

Aus der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Hans-Christoph Friederich

**Untersuchung des Beeinträchtigungs-Schwere-Scores (BSS)
im Rahmen einer 5-Jahres-Katamnesestudie bei Patienten der
psychosomatischen Abteilung des LVR-Klinikums Düsseldorf**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Franziska Elisabeth Hofmeister

2017

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.

Dekan: Prof. Dr. Nikolaj Klöcker

Erstgutachter: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. Wolfgang Tress

Zweitgutachterin: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. PH Andrea Icks

Danksagung

Ich möchte mich bei Universitätsprofessor Dr. Dr. W. Tress, ehem. Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich Heine Universität Düsseldorf, für die freundliche Überlassung des Promotionsthemas bedanken.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Dr. Marc-André Wulf für die gute Betreuung und Unterstützung, ohne die diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Ebenso möchte ich mich bei Frau Dr. Eva Neumann und Frau Dr. Michalek bedanken, die bei der statistischen Erhebung und Auswertung dieser Arbeit stets mit Rat und Tat zur Seite standen.

Großer Dank gilt auch meinen Eltern, die mir dieses Studium ermöglicht haben und mir immer zur Seite standen.

Danke an Jannik, für alles.

Meinen Eltern gewidmet.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
1.1 Einführung.....	1
1.2 Psychodynamische Psychotherapie	2
1.3 Behandlungssetting	5
1.3.1 Verfahren in der Psychotherapie	5
1.3.2 Stationäre Behandlung	9
1.3.3 Teilstationäre Behandlung/Tagesklinik.....	11
1.3.4 Ambulante Behandlung	11
1.4 Indikation Psychotherapie	12
1.5 Epidemiologie und Versorgungsforschung.....	14
1.6 Psychotherapieforschung – Stand der Forschung	16
1.7 Psychotherapieforschung – Wie wird geforscht?	17
1.8 Selbst- vs. Fremdbeurteilungsverfahren	20
1.8.1 Selbstbeurteilungsverfahren.....	20
1.8.2 Fremdbeurteilungsverfahren	22
1.8.2.1 Beispiel für ein Fremdbeurteilungsverfahren: Der BSS.....	25
1.9 Ziel der Arbeit.....	27
2. Methodik	29
2.1. Studiendesign und Datenerhebung.....	29
2.2. Erhebungsinstrumente	34
2.2.1 Einschätzung aus Expertensicht: Der BSS	34
2.2.2 Einschätzung aus Patientensicht: Die PSE.....	38
3. Ergebnisse.....	40
3.1. Deskriptive Beschreibung der Patientenstichprobe.....	40

3.2	Untersuchungen der psychogenen Beeinträchtigung	45
3.2.1	Stabilität der Ergebnisse zwischen Aufnahme und Katamnese....	45
3.2.2	Vergleich der Responder und Non-Responder.....	51
3.2.3	Vergleich der Fälle und Nicht-Fälle.....	55
3.2.4	Vergleich der Gruppen ambulant und kombiniert	58
4.	Diskussion.....	60
4.1	Hypothesen.....	60
4.2	Ausgangslage	61
4.3	Psychosomatische Beeinträchtigung	67
4.4	Stärken und Schwächen der Studie.....	74
4.5	Zukunftsperspektiven – ein Ausblick.....	76
5.	Zusammenfassung	79
6.	Literaturverzeichnis.....	81
7.	Abbildungsverzeichnis.....	90
8.	Tabellenverzeichnis.....	92
9.	Anhang.....	93
9.1.	PAT Patientenfragebogen.....	93
9.2.	Interviewleitfaden.....	101
9.3.	Anschreiben Fragebogenpost.....	102
10.	Eidesstattliche Versicherung.....	103

1. Einleitung

1.1 Einführung

Die Wirksamkeit von Psychotherapie wurde vielfach belegt (u. a. Leichsenring & Rabung, 2011, Meyer et al. 1991, Grawe et al. 1994, Bergin u. Garfield 1994). Meist beziehen sich die Erfolgsstudien auf das Outcome direkt nach einer durchgeführten Therapie. Es existieren auch einige Katamnesestudien, die die Stabilität der positiven Ergebnisse von Psychotherapie untersuchen, jedoch zumeist mit einer geringen Katamnesedauer (Huber, Albrecht, Hautum, & Henrich, 2009). Die vorliegende Studie soll einen Beitrag dazu leisten den Langzeitkatamnesebereich näher zu betrachten und neue Ergebnisse zur Langzeit-Stabilität von Psychotherapie zu bringen. Unabhängig ihrer Diagnose bei Erstkontakt wurden Patienten eines Kollektivs aus dem Zeitraum der Jahre 2004-2006 angeschrieben, um die Aktualität ihrer Beschwerden zu erfassen und mit den Aufnahmewerten zu vergleichen.

Wie konstant sind Ergebnisse nach einer kombiniert stationär und ambulanten oder rein ambulanten Psychotherapie? Diese Frage wurde in der vorliegenden Studie hauptsächlich untersucht. So sollte insbesondere ein Vergleich der Katamnesewerte zwischen kombiniert (stationär und ambulant) behandelten und rein ambulant behandelten Patienten stattfinden. Eine entscheidende Fragestellung war hierbei, welcher Gruppe es zum Katamnesezeitpunkt hinsichtlich der psychogenen Beeinträchtigung besser geht, gemessen anhand des Beeinträchtigungs-Schwere-Scores (BSS). Untersucht wurden die Gruppen dabei auch hinsichtlich verschiedener Ausprägungs-Dimensionen ihrer psychogenen Beeinträchtigung.

Die hier untersuchte Stichprobe besteht zu einem sehr großen Teil aus weiblichen Patienten. Trotzdem wird, der leichteren Lesbarkeit wegen, bei allgemeinen Benennungen die männliche Form benutzt.

1.2 Psychodynamische Psychotherapie

Die Studie wurde in der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LVR Klinikums Düsseldorf durchgeführt, einer Einrichtung der Akutversorgung. An dieser Stelle soll eine kurze Einführung in das dort führende Behandlungskonzept folgen.

Die psychodynamische Psychotherapie, die - neben anderen Psychotherapieformen - in Deutschland vom Begriff her der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie zuzuordnen ist, basiert auf psychoanalytisch orientierten Modellvorstellungen. Daraus leiten sich Ansichten bezüglich Persönlichkeits- und Krankheitstheorie (Möller, Laux, & Kapfhammer, 2008) ab. Die psychodynamische Psychotherapie besitzt aber grundlegende Unterschiede hinsichtlich ihrer Methodik und Therapiedauer. Annemarie Dührssen hat 1972 ihr Konzept zur „Psychodynamischen Psychotherapie“ vorgestellt. Sie wird dadurch oftmals als Begründerin dieses Verfahrens betitelt, da sie den Begriff in dieser Form erstmalig benutzte. Es muss jedoch gesagt werden, dass der Begriff „Psychodynamische Psychotherapie“ heutzutage nicht mehr nur in der von Dührssen definierten Form benutzt wird.

Die „klassische“ Psychoanalyse wurde von Freud entwickelt und erstmals 1900 vorgestellt. Für Freud liegt der Ursprung aller seelischen Krankheiten Erwachsener in ungelösten Konflikten der Kindheit, die unbewusst das Denken, Erleben, Wahrnehmen und Handeln der Patienten noch im Erwachsenenalter beeinflussen. Damals nicht entwickelte Strategien zum Lösen dieser Konflikte bilden heute die Grundlage schlecht angepasster Umgangsweisen mit neu auftretenden, ähnlichen Konflikten im Alltag der Patienten. Denn um eine Möglichkeit zu finden, dennoch mit der Situation umzugehen, entwickelt der Patient (z.B. neurotische) Symptome als eine Art Kompromissbildung. Anders ausgedrückt sind es also nicht die komplett fehlenden, sondern die nicht korrekt entwickelten Strategien, die den Patienten später Probleme bereiten. Ziel der Therapie ist es demnach, diese unbewussten frühen Konflikte bewusst zu machen und soweit zu lösen, sodass dem Patienten nachfolgend geeignete Lösungsstrategien im Umgang mit ähnlichen Situationen zur Verfügung stehen. Grundlage bilden für Freud dabei in einem frühen Modell die drei Instanzen ‚Es‘,

‚Ich‘ und ‚Über-Ich‘; sein Ausspruch „Wo Es ist, soll Ich werden“ (Freud, 1933) spiegelt das oben genannte Ziel der Psychoanalyse wider: Das ‚Es‘ ist triebgesteuert, stellt die Wünsche des Patienten dar und ist vor allem unbewusst. Das ‚Ich‘ ist der Vermittler zwischen ‚Es‘ und ‚Über-Ich‘, es stellt auch das bewusste Selbst des Patienten dar. Das ‚Über-Ich‘ repräsentiert die Gesetze, Regeln und Normen der Gesellschaft und Eltern.

Unbewusste Konflikte und Triebe sollen dem Patienten also bewusst werden, damit sie in der Persönlichkeit integriert und angenommen werden können. Dieser Vorgang soll unter anderem durch die Analyse erreicht werden. Auch die Psychodynamische Psychotherapie hat dieses Krankheitskonzept als Grundlage. Rürger und Reimer formulieren dies sogar als „wesentliche Zielsetzung der dynamischen Psychotherapie: Bis dahin nicht voll bewusste, komplexe sowie in sich widersprüchliche Gefühle und Gefühlsabläufe sollen für den Patienten bewusst werden“ (Rürger & Reimer, 2006). An dieser Stelle wird auch ersichtlich, warum die psychodynamische Psychotherapie in Deutschland unter dem Oberbegriff ‚tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie‘ in den Weiterbildungsrichtlinien der Psychotherapie zu finden ist, denn „die Psychologie des Unbewussten, die auf der Psychoanalyse beruht, wird als Tiefenpsychologie bezeichnet“ (Möller et al., 2008).

Neben diesen wichtigen Gemeinsamkeiten weist die dynamische Psychotherapie jedoch auch einige Unterschiede zum Konzept der Psychoanalyse auf. Dies äußert sich vor allem in der Behandlungstechnik:

Die *Behandlungsfrequenz* ist bei der dynamischen Psychotherapie deutlich niedriger als bei der Psychoanalyse. Sie umfasst insgesamt ca. 50-80 Sitzungen (Möller et al., 2008), dabei wird die Anzahl der Sitzungen aber über einen größeren Zeitraum gestreckt. Auch finden die Sitzungen nicht immer am gleichen Tag und zur gleichen Zeit statt. Der Termin wird also flexibel gestaltet, ein wichtiges Merkmal der dynamischen Psychotherapie (Möller et al., 2008). Dies kommt zum Beispiel Patienten zugute, die beruflich bedingt keinen festen Termin einhalten können, generell geht die Therapieform viel mehr auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten ein (Rürger & Reimer, 2006) (siehe auch

Kapitel 1.4). So kann in Krisensituationen die Frequenz zeitweise gesteigert werden.

Des Weiteren werden die Gespräche „teils assoziativ gestaltet, teils durch stimulierende und klärende Fragen strukturiert“ (Möller et al., 2008). Dies ist ebenfalls eine wichtige Unterscheidung zur Psychoanalyse. Zwar ist bei der Psychoanalyse die *freie Assoziation* auch ein elementarer Bestandteil der Technik, jedoch sind stimulierende und klärende Fragen gar nicht Teil der Therapie. Im Gegenteil „vermeidet er [der Therapeut] Ratschläge oder Handlungen“ (Möller et al., 2008). Dies wird in der Psychoanalyse als Abstinenz bezeichnet und soll dem Patienten helfen, sich seiner Wünsche und Bedürfnisse besser bewusst zu werden (Möller et al., 2008). Im Gegensatz dazu sind laut Dührssen nicht-analytische Interventionen, wie zum Beispiel Trost und Aufmunterung, verstehende Zustimmung sowie Vorschläge und Ratschläge ein wichtiger Bestandteil der dynamischen Psychotherapie (Rüger & Reimer, 2006). Durch diese Vorgehensweise soll bei der dynamischen Psychotherapie mehr als bei der Psychoanalyse der aktuelle Konflikt im Vordergrund stehen, weniger der in der Vergangenheit liegende Konflikt. Zwar sollen die damaligen Gefühle auch aufgearbeitet werden, jedoch am Beispiel der aktuellen Problematik des Patienten.

Des Weiteren wird in der dynamischen Psychotherapie auch das Prinzip der *Übertragung* genutzt. Die Therapie bewirkt, dass bei dem Patienten Gefühle und Erlebnisse aus der Vergangenheit wieder aktuell werden, damalige Gefühlsregungen werden dann auf aktuelle Beziehungen übertragen. Eine wichtige Bezugsperson stellt für die Patienten der Therapeut dar, was dazu führt, dass auch auf den Therapeuten die alten, aber neu erlebten Gefühle übertragen werden. Es ist Aufgabe des Therapeuten diese Übertragungen als solche zu erkennen und sie in der Therapie zu nutzen (Möller et al., 2008). Anders als in der Psychoanalyse liegt bei der dynamischen Psychotherapie der Schwerpunkt bei der Übertragung auf dem Beziehungs-Aspekt (Leichsenring & Rabung, 2011). In beiden Fällen stellt die Übertragung eine wichtige Technik der Therapie dar und ist dadurch von der Gesprächs-Verhaltstherapie abzugrenzen (Leichsenring & Rabung, 2011).

Diese Punkte werden jedoch nicht strikt vorgeschrieben und je nach Therapeut in ihrer Handhabung verschieden ausgelegt. Inwieweit sich ein Therapeut beispielsweise an die Abstinenz hält oder sich doch eher an Fragen und Ratschlägen orientiert, dafür gibt es keine genauen Vorgaben. Es kann aber gesagt werden, dass der Dialog zwischen Therapeut und Patient bei der dynamischen Psychotherapie eine entscheidende Rolle spielt. Diese flexible Auslegung zeichnet unter anderem die dynamische Psychotherapie wesentlich aus.

1.3 Behandlungssetting

In Anlehnung an die Definition von von Wietersheim (von Wietersheim et al., 2008) wird in der vorliegenden Arbeit der Begriff „Setting“ als der Rahmen bezeichnet, in dem die Therapie stattfand, also stationär, teilstationär oder ambulant.

Die bewusste Wahl eines besonders geeigneten Therapiesettings gehört damit zu den wichtigsten Mitteln, über die ein Therapeut verfügen kann, um seinem Patienten eine möglichst wirksame Hilfe anzubieten.

(Grawe et al. 1994, S. 705)

Dieses Zitat zeigt einmal mehr die Bedeutung der Entscheidung für oder gegen ein bestimmtes Therapiesetting. Im Folgenden soll ein Überblick über die verschiedenen Verfahren gegeben werden und den jeweiligen Rahmen in denen die Verfahren verwendet werden. Im nächsten Kapitel wird dann näher auf die Indikation für die verschiedenen Settings eingegangen.

1.3.1 Verfahren in der Psychotherapie

Viele Behandlungsformen werden in allen drei Settings angewandt. Darum soll an dieser Stelle - vor Erläuterung der jeweiligen Besonderheiten eines Settings - eine kurze Einführung in die verwendeten Verfahren gegeben werden.

1.3.1.1 Musiktherapie

Nach Kächele et al. leistet Musiktherapie „in vielen psychosomatischen Einrichtungen einen wichtigen Beitrag zu einer guten ganzheitlichen

Versorgung der Patienten“ (Kächele, Oerter, Scheytt-Hölzer, & Schmidt, 2003). Auch die Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie ist der Ansicht, dass „der gezielte Einsatz von Musik im Rahmen der therapeutischen Beziehungen zur Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung seelischer, körperlicher und geistiger Gesundheit“ ist (Schmidt & Kächele, 2009). Dabei zeichnet sich die Therapie durch Musik vor allem durch folgende Elemente aus: „Improvisation, Gestaltung von Liedern, Übungen zur Körperwahrnehmung und Bewegung, Rollenspiele, imaginatives Klangerleben und Hantieren mit Instrumenten“ (Schmidt & Kächele, 2009). Dadurch sollen besonders diejenigen Patienten zur Kommunikation mit dem Therapeuten ermuntert werden, denen es sonst schwer fällt, ihre Emotionen und Gedanken zu verbalisieren. Kächele ist darüber hinaus der Ansicht, dass bei psychosomatischen Patienten dadurch die sozial kommunikativen Fähigkeiten gefördert werden (Schmidt & Kächele, 2009).

1.3.1.2 Kunsttherapie

Auch die Kunsttherapie hat den Anspruch den Patienten in seinem Heilungsprozess zu unterstützen. Schon Jung benutzte die Technik im Kontext seiner „aktiven Imagination“, um „unbewusste Inhalte bewusstseinsfähig machen zu können“ (Dannecker, 1991). Wie auch bei der Musiktherapie soll dem Patienten eine andere Möglichkeit als die verbale Kommunikation gegeben werden, um Emotionen zu verarbeiten. So werden „inneres Erleben und äußere Bedingungen auf künstlerisch- symbolische Weise miteinander verknüpft“ (Dannecker, 1991). Entscheidend ist hierbei aber, dass ein Therapeut zur Seite steht, der gleichzeitig Künstler und Therapeut ist; der versteht, welche (psychodynamischen) Prozesse bei dem Patienten in Gang gesetzt werden und der diese erkennt, unterstützt und für nachfolgende Gespräche mit dem Patienten zu nutzen weiss (Dannecker, 1991).

1.3.1.3 Einzeltherapie

Einzeltherapie im tiefenpsychologisch orientierten Rahmen findet in der Regel im Gegenübersitzen statt. Die Grundlagen für Psychotherapie im einzeltherapeutischen Setting werden im Kapitel 1.2 „Psychodynamische

Psychotherapie“ näher beschrieben. Entscheidend für die Zuweisung einer Einzeltherapie ist, dass der Patient in der Lage zur Introspektion ist. Zudem eignet sich Einzeltherapie eher als Gruppentherapie, wenn in den diagnostischen Anfangssitzungen die Entstehung des Konflikts noch nicht deutlich zutage getreten ist. Dann kommt in der Therapie vor allem die Klarifikation zu tragen, die dazu dient „aktuelle Konfliktsituationen herauszuarbeiten“ (Heigl-Evers et al., 1997, S. 161).

1.3.1.4 Gruppentherapie

Diese Behandlungsform kann für all diejenigen von Vorteil sein, deren introspektive Fähigkeiten für eine Einzeltherapie nicht ausreichen würden (Heigl-Evers et al., 1997). Beim Gruppensetting geht es insbesondere um aktuell wirksame Konflikte, so ist auch eine Voraussetzung, dass die Entstehung des Konflikts bereits in der diagnostischen Phase erkennbar geworden ist (Heigl-Evers et al., 1997). Gruppentherapie eignet sich nicht für alle Patienten und alle Störungsformen gleichermaßen gut. Bei somatoformen Störungen beispielsweise scheint Gruppentherapie im Vergleich zu Einzeltherapie eher nicht indiziert. Heigl-Evers gehen davon aus, dass Gruppentherapie für chronifizierte Neurosen eher nicht indiziert ist. Diese Meinung teilen jedoch nicht alle Autoren, für Volker Tschuschke etwa stellen Gruppenpsychotherapiebehandlungen „ein geeignetes Setting für ein breites Spektrum an Problemen des psychotherapeutisch-psychosomatischen, psychiatrischen, rehabilitativen und somatischen Krankheitsspektrums bereit, für einige Problemfelder sogar das einzig wirksame“ (Tschuschke, 2004).

Besonders sinnvoll ist Gruppentherapie für solche Patienten, „deren innere Konflikte sich in interpersonellen Konflikten äußern“ (Heigl-Evers et al. 1997, S.435), denn ein entscheidendes Merkmal für die Gruppentherapie ist die Situation der Pluralität. Durch die Interaktion mit den Mitpatienten können eigene Verhaltensweisen deutlicher erlebt werden, auch können die positiven Verhaltensweisen der anderen durch „Modell-Lernen“ als Vorbild dienen (Heigl-Evers et al., 1997). Der Therapeut funktioniert bei Gruppentherapie als „teilnehmender Beobachter“ ,damit ist die soziodynamische Position des Therapeuten die einer „Beta-Rolle“: Als „therapeutischer Fachmann und

distanzierter Beobachter“ (Heigl-Evers et al. 1997, S. 432). Er kann aber - wie auch bei der Einzeltherapie - leitende Fragen stellen, um den Gruppenprozess in Gang zu halten und teilweise auch ein wenig zu lenken. Regression und Übertragung werden in der Gruppentherapie eher gering gehalten. Entscheidend bei der Gruppentherapie ist unter anderem die psychosoziale Kompromissbildung. Sie dient den einzelnen Mitgliedern der Gruppe als „Schutz vor Zugehörigkeitsverlust“ und stärkt die Gruppenkohäsion (Heigl-Evers et al. 1997, S. 430).

Kontraindiziert ist Gruppentherapie bei solchen Patienten, die in Gruppen dazu neigen, sich vollständig in sich zurückzuziehen und zu verschließen, sei es aus Schamgefühl oder anderen Gründen. Die Situation der Pluralität ist in diesem Fall einschränkend im Therapieprozess und deshalb nicht förderlich.

Bei der Gruppentherapie ist das Setting, in dem sie stattfindet, von Bedeutung. Denn wenn die Gruppentherapie ambulant stattfindet, dann ist es nicht sinnvoll, zu viele stark strukturell gestörte Patienten aufzunehmen. Besteht die Gruppe aus mehreren stärker gestörten Persönlichkeiten, so ist ein teilstationärer oder stationärer Rahmen indiziert. Der Therapeut ist andernfalls so sehr mit Kriseninterventionen beschäftigt, dass er mit der Gruppe nicht an längerfristig gesetzten Zielen zu arbeiten vermag (Heigl-Evers et al., 1997). Gleichwohl zeigt dies, dass die Stärke einer Störung keine Aussage darüber zulässt, ob eine Gruppentherapie für den Patienten sinnvoll ist oder nicht.

1.3.1.5 Teamsitzungen

Merkmal für die Struktur des therapeutischen Teams sind regelmäßige Sitzungen, die von einem erfahrenen Psychotherapeuten geleitet werden sollten (Janssen, 2004). In diesen Sitzungen kann sich das Team über Patienten austauschen, damit jeder Therapeut ausreichend über die Patienten informiert ist. Eine Leitung dieser Sitzungen ist erforderlich, um gegebenenfalls negative Gruppenprozesse zu unterbinden und um den Therapeuten zu helfen, aus ihren Berichten die wichtigen Informationen über die Beziehung zum Patienten herauszuarbeiten. Es sollen die Eindrücke der verschiedenen Therapeuten zusammengetragen werden, damit ein ganzheitliches Bild des

Patienten entsteht und Behandlung und Intervention aufeinander abgestimmt werden können. Besonders wenn ein Patient zu Spaltungsprozessen neigt und verschiedene Emotionen und Eindrücke bei verschiedenen Therapeuten hinterlässt, ist die Abstimmung der Behandlung ein unumgänglicher Schritt für den Therapieerfolg. Nicht zu verwechseln sind diese regelmäßigen Teamsitzungen mit einer externen Supervision, die zusätzlich erfolgt. Sie ist „die erwünschte Erweiterung der Reflexion des wahrzunehmenden Teams über Rahmenbedingungen, Regeln und therapeutische wie teamdynamische Prozesse“ (Janssen, 2004).

1.3.2 Stationäre Behandlung

Beim stationären Setting ist der Patient für die gesamte Zeit seiner Behandlung in der entsprechenden Einrichtung untergebracht. Die stationäre Behandlung entspricht einem intensiven, multimodalen Therapiesetting. Regelmäßige ärztlich-therapeutische Visiten gehören hier routinemäßig zur Behandlung. Häufig findet eine Kombination verschiedener Therapieformen statt, zum Beispiel von mehrmals wöchentlich tiefenpsychologisch fundierter oder verhaltenstherapeutischer Einzeltherapie und regelmäßiger Gruppenpsychotherapie. Weiterhin besteht das Angebot häufig aus einer sozialtherapeutischen Gruppe, individuellen verhaltenstherapeutischen Übungen, Kunsttherapie im gruppalen Setting, Musiktherapie im gruppalen Setting, integrativer Körpertherapie im gruppalen Setting und Sport/Gymnastik. Weiterhin werden physiotherapeutische Maßnahmen und Entspannungsverfahren angeboten. Pflegerische Betreuung ist ein weiteres Merkmal der stationären Behandlung.

Zudem sind für die Patienten nicht nur die einzelnen Therapieangebote für die Besserung des psychischen Zustandes von Bedeutung, auch die Kontakte zu den Mitpatienten spielen eine große Rolle. So „kommunizieren die Patienten untereinander in der speziellen sozialen Situation auf einer Station“ (Janssen, 2004). Auch diese Gespräche haben eine therapeutische Funktion, sie haben „ebenfalls sowohl bewusste wie unbewusste Aspekte“ (Janssen, 2004). Integration der durch solche Gespräche entstandenen Emotionen und Empfindungen in die Therapie ist Aufgabe des Therapeuten. Der entscheidende

Unterschied zwischen stationärer und ambulanter Therapie ist die Zusammenarbeit von mehreren unterschiedlichen Berufsgruppen.

Das Team ist bestimmten Rahmenbedingungen unterworfen, diese sind teilweise starr und teilweise flexibel. So ist nach Janssen an den Rahmenbedingungen 1. Ordnung nicht viel zu ändern: Sie betreffen institutionelle Bedingungen wie Klinikgröße, Bettenzahl oder Personalausstattung. In seinen (therapeutischen) Möglichkeiten muss sich das Team an diesen Rahmenbedingungen 1. Ordnung orientieren (Janssen, 2004).

Die Rahmenbedingungen 2. Ordnung betreffen die Multipersonalität der Station. Der einzelne Patient steht in Kontakt mit verschiedenen Berufsgruppen und seinen Mitpatienten. Dies ist von therapeutischer Bedeutung. Janssen formuliert für die stationäre Therapie, dass „jede Beziehung im Krankenhaus daher nicht isoliert betrachtet werden soll, sondern in einem multipersonalen Gruppenkontext“ (Janssen, 2004). Diese Einsicht ist auch für den behandelnden Therapeuten von Entscheidung: Nicht alleine die Beziehung zwischen ihm und Patient darf die Behandlung bestimmen, ebenso müssen Erfahrungen vom Pflegepersonal mit dem Patienten oder Erlebnisse mit Mitpatienten berücksichtigt werden. Für Janssen muss sich der Therapeut letztendlich „bewusst sein, dass er, ohne Einbeziehung des multipersonalen Beziehungsfeldes in seine therapeutischen Überlegungen, kaum in der Lage sein wird, die unbewussten Prozesse seiner Patienten zu erfassen“ (Janssen, 2004).

Rahmenbedingungen 3. Ordnung betreffen die methodische Grundorientierung. In Düsseldorf ist das oben beschriebene Konzept der psychodynamischen Psychotherapie vorherrschend. Auch hier findet das von Janssen als „integratives Modell“ bezeichnete Verfahren Anwendung (Janssen, 2004).

Die Aufenthaltsdauer in einer stationären Einrichtung kann Wochen oder Monate betragen, im Durchschnitt sind es 6-12 Wochen (Fritzsche & Wirsching, 2006).

Ziel einer (psychodynamischen) stationären Behandlung ist immer, dass diese irgendwann in eine ambulante Behandlung übergehen kann (Möller et al., 2008).

Das oben genannte Therapieangebot gilt so für das LVR-Klinikum Düsseldorf, ein Akutkrankenhaus. Der stationäre Sektor gliedert sich in drei Bereiche, wovon die psychosomatisch/psychotherapeutische Akutversorgung nur einer ist. Von der Akutversorgung kann man die psychiatrisch/psychotherapeutische Krankenhausversorgung und die Rehabilitationsbehandlung abgrenzen.

1.3.3 Teilstationäre Behandlung/Tagesklinik

Das teilstationäre Behandlungssetting ist dem stationären Setting sehr ähnlich. Dennoch hat diese Therapieform den Anspruch als eigenständiges Verfahren, neben dem stationären und ambulanten Setting, anerkannt zu sein (Agarwalla & Küchenhoff, 2004). Räumlich sind die Tageskliniken meist vollstationären Einrichtungen zugeordnet, es lassen sich zwar auch eigenständige Kliniken finden, diese sind jedoch in der deutlichen Unterzahl (Schulz, Barghaan, Harfst, & Koch, 2008). Die teilstationäre Behandlung ist ebenfalls eine multimodale Therapie mit den gleichen Angeboten, die im Abschnitt 1.3.2 genannt werden. Die Behandlung unterscheidet sich aber insofern, als dass die Patienten für die Nacht die Klinik verlassen und auch am Wochenende zuhause sind. So können die Patienten den Kontakt zu nahen Bezugspersonen aufrecht erhalten und Gelerntes direkt umsetzen. Ebenso können neu entstehende Konfliktsituationen in der Therapie direkt nach-/aufgearbeitet werden (Schulz et al., 2008). Ein entscheidender Vorteil der teilstationären Behandlung ist der, dass durch die Erfordernisse des Alltags die Regression begrenzt wird.

Auch durchschnittliche Therapiedauer und -umfang entsprechen denen bei stationärer Behandlung, sind jedoch auch von Tagesklinik zu Tagesklinik unterschiedlich.

1.3.4 Ambulante Behandlung

Die ambulante Behandlung ist Standard in der Psychotherapie und ist Methode erster Wahl aufgrund begrenzter Kosten. Sofern möglich, wird immer zuerst

eine ambulante Therapie angestrebt und nur in bestimmten Fällen - siehe Indikationen für eine stationäre Therapie im folgenden Kapitel - wird ein Patient direkt stationär aufgenommen.

Die Zahl der Sitzungen unterscheidet sich je nach Ausrichtung der Therapie. Neben fünf probatorischen Sitzungen sind durch die gesetzliche Krankenkasse für Verhaltenstherapie (VT) und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) in der Kurzzeittherapie 25 Sitzungen vorgesehen. Mit Antrag auf Verlängerung kann die Zahl bei VT auf 40-45, dann 60 und maximal auf 80 ausgeweitet werden. Bei TP ist eine Verlängerung auf 50, dann 80 und maximal 100 Sitzungen möglich. Bei der Analyse beträgt die genehmigte Sitzungszahl 80, eine Verlängerung auf bis zu 300 Sitzungen ist möglich.

Die Therapie ist möglich im gruppalen oder einzeltherapeutischen Setting, dabei dominiert die Einzeltherapie (Fritzsche & Wirsching, 2006).

1.4 Indikation Psychotherapie

Welchem Patienten wird eine stationäre Therapie empfohlen, wem eine teilstationäre oder ambulante? Dies zu klären ist Ziel der „differentiellen Indikation“ (Fiedler, 2011).

Es geht darum, „welches konkrete Behandlungssetting bei den jeweils gegebenen Problemstellungen eines Patienten die besten Behandlungseffekte versprechen könnte“ (Fiedler, 2011). Diese Frage lässt sich nur für jeden Patienten in seiner jeweiligen Lebenssituation individuell beantworten. Dennoch gibt es einige Kriterien, die eher für die Zuordnung zum einen oder zum anderen Setting sprechen.

Ein Kriterium kann die Schwere der Krankheit sein. Psychisch sehr schwer erkrankte oder sogar suizidgefährdete Patienten können nicht einer teilstationären oder gar ambulanten Behandlung zugewiesen werden. Die stetige Möglichkeit zur Krisenintervention steht hier im Vordergrund. Ist die Gefahr eines krisenhaften Verlaufs zu schwerwiegend, besteht strenge Indikation für ein stationäres Setting. Ein entscheidender Faktor ist dabei häufig auch die Komplexität der psychischen Komorbidität. So kann es zum Beispiel

sein, dass ein Patient psychisch so beeinträchtigt ist, dass ihm der Anfahrtsweg zur Klinik nicht zuzumuten ist, er ihn vielleicht gar nicht bewältigen könnte (Zeeck et al., 2009). Zum anderen kann auch die familiäre Situation des Patienten die Behandlung in einem bestimmten Setting unmöglich machen. Besonders problematische, konfliktbehaftete und für den Patienten belastende Familiensituationen können Grund sein, den Patienten aus dieser für ihn stressigen Situation herauszunehmen und ein stationäres Setting zu befürworten (Studt, 2003). Manche Patienten brauchen den geschützten Raum, den eine stationäre Therapie bietet und auch das Wissen, dass Tag und Nacht Ansprechpartner vorhanden sind (Zeeck, Scheidt, Hartmann, & Wirsching, 2003). Im Gegensatz dazu kann die familiäre Situation auch gegen eine stationäre Behandlung sprechen, etwa wenn Zuhause Angehörige gepflegt werden müssen oder Alleinerziehende sich um ihre Kinder kümmern müssen. Hier ist ein teilstationäres oder ambulantes Setting eher indiziert. Zudem ist es oft auch hilfreich für die Patienten in der Therapie Gelerntes direkt anzuwenden und den neu erlernten Umgang mit z.B. Konflikten in Alltagssituationen zu erproben (Zeeck et al., 2009). Es hat sich weiter gezeigt, dass die Umstellung von einer teilstationären Therapie in den Alltag daher auch am Ende der Therapie nicht so schwer fällt und den oft problematischen Übergang von der Station ins Alltagsleben erleichtert (Zeeck et al., 2003). Auch ein zu langer Anfahrtsweg oder Obdachlosigkeit können weitere Gründe sein, die für eine stationäre Aufnahme sprechen.

Ebenso kann für einen Patienten aus einer ambulanten Therapie heraus eine stationäre oder teilstationäre Aufnahme notwendig werden. Kann der Patient die Bewältigung des Alltags nicht mehr leisten, so ist die Stabilisation der psychischen Gesundheit des Patienten durch eine alleinige, ambulante Therapie oft nicht mehr gewährleistet. Eine Verhütung der Verschlimmerung der Symptomatik steht hier dann an erster Stelle. Die (zeitweise) Unterbringung in einer (teil-)stationären Einrichtung bietet hierfür mehr Möglichkeiten. Verhaltensbeobachtung, ständige ärztliche Versorgung und weitergehende diagnostische Möglichkeiten können eine intensivere Versorgung des instabilen Patienten besser gewährleisten.

Letztendlich ist aber auch die Präferenz des Patienten wegweisend für die Wahl eines bestimmten Therapiesettings. Nur wenn die Wünsche des Patienten beachtet werden, ist gewährleistet, dass er auch die nötige Motivation mitbringt, die ebenfalls ausschlaggebend für den Erfolg einer Therapie ist.

Ungeachtet der verschiedenen Indikationen für ein bestimmtes Setting hat sich gezeigt, dass stationäres und teilstationäres Setting hinsichtlich der initialen Beeinträchtigungsschwere und im Outcome vergleichbare Ergebnisse erzielen (Zeeck et al., 2009, 2003). Aus diesem Grund werden diese beiden Therapieformen in der vorliegenden Studie zusammengefasst und mit dem ambulanten Setting verglichen (siehe Kapitel 2 „Methodik“).

1.5 Epidemiologie und Versorgungsforschung

Psychische Störungen sind heutzutage in der Bundesrepublik Deutschland ein weit verbreitetes Krankheitsbild. Ergebnisse einer Studie von Schulz weisen darauf hin, dass fast ein Drittel aller Erwachsenen im Laufe eines Jahres ein oder mehrere Diagnosekriterien für psychische Störungen entwickeln (Schulz et al., 2006). Wird das Ergebnis für Männer und Frauen getrennt betrachtet, so lässt sich feststellen, dass Frauen mit 37% ein höheres Risiko haben, innerhalb eines Jahres eine psychische Störung zu entwickeln als Männer mit 25% (Schulz et al., 2008). Zudem stehen psychische Störungen an zweiter Stelle der Ursachen für krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeitstage (Albani, Blaser, Geyer, Schmutzer, & Brähler, 2011). Die Zahlen haben in den letzten Jahren sogar stetig zugenommen, ausgehend von 2006 konnten Schulz et al. eine Zunahme der Fälle von Arbeitsunfähigkeit durch psychische Erkrankungen von 73% dokumentieren (Schulz et al., 2006). Infolgedessen muss auch von einem gesteigerten Bedarf an Behandlungen psychischer Störungen ausgegangen werden. Dazu lässt sich als alternatives Erklärungsmodell anmerken, dass die gesteigerte Inanspruchnahme möglicherweise ein Hinweis auf die größer werdende Akzeptanz von Psychotherapie in der Bevölkerung ist (Hannöver, Dogs, & Kordy, 2000).

Deutschland besitzt aktuell ein dicht ausgebautes Netzwerk aus stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsmöglichkeiten (Schulz et al. 2006).

Während es 2004 nur 122 Fachabteilungen für Psychotherapeutische Medizin mit insgesamt 4.412 Betten gab, deren Nutzungsgrad 90,5% betrug (Schulz et al. 2008), so sind für 2010 in Deutschland vom Statistischen Bundesamt 179 Fachabteilungen für Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik verzeichnet worden. Sie kamen zusammen auf eine Bettenzahl von 7.300. Zu 92,6% wurden diese Betten genutzt. Die deutliche Zunahme der Abteilungen mit entsprechender Zunahme der Bettenzahl ist unverkennbar. Vollstationär konnte eine Fallzahl von 58.188 ermittelt werden. 2004 lag diese Fallzahl noch bei 35.310. Insgesamt verweilten die Patienten 2010 durchschnittlich 40,2 Tage im Krankenhaus.

71 Krankenhäuser boten im Jahre 2010 auch teilstationäre Behandlung an, diese nahmen 10.915 Personen in Anspruch. Wichtig ist es an dieser Stelle zu betonen, dass hierbei nicht die eigenständigen Tageskliniken miteingerechnet sind, aber gerade in diesem Bereich findet momentan immer noch ein weiterer Ausbau statt (Schulz et al., 2006; Zeeck et al., 2009; von Wietersheim et al., 2008).

Von Wietersheim, Zeeck, & Küchenhoff (2005) konnten in einer Studie 324 Tagesklinikplätze für den Bereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie verzeichnen.

Trotzdem gibt es auch einige Untersuchungen, die zeigen, dass das Angebot den steigenden Bedarf von Psychotherapie nicht decken kann. Albani et al. (2011) sind der Ansicht, dass „ein großer Teil“ der Patienten, die eine Therapie benötigen, „nicht den Weg in eine psychotherapeutische Behandlung finden“. Eine Untersuchung Privatversicherter mit der Diagnose einer mentalen Störung hat als Ergebnis präsentiert, dass ca. zwei Drittel der Untersuchten nicht mit Psychotherapie behandelt wurden (Harpaz-Rotem, Libby, & Rosenheck, 2012). Da die Studie in den USA durchgeführt wurde, ist die Studie in ihrer Aussagekraft für die deutsche Psychotherapieforschung jedoch eingeschränkt. Zahlen aus dem Jahre 1998 zur psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland (Schulz et al., 2006) lassen aber vermuten, dass die Situation in Deutschland ähnlich aussieht. Hier konnte festgestellt werden, dass nur 36%

aller Personen mit psychischen Beschwerden eine psychotherapeutische Behandlung begannen.

Das Robert-Koch-Institut präsentierte 2008 neue Ergebnisse, denen zufolge Erwachsene durchschnittlich 4,6 Monate auf einen ambulanten Psychotherapieplatz warten müssen (Schulz et al., 2008). Dabei ist „nach einem Urteil des Bundessozialgerichts Psychotherapie häufig eine schnell erforderliche Behandlungsleistung. Im Einzelfall sind Wartefristen bis zu drei Monaten bei Erwachsenen [...] hinzunehmen, wenn dadurch keine akuten Beeinträchtigungen der Patienten zu erwarten sind.“ (Schulz et al., 2008). Dass diese 3 Monate aber kein ‚Einzelfall‘, sondern die Regel sind, haben verschiedene Untersuchungen -wie oben exemplarisch genannt- gezeigt.

1.6 Psychotherapieforschung – Stand der Forschung

Damals gab der Beginn des Ausbaus des psychotherapeutischen Versorgungssystems erneut Anlass zur Debatte um die Wirksamkeit von Psychotherapie. Den Anstoß für diese Debatte gab Eysenck 1952 mit seinem Artikel über die Wirksamkeit von Psychotherapie (Eysenck, 1992). Während Eysenck dem Behandlungserfolg von Psychotherapie noch kritisch gegenüberstand, veröffentlichten Meltzoff und Kornreich (1970) den ersten Artikel, der über positive Wirksamkeit von Psychotherapie berichtete.

Diese Diskussion ist mittlerweile überholt, es gibt genug Studien, die starke Hinweise für die Wirksamkeit von Psychotherapie zeigen (Leichsenring & Rabung, 2011, Meyer et al. 1991, Grawe et al. 1994, Bergin u. Garfield 1994). Das bezieht sich sowohl auf stationäre Psychotherapie (Tritt et al., 2003), als auch auf ambulante (Tritt et al., 2003) und teilstationäre Psychotherapie (Agarwalla & Küchenhoff, 2004).

Exemplarisch sollen an dieser Stelle einige Effektstärken genannt werden: Schnell & Herpertz konnten 2011 eine mittlere Effektstärke von Psychotherapie von 0.88 feststellen. Tritt et al. berichteten 2003 vom stationären Bereich eine Gesamt-Effektstärke von 0.83, gemessen mit dem GSI des SCL-90-R. Mit dem gleichen Messinstrument stellten Huber, Albrecht, Hautum, & Henrich 2009

eine Effektstärke von 0.81 zwischen Aufnahme (Prä) und Entlassung (Post) und von 0.82 zwischen Aufnahme (Prä) und Katamnese (Kat) fest. Der Katamnesezeitraum betrug hier zwischen drei und fünf Jahren. In der gleichen Studie konnte die Arbeitsgruppe für den BSS sogar eine Prä/Post-Effektstärke von 1.50 verzeichnen. Ebenfalls für den BSS stellten Alenhöfer, Schulz, Schwab, & Eckert 2007 eine Prä/Post-Effektstärke von 1.75 fest. Diese exemplarisch genannten Effektstärken sind alle als starke Effekte zu werten und zeigen, dass es viele deutliche Hinweise für die Wirksamkeit von Psychotherapie gibt.

Auch der Kosten-Nutzen-Effekt wurde vielfach untersucht und brachte durchweg positive Ergebnisse (Gallas, Kächele, Kraft, Kordy, & Puschner, 2008; Hannover et al., 2000; Margraf, 2009). So ist eine Therapie zwar teuer, aber es sind nachfolgend sinkende Krankenhausaufenthalte zu verzeichnen, auch die Anzahl der im Krankenhaus verbrachten Tage nimmt ab. Rechnerisch gesehen ist eine Therapie somit „billiger“ und der Kosten-Nutzen-Effekt durchaus positiv.

Trotzdem wird die Forschung zum Thema Psychotherapie immer mehr differenziert. Schon 2005 gab Söllner an, dass es nun - da die generelle Wirksamkeit von Psychotherapie belegt ist -, darum geht, die Stabilität der Ergebnisse in den Vordergrund der Forschung zu stellen. Aktuell geht es vor allem um die Frage, welche Art von Psychotherapie am besten wirksam ist und insbesondere, welche Therapie für welche Störung die besten Ergebnisse erzielt (siehe Kapitel 1.6.).

1.7 Psychotherapieforschung – Wie wird geforscht?

Erste Tendenzen in Richtung Evidence Based Medicine (EBM) lassen sich bereits im frühen 20. Jahrhundert entdecken, seitdem hat sich dieser Trend weiterentwickelt. Direkt nach dem 2. Weltkrieg wurden erste randomisiert-kontrollierte Studien durchgeführt (Tschuschke et al., 2009). Ein wichtiger Schritt für die EBM fand in den USA statt, als das National Institute of Mental Health (NIMH) analog zur Pharmaforschung randomisiert-kontrollierte Studien als Standard festlegte. Auch die American Psychological Association (APA)

„forderte das Recht von Patienten ein, die einen Anspruch auf empirisch validierte Behandlungen hätten“ (Tschuschke et al., 2009). Spätestens ab diesem Zeitpunkt wurden randomisierte-kontrollierte Studien auch in der Psychotherapieforschung als Goldstandard angesehen. Diese sogenannten „efficacy studies“ haben den Anspruch als Level-1-Standard nach Kriterien der EBM die Psychotherapie-Wirksamkeit isoliert und ohne Einfluss anderer manipulierender Faktoren zu messen. Die Durchführung von randomisiert-kontrollierten Studien in der Psychotherapieforschung ist jedoch umstritten und gerade in den letzten Jahren wird die Aussage sie seien „Goldstandard in der Psychotherapieorschung“ stark debattiert (Leichsenring & Rürger, 2004).

In anderen Publikationen wird auf die Bedeutung und die Notwendigkeit naturalistischer Verlaufsstudien mit katamnestischen Untersuchungen hingewiesen (Schulz et al. 2006). Die Forschungsmethode mit naturalistischem Design wird auch als „Effektivitätsforschung“ bezeichnet (Puschner, Haug, Häfner, & Kordy, 2004). Die naturalistischen Studien zu psychodynamischer Langzeitbehandlung sind vom Typ der Phase-IV-Forschung und besitzen nach EBM den Evidenzgrad 2 (Möller et al., 2008). Fuchs-Strizek et al. (2011) postulieren in ihrer Untersuchung verschiedener Konzepte der Psychotherapieforschung, „dass es sich bei einem retrospektiven Katamnse-Design um einen reliablen, validen und darüber hinaus sehr ökonomischen Ansatz im Rahmen der Psychotherapieforschung handelt und folglich unbedingt weiter verfolgt werden sollte. Die Autoren gehen davon aus, dass eine retrospektive Kohortenstudie mit naturalistischem Design weitere Vorteile bietet: Sie umgeht die Randomisierung, ein in der Psychotherapie-Forschung bekanntes Problem, denn schon aus ethischen Grundsätzen ist Randomisierung hier nur schwer umzusetzen. So ist es nicht zu vertreten, dass schwer erkrankte Personen, die dringend Hilfe benötigen, zum Beispiel der „Wartegruppe“ oder „Kontrollgruppe/Nichtbehandlung“ zugeteilt werden (Rürger & Senf, 1994). Weiterhin sind naturalistische Studien näher an der klinischen Praxis und weisen eine höhere externe Validität auf als randomisierte, kontrollierte Studien (Leichsenring, 2009). Ergebnisse aus naturalistischen Studien lassen sich demnach besser auf den klinischen Alltag übertragen, bzw. kommen diesem näher. Tschuschke et al. gehen sogar so weit

zu sagen, dass „EST/RCT-Studien in der Psychotherapieforschung nicht nur nichts über Psychotherapie aussagen, sie sind im Gegenteil gefährlich, weil vollständig in die Irre führend [...], weil sie nur Verzerrtes über psychotherapeutische Wirklichkeiten wiedergeben.“ (Tschuschke et al., 2009). Als Gründe für diese Aussage führen die Autoren unter anderem die schon genannte fehlende externe Validität an, ein Ausklammern komorbider Patienten, die aber ein Gros der Patienten im Alltag darstellen sowie das Forschungsbias, das durch die Zugehörigkeit der Therapeuten zu bestimmten Therapieschulen entsteht. Demnach erweist sich das bevorzugte Therapiemodell auch in der Studie als am effektivsten (Tschuschke et al., 2009). Insgesamt sehen die Autoren die Psychotherapieforschung mit naturalistischem Design als den „einzig gangbaren Weg“ an (Tschuschke et al., 2009). Leichsenring bezeichnete naturalistische Studien als „die geeignete Methode der Forschung“ (Leichsenring, 2009) und ist hier einer Meinung mit Tschuschke et al. Auch andere Autoren wiesen in der Psychotherapieforschung durch die mangelnde Aussagekraft von randomisierten, kontrollierten Studien für die klinische Praxis vermehrt auf die Bedeutung von naturalistischen Studien hin (Scheidt et al., 1999; Seligman, 1995).

Thematisiert werden in der Psychotherapieforschung aber nicht nur Katamnesen generell, sondern auch die erforderlichen Katamnese-Zeiträume. Franz et al. (2000) vermuten in Anlehnung an Howard et al (1986), „dass eine Verminderung der interpersonellen Problembelastung erst in einer katamnestischen Untersuchung klar zu Tage tritt“. Auch Puschner und Kordy sind der Ansicht, „dass die Änderungsprozesse nicht mit dem Ende der Behandlung aufhören“ (Puschner & Kordy, 2010). Besonders im sozial-kommunikativen Bereich können die Patienten erst nach ihrer Behandlung das Gelernte im Alltag erproben und umsetzen und sich so auf der sozialen Ebene verbessern. Um längerfristig die Stabilität der Ergebnisse im Outcome der Patienten zu beurteilen, gilt es demnach vor allem größere Katamnesezeiträume zu erfassen (Huber et al., 2009; Schulz et al., 2008). Auch Rüger und Senf (1994) unterstützen die Forderung nach größeren Katamnesezeiträumen: „Ein stabiler Erfolg lässt sich damit nur in einem genügend langen posttherapeutischen Zeitraum prüfen, in dem auch die

Exposition mit ursprünglich krankheitsauslösenden bzw. die Krankheit unterhaltenden Ereignissen und Belastungen gegeben ist“ (Rüger & Senf, 1994). Diesen „genügend langen“ Zeitraum definieren die Autoren in ihrem Artikel als 5 Jahre, die „einen durchaus sinnvollen Zeitraum darstellen“. Weiterhin sind sie der Meinung, dass „Nachuntersuchungen eigentlich umso aussagekräftiger sind, je länger der Zeitraum ist, auf den sie sich beziehen können“ (Rüger & Senf, 1994). Diese Meinung wird vielfach unterstützt, denn noch sind Ein-Jahres-Katamnesen in der Literatur häufiger zu finden, Katamnese-Zeiträume darüber hinaus jedoch sehr selten (Huber et al., 2009).

1.8 Selbst- vs. Fremdbeurteilungsverfahren

Für die Diagnostik mentaler Krankheiten gibt es eine Fülle an verschiedenen Messinstrumenten. Diese lassen sich zum Großteil nicht nur dafür nutzen, das Vorliegen einer Krankheit festzustellen, sondern können auch für die Evaluation therapeutischer Behandlung verwendet werden. Unterschieden werden dabei Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren. Je nach wissenschaftlicher Fragestellung können unterschiedliche Verfahren hilfreich sein und verschiedene Vor- und Nachteile aufzeigen.

1.8.1 Selbstbeurteilungsverfahren

Informationen von Patienten werden häufig über Fragebögen erhoben. Es gibt eine Vielzahl verschiedener Selbstbeurteilungs-Fragebögen, die sich hinsichtlich der Qualität der Testgütekriterien und auch der Breite möglicher Anwendungsbereiche unterscheiden. Alle setzen sie voraus, dass der Patient in der Lage ist, sich selbst minimal zu reflektieren und so über Emotionen, Gedanken und Befindlichkeiten Auskunft zu geben. Wenn es darum geht möglichst unmittelbare Informationen von Patienten zu erhalten, ist dies eine einfache Methode, die keine Dritten einbezieht. Voraussetzung ist, dass die Patienten in der Lage sind, den Fragebogen zu lesen, zu verstehen und entsprechend zu bearbeiten. Ein Mindest-IQ muss also vorausgesetzt werden (Stieglitz, Baumann, & Freyberger, 2001). Auch sind in der Literatur Hinweise

darauf zu finden, dass Selbstbeurteilungsverfahren nur bis zu einem gewissen Störungsgrad eingesetzt werden können (Stieglitz et al., 2001).

Unter Berücksichtigung verschiedener Merkmale lassen sich die Selbstbeurteilungsverfahren klassifizieren. So gibt es Unterschiede bei der verwendeten Darstellung, z.B. verbal, numerisch, graphisch (Brähler, Schumacher, & Herzberg, 2012). Klassifiziert wird auch nach der Skalierung: Aus den Fragebögen können verschiedene Variablen gebildet werden, beispielsweise kategorisch-, ordinal- oder intervall-skaliert. Auch hinsichtlich der erfassten Stabilität der Merkmale von Personen lassen sich die Verfahren unterscheiden. Es werden sogenannte State- und Trait-Merkmale unterschieden. Die Trait-Merkmale sind zeitstabil und beschreiben meistens Eigenschaften der Persönlichkeit (Stieglitz et al., 2001). Im Gegensatz dazu sind die State-Merkmale nicht zeitstabil und können sich spontan verändern oder aber auch durch den Einfluss von Therapie (Stieglitz et al., 2001). Häufiger messen Fragebögen die Stabilität bzw. die Veränderung der State-Merkmale, denn diese sind es, die einen Erfolg der Therapie aufzeigen können.

Eine weitere Klassifikation bildet die diagnostische Zielgruppe. So ist es entscheidend, ob ein Verfahren die Kranken oder Gesunden oder auch das Vorliegen einer bestimmten Störung erfassen soll (Brähler et al., 2012).

Zudem gibt es eine Reihe von Selbstbeurteilungsverfahren, die störungsspezifisch sind (z.B. Beck-Depressions-Inventar (Hautzinger et al., 2000); Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (Freyberger et al., 1999); Frankfurter Beschwerde-Fragebogen (Süllwold, 1991); Fragebogen zur sexuellen Zufriedenheit (Hoyndorf et al., 1995)). Ebenso existieren eine Reihe von Fragebögen, die störungsübergreifend sind und sich eher an der Gesamtbefindlichkeit bzw. Gesamtpathologie orientieren (z.B. Befindlichkeitsfragebogen (Becker, 1988); Gießener Beschwerdebogen (Brähler und Scheer, 1995); Symptom Checkliste (Franke, 1995)) (Brähler et al., 2012).

Ein entscheidender Vorteil von Fragebögen - in Abgrenzung zum Interview - ist, dass sich bestimmte Informationen, wie etwa die Stimmung, am verlässlichsten über dieses Messinstrument erheben lassen (Stieglitz et al., 2001). Auch die einfache Durchführung und die Ökonomie spielen eine bedeutende Rolle. Das

Verfahren lässt sich gleichzeitig bei einer großen Zahl an Patienten durchführen.

Für Selbstbeurteilungsverfahren müssen einige Fehlerquellen genannt werden. Diese sind teils durch gute Testkonstruktion vermeidbar, teilweise ist dies aber nicht möglich. Zu einer ‚guten Testkonstruktion‘ gehört unter anderem, dass die Items nicht mehrdeutig formuliert sind und von verschiedenen Personen nicht unterschiedlich interpretiert werden können. Auch die Sprache sollte an das Bildungsniveau der Personen angepasst sein, für die der jeweilige Test ausgelegt ist. Dies erlaubt den Patienten die Fragebögen alleine zu bearbeiten und ist Grundlage dafür, dass verschiedene Personen den Inhalt der Items gleichbedeutend erfassen. Unvermeidbar durch gute Testkonstruktion sind Fehlerquellen wie Erinnerungslücken und Selbsttäuschung, die beide kein bewusstes Verfälschen des Testergebnisses sind. Bewusst dagegen sind Simulation von Symptomen und Aggravation, das heisst die übertriebene Darstellung vorhandener Symptome. Auch das gegenteilige Verhalten, nämlich die Bagatellisierung von Symptomen, kann das Testergebnis verfälschen. Bei der Interpretation von Fragebogen-Ergebnissen spielt zudem die „soziale Erwünschtheit“ eine Rolle, die zu den „Antworttendenzen“ zählt (Brähler et al., 2012). Die Antworttendenzen sind den systematischen Fehlern zuzuordnen und von den unsystematischen Fehlern abzugrenzen. Systematische Fehler können aufgrund einer falschen Eichung des Messinstruments zustande kommen, sie können sich addieren oder gegenseitig aufheben, jedoch lassen sich systematische Fehler nicht durch eine gesteigerte Probandenzahl verringern, denn sie heben sich im Mittel nicht auf. Dies ist jedoch bei zufälligen, unsystematischen Fehlern festzustellen. Bei - theoretisch unendlicher - Wiederholung lässt sich der zufällige Fehler minimieren. Die Größe dieser unsystematischen Beeinflussung des Testergebnisses lässt sich statistisch berechnen.

1.8.2 Fremdbeurteilungsverfahren

Fremdbeurteilungsverfahren stellen neben den Selbstbeurteilungsverfahren die größte Informationsquelle für klinische Diagnostik und Therapieevaluation dar. So ist die Fremdbeurteilung des Zustandes eines Patienten immer noch

möglich, wenn der schwerwiegende Störungsgrad eine Selbstbeurteilung nicht mehr zulässt. Ebenso können auf diese Weise hilfreiche Informationen gewonnen werden, wenn ein Patient die Mitarbeit mittels Fragebögen verweigert. Auch hier lässt sich die Qualität der Beurteilung überprüfen, indem die „Interrater-Reliabilität“ ermittelt wird (Stieglitz et al., 2001).

Es gibt zwei Pole der Fremdbeurteilung: Die Informationserhebung mittels Interview und die (seltene) reine Verhaltensbeobachtung (Stieglitz et al., 2001). Die zweite Gruppe stellt eine eigene Form der Informationsgewinnung dar, auf die an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden soll.

Eine weitere Unterscheidung innerhalb der Fremdbeurteilungsverfahren sind - ähnlich wie bei den Selbstbeurteilungsverfahren - störungsspezifische und störungsübergreifende Verfahren. Erhoben werden die Daten meist per Interview mit dem Patienten. Inwieweit dieses Interview strukturiert ist, stellt eine weitere wichtige Klassifikation innerhalb der Fremdbeurteilungen dar. So gibt es stark strukturierte - sogenannte standardisierte – Interviews. Den Ratern liegen hierbei Fragebögen vor und sie können einzelne Items abarbeiten (z.B. „Composite International Diagnostic Interview“ von Wittchen & Semler, 1991). Bestimmte Informationen werden so direkt im Interview abgefragt und vom Rater dokumentiert. Die Kodierung der Antworten und Fragen ist hierbei genau festgelegt und sowohl Fragen als auch mögliche Antworten sind ausformuliert. Im Gegensatz dazu orientiert sich der Rater beim halbstrukturierten Interview an bestimmten Fragen oder Themen, diese sind jedoch nicht ausformuliert und können vom Rater dem Sprachgebrauch des Patienten angepasst werden. Auch die Reihenfolge der Fragen ist hier variabel. Sie dienen dem Rater dabei eher als Leitfaden. Eine weitere Form stellt das unstrukturierte oder offene Interview dar, bei dem es gar keine Vorgaben für die Durchführung und Fragestellung gibt (z.B. Analytisches Erstinterview nach Argelander, 1970).

Genau wie bei anderen Testverfahren gilt es auch bei einem Interview die Testgütekriterien zu bewerten. Die drei Hauptgütekriterien sind Objektivität, Reliabilität und Validität. Die Objektivität gibt an, inwieweit ein Testverfahren unabhängig ist von der durchführenden Person. Auswertungsobjektivität ist ein Maß für die Objektivität eines Interviews. Bei einem guten Testverfahren sollten

unabhängig vom Rater möglichst gleiche Ergebnisse vorliegen. Durchführung und Auswertung sollten daher genau festgelegt werden. Die Reliabilität gibt an wie messgenau ein Testverfahren ist. Dabei kommt es im Gegensatz zur Validität nicht auf die inhaltliche Genauigkeit an, sondern auf die formale. Sie wird unter anderem über das Retestverfahren ermittelt (Stieglitz et al., 2001). Um die Reliabilität in einem Interview zu bewerten, werden z.B. Ergebnisse von Ratings des Interviews von mehreren Beurteilenden miteinander verglichen. In diesem Fall wird Reliabilität über „Beurteilerübereinstimmung bestimmt“ (Krohne & Hock, 2007). Die Validität gibt an, wie genau ein Test das Merkmal misst, das gemessen werden soll. Eine hohe Validität eines Tests zeigt an, dass mit sehr hoher Genauigkeit vom Test inhaltlich nur das zu erfassende Merkmal gemessen wird. Die Überprüfung der Validität gestaltet sich bei einem Interview etwas schwieriger, hier hat sich die Überprüfung der „prozeduralen Validität“ bewährt: Die Validierung erfolgt an anderen Verfahren (Stieglitz et al., 2001). Gerade bei einem Interview kommt zusätzlich die Augenschein-Validität zum Tragen. Diese liegt vor, wenn offensichtlich oder logisch nachvollziehbar ist, dass ein Verfahren geeignet ist, das entsprechende Merkmal zu überprüfen. Hinsichtlich der Sensitivität scheinen Fremdbeurteilungsverfahren den Selbstbeurteilungsverfahren nicht unterlegen zu sein. Im Gegenteil, Lambert, Hatch, Kingston und Edwards konnten 1986 postulieren, dass sich Veränderungen im Bereich der Depressivität bei der Fremdbeurteilung stärker zeigten als bei der Selbstbeurteilung. Auch finden sich in der Literatur Hinweise darauf, dass - im Vergleich zur Selbstbeurteilung - „Fremdbeurteilungsskalen [...] ein differenzierteres Bild über verschiedene Aspekte der Gestörtheit liefern“ (Stieglitz et al. 2001, S. 100).

Als Nachteil ist für Fremdbeurteilungsverfahren jedoch der Zeit- und Kostenaufwand zu nennen. So postulieren Stieglitz et al (2001), dass diese Verfahren zwar „änderungssensitiver“ sind, jedoch „bedürfen sie einer ausführlichen Ausbildung“ (S.102). Bestimmte Fehlerquellen, die schon bei den Selbstbeurteilungsverfahren genannt wurden, spielen auch bei der Fremdbeurteilung eine Rolle: Soziale Erwünschtheit, Erinnerungslücken und unklare Formulierungen (in diesem Falle durch den Interviewer) können das

Ergebnis verfälschen. Für Fremdbeurteilungsverfahren spezifisch ist noch der Halo-Effekt zu nennen. Dieser Effekt gibt an, dass bestimmte hervorstechende Merkmale einer Person andere Eigenschaften überdecken können. So ist man beispielsweise geneigt einem braun gebrannten Patienten weniger zu glauben, dass er krank ist und es ihm nicht gut geht, als einer blässlichen Person. Es wird dabei eine falsche Schlussfolgerung gezogen. Als weitere mögliche spezifische Fehlerquelle spielt die Informationsvarianz eine Rolle, denn unterschiedliche Interviewer benutzen - zumindest beim halbstrukturierten und offenen Interview - unterschiedliche Formulierungen, um an die Informationen zu gelangen. Informationsvarianz nimmt Einfluss auf Objektivität und Reliabilität eines Verfahrens. Die Interpretationsvarianz zeigt als Fehlerquelle die Möglichkeit auf, dass verschiedene Symptome unterschiedliche Bedeutung und Gewichtung durch den Rater erfahren (Stieglitz et al., 2001). Dies ist für Reliabilität und Validität von Bedeutung. Interviewleitfäden und Trainings für Rater stellen an dieser Stelle sinnvolle und notwendige Möglichkeiten dar, die oben genannten Fehlerquellen zu reduzieren.

Da sich mit Interviews wichtige Informationen erheben lassen, die so durch Selbstbeurteilungsverfahren wie z.B. Fragebögen nicht in gleicher Weise vom Patienten erfragt werden können, finden Interviews „daher auch zunehmend Anwendung, vor allem im Kontext der Forschung, wo sie mittlerweile fast schon zum Standard geworden sind“ (Stieglitz et al. 2001. S. 116). So stellen sie „nicht austauschbare Ergänzungen zu Selbstbeurteilungsverfahren dar“ (Stieglitz et al. 2001, S. 105).

1.8.2.1 Beispiel für ein Fremdbeurteilungsverfahren: Der BSS

Als Beispiel für ein Fremdbeurteilungsinstrument soll an dieser Stelle der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) kurz vorgestellt werden.

1987 stellte Schepank den BSS in seinem Manual vor und führte ihn damit als standardisiertes Messinstrument in die Medizin ein. Der BSS ist ein Instrument zur Messung der Schwere der psychogenen Beeinträchtigung. Generell kann der BSS nur angewandt werden, wenn eine organische Ursache der

Beschwerden vor der Beurteilung ausgeschlossen wurde. Der Patient führt ein Interview mit einem geschulten und trainierten Rater.

Das Instrument besitzt drei Subskalen: Körperlich, psychisch und sozial-kommunikativ. Auf diesen drei Ebenen wird der Patient beurteilt und bekommt auf jeder Skala einen Punktwert zwischen null und vier, wobei null für einen gesunden Zustand steht und vier für den auf dieser Ebene maximal möglichen Krankheitszustand. Die drei Punktwerte werden zum BSS-Gesamtwert aufsummiert. Dieser kann folgerichtig einen Wert zwischen null und zwölf annehmen, wobei zwölf für die maximal mögliche psychogene Beeinträchtigung steht. Der Cut-Off-Point für die Faldefinition liegt bei ≥ 5 (Schepank, 1995).

Für den Beeinträchtigungs-Schwere-Score liegen sehr gute Reliabilitätswerte vor: 0,72-0,90 (Schneider, Kruse, Nehen, Senf, & Heuft, 2000). Auch die Validität des BSS ist belegt (Schneider, Heuft, Senf, & Schepank, 1997).

In der Mannheimer Psychosomatischen Klinik wird der BSS seit 1975 routinemäßig erhoben. Dadurch lag für die Mannheimer Kohortenstudie eine enorme Anzahl an Werten vor. Auch in anderen Studien wurde der BSS benutzt, z.B. von Altenhöfer et al. (2007) zur Untersuchung von Anpassungsstörungen. Franz et al. (1999) benutzten den BSS um Therapieempfehlungen und ihren Nutzen bei psychogen erkrankten Patienten zu untersuchen. Der gleiche Autor und seine Arbeitsgruppe (Franz, Janssen, et al., 2000) benutzten den BSS auch für eine Multicenterstudie, um die Effekte stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie zu untersuchen. Um den Behandlungserfolg in 40 psychotherapeutischen Fachpraxen zu ermitteln, wurde von Scheidt et al. (1999) unter anderem auch der BSS benutzt. 1997 wurde der BSS von Schneider et al. im Rahmen einer Studie an die Gerontopsychosomatik angepasst. Seit 1996 wird er routinemäßig im Rahmen des Psy-BaDo erhoben (Senst et al., 2000) und häufiger in der Forschung eingesetzt.

Der BSS kann explizit auch für katamnestische Untersuchungen der psychogenen Beeinträchtigung genutzt werden. Schepank selbst gibt in seinem Manual an, der BSS sei geeignet „für die klinische Praxis der Patientenbeurteilung ebenso wie für die Bearbeitung von klinischer und

Grundlagenforschung, Therapieeffektvergleichs- und Katamneseforschung“ (Schepank, 1995, S. 17).

Eine detaillierte Vorstellung des Messinstruments erfolgt im Abschnitt „Erhebungsinstrumente“ in Kapitel 2.2.

1.9 Ziel der Arbeit

In der vorliegenden naturalistischen Studie soll retrospektiv die Nachhaltigkeit und Wirksamkeit von psychotherapeutischer Behandlung untersucht werden. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Langzeit-Stabilität der erzielten Ergebnisse über einen Zeitraum von durchschnittlich 5,5 Jahren. Den oben genannten Forderungen nach Katamneseuntersuchungen mit ausreichend großem Abstand zum Ende der Therapie soll mit der vorliegenden Studie Rechnung getragen werden.

Eine Auswertung aller Ergebnisse erfolgt dabei aus Expertensicht durch den Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS), sowie in der Patienten-Selbsteinschätzung (PSE). Seit 1996 wird der BSS im Rahmen der Psy-BaDo in der psychotherapeutischen Basisdokumentation routinemäßig erhoben (Senst et al., 2000). Auf Grundlage dieser Daten soll nun mithilfe dieses Messinstruments der psychogene Beschwerdedruck ein weiteres Mal erhoben werden und mit den vorliegenden Daten von 2004-2006 verglichen werden.

Speziell soll in der vorliegenden retrospektiven Kohortenstudie untersucht werden, ob ein bestimmtes Setting besser geeignet ist, die psychogene Beeinträchtigung zu behandeln. Daraus ergaben sich folgende Arbeitshypothesen:

H₁: Wer eine Therapie in Anspruch genommen hat, ist bei der Katamnese im Vergleich zum Ausgangswert weniger stark psychogen beeinträchtigt, als jemand, der keine Therapie in Anspruch genommen hat.

H₂: Wer eine stationäre und ambulante (=kombinierte) Therapie in Anspruch genommen hat, ist bei der Katamnese im Vergleich zum

Ausgangswert weniger stark psychogen beeinträchtigt, als jemand, der nur eine ambulante Therapie gemacht hat.

H₃: Bei den Respondern (klinisch signifikante Verbesserung des BSS-Gesamtwertes um ≥ 2 Punkte) finden sich mehr kombiniert behandelte als rein ambulant behandelte Studienteilnehmer.

H₄: Die psychogene Beeinträchtigung hat sich nach durchschnittlich 5,5 Jahren beim Großteil der Studienteilnehmer im Vergleich zum Aufnahmezeitpunkt verbessert. Demnach sind zum Katamnesezeitpunkt weniger Studienteilnehmer als ‚Fälle‘ (BSS-Gesamtwert ≥ 5 Punkte) zu zählen, als bei der Aufnahme.

Wenn die Arbeitshypothesen nicht zutreffen, wird die jeweilige H_0 angenommen.

Da belegt ist, dass die Ergebnisse im Outcome von stationärem und teilstationärem Setting vergleichbar sind (Zeeck, Hartmann, & Kuhn, 2005), werden diese beiden Gruppen im Folgenden zusammengefasst (siehe Kapitel 1.4.).

Auch bei den unterschiedlichen Modellen von Psychotherapie (Verhaltenstherapie, etc..) waren im Ergebnis keine wesentlichen Unterschiede zu erkennen (Gallas et al., 2008), sodass auch dieser Ansatz hier nicht weiter betrachtet werden soll.

2. Methodik

2.1. Studiendesign und Datenerhebung

Die vorliegende Studie stellt eine retrospektive Untersuchung von Langzeiteffekten einer (psychosomatisch-)psychotherapeutischen Behandlung in der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LVR Klinikums Düsseldorf dar, einer Einrichtung der Akutversorgung.

Am 29.09.2011 erhielt die vorliegende Studie unter der Studiennummer 3694 ein positives Ethikvotum.

Aus einem Gesamtkollektiv ‚Patientenkollektiv 1‘ von Patienten, die vor 6-9 Jahren (Zeitraum: Januar 2004- Dezember 2006) in (teil-)stationärer oder ambulanter Behandlung im LVR Klinikum Düsseldorf waren, wurde für die katamnestische Untersuchung ein ‚Patientenkollektiv 2‘ ausgewählt. Parallel dazu wurden für das ‚Patientenkollektiv 2‘ auch Patienten einbezogen, die - trotz ähnlicher Therapieempfehlung der LVR Klinik nach diagnostischen Eingangssitzungen und Indikationsstellung - damals auf eigenen Wunsch nicht behandelt wurden. Es wurden zwischen ‚Patientenkollektiv 1‘ und ‚Patientenkollektiv 2‘ die Patienten ausgeschlossen, bei denen entscheidende Erhebungsparameter (BBS-Wert, soziodemographische Daten zum Kontaktieren) fehlten, die für den katamnestischen Vergleich von Bedeutung waren. Als Ausschlusskriterium galt zudem eine zu geringe Behandlungsdauer (<12 Wochen). Es fand keine Selektion bestimmter Diagnosegruppen statt.

Für ‚Patientenkollektiv 2‘ erfüllten N= 646 Patienten die Kriterien. ‚Patientenkollektiv 2‘ bildete im Folgenden den Pool an Patienten, aus dem die Studienteilnehmer rekrutiert werden konnten.

Die Rekrutierung für die ‚Stichprobe‘, d.h. die künftigen Studienteilnehmer, erfolgte konsekutiv über einen Zeitraum von sechs Monaten, von Anfang Februar bis Ende Juli 2011.

Im Rahmen der Rekrutierung wurde zuerst das Gesamtkollektiv des ‚Patientenkollektiv 2‘ von 646 Patienten auf dem postalischen Weg kontaktiert und über die Studie informiert. Es wurde dabei nach Interesse an einer

Teilnahme an der Studie gefragt und gegebenenfalls um telefonische Rückmeldung gebeten. Innerhalb eines Zeitraumes von vier Monaten wurden alle Briefe einmal verschickt. Dabei wurden Adressen verwendet, die vom damaligen Kontakt noch in der Datenbank gespeichert waren. Um Terminstau zu vermeiden, wurden die Briefe sukzessiv à 20% der Gesamtanzahl versendet. Um ein rasches Starten der Interviews zu gewährleisten, wurden beim ersten Versenden der Briefe direkt 40% verschickt. Es wurde gewährleistet, dass täglich jemand unter den angegebenen Nummern erreichbar war.

Wer seine Teilnahme nach vier Wochen durch telefonische Rückmeldung nicht zum Ausdruck gebracht hatte, bekam eine Erinnerung per Post. Adressen von Briefen, die von der Post als ‚nicht zustellbar‘ zurückkamen, wurden beim Einwohnermeldeamt nachverfolgt und die Briefe erneut verschickt. Weitere zwei Wochen nach Versenden des Erinnerungsbriefes wurden die Patienten telefonisch kontaktiert. Um einen Selektions-Bias zu vermeiden und nicht nur Patienten zu rekrutieren, die nicht erwerbsfähig sind, wurde die Telefon-Akquise auch abends durchgeführt. Es wurde in der Datenbank genau vermerkt, wenn Patienten ihre Teilnahme an der Studie abgelehnt haben.

Zeigte ein Patient Interesse, wurde er per Telefon genauer über die Studie informiert und es wurde ein Termin für das BSS-Interview in der Klinik vereinbart. Nach Vereinbarung eines Termins wurden die Fragebögen an den Probanden verschickt. So konnten die Teilnehmer diese im Vorfeld zuhause ausfüllen und dann zum Interview-Termin mitbringen. Es wurde versucht die Aufenthaltszeit in der Klinik nur auf das Interview zu beschränken, um für die Teilnehmer den Aufwand möglichst gering zu halten.

Auf diese Art und Weise konnte für die ‚Stichprobe‘ eine Zahl von N= 112 Patienten rekrutiert werden (vgl. Abbildung 1).

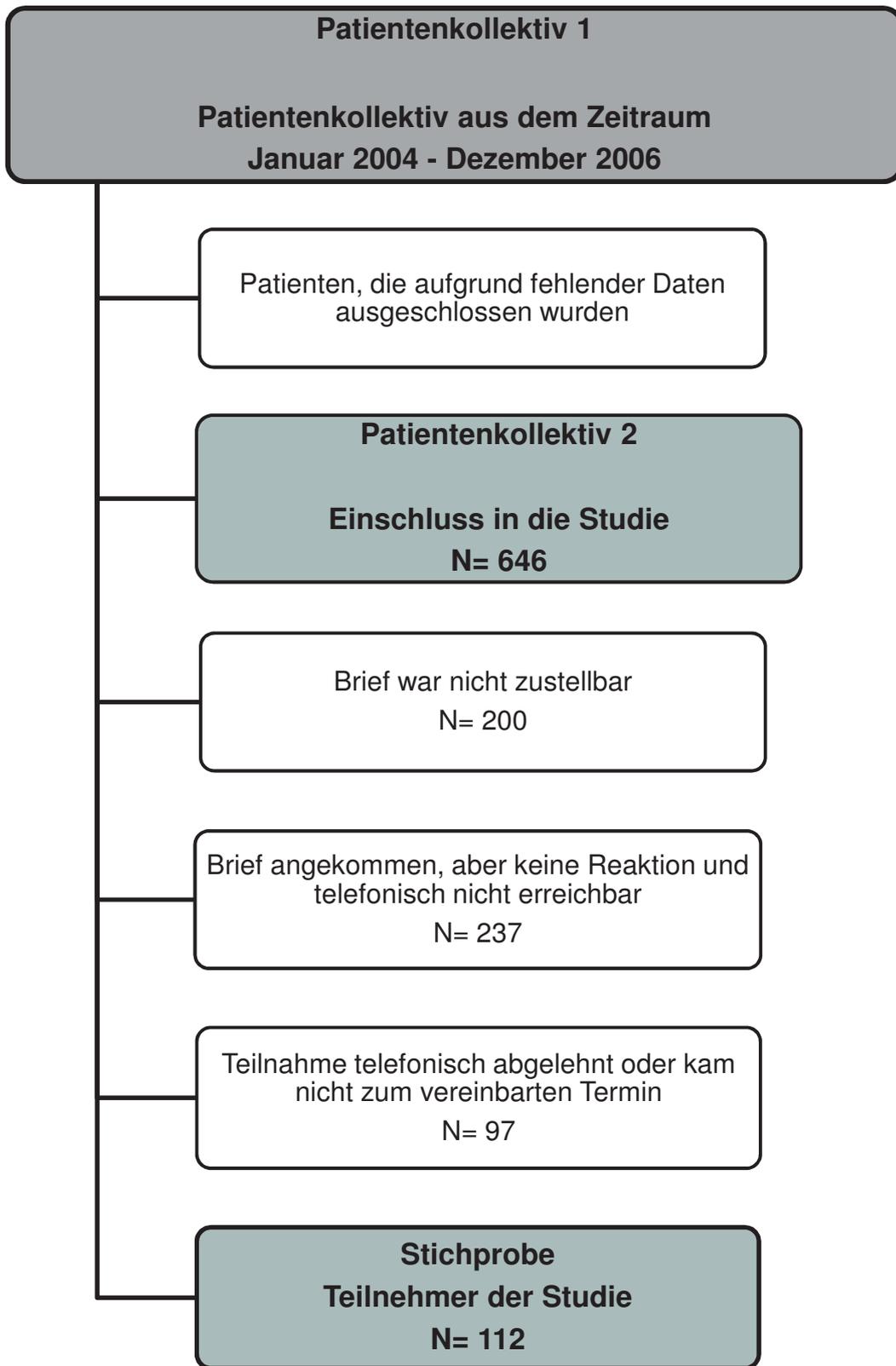


Abbildung 1: Ablauf der Rekrutierung vom Patientenkollektiv 1 zur Stichprobe

Bei Berechnung der Rekrutierungsquote wird vom ‚Patientenkollektiv 2‘ ausgegangen, es ergibt sich eine Quote von 17,34%. Da jedoch N= 200 Personen gar nicht erreicht werden konnten, da die Personen unbekannt verzogen waren, ergibt sich eine Rekrutierungsquote von 25,63%.

Geht man für die Drop-Out-Quote (Zahl der aktiven Verweigerer) von den gleichen Zahlen aus (N= 446) und bezieht die oben genannt N= 200 Personen nicht mit ein, - da diese nicht aktiv verweigert haben, sondern lediglich gar nicht erreicht werden konnten -, ergibt sich eine Drop-Out-Quote von 21,75%. Diese 21,75% sind damit wirklich nur der Anteil der Gesamtpopulation von 446, die ihre Teilnahme telefonisch aktiv verweigert haben oder nicht zum vereinbarten Interview-Termin erschienen sind.

Die Patienten mussten zusätzlich zum Interview (BSS) vier Fragebögen bearbeiten:

1. Einen Fragebogen, der soziodemographische Daten abfragt. Er wurde Klinikintern entwickelt und wird dort routinemäßig erhoben.
2. Die Symptom-Check-Liste (SCL-90-R, Derogatis, 1977), ein Selbsteinschätzungs-Fragebogen, der die körperliche und psychische Beeinträchtigung der letzten sieben Tage abfragt. Er enthält 90 Items und umfasst die Bereiche Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus.
3. Das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP, Horowitz,1988), (IIP-D, Strauß & Kordy,1987). Es ist ein Selbsteinschätzungs-Instrument zur Erfassung der interpersonellen Probleme. Es werden Verhaltensweisen abgefragt, die einem Patienten schwer fallen oder die er im Übermaß zeigt.
4. Den Gießener Beschwerdebogen (GBB-24, Brähler & Scheer, 1983). Der GBB erfasst wie groß der Teil der körperlichen Beschwerden eines Patienten ist, der psychosomatisch bedingt ist. Berücksichtigt werden

dabei die Bereiche Erschöpfung, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen und Herzbeschwerden. Er wurde in der Kurzform verwendet.

Eingang in die vorliegende Arbeit fand nur der Beeinträchtigungs-Schwere-Score.

Am 20.7.2011, nachdem die Telefon-Akquise komplett abgeschlossen war, begann die Eingabe der erhobenen Daten in die Datenbank ClinDo. Patienten erhielten bei Eingabe eine ID-Nummer, um es dem Studienteam möglich zu machen, hinterher zwar auf die Fragebögen Rückschlüsse ziehen zu können, aber eine Verschlüsselung innerhalb der Datei zu gewährleisten. Einen Monat später war dies vollständig abgeschlossen.

Alle Studienteilnehmer (N=112) mussten zum Katamnesezeitpunkt Aussagen darüber machen, ob sie seit dem ersten Erhebungszeitpunkt eine Therapie in Anspruch genommen haben und bei positiver Antwort eine nähere Aussage zum Setting der Therapie treffen. Das Ergebnis ergab folgende Verteilung (vgl. Tabelle 1):

Tabelle 1: Verteilung des seit dem Aufnahmegespräch in Anspruch genommenen

Therapiesettings		
Therapien	N	%
keine weitere Behandlung	6	5
ambulante Therapie	31	28
stationäre/teilstationäre Therapie	7	6
stationäre/teilstationäre und ambulante Therapie	68	61
gesamt	112	100

Anhand dieser Daten wurde die ‚Stichprobe‘ in die drei Gruppen ‚ambulant‘, ‚kombiniert [= (teil-)stationär und ambulant]‘ und ‚keine weitere Behandlung‘ eingeteilt. Die letzte Gruppe sollte in unserer Studie als Kontrollgruppe funktionieren. Da jedoch diese Gruppe am Ende der Rekrutierung nur aus 6 Patienten bestand, war sie zu klein, um statistisch sichere Ergebnisse zu

erzielen und konnte somit nicht als Kontrollgruppe benutzt werden. Die Gruppe ‚kombiniert‘ beinhaltet Patienten, die nach/vor ihrer stationären Therapie noch eine ambulante Therapie absolviert haben. Diese Zuordnung war nötig, da es kaum Patienten gab, die nur eine stationäre Therapie gemacht haben [N= 7], ein statistischer Vergleich von rein stationär und rein ambulanten Patienten wäre an dieser Stelle ebenfalls nicht sinnvoll gewesen. Außerdem konnte so gewährleistet werden, dass die Gruppe ‚ambulant‘ wirklich nur aus Patienten besteht, die kein anderes Setting in Anspruch genommen haben.

Verglichen werden in der vorliegenden Arbeit demnach die Gruppen ‚kombiniert‘ [N= 75] und ‚ambulant‘ [N= 31].

2.2. Erhebungsinstrumente

An zwei Zeitpunkten wurden Messdaten erhoben:

Bei Aufnahme der Patienten in die Klinik vor 6-9 Jahren (Zeitraum: 2004-2006), das heißt zum Zeitpunkt der Indikationsstellung, wurden routinemäßig Patienten- und Behandlungsdaten, die oben genannten Fragebögen und der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) erhoben. Diese Daten wurden im Rahmen der katamnestischen Untersuchung erneut abgefragt, um sie vergleichen zu können.

2.2.1 Einschätzung aus Expertensicht: Der BSS

Zur Erfassung der psychogenen Beeinträchtigung der Katamnesegruppe wurde ein Erhebungsverfahren per Interview gewählt.

Der BSS, entwickelt von Heinz Schepank, ist ein standardisiertes Messinstrument zur Erhebung der Schwere einer psychogenen Beeinträchtigung von Patienten. Verwendung kann der BSS nur finden, wenn eine organische Ursache der Beschwerden ausgeschlossen ist. Er ist von einer bestimmtem Pathogenesetheorie unabhängig (Schepank, 1995) und kann exzellente Reliabilitätswerte vorweisen (Schepank, 1995; Schneider et al., 2000): $r = 0.72 - 0.90$. Die Interrater-Reliabilität liegt bei 0.90. Auch die Validität für den BSS ist belegt (Schneider et al., 2000).

Der BSS befasst sich mit der Beeinträchtigung auf drei jeweils fünfstufigen Dimensionen:

1. der körperlichen Beeinträchtigung (kö)
2. der psychischen Beeinträchtigung (psy)
3. der Verhaltensbeeinträchtigung, also der sozial-kommunikativen Ebene (soko).

Die Dokumentation erfolgt routinemäßig in der oben genannten Reihenfolge. Jede dieser drei Dimensionen kann mit Punkten von 0 (=keine Beeinträchtigung) bis 4 (=sehr starke Beeinträchtigung) vom Untersucher bewertet werden.

Wichtig ist bei der Bewertung eine genaue Kenntnis des Manuals von Heinz Schepank. In diesem Manual ist genau definiert, welche Beschwerden auf welcher Dimension bewertet werden, denn nur eine gute Kenntnis dieser Zuordnungen garantiert eine hohe (Interrater-)Reliabilität. So wird auf der körperlichen Skala nur jede körperliche Beschwerde bewertet, deren organische Ursache ausgeschlossen wurde und bei der eine psychogene Ursache als sehr wahrscheinlich angenommen werden kann. Beispielsweise kann ein Proband, der im Rollstuhl sitzt, auf dieser Skala 0 Punkte bekommen, wenn die körperliche Einschränkung nachweisbar durch z.B. eine Nervenkrankheit verursacht ist. Ist eine organische Ursache nicht nachweisbar, so kann dieser Proband 4 Punkte auf der körperlichen Skala bekommen. Ebenso ist wichtig zu wissen, dass auf der sozial-kommunikativen Skala nicht nur z.B. der Umgang mit Mitmenschen und Freunden bewertet wird, sondern auch Süchte hier bewertet werden. Ein Nikotinabusus beispielsweise wird auf dieser Skala mit einem Punkt bewertet. Führt ein Symptom auf mehreren Dimensionen zu einer Beeinträchtigung, so wird dies auch auf mehreren Dimensionen entsprechend geratet. Eine genaue Beschreibung der Skalenstufen mit Ankerbeispielen aus dem Manual findet sich in Tabelle 2.

Tabelle 2: Merkmalbeschreibung der Skalenstufen und passende Ankerbeispiele aus dem Manual von Heinz Schepank (1995)

Skalenstufen (0-4)	Inhaltsbezogene Beschreibung	Ankerbeispiel
0= gar nicht	Praktisch ohne jegliche psychogene Störung. Im gesamten Interview kein Hinweis auf eine psychisch determinierte Beeinträchtigung in der entsprechenden Skalendimension während des zu beurteilenden Prävalenzabschnitts.	<i>Bsp. auf Skala: kö:</i> 46 J., Mann, Bäcker, umgelernt zum Chemielaboranten, berufstätig, verheiratet, keine Kinder. Gibt leichte Kniebeschwerden seit 2 J. an bei einem defekten Meniskus nach Fußballspielverletzung. Vor 3 J. war er deshalb einmal 4 Wochen krank geschrieben. Sonst keine körperlichen Beschwerden. Noch nie im Krankenhaus gelegen. Aus dem Fußballverein inzwischen ausgetreten. In der Freizeit im Urlaub pflegt er sein Auto, spielt Bowling, macht Bergwandern und Skilaufen.
1= geringfügig	Eine Symptommanifestation ist in geringem Ausmaß zwar vorhanden, sie wird aber als leicht eingeschätzt. Eine nennenswerte Beeinträchtigung des Individuums wird nicht verursacht.	<i>Bsp. auf Skala psy:</i> 35jährige Frau, verheiratet, 2 Kinder, Hausfrau. Berichtet über Konzentrationsstörungen, die in den letzten Wochen einige Fehlleistungen verursachten: Hausschlüssel liegengelassen, sodass ein Schlosser öffnen musste; vergessen, Elektrogerät auszuschalten. Sie ist nicht berufstätig.
2= deutlich	Die Symptomatik ist unübersehbar vorhanden. Sie führt zu einer merklichen Beeinträchtigung des Individuums.	<i>Bsp. auf Skala psy:</i> 56jährige Hausfrau, verheiratet. Der 6 Jahre jüngere Ehemann ist aufgrund einer drohenden Werksschließung möglicherweise von anstehenden Kündigungen betroffen. Das letzte der 3 Kinder verlässt gerade im Alter von 26 J. das Elternhaus. Sie ist depressiv verstimmt, grübelt, plagt sich mit Gefühlen der Sinnlosigkeit und Leere. Keine Suizidalität. Deutliche Schlafstörungen mit gelegentlicher Benzodiazepineinnahme seit 14 Tagen.
3= stark	Eine ausgeprägte und schon erhebliche Beeinträchtigung des Individuums auf der entsprechenden Skalendimension durch eine psychogene Symptomatik ist vorhanden.	<i>Bsp. auf Skala kö:</i> 19jährige junge Frau, ledig, Azubi im Lebensmitteleinzelhandel. Voll ausgeprägtes Bilder der Anorexia nervosa beginnend mit 15 Jahren. Maximalgewicht 64 kg bei 1,64 m. Vor einem Monat wog sie 36,5 kg. Jetzt,

		nach Auffütterung in der Intensivstation und Verlegung in die PSM Klinik wiegt sie 42 kg. Subjektiv fühlt sie sich kaum noch krank und körperlich weniger geschwächt als vor einem Monat. Passager Obstipation. Seit einem Jahr Laxantienabusus. Sekundäre Ammenorrhoe seit 3 Jahren. Angeblich kein Erbrechen. Bisheriger Krankheitsverlauf: Schon 2 stationäre Aufenthalte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und in einer anderen psychosomatischen Klinik. Auffütterung jeweils von 40 auf 50 bzw. von 38 auf 49 kg. Anamnestisch ein Suizidversuch.
4= extrem	Die Symptomatik ist so stark, dass sie auf der zu beurteilenden Dimension zu einer kaum noch überbietbaren Beeinträchtigung des Individuums im Lebensalltag führt.	<i>Bsp. auf Skala soko:</i> 39jährige Frau, gelernte Hauswirtschafterin, seit 15 J. in verschiedenen Gaststätten als Bedienung tätig. Seit 8 J. mit einem homosexuellen Mann zusammenlebend, jedoch ohne sexuelles Verhältnis. Seit 2 J. massiver Alkoholkonsum. Raucht ca. 30 Zigaretten täglich. Keine weitere Partnerschaft, lediglich oberflächliche Kontakte zu Kollegen. Vor 4 Wochen Zusammenbruch durch starken Alkoholgenuss, dadurch Verlust des Arbeitsplatzes.

Aus der Summe der jeweiligen Punktwerte ergibt sich ein Gesamt-Wert (0-12), aus dem der Schweregrad der psychogenen Beeinträchtigung erkennbar ist. Ein Punktwert von 12 steht für die maximal mögliche psychogene Beeinträchtigung. Als Cut-Off-Point für das Vorliegen einer psychogenen Erkrankung gilt ein Wert ≥ 5 (Schepank, 1995). Studienteilnehmer, die dieses Kriterium erfüllen, werden daher als ‚Fall‘ bezeichnet.

Es ist üblich erst von einer ‚klinisch signifikanten Verbesserung‘ zu sprechen, wenn sich die Patienten um mindestens zwei Punktwerte beim Gesamt-BSS verbessert haben (Franz, Häfner, Lieberz, Reister, & Tress, 2000; Schepank, 1995). Teilnehmer, bei denen das der Fall ist, werden daher in der vorliegenden Arbeit als ‚Responder‘ bezeichnet, alle übrigen als ‚Non-Responder‘.

Werte von 0-4 geben eine leichte Beeinträchtigung, Werte von 5-8 eine mittlere und von 9-12 eine schwere Beeinträchtigung an (Tritt et al., 2003). Durch die

drei Subskalen ergibt sich ein differenziertes Bild der Beeinträchtigung und es lässt sich erkennen, auf welcher Dimension die Hauptbeeinträchtigung liegt.

Es wird ein Prävalenzzeitraum der letzten sieben Tage oder des letzten Jahres (im Durchschnitt) bewertet. In den in dieser Studie geführten Interviews wurde der aktuelle Zustand der Studienteilnehmer bewertet, dieser bezieht sich auf die letzten sieben Tage.

Einsatzgebiete des BSS sind unter anderem die klinische Praxis der Patientenbeurteilung, klinische Forschung sowie Grundlagenforschung, Therapieeffektvergleichs- und Katamneseforschung (Schepank, 1995). In der vorliegenden Arbeit wird der BSS herangezogen, um die Prä- und Postwerte der Studienteilnehmer zu vergleichen und so den Verlauf der psychogenen Beeinträchtigung zu erfassen.

Es ist wichtig zu betonen, dass der BSS nicht den Anspruch hat, die Behandelbarkeit einer Krankheit zu beurteilen. Es können Patienten mit einem hohen BSS-Gesamtwert leicht zu behandeln sein, während auf der anderen Seite ein niedriger Gesamtwert nicht gleich leichte Behandelbarkeit der psychogenen Beeinträchtigung bedeutet.

Die Interviews fanden in den Räumlichkeiten des LVR Klinikums Düsseldorf statt. Sie wurden von einer im BSS trainierten und geschulten Psychologin durchgeführt, die zum Aufnahmezeitpunkt keinerlei Kontakt mit den Patienten hatte. So konnte gewährleistet werden, dass die Studienteilnehmer unabhängig bewertet wurden und nicht von einer Person, die evtl. Patienten aus der Zeit einer Therapie kannte. Einige wenige Interviews wurden von den drei Doktoranden geführt, die am Studienprojekt teilnahmen. Für die Studie wurde ein Interviewleitfaden entwickelt, an dem sich die Interviewer orientieren konnten. Jeder Interviewer war mit dem Manual von Schepank vertraut und hat an einer Rater-Schulung teilgenommen.

2.2.2 Einschätzung aus Patientensicht: Die PSE

Zusätzlich zum BSS, der aus Therapeutensicht das psychogene Befinden der Teilnehmer abschätzt, gab es im PAT-Patientenfragebogen - in Analogie zum BSS - drei Items, die die subjektive erlebte Beeinträchtigung abfragten. Hier

mussten die Probanden Aussagen treffen bezüglich ihrer Beschwerden 1. „im körperlichen Bereich“, 2. „im seelischen Bereich“ und 3. zu „zwischenmenschlichen Beziehungen und ihrem Leistungsvermögen“. Wie beim BSS konnten die Aussagen auf einer fünfstufigen Skala bewertet werden. Die Skala reichte von 0= gar nicht, 1= geringfügig, 2= deutlich, 3= stark bis 4= extrem.

Der Patientenfragebogen zu soziodemographischen Daten wurde im LVR Klinikum Düsseldorf entwickelt und wird dort routinemäßig erhoben. Da er zum Teil Eingang in die vorliegende Arbeit fand, wird dieser Abschnitt im Folgenden der Einfachheit halber als „Patienten-Selbst-Einschätzung (PSE)“ bezeichnet. Es wird jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die PSE nicht auf Testgütekriterien geprüft wurde. Eine Korrelation mit dem BSS aus Expertensicht brachte jedoch hohe Werte und um die Patientensicht der Expertensicht gegenüberzustellen, wurde er als Vergleich herangezogen.

3. Ergebnisse

3.1. Deskriptive Beschreibung der Patientenstichprobe

Alle Daten wurden mit SPSS für Windows analysiert. Bei allen Tests wurden Ergebnisse mit $p < ,05$ als signifikant erachtet, Ergebnisse mit $p < ,01$ als hochsignifikant. Mittelwerte und Standardabweichungen werden als $M \pm SD$ angegeben. Alle Skalen wurden auf Normalverteilung geprüft. Da sie fast alle von der Normalverteilung abwichen, erfolgte die Auswertung non-parametrisch.

Für die Tabellen gilt, - da nicht alle Items zu jedem Erhebungszeitpunkt vollständig vorliegen -, dass die Stichprobengröße variieren kann. Es werden immer die gültigen Prozente angegeben, das heißt die für das Item jeweils vorliegende Fallzahl wird als 100% angesehen.

Zuerst wurden die soziodemographischen Daten der Studienteilnehmer mit den Nicht-Teilnehmern verglichen (vgl. Tabelle 3). Da für die Nicht-Teilnehmer nur die Daten vom Aufnahmezeitpunkt vorlagen, beziehen sich die soziodemographischen Angaben für beide Gruppen auf diesen Zeitpunkt.

Die Altersverteilung unterscheidet sich im Wilcoxon-Test signifikant voneinander. Ein Vergleich der Altersverteilung von Studienteilnehmern und Nicht-Teilnehmern mittels Wilcoxon-Test ergab, dass die Teilnehmer mit durchschnittlich 44,10 Jahren ($SD= 11,83$) wesentlich älter sind als die Nicht-Teilnehmer mit $M= 37,79$ Jahren ($SD= 11,66$). Dieser Unterschied ist auf dem 0,1%- Niveau signifikant ($Z= -5,35$, $p=< ,000$).

Auch beim Familienstand unterscheiden sich Studienteilnehmer und Nicht-Teilnehmer signifikant voneinander ($Z= -2,68$, $p=< ,05$).

Bei den übrigen soziodemographischen Daten wird der Unterschied zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern nicht signifikant. Dies gilt auch für die Mittelwerte des Gesamt-BSS beider Gruppen: Ein statistischer Vergleich ergab, dass sich die Mittelwerte zum Aufnahmezeitpunkt nicht signifikant ($Z= -1,76$, $p= ,08$) voneinander unterscheiden: BSS-Gesamtwert der Teilnehmer: $M= 6,99$ ($SD= 1,28$), BSS-Gesamtwert der Nicht-Teilnehmer: $M=6,62$ ($SD= 1,82$).

Tabelle 3: Vergleich der soziodemographischen Daten von Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern zum Aufnahmezeitpunkt

Vergleich der soziodemographischen Daten von Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern zum Aufnahmezeitpunkt		
	Teilnehmer	Nicht-Teilnehmer
N	112	535
Alter		
M (SD)	44,10 (11,83)	37,79 (11,66)
	N (Prozent)	N (Prozent)
Geschlecht		
Frau	75 (67%)	340 (63,9%)
Mann	37 (33%)	192 (36,1%)
Familienstand		
feste Partnerschaft/ verheiratet	48 (44,4%)	210 (41,3%)
keine Partnerschaft	60 (55,6%)	298 (58,7%)
Wohnsituation		
alleine	37 (33,3%)	168 (32,7%)
mit Partner/ Familie/ WG	74 (66,7%)	346 (67,3%)
Schulabschluss		
niedriger Schulabschluss	21 (18,9%)	101 (19,6%)
Höherer Schulabschluss	90 (81,1%)	415 (80,4%)
Berufstätigkeit		
berufstätig	65 (58,6%)	276 (53,1%)
nicht berufstätig	46 (41,4%)	244 (46,9%)

N= Anzahl, M= Mittelwert, SD= Standardabweichung

Da die statistischen Berechnungen ergaben, dass sich - mit Ausnahme des Alters - die Katamnesegruppe (‚Stichprobe‘) nicht von den Nicht-Teilnehmern unterscheidet, kann die Katamnesegruppe als repräsentativ für das gesamte ‚Patientenkollektiv 2‘ angenommen werden.

Die Stichprobe bildet ein Patientenkollektiv von N=112 Patienten. Zusammengesetzt ist dieses Kollektiv aus 75 Frauen (67%) und 37 Männern (33%). Das entspricht einer üblichen Geschlechterverteilung in der Psychosomatik (vgl. Abbildung 2).

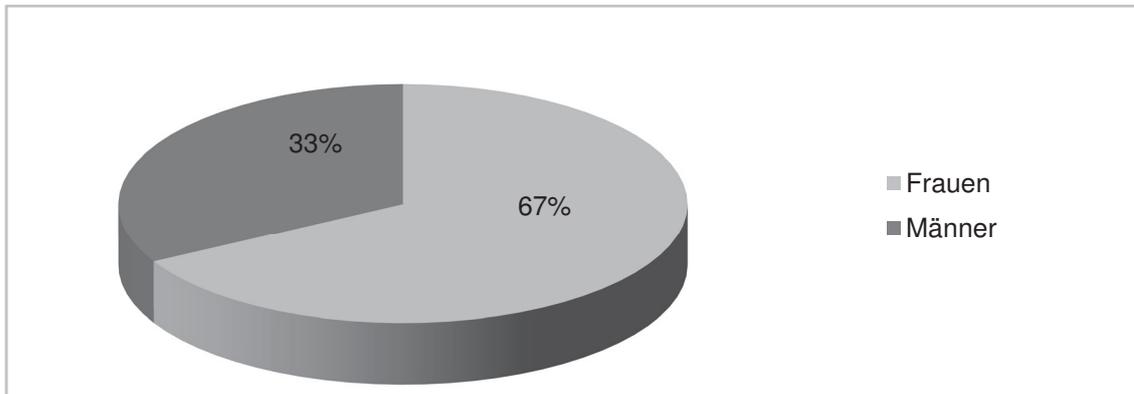


Abbildung 2: Geschlechterverteilung in der Stichprobe

Nach diesem Vergleich wurden die soziodemographischen Daten der Teilnehmer zum Aufnahmezeitpunkt näher untersucht. Hierbei wurde die Stichprobe in die Gruppen ‚ambulant‘ und ‚kombiniert‘ aufgeteilt (vgl. Tabelle 3).

Wie die Einteilung in diese Gruppen erfolgte, ist im Kapitel 2 „Methodik“ aufgeführt.

Hinsichtlich der Altersverteilung der Gruppen ‚ambulant‘ und ‚kombiniert‘ sind deutliche Unterschiede festzustellen (vgl. Abbildung 3). Während zum Aufnahmezeitpunkt die ambulante Gruppe im Durchschnitt 48,68 Jahre alt ist, sind die Patienten der kombinierten Gruppe mit durchschnittlich 42,43 Jahren deutlich jünger. Dieser Unterschied ist auf dem 5%- Niveau signifikant und wird in Abbildung 3 graphisch verdeutlicht.

Auch bezüglich des Familienstandes unterscheiden sich die Gruppen ‚ambulant‘ und ‚kombiniert‘ (vgl. Tabelle 4): Zum Aufnahmezeitpunkt sind 13 Personen der ambulanten Gruppe verheiratet und 23 Personen der kombinierten Gruppe.

Table 4: Soziodemographische Daten der Stichprobe (ambulant, kombiniert, gesamt) zu den Zeitpunkten Aufnahme und Katamnese

Soziodemographische Daten der Stichprobe bei Aufnahme und Katamnese						
	Ambulant		Kombiniert		Gesamt	
	Aufnahme	Katamnese	Aufnahme	Katamnese	Aufnahme	Katamnese
N (Prozent)	31 (28%)		75 (67%)		112 (100%)	
Alter						
M (SD)	48,68 (12,02)	54,26 (12,11)	42,43 (11,08)	47,45 (11,16)	41,33 (15,53)	47,33 (15,28)
	N (Prozent)	N (Prozent)	N (Prozent)	N (Prozent)	N (Prozent)	N (Prozent)
Geschlecht						
Frau	22 (71%)		48 (64%)		75 (67%)	
Mann	9 (29%)		27 (36%)		37 (33%)	
Familienstand						
verheiratet	13 (42%)	12 (39%)	23 (31%)	26 (35%)	40 (36%)	40 (36%)
feste Partnerschaft	2 (7%)	2 (7%)	8 (11%)	9 (12%)	10 (9%)	11 (10%)
verwitwet	2 (7%)	2 (7%)	2 (3%)	2 (3%)	4 (4%)	5 (5%)
getrennt/ geschieden	6 (19%)	8 (26%)	16 (21%)	20 (27%)	22 (20%)	29 (26%)
ledig	8 (26%)	7 (23%)	26 (35%)	18 (24%)	36 (32%)	27 (24%)
Kinder						
keine	13 (42%)	13 (42%)	48 (64%)	41 (55%)	62 (55%)	55 (49%)
Kind(er)	18 (58%)	18 (58%)	27 (36%)	34 (45%)	50 (45%)	57 (51%)
Wohnsituation						
alleine	11 (36%)	14 (45%)	26 (35%)	31 (41%)	37 (33%)	47 (42%)
mit Partner/ Familie	19 (61%)	17 (55%)	46 (61%)	41 (55%)	71 (63%)	62 (55%)
Wohngemein- schaft	1 (3%)	-	3 (4%)	3 (4%)	4 (4%)	3 (3%)
Schulabschluss						
Hauptschule	10 (32%)	8 (26%)	8 (11%)	5 (7%)	20 (18%)	15 (13%)
Realschule/ mittlere Reife	13 (42%)	14 (45%)	19 (25%)	22 (29%)	33 (30%)	37 (33%)
Abitur/ Fachabitur	2 (7%)	3 (10%)	25 (33%)	21 (28%)	29 (26%)	26 (23%)

Hoch- /Fachhoch- schulabschluss	6 (19%)	6 (19%)	22 (29%)	26 (35%)	29 (26%)	33 (30%)
noch in Schule	-	-	1 (1%)	1 (1%)	1 (1%)	1 (1%)
Beruf						
Hausfrau/ -mann	3 (10%)	2 (7%)	5 (7%)	3 (4%)	9 (8%)	5 (5%)
Arbeiter/in	2 (7%)	2 (7%)	4 (5%)	3 (4%)	6 (5%)	5 (5%)
Angestellte/r	13 (42%)	10 (32%)	32 (43%)	21 (28%)	48 (43%)	33 (30%)
Selbstständig	1 (3%)	1 (3%)	5 (7%)	8 (11%)	6 (5%)	9 (8%)
Arbeitslos	5 (16%)	2 (7%)	10 (13%)	7 (9%)	16 (14%)	11 (10%)
Rentner/in	5 (16%)	11 (36%)	6 (8%)	24 (32%)	12 (11%)	37 (33%)
dauerhaft krank- geschrieben	-	2 (7%)	2 (3%)	2 (3%)	2 (2%)	4 (4%)
Schüler/ Student	-	-	8 (11%)	5 (7%)	9 (8%)	5 (5%)
fehlend	1 (3%)	1 (3%)	3 (4%)	2 (3%)	4 (4%)	3 (3%)

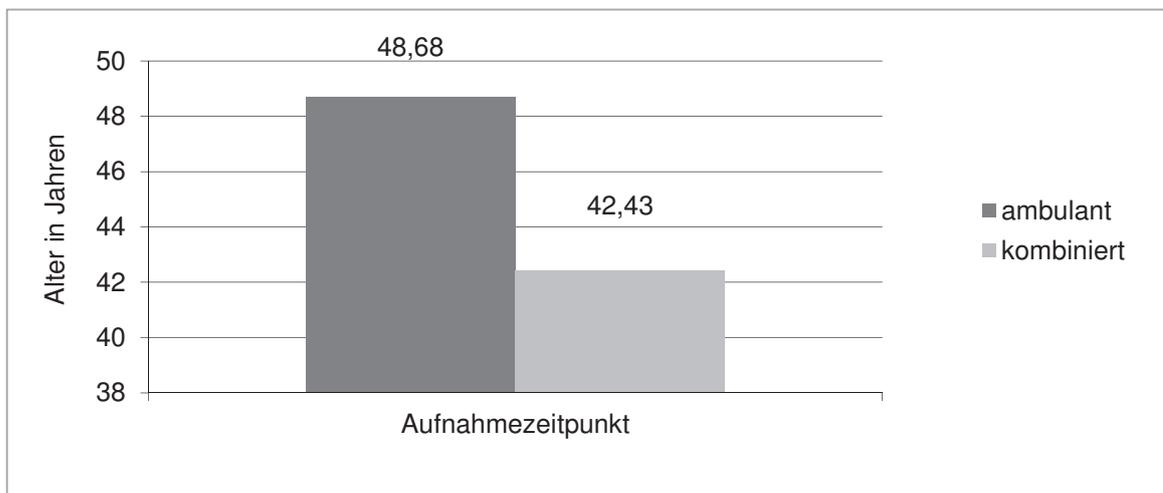


Abbildung 3: Altersunterschiede in Jahren zwischen ambulant und kombiniert Behandelten zum Aufnahmezeitpunkt

Diese Differenz wird zum Katamnesezeitpunkt noch etwas größer, jetzt sind 12 Personen der ambulanten Gruppe verheiratet und 26 aus der kombinierten. Sowohl zum Aufnahme- wie auch zum Katamnesezeitpunkt sind ebenfalls mehr Patienten der kombinierten Gruppe in einer festen Partnerschaft. Jedoch sind in

dieser Gruppe auch mehr Trennungen/ Scheidungen zu verzeichnen: Bei der Katamnese sind es 8 Teilnehmer der ambulanten Gruppe und 20 der kombinierten Gruppe. Auch der Anteil der ledigen Personen liegt bei der Stichprobe der kombinierten Patienten höher. Hier ist ein Rückgang vom Aufnahme- zum Katamnesezeitpunkt zu verzeichnen.

Die Hauptdiagnosen (nach DSM) bei Erstkontakt konnten wie folgt ermittelt werden: Affektive Störung: N= 48 (43%), Somatoforme Störung: N= 18 (16%), Angststörung: N= 14 (13%), Anpassungsstörung: N= 9 (8%), Persönlichkeitsstörung: N= 9 (8%), Essstörung: N= 3 (3%), andere: N= 11 (10%).

Der Katamnesezeitraum liegt für die Studienteilnehmer im Durchschnitt bei 65,97 Monaten. Dies entspricht bei Aufrundung auf 66 Monate einem durchschnittlichen Katamnesezeitraum von 5,5 Jahren. Das Maximum sind 83 Monate und das Minimum 47. Es wurde dabei vom 01.01.2011, dem Start der Rekrutierung, ausgegangen.

3.2 Untersuchungen der psychogenen Beeinträchtigung

3.2.1 Stabilität der Ergebnisse zwischen Aufnahme und Katamnese

Es wurden die Korrelationen nach Spearman-Rho zwischen der Therapeuteneinschätzung (BSS) und den Selbst-Einschätzungen der Patienten (PSE) auf den Skalen körperlich, psychisch und sozial-kommunikativ gebildet (vgl. Tabelle 5). Es zeigt sich, dass diese zum Aufnahmezeitpunkt nur auf der Subskala ‚körperlich‘ signifikant werden, zum Katamnesezeitpunkt jedoch auf allen drei Subskalen hochsignifikant sind.

Des Weiteren wurde untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen den BSS-Werten und dem Alter besteht, um Störeffekte auszuschließen, jeweils untersucht zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 5: Korrelationen zwischen Therapeuten-Einschätzung (BSS)
und Patienten-Selbst- Einschätzung (PSE)

Korrelationen zwischen Therapeuten-Einschätzung (BSS) und Patienten-Selbst-Einschätzung (PSE)		
	Aufnahme	Katamnese
BSS/PSE		
kö	,28**	,50***
psy	,16	,52***
soz	,12	,41***
ges	,16	,64***
kö= körperlich, psy= psychisch, soko= sozial-kommunikativ, ges= gesamt, *p< ,05 **p< ,01 ***p< ,001		

Tabelle 6: Zusammenhänge zwischen BSS- und PSE-Skalen und Alter bei Aufnahme und Katamnese

Zusammenhänge zwischen BSS- und PSE-Skalen und Alter bei Aufnahme und Katamnese		
	Aufnahme	Katamnese
BSS- Therapeut		
kö	,23*	,07
psy	,60	,02
soko	-,11	,03
ges	,08	,57
PSE-Patient		
kö	,26**	,11
psy	-,06	,11
soko	-,11	-,02
ges	,07	,07
BSS= Beeinträchtigungs-Schwere-Score, PSE= Patienten-Selbst-Einschätzung, kö= körperlich, psy= psychisch, soko= sozial-kommunikativ, ges= gesamt, *p< ,05 **p< ,01 ***p< ,001		

Es zeigt sich, dass ein Zusammenhang zwischen dem Alter und den BSS-Werten nur auf der Subskala ‚körperlich‘ signifikant wird. Daher ist davon auszugehen, dass der Faktor ‚Alter‘ nur eine untergeordnete Rolle spielt und in der Auswertung nicht weiter beachtet werden muss.

Auch der mögliche Einflussfaktor ‚Geschlecht‘ wurde statistisch kontrolliert (vgl. Tabelle 7). Da die Daten nicht normalverteilt sind, wurden mehrere Wilcoxon-Tests gerechnet.

Tabelle 7: Geschlechtseffekte auf BSS und PSE bei Aufnahme und Katamnese

Geschlechtseffekte auf BSS und PSE bei Aufnahme und Katamnese						
	Aufnahme			Katamnese		
	Männer	Frauen	Z	Männer	Frauen	Z
	MR	MR		MR	MR	
BSS- Therapeut						
kö	38,60	55,96	-3,07**	45,09	59,49	-2,32*
psy	54,78	47,50	-1,36	52,85	55,23	-0,38
soko	55,50	46,45	-1,62	53,83	54,79	-0,15
ges	48,17	50,92	-0,47	49,58	56,67	-1,09
PSE-Patient						
kö	39,56	59,80	-3,20**	41,45	58,06	-2,67**
psy	50,06	57,34	-1,24	48,42	56,49	-1,28
soko	55,41	52,56	-0,40	47,92	56,71	-1,41
ges	43,39	56,06	-2,05*	43,27	56,60	-2,09*
BSS= Beeinträchtigungs-Schwere-Score, PSE= Patienten-Selbst-Einschätzung, kö= körperlich, psy= psychisch, soko= sozial-kommunikativ, ges= gesamt, MR= Mittlere Ränge, Z= Empirischer Wert, *p< ,05 **p< ,01 ***p< ,001						

Es ist festzustellen, dass jeweils zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt die Frauen auf der Subskala ‚körperlich‘ signifikant höher liegen. Dieser Effekt zeigt sich sowohl im Expertenrating, als auch in der Selbst-Einschätzung. Da die anderen Subskalen jedoch nicht signifikant mit dem Geschlecht in Zusammenhang stehen, wird auch dieser Störfaktor als minimal eingeschätzt.

Es ist nicht davon auszugehen, dass diese Variable die Ergebnisse systematisch beeinflusst, sie kann in folgenden Berechnungen vernachlässigt werden.

Die wichtigste Berechnung der vorliegenden Arbeit zeigt die Unterschiede der psychogenen Beeinträchtigung zwischen Aufnahme und Katamnese bei ambulant und kombiniert Behandelten (vgl. Tabelle 8). Um das Maß der Differenz zwischen den Gruppen zu quantifizieren, wurde die Effektstärke d nach Cohen berechnet. Dabei ist

$d = 0 - 0,2$ kein oder ein geringer Effekt,

$d = 0,2 - 0,6$ ein mittlerer Effekt und

$d = > 0,6$ ein starker Effekt.

Nach Einschätzung der Therapeuten ist für die Gruppe der ambulant Behandelten auf keiner Subskala eine signifikante Verbesserung bei den BSS-Werten zu verzeichnen. Die Mittelwerte aller drei Subskalen und auch des BSS-Gesamtwerts gehen in die erwartete Richtung, denn sie sinken leicht ab, z.B. beim Gesamtwert von 6,73 (SD= 1,46) auf 5,57 (SD= 2,24). Die Effektstärke liegt bei 0,61, die Differenz wird jedoch nicht signifikant. Trotzdem sind die Effekte auf der körperlichen und psychischen Ebene nach Cohen als mittlere Effekte einzuschätzen. Dabei weist die Subskala ‚psychisch‘ die beste Tendenz auf mit einer Effektstärke von 0,53. Der Gesamt-BSS-Wert zeigt nach Cohen eine mittlere bis hohe Effektstärke.

Bei der Einschätzung der Therapeuten für die Gruppe der kombiniert Behandelten sind die Ergebnisse deutlicher. Es zeigt sich auf zwei der Subskalen und damit auch beim Gesamt-BSS eine signifikante Verbesserung zwischen Aufnahme- und Katamnesewerten, (körperlich $Z = -2,19$, $p < ,05$, psychisch $Z = -4,46$, $p < ,001$, gesamt $Z = -3,55$, $p < ,001$, jeweils zweiseitig getestet). Wie auch bei der ambulanten Gruppe fällt die Verbesserung auf der psychischen Ebene am stärksten aus. Mit einem $d = 0,89$ fällt der Wert sehr deutlich in den Bereich eines starken Effekts.

Es sollen nicht nur die Verbesserungen innerhalb eines Settings betrachtet werden, sondern auch die ambulante und kombinierte Gruppe im Vergleich. Nur auf der Subskala ‚psychisch‘ der kombiniert Behandelten ist im Expertenrating

eine signifikante ($p < ,001$) Verbesserung zu verzeichnen. Die Effektstärken der beiden Gruppen liegen auf dieser Skala mit 0,53 (ambulant) und 0,89 (kombiniert) zugunsten der Stationären deutlich auseinander.

Ebenfalls beim Expertenrating lag der Gesamt-BSS im Mittel bei der Katamnese für die ambulante Gruppe bei 5,57 (SD= 2,24) und für die kombinierte Gruppe bei 6,01 (SD= 2,16). Der Unterschied zwischen Aufnahme und Katamnese wird nur für die kombiniert Behandelten hochsignifikant ($p < ,001$) und gibt einen starken Effekt wieder.

Die Ergebnisse der Selbsteinschätzung der Patienten (PSE) weisen in die gleiche Richtung wie das Experten-Rating. Hier geben die Patienten der ambulant behandelten Gruppe eine Besserung auf allen drei Skalen an, die Ergebnisse werden alle mit einem $p < ,05$ signifikant. Bei den kombiniert Behandelten ist die Verbesserung aus Sicht der Patienten ebenfalls vorhanden, fällt dabei aber mit einem $p < ,001$ in allen Bereichen noch deutlicher aus.

Insgesamt zeigen die Werte, dass die Veränderung auf der psychischen Ebene bei beiden Gruppen sowohl aus Expertensicht, wie auch in der Selbsteinschätzung am stärksten ausfällt.

Auch der graphische Vergleich des Verlaufs der Mittelwerte beider Gruppen zwischen Aufnahme und Katamnese zeigt die deutliche Tendenz. Die y-Achse wurde dabei auf 4 trunciert.

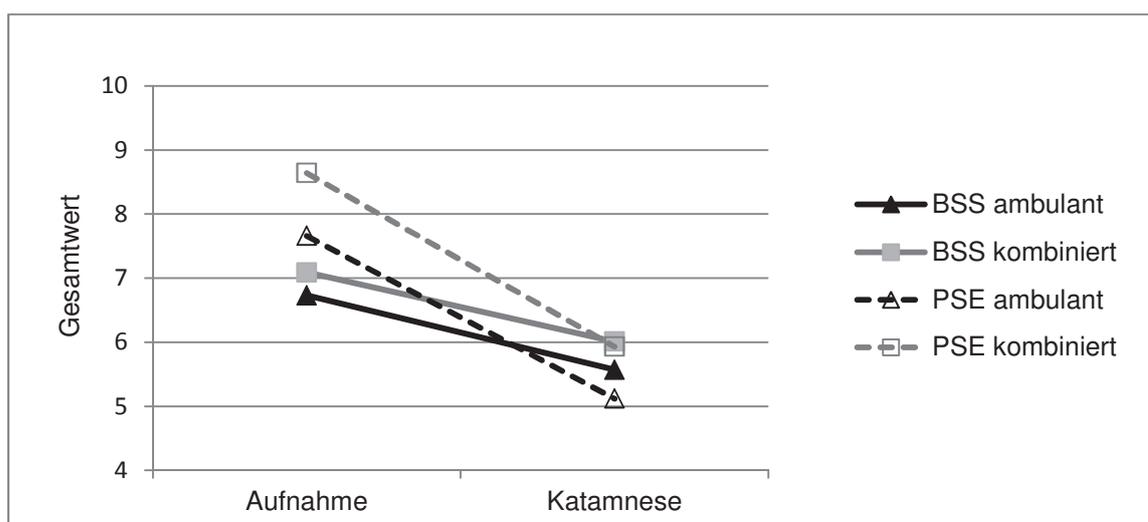


Abbildung 4: Mittelwerte des Gesamt-BSS und der PSE im Vergleich zwischen Aufnahme und Katamnese

Tabelle 8: Unterschiede zwischen Aufnahme und Katamnese im BSS und in der PSE bei den Gruppen ‚ambulant‘, ‚kombiniert‘ und ‚gesamt‘

Unterschiede zwischen Aufnahme und Katamnese im BSS und in der PSE bei den Gruppen ‚ambulant‘, ‚kombiniert‘ und ‚gesamt‘												
	ambulant				kombiniert				gesamt			
	Auf M (SD)	Kat M (SD)	Z	d	Auf M (SD)	Kat M (SD)	Z	d	Auf M (SD)	Kat M (SD)	Z	d
BSS												
kö	2,07 (0,68)	1,60 (1,10)	-1,80	0,51	1,88 (0,81)	1,67 (0,96)	-2,19*	0,25	1,94 (0,81)	1,61 (0,98)	-3,25**	0,37
psy	2,48 (0,64)	2,03 (1,03)	-1,50	0,53	2,83 (0,60)	2,17 (0,86)	-4,46***	0,89	2,73 (0,62)	2,12 (0,94)	-4,70***	0,79
soko	2,19 (0,98)	1,93 (0,98)	-0,78	0,27	2,35 (0,69)	2,17 (0,92)	-1,55	0,27	2,31 (0,81)	2,09 (0,96)	-1,64	0,25
ges	6,73 (1,46)	5,57 (2,24)	-1,67	0,61	7,09 (1,25)	6,01 (2,16)	-3,55***	0,64	6,99 (1,28)	5,83 (2,20)	-4,09***	0,64
PSE												
kö	2,14 (1,19)	1,52 (1,12)	-2,20*	0,54	2,35 (1,10)	1,69 (1,07)	-3,89***	0,60	2,23 (1,13)	1,63 (1,09)	-4,51***	0,55
psy	2,93 (0,83)	1,71 (1,15)	-3,31*	1,22	3,25 (0,78)	2,08 (1,18)	-6,09***	1,17	3,13 (0,81)	2,02 (1,20)	-6,62***	1,08
soko	2,53 (0,90)	1,75 (1,14)	-2,42*	0,76	3,00 (0,96)	2,16 (1,05)	-5,01***	0,84	2,86 (0,96)	2,04 (1,09)	-5,60***	0,79
ges	7,66 (2,40)	5,12 (3,12)	-2,80*	0,91	8,64 (2,20)	5,93 (2,87)	-5,92***	1,06	8,26 (2,31)	5,72 (2,98)	-6,48***	0,93

Auf= Aufnahme, Kat= Katamnese, BSS= Beeinträchtigungs-Schwere-Score,
PSE= Patienten-Selbst-Einschätzung, kö= körperlich, psy= psychisch,
soko= sozial-kommunikativ, ges= gesamt, d= Cohen´s d als Effektstärkenschätzer, M= Mittelwert,
SD= Standardabweichung, Z= Empirischer Wert,
*p< ,05 **p< ,01 ***p< ,001

3.2.2 Vergleich der Responder und Non-Responder

In Tabelle 9 werden die einzelnen Punktwert-Differenzen beider Gruppen zwischen Aufnahme und Katamnese aufgeführt. Hierfür wurden die Katamnesewerte von den Aufnahmewerten abgezogen. Ein positiver Wert steht daher für eine Verbesserung, ein negativer Wert weist auf eine Punktwert-Verschlechterung hin. Da die Ergebnisse auf der psychischen Skala am deutlichsten ausfielen, werden hier die mittleren Differenzen genauer betrachtet. Beim Expertenrating verbesserten sich die ambulant Behandelten um durchschnittlich 0,38 (SD= 1,20) Punkte auf der Subskala ‚psychisch‘, die kombiniert Behandelten um 0,65 (SD=0,97) Punkte. Dieser Unterschied ist zwar deutlich, wird jedoch nicht signifikant. Die Differenz beim Gesamtwert fällt aus Expertensicht größer aus als bei der Selbsteinschätzung der Patienten. Die Mittelwerte der Differenzen liegen aus Expertensicht mit 0,88 (ambulant) und 1,11 (kombiniert) weiter auseinander als bei der Selbsteinschätzung mit 2,71 (ambulant) und 2,70 (kombiniert). Genannt werden muss dabei aber auch die große Standardabweichung bei Einschätzung der Patienten.

Weiter wird untersucht inwiefern sich die psychogene Beeinträchtigung im Verlauf verbessert. Hinsichtlich der Punktwert-Verbesserungen (bezogen auf den Gesamt-BSS) wird üblicherweise erst von einer „klinisch signifikanten Verbesserung“ gesprochen, wenn eine Differenz von ≥ 2 Punkten vorliegt. Darum soll gezeigt werden, bei wie vielen der Studienteilnehmer dies der Fall ist. Probanden, die sich um ≥ 2 Gesamtpunkte des BSS verbessert haben, werden als ‚Responder‘ bezeichnet. Alle übrigen Teilnehmer sind somit ‚Non-Responder‘.

Hierfür wurden die Differenzen zwischen Aufnahme und Katamnese im Gesamtwert für BSS und PSE gerechnet (vgl. Abbildung 5 und 7). Positive Differenzwerte geben eine Verbesserung wieder, negative Differenzwerte zeigen eine Verschlechterung durch Zunahme der Punktzahl von der Aufnahme zur Katamnese (Punktwert Aufnahme minus Punktwert Katamnese).

Aufgrund fehlender Werte zum Aufnahmezeitpunkt konnten die Differenzen nur für 95 Teilnehmer berechnet werden.

Tabelle 9: Punktwert-Differenzen bei BSS und PSE zwischen Aufnahme und Katamnese der Gruppen ,ambulanz', ,kombiniert' und ,gesamt'

Punktwert-Differenzen bei BSS und PSE zwischen Aufnahme und Katamnese der Gruppen ,ambulanz', ,kombiniert' und ,gesamt'			
	ambulanz	kombiniert	gesamt
	M (SD)	M (SD)	M (SD)
BSS- Therapeut			
kö	0,46 (1,27)	0,27 (0,95)	0,36 (1,07)
psy	0,38 (1,20)	0,65 (0,97)	0,58 (1,05)
soko	0,20 (1,15)	0,17 (1,13)	0,19 (1,13)
ges	0,88 (2,49)	1,11 (2,36)	1,11 (2,39)
PSE-Patient			
kö	0,72 (1,43)	0,64 (1,23)	0,64 (1,26)
psy	1,33 (1,62)	1,17 (1,18)	1,14 (1,36)
soko	0,89 (1,74)	0,91 (1,27)	0,85 (1,42)
ges	2,71 (4,06)	2,70 (2,80)	2,64 (3,19)
BSS= Beeinträchtigungs-Schwere-Score, PSE= Patienten-Selbst-Einschätzung, kö= körperlich, psy= psychisch, soko= sozial-kommunikativ, ges= gesamt, M= Mittelwert, SD= Standardabweichung			

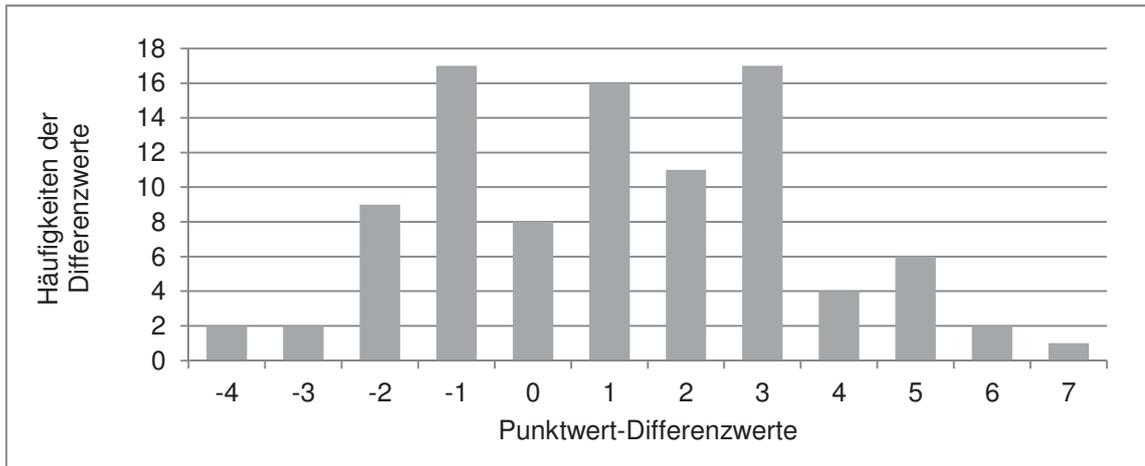


Abbildung 5: Häufigkeitsverteilung der Punktwert-Differenzen zwischen Aufnahme und Katamnese des Gesamt-BSS

Zusammengerechnet bedeutet dies, dass sich 13 Teilnehmer (12,8%) der Stichprobe verschlechtert haben. 41 Teilnehmer (43,6%) haben sich vom Punktwert entweder gar nicht verändert (N= 8 (8,4%)) oder nur um plus/minus einen Punkt, was keine klinisch signifikante Veränderung bedeutet. 41 Teilnehmer (43,6%) haben sich um zwei oder mehr Punkte verbessert.

Aus Expertensicht verteilen sich Responder und Non-Responder in der ‚Stichprobe‘ demnach wie folgt:

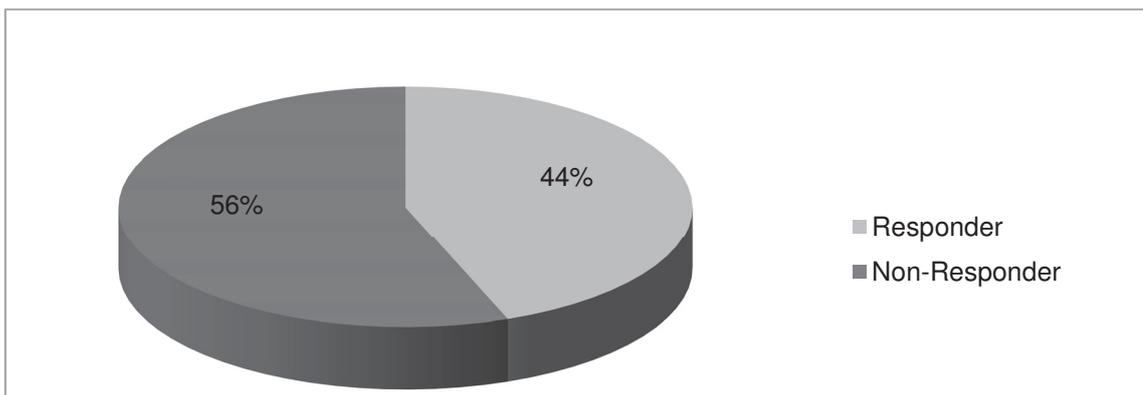


Abbildung 6: Verteilung der Studienteilnehmer anhand der BSS-Punktwertdifferenzen in die Gruppen Responder und Non-Responder

Die Differenzwerte aus Patientensicht (PSE) ergeben eine andere Verteilung (vgl. Abbildung 7):

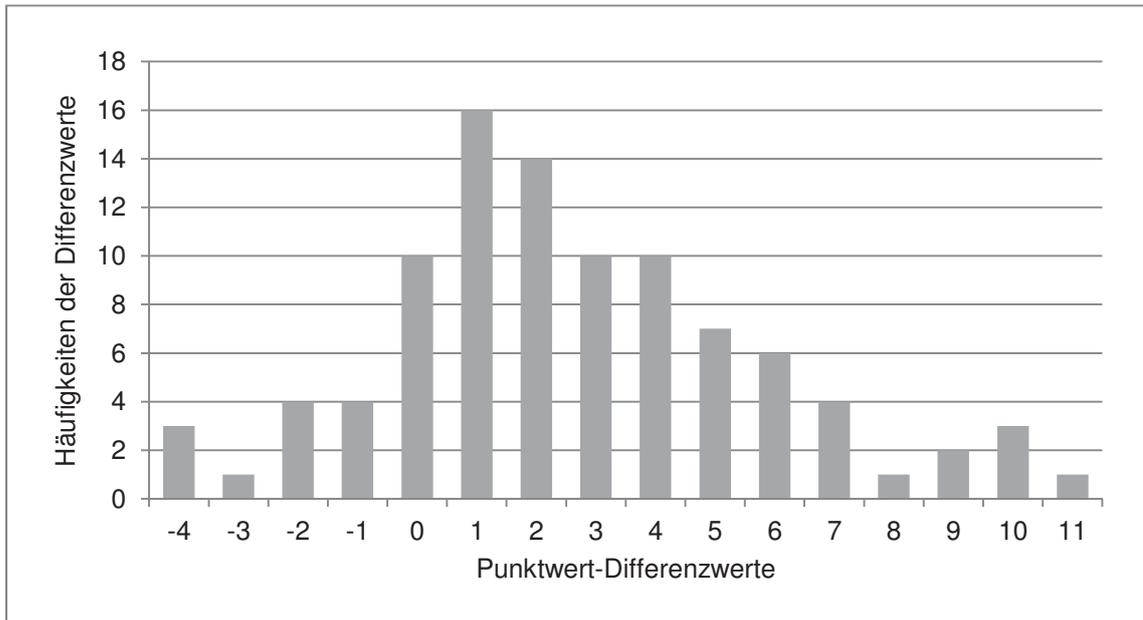


Abbildung 7: Häufigkeitsverteilung der Punktwert-Differenzen zwischen Aufnahme und Katamnese anhand der Gesamt-PSE

In der Patienten-Selbst-Einschätzung (PSE) haben sich 8 Teilnehmer (8,3%) der Stichprobe verschlechtert. Bei 30 Teilnehmern (31,3%) fand keine (N= 9 (10,4%)) oder nur eine geringe Veränderung (plus/minus einen Punkt) statt. 58 Teilnehmer (60,4%) dagegen haben sich klinisch signifikant gebessert.

Die Verteilung von Respondern und Non-Respondern in der Patienten-Selbst-Einschätzung (PSE) ist Abbildung 8 zu entnehmen:

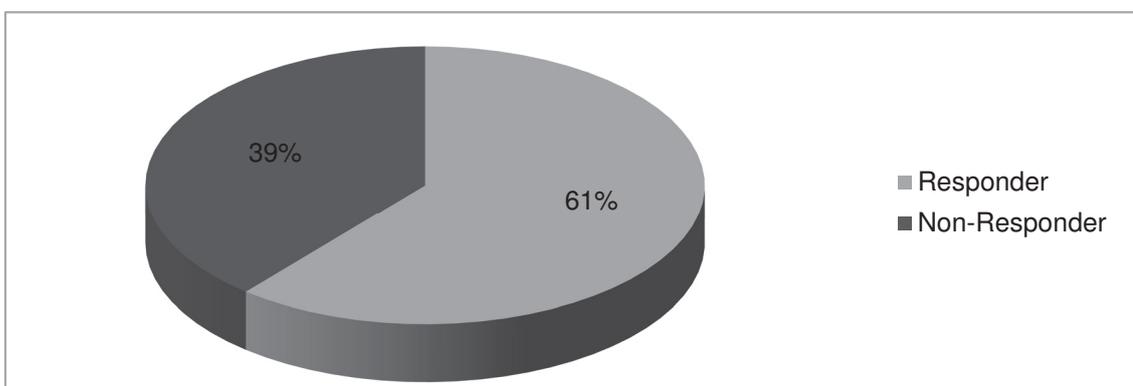


Abbildung 8: Verteilung der Studienteilnehmer in die Gruppen Responder und Non-Responder zum Katamnesezeitpunkt anhand der PSE

Eine statistische Überprüfung der soziodemographischen Daten der Responder und Non-Responder ergab, dass sich die Gruppen nicht signifikant voneinander unterscheiden.

3.2.3 Vergleich der Fälle und Nicht-Fälle

Eine weitere Möglichkeit das psychogene Befinden der Studienteilnehmer zu überprüfen, bietet -wie oben beschrieben- die Einteilung in Fälle und Nicht-Fälle. So wird verglichen, wie viele Studienteilnehmer zum Aufnahmezeitpunkt als Fall gewertet wurden und wie viele zum Katamnesezeitpunkt.

Ein Vergleich der Anzahl der Fälle zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt ergab bei der Expertenbewertung folgende Verteilung (vgl. Abbildung 9):

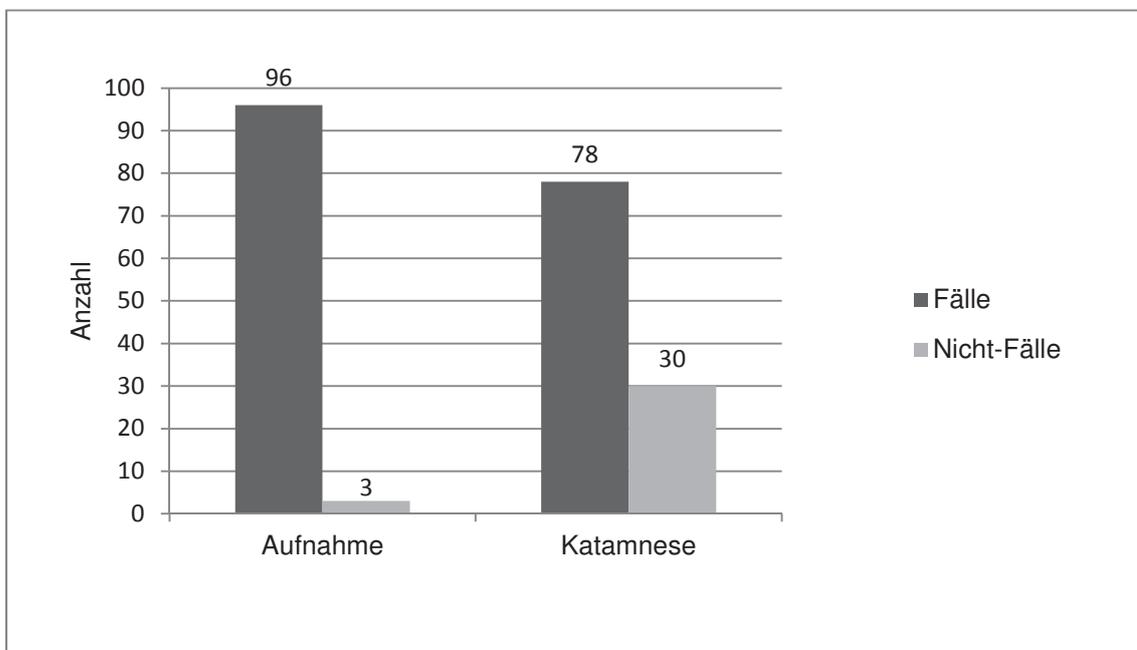


Abbildung 9: Verteilung der Studienteilnehmer aus Expertensicht in ‚Fälle‘ und ‚Nicht-Fälle‘ zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt

Von 99 verfügbaren Gesamtwerten wurden zum Aufnahmezeitpunkt 96 Personen (97,0 %) als ‚Fälle‘ gewertet. 3 Personen (3,0 %) waren ‚Nicht-Fälle‘. Zum Katamnesezeitpunkt lagen 108 Gesamtwerte vor. Jetzt wurden 72,2 % (N= 78) als ‚Fälle‘ gewertet, 27,8 % (N= 30) als ‚Nicht-Fälle‘.

Der Chi-Quadrat-Test weist einen hoch signifikanten Unterschied auf ($\chi^2 (1) = 23.61, p <.001$).

Ein Vergleich der Anzahl der Fälle zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt ergab bei der PSE folgende Verteilung (vgl. Abbildung 10):

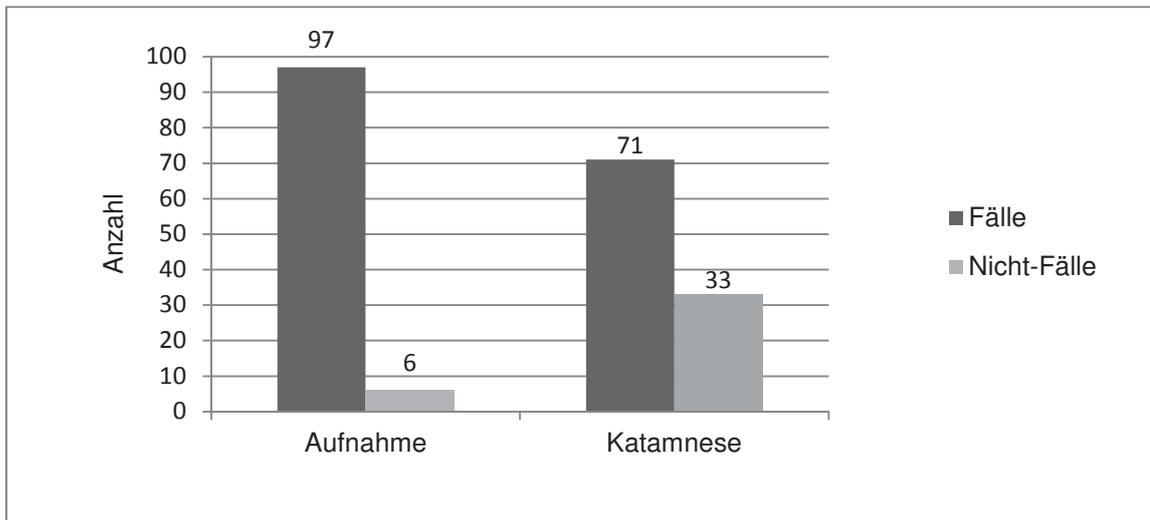


Abbildung 10: Verteilung der Studienteilnehmer aus Patientensicht in ‚Fälle‘ und ‚Nicht-Fälle‘ zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt

Von 103 verfügbaren Gesamtwerten wurden zum Aufnahmezeitpunkt 97 Personen (86,6 %) als ‚Fälle‘ gewertet. 6 Personen (5,4 %) waren ‚Nicht-Fälle‘. Zum Katamnesezeitpunkt lagen 104 Gesamtwerte vor. Jetzt wurden 63,4 % (N= 71) als ‚Fälle‘ gewertet, 29,5 % (N= 33) als ‚Nicht-Fälle‘.

Der Chi-Quadrat-Test weist auch bei der PSE einen hoch signifikanten Unterschied auf ($\chi^2 (1) = 22,71, p <.000$).

Analog zu der Einteilung in Responder/Non-Responder wurden für die Fälle und Nicht-Fälle die soziodemographischen Daten gegenübergestellt. Die statistische Überprüfung ergab, dass die Unterschiede zum Katamnesezeitpunkt in zwei Fällen signifikant werden. Der Anteil der Frührentner unterscheidet sich signifikant ($Z = -2,89, p < ,05$). Ebenfalls signifikant ist der Unterschied von Berufstätigen und Nicht-Berufstätigen ($Z = -2,87, p < ,01$). Knapp nicht signifikant geworden mit einem $p = ,059$ ist der Unterschied bei dem Item ‚Familienstand‘.

Die signifikanten Unterschiede sind zur besseren Übersicht hier noch einmal graphisch dargestellt (Abbildungen 11 und 12):

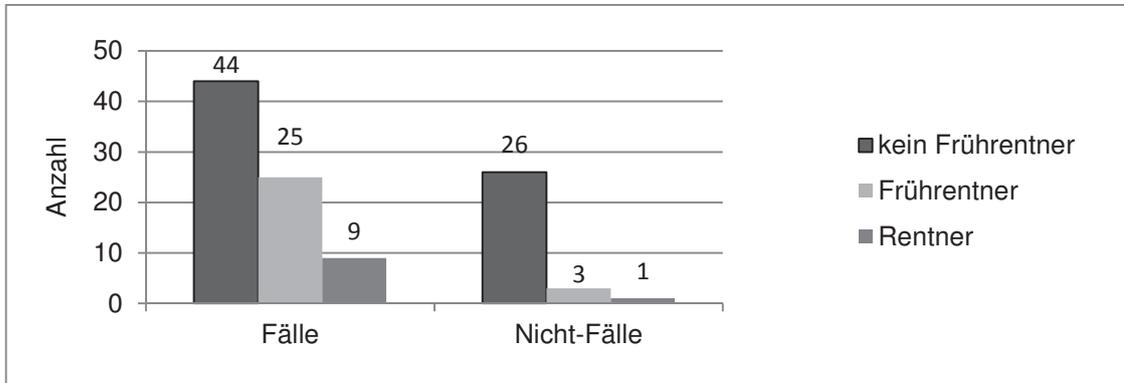


Abbildung 11: Darstellung der Anteile von ‚kein Frührentner‘, ‚Frührentner‘ und ‚Rentner‘ zum Katamnesezeitpunkt bei Fällen und Nicht-Fällen

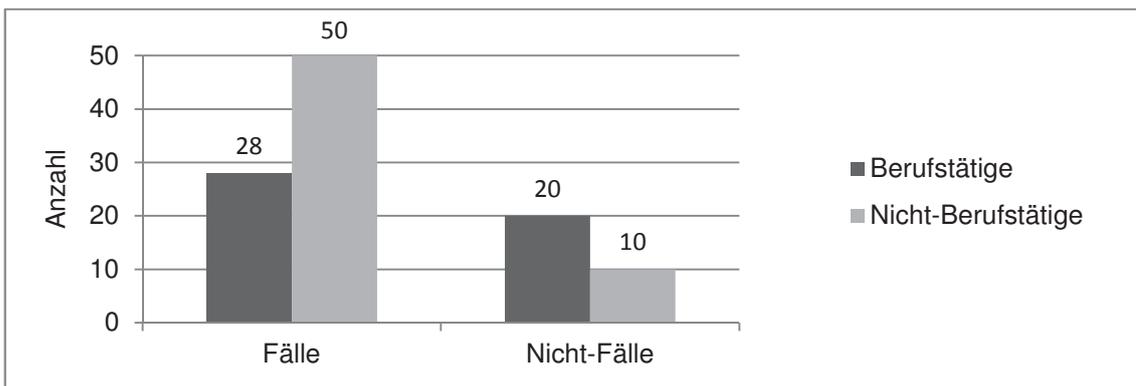


Abbildung 12: Darstellung der Anteile von Berufstätigen und Nicht-Berufstätigen zum Katamnesezeitpunkt bei Fällen und Nicht-Fällen

Zum Katamnesezeitpunkt liegen für 95 Teilnehmer Einteilungen in die Gruppen Responder/Non-Responder und Fälle/Nicht-Fälle vor. 52 Teilnehmer sind Non-Responder und wurden vom Experten auch als Fall eingestuft. Eine Person gehört zu den Non-Respondern, wurde aber nicht als Fall bewertet. 25 Responder wurden zu den Nicht-Fällen gezählt, 17 der Responder wurden vom Experten als Fall eingestuft.

3.2.4 Vergleich der Gruppen ambulant und kombiniert

Eine Überprüfung der Responder und Non-Responder hinsichtlich ihrer Verteilung auf die Gruppen ‚ambulant‘ und ‚kombiniert‘ ergab folgende Verteilung (vgl. Abbildung 13):

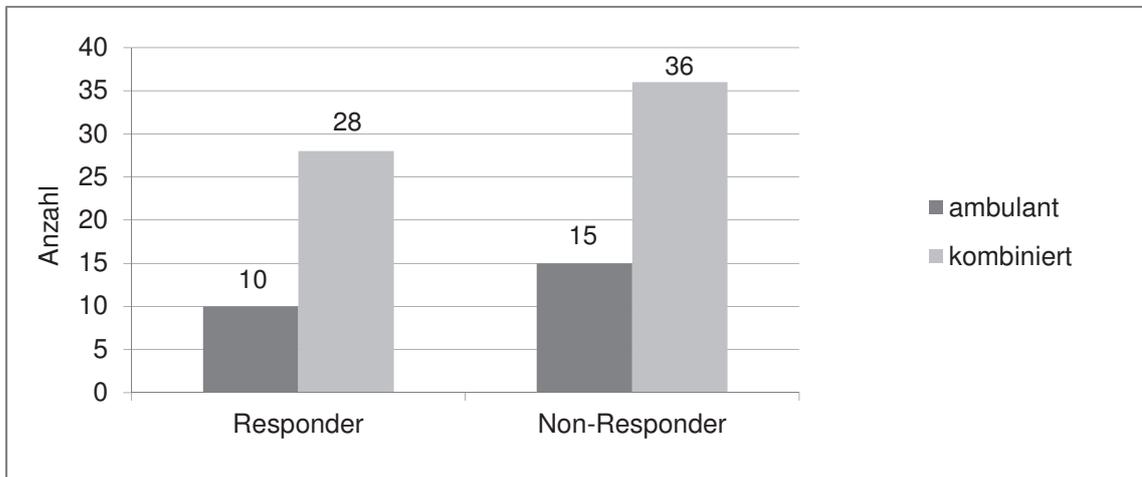


Abbildung 13: Häufigkeitsverteilung der Gruppen ambulant und kombiniert bei Respondern und Non-Respondern

26,3% (N= 10) der Responder gehören der ambulanten Gruppe an, 73,7% (28) der kombinierten. Bei den Non-Respondern sind es 29,4% (15) ambulante und 70,6% (36) kombinierte Patienten.

Ein 2x2 χ^2 -Test zeigte keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Status als Responder oder Non-Responder und der Zuteilung zu den Gruppen ambulant und kombiniert, $\chi^2= 0,10$, $p= ,75$.

Im Vergleich zur Einteilung in Responder/Non-Responder folgte eine Überprüfung der Verteilung der Gruppen ‚ambulant‘ und ‚kombiniert‘ bei Fällen und Nicht-Fällen (vgl. Abbildung 14).

Bei den Fällen gehören 33,3% (N= 21) der ambulanten, 66,7% (N= 54) der kombinierten Gruppe an. Die Nicht-Fälle verteilen sich auf 28,0% (N= 9, ambulant) und 72,0% (N= 18, kombiniert).

Ein 2x2 χ^2 -Test zeigte keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Status als Fall oder Nicht-Fall und der Zuteilung zu den Gruppen ambulant und kombiniert, $\chi^2= 0,27$, $p= ,60$.

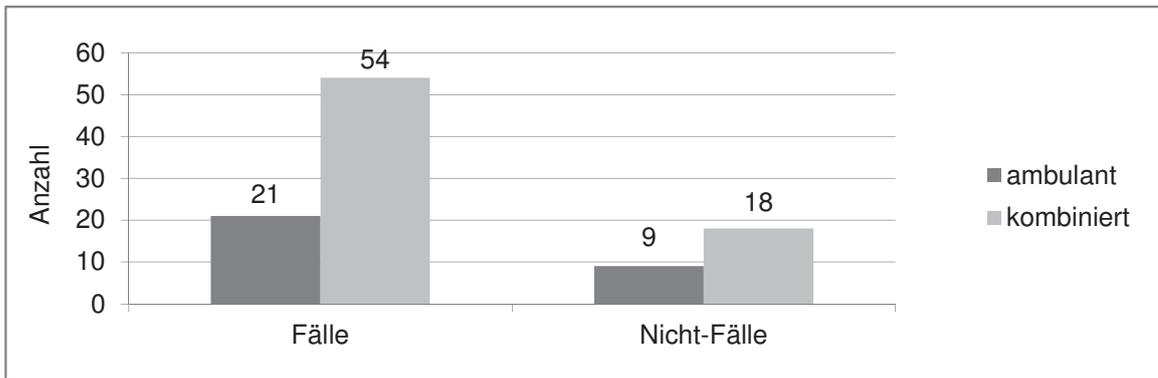


Abbildung 14: Häufigkeitsverteilung der Gruppen ambulant und kombiniert bei Fällen und Nicht-Fällen

Da die beiden Gruppen jedoch unterschiedliche Fallzahlen aufzeigen, wurde ein weiterer Vergleich durchgeführt, welcher nach visueller Inspektion der Diagramme zum gleichen Ergebnis kommt, wie beim oben durchgeführten χ^2 -Test (vgl. Abbildung 15 und 16):

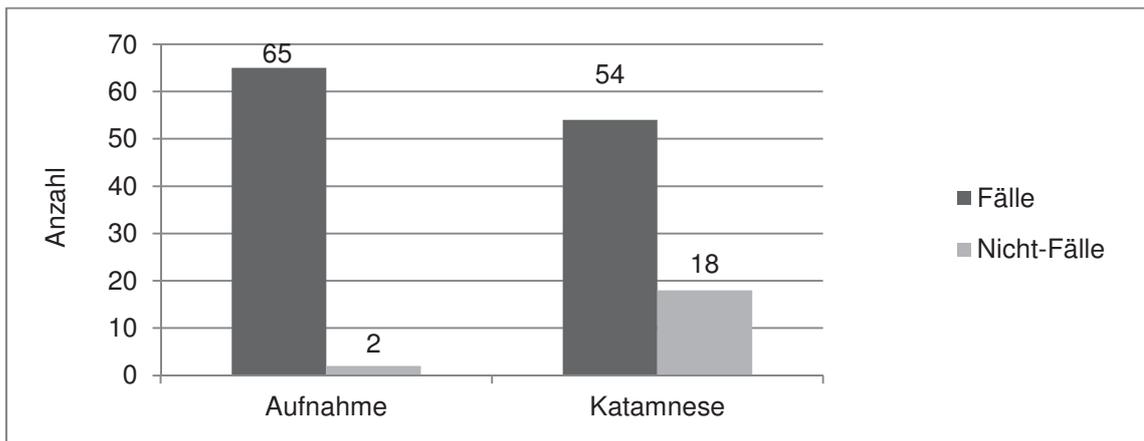


Abbildung 15: Häufigkeitsverteilung von Fällen und Nicht-Fällen der Gruppe ‚kombiniert‘ bei Aufnahme und Katamnese

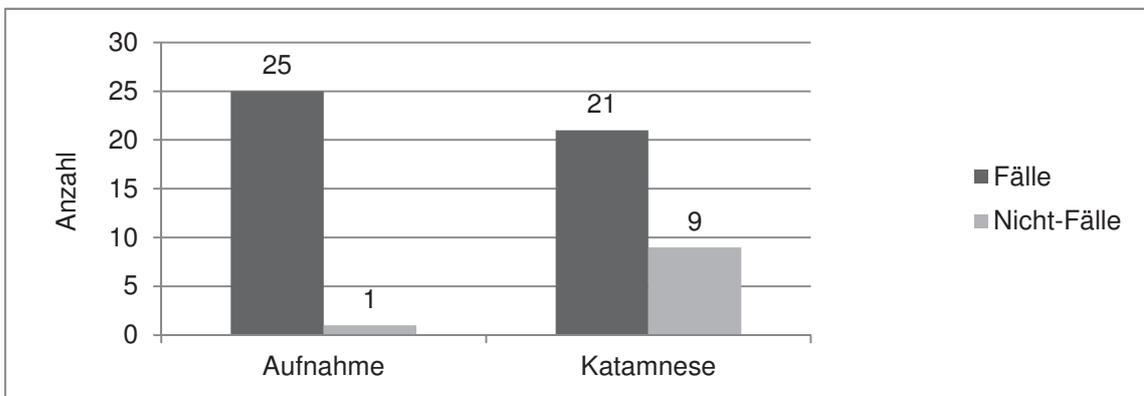


Abbildung 16: Häufigkeitsverteilung von Fällen und Nicht-Fällen der Gruppe ‚ambulant‘ bei Aufnahme und Katamnese

4. Diskussion

4.1 Hypothesen

In Kapitel ,1.9 Ziel der Arbeit‘ wurden die Hypothesen aufgestellt. Im Folgenden wird untersucht, ob die Arbeitshypothesen oder andernfalls die jeweiligen Nullhypothesen angenommen werden müssen.

H₁: Wer eine Therapie in Anspruch genommen hat, ist bei der Katamnese im Vergleich zum Ausgangswert weniger stark psychogen beeinträchtigt, als jemand, der keine Therapie in Anspruch genommen hat.

Die rekrutierte Kontrollgruppe derjenigen Personen, die keine Therapie in Anspruch genommen haben, war so klein (6 Studienteilnehmer), dass sie für die statistische Überprüfung zu klein war. Es konnten somit keine Unterschiede der Stärke der psychogenen Beeinträchtigung zwischen Studienteilnehmern, die eine Therapie in Anspruch genommen haben und denen, die keine Therapie gemacht haben, festgestellt werden. Die Nullhypothese konnte weder abgelehnt noch angenommen werden und es ist somit auch keine Aussage zur Arbeitshypothese zu tätigen.

H₂: Wer eine stationäre und ambulante (kombinierte) Therapie in Anspruch genommen hat, ist bei der Katamnese im Vergleich zum Ausgangswert weniger stark psychogen beeinträchtigt, als jemand, der nur eine ambulante Therapie gemacht hat.

Die rein ambulante Gruppe konnte sich zwischen Aufnahme und Katamnese nicht signifikant verbessern. Die kombinierte Gruppe dagegen hat sich beim BSS-Mittelwert signifikant verbessert, die Stärke der psychogenen Beeinträchtigung ist demnach gesunken ($Z = -3,55$, $p = < ,001$). Da sich die eine Gruppe also signifikant verändert, die andere nicht, kann die Nullhypothese verworfen werden.

Die Arbeitshypothese H₂ kann als richtig angenommen werden.

H₃: Bei den Respondern (klinisch signifikante Verbesserung des BSS-Gesamtwertes um ≥ 2 Punkte) finden sich mehr kombiniert behandelte als rein ambulant behandelte Studienteilnehmer.

Ein 2x2 X²-Test zeigte keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Status als Responder oder Non-Responder und der Zuteilung zu den Gruppen ambulant und kombiniert, $X^2 = 0,10$, $p = ,75$. Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% wird die Nullhypothese angenommen und die Arbeitshypothese H₃ verworfen.

Die Arbeitshypothese H₃ wird verworfen.

H₄: Die psychogene Beeinträchtigung hat sich nach durchschnittlich 5,5 Jahren beim Großteil der Studienteilnehmer im Vergleich zum Aufnahmezeitpunkt verbessert. Demnach sind zum Katamnesezeitpunkt weniger Studienteilnehmer als ‚Fälle‘ (BSS-Gesamtwert ≥ 5 Punkte) zu zählen, als bei der Aufnahme.

Von 99 verfügbaren Gesamtwerten wurden zum Aufnahmezeitpunkt 96 Personen (97,0 %) als ‚Fälle‘ gewertet. 3 Personen (3,0 %) waren ‚Nicht-Fälle‘. Zum Katamnesezeitpunkt lagen 108 Gesamtwerte vor. Jetzt wurden 72,2 % (N= 78) als ‚Fälle‘ gewertet, 27,8 % (N= 30) als ‚Nicht-Fälle‘. Der Chi-Quadrat-Test weist einen hoch signifikanten Unterschied auf ($\chi^2 (1) = 23.61$, $p < .001$).

Die Arbeitshypothese H₄ wird angenommen.

4.2 Ausgangslage

Zum Aufnahmezeitpunkt sind die Teilnehmer mit durchschnittlich 44,10 Jahren (SD= 11,83) wesentlich älter als die Nicht-Teilnehmer (M= 37,79 Jahre, SD= 11,66). Eine mögliche Erklärung für diesen auf dem 0,1%-Niveau signifikanten Unterschied kann darin begründet liegen, dass ältere Personen schon eher sesshaft geworden sind und bei jüngeren Menschen eine höhere horizontale Mobilität zu verzeichnen ist. Es war darum für die Arbeitsgruppe schwieriger

Patienten nachzuverfolgen, die ein oder mehrere Male umgezogen sind. So wurden möglicherweise eher Patienten rekrutiert, die älter waren und am gleichen Wohnort geblieben sind.

Die Stichprobe setzt sich aus 75 Frauen (67%) und 37 Männern (33%) zusammen. Dies entspricht einer üblichen Geschlechterverteilung in der Psychosomatik und wurde so erwartet. Für die Frage warum sich generell mehr Frauen in Psychotherapie befinden, gibt es verschiedene Erklärungsmodelle: Eine Möglichkeit ist die Doppelbelastung der Frau durch Familie und Beruf (Dührssen, 1982). Diese Erklärung ist in der heutigen Zeit jedoch immer weniger nachvollziehbar, wo doch auch vermehrt Männer in Elternzeit gehen und sich häufig um die Kinder kümmern. Da erscheint das Erklärungsmodell, dass Frauen ihre Probleme besser verbalisieren und zur Sprache bringen können, eher nachvollziehbar (Hibbard & Pope, 1983; Olbricht, 1990). Aus diesen Gründen fällt es ihnen leichter entsprechende Einrichtungen, zur Bewältigung ihrer Probleme, in Anspruch zu nehmen (Schepank & Tress, 1988). Insgesamt wurde gezeigt, dass Frauen dies schneller und aus mehr Eigeninitiative heraus machen als Männer (Franz et al., 1999; Grande, Wilke, & Nübling, 1992; Tress & Merscher, 1981). Ein weiterer Grund könnte das stärkere Klageverhalten der Frauen, im Gegensatz zu den Männern, sein (Merbach, Brähler, & Klaiberg, 2005). Diese zuletzt genannten Argumente scheinen auch durch die in den vergangenen Jahren möglicherweise bedeutsamer werdende Rolle des Mannes als ‚Hausmann‘ nicht an Aussagekraft zu verlieren und zeigen Möglichkeiten auf, warum Frauen häufiger Psychotherapie in Anspruch nehmen.

In eine ganz andere Richtung gehen die Forschungsergebnisse von Heatherington et al. Die Arbeitsgruppe konnte 1986 mit ihrer Studie die Hypothesen und Ergebnisse anderer Autoren stützen, dass Frauen als Psychotherapie-Klientel bevorzugt werden. Die Dauer der Therapie wird für Frauen initial als länger eingeschätzt, jedoch ist im Outcome nicht festzustellen, dass ein Geschlecht mehr von Psychotherapie profitieren würde. Dass Frauen bevorzugt werden, wird laut der Autoren darin begründet sein, dass Männer und Frauen im Eingangsgespräch unterschiedlich beurteilt werden. Ihnen werden

unterschiedliche Eigenschaften zugeschrieben, zum Beispiel dass Männer mehr negative interpersonelle Eigenschaften besitzen oder weniger soziale Fähigkeiten (Heatherington et al., 1986). Frauen dagegen werden als Patienten bevorzugt, da sie mehr „passive, submissive and compliant“ erscheinen (Heatherington et al., 1986). Männern wiederum wird zugeschrieben, dass sie weniger motiviert für eine Therapie seien. Diese Ergebnisse zeigen eine andere Möglichkeit auf, warum Frauen in der Psychotherapie stärker vertreten sind.

Die Hauptdiagnosen bei Erstkontakt verteilen sich für die gesamte Stichprobe wie folgt: Affektive Störung 43%, Somatoforme Störung 16%, Angststörung 13%, Anpassungsstörung 8%, Persönlichkeitsstörung 8%, Essstörung 3%, andere 10%. In der DINSTAP-Studie erhobene Erstdiagnosen von stationär und tagesklinisch behandelten Patienten (Zeeck et al., 2009) bringen sehr ähnliche Verteilungen wie in der vorliegenden Studie. Abweichungen können möglicherweise darin begründet liegen, dass in der DINSTAP-Studie keine rein ambulanten Patienten eingeschlossen wurden. In der Panorama-Studie wurden stationäre Patienten untersucht, die TRANS-OP-Studie befasst sich mit ambulantem Patientenkontext (Puschner et al., 2004; Puschner & Kordy, 2010). Beide Studien zeigen bei den Hauptdiagnosen, für z.B. affektive Störungen, geringfügig höhere Prozentzahlen (3% und 5% über den in dieser Studie erhobenen Werten). Die anderen Diagnosegruppen lassen sich nicht direkt vergleichen, da in den beiden genannten Studien die Diagnosen in Gruppen zusammengefasst wurden, während sie in der vorliegenden Studie teilweise differenziert ausgewertet wurden. In den Bereich der F4-Diagnosen nach dem ICD-10-Schlüssel (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) fallen in der Panorama-Studie 30,8%, in der TRANS-OP-Studie 42,8%. Rechnet man die in der vorliegenden Studie in diese Kategorie fallenden Diagnosen zusammen, so ergibt sich ein Wert von 37%, der zwischen den Werten des stationären und ambulanten Klientels liegt. Dieser Wert fügt sich aufgrund unseres gemischten Patientenkollektivs gut in die in der Literatur erhobenen Werte ein. Essstörungen, die in dieser Studie zu 3% diagnostiziert wurden, weisen dagegen eher in Richtung eines ambulanten Klientels (TRANS-OP-Studie: 3,3%), als eines stationären Klientels (Panorama-Studie: 6,0%). Zusammenfassend lassen sich in der vorliegenden Studie keine

außergewöhnlichen Diagnoseverteilungen im Vergleich zu anderen Studien finden, die in der Literatur beschrieben sind.

Beim Vergleich der soziodemographischen Daten der Gruppen ‚ambulant‘ und ‚kombiniert‘ wurde deutlich, dass die kombinierte behandelte Gruppe im Durchschnitt 6,25 Jahre jünger ist als die ambulante Gruppe. Dies mag unter anderem darauf zurückzuführen sein, dass mit steigendem Alter die Wahrscheinlichkeit höher ist, dass die Patienten eine Familie und Kinder haben, die sie nicht einfach für eine stationäre Therapie alleine lassen können. Ebenso ist es denkbar, dass die Stellung im Beruf dies nicht möglich macht.

Die soziodemographischen Daten zeigen ausserdem, dass die Patienten vorwiegend eine höhere Schulbildung besitzen. Beckmann postulierte 1977, dass Personen mit höherer Schulbildung eine höhere Krankheitsauffassung besitzen und dadurch eher eine Therapie in Anspruch nehmen. Zudem sind die unteren Schichten eher somatisch orientiert, sie „glauben seltener an eine psychogene Verursachung ihrer Beschwerden“ (Franz et al., 1999) und dies legt die Möglichkeit nahe, dass sie die Lösung ihrer Probleme nicht primär in einer Psychotherapie suchen und an ihre Wirksamkeit glauben.

Interessant ist ebenfalls, dass in der kombinierten Gruppe zum Katamnesezeitpunkt mehr Patienten in einer festen Partnerschaft und auch mehr Patienten verheiratet sind. Jedoch sind in dieser Gruppe auch mehr Trennungen und Scheidungen verzeichnet. Die Patienten der kombinierten Gruppe waren zum Aufnahmezeitpunkt psychogen stärker beeinträchtigt und Höck beschreibt 1960, dass sich bei seelisch kränkeren Patienten mehr Ledige und Geschiedene finden lassen als im Durchschnitt (Höck, 1960). Das Ergebnis der vorliegenden Studie weist somit in die gleiche Richtung. Die Zahlen können ein Hinweis auf mangelnde Beziehungsfähigkeit der Patienten sein.

Andererseits stellt die Phase der Therapie für den Patienten auch eine Zeit des Umbruchs dar. Gefestigte Einstellungen und Denkweisen werden zusammen mit dem Therapeuten aufgeweicht und neue Denkstrategien, z.B. zum Lösen von Konflikten, werden erarbeitet. Für eine Partnerschaft kann diese Zeit somit auch schwierig werden. Eingefahrene Handlungen und Einstellungen werden - zumindest von einem der beiden Partner - in Frage gestellt und versucht zu

ändern. Auch die ‚Persönlichkeit‘ kann sich dabei verändern, so ist es möglich, dass der Partner in Therapie selbstbewusster wird, Konfliktsituationen anders angeht und sich so im Streitgespräch anders verhält. Auch die Rollenverteilung in der Partnerschaft kann sich verschieben. Nicht immer wird dies vom Partner gut aufgenommen. Paare können sich somit in dieser Zeit in ihrer Beziehung weiterentwickeln und diese festigen oder aber eine Trennung erscheint unumgänglich.

Überlicherweise wird davon ausgegangen, dass sich Patienten erst signifikant in ihrer psychogenen Beeinträchtigung verbessert haben, wenn eine individuelle Punktwert-Verbesserung beim BSS-Gesamtwert von ≥ 2 Punkten vorliegt. Patienten, bei denen dies der Fall ist, sind somit Responder, alle übrigen Teilnehmer Non-Responder. Die Responder und Non-Responder haben sich, hinsichtlich ihrer soziodemographischen Daten, nicht signifikant unterschieden.

Eine weitere Betrachtungsweise der Ergebnisse begründet sich auf der Einteilung in Fälle und Nicht-Fälle: Ein BSS-Gesamtwert von ≥ 5 Punkten definiert einen Patienten als ‚Fall‘, hier liegt der Cut-Off-Point zwischen Gesunden und Kranken. Bei dieser Betrachtungsweise,- die sich nur auf dem Expertenrating zum Zeitpunkt der Katamnese begründet-, ließen sich in zwei Fällen signifikante Unterschiede feststellen: In der Gruppe der ‚Fälle‘ gab es zum einen deutlich mehr Frührentner und zum anderen mehr Nicht-Berufstätige. Dies könnte sich möglicherweise dadurch erklären lassen, dass die Fälle auch zum großen Teil der stationären Gruppe angehören. Eine stationäre Therapie ist schwer mit dem Beruf zu vereinen. Andererseits ist eine stationäre Therapie schon ein Hinweis auf eine initial schwerere psychogene Beeinträchtigung und die Vermutung liegt nahe, dass dies dazu geführt hat, dass eine Ausübung des Berufes nicht möglich war. Bei dieser Betrachtungsweise wird die psychogene Beeinträchtigung als Initiierung der Arbeitslosigkeit gesehen. Es ist jedoch auch möglich, dass die Arbeitslosigkeit dazu geführt hat, dass sich eine psychogene Beeinträchtigung entwickelte, oder aber eine schwache Beeinträchtigung verstärkt hat. Welche Problematik bei den Patienten dieser Studie hauptsächlich vorlag, lässt sich an dieser Stelle nicht zufriedenstellend klären. Beiden Betrachtungsweisen ist jedoch gemein,

dass Schwierigkeiten im Beruf ein Hinweis auf interpersonelle Probleme sein können, welche häufig mit psychischen Problemen vergesellschaftet sind (Barrett & Barber, 2007; Horowitz, 1979; Salzer et al., 2010).

Zum Aufnahmezeitpunkt sind 58,6% der Teilnehmer berufstätig, 41,4% sind nicht berufstätig. Es ist dabei zu beachten, dass in die Gruppe ‚nicht berufstätig‘ auch die Rentner und Frührentner mit einberechnet sind. Trotzdem sind die Zahlen sehr hoch und liegen weit über den Zahlen des Statistischen Bundesamtes zur Erwerbslosenquote: 2013 lag diese bei 5,2% für die deutsche Bevölkerung (Statistisches Bundesamt, 2014a). Die Arbeitslosenquote lag zum gleichen Zeitpunkt bei 6,9% (Statistisches Bundesamt, 2014b). Die in der Studie der vorliegenden Arbeit erhobene Arbeitslosenquote liegt zum Katamnesezeitpunkt bei 9,8% und somit deutlich über der Quote in der deutschen Bevölkerung. Zum Katamnesezeitpunkt waren 53,6% der Teilnehmer berufstätig, 46,4 nicht. Es ist ein leichter Anstieg der Nicht-Berufstätigen erkennbar, was zum Teil allein dadurch erklärbar ist, dass der Katamnesezeitraum im Durchschnitt 5,5 Jahre beträgt und somit einige Patienten regulär berentet wurden. In einer 3-Jahres-Katamnese von Sandweg et al. (1991) fand sich - allerdings bei rein stationären Patienten - eine Arbeitslosenquote von 5,3%. Die Quote war allerdings – im Vergleich zur 1-Jahres-Katamnese in der gleichen Studie – von 8,6% abgesunken. Gleichzeitig wurden in der vorliegenden Studie die Teilnehmer zum Katamnesezeitpunkt auch zu ihrem Rentenstatus befragt. Dabei ergab sich, dass 66,1% keine Rentner bzw. Frührentner sind, 25,0% der Teilnehmer Frührentner und 8,9% Rentner sind. Unter Einbeziehung der Tatsache, dass der Altersdurchschnitt zum Katamnesezeitpunkt bei 49,33 Jahren (SD 11,94) liegt, zeigt sich sehr deutlich, dass besonders der Anteil an Frührentnern überdurchschnittlich hoch ist. Dieses Ergebnis findet Unterstützung in der Literatur, 2007 fanden Koch et al. über den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger „Zusammenhänge zwischen Arbeit und psychosomatischer Gesundheit [...] anhand eines wachsenden Anteils psychosomatischer Erkrankungen als Hauptgrund einer Frühberentung“ .

Auch genannt werden muss die Tatsache, dass ein Großteil der Teilnehmer der vorliegenden Studie sowohl in stationärer als auch in ambulanter Behandlung war. Eine groß angelegte Studie von Höflich et al. (2007) konnte zeigen, dass 68% der Patienten im Anschluss an eine stationäre, psychosomatische Therapie noch eine ambulante Behandlung in Anspruch nehmen. Dies passt zu der Tatsache, dass sich für die vorliegende Studie kaum Patienten rekrutieren ließen, die nur eine stationäre Therapie absolviert haben. Es konnte gezeigt werden, dass die Patienten von dieser ambulanten, poststationären Therapie profitieren (Höflich et al., 2007). Auch wird hierdurch die These gestützt, dass es ein Ziel der stationären Therapie sein kann, die Fähigkeit zur ambulanten Therapie zu schaffen. Dieser Umstand ist zum Beispiel bei Suchterkrankungen von Bedeutung, eine primär stationäre Therapie bereitet hier den Weg in eine ambulante Weiterbehandlung. Laut AWMF-Leitlinie zu Abhängigkeitserkrankungen kommt eine primär ambulante Behandlung nur in Frage, wenn keine der Kontraindikationen vorliegt und eine große Therapiebereitschaft vorhanden ist (Deutsche Rentenversicherung, AWMF-Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen, 2010). Eine ambulante Weiterbehandlung dient in jedem Fall - nicht nur bei Abhängigkeitserkrankungen - der Sicherung der Stabilität des Therapieerfolgs. So ist bei der Interpretation des Ergebnisses der vorliegenden Studie, welche gezeigt hat, dass die kombiniert behandelte Gruppe sich stärker gebessert hat, gerade dieser Umstand der Kombination ein entscheidender Faktor.

4.3 Psychosomatische Beeinträchtigung

Um die psychogene Beeinträchtigung der Stichprobe einzuschätzen, wurde der Beeinträchtigungs-Schwere-Score erhoben. Dieses Messinstrument ist insofern auch für einen langen Katamnesezeitraum sinnvoll, da es „alle Manifestationsebenen psychogener Beschwerden abdeckt“ und somit auch resistent ist „gegenüber dem so häufig auftretenden Symptomenwandel oder bei Wechsel der diagnostischen Kategorie“ (Franz, Schmitz, & Tress, 1997).

Wie gezeigt werden konnte, ist der Gesamt-BSS von Studienteilnehmern und Nicht-Teilnehmern nicht signifikant unterschiedlich. Der BSS-Gesamtwert der

Teilnehmer lag bei $M= 6,99$ ($SD= 1,28$), der BSS-Gesamtwert der Nicht-Teilnehmer lag bei $M=6,62$ ($SD= 1,82$). Dieses Ergebnis legt die Möglichkeit nahe, dass nicht etwa kränkere Personen rekrutiert wurden. Dies ist insofern wünschenswert, als dass an dieser Stelle noch kein Selektionsbias erkennbar wird. Es kann angenommen werden, dass die Stichprobe, hinsichtlich der psychogenen Beeinträchtigung, repräsentativ ist für das Patientenkollektiv 1 (Gesamtheit aller Patienten aus dem Zeitraum 2004-2006). Gleichzeitig liegen die in dieser Studie gemessenen Mittelwerte für den BSS-Gesamtwert nahe bei Mittelwerten, die sich in der Literatur finden lassen. So publizierten Franz et al. 2000 einen Mittelwert bei Aufnahme von 6,63, Tritt et al. konnten 2003 einen mittleren Wert von 6,96 erheben. Die in dieser Studie erhobenen Daten reihen sich somit in die Ergebnisse der Literatur ein. Weiterhin wird beim Vergleich der Mittelwerte deutlich, dass die Teilnehmer nur beispielhaft für ein psychogen beeinträchtigtes Klientel sind, die Mittelwerte des BSS-Gesamtwertes in der allgemeinen Bevölkerung liegen bei 3,4 ($SD 1,9$) (Franz et al., 1997).

Bei Korrelation der BSS-Werte mit dem Alter (vgl. Tabelle 6) wurde nur der Wert auf der Dimension ‚körperlich‘ signifikant. Bei Interpretationen dieses Ergebnisses ist zu beachten, dass mit dem BSS nur Erkrankungen bewertet werden, bei denen im Vorhinein eine somatisch begründbare Ursache ausgeschlossen wurde. Im Manual wird vorgegeben, dass altersgerechte körperliche Beschwerden vom Bewerter auf dieser Skala nicht bewertet werden. Man kann den Einfluss der Variable ‚Alter‘ jedoch nicht sicher abgrenzen, Klischees werden an dieser Stelle wirksam und die subjektive Einschätzung des Bewerter spielen ebenfalls eine Rolle. Körperliche und psychologische Beschwerden hier komplett voneinander abzugrenzen, erscheint fast unmöglich. Ebenso ist denkbar, dass ältere Personen im Sinne einer Schutzbehauptung eher somatische Beschwerden angeben, weil sie denken, dies sei in ihrem Alter normal.

Bei Korrelation des BSS-Wertes mit dem Geschlecht liegen Frauen zum Aufnahme- und zum Katamnesezeitpunkt auf der Subskala ‚körperlich‘ signifikant höher. Das muss nicht zwangsläufig bedeuten, dass Frauen auf dieser Subskala höhere Werte erzielen, weil es ihnen im Vergleich zu Männern

körperlich schlechter geht. An dieser Stelle kann wieder Bezug genommen werden auf die oben erwähnte Studie von Merbach et al. Die Arbeitsgruppe konnte zeigen, dass Frauen ein größeres Klageverhalten als Männer besitzen. Plesh et al. konnten in einer groß angelegten Studie in den USA bei 189.992 untersuchten Probanden feststellen, dass Frauen häufiger Schmerzen in den abgefragten Regionen angeben. Auch eine von Leboeuf-Yde et al. 2009 in Dänemark durchgeführte Studie brachte ein ähnliches Ergebnis: Die untersuchten Schmerzregionen waren andere, jedoch berichteten Frauen auf alle Regionen bezogen häufiger von Schmerzen. Ob Frauen einfach nur über ein anderes Schmerzempfinden verfügen - möglicherweise haben sie auch eine niedrigere Wahrnehmungsschwelle - oder ob Frauen wirklich häufiger an Schmerzen leiden, lässt sich an dieser Stelle nicht endgültig beurteilen.

Auf der anderen Seite müssen auch soziokulturelle Einstellungen beachtet werden. In der Gesellschaft sind typische Zuschreibungen für Männer und Frauen gemeinhin bekannt und verbreitet. Während Frauen als ‚das schwache Geschlecht‘ bezeichnet werden, wachsen Männer mit Attribuierungen wie ‚Indianer kennen keinen Schmerz‘ oder ‚Männer müssen stark sein‘ auf. Auch diese, vom Kindesalter an verinnerlichten Einstellungen, können Männer dazu veranlassen, Schmerzen bzw. körperliche Unzufriedenheit zu verschweigen und weniger zu klagen.

2010 erbrachte eine Querschnittsstudie von Beutel, et al., dass sich bei Männern zwischen 51 und 60 Jahren die Zufriedenheit mit der Gesundheit verringert. Es ist demnach auch denkbar, dass bei der Alterspopulation der vorliegenden Studie mit einem Durchschnittsalter der Teilnehmer von 44,10 Jahren, dieser kognitive Veränderungsprozess noch nicht in Gang gesetzt wurde.

Die einzigen signifikanten Korrelationen für Alter und Geschlecht waren also auf der Subskala ‚körperlich‘ zu finden. Da die Gesamtwerte nicht korrelieren, konnte ausgeschlossen werden, dass Alter und Geschlecht in direktem Zusammenhang mit der Höhe des Gesamt-BSS und somit der psychogenen Beeinträchtigung stehen.

Die wichtigsten Ergebnisse der vorliegenden Studie beziehen sich auf die Veränderungen der ambulanten und kombinierten Gruppe zwischen Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt (vgl. Tabelle 8). Es zeigt sich - den Erwartungen entsprechend - in beiden Settings eine Verbesserung der psychogenen Beeinträchtigung, jedoch mit feinen Unterschieden: Bei der ambulanten Gruppe gehen die Ergebnisse in die erwartete Richtung, das heißt die BSS-Werte sinken bei den drei Subskalen und entsprechend auch im Gesamtwert leicht ab, jedoch wird die Differenz nicht signifikant. Die Subskala ‚psychisch‘ weist dabei die beste Tendenz auf. Für die kombinierte Gruppe fallen die Ergebnisse wesentlich deutlicher aus: Es werden zwei der Subskalen (körperlich, psychisch) und damit auch der Gesamt-BSS signifikant. Der Gesamtwert weist dabei eine Effektstärke von 0,64 auf und ist somit nach Cohen ein starker Effekt. Auch bei der kombinierten Gruppe ist der Unterschied bei der Subskala ‚psychisch‘ am stärksten: Die Effektstärke von 0,89 weist auf ein sehr deutliches Ergebnis hin. Dass gerade auf dieser Dimension der Unterschied zwischen ambulanter und kombinierter Gruppe am deutlichsten wird, war zu erwarten, denn unter anderem ist die Schwere der psychischen Erkrankung ein Einflussfaktor in welchem Setting eine Therapie absolviert wird. Schwer erkrankte Personen werden eher der stationären Therapie zugewiesen, dies trifft allerdings ebenso für psychosozial oder somatisch schwer erkrankte Personen zu. Der Unterschied zwischen ambulanter und kombinierter Gruppe wird auf der psychischen Dimension auf dem 0,1%-Niveau signifikant. Ebenfalls auf dem 0,1%-Niveau wird bei den kombiniert Behandelten der Unterschied beim Gesamt-BSS zwischen Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt signifikant. Bei Einordnung dieses Ergebnisses in die aktuelle Literatur ist besonders die Studie von Franz et al. (2000) hervorzuheben, die ebenfalls auf der Subskala ‚sozial-kommunikativ‘ die geringsten Ergebnisse präsentieren konnte und die deutlichsten auf der Subskala ‚psychisch‘.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Verbesserung der psychogenen Beeinträchtigung für die kombinierte Gruppe besser ausfällt, jedoch liegen sowohl der BSS zum Aufnahme- als auch zum Katamnesezeitpunkt leicht über den Werten der ambulanten Vergleichsgruppe. Puschner et al. konnten 2004 zeigen, dass positive Veränderungen umso schneller eintreten, je höher der

psychische Ausgangswert, das heißt je höher die initiale psychische Beeinträchtigung ist. Zwar kann in der vorliegenden Studie keine Aussage über die zeitliche Dimension der Verbesserung gemacht werden, doch dass die Gruppe mit den höheren Ausgangswerten eine größere Verbesserung der psychogenen Beeinträchtigung zeigt, lässt sich auch in dieser Studie bestätigen.

Bezieht man sich bei der Beurteilung des Therapieerfolgs auf die Responder/Non-Responder (vgl. Abbildung 6), ist das Gesamtergebnis als positiv zu bewerten: 44% der Stichprobe gehören zu den Respondern, das heißt es fand eine Verbesserung im Gesamt-BSS von ≥ 2 Punkten statt. 56% gehören zu den Non-Respondern, bei diesen 56% sind aber auch noch die Personen mit eingerechnet, die sich weder verschlechtert noch verbessert haben. Dies sind 75,5% der Non-Responder bzw. 42,1% der gesamten Stichprobe. Eine signifikante Verschlechterung der psychogenen Beeinträchtigung war bei 24,5% der Non-Responder zu verzeichnen, dies entspricht 13,7% der Teilnehmer. Interessanterweise entspricht hier die Experteneinschätzung im BSS nicht der Selbsteinschätzung (PSE): Laut PSE haben sich nur 21,6% der Non-Responder verschlechtert, das sind 8,4% der Stichprobe. Diese Werte liegen deutlich unter denen der Experten-Einschätzung. Die Verteilung in Responder und Non-Responder liegt daher mit 61% auch etwas deutlicher zugunsten der Responder. Dieses Ergebnis mag darin begründet liegen, dass die Patienten selbst auf ein positives Ergebnis ihrer Therapie hoffen oder sich einfach gesünder einschätzen.

Interessant ist auch, dass kein Zusammenhang zwischen den Gruppen ‚ambulant‘ und ‚kombiniert‘ und Respondern/Non-Respondern besteht. Es kommt also in keinem von beiden Therapieformen eine signifikant höhere Anzahl an Respondern vor. Möglicherweise fließen hier patientenbezogene Variablen ein (Therapiemotivation, Änderungsbereitschaft etc). Fliege et al. konnten 2002 zeigen, dass diese Variablen einen großen Einfluss auf das Therapieergebnis haben. So sind „generalisierte Erwartungshaltungen“ (Fliege et al., 2002), zu denen unter anderem auch die Therapiemotivation zählt, bedeutsame Prädiktoren. Diese Faktoren wurden bei der vorliegenden Studie

nicht erhoben und es ist möglich, dass sie einen Einfluss genommen haben, dessen Relevanz an dieser Stelle nicht beurteilt werden kann.

Eine andere Interpretation des Ergebnisses bot die Aufteilung in Fälle/Nicht-Fälle. Allein die visuelle Inspektion des Diagramms (vgl. Abbildung 9) lässt deutlich die Zunahme der Nicht-Fälle zum Katamnesezeitpunkt erkennen. Die Anzahl der Fälle ging von 97% auf 72,2% zurück. In der Normalbevölkerung liegt der Anteil der Fälle bei 26% (Franz et al., 1997). Auch hier konnte aber kein Zusammenhang mit dem Status als Fall/Nicht-Fall und der Gruppenzugehörigkeit ambulant/kombiniert gezeigt werden.

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse müssen einige Faktoren berücksichtigt werden: Es ist denkbar, dass sich die Patienten bei Aufnahme kränker dargestellt haben, um bessere Aussicht auf einen Therapieplatz zu bekommen. Da sie dies zum Katamnesezeitpunkt nicht mehr mussten, fallen die Katamnesewerte besser aus. Andererseits ist es ebenso möglich, dass einige Patienten wieder auf eine neue Therapie warten und gehofft haben, durch das Interview an eine (schnelle) Möglichkeit auf einen Therapieplatz zu kommen. In diesem Fall träfe das davor genannte Argument nicht zu. Zudem kann auch die soziale Erwünschtheit eine Rolle spielen: Die Patienten wollten sich gegenüber der ihnen fremden Psychologin möglichst gesund darstellen, da eine psychische Beeinträchtigung in der Gesellschaft häufig immer noch als ‚nicht erwünscht‘ dargestellt wird (Weidhaas & Nadolny, 2006). Es hat sich gezeigt, dass bei der Evaluation von Psychotherapie Faktoren wie soziale Erwünschtheit, Dankbarkeit der Klinik und speziell dem Personal gegenüber und auch Angst vor persönlichen Nachteilen (Schreiber, Witt, & Hadersdorfer, 2010) eine Rolle spielen. Auf der anderen Seite hatten die Patienten selber vom Gespräch keinen weiteren direkten Nutzen oder auch Nachteil. Bei der vorliegenden Studie geht die Autorin davon aus, dass sich ein Teil der Patienten aus Dankbarkeit der Klinik gegenüber zum Interview bereit erklärt hat, aber ein anderer Teil - wie oben beschrieben - in der Studie die Chance auf einen Therapieplatz gesehen hat. Eine starke Gewichtung der Ergebnisse zur einen oder anderen Seite wird so vermutlich aufgehoben. Eine Tendenz lässt sich - wenn überhaupt - eher in Richtung zu positiver Ergebnisse vermuten, da

für diese Tendenz der Ergebnisse die Argumente und Hinweise in der Literatur zahlenmäßig überwiegen.

Auch für die Möglichkeit, dass sich die psychogene Beeinträchtigung der Patienten im Katamneseverlauf spontan gebessert hat, findet sich in der Literatur kein Anhalt. Im Gegenteil, die Zahl der spontanen Remissionen von psychogenen Störungen wird in der Literatur als sehr gering beschrieben (Franz, Häfner, et al., 2000). Es scheint annehmbar, dass die Ergebnisse auf die Therapie und nicht auf eine spontane Verbesserung der Symptome zurückzuführen sind.

Zeeck et al. postulierten 2009, dass auf der Subskala ‚sozialkommunikativ‘ bei einer teilstationären Therapie im Vergleich zur stationären Therapie eine größere Veränderung, das heißt eine stärkere Besserung der sozialkommunikativen Beeinträchtigung, festgestellt wurde. In unserem Studiendesign war keine eigene Gruppe ‚teilstationär‘ vorgesehen. Auf den Vergleich zwischen ambulantem und stationärem Setting lässt sich das genannte Ergebnis nur bedingt anwenden: Zwar fällt auf der entsprechenden Subskala das Ergebnis für die ambulante Therapie gering besser aus, jedoch ist die Effektstärke mit 0,27 für beide Gruppen gleich.

Letztendlich haben sich aus Expertensicht 41,8% der Teilnehmer klinisch verbessert, bei 43,8% fand keine Veränderung statt und 13,7% haben sich hinsichtlich ihrer psychogenen Beeinträchtigung verschlechtert. Die Patienten sahen sich in ihrer Selbsteinschätzung zu 60,4% verbessert, 31,3% bemerkten keine Veränderung und 8,3% beklagten eine Verschlechterung. Ähnliche Ergebnisse konnte ein Katamneseprojekt von 1991 vorweisen (Sandweg et al., 1991): Die Patienten konnten zu 60,4% eine Verbesserung feststellen, 31,3% bemerkten keine Veränderung und bei 8,3% fand eine Verschlechterung statt. Diese Angaben beziehen sich in dem genannten Projekt auf das Ende eines stationären Aufenthaltes, es zeigt sich jedoch trotzdem eine deutliche Ähnlichkeit hinsichtlich des Verteilungsmusters zu dem Ergebnis der vorliegenden Studie. Die Ergebnisse aus Expertensicht zeigen zwar eine ähnliche Tendenz, weisen aber ein nicht ganz so positives Verteilungsmuster auf. An dieser Stelle lassen sich Gründe dafür aufführen, warum sich die

Patienten selbst positiver einschätzen, als beim Fremdrating, die oben schon genannt wurden: Die Patienten hoffen auf ein positives Ergebnis der Therapie, schätzen sich selbst gesünder ein, als sie es sind. Es ist ebenso möglich, dass sie durch die Therapie ein stärkeres Selbstbewusstsein/ Selbstwertgefühl bekommen haben, wodurch sie sich gesünder fühlen und es vielleicht auch sind. Sowohl aus Patienten- wie auch aus Expertensicht ist die Zahl derer, die sich verschlechtert haben, sehr gering und beträgt weniger als ein Fünftel der Teilnehmer. Als ein möglicher Grund für die Verschlechterung einiger Teilnehmer ist die ‚negative therapeutische Reaktion‘ aufzuführen: Unbewusster Neid im Sinne von „der Therapeut muss auch scheitern“ spielt hier eine entscheidende Rolle. Auch unbewusste Schuldgefühle („ich darf keinen Erfolg bei der Therapie haben“, „ich war dem Therapeuten gegenüber nicht vollkommen ehrlich“) kommen dabei zum Tragen (Mayr, 2001).

4.4 Stärken und Schwächen der Studie

Ein erster Kritikpunkt der Studie ist das Fehlen einer ausreichend großen, unbehandelten Kontrollgruppe. Zwar war neben den Gruppen ‚ambulant‘ und ‚kombiniert‘ zu Beginn der Studie eine weitere Gruppe ‚keine weitere Behandlung‘ geplant, jedoch zeigte sich im Verlauf der Rekrutierung, dass nur ein sehr geringer Teil des angeschriebenen Patientenkollektivs keine weitere Behandlung in Anspruch genommen hat. Am Ende der Rekrutierungsphase konnten wir nur sechs Personen verzeichnen, bei denen dies der Fall war. Es wurde schnell deutlich, dass dies für die statistischen Berechnungen eine zu geringe Fallzahl für eine Kontrollgruppe war und so wurde auf die ursprünglich geplante Berechnung verzichtet. Es bleibt dabei die Frage, warum für die vorliegende Studie kaum Patienten rekrutiert werden konnten, die keine Therapie in Anspruch genommen haben. Wittchen & Jacobi konnten 2001 in einem Bericht über die Versorgungsforschung darstellen, dass - trotz insgesamt schlechter Versorgungslage in Deutschland - die Versorgung nahe bei Universitätskliniken besser ist als in anderen Gegenden. Dieser Umstand mag erklären, warum viele der rekrutierten Patienten einen Therapieplatz bekommen haben, ist doch die Versorgungssituation mit dem Universitätsklinikum

Düsseldorf und die Zusammenarbeit mit dem LVR Klinikum und den im Umfeld niedergelassenen ehemaligen Mitarbeitern der Klinik besser als in anderen Gegenden.

Trotz des Interviewleitfadens ist eine unbewusste Lenkung des Gesprächs durch den Interviewer nicht auszuschließen. An dieser Stelle muss exemplarisch der Allegiance-Effekt genannt werden, welcher den Umstand aufzeigt, dass ein Therapeut unbewusst das Outcome derjenigen Patienten besser bewertet, deren Therapieform und somit theoretischen Grundlage, sie sich zugehörig fühlen.

Ebenfalls zu kritisieren ist der Umstand, dass keine genauen Daten über die Therapiedosis der Patienten vorliegen. So haben die Studienteilnehmer zwar Angaben darüber gemacht, welches Setting sie in Anspruch genommen haben, jedoch waren die in den Fragebögen erhobenen Daten zur Dauer der jeweiligen Therapie, trotz vorgesehener Erhebungsfelder, schwierig zu interpretieren, sie haben sich im Nachhinein als nicht valide herausgestellt. Dies war kein primär zu vermeidendes Problem, oftmals waren die Patienten gar nicht in der Lage, dies genau für die vergangenen Jahre anzugeben. So kann in dieser Studie zwar eine Aussage über den Vergleich der zwei Settings gemacht werden, jedoch ist eine weiterführende Interpretation, mit Einbezug des Umfangs der Therapie, nicht möglich.

Eine Stärke der Studie ist die Durchführung der Interviews. Zwar hat dieser Umstand dazu geführt, dass die Rekrutierung der Patienten etwas langwieriger war, doch so wurde gewährleistet, dass jeder Studienteilnehmer persönlich vorstellig wurde und sich ein Experte ein Bild des Zustandes der Studienteilnehmer machen konnte.

Positiv lässt sich bemerken, dass die Beurteilung der Patienten mit Fremd- und Selbstbeurteilungsverfahren durchgeführt wurde. So konnte eine einseitige Betrachtungsweise vermieden und ein umfangreicheres Ergebnis erzielt werden.

Eine der größten Stärken der vorliegenden Studie ist der lange Katamnesezeitraum. Dieser wurde - wie in Kapitel 1.7 dargestellt - in der

Literatur schon seit einigen Jahren gefordert und dem wird hier Rechnung getragen. Die Studie leistet somit einen Beitrag zum Schließen einer Forschungslücke.

Positiv ist zu bemerken, dass das BSS-Rating überwiegend vom gleichen Rater durchgeführt wurde. Obwohl beim BSS durch gezielte Rater-Trainings ohnehin sehr gute Interrater-Reliabilitäten erzielt werden, fallen durch diesen Umstand des gleichen Raters etwaige Unterschiede komplett weg. Die Varianz wird so gering gehalten.

Eine weitere Stärke ist die Verblindung des Raters. Zwar waren dem Rater die Namen der Teilnehmer zum Zeitpunkt des Interviews bekannt, er hatte jedoch ansonsten keine weiteren Informationen, vor allem keine zum damaligen Vorstellungsgrund in der Klinik und zur initialen Bewertung zum Aufnahmezeitpunkt. Zudem war dem Bewerter der Behandlungsstatus‘ des Teilnehmers (zum einen die Empfehlung eines Settings zum Aufnahmezeitpunkt, als auch die tatsächlich durchgeführte Therapie) nicht bekannt und so konnte eine vorurteilsfreie Beurteilung vorgenommen werden.

4.5 Zukunftsperspektiven – ein Ausblick

In der vorliegenden naturalistischen Studie mit einem Katamnesezeitraum von durchschnittlich 5,5 Jahren, wurden die Langzeiteffekte einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung untersucht. Die Studie konnte insgesamt die Wirksamkeit der Therapie bestätigen. Insbesondere die lange Stabilität der Ergebnisse über einen Zeitraum von 5,5 Jahren konnte - besonders für die kombiniert behandelte Gruppe - statistisch belegt werden, die rein ambulante Gruppe weist ebenfalls deutliche Tendenzen auf, die jedoch nicht signifikant wurden. Den in der Literatur vielfach beschriebenen Forderungen nach naturalistischen Studien mit einem ausreichend langen Katamnesezeitraum wurde in dieser Studie Rechnung getragen. An dieser Stelle wären jedoch mehr Vergleichsstudien mit ähnlichen langen Zeiträumen wünschenswert, um die Ergebnisse der vorliegenden Studie besser einordnen zu können.

In der vorliegenden Studie wurde ein besonderes Augenmerk auf das Setting der Therapie gelegt. Angaben zur Dauer der Therapie wurden zwar erhoben, konnten aber im Nachhinein nicht ausgewertet werden, da sich die Erhebungsmethode als nicht valide herausgestellt hat. Gerade der Aspekt des Umfangs der Therapie scheint jedoch ein sehr einflussreicher Aspekt zu sein und so könnte dieser Ansatz ein Schwerpunkt für weiterführende naturalistische Studien sein.

Auch eine Auswertung der Ergebnisse bezogen auf die verschiedenen Therapieformen wäre wünschenswert, genau wie eine Auswertung nach den verschiedenen Diagnosegruppen. Die Daten hierfür liegen vor, konnten jedoch aufgrund der Fülle der Ergebnisse in der vorliegenden Arbeit keinen Eingang finden. Sicherlich könnten die Ergebnisse Inhalt künftiger Arbeiten sein, um eine eventuelle Relevanz der Faktoren zu untersuchen.

In der vorliegenden Studie wurde zur Erfolgsmessung der Therapie die psychogene Beeinträchtigung beurteilt, welche anhand des BSS gemessen wurde. Es gibt jedoch auch andere Erfolgsparameter von Psychotherapie außer der Beschwerdereduzierung, zu nennen sind da beispielsweise Lebenszufriedenheit, Sinn und Kohärenz. Diese Parameter zu beurteilen könnte weiterführende Ergebnisse und Erkenntnisse zur Langzeitstabilität von Psychotherapie bringen, die allein durch den BSS nicht erfasst werden.

Die als Kontrollgruppe geplante Gruppe derjenigen, die keine Therapie in Anspruch genommen haben, war in dieser Studie zu klein, um sie statistisch auswerten zu können. Zur Hypothese H_1 konnten darum keine Aussagen getroffen werden. So könnte es ein Ansatz weiterer Forschung sein, diesen Aspekt näher zu untersuchen und die Gruppen ‚keine Therapie‘ und ‚Therapie‘ mit einer ausreichenden Gruppengröße gegenüberzustellen. Zukünftige Forschungsgruppen müssen sich daher mit dem Problem der Rekrutierung eines solchen Patientenkontexts beschäftigen. Ein Anreiz für die Patienten könnte (mehr) Geld sein sowie eine andere Benennung der Studie, welche die Patienten deutlicher anspricht. Formuliert man beispielsweise, dass in der Studie eine ‚Einschätzung der Selbstbewältigungsstrategien‘ erfolgen soll, so könnte Narzissmus die Patienten dazu bewegen teilzunehmen. Teilnahme an

einer Studie ist immer eine Frage des Zugangs dazu und in diesem Bereich gibt es noch viele Optimierungsmöglichkeiten.

Bei den Stärken und Schwächen der Studie wurde der Umstand vermerkt, dass die Versorgung an und nahe bei Unikliniken besser ist als in anderen Gegenden. Darum wären weitere Studien wünschenswert, die mit gleichem oder ähnlichem Studiendesign die Stabilität der Ergebnisse nach psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung in anderen Gegenden, - vornehmlich Nicht-Unikliniken - untersuchen. Eine Vergleichbarkeit und Einordnung der vorliegenden Ergebnisse wäre so weiterführend und besser möglich.

Ebenso wäre es von großem Interesse nicht nur die Gruppen ‚kombiniert‘ und ‚ambulant‘ gegenüberzustellen, sondern auch eine rein stationäre und rein ambulante Gruppe. Wie im Methodik-Abschnitt dieser Arbeit beschrieben, war die Fallzahl der rein stationären Gruppe in dieser Studie zu klein, um einen statistisch sinnvollen Vergleich zu rechnen.

Dieser Ansatz - sowie die davor genannten Punkte - bieten daher einen Schwerpunkt zukünftiger Forschung zum Thema Langzeitstabilität der psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung.

5. Zusammenfassung

In der vorliegenden naturalistischen Studie mit einem Katamnesezeitraum von durchschnittlich 5,5 Jahren wurde retrospektiv die Nachhaltigkeit und Wirksamkeit von unterschiedlichen Settings psychotherapeutischer Behandlung untersucht. Hierfür wurde mit dem Beeinträchtigungs-Schwere-Score das aktuelle psychische Befinden der Patienten erhoben, um vergleichend mit den Aufnahmewerten auf die Langzeiteffekte der Behandlung in unterschiedlichen Settings schließen zu können. Die Stichprobe wurde dabei aus einem Kollektiv von Patienten rekrutiert, die sich zwischen 01/2004 und 12/2006 in der Abteilung für psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LVR Klinikums Düsseldorf vorgestellt hatten und bei denen vollständige Datensätze vorlagen.

Die 112 Studienteilnehmer erhielten einen Fragebogen zu soziodemographischen Daten und standardisierte Fragebögen (Symptom-Check-Liste (SCL-90-R); Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP); Gießener Beschwerdebogen (GGB-24)). Weiterhin wurde der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) erhoben. Hierbei handelt es um eine Fremdbeurteilung, bei der der Therapeut den Grad der psychogenen Beeinträchtigung des Patienten auf der Grundlage eines ca. einstündigen Interviews einschätzt. Der BSS erfasst die Beeinträchtigung auf drei jeweils fünfstufigen Skalen, die sich auf die körperliche, die psychische und die sozial-kommunikative Ebene beziehen. Aus der Summe der jeweiligen Punktwerte ergibt sich ein Gesamt-Wert (Range 0-12), aus dem der Schweregrad der psychogenen Beeinträchtigung erkennbar ist. Neben dieser Experteneinschätzung bewerteten sich die Patienten in der Patienten-Selbsteinschätzung (PSE) in Analogie zum BSS selbst. Die mit dem BSS und der PSE erzielten Ergebnisse sind der Gegenstand dieser Arbeit.

Dabei wurden retrospektiv zwei Gruppen gegenübergestellt: Eine Gruppe wurde nach eigenen Angaben nur ambulant behandelt, die andere ambulant und stationär (also kombiniert). Es konnte gezeigt werden, dass die Gruppe der kombiniert behandelten Teilnehmer zum Aufnahmezeitpunkt stärker psychogen beeinträchtigt war. Bei Beurteilung der Langzeitstabilität durch den BSS wird

der Unterschied zwischen Aufnahme- und Katamnesewerten nur für die Gruppe der kombiniert Behandelten signifikant, mit einer Effektstärke von 0,64 ($p < ,05$ für alle Subskalen). Bei den nur ambulant behandelten Teilnehmern sinkt der BSS-Mittelwert im Verlauf der 5,5 Jahre ebenfalls ab, jedoch statistisch nicht signifikant. Bei der PSE wird das Ergebnis für beide Gruppen signifikant ($p < ,001$ für alle Subskalen).

Bei einer Differenz von ≥ 2 Punkten beim BSS-Gesamtwert wird von einer klinisch signifikanten Verbesserung gesprochen. Die Teilnehmer konnten so in Responder und Non-Responder aufgeteilt werden. Aus Expertensicht ergab sich eine Verteilung von 43,6% Respondern und 56,4% Non-Respondern, letztere zu 13,7% mit einem verschlechterten und zu 43,6% mit einem unveränderten Befinden. Aus Patientensicht sind auch hier die Ergebnisse deutlicher, es ergaben sich 60,4% Responder und 39,6% Non-Responder, die zu 8,3% eine verschlechtertes und zu 31,3% ein unverändertes Befinden aufwiesen.

Weiterhin ist eine beim BSS eine Unterteilung in Fälle und Nicht-Fälle möglich. Laut Manual des BSS zählt ein Teilnehmer als ‚Fall‘, also demnach als psychogen erkrankt, wenn der BSS-Gesamtwert ≥ 5 Punkte beträgt. Während aus Expertensicht zum Aufnahmezeitpunkt 97,0% der Studienteilnehmer als Fälle gewertet wurden und lediglich 3,0% Nicht-Fälle waren, konnten zum Katamnesezeitpunkt 72,2% Fälle und 27,8% Nicht-Fälle verzeichnet werden.

Bezüglich der Verteilung von Respondern und Non-Respondern sowie von Fällen und Nicht-Fällen unterschieden sich die Gruppen der ambulant und der kombiniert Behandelten nicht signifikant voneinander.

Insgesamt konnte retrospektiv eine hohe Langzeitstabilität der Ergebnisse nach psychotherapeutischer Behandlung gezeigt werden. Besonders die Gruppe nach Behandlung in einem kombinierten Setting konnte dabei eine sehr gute Stabilität bzw. Verbesserung der psychogenen Beeinträchtigung im Verlauf von durchschnittlich 5,5 Jahren vorweisen. Es konnte gezeigt werden, dass es für den Verlauf der psychogenen Beeinträchtigung nach einer Behandlung einen Unterschied macht, ob die Behandlung der Patienten rein ambulant oder in einem kombinierten Setting stattfand.

6. Literaturverzeichnis

- Agarwalla, P., & Küchenhoff, J. (2004). Teilstationäre Psychotherapie. *Psychotherapeut, 49*, 261-271.
- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G., & Brähler, E. (2011). Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten Teil 2: Wirksamkeit. *Psychotherapeut, 56*, 51-60.
- Altenhöfer, A., Schulz, W., Schwab, R., & Eckert, J. (2007). Psychotherapie von Anpassungsstörungen. *Psychotherapeut, 52*, 24-34.
- Barrett, M. S., & Barber, J. P. (2007). Interpersonal Profiles in Major Depressive Disorder. *Journal of clinical psychology, 63*(3), 247-266.
- Beutel, M. E., Glaesmer, H., Wiltink, J., Marian, H., & Brähler, E. (2010). Life satisfaction, anxiety, depression and resilience across the life span of men. *Aging Male, 13*(1), 32-39.
- Brähler, E., Schumacher, J., & Herzberg, P. Y. (2012). Testdiagnostik in der Psychotherapie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie - Ein integratives Lehrbuch* (5. Aufl., S. 312-313). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Dannecker, K. (1991). Kunsttherapie. *Deutsches Ärzteblatt, 88*, 1277-1279.
- Dührssen, A. (1982). The "demanding patient" from the psychoanalytic/psychosomatic outpatient clinic. *Z Psychosom Med, 28*(1), 1-13.
- Eysenck, H. J. (1992). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(5), 659-663.
- Fiedler, P. (2011). Indikation und Behandlungsentscheidungen. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (S. 32-38). Springer.

- Fliege, H., Rose, M., Bronner, E., & Klapp, B. F. (2002). Prädiktoren des Behandlungsergebnisses stationärer psychosomatischer Therapie. *Psychother Psych Med, 52*, 47-55.
- Franz, M., Häfner, S., Lieberz, K., Reister, G., & Tress, W. (2000). Der Spontanverlauf psychogener Beeinträchtigung in einer Bevölkerungsstichprobe über 11 Jahre. *Psychotherapeut, 45*, 99-107.
- Franz, M., Janssen, P., Lensche, H., Schmidtke, V., Tetzlaff, M., Martin, K., Wöller, W., et al. (2000). Effekte stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie - eine Multizenterstudie. *Z Psychosom Med Psychother, 46*, 242- 258.
- Franz, M., Kuns, M., & Schmitz, N. (1999). Was bewirken Therapieempfehlungen bei psychogen erkrankten Patienten einer psychosomatischen Konsiliarambulanz? *Z Psychosom Med, 45*, 95-112.
- Franz, M., Schmitz, N., & Tress, W. (1997). Möglichkeiten zur empirischen Erfassung des Schweregrades psychogener Erkrankungen. *Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 37*, 7-12.
- Fritzsche, K., & Wirsching, M. (2006). Psychotherapie. *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* (S. 36-53). Springer.
- Fuchs-Strizek, R., Laireiter, A.-R., Baumann, U., & Hessler, E. (2011). Retrospektives Katamnesedesign in der psychotherapeutischen Praxisforschung – Kriterien und Anwendung Retrospective Follow-Up Design in Studying Psychotherapeutic. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 61*, 262-268.
- Gallas, C., Kächele, H., Kraft, S., Kordy, H., & Puschner, B. (2008). Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie. *Psychotherapeut, 53*, 414-423.

- Grande, T., Wilke, S., & Nübling, R. (1992). Symptomschilderungen und initiale Beziehungsangebote von weiblichen und männlichen Patienten in psychoanalytischen Erstinterviews. *Z Psychosom Med Psychother*, *38*, 31-48.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Hannöver, W., Dogs, C. P., & Kordy, H. (2000). Patientenzufriedenheit – ein Maß für Behandlungserfolg? *Psychotherapeut*, *45*, 292-300.
- Harpaz-Rotem, I., Libby, D., & Rosenheck, R. a. (2012). Psychotherapy use in a privately insured population of patients diagnosed with a mental disorder. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 33-35.
- Heatherington, L., Stets, J., & Mazzarella, S. (1986). Wither the bias: The female client's "edge" in psychotherapy? *Psychotherapy*, *23*(2), 252-256.
- Heigl-Evers, A., Heigl, F., Ott, J., & Rüger, U. (1997). *Lehrbuch der Psychotherapie* (3. Aufl., S. 161). Stuttgart: Gustav Fischer Verlag; Lübeck.
- Hibbard, J., & Pope, C. (1983). Gender Roles, Illnes Orientation ans Use of Medical Services. *Soc. Sci. Med.*, *17*(3), 129-137.
- Horowitz, L. M. (1979). On the Cognitive Structure of Interpersonal Problems Treated in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *47*(1), 5-15.
- Huber, D., Albrecht, C., Hautum, A., & Henrich, G. (2009). Langzeit-Katamnese zur Effektivität einer stationären psychodynamischen Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother*, *55*, 189-199.
- Höck, K. (1960). On the clinical picture of neurotic reactions at the present time. *Psychiatr Neurol Med Psychol*, *12*, 99-102.

- Höflich, A., Matzat, J., Meyer, F., Knickenberg, R. J., Bleichner, F., Merkle, W., Reimer, C., et al. (2007). Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen und Psychotherapie im Anschluss an eine stationäre psychosomatisch – psychotherapeutische Behandlung. *Psychother Psych Med*, 57, 213-220.
- Janssen, P. L. (2004). Berufsgruppen- und methodenintegrierende Teamarbeit in der stationären psychodynamischen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 49, 217-226.
- Koch, S., Geissner, E., & Hillert, A. (2007). Berufliche Behandlungseffekte in der stationären Psychosomatik. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 55(2), 97-109.
- Krohne, H. W., & Hock, M. (2007). Das Interview. In H. Heuer, F. Rösler, & W. H. Tack (Hrsg.), *Psychologische Diagnostik* (1. Aufl., S. 238-246). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kächele, H., Oerter, U., Scheytt-Hölzer, N., & Schmidt, H. U. (2003). Musiktherapie in der deutschen Psychosomatik. *Psychotherapeut*, 48, 155-165.
- Leboeuf-Yde, C., Nielsen, J., Kyvik, K. O., Fejer, R., & Hartvigsen, J. (2009). Pain in the lumbar, thoracic or cervical regions: do age and gender matter? A population-based study of 34,902 Danish twins 20-71 years of age. *BMC musculoskeletal disorders*, 10:39.
- Leichsenring, F. (2009). Psychodynamic Psychotherapy: A Review of Efficacy and Effectiveness Studies. (R. A. Levy & J. S. Ablon, Hrsg.) *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy*, 3-27. Totowa, NJ: Humana Press.
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2011). Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 199, 15-22.

- Leichsenring, F., & Rüger, U. (2004). PSychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidence Based Medicine (EBM). *Z Psychosom Med Psychother*, 50, 203-217.
- Margraf, J. (2009). Ergebnisse zu Kosten und Nutzen der Psychotherapie. *Kosten und Nutzen der Psychotherapie* (S. 66-112).
- Mayr, U. (2001). *Wenn Therapien nicht helfen. Zur Psychodynamik der "negativen therapeutischen Reaktion."* Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Merbach, M., Brähler, E., & Klaiberg, A. (2005). Befund und Befinden: Psychologische Aspekte körperlicher Beschwerden. *selbsthilfegruppenjahrbuch* (S. 102-109). Gießen: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. DAG SHG.
- Möller, H.-J., Laux, G., & Kapfhammer, H.-P. (2008). Psychodynamische Psychotherapie - Grundlagen und klinische Anwendungen. *Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 703-743).
- Olbricht, I. (1990). Frauen sind häufiger psychosomatisch krank - warum eigentlich? *Prax Psychother Psychosom*, 35, 111-120.
- Puschner, B., Haug, S., Häfner, S., & Kordy, H. (2004). Einfluss des Behandlungssettings auf den Gesundheitsverlauf. *Psychotherapeut*, 49, 182-192.
- Puschner, B., & Kordy, H. (2010). Mit Transparenz und Ergebnisorientierung zur Optimierung der psychotherapeutischen Versorgung : Eine Studie zur Evaluation ambulanter Psychotherapie. *Psychother Psych Med*, 60, 350-357.
- Rentenversicherung, D. (2010). *Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen* (S. 1-55).

- Rüger, U., & Reimer, C. (2006). Dynamische Psychotherapie. *Psychodynamische Psychotherapie - Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren* (S. 86-106).
- Rüger, U., & Senf, W. (1994). Evaluierter Psychotherapieforschung: Klinische Bedeutung von Psychotherapie-Katamnesen. *Z Psychosom Med Psychother*, 4, 103-116.
- Salzer, S., Leibing, E., Jakobsen, T., Rudolf, G., Brockmann, J., Eckert, J., Huber, D., et al. (2010). Patterns of interpersonal problems and their improvement in depressive and anxious patients treated with psychoanalytic therapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 74(4), 283-301.
- Sandweg, R., Sängler-Alt, C., & Rudolf, G. (1991). Erfolge in der stationären Psychotherapie - Ergebnisse eines Katamneseprojektes in einer Fachklinik für psychogene Erkrankungen. *Öff. Gesundheitswes.*, 53, 801-809.
- Scheidt, C. E., Seidenglanz, K., Dieterle, W., Hartmann, A., Bowe, N., Hillenbrand, D., Scudlek, G., et al. (1999). Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, 83-93.
- Schepank, H. (1995). Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)- Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung. *Beltz Test GmbH Göttingen*.
- Schepank, H., & Tress, W. (1988). *Die stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen*. (H. Schepank & W. Tress, Hrsg.). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Schmidt, H. U., & Kächele, H. (2009). Musiktherapie in der Psychosomatik. *Psychotherapeut*, 54, 6-16.
- Schneider, G., Heuft, G., Senf, W., & Schepank, H. (1997). Die Adaption des Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) für die Gerontopsychosomatik und Alterspsychologie. *Z Psychosom Med Psychother*, 43, 261-279.

- Schneider, G., Kruse, A., Nehen, H.-G., Senf, W., & Heuft, G. (2000). The prevalence and differential diagnosis of subclinical depressive syndromes in inpatients 60 years and older. *Psychotherapy and psychosomatics*, *69*, 251-60.
- Schnell, K., & Herpertz, S. C. (2011). Psychotherapy in psychiatry: the current situation and future directions in Germany. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, *261*, 129-34.
- Schreiber, W., Witt, D., & Hadersdorfer, H. (2010). Die „ absolute Problemhäufigkeit “: Ein innovatives Instrument zur Erfassung von Verbesserungspotentialen in der stationären Psychotherapie. *Psychiatrische Forschung*, *1*, 104-107.
- Schulz, Barghaan, D., Harfst, T., Dirmaier, J., Watzke, B., & Koch, U. (2006). Versorgungsforschung in der psychosozialen Medizin [Health services research in psychosocial medicine]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, *49*, 175-87.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T., & Koch, U. (2008). *Psychotherapeutische Versorgung. Robert Koch Institut - Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (Vol. 41, S. 1-50). Berlin.
- Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy - The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, *50*(12), 965-974.
- Senst, R., Kloß, R., Oberbillig, R., Schowalter, M., Kielmann, S., & Heuft, G. (2000). Erfahrung mit der Basis- und Ergebnisdokumentation Psy-BaDo. *Psychotherapeut*, *45*, 308-314.
- Statistisches Bundesamt. (2014a). *Statistisches Jahrbuch. Deutschland und Internationales* (S. 323). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (2014b). *Statistisches Jahrbuch. Deutschland und Internationales* (S. 362). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

- Stieglitz, R.-D., Baumann, U., & Freyberger, H. J. (2001). II Verfahrensgruppen. *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie* (2. Aufl., S. 83-116). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Studt, H. H. (2003). Ein stationär-ambulantes Netzwerk zur psychotherapeutischen Versorgung. *WMW*.
- Tress, W., & Merscher, D. (1981). Geschlechtsunterschiede im Krankheitsverhalten. *Verläufe* (S. 150-154). Heidelberg: Springer.
- Tritt, K., von Heymann, F., Loew, T. H., Benker, B., Bleichner, F., Findeisen, P., Galuska, J., et al. (2003). Patienten in stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlung: Patientencharakterisierung und Behandlungsergebnisse anhand der PSY-BADO-PTM. *Psychotherapie*, 8(1), 244-251.
- Tschuschke, V. (2004). Gruppenpsychotherapie: Die unbekannte und benachteiligte psychotherapeutische Behandlungsoption. *Psychotherapeut*, 49, 101-109.
- Tschuschke, V., Cramer, A., Koemeda, M., Schulthess, P., von Wyl, A., & Weber, R. (2009). Psychotherapieforschung – Grundlegende Überlegungen und erste Ergebnisse der naturalistischen Psychotherapie-Studie ambulanter Behandlungen in der Schweiz (PAP-S). *Psychotherapie Forum*, 17, 160-176.
- von Wietersheim, J., Oster, J., Munz, D., Epple, N., Rottler, E., & Mörtl, K. (2008). Kombination von Settings und Verfahren in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 53, 424-431.
- von Wietersheim, J., Zeeck, A., & Küchenhoff, J. (2005). Status, Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung in psychosomatischen Tageskliniken. *Psychother Psych Med*, 55, 79-83.

- Weidhaas, H.-J., & Nadolny, H. (2006). Die Prävalenz psychischer Störungen und die Möglichkeiten ihrer Behandlung in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland. *Forum Psychotherapeutische Praxis*, 6(1), 2-7.
- Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 44, 993-1000.
- Zeeck, A., Hartmann, A., & Kuhn, K. (2005). Psychotherapy in a Day Clinic: Results of a 1.5 Year Follow-Up. *Psychiatric Quarterly*, 76(1), 1-17.
- Zeeck, A., Hartmann, A., Küchenhoff, J., Weiss, H., Sammet, I., Gaus, E., Semm, E., et al. (2009). Differenzielle Indikationsstellung stationärer und tagesklinischer Psychotherapie: die DINSTAP – Studie. *Psychother Psych Med*, 59, 354-363.
- Zeeck, A., Scheidt, C. E., Hartmann, A., & Wirsching, M. (2003). Stationäre oder teilstationäre Psychotherapie? *Psychotherapeut*, 48, 420-425.

7. **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1	Ablauf der Rekrutierung vom Patientenkollektiv 1 zur Stichprobe	Seite 31
Abbildung 2	Geschlechterverteilung in der Stichprobe	Seite 42
Abbildung 3	Altersunterschiede in Jahren zwischen ambulant und kombiniert Behandelten zum Aufnahmezeitpunkt	Seite 44
Abbildung 4	Mittelwerte des Gesamt-BSS und der PSE im Vergleich zwischen Aufnahme und Katamnese	Seite 49
Abbildung 5	Häufigkeitsverteilung der Punktwert- Differenzen zwischen Aufnahme und Katamnese des Gesamt-BSS	Seite 53
Abbildung 6	Verteilung der Studienteilnehmer anhand der BSS-Punktwertdifferenzen in die Gruppen Responder und Non- Responder	Seite 53
Abbildung 7	Häufigkeitsverteilung der Punktwert- Differenzen zwischen Aufnahme und Katamnese der Gesamt-PSE	Seite 54
Abbildung 8	Verteilung der Studienteilnehmer in die Gruppen Responder und Non- Responder zum Katamnesezeitpunkt aus Patientensicht anhand der PSE	Seite 54
Abbildung 9	Verteilung der Studienteilnehmer aus Expertensicht in ‚Fälle‘ und ‚Nicht- Fälle‘ zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt	Seite 55

Abbildung 10	Verteilung der Studienteilnehmer aus Patientensicht in ‚Fälle‘ und ‚Nicht-Fälle‘ zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt	Seite 56
Abbildung 11	Darstellung der Anteile von ‚kein Frührentner‘ ‚Frührentner‘ und ‚Rentner‘ zum Katamnesezeitpunkt bei Fällen und Nicht-Fällen	Seite 57
Abbildung 12	Darstellung der Anteile von Berufstätigen und Nicht-Berufstätigen zum Katamnesezeitpunkt bei Fällen und Nicht-Fällen	Seite 57
Abbildung 13	Häufigkeitsverteilung der Gruppen ambulant und kombiniert bei Respondern und Non-Respondern	Seite 58
Abbildung 14	Häufigkeitsverteilung der Gruppen ambulant und kombiniert bei Fällen und Nicht-Fällen	Seite 59
Abbildung 15	Häufigkeitsverteilung von Fällen und Nicht-Fällen der Gruppe ‚kombiniert‘ bei Aufnahme und Katamnese	Seite 59
Abbildung 16	Häufigkeitsverteilung von Fällen und Nicht-Fällen der Gruppe ‚ambulant‘ bei Aufnahme und Katamnese	Seite 59

8. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Verteilung des seit dem Aufnahmegespräch in Anspruch genommenen Therapiesettings	Seite 33
Tabelle 2	Merkmalbeschreibung der Skalenstufen und passende Ankerbeispiele aus dem Manual von Heinz Schepank (1995)	Seite 36
Tabelle 3	Vergleich der soziodemographischen Daten von Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern zum Aufnahmezeitpunkt	Seite 41
Tabelle 4	Soziodemographische Daten der Stichprobe (ambulant, kombiniert, gesamt) zu den Zeitpunkten Aufnahme und Katamnese	Seite 43
Tabelle 5	Korrelationen zwischen Therapeuten-Einschätzung (BSS) und Patienten-Selbst-Einschätzung (PSE)	Seite 46
Tabelle 6	Zusammenhänge zwischen BSS- und PSE-Skalen und Alter bei Aufnahme und Katamnese	Seite 46
Tabelle 7	Geschlechtseffekte auf BSS und PSE bei Aufnahme und Katamnese	Seite 47
Tabelle 8	Unterschiede zwischen Aufnahme und Katamnese im BSS und in der PSE bei den Gruppen ‚ambulant‘, ‚kombiniert‘ und ‚gesamt‘	Seite 50
Tabelle 9	Punktwert-Differenzen bei BSS und PSE zwischen Aufnahme und Katamnese der Gruppen ‚ambulant‘, ‚kombiniert‘ und ‚gesamt‘	Seite 52

9. Anhang

9.1. PAT Patientenfragebogen



**KLINISCHES INSTITUT UND
KLINIK FÜR PSYCHOSOMATIK UND
PSYCHOTHERAPIE**



LVR-Klinikverbund

Katamesestudie

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsland: _____

Konfession: _____

**RHEINISCHE KLINIKEN DÜSSELDORF
KLINISCHES INSTITUT UND KLINIK FÜR PSYCHOSOMATIK UND
PSYCHOTHERAPIE DER HEINRICH- HEINE- UNIVERSITÄT**

PAT PATIENTENFRAGEBOGEN

Geschlecht männlich weiblich

Familienstand

- ledig
- verheiratet seit wann? _____
- zum 2. mal verheiratet oder öfter wie oft? _____
- unverheiratet, aber in fester Partnerschaft lebend seit wann? _____
- getrennt seit wann? _____
- geschieden seit wann? _____
- verwitwet seit wann? _____

Alter des/der jetzigen Ehe- oder Lebenspartners/in _____ (Jahre)

Haben Sie Kinder? Wenn ja:

	Anzahl	Alter	davon wieviel männl./weibl.
leibliche Kinder:	_____	_____	____/____
nicht-leibliche Kinder: (Stief-, Adoptiv-, Pflegekinder)	_____	_____	____/____

Haben Sie Geschwister? Wenn ja:

	Anzahl	Alter
Brüder:	_____	_____
Schwestern:	_____	_____

Sind Sie ehelich geboren? ja nein

Sind Ihre Eltern geschieden? ja nein
seit wann? _____

Haben Sie eine Ersatzmutter?
(Stief-, Adoptivmutter o. ä.) ja nein

Haben Sie einen Ersatzvater?
(Stief-, Adoptivvater o. ä.) ja nein

Gab es einen Heimaufenthalt
während der Kindheit oder Jugend? ja nein

Geburtsjahr der **Mutter**: _____ 19____

Geburtsland der Mutter: _____

Ist sie Ihre

leibliche Mutter: Stiefmutter: Adoptivmutter:

Erlerner Beruf der Mutter? _____

Zuletzt **ausgeübter** Beruf der Mutter? _____

Ist die Mutter verstorben, wenn ja, wann? _____ im Alter von _____ Jahren

Geburtsjahr des **Vaters**: _____ 19____

Geburtsland des Vaters: _____

Ist er Ihr

leiblicher Vater: Stiefvater: Adoptivvater:

Erlerner Beruf des Vaters: _____

Zuletzt **ausgeübter** Beruf des Vaters: _____

Ist der Vater verstorben, wenn ja, wann? _____ im Alter von _____ Jahren

Mit wem wohnen Sie zur Zeit (hauptsächlich) zusammen?
(mehrere Antworten möglich)

- allein
- mit meinem Ehe- oder Lebenspartner
- mit meinem Kind/meinen Kindern
- mit meinem Vater (leiblich, Stief-, oder Adoptivvater)
- mit meiner Mutter (leiblich, Stief-, oder Adoptivmutter)
- mit meinen Großeltern
- mit Geschwistern
- mit meinen Schwiegereltern
- mit Freunden/ oder in einer Wohngemeinschaft
- im Heim oder in sonstigen außerfamiliären Wohneinrichtungen
- mit anderen familiären Mitgliedern (Großvater, Tante u. a.)

Wieviele Personen leben in Ihrem Haushalt?
(also mit Ihnen zusammen; Sie werden mitgezählt): _____ Personen

Ihr höchster Schulabschluß (nur 1 Angabe möglich):

- (1) Sonderschulabschluß
- (2) Hauptschulabschluß/Volksschulabschluß
- (3) Qualifizierter Hauptschulabschluß
- (4) Realschulabschluß/Mittlere Reife
- (5) Abitur
- (6) Fachabitur
- (7) Hochschulabschluß
- (8) Fachhochschulabschluß
- (9) kein Schulabschluß
- (10) noch in der Schule
- (11) Sonstiges

Ihr höchster Berufsabschluß (nur 1 Angabe möglich):

- (1) noch in Berufsausbildung
 (2) Lehre
 (3) Meister
 (4) Fachhochschule/Universität
 (5) ohne Abschluß
 (6) sonstiger Abschluß: _____

Erlerner Beruf (genaue Bezeichnung): _____

Ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung): _____

- Vollzeit Teilzeit

Stellung im Beruf (nur 1 Angabe möglich):

- (1) Hausfrau/Hausmann
 (2) Arbeiter(in)
 (3) Facharbeiter(in)
 (4) einfache(r) Angestellte(r)/Beamte(r)
 (5) mittlere(r) Angestellte(r)/Beamte(r)
 (6) höhere(r) Angestellte(r)/Beamte(r)
 (7) Selbständig ohne bezahlte Beschäftigte
 (8) Selbständig mit bezahlten Beschäftigten
 (9) Freischaffend (z. B. Künstler)
 (10) Wehr- oder Zivildienst
 (11) Ohne Beruf
 (12) Sonstiges

Trifft nicht zu, da:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> (13) Arbeitslos | <input type="checkbox"/> (16) Auszubildende(r)/
Umschüler(in) |
| <input type="checkbox"/> (14) Sozialhilfeempfänger | <input type="checkbox"/> (17) Schüler(in)/Student(in) |
| <input type="checkbox"/> (15) auf Dauer krank geschrieben | <input type="checkbox"/> (18) Rentner(in)/Pensionär(in)/
Vorruhestand |

Erlerner Beruf des Partners (genaue Bezeichnung): _____

In welchem Beruf ist Ihr Partner derzeit tätig?

(genaue Bezeichnung): _____

Vollzeit Teilzeit

Stellung des Partners im Beruf (nur 1 Angabe möglich):

- (1) Hausfrau/Hausmann
- (2) Arbeiter (in)
- (3) Facharbeiter(in)
- (4) einfache(r) Angestellte(r)/Beamte(r)
- (5) mittlere(r) Angestellte(r)/Beamte(r)
- (6) höhere(r) Angestellte(r)/Beamte(r)
- (7) Selbständig ohne bezahlte Beschäftigte
- (8) Selbständig mit bezahlten Beschäftigten
- (9) Freischaffend (z. B. Künstler)
- (10) Wehr- oder Zivildienst
- (11) Ohne Beruf
- (12) Sonstiges

Haupteinkommensquelle (nur 1 Angabe möglich):

- (1) eigenes Einkommen durch Arbeitstätigkeit/Rente
- (2) Unterhalt durch Ehe-oder Lebenspartner(in)
- (3) Arbeitslosengeld
- (4) Unterstützung durch Eltern
- (5) Sozialhilfe
- (6) Bafög
- (8) ALG II
- (7) Sonstige Welche? _____

Beschwerden

Ihre Hauptbeschwerden:

bestehen seit (Monat/Jahr):

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____

Beeinträchtigung

Kreuzen Sie bitte die Kästchen mit den für Sie am besten zutreffenden Antworten an.

Inwieweit fühlen Sie sich durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt:

	gar nicht	geringfügig	deutlich	stark	extrem
1. im körperlichen Bereich	<input type="checkbox"/>				
2. im seelischen Bereich	<input type="checkbox"/>				
3. in Ihren zwischenmenschlichen Beziehungen und in Ihrem Leistungsvermögen	<input type="checkbox"/>				

Vorbehandlung

Haben Sie schon einmal psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen?

- ja
- nein

Von wem wurde Ihnen diese Psychotherapie empfohlen?

- Freunde
- Verwandte
- Beratungsstellen
- Hausarzt
- andere Ärzte
- Klinik
- Andere: Wer? _____
- Beginn der Psychotherapie auf eigenen Wunsch

Welche Therapieform wurde Ihnen empfohlen?

- ambulant/Einzel
 ambulant/Gruppe
 stationär/teilstationär
 weiß nicht

Welche Art von Psychotherapie haben Sie gemacht oder machen Sie?

- Einzeltherapie Gruppentherapie
 tiefenpsychologisch
 verhaltenstherapeutisch
 Entspannung
 weiß nicht

ambulant: von: _____ bis: _____

Wie oft waren/sind die Psychotherapiesitzungen (z. B. pro Woche/pro Monat?)

Ungefähre Anzahl Sitzungen insgesamt? _____

stationär/teilstationär: von: _____ bis: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

9.2. Interviewleitfaden

Interview zur Katamnese studie:

Die Patienten erhalten zum Katamnese termin folgende Fragebögen:

1. Inventar für interpersonelle Probleme (IIP)-Langform-Verlauf
2. Symptom Check List (SCL-90-R)

Die TherapeutIn dokumentiert:

1. BSS
2. Katamnesebericht
- 3.

Die Nachuntersuchung erfolgt mit einem halbstandardisierten Interview.

Halbstrukturierter Interviewteil:

- ⇒ aktuelles zentrales Thema (Problemfeld)
- ⇒ Augenblicklicher Gesundheitszustand (Arbeitsfähigkeit, Arztbesuche, Behandlungen, Medikamenteneinnahme)
- ⇒ Subjektive Erklärungen körperlicher oder seelischer Symptome, insbesondere im Kontext zwischenmenschlicher Beziehungen
- ⇒ Genuss- u. Suchtmittelgebrauch
- ⇒ Aktuelle Beziehung zu bedeutsamen Anderen (Familie, Partner etc.)
- ⇒ Aktuelle Lebenssituation (Wohnsituation, Beruf oder Arbeitslosigkeit)
- ⇒ Sexualität und Liebesfähigkeit
- ⇒ Derzeitiges Selbstbild

9.3. Anschreiben Fragebogenpost



LVR-Klinikverbund

LVR-Klinikum Düsseldorf · Postfach 12 05 10 · 40605 Düsseldorf

Datum und Zeichen bitte stets angeben

21.09.2015

**Abteilung für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie**

Abteilungsarzt:
Prof. Dr. Dr. Wolfgang Tress

Dr. S. Michalek
Tel 0211 922-4728
Fax 0211 922-4709
Silke.Michalek@lvr.de

Fragebögen

Sehr geehrte Frau/sehr geehrter Herr **XY**,
hiermit senden wir Ihnen anbei wie besprochen die Fragebögen zu.
Bitte bringen Sie diese am **X** um **X** ausgefüllt zu Ihrem Interview mit.
Wir erwarten sie in Haus 19 im Wartebereich des 2.OG's.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. rer. nat. Silke Michalek



853-001-10.2009

Betriebsleitung: Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel, Joachim Heinlein, Klemens Maas
Besucher- und Lieferanschrift: Bergische Landstraße 2, 40629 Düsseldorf
Fernruf Vermittlung: 0211 922-0 / Internet: www.klinikum-duesseldorf.lvr.de
Bahnhaltestelle: Auf der Hardt/LVR-Klinikum, Linien 703, 709 und 713

Bankverbindung:
SEB Bank, Kto 13 7000 2800 (BLZ 370 101 11)
BIC: ESSEDE5F370, IBAN: DE 55 3701 0111 1370 002800
USt-IdNr.: DE 122 656 988, Steuer-Nr.: 214/5811/1267

10. Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere an Eides statt, dass die Dissertation selbständig und ohne unzulässige fremde Hilfe erstellt und die hier vorgelegte Dissertation nicht von einer anderen Medizinischen Fakultät abgelehnt worden ist.

23.04.2015, Franziska Hofmeister