Rückzug, Vermeidung sozialer Interaktionen, Fehlen von Freundschaften, Vermeidung von Nähe) und emotionaler Distanz
6D11.2	Dissozialität	Missachtung der Rechte und Gefühle anderer einschließlich Selbstbezogenheit (z.B. übertriebene Vorstellung der eigenen Wichtigkeit, Erwartung der Bewunderung anderer, positives oder negatives aufmerksamkeitsuchendes Verhalten, Sorgen um eigene Bedürfnisse, Wünsche und Vorteile anstatt um die von anderen) und Empathiemangel
6D11.3	Hemmungsschwäche	Neigung zu voreiligen Reaktionen auf unmittelbare äußere oder innere Stimuli (z.B. Wahrnehmung, Emotionen, Gedanken), ohne mögliche negative Konsequenzen zu berücksichtigen, einschließlich Impulsivität, Ablenkbarkeit, Unverantwortlichkeit, Rücksichtslosigkeit und fehlende Planung

6D11.4 Zwanghaftigkeit Einengung auf die eigenen rigiden, perfektionistischen Standards und die Vorstellung, was richtig oder falsch ist, sowie auf die Kontrolle des eigenen Verhaltens, des Verhaltens anderer und von Situationen, um die Einhaltung dieser Standards zu sichern; einschließlich Perfektionismus sowie emotionale und behaviorale Einschränkungen (z.B. rigide Kontrolle des emotionalen Ausdrucks, Sturheit und Inflexibilität, Risikovermeidung, Beharrungsvermögen und Bedächtigkeit)

6D11.5 Borderlinemuster Anhaltendes Muster der instabilen Beziehungen, des Selbstbildes und Affekte mit hoher Impulsivität die sich ausdrückt in ängstlichem Bemühen, reales oder vorgestelltes Verlassenwerden zu vermeiden; ein Muster instabiler und intensiver interpersoneller Beziehungen; Identitätsstörung, die sich in einem deutlichen und dauerhaften instabilen Selbstbild äußert; eine Neigung zu unüberlegten Handlungen in Zuständen mit starkem negativem Affekt, die zu potentiell selbstschädigendem Verhalten führen; wiederholte Episoden von Selbstverletzung; emotionale Instabilität durch deutliche Reaktivität auf Stimmungen; chronisches Gefühl der Leere; inadäquater Ärger oder Schwierigkeiten Ärger zu kontrollieren; vorübergehende dissoziative Symptome oder psychoseähnliche Zustände in Situationen hoher affektiver Erregung

2.5. Zwangsstörungen

2.5.1. Definition und Symptomatik

Für die Untersuchung der vorliegenden Arbeit bestand die Stichprobe aus Patienten und Patientinnen mit einer Zwangsstörung, folglich wird im folgenden Kapitel näher auf das Krankheitsbild eingegangen.

Mit einer Prävalenz von 2-3% in der Bevölkerung ist die Zwangsstörung die vierthäufigste psychische Störung (nach Angststörungen, Alkoholstörungen und unipolaren Depressionen) (Jachertz, 2013). Inzwischen gilt die Zwangsstörung als sehr gut behandelbar durch kognitive Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie und neuere Ansätze wie metakognitive Therapie, Mindfulness Based Stress Reduction sowie Acceptance- and Commitment-Therapie (Zaudig, 2013).

Die Kernsymptome einer Zwangsstörung sind Zwangsgedanken und/oder Zwangshandlungen, das heißt wiederkehrende und anhaltende Funktionsweisen, Ideen, Gedanken und Handlungen, welche das psychosoziale Funktionsniveau deutlich einschränken. Das Gefühl der Ich-Fremdheit, der innere Widerstand gegen diese als fremd empfundenen Gedanken und Handlungen und die Einsicht in die Sinnlosigkeit der Symptome oder die Unangemessenheit der Zwangsgedanken und -handlungen charakterisieren die Zwangsstörung (Zaudig, 2011).

Im ICD-10 Katalog ist die Zwangsstörung in dem fünften Kapitel der psychischen Störungen im Abschnitt der „Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen“ (F42) beschrieben. Tabelle 2.5 stellt die Diagnose der Zwangsstörung nach ICD-10 in verkürzter Form dar (Zaudig, 2011).

Tabelle 2.5: Diagnosekriterien der Zwangsstörung nach ICD-10 verkürzt (Zaudig, 2011)

A	Zwangsgedanken und/oder Zwangshandlungen bestehen mindestens zwei Wochen lang.
----------	---

B	Zwangsgedanken/-handlungen erfüllen die Punkte 1 bis 4:
1	Zwangsgedanken/ -handlungen werden als eigene Gedanken und Handlungen angesehen und nicht als von anderen Personen oder Einflüssen eingegeben.
2	Sie wiederholen sich dauernd, werden als unangenehm empfunden und meist als übertrieben oder unsinnig anerkannt.
3	Die Betroffenen versuchen Widerstand zu leisten.
4	Die Ausführung eines Zwangsgedanken/einer Zwangshandlung ist unangenehm.

C	Die Zwangsgedanken/-handlungen führen zu einer massiven psychosozialen Beeinträchtigung.
----------	---

D	Häufigstes Ausschlusskriterium stellen die Schizophrenie und die affektiven Störungen dar
----------	--

Zwangsgedanken

Die Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) macht sich seit 1965 zum Ziel internationale psychiatrische Diagnostik zu vereinheitlichen und umfasst mittlerweile in 10.Revision einen Dokumentationsbogen zum Psychischen und Somatischen Befund. Das AMDP-System hat eine weite Verbreitung in der klinischen Anwendung und in Forschungsprojekten.

Zwangsgedanken werden im AMDP-System definiert als *„immer wieder sich aufdrängende Gedanken, die als unsinnig oder übertrieben erlebt werden.“* Die Zwangsgedanken werden von Patienten und Patientinnen als quälend erlebt und lassen sich schwer unterbinden. Meist drängen sich die Gedanken gegen den eigenen Willen auf, die Gedanken werden jedoch als eigene wahrgenommen und nicht von außen eingegeben erlebt (AMDP, 2018).

Zwangshandlungen

Das AMDP-System definiert Zwangshandlungen als „immer wieder ausgeführte Handlungen, die als unsinnig oder übertrieben erlebt werden“ (AMDP, 2018). Dabei müssen die Zwangshandlungen und -rituale von Patienten und Patientinnen in vorgeschriebener Form, oft in bestimmter Häufigkeit wiederholt werden (z.B. Wasch- und Kontrollzwänge). Diese werden vom Betroffenen als quälend, jedoch nicht als von außen bestimmt erlebt.

2.5.2. Abgrenzung zur anankastischen (zwanghaften) Persönlichkeitsstörung

Zwangsgedanken und Zwangshandlungen sowie die Mischung aus beiden kommen im Rahmen anderer psychischer Erkrankungen ebenfalls vor. Daher ist es von großer therapeutischer Bedeutung die Zwangsstörung von Zwangssphänomenen anderer Erkrankungen abzugrenzen. Eine Auswahl wichtiger Differentialdiagnosen wird im Folgenden zusammengefasst. Da eines der Ausschlusskriterien das Vorliegen einer anankastischen Persönlichkeitsstörung war, wird diese näher erläutert.

Die anankastische Persönlichkeitsstörung ist im ICD-10 definiert als *„Eine Persönlichkeitsstörung, die durch Gefühle von Zweifel, Perfektionismus, übertriebener Gewissenhaftigkeit, ständigen Kontrollen, Halsstarrigkeit, Vorsicht und Starrheit gekennzeichnet ist. Es können beharrliche und unerwünschte Gedanken oder Impulse auftreten, die nicht die Schwere einer Zwangsstörung erreichen“* (Dilling et al., 2015). Ein bedeutender Unterschied zur Abgrenzung zwischen Zwangsstörung und anankastischer Persönlichkeitsstörung liegt im frühen Beginn und der anhaltenden Dauer der Persönlichkeitsstörung, bei der es sich um die Störung der Gesamtpersönlichkeit handelt. Die Zwangsstörung äußert sich in mehr oder weniger langanhaltenden, begrenzten Episoden (Zaudig & Bossert-Zaudig, 2002). Als weitere Abgrenzungskriterien der zwanghaften Persönlichkeitsstörung von der Zwangsstörung nennt Zaudig (2011) unter anderen:

- Bei einer anankastischen Persönlichkeitsstörung gibt es keine Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen.
- Keine Vermeidung.

Außerdem sind die Gedankeninhalte und Überzeugungen bei der anankastischen Persönlichkeitsstörung ich-synton, werden also nicht ich-fremd erlebt wie bei der Zwangsstörung.

Das Vorliegen einer Zwangsstörung ist nicht notwendigerweise mit einer anankastischen Persönlichkeitsstörung verbunden – wie die jahrelange klinische Meinung war. Die häufigsten Komorbiditäten von Persönlichkeitsstörungen sind die selbstunsichere, die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung sowie die anankastische Persönlichkeitsstörung (Ruppert et al., 2007; Kordon et al., 2009; Summerfeldt et al., 1998; nach Zaudig, 2011). Umgekehrt fanden Konermann et al. (2006) bei 452 Patienten und Patientinnen mit anankastischer Persönlichkeitsstörung 13,3% Komorbidität mit der Zwangsstörung (Zaudig, 2011).

2.5.3. Behandlungskonzept der Psychosomatischen Klinik Windach

Die Klinik Windach setzt die Schwerpunkte der Behandlung von Zwangsstörungen auf die sogenannte Expositionsbehandlung, ein verhaltenstherapeutisches Übungsprogramm mit dosierter Konfrontation der angstausslösenden Situation, um eine Habituation und somit Angstreduktion zu erreichen. Dieses Vorgehen entspricht der Empfehlung der aktuellen S3 Leitlinie zur Behandlung von Zwangsstörungen. Das therapeutische Vorgehen zielt weiter „auf Bewusstmachung Person spezifischer Auslöser und vor allem auf Teilnahme an einem sehr intensiven Gruppenprogramm, welches auf die krankheitstypischen Merkmale von Zwangsbetroffenen eingeht. Zwangsstörungen werden auf Grundlage eines komplexen Bedingungsmodells und unter Einschluss organischer Faktoren weitgehend als erlerntes Problemverhalten betrachtet“ (Psychosomatische Klinik GmbH & Co Windach, 2022).

Den Beginn der Behandlung bildet die personenbezogene Analyse des Verhaltens. Nachdem die Zusammenhänge auf den Ebenen Kognition, Emotion, Verhalten und Handeln des Betroffenen herausgearbeitet wurden und diese das Bewusstsein für die Erkrankung stärken konnte, kommt es im nächsten Behandlungsschritt zur Reizkonfrontation.

Nach einer Eingewöhnungsphase folgt für die Patienten und Patientinnen unter Anleitung und Begleitung der Therapeuten eine Steigerung der mit den Zwängen assoziierten Reize bis auf ein Maximum. Ziel ist es, den Patienten und Patientinnen die Erfahrung zu vermitteln, dass die Befürchtungen, die mit dem Zwang eng verbunden sind, auch unter Extrembedingungen („Flooding“) nicht eintreten. Der geplante Ablauf des Floodings wird im Vorfeld gemeinsam mit den Betroffenen in einem „Floodingvertrag“ verankert (Zaudig et al., 2002).

Hier wird festgehalten wie die Reizüberflutung durchgeführt werden soll.

Im weiteren Therapieverlauf werden außerdem die mit der Zwangsstörung assoziierten „persönlichen Defizite“ (ebd.) aufgearbeitet. Hierbei kommt zum Beispiel die „Schematherapie“ (therapeutische Auseinandersetzung mit Verhaltensmustern, die in der Kindheit erlernt wurden) zur Anwendung. Sollte es ergänzend und nach individueller Abwägung nötig sein, können auch Medikamente wie beispielsweise „SSRIs“ (*Serotonin Reuptake Inhibitors*) eingesetzt werden (Zaudig et al., 2002)

2.6. Psychosomatische Krankenhausbehandlung in Deutschland

2.6.1. Begriffserklärung

Schaut man sich die Wurzeln des Begriffes Psychosomatik an, wird die Bedeutung aus dem Altgriechischen schnell deutlich. *Psyché* bedeutet unter anderem Seele, Innenleben, Atem und *soma* bezeichnet den Körper. Die Psychosomatik stellt ein medizinisches Fachgebiet dar, in welchem die sich gegenseitig beeinflussenden und zusammenhängenden Systeme „Geist“ und „Körper“ betrachtet werden, während in anderen medizinischen Fachbereichen wie beispielsweise der Inneren Medizin einzelne Organsysteme im Fokus der Betrachtung liegen. In der psychosomatischen Medizin werden die psychischen Fähigkeiten, Verhaltensmuster und Umgang des Einzelnen mit Gesundheit, Krankheit und körperlichen Vorgängen in deren Zusammenspiel verstanden (Gerabek et al., 2005). Laut der Bundesärztekammer (Bundesärztekammer, 2018) umfasst das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie „die Erkennung, psychosomatisch-medizinische und psychotherapeutische Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Krankheiten und Leidenszuständen, an deren Verursachung und Chronifizierung psychosoziale, psycho-somatische und somato-psychische Faktoren einschließlich dadurch bedingter körperlich-seelischer Wechselwirkungen maßgeblich beteiligt sind.“

Die stationär-psychosomatische Behandlung integriert Einflüsse aus den Wissenschaften Biologie, Medizin, Psychologie und Sozial- und Kulturwissenschaften und soll so durch den interdisziplinären Ansatz einer Behandlung psychosomatischer Störungen gerecht werden (Janssen et al., 1998).

Die Krankenhausbehandlung umfasst verschiedene psychosomatisch-psychotherapeutische Interventionen in einem besonders organisierten Krankenhaussetting zur intensiven Behandlung von biopsychosozial bedingten psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen. In der stationären psychosomatischen Medizin bestehen mehrdimensionale und multimodale Konzepte, was bedeutet, dass je nach - Erkrankung und (Persönlichkeits-)Struktur unterschiedlich betont – psychodynamische, verhaltenstherapeutische, systemische und somatische (auch pharmakologische) Therapiebausteine integriert werden (Kruse et al., in Vorbereitung).

Bei den stationär behandelten psychotherapeutisch-psychosomatischen Diagnosen dominieren Patienten und Patientinnen mit affektiven und neurotischen Störungen. Unter affektiven Störungen werden im Kapitel F3 des ICD-10 verschiedene Formen depressiver und manischer bzw. bipolarer

Erkrankungen zusammengefasst. Zu den neurotischen Störungen (Kapitel F4 im ICD-10) gehören phobische Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, Anpassungsstörungen und somatoforme Störungen.

2.6.2. Entwicklung stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlung

Die Entwicklung der psychosomatischen Behandlung ist auf zwei Entwicklungsstränge zurückzuführen. Zum einen gehen Anfänge auf zum Teil psychiatrische und psychotherapeutische Konzepte zurück. 1900 gründete Walther Groddeck (1866-1934) in Baden-Baden ein Sanatorium „Villa Marienhöhe“ in dem als Behandlungsverfahren diätetische und Naturheilverfahren mit psychologischen Interventionen verbunden wurden. Grundlage für diese bildete die Psychoanalyse nach Freud. 27 Jahre später eröffnete der Psychiater Ernst Simmel (1882-1947) in Berlin ein „psychoanalytisches Sanatorium“ in der er die Behandlung der „Milieuthherapie“ durchführte. Das Konzept der tiefenpsychologisch fundierten Einzel- und Gruppentherapie fand in der 1948 von Heinz Wiegemann gegründeten psychosomatischen Klinik Berlin Anwendung. Körperzentrierte und andere psychotherapeutische Interventionen kamen später hinzu. Gottfried Kühnel (1954-1965) und Werner Schwidder (1965-1970) gründeten aus dem schon bestehenden Landeskrankenhaus „Rasemühle“ das Landeskrankenhaus Tiefenbrunn, welches zu einer weit bekannten und beispielhaften Modelleinrichtung für stationäre Psychotherapie wurde.

1976 wurde unter nach Planung Frederick Kanfers (USA) und Johannes C. Brengelmanns die Psychosomatische Klinik Windach als erste verhaltenstherapeutisch orientierte psychosomatische Klinik Kontinentaleuropas gegründet.

Zum anderen entwickelten sich innerhalb der internistischen Medizin stationär-psychotherapeutische Behandlungskonzepte. Alexander Mitscherlich (1908-1982) gründete 1949 die erste Universitätsklinik für psychosomatische Medizin in Heidelberg. 1966 eröffnete unter Thure v. Uexküll (1907-2004) eine universitäre Krankenhausabteilung mit integrierter innerer Medizin und psychosomatischer Behandlung (Kruse et al., in Vorbereitung).

1970 wurde das Fach der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie erstmals in Deutschland in die ärztliche Approbationsordnung aufgenommen und als scheinpflichtiges Fach in der Lehre verankert. Es folgte die Etablierung von psychosomatischen Abteilungen in beinahe jeder

medizinischen Fakultät der Bundesrepublik Deutschland. In der DDR entstand der „Facharzt für Psychotherapie“ im Jahr 1978. 1992 wurde in Deutschland neben dem bestehenden Nervenarzt und dem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie die Bezeichnung für das Fachgebiet „Arzt für Psychotherapeutische Medizin“ entwickelt. In den Ausbildungsleitlinien wurde festgehalten; „Gesundheit und Krankheit müssen als ein komplexes, vielfach verwobenes Gefüge verstanden werden, in dem biologische, psychologische und soziale Elemente von Gesundheit und Krankheit als gleichwertige Bedingungen der menschlichen Existenzen zu begreifen sind“ (Cierpka, 2017). In den Jahren bis 1975 entstanden 35 Krankenhäuser der psychosomatischen Medizin neben den schon bestehenden psychiatrischen Krankenhäusern. Ein Enquete-Bericht der Bundesregierung aus diesem Jahr forderte den Ausbau psychosomatischer Akut- und Rehabilitationseinrichtungen in seiner Festschreibung (Zaudig, 2004).

Im Jahr 2019 wurden 89 276 Patienten und Patientinnen in 275 deutschen Krankenhäusern und Fachabteilungen für Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik mit insgesamt 12 394 Betten stationär behandelt. Im Vergleich dazu gab es im Jahr 2001 81 Fachkrankenhäuser für Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik mit 3205 Betten (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2021). Die Zahl psychosomatischer Krankenhausbetten bei stabiler Auslastung hat sich in einem Zeitraum von 18 Jahren beinahe vervierfacht (Tab.2.6, Tab.2.7 und Tab. 2.8).

Tabelle 2.6: Entwicklung der Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen 2001 und 2019

	2001	2019	Veränderung
alle medizinischen Gebiete	2.240	1.914	-14,6%
Erwachsenenpsychiatrie	391	394	+0,8%
Psychosomatik	81	275	+70,5%

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1.1

Tabelle 2.7: Entwicklung der Bettenkapazität von 2001 und 2019

	2001	2019	Veränderung
alle medizinischen Gebiete	552 680	494 326	-10,6%
Erwachsenenpsychiatrie	54 298	57 269	+5,2%
Psychosomatik	3205	12 394	+74,1%

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1.1

Tabelle 2.8: Bettenauslastung in Prozent 2001 und 2019

	2001	2019	Veränderung
alle medizinischen Gebiete	80,7	77,2	-4,3%
Erwachsenenpsychiatrie	90,3	94,0	+3,9%
Psychosomatik	94,4	90,1	-4,6%

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1.1

Laut statistischen Bundesamtes lag die Verweildauer in der Fachabteilung Psychotherapeutische Medizin/ Psychosomatik mit durchschnittlich 44,1 Tagen am längsten in den verschiedenen Fachabteilungen (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2021). Tabelle 2.9 gibt die Entwicklung der Verweildauern in den Jahren 2001 und 2019 an.

Tabelle 2.9: Durchschnittliche Verweildauer in Tagen 2001 und 2019

	2001	2019	Veränderung
alle medizinischen Gebiete	14,6	7,2	-50,7%
Erwachsenenpsychiatrie	66,5	25,8	-61,2%
Psychosomatik	51,6	44,1	-14,5%

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1.1

Die Behandlungsdauer in der Psychosomatik hat sich insgesamt in den letzten Jahrzehnten reduziert (Richter 2001, nach (Jans, 2013)). Ursächlich für die Verkürzung der Behandlungsdauer sind zum Teil die veränderten Zielstellungen der psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung ((Schmiederer, nach (Jans, 2013)). Der wachsende Kostendruck ist zu nennen sowie der Ausbau von tagesklinischen und ambulanten Angeboten.

2.6.3. Therapiedauer und bekannte Einflussfaktoren

Die Zeit kann als eine, wenn nicht gar *die* zentrale Einheit in der Psychotherapie betrachtet werden. Psychische Veränderungen und Entwicklungen sind Zeitprozesse und Psychotherapie wird in einem definierten Zeitrahmen durchgeführt. Globaler betrachtet, kann die Leistungsfähigkeit eines psychotherapeutischen Versorgungssystems danach bemessen werden, wieviel von der Gesamtressource Zeit zur Verfügung steht. Beispielsweise ist in der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung eine Stunde Einzeltherapie oder eine Stunde Gruppentherapie pro Woche üblich (Paar & Grohmann, 2000).

Lamprecht und Schmidt machten 1990 in der „Zauberberg“-Studie Aussagen über den Zusammenhang von Behandlungsdauer in psychosomatischen Kliniken und dem katamnestic Ergebnis nach einem Jahr Sie konnten zeigen, dass Patienten und Patientinnen mit einer „mittleren“ Therapiedauer von 6-8 Wochen im Vergleich zu den Patienten und Patientinnen mit 4-6 Wochen und

denen mit mehr als 8 Wochen das günstigste katamnestic Gesamtbild bezüglich verschiedener mit Varianzanalysen überprüfter Ergebnisparameter zeigen.

Paar und Grohmann verweisen darauf, dass es nicht sinnvoll ist, die Therapiedosis nach Belieben zu verdichten. Die Verkürzung der Aufenthaltsdauer lässt sich nach Aussagen der Autoren nicht durch Intensivierung des Therapieprozesses erreichen (2000).

Es existieren bereits eine Vielzahl von Studien zu Prädiktoren für die Behandlungsdauer in der psychotherapeutischen Behandlung. Unterschiede liegen im Beobachtungszeitraum, der Versorgungsart (Akutversorgung, Rehabilitation, psychosomatische, psychiatrische Behandlung), den Behandlungsansätzen, Variablen in der Methodik etc.. Viele Prädiktoren wurden mehrfach belegt und werden folgend vorgestellt.

Eine der häufigsten bestätigten Einflussvariable auf die Therapiedauer ist das **Lebensalter** (Richter, 2001; Borgart & Meermann, 1999). Die Untersuchungen zeigen, dass sich junge Menschen kürzer in stationärer psychischer Behandlung befinden als Ältere. Laut Barnow et al. (1997) erklärt das Alter der Behandelten die Hälfte der Varianz der Behandlungsdauer. Ein Erklärungsansatz der Untersucher, ist die stärkere Chronifizierung mit höherem Alter und vermehrte psychische Begleiterkrankungen.

Es gibt allerdings auch Ergebnisse, die den umgekehrten Zusammenhang zeigen. So erbrachte eine Studie von Zielke et al. (1997) das Ergebnis, dass jüngere Betroffene in allen Diagnosegruppen die längsten stationären Aufenthaltsdauern hatten.

Auch das Outcome anderer Studien (Nieminen et al., 2001) zeigte, dass ein jüngeres Alter mit einer längeren Behandlungsdauer verbunden war. Diese widersprüchlichen Ergebnisse verdeutlichen, dass weitere Variablen einen größeren Einfluss haben könnten als das Lebensalter. Die unterschiedlichen Behandlungsprinzipien stationär-psychosomatischer, stationär-psychiatrischer sowie Rehabilitationseinrichtungen könnten ebenfalls maßgeblichen Einfluss auf die kontroversen Ergebnisse haben

Untersuchungen ergaben ebenfalls einen Zusammenhang von **Geschlecht** und Behandlungsdauer. Frauen zeigten eine längere durchschnittliche Behandlungsdauer als Männer (Heymann et al., 2003; Zielke et al., 1997).

Hinsichtlich der **beruflichen Situation** zeigen Studien kein einheitliches Ergebnis. In Studien von Borgart und Meermann (1999) und Heymann et al. (2003) konnte gezeigt werden, dass Behandelte die beruflich in Positionen mit höherer Verantwortung tätig waren, vor allem Selbstständige mit mittelständigen Betrieben, kürzere Behandlungsdauern (44,2 Tage) haben. Andererseits zeigten ungelernete Angestellte ebenfalls kürzere Aufenthaltsdauern (50,8 Tage). Borgart und Meermann fanden auch heraus, dass Hausfrauen kurze stationäre Verweildauern hatten (1999).

Der Prädiktor **Bildungsniveau** wurde von Zielke et al. (1997) untersucht und es konnte ein positiver Zusammenhang zwischen Höhe des Bildungsabschlusses und stationärer Behandlungsdauer festgestellt werden. Der gefundene Zusammenhang ist dabei nicht linear. Zum einen zeigten die Ergebnisse bei Sonderschüler*innen längere Verweildauern auf als bei Hauptschüler*innen. Akademiker hatten kürzere Behandlungsdauern als Abiturienten und Fach- oder Realschulabsolventen. Eine Arbeit von Schmiederer (2010) konnte keine Zusammenhänge zwischen beruflicher Situation und Bildungsniveau und Verweildauer finden.

Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Aufenthaltsdauer und **Diagnose** überwiegen in der internationalen Literatur Untersuchungen aus dem psychiatrischen Bereich. Eine finnische Untersuchung von Nieminen et al. (2001.) hob Psychosen als einen Prädiktor für eine lange Behandlungsdauer hervor. Von Heymann et al. (2003) untersuchten Daten aus 17 stationären psychosomatischen Einrichtungen. Signifikante Unterschiede der Behandlungsdauer-Mittelwerte zeigten sich je nach Behandlungs-Hauptdiagnose. Bei sonstigen Persönlichkeitsstörungen (F61-69) fanden sich die längsten durchschnittlichen Behandlungsdauern mit 71,1 Tagen und Zwangsstörungen mit 70,7 Tagen, gefolgt von Persönlichkeitsstörungen (F60: 69,2 Tage) sowie Schizophrenien (65,2 Tage).

Ein Modellprojekt der Ärztekammer Baden-Württembergs untersuchte zu Qualitätszwecken 24 psychiatrisch-psychosomatische Kliniken. Die Ergebnisse bestätigten einen Zusammenhang zwischen den Diagnosegruppen der Betroffenen und der Therapiedauer. Patienten und Patientinnen mit Anpassungsstörungen hatten die kürzeste, Patienten und Patientinnen mit bipolaren Störungen die längste Behandlungsdauer (Härter et al., 2004). Schmiederers Untersuchungen ergaben, dass Personen mit einer Essstörung eine signifikant längere psychotherapeutische stationäre und teilstationäre Behandlungsdauer hatten (2012).

Psychische Komorbidität wirkt sich ebenfalls verlängernd auf die psychosomatische Behandlung aus. So konnten Zielke et al. (1997) zeigen, dass ein beinahe linearer Zusammenhang zwischen der Anzahl psychischer Erkrankungen und der Länge der Behandlungsdauer besteht.

Die **Chronizität** spielt ebenfalls eine einflussreiche Rolle. Bei noch „jungen“ Erkrankungen war die stationäre Behandlungsdauer deutlich kürzer (48,4 Tage) als bei längerer Krankheitsdauer seit Erstmanifestation.

2.6.4. Therapiedosis und bekannte Einflussfaktoren

Die Datenlage zur angemessenen Behandlungsintensität ist im Gegensatz zu der zur Verweildauer dürftig. Dabei ist offensichtlich, dass die Therapiedosis im stationären Bereich proportional zur Therapiedauer ist. Paar und Grohmann befassten sich im Jahr 2000 mit dem Zusammenhang von Therapiedosis und Behandlungsdauer in stationär psychosomatischer Rehabilitation. Sie bestätigten in ihrem Literaturstudium den Logarithmus, dass eine Steigerung der Therapiedosis (z.B. Therapiestunden, Medikamente...) den gewünschten Veränderungsprozess herbeiführt. Es bestehe eine gesetzmäßige logarithmische Beziehung zwischen der Zahl der Therapiestunden und der Wahrscheinlichkeit der Verbesserung im Patienten. In der diesbezüglichen ursprünglichen Untersuchung bestärkten Howard et al. (1986) den naturgesetzmäßigen Zusammenhang einer Dosis-Wirkungsbeziehung mit 50%iger Verbesserung im Patienten nach 8 Therapiestunden und ca. 60%iger Verbesserung nach 13 Therapiestunden. Eine 70%ige Verbesserung konnte nach ca. 26 Therapieeinheiten bei ca. einer Therapiestunde/Woche festgestellt werden (Paar & Grohmann,2000).

Einen Zusammenhang zwischen Merkmalen in Patienten und Patientinnen und psychotherapeutischen Personalkosten in stationärer Psychotherapie zur Varianzaufklärung bezüglich des Ressourcenverbrauchs untersuchten Andreas et al. (2004). Drei Dimensionen kristallisierten sie bei der Auswertung verschiedener Studien zur Behandlungsdauer und den damit zusammenhängenden Kosten heraus: Krankheitsbezogene Merkmale, Personenbezogene Eigenschaften und Parameter des Therapieverlaufs. Anhand eines Datensatzes von 2375 Patienten und Patientinnen aus 83 unterschiedlichen psychosomatischen Rehabilitationskliniken- bzw. Abteilungen zeigte sich der **Familienstand** als signifikanter Prädiktor. Die Behandelten in der ressourcenintensivsten Gruppe waren ledig und wiesen als Erstdiagnose eine Ess- oder

Persönlichkeitsstörung auf. Die Betroffenen mit niedrigstem Ressourcenverbrauch waren nicht ledig, unsicher in ihrem Wunsch nach Psychotherapie und wiesen körperliche Erkrankungen als Nebendiagnose auf. Außerdem waren die Personen mit geringerem Ressourcenverbrauch weniger belastet (gemessen mit dem Gesamtbelastungsscore SCL). Es zeichnete sich in der ressourcenintensivsten Fallgruppe ein **jüngeres Alter**, höhere Therapiemotivation und häufiger Arbeitsunfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung ab (Andreas et al., 2004). Insgesamt brauchten also weniger belastete, sozial stabile Patienten und Patientinnen weniger Therapie während stärker Erkrankte und auch Jüngere mehr Therapie in Anspruch nahmen. Allerdings sind diese Ergebnisse nur eingeschränkt auf die psychosomatische Krankenhausbehandlung übertragbar, da Unterschiede im Therapiesetting zu Rehabilitationseinrichtungen bestehen (beispielsweise ist die Therapiedauer einer Rehabilitation im Vorhinein festgelegt und kann nur einmal verlängert werden).

In der Literatur werden Personen, die besonders intensiv medizinische Versorgung in Anspruch nehmen, „heavy user“ genannt. Mit der Fragestellung des Ressourcenverbrauchs beschäftigt sich die Versorgungsforschung seit dem Anfang der 80er Jahre. Synonym wird bei dieser Patient*innengruppe auch von „frequent repeater“, „high utilizer“ oder „multiple recidivists“ gesprochen. Diese sprachlichen Unterschiede erschweren die Literaturrecherche enorm und senken die Wahrscheinlichkeit einen vollständigen Forschungsüberblick zu erlangen. Im Folgenden wird von heavy users gesprochen, welche definiert sind, als eine kleine Gruppe von Personen, die einen großen Anteil der Ressource *Medizinversorgung* verbrauchen (Roick, 2000).

Seit den 70er Jahren hingegen ist die Frage nach den Ursachen und Prädiktoren der sogenannten „Drehtür-Patienten“ (Patienten mit häufigen Wiederaufnahmen) Gegenstand der Forschung (Rosenblatt & Mayer, 1974). In Zusammenhang mit einem Forschungsprogramm des deutschen Bundesministeriums für Bildung und Forschung sowie der gesetzlichen Krankenkassen wird dieses Feld der Versorgungsforschung seit 2000 gezielt unterstützt (Roick et al., 2000).

Seit den 1990er Jahren ist die Therapiedauer vermehrt Gegenstand der Forschung, es existiert kaum ein weniger diskutiertes Thema zwischen den Kostenträgern und den Krankenhäusern (Spiessl et al., 2002).

Eine gute Übersicht über den Forschungsstand bietet die Arbeit „Heavy user psychiatrischer Versorgungsdienste“ aus dem Jahr 2002. Roick et. al. analysierten deutsche und englische Publikationen zum Thema „heavy user“, sowie Texte verwandter Gebiete. Es zeigen sich unterschiedliche Merkmale dieser Personengruppe. Gehäuft traten soziale Probleme,

Krankheitsverleugnung, Noncompliance (mangelnde Mitarbeit der Betroffenen) und begleitende Persönlichkeitsstörungen sowie Substanzmissbrauch auf.

Von starker Inanspruchnahme wird ab ein bis drei stationären Krankenhausaufenthalten pro Jahr gesprochen. Die Inanspruchnahme stationärer Krankenhausversorgung ist vor allem Gegenstand der Forschung, da mehr als 90% der Kosten durch die Versorgung von heavy usern im stationär-psychiatrischen Bereich verursacht werden (Kent et al., 1995). Über den gesamten Beobachtungszeitraum gesehen, haben heavy user mehr und deutlich längere Behandlungsdauern als Normalnutzer (Roick, 2000).

Eine Analyse aus Krankenkassendaten der Stadt Leipzig im Jahr 2002 untersuchte das Ausmaß von intensiver stationär-psychiatrischer Nutzung und identifizierte Prädiktoren für die überdurchschnittliche Inanspruchnahme durch heavy user. Von den 969 untersuchten Patienten und Patientinnen erfüllten 16,7% dieses Kriterium (Roick, 2000).

Die heavy user unterschieden sich weder in der Aufenthaltsdauer, der Anzahl an Nebendiagnosen noch in der Alters- und Geschlechtsverteilung von den Normalnutzern. Deutlich wurde jedoch, dass Betroffene mit der Hauptdiagnose **Persönlichkeitsstörung** oder **Schizophrenie** in der heavy user Stichprobe signifikant öfter vertreten waren als bei den ordinary usern. Hier fanden sich häufiger Patienten und Patientinnen mit neurotischen- und Belastungsstörungen. Außerdem lagen bei 6 von 12 heavy usern laut einer Untersuchung von Geller eine primäre Persönlichkeitsstörung vor ((Geller, 1992 (zitiert nach Roick, 2002))).

Wie groß der Einfluss der **Schwere der Grunderkrankung** ist, verdeutlicht das Ergebnis, dass die Anzahl der **stationären Voraufnahmen** als bester Prädiktor für Wiederaufnahmen gilt. Dieser Zusammenhang ist unabhängig von der Krankheitsschwere und über verschiedenste psychische Diagnosen konsistent (Rosenblatt & Mayer, 1974).

Diese Ergebnisse bestätigte eine Kohortenstudie stationär-psychiatrischer Patienten und Patientinnen von Spießl et al. im Jahr 2002 mit 1811 Personen über fünf Jahre. Sie fanden zehn signifikante Prädiktoren unter den heavy usern für eine lange kumulierte Behandlungsdauer. Unter anderem waren dies die Diagnosen Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen, der Bedarf sozialmedizinischer Angebote, betreutes Wohnen und eine niedrige psychosoziale Funktionsfähigkeit nach GAF (Global Assessment of Functioning) zum Entlasszeitpunkt. Spiessl et

al. konnten außerdem sieben Vorhersagevariablen für häufige stationäre Wiederaufnahmen bestimmen, darunter befanden sich zum Beispiel Abhängigkeitserkrankung von Alkohol, komorbider Alkoholabusus sowie kurze behandlungsfreie Intervalle zwischen den Krankenhausaufenthalten (2002). Die Hauptursachen für häufige Krankenhaus-Wiederaufnahmen sind Probleme im beruflichen Bereich. 60-80% der heavy user sind **arbeitslos oder berentet** und unterscheiden sich somit deutlich von den ordinary users (Havassy & Hopkin, 1989).

Ein weiterer Unterschied zu den Normalnutzern liegt in der Unzufriedenheit mit familiären Beziehungen in der Gruppe der heavy user. Lewis und Hugi konstatieren deshalb, dass stationäre medizinische Einrichtungen mit ihren Strukturen hier einen wichtigen Ersatz für zwischenmenschliche Beziehungen darstellt (1981).

Eine signifikante Rolle spielt auch die systembedingte Infrastruktur mit Vorhandensein gemeindepsychiatrischer Angebote für chronisch psychisch Erkrankte. Das Vorhandensein von Betreuungsangeboten reduziert die Häufigkeit der stationären Wiederaufnahmen (Goldstein & Horgan, 1988). Ebenso senkt das Vorliegen einer somatischen Nebenerkrankung sowie eine reguläre Entlassung nach Klinikaufenthalt die Wahrscheinlichkeit ein heavy user zu sein. Die Merkmale Geschlecht und Alter der Behandelten beeinflussen die Gruppenzugehörigkeit (heavy user vs. ordinary user) nicht.

Als positive Prädiktoren für hohe Inanspruchnahme stationär-psychotherapeutischer Behandlung sind in der Literatur hingegen das Vorhandensein einer somatischen Diagnose sowie einer Suchterkrankung bekannt (Roick, 2000)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Hauptdiagnosen **Persönlichkeitsstörung** und/oder **Schizophrenie** sowie **Substanzmissbrauch** Prädiktoren für eine höhere Behandlungsdosis sind. Ebenso spricht die **Schwere der Grunderkrankung**, die Anzahl der **stationären Voraufnahmen** und die **soziale Situation** (Unzufriedenheit mit familiären Beziehungen, Arbeitslosigkeit, Rente) für eine höhere Inanspruchnahme stationär-psychotherapeutischer Leistungen.

Positive Prädiktoren für ein geringeres Inanspruchnahmeverhalten sind dagegen weniger belastete Patienten und Patientinnen und soziale Stabilität (stabile Beziehungen, bestehendes Arbeitsverhältnis).

3. FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN

Ziel der Untersuchung ist die Überprüfung der Hypothesen, dass das Persönlichkeitsstrukturniveau von Patienten und Patientinnen Einfluss auf die Behandlungsdauer und auf die Behandlungsdosis in der stationären psychosomatischen Krankenhausbehandlung hat. Die Hauptfragestellung lautet „Brauchen strukturschwächere Patienten und Patientinnen mehr (Therapiedosis) und eine längere Therapie (Dauer)?“

Die Fragenstellung bewegt sich auf dem Gebiet der psychotherapeutischen Versorgungsforschung, "deren wesentliches Merkmal der Bezug auf die realen Bedingungen auf der Ebene relevanter Populationen ist" (Tritt et al., 2007).

Durch die aktuellen Entwicklungen des Strukturniveaus nach OPD-2 und der Neukonzeptionalisierung des DSM-5 und ICD-11 war es uns ein Anliegen, einen weiteren Beitrag zur Erforschung der Relevanz der Persönlichkeitsstruktur und der damit verbundenen Therapieplanung zu liefern. Wenn zum Beispiel zu Beginn der Therapie die Persönlichkeitsstruktur als prognostischer Faktor identifiziert wird, könnte dementsprechend in der Therapie darauf eingegangen werden. Dies könnte zu einer Verbesserung der Qualität der Behandlung führen und somit auch der Qualitätssicherung in der stationären Behandlung dienen (Heuft et al., 2005).

Um weitgehend zu untersuchen welche Variablen mit der Wahrscheinlichkeit einhergehen, dass Strukturniveau und Inanspruchnahme von Therapie zusammenhängen, wurden multivariate Regressionsanalysen gerechnet. Die Selektion der Variablen beruhte auf dem Untersuchungsziel und den Hypothesen sowie aus der Literatur bekannten Einflussfaktoren. Bekannt sind u.a. die Einflussfaktoren wie *Geschlecht* – Frauen zeigen eine längere durchschnittliche Behandlungsdauer (Richter, 2001), *Lebensalter* – hierzu gibt es kontroverse Studienergebnisse von den längsten Aufenthaltsdauern bei Jüngeren (Zielke et al., 1997) bis zu kürzeren Aufenthaltsdauern bei Jüngeren (Nieminen et al., 2001). Die Diagnose *Persönlichkeitsstörung* und *Schizophrenie* als Prädiktor für eine längere stationäre Behandlungsdauer und erhöhte Inanspruchnahme von Therapieleistungen ist ebenfalls ein sehr gut belegter Prädiktor (Geller, 1992; Rosenblatt & Mayer, 1974; Nieminen et al. 1994). Außerdem geht die *Schwere der Grunderkrankung* sowie die Chronizität bzw. Anzahl der stationären Voraufnahmen mit erhöhter Inanspruchnahme psychischer Versorgung einher

(Rosenblatt & Mayer, 1974). Eine bisherige Studie von Ehrental et al. (2015) zeigte, dass der OPD-SFK systematisch mit dem Inanspruchnahmeverhalten (Summe stationärer und tagesklinischer Vorbehandlungen) assoziiert war.

Es muss noch geklärt werden, ob neben den o.g. bekannten Einflussfaktoren das Persönlichkeitsstrukturniveau mit der Behandlungsdauer bzw. Behandlungsdosis zusammenhängt.

Daher lauten unsere Hypothesen:

A) „NIEDRIGER STRUKTURIERTE PATIENTEN UND PATIENTINNEN (HÖHERE WERTE IM OPD-SFK) HABEN EINE LÄNGERE THERAPIEDAUER.“

B) „NIEDRIGER STRUKTURIERTE PATIENTEN UND PATIENTINNEN NEHMEN MEHR THERAPIE (DOSIS PRO ZEIT) WÄHREND DES STATIONÄR-PSYCHOSOMATISCHEN AUFENTHALTES IN ANSPRUCH ALS HÖHER STRUKTURIERTE PATIENTEN UND PATIENTINNEN (NIEDRIGERE WERTE IM OPD-SFK).“

4. METHODE

4.1. Design der Untersuchung

In einem Zeitraum von 12 Monaten (Januar bis Dezember 2014) wurde eine Stichprobe von 65 Zwangspatienten und Patientinnen der Psychosomatischen Klinik in Windach am Ammersee untersucht.

Zentrale Bedeutung der retrospektiven Analyse hat der **OPD-SFK** (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – Strukturfragebogen Kurzversion (Ehrenthal et al., 2015) zur Erfassung des Strukturniveaus der Patienten und Patientinnen. Der OPD-SFK wurde durch die Probanden und Probandinnen einmalig zu Beginn der stationären Behandlung im Rahmen der Routinediagnostik ausgefüllt und anschließend durch uns ausgewertet. Der Fragebogen besteht aus 12 Fragen. Zusätzlich wurde der Y-Bocs-Wert (Schweregrad der Zwangsstörung) bestimmt und der Anfangswert der jeweiligen Behandelten in die Dokumentation aufgenommen. Außerdem werteten wir die Daten der Basisdokumentation Psy-BaDo-PTM (Heymann & Tritt, 2018) aus. Diese Form der Erhebung von Basisdaten wird seit 2009 in der Klinik Windach sowie vielen weiteren Kliniken umgesetzt. Die verwendeten Daten stammen aus der psychotherapeutischen Dokumentation und schriftlichen Befragungen der Betroffenen, die standardisiert jeweils bei stationärer Aufnahme und bei Entlassung für jede behandelte Person erfasst wurden. Hintergrund der Erhebung sind zum einen qualitätssichernde Zwecke und zum anderen die Verfügungsstellung von Daten für die Versorgungsforschung. Hier kamen, neben den Variablen für Therapiedauer in Tagen und Therapiedosis in Minuten, dem erfassten ISR-Wert (störungsübergreifende Symptombelastung) (Tritt et al., 2007) besondere Bedeutung zu (Auszug Psy-BaDo-PTM siehe Anhang).

4.2. Die Stichprobe

Tabelle 4.1: Soziodemographische Merkmale der Stichprobe von insgesamt 65 Patienten und Patientinnen

Patienten und Patientinnenmerkmale	n	Prozent- bzw. Mittelwert (SD)
Geschlecht*		
Frauen	37	56,9
Männer	28	43,1
Nationalität*		
deutsch	62	95,4
andere	3	4,6
Wohnsituation*		
alleinlebend	21	32,3
nicht alleinlebend	44	67,7
Partnersituation*		
kein Partner	33	50,8
fester Partner	32	49,2
Kinder*		
ja	10	15,4
nein	55	84,6
Schulbildung*		
bis Hauptschule	13	20
mittlerer Abschluss	15	23,1
Gymnasium/Abitur	36	55,4
Erwerbsstatus*		
erwerbstätig (Voll- oder Teilzeit)	28	43,1
berentet, arbeitslos, Hausfrau/-mann	20	30,7
Umschulung/ Ausbildung	13	20

unklar	4	6,1
Einkommensart*		
Regulär (inkl. Altersrente)	26	40
aus Sozialleistungen	17	26,1
Verwandte/fremdeinkommen	17	26,1
unklar	5	7,7
Alter in Jahren**	65	33,32 (12,9)

* Anteil in Prozent; ** Mittelwert (Standardabweichung)

4.2.1. Beschreibung der Studienklinik und Behandlungskonzept

Für die vorliegende Untersuchung konnten die Daten aus der Routineerhebung der Psychosomatischen Klinik am Ammersee genutzt werden. Als die älteste verhaltenstherapeutisch orientierte Psychosomatik Klinik Deutschlands umfasst das Behandlungsspektrum bis heute alle psychischen- und psychosomatischen Erkrankungen im Erwachsenenalter mit verhaltenstherapeutischer (und/oder medikamentöser) Indikation. Dazu gehören u.a. Depressionen, Angststörungen, Zwangsstörungen, Persönlichkeitsstörungen und Posttraumatische Belastungsstörungen. Ausgenommen sind u.a. Betroffene mit akuter Suizidalität, Demenzerkrankungen, und Psychosen, da hier ein stationär psychiatrischer Behandlungsrahmen indiziert ist.

Die Zahlen des Qualitätsberichts vom Jahr 2010 der Klinik Windach geben wieder, dass 1278 Patientinnen und Patienten stationär und 257 teilstationär (Tagesklinik Westend) behandelt wurden. Die häufigsten Diagnosen waren rezidivierende depressive Störungen (ICD-10 F33) mit 500 Fällen, depressive Episoden (F32) mit 294 Fällen, Zwangsstörungen (F42) mit 130 Fällen und Phobien (F40) mit 74 Fällen. Danach folgten Angststörungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen.

Zu Beginn der stationären Behandlung in der psychosomatischen Klinik Windach erfolgt bei jedem/ jeder Patient*in eine organmedizinische Diagnostik. Die Klinik verfolgt ein multimodales Therapiekonzept auf dem Boden der kognitiv-behavioralen Therapie sowie bei Bedarf der begleitenden Pharmakotherapie. Es erfolgt zeitnah nach der Aufnahme die Erstellung eines individuellen Behandlungsplans unter Einbeziehung der die Krankheit beeinflussenden Faktoren auf Basis der Verhaltenstherapie. Neben den einzel- und gruppenpsychotherapeutischen Interventionen gehören vielfältige Therapieverfahren wie beispielsweise die körperorientierte Psychotherapie, Kunsttherapie und Physiotherapie zum Behandlungsplan. Bedarfsweise besteht das Angebot der Soziotherapie oder auch Ernährungsberatung. Sogenannte offene Therapieangebote umfassen meditatives Tanzen, offene Gestalttherapie oder auch Qi Gong.

Patienten und Patientinnen bekommen eine Bezugstherapeutin oder Bezugstherapeuten und werden durch ein interdisziplinäres Team bestehend aus Ärztinnen und Ärzten, psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychologinnen und Psychologen, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Masseurinnen und Masseur, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Kunsttherapeutinnen und Kunsttherapeuten, Diätassistentinnen und Diätassistenten und Pflegekräften begleitet (Psychosomatische Klinik Windach, 2010).

4.2.2. Ein- und Ausschlusskriterien

Für die vorliegende Untersuchung bestand das Kollektiv aus Patientinnen und Patienten, welche im Rahmen einer psychosomatischen Krankheit stationär in der Klinik Windach in Behandlung waren. Um eine möglichst hohe Stichprobenhomogenität zu erlangen, war ein Kriterium das Vorliegen einer Zwangsstörung (F42) als Hauptdiagnose bei allen Probanden und Probandinnen. Hintergrund dabei war, dass bei einer Zwangsstörung die Symptome klar definiert und ähnlich in ihrer Ausprägung sind - anders als bei depressiven Störungen beispielsweise. Aus der theoretischen Überlegung, dass bei Menschen mit einer Zwangserkrankung die Symptome unabhängig vom Strukturniveau vorliegen, schien die Stichprobenauswahl geeigneter als bspw. bei Personen mit einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung als Hauptdiagnose. Hier hätten Messungen vermutlich einheitlich niedrigere Persönlichkeitsstrukturniveaus ergeben. Komorbide Persönlichkeitsstörungen durften vorliegen, ausgenommen die zwanghafte (anankastische) Persönlichkeitsstörung. Ob das Vorliegen einer begleitenden Persönlichkeitsstörung vs. Einzeldiagnose tatsächlichen Einfluss auf das Strukturniveau (in Richtung eines niedrigeren Niveaus) hat, wäre eine interessante Frage für weitere Untersuchungen. In der vorliegenden Studie war die Stichprobe jedoch zu klein und die Kategorisierung von Persönlichkeitsstörungen nicht das zu behandelnde Thema. Die Diagnosestellung (nach ICD-10) in der Klinik Windach erfolgte durch approbierte Ärztinnen und Ärzte sowie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Die **Ausschlusskriterien** waren:

- Diagnosen wie: Abhängigkeitserkrankungen, Demenzen, organische Störungen, Psychosen und Erkrankungen aus dem schizophrenieformen Kreis, Persönlichkeitsstörungen, bipolare Störungen mit akuter manischer Exazerbation
- Aufenthaltsdauer kürzer als 14 Tage (vorwiegend vorzeitige Entlassungen auf Wunsch des Behandelten)
- Unvollständige Angaben bei der Basiserhebung (Geschlecht, Alter, Behandlungsdauer).
- Unvollständig ausgefüllter Fragebogen (mehr als zwei fehlende Antworten).

4.2.3. Stichprobengröße

Die untersuchte Stichprobe umfasste 80 Patienten und Patientinnen mit der Hauptdiagnose einer Zwangsstörung (F42). Nach Prüfung der Ausschlusskriterien kam es zum Wegfall von 15 Probanden und Probandinnen. Fünf der Fragebögen waren unvollständig ausgefüllt (mehr als zwei fehlende Antworten), zwei Fragebögen kamen nicht zurück und acht der Betroffenen brachen vorzeitig die Behandlung ab. Es verblieben 65 Patienten und Patientinnen für die Analyse.

4.3. Datenerhebung und Messzeitpunkte

Zu Beginn des Klinikaufenthaltes wurde begleitend zur Routineerhebung der OPD–SFK ausgegeben, welcher einmalig und eigenständig von den Patienten und Patientinnen ausgefüllt. Außerdem erfassten die Bezugstherapeutinnen und Therapeuten den Anfangsgesamtwert der Y-Bocs-Erhebung. Basisangaben bezüglich Soziodemographie und Erkrankung erfolgten standardisiert schriftlich.

Wie bereits im Methodenteil angeschnitten, kommt in unserer Studienklinik zur Datenerhebung Psy-BaDo-PTM (Heymann et al., 2018), entwickelt durch Vertreter der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften), zum Einsatz. Zweck der Entwicklung dieses Moduls der Basis- und Ergebnisdokumentation war die Forderung nach qualitätssichernden Instrumenten für alle medizinischen Bereiche. Ziel dieser umfassenden Dokumentation ist der ökonomische, Therapieschulen übergreifende Einsatz der gewonnenen Daten für die stationäre und ambulante Versorgung von Patienten und Patientinnen (Heuft & Senf, 1998).

Bereits 1994 gründete sich unabhängig dieser Entwicklungen die Arbeitsgruppe „Qualitätsmanagement in Psychosomatischen Kliniken“ aus Chefarzten mehrerer bayerischer Psychosomatik Kliniken ebenfalls mit der Zielsetzung einer umfassenden, standardisierten, realisierbaren Basisdokumentation für den stationär-psychosomatischen Bereich. 2008 wurde die erste Version an die Psy-BaDo angepasst und existiert seitdem unter der Bezeichnung „Psy-BaDo-PTM“ mit dem Hauptziel der internen und externen Qualitätssicherung (Heymann et al., 2018).

Inhalt der Dokumentation sind insgesamt ca. 200 Items bezüglich soziodemographischer Merkmale, Kostenträger, Chronizität, Arbeitsfähigkeit, vorangegangene Psychotherapie, Schweregrad der Einschränkungen, Diagnosen (psychisch und somatisch), Therapiedauer und das Einschätzen des Therapieerfolges (Tritt et al., 2003).

Die erfassten Variablen können thematisch vier Inhalten zugeordnet werden (Psychosomatische Klinik Windach, 2010):

- **Soziodemographie:** Geschlecht, Alter, Familienstand, Nationalität, Haushalt, Anzahl der Kinder, Bildung, aktuelle Erwerbssituation, etc.
- **Krankheitsbezogene Merkmale:** Haupt- und Nebendiagnose, psychische und somatische Diagnose, Dauer der Erkrankung, Beeinträchtigungsschwere, Arbeitsunfähigkeit, Anzahl und Gesamtdauer vorangegangener Behandlungen, Suizidversuche, Selbstschädigung, Therapiemotivation, etc.
- **Prozessbezogene Merkmale:** Behandlungsdauer, Anzahl der psychotherapeutischen Maßnahmen, Art der Beendigung, Medikation, etc.
- **Ergebnisbezogene Merkmale:** Änderung im Krankheitsverständnis, Änderung der Zukunftsorientierung, Vergleich der Symptomschwere vor und nach der Behandlung, Änderung der Schwere der Beeinträchtigung, etc. Die Einschätzungen über die Veränderungen geschehen durch die Patientinnen und Patienten und die Therapeutinnen und Therapeuten.

Die Datenerhebung für die vorliegende Untersuchung erfolgte im Jahr 2014 (Januar bis Dezember).

4.4. Zielparameter und Messinstrumente

4.4.1. Erfassung der Struktur mit dem OPD-SFK

Der OPD-Arbeitskreis arbeitet seit dem Jahr 1992 daran, ein einheitliches Konstrukt der Persönlichkeit nach psychoanalytischem Verständnis zu schaffen.

Seit 2010 liegt zur Erfassung der Strukturachse mit dem OPD-SFK ein reliables und valides Selbsteinschätzungsinstrument vor (Ehrenthal, 2015). Der Fragebogen stellt ein zuverlässiges Instrument zum Screening strukturbezogener Einschränkungen der Persönlichkeit dar. Ehrenthal et al. empfehlen zur Auswertung den Globalwert, anstatt der Mittelwerte wie in der Langversion, zu verwenden. Stärken des Fragebogens sind die Kürze (12 Items), die guten psychometrischen Eigenschaften und der inhaltlichen Fundierung (Ehrenthal et al., 2015). Aufgrund dieser Eigenschaften wurde der OPD-SFK für die vorliegende Untersuchung gewählt und angewendet.

Der Aufbau der Items erfolgt nach dem Likert-Typ:

0 = trifft gar nicht zu

1 = trifft eher nicht zu

2 = teil/teils

3 = trifft eher zu

4 = trifft völlig zu

Der Wertebereich des Summenscores reicht von 0 (= „höchstes Strukturniveau“) bis zu 48 (= „geringstes Strukturniveau“). Der OPD-Strukturfragebogen in der Kurzversion ist im Anhang abgebildet.

4.4.2. Erfassung der Therapiedauer

Auf der Grundlage der Basis- und Ergebnisdokumentation „Psy-BaDo-PTM“ konnte anhand des Aufnahme- und Entlassungsdatums die Variable „*Therapiedauer*“ (in Tagen) gebildet werden. Zur sogenannten „Belastungsproben“ können Patientinnen und Patienten während des stationären Aufenthaltes zur Probe einzelne Tag nach Hause entlassen werden. Bei der Therapiedauer werden im Gegensatz zur Verweildauer diese Tage herausgerechnet und als ein Behandlungsfall angesehen. Inhaltlich wird diese Betrachtung des Therapieverlaufs auch gerechter als die formale Differenzierung mehrerer Verweildauern (Heymann et al., 2003).

4.4.3. Erfassung der Therapiedosis

Der Ressourcenverbrauch im Sinne der Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen bildet die Kriteriumsvariable *Therapiedosis* ab. Mit der „Psy-BaDo-PTM“ war es möglich anhand aller einzeln dokumentierten therapeutischen Maßnahmen (insgesamt 59 Variablen) Vergleichsparameter zu berechnen. Zunächst wurden alle Therapievariablen pro Zeit berechnet, es ergab sich die Variable *Therapiedosis* gesamt in Stunden pro Woche. Im nächsten Schritt wurden alle somatischen Therapiemaßnahmen zu der Variable „Somatische Therapien“ zusammengefasst. Analog dazu fand eine Zusammenfassung einzelner Therapievariablen zu Psychotherapeutischen Interventionen statt, welche auch psychotherapeutische Maßnahmen im weiteren Sinne (zum Beispiel Angebote durch Pflegepersonal und Spezialtherapeuten und Therapeutinnen) einschließen. Aus inhaltlichen

Überlegungen ergaben sich dann noch Unterteilungen dieser Variable in „Summe Einzeltherapien“ sowie „Summe Krisentherapien“. Die Überlegung dahinter war folgende: bei einem relativ einheitlichen stationären Therapiesetting soll durch die Zusammenlegung einzelner Leistungen versucht werden, mögliche Unterschiede in der Verteilung der einzelnen in Anspruch genommenen Leistungen besser abzubilden. So ist die Verteilung der Einzeltherapien pro Patient*in pro Woche weitestgehend einheitlich während die somatischen Therapien wahrscheinlich eher Betroffene in Anspruch nehmen, welche körperliche Beschwerden haben. Kriseninterventionen gehören auch zu den individuell genutzten Leistungen, je nach Bedarf. Zur besseren Übersicht sind alle therapeutischen Leistungen und deren Zusammenfassung als Variable in Tabelle 4.7 dargestellt.

4.4.4. Erfassung des Schweregrades der Symptombelastung

Der Schweregrad der psychischen Symptombelastung wurde durch zwei routinemäßig ausgeteilte Fragebögen erfasst. Zum einen erfasst die **Y-Bocs** (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale) (Jacobsen et al., 2003) den *Schweregrad der Zwangsgedanken und -Handlungen*. Zum anderen erfasst die Skala des **ISR** (ICD-10-Symptomrating) den *Schweregrad der psychischen Gesamtbelastung* (Tritt et al., 2008). Beide Fragebögen werden im Folgenden näher erläutert.

Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-Bocs)

Seit 1989 existiert die von Goodman et al. entwickelte Yale-Brown-Obsessive-Compulsive Scale zur Beurteilung der Gesamtbelastung bei Zwangssymptomatik. Die deutsche Version von Hand und Buettner-Westphal wird seit 1991 in der klinischen Praxis angewendet (Jacobsen et al., 2003). Mit Hilfe der Y-Bocs kann der Schweregrad der Zwangsstörung eingeschätzt, jedoch keine Diagnostik nach ICD-10 oder DSM-V vorgenommen werden. Es handelt sich bei der Y-Bocs um ein halbstrukturiertes Interview (ursprünglich als Fremdbeurteilungsinstrument gedacht) bei dem anhand einer Symptomcheckliste von 75 Fragen die Hauptzwangssymptome erfragt werden. Der Schweregrad sowohl der Zwangsgedanken- und Handlungen wird anhand von 21 Items bestimmt. Die Stärke des Instruments liegt darin, dass Erfassung der Schwere der Symptomatik unabhängig von der Art des Zwanges erfolgt. Dadurch eignet sich die Y-Bocs sehr gut, um den Verlauf der Therapie und den Erfolg der Behandlung bei Betroffenen mit Zwangsstörung zu beurteilen. Im Anhang 3 ist ein Y-Bocs Schweregradschema dargestellt.

Die 21 Items (19 Items und 2 Zusatzitems) beinhalten zwei Subskalen zur getrennten Erfassung des Schweregrades von *Zwangsgedanken* (Item 1 bis 5) und *Zwangshandlungen* (Item 6 bis 10). Die Schwere der Symptomatik wird jeweils in Bezug zu dem Zeitaufwand, der Alltagsbeeinträchtigung, des subjektiven Leidensdruckes, dem aufgewendeten Widerstand und der aufgebrachten Kontrolle über die Zwangssymptome bewertet. Ein Beispielitem für die Erfragung von *Zwangsgedanken* ist die Frage danach, wieviel Zeit der/die Betroffene mit der Beschäftigung der Zwangsgedanken verbringt. Ein Beispiel für die Frage nach Symptomen der *Zwangshandlungen* ist die nach dem Ausmaß der Alltagsbeeinträchtigung durch Zwangshandlungen. Die Items 11 bis 19 erfragen Verhaltensweisen die zwar charakteristisch für Zwangserkrankungen aber nicht den Kern der Krankheit darzustellen. Diese wären beispielsweise Vermeidungsverhalten, Schwierigkeiten

Entscheidungen zu treffen oder krankhaftes Zweifeln. Zur Auswertung wird ein Summenscore aus den Items 1 bis 5 (Erfassung des Schweregrades für Zwangsgedanken) und der Items 6 bis 10 (Erfassung des Schweregrades für Zwangshandlungen) gebildet. Dabei sind die einzelnen Fragen in 5 Stufen skaliert (0 – 4). Folglich kann der Gesamtwert für beide Skalen im Wertebereich von 0 bis 40 liegen. Behandlungsindikation der Zwangssymptomatik besteht ab einem Cutt-Off Wert von 16. Werte darunter entsprechen „subklinischer“ und „wenig Symptomatik“. Studien konnten auch für die deutsche Version der Y-Bocs (Hand und Buettner-Westphal) die Gütekriterien Validität und Reliabilität mit hoher Zufriedenheit sicherstellen (Jacobsen et al., 2003).

ISR (ICD-10-Symptomrating)

Dem ICD-10-Symptomrating kommt in der Basisdokumentation eine zentrale Bedeutung zu, da es ein geeignetes Instrument zu Status- und Veränderungsmessungen darstellt. Auf Grundlage einer Selbsteinschätzung der Betroffenen wird die Schwere der psychischen Symptomatik erfasst. Kern dieser Erfassung bildet das Kapitel V (Psychische und Verhaltensstörungen) des ICD-10. 2007 von dem Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik (IQP) konzipiert, soll das ISR „in möglichst zeit- und ressourcenökonomischer Form die Brücke zwischen einer Störungsübergreifenden Erfassung der psychischen Symptomatik und der Vergabe einer möglichst validen, standardisierten Diagnose schlagen“ (Tritt et al., 2008). Der Anwendungsbereich liegt in der psychischen ambulanten und stationären Versorgung von Erwachsenen. Insgesamt 29 Fragen mit sechs untergeordneten Skalen erfassen folgende Syndrome:

Depression (z.B. „Ich fühle mich wertlos.“)

Angst („Schon die Vorstellung, dass ich wieder eine Angstatacke erleiden könnte, macht mir Angst“)

Zwang (Ich leide unter quälenden, sinnlosen Gedanken oder Handlungen, die mein normales Leben beeinträchtigen.“)

somatoforme Störung (Verschiedene Ärzte versichern mir, dass ich keine ernsthafte körperliche Erkrankung habe, doch es fällt mir schwer, ihnen zu glauben.)

Essstörung (Ich beschäftige mich viel damit, wie ich Gewicht abnehmen kann.) und eine

Zusatzskala mit 12 Items für das Screening weiterer wichtiger Syndrome wie bspw. Suizidalität oder Anpassungsstörungen (IQP Qualitas GmbH Institut für Qualitäts- und Prozessentwicklung, o. D.).

Die Beantwortung der einzelnen Items erfolgt in einer fünfstufigen Skala von 0 – „trifft gar nicht zu“ bis 4 – „trifft extrem zu“ (Braun et al., 2017).

4.5. Statistische Analysen

Die statistischen Berechnungen erfolgten retrospektiv anhand anonymer und bearbeiteter Datensätze (sogenannter Fälle) mit dem Statistikprogramm SPSS 24. Zunächst wurden anhand der Ausschlusskriterien 15 Fälle ausgeschlossen. Danach erfolgten die deskriptiven und explorativen statistischen Berechnungen der Daten zur Stichprobenbeschreibung. Zur Berechnung der Hypothesen kamen verschiedene statistische Verfahren wie deskriptive Analysen und multivariate Regressionsanalysen zum Einsatz. Zur Überprüfung der vorgelegten Hypothese wurde das Verfahren der multivariaten Regressionsanalyse gewählt. Voraussetzung hierfür ist die Testung der Daten auf Normalverteilung welche mit Hilfe des Kolmogorov-Smirnov-Tests, des Shapiro-Wilk Tests und graphisch mit Histogramm durchgeführt wurde. Regressionsanalysen untersuchen ob zwischen einer (oder mehrerer) unabhängiger Variablen und einer abhängigen Variablen ein statistischer Zusammenhang besteht. Die multivariate Regressionsanalyse berücksichtigt, im Gegensatz zur multiplen Regressionsanalyse, mehrere abhängige Variablen (Holtmann, 2010).

Zu den Hypothesen:

Es wurde an einer Gruppe von Patienten und Patientinnen mit Zwangsstörung überprüft, ob niedriger strukturierte Patienten und Patientinnen (höhere Ergebnisse im OPD-SFK) eine längere Therapiedauer und mehr Therapiedosis pro Zeit während des stationär-psychosomatischen Aufenthaltes in Anspruch nahmen als höher strukturierte Patienten und Patientinnen (niedrigere Werte im OPD-SFK).

Für die vorliegende Untersuchung über den Einfluss der unabhängigen Variable (Persönlichkeitsstruktur gemessen mit OPD-SFK) auf die abhängigen Variablen (Therapiedauer und Therapiedosis pro Zeit) wurden mehrerer Einflussfaktoren (konfundierende Variablen s.o.) berücksichtigt. Diese Einflussfaktoren waren dabei; die symptomatische Gesamtbelastung (gemessen mit ISR-Anfang Gesamtscore), Maß für Zwangssymptombelastung (gemessen mit Y-Bocs), Chronifizierung (Dauer stationäre/ teilstationäre Voraufenthalte in Wochen) und psychische Komorbidität (Anzahl der F-Diagnosen).

Zur besseren Übersicht stellt Tabelle 4.2 dar, welche unabhängigen Variablen bezüglich ihres Einflusses auf die abhängigen Variablen untersucht wurden.

Tabelle 4.2: Übersicht der unabhängigen und abhängigen Variablen

Unabhängige Variablen (UV)	Abhängige Variablen (AV)
OPD-Extremgruppen (Strukturturniveau)	Therapiedauer gesamt (Tage)
Y-Bocs	Therapiedosis gesamt (h/Woche)
ISR	Summe somatische Therapien (min/Woche)
Dauer stationärer und teilstationärer Voraufenthalte in Wochen	Summe Krise (min/Woche)

4.5.1. Methodische Schritte

Das methodische Vorgehen gliederte sich dabei in folgende Schritte:

- A) Definition der unabhängigen Variablen (UV)*
- B) Definition der abhängigen Variablen (AV)*
- C) Explorative Statistiken zu den Abhängigen Variablen „Therapiedauer gesamt“ und „Therapiedosis pro Behandlungsdauer“ in Bezug auf die unabhängige Variable der OPD-Gruppen nach Strukturturniveau.*
- D) Testung der abhängigen Variablen auf Normalverteilung und Transformierung nichtnormalverteilter Daten*
- E) multiple lineare Regressionsanalysen*

zu A) Definition der unabhängigen Variablen (UV)

OPD Strukturwerte

Die untersuchte Stichprobe von 65 Patienten und Patientinnen hatte einen OPD-Struktur-Mittelwert von 25,52 (SD = 8,88) bei Werten von 2 bis 41.

Da es für den OPD-SFK noch keine Cut-off Werte zur Einteilung in „gut strukturiert“ bis hin zu „desintegriert“ gibt, folgte eine Gruppeneinteilung orientiert an Mittelwerten der Strukturwerte unserer Gesamtstichprobe. Als Orientierung dienten auch Mittelwerte veröffentlichter Studien (Ehrenthal et al., 2015).

Es wurden drei etwa gleich große Gruppen anhand der OPD-SFK Gesamtstrukturwerte gebildet. Zur weiteren statistischen Berechnung wurden aus dem oberen und dem unteren Drittel der Werte der OPD-SFK sogenannte Extremgruppen gebildet. Die Gruppe mit den Werten im oberen Drittel bilden die Gruppe 1. Die Gruppe 1 repräsentiert somit Patienten und Patientinnen mit niedrigem Strukturniveau. Die Extremgruppe mit Werten des unteren Drittels repräsentieren Gruppe 2 – Patienten und Patientinnen mit hohem Strukturniveau. Der Wertebereich der beantworteten Fragen in der Stichprobe lag bei 2 - 41. Als Range für die Gruppe 1 „niedriges Strukturniveau“ wurde 32 - 41 festgelegt, für die Gruppe 2 „höheres Strukturniveau“ 2-22 (höhere Werte bedeuten niedriges Strukturniveau, niedrige Werte bedeuten höheres Strukturniveau). Es ergab sich eine etwa gleichmäßige Gruppenverteilung von 21 Personen in Gruppe 1 „niedriges Strukturniveau“ (N = 21; MW = 35,67; SEM = 0,70) und 24 Personen in Gruppe 2 mit „höheres Strukturniveau“ (N = 24; MW = 16,33; SEM = 1,03). Um herauszufinden, ob Behandelte mit schwächerem Strukturniveau mehr Therapien in Anspruch nahmen als Behandelte mit besserem Strukturniveau, wurden die beiden Gruppen bezüglich des Strukturniveaus im Hinblick auf die jeweiligen Therapievariablen untersucht.

Konfundierende Variablen

Für die Untersuchung wurden multiple lineare Regressionsanalysen unter Einbeziehung mehrerer möglicher konfundierender Variablen gerechnet.

Von konfundierenden Variablen, auch Störvariablen genannt, spricht man bei statistischen Verfahren, wenn über die geplanten unabhängigen Variablen weitere Variablen Einfluss auf die abhängige Variable haben (Stangl, 2019).

Um konfundierende Größen zu berücksichtigen, wurden diese zunächst definiert. Die Festlegung erfolgte aus inhaltlichen Überlegungen und vorbekannten Prädiktoren für längere Behandlungsdauern bzw. höhere Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen (siehe Kapitel 2.6.3 und 2.6.4). Wenn vorhergesagt werden soll, ob die Struktur der Persönlichkeit einen prädiktiven Wert für die Therapiedauer/Dosis hat, dann ergeben sich weitere Prädiktoren, die mitberücksichtigt werden müssen, um die interne Validität zu gewährleisten. Da es sich bei dieser Studie um ein hinsichtlich der Hauptdiagnose homogenes Kollektiv aus Zwangsstörungspatienten und Patientinnen

handelt muss in Betracht gezogen werden, dass die Schwere der Zwangssymptomatik (gemessen mit dem Y-Bocs Fragebogen) Einfluss auf den Effekt der Therapiedauer und Therapiedosis pro Zeit haben könnte. Des Weiteren kommen als konfundierende Faktoren die Symptombelastung (gemessen mit dem ISR), die Anzahl der F-Diagnosen (psychische Erkrankungen) und der Grad der Chronifizierung (die Dauer der stationären und/oder teilstationären Vorbehandlungen in Wochen) zu Berechnungen in die Modelle.

Für kategoriale Variablen mit mehr als 2 Antwortmöglichkeiten und für stetige Variablen wurden dazu dichotome Dummy Variablen (mit 0 und 1 codiert) erstellt. Die Tabellen 4.3 bis 4.6 sollen das Vorgehen näher erläutern:

Tabelle 4.3: ISR Anfang Gesamtscore mit deskriptiver Statistik und Umkodierung in dichotome Variablen

ISR-Anfang Gesamtscore (Maß für symptomatische Gesamtbelastung)	
Unabhängige Variable Deskriptive Statistik	→ Transformation in binäre Variable
MW: 1,74 (SEM = 0,71)	1 = 2,0 bis 4,0
Minimum: 0,44	mittlere und schwere Symptombelastung N = 26 (40,0%)
Maximum: 3,12	
Spannweite: 2,68	0 = 0,67 – 2,0
	Verdacht auf Symptombelastung und geringe Symptombelastung N = 39 (60%)

Tabelle 4.4: Y-Bocs mit deskriptiver Statistik und Umkodierung in dichotome Variablen

Y-Bocs (Maß für Zwangssymptombelastung)	
Unabhängige Variable Deskriptive Statistik	→ Transformation in binäre Variable
MW: 25,25 (SEM=0,89)	1 = 24 bis 39 schwere und extreme Zwangssymptombelastung N = 40 (61,5%)
Minimum: 7	
Maximum: 39	
Spannweite: 32	0 = 0 bis 23 leichte und mäßige Zwangssymptombelastung N=25 (38,5%)

Tabelle 4.5: Dauer stationäre-/ teilstationäre Voraufenthalte in Wochen mit deskriptiver Statistik und Umkodierung in dichotome Variablen

Dauer stationäre/ teilstationäre Voraufenthalte in Wochen (Inanspruchnahme/ Chronifizierung)	
Unabhängige Variable Deskriptive Statistik	→ Transformation in binäre Variable
MW: 9,8 (SEM=2,15)	1 = 7 bis 120 eher längere stat./teilstat. Vorbehandlung N=29 (44,6%)
Minimum: 0	
Maximum: 120	
	0 = 0 bis 6 eher kürzere stat./teilstationäre Vorbehandlung N=36 (55,4%)

Tabelle 4.6: Anzahl der F-Diagnosen mit deskriptiver Statistik und Umkodierung in dichotome Variablen

Anzahl der F-Diagnosen (Psychische Komorbidität)	
Unabhängige Variable Deskriptive Statistik	→ Transformation in binäre Variable
MW: 1,92 (SEM = 0,09)	0 = 0 oder 1 F-Diagnose N=48 (73,8%)
Minimum: 1	
Maximum: 4	1 = 2 oder mehr F-Diagnosen N=17 (26,2%)

Der Mittelwert der Gesamtstichprobe (N = 65) für die symptomatische Gesamtbelastung bezogen auf die Zwangsskala (gemessen mit dem ISR) lag bei 1,74 (SEM = 0,71) was einer *geringen* (hin zur mittleren) *Symptombelastung* entspricht (Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik – IQP, 2009). Es wurden anhand der ISR-Anfangsscore Werte zwei Gruppen eingeteilt. Gruppe 0 (N = 26) mit Verdacht auf die Diagnose Zwangsstörung und geringer Symptombelastung und eine Gruppe 1 (N = 39) mit mittlerer und schwerer Symptombelastung nach ISR bezüglich der Zwangsskala.

Der Schweregrad und die Ausprägung der Zwangssymptomatik gemessen mit der Y-Bocs lag bei unserer Stichprobe im Mittelwert bei 25,25 (SEM = 0,89) was einer schweren Zwangsbelastung entspricht (Jacobsen et al., 2003). Für die Bildung der binären Variablen wurden anhand der Y-Bocs Anfangswerte zwei Gruppen eingeteilt; Gruppe 0 (N = 25) mit leichter bis mäßiger Zwangsbelastung und Gruppe 1 (N = 40) mit schwerer und extremer Zwangssymptombelastung.

Die mittlere Dauer der stationären und/oder teilstationären Voraufenthalte in Wochen lag bei der untersuchten Stichprobe bei durchschnittlich 9,8 *Wochen* (SEM = 2,15). Die Spannweite war dabei sehr groß und reichte von mindestens keinem Voraufenthalt (= 0 Wochen) bis zu 120 Wochen. Auch hier erfolgte die Bildung zweier Gruppen; Gruppe 0 definierte sich als Gruppe mit kürzeren stationären und oder teilstationären Vorbehandlungen (0 bis sechs Wochen, N = 36). Gruppe 1 wurde definiert als Gruppe mit längeren Voraufenthalten (7 bis 120 Wochen, N = 29).

Die durchschnittliche Anzahl der psychischen Nebendiagnosen (F - Diagnosen zur Hauptdiagnose der Zwangsstörung) lag in der Stichprobe bei 1,92 (SEM = 0,09). Dabei kamen mindestens eine, höchstens vier Nebendiagnosen vor. Die dichotome Variableneinteilung erfolgte hier anhand der Anzahl der F-Diagnosen. Es entstand eine Gruppe 0 mit keiner oder einer F-Nebendiagnose (N = 48) und eine Gruppe 1 mit zwei oder mehr F-Diagnosen (N = 17).

zu B) Definition der abhängigen Variablen

Therapiedauer gesamt

Aus den erhobenen Daten der Psy-Bado wurde anhand des Aufnahme- und Entlassdatums zunächst die Gesamtbehandlungsdauer für jede Fallnummer (Patient*in) in Tagen berechnet. Das Ergebnis der deskriptiven Statistik zeigt eine mittlere Gesamttherapiedauer der Stichprobe von 73,63 Tagen (SEM = 1,88 Tage) bei kürzestem Aufenthalt von 22 Tagen bis zu einem längsten Aufenthalt von 111 Tagen. Für die weiteren Berechnungen erfolgte die Umrechnung des stationären Aufenthaltes in Wochen. Der Mittelwert für die Therapiedauer der Stichprobe lag bei 10,5 Wochen (SEM = 0,27 Wochen). Die kürzeste Therapiedauer lag bei 3,1 Wochen, die längste bei 15,9 Wochen.

Therapiedosis

Die vorliegenden Daten wurden dazu genutzt, aus allen insgesamt 59 Leistungsvariablen pro Fall zunächst zu einer Gesamtbehandlungsdosis in Minuten pro Fallnummer als Summe zu errechnen. Es erfolgte eine Umrechnung in Stunden pro Fallnummer. Das Ergebnis zeigt, dass im Mittelwert die Inanspruchnahme der gesamten Therapieleistungen während des stationären Aufenthaltes pro Patient*in bei 125,8 Stunden (SEM = 4,41) lag. Die mindestens in Anspruch genommene Therapiezeit lag bei 31,3 Stunden, die maximale bei 214,9 Stunden während des gesamten Aufenthaltes. In weiteren Überlegungen fand eine Zusammenfassung verschiedener Therapieleistungen zu neuen Variablen statt. Die Bildung der neuen Variablen aus dem vorhandenen Datensatz erfolgte aus inhaltlichen Überlegungen in Bezug auf die zu prüfenden Hypothesen. Da in dem stationären Setting der Großteil der Behandlungseinheiten durch ein strukturiertes Therapieprogramm vorgegeben ist, wurde durch Neubildung der Variablen versucht mögliche Unterschiede in der Art der in Anspruch genommenen Leistung besser darzustellen. Unter der gebildeten Variable „somatische Therapien“ wurden alle Therapieleistungen zusammengefasst, die

durch körperbezogene Leistungen charakterisiert sind. Der Gedanke dahinter war zum einen, dass diese Art der Leistung eher individuelleren Schwankungen unterliegt (nicht jede/r Patient*in im stationär-psychosomatischen Setting bekommt bspw. eine krankengymnastische Behandlung verordnet) und möglicherweise Tendenzen in Richtung Somatisierung (psychische Symptome werden vermehrt über körperliche Symptome wahrgenommen) erkennbar werden könnten. Zusammengefasst wurden die Leistungen: Walking Gruppe, Gerätesequenztraining, Fango, Kreislaufgymnastik Physiotherapie, Pilates-Gruppe, Manuelle Therapie, Schlingentischtherapie, Rotlicht/Heißluft, Elektrotherapie, Reflexzonenmassage und Qi Gong/ Meditatives Tanzen.

Die Variable „Krise Summe“ wurde gebildet aus der Summe der Therapieleistungen, die auch im weiteren Sinne zu Kriseninterventionen zählen. Berücksichtigt wurden dabei die Therapieleistungen wie Gespräch mit dem/der Cotherapeut*in im Bereitschaftsdienst („Dienst Co-Gespräch“), Termin mit einem Arzt/ einer Ärztin, Krisengespräch Cotherapeut*in, Tagesstruktur, Nachtwachen Gespräch, Krisenintervention. Co-Therapeuten und Therapeutinnen sind in diesem Kontext speziell ausgebildetes Pflegepersonal welche durch hausinterne verhaltenstherapeutische Weiterbildungen Qualifikationen erlangen und somit beispielsweise bestimmte Gruppen leiten können (z.B. Entspannungsverfahren, Tagesstruktur) oder im 1:1 Kontakt mit Patienten und Patientinnen Expositionen ausführen. Ebenso können Co-Therapeuten und Therapeutinnen Krisengespräche führen, die außerhalb der geplanten Therapie stattfinden, wenn seitens der Betroffenen Bedarf besteht. Tagesstruktur bezeichnet eine Intervention, bei der mit den Behandelten strukturiert und fokussiert auf die Alltagsprobleme eingegangen wird.

Therapiedosis während der Therapiedauer

Aus dem vorliegenden Datensatz gingen insgesamt 59 Therapieleistungen hervor. Da im vorherigen Schritt bereits die Summen der Behandlungen in Minuten pro Fall berechnet wurden, konnten Vergleichsparameter erstellt werden, in dem die Therapiedosis in Minuten bzw. Stunden bezogen auf die jeweilige Behandlungsdauer in durchschnittlicher Zeit pro Woche errechnet wurde. Dies geschah über den Rechenweg Variable *Therapieleistung in Minuten oder Stunde pro Fallnummer* dividiert durch *die Dauer der stationären Behandlung*. Folgende abhängige Variablen wurden aus inhaltlichen Überlegungen aus den therapeutischen Leistungen zusammengefasst: alle therapeutischen Leistungen pro Fall als Durchschnittswert in Stunden pro Woche bildet die abhängige Variable „Therapiedosis gesamt“ (h/Woche), die Leistungen „Krise Summe“ in Minuten pro Woche und „Somatische Therapien“ in Minuten pro Woche. Die Variable „Krise Summe“ beinhaltet nur 46 Fälle,

da 19 Betroffene keine Leistung in Hinsicht „Krise“ in Anspruch nahmen. Tabelle (4.7) zeigt die Zusammenfassung der therapeutischen Leistungsvariablen.

Tabelle 4.7: Leistungsbezeichnungen für Therapiedauer gesamt und Neubildung der Variablen für Therapiedosis mit deskriptiver Statistik

Zusammengefasste Variable (AV)	Leistungsbezeichnung	Deskriptive Statistik
„Therapiedosis gesamt“ (h/Woche)	Alle in Anspruch genommenen Therapiemaßnahmen pro Fall während der gesamten Behandlungsdauer	MW: 11,9 (N = 65) (SEM: 0,27) Min: 4,6 Max: 15,2
„Somatische Therapien“ (min/Woche)	Walking Gruppe, Gerätesequenztraining, Fango, Kreislaufgymnastik Physiotherapie, Pilates- Gruppe, Manuelle Therapie, Schlingentischtherapie, Rotlicht/Heißluft, Elektrotherapie, Reflexzonenmassage, Qi Gong/ Meditatives Tanzen	MW: 61,7 (N = 65) (SEM: 5,92) Min: 3 Max: 206,1
„Summe Krise“ (min/Woche)	Dienst-Co Gespräch, Arzttermin, Krisengespräch CoTherapie, Tagesstruktur, Nachtwachen Gespräch, Krisenintervention	MW: 6,16 (N=65) (SEM: 0,87) Min: 0 Max: 36,5

zu C) Deskriptive Statistik zu den Abhängigen Variablen „Therapiedauer gesamt“ und „Therapiedosis während der Therapiedauer“ in Bezug auf die unabhängige Variable der OPD-SFK-Gruppen nach Strukturniveau.

Strukturniveau Gruppen (nach OPD-SFK) und Therapievariable „Therapiedauer gesamt“ (Tage)

Bei der Variable „Therapiedauer gesamt“ lag die mittlere Gesamttherapiezeit bei Gruppe 1 (niedriges Strukturniveau) bei 71,75 Tagen (SEM = 3,79). Die Spannweite hier reichte von 22 Tagen bis 111 Tagen.

Die Behandelten der Gruppe 2 (höheres Strukturniveau) hatten eine gesamte Therapiedauer von 77,71 Tagen (SEM = 2,39) bei minimal 47 Tagen und maximal 98 Tagen insgesamt.

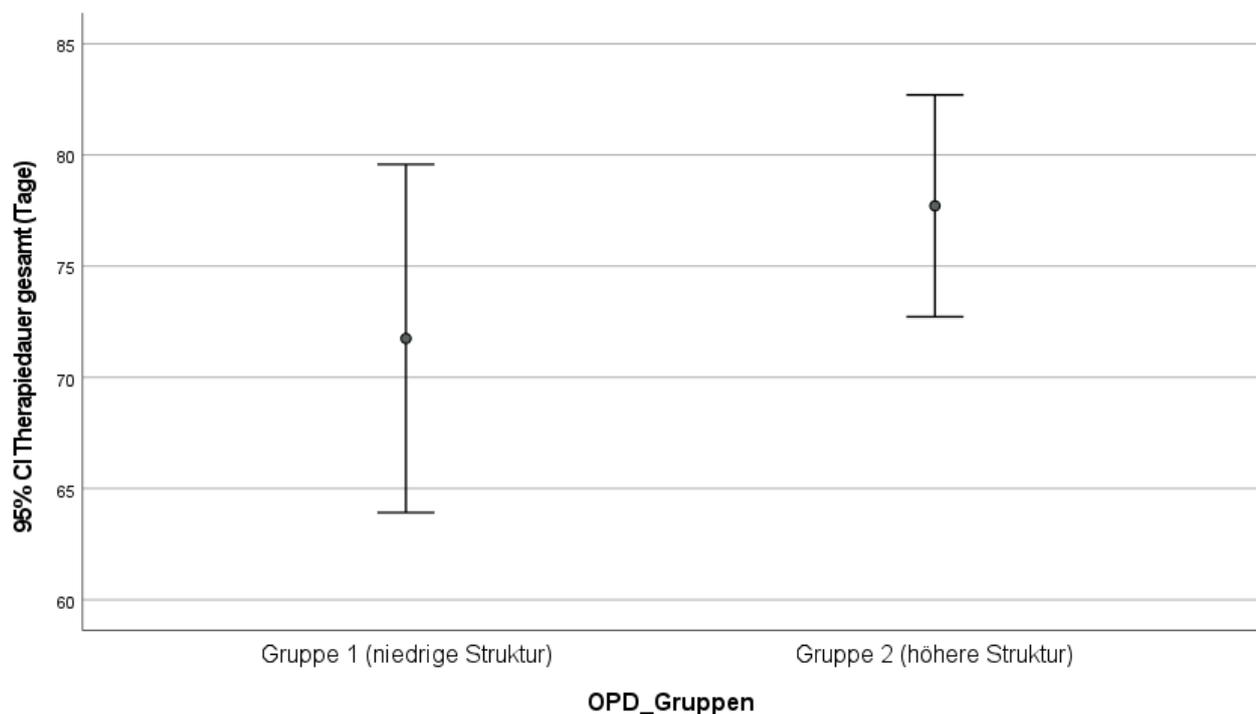


Abbildung 4.1: Gruppe 1 (niedrige Struktur im OPD-SFK) und Gruppe 2 (höhere Struktur im OPD-SFK) in Bezug auf „Therapiedauer gesamt“ (Tage)

Strukturniveau Gruppen (nach OPD-SFK) und Therapievariable „Therapiedosis gesamt“ (h/Woche)

Die Gruppe 1 (niedriges Strukturniveau) hatte durchschnittlich eine gesamte Therapiezeit von *11,30 Stunden pro Woche* (SEM = 0,54) während der Dauer des stationären Aufenthaltes. Dabei lag die mindeste durchschnittliche Zeit bei 4,6 Stunden pro Woche und maximal bei 14,1 Stunden pro Woche.

In der Gruppe 2 (höheres Strukturniveau) war die durchschnittliche gesamte Therapiezeit bei *11,72 Stunden pro Woche* (SEM = 0,37). Das Minimum lag bei 7,3 Stunden pro Woche, das Maximum bei 14,2 Stunden pro Woche durchschnittlicher Therapiezeit gesamt bezogen auf die Aufenthaltsdauer.

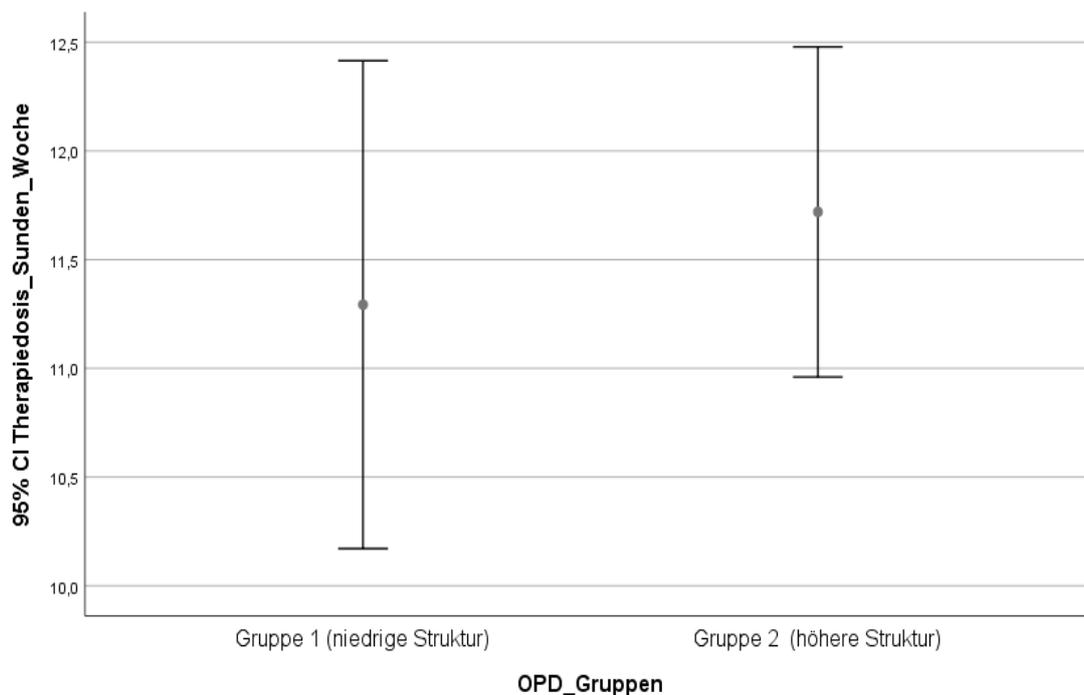


Abbildung 4.2: Gruppe 1 (niedrige Struktur im OPD-SFK) und Gruppe 2 (höhere Struktur im OPD-SFK) in Bezug auf „Therapiedosis gesamt“ (Stunden/Woche)

Strukturniveau Gruppen (nach OPD-SFK) und Therapievariable „Summe somatische Therapien“ (min/Woche)

Bei der Variablen „Summe somatische Therapien“ lag der Mittelwert der durchschnittlichen wöchentlich in Anspruch genommenen Therapieleistungen bei der Gruppe 1 (niedriges Strukturniveau) bei *48,08 Minuten* (SEM = 6,74). Die Spannweite reichte von 1,8 Minuten pro Woche bis 118 Minuten pro Woche in Gruppe 1.

Die Personen der Gruppe 2 (höheres Strukturniveau) verbrachten eine durchschnittliche wöchentliche Therapiezeit von *67,7 Minuten* (SEM = 6,74) in somatischen Therapien, bei minimal 5,5 Minuten und maximal 173,6 Minuten pro Woche.

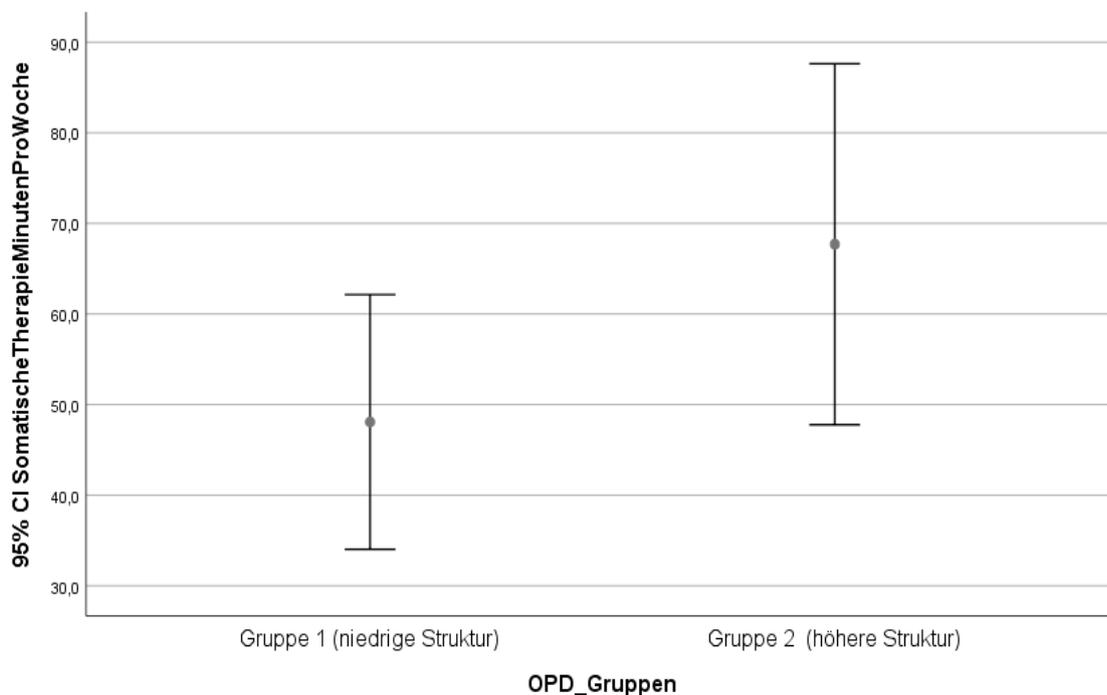


Abbildung 4.3: Gruppe 1 (niedrige Struktur im OPD-SFK) und Gruppe 2 (höhere Struktur im OPD-SFK) in Bezug auf „Somatische Therapien“ (Min/Woche)

Strukturniveau Gruppen (nach OPD-SFK) und Therapievariable „Krise Summe“ (min/Woche)

In der Gruppe 1 (niedriges Strukturniveau, N = 21) nahmen die Patienten und Patientinnen während der gesamten Behandlungsdauer durchschnittlich *7,86 Minuten pro Woche* (SEM = 1,89) Therapieleistungen der Variable „Krise“ in Anspruch. Dabei lag die Spannweite bei mindestens 0 Minuten bis höchstens 36,5 Minuten.

Betroffene die der Gruppe 2 (höheres Strukturniveau, N = 24) angehörten, hatten im Durchschnitt eine Inanspruchnahme der Therapieleistungen „Krise“ von *4,24 Minuten pro Woche* (SEM = 1,17). Die Spannweite hier lag bei 0 Minuten bis maximal 18,0 Minuten.

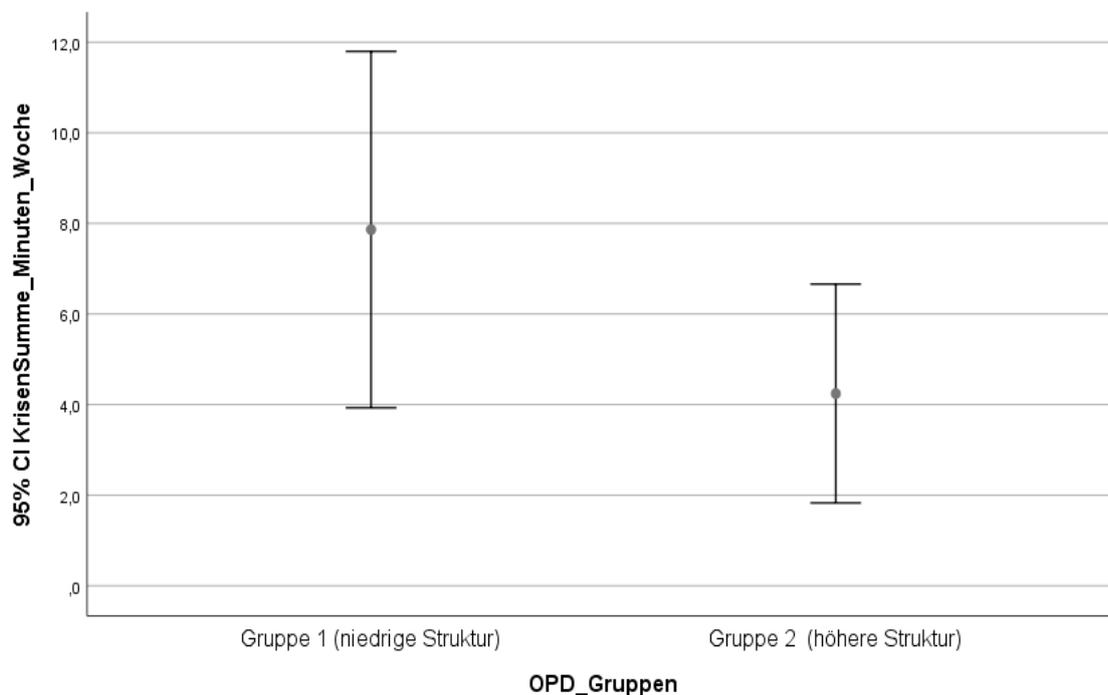


Abbildung 4.4: Gruppe 1 (niedrige Struktur im OPD-SFK) und Gruppe 2 (höhere Struktur im OPD-SFK) in Bezug auf „Krise Summe“ (min/Woche)

zu D) Testung der abhängigen Variablen auf Normalverteilung

5. EXPLORATIVE STATISTIK

Als nächste Schritte wurden die oben genannten abhängigen Variablen mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test und Shapiro-Wilk-Test sowie grafisch mittels Histogramms auf Normalverteilung geprüft. Ein Wert von $p < .05$ in der Spalte Signifikanz bedeutet dabei, dass die Nullhypothese abgelehnt werden kann – auf unsere Daten bezogen, dass die Daten nicht normalverteilt sind. Die Signifikanzwerte des Kolmogorov-Smirnov-Tests und des Shapiro-Wilk-Tests zeigten für die getesteten Variable „Therapiedosis gesamt“, „Krise Summe“ sowie „Summe somatische Therapien“ ein Signifikanzniveau $p < .05$. Hier kann nicht von einer Normalverteilung ausgegangen werden. Da normalverteilte Daten eine Voraussetzung für die geplanten multiplen Regressionsanalysen sind, wurden die nichtnormalverteilten Werte in eine Normalverteilung umgewandelt. Für die linksschief verteilten Daten der Variable „Therapiedosis gesamt“ wurden die Daten mittels Logarithmus transformiert, für die rechtsschief verteilten Daten wurde mittels Quadratwurzel in Normalverteilung umgewandelt. In den unten abgebildeten Histogrammen sind die Konformationsänderungen der Daten hin zu Normalverteilungen nachzuvollziehen.

Tabelle 5.1: Tests auf Normalverteilung

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	Signifikanz	Statistik	df	Signifikanz
Therapiedosis gesamt (h/Woche)	0,111	65	0,046	0,897	65	0,000
Summe somatische Therapie (min/Woche)	0,140	65	0,003	0,916	65	0,000
Krise Summe (min/Woche)	0,190	65	0,000	0,820	65	0,000

^a Signifikanzkorrektur nach Lilliefors

Normalverteilung kann angenommen werden da $p > .05$

Tabelle 5.2: Transformierung der Daten "Therapiedosis gesamt" mittels Logarithmus nach vorhergehender Spiegelung der Daten in rechtsschiefe Verteilung

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	Signifikanz	Statistik	df	Signifikanz
Therapiedosis gesamt (h/Woche)	0,111	65	0,046	0,897	65	0,000
Log Therapiedosis gesamt (h/Woche)	0,062	65	0,200*	0,983	65	0,525

* Dies ist eine untere Grenze der echten Signifikanz.

^a Signifikanzkorrektur nach Lilliefors

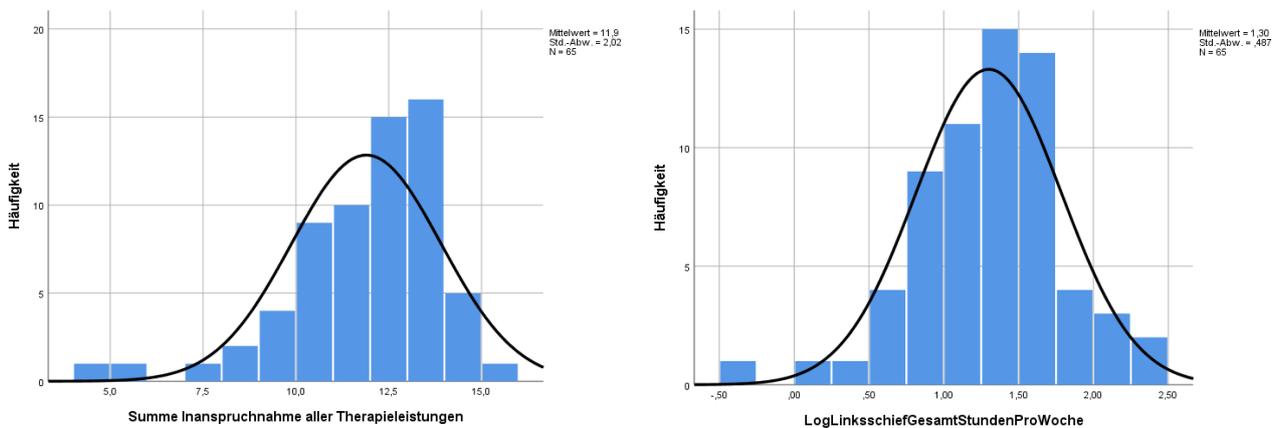


Abbildung 5.1: grafische Darstellung der Transformierung der Daten "Therapiedosis gesamt" mittels Logarithmus

Tabelle 5.3: Transformierung der Daten "Summe somatische Therapien" mittels Quadratwurzel

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	Signifikanz	Statistik	df	Signifikanz
Summe somatische Therapie (min/Woche)	0,140	65	0,003	0,916	65	0,000
Quadratwurzel Summe somatische Therapie (min/Woche)	0,063	65	0,200*	0,978	65	0,295

* Dies ist eine untere Grenze der echten Signifikanz.

^a Signifikanzkorrektur nach Lilliefors

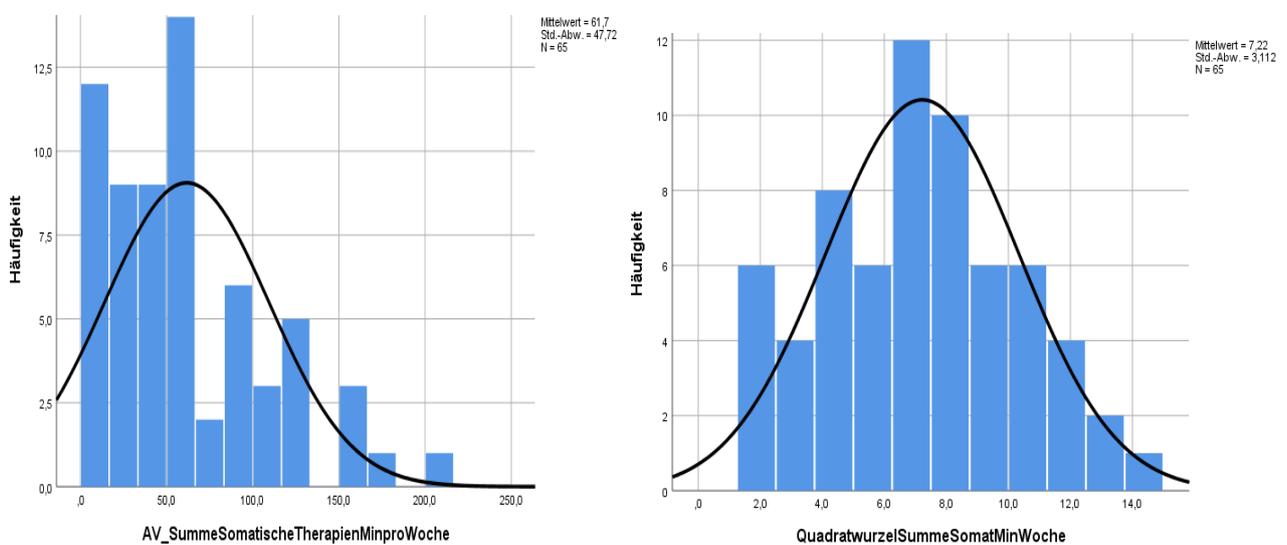


Abbildung 5.2: grafische Darstellung der Transformierung der Daten "Summe somatische Therapien" mittels Quadratwurzel

Tabelle 5.4: Transformierung der Daten „Krise Summe“ mittels Logarithmus

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	Signifikanz	Statistik	df	Signifikanz
Krise Summe (min/Woche)	0,160	46	0,005	0,845	46	0,000
Log Krise Summe (min/Woche)	0,071	46	0,200*	0,978	46	0,523

* Dies ist eine untere Grenze der echten Signifikanz.

^a Signifikanzkorrektur nach Lilliefors

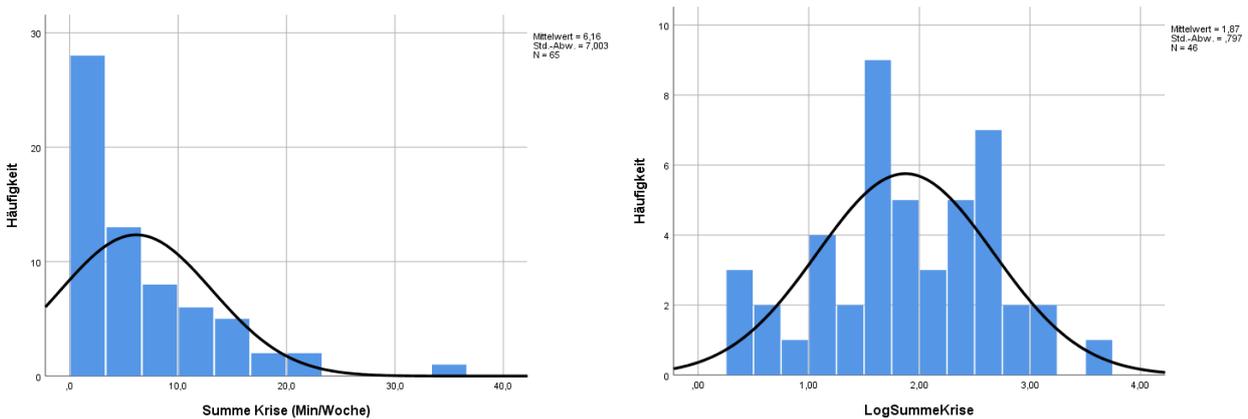


Abbildung 5.3: grafische Darstellung der Transformierung der Daten "Krise Summe" mittels Logarithmus

zu E) Multiple lineare Regressionsanalysen

In das Modell wurden die Patienten und Patientinnen der oberen (N = 21) und unteren (N = 24) Extremgruppen einbezogen (oberes und unteres Drittel nach OPD-SFK-Strukturwerten). Es wurde für jede abhängige Variable (AV); „Therapiedauer gesamt“, „Therapiedosis gesamt“, „Summe somatische Therapie“ und „Krise Summe“ jeweils ein Regressionsmodell unter Einbeziehung der unabhängigen Variablen (UV) als mögliche konfundierende Variable gerechnet. Die Frage dabei lautete „Nahmen Patienten und Patientinnen der Gruppe 1 (niedriges Strukturniveau = höhere OPD-SFK Werte) durchschnittlich mehr Therapie in Stunden/Minuten pro Woche während des stationären Klinikaufenthaltes in Anspruch als Patienten und Patientinnen der Gruppe 2 (höheres Strukturniveau = niedrigere OPD-SFK Werte). Aus der Überlegung heraus, dass auch krankheitsbezogene Merkmale als Prädiktoren auf das Inanspruchnahmeverhalten der Betroffenen bezüglich therapeutischer Leistungen einwirken, wurden in das Modell zusätzlich zu den OPD-SFK-Extremgruppen (Gruppe 1 und Gruppe 2) unabhängige Variablen aufgenommen. Zu diesen aufgenommenen möglichen Prädiktoren zählen die Anzahl der F-Diagnosen als Prädiktor *Ausprägung der psychischen Komorbidität*, der anfangs gemessene Y-Bocs Wert als Prädiktor *Schweregrad der Symptombelastung bezogen auf die Zwangssymptomatik*, der anfangs gemessene ISR-Wert als Prädiktor *Schweregrad der psychischen Symptomatik*, die Dauer der stationären und teilstationären Voraufenthalte in Wochen als ein möglicher Prädiktor *Grad der Chronifizierung*.

6. ERGEBNISSE DER MULTIPLLEN LINEAREN REGRESSIONSANALYSEN

(I) Multiple lineare Regressionsanalyse mit der abhängigen Variablen „Therapiedauer gesamt“ (in Tagen) und den unabhängigen Variablen „OPD-SFK-Extremgruppen“, „Anzahl der F-Diagnosen“, „Zwangssymptombelastung Y-Bocs Wert“, „Psychische Symptomatik bezüglich Zwangsstörung ISR-Wert“ und der „Dauer der stationären und teilstationären Voraufenthalte“ in Wochen.

- Es wurden alle Prädiktoren nach der Einschlussmethode analysiert. Die Ergebnisse der multiplen Regression zeigten für keine der eingeschlossenen Prädiktoren einen signifikanten Effekt auf die abhängige Variable „Therapiedauer gesamt“.
- Die Anzahl der F-Diagnosen hatte keinen Effekt auf die abhängige Variable „Therapiedauer gesamt“ ($\beta = .02$; SEM = 11,9; $p = .34$).
- Die Schwere der Zwangssymptomatik (Y-Bocs) ergab keinen Effekt auf die abhängige Variable „Therapiedauer gesamt“ ($\beta = -.07$; SEM = 4.61; $p = .68$).
- Die Symptombelastung bezüglich der Zwangsskala (ISR) hatte keinen Effekt auf die abhängige Variable „Therapiedauer gesamt“ ($\beta = .01$; SEM = 5.78; $p = .95$).
- Die Dauer der stationären und teilstationären Vorbehandlungen zeigte keinen Effekt auf die abhängige Variable „Therapiedauer gesamt“ ($\beta = -.10$; SEM = 0.13; $p = .56$).
- Das Strukturniveau (nach OPD) hatte ebenfalls keinen Effekt auf die abhängige Variable „Therapiedauer gesamt“ ($\beta = -.17$; SEM = 5.75; $p = .42$).
- Es zeigten sich alle eingeschlossenen unabhängigen Variablen als statistisch nicht signifikante Prädiktoren für die abhängige Variable „Therapiedauer gesamt“.

Tabelle 6.1: Multiple lineare Regressionsanalyse mit der abhängigen Variablen „Therapiedauer gesamt“ (Tage)

Koeffizienten ^a	Nicht standardisierte Koeffizienten		standardisierte Koeffizienten		
	Regressionskoeffizient B	Std.-Fehler	Beta	T	Sig.
(Konstante)	79,816	11,906		6,704	0,000
F-Diagnosen (Komorbidität)	4,864	5,022	0,152	0,969	0,339
Y-Bocs (Schwere Zwangssymptomatik)	-1,928	4,613	-0,069	-0,418	0,678
ISR (Symptombelastung Zwangsskala)	0,378	5,781	0,013	0,065	0,948
Dauer stationäre-/ teilstationäre Vorbehandlungen in Wochen	-0,094	0,118	-0,127	-0,803	0,427
OPD_Extremgruppen (Strukturturniveau)	-4,734	5,749	-0,172	-0,823	0,415

a. Abhängige Variable: *Therapiedauer gesamt (Tage)*

(II) Multiple lineare Regressionsanalyse mit der abhängigen Variablen „Therapiedosis gesamt“ (h/Woche) und den unabhängigen Variablen „OPD-SFK-Extremgruppen“, „Anzahl der F-Diagnosen“, „Zwangssymptombelastung Y-Bocs Wert“, „Psychische Symptomatik bezüglich Zwangsstörung ISR-Wert“ und der „Dauer der stationären und teilstationären Voraufenthalte“ in Wochen.

- Es wurden alle Prädiktoren nach der Einschlußmethode analysiert. Die Ergebnisse der multiplen Regression zeigten für keine der eingeschlossenen Prädiktoren einen signifikanten Effekt auf die abhängige Variable „Therapiedosis gesamt“.
- Die Anzahl der F-Diagnosen hatte keinen Effekt auf die abhängige Variable „Therapiedosis gesamt“ ($\beta = .09$; SEM = .74; p = .56).

- Die Schwere der Zwangssymptomatik (Y-Bocs) ergab keinen Effekt auf die abhängige Variable „Therapiedosis gesamt“ ($\beta = .16$; SEM = .68; $p = .32$).
- Die Symptombelastung bezüglich der Zwangsskala (ISR) hatte keinen Effekt auf die abhängige Variable „Therapiedosis gesamt“ ($\beta = .13$; SEM = 0.85; $p = .53$).
- Die Dauer der stationären und teilstationären Vorbehandlungen zeigte keinen Effekt auf die abhängige Variable „Therapiedosis gesamt“ ($\beta = - .31$; SEM = 0.02; $p = .05$).
- Das Strukturniveau (nach OPD) hatte ebenfalls keinen Effekt auf die abhängige Variable „Therapiedosis gesamt“ ($\beta = .29$; SEM = .84; $p = .16$).
- Es zeigten sich alle eingeschlossenen unabhängigen Variablen als statistisch nicht signifikante Prädiktoren für die abhängige Variable „Therapiedosis gesamt“.

Tabelle 6.2: Multiple lineare Regressionsanalyse mit der abhängigen Variablen „Therapiedosis gesamt“ (Stunden/Woche)

Koeffizienten ^a	Nicht standardisierte Koeffizienten		standardisierte Koeffizienten		
	Regressionskoeffizient B	Std.-Fehler	Beta	T	Sig.
(Konstante)	9,109	1,747		5,215	0,000
F-Diagnosen (Komorbidität)	0,437	0,737	0,090	0,593	0,556
Y-Bocs (Schwere Zwangssymptomatik)	0,689	0,677	0,162	1,018	0,315
ISR (Symptombelastung Zwangsskala)	0,543	0,848	0,126	0,640	0,526
Dauer stationäre-/ teilstationäre Vorbehandlungen in Wochen	-0,035	0,017	-0,310	-2,042	0,048
OPD_Extremgruppen (Strukturturniveau)	1,206	0,843	0,287	1,430	0,161

a. Abhängige Variable: Therapiedosis gesamt (h/Woche)

(III) Multiple lineare Regressionsanalyse mit der abhängigen Variablen „Somatische Therapien“ (min/Woche) und den unabhängigen Variablen „OPD-SFK-Extremgruppen“, „Anzahl der F-Diagnosen“, „Zwangssymptombelastung Y-Bocs Wert“, „Psychische Symptomatik bezüglich Zwangsstörung ISR-Wert“ und der „Dauer der stationären und teilstationären Voraufenthalte“ in Wochen.

- Es wurden alle Prädiktoren nach der Einschlussmethode analysiert. Die Ergebnisse der multiplen Regression zeigten für keine der eingeschlossenen Prädiktoren einen signifikanten Effekt auf die abhängige Variable „Summe somatische Therapien“.
- Die Anzahl der F-Diagnosen hatte keinen Effekt auf die abhängige Variable „Somatische Therapien“ ($\beta = .03$; SEM = 13,74; $p = 0.83$).

- Die Schwere der Zwangssymptomatik (Y-Bocs) zeigte keinen Effekt auf die abhängige Variable „Somatische Therapien“ ($\beta = .05$; SEM = .36; $p = .76$).
- Die Symptombelastung bezüglich der Zwangsskala (ISR) ergab keinen Effekt auf die abhängige Variable „Somatische Therapien“ ($\beta = - .02$; SEM = 17,22; $p = .94$).
- Die Dauer der stationären und teilstationären Vorbehandlungen zeigte keinen Effekt auf die abhängige Variable „Somatische Therapien“ ($\beta = .04$; SEM = .35; $p = .83$).
- Das Strukturniveau (nach OPD) zeigte ebenfalls keinen Effekt auf die abhängige Variable „Somatische Therapien“ ($\beta = .25$; SEM = 17,13; $p = .25$).
- Alle eingeschlossenen unabhängigen Variablen erweisen sich als nicht signifikante Prädiktoren für die abhängige Therapievariable „Summe somatische Therapien“.

Tabelle 6.3: Multiple lineare Regressionsanalyse mit der abhängigen Variablen „Somatische Therapien“ (min/Woche)

Koeffizienten ^a	Nicht standardisierte Koeffizienten		standardisierte Koeffizienten		
	Regressionskoeffizient B	Std.-Fehler	Beta	T	Sig.
(Konstante)	22,692	35,473		0,640	0,526
F-Diagnosen (Komorbidität)	3,171	14,963	0,034	0,212	0,833
Y-Bocs (Schwere Zwangssymptomatik)	4,165	13,743	0,051	0,303	0,763
ISR (Symptombelastung Zwangsskala)	-1,273	17,222	-0,015	-0,074	0,941
Dauer stationäre-/ teilstationäre Vorbehandlungen in Wochen	0,075	0,350	0,034	0,213	0,832
OPD_Extremgruppen (Strukturturniveau)	20,096	17,130	0,247	1,173	0,248

a. Abhängige Variable: somatische Therapien min/Woche

(IV) Multiple lineare Regressionsanalyse mit der abhängigen Variablen „**Krise Summe**“ (min/Woche) und den unabhängigen Variablen „OPD-SFK-Extremgruppen“, „Anzahl der F-Diagnosen“, „Zwangssymptombelastung Y-Bocs Wert“, „Psychische Symptomatik bezüglich Zwangsstörung ISR-Wert“ und der „Dauer der stationären und teilstationären Voraufenthalte“ in Wochen.

- Es wurden alle Prädiktoren nach der Einschlussmethode analysiert. Die Ergebnisse der multiplen Regression zeigen für keine der eingeschlossenen Prädiktoren einen signifikanten Effekt auf die abhängige Variable „Krise Summe“.
- Die Anzahl der F-Diagnosen hatte keinen Effekt auf die abhängige Variable „Krise Summe“ ($\beta = .16$; SEM = 2.26; p = .29).

- Die Schwere der Zwangssymptomatik ergab keinen Effekt auf die abhängige Variable „Krise Summe“ (Y-Bocs) ($\beta = .04$; SEM = 2.40; $p = .81$).
- Die Symptombelastung bezüglich der Zwangsskala (ISR) zeigte keinen Effekt auf die abhängige Variable „Krise Summe“ ($\beta = - .02$; SEM = 3.02; $p = .50$).
- Die Dauer der stationären und teilstationären Vorbehandlungen hatte keinen Effekt auf die abhängige Variable „Krise Summe“ ($\beta = - .12$; SEM = .06; $p = .43$).
- Das Strukturniveau (nach OPD) ergab ebenfalls keinen statistisch signifikanten Effekt auf die abhängige Variable „Krise Summe“ ($\beta = - .29$; SEM = 2,90; $p = .17$).
- Alle eingeschlossenen unabhängigen Variablen erweisen sich als nicht signifikante Prädiktoren für die abhängige Therapievariable „Krise Summe“.

Tabelle 6.4: Multiple lineare Regressionsanalyse mit der abhängigen Variablen „Krise“ (min/Woche)

Koeffizienten ^a	Nicht standardisierte Koeffizienten		standardisierte Koeffizienten		
	Regressionskoeffizient B	Std.-Fehler	Beta	T	Sig.
(Konstante)	11,249	6,206		1,813	0,078
F-Diagnosen (Komorbidität)	2,820	2,618	0,166	1,077	0,288
Y-Bocs (Schwere Zwangssymptomatik)	0,581	2,404	0,039	0,242	0,810
ISR (Symptombelastung Zwangsskala)	-2,075	3,013	-0,138	-0,689	0,495
Dauer stationäre-/ teilstationäre Vorbehandlungen in Wochen	-0,049	0,061	-0,124	-0,801	0,428
OPD_Extremgruppen (Strukturniveau)	-4,228	2,997	-0,289	-1,411	0,166

a. Abhängige Variable: Krise Summe min/Woche

7. DISKUSSION

7.1. Diskussion der Methodik

Für die durchgeführte Untersuchung wurden Routinedaten ausgewertet. Das waren Psy-Bado, Y-Bocs sowie ein zu Beginn des Aufenthaltes ausgefüllter Fragebogen (OPD-SFK) und die Daten der Leistungserfassung (Therapievariablen). Die gesicherte Diagnose der Zwangsstörung (F42) stellte das Haupt-Einschlusskriterium dar. Dadurch wurde die benötigte Stichprobenhomogenität gewährleistet. Die Diagnose wurde gewählt, weil es sich um ein vergleichsweise eindeutig definiertes und ähnlich ausgeprägtes Krankheitsbild handelt. Mit einem Kollektiv von 65 Patienten und Patientinnen ist die statistische Repräsentativität der Studie nicht sehr hoch. Hervorzuheben ist jedoch, dass es kaum Untersuchungen mit mehr als 50 (ausschließlich) an einer Zwangsstörung erkrankten Personen gibt, weshalb der vorliegende Studie eine besonderer Stellenwert zukommt.

Praktisch ist es unmöglich, alle Faktoren die gemeinsam die Behandlungsdauer bzw. Behandlungsdosis pro Zeit beeinflussen zu bestimmen und zu identifizieren. Schmiederer betont, dass jede therapeutische Intervention individuellen Einflüssen unterliegt und somit der Versuch alle bekannten Einflussfaktoren in eine Untersuchung einzubeziehen, an Grenzen stößt (2010).

Um herauszufinden, wie groß der prädiktive Einfluss des Persönlichkeitsstrukturniveaus auf die Therapiedauer und die Therapiedosis pro Zeit ist, müssten weitere wichtige Einflussfaktoren als konfundierende Variablen in die Berechnungen mit einbezogen werden. Dazu gehören beispielsweise der therapeutische Ansatz, die medikamentöse Behandlung, die Therapeut-Patient*in-Beziehung aber auch weitere Patienten- und Patientinnencharakteristika wie Selbstwirksamkeitsüberzeugung. Nicht zuletzt spielen bei der Bestimmung der Behandlungsdauer auch krankheits- und therapieferne Variablen eine Rolle, wie eine begrenzte Kostenübernahme der Therapie durch die Krankenkassen, familiäre oder berufliche Einflussfaktoren auf die Behandelten oder Therapieabbrüche aus krankheitsunabhängigen Gründen.

Nicht zu vernachlässigen sind bei einer wie hier durchgeführten Studie, die Einflüsse des bestehenden Versorgungssystems. Mit in die Analysen einbezogen werden sollten immer auch strukturelle Daten der Klinik sowie des Standortes (Richter, 2001).

Die Stichprobe resultiert aus der Versorgungssituation in der Klinik Windach. Die Stichprobe ist nicht repräsentativ für das allgemeine Klientel psychosomatischer Kliniken in Deutschland. Andererseits können durch die Beschränkung der Untersuchung auf eine einzige Klinik Behandlungskonzept und Klinikmerkmale als Störvariablen ausgeschlossen werden, wodurch eine

bessere interne Validität gegeben ist. Allerdings leidet dadurch die Repräsentativität und somit die externe Validität. Die Studienergebnisse erlauben vor allem Rückschlüsse auf das Behandlungskonzept der Psychosomatischen Klinik in Windach am Ammersee. Es bleibt die kritische Frage anzumerken, ob die vorliegenden Ergebnisse auf Patienten und Patientinnen anderer Kliniken übertragbar sind (Jans, 2013).

Ferner ist zu bemerken, dass Untersuchungen die Behandlungsdauer betreffend, einem System mit Begrenzungen unterliegt (individuelle Situationen der Behandelten, Kostenübernahmen der Krankenkassen bei vorgegebenen Therapiedauern, etc.)

Die Behandlung der Zwangserkrankungen erfolgt in der Klinik Windach im Rahmen halboffener störungshomogener Gruppen, die ein strukturiertes Therapieangebot erhalten. Verlängerungen oder Intensivierungen der Therapie sind daher nur in engen Grenzen möglich.

Die Geschlechterverteilung in dem von uns untersuchtem Kollektiv entspricht mit einem größeren Frauenanteil von 56,9% dem Verhältnis in psychosomatischen Kliniken, die Frauen in der untersuchten Stichprobe sind deutlich in der Mehrzahl, wie es die Krankenhausstatistik des Robert-Koch-Instituts für das Jahr 2011 ergibt: hier lag der Frauenanteil bei 54,5% für stationär behandelte Zwangsstörungserkrankte (Robert Koch-Institut, 2010). Das Durchschnittsalter von 33,32 Jahren liegt unter dem anderer Studien (Tritt et al., 2003: 41 Jahre; Richter, 1999: 42 Jahre; Stevens et al., 2001: 41 Jahre), die allerdings ein größeres Diagnosespektrum beschreiben.

Die durchschnittliche Verweildauer der untersuchten Stichprobe von 73,63 Tagen liegt etwas über bekannten Behandlungsdauern von Patienten und Patientinnen mit Zwangsstörung von 69,2 Tagen in stationär psychosomatischen Einrichtungen (Tritt et al., 2003).

Insgesamt erhielten die Personen in unserer Stichprobe im Schnitt 1,92 (SEM = 0,09) ICD-Diagnosen aus dem Kapitel F. Im Vergleich aus Mittelwerten aus vorangegangenen Untersuchungen stimmt dieser Wert mit Erhebungen von Tritt et al. (2003) überein. Sie zeigten in ihren Untersuchungen im stationär-psychosomatischen Bereich im Schnitt 2,12 (SD = 1,1) psychische Nebendiagnosen der untersuchten Patienten und Patientinnen.

Der OPD-SFK Fragebogen wurde gewählt, da es sich hierbei um die Erfassung des viel beforschten Persönlichkeitsstruktur-Konzeptes handelt. Das Instrument zur Erfassung struktureller Einschränkungen zeigte in einigen Studien gute psychometrische Ergebnisse (Ehrenthal et al., 2015). In einer 2018 erschienen großen Untersuchung zur Konstruktvalidität der Kurzversion des OPD-

Strukturfragebogens an psychosomatischen Patienten und Patientinnen zeigte sich dieser valide und reliabel (Obbarius et al.). Dem Screening struktureller Einschränkungen der Persönlichkeit kommt in der stationären und ambulanten Therapieplanung immer mehr Bedeutung zu. Es können dadurch früh zu Beginn der Intervention Behandlungspläne erstellt werden und strukturbezogene Psychotherapie erfolgen, ohne strukturell eingeschränkte Betroffene zu schnell zu überfordern. Der OPD-Strukturfragebogen in seiner Kurzversion ist in der Lage strukturelle Einschränkungen (Korrelation mit dem 95-Item OPD-SF $r=0,944$) zu detektieren. Damit kann die Einteilung der Patienten und Patientinnen in verschiedene Therapiegruppen oder auch der Behandlungsfokus mit Bezug auf die Konflikt- oder Strukturpathologie individuell formuliert werden (Ehrenthal et al., 2015).

Außerdem gewinnt das Persönlichkeitsstrukturkonzept im Zusammenhang mit der aktuell erschienenen Ausgabe des ICD-11 eine größere Bedeutung. Bisher war für die Stellung der Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ nach ICD-10 keine Einschätzung des Strukturniveaus erforderlich. Zur Beurteilung des Schweregrades findet die OPD-Strukturdiagnostik aber zunehmend Anwendung. Im noch gültigem ICD-10 finden sich Persönlichkeitsstörungen unter dem Kapitel F60. Zimmermann et al. konnten zeigen, dass Personen mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung häufig ein niedrigeres Persönlichkeitsstrukturniveau zeigten als diejenigen ohne eine Persönlichkeitsstörung (2015). Diese Ergebnisse konnten durch mehrere Untersuchungen (Henkel et al., 2018) bestätigt werden. Studien ergaben einen mittleren bis starken Effekt für den Zusammenhang zwischen struktureller Einschränkung nach OPD und dem Vorhandensein der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass eine Überschneidung der der Persönlichkeitsstörung und der Strukturpathologie zugrundeliegenden Dimension vorliegen muss (Henkel et al., 2018).

Allerdings kann man nicht vom Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung auf das Vorliegen eines niedrigen Strukturniveaus nach OPD schließen. Eine Persönlichkeitsstörung kann auch bei gutem Strukturniveau vorliegen, denn dieses beschreibt die Regulationsfähigkeit des Selbst- und des Objektbezugs der betreffenden Person. Ein Mensch kann zum Beispiel ausgeprägte zwanghafte Verhaltensweisen haben - andererseits aber in der Lage sein Beziehungsprobleme gut regulieren zu können. Doering et al. zeigten Unterschiede im Strukturniveau zwischen Betroffenen mit unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen (2014). Patienten und Patientinnen mit der Diagnose einer antisozialen, narzisstischen, histrionischen und emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung hatten dabei ein niedrigeres Strukturniveau als diejenigen mit einer vermeidenden, zwanghaften oder dependenten Persönlichkeitsstörung (Doering & Hörz, 2012). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass

das Persönlichkeitsstrukturniveau wie bereits beschrieben, keine Diagnose gemäß ICD-10 (bzw. ICD-11) darstellt, sondern vielmehr die „Bühne“ bildet und die Vulnerabilität bestimmt.

Das Vorgehen der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen anhand abgrenzbarer Kategorien wird im ICD-11 verlassen. Stattdessen erfolgt die Klassifikation anhand dimensionaler Zuordnung mit Einteilung in verschiedene Schweregrade. Außer der Borderline-Persönlichkeitsstörung wurden die bisherig existierenden Persönlichkeitsdiagnosen aufgehoben. Alle anderen Störungen der Persönlichkeit werden anhand fünf verschiedener Persönlichkeitseigenschaften („traits“) definiert. Das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein einer Persönlichkeitsstörung hängt von Defiziten selbstbezogenen und interpersonellen Persönlichkeitsfunktionen ab. Eine weitere markante Änderung im ICD-11 ist die Aufhebung der Altersgrenze für die Diagnosestellung einer Persönlichkeitsstörung (Schmeck & Birkhölzer, 2021).

In der bereits 2013 erschienen aktuellen Ausgabe des US-amerikanischer psychiatrischen Klassifikationssystems DSM-5 wurde ein neues alternatives Vorgehensmodell für die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen vorgestellt. Die sogenannte LPFS (Levels of Personality Functioning Scale). Diese zeigte bereits in mehreren Studien Übereinstimmungen mit dem Konzept der Persönlichkeitsstruktur nach OPD (Berberich & Zaudig, 2015). Obbarius et al. können in Untersuchungen aus dem Jahr 2019 diese Erkenntnisse bestätigen, er beschreibt. „Aktuelle Entwicklungen zur dimensional Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen in DSM-5 und ICD-11 weisen große Ähnlichkeiten zur OPD-Strukturachse auf“.

Vorteilhaft an dem verwendeten Fragebogen OPD-SFK ist seine kurze Form, welche dem Anwender die Beantwortung der Fragen erleichtert. Eine weitere Stärke liegt in der leichteren Auswertung im Vergleich zur Langversion des OPD-SF, da hier Summenscores gebildet werden können, statt Mittelwerte.

Die Kurzversion des Fragebogens kann allerdings nicht die differenzierte Untersuchung ersetzen, die mit der Vollversion sowie dem klinischen OPD-Interview gewonnen wird. Es handelt sich um ein zuverlässiges Struktur-Screening was für die Zwecke der vorliegenden Arbeit sehr geeignet war (Ehrenthal et al., 2015).

Wie in Kapitel 5.5 (Statistische Analysen) beschrieben, stellt die multivariate Regressionsanalyse ein universell anwendbares statistisches Verfahren dar, welches Zusammenhänge zwischen

unabhängigen und abhängigen Variablen analysiert. In der medizinischen Versorgungsforschung lässt sich äußerst selten *ein* Ursache-Wirkungs-Prinzip abbilden. Die Regel ist, dass mehrere Einflüsse (unabhängige Variablen) die Werte der abhängigen Variablen bedingen. Die Regressionsanalyse berücksichtigt diese Tatsache in dem mehrere unabhängige oder abhängige Variablen in einem Analysemodell berücksichtigt werden. Allerdings können nie alle möglichen unabhängigen Variablen oder auch konfundierende Variablen in ein Modell einbezogen werden. Die Auswahl ist -unter anderem- studienleiterabhängig (Universität Zürich, 2022).

7.2. Diskussion der Ergebnisse

Die statistischen Analysen ergaben keinen Zusammenhang zwischen dem gemessenen Persönlichkeitsstrukturniveau und der Gesamttherapiedauer. Es ergab sich auch kein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsstruktur und Inanspruchnahme der Therapie bei den untersuchten Patienten und Patientinnen während ihres stationär-psychosomatischen Aufenthaltes.

Es zeigte sich kein signifikantes Ergebnis bezüglich des Einflusses der psychischen Komorbidität, der Schwere der Zwangssymptomatik, der Chronizität und der Persönlichkeitsstruktur nach OPD auf die gesamte Therapiezeit der untersuchten Personen.

Die Anzahl der psychischen Komorbidität, die Schwere der Zwangssymptomatik, die Schwere der Symptombelastung, die Chronizität und das Persönlichkeitsstrukturniveau nach OPD zeigten keinen signifikanten Einfluss auf die gesamt in Anspruch genommene Therapiedosis während des klinischen Aufenthaltes.

Ebenso zeigte sich kein statistisch signifikanter Effekt hinsichtlich der Anzahl der psychischen Komorbidität, der Schwere der Zwangssymptomatik, der Schwere der Symptombelastung, der Chronizität und der Persönlichkeitsstruktur nach OPD bezüglich der in Anspruch genommenen Therapieleistungen „somatische Therapien“.

Außerdem hatte kein Prädiktor wie Anzahl der psychischen Komorbidität, der Schwere der Zwangssymptomatik, der Schwere der Symptombelastung, der Chronizität und der

Persönlichkeitsstruktur nach OPD signifikanten Einfluss auf die in Anspruch genommene Therapie „Krise Summe“.

Ein Trend zu höherer Inanspruchnahme bei den niedriger strukturierten Patienten und Patientinnen ist jedoch deutlich erkennbar. Der Zeitwert der durchschnittlich pro Woche genutzten Therapieleistung war fast doppelt so hoch wie der der höher strukturierten Patienten und Patientinnen. Somit gibt es Hinweise auf kompliziertere bzw. komplexere Therapieverläufe bei niedrigerer Persönlichkeitsstruktur - allerdings bislang keine Beweise.

Da das Signifikanzniveau nicht erreicht wird, können die Hypothesen somit nicht bestätigt werden.

Bei den Ergebnissen der vorliegenden multivariaten linearen Regressionen heißt *nicht signifikant* nicht, dass es keine Gruppenunterschied gibt. Die 0-Hypothese kann nicht angenommen werden. Dieser Nulleffekt kann auf die kleine Gruppengröße zurückzuführen sein. Bei der vorliegenden geringen Fallzahl hat die Studie nicht genügend power Aufgrund der geringen Prädiktionskraft. Da hier nur auf Ebene der Persönlichkeitsstruktur (Ergebnisse des OPD-SFK) als Variable und ausgewählter konfundierender Variablen untersucht wurde, könnte die Überprüfung weiterer Einflussfaktoren an einer größeren Stichprobe größere Varianzanteile der Inanspruchnahme der Therapie erklären.

Die in der Literatur bisher nachgewiesene höhere Inanspruchnahme konnte in unserer Untersuchung nicht bestätigt werden, was ebenfalls zurückführbar ist auf die geringe Power und die weiteren systemischen Einschränkungen wie beispielsweise dem begrenzt vorgegebenem Therapieprogramm welches wenig Spielraum für „bedarfsgerechte“ Therapie bietet (andererseits ist dieser Rahmen für strukturschwächere Betroffene sehr haltgebend).

Die Erkenntnis, dass stärkere Einschränkungen der Persönlichkeitsstruktur mit einer höheren Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen des Gesundheitswesens einhergehen, ist zum einen gesundheitsökonomisch relevant und zum anderen von großer Bedeutung in Hinblick auf strukturelle Beeinträchtigungen auch unterhalb einer Persönlichkeitsstörung (Ehrenthal et al., 2015).

Die zeitliche Begrenzung der Datenerhebung auf ein Jahr wurde gewählt, da es sich um eine Pilotstudie handelte. Das homogene Kollektiv wurde gewählt, um Störvariablen zu minimieren. Andererseits ist die fragliche Generalisierbarkeit der Stichprobe zu bemerken. Es ist nicht auszuschließen, dass die einheitliche Diagnose (hier die Zwangsstörung) einen Effekt auf das

bestehende Strukturniveau des Kollektivs hat. Zeigen Patienten und Patientinnen mit Erkrankungen aus dem Zwangsstörungsspektrum tendenziell ein höheres oder niedrigeres Strukturniveau? Dies wäre eine Frage für weitere interessante Studien.

Das mittlere OPD-SFK Strukturniveau des untersuchten Kollektivs der vorliegenden Arbeit (N = 65) lag bei 25,5. Im Moment gibt noch keine berechneten Cut-Off-Werte, die mit einschätzbarer Sensitivität und Spezifität das jeweilige Strukturniveau im Expertenrating repräsentieren. Ehrenthal empfiehlt, sich an den Mittelwerten der publizierten Stichproben zu orientieren (E-Mail-Verkehr mit Ehrenthal, 2017). In vergleichbaren Studien zeigten sich OPD-SFK-Summenwerte von 24,3 (Mittelwert) bei Erkrankten die sich ebenfalls in psychosomatischer Behandlung befanden, ohne Verdacht auf das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung (Ehrenthal et al., 2015). Mit (Verdachts-) Diagnose einer Persönlichkeitsstörung lag der OPD-SFK-Summenwert signifikant höher (M=27,65). Dies bedeutet, dass das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung mit einem niedrigeren Strukturniveau der Persönlichkeit einhergeht.

Eine andere Studie von Obbarius et al. (2018) zeigte einen Mittelwert der OPD-SFK der Stichprobe anhand von stationär Behandelten der Charité - Berlin von 20,5, was laut Autoren insgesamt einem niedrigen (mit Tendenz zum mäßigen) Strukturniveau entspricht. In dieser Stichprobe lag allerdings das breite Diagnosespektrum einer stationären psychosomatischen Behandlung vor ohne Ausschluss von Persönlichkeitsstörungen. Die unterschiedlichen Interpretationen der Strukturniveaus anhand der OPD-SFK Mittelwerte in den o.g. Studien zeigen, dass es (noch) keinen definierten Cut-off gibt. Man kann also nicht von einem Wert auf ein definiertes Strukturniveau schließen.

Die vorliegenden klinischen Messungen haben diese Ergebnisse nicht bestätigt. Dennoch sind die Ergebnisse bedeutsam, da sie die dringende Notwendigkeit für weitere Untersuchungen der Persönlichkeitsstruktur im Hinblick auf Therapieplanung deutlich machen.

Obbarius et al. empfehlen, bei zukünftigen Studien immer für das Ausmaß aktueller Angst und / oder Depressivität zu kontrollieren. Der Therapeut oder die Therapeutin müssen Einschätzen ob bei niedrigem Strukturniveau eine echte Störung vorliegt oder durch Symptome einer bestehenden Depression die Werte negativ verzerrt sein können (2018).

Im Hinblick auf die Anzahl der Begleitdiagnosen decken sich die vorliegenden Ergebnisse mit der Untersuchung von Obbarius et al. (2018), es konnten auch in einer deutlich größeren Stichprobe (N=670) stationär-psychosomatischer Patienten und Patientinnen keine Zusammenhänge zwischen der Anzahl der Diagnosen und dem Strukturniveau nach OPD gefunden werden.

Aufgrund des recht einheitlichen Therapieregimes können sich kaum Unterschiede im Therapiebedarf/-dauer zeigen, allerdings sind bei den individuelleren Therapien Tendenzen (nicht signifikant) erkennbar. Die vorliegende Untersuchung ist deshalb trotzdem interessant, da sie versucht Unterschiede in den flexibleren Therapieelementen zu zeigen. Dies wurde versucht durch die Zusammenfassung der Variablen wie somatische Therapien und Therapien in Assoziation mit „Krisenintervention“. Strukturschwächere Personen haben hier im Mittel fast doppelt so viele Therapieminuten pro Woche in Anspruch genommen – auch wenn dieser Unterschied in der statistischen Analyse nicht signifikant wird.

Des Weiteren bleibt zu diskutieren, inwiefern die Bedürfnisäußerung oder der Wunsch nach zusätzlichen Therapiemaßnahmen durch schwächer strukturierte Personen geäußert wird bzw. werden kann.

Ein anderer nicht in die Untersuchung mit einbezogenem Aspekt ist, dass bei einem schwächer strukturierten Patienten oder Patientin mit kurzer Aufenthaltsdauer aus psychotherapeutischer Sicht eher Wert auf die Stabilität gelegt wird als das fragile Konstrukt ihrer Persönlichkeit zu gefährden und somit krisenhafte Verläufe zu riskieren. Konfrontative oder wenig Halt vermittelnde therapeutische Interventionen könnten die Betroffenen überfordern. Das vorliegende Therapieprogramm für Zwangsstörungserkrankte mit strukturierten Therapiemaßnahmen und einer haltgewährenden, begrenzt konfrontativen Gruppenkohäsion stabilisiert erfahrungsgemäß auch strukturschwache Betroffene in einer Weise, die krisenhafte Verläufe unwahrscheinlich macht.

Außerdem liegt zwischen dem „Bedarf“ und der tatsächlich in Anspruch genommene Therapie ein Unterschied. Inwiefern unterscheiden sich die unterschiedlichen Strukturniveaus der Persönlichkeiten in ihrem Vermögen Bedürfnisse wahrzunehmen und zu äußern? Dies wäre ebenfalls eine Forschungsfrage für weitere Untersuchungen.

Die Varianz, welche durch die Bildung einer Fallgruppe wie vorliegend entsteht, entspricht vergleichbaren Ergebnissen aus der Literatur. Somit sind die Ergebnisse unserer Studie ein weiterer Beitrag zur Entwicklung einer Persönlichkeitsstruktur bezogenen und bedarfsgerechten Therapieplanung. Allerdings benötigt es weitere Entwicklungen und empirische Untersuchungen zum einen, um weitere verschiedene Prädiktoren zu erfassen und zum anderen den Ressourcenverbrauch (das Gesundheitswesen betreffend) aufklären zu können. In dieser Studie nicht betrachtet, jedoch essenzieller Bestandteil therapeutischer Behandlung, ist das Outcome der Behandlung welches in Folgeuntersuchungen mit einbezogen werden sollte.

Zusammenfassend kann man als Konsens der zitierten Studien formulieren, dass eine Fallgruppenbildung unter vorrangigem Gesichtspunkt der Diagnosestellung, die Dauer und Intensität der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Betroffene nicht aufklärt. Es müssen folglich weitere Variablen bedeutend zur Fallgruppenbildung beitragen. Zu diesen Prädiktoren zählen beispielsweise Chronifizierung der Krankheit, Schwere der Symptome, Anzahl und Ausmaß der Begleiterkrankungen, soziodemographische Merkmale wie Geschlecht, Alter und familiär Situation. Außerdem haben therapieassoziierte Merkmale wie Behandlungsbereitschaft und Motivation für Psychotherapie, Art der Entlassung, Arbeitsfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung. etc. Einfluss auf den Ressourcenverbrauch (Andreas et al., 2004).

Kritisch anzumerken ist außerdem, dass die Therapiedauer als Merkmal für starken Ressourcenverbrauch medizinischer Leistungen umstritten ist, da Begleitumstände wie Entlassmanagement, Umgang mit Noncompliance, Suizidalität und selbstverletzendem Verhalten einrichtungsabhängig ist (Kent et al., 1995).

Die Frage nach dem Zusammenhang zwischen dem Strukturniveau der Persönlichkeit und Dauer und Dosis stationärer psychosomatischer Behandlung konnte in der vorliegenden Studie - trotz eines Trends - nicht abschließend beantwortet werden.

Zur Beantwortung dieser wichtigen Frage wäre eine Untersuchung über einen längeren Zeitraum mit einer größeren und möglichst repräsentativen Fallzahl durch Hinzuziehung weiterer Institutionen (Multicenterstudie) wünschenswert.

Notwendig wäre außerdem eine zusätzliche Erfassung von Zusammenhängen zwischen dem Persönlichkeitsstrukturniveau nach OPD und beispielsweise der Fähigkeit der Patienten und Patientinnen zur Bedürfniswahrnehmung und -äußerung. Ebenfalls wären Untersuchungen zur Interaktion von Betroffenen-, Therapeuten- und Behandlungsvariablen interessant.

Die weitere Beforschung des OPD-Strukturkonzepts in Bezug auf eine gezielte, individuelle Therapieplanung ist von großer Bedeutung, denn einerseits kann der oder die Betroffene vor negativen Konsequenzen des Gesundheitsstatus bewahrt werden, andererseits kann gezielt mit den bekanntermaßen knappen Ressourcen des Gesundheitssystems gearbeitet werden, ohne diese zu verschwenden.

Diese Untersuchungen sind allerdings aufwendig und ohne entsprechende personelle und logistische Unterstützung nicht realisierbar.

Trotz zahlreicher noch unbeantworteter Fragen zeigt die hier vorgestellte Untersuchung auf, dass die Einbeziehung strukturpsychopathologischer Überlegungen in die Planung stationär psychosomatischer Behandlung ein vielversprechender Ansatz ist, um patientengezielte Therapie umsetzen zu können.

In Anbetracht dessen und aufgrund aktueller Entwicklungen im Bereich der stationären und auch ambulanten Psychotherapie, ist davon auszugehen, dass die Strukturdiagnostik und das Konstrukt der psychischen Struktur weiterhin noch mehr an Bedeutung für die psychotherapeutische Arbeit gewinnen werden.

8. ZUSAMMENFASSUNG

Für die Untersuchung, ob ein niedriges Strukturniveau Einfluss auf das Therapiedauer und das Inanspruchnahmeverhalten von Patienten und Patientinnen hat, wurden von den Behandelten zu Therapiebeginn ausgefüllte Fragebögen ausgewertet und diese Ergebnisse mit den Therapievariablen „Therapiedauer gesamt“ und „Therapiedosis pro Zeit“ in multiplen linearen Regressionsanalysen berechnet. Bei dem Fragebogen handelte es sich um die Kurzversion des OPD-Strukturfragebogens (OPD-SFK). Für die Bildung der Therapievariablen in den Einheiten Minuten oder Stunden pro Woche wurde zunächst pro Patient*in die gesamte Behandlungsdauer des stationär- psychosomatischen Aufenthaltes berechnet und schließlich die „Therapiedosis“ im Sinne von in Anspruch genommenen Therapieleistungen in Minuten oder Stunden mit der Behandlungsdauer zusammengeführt. Schließlich wurden aus 59 verschiedenen Therapievariablen aus inhaltlichen Überlegungen drei zusammengefasste Therapievariablen gebildet. Diese bildeten für die Berechnungen die abhängigen Variablen ab und wurden definiert als: „Therapiedosis gesamt“ (h/Woche), „Somatische Therapien (min/Woche) und „Krise Summe“ (min/Woche). Die Zusammenführung der Therapievariablen fand vor dem Hintergrund statt, dass bei einem sehr strukturierten Therapieprogramm so differentielle Effekte abgebildet werden können. Es wurde also versucht mit der Bildung der Variablen „Summe somatische Therapien“ und „Krise Summe“ in Anspruch genommene Leistungen zusammenzufassen die eher individuellen Bedürfnissen und Schwankungen unterliegen. Ein Ansatz hierbei ist, dass ein Patient oder eine Patientin der oder die zu Somatisierung (Äußerung seelischer Symptome als körperliche Symptome) neigt, möglicherweise mehr somatische (körperliche) Therapien wie beispielsweise Krankengymnastik, Massage, manuelle Therapie...etc. in Anspruch nimmt. Bei der Therapievariable „Krise Summe“ geht es darum, dass möglicherweise ein strukturschwächerer Betroffener weniger intrinsische Regulationsfähigkeit besitzt und somit mehr Leistungen in Anspruch nimmt wie beispielsweise Krisengespräche, Nachwachengespräche etc...

Berechnet wurde mittels multivariater linearer Regressionsanalysen mit Einbeziehung möglicher Einflussfaktoren wie Zwangssymptombelastung (Y-Bocs), Symptombelastung (ISR), Chronifizierung (Dauer stationäre und teilstationäre Voraufenthalte) und psychische Komorbidität (Summe der F-Diagnosen). Um eine bessere Stichprobenhomogenität zu erreichen, bestand die untersuchte Stichprobe aus 65 Personen mit einer Zwangsstörung der Klinik Windach.

Die Regressionsanalysen ergaben keine statistisch signifikanten Zusammenhänge der o.g. unabhängigen Variablen auf die abhängigen Variablen „Therapiedauer gesamt“, „Therapiedosis gesamt“, „Krise Summe“ und „Somatische Therapien“, jedoch einen - nicht signifikanten - Trend zu höherer Therapiedosis bei Kriseninterventionen für strukturschwächere Patienten und Patientinnen.

Somit können die Hypothesen, dass niedriger strukturierte Patienten und Patientinnen (höhere Ergebnisse im OPD-SFK) eine längere Therapiedauer und mehr Therapiedosis pro Zeit während des stationär-psycho-somatischen Aufenthaltes in Anspruch nehmen mit der vorliegenden Studie nicht abschließend bestätigt werden.

LITERATURVERZEICHNIS

- Andreas, S., Dirmaier, J., Lang, K., Watzke, B., Koch, U., Ranneberg, J., & Schulz, H. (2004). Lassen sich Zusammenhänge zwischen Patientenmerkmalen und dem fachspezifischen Ressourcenverbrauch in der stationären Behandlung von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen bestimmen? *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 54(07), 280–288. <https://doi.org/10.1055/s-2003-814949>
- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (Ed.) (2018). *Das AMDP-System: Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde* (10., korrigierte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Arbeitskreis OPD (2014). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2: Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung* (3., überarb. Aufl.). Bern: Huber, 258.
- Berberich, G. (2014). Das alternative DSM-5-Modell der Persönlichkeitsstörungen: Ein Vergleich mit der Strukturachse der OPD-2 = The alternative DSM-5-model of personality disorders. A comparison with the structural axis of OPD-2. *PTT: Persönlichkeitsstörungen Theorie Und Therapie*. (18(1)), 29–45.
- Berberich, G. (2019). Die Diagnose der Persönlichkeitsstörung nach ICD-11. *Ärztliche Psychotherapie*, 1/2019(14), 41–45.
- Berberich, G., & Zaudig, M. (2015). Das alternative Modell für Persönlichkeitsstörungen in DSM-5 = Alternative model for personality disorders. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 9(9(3)), 155–163. <https://doi.org/10.1007/s11757-015-0322-7>
- BfArM - Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2022). ICD-11 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 11. Revision. *bfarm*. Abgerufen am 26. März 2022, von https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/_node.html
- Borgart, E. & Meermann, R. 'Bedingungsfaktoren unterschiedlicher Behandlungsdauer bei Angststörungen im Rahmen stationärer Verhaltenstherapie', *PPmP. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* (49) 109—113. (1999).
- Braun, S., Zimmermann, J., Söhner, S. & Neidhardt, S. (2017). Faktorielle Validität und Konstruktvalidität des ICD-10-Symptom-Ratings (ISR) in einer klinisch weitgehend unauffälligen Stichprobe. *PPmP - Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 67(11), 477–484. <https://doi.org/10.1055/s-0043-118654>
- Bühning, P. (2018). Psychische Erkrankungen - Eine Volkskrankheit im Fokus. *Deutsches Ärzteblatt*, 115(20-21), 980–984.

- Bundesärztekammer. (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018.
- Cierpka, M. (2017). *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage*. (8. unveränderte Auflage). Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Eds.) (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien* (10. Auflage, unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2015). Bern: Hogrefe Verlag.
- Doering, S., & Hörz, S. (2012). *Handbuch der Strukturdiagnostik: Konzepte, Instrumente, Praxis ; Mit einem Geleitwort von Wolfgang Mertens* (1. Aufl.). *Psychotherapie*. s.l.: Schattauer GmbH Verlag für Medizin und Naturwissenschaften.
- Ehrenthal, J.C., OPD-SF Kurzversion DGPM-Kongress 2013.
- Ehrenthal, J. C. (2014). Strukturdiagnostik: Neue Ergebnisse aus der Forschung für die Praxis. Abgerufen am 02.Juni 2016 von www.pdp-online.info
- Ehrenthal, J.C., Dinger, U., Horsch, L., Komo-Lang, M., Klinkerfuß, M., Grande, T., & Schauenburg, H. (2012). Der OPD-Strukturfragebogen (OPD-SF): Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 62(01), 25–32. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1295481>
- Ehrenthal, J. C., Dinger, U., Schauenburg, H., Horsch, L., Dahlbender, R. W., & Gierk, B. (2015). Entwicklung einer Zwölf-Item-Version des OPD-Strukturfragebogens (OPD-SFK) [Development of a 12-item version of the OPD-Structure Questionnaire (OPD-SQS)]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 61(3), 262–274. <https://doi.org/10.13109/zptm.2015.61.3.262>
- Ermann, M. (2016). *Psychotherapie und Psychosomatik: Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage* (6., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag. Abgerufen am 12.März 2019, von http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783170298323
- Freud, S., & Lohmann, H.-M. (Eds.) (2010). *Reclams Universal-Bibliothek: Vol. 18689. Abriss der Psychoanalyse*. Stuttgart: Reclam.
- Geller, J. L. (1992). A report on the "worst" state hospital recidivists in the US. *Psychiatric Services*, 43(9), 904–908.
- Gerabek, W. E., Haage, B. D., Keil, G., & Wegner, W. (Eds.) (2005). *Enzyklopädie Medizingeschichte*. Berlin: de Gruyter.

- Goldstein, J. M., & Horgan, C. M. (1988). Inpatient and outpatient psychiatric services: Substitutes or complements? *Psychiatric Services*, 39(6), 632–636.
- Goodman, W., Rasmussen, S., Price, L., Mazure, L., Heninger, G., & Charney, D. (1991). Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-Bocs). *Verhaltenstherapie*, 1991(1(3)), 226–233.
- Götz Berberich (2019). Die Diagnose der Persönlichkeitsstörung nach ICD-11. *Ärztliche Psychotherapie*, 1/2019(14), 41–45.
- Härter H, Berger M, Sitta P et al. (2004). Externe Qualitätssicherung bei stationärer Depressionsbehandlung - Modellprojekt der Landesärztekammer Baden-Württemberg. *Deutsches Ärzteblatt*, 101(A1970-A1974).
- Havassy, B. E., & Hopkin, J. T. (1989). Factors predicting utilization of acute psychiatric inpatient services by frequently hospitalized patients. *Psychiatric Services*, 40(8), 820–823.
- Henkel, M., Zimmermann, J., Künecke, J., Remmers, C., & Benecke, C. (2018). Same same but different: Das Potential der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik für ein differenziertes Verständnis von Persönlichkeitsstörungen. *Zeitschrift Für Psychiatrie, Psychologie Und Psychotherapie*, 66(2), 107–117. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000346>
- Hermann, E.K., Häusler, R., Hürlimann, E., Lang W, Vauth R. (2007). Ist schneller auch besser? *Psychiatrie*. (4), 21–24.
- Herpertz, S. C., Schneider, I., Renneberg, B. & Schneider, A. (2022). Patients with personality disorders in everyday clinical practice—implications of the ICD-11. *Deutsches Ärzteblatt international*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0001>
- Herzog, W., Beutel, M. E., & Kruse, J. (2012). *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute: Zur Lage des Fachgebietes in Deutschland* (1st ed.). Stuttgart: Schattauer.
- Heuft, G., Jakobsen, T., Kriebel, R., Schneider, W., Rudolf, G. (2005). Potenzial der Operationalisierten Psychodynamische Diagnostik (OPD) für die Qualitätssicherung/Operationalized Psychodynamic Diagnostic (OPD) – Potential for Quality Assurance. *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 51(3), 261–276. <https://doi.org/10.13109/zptm.2005.51.3.261>
- Heymann, F. v. & Tritt, K. (2018). Psy-BaDo-PTM Version 4.13. IQP Qualitas GmbH Institut für Qualitäts- und Prozessentwicklung. iqp. Abgerufen am 17. März 2022, von <https://www.iqp-online.de>

- Heymann, F. v., Zaudig, M., & Tritt, K. (2003). Die diagnosebezogene Behandlungsdauer in der psychosomatischen und psychotherapeutischen Medizin: Eine homogene Größe? Erste Ergebnisse der Multicenter-Basisdokumentation (Psy-BaDo-PTM) als Grundlage qualitätssichernder Maßnahmen in der stationären Psychosomatik. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin Und Rehabilitation*, 62, 209–221.
- Holtmann, D. (2010). Grundlegende multivariate Modelle der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse. Beltz Verlag.
- InEK GmbH, MEDIATA Communications GmbH, (2021). Definitionshandbuch, InEK GmbH. www.mediata.net. Abgerufen am 12. März 2022, von https://www.g-drg.de/PEPP-Entgeltssystem_2022/Definitionshandbuch
- ISR 2.0 – Profilbogen - Status. (o. D.). www.iqp-online.de. Abgerufen am 20. März 2019, von <https://www.iqp-online.de/wp-content/uploads/uploads/isr/ISR-Statusbogen.pdf>
- IQP Qualitas GmbH Institut für Qualitäts- und Prozessentwicklung. (o. D.). ISR Fragebogen DE. <https://www.iqp-online.de>. Abgerufen am 13. Juni 2022, von <https://www.iqp-online.de/wp-content/uploads/uploads/isr/ISR Standard 2-0 2009.pdf>
- Jachertz, N. (2013). Psychische Erkrankungen: Hohes Aufkommen, niedrige Behandlungsrate. *Deutsches Ärzteblatt*. Abgerufen am 17. März 2022, von <https://www.aerzteblatt.de/archiv/134430/Psychische-Erkrankungen-Hohes-Aufkommen-niedrige-Behandlungsrate>
- Jacobsen, D., Kloss, M., Fricke, S., Hand, I., & Moritz, S. (2003). Reliabilität der deutschen Version der Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Verhaltenstherapie*, 2003(13), 111–113.
- Jans, M. (2013). Dissertation. *Einflussfaktoren auf die Dauer der stationären psychosomatischen Krankenhausbehandlung*. Ludwig-Maximilians-Universität, München.
- Janssen, P. L., Joraschky, P., Tress, W., & Bell, K. (Eds.) (2009). *Leitfaden psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Orientiert an den Weiterbildungsrichtlinien der Bundesärztekammer mit 40 Tabellen.*(2., überarb. und erw. Aufl.). Köln: Dt. Ärzte-Verl.
- Janssen, P.J., Martin, K., Tress, W., & Zaudig, M. (1998). Struktur und Methodik der stationären Psychotherapie aus psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Sicht. *Psychotherapeut*. (43), 265–276.
- Jeung-Maarse, H. S. (2020). Neues zur Diagnostik und Therapie von Persönlichkeitsstörungen - Änderungen in ICD-11. *Nervenarzt*, 91, 863–867.
- Kent, S., Fogarty, M., & Yellowlees, P. (1995). A review of studies of heavy users of psychiatric services. *Psychiatric Services*.

- Kernberg, O. F. (1997). *Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse* (6. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kernberg, O. F. (Ed.) (2000). *Handbuch der Borderline-Störungen: Mit 52 Tabellen*. Stuttgart u.a.: Schattauer.
- Kernberg, O. F.(Ed.) (2014). *Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie: Vol. 18.2014,1. DSM-5, OPD* (1. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Kruse J., Janssen P., Köllner V., Zipfel S. (In Vorbereitung): Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Deutscher Ärzteverlag., Köln.
- Lewis, D. A., & Hugi, R. (1981). Therapeutic stations and the chronically treated mentally ill. *Social Service Review*, 55(2), 206–220.
- Nieminen P., Isohanni M., Winblad I. (1994) Length of hospitalization in an acute patients`therapeutic community ward. *Acta Psychiatrica Scan*, (90), 466–472.
- Obbarius, A., Obbarius, N., Fischer, F., Liegl, G. & Rose, M. (2018). Evaluation der Faktorenstruktur und Konstruktvalidität der 12-Item Kurzversion des OPD-Strukturfragebogens (OPD-SFK) an psychosomatischen Patienten. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 69(01), 38–48. <https://doi.org/10.1055/s-0043-125394>
- Paar, G. H., & Grohmann, S. (2000). Überlegungen zu einem "Allgemeinen Modell der psychosomatischen Rehabilitation" mit Ableitungen zur angemessenen Behandlungsintensität und erforderlichen Verweildauer (Considerations for a "general model of psychosomatic rehabilitation" with departments for appropriate treatment intensity and required length of stay). *Die Rehabilitation*, 39(1), 8–16. <https://doi.org/10.1055/s-2000-14380>
- Psychosomatische Klinik GmbH & Co Windach / Ammersee KG. (2022). Klinik Windach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Klinik Windach. Abgerufen am 13. März 2022, von <https://klinik-windach.de>
- Psychosomatische Klinik Windach GmbH & Co Windach / Ammersee KG (2010). Strukturierter Qualitätsbericht gem. § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V. Windach.
- Richter, D. (2001). Die Dauer der stationären psychiatrischen Behandlung. *Fortschritte Der Neurologie Psychiatrie*, 69(01), 19–31.

- Robert Koch-Institut. (2010). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. www.rki.de. Abgerufen am 16. Dezember 2021, von <https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA2010.html>
- Roick, C., Gärtner, A., Heider, D., Angermeyer, M.C. (2002) Heavy user psychiatrischer Versorgungsdienste: Ein Überblick über den Stand der Forschung. *Psychiatrische Praxis*,(29), 334–342.
- Roick, C., Heider, D., Kilian, R., Angermeyer, M.C. Patienten mit starker Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung. Eine Analyse von Krankenkassendaten aus der Stadt Leipzig. Heavy Users of Inpatient Psychiatric Services. *Psychiatrische Praxis*, 2002(29), 343–349.
- Rosenblatt, A., & Mayer, J. E. (1974). The recidivism of mental patients: a review of past studies. *American Journal of Orthopsychiatry*, 44(5), 697.
- Rudolf, G., Grande, T., & Henningsen, P. (2010). *Die Struktur der Persönlichkeit: Theoretische Grundlagen zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen* (1. Aufl.). *Psychotherapie*. s.l.: Schattauer GmbH Verlag für Medizin und Naturwissenschaften.
- Schmeck, K. & Birkhölzer M. (2021). Die Konzeption von Persönlichkeitsstörungen in der ICD-11. *Kinder- Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie*, 49(6), 480–485.
- Schmiederer KA (2010): *Zusammenhänge zwischen Verweildauer und Behandlungserfolg in stationärer und teilstationärer Psychotherapie* (Dissertation). Universität Freiburg.
- Spiessl, H., Hübner-Liebermann, B., Binder, H., & Cording, C. (2002). "Heavy Users" in einer psychiatrischen Klinik - Eine Kohortenstudie mit 1811 Patienten über fünf Jahre (Heavy users in a psychiatric hospital--a cohort study on 1811 patients over five years). *Psychiatrische Praxis*, 29(7), 350–354. <https://doi.org/10.1055/s-2002-34659>
- Staat & Gesellschaft - Krankenhäuser - Krankenhäuser nach Fachabteilungen - Statistisches Bundesamt (Destatis): Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung 2017. Abgerufen am, 12. März 2019 von <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabelle n/KrankenhaeuserFA.html>

- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2021). Grunddaten der Krankenhäuser - Fachserie 12 Reihe 6.1.1 - 2019. destatis. Abgerufen am 17. März 2022, von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611197004.html>
- Stevens A., Hammer K., Buchkremer G. (2001). A statistical model for length of psychiatric patients treatment and an analysis of contributing factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. (103), 203–211.
- Tritt, K., Heymann, F. v., Loew, T. H., Benker, B., Bleichner, F., Buchmüller, R., Lettner, F. (2003). Patients of a psychotherapeutic setting: Patient description and effectiveness of treatment. *Psychother Psychol Psychother Med Klin Psychol*, 8, 244–251.
- Tritt, K., Heymann, F. v., Zaudig, M., Zacharias, I., Sollner, W., & Loew, T. (2008). Entwicklung des Fragebogens "ICD-10-Symptom-Rating" (ISR) Development of the "ICD-10-Symptom-Rating"(ISR) questionnaire. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 54(4), 409–418. <https://doi.org/10.13109/zptm.2008.54.4.409>
- Tritt, K., Heymann, F. v., Zaudig, M., Söllner, W., Klapp, B., Loew, T., Bühner, M. (2007). Die Entwicklung des Fragebogens ICD-10-Symptom-Rating (ISR) - Kurzbeschreibung der Pilotversion 1.0 und der Version 2.0.
- Universität Zürich. (2022, 13. April). *Methodenberatung - Multiple Regressionsanalyse*. <https://www.methodenberatung.uzh.ch>. Abgerufen am 12. Juni 2022, von https://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse_spss/zusammenhaenge/mreg.html
- WHO Weltgesundheitsorganisation Regionalbund für Europa. Abgerufen am 21. November 2021, von <https://www.euro.who.int/de/home>
- Zaudig, M. (2011). Die Zwangsstörungen - Krankheitsbild, Diagnostik und Therapie. *Psychosomatische Medizin Psychotherapie*. (57), 3–50.
- Zaudig, M. (2013). Zwangsstörungen. *Ärztliche Psychotherapie*. (1), 3–50.
- Zaudig, M. (2004). Fünfzig Jahre psychosomatische Krankenhausbehandlung/ Fifty years of psychosomatic treatment. *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 50(4), 355–375. <https://doi.org/10.13109/zptm.2004.50.4.355>
- Zaudig, M. (2017). Vermessung der Persönlichkeit? PTT - Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie, 4, 243–258. <https://elibrary.klett-cotta.de/article/99.120110/ptt-21-4-243>
- Zaudig, M., & Bossert-Zaudig, S. (2002). *Die Zwangsstörung: Diagnostik und Therapie* (2., aktualisierte und erw. Aufl.). Stuttgart (u.a.): Schattauer.

Zielke, M., Dehmlow, A., & Wülbeck, B. & Limbacher, K. (1997). Einflußfaktoren auf die Behandlungsdauer bei psychosomatischen Erkrankungen in der stationären Verhaltenstherapie. *Praxis Klinische Verhaltenstherapie Und Rehabilitation*. (37), 22–56.

Zimmermann, J., Brakemeier, E.-L., & Benecke, C. (2015). Alternatives DSM-5-Modell zur Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut*, 60(4), 269–279.
<https://doi.org/10.1007/s00278-015-0033-8>

ANHANG

Anhang 1 OPD-SFK: Fragebogen zur Selbstbeurteilung

Fragebogen zur Selbstbeschreibung		OPD-SFK				
<p>Auf der folgenden Seite 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.</p>						
		trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/ teils	trifft eher zu	trifft völlig zu
1.	Ich erlebe mich manchmal wie eine fremde Person.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Wenn ich viel über mich nachdenke, gerate ich eher in Verwirrung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Wenn man andere zu nahe an sich heran lässt, kann das gefährlich werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Ich kann mich anderen oft schwer verständlich machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	In mir herrscht oft ein solches Gefühlschaos, dass ich es gar nicht beschreiben könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ich schätze manchmal falsch ein, wie mein Verhalten auf andere wirkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Wenn andere viel über mich wissen, fühle ich mich oft irgendwie kontrolliert oder beobachtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Meine Gefühle sind manchmal so intensiv, dass ich Angst bekomme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Ich bin schon sehr verletzt worden, weil ich mich in einem Menschen getäuscht hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Es fällt mir schwer, zu anderen Kontakt aufzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Ich habe kein gutes Selbstbewusstsein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Meine Erfahrung ist: Wenn man Menschen zu sehr vertraut, kann man böse Überraschungen erleben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anhang 2 Leistungsbezeichnung Therapievariablen

Leistungsbezeichnung

Andere Beratungen / Training / Lehrküche

Andere sozialtherapeutische Interventionen

Arzttermin

Begleitung

Biographische Anamnese

Bereitschaftsdienst Cotherapeuten Gespräch

Einzel CoTherapie Dreiertermin

EinzelCoTherapie mit Video

Einzelgestaltung

Einzeltherapie CoTherapie

Einzeltherapie mind. 20 Minuten

Einzeltherapie mind. 50 Minuten

Elektrotherapie

Ergometrische Funktionsprüfung

Ernährungsberatung allgemein 30 Minuten

Ernährungsberatung allgemein 50

Erstuntersuchung

Eutonie-Gruppe

Exposition oder Flooding

Exposition/Flooding CoTherapie

Exposition/Flooding über 2 Stunden

Fango

Gerätesequenztraining

Gestaltungstherapie Gruppe

KBT Einzel

KBT Kurztermin

KBT-Gruppe

Kochkurs lebenspraktisches Training
Gruppe

Kreislaufgymnastik Gruppe

Krisengespräch CoTherapie

Krisenintervention

Kunsttherapie Einzel

Kunsttherapiegruppe

Manuelle Therapie

Modulgruppe

Nachwachengespräch

Offene Gestaltungsgruppe

Partner- oder Familiengespräch

Physiotherapie

Pilates-Gruppe

Problemlösegruppe Stat 3

Qi Gong / Meditatives Tanzen Gruppe

Reflexzonenmassage

Rotlicht/Heißluft

Schlingentischtherapie

Selbstverteidigungsgruppe

Sonographie

spezielle Testung durch Therapeut

SST Gruppe

Supervision Gruppe CoTherapie

Supervision Gruppensetting

Supervision im Einzelsetting

Tagesstruktur

Wahrnehmungsgruppe Stat1

Anhang 3 Y-Bocs Schweregradschema (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale)

Zwangsgedanken-Skala

Item	Schweregrad				
	0 Std./Tag	0-1 Std./Tag	1-3 Std./Tag	3-8 Std./Tag	>8 Std./Tag
Zeitaufwand für die Zwangsgedanken	0 Std./Tag	0-1 Std./Tag	1-3 Std./Tag	3-8 Std./Tag	>8 Std./Tag
Punktwert	0	1	2	3	4
Störungen durch Zwangsgedanken	Nein	Leicht	Deutlich, aber beherrschbar	Erhebliche Beeinträchtigung	Invalidisierend
Punktwert	0	1	2	3	4
Unbehagen durch Zwangsgedanken	Nein	Etwas	Mäßig, aber beherrschbar	Schwer	Fast ständig, behindernd
Punktwert	0	1	2	3	4
Widerstand gegen die Zwangsgedanken	Leistet immer Widerstand	Leistet häufig Widerstand	Leistet etwas Widerstand	Gibt häufig nach	Gibt völlig nach
Punktwert	0	1	2	3	4
Beherrschung der Zwangsgedanken	Völlig unter Kontrolle	Weitgehend unter Kontrolle	Etwas unter Kontrolle	Kaum unter Kontrolle	Nicht unter Kontrolle
Punktwert	0	1	2	3	4

Zwischensumme Zwangsgedanken (Items 1-5)

Zwangshandlungs-Skala

Item	Schweregrad				
Zeitaufwand für die Zwangshandlung	0 Std./Tag	0-1 Std./Tag	1-3 Std./Tag	3-8 Std./Tag	>8Std./Tag
Punktwert	0	1	2	3	4
Störungen durch Zwangshandlungen	Nein	Leicht	Deutlich, aber beherrschbar	Erhebliche Beeinträchtigung	Invalidisierend
Punktwert	0	1	2	3	4
Unbehagen durch Zwangshandlungen	Nein	Etwas	Mäßig, aber beherrschbar	Schwer	Fast ständig, behindernd
Punktwert	0	1	2	3	4
Widerstand gegen Zwangshandlungen	Leistet immer Widerstand	Leistet häufig Widerstand	Leistet etwas Widerstand	Gibt häufig nach	Gibt völlig nach
Punktwert	0	1	2	3	4
Beherrschung der Zwangshandlungen	Völlig unter Kontrolle	Weitgehend unter Kontrolle	Etwas unter Kontrolle	Kaum unter Kontrolle	Nicht unter Kontrolle
Punktwert	0	1	2	3	4

Zwischensumme Zwangshandlungen (Items 6-10)

Anhang 4 PsyBaDo-PTM Version 4.1 vom 03.02.2009 (Auszug)

Index 1 - Therapeuten-Items Behandlungsbeginn

Lfd. Nr.	Variablen-abkürzung	Erhebungsart P=Patient T=Therapeut	Bezeichnung der Variablen	Feldtyp Feld- breite	Code	Ausprägungen, Anmerkungen
1	Index1	T - EDV	Therapeuten-Items Behandlungsbeginn	num,1	1	
2	Behandler	T - EDV	Behandler (z.B. Nummer der Klinik, der Institution, pers.Arzt Nummer, etc) Begründung: Notwendig der Identifizierung des Behandlers für das Benchmarking im Rahmen des IQP, wird vom IQP vergeben	str, 10		
3	Sub-Behandler	T – EDV optional	Sub-Behandler (z.B. einzelne Stationen) Begründung: Subanalyse wird im gesetzlich geforderten Qualitätsbericht verlangt	str, 10		10x9 = wird nicht erhoben
4	Patienten nummer	T - EDV	Nummer des Patienten Begründung – Identifizierung des Patienten für die Datenqualitätskontrolle.	str, variable Länge		nur Ziffern und Buchstaben(a-z, A-Z,0-9)
5	Versorgungsbereich	T – EDV	Versorgungsbereich Begründung: Dokumentation des Versorgungsbereiches – wichtig für Selektion bei sektorenspezifischen Auswertungen	num,2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	ambulant Institutsambulanz Poliklinik Konsil/Liason Psychosomatik akut (§39 SGB V) Psychosomatik akut teilstationär (§39 SGB V) Psychosomatik Reha (§40 SGB V) Psychiatrie akut (§39 SGB V) Psychiatrie akut teilstationär (§39 SGB V) Psychiatrie Reha (§40 SGB V) Kinder- und Jugendpsychiatrie Sucht-Reha (§40 SGB V) Heimbereich/Pflege Forensik sonstige Versorgungsart
6	Aufnahmedatum	T- EDV	Aufnahmedatum Siehe Kommentar zu Behandler – wichtig für die Berechnung und Plausibilitätsprüfung der Behandlungsdauer und des Alters insb. bei Katamnesen.	dat,10		tt.mm.jjjj (mit Punkt als Trennzeichen)

Lfd. Nr.	Variablen-abkürzung	Erhebungsart P=Patient T=Therapeut	Bezeichnung der Variablen	Feldtyp Feld- breite	Code	Ausprägungen, Anmerkungen
7	Kosten träger	T - EDV	Kostenträger Welcher <u>Kostenträger</u> trägt <u>überwiegend</u> die Kosten für die Behandlung? Begründung: Wichtig zur Erfassung von Konfundierungen beim Benchmarking, Behandlungseffekte und -dauer, Stichprobenbeschreibung bei Versorgungsforschung ... Weitere Fragestellungen????	num,3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 999	RVO-Kassen Ersatzkassen BetriebskrankenkassenPrivat-Versicherung Beihilfe Deutsche Rentenversicherung-Regional Deutsche Rentenversicherung -Bund Sozialhilfe BerufsgenossenschaftSelbstzahler Pflegerversicherung Justiz sonstige unbekannt/unklar
8	Leistungs abrechnung	T - EDV	Art der Leistungsabrechnung Begründung: Wichtig für nach Versorgungsbereich getrennten Auswertungenund zur Erfassung von Konfundierungen beimBenchmarking (insb. bei Auswertungen bzgl. der Behandlungsdauer, da die Reha-Bewilligungszeiten in Blocks erfolgen).	num,2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	Akutbehandlung (§ 39 SGB V; vollstationär) Reha-Behandlung (§ 40 SGB V, vollstationär)Tagklinik (§ 39 SGB V) ambulant Reha ganztägige (§ 40 SGB V) gemischte Behandlung (d.h. Reha- und Akut) voll<teilstationär teil < vollstationär mehrfacher Wechsel ambulante BehandlungC/L-Dienst Begleitperson
9	Einweiser	T	Einweiser/Reha-Antragsteller Begründung: Erfassung von Zielgruppen für Zielgruppenanalysen (Verwaltung) und Versorgungsforschung <input type="checkbox"/> Zugangswege – sonstige Fragestellungen???	num,3	1 2 3 4 5 6 999	Allgemeinarzt/ prakt. Arzt / Internist Psychiater/ Nervenarzt Facharzt für Psychotherapeutische Medizin ärztlicher Psychotherapeut sonstiger Facharzt Verlegung aus anderer Klinikunbekannt/ sonstiges
10	Barriere	T	Wie hoch schätzen Sie die sprachlichen bzw. kulturellen Barrieren* des Patienten für eine Psychotherapie ein? *gemeint sind hier die Deutsch- und Kulturkenntnisse bei Menschen mit nicht deutscher Muttersprache bzw. mit Migrationshintergrund. Begründung: Ausreichende Sprach- und Kulturkenntnisse können große Auswirkungenauf die Therapieeffekte haben. Darüber hinaus kann über diese Variable eine Auswertung der fremdsprachigen Angebote erzielt werden.	num,1	1 2 3 4 5	nicht vorhandenkaum mittel hoch Therapie erfolgt in der Muttersprache
11	Renten begehren	T - optional	Haben Sie den Eindruck, dass beim Patienten ein „Rentenbegehren“ vorliegt (z.B. ein Antragwurde bereits abgelehnt)? Begründung: Wichtig für Therapieeffekte & prognostisch sowie für Katamnesen	num,3	0 1 2 999	kein verdeckttoffen wird nicht erhoben

12	Suizid versuch	T	Suizidversuch aktuell bzw. in Zusammenhang mit Aufnahmegrund Begründung – Indikator für Schweregrad und Chronifizierung	num,3	0 1 2 3 999	keiner sicher gefährlicher Suizidversuchsonstiger Suizidversuch vorsätzliche Selbstbeschädigung ohne Suizidabsicht unbekannt/unklar
----	-------------------	---	--	-------	-------------------------	--

Lfd. Nr.	Variablen- abkürzung	Erhebungsart P=Patient T=Therapeut	Bezeichnung der Variablen	Feldtyp Feld- breite	Code	Ausprägungen, Anmerkungen
13	Suizid anzahl	T	Anzahl früherer Suizidversuche	num,3	0 999	keiner unbekannt/unklar
14	Motivation	T	Motivation zur vorgesehenen Therapie	num,1	0 1 2 3 4	nicht motiviertkaum motiviertetwas motiviert motiviert sehr motiviert
15	Anamnese_ gesamt	T	Gesamtdauer der psychischen Beschwerden (nicht auf die Hauptdiagnose beschränkt) Begründung: Wichtiger Indikator für Chronifizierung	num,3	0 1 2 3 4 5 6 999	bis 6 Monate bis 1 Jahr bis 2 Jahre bis 5 Jahre bis 10 Jahre bis 15 Jahre mehr als 15 Jahre unbekannt/unklar
16	Anamnese_ aktuell	T - optional	Zeitraum seit Beginn der jetzigen psychischen Störung(en), die zur Aufnahme führten ? Begründung: Dauer zwischen Auftreten der Erkrankung und Einweisung ist wichtiger Indikator für Chronifizierung, Aktualität und Schweregrad der Symptomatik und Schnelligkeit von Einweisungen	num,3	0 1 2 3 4 5 888 999	< 1 Woche > 1 Woche bis 4 Wochen > 4 Wochen bis 3 Monate > 3 Monate bis 6 Monate > 6 Monate bis 1 Jahr > 1 Jahr wird nicht erhobenunbekannt/ unklar
17	Haupt- diagnose	T	Hauptdiagnose ist	num,1	1 2	psychischsomatisch
18	psychische _ Diagnosen	T	psychische Diagnosen	str, variable Länge		Eingabe aller Diagnosen in ein Datenfeld ohne Punkt nacheinander, durch Komma getrennt, Die Hauptbehandlungs-Diagnose zuerst. Beispiel: F320,F411,F602 Anzahl der Diagnosen ist unbegrenzt.
19	psy_Diagn ose_sicher	T	Sicherheit psychische Diagnose <u>nur</u> für <u>ambulant</u> en Versorgungs-Bereich	str, variable Länge	1 2 3 4 999	Ausgeschlossene Diagnose Verdachtsdiagnose Zustand nach Gesicherte Diagnose wird nicht erhoben (Default für Kliniken) Eingabe aller zur jeweiligen Diagnose gehörigen Ausprägungen nacheinander getrennt durch Komma Beispiel: 4,4,1
20	somatische _Diagnose n	T	somatische Diagnosen	str, variable Länge		Eingabe aller Diagnosen ohne Punkt nacheinander, durch Komma getrennt, analog zu psychischer Hauptdiagnose. Anzahl der Diagnosen ist unbegrenzt.

21	som_Diagnose_sicher	T	Sicherheit somatische Diagnose nur für ambulant en Versorgungs-Bereich	str, variable Länge	1 2 3 4 999	Ausgeschlossene Diagnose Verdachtsdiagnose Zustand nach Gesicherte Diagnose wird nicht erhoben (Default für Kliniken) Eingabe aller zur jeweiligen Diagnose gehörigen Ausprägungen nacheinander getrennt durch Komma Beispiel: 4,4,1
----	---------------------	---	---	---------------------------	-------------------------	---

Lfd. Nr.	Variablen-abkürzung	Erhebungsart P=Patient T=Therapeut	Bezeichnung der Variablen	Feldtyp Feld- breite	Code	Ausprägungen, Anmerkungen
22	GAF_A	T	GAF bei Aufnahme In % der Funktionsfähigkeit (siehe GAF-Übersicht mit Kategorienbeschreibung) Begründung: Zur Erfassung des Schweregrades	num,3	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Unzureichende Information 1-10 11-20 21-30 31-40 41-50 51-60 61-70 71-80 81-90 91-100
23	GARF_A	T - optional	GARF	num,3	0 1 2 3 4 5 999	Unzureichende Informationen 0-20 – chaotisch 21-40 – selten befriedigend 41-60 – überwiegend unbefriedigend 62-80 – etwas befriedigend 81-100 – befriedigend wird nicht erhoben

Index 2 – Patienten und Patientinnen-Items Behandlungsbeginn

Lfd. Nr.	Variablen-abkürzung	Erhebungsart P=Patient T=Therapeut	Bezeichnung der Variablen	Feldtyp Feld- breite	Code	Ausprägungen, Anmerkungen
1	Index2	EDV	Patienten-Items Behandlungsbeginn Begründung: wird für Datenübertragung an dasIQP benötigt,	num,1	2	
2	Behandler	T - EDV	Behandler (z.B.Nummer der Klinik, der Institution, pers. Arztnummer,etc) Begründung: Notwendig der Identifizierung des Behandlers für das Benchmarking im Rahmen des IQP, wird vom IQP vergeben	str, 10		
3	Sub- Behandler	T – EDV optional	Sub-Behandler (z.B. einzelne Stationen) Begründung: Subanalyse wird im gesetzlich geforderten Qualitätsbericht verlangt	str, 10		10x9 = wird nicht erhoben
4	Patienten nummer	T - EDV	Nummer des Patienten Begründung – Identifizierung des Patienten fürdie Datenqualitätskontrolle.	str, variable Länge		nur Ziffern und Buchstaben(a-z, A-Z,0-9)

5	Behandlungsempfehlung	P	<p>Wer hat Ihnen die Behandlung hier <u>empfohlen</u>?</p> <p>Bitte geben Sie <u>alle</u> Personen oder Institutionen (Klinik etc.) an, die Ihnen die Behandlung hier empfohlen haben.</p> <p><u>Mehrfachantworten</u></p> <p>Begründung: Erfassung von Zielgruppen für Zielgruppenanalysen (Verwaltung) und Versorgungsforschung <input type="checkbox"/> Zugangswege – sonstige Fragestellungen???</p>	num,3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 999	Hausarzt Psychotherapeut (Psychologe, ärztlicher Psychotherapeut (auch FA für Psychiatrie, FAFür Psychosomatische Medizin)) sonstiger Arzt (wählen, auch wenn Arztart nichtbekannt) Psychotherapeut/Psychiater in einer Klinik (Konsiliar-/Liaison-Dienst) sonstige Therapeuten (z.B. Heilpraktiker) Beratungsstelle (psychosoziale Beratung) Paar-/Familien- oder Suchtberatung) ehemaliger Patient, Freunde oder Verwandte Selbsthilfegruppe, Laienhelfer Kostenträger, Leistungsträger (Ihre Kranken- bzw. Rentenversicherung)interne Verlegung unsere Klinik hat Ihre Aufnahme bei uns empfohlen (ambulantes Vorgespräch) Empfehlung durch eine andere Klinik keine Empfehlung, ich komme von mir aus Wiederaufnahme allgemeine SozialdiensteHeim Werkstatt für Behinderte (Sonder-) SchuleGesundheitsamtJugendamt Polizei, Landratsamt, Ordnungsamt Maßregelvollzug, Gericht, Justiz Betreuer (wenn nicht Angehörige) unbekannt/ sonstiges
---	-----------------------	---	--	-------	--	---

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 2.1: Die Beziehungen der Persönlichkeitsstörungen untereinander und ihre Einstufung nach dem Niveau der Persönlichkeitsorganisationen (aus: Kernberg, 2000)	16
Abbildung 4.1: Gruppe 1 (niedrige Struktur im OPD-SFK) und Gruppe 2 (höhere Struktur im OPD-SFK) in Bezug auf „Therapiedauer gesamt“ (Tage)	70
Abbildung 4.2: Gruppe 1 (niedrige Struktur im OPD-SFK) und Gruppe 2 (höhere Struktur im OPD-SFK) in Bezug auf „Therapiedosis gesamt“ (Stunden/Woche)	71
Abbildung 4.3: Gruppe 1 (niedrige Struktur im OPD-SFK) und Gruppe 2 (höhere Struktur im OPD-SFK) in Bezug auf „Somatische Therapien“ (Min/Woche)	72
Abbildung 4.4: Gruppe 1 (niedrige Struktur im OPD-SFK) und Gruppe 2 (höhere Struktur im OPD-SFK) in Bezug auf „Krise Summe“ (Min/Woche).....	73
Abbildung 5.1: grafische Darstellung der Transformierung der Daten "Therapiedosis gesamt" mittels Logarithmus	76
Abbildung 5.2: grafische Darstellung der Transformierung der Daten "Summe somatische Therapien" mittels Quadratwurzel	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Abbildung 5.3: grafische Darstellung der Transformierung der Daten "Krise Summe" mittels Logarithmus	78

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 2.1: Die vier Struktur-Dimensionen nach OPD-2 jeweils im Bezug zum Selbst und zu den Objekten (Arbeitskreis OPD, 2009, S.118).....	21
Tabelle 2.2: Kriterien für die Einschätzung des Strukturniveaus nach OPD-2 (gekürzt aus Arbeitskreis OPD, 2014, S.258).....	22
Tabelle 2.3: Auszug Kriterium A und B des Alternativen Modells für Persönlichkeitsstörungen nach DSM-5 (Zaudig, 2017)	28
Tabelle 2.4: Prominente Persönlichkeitsmerkmale-/ oder muster im ICD-11 ((WHO 2018, verkürzte Übersetzung durch Berberich, (Berberich, 2019))	30
Tabelle 2.5: Diagnosekriterien der Zwangsstörung nach ICD-10 verkürzt (Zaudig, 2011).....	33
Tabelle 2.6: Entwicklung der Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen 2001 und 2019	39
Tabelle 2.7: Entwicklung der Bettenkapazität von 2001 und 2019	40
Tabelle 2.8: Bettenauslastung in Prozent 2001 und 2019	40
Tabelle 2.9: Durchschnittliche Verweildauer in Tagen 2001 und 2019	41
Tabelle 4.1: Soziodemographische Merkmale der Stichprobe von insgesamt 65 Patienten und Patientinnen	51
Tabelle 4.2: Übersicht der unabhängigen und abhängigen Variablen.....	62
Tabelle 4.3: ISR Anfang Gesamtscore mit deskriptiver Statistik und Umkodierung in dichotome Variablen	64
Tabelle 4.4: Y-Bocs mit deskriptiver Statistik und Umkodierung in dichotome Variablen	65
Tabelle 4.5: Dauer stationäre-/ teilstationäre Voraufenthalte in Wochen mit deskriptiver Statistik und Umkodierung in dichotome Variablen	65
Tabelle 4.6: Anzahl der F-Diagnosen mit deskriptiver Statistik und Umkodierung in dichotome Variablen	66
Tabelle 4.7: Leistungsbezeichnungen für Therapiedauer gesamt und Neubildung der Variablen für Therapiedosis mit deskriptiver Statistik	69
Tabelle 5.1: Tests auf Normalverteilung	75
Tabelle 5.2: Transformierung der Daten "Therapiedosis gesamt" mittels Logarithmus nach vorhergehender Spiegelung der Daten in rechtsschiefe Verteilung	76
Tabelle 5.3: Transformierung der Daten "Summe somatische Therapien" mittels Quadratwurzel.....	77
Tabelle 5.4: Transformierung der Daten „Krise Summe“ mittels Logarithmus	78
Tabelle 6.1: Multiple lineare Regressionsanalyse mit der abhängigen Variablen „Therapiedauer gesamt“ (Tage).....	81

Tabelle 6.2: Multiple lineare Regressionsanalyse mit der abhängigen Variablen „Therapiedosis gesamt“ (Stunden/Woche).....	83
Tabelle 6.3: Multiple lineare Regressionsanalyse mit der abhängigen Variablen „Somatische Therapien“ (min/Woche).....	85
Tabelle 6.4: Multiple lineare Regressionsanalyse mit der abhängigen Variablen „Krise“ (min/Woche) ...	87

DANKSAGUNG

Herrn Prof. Dr. Michael Zaudig danke ich für die Überlassung des Themas.

Herrn Dr. Götz Berberich danke ich für seine hervorragende und verantwortungsvolle Betreuung und Unterstützung bei der Durchführung der gesamten Arbeit. Ihre Geduld und Zuversicht bezüglich der Beendigung dieser Arbeit trug über so manches Motivationstief hinweg.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Dr. Jürgen Konermann sowie Herrn Dr. Klaus Schotten und Markus Spitzer für die statistischen Beratungen.

Danke auch an alle Mitarbeiter der Klinik Windach, insbesondere Frau A. Braun und Herrn W. Hauke, die tatkräftig bei der Umsetzung der Arbeit mithalfen.

Ebenso möchte ich mich bei allen Probanden und Probandinnen der Studie bedanken, die durch ihre Teilnahme diese Studie erst ermöglicht haben.

Des Weiteren möchte ich Cosima für die gemeinsame Zeit und die vielen Gespräche über und ohne Doktorarbeit danken.

Meinem mittlerweile verstorbenen Vater möchte ich danken, für die immer wieder mit Nachdruck ermutigenden Worte hinsichtlich der Beendigung des Projekts Doktorarbeit. Ein riesengroßes Dankeschön an meinen Mann, ohne dessen Unterstützung die letzten zähen 20% eine unüberwindbare Hürde geblieben wären.

Und ein Dankeschön an den Rest meiner Familie und Freunde, die stets für mich da sind und mir mit guten Gesprächen und Anregungen auch die letzten Jahre mit der Doktorarbeit stets zur Seite standen.

LEBENS LAUF

Eidesstattliche Versicherung

Roßmann, Nadine

Ich erkläre hiermit an Eides statt,

dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsstruktur - gemessen mit OPD-SFK - und der stationären-
psychosomatischen Therapiedauer und Therapiedosis anhand einer klinischen Stichprobe von
Patienten und Patientinnen mit Zwangsstörungen

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle
Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich
gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher
Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Graing, 22.03.2022

Ort, Datum

Nadine Roßmann

Unterschrift Doktorandin/Doktorand

