

**Vorzeitige Behandlungsbeendigungen in der stationären
psychosomatischen Therapie an einem Universitätsklinikum**

Häufigkeit, Gründe, Zeitpunkt, Prädiktoren und der Einfluss des Strukturniveaus

Annkatrin Lattka

Vollständiger Abdruck der von der TUM School of Medicine and Health der Technischen
Universität München zur Erlangung des akademischen Grades einer
Doktorin der Medizin (Dr. med.)
genehmigten Dissertation.

Vorsitz: Prof. Kathrin Schumann, Ph.D.

Prüfer der Dissertation:

1. Prof. Dr. Peter Henningsen
2. Priv.-Doz. Dr. Christian F. Sorg

Die Dissertation wurde am 26.06.2023 bei der Technischen Universität München eingereicht
und durch die TUM School of Medicine and Health am 20.12.2023 angenommen.

**Auf eine explizite Anpassung der Geschlechter wird in der folgenden Arbeit verzichtet.
Es sind jedoch in jedem Fall Ärzt*innen, Patient*innen, Therapeut*innen etc.
beziehungsweise Menschen unabhängig von ihrer Geschlechtsidentität miteingeschlossen.**

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	VI
Abbildungsverzeichnis	VIII
Tabellenverzeichnis	X
1. Einleitung	1
1.1. Hintergrund: Psychische Erkrankungen und Relevanz von Behandlungsabbrüchen ..	1
1.2. Stationäre Psychosomatische Versorgung in Deutschland	3
1.2.1. Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland.....	3
1.2.2. Stationäre psychosomatische Medizin	4
1.3. Hintergründe zur stationären psychosomatischen Behandlung am Klinikum rechts der Isar	8
1.3.1. Strukturbezogene Behandlung	8
1.3.2. Funktionelle Körperbeschwerden als Schwerpunkt der Klinik.....	11
1.4. Relevanz, Definition und Hintergründe von Behandlungsabbrüchen.....	13
1.4.1. Definition und Häufigkeit von Behandlungsabbrüchen	13
1.4.2. Formen des Behandlungsabbruchs und Abgrenzung zu vorzeitiger Therapiebeendigung.....	17
1.4.3. Behandlungsdauer	18
1.4.4. Zeitlicher Aspekt des Abbruchs	19

1.4.5. Behandlungsergebnis.....	20
1.4.6. Relevanz für Patienten und Behandler und sozioökonomische Bedeutung von Behandlungsabbrüchen	22
1.4.7. Fragestellung	24
2. Studienklinik, Patientenkollektiv, Methodik und Statistik	25
2.1. Beschreibung der Studienklinik: Stationäres Behandlungssetting am Klinikum rechts der Isar	25
2.1.1. Therapieangebot und Behandlungsablauf	25
2.1.2. Behandlungsvertrag	26
2.1.3. Behandlungsdauer, teilstationäre Behandlung und Diagnosespektrum bei Aufnahme.....	27
2.2. Datenerhebung, Methodik und Messinstrumente	29
2.2.1. Studiendesign, Stichprobe und Ein-/Ausschlusskriterien	29
2.2.2. Datenerhebung und Vorgehen.....	30
2.2.3. Definition von Behandlungsabbrüchen in der Studie.....	31
2.2.4. Standardisierte Fragebögen	32
2.2.5. Statistische Methoden.....	36
3. Ergebnisse	38
3.1. Patientencharakteristika	38
3.1.1. Vergleich soziodemografischer und klinischer Variablen der Gruppen reguläre und irreguläre Entlassung	38
3.1.2. Vergleich soziodemografischer und klinischer Variablen der Gruppen vorzeitige/abgestimmte Entlassung und Abbruch	49

3.2. Charakteristika der irregulären Behandlungsbeendigungen	53
3.2.1. Aufenthaltsdauer und Zeitpunkt des Abbruchs	53
3.2.2. Gründe für irreguläre Therapiebeendigungen	59
3.2.3. Mehrfache irreguläre Aufenthalte im Beobachtungszeitraum	63
4. Diskussion.....	64
4.1. Häufigkeit und Gründe irregulärer (verkürzter) Behandlungsbeendigungen	64
4.2. Soziodemographische Merkmale von Patienten mit vorzeitiger Behandlungsbeendigung	67
4.3. Klinische Merkmale von Patienten mit vorzeitiger Behandlungsbeendigung	69
4.4. Unterschiede innerhalb der irregulären Beender.....	74
4.5. Limitationen der Studie.....	77
5. Zusammenfassung und Ausblick	79
6. Literaturverzeichnis	82
7. Anhang.....	95
8. Danksagung.....	97

Abkürzungsverzeichnis

ANOVA	Einfaktorielle Varianzanalyse
BANG	Bindungsbezogene Angst (ECR-R)
BVER	Bindungsbezogene Vermeidung (ECR-R)
DES	Dissociative Experiences Scale
DSM-IV/DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th/5th edition
ECR-R	Experiences in Close Relationships, Revised
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder Scale (7)
HSRI	Hannover Self-Regulation Inventory
ICD-10/ ICD-11 (GM)	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. bzw. 11. Revision, German Modification
KBT	Konzentrierte Bewegungstherapie
M	Median
MCS	Mental component score (SF-36)
MRI	Klinikum rechts der Isar München
MW	Mittelwert
OPD	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik
OPD-SF	OPD-Strukturfragebogen
PCS	Physical component score (SF-36)
PHQ-D	Patient Health Questionnaire, deutsche Version
PHQ-9	Modul für Depressivität des PHQ
PHQ-15	Modul für somatische Symptomstärke des PHQ
Psy-BaDo	Psychotherapie-Basisdokumentation

SAP	Systemanalyse Programmentwicklung (europäischer Softwarehersteller)
SCL-90-R	Symptom-Checkliste (90), revidierte Version
SD	Standardabweichung
SE	Standardfehler
SF-36	Short Form (36)
SPSS	Statistical Package for Social Sciences (IBM)
WHO	World Health Organization

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Dimensionen der Strukturwahrnehmung nach Küchenhoff (2003) und Einteilung des Strukturniveaus nach Rudolf (2017).....	9
Abbildung 2: Verteilung der ICD-10-Diagnosegruppen bzw. -kategorien bei Entlassung innerhalb aller irregulären Entlassungen	42
Abbildung 3: Verteilung der Subkategorien innerhalb der somatoformen Störungen (F45) unter den irregulären Entlassungen	43
Abbildung 4: Verteilung der ICD-10-Diagnosegruppen bzw. -kategorien innerhalb der gesamten Aufnahmen 2015-2019	44
Abbildung 5: Fehlerbalkendiagramme signifikanter Mittelwertunterschiede verschiedener Merkmale bzw. verschiedener Fragebogenscores zwischen regulären und irregulären Entlassungen (95% Konfidenzintervall der Mittelwertunterschiede, SE=Standardfehler).....	48
Abbildung 6: Verteilung der Diagnosengruppen nach ICD-10 innerhalb der Kollektive Vorzeitige/abgestimmte Beendigung und Abbruch.....	49
Abbildung 7: Fehlerbalkendiagramme signifikanter Mittelwertunterschiede verschiedener Merkmale bzw. verschiedener Fragebogenscores zwischen vorzeitigen/abgestimmte Entlassungen und Abbrüchen (95% Konfidenzintervall der Mittelwertunterschiede, SE=Standardfehler)	53
Abbildung 8: Boxplot: Aufenthaltsdauer irregulärer Fälle (Minimum: 2 Tage, 1. Quartil, Median: 20 Tage; 2. Quartil, Maximum: 35 Tage, keine Ausreißer, x =Mittelwert: 18,26 Tage).....	53
Abbildung 9: Verteilung der Zeitpunkte aller irregulären Therapiebeendigungen pro Behandlungswoche	54

Abbildung 10: Verteilung der Zeitpunkte von Therapiebeendigungen pro Behandlungswoche innerhalb der Gruppen vorzeitige/abgestimmte Entlassung und Abbruch	54
Abbildung 11: Anteil der Gruppen vorzeitig/abgestimmt und Abbruch an den frühen Beendigungen (links) bzw. an den späten Beendigungen (rechts)	55
Abbildung 12: Fehlerbalkendiagramme signifikanter Mittelwertunterschiede verschiedener Merkmale bzw. verschiedener Fragebogenscores zwischen frühen und späten Entlassungen (95% Konfidenzintervall der Mittelwertunterschiede, SE=Standardfehler)	58
Abbildung 13: Häufigkeit der Abbruchgründe und Anteile früher und später Beendigung ..	63

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Exemplarische Übersicht über Definitionen und Kategorisierungen von Behandlungsabbrüchen stationärer Psychotherapien in verschiedenen Studien	14
Tabelle 2:	Abbruchraten stationärer psychosomatischer Behandlungen in ausgewählten Studien	16
Tabelle 3:	F-Hauptdiagnosen nach ICD-10 bei allen stationären Aufnahmen am MRI zwischen 2015-2019	28
Tabelle 4:	Geschlecht und durchschnittliches Alter der Patienten in den Gruppen reguläre und irreguläre Entlassung sowie in der gesamten Stichprobe	39
Tabelle 5:	Vergleich soziodemographischer Merkmale regulärer und irregulärer Beender	41
Tabelle 6:	Häufigkeit der Diagnosekategorien nach ICD-10 unter den irregulären Beendigungen	43
Tabelle 7:	Verteilung der ICD-10-Diagnosegruppen unter den irregulären Beendigungen und in einem Referenzkollektiv (mit verfügbaren Entlassungsdiagnosen, vollständigen Fragebögen) der regulären Beendigungen	45
Tabelle 8:	Mittelwerte und Standardabweichungen verschiedener klinisch-pathologischer Merkmale der Gruppen reguläre und irreguläre Entlassung mit einfaktorieller Varianzanalyse (ANOVA)	47
Tabelle 9:	Häufigkeiten verschiedener ICD-10-Gruppen und -Diagnosen bei Entlassung unter den vorzeitigen/abgestimmten Beendigungen und Abbrüchen	50
Tabelle 10:	Mittelwerte und Standardabweichungen verschiedener klinisch-pathologischer Merkmale der Gruppen <i>vorzeitige/abgestimmte</i> Entlassung und <i>Abbruch</i> mit einfaktorieller Varianzanalyse (ANOVA)	52

Tabelle 11: Mittelwerte und Standardabweichungen verschiedener klinisch-pathologischer Merkmale der Gruppen frühe Beendigung und späte Beendigung mit einfaktorieller Varianzanalyse (ANOVA).....	57
Tabelle 12: Häufigkeiten der Abbruchgründe insgesamt sowie bei frühen und späten Beendigungen.....	62
Tabelle 13: Häufigkeiten der Abbruchgründe insgesamt, bei vorzeitiger/abgestimmter Beendigung und Abbruch.....	62

1. Einleitung

1.1. Hintergrund: Psychische Erkrankungen und Relevanz von Behandlungsabbrüchen

Psychische Erkrankungen – und darunter psychosomatische Krankheitsbilder – haben in Deutschland eine 12-Monats-Prävalenz von 27,8% unter der erwachsenen Gesamtbevölkerung (Jacobi et al., 2016). Dabei stehen Angststörungen an erster Stelle, gefolgt von Störungen durch Konsum von Alkohol und Medikamenten, Depressionen und anderen affektiven Störungen sowie somatoformen Störungen (Schulz et al., 2008). Mit Ausnahme von Suchterkrankungen ist der Anteil psychisch Erkrankter unter den Frauen höher (1-Jahres-Prävalenz 33%) als unter den Männern (1-Jahres-Prävalenz 22%) und auch hinsichtlich weiterer soziodemographischer Variablen unterscheiden sich die Prävalenzen deutlich (Jacobi et al., 2014). Im Sinne einer hohen Komorbidität liegt bei über einem Drittel der Fälle mehr als eine psychische Diagnose gleichzeitig vor (Jacobi et al., 2014).

Klassifiziert werden diese psychischen Krankheitsbilder üblicherweise mithilfe international anerkannter Klassifikationssysteme wie dem amerikanischen DSM oder dem von der WHO entwickelten ICD-Klassifikationssystem, das im Kapitel V „psychische und Verhaltensstörungen“ mit F00 - F99 kodiert. Der Anteil dieser psychischen Erkrankungen an der Gesamtheit von Erkrankungen hat sich in Deutschland zwischen 1998 und 2014 mehr als verdoppelt (von 6,6% auf 16,6%) und auch steigende Fallzahlen stationärer Behandlungen spiegeln den Bedeutungszuwachs wider (F. Schneider, 2017).

Jacobi et al. (2014) begründen den steigenden Trend mit einer Annäherung an die echten Prävalenzen, da psychische Krankheiten heute besser identifiziert würden, ohne dass die Zahlen in der Realität tatsächlich gestiegen seien. Inwiefern psychische Erkrankungen in der heutigen Zeit zugenommen haben, oder ob sie inzwischen lediglich besser und schneller diagnostiziert werden und Betroffene zudem eher für die Diagnostik und Behandlung offen sind, lässt sich bis jetzt noch nicht abschließend klären (Fritzsche et al., 2016). Ungeachtet dessen sprechen die hohen Prävalenzen psychischer Störungen in zahlreichen Studien dafür, dass ein großer Anteil der Gesamtbevölkerung von psychischen Erkrankungen betroffen ist. Diese Erkrankungen haben schwerwiegende Konsequenzen für Behandler und insbesondere für die Patienten selbst, da Leidensdruck und Beeinträchtigung zu einer deutlich reduzierten gesundheitsbezogenen

Lebensqualität führen; je größer dabei die Symptomlast, desto häufiger haben Patienten mehrere psychische Diagnosen (Jacobi & Barnikol, 2015).

Auch aus sozioökonomischer Perspektive sind psychische Erkrankungen für das Gesundheitssystem hochrelevant. Sie sind in Deutschland der zweithäufigste Grund für Arbeitsunfähigkeit und verzeichnen dabei mit im Durchschnitt 40 Tagen die längste Krankheitsdauer unter den Krankheitsarten, die zu Arbeitsunfähigkeit führen (F. Schneider, 2017). Zudem sind psychische Erkrankungen hauptverantwortlich für Frühberentungen aus gesundheitlichen Gründen (Schulz et al., 2008). Mitunter deshalb sind psychische Erkrankungen mit hohen volkswirtschaftlichen Kosten verbunden: Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2017) standen sie bei den Gesundheitsausgaben 2017 mit einem Anteil von 13,1% an den gesamten Krankheitskosten und jährlichen Kosten von 44,4 Milliarden Euro an zweiter Stelle nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Dementsprechend sind ein gestuftes und leistungsfähiges Versorgungsangebot sowie eine optimale Nutzung von Ressourcen im Gesundheitswesen dringend notwendig. Betrachtet man diese enormen wirtschaftlichen Kosten sowie die Belastung der Betroffenen, ist es weiterhin sinnvoll und erforderlich, sich auch mit der Frage auseinanderzusetzen, mit welcher Häufigkeit, weshalb und unter welchen Bedingungen (insbesondere stationäre) Therapien nicht regulär, sondern vorzeitig beendet werden. Denn diese Fälle können die Vermutung nahelegen, dass Ressourcen eben nicht optimal genutzt würden.

Innerhalb der letzten Jahrzehnte wurden bereits mehrere Studien publiziert, die sich mit der Häufigkeit und den Hintergründen von Behandlungsabbrüchen im stationären Bereich auseinandersetzen, wenngleich die Datenlage zu diesem Thema insgesamt noch eingeschränkt ist und die Ergebnisse oft inkonsistent sind. Im ambulanten Setting wurde das Phänomen des Therapieabbruchs dagegen bereits besser untersucht. Dies lässt sich auch darauf zurückführen, dass ambulante Psychotherapie insbesondere international besser etabliert (Klauer et al., 2007) ist und häufiger in Anspruch genommen wird, beziehungsweise, dass sie einfacher und mit mehr Kapazitäten zur Verfügung steht als eine stationäre Behandlung. Aufgrund widersprüchlicher Ergebnisse und dem Bezug der meisten Studien zu einem spezifischen Setting (beispielsweise ambulante Therapien, Rehabilitationskliniken, Therapien mit Fokus auf spezielle Diagnosen oder mit spezifischer Psychotherapieform), was die Vergleichbarkeit der Ergebnisse einschränkt (Paar et al., 2005), sind weitere Untersuchungen zum Phänomen der irregulären Behandlungsbeendigung gerechtfertigt.

In der vorliegenden Arbeit sollen im Hinblick auf die psychosomatische Versorgungslage in

Deutschland also vorzeitige Behandlungsbeendigungen in der stationären Versorgung am Beispiel eines Universitätsklinikums (Klinikum rechts der Isar) näher betrachtet werden. Außerdem sollen mögliche Aspekte einer Definition für Behandlungsabbrüche erfasst und die Gründe für Behandlungsbeendigungen sowie mögliche Prädiktoren dafür identifiziert werden.

1.2. Stationäre Psychosomatische Versorgung in Deutschland

1.2.1. Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland

Die Versorgungslage zur Behandlung psychischer Erkrankungen in Deutschland ist vielfältig. Einerseits stehen Therapien im ambulanten Bereich zur Verfügung – in der Regel erfolgt hier die Behandlung durch niedergelassene Therapeuten – daneben existieren Ambulanzen und weitere Einrichtungen wie psychosoziale Beratungsstellen und sozialpsychiatrische Zentren. Andererseits gibt es das teilstationäre (beispielsweise in Form von Tageskliniken) sowie das stationäre Setting in Rehabilitationseinrichtungen und Kliniken; auf dieser stationären Versorgung soll im Folgenden der Fokus liegen. Die vertragsärztliche Behandlung erfolgt durch auf unterschiedliche Weise ausgebildetes Personal (beispielsweise psychologische Psychotherapeuten und ärztliche Psychotherapeuten, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychosomatische Medizin oder Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie).

Zudem gibt es seit 1987 die Psychosomatische Grundversorgung im ambulanten Bereich als eine Leistung der Krankenkassen: Allgemeinärzte können sich freiwillig durch berufsbegleitende Fortbildungen für die primäre Diagnostik und Behandlung von psychischen Krankheiten qualifizieren. Damit können psychisch Erkrankte bereits in der Erstversorgung besser berücksichtigt werden und basale diagnostische und therapeutische Schritte eingeleitet werden. (Schulz et al., 2008)

Dennoch legen einige Studien nahe, dass die Versorgungslage in Deutschland noch nicht optimal ist bzw. dass psychisch Erkrankte durch das Gesundheitssystem ungenügend erreicht werden: Nach Jacobi et. al (2014) hatten zwei Drittel der Patienten mit einer psychischen Diagnose keinen Kontakt zum Gesundheitssystem bezüglich ihrer psychischen Beschwerden. Ein wichtiger Grund für eine verspätete oder ausbleibende Inanspruchnahme von Therapiemöglichkeiten ist die Angst vor Stigmatisierung, nicht nur seitens der Patienten, sondern auch durch die behandelnden Ärzte, die eine mögliche Diskriminierung ihrer Patienten

umgehen wollen (Deutsches Ärzteblatt, 2006). Ein Großteil der Patienten mit psychischer Erkrankung wird außerdem vorwiegend durch somatische Fachärzte behandelt (Gaebel et al., 2013); die Behandlung der Mehrheit psychisch Kranker erfolgt durch Allgemeinärzte und nicht durch Spezialisten (Möller et al., 2016). Dies könnte nach Gaebel et al. (2013) durch einen schwierigen Zugang zu bzw. eine fehlende Überweisung an Fachkräfte, aber auch durch das Fehlen von spezialisierten Kräften bedingt sein. Des Weiteren existieren große regionale Unterschiede im Angebot therapeutischer Behandlungen und vielerorts gibt es keine bedarfsgerechte Versorgung (F. Schneider, 2017). Steigende Fallzahlen in den Kliniken und lange Wartezeiten für stationäre Behandlungsplätze zeigen die Relevanz der psychischen Versorgung im stationären Bereich und implizieren die Notwendigkeit, die verfügbaren Plätze optimal zu nutzen.

1.2.2. Stationäre psychosomatische Medizin

In Deutschland werden psychische Erkrankungen in zwei eigenständigen Fachgebieten behandelt: Einerseits in der Psychiatrie und andererseits in der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. Die stationäre Versorgung erfolgt somit teils durch psychiatrische Krankenhäuser bzw. Abteilungen und teils durch akutpsychosomatische Fachkliniken und Krankenhausabteilungen (innerhalb von Allgemein- oder Universitätskliniken). Daneben gibt es im stationären Setting den großen Bereich der psychosomatischen Rehabilitation sowie den Konsiliar- und Liaisondienst. Während an psychiatrischen Kliniken Patienten vor allem psychopharmako-therapeutisch versorgt werden, ist in der stationären psychosomatischen Behandlung die Psychotherapie als Behandlungsform zentral (Schulz et al., 2008). Bezüglich des in der Psychiatrie und der psychosomatischen Medizin behandelten Diagnosespektrums gibt es jedoch vielfältig Überschneidungen. Deshalb ist es zum Teil schwierig, Daten zu identifizieren, die sich ausschließlich auf das psychosomatische Setting beziehen, da viele Veröffentlichungen psychische Erkrankungen bzw. Therapien im Allgemeinen behandeln. Dieser Arbeit liegen Daten aus dem psychosomatischen Bereich zugrunde, sodass der Fokus im Weiteren auf dem psychosomatischen Setting liegt.

Zentral in der psychosomatischen Medizin ist das biopsychosoziale Krankheitsmodell, nach dem biologische, psychische und auch soziale Faktoren die Entstehung und den Verlauf körperlicher Beschwerden und Erkrankungen beeinflussen. Die Therapie erfolgt

patientenzentriert und soll ganzheitlich Körper und Seele zugleich betreffen. In diesem Sinne ist die psychosomatische Medizin ein Grundlagenfach, das interdisziplinär eine Grundhaltung für Ärzte und andere Behandler vermitteln soll. Darüber hinaus stellt die Psychosomatik aber auch ein individuelles spezialisiertes Fachgebiet gemäß der Weiterbildungsordnung dar, mit eigenen Versorgungsstrukturen und -zentren. (Fritzsche et al., 2016)

Zwischen somatischen Erkrankungen und psychischen Krankheitsbildern existiert eine hohe Komorbidität. So haben aufgrund chronischer somatischer Beschwerden stationär behandelte Patienten eine Prävalenzrate von 43,7% für psychische Störungen (Härter et al., 2007). Dies macht begreiflich, weshalb der psychosomatischen Medizin mit ihrem ganzheitlichen Ansatz eine besondere Stellung zukommt und dass sowohl ambulante als auch stationäre psychosomatische Behandlungen gerechtfertigt und angemessen sind. Nach Angaben des Statistischen Bundesamts (Statistisches Bundesamt, 2022a) wurden im Jahr 2021 speziell in der Psychosomatik 72818 Patienten stationär versorgt, dies entspricht einem Anteil von circa 9% an der Gesamtpatientenzahl, die in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern insgesamt vollstationär behandelt wurden.

Prinzipiell liegen der psychosomatischen stationären Behandlung in Deutschland zwei Ansätze zugrunde: Im Sinne einer Rehabilitation kann die Behandlung psychisch Erkrankter eine stationäre psychosomatische Therapie erforderlich machen, die überwiegend durch die gesetzliche Rentenversicherung gedeckt wird und an spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen erfolgt. Andererseits gibt es die akutpsychosomatische stationäre Therapie als Krankenhausbehandlung im Rahmen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. (Schulz et al., 2008)

Der Großteil (ca. 70%) stationärer psychosomatischer Behandlung entfällt auf den rehabilitativen Bereich und etwa 30% auf die akutmedizinische psychosomatische Krankenhausbehandlung (Studt, 2001). Grundsätzlich ähneln sich diese beiden Versorgungssysteme häufig sowohl hinsichtlich des Diagnosespektrums, als auch im therapeutischen Angebot; die Differenzierung beider Bereiche ist hauptsächlich durch eine getrennte gesetzliche Regelung gegeben, wenngleich ohne klare, der aktuellen stationären Psychotherapie angepassten Trennung (Schulz & Koch, 2002). Ergebnisse bezüglich der Therapie aus rehabilitativen Einrichtungen können dementsprechend aber oft auf die psychosomatische Akutversorgung übertragen werden.

Es gilt, Indikationen zur stationären Behandlung sorgfältig zu prüfen: Zum Einen, da die stationäre Behandlung „einen erheblichen Eingriff in die Lebenskontinuität bedeuten [kann]“

(Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde [DGPPN], 2019, S. 366) und zunächst grundsätzlich ambulante Behandlungen angestrebt werden sollten, zum Anderen zur Berücksichtigung des Kostenfaktors stationärer Therapien. Die stationäre Versorgung ist in einigen Fällen aber sinnvoll und notwendig: Sie ist insbesondere dann indiziert, wenn Erkrankungen einen besonders schweren oder ungünstigen Verlauf nehmen, wenn Patienten stark psychisch oder komorbid somatisch belastet sind, wenn akute und schwere Krankheitssymptome vorliegen oder Patienten selbstgefährdendes Verhalten oder Suizidalität zeigen. Indikationen zum stationären Aufenthalt sind auch gegeben bei Therapieresistenz sowie bei einem negativ beeinträchtigten Krankheitsverlauf durch ein konflikthafte psychosoziales häusliches Umfeld. (DGPPN, 2019)

Außerdem können stationäre Behandlungen erforderlich sein, wenn eine besonders große Behandlungsdichte, eine komplexe Diagnostik oder Pharmakotherapie notwendig sind, oder wenn beispielsweise Affektivität und Antrieb stark gemindert sind (F. Schneider, 2017). Zusammenfassend kann man feststellen, dass die vollstationäre Behandlung psychosomatisch Erkrankter dann indiziert ist, wenn eine ambulante oder teilstationäre Therapie nicht oder nicht mehr ausreichend ist.

In diesen Fällen bietet die stationäre Psychosomatik mit ihrem multimodalen Ansatz und dem komplexen Setting zahlreiche Vorteile: Die Therapie setzt sich aus verschiedenen Bestandteilen zusammen und ist im Sinne einer multifaktoriellen Genese psychischer Erkrankungen und Störungen multimodal und interdisziplinär. Im Vordergrund stehen dabei Gruppen- und Einzelpsychotherapien sowie Pharmakotherapie. Aber auch Körpertherapien (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie), Kreativtherapien wie beispielsweise die Kunsttherapie, Entspannungsverfahren und Bewegungstherapien werden als Behandlungsmodalitäten kombiniert. Neben einer höheren Therapieintensität und einer Beurteilung des Behandlungsverlaufs ermöglicht die hohe Personaldichte und ständige Präsenz von ärztlichem, psychologischem und Pflegepersonal bei gegebenem Anlass auch Kriseninterventionen. Durch den Umgang mit anderen Patienten und einem größeren Team aus Therapeuten unterschiedlichen Alters und Geschlechts kann – auch im Sinne eines Expositionstrainings – verstärkt an Sozial- und Beziehungsverhalten gearbeitet werden. Differentialdiagnostische Abklärungen können stationär zum Beispiel durch Konsiliardienste leichter erfolgen und auch die Ein- und Umstellung von medikamentösen Therapien lässt sich besser überwachen. Durch die Entfernung zur häuslichen Umgebung können die Patienten zudem Abstand von

konflikthaften Beziehungen und Situationen ihres normalen Alltags gewinnen. (DGPPN, 2019; Studt, 2001)

Insgesamt zeichnet sich die psychosomatische Behandlung so durch ein integriertes Vorgehen aus: Die Behandler stimmen sich je nach Schwerpunkt der Beschwerden und spezifischer Problematik der Patienten ab, um eine individuelle, an die Bedürfnisse und aktuellen Fähigkeiten des Patienten angepasste Therapie zu ermöglichen (Rudolf et al., 2004). Ziel der stationären psychosomatischen Medizin ist außerdem weniger eine vollständige „Heilung“ der Erkrankungen, da dies bei vielen Erkrankungsbildern nicht möglich ist. Stattdessen sollten im Patientenumgang eher Begriffe wie „bessere Anpassung“ und „Bewältigung“ genutzt werden (Henningsen et al., 2018). Denn psychosomatische Medizin beabsichtigt vielmehr, das Krankheitsverständnis der Patienten zu verbessern, Bewältigungsstrategien zu vermitteln und eine Stabilisierung zu bewirken, wodurch auch eine ambulante Weiterbehandlung ermöglicht werden soll (Rudolf et al., 2004).

1.3. Hintergründe zur stationären psychosomatischen Behandlung am Klinikum rechts der Isar

Um diese Ziele zu erreichen hat jede psychosomatische Klinik oder Abteilung ein eigenes Behandlungskonzept etabliert: Die Einrichtungen unterscheiden sich hinsichtlich ihres spezifischen Therapieangebots, ihrer Struktur und ihres regulären Behandlungsablaufs; eine einheitliche Vorgehensweise im Sinne standardisierter Behandlungsstrukturen gibt es im psychosomatisch stationären Bereich nicht – nicht zuletzt aufgrund der Vielfältigkeit der hier behandelten Störungsbilder (Rudolf et al., 2004). Daher ist es für die spätere Analyse von Patientendaten, die sich speziell auf das Klinikum rechts der Isar beziehen, sinnvoll und notwendig, sich mit dessen individuellen Behandlungssetting auseinanderzusetzen und auf Besonderheiten im Behandlungsablauf und der Behandlungsstruktur einzugehen. Neben psychosomatischen Ambulanzen gibt es am MRI die psychosomatische Tagesklinik sowie die vollstationäre psychosomatische Klinik, deren Besonderheiten im Folgenden kurz beschrieben werden.

1.3.1. Strukturbezogene Behandlung

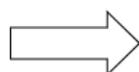
Spezifisch für die beschriebene individualisierte Therapie an der psychosomatischen Klinik am Klinikum rechts der Isar ist die Zuordnung der Patienten zu verschiedenen Settings: Patienten werden nach ihrem Beschwerdebild und dem individuellen Strukturniveau in drei Behandlungssettings aufgeteilt, die sich zum Teil in den Behandlungsbestandteilen und der primären therapeutischen Intention unterscheiden.

„Strukturniveau“ ist ein Begriff aus der Psychoanalyse: „Struktur im psychologischen Sinne bezeichnet das ganzheitliche Gefüge von psychischen Dispositionen“ (Rudolf et al., 1995) und kann beschrieben werden als eine Reihe zeitlich relativ stabiler Fähigkeiten, die der Anpassung an die Realität dienen und die Persönlichkeit organisieren (Kraus et al. 2021). In der englischsprachigen Literatur werden auch Begriffe wie „personality functioning“, „personality organization“ oder „level of structural integration“ genutzt. Nach Rudolf et al. (1995) geht es dabei um „das Selbst in Beziehung zu Anderen“. Zur Konkretisierung können diese strukturellen Fähigkeiten beispielsweise mithilfe der diagnostischen Kriterien der Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) – auf diese wird später noch einmal

genauer eingegangen – beurteilt werden. Dabei spielen sechs Dimensionen eine Rolle, die die Struktur als komplexen Gegenstand aus unterschiedlichen Perspektiven erfassen sollen: Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Abwehr, Objektwahrnehmung, Kommunikation und Bindung (Rudolf et al., 1995). Diese Dimensionen (vgl. Abbildung 1) lassen sich folgendermaßen charakterisieren (Küchenhoff, 2003): Selbstwahrnehmung beinhaltet die Aspekte Selbstreflexion, Selbstbild, Identität und Affektdifferenzierung. Zur Beschreibung der Selbststeuerung kann man die Begriffe Affekttoleranz, Selbstwertregulation, Impulssteuerung und Antizipation (Antizipation meint dabei die Einschätzung von Folgen körperlicher Veränderungen) heranziehen. Bei der Dimension Abwehr nennt Küchenhoff fünf Kriterien: den Gegenstand der Abwehr, Form, Erfolg, Stabilität und Flexibilität. In der Dimension Objektwahrnehmung werden Selbst-Objekt-Differenzierung, Empathie, ganzheitliche Objektwahrnehmung und objektbezogene Affekte berücksichtigt. Kommunikation umfasst unter anderem den Kontakt, das Verstehen fremder Affekte und das Mitteilen eigener Affekte. Die letzte Dimension der Bindung wird nach Küchenhoff durch die Begriffe Loslösung und Internalisierung beschrieben.

Je nach Ausprägung dieser strukturellen Fähigkeiten kann das Integrationsniveau der psychischen Struktur als „gut integriert“, „mäßig integriert“, „gering integriert“ und „desintegriert“ kategorisiert werden. Strukturelle Störungen resultieren aus fehlenden frühen Erfahrungs- und Entwicklungsmöglichkeiten und zeichnen sich durch Probleme im Sozialverhalten, in der Selbstregulation und im Selbstverständnis aus. (Rudolf, 2017)

Dimensionen der Struktur	Charakteristika
Selbstwahrnehmung	Selbstreflexion, Selbstbild, Identität, Affektdifferenzierung
Selbststeuerung	Affekttoleranz, Selbstwertregulation, Impulssteuerung, Antizipation
Abwehr	Gegenstand, Form, Erfolg, Stabilität, Flexibilität
Objektwahrnehmung	Selbst-Objekt-Differenzierung, Empathie, ganzheitliche Objektwahrnehmung, objektbezogene Affekte
Kommunikation	Kontakt, Verstehen fremder Affekte, Mitteilen eigener Affekte, Reziprozität
Bindung	Loslösung, Internalisierung



Strukturniveau			
gut integriert	mäßig integriert	gering integriert	desintegriert

Abbildung 1: Dimensionen der Strukturwahrnehmung nach Küchenhoff (2003) und Einteilung des Strukturniveaus nach Rudolf (2017)

Auch die Bindungstheorie spielt bei Betrachtung struktureller Fähigkeiten eine Rolle, da Bindung und Struktur zusammenhängen (Flemming et al., 2022). Bindungsverhalten kann als eine Reihe von Strategien erfasst werden, die dazu dienen, optimale Nähe zu erreichen (Mauder & Hunter, 2001). Dabei fallen oft die Begriffe bindungsbezogene Angst und Vermeidung. Bindungsbezogene Angst kann als Furcht vor dem Verlassenwerden verstanden werden und zeichnet sich durch ein starkes Bedürfnis nach Nähe aus, wohingegen Patienten mit bindungsbezogener Vermeidung die Verfügbarkeit von Bezugspersonen und Nähe als unwahrscheinlich empfinden (Wulf et al., 2012) bzw. der Wirksamkeit sozialer Unterstützung misstrauen (Mauder & Hunter, 2001). Nach Rudolf (2017) bedeutet strukturbezogene Psychotherapie, auf die Entwicklungsdefizite regulativer Fähigkeiten und die dadurch entstandenen dysfunktionalen Verhaltensweisen und Beziehungsproblematiken einzugehen. Insbesondere stationäre Psychotherapie stellt die adäquate Behandlungsweise von Patienten mit strukturellen Defiziten dar, da es die erforderliche intensive Behandlung gewährleistet (Kraus et al., 2021).

Die Zuteilung der Patienten zu einem der Settings am Rechts der Isar erfolgt durch eine Ersteinschätzung der strukturellen Fähigkeiten der Patienten durch die Psychotherapeuten. Im Verlauf werden diese weiterhin beurteilt und gegebenenfalls – dies ist allerdings eher die Ausnahme – ein Wechsel zur Parallelgruppe durchgeführt, sollte ein anderes Setting sich zu einem späteren Zeitpunkt als sehr viel passender erweisen und dieser Wechsel als notwendig erachtet werden. Allgemein kann man formulieren, dass *Setting A* besonders körperorientiert ausgelegt ist, bei *Setting B* Strukturniveau und Ressourcenförderung im Vordergrund stehen und in *Setting C* eine Konfliktorientierung bei insgesamt eher höherem Strukturniveau zentral ist. Je nach Zuordnung ist der therapeutische Rahmen und die therapeutische Haltung eher stabilisierend und haltgebend oder aber konfliktaufdeckend und zurückhaltender. Auch bezüglich des Therapieangebots gibt es zwischen den Gruppen Unterschiede. So erfolgt z.B. in *Setting A* ganz im Sinne des körperorientierten Konzepts zusätzlich eine integrative Körpertherapie (eine körperpsychotherapeutische Behandlungsmethode) und Patienten in *Setting B* haben die Möglichkeit, an einer Ressourcengruppe teilzunehmen. Diese Einteilung bietet den Vorteil, dass Patienten mit ähnlichen strukturellen Eigenschaften in den speziellen Gruppen eine individuell zu ihrem Strukturniveau und Beschwerdebild passende Therapie erhalten können.

1.3.2. Funktionelle Körperbeschwerden als Schwerpunkt der Klinik

Neben den strukturbezogenen Settings ist der Schwerpunkt im Bereich funktioneller Körperbeschwerden eine weitere Besonderheit der Psychosomatischen Klinik am Rechts der Isar, weshalb der Anteil der Patienten mit dieser Diagnose an der Gesamtpatientenzahl vergleichsweise hoch ist.

Funktionelle Körperbeschwerden sind mit einer Prävalenz von 10% in der Allgemeinbevölkerung und 20-50% in Hausarztpraxen häufig und vielfältig (Roenneberg et al., 2019). Sie sind gekennzeichnet durch anhaltende unspezifische Beschwerden, die mit einer gestörten Funktionalität einhergehen können und sie umfassen auch die Bereiche funktioneller somatischer Syndrome (z.B. das Reizdarm-Syndrom) und somatischer Belastungsstörungen („bodily distress disorder“). Bei somatoformen Störungen im Speziellen handelt es sich um eine definierte Diagnosekategorie, wobei nach ICD-10 (F45) obligat eine organische Ätiologie der Beschwerden ausgeschlossen sein musste (Roenneberg et al., 2020). Die Betroffenen sind allerdings oftmals von einer rein somatischen Genese ihrer Beschwerden überzeugt, was sich in einer hartnäckigen Forderung nach medizinischer Diagnostik und der fehlenden Akzeptanz einer psychischen Ursache der Erkrankung zeigt (Rudolf & Henningsen, 2003). Der Ausschluss einer somatischen Erkrankung als Definitionsmerkmal sorgte aufgrund der Unzuverlässigkeit dieses Kriteriums allerdings lange für Kritik (Gureje & Reed, 2016) und ist sowohl im DSM-5, als auch im ICD-11 kein notwendiges Charakteristikum mehr. Stattdessen liegt der Fokus auf psychobehavioralen Kriterien, wie der Fokussierung auf die Beschwerden oder häufigen Kontakten mit dem Gesundheitswesen (Roenneberg et al., 2020).

In der Literatur wurden die Krankheitsbilder oftmals mit Begriffen wie „nicht-spezifische Körperbeschwerden“ oder „medically unexplained symptoms“ beschrieben, allerdings sind viele solcher Bezeichnungen obsolet und sollten nicht mehr verwendet werden. Stattdessen sollte als Überbegriff der in den aktuellen S-3 Leitlinien genutzte Terminus „funktionelle Körperbeschwerden“ bevorzugt werden (DGPM & DKPM, 2018). Denn dieser von den Patienten besser akzeptierte Begriff orientiert sich näher am internationalen Sprachgebrauch, umfasst ein breites Spektrum unterschiedlich stark ausgeprägter Beschwerdebilder, rückt insbesondere den Aspekt der bei diesen Krankheitsbildern beeinträchtigten Funktionalität von Organen in den Vordergrund und soll die (eher historische) Trennung zwischen rein psychisch und rein somatisch auflösen (Burton et al., 2020; DGPM & DKPM, 2018; Roenneberg et al., 2020; Roenneberg et al., 2019).

Funktionelle Körperbeschwerden sind multifaktoriell bedingt und erfordern mehr als bei definierten somatischen Beschwerden die Berücksichtigung des subjektiven Krankheitserlebens und -entstehens, der individuellen Bewältigungsstrategien und der Arzt-Patienten-Beziehung. In der Therapie stehen insbesondere die Verbesserung des Körpererlebens und Vermittlung von Bewältigungsstrategien, die Aktivierung des Patienten, Beruhigung und Beratung sowie eine Beziehungsgestaltung im Mittelpunkt. (Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie & Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin [DGPM & DKPM], 2018; Henningsen et al., 2018)

Die Patientengruppe ist – nicht zuletzt wegen des somatisch geprägten Krankheitsverständnisses – oft schwierig in der Behandlung. So wird die Therapie von Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden im Vergleich zu Patienten mit anderen Diagnosen von manchen Behandlern als belastender erlebt (Boeckle et al., 2014). All dies, Unzufriedenheit mit dem Behandlungsangebot bei Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden, der Wunsch nach mehr somatischer Diagnostik und die als schwierig erlebte Behandlung dieser Patienten, kann zu Behandlungsproblemen und letztendlich auch zu Behandlungsabbrüchen führen.

1.4. Relevanz, Definition und Hintergründe von Behandlungsabbrüchen

1.4.1. Definition und Häufigkeit von Behandlungsabbrüchen

Garlipp weist 2007 mit der Frage „Ist [...] ein Therapieende überhaupt eindeutig – nicht nur formal – zu definieren?“ (S.144) auf die Schwierigkeit hin, das Ende einer Behandlung festzulegen. Denn die Endpunkte einer Therapie von psychischen Beschwerden sind subjektiv und sehr variabel und können unterschiedliche Aspekte, wie den Therapieerfolg oder den zeitlichen Rahmen, miteinbeziehen. Um sich dem Phänomen des Behandlungsabbruchs zu nähern, sollen im Folgenden unterschiedliche Aspekte und Herangehensweisen an dieses Thema beleuchtet werden.

Bei der Interpretation und dem Vergleich von Ergebnissen zu Behandlungsabbrüchen muss unbedingt beachtet werden, welche Arten von Behandlungen (psychiatrisch, psychosomatisch) in welchem Setting (stationär, teilstationär, ambulant, etc.) bei welchem Diagnosespektrum jeweils untersucht wurden, da sie grundlegende Unterschiede bezüglich der zugrundeliegenden Behandlungskonzepte und beispielsweise auch der üblichen Behandlungsdauern aufweisen. Zudem ist es wichtig, verschiedene Definitionen von Behandlungsabbrüchen zu identifizieren und zu analysieren, da diese ausschlaggebend für die miteinbezogenen oder ausgeschlossenen Patientenfälle und Verläufe sind. Sie beeinflussen damit die Vergleichbarkeit von Ergebnissen und Studien.

In der Literatur existieren tatsächlich viele unterschiedliche Definitionen und Begrifflichkeiten für das untersuchte Phänomen; zum Teil werden die Termini „Behandlungsabbruch“, „vorzeitige Beendigung“ oder „irreguläre Behandlungsbeendigung“ synonym verwendet, zum Teil gibt es hier klare Differenzierungen und Begriffsklärungen. Wilmers und Rosin (2000) nutzen diese drei Begriffe je nach Kontext: Mit der Bezeichnung „Abbrecher“ soll der aktive, abrupte und patientenseitige Entschluss betont werden, der Begriff „vorzeitig“ Beendende soll den zeitlichen Aspekt hervorheben und mithilfe von „irregulärer“ Beendigung wird eine generelle Abweichung von „normaler“ Entlassung unterstrichen. Im Englischen werden Begriffe wie zum Beispiel „premature termination of treatment“, „dropout“, „attrition“, „early withdrawal“, „circumstantial termination“, „discharge against medical advice“ oder „client-initiated unilateral termination“ (Garlipp, 2007; Paar et al., 2005; Swift & Callahan, 2011) genutzt. Tabelle 1 gibt diesbezüglich einen Überblick, wie Behandlungsabbrüche (begrenzt auf stationäre Therapien) in ausgewählten Studien definiert wurden.

Tabelle 1

Exemplarische Übersicht über Definitionen und Kategorisierungen von Behandlungsabbrüchen stationärer Psychotherapien in verschiedenen Studien

Autor/Studie	Abbruchsdefinitionen/-kategorisierungen
Donaubauer et al. (2001)	<ul style="list-style-type: none">• Regulär• „Fast vorzeitig“ (Patienten standen mindestens einmal kurz vor Behandlungsabbruch)• Vorzeitig (dabei Einteilung in früh vor bzw. spät ab der 5. Woche)
Garlipp (2007)	<ul style="list-style-type: none">• Beendigung vor Eintritt einer Besserung• Beendigung trotz ärztlicher Empfehlung der Behandlungsfortführung• Beendigung vor dem Ende des vereinbarten Behandlungszeitraums
Klauer et al. (2007)	<ul style="list-style-type: none">• Vorzeitige Beendigungen durch Abbruch gegen ärztlichen Rat• Vorzeitige Entlassungen in beiderseitigem Einvernehmen• Entlassungen auf Initiative der Klinik• Verlegungen• Sonstige vorzeitige Entlassungen
Lang et al. (2006)	<ul style="list-style-type: none">• Als „vorzeitig“ im Entlassungsbericht klassifiziert• Entlassung mehr als 3 Tage vor Ablauf der bewilligten Behandlungsdauer <p>Ausgeschlossen wurden Verlegungen in andere Krankenhäuser</p>
Lieberz und Ciemer (2000)	Jede Behandlungsbeendigung gegen ärztlichen Rat
Martens et al. (2014)	Abbruch nur bei Behandlungsende innerhalb der ersten 4 Wochen ohne strukturierte Beendigung des Therapieprozesses und gegen den ausdrücklichen Rat des Therapeuten
Mussgay et al. (2001)	<ul style="list-style-type: none">• Beendigung vorzeitig auf ärztliche Veranlassung• Beendigung vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis• Beendigung gegen ärztlichen Rat• Ausgeschlossen wurden disziplinarische Behandlungsbeendigungen
Zwerenz et al. (2008)	<ul style="list-style-type: none">• Patientenseitige Beendigung• Beendigung auf Veranlassung des Therapeuten• Beendigung im Einvernehmen

Während im ambulanten Bereich Therapieabbrüche meist festgelegt werden als Nichterscheinen zu vereinbarten Sitzungen (Junkert-Tress et al., 2000; Zwerenz et al., 2008), müssen im stationären Bereich andere Kriterien zur Erfassung von Behandlungsabbrüchen verwendet werden.

Dabei können folgende Aspekte im Fokus stehen:

- a) *Entlassungsform: Patient oder Therapeut als Entscheidungsträger/ Entscheidung einseitig oder im beiderseitigen Einvernehmen*
- b) *Therapiedauer und Zeitpunkt des Abbruchs*
- c) *Gegebenenfalls Behandlungserfolg/ Therapiewirksamkeit*

Diese unterschiedlichen Ansätze für Definitionen von Behandlungsabbrüchen und die damit einhergehende Inkonsistenz der Ein- und Ausschlusskriterien bedingen auch Variationen in den Abbruchraten zwischen einzelnen psychosomatischen Kliniken und Abteilungen und erklären die Spannweite von Behandlungsabbruchsquoten innerhalb der bisher veröffentlichten Arbeiten:

Klauer et al. (2007) finden insgesamt einen Anteil irregulärer Entlassungen von 27,3%. Erfassen sie dagegen nur die Fälle, in denen Therapien gegen ärztlichen Rat beendet wurden, liegt der Anteil mit 14,2% deutlich niedriger. Bei Lieberz und Ciemer (2000) liegt die Quote für Behandlungsabbrüche bei ähnlicher Definition sogar nur bei 7,1%, dies führen die Autoren auf strenge Auswahlverfahren zurück. Nach Zwerenz et al. (2008), die in ihrer Studie auch vorzeitige Behandlungsbeendigungen auf Veranlassen des Therapeuten miteinbeziehen, ist der Anteil mit 15,7% wieder höher. Reuter und Scheidt (2014) zufolge, die eine Metaanalyse über 15 Studien zu diesem Thema durchführten, werden Therapien mit einem Anteil zwischen 7,1% und 27,3% frühzeitig abgebrochen – dabei ist die „Abbruchrate“ bei Krankenhausbehandlungen mit 16,4% etwas höher als die „Abbruchrate“ von 12,3% bei rehabilitativ erfolgten Behandlungen. Öffentliche Statistiken liefern bezüglich Behandlungsabbrüchen ähnliche Zahlen (Statistisches Bundesamt, 2022a): Im Jahr 2021 fanden sich regulär beendete stationäre psychosomatische Behandlungen in 72% der Fälle, Abbrüche gegen ärztlichen Rat lagen bei nur 2%.

Vergleicht man außerdem den Therapieabbruch im stationären und im ambulanten Setting, so sind Behandlungsabbrüche im stationären Setting deutlich seltener als bei ambulanten Therapien, die in etwa 40-46% der Fälle vorzeitig beendet werden (Zwerenz et al., 2008).

Selbstverständlich spielen beim Zustandekommen dieser höheren Quote neben einer anderen Definition des Behandlungsabbruchs weitere Faktoren wie z.B. ein leichter Zugangsweg zur ambulanten Therapie eine Rolle.

Insgesamt wird aber deutlich, wie unterschiedliche Definitionen von irregulären Behandlungsbeendigungen und deren Operationalisierung bei Vergleich der Abbrecherquoten berücksichtigt werden müssen, da eng gefasste Definitionen zu geringeren Abbruchraten führen als solche, die jede vorzeitige Beendigung miteinbeziehen. Dies muss auch bei einer möglichen Qualitätskontrolle einzelner Kliniken sowie bei Vergleich verschiedener Einrichtungen bedacht werden. Eine exemplarische Übersicht zu Abbruchquoten in verschiedenen Studien ist in Tabelle 2 abgebildet. Unabhängig von diesen Differenzen in der Definition lässt sich jedoch feststellen, dass vorzeitige Entlassungen zwar nicht gehäuft auftreten, aber auch keine Rarität, sondern ein eher alltägliches Problem darstellen (Lieberz & Ciemer, 2000).

Tabelle 2

Abbruchraten stationärer psychosomatischer Behandlungen in ausgewählten Studien

Autor/Studie	Gesamtzahl einbezogener Patienten (N)	Abbruchquote/irreguläre Entlassung
Beutel und Bleicher (1998)	N=1460	16%
Donaubauer et al. (2001)	N=157	26,8%
Klauer et al. (2007)	N=427	27,3%
Lang et al. (2006)	N=4153	7,5%
Lieberz und Ciemer (2000)	N=645	7,1%
Mussgay et al. (1991)	N=829	12,7%
Reuter und Scheidt (2014)	Metaanalyse von 15 Studien: Gesamt-N=18147	12,5 %
Zwerenz et al. (2008)	N= 2059	15,7%

1.4.2. Formen des Behandlungsabbruchs und Abgrenzung zu vorzeitiger Therapiebeendigung

Nähert man sich dem Begriff „Behandlungsabbruch“ auf sprachlicher Ebene, so erscheint es naheliegend, diesem Terminus eine aktive Handlung als Definitionsbestandteil zuzuschreiben. Der Entscheidungsträger ist dabei variabel: Der Abbruch kann einerseits vom Patienten initiiert werden, der auf eigenen Wunsch die Therapie beenden möchte. Andererseits kann die Entscheidung des Behandlungsabbruchs auch bei den Therapeuten liegen, beispielsweise weil sie eine andere Behandlungsform für den aktuellen Zeitpunkt als geeigneter betrachten. Eine weitere Möglichkeit besteht im Behandlungsabbruch als disziplinarische Reaktion auf Verstöße gegen den Behandlungsvertrag beziehungsweise die Hausordnung der behandelnden Institution.

In einem zweiten Schritt muss geklärt werden, ob die Behandlungsbeendigung einseitig erfolgt, der Patient also zum Beispiel die Behandlung trotz ärztlicher Empfehlung zur Weiterbehandlung abbricht, oder ob der Beschluss einer Therapiebeendigung im beiderseitigen Einvernehmen getroffen wird. So ist auch eine gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Therapeuten und Patienten denkbar. Diesen „aktiven“ Behandlungsabbrüchen stehen Beendigungen der Therapie gegenüber, die externe Gründe haben und bei denen der Einvernehmlichkeit und der Beurteilung durch die Behandler allenfalls eine geringe Bedeutung zukommt. Beispielfhaft genannt seien hier die fehlende weitere Übernahme durch den Kostenträger oder auch notwendige Verlegungen auf andere psychiatrische oder somatische Stationen oder Kliniken. Reuter und Scheidt (2014) stellen fest, dass der Begriff des Behandlungsabbruchs negativ konnotiert sein kann, da er oft mit therapeutischem Misserfolg und Therapieversagen in Verbindung gebracht wird. Sie favorisieren daher den neutraleren Begriff der vorzeitigen Behandlungsbeendigung und nutzen den Begriff des Therapieabbruchs nur, wenn das Beenden der Therapie eindeutig durch den Patienten realisiert wird. Die Definition eines Behandlungsabbruchs oder einer vorzeitigen Behandlungsbeendigung erfordert es zudem, auch den zeitlichen Aspekt von stationären Psychotherapien zu untersuchen.

1.4.3. Behandlungsdauer

Im stationären Setting, „in dem die Variabilität der Behandlungsdauer eingeschränkt ist“ (Melchior et al., 2010, S. 401), gibt es „reguläre“ Behandlungszeiträume, die meist von vornherein mit dem Patienten festgelegt und falls nötig angepasst werden. Im akutpsychosomatischen Bereich ist die Behandlungsdauer prinzipiell davon abhängig, wie lange die Indikation zur vollstationären Behandlung gegeben ist, was durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen geprüft werden kann. So setzen die Krankenkassen bei Rehabilitationsleistungen in Trägerschaft der gesetzlichen Krankenversicherung die Behandlungsdauer individuell fest, wobei Regelungen im Versorgungsvertrag, eine Stellungnahme durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und Informationen des Rehabilitationsantrags bedacht werden (Nosper, 2008). Eine als regulär geltende Behandlungsdauer variiert zwischen den Kliniken (Rudolf et al., 2004) und beruht – nicht zuletzt mangels empirischer Studien zur systematischen Festlegung einer individuellen Behandlungsdauer – meist auf klinischer Erfahrung (Melchior et al., 2010). Nach Melchior et al. (2010) gibt es eine Spannbreite mittlerer Behandlungsdauern von minimal 17 Tagen bis maximal 115 Tagen. In Deutschland betrug die Liegedauer in psychosomatischen/psychotherapeutischen Krankenhäusern 2020 durchschnittlich 40,8 Tage (Statistisches Bundesamt, 2022b).

Am Klinikum rechts der Isar gilt im Beobachtungszeitraum eine Aufenthaltsdauer zwischen 6 und 8 Wochen als regulär. Innerhalb dieses Zeitrahmens soll ein Bogen gespannt werden zwischen dem Ankommen und der Eingewöhnungsphase der Patienten, der Bearbeitung der Problematik und der Entlassungsphase, mit dem Ziel, eine gewisse Stabilität zu erreichen und Bewältigungsstrategien zu vermitteln. Dieser Zeitraum hat sich in der klinischen Erprobung für den Großteil der Patienten als sinnvoll und notwendig herausgestellt. Patienten, die die Behandlung abbrechen, empfinden diese häufig dennoch als unangemessen lang (Mussgay et al., 2001). Eine offene Kommunikation mit den Patienten über die Bedeutsamkeit der Länge der Behandlung kann dabei eine Reduktion der Behandlungsabbrüche bewirken (Swift & Callahan, 2011).

Festgelegte Behandlungsdauern stationärer Psychotherapie werden immer wieder kontrovers diskutiert (Bassler et al., 1995). Da die Besserung psychosomatischer Beschwerden einen Prozess darstellt und psychosomatische Behandlung somit ein Mindestmaß an Therapie und Behandlungsdauer benötigt, um wirksam zu sein, sichert eine reguläre Behandlungsdauer

jedoch eine gewisse Therapiedosis. Außerdem bietet sie organisatorische Vorteile, da Therapien besser strukturiert und geplant werden können. Hierzu wurden auch einzelne Modelle beschrieben, die einen Verlauf der Psychotherapie in Phasen konzipieren, für die jeweils bestimmte Einstellungen der Patienten oder Therapievorgehensweisen charakteristisch sind (Konzag & Fikentscher, 1998).

Bei definierten regulären oder üblichen Behandlungsdauern könnte man kürzere Aufenthalte als vereinbart oder bewilligt formal bereits als Behandlungsabbruch erfassen. Dies kann allerdings implizieren, dass ausschließlich bei regulärer Behandlungsdauer ein – unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Ressourcen – optimales Therapieergebnis erzielt werden kann. Da aber sowohl Therapiewirksamkeit als auch die Umstände der Therapiebeendigung in einer derartigen Definition nicht berücksichtigt werden, erscheint es erneut besser, in diesen Fällen von einem „vorzeitigen Behandlungsende“ zu sprechen. Außerdem ist die Behandlungsdauer allein nicht ausschlaggebend für das Outcome, da längere Aufenthalte nicht automatisch zu besseren langfristigen Behandlungsergebnissen führen (Fliege et al., 2002). Auch aus ökonomischer Perspektive wäre es sinnvoll, individuell angepasste Behandlungszeitfenster zu etablieren, da verschiedene soziodemografische, personen- oder krankheitsbezogene Einflussfaktoren bekannt sind, die die Behandlungsdauer beeinflussen. Beispielfhaft genannt werden sollen hier die Symptombelastung, der Familienstand bzw. die Partnersituation, die Diagnose und die Krankheitsdauer der Patienten (Melchior et al., 2010; Zielke, 2007). Außerdem kann angenommen werden, dass in der klinischen Praxis oftmals ohnehin eine Anpassung der Behandlungsdauer an den Therapieverlauf der Patienten stattfindet und so Patienten, die eine rasche Verbesserung zeigen, früher entlassen werden als diejenigen, die noch keine ausreichende Befindlichkeitsverbesserung zeigen (Schauenburg et al., 2001).

1.4.4. Zeitlicher Aspekt des Abbruchs

Die Methode, den zeitlichen Rahmen der Behandlung als Ein- und Ausschlusskriterium zur Definition von Behandlungsabbrüchen zu nutzen, erscheint trotz der genannten Einschränkungen am einfachsten anwendbar, um irreguläre Aufenthalte zu identifizieren sowie klar zu kategorisieren und so annäherungsweise eine Vergleichbarkeit von Abbruchraten zwischen verschiedenen Behandlungszentren zu ermöglichen. Sie wird deshalb in der Forschung oft zur Erfassung irregulärer Behandlungsbeendigungen genutzt.

Betrachtet man Befunde aus der Literatur hinsichtlich des exakten Zeitpunkts von vorzeitigen Behandlungsbeendigungen, so ist die Datenlage recht inhomogen: Nach Lieberz und Ciemer (2000) erfolgt ein Abbruch in mehr als einem Drittel der Fälle bereits innerhalb der ersten Behandlungswoche. Sie stellen außerdem einen abnehmenden Trend in der Abbruchhäufigkeit mit steigender Behandlungsdauer fest. Nach Reuter und Scheidt (2014) finden Abbrüche am häufigsten zwischen der dritten und vierten Behandlungswoche (bei Behandlungen in rehabilitativen Einrichtungen) bzw. der fünften und sechsten Behandlungswoche (bei Behandlungen im Krankenhaus) statt und nach Zwerenz et al. (2008) bricht die Mehrzahl der Patienten erst nach 4 Wochen die Behandlung ab. Lang et al. (2006) stellen den größten Anteil der Behandlungsabbrüche nach zwei bis vier Wochen fest und Martens et al. (2014) finden eine zweigipflige Verteilung der Abbrüche über die Behandlungswochen hinweg.

Dabei ist den Forschungsarbeiten gemeinsam, dass sie ausdrücklich Zeitintervalle definieren, innerhalb derer eine Behandlungsbeendigung als Abbruch gilt. Besonders bei mehrgipfligen Verteilungen der Aufenthaltsdauer ist auch eine Einteilung der Patienten in „Frühabbrecher“ und „Spätabbrecher“ sinnvoll. So differenzieren zum Beispiel Martens et al. (2014) und Zwerenz et al. (2008) innerhalb ihrer Fälle zwischen frühen Therapieabbrüchen (innerhalb von 12 bzw. 14 Tagen des Aufenthalts) und späten Abbrüchen (zwischen 13. bzw. 15. Tag bis zum 28. Tag des Aufenthalts) und betrachten diese Gruppen in ihrer Auswertung jeweils getrennt als zwei unterschiedliche Patientenkollektive. Auch Klauer et al. (2007) machen eine derartige Differenzierung: 20,2% der Abbrüche wurden bei ihnen als Frühabbrüche eingestuft; als Kriterium galt dabei eine Behandlungsdauer unter 10 Tagen. Außerdem gilt es die Möglichkeit zu bedenken, dass sich sehr späte irreguläre Beendigungen verglichen mit regulären Behandlungsbeendigungen bezüglich des Outcomes nur gering unterscheiden könnten und also besser im Sinne einer erfolgreichen Therapie zu werten wären.

1.4.5. Behandlungsergebnis

Hinzu kommt also die Frage, ob oder inwiefern Behandlungsabbrüche im engeren Sinne als Therapiemisserfolg zu werten sind und ob es eine Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen Behandlungsdauer und Outcome gibt. Therapieerfolg bzw. Therapiewirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungen sind zentrale Untersuchungsgegenstände in der psychosomatischen Forschung, wenngleich die Operationalisierung aufgrund inhaltlicher und

methodischer Komplexität schwierig ist: Neben der Notwendigkeit großer Stichproben und langer Behandlungs- und Katamnesezeiträume müssen zur Erfassung von Psychotherapie und der Quantifizierbarkeit ihrer Wirksamkeit Interaktionen zwischen Patient und Behandler, Wechselwirkungen mit der Umwelt und zahlreiche weitere Einflussfaktoren berücksichtigt werden (Petermann & Schüßler, 2010).

Zur Beurteilung der allgemeinen Wirksamkeit von Psychotherapie werden verschiedene Wirkfaktoren herangezogen, darunter beispielsweise soziodemografische Merkmale, der Bindungsstil, die therapeutische Beziehung, die Therapiemotivation, Diagnosen, die Behandlungsdauer sowie die Vorerfahrung mit Psychotherapie (Herrmann & Huber, 2013). In der Operationalisierung des Behandlungsergebnisses kommen unterschiedliche Methoden zum Einsatz: Oft werden die Behandlungsergebnisse durch Einschätzungen seitens der Therapeuten oder eigens durch die Patienten am Therapieende oder nach bestimmten Katamnesezeiträumen beurteilt. Dabei werden meist standardisierte Fragebögen zu Beschwerden, Stimmung, Lebenszufriedenheit und -qualität und zum Alltagsleben eingesetzt (z.B. Gießener Beschwerdebogen, Berliner Stimmungsfragebogen, Lebenszufriedenheitsinventar, Anamnestic Comparative Self-Assessment) (Fliege et al., 2002). Fliege et al. (2002) belegen mit ihrer Studie so die Verbesserung der Lebensqualität und des Wohlbefindens durch stationäre psychosomatische Therapie und zeigen außerdem, dass diese Veränderungen nach einem Jahr stabil sind. Besonders im rehabilitativen Bereich werden außerdem Parameter der Leistungsfähigkeit wie z.B. Krankschreibung und Arbeitsfähigkeit zur Beschreibung des Therapieergebnisses herangezogen (Rudolf et al., 2004).

Bezüglich der Frage, inwiefern Behandlungserfolg mit der Therapiedauer korreliert, ist die Datenlage recht inkonsistent: Mehrere Studien kommen zu dem Ergebnis, dass es einen deutlichen Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer (im stationären Setting) bzw. Anzahl der Therapiesitzungen (im ambulanten Setting) und Therapieerfolg gibt (Hermann et al., 2007; Howard et al., 1986; Keller et al., 2001). Nosper (2000) stellt fest, dass mindestens 6 Wochen stationäre psychosomatische Therapie notwendig sind, um signifikante und stabile Effekte zu erzielen. Wilmers und Rosin (2000) zeigen dagegen, dass Abbrecher zwar ein durchschnittlich schlechteres Behandlungsergebnis aufweisen, aber dennoch von der Behandlung profitieren. Des Weiteren existiert nach Sack et al. (2003) kein Zusammenhang zwischen dem Erreichen festgelegter Therapieziele und der Beschwerdeverbesserung. In mehreren Studien stellte eine längere Behandlungsdauer keinen Prädiktor für ein besseres Behandlungsergebnis dar (Bassler et al., 1995; Fliege et al., 2002), was im Umkehrschluss bedeuten könnte, dass vorzeitige

Behandlungsbeendigungen nicht zwangsläufig mit schlechterem Outcome einhergehen müssen. Auch Neeb et al. (2001) fanden in ihrer Studie „allenfalls bedingt“ (S. 339) eine Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen der Behandlungsdauer und dem Therapieergebnis ohne linearen Zusammenhang. Schauenburg et al. (2001) zweifeln aufgrund ihrer Ergebnisse ebenfalls an einer derartigen Dosis-Effekt-Kurve.

Allerdings ist die Definition und Erfassung von „Therapieerfolg“ schwierig, da es sich dabei um ein schwer fassbares und multifaktoriell bedingtes Konstrukt handelt (Neeb et al., 2001). Da verschiedene Studien Therapiewirksamkeit und Therapieerfolg deshalb unterschiedlich operationalisieren, ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse oft eingeschränkt (Reuter et al., 2014). Außerdem sei auf mögliche Verzerrungen durch das retrospektive Design, das den meisten dieser Veröffentlichungen zu Grunde liegt, hingewiesen: Abbrecher könnten aufgrund von Unzufriedenheit und Enttäuschung von der Behandlung diese nachträglich als negativer oder unwirksamer beurteilen (Reuter & Scheidt, 2014).

1.4.6. Relevanz für Patienten und Behandler und sozioökonomische Bedeutung von Behandlungsabbrüchen

Studien, die sich mit dem Phänomen des Behandlungsabbruchs auseinandersetzen und „Abbrecher“ mit „Beendern“ hinsichtlich ihres Outcomes vergleichen, kommen dennoch oftmals zu dem Schluss, dass Behandlungsabbrüche mit schlechteren Behandlungsergebnissen verbunden sind: Vorzeitige Beender profitieren insofern weniger von der Therapie, als sie eine geringere Verbesserung ihrer Symptomatik angeben (Barghaan et al., 2005; Reuter & Scheidt, 2014; Zwerenz et al., 2008) bzw. das Therapieergebnis von den Therapeuten als weniger verbessert eingeschätzt wird (Schulz et al., 1999). Außerdem sind vorzeitige Beender in den meisten Fällen mit den Behandlungsergebnissen und den ergriffenen Maßnahmen unzufrieden (Lotz-Rambaldi et al., 2000), was auch das häufige Einreichen von Beschwerden bei den Kostenträgern psychosomatischer Rehabilitationen deutlich macht (Beutel & Bleichner, 1998). Frühzeitige Beender wenden seltener Bewältigungsstrategien an und sind auch hinsichtlich ihrer Zukunftsperspektiven pessimistischer eingestellt als regulär Entlassene (Barghaan et al., 2005). Die fehlende Beschwerdebesserung hat ein Bestehenbleiben der reduzierten Lebensqualität bei psychischen Erkrankungen zur Konsequenz und kann für die Patienten Frustration und Ärger bedeuten (Lotz-Rambaldi et al., 2000).

Auch seitens der Behandler müssen ungünstige Folgen durch irreguläre Behandlungsbeendigungen bedacht werden: So können Therapeuten den Behandlungsabbruch als Versagen, Kränkung oder persönliche Niederlage trotz hoher Einsatzbereitschaft und Anteilnahme werten (Lieberz & Ciemer, 2000; Lotz-Rambaldi et al., 2000; Schulz et al., 2008; Wilmers & Rosin, 2000). Martens et al. (2014) weisen zudem auf die Gefahr hin, dass Behandlungsabbrüche auch Auswirkungen auf das bestehende therapeutische Klima und die verbleibenden Patienten haben können: Bei Mitpatienten, die einer Therapie ohnehin ambivalent gegenüberstehen, könnten Abbruchgedanken provoziert werden, die gegebenenfalls in weiteren vorzeitigen Entlassungen münden können; so stellen Wilmers & Rosin 2000 fest: „Gelegentlich gibt es, aus Loyalität, ein Mit-Abbrechen“ (S. 259).

Die behandelnden Einrichtungen sehen sich außerdem mit dem Problem konfrontiert, dass Betten und Behandlungsplätze kurzfristig nicht mehr belegt sind oder belegt werden können, was selbstverständlich mit finanziellen Nachteilen einhergeht. Insgesamt führen Abbrüche also zu einem großen Aufwand und eine hohe Abbruchquote kann zur existenziellen Gefährdung von Kliniken führen (Wilmers & Rosin, 2000). Das Ausbleiben der Beschwerdebesserung bei vorzeitigen Behandlungsbeendigungen birgt die Gefahr der Symptomverschlechterung und Chronifizierung in diesen Fällen. Das kann zur Folge haben, dass die Patienten nach vorzeitiger Entlassung öfter arbeitsunfähig sind oder einen Rentenantrag stellen und oft weitere Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen müssen, sodass häufiger eine erneute ambulante, teilstationäre oder vollstationäre Behandlung erforderlich ist (Barghaan et al., 2005; Lotz-Rambaldi et al., 2000; Zwerenz et al., 2008). Aus sozioökonomischer Perspektive führen vorzeitige Entlassungen somit zu deutlich höheren Gesundheitsausgaben und volkswirtschaftlichen Kosten und machen damit weitere Analysen erforderlich.

1.4.7. Fragestellung

In diesem Kontext sollen in dieser Studie Behandlungsabbrüche genauer analysiert werden: Häufigkeit und Gründe irregulärer Behandlungsbeendigungen am Klinikum rechts der Isar sollen erfasst werden, um auch im Sinne einer Qualitätssicherung eine Beurteilung des Umfangs dieses Phänomens zu ermöglichen. Zum besseren Verständnis der Umstände sollen weiterführend insbesondere die Gründe für vorzeitige Therapiebeendigungen identifiziert und der genaue Zeitpunkt der Beendigung analysiert werden.

Es sollen dann drei Hypothesen überprüft werden:

- (1) Patienten, die die Behandlung irregulär beenden, unterscheiden sich von regulären Beendern hinsichtlich soziodemographischer sowie psychopathologischen Eigenschaften.
- (2) Es gibt Unterschiede in diesen Eigenschaften zwischen Patienten, die die Behandlung einseitig vorzeitig beenden und Patienten, die im beiderseitigen Einvernehmen und damit abgestimmt eine Therapie vorzeitig verlassen. Indem irreguläre Entlassungen unterschiedlich definiert und in verschiedene Subgruppen unterteilt werden, soll also der Zusammenhang von Patientenmerkmalen mit der Entlassungsform geprüft werden. Es soll dabei auch geprüft werden, ob sich Patienten, die die Behandlung bereits nach sehr kurzer Zeit beenden, von Fällen mit späterer vorzeitiger Beendigung hinsichtlich der Entlassungsform sowie soziodemografischer und klinischer Variablen unterscheiden.
- (3) Das Strukturniveau hat Einfluss auf das Vorkommen irregulärer Behandlungsbeendigungen.

Ziel der Studie ist es letztendlich, gegebenenfalls Patienten zu identifizieren, die ein höheres Risiko aufweisen, eine Therapie vorzeitig zu beenden, um in der klinischen Praxis bei diesen Patienten noch aufmerksamer sein und bei Bedarf mit entsprechenden Gegenmaßnahmen reagieren zu können.

2. Studienklinik, Patientenkollektiv, Methodik und Statistik

2.1. Beschreibung der Studienklinik: Stationäres Behandlungssetting am Klinikum rechts der Isar

2.1.1. Therapieangebot und Behandlungsablauf

Die Psychosomatische Klinik umfasst mit ihrer akutpsychosomatischen Station N1a 24 Betten (3 Einzelzimmer, 6 2-Bettzimmer, 3 3-Bettzimmer). Wie für die stationäre psychosomatische Versorgung üblich, ist auch der Therapieansatz der Psychosomatischen Klinik des Klinikums rechts der Isar multimodal. Neben den ärztlichen und psychologischen Therapeuten sind geschulte Pflegekräfte, Kunst- und Physiotherapeuten, Sozialpädagogen sowie Körpertherapeuten Teil des multidisziplinären Teams. Das Team selbst steht durch Supervisionen und Nachbesprechungen von einzelnen Fällen und von Dynamiken innerhalb der Patientengruppen sowie auch innerhalb der eigenen Gruppe im Austausch.

Die Einschätzung der Indikation zur stationären Behandlung erfolgt zunächst im Erstgespräch mit einem Psychotherapeuten: In der Ambulanz des Rechts der Isar oder im Rahmen eines Konsil-Dienstes wird eine Anamnese und ein erster psychopathologischer Befund erhoben. Im Anschluss wird innerhalb der klinikinternen Indikationskonferenz, bei der ein möglichst großer Teil des behandelnden Teams anwesend ist, die Aufnahme neuer Patienten besprochen und dabei erneut geklärt, ob eine vollstationäre Behandlung nötig ist oder eine ambulante oder teilstationäre Betreuung ausreichend erscheint. Für die Behandlung am Klinikum ist somit nicht zwangsläufig eine vorherige Überweisung nötig. Ist die Indikation für eine stationäre Behandlung gegeben, kann – bei freiem Behandlungsplatz im passenden Setting auf der Station – eine Aufnahme des Patienten erfolgen.

Zu Beginn des stationären Aufenthalts erhalten die Patienten individuelle Terminpläne mit obligatorischen und fakultativen Therapiebestandteilen. Zentral in der Behandlung sind Einzel- und Gruppenpsychotherapien, die jeweils zweimal wöchentlich stattfinden. Außerdem kommen verschiedene Körpertherapien zum Einsatz, darunter Physiotherapie, Feldenkrais-Methoden, konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) und Qi-Gong. Zusätzlich stehen den Patienten fakultative Angebote für Kunsttherapie, für Nordic Walking, für soziales Kompetenztraining und für Imaginationsübungen zur Verfügung. Verpflichtend sind Bezugspflegegespräche mit den Pflegekräften, Stationsgruppentreffen sowie psychoedukative

Patientenseminare einmal in der Woche. Falls erforderlich, können außerdem Termine mit Angehörigen oder Partnern vereinbart werden, um unter therapeutischer Aufsicht Gespräche zu führen. Unter ärztlicher Kontrolle erfolgt zudem eine Überprüfung beziehungsweise – so erforderlich – die Ein- oder Umstellung der pharmakologischen Therapie, sowohl psychopharmakologisch als auch die Medikation somatischer Erkrankungen betreffend. Des Weiteren können mittels Konsilen und durch die interdisziplinäre Vernetzung am Klinikum somatische Beschwerden differenzialdiagnostisch abgeklärt werden, falls die ärztlichen Therapeuten dies als sinnvoll oder notwendig erachten. Die psychosomatische Visite unterscheidet sich von den Visiten somatischer Stationen. Sie findet einmal wöchentlich unter der Teilnahme möglichst vieler Therapeuten und Mitglieder des behandelnden Teams statt. Dabei kann mit den Patienten in einem zeitlichen Rahmen von ca. 15 Minuten sowohl über den aktuellen Stand der Therapie als auch über weitere Therapieziele und die Therapiedauer gesprochen werden. Die Patienten haben in der Visite die Möglichkeit, Rückmeldung zu geben und eigene Erwartungen sowie gegebenenfalls auch aktuelle Probleme und Ängste bei den Behandlern anzusprechen.

Für den beobachteten Zeitraum ist die akutpsychosomatische Klinik tiefenpsychologisch geprägt, wobei die Behandlung selbstverständlich je nach spezifischen Therapiebestandteilen von anderen Schulen beeinflusst wird (z.B. ein sozialpsychologischer Einfluss in der Kompetenzgruppe oder ein verhaltenstherapeutischer Ansatz in den Bezugspflegegesprächen).

2.1.2. Behandlungsvertrag

Zu Beginn der Behandlung werden zwischen Patienten und behandelndem Team einerseits Ziele für den Aufenthalt beschlossen, andererseits werden Voraussetzungen und Bedingungen für die Behandlung festgesetzt, was auch im Rahmen eines Therapievertrags (siehe Anhang) schriftlich festgehalten wird. Dieser Vertrag beinhaltet unter anderem folgende Regeln und Verhaltensweisen, die für alle stationären Patienten der akutpsychosomatischen Station gelten: Die Patienten verpflichten sich zu einem respektvollen Umgang mit anderen Patienten und zur Verschwiegenheit über Gruppentherapieinhalte und über Informationen und Identitäten von Mitpatienten und respektieren Datenschutzbestimmungen. Sie stimmen gemeinsamen Essenszeiten und der regelmäßigen Teilnahme an den vereinbarten Terminen zu bzw. sie verpflichten sich zu einer persönlichen Rücksprache, sollten sie einen Termin nicht

wahrnehmen können. Den Patienten ist es nicht gestattet, eigenverantwortlich und ohne Rücksprache Medikamente außerhalb ihres Medikationsplans einzunehmen oder im Krankenzimmer aufzubewahren. Sie akzeptieren eine Alkoholkarenz und den Verzicht auf Drogen und nehmen in gewissem Umfang die Einbindung in das akademische Lehrumfeld des Universitätsklinikums an. Außerdem gelten feste Besuchs- und Ausgangszeiten, ein eigenständiges Verlassen der Station erfolgt nur nach Rücksprache. Sollten die Patienten das Verlangen nach Fremd- oder Selbstverletzung verspüren, haben sie sich umgehend an das therapeutische Team zu wenden.

Gerade im letzten Punkt wird deutlich, dass der Therapievertrag zwar einerseits disziplinarische Regeln (wie das Beachten der Hausordnung und Bettruhe) beinhaltet, dass er aber auch Voraussetzungen für eine wirksame Behandlung schaffen soll und dem Schutz der eigenen Person und der Mitpatienten dient. Brechen Patienten den Behandlungsvertrag, so erfolgt klinikintern die Entscheidung, ob und unter welchen Bedingungen die Behandlung fortgeführt werden kann, oder ob ein disziplinarischer Abbruch der Behandlung gerechtfertigt ist.

2.1.3. Behandlungsdauer, teilstationäre Behandlung und Diagnosespektrum bei Aufnahme

Im Behandlungskonzept des Klinikums rechts der Isar hat sich eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer zwischen 6 und 8 Wochen etabliert. Diese Behandlungsdauer gilt bei Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Ressourcen als klinisch erprobt, um Therapieziele erreichen zu können. So lagen die mittleren Verweildauern aller vollstationärer Patienten im beobachteten Zeitraum bei 46,1 Tagen (2015), 47,3 Tagen (2016), 45,1 Tagen (2017), 45,6 Tagen (2018), 48,7 Tagen (2019); die Aufenthaltsdauer beträgt in diesem Zeitraum also durchschnittlich 46,56 Tage bzw. 6,7 Wochen. Es ist darauf hinzuweisen, dass sich an den stationären Aufenthalt, auf den sich diese Behandlungsdauern beziehen, oftmals noch eine teilstationäre Behandlung anschließt. Denn in einigen Fällen kann es sinnvoll sein, die Therapie in ein ambulantes Setting zu verlagern, beispielsweise wenn die persönliche Situation von Patienten es erfordert und ein ambulantes Vorgehen ausreichend erscheint. Dadurch kann bei Betrachtung lediglich der stationären Aufenthaltsdauern der Eindruck erweckt werden, dass eine Therapie komplett beendet wurde, obwohl diese im Rahmen einer teilstationären Behandlung fortgesetzt wurde. Dies gilt es bei der nachfolgenden Analyse zu berücksichtigen.

Tabelle 3 gibt einen Überblick über die Hauptdiagnosen der vollstationär behandelten Patienten im Zeitraum 2015-2019: Es zeigt sich ein breites Diagnosespektrum, wenngleich – aufgrund des Schwerpunkts der Klinik in diesem Bereich – Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden einen sehr hohen Anteil an der Gesamtpatientenzahl ausmachen.

Angemerkt werden muss außerdem, dass es sich bei den hier aufgeführten Diagnosen um die Hauptdiagnose handelt, die für die stationäre Aufnahme verantwortlich war und nicht die Diagnosen bei Entlassung; in Einzelfällen können im Beobachtungszeitraum letztere von den Aufnahme-Diagnosen variieren.

Tabelle 3

F-Hauptdiagnosen nach ICD-10 bei allen stationären Aufnahmen am MRI zwischen 2015-2019

F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
F23	Akute vorübergehende psychotische Störungen
F25	Schizoaffektive Störungen
F31	Bipolare affektive Störung
F32	Depressive Episode
F33	Rezidivierende depressive Störung
F40	Phobische Störungen
F41	Andere Angststörungen
F42	Zwangsstörung
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F44	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]
F45	Somatoforme Störungen
F48	Andere neurotische Störungen
F50	Essstörungen
F51	Nichtorganische Schlafstörungen
F54	Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
F62	Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns
F64	Störungen der Geschlechtsidentität

2.2. Datenerhebung, Methodik und Messinstrumente

2.2.1. Studiendesign, Stichprobe und Ein-/Ausschlusskriterien

Es wurden – auch im Sinne einer Qualitätssicherung – alle vollstationären Patienten der akutpsychosomatischen Station des Klinikums rechts der Isar im Beobachtungszeitraum 01.01.2015 – 01.04.2019, unabhängig von Diagnosespektrum oder soziodemographischen Variablen, miteinbezogen. Allerdings gingen davon nur Patientenfälle in die jeweiligen statistischen Analysen mit ein, bei denen vollständige Daten im Dokumentationssystem Cibait und in den standardisierten Patientenfragebögen zur Auswertung vorlagen. Die längsschnittliche retrospektive Analyse umfasst somit 533 (erwachsene) Patienten, die zwischen Januar 2015 und April 2019 stationär am MRI psychosomatisch behandelt wurden. Da sich das Behandlungskonzept der tagesklinischen Patienten deutlich vom vollstationären Setting unterscheidet und eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse nicht gewährleistet wäre, wurden außerdem explizit vollstationäre Patienten betrachtet, teilstationäre Fälle wurden nicht berücksichtigt.

Bei einer „regulären Behandlungsdauer“ von 6-8 Wochen wurde als Grenze für einen Behandlungsabbruch/eine vorzeitige Behandlungsbeendigung ein Intervall von weniger als 5 Wochen (also eine Aufenthaltsdauer von unter 36 Tagen) festgelegt. Damit sollte einerseits gesichert werden, dass auch mögliche späte irreguläre Entlassungen miterfasst werden können, andererseits sollte damit berücksichtigt werden, dass bei einem Behandlungszeitraum von mehr als 5 Wochen ein gewisses Maß an Therapie bereits stattgefunden hat und man nicht mehr von einem Behandlungsabbruch im engeren Sinne sprechen kann. Wurden Patienten im Beobachtungszeitraum mehrfach stationär behandelt, so wurde (bei ausschließlich regulären Behandlungsdauern) nur der erste Aufenthalt miteinbezogen, um die gleichen Patienten nicht mehrfach in der Auswertung zu werten. Wurde bei Patienten mit mehrfachen Aufenthalten lediglich eine stationäre Behandlung mit irregulärer Dauer gefunden, so wurde nur dieser Aufenthalt berücksichtigt. Die Patientenfälle, bei denen mehrfache irreguläre Behandlungsdauern identifiziert wurden (N=10), wurden noch einmal separat untersucht. Für die jeweiligen Analysen und Signifikanztests wurden außerdem jeweils nur die Fälle miteingerechnet, die für das untersuchte Merkmal bzw. die untersuchte Variable vollständige Datensätze beziehungsweise Fragebögen aufwiesen.

2.2.2. Datenerhebung und Vorgehen

Die analysierten Daten entstammten größtenteils der Routinedokumentation der psychosomatischen Station. In dieser Basisdokumentation wurden verschiedene soziodemographische Variablen wie Geschlecht, Geburtsdatum, Nationalität, Familienstand und Partnersituation, Anzahl der Kinder, Berufsausbildung, Erwerbstätigkeit und laufende Rentenverfahren abgefragt. Klinische Variablen wurden mithilfe einiger standardisierter Fragebögen erfasst, die später noch genauer beschrieben werden. Die Erhebung erfolgte elektronisch durch Selbstauskunft und mittels Selbsteingabe an einem Tablet durch die Patienten. Erhebungszeitpunkt dieser Daten war der jeweilige Therapiebeginn bei Aufnahme. Als Arbeitsmaterial wurde eine Excel-Datei genutzt, in die zusätzlich zu diesen soziodemographischen und klinischen Angaben der Basisdokumentation Bearbeitungsdaten und ein Identifier integriert wurden, letzterer bestehend aus Fallnummer, Geburtsdatum und Patientennamen. Damit wurde die Identifikation von Patienten mit kürzerer Behandlungsdauer ermöglicht. Die Dauer des Aufenthalts der einzelnen Patienten war berechenbar als Intervall zwischen den Bearbeitungsdaten. In einem zweiten Schritt erfolgte der Abgleich der auf diese Weise identifizierten potenziellen vorzeitigen Behandlungsbeendigungen mit Daten aus dem Programm SAP des MRI, mit dessen Hilfe von jedem Patienten die Aufenthaltsdauer auf sämtlichen Stationen sowie eventuelle Verlegungen dokumentiert werden. Somit konnte eindeutig geklärt werden, welche Patienten tatsächlich als „Abbruchskandidaten“ in Frage kamen, welche Verlegungen und Weiterbehandlungen erfolgten und inwiefern Patienten auch mehrmals stationär auf der psychosomatischen Station behandelt wurden.

In einem letzten Schritt der Datenerhebung wurden die Patientenakten der so festgestellten Behandlungsfälle mit kürzerer Behandlungsdauer eingesehen. Aus den darin enthaltenen Entlassungsberichten wurden die Hauptdiagnose nach der ICD-Klassifikation (ICD-10-GM) und die Entlassungsform entnommen. Außerdem wurden aus dem Verlaufs- und Entlassungsbericht mögliche Abbruchgründe identifiziert und diese kategorisiert.

2.2.3. Definition von Behandlungsabbrüchen in der Studie

Diese Aufbereitung des Datensatzes ermöglichte es, verschiedene der angesprochenen Aspekte einer Definition für Behandlungsabbrüche zu berücksichtigen: Primär wurde der Zeitraum der Behandlung (Behandlungsdauer unter 5 Wochen bzw. ≤ 35 Tage) zur Erfassung möglicher Abbrüche genutzt. Mithilfe der Aktendurchsicht konnten aus dem Entlassungsbericht weiterführend die Abbruchgründe und der Verlauf der Behandlungsbeendigung identifiziert werden. Differenziert wurde somit zwischen „*vorzeitigen/abgestimmten Entlassungen*“ und „*Abbrüchen*“. Für die Gesamtheit dieser beiden Kollektive (im Vergleich zu den regulär Entlassenen) wird fortan die Bezeichnung „*irregulär Entlassene/Beender*“ genutzt.

Vorzeitige/abgestimmte Entlassungen

Die in diesem Kollektiv erfassten Patienten zeichneten sich allein durch eine kürzere Aufenthaltsdauer (weniger als 5 Wochen) und/oder durch ein zwischen Therapeuten und Patienten abgestimmtes Beenden der Therapie aus. In diesen Fällen konnten meist keine expliziten Abbruchgründe identifiziert werden oder die Therapie musste beispielsweise aufgrund einer notwendigen Verlegung vorzeitig beendet werden.

Abbruch

Bei den *Abbrüchen* auf der anderen Seite wurde ein Therapieabbruch im engeren Sinne festgestellt – also eine Beendigung entweder auf Veranlassung der Patienten selbst (in den meisten Fällen) oder aber durch die Therapeuten, ohne beiderseitiges Einvernehmen. Die Gründe für diese irreguläre Beendigung wurden im Entlassungsbrief vermerkt.

2.2.4. Standardisierte Fragebögen

Im Sinne einer Qualitätssicherung hat sich in der psychotherapeutischen Fachgesellschaft die Psychotherapie-Basisdokumentation (kurz Psy-BaDo) als Basisinstrument einer Routine- und Ergebnisdokumentation etabliert. Auch am Klinikum rechts der Isar werden zu Beginn der stationären Behandlung standardmäßig verschiedene psychometrische Fragebögen eingesetzt, darunter der PHQ-D (mit GAD-7), das HSRI, der OPD-SF, die Traumacheckliste, der SF-36 und die ECR-R zur Erfassung klinisch-pathologischer Variablen. Diese Basisdokumentation soll regulär innerhalb der ersten 3 Tage nach Aufnahme der Patienten erfolgen.

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ)

Der „Patient Health Questionnaire“ (PHQ) bzw. dessen validierte deutsche Version „Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“ (Löwe et al., 2002) ist ein Screenings- und Diagnostikinstrument psychischer Störungen, das für die Primärmedizin entwickelt wurde und das auf Grundlage von Selbstangaben durch die Patienten die diagnostischen Kriterien verschiedener Störungen nach DSM-IV oder ICD-10 erfasst. Er liegt als Kurzform zur kategorialen Diagnostik depressiver Störungen, Panikstörungen und der psychosozialen Funktionsfähigkeit vor; die Komplettversion ermöglicht zusätzlich die Erfassung von somatoformen Störungen, Essstörungen, Angststörungen und Alkoholmissbrauch sowie von Stressoren, kritischen Lebensereignissen und unter anderem Schwangerschaft und Geburt. Je nach Fragestellung können die Module mit den abgefragten Items flexibel kombiniert werden und sie ermöglichen außerdem eine dimensionale Auswertung, also die Bildung von Schweregraden. „PHQ-9“ ist so das Modul für „Depressivität“, das durch neun Items erfasst wird. Das Modul „Somatische Symptome“/ „Somatisierung“ umfasst unter „PHQ-15“ die wichtigsten Kriterien für Somatisierungsstörungen nach DSM-IV, indem 13 Items aus dem somatischen Modul mit zwei Items aus dem Depressionsmodul kombiniert werden. Die Selbsteinschätzung wird in den Items entweder dichotom (Nein/Ja) oder drei- bzw. vierstufig („nicht beeinträchtigt“/ „wenig beeinträchtigt“/ „stark beeinträchtigt“ bzw. „überhaupt nicht“/ „an einzelnen Tagen“/ „an mehr als der Hälfte der Tage“/ „beinahe jeden Tag“). (Löwe et al., 2002)2002)

Der PHQ-D gilt als valides Screeninginstrument, er zeigt insbesondere für die Diagnostik der Major Depression sehr gute teststatistische Werte (Sensitivität 95% und Spezifität 86%) und er ist auch bei psychosomatischen Patienten gut zur Diagnostik psychischer Störungen geeignet (Gräfe et al., 2004).

Zur Erfassung generalisierter Angststörungen wurde die GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder Scale 7) als Selbstratingskala in den PHQ-D integriert. Sie besteht aus 7 Items, die die wichtigsten diagnostischen Kriterien der generalisierten Angststörung nach DSM-IV- und ICD-10 erfassen und die Zuordnung zu einem vierstufigen Schweregrad ermöglichen. Die Skala gilt mit einer internen Konsistenz von $r=0,89$ als sehr reliabel (Löwe et al., 2007). Hohe Werte in den Summenskalen spiegeln eine große Ausprägung der jeweiligen erfassten Dimension wider.

Hannover Selbstregulationsinventar (HSRI-35)

Das Hannover Selbstregulationsinventar (HSRI 35) wird zur Messung von Selbstregulationsfähigkeit und Ich-Funktionen herangezogen und ist mit 35 Items ökonomisch zur Operationalisierung von Funktionsniveaus in der Persönlichkeitsdiagnostik einsetzbar (Jäger et al., 2012). Es umfasst die 5 Skalen „Beziehungsstörungen“, „Frustrationstoleranz und Impulskontrolle“, „Identitätsstörungen“, „Affektdifferenzierung und Affekttoleranz“ und „Selbstwertregulation“, für die jeweils der Mittelwert aus einer siebenstufigen Skalierung berechnet werden kann. Mithilfe des HSRI-Gesamtwerts, der als Summe der Einzelskalen gebildet wird und Werte zwischen 0-25 umfasst, kann außerdem eine dimensionale Struktur-Klassifizierung erfolgen. Aufgrund seiner Kürze kann das HSRI gut als Screening-Instrument zur Therapieplanung eingesetzt werden und zeichnet sich durch gute psychometrische Kennwerte aus (interne Konsistenz nach Cronbach's alpha zwischen 0,77 und 0,92). Es sei darauf hingewiesen, dass in der Beurteilung der Scores dieses Fragebogens höhere Werte mit einem niedrigeren Strukturniveau korrelieren (0-4 hohes Strukturniveau, 5-9 mittelhohes Strukturniveau, 10-14 niedriges Strukturniveau, 15-25 sehr niedriges Strukturniveau). (Jäger et al., 2012)

OPD-Strukturfragebogen (OPD-SF)

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) ist ein Instrument, mithilfe dessen Psychotherapieverfahren und ihre Effizienz für die Behandlungsplanung operationalisiert werden können. Sie gliedert sich in 5 Merkmalsbereiche bzw. Achsen: Achse 1 („Behandlungsvoraussetzungen und Krankheitsverarbeitung“), Achse 2 („Beziehung“), Achse 3 („Konflikt“), Achse 4 („Struktur“) und Achse 5 („Diagnostik nach ICD-10“) (W. Schneider et al., 2018). Der OPD-Strukturfragebogen zur Selbsteinschätzung der strukturellen Fähigkeiten bezieht sich somit auf Achse 4 der OPD und kann in der klinischen Praxis sowie in der Forschung zur Erfassung von Strukturmerkmalen der Persönlichkeit dienen, indem er die

bisher ausschließlich durch Expertenrating erfolgte Strukturdiagnostik durch eine Selbstbeurteilung erweitert (Ehrenthal et al., 2012).

Der Fragebogen beinhaltet 95 Items, die auf einer fünfstufigen Skala („trifft gar nicht zu“, „trifft eher nicht zu“, „teils/teils“, „trifft eher zu“, „trifft völlig zu“) eingeschätzt werden können. Die Hauptskalen bilden die Dimensionen Wahrnehmung, Regulation, Kommunikation und Bindung ab und setzen sich aus 2-3 Subskalen zusammen, deren gesamter Mittelwert wiederum als globaler Schweregradindex dienen kann. Der OPD-SF erlaubt somit eine dimensionale Einschätzung des Strukturniveaus (desintegriert/ niedrig integriert/ mäßig integriert/ hoch integriert). (Rohde et al., 2019)

Er zeigt dabei eine akzeptable Interrater-Reliabilität und eine in den meisten Bereichen zufriedenstellende interne Konsistenz (Ehrenthal et al., 2012). Hohe Werte im OPD-SF weisen auf hohe strukturelle Beeinträchtigungen hin (Rohde et al., 2019).

Traumacheckliste

Mit der Trauma-Checkliste des MRI werden auf einfache Weise verschiedene traumatisierende Situationen abgefragt (z.B. Vergewaltigung/versuchte Vergewaltigung, Naturkatastrophe, lebensbedrohliche Krankheit, etc.). In Form von dichotomen Antwortmöglichkeiten können so unterschiedliche erlebte Traumata erfasst werden. Hohe Werte in der Trauma-Checklisten entsprechen einer hohen Anzahl erlebter traumatischer Situationen.

Short Form 36 Health Survey (SF-36) – Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Der SF-36 (Short Form 36 Health Survey) bzw. die deutsche Version (Bullinger & Kirchberger, 1998) wird in Deutschland – darunter auch im Deutschen Bundesgesundheitsurvey 1998 – und international zur Messung gesundheitsbezogener Lebensqualität herangezogen. Der SF-36 umfasst 36 Items, die entweder dichotome oder mehrstufig skalierte Antwortmöglichkeiten vorgeben, um psychische, soziale und körperliche Komponenten zur subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustands zu erfassen. Die sich aus den gewichteten Antwortsummen ergebenden acht Subskalen „körperliche Funktionsfähigkeit“, „Schmerz“, „allgemeine Gesundheitswahrnehmungen“, „körperliche Rollenfunktion“, „emotionale Rollenfunktion“, „soziale Funktionsfähigkeit“, „psychisches Wohlbefinden“ und „Vitalität“ können wiederum zusammengefasst werden: Mit der „Körperlichen Summenskala“ (PCS, physical component score) und der „Psychischen Summenskala“ (MCS, mental component score) liegen zwei Scores vor, die eine dimensionale Einordnung der subjektiven Gesundheitseinschätzung erlauben. Es erfolgt eine Transformation der Skalen zu Werten zwischen 0 und 100, wobei hohe

Werte bezogen auf die Lebensqualität als günstig zu werten sind. Der SF-36 ist inzwischen als reliables und valides Instrument, besonders im rehabilitativen Bereich, in der Beurteilung medizinischer Interventionen gut etabliert und gilt in der Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als übergreifende Assessmentmethode und als krankheitsunabhängig. (Bullinger, 2000; Morfeld & Bullinger, 2008)

Experiences in Close Relationships – Revised (ECR-R)

Der „Experiences in Close Relationships – Revised“ (ECR-R) (Fraley et al., 2000) bzw. dessen deutsche Version ECR-RD (Ehrenthal et al., 2009) ist ein Fragebogen, der partnerschaftsbezogene Bindung erfasst. Er ist gut evaluiert, weist gute psychometrische Eigenschaften auf (Cronbach's alpha=0,91/0,92) und ist insbesondere in psychosomatisch-psychotherapeutischen Stichproben etabliert (Ehrenthal et al., 2009). Unsicheres Bindungsverhalten, das eine Konsequenz früher problematischer Beziehungserfahrungen sein kann, gilt als Risikofaktor für eine höhere psychosomatische Belastung (Wulf et al., 2012). Der ECR-RD umfasst 36 Items, die auf einer Skala von 1 (stimme gar nicht zu) – 7 (stimme völlig zu) eingeschätzt werden. Sie ermöglichen es, das Bindungsverhalten in den beiden Dimensionen „bindungsbezogene Angst“ (BANG) und „bindungsbezogene Vermeidung“ (BVER) einzuordnen, wobei hohe Werte im Score eine größere Ausprägung dieser Bindungsmerkmale bedeuten (Ehrenthal et al., 2009).

Dissociative Experiences Scale (DES)

Dissoziative Störungen sind gekennzeichnet durch eine Beeinträchtigung der Verknüpfung von Bewusstsein, Gedächtnis, Identität, Emotion, Wahrnehmung, Körperrepräsentation, motorischer Kontrolle und Verhalten (Spiegel et al., 2013). Die DES (Bernstein & Putnam, 1986) ist das Screening- und Messinstrument für Dissoziation, das sowohl klinisch als auch in der Forschung am meisten genutzt wird. Sie setzt sich aus 28 Selbstbeurteilungsfragen zusammen und erfasst die Dimensionen Absorption, imaginative Beeinträchtigung, Depersonalisation, Derealisation und Amnesie (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011). Eine deutsche Adaptation liegt mit dem Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (Freyberger et al., 1998) vor. Die DES-Taxon (Waller et al., 1996) ist eine aus 8 Items bestehende Version der DES, die international etabliert ist und die ein Selbstbeurteilungsverfahren mit guten teststatistischen Kennwerten darstellt, um klinisch relevante dissoziative Phänomene abzubilden (Spitzer et al., 2015).

2.2.5. Statistische Methoden

Für die statistische Auswertung wurde das Programm Microsoft Excel 2009 zur deskriptiven Beschreibung und neben Microsoft Word Office 365 zur Erstellung von Diagrammen und Tabellen zur Veranschaulichung genutzt. Die schließende statistische Auswertung erfolgte am zuvor anonymisierten Datensatz mithilfe des Statistikprogramms SPSS, Version 24. Als Verfahren der deskriptiven Statistik kamen Häufigkeitsauszählung und -verteilung sowie die Berechnung von Mittelwert (MW), Standardabweichung (SD), Standardfehler (SE), Median (M) und Spannweite zum Einsatz. Die Mehrzahl der in den Fragebögen erfassten Variablen war quantitativ skaliert.

Unterschiede in soziodemographischen und klinisch-pathologischen Merkmalen zwischen den verschiedenen Patientenkollektiven (*irreguläre Behandlungsbeendigungen* insgesamt und *reguläre Beender*; *vorzeitig/abgestimmte Behandlungsbeendigung* und *Abbrüche*; *frühe Behandlungsbeendigung* und *späte Behandlungsbeendigung*) wurden mithilfe von Kreuztabellen analysiert. Anhand unterschiedlicher statistischer Tests wurden diese Unterschiede auf Signifikanz bzw. die Variablen auf Unabhängigkeit getestet, unter der Annahme einer Normalverteilung. Dabei wurde der T-Test bei mindestens intervallskalierten Größen genutzt, der Chi-Quadrat-Test nach Pearson bei nominal skalierten Variablen und bei geringeren Fallzahlen, bei denen Verteilungsannahmen nicht verifiziert werden können, der Exakte Test nach Fisher. Zur Untersuchung des möglichen Einflusses von Gruppenunterschieden bezüglich deren Bedeutung als Prädiktoren für Behandlungsabbrüche kamen einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVAs) zum Einsatz. Effektstärken als Maß für die Stärke eines statistischen Unterschieds wurden in der Studie über Eta-Quadrat (η^2) und zur Überprüfung mit Cohen's d quantifiziert. Effekte mit $\eta^2 > 0,01$ können als klein, Effekte mit $\eta^2 > 0,06$ als mittel und Effekte mit $\eta^2 > 0,14$ als groß eingestuft werden (Ellis, 2010); ein Cohen's d zwischen 0,2 und 0,5 bedeutet einen kleinen, zwischen 0,5 und 0,8 einen mittleren und größer als 0,8 einen großen Effekt (Cohen, 1988).

Das Signifikanzniveau für den Fehler erster Art wurde bei den Tests stets auf $\alpha = 0,05$ festgesetzt. Damit gilt ein Ergebnis als statistisch signifikant, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit p kleiner ist als 0,05, also unter dem Signifikanzniveau α liegt. Der gemessene Unterschied ist dann mit 95% Wahrscheinlichkeit nicht durch einen Zufall oder Messfehler entstanden. Auf eine Korrektur für Multiples Testen zum Verhindern einer möglichen Alphafehler-Kumulierung wurde bei den meisten Analysen, insbesondere der

soziodemographischen Parameter, aufgrund der explorativ-deskriptiven Natur der Studie verzichtet. Es wurden zwar globale Hypothesen getestet und dafür mehrfache Tests an einer heterogenen Familie von Variablen durchgeführt; der Grad der gegenseitigen Abhängigkeit dieser Variablen kann jedoch als gering angenommen werden. Für die Testung der psychopathologischen Merkmale je Subgruppe wurde die Bonferroni-Holm-Korrektur angewandt. Für die Signifikanz- und Varianzanalysen wurden jeweils nur Fälle miteinbezogen, die vollständig dokumentierte Fragebögen-Datensätze aufwiesen.

3. Ergebnisse

Die Stichprobe wurde insgesamt analysiert und es wurden zuerst Vergleiche zwischen den Gruppen *regulärer* und *irregulärer Entlassung* gemacht. Darauffolgend wurden die Subgruppen *vorzeitig/abgestimmte Beendigung* und *Abbruch* sowie *Früh-* und *Spätbeendigung* miteinander bezüglich verschiedener Merkmale verglichen.

Von den 533 in der Stichprobe erfassten Patientenfällen wurden 76 Aufenthalte mit einer Behandlungsdauer von unter 5 Wochen identifiziert, dies entspricht einem Anteil von 14,3%. 46 dieser 76 Patienten wurden dem zuvor definierten Kollektiv *Abbruch* zugeordnet (8,6% aller Patienten), während die übrigen 30 (5,6% aller Patienten) unter die Kategorie *vorzeitige/abgestimmte Entlassung* fielen.

3.1. Patientencharakteristika

3.1.1. Vergleich soziodemografischer und klinischer Variablen der Gruppen *reguläre* und *irreguläre* Entlassung

Im Folgenden werden zunächst die soziodemografischen und klinischen Daten der gesamten Patienten betrachtet und im Vergleich zwischen *regulären* und *irregulären* Entlassungen analysiert. Die soziodemografischen Daten können den Tabellen 4 und 5 entnommen werden.

Geschlecht, Alter, Nationalität

Unter den insgesamt 533 Patienten befanden sich 352 Frauen und 181 Männer. Damit war der Anteil der Frauen in etwa doppelt so hoch wie der der Männer. *Regulär* beendeten 307 Frauen und 150 Männer die Behandlung (vgl. Tabelle 4). Innerhalb aller *irregulären* Behandlungsbeendigungen gab es 45 Frauen und 31 Männer. Im Signifikanztest war das Phänomen einer *regulären* bzw. *irregulären* Entlassung unabhängig vom Geschlecht ($p=0,174$).

Das Durchschnittsalter unter den insgesamt *irregulär* Entlassenen betrug zum Zeitpunkt des Therapiebeginns 46,6 Jahre (SD=15,2) mit einer Spannweite von 18 bis 80 Jahren und einem Median von 48 Jahren. Bei den *regulären* Entlassungen lag das Durchschnittsalter bei 45,8 Jahren (SD=13,9) mit einer Spannweite von 18 bis 76 Jahren und einem Median von ebenfalls

48 Jahren. Auch das Alter war in dieser Stichprobe zwischen *regulär* und *irregulär* Entlassenen nicht signifikant unterschiedlich ($p=0,713$).

Tabelle 4

Geschlecht und durchschnittliches Alter der Patienten in den Gruppen *reguläre* und *irreguläre* Entlassung sowie in der gesamten Stichprobe

	Regulär (N=457)	Irregulär (N=76)	Gesamt
Männliches Geschlecht	150	31	181
Weibliches Geschlecht	307	45	352
Alter (MW und SD)	45,83 (SD 13,88)	46,55 (SD 15,18)	45,98 (SD 14,13)

Insgesamt war der Großteil der Patienten deutscher Nationalität (88,8% unter *den regulären* Beendern, 88,1% unter den *irregulären* Entlassungen, vgl. Tabelle 5). Auch hinsichtlich der Nationalität gab es keinen Hinweis auf einen signifikanten Zusammenhang mit der Entlassungsform ($p=0,887$).

Familienstand, Partnersituation, Anzahl der Kinder

In beiden Kollektiven waren die Patienten annähernd so oft ledig (46,1% unter den *regulären* Entlassungen bzw. 42,4% unter den *irregulären* Beendern) wie verheiratet (37,4% bzw. 40,7%). Lediglich 14,4% bzw. 13,6% der Patienten waren geschieden, bereits verwitwete Patienten fanden sich nur in 2,1% bzw. 3,4% der Fälle. Bezüglich der Partnersituation gab der Großteil der Patienten in beiden Kollektiven (45,9% bzw. 45,8%) an, mit einem festen Partner zusammenzuleben, an zweiter Stelle standen Patienten ohne festen Partner (39,7% bzw. 37,3%), gefolgt von getrenntlebenden Partnerschaften (14,4% bzw. 16,9%). Der Anteil der kinderlosen Patienten (50,5% bzw. 49,2%) war in etwa gleich groß wie der Anteil der Patienten mit Kindern (49,9% bzw. 50,8%). Es gab keinen Hinweis auf signifikante Abhängigkeit des Verlaufs der Behandlungsbeendigung von diesen drei soziodemografischen Parametern.

Schulabschluss, Erwerbstätigkeit und Rentenverfahren

Bezüglich des höchsten Schulabschlusses gaben weniger *reguläre* Beender einen Haupt- oder Volksschulabschluss an (23,4% bzw. 40,7%), dafür fand sich in dieser Gruppe insgesamt häufiger ein höherer Schulabschluss (Realschule bzw. Mittlere Reife, Fachhochschulreife, Abitur bzw. allgemeine Hochschulreife; 71,6% bzw. 55,9%). Weniger als 5% der Patienten in beiden Gruppen gaben einen sonstigen Schulabschluss an, ohne Schulabschluss fanden sich lediglich 2 Patienten innerhalb der *regulären* Beender. Unter den *regulär* Entlassenen wurde in 7,1% der Fälle ein laufendes Rentenverfahren (Rentenantrag/Rentenstreit) angegeben, wohingegen der Anteil unter den *irregulären* Beendigungen bei 15,2% höher (jedoch nicht signifikant höher) lag. Hinsichtlich der Schulbildung und laufender Rentenverfahren unterschieden sich die beiden Kollektive nicht signifikant. Dagegen konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen Erwerbstätigkeit und dem Verlauf der Behandlungsbeendigung (*regulär/irregulär*) gezeigt werden ($p=0,029$): *Reguläre* Beender waren öfter in Vollzeit (32,3% bzw. 23,7%) oder Teilzeit (16,3% bzw. 10,2%) beschäftigt. Jeweils 3,4% der Patienten in den beiden Kollektiven befanden sich zum Aufnahmezeitpunkt in einer Ausbildung, arbeitslos bzw. arbeitssuchend waren bei Aufnahme 16,3% bzw. 11,9% der Patienten und 16,7% bzw. 30,5% der Patienten gaben an, auf andere Weise nicht erwerbstätig (z.B. im Haushalt tätig) zu sein. Altersrente bezogen weniger Patienten mit *regulärer* Beendigung (6,7% bzw. 15,3%) und 8,0% bzw. 5,1% erhielten eine Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente.

Tabelle 5Soziodemographische Merkmale *regulärer* und *irregulärer* Beender

Soziodemographische Variable	Reguläre Beender		Irreguläre Beender		Signifikanz p-Wert**
	n (Prozent)	N (gültig)*	n (Prozent)	N (gültig)*	
Nationalität		436		59	0,887
Deutsch	387 (88,8)		52 (88,1)		
Nicht deutsch	49 (11,2)		7 (11,9)		
Familienstand		436		59	0,862
Ledig	201 (46,1)		25 (42,4)		
Verheiratet	163 (37,4)		24 (40,7)		
Geschieden	63 (14,4)		8 (13,6)		
Verwitwet	9 (2,1)		2 (3,4)		
Partnersituation		436		59	0,863
Kein fester Partner	173 (39,7)		22 (37,3)		
Fester Partner - getrennt lebend	63 (14,4)		10 (16,9)		
Fester Partner - zusammenlebend	200 (45,9)		27 (45,8)		
Anzahl der Kinder		436		59	0,946
Keine Kinder	220 (50,5)		29 (49,2)		
1 Kind	70 (16,1)		11 (18,6)		
2 Kinder	102 (23,4)		14 (23,7)		
3 Kinder oder mehr	44 (10,1)		5 (8,5)		
Höchster Schulabschluss		436		59	0,650
Hauptschule/Volksschule	102 (23,4)		24 (40,7)		
Realschule/ Mittlere Reife	155 (35,6)		15 (25,4)		
Fachhochschulreife	38 (8,7)		7 (11,9)		
Abitur, allg. Hochschulreife	119 (27,3)		11 (18,6)		
Anderer Schulabschluss	20 (4,6)		2 (3,4)		
Kein Schulabschluss	2 (0,5)		0 (0)		
Erwerbstätigkeit		436		59	0,029
Vollzeit	141 (32,3)		14 (23,7)		
Teilzeit	71 (16,3)		6 (10,2)		
Ausbildung	16 (3,7)		2 (3,4)		
Arbeitslos, -suchend	71 (16,3)		7 (11,9)		
Altersrente	29 (6,7)		9 (15,3)		
BU-/EU-Rente	35 (8,0)		3 (5,1)		
Sonstiges (Hausfrau/Hausmann, anders nicht erwerbstätig)	73 (16,7)		18 (30,5)		
Rentenverfahren		436		59	0,074
Kein Rentenverfahren	405 (92,9)		50 (84,7)		
Rentenantrag	21 (4,8)		7 (11,9)		
Rentenstreit	10 (2,3)		2 (3,4)		

*gültig: Es wurden nur Fälle mit vollständigem Datensatz und vollständigen Fragebögen miteinbezogen

**p-Werte wurden mithilfe des Chi-Quadrat-Tests nach Pearson berechnet

Signifikante p-Werte ($p < .05$) hervorgehoben

Diagnosen

Zur Erfassung des Diagnosespektrums innerhalb der Stichprobe der *irregulären* Beender wurden die in den Entlassungsbriefen kodierten Hauptdiagnosen genutzt. Insgesamt gab es 18 verschiedene ICD-10-Diagnosekategorien innerhalb der drei großen ICD-10-Gruppen „Affektive Störungen“ (F30-39), „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (F40-48) und „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ (F50-59) (vgl. Abbildung 2 und Tabelle 6). Diagnosen der Gruppe „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ waren mit einem Anteil von 81,6% (n=62) dabei deutlich am häufigsten vertreten, gefolgt von affektiven Störungen mit einem Anteil von 17,1% (n=13) (vgl. Abbildung 2).

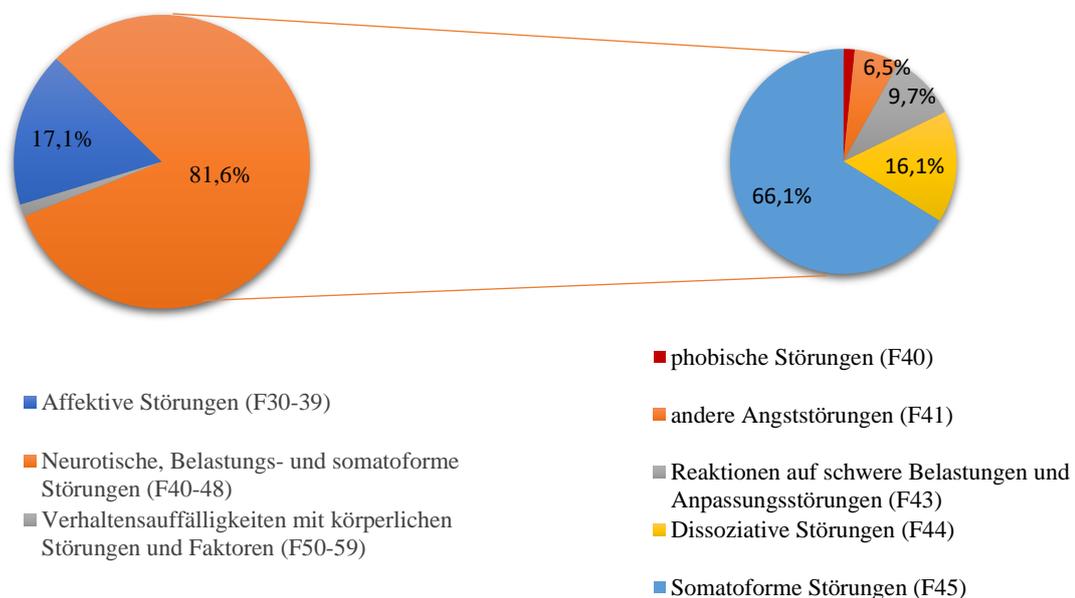


Abbildung 2: Verteilung der ICD-10-Diagnosegruppen bzw. -kategorien bei Entlassung innerhalb aller *irregulären* Entlassungen [Anteile in Prozent, N=76 (links), N=62 (rechts)]

Die drei häufigsten Kategorien waren somatoforme Störungen (F45; n=41), dissoziative Störungen (F44; n=10) und rezidivierende depressive Störungen (F33; n=9) (vgl. Abbildung 2, Tabelle 6).

Innerhalb der somatoformen Störungen (F45) stand die anhaltende Schmerzstörung (F45.4) mit 48,8% (n=20) an erster und die Somatisierungsstörungen (F45.0, F45.1) mit 31,7% (n=13) an zweiter Stelle, daneben kamen sonstige somatoforme Störungen (n=7) und eine hypochondrische Störung (n=1) vor (vgl. Abbildung 3).

- Anhaltende Schmerzstörung (F45.4)
- Undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1)
- Somatisierungsstörung (F45.0)
- Sonstige somatoforme Störungen (F45.8)
- Hypochondrische Störung (F45.2)

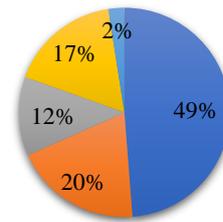


Abbildung 3: Verteilung der Subkategorien innerhalb der somatoformen Störungen (F45) unter den *irregulären* Entlassungen (Anteile in Prozent, N=41)

Tabelle 6

Häufigkeit der Diagnosekategorien nach ICD-10 unter den *irregulären* Beendigungen

Diagnosekategorie (ICD-10)		Anzahl
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	3
F33	Rezidivierende depressive Störung	9
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	5
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode	4
F41.0	Panikstörung	4
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	6
F44	Dissoziative Störungen	10
F44.1	Dissoziative Fugue	1
F44.4	Dissoziative Bewegungsstörungen	1
F44.5	Dissoziative Krampfanfälle	2
F44.7	Dissoziative Störungen, gemischt	3
F44.8	Sonstige dissoziative Störungen	3
F45	Somatoforme Störungen	41
F45.0	Somatisierungsstörung	5
F45.1	Undifferenzierte Somatisierungsstörung	8
F45.2	Hypochondrische Störung	1
F45.4	Anhaltende Schmerzstörung	20
F45.8	Sonstige somatoforme Störung	7
Sonstige (F34.1, F40.2, F50.2)	Dysthymia, Spezifische Phobien, Bulimia nervosa	3
gesamt		76

Um diese Ergebnisse innerhalb der Gesamtpatienten einordnen zu können, wurden zum Vergleich die Hauptdiagnosen bei Aufnahme der Routinedokumentation aller vollstationären Patienten von 2015-2019 betrachtet: Es fanden sich 71,2% F40-48 Diagnosen, 22,2% affektive Störungen und 6,6% sonstige F-Diagnosen (vgl. Abbildung 4).

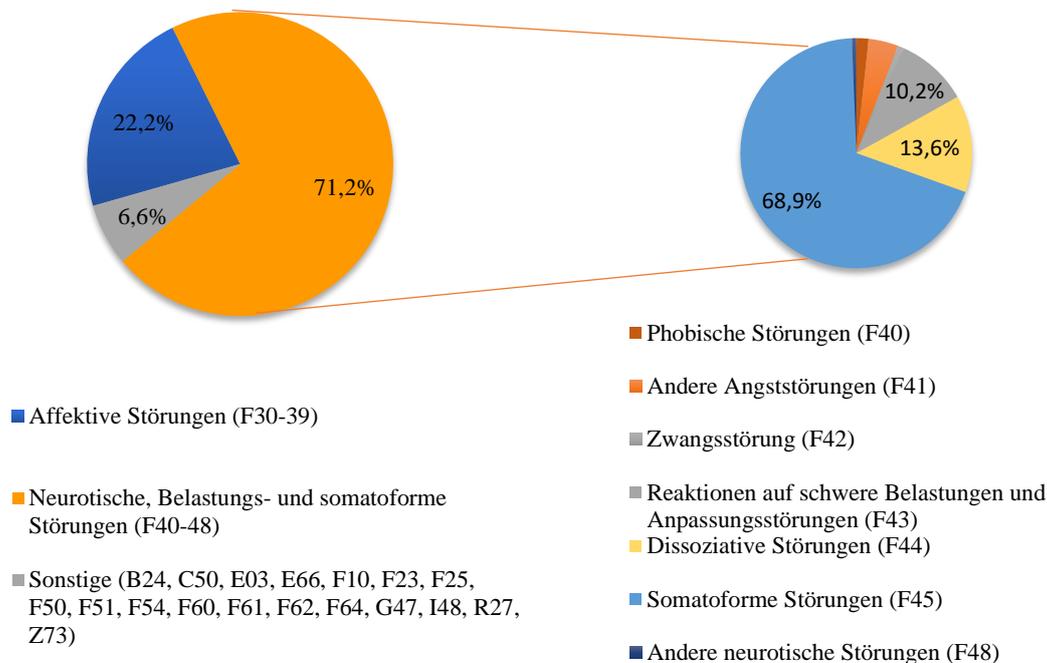


Abbildung 4: Verteilung der ICD-10-Diagnosegruppen bzw. -kategorien innerhalb der gesamten Aufnahmen 2015-2019 [Anteile in Prozent, N=907 (links), N=646 (rechts)]

Um Fälle *irregulärer* Beendigung mit *regulären* Entlassungen aber genauer vergleichen zu können, wurde ein Vergleichskollektiv von Fällen mit *regulärer* Behandlungsdauer im Beobachtungszeitraum genutzt, für das sowohl die Hauptdiagnose bei Entlassung (in einigen Fällen abweichend von Aufnahmediagnosen der Basisdokumentation) als auch vollständige Fragebögen verfügbar waren (N=278) (vgl. Tabelle 7). Die Gruppen *regulär* bzw. *irregulär* unterschieden sich in diesem besser vergleichbaren Kollektiv nicht signifikant bezüglich des Vorliegens der verschiedenen Diagnosegruppen: Die Entlassungsform war unabhängig vom Vorliegen affektiver Diagnosen ($p=0,803$) bzw. Diagnosen der Gruppe „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ ($p=0,593$). Ebenso konnte das Vorliegen somatoformer Störungen (F45 Diagnosen) im Signifikanztest als unabhängig vom Verlauf (*reguläre* bzw. *irreguläre* Entlassung) getestet werden ($p=0,536$).

Tabelle 7

Verteilung der ICD-10-Diagnosegruppen unter den *irregulären* Beendigungen und in einem Referenzkollektiv (mit verfügbaren Entlassungsdiagnosen, vollständigen Fragebögen) der *regulären* Beendigungen

	irreguläre Beendigung (N=76)	reguläre Beendigung (N=278)
Affektive Störungen (F30-39)	13	51
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-48)	62	219
Sonstige	1	8
Gesamt	76	278

Auswertung der Fragebögen

Zur Beurteilung der Ausprägung verschiedener klinisch-pathologischer Merkmale (erlebte Traumata, Dissoziation, bindungsbezogene Angst, bindungsbezogene Vermeidung, Angststörungen, Depressivität, Somatisierungsstörung, Struktur, gesundheitsbezogene Lebensqualität) wurden die unterschiedlichen Scores der zuvor in Kapitel 2.3.3. beschriebenen Fragebögen herangezogen. Tabelle 8 gibt einen Überblick über Mittelwerte und Standardabweichungen verschiedener Variablen, die mithilfe dieser Fragebögen erfasst wurden.

Im Vergleich zeigten *irreguläre* Beender tendenziell niedrigere Werte bezüglich der Ausprägung von Dissoziation, bindungsbezogener Angst und bindungsbezogener Vermeidung. Die Patienten beider Gruppen wiesen eine im Schnitt mittelgradig ausgeprägte Angstsymptomatik auf, wobei *irregulär* Entlassene insgesamt etwas geringere Werte zeigten als regulär Entlassene. Ebenso verhielt es sich mit dem Schweregrad der Depressivität: in beiden Kollektiven kennzeichneten die Scores im Durchschnitt eine mittelgradige depressive Symptomatik, mit geringeren Werten in der Gruppe der *irregulären* Beender. Patienten beider Gruppen schätzten ihre körperliche und psychische Gesundheit als gering ein, wobei *irregulär* Entlassene geringfügig bessere Werte angaben. Für beide Kollektive zeigten sich ähnlich schwer ausgeprägte somatische Symptome, außerdem gaben beide Gruppen im Durchschnitt gleich viele erlebte Traumata an. Zuletzt ergab sich bei *regulären* Beender ein im Schnitt geringeres Strukturniveau, wengleich beide Kollektive ein mittelhohes Strukturniveau aufwiesen. Diese Unterschiede waren bei bindungsbezogener Vermeidung, Strukturniveau und

Depressivität in einfaktoriellen Varianzanalysen signifikant (vgl. Tabelle 8, Abbildung 5), allerdings von geringer Effektstärke ($\eta^2 > 0,01$; $d < 0,5$). Nach Bonferroni-Holm-Korrektur wurde nur der Unterschied im Strukturniveau als signifikant eingestuft.

Tabelle 8

Mittelwerte und Standardabweichungen verschiedener klinisch-pathologischer Merkmale der Gruppen *reguläre* und *irreguläre* Entlassung mit einfaktorierter Varianzanalyse (ANOVA)

	Reguläre Entlassung			Irreguläre Entlassung			Stichprobe Insgesamt			Signifikanz (p-Wert)	Eta-Quadrat	Cohen's d		
	N*	MW	SD	N*	MW	SD	N*	MW	SD				df	F
Traumacheckliste	457	2,06	1,78	65	2,06	2,04	522	2,06	1,81	521	0	0,999	0	
DES-Taxon	438	70,50	103,50	60	67,05	101,81	498	70,08	103,2	497	0,06	0,808	0	
Bindungsbezogene Angst	353	3,25	1,33	61	2,94	1,26	414	3,20	1,32	413	2,84	0,093	0,007	
Bindungsbezogene Vermeidung	353	3,09	1,19	61	2,71	1,08	414	3,03	1,18	413	5,50	0,019	0,013	0,32
GAD-7-Summenwert	444	11,47	5,37	63	10,38	6,31	507	11,33	5,5	506	2,15	0,143	0,004	
HSRI-Gesamtwert	445	8,87	4,64	63	7,13	4,53	508	8,65	4,65	507	7,83	0,005^a	0,015	0,38
OPD-Gesamtwert	368	1,71	0,61	62	1,53	0,63	430	1,68	0,62	429	4,75	0,030	0,011	0,23
PHQ-9-Summenwert	454	14,38	6,09	64	12,36	6,54	518	14,13	6,18	517	6,04	0,014	0,012	0,32
PHQ-15-Summenwert	453	14,86	5,87	64	14,56	7,44	517	14,82	6,08	516	0,14	0,714	0	
Körperliche Summenskala	341	32,36	14,10	57	33,99	18,07	398	32,59	14,72	397	0,60	0,439	0,002	
Psychische Summenskala	341	28,37	14,16	57	31,33	17,88	398	28,78	14,76	397	1,97	0,162	0,005	

*N: Es wurden nur Fälle mit vollständigen Fragebögen miteinbezogen. Signifikante Unterschiede (p<.05) zwischen den Gruppen sind hervorgehoben. P-Werte mit Kennbuchstaben **a** sind auch nach Bonferroni-Holm-Korrektur signifikant. F=Streuung, df=Freiheitsgrade, Eta-Quadrat und Cohen's d=Maße für die Effektstärke

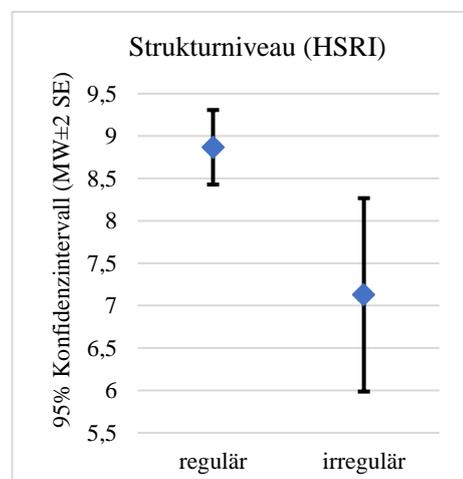
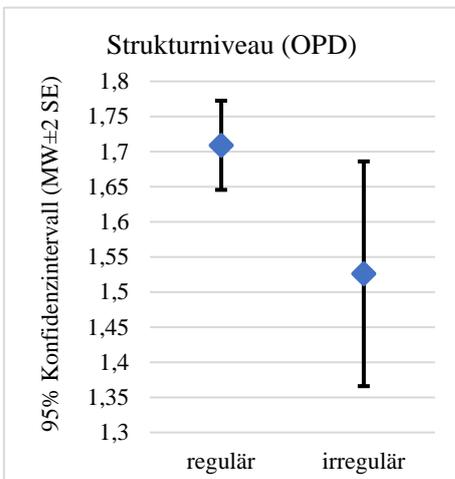
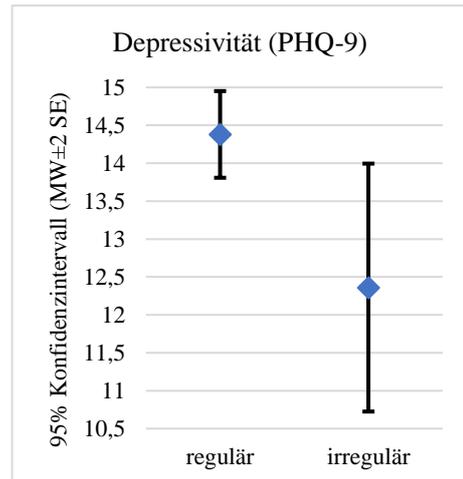
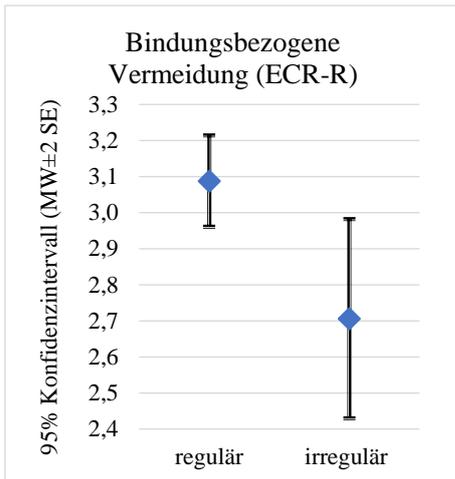


Abbildung 5. Fehlerbalkendiagramme signifikanter Mittelwertunterschiede verschiedener Merkmale bzw. verschiedener Fragebogenscores zwischen *regulären* und *irregulären* Entlassungen (95% Konfidenzintervall der Mittelwertunterschiede, SE=Standardfehler)

3.1.2. Vergleich soziodemografischer und klinischer Variablen der Gruppen *vorzeitige/abgestimmte Entlassung* und *Abbruch*

Es wurden weiterhin die Gruppen *vorzeitige/abgestimmte Entlassung* und *Abbruch* bezüglich verschiedener Parameter verglichen, um mögliche bedeutsame Unterschiede innerhalb der Gruppe der *irregulären* Beender zu identifizieren.

Geschlecht

Innerhalb der 76 *irregulären* Behandlungsbeendigungen (darunter 45 Frauen und 31 Männer) wurden 27 Frauen und 19 Männer der Subgruppe *Abbrüche* und 18 Frauen und 12 Männer der Subgruppe *vorzeitige/abgestimmte Entlassungen* zugeordnet. Hinsichtlich der Entlassungsform (*vorzeitige/abgestimmte Entlassung* oder *Abbruch*) unter den gesamten *irregulären* Beendigungen gab es keine signifikanten Unterschiede im Geschlecht ($p=0,551$).

Diagnosen

Vergleicht man innerhalb der *irregulären* Beendigungen die Subgruppe *vorzeitige/abgestimmte* Beendigungen mit den *Abbrüchen* im Hinblick auf die Hauptdiagnose bei Entlassung, so stellt man fest, dass unter den *vorzeitigen/abgestimmten* Entlassungen affektive Störungen signifikant häufiger waren ($p=0,002$), wohingegen sich unter den *Abbrüchen* öfter Störungen aus der Gruppe „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (F40-48) fanden ($p=0,007$) (vgl. Abbildung 6, Tabelle 9). In den Signifikanztests (Chi-Quadrat-Test bzw. Exakter Test nach Fisher) zeigte sich der Verlauf der Beendigung jedoch als nicht signifikant abhängig vom Vorliegen einer somatoformen Diagnose als Hauptdiagnose ($p=0,134$ bzw. $p=0,162$).

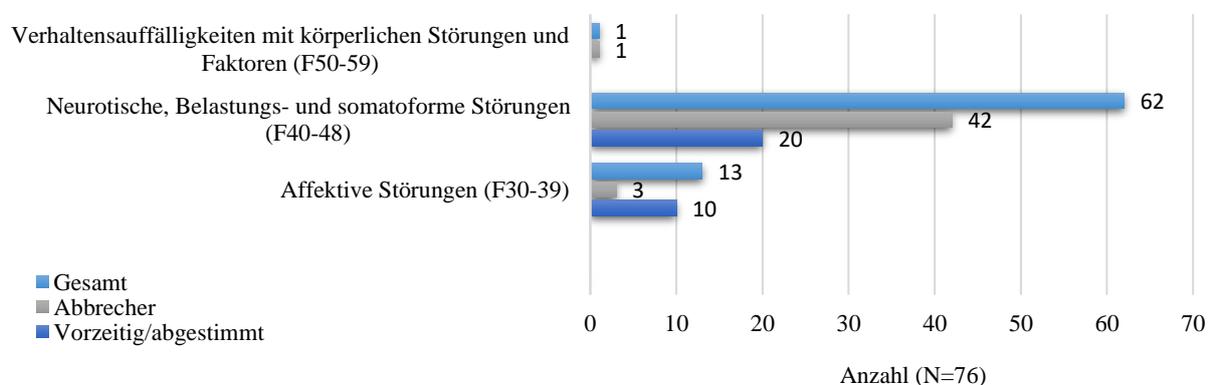


Abbildung 6: Verteilung der Diagnosengruppen nach ICD-10 innerhalb der Kollektive *Vorzeitige/abgestimmte* Beendigung und *Abbruch*

Tabelle 9

Häufigkeiten verschiedener ICD-10-Gruppen und ICD-10-Diagnosen bei Entlassung unter den *vorzeitigen/abgestimmten* Beendigungen und *Abbrüchen*

ICD-10-Gruppe	ICD-10-Diagnose bei Entlassung	Vorzeitige/ Abgestimmte Beendigung (n)	Abbruch (n)	Gesamt irregulär (N=76)
Affektive Störungen (F30-39)	Gesamt	10	3	13
	Depressive Episode (F32)	2	1	3
	Rezidivierende depressive Störung (F33)	7	2	9
	Anhaltende affektive Störung (F34)	1	0	1
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-48)	Gesamt	20	42	62
	Phobische Störung (F40)	1	0	1
	Andere Angststörungen (F41)	2	2	4
	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)	2	4	6
	Dissoziative Störungen (F44)	2	8	10
	Somatoforme Störungen (F45)	13	28	41
Sonstige	Essstörungen (F50)	0	1	1

Auswertung der Fragebögen

Analog zur vergleichenden Auswertung zwischen *regulär* und *irregulär* Entlassenen wurden die Subgruppen (*vorzeitige/abgestimmte* Beendigung und *Abbruch*) der *irregulären* Entlassungen hinsichtlich ihrer mithilfe der Fragebögen erfassten klinisch-pathologischen Merkmale gegenübergestellt (vgl. Tabelle 10):

Patienten der Gruppe *Abbruch* zeigten niedrigere Werte bezüglich Dissoziation, aber etwas höhere Scores bei bindungsbezogener Angst und bindungsbezogener Vermeidung. Die Patienten beider Gruppen wiesen eine im Schnitt mittelgradig ausgeprägte Angstsymptomatik auf, wobei *vorzeitige/abgestimmte* Beender insgesamt geringere Werte zeigten. Ebenso verhielt es sich mit der gemessenen Dimension Depressivität: in beiden Kollektiven kennzeichneten die Scores im Durchschnitt eine mittelgradige depressive Symptomatik, bei etwas geringeren Werten in der Gruppe der *vorzeitigen/abgestimmten* Beender. Die Patienten beider Gruppen schätzten ihre körperliche und psychische Gesundheit als gering ein. Die Patienten in der Gruppe *Abbruch* zeigten eine hohe somatische Symptomstärke, während die *vorzeitigen/abgestimmten* Beender einen mittelgradig ausgeprägten Schweregrad somatischer Symptome aufwiesen. Außerdem gaben Patienten der Gruppe *Abbruch* tendenziell mehr erlebte Traumata an. Das Strukturniveau war bei Patienten der Gruppe *Abbruch* geringer. Mithilfe einfaktorieller Varianzanalysen (vgl. Tabelle 10) konnte die Signifikanz der Unterschiede bezüglich des Strukturniveaus ($p=0,044$) und des Schweregrads somatischer Symptome ($p=0,023$) nachgewiesen werden, jedoch nicht nach Korrektur nach Bonferroni-Holm (vgl. Abbildung 7). Anhand von Eta-Quadrat als Zusammenhangsmaß wurden die Effekte dieser beiden Variablen als mittelgradig eingestuft ($\eta^2>0,06$; $d<0,8$).

Tabelle 10

Mittelwerte und Standardabweichungen verschiedener klinisch-pathologischer Merkmale der Gruppen *vorzeitig/abgestimmte* Entlassung und *Abbruch* mit einfaktorieller Varianzanalyse (ANOVA)

	Vorzeitig/abgestimmte Entlassung				Abbruch				Irreguläre Entlassung insgesamt				Cohen's d
	N*	MW	SD	N*	MW	SD	N*	MW	SD	df	F	Signifikanz (p-Wert)	
Traumacheckliste	28	1,54	1,84	37	2,46	2,12	65	2,06	2,04	64	3,40	0,07	0,051
DES-Taxon	27	72,48	129,12	33	62,61	74,28	60	67,05	101,81	59	0,14	0,712	0,002
Bindungsbezogene Angst	27	2,78	1,34	34	3,07	1,20	61	2,94	1,26	60	0,77	0,385	0,013
Bindungsbezogene Vermeidung	27	2,54	1,04	34	2,84	1,10	61	2,71	1,08	60	1,18	0,283	0,02
GAD-7- Summenwert	27	9,07	6,76	36	11,36	5,85	63	10,38	6,31	62	2,06	0,156	0,033
HSRI-Gesamtwert	27	5,81	4,22	36	8,12	4,55	63	7,13	4,52	62	4,22	0,044	0,065
OPD-Gesamtwert	26	1,39	0,69	36	1,63	0,57	62	1,53	0,63	61	2,19	0,144	0,035
PHQ-9- Summenwert	27	10,85	6,48	37	13,46	6,44	64	12,36	6,54	63	2,55	0,116	0,039
PHQ-15- Summenwert	27	12,11	6,15	37	16,35	7,86	64	14,56	7,44	63	5,43	0,023	0,080
Körperliche Summenskala	24	35,29	18,42	33	33,04	18,04	57	33,99	18,07	56	0,21	0,647	0,004
Psychische Summenskala	24	34,08	18,26	33	29,33	17,61	57	31,33	17,88	56	0,98	0,327	0,017

*N: Es wurden nur Fälle mit vollständigen Fragebögen miteinbezogen. Signifikante Unterschiede (p<.05) zwischen den Gruppen sind hervorgehoben. P-Werte waren nach Bonferroni-Holm-Korrektur nicht signifikant. F=Streuung, df=Freiheitsgrade, Eta-Quadrat und Cohen's d=Maße für die Effektstärke

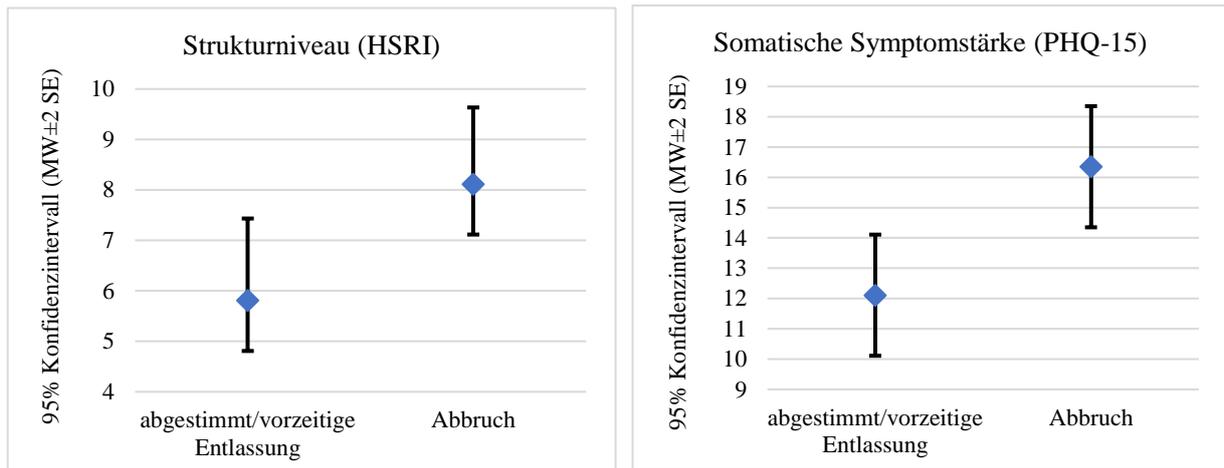


Abbildung 7: Fehlerbalkendiagramme signifikanter Mittelwertunterschiede verschiedener Merkmale bzw. verschiedener Fragebogenscores zwischen *vorzeitigen/abgestimmte* Entlassungen und *Abbrüchen* (95% Konfidenzintervall der Mittelwertunterschiede, SE=Standardfehler)

3.2. Charakteristika der irregulären Behandlungsbeendigungen

3.2.1. Aufenthaltsdauer und Zeitpunkt des Abbruchs

Die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer unter allen irregulär entlassenen Patienten betrug 18,26 Tage (SD=10,45) mit einer Spannweite von 2 bis 35 Tagen und einem Median von 20 Tagen (vgl. Abbildung 8).

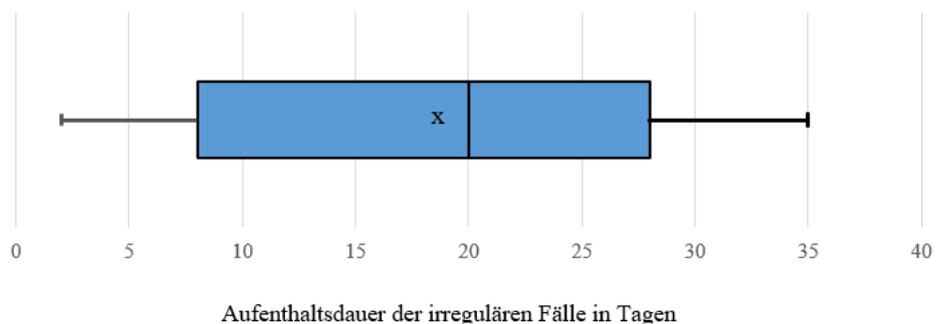


Abbildung 8: Boxplot: Aufenthaltsdauer *irregulärer* Fälle (Minimum: 2 Tage, 1. Quartil, Median: 20 Tage; 2. Quartil, Maximum: 35 Tage, keine Ausreißer, x=Mittelwert: 18,26 Tage)

Die Verteilung der Zeitpunkte der irregulären Behandlungsbeendigungen ist in Abbildung 9 dargestellt. Innerhalb des Kollektivs der *vorzeitigen/abgestimmten* Entlassenen lag die durchschnittliche Verweildauer bei 24,26 Tagen (SD=9,03), innerhalb der *Abbrüche* war die Aufenthaltsdauer mit im Mittel 15,69 Tagen (SD=9,58) deutlich geringer (vgl. Abbildung 10): Der Anteil von *Abbrüchen* an Behandlungsbeendigungen innerhalb der ersten drei Wochen war deutlich höher als der der *vorzeitigen/abgestimmten* Entlassungen in dieser Therapiephase. Außerdem wurden 10 der 76 Patienten im beobachteten Zeitraum mehr als einmal stationär behandelt (diese Patienten werden später genauer betrachtet).

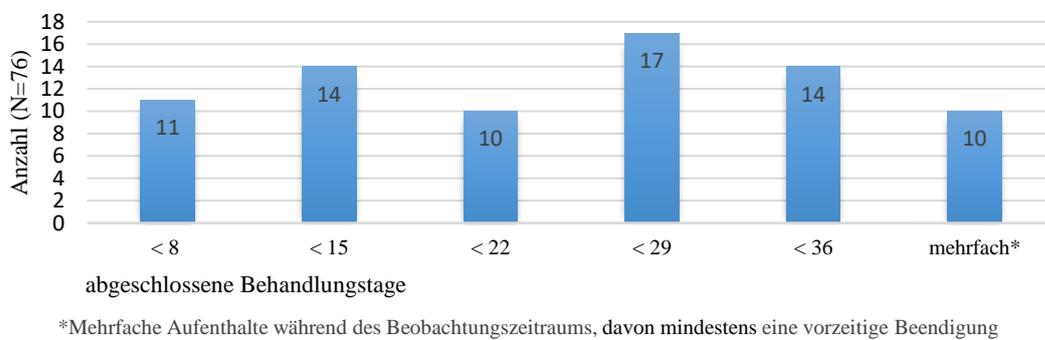


Abbildung 9: Verteilung der Zeitpunkte aller *irregulären* Therapiebeendigungen pro Behandlungswoche

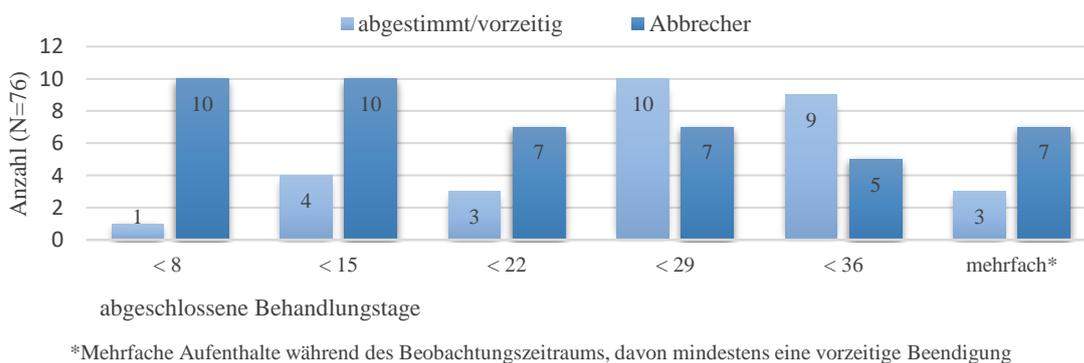


Abbildung 10: Verteilung der Zeitpunkte von Therapiebeendigungen pro Behandlungswoche innerhalb der Gruppen *vorzeitige/abgestimmte* Entlassung und *Abbruch*

Unter allen *irregulären* Aufenthalten wurde in einer letzten Analyse zwischen „*frühe* Beendigung“ (innerhalb von 2 Wochen bzw. Aufenthaltsdauer <15 Tage) und „*späte* Beendigung“ (Aufenthaltsdauer ≥15 Tage) unterschieden. Gab es bei einem Patienten mehrere stationäre Behandlungen, wovon mehr als ein Aufenthalt von irregulärer Dauer war, wurde hier zur Vereinfachung nur die erste Behandlung in die Analyse miteinbezogen (n=10). 32 Patienten (42,1%) beendeten die Behandlung bereits innerhalb von zwei Wochen, 44 Patienten (57,9%) beendeten die Behandlung erst nach zwei Wochen oder später. Mit 84,4% waren die Mehrheit der *frühen* Beendigungen *Abbrüche* (n=27), während die *späteren* Beendigungen tendenziell öfter *vorzeitig/abgestimmt* abliefen (n=25) (vgl. Abbildung 11). Es konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen Zeitpunkt der Behandlungsbeendigung (*früh/spät*) und der Entlassungsform (*vorzeitig/abgestimmt* oder *Abbruch*) gezeigt werden (p=0,001).

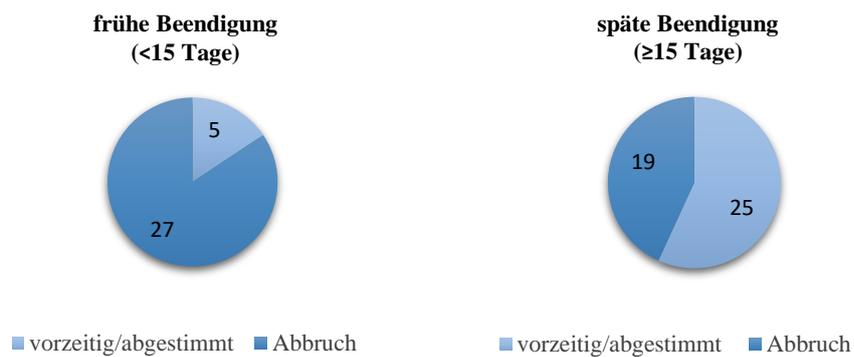


Abbildung 11: Anteil der Gruppen *vorzeitig/abgestimmt* und *Abbruch* an den *frühen* Beendigungen (links) bzw. an den *späten* Beendigungen (rechts)

Analog zum Vergleich zwischen *reguläre* und *irreguläre* Entlassung wurden *frühe* und *späte* Beendigung im Hinblick auf Unterschiede in verschiedenen soziodemografischen und klinischen Merkmalen zwischen diesen Kollektiven untersucht. Bezüglich folgender Variablen konnten Unterschiede festgestellt werden, die jedoch in den nachfolgenden Tests (Chi Quadrat Tests und einfaktorielle Varianzanalysen) nicht signifikant wurden (vgl. Tabelle 11):

Unter den *frühen* Beendern waren 13 Männer und 19 Frauen, unter den *späten* Beendern 18 Männer und 26 Frauen. *Frühe* Beender gaben tendenziell mehr erlebte Traumata an, hatten eine

im Vergleich zu *späten* Beendern stärker ausgeprägte Angstsymptomatik sowie höhere Scores bezüglich Depressivität. Außerdem wiesen *frühe* Beender ein vergleichsweise niedrigeres Strukturniveau und schlechtere Werte im SF-36 bezüglich der psychischen und körperlichen Gesundheitseinschätzung auf.

Hinsichtlich der Ausprägung von Dissoziation und des Vorliegens einer somatoformen Erkrankung (F45 Diagnose) als Hauptdiagnose unterschieden sich die beiden Kollektive nicht wesentlich ($p=0,521$). Deutliche Unterschiede ($p<.05$) zwischen den Gruppen gab es bezüglich folgender Variablen, wenngleich nach Bonferroni-Holm-Korrektur nicht signifikant (vgl. Tabelle 11, Abbildung 12):

Alter

Das Alter innerhalb der *frühen* Beendigungen lag bei durchschnittlich 41,63 Jahren (SD 14,99), *späte* Beender waren mit einem Mittelwert von 50,05 Jahren (SD 14,49) deutlich älter ($p=0,026$; vgl. Abbildung 12). Der Effekt des Alters auf die Varianz konnte als mittelgradig eingestuft werden ($\eta^2=0,076$; $d=0,57$).

Bindungsbezogene Angst

Patienten, die die Behandlung früh beendeten, zeigten höhere Scores für bindungsbezogene Angst ($p=0,011$; Mittelwert=3,394; SD=1,432) als *späte* Beender (Mittelwert=2,577; SD 0,983; vgl. Abbildung 12). Auch dieser Effekt war mittelgradig ($\eta^2=0,105$; $d=0,68$).

Somatische Symptomstärke (PHQ-15)

Somatische Symptome waren bei *frühen* Beendern auffällig stärker ausgeprägt (Mittelwert=17,07; SD=7,88) als bei *späten* Beendern (Mittelwert=12,73; SD=6,62) ($p=0,020$; vgl. Abbildung 12), bei mittelgradiger Effektstärke ($\eta^2=0,084$; $d=0,60$).

Tabelle 11

Mittelwerte und Standardabweichungen verschiedener klinisch-pathologischer Merkmale der Gruppen *frühe* Beendigung und *späte* Beendigung mit einfaktorierter Varianzanalyse (ANOVA)

	Frühe Beendigung		Späte Beendigung				Irreguläre Entlassungen insgesamt				Cohen's d		
	N*	MW	SD	N*	MW	SD	N*	MW	SD	df		F	Signifikanz (p-Wert)
Traumacheckliste	27	2,63	2,27	38	1,66	1,78	65	2,06	2,04	64	3,74	0,058	0,056
DES-Taxon	26	67,62	94,68	34	66,62	108,35	60	67,05	101,81	59	0,00	0,970	0
Bindungsbezogene Angst	27	3,39	1,43	34	2,58	0,98	61	2,94	1,26	60	6,95	0,011	0,105
Bindungsbezogene Vermeidung	27	2,91	1,13	34	2,55	1,02	61	2,71	1,08	60	1,69	0,199	0,028
GAD-7-Summe	27	12,15	5,33	36	9,06	6,72	63	10,38	6,31	62	3,88	0,053	0,060
HSRI-Gesamtwert	27	7,95	4,58	36	6,51	4,45	63	7,13	4,53	62	1,59	0,212	0,025
OPD-Gesamtwert	27	1,63	0,61	35	1,44	0,64	62	1,53	0,63	61	1,36	0,248	0,022
PHQ-9-Summenwert	27	13,70	6,22	37	11,38	6,67	64	12,36	6,54	63	2,01	0,162	0,031
PHQ-15-Summenwert	27	17,07	7,88	37	12,73	6,62	64	14,56	7,44	63	5,72	0,020	0,084
Körperliche Summenskala	24	29,17	15,73	33	37,50	19,06	57	33,99	18,07	56	3,06	0,086	0,053
Psychische Summenskala	24	26,94	14,76	33	34,53	19,44	57	31,33	17,88	56	2,57	0,114	0,045

*N: Es wurden nur Fälle mit vollständigen Fragebögen miteinbezogen. Signifikante Unterschiede (p<.05) zwischen den Gruppen sind hervorgehoben. P-Werte waren nach Bonferroni-Holm-Korrektur nicht signifikant. F=Streuung, df=Freiheitsgrade, Eta-Quadrat und Cohen's d=Maße für die Effektstärke

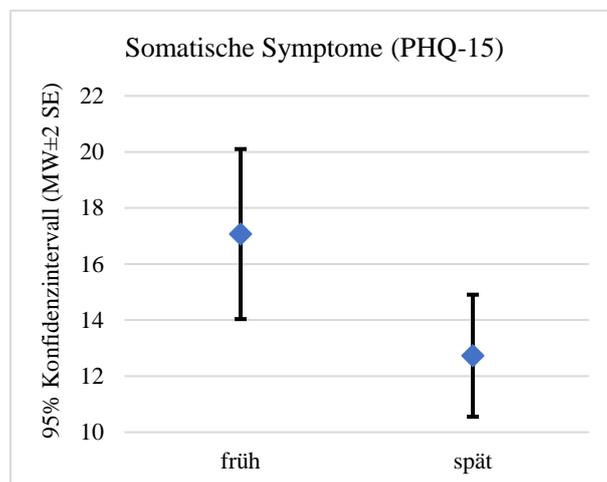
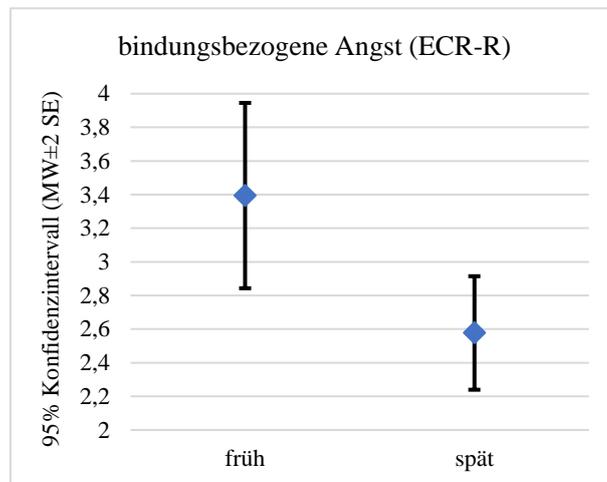
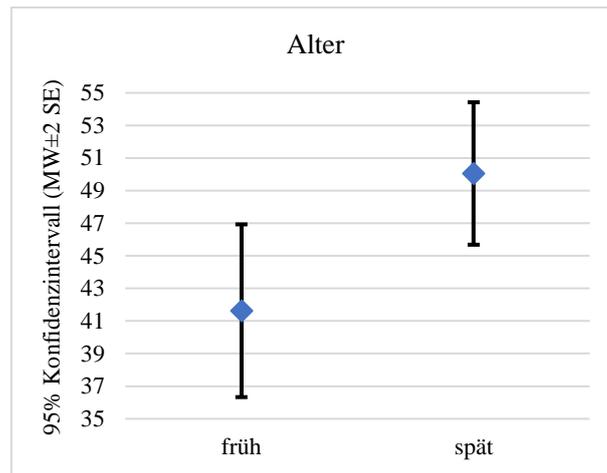


Abbildung 12: Fehlerbalkendiagramme signifikanter Mittelwertunterschiede verschiedener Merkmale bzw. verschiedener Fragebogenscores zwischen *frühen* und *späten* Entlassungen (95% Konfidenzintervall der Mittelwertunterschiede, SE=Standardfehler)

3.2.2. Gründe für irreguläre Therapiebeendigungen

In den Entlassungsberichten der Patientenakten werden Therapieverlauf sowie Therapieende von den Therapeuten dokumentiert. Für die nominal skalierte Variable „Grund für eine vorzeitige Therapiebeendigung“ wurde je ein Grund aus diesen Entlassungsberichten als Hauptursache für eine vorzeitige Therapiebeendigung erfasst. Es sei darauf verwiesen, dass oftmals mehrere Gründe für einen schwierigen Verlauf und eine vorzeitige Therapiebeendigung beschrieben wurden. Zur Vereinfachung und Kategorisierung wurde hier der Hauptgrund gewählt, der jeweils als ausschlaggebend identifiziert wurde. Bei den Patienten mit mehrfacher irregulärer Aufenthaltsdauer wurde jeweils der erste Aufenthalt in die Analyse miteinbezogen.

Diese Hauptgründe wurden in 10 Kategorien zusammengefasst, die sich durch inhaltliche Überlegungen und den Häufigkeiten ergaben (Darstellung der Häufigkeiten in Abbildung 13, Tabelle 12, Tabelle 13):

- ***Disziplinarisch***
Nichteinhalten des Behandlungsvertrags führt zu disziplinarischer Entlassung aus der Therapie, beispielsweise bei wiederholtem Fernbleiben von Therapiesitzungen oder bei Selbstmedikation durch die Patienten.
- ***Konflikt***
Konflikte mit Mitpatienten führen zur vorzeitigen Therapiebeendigung.
- ***Zimmersituation***
Patienten beenden die Therapie aufgrund von Unzufriedenheit mit der Zimmersituation bei Mehrbettzimmern vorzeitig. Dabei beklagen die Patienten beispielsweise einen Mangel an Privatsphäre, wiederholte Auseinandersetzungen mit Zimmernachbarn oder es wird der nicht erfüllbare Wunsch nach einem Einzelzimmer als Grund für die Therapiebeendigung angegeben.
- ***Verlegung***
Die Therapie muss vorzeitig beendet werden, da eine Verlegung auf eine andere somatische oder psychiatrische Station klinikintern oder klinikextern nötig ist.

- ***Setting/Therapieangebot***

Patienten sind unzufrieden mit dem Behandlungsangebot bzw. dem therapeutischen Setting. Sie vermissen beispielsweise ihnen bekannte Verfahren, empfinden das Spektrum der psychotherapeutischen Methoden als unpassend, äußern den Wunsch nach mehr Einzeltherapie oder haben den Wunsch nach mehr Autonomie.

- ***Problemaktualisierung***

Problemaktualisierung wird in der Psychotherapie verstanden als eine zentrale Wirkungskomponente der Therapie, indem die Aufmerksamkeit der Patienten (beabsichtigt oder zufällig) konkret auf ihre Probleme gelenkt wird, um dann durch beispielsweise Exposition oder Reaktivierung traumatischer Erlebnisse ein aktives Beschäftigen mit diesen Problemen zu erreichen, um sie dann in der Therapie bearbeiten zu können (Grosse Holtforth, 2017).

In manchen Fällen erleben Patienten die Aktualisierung von Problemen während des stationären Aufenthalts entweder als zu belastend, überfordernd oder destabilisierend und beenden die Therapie daher vorzeitig (z.B.: „[...] entschied sich, den Aufenthalt zu beenden, da sie hier eine Destabilisierung fürchte. Bereits in der Aufnahmewoche exazerbierte die Symptomatik derart, dass die Patientin zum Behandlungsabbruch entschlossen war.“; „Wir verstanden dies im Rahmen der Abwehr einer konflikthafter Auseinandersetzung mit den stark belastenden biographischen Ereignissen.“; „[...] konnte erneut eine Symptomzunahme beobachtet werden, der Patient stand unter einem extremen inneren Druck und fühlte sich insbesondere in der interaktionellen Gruppentherapie sowie der Kunsttherapie mit seinen Beschwerden überfordert. Daher entschied er sich, die Behandlung erneut vorzeitig zu beenden.“).

- ***Somatische Fixierung***

Unter Somatisierung versteht man die somatische Manifestation psychischer Beschwerden beispielsweise in Form körperlicher Schmerzen, ohne dass dabei organische Befunde vorliegen. Patienten mit somatischer Fixierung, die an Körpersymptomen und organmedizinischen Erklärungsmodellen festhalten, können daher einer Psychotherapie ablehnend gegenüberstehen. Die Therapie wird aus fehlender Überzeugung von der Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren bei ihrer vermeintlich somatischen Erkrankung oder aufgrund des Wunsches nach weiterer somatischer Diagnostik vorzeitig beendet.

- ***Sozialer Kontext***

In diesen Fällen beenden Patienten aufgrund ihrer sozialen Situation die Therapie vorzeitig, beispielsweise um sich um erkrankte Familienmitglieder zu kümmern oder weil für sie die Trennung von Partner bzw. Familie nicht länger erträglich scheint. Außerdem werden hierzu Fälle gezählt, in denen eine vollstationäre Behandlung die finanzielle Situation bzw. Berufstätigkeit des Patienten zu sehr beeinträchtigt.

- ***Sonstiges***

Unter dieser Kategorie werden verschiedene Fälle subsummiert, die sich keiner anderen Gruppe sinnvoll zuordnen ließen oder die als neue Kategorie nur einen oder zwei Fälle beinhalten würden. Hierunter fallen beispielsweise Therapiebeendigungen aufgrund von Heimweh oder dem Wunsch zur Wahrnehmung eines Termins außerhalb der Klinik.

- ***Kein Abbruch beschrieben***

Zu dieser Gruppe gehören Fälle, bei denen kein Abbruch oder keine vorzeitige Therapiebeendigung im Entlassbericht vermerkt sind. Die Therapiedauer unterschreitet dabei den hier für einen regulären Zeitraum festgelegten Cut-off-Wert von 5 Wochen, jedoch ergibt sich aus der Beschreibung der Therapeuten kein Anhalt für einen Anlass zur vorzeitigen Therapiebeendigung.

Ferner wurden die Abbruchgründe im Hinblick auf den Zeitpunkt der Behandlungsbeendigung (*früh* oder *spät*) und im Hinblick auf die Entlassungsform (*vorzeitig/abgestimmt* oder *Abbruch*) betrachtet, um Auffälligkeiten herauszufiltern (vgl. Tabelle 12, Tabelle 13, Abbildung 13). Es ist anzumerken, dass in der Gruppe, in der kein Abbruch beschrieben war, die Behandlungsdauer in allen Fällen bei über 26 Tagen lag (Mittelwert 30,63 Tage). Dagegen fanden Beendigungen aufgrund von Konflikten, Unzufriedenheit mit der Zimmersituation oder dem Therapieangebot größtenteils *früh* und in Form von *Abbrüchen* statt.

Tabelle 12

Häufigkeiten der Abbruchgründe insgesamt sowie bei *frühen* und *späten* Beendigungen

Grund	Frühe Beendigung	Späte Beendigung	Gesamt (N=76)
Konflikt	3	0	3
Disziplinarisch	1	2	3
Zimmersituation	5	1	6
Problemaktualisierung	3	3	6
Verlegung	3	3	6
Somatische Fixierung	2	5	7
Setting/Therapieangebot	6	3	9
Sozialer Kontext	2	8	10
Sonstiges	7	3	10
Kein Abbruch	0	16	16
Gesamt	32	44	76

Tabelle 13

Häufigkeiten der Abbruchgründe insgesamt, bei *vorzeitiger/abgestimmter* Beendigung und *Abbruch*

Grund	Vorzeitig/abgestimmt	Abbruch	Gesamt (N=76)
Konflikt	0	3	3
Disziplinarisch	0	3	3
Zimmersituation	0	6	6
Problemaktualisierung	0	6	6
Verlegung	6	0	6
Somatische Fixierung	0	7	7
Setting/Therapieangebot	1	8	9
Sozialer Kontext	4	6	10
Sonstiges	3	7	10
Kein Abbruch	16	0	16
Gesamt	30	46	76

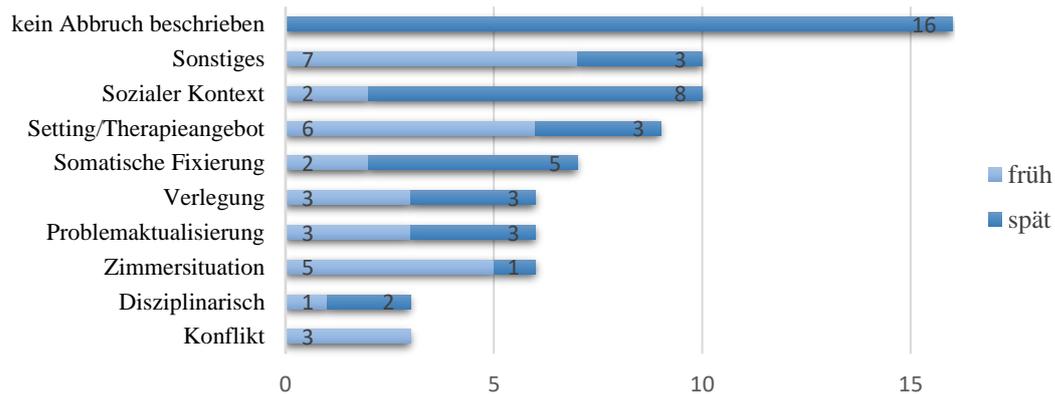


Abbildung 13: Häufigkeit der Abbruchgründe und Anteile *früher* und *später* Beendigung

3.2.3. Mehrfache irreguläre Aufenthalte im Beobachtungszeitraum

Mehrfache stationäre Aufenthalte derselben Patienten im Beobachtungszeitraum sind insofern schwierig einzuordnen, als sich die jeweiligen Aufenthalte bezüglich bestimmter Patientenmerkmale, Dauer der Behandlung, Behandlungserfolg oder aber eventueller Abbruchgründe deutlich unterscheiden können, man dieselben Patienten aber auch nicht mehrfach in Analysen miteinbeziehen möchte. Wie zuvor beschrieben wurde in diesem Studiendesign daher zur Vereinfachung bei Fällen mit mehrfachen regulären Behandlungen im Beobachtungszeitraum lediglich der erste Aufenthalt bzw. bei mehrfachen Behandlungen mit darunter mindestens einem irregulären Aufenthalt nur dieser gewertet, auch wenn diese Erfassung zu gewissen Verzerrungen führen kann. Von den 76 irregulären Entlassungen gab es 32 Patienten, die im Beobachtungszeitraum mehrfach stationär behandelt wurden. Darunter waren 22 Patienten mit nur einer irregulären Entlassung neben sonst regulären Aufenthaltsdauern, bei 10 Patienten lagen wiederum mindestens zwei Aufenthalte mit jeweils irregulärer Behandlungsdauer vor. Aufgrund dieser geringen Fallzahl wurde lediglich eine kurze deskriptive Analyse dieser Fälle durchgeführt und auf eine schließende Statistik verzichtet. Die Aufenthaltsanzahl im Beobachtungszeitraum lag zwischen 2 und 5, am häufigsten (70% der Fälle mit mehrfach irregulären Behandlungen) gab es 2 Aufenthalte. Die Abbruchgründe waren divers: Verlegung, Zimmersituation, somatische Fixierung, Problemaktualisierung, kein beschriebener Abbruch, Sonstiges. In 60% der Fälle lag eine F45 Diagnose nach ICD-10 vor.

4. Diskussion

4.1. Häufigkeit und Gründe irregulärer (verkürzter) Behandlungsbeendigungen

Die Häufigkeit irregulärer Behandlungsbeendigungen in der Studie liegt mit ca. 14% in der von der Literatur beschriebenen Norm. Vorzeitige/abgestimmte Behandlungsbeendigungen stellen in den meisten Fällen „verkürzte“ Behandlungen ohne expliziten Abbruchgrund dar oder sind unvermeidbar (z.B. aufgrund von Verlegungen). Bei *Abbrüchen* stehen konfliktbehaftete Situationen und Unzufriedenheit mit dem Behandlungsangebot, der Zimmersituation oder der somatischen Diagnostik im Vordergrund.

Ein erstes Ziel der vorliegenden Studie war es, die Häufigkeit irregulärer (verkürzter) Aufenthalte im Kollektiv festzustellen und weiterhin die Gründe hierfür zu beleuchten. Mit einem Anteil von 14,3% an allen Behandlungen im Beobachtungszeitraum liegen die *irregulären* Behandlungsbeendigungen am Klinikum rechts der Isar im aktuellen Mittelmaß hinsichtlich der in der Literatur beschriebenen „Abbruchquoten“ stationärer Psychotherapien (vgl. Kapitel 1.4.1, Tabelle 2), was im Sinne der Qualitätssicherung ein wichtiges Ergebnis darstellt.

Die in der Studie festgelegte Definition von *Abbruch* und *vorzeitige/abgestimmte* Behandlungsbeendigung bzw. in der Gesamtheit *irreguläre* Behandlungsbeendigung war dabei angelehnt an die Empfehlung zur Definition von Behandlungsabbrüchen von Reuter und Scheidt (2014). Betrachtet man weiterhin nur die *Abbrüche*, ist die Quote mit 8,6% noch einmal deutlich geringer. Dies ist eine erneute Bestätigung dafür, dass die Varianz der Abbruchhäufigkeiten zwischen verschiedenen Studien zu diesem Thema maßgeblich durch die unterschiedliche Definition von Therapieabbrüchen bzw. irregulären Behandlungsbeendigungen bestimmt wird, wie es auch Reuter und Scheidt (2014) in ihrer Metaanalyse von 15 verschiedener Arbeiten zu vorzeitigen Behandlungsbeendigungen feststellen.

Imel et al. (2013), die in ihrer Metaanalyse Behandlungsabbrüche von Psychotherapien (wenngleich bezogen auf ambulante Behandlungen von posttraumatischen Belastungsstörungen) betrachten, kommen zu dem Schluss, dass die deutlich variierenden Abbruchquoten der Studien besser als Indikator für die Studie selbst zu interpretieren sind,

anstatt sie auf die Verträglichkeit bestimmter Behandlungen zurückzuführen. Reuter und Scheidt (2014) weisen außerdem auf den Einfluss der Dokumentation bezüglich der Häufigkeit vorzeitiger Behandlungsbeendigungen hin, da letztendlich der behandelnde Therapeut die Entlassungsform dokumentiert bzw. kodiert. Darüber hinaus betonen die Autoren die Bedeutung einrichtungsspezifischer Besonderheiten.

So zeichnet sich die Psychosomatische Medizin am Universitätsklinikum rechts der Isar insbesondere durch einen Schwerpunkt im Bereich funktioneller Körperbeschwerden und ein strukturspezifisches Setting aus. Einerseits wird mit der vorliegenden Studie damit erstmals ein Kollektiv mit einer großen Häufigkeit von F45-Diagnosen bezüglich des Phänomens einer vorzeitigen Behandlungsbeendigung untersucht. Andererseits erschwert dies die Vergleichbarkeit mit weiteren Studien, die sich durch jeweils andere Spezialisierungen (bezüglich der Therapieansätze oder behandelter Störungsbilder), Behandlungsangebote und Behandlungsstrukturen, Behandlungsverträge oder auch das Einzugsgebiet der entsprechenden Einrichtung, das Personal und dessen Ausbildung auszeichnen.

Abbruchgründe innerhalb der *irregulären* Entlassungen wurden in Kategorien eingeordnet. Am häufigsten beschrieben Therapeuten keinen expliziten Abbruchgrund, wobei diese Fälle später hinsichtlich der Entlassungsform der Subgruppe *vorzeitige/abgestimmte* Entlassung zugeordnet wurden. Dies unterstreicht noch einmal, wie wichtig eine klare Begriffstrennung und die gesonderte Analyse von Subgruppen nach der Entlassungsform ist. Außerdem wurden Therapien häufig aufgrund der sozialen Umstände vorzeitig beendet, beispielsweise aus familiären Gründen. Diese Beweggründe fanden sich sowohl unter *Abbrechern* als auch unter Patienten der Gruppe *vorzeitige/abgestimmte* Entlassung. Es verwundert kaum, dass *irreguläre* Beendigungen hingegen fast ausschließlich ohne beiderseitiges Einvernehmen in Form von *Abbrüchen* stattfanden, wenn von Unzufriedenheit mit dem Therapieangebot oder der Zimmersituation berichtet wurde, der Wunsch nach mehr somatischer Diagnostik und Therapie oder ein Gefühl der Destabilisierung (Problemaktualisierung) beschrieben wurde sowie wenn Behandlungen aufgrund von Konflikten oder Regelverstößen beendet wurden. Dies deckt sich mit Ergebnissen anderer Studien, die ebenfalls Abbruchgründe untersuchen: In den meisten Arbeiten werden ein somatisches Krankheitskonzept, interaktionelle Probleme oder Probleme mit der Gruppentherapie, Unzufriedenheit mit dem Behandlungsangebot bzw. abweichende Erwartungen an die Therapie sowie persönliche Gründe (z.B. Heimweh) als Hauptgründe für eine vorzeitige Behandlungsbeendigung genannt (Barghaan et al., 2005; Garlipp, 2007; Lieberz & Ciemer, 2000; Martens et al., 2014; Reuter & Scheidt, 2014).

Das in der vorliegenden Studie als „Problemaktualisierung“ bezeichnete Phänomen kann mit der von Garlipp (2001) beschriebenen, zum Abbruch führenden Überforderung oder der von Wilson und Sperlinger (2004) dargestellten Ambivalenz zwischen Bereitschaft zur Veränderung und Kontrollverlust verglichen werden. Anzumerken ist allerdings, dass sich Studien zu Abbruchgründen bezüglich der Datenerhebung unterscheiden: Gründe für eine irreguläre Therapiebeendigung werden oft im Rahmen von Interviewstudien von den Patienten selbst beschrieben und nur in wenigen Fällen von Therapeutenseite aus erfasst, wie es in der vorliegenden Studie der Fall ist.

Einige Autoren unterscheiden insgesamt zwischen klinikinternen und klinikexternen Gründen, wobei insbesondere klinikinterne Gründe häufiger geschildert werden (Barghaan et al., 2005; Reuter & Scheidt, 2014). Außerdem werden teilweise weitere Gründe wie ausbleibender Therapieerfolg (Reuter und Scheidt 2014), fehlende Motivation (Paar et al., 2005) oder problematische therapeutische Beziehungen (Garlipp, 2007; Wilson & Sperlinger, 2004) genannt. Chiesa et al. (2000) stellen in ihrer Studie zu Behandlungsabbrüchen bei Essstörungen dagegen fest, dass auch die Herstellung einer unproblematischen Beziehung kein Garant für eine Fortsetzung der Therapie ist. Einen interessanten Ansatz untersuchen zwei Studien (Barghaan et al., 2005; Donaubaueer et al., 2001), die eine gesonderte Gruppe von „inneren Abbrechern“ bzw. „fast vorzeitig beendenden Patienten“ identifizieren: Bei diesen Patienten kommt es formal zwar zu keiner vorzeitigen Behandlungsbeendigung, jedoch halten sie an Abbruchgedanken fest, empfinden die Therapie als wirkungslos und zeigen im Vergleich zu vorzeitig Entlassenen ein schlechteres Therapieergebnis.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie hinsichtlich der Abbruchgründe könnte man derart zusammenfassen, dass *vorzeitige/abgestimmte* Behandlungsbeendigungen in den meisten Fällen also entweder lediglich „verkürzte“ Behandlungen darstellen oder Entlassungen in dieser Gruppe unvermeidbar sind, sei es aufgrund von notwendigen Verlegungen von Patienten oder wegen deren sozialen Umfelds. Bei *Abbrüchen* auf der anderen Seite stehen konfliktbehaftete Situationen und Unzufriedenheit mit dem Behandlungsangebot, der Zimmersituation oder der somatischen Diagnostik im Vordergrund. Das ist insofern interessant, da wohl insgesamt nur in der Gruppe der *Abbrüche* so überhaupt über die potenzielle „Vermeidbarkeit“ von Behandlungsabbrüchen diskutiert werden kann. Diese Ergebnisse könnten schließlich auch im klinischen Alltag relevant werden: Gegebenenfalls könnte vor Beginn einer stationären Behandlung den Patienten ein (noch) deutlicheres Bild von organisatorischen bis hin zu therapeutischen Strukturen wie dem Behandlungsangebot sowie -ablauf, der zu erwartenden

Zimmersituation und der Zurückhaltung mit somatischer Diagnostik gezeichnet werden. Es ist allerdings davon auszugehen, dass dies in den meisten Einrichtungen bereits umfassend stattfindet – dies legt auch der Abschluss eines Behandlungsvertrags am Klinikum rechts der Isar nahe. Anzunehmen ist weiterhin, dass in der Mehrheit der Fälle nicht nur ein singulärer Grund zur vorzeitigen Behandlungsbeendigung führt, sondern eine Behandlung aus dem Zusammenwirken mehrerer Gründe abgebrochen wird, wie es beispielsweise auch Barghaan et al. (2005) und Reuter und Scheidt (2014) beschreiben.

4.2. Soziodemographische Merkmale von Patienten mit vorzeitiger Behandlungsbeendigung

In der Studie konnte nur für wenige soziodemographische Faktoren ein deutlicher Einfluss auf die Entlassungsform nachgewiesen werden. Erwerbstätige Patienten beenden Behandlungen öfter *regulär*.

Selbstverständlich haben auch Merkmale wie soziodemographische und klinische Besonderheiten von Patienten Einfluss auf vorzeitige Behandlungsbeendigung bzw. auf ein Abbruchgeschehen. Ergebnisse zu Merkmalen und Prädiktoren für vorzeitige Behandlungsbeendigungen, die auf soziodemografischen oder klinischen Variablen beruhen, sind in der Literatur inkonsistent. So wird in einigen Studien etwa ein geringeres Alter mit einem Abbruchgeschehen in Verbindung gebracht (Lieberz & Ciemer, 2000; Lotz-Rambaldi et al., 2000; Reuter & Scheidt, 2014; Schulz et al., 1999; Zwerenz et al., 2008). Lang et al. (2006) spezifizieren dieses Ergebnis noch, indem sie eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für einen Therapieabbruch vor allem bei Patienten unter 30 Jahren feststellen. Dies ließe sich den Autoren nach mit dem Altersunterschied zu den Mitpatienten, die oft deutlich älter sind, und dem „dynamischeren Lebensumfeld“ jüngerer Patienten begründen. Auf der anderen Seite stehen einige Studien, die den Einfluss geringeren Alters nicht nachweisen können oder bei denen soziodemografischen Merkmalen eine allenfalls geringe Bedeutung zukommt (Busmann et al., 2019; Klauer et al., 2007). Stevens et al. (2001) weisen dem Alter ebenfalls keinen eindeutigen Effekt auf die Behandlungsdauer zu. In ihrer Analyse von Behandlungsdauern zeigt sich eher, dass jüngere Patienten tendenziell länger in Behandlung einer stationären psychiatrischen Klinik bleiben und auch Wilmers und Rosin (2000) charakterisieren eher die „Nicht-

Abbrecher“ als jünger. In der vorliegenden Studie kann die Varianz in Abbruchraten nicht durch Unterschiede im Alter erklärt werden, wenn *reguläre* mit *irregulären* Beendigungen bzw. *vorzeitige/abgestimmte* Entlassungen mit *Abbrüchen* verglichen werden. Lediglich bei der Analyse der irregulären Entlassungen nach Zeitpunkt (*früh/spät*) wurde ein signifikant geringeres Alter innerhalb der *frühen* Beendigungen festgestellt, mit mittelgradiger Effektstärke.

Hinsichtlich des Geschlechts gab es weder in der vorliegenden Arbeit noch in der aktuellen Literatur signifikante Unterschiede zwischen *regulären* und *irregulären* Behandlungsbeendigungen (Lang et al., 2006; Mussgay et al., 2001; Reuter & Scheidt, 2014; Zwerenz et al., 2008). Dasselbe gilt in unserer Studie für die Variable Nationalität, die neben der vorliegenden nur in wenigen weiteren Studien getestet wurde (Reuter & Scheidt, 2014). Auch bezüglich der Faktoren Familienstand, Partnersituation und Anzahl der Kinder unterschieden sich in der vorliegenden Studie die *regulären* nicht von den *irregulären* Fällen, was zu den Ergebnissen von Lieberz und Ciemer (2000), Schulz et al. (1999), Ingenhoven et al. (2012) und Reuter und Scheidt (2014) passt, wenngleich die Datenlage auch hier nicht ganz einheitlich ist. Klauer et al. (2007) beschreiben so eine geringere Häufigkeit von Behandlungsabbrüchen bei alleinstehenden Patienten, wobei sie allerdings explizit auf die insgesamt randständige Rolle soziodemografischer Merkmale hinweisen.

In Bezug auf Schulbildung und laufende Rentenverfahren unterschieden sich die beiden Kollektive in der vorliegenden Arbeit ebenfalls nicht signifikant, wenngleich ein Trend zu einer größeren Anzahl laufender Rentenverfahren und geringerer Schulbildung unter den *irregulären* Aufgehalten gezeigt werden konnte. Diese beiden Variablen werden in der Literatur wiederum widersprüchlich diskutiert: Teilweise wird kein Zusammenhang zwischen Schulbildung bzw. laufendem Rentenantrag und Entlassungsform gesehen (Lang et al., 2006), andere Studien wiederum zeigen eine Korrelation zwischen bestehenden Rentenverfahren (Mussgay et al., 2001; Reuter & Scheidt, 2014; Zwerenz et al., 2008) und vorzeitiger Behandlungsbeendigung bzw. zwischen geringerer Schulbildung und erhöhten Abbruchraten (Chiesa et al., 2000; Donaubaue et al., 2001; Lieberz & Ciemer, 2000).

Ein signifikanter Zusammenhang konnte in der vorliegenden Arbeit zwischen Erwerbstätigkeit und dem Verlauf der Behandlungsbeendigung (*regulär/ irregulär*) gezeigt werden, was durch Ergebnisse anderer Studien bestätigt wird (Chiesa et al., 2000; Lang et al., 2006; Reuter & Scheidt, 2014; Zwerenz et al., 2008). Weshalb erwerbstätige Patienten eine Behandlung eher regulär beenden, kann mithilfe der vorliegenden Studie nicht erklärt werden. Denkbar wäre,

dass Patienten, die aufgrund eines bestehenden Arbeitsverhältnisses (zumindest für eine gewisse Zeit) eine Lohnfortzahlung während des stationären Aufenthalts erhalten, eine höhere Motivation aufweisen, in der Therapie zu bleiben bzw. sie regulär zu beenden, als Patienten ohne festes Anstellungsverhältnis und gesichertes Einkommen. Nach dem Therapieende zur Arbeit zurückkehren zu können, könnte nach Lang et al. (2006) so einen Schutzfaktor gegen einen Abbruch darstellen.

Aufgrund von häufigen Befunddiskrepanzen verschiedener Studien zu soziodemografischen Prädiktoren sollten Einzelergebnisse zu diesem Thema insgesamt kritisch hinterfragt werden. So könnte man Klauer et al. (2007) zustimmen, dass diesen Variablen insgesamt wohl nur eine geringe Bedeutung beizumessen ist. Dem könnte man entgegenstellen, dass Einflüsse dieser Faktoren stark von Setting bzw. Population abhängen und somit in unizentrischen Studien nicht ausreichend erfasst werden könnten.

4.3. Klinische Merkmale von Patienten mit vorzeitiger Behandlungsbeendigung

***Irregulär* entlassene Patienten zeigen weniger Depressivität, eine geringere bindungsbezogene Vermeidung und außerdem ein höheres Strukturniveau als *reguläre* Beender.**

Auch die Bedeutung klinischer Parameter, wie beispielsweise Hauptdiagnose oder Symptomschwere bzw. Belastung von Patienten, wird in verschiedenen Studien unterschiedlich bewertet. Mithilfe der vorliegenden Arbeit können Aussagen über die Merkmale Hauptdiagnose, Depressivität, Dissoziation, generalisierte Angststörung, gesundheitsbezogene Lebensqualität, erlebte Traumata, bindungsbezogene Angst und Vermeidung, das Strukturniveau und deren Einfluss auf die Entlassungsform gemacht werden. Insbesondere die letzten drei Parameter sind in bisherigen Studien über vorzeitige Behandlungsbeendigungen noch nicht genauer untersucht worden.

Unter den hier identifizierten *irregulären* Fällen lagen in mehr als 80% Hauptdiagnosen aus der ICD-10-Gruppe „neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ vor und es wurden in mehr als der Hälfte der Fälle F45-Diagnosen als Entlassungsdiagnosen kodiert. Der überdurchschnittlich hohe Anteil an Patienten mit somatoformen Störungen und

Somatisierungsstörungen in der Stichprobe lässt sich auf das am Klinikum rechts der Isar außerordentlich stark repräsentierte Patientenkollektiv mit funktionellen Körperbeschwerden zurückführen. Jedoch konnte analog zu den Ergebnissen von Lang et al. (2006) kein signifikanter Unterschied zwischen *regulären* und *irregulären* Fällen bezüglich dieser Diagnosegruppe bzw. dem Vorliegen einer somatoformen Störung festgestellt werden – entgegen dem Ergebnis anderer Studien (Donaubauer et al., 2001; Mussgay et al., 2001; Zwerenz et al., 2008), die somatoforme Störungen mit einem größeren Abbruchrisiko assoziieren.

Erhöhte Raten vorzeitiger Behandlungsbeendigungen stellen einige Studien weiterhin für Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen bzw. für Patienten ohne affektive Diagnosen fest (Lieberz & Ciemer, 2000; Reuter & Scheidt, 2014; Zwerenz et al., 2008). Diskrepanzen zwischen den vorliegenden Ergebnissen und einzelnen anderen Studien zum Zusammenhang bestimmter Diagnosen und der Entlassungsform können wiederum mit dem jeweils unterschiedlichen Setting, der gewählten Definition von *vorzeitiger/abgestimmter* Behandlungsbeendigung bzw. *Abbruch* sowie der „Vorselektion“ der Patienten nach bestimmten Störungsbildern erklärt werden. So können bei sehr geringer Häufigkeit von gewissen Diagnosen in einer bestimmten Klinik schlichtweg keine Aussagen über deren Einfluss auf das Abbruchgeschehen getroffen werden, wie es im hier untersuchten Kollektiv beispielsweise für Essstörungen der Fall ist (lediglich ein Fall unter den irregulären Entlassungen).

Irregulär Entlassene gaben eine ähnliche Anzahl erlebter Traumata wie Patienten der *regulären* Gruppe an. Der Häufigkeit der erlebten Traumata kommt jedoch nur bedingt Aussagekraft über die psychische Belastung durch dieselben zu. Es erscheint daher passender, andere Parameter als Maß für die Belastung heranzuziehen, wie zum Beispiel die gesundheitsbezogene Lebensqualität. So konnte in der Selbsteinschätzung gesundheitsbezogener Lebensqualität bei den *irregulär* Entlassenen ein Trend zu besseren Werten festgestellt werden, wenngleich dieser Effekt nicht signifikant war. Eine höhere Lebenszufriedenheit bzw. eine geringere Symptombelastung bzw. psychische Belastung wurden aber auch in vielen anderen Studien mit erhöhten Abbruchraten in Zusammenhang gebracht (Klauer et al., 2007; Mussgay et al., 2001; Paar et al., 1994; Reuter & Scheidt, 2014; Zwerenz et al., 2008). Paar et al. (1994) beschreiben Abbrecher sogar als insgesamt „gesünder“ (S. 295).

Dazu passend konnten für das Kollektiv der *irregulär* Entlassenen eine auffällig niedrigere Depressivität – ebenso wie Paar et al. (1994) und Mussgay et al. (2001) es beschreiben – und

geringere Ausprägungen von Dissoziation festgestellt werden. Es ist also zu diskutieren, ob *irregulär* Entlassene tatsächlich „weniger krank“ sind als Patienten mit *regulärer* Aufenthaltsdauer, was insofern plausibel wäre, dass eine kürzere Behandlungsdauer bei „gesünderen“ Patienten ausreichend sein kann. Fraglich ist allerdings, ob zur Beantwortung der Frage, wie krank bzw. belastet Patienten sind, eine Selbsteinschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie Ausprägungen von Depressivität bzw. Dissoziation adäquate und hinreichende Parameter darstellen. Andere Studien ziehen zur Operationalisierung des Beschwerdedrucks unterschiedliche Parameter heran (z.B. den Gesamtwert der Symptom-Checkliste SCL-27-R oder Items der OPD) oder lassen Fremdeinschätzungen miteinfließen. So finden Zwerenz et al. (2008) Diskrepanzen bezüglich der Beeinträchtigungs-Schwere zwischen der Selbsteinschätzung und einer Einschätzung durch die Therapeuten – ob jedoch eine Fremdeinschätzung zur Beurteilung der subjektiv empfundenen Lebensqualität angemessen sein kann, erscheint fraglich. Für ein umfassendes Bild der Belastung bzw. „Schwere der Erkrankung“ könnten darüber hinaus noch andere Parameter wie Komorbiditäten oder Bewältigung des Alltags wichtig sein, die in der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt werden konnten. Dieser Hypothese „gesünderer Abbrecher“, die durch Ergebnisse dieser und anderer Studien (Mussgay et al., 2001; Paar et al., 1994) naheliegend erscheint, könnte man allerdings entgegenstellen, dass *Abbrecher* oftmals ein schlechteres Behandlungsergebnis bzw. eine geringere Erreichung der Behandlungsziele aufweisen (Barghaan et al., 2005; Lotz-Rambaldi et al., 2000; Zwerenz et al., 2008).

Wie auch die vorliegende Arbeit deutlich zeigt, handelt es sich beim Patientenkollektiv *irregulärer* Beender zudem um eine sehr heterogene Gruppe, was die Generalisierbarkeit des Ergebnisses einer tendenziell geringeren Belastung relativieren sollte. Ein in anderen Studien mit erhöhten Abbruchraten in Zusammenhang gebrachter Parameter ist ferner eine geringere Therapiemotivation (Donaubauer et al., 2001; Klauer et al., 2007; Zwerenz et al., 2008). So messen Donaubauer et al. (2001) in ihrer Studie die Motivation der Patienten (patientenseitig und therapeutenseitig) zu verschiedenen Zeitpunkten des Aufenthalts und kommen zu dem Schluss, dass eine geringe Therapiemotivation neben einer hohen Therapieerwartung unter den von ihnen getesteten Variablen den höchsten Stellenwert hinsichtlich einer vorzeitigen Beendigung einnimmt.

Weitere Merkmale wie das Bindungsverhalten oder strukturelle Fähigkeiten wurden in Hinblick auf vorzeitige Behandlungsbeendigungen bislang sehr wenig untersucht. In der vorliegenden Arbeit wurden erstmals die Ausprägung von Dissoziation, die Dimensionen

bindungsbezogene Angst und Vermeidung sowie das Strukturniveau als Einflussfaktoren auf die Art der Entlassung im stationären Setting analysiert: *Irreguläre* Beender zeigten tendenziell niedrigere Werte bezüglich der Ausprägung von Dissoziation, eine geringer ausgeprägte bindungsbezogene Angst und eine deutlich geringere bindungsbezogene Vermeidung als *reguläre* Beender. Eine geringere bindungsbezogene Vermeidung unter den *irregulären* Beendern verwundert insofern, dass gerade bei einer größeren bindungsbezogenen Vermeidung im Rahmen einer therapeutischen Behandlung ein Abbruchgeschehen näher liegen sollte: Da es vermeidend Unsicheren schwerer fällt, sich auf Nähe und eine (auch therapeutische) Beziehung einzulassen, kann es gerade im stationären Setting zu fehlender Akzeptanz des Therapeuten und zu Problemen, Rückzug und letztendlich zu Therapieabbrüchen kommen (Koechel & Damke, 2008). Da unsichere Bindung stark mit den psychosomatischen Beschwerden korreliert (Wulf et al., 2012) bzw. ein unsicherer Bindungsstil einen Prädiktor für Stressanfälligkeit und Krankheitsrisiko darstellen kann (Mauder & Hunter, 2001), würde dieses Ergebnis andererseits zur Theorie passen, dass *irreguläre* Beender weniger belastet sind und die therapeutische Beziehung deshalb nicht so „notwendig“ sein könnte.

Mosheim et al. (2000) können in ihrer Studie zum Zusammenhang zwischen Bindungsqualität und Therapiezielerreichung in der stationären Psychotherapie keine Korrelation zwischen Bindungssicherheit und „Therapieabbruch“ (allerdings bei geringer Fallzahl (n=65)) zeigen, wengleich sie einen Zusammenhang zwischen Bindungssicherheit und individueller Therapiezielerreichung nachweisen und feststellen, dass Patienten mit sehr geringer Bindungssicherheit das schlechteste Outcome haben. Weiterhin gibt es in ihrer Studie einen Zusammenhang zwischen verschiedenen Bereichen interpersonaler Probleme und Therapieabbruch, insbesondere bei der Variable „Dominanz“ (negative Korrelation zwischen „autokratisch, dominant“ und Therapieabbruch). Koechel und Damke (2008) wiederum kommen zu dem Ergebnis, dass der Bindungsstil keinen unmittelbaren Einfluss auf das Behandlungsergebnis psychosomatischer Rehabilitation hat und Patienten unabhängig vom Bindungsstil von der Therapie profitieren.

Auch dissoziative Psychopathologien werden vom Bindungsverhalten beeinflusst: Ein ängstlicher Bindungsstil gilt so beispielsweise als bewährter Einflussfaktor bei der Ausprägung von Dissoziation (Wieder & Terhune, 2019). Insofern erscheint es plausibel, dass *irreguläre* Beender, die im Vergleich zu *regulären* Beendern eine geringere bindungsbezogener Angst und Vermeidung aufwiesen, auch eine geringere Ausprägung dissoziativer Psychopathologien zeigten. Um den Einfluss von Bindungsstil und Bindungssicherheit bzw. bindungsbezogener

Angst und Vermeidung sowie von Dissoziation auf die Entlassungsform also abschließend klären zu können, braucht es bei bisher schwacher und widersprüchlicher Datenlage weitere, bestenfalls prospektive Studien mit einheitlicher Definition von Therapieabbruch und vergleichbarer Operationalisierung psychopathologischer Merkmale.

Mit dem Merkmal Strukturniveau verhält es sich ähnlich. In der vorliegenden Arbeit wiesen *irreguläre* Beender ein signifikant höheres Strukturniveau auf als Patienten, die die Behandlung regulär verließen. Dies ist konträr zu anderen Studien, die entweder einen starken Zusammenhang zwischen geringer Selbstfunktionalität und Therapieabbruch finden (Busmann et al., 2019), Therapieergebnisse nicht anhand des Strukturniveaus vorhersagen können (Spitzer et al., 2004) oder aber kürzere Behandlungsdauern bei geringeren strukturellen Eigenschaften feststellen (Ingenhoven et al., 2012) bzw. Auch Immel et al. (2022) zeigen in ihrer Studie zum Zusammenhang zwischen Strukturniveau bzw. Abhängigkeit und Behandlungsabbrüchen, dass bei größerer Unabhängigkeit der Patienten ein Fortführen der Therapie wahrscheinlicher ist. Sie argumentieren, dass bei Patienten mit geringeren strukturellen Fähigkeiten die Verlustangst den Aufbau einer stabilen therapeutischen Beziehung verhindern könnte und ein Therapieabbruch deshalb wahrscheinlicher sein kann. Allerdings muss angemerkt werden, dass sich die Studie von Immel et al. (2022) auf Patienten im ambulanten Bereich bezieht.

Da sich ambulante und stationäre Psychotherapie aber stark unterscheiden, können ihre Ergebnisse nicht unbedingt auf die stationäre Behandlung übertragen werden. Diskrepanzen mit Befunden der vorliegenden Studie könnten also in diesen unterschiedlichen Settings begründet sein. Dass am Klinikum rechts der Isar ein strukturspezifisches Setting und eine den strukturellen Fähigkeiten angepasste Behandlung im Vordergrund steht, hat sicherlich Einfluss auf den Therapieverlauf sowie mögliche Therapiebeendigungen. Eine Vergleichbarkeit mit anderen Studien bzw. deren Studienkollektiven scheint besonders in Bezug auf das Strukturniveau nicht gegeben. Eine denkbare Erklärung für die Ergebnisse der vorliegenden Studie wäre, dass Patienten mit höherem Strukturniveau und damit besserer Fähigkeit zur Selbstreflexion ihre Situation und Befindlichkeit während des stationären Aufenthalts besser beurteilen können und die vorzeitige Therapiebeendigung als „selbstbestimmter“ zu werten ist. Teilweise könnte eine einseitige vorzeitige Behandlungsbeendigung dementsprechend auch einen wichtigen Entwicklungsschritt hin zur Autonomie bedeuten (Ingenhoven et al., 2012) und Mut und Entschlossenheit demonstrieren, was als „gesundes“ Verhalten gewertet werden kann (Lieberz & Ciemer, 2000). Da in der Literatur ein geringeres Strukturniveau ebenfalls mit einer

stärkeren Symptomschwere in Zusammenhang gebracht wird (Gablonski et al., 2022), kann man auch hier wieder auf die Hypothese der „gesünderen *Abbrecher*“ verweisen.

4.4. Unterschiede innerhalb der irregulären Beender

***Abbrecher* zeigen eine größere Ausprägung somatischer Symptome und beenden Behandlungen öfter aufgrund von somatischer Fixierung. Abgebrochene Aufenthalte sind deutlich kürzer als vorzeitig/abgestimmt beendete Aufenthalte. Frühe Beender sind jünger als späte Beender.**

Beim Kollektiv der *irregulären* Beender handelt es sich um keine homogene Gruppe. Insofern erscheinen Subgruppenanalysen sowohl hinsichtlich der Entlassungsform (*vorzeitig/abgestimmt* und *Abbruch*) als auch des Zeitpunkts (*frühe/späte* Behandlungsbeendigung) sinnvoll, um eindeutigere Aussagen treffen zu können, im Vergleich zu anderen Studien, die hier nicht differenzieren. Patienten, die die Behandlung einseitig abbrechen, zeichnen sich durch andere Merkmale aus als solche Patienten, die im beiderseitigen Einvernehmen die Therapie vorzeitig beenden oder bei denen eine Therapiebeendigung aus externen Gründen notwendig ist, was die der Studie zugrunde liegende zweite Hypothese bestätigt.

Während unter den *vorzeitigen/abgestimmten* Entlassungen affektive Störungen signifikant häufiger waren, hatten *Abbrecher* öfter eine Diagnose der Gruppe „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (F40-48). Insofern decken sich die Ergebnisse mit anderen Studien, die ebenfalls weniger affektive Diagnosen unter den Abbrechern feststellen (Reuter & Scheidt, 2014; Zwerenz et al., 2008), auch wenn diese Übereinstimmung nicht für die Gruppe der *irregulären* Beender insgesamt gefunden wurde. *Abbrecher* zeigten außerdem eine größere Ausprägung somatischer Symptombelastung. Eine Erklärungshilfe liefern hierfür die Abbruchgründe: Fast ausschließlich *Abbrecher* beenden eine Behandlung aufgrund von somatischer Fixierung. Stehen Somatisierung und ein Festhalten an somatischer Diagnostik im Vordergrund, ist es verständlich, dass eine Behandlung vorzeitig beendet wird, wenn dem Wunsch nach weiterer somatischer Abklärung nicht nachgekommen wird.

Weiterhin zeigten *Abbrecher* ein etwas geringeres Strukturniveau als *vorzeitige/abgestimmte* Beender, wobei die strukturelle Fähigkeiten besser waren als die der *regulären* Beender. Das könnte erneut darauf zurückgeführt werden, dass bei Patienten mit höherem Strukturniveau und der Fähigkeit zur Selbstreflexion eine „autonomere“ Entscheidung möglich sein könnte, wie

zum Beispiel der Beschluss, eine Therapie vorzeitig zu beenden. Dass eine einvernehmliche Beendigung bei höherer Persönlichkeitsfunktionalität wahrscheinlicher ist und es bei geringeren strukturellen Fähigkeiten und damit verbundenen interpersonellen Problemen eher zu einer einseitigen Entscheidung kommen kann, erscheint nachvollziehbar.

Insgesamt lassen sich mithilfe der vorliegenden Studie sowohl die Entlassungsform als auch der Zeitpunkt der Entlassung mit den Abbruchgründen in Zusammenhang bringen (vgl. Tabellen 12 und 13, Abbildung 13). Abbruchgründe zwischen *vorzeitig/abgestimmten* Beendern und *Abbrechen* unterscheiden sich beträchtlich, was selbstverständlich auch mit der gewählten Definition dieser Subgruppen zusammenhängt. Dass Konflikte, Unzufriedenheit mit der Zimmersituation oder dem Therapieangebot vor allem zu *Abbrüchen* ohne beiderseitiges Einverständnis führen, ist plausibel. Bei Fällen mit ebendiesen Abbruchgründen kommt es außerdem meist zu einer Behandlungsbeendigung früh im Verlauf. Dies könnte zum einen bedeuten, dass den Patienten bereits zu Beginn der Behandlung eine Diskrepanz zwischen Behandlungserwartung und tatsächlichen Gegebenheiten bewusst wird, andererseits könnte es aber auch ein „Nichteinlassen“ der Patienten auf die Therapie nahelegen. In der vorliegenden Arbeit waren 5 von 6 der frühen Beendigungen *Abbrüche*. *Abbrüche* waren weiterhin durchschnittlich von deutlich geringerer Dauer als *vorzeitig/abgestimmte* Behandlungsbeendigungen. Auch Paar et al. (2005) beschreiben ein Überwiegen von einvernehmlichen vorzeitigen Entlassungen zu späteren Zeitpunkten.

Viele Studien kommen aufgrund der Kategorisierung in *frühe* und *späte* Entlassungen zu eindeutigeren Ergebnissen (Damke & Koechel, 2002; Donaubaueer et al., 2001; Martens et al., 2014; Zwerenz et al., 2008). Die gewählten Zeiträume für die Definitionen von *frühen* und *späten* Beendigungen unterscheiden sich allerdings oft: Während eine *frühe* Beendigung beispielsweise bei Klauer et al. (2007) innerhalb von 10 Tagen stattfindet, gilt bei Donaubaueer et al. (2001) eine Beendigung vor der 5. Behandlungswoche noch immer als früh. Dies kann die bisweilen sehr heterogenen Ergebnisse mitbegründen.

Frühen Beendern werden verschiedene soziodemografische sowie klinische Merkmale zugeschrieben: Sie werden als weniger depressiv (Klauer et al., 2007), häufiger männlich (Damke & Koechel, 2002; Zwerenz et al., 2008) und öfter allein oder bei den Eltern lebend (Martens et al., 2014) charakterisiert, zudem zeigen sie einen höheren sekundären Krankheitsgewinn und eine geringere Einsichtsfähigkeit zu psychodynamischen und somatopsychischen Zusammenhängen (Klauer et al., 2007) und haben häufiger Persönlichkeitsstörungen (Zwerenz et al., 2008) oder Essstörungen (Martens et al., 2014).

In der vorliegenden Studie waren *frühe* Beender signifikant jünger als *späte* Beender, was sich mit Befunden anderer Studien deckt (Damke & Koechel, 2002; Martens et al., 2014). Außerdem wiesen sie eine höhere bindungsbezogene Angst auf und gaben mehr somatische Symptome an. Eine Analyse der Subgruppen erscheint also nicht nur aus deskriptiver Sicht interessant, sondern liefert potenziell klinisch relevante Ergebnisse:

In der klinischen Praxis könnten insbesondere in den ersten Behandlungstagen bei jüngeren Patienten mit einer stärkeren Somatisierung die Behandlungsmotivation exploriert und eventuelle Abbruchgedanken thematisiert werden, um so gegebenenfalls einen Therapieabbruch „abwenden“ zu können. Dass sich nicht jeder Befund durch Ergebnisse der Literatur bestätigen lässt, liegt einerseits daran, dass einige Parameter bislang noch nicht im Hinblick auf eine frühe oder späte Behandlungsbeendigung untersucht wurden (zum Beispiel bindungsbezogene Angst und Vermeidung), zudem muss abermals die unterschiedliche Operationalisierung, Definition und das Behandlungssetting mitbedacht werden. Die mitunter sehr heterogene Datenlage macht aber gleichzeitig deutlich, dass vorzeitige Behandlungsbeendigungen ein sehr komplexes und multifaktorielles Geschehen darstellen und dass Studien je nach Augenmerk auf zeitliche Aspekte, soziodemografische Patientenmerkmale oder psychopathologische Inhalte verschiedene Subgruppen besser analysieren oder bestimmte Gesichtspunkte beleuchten.

4.5. Limitationen der Studie

Folgende Einschränkungen der vorliegenden Studie müssen angemerkt werden:

(1) Das gewählte retrospektive Studiendesign kann Hypothesen liefern und Kausalzusammenhänge zwar nahelegen, aber nicht nachweisen, wenngleich dieser Ansatz insbesondere bei unvorhersehbaren Ereignissen, unter welche Kategorie Behandlungsabbrüche fallen, passend erscheint.

(2) Da die Daten der Studie nur an einer Klinik erhoben wurden, ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt, da sich jede Klinik hinsichtlich des Behandlungssettings und Diagnosespektrums unterscheidet und einzelne Einrichtungen nur begrenzt repräsentativ für die gesamte Versorgungslage sein können. Somit haben beispielsweise der äußerst hohe Anteil an Patienten mit funktionellen Körperbeschwerden, die strukturspezifische Behandlung als auch die klinikinternen Strukturen wie die Bettenanzahl pro Zimmer, die Anzahl der therapeutischen Interventionen oder das Auswahlverfahren zur Patientenaufnahme am Klinikum rechts der Isar großen Einfluss auf das Patientenkollektiv und die Häufigkeit der Behandlungsabbrüche. Die Vergleichbarkeit mit anderen Einrichtungen und damit die externe Validität ist somit eingeschränkt. Die Diskrepanzen zu Ergebnissen anderer Studien bezüglich von Prädiktoren können durch dieses spezifische Patientenkollektiv mitbegründet werden.

(3) Das Konzept der Studie und die zur Verfügung stehenden Daten erlauben es außerdem nicht, Aussagen über den Behandlungserfolg zu treffen, da das Therapieergebnis nicht in die Auswertung und die Erfassung von Behandlungsabbrüchen miteinbezogen wurde. Auch die Behandlungserwartung bzw. Therapiemotivation, die therapeutische Beziehung oder das Phänomen der „inneren Abbrecher“, das Barghaan et al. (2005) in ihrer Arbeit beschreiben, wurden in der Studie nicht untersucht.

(4) Die Vorerfahrung der Patienten mit Psychotherapie hat sicherlich ebenfalls einen Einfluss auf den Behandlungsablauf und das Auftreten von vorzeitigen Beendigungen der Therapie. Hierbei konnte in der Studie allerdings nur auf das Kollektiv der „Mehrfachen Aufenthalte“ – also Patienten, die am Klinikum rechts der Isar mehrfach stationär psychosomatisch behandelt wurden – hingewiesen werden. Eine nähere Untersuchung dieser Patientengruppe sowie die Operationalisierung von Erfahrung mit psychotherapeutischer Behandlung und deren Einfluss auf Behandlungsabbrüche sollten in weiterführenden Studien durchgeführt werden.

- (5) Insgesamt ist die Fallzahl mit 76 irregulären Beendigungen und davon 46 tatsächlichen Abbrüchen relativ gering, was sich in einer mäßigen Teststärke widerspiegelt und wodurch möglicherweise bedeutsame Zusammenhänge kleiner oder moderater Stärke kaum signifikant werden können.
- (6) Bezüglich der statistischen Bedeutsamkeit – insbesondere der weniger stark statistisch signifikanten Ergebnisse – ist hinzuzufügen, dass auf eine Bonferroni-Korrektur in vielen Analysen verzichtet wurde. Der Verzicht lässt sich jedoch mit der Heterogenität der Hypothesenfamilie mit Variablen von geringer Abhängigkeit und dem explorativ-deskriptiven Charakters der Analysen rechtfertigen. Dennoch sollten „signifikante“ Ergebnisse vorsichtig interpretiert und die Reproduzierbarkeit dieser Ergebnisse mithilfe zukünftiger unabhängiger Studien geprüft werden (Victor et al., 2010).
- (7) Hinsichtlich der Abbruchgründe muss bemerkt werden, dass im Sinne einer vereinfachten Kategorisierung jedem Fall lediglich ein Hauptgrund für eine vorzeitige Beendigung, welcher aus den Patientenakten als ausschlaggebend identifiziert wurde, zugeordnet wurde. Dennoch ist davon auszugehen, dass hierfür mehrere Gründe und Faktoren zusammenspielen. Darüber hinaus sind sowohl Abbruchgründe als auch der Verlauf der Entlassung in Form einer Einschätzung der Therapeuten im Entlassungsbericht dokumentiert, eine Beurteilung durch die Patienten selbst wurde in dieser Studie nicht miteinbezogen; die Erhebung der Fragebogenwerte erfolgte wiederum seitens der Patienten, hier lag keine Fremdeinschätzung vor.
- (8) Ökonomische Aspekte wurden in der vorliegenden Arbeit nicht untersucht.

5. Zusammenfassung und Ausblick

Mithilfe dieser Studie lassen sich Besonderheiten bei Therapieabbrüchen beleuchten und Zusammenhänge zwischen verschiedenen soziodemographischen und klinischen Merkmalen und der Art der Behandlungsbeendigung erkennen, die insbesondere für ein Kollektiv mit hohem Patientenanteil mit funktionellen Körperbeschwerden Geltung beanspruchen können: Es konnte gezeigt werden, dass sich *irreguläre* Beender von *regulären* Beendern besonders hinsichtlich der Merkmale Erwerbstätigkeit und Belastung unterscheiden und dass Strukturniveau und Bindungsverhalten einen Einfluss auf die Entlassungsform haben. Überraschenderweise zeigte sich so bei *irregulären* Beendern ein höheres Strukturniveau und zudem eine geringere Belastung (insbesondere hinsichtlich Depressivität und Dissoziation) als bei *regulären* Beendern.

Daneben konnten die Gründe sowie der Zeitpunkt von vorzeitigen Behandlungsbeendigungen erfasst und miteinander in Zusammenhang gebracht werden. Die differenzierte Betrachtung der Patienten nach Entlassungsform (*vorzeitig/abgestimmt* oder *Abbruch*) sowie nach Zeitpunkt der Behandlungsbeendigung (*früh* oder *spät*) lieferte dabei eindeutigere Ergebnisse und sollte daher auch in zukünftigen Studien Berücksichtigung finden: So wurde bei *Abbrechern* eine höhere somatische Symptombelastung nachgewiesen als bei Patienten, die die Behandlung abgestimmt beendeten und *frühe* Beender waren jünger als Patienten mit irregulären Behandlungsbeendigungen zu späterem Zeitpunkt.

Abschließend lässt sich mithilfe der vorliegenden Studie jedoch kein spezieller Abbrecher-Typ oder ein bestimmtes Risikokollektiv identifizieren. Vielmehr zeigt sich, dass es sich bei vorzeitigen Behandlungsbeendigungen um ein multifaktoriell bedingtes Geschehen handelt (Junkert-Tress et al., 2000; Lieberz & Ciemer, 2000) und in den meisten Fällen erst das Zusammenspiel verschiedener Faktoren zum irregulären Therapieende führt. Dennoch sollten klinische Variablen und strukturelle Fähigkeiten weiterhin in der routinemäßigen psychometrischen Testung mit standardisierten Instrumenten vor oder zu Beginn der Behandlung erfasst werden. Bei Patienten, die eine geringere bindungsbezogene Angst und Vermeidung, höhere strukturelle Fähigkeiten sowie geringere Werte bezüglich Depressivität aufweisen, kann dann ein besonderes Augenmerk auf die Entwicklung in der Therapie gelegt und offen über mögliche Abbruchgedanken gesprochen werden, um so einer vorzeitigen Beendigung entgegenzuwirken. Dass Abbrecher die Therapie größtenteils innerhalb der ersten 14 Tage vorzeitig beenden, sollte zur Konsequenz haben, dass insbesondere

in den ersten Behandlungstagen und -wochen, die Motivation der Patienten zur weiteren Behandlung exploriert werden sollte, um so Abbruchgedanken früh zu identifizieren. Dies gilt in besonderem Maße für jüngere Patienten sowie für Patienten mit höherer Somatisierung und somatischer Fixierung.

Da, wie in dieser Studie erstmals gezeigt, strukturelle Fähigkeiten Einfluss auf vorzeitige Behandlungsbeendigungen im stationären Setting haben und sich das Strukturniveau, wengleich als zeitlich relativ stabil angesehen, während einer stationären Psychotherapie verändern kann, sollte es zu verschiedenen Zeitpunkten erfasst werden. Denn es stellt einen zentralen Faktor für die Behandlungsprognose dar (Koelen et al., 2012). Auch die Erfassung von Bindungsstrategien sollte standardisiert erfolgen, da auch sie für die Prognose und Behandlung von Patienten mit Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsfunktion hilfreich sein können (Flemming et al., 2022).

Es scheint außerdem angemessen, nicht bei allen Therapieabbrüchen von therapeutischen Misserfolgen zu sprechen, da vorzeitige Beender zwar gegebenenfalls weniger Nutzen aus der Behandlung ziehen, aber im Sinne einer Therapiewirksamkeit dennoch Veränderungen in ihrer Symptombelastung zeigen können. Möglicherweise ist bei einigen dieser Patienten der Zeitpunkt der Behandlung schlichtweg (noch) nicht optimal geeignet, was allerdings im Voraus schwer abzusehen ist: Der (vorzeitig beendete) stationäre Aufenthalt kann in solchen Fällen aber einen notwendigen Schritt in der Krankheitsgeschichte dieser Patienten darstellen, um zu einem späteren Augenblick einer erneuten Therapie offener und motivierter gegenüberstehen und eine Behandlung „erfolgreicher“ beenden zu können. Dies legen die angesprochenen Fälle der mehrfachen Aufenthalte nahe, bei denen einer vorzeitigen Entlassung eine spätere reguläre Behandlungsdauer nachfolgt, wengleich die Fallzahlen hier zu gering waren, um weitere Hypothesen zu entwickeln. Fälle mit mehrfach stationären Behandlungen sollten daher über einen längeren Untersuchungszeitraum hinweg in einer gesonderten Fragestellung betrachtet werden. Auch die Tatsache, dass sich an stationäre Behandlungen oftmals eine tagesklinische Therapie anschließt, relativiert irreguläre Behandlungsdauern bzw. den Begriff der Behandlungsbeendigung. Eine wiederholte stationäre bzw. kombiniert stationär-ambulante Behandlung wurde in der Literatur bereits als sinnvolle Alternative zu längeren stationären Aufenthalten diskutiert (Bassler et al., 1995); so kann die Erfassung von irregulären Behandlungen allein anhand der Therapiedauer zur Identifikation von Therapieabbrüchen vielleicht nicht mehr zielführend und adäquat sein.

Die Ergebnisse dieser Studie können außerdem dahingehend interpretiert werden, dass viele

Patienten, die die Therapie vorzeitig beenden, geringer einer langen stationären Behandlung bedürfen, da sie als weniger belastet (geringer ausgeprägte Depressivität, weniger Dissoziation, geringere bindungsbezogene Angst und Vermeidung) und weniger strukturell beeinträchtigt charakterisiert werden können. Diese Theorie sollte allerdings in weiteren Untersuchungen überprüft werden. Neben bekannten Prädiktoren sollten dabei die Therapiemotivation, die therapeutische Beziehung, das Behandlungsergebnis und insbesondere das Strukturniveau erfasst werden, um ein umfassendes Bild von Therapieabbrüchen zu erhalten – bestenfalls in einem prospektiven Design, das bessere Rückschlüsse auf Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge zulässt und das sowohl eine Fremd- als auch Selbsteinschätzung von Verlauf, Abbruchgründen und klinisch-pathologischen Merkmalen berücksichtigt. Für eine Verbesserung der externen Validität wäre es zudem notwendig, in großem Umfang Daten verschiedener Einrichtungen zu erfassen, um Faktoren, die aus dem individuellen Behandlungskonzept der einzelnen Kliniken resultieren, zu identifizieren und ihren möglichen Einfluss als Störvariablen zu ermitteln. Forschungsansätze sollten zukünftig einheitliche Definitionen für Behandlungsabbrüche nutzen und vergleichbare, standardisierte Instrumente einsetzen, um verschiedene Studienergebnisse vergleichen zu können.

Letztendlich sollten vorzeitige Behandlungsbeendigungen in vielen Fällen nicht ausschließlich als negativ bewertet, sondern als notwendiger und zugleich oft unvermeidbarer Bestandteil von Behandlungen akzeptiert werden (Garlipp, 2007). Dennoch gilt es die beschriebenen Prädiktoren in der klinischen Praxis zu berücksichtigen, um so eventuelle Behandlungsmöglichkeiten optimieren zu können.

6. Literaturverzeichnis

- Barghaan, D., Lang, K., Lotz-Rambaldi, W., Koch, U. & Schulz, H. (2005). Therapieabbrüche in der stationären Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 50(1), 16–24. <https://doi.org/10.1007/s00278-003-0350-1>
- Bassler, M., Krauthauser, H. & Hoffmann, S. O. (1995). Welche Faktoren beeinflussen die Dauer von stationärer Psychotherapie? *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 45, 167–175.
- Bernstein, E. M. & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of nervous and mental disease*, 174(12), 727–735. <https://doi.org/10.1097/00005053-198612000-00004>
- Beutel, M. & Bleichner, F. (1998). Unzufriedene Patienten. *Psychotherapeut*, 43(6), 360–368. <https://doi.org/10.1007/s002780050136>
- Boeckle, M., Liegl, G., Leitner, A. & Pieh, C. (2014). Wie belastend ist die Behandlung von Patienten mit somatoformen Störungen? *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 60, 383–391.
- Bullinger, M. (2000). Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 43(3), 190–197. <https://doi.org/10.1007/s001030050034>
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *Fragebogen zum Gesundheitszustand - Manual 1998*. Hogrefe.
- Burton, C., Fink, P., Henningsen, P., Löwe, B. & Rief, W. (2020). Functional somatic disorders: discussion paper for a new common classification for research and clinical use. *BMC Medicine*, 18(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-1505-4>
- Busmann, M., Wrege, J., Meyer, A. H., Ritzler, F., Schmidlin, M., Lang, U. E., Gaab, J., Walter, M. & Euler, S. (2019). Alternative Model of Personality Disorders (DSM-5)

- Predicts Dropout in Inpatient Psychotherapy for Patients With Personality Disorder. *Frontiers in psychology*, 10, 952. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00952>
- Chiesa, M., Drahorad, C. & Longo, S. (2000). Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital. Quantitative and qualitative study. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 177, 107–111. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.2.107>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2. Aufl.). Lawrence Erlbaum Associates. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Damke, B. & Koechel, R. (2002). Therapieabbruch in der stationären Psychosomatik I: Eine Pilotstudie. In M. Bassler (Hrsg.), *Stationäre Gruppenpsychotherapie* (S. 7–18). Psychosozial-Verlag.
- Deutsches Ärzteblatt (2006). Dokumentation: Deutscher Ärztetag. Entschlüsseungen zum Tagesordnungspunkt II: Behandlung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen: gegen Stigmatisierung – für Stärkung der ärztlichen Psychotherapie. *Dtsch Arztebl International*, 103(22), A-1533. <https://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=51623>
- DGPM & DKPM. (2018). *S3 Leitlinie "Funktionelle Körperbeschwerden". Langfassung*. AWMF-Registernummer 051-001. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/051-001>
- DGPPN. (2019). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie* (2. Auflage). Springer, AWMF-Registernummer 038-020. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58284-8>
- Donaubauer, B., Wosgien, M., Rosin, U., Linster, H. W. & Wilmers, F. (2001). Früher und später Abbruch stationärer Psychotherapie: Prädiktoren für und Differenzierung der vorzeitigen Beendigungen in der stationären psychotherapeutischen Behandlung. Eine prospektive Studie an 157 PatientInnen. In M. Bassler (Hrsg.), *Störungsspezifische Ansätze in der stationären Psychotherapie* (S. 50–64). Psychosozial-Verlag.

- Ehrenthal, J. C., Dinger, U., Horsch, L., Komo-Lang, M., Klinkerfuss, M., Grande, T. & Schauenburg, H. (2012). Der OPD-Strukturfragebogen (OPD-SF): Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 62(1), 25–32. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1295481>
- Ehrenthal, J. C., Dinger, U., Lamla, A., Funken, B. & Schauenburg, H. (2009). Evaluation der deutschsprachigen Version des Bindungsfragebogens "Experiences in Close Relationships--Revised" (ECR-RD). *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 59(6), 215–223. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1067425>
- Ellis, P. D. (2010). *The Essential Guide to Effect Sizes*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511761676>
- Flemming, E., Lübke, L., Masuhr, O., Jaeger, U., Brenk-Franz, K., Mestel, R. & Spitzer, C. (2022). Bindung als Prädiktor von Strukturveränderungen im Verlauf von stationärer Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 68(1), 6–23. <https://doi.org/10.13109/zptm.2022.68.1.6>
- Fliege, H., Rose, M., Bronner, E. & Klapp, B. F. (2002). Prädiktoren des Behandlungsergebnisses stationärer psychosomatischer Therapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 52(2), 47–55. <https://doi.org/10.1055/s-2002-20184>
- Fraley, R. C., Waller, N. G. & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 350–365. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.78.2.350>
- Freyberger, H., Spitzer, C., Stieglitz, R.-D., Kuhn, G., Magdeburg, N. & Bernstein-Carlson, E. (1998). Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS). Deutsche Adaptation, Reliabilität und Validität der amerikanischen Dissociative Experience Scale (DES). *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 48 (6), 223–229.
- Fritzsche, K., Geigges, W., Richter, D. & Wirsching, M. (2016). *Psychosomatische Grundversorgung* (2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage). Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-47744-1>

- Gablonski, T.-C., Senft, B. & Andreas, S. (2022). Level of Structural Integration and Its Association with Intersession Experiences and Outcomes: A Pilot Study. *International journal of environmental research and public health*, 19(15). <https://doi.org/10.3390/ijerph19159254>
- Gaebel, W., Kowitz, S., Fritze, J. & Zielasek, J. (2013). Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen. *Dtsch Arztebl International*, 110(47), 799–808. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2013.0799>
- Garlipp, P. (2007). Aspekte des vorzeitigen Behandlungsendes in der Allgemeinpsychiatrie. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 8(02), 144–147. <https://doi.org/10.1055/s-2007-970868>
- Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W. & Löwe, B. (2004). Screening psychischer Störungen mit dem “Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“. *Diagnostica*, 50(4), 171–181. <https://doi.org/10.1026/0012-1924.50.4.171>
- Grosse Holtforth, M. (2017). Was ist Problemaktualisierung. *Psychotherapeut*, 62(2), 77–82. <https://doi.org/10.1007/s00278-017-0176-x>
- Gureje, O. & Reed, G. M. (2016). Bodily distress disorder in ICD-11: problems and prospects. *World Psychiatry*, 15(3), 291–292. <https://doi.org/10.1002/wps.20353>
- Härter, M., Baumeister, H., Reuter, K., Jacobi, F., Höfler, M., Bengel, J. & Wittchen, H.-U. (2007). Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. *Psychotherapy and psychosomatics*, 76(6), 354–360. <https://doi.org/10.1159/000107563>
- Henningsen, P., Zipfel, S., Sattel, H. & Creed, F. (2018). Management of Functional Somatic Syndromes and Bodily Distress. *Psychotherapy and psychosomatics*, 87(1), 12–31. <https://doi.org/10.1159/000484413>
- Hermann, E. K., Häusler, R., Hürlimann, E., Lang, W. & Vauth, R. (2007). Benchmarkbildung in der stationären Depressionsbehandlung: Teil 1: Ist schneller auch besser? *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie & Neurologie*(4), 21–24. <https://www.rosenfluh.ch/15005>

- Herrmann, A. & Huber, D. (2013). Was macht stationäre Psychotherapie erfolgreich? Der Einfluss von Patienten- und Behandlungsmerkmalen auf den Therapieerfolg in der stationären Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 59, 273–289. <https://doi.org/10.13109/zptm.2013.59.3.273>
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S. & Orlinsky, D. E. (1986). The dose–effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159–164. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.41.2.159>
- Imel, Z. E., Laska, K., Jakupcak, M. & Simpson, T. L. (2013). Meta-analysis of dropout in treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(3), 394–404. <https://doi.org/10.1037/a0031474>
- Immel, N., Dagnino, P. & Hunger-Schoppe, C. (2022). Associations between patient personality, symptomatic change and therapy dropout. *Clinical psychology & psychotherapy*, 29(3), 922–932. <https://doi.org/10.1002/cpp.2670>
- Ingenhoven, T. J. M., Duivenvoorden, H. J., Passchier, J. & van den Brink, W. (2012). Treatment duration and premature termination of psychotherapy in personality disorders: predictive performance of psychodynamic personality functioning. *Journal of psychiatric practice*, 18(3), 172–186. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000415074.43744.29>
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, 3rd revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(2), 188–212. <https://doi.org/10.1080/15299732.2011.537248>
- Jacobi, F. & Barnikol, U. B. (2015). Abschätzung von Prävalenz und Behandlungsbedarf psychischer Störungen. *Der Nervenarzt*, 86(1), 42–50.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. & Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 85(1), 77–87.

- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. & Wittchen, H.-U. (2016). Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 87(1), 88–90. <https://doi.org/10.1007/s00115-015-4458-7>
- Jäger, B., Schmid-Ott, G., Ernst, G., Dölle-Lange, E. & Sack, M. (2012). Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zu Ich-Funktionen und zur Selbstregulationsfähigkeit (Hannover-Selbstregulations-Inventar, HSRI). *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 80(6), 336–343. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1282071>
- Junkert-Tress, B., Tress, W., Hildenbrand, G., Hildenbrand, B., Windgassen, F., Schmitz, N., Hartkamp, N. & Franz, M. (2000). Der Behandlungsabbruch – ein multifaktorielles Geschehen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 50(9-10), 351–365. <https://doi.org/10.1055/s-2000-9098>
- Keller, W., Westhoff, G., Dilg, R., Rohner, R. & Studt, H. H. (2001). Wirksamkeit und Inanspruchnahme von Krankenkassenleistungen bei Langzeitanalysen: Ergebnisse einer empirischen Follow-up-Studie zur Effektivität der (Jungianischen) Psychoanalyse und Psychotherapie. *Analytische Psychologie*, 32(3), 202–229. <https://doi.org/10.1159/000046781>
- Klauer, T., Maibaum, F. & Schneider, W. (2007). Selbst- und Fremdeinschätzungen der Therapiemotivation als Prädiktoren von Behandlungsabbrüchen in der stationären Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 55, 59–66. <https://doi.org/10.1024/1661-4747.55.1.59>
- Koechel, R. & Damke, B. (2008). *Der Einfluss von Bindung auf das Ergebnis stationärer psychosomatischer Rehabilitation: Abschlussbericht Projekt 03005*. Eifelklinik, Klinik für psychosomatische Medizin. Abgerufen am 17.01.2023, von <https://docplayer.org/69097269-Der-einfluss-von-bindung-auf-das-ergebnis-stationaerer-psychosomatischer-rehabilitation.html>
- Koelen, J. A., Luyten, P., Eurelings-Bontekoe, L. H. M., Diguier, L., Vermote, R., Lowyck, B. & Bühring, M. E. F. (2012). The impact of level of personality organization on

- treatment response: a systematic review. *Psychiatry*, 75(4), 355–374.
<https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.4.355>
- Konzag, T.-A. & Fikentscher, E. (1998). Stationäre Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 43(6), 369–376. <https://doi.org/10.1007/s002780050137>
- Kraus, B., Dammann, G., Rudaz, M., Sammet, I., Jeggle, D. & Grimmer, B. (2021). Changes in the level of personality functioning in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy research*, 31(1), 117–131. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1763493>
- Küchenhoff, J. (2003). Körperbild und psychische Struktur — zur Erfassung des Körpererlebens in der psychodynamischen Diagnostik. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 49(2), 175–193.
- Lang, K., Koch, U. & Schulz, H. (2006). Abbrüche stationärer Psychotherapien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(4), 267–275.
<https://doi.org/10.1026/1616-3443.35.4.267>
- Lieberz, K. & Ciemer, S. (2000). Hintergründe des Abbruchs von stationären Psychotherapien. *Psychotherapeut*, 45, 286–291. <https://doi.org/10.1007/s002780000095>
- Lotz-Rambaldi, W., Lang, K., Koch, U. & Schulz, H. (2000). Vorzeitig und regulär entlassene Patienten der stationären psychosomatischen Rehabilitation im Vergleich: Eine kontrollierte Studie zu Prädiktoren, subjektivem Erleben der Behandlung und aktuellem Befinden. In M. Bassler (Hrsg.), *Leitlinien zur stationären Psychotherapie - Pro und Contra: Mainzer Werkstatt über empirische Forschung von stationärer Psychotherapie 1999* (S. 189–206). Psychosozial-Verlag.
- Löwe, B., Müller, S., Brähler, E., Kroenke, K., Alhani, C. & Decker, O. (2007). Validierung und Normierung eines kurzen Selbstratinginstrumentes zur Generalisierten Angst (GAD-7) in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 57(02), A050.
<https://doi.org/10.1055/s-2007-970669>

- Löwe, B., Spitzer, R. L., Zipfel, S. & Herzog, W. (2002). *Gesundheitsfragebogen für Patienten PHQ-D: Manual; Komplettversion und Kurzform: Autorisierte deutsche Version des „Prime MD Patient Health Questionnaire (PHQ)“* (2. Auflage). Pfizer GmbH.
- Martens, U., Rempel, I., Zipfel, S., Enck, P. & Teufel, M. (2014). Behandlungsabbrüche während einer stationären Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 60(3), 238–250. <https://doi.org/10.13109/zptm.2014.60.3.238>
- Maunder, R. G. & Hunter, J. J. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic medicine*, 63(4), 556–567. <https://doi.org/10.1097/00006842-200107000-00006>
- Melchior, H., Hergert, A., Hofreuter-Gätgens, K., Bergelt, C., Morfeld, M., Schulz, H., Koch, U. & Watzke, B. (2010). Prädiktoren der stationären Behandlungsdauer von Patienten mit psychischen Störungen - Eine systematische Literaturanalyse. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 56(4), 399–418. <https://doi.org/10.13109/zptm.2010.56.4.399>
- Möller, H.-J., Laux, G., Falkai, P., Maier, W., Fritze, J. & Kapfhammer, H.-P. (2016). Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie – Bedeutung, Identität, Situation und Perspektiven eines großen medizinischen Fachgebietes. In H.-J. Möller, G. Laux & H.-P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*, (S. 1–35). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-45028-0_102-1
- Morfeld, M. & Bullinger, M. (2008). Der SF-36 Health Survey zur Erhebung und Dokumentation gesundheitsbezogener Lebensqualität. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 18(05), 250–255. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1082318>
- Mosheim, R., Zachhuber, U., Scharf, L., Hoffmann, A., Kemmler, G., Danzl, C. & Kinzl, J., Biebl, W. (2000). Bindung und Psychotherapie. *Psychotherapeut*(45), 223–229.
- Mussgay, L., Terporten, G., Mans, E., Jürgensen, R., Bast, H., Grothgar, B. & Rüdell, H. (2001). Behandlungsabbrüche in der stationären psychosomatischen Rehabilitation: Der Einfluss von Persönlichkeit, Diagnose und Lebenssituation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*(53), 42–49.

- Neeb, K., Winkler, K., Schröder, A. & Mestel, R. (2001). Welchen Einfluss hat eine Therapiezeitverkürzung auf den Behandlungserfolg stationärer Psychotherapie? *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*(56), 333–340.
- Nosper, M. (2000). Der Erfolg Psychosomatischer Rehabilitation in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer. In M. Bassler (Hrsg.), *Wirkfaktoren von stationärer Psychotherapie: Mainzer Werkstatt über Empirische Forschung von stationärer Psychotherapie 1998* (S. 160–173). Psychosozial-Verlag.
- Nosper, M. (2008). Die Dauer psychosomatischer Rehabilitation - Regelungen, Einflussfaktoren und Empfehlungen. *Die Rehabilitation*, 47(1), 8–13. <https://doi.org/10.1055/s-2007-1004605>
- Paar, G. H., Kriebel, R. & Noack, R. (1994). Eine empirische Analyse zum Therapieabbruch bei stationärer Psychotherapie in einer Psychosomatischen Fachklinik. In P. Hahn, A. Werner, G. Bergmann, A. Drinkmann, W. Eich, M. Hayden & W. Herzog (Hrsg.), *Modell und Methode in der Psychosomatik: Eine Bestandsaufnahme gegenwärtiger psychosomatischer Forschungs- und Arbeitsansätze* (S. 292–296). Deutscher Studien Verlag.
- Paar, G. H., Schmitz-Buhl, M. & Kriebel, R. (2005). Wer bricht ab - Unzufriedenheit in der stationären Behandlung. In T. Loew, K. Tritt & P. Joraschky (Hrsg.), *Stationäre Behandlung in der Psychosomatik - wer, wann, wie?* (S. 177–200). Verlag Dr. Kovac.
- Petermann, F. & Schüßler, G. (2010). Zum Status der Psychotherapieforschung im deutschen Sprachraum - Eine bibliometrische Analyse dreier deutschsprachiger Zeitschriften. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 56(3), 297–313.
- Reuter, L., Bengel, J. & Scheidt, C. E. (2014). Therapie-Non-Response in der psychosomatischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitation - Eine systematische Übersicht. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 60(2), 121–145. <https://doi.org/10.13109/zptm.2014.60.2.121>
- Reuter, L. & Scheidt, C. E. (2014). Vorzeitige Beendigung der Therapie in der stationären psychosomatischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitation. *PPmP* -

- Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 64(08), 297-308.
<https://doi.org/10.1055/s-0034-1368730>
- Roenneberg, C., Hausteiner-Wiehle, C. & Henningsen, P. (2020). „Funktionelle Körperbeschwerden“: Klinisch relevante Leitlinien-Empfehlungen. *PSYCH up2date*, 14(01), 35–53. <https://doi.org/10.1055/a-0901-5103>
- Roenneberg, C., Sattel, H., Schaefert, R., Henningsen, P. & Hausteiner-Wiehle, C. (2019). Clinical practice guideline: Functional somatic symptoms. *Deutsches Ärzteblatt international*, 116(33-34), 553–560. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0553>
- Rohde, J., Hofmann, T., Voigt, B., Rose, M. & Obbarius, A. (2019). Measurement of Personality Structure by the OPD Structure Questionnaire Can Help to Discriminate Between Subtypes of Eating-Disorders. *Frontiers in psychology*, 10, 2326. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02326>
- Rudolf, G. (2017). Strukturbezogene Psychotherapie. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*(4), 372–389.
- Rudolf, G., Buchheim, P., Ehlers, W., Küchenhoff, J., Muhs, A., Pouget-Schors, D., Rüger, U., Seidler, G. H. & Schwarz, F. (1995). Struktur und strukturelle Störung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 41(3), 197–212.
- Rudolf, G. & Henningsen, P. (2003). Die psychotherapeutische Behandlung somatoformer Störungen/ Psychotherapy of somatoform disorders. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 49(1), 3–19.
- Rudolf, G., Jakobsen, T., Micka, R. & Schumann, E. (2004). Störungsbezogene Ergebnisse psychodynamisch-stationärer Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 50(1), 37–52.
- Sack, M., Lempa, W., Lamprecht, F. & Schmid-Ott, G. (2003). Therapieziele und Behandlungserfolg: Ergebnisse einer Katamnese ein Jahr nach stationärer psychosomatischer Therapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 49(1), 63–73.

- Schauenburg, H., Sammet, I. & Strack, M. (2001). Verlauf der Symptombelastung und Vorhersage des Behandlungserfolges in der stationären Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 47(4), 380–395. <https://doi.org/10.13109/zptm.2001.47.4.380>
- Schneider, F. (2017). *Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Springer Berlin Heidelberg.
- Schneider, W., Benecke, C., La Parra, G., Freyberger, H. J., Hoffmann, S. O., Heuft, G., Janssen, P. L., Rüger, U., Schauenburg, H., Schüssler, G., Stasch, M. & Initialgruppe OPD (2018). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. *Psychotherapeut*, 63(5), 373–380. <https://doi.org/10.1007/s00278-018-0305-1>
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T. & Koch, U. (2008). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (Psychotherapeutische Versorgung). Robert-Koch-Institut, 41, S. 7–24.
- Schulz, H. & Koch, U. (2002). Zur stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung in Norddeutschland - Expertise zu Fragen des Bedarfs und zur Versorgungsstruktur [Inpatient psychotherapeutic health care services in northern Germany--Results of an expertise]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 52(5), T1-T26. <https://doi.org/10.1055/s-2002-28528>
- Schulz, H., Lang, K., Lotz-Rambaldi, W., Bürger, W. & Koch, U. (1999). Analyse von Behandlungsabbrüchen in der stationären Psychosomatischen Rehabilitation anhand von Basisdokumentationen zweier Klinikträger. *PPmP: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*(49 (9-10), 326–336.
- Spiegel, D., Lewis-Fernández, R., Lanius, R., Vermetten, E., Simeon, D. & Friedman, M. (2013). Dissociative disorders in DSM-5. *Annual review of clinical psychology*, 9, 299–326. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185531>
- Spitzer, C., Freyberger, H., Brähler, E., Beutel, M. E. & Stieglitz, R. (2015). Teststatistische Überprüfung der Dissociative Experiences Scale-Taxon (DES-T) [Psychometric evaluation of the Dissociative Experiences Scale-Taxon (DES-T)]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 65(3-4), 134–139. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1395690>

- Spitzer, C., Michels-Lucht, F., Siebel, U. & Freyberger, H. J. (2004). Zum Zusammenhang zwischen OPD-Merkmalen der Persönlichkeitsstruktur und symptombezogenen sowie interpersonalen Behandlungsergebnissen stationärer Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 50(1), 70–85. <https://doi.org/10.13109/zptm.2004.50.1.70>
- Statistisches Bundesamt. (2017, 29. September). *Pressemitteilung 347. Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachen die höchsten Kosten.* DESTATIS. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2017/09/PD17_347_236.html
- Statistisches Bundesamt. (2022a). *Erweitertes Datenangebot auf Basis einer neuen Statistik für Psychiatrie und Psychosomatik.* DESTATIS. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/krankenhaeuser.html> word
- Statistisches Bundesamt. (2022b, 07. April). *Grunddaten der Krankenhäuser 2020: Fachserie 12 Reihe 6.1.1* (Artikelnummer: 2120611187004). <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611207004.html>
- Stevens, A., Hammer, K. & Buchkremer, G. (2001). A statistical model for length of psychiatric in-patient treatment and an analysis of contributing factors. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 103(3), 203–211. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00043.x>
- Studt, H.-H. (2001). Die Bedeutung der stationären Psychotherapie bei psychosomatischen Erkrankungen. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*(4), p.373-387. https://www-wiso-net-de.eaccess.ub.tum.de/docPreview/primo/VUV__200140024?ZG_PORTAL=portal_exlibris
- Swift, J. K. & Callahan, J. L. (2011). Decreasing treatment dropout by addressing expectations for treatment length. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 21(2), 193–200. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.541294>

- Victor, A., Elsässer, A., Hommel, G. & Blettner, M. (2010). Wie bewertet man die p-Wert-Flut? Hinweise zum Umgang mit dem multiplen Testen. *Deutsches Ärzteblatt International*, 107(4), 50–56. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0050>
- Waller, N., Putnam, F. W. & Carlson, E. B. (1996). Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, 1(3), 300–321. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.1.3.300>
- Wieder, L. & Terhune, D. B. (2019). Trauma and anxious attachment influence the relationship between suggestibility and dissociation: a moderated-moderation analysis. *Cognitive neuropsychiatry*, 24(3), 191–207. <https://doi.org/10.1080/13546805.2019.1606705>
- Wilmers, F. & Rosin, U. (2000). Determinanten des Abbruchs: Vorzeitige Beendigung der stationären Behandlung in einem psychosomatischen Krankenhaus. Ergebnisse von Nachbefragungen. In M. Bassler (Hrsg.), *Wirkfaktoren von stationärer Psychotherapie: Mainzer Werkstatt über Empirische Forschung von stationärer Psychotherapie 1998* (S. 256–295). Psychosozial-Verlag.
- Wilson, M. & Sperlinger, D. (2004). Dropping out or dropping in? A re-examination of the concept of dropouts using qualitative methodology. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 18(2), 220–237. <https://doi.org/10.1080/14749730410001700705>
- Wulf, M.-A., Apolinário, J. M. & Tress, W. (2012). Zum Einfluss der Bindungsdimensionen „Angst“ und „Vermeidung“ auf den psychosomatischen Beschwerdedruck. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 58(4), 374–384.
- Zielke, M. W. (2007). Schweregradstratifizierung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen zur Entwicklung differenzieller Behandlungszeitkorridore für die stationäre medizinische Rehabilitation. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*(02), 57 - A116. <https://doi.org/10.1055/s-2007-970735>
- Zwerenz, R., Knickenberg, R. & Beutel, M. (2008). Behandlungsabbrüche in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 54, 241–262. <https://doi.org/10.13109/zptm.2008.54.3.241>

7. Anhang

Traumacheckliste

Viele Menschen haben irgendwann einmal in ihrem Leben ein sehr belastendes oder traumatisches Erlebnis erlebt. Bitte geben Sie für jedes der folgenden Ereignisse an, ob Sie es erlebt haben. Bitte kreuzen Sie JA an, wenn dies der Fall war, und Nein, wenn dies nicht der Fall war.

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

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

Nr. _____

Therapievertrag

Patienteninformation

Therapievertrag N1a

Patientenetikett



Hiermit erkläre ich, dass ich während meines Aufenthaltes auf der Station N1a meinen Beitrag zum Therapieerfolg leisten möchte. Dazu gehören die folgenden, für alle Patienten geltenden Absprachen, und zwar

1. dass ich an den vereinbarten Therapien standardmäßig teilnehme.
2. dass ich im Dienstzimmer Bescheid gebe und den betreffenden Therapeuten persönlich mitteile, wenn ich an einem vereinbarten Therapietermin aus besonderen Gründen nicht teilnehmen kann.
3. dass ich mich darum bemühen werde, mit mir und den Mitpatienten achtsam und respektvoll umzugehen.
4. dass ich während des Aufenthaltes keine Drogen zu mir nehme, Alkoholkarenz einhalte und dass im Verdachtsfall, unangekündigte Alkoholkontrollen durchgeführt werden.
5. dass jede Medikamenteneinnahme mit dem Stationsarzt abgesprochen sein muss. Die eigenmächtige Aufbewahrung von Medikamenten im Krankenzimmer ist nicht gestattet.
6. dass ich mich an das therapeutische Team wende, sobald ich einen inneren Druck verspüre, mich selbst und/oder andere zu verletzen.
7. dass ich mich umgehend an das therapeutische Team wenden werde, wenn Selbsttötungsabsichten auftreten.
8. dass ich nicht mit Dritten über den Inhalt der Gruppentherapien spreche und dass ich mich verpflichte, Verschwiegenheit über Informationen hinsichtlich Mitpatienten zu bewahren. Das gilt auch für die Preisgabe von Informationen über die Identität von Mitpatienten.
9. dass ich einverstanden bin, dass aus datenschutzrechtlichen Gründen die Verbreitung von Film, Ton und Bildmaterial von Mitpatienten, Personal und unserer Einrichtung nicht gestattet ist. (WhatsApp, Instagram, Facebook und andere soziale Netzwerke)
10. dass ich damit übereinstimme, dass intime Kontakte mit Mitpatienten nicht mit der stationären psychosomatischen Behandlung vereinbar sind und daher zu unterbleiben haben.
11. dass ich mich verpflichte, keinerlei geschäftlichen Beziehungen mit Mitpatienten einzugehen (auch Leihgeschäfte).
12. dass ich damit einverstanden bin, dass zum Zweck der internen Supervision von bestimmten Behandlungsmaßnahmen (Einzel- und Gruppentherapien) Aufzeichnungen (z.B. Audio- und Videoaufnahmen) angefertigt werden. Studenten dürfen nach Rücksprache und nach Maßgabe des aktuellen Befindens an Therapiemaßnahmen zu Lehrzwecken teilnehmen. In Absprache dürfen zu Lehr-, Fort- und Weiterbildungszwecken Audio- und Videoaufnahmen von Therapiemaßnahmen erfolgen.
13. dass ich – nach Absprache mit den Therapeuten und nach Maßgabe des aktuellen Befindens – zu einer Teilnahme an studentischen Lehrveranstaltungen der TU München bereit bin.
14. dass ich in den Stationsräumen und auf dem Balkon keine Zigaretten oder E-Zigaretten rauche.
15. dass ich im Fall einer Beeinträchtigung der aktiven Teilnahme am Straßenverkehr durch Medikamente oder Symptome mich hierüber mit den Stationsärzten verständige.
16. dass ich die Mahlzeiten gemeinsam mit den Mitpatienten im Aufenthaltsraum zu den Frühstückszeiten von 07:30-08:30 Uhr und den Mittagszeiten von 12:00-13:00 Uhr einnehme. Abweichungen hiervon stellen eine Ausnahme dar und werden mit den Therapeuten besprochen.
17. dass ich in der therapiefreien Zeit und für Belastungserprobungen (z.B. am Wochenende) die Klinik nur nach Rücksprache und auf eigene Verantwortung (im Sinne des allgemeinen Lebensrisikos) verlassen kann. Die Dokumentation erfolgt über das ausliegende Ausgangsbuch.
18. dass ich die Ausgangszeiten einhalte. Konkret bedeutet dies, dass ich mich abends spätestens um 22:00 Uhr wieder auf der Station einfinde. Freitag- und Samstagabend werde ich bis spätestens um 23:00 Uhr auf der Station sein.
19. dass ich elektronische Mediennutzung während der Behandlung nur begrenzt nutze.
20. dass ich mein Mobiltelefon nur eingeschränkt und mit Rücksichtnahme auf andere Patienten nutze. Während der Therapie schalte ich es aus.
21. dass ich mich an die Hausordnung halte und die allgemeine Betruhe von 23:00-06:00 Uhr einhalte.
22. dass ich bei meinen Besuchern auf die Einhaltung der Besuchszeiten von 18-20:00 Uhr achte.
23. dass mir bewusst ist, dass ein Verstoß gegen diese Absprachen Konsequenzen bis hin zu einer Entlassung aus der stationären Behandlung haben kann.

München, _____

(Name Arzt/Psychotherapeut)

(Unterschrift Arzt/Psychotherapeut)

(Unterschrift Patient)

8. Danksagung

An dieser Stelle bedanke ich mich herzlich bei allen, die mir durch ihre Unterstützung das Gelingen dieser Dissertation ermöglicht haben.

Dabei gilt mein besonderer Dank *Univ. Prof. Dr. P. Henningsen*, Chefarzt der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum rechts der Isar der TU München, der mir die Gelegenheit gab, an seiner Klinik zu promovieren.

Besonders bedanken möchte ich mich bei *Dipl.-Psych. Heribert Sattel*, der mir von Beginn an mit Rat und Tat zur Seite stand, mich mit seiner Kompetenz und Erfahrung insbesondere beim statistischen Teil dieser Arbeit mit Geduld unterstützte und an den ich mich jederzeit wenden konnte.

Weiterhin möchte ich mich bei *Dr. med. Roenneberg* bedanken, der mir die Hospitation und damit einen Einblick in den Stationsalltag in der Psychosomatischen Klinik des MRI ermöglichte und auf dessen schnelle Antwort und konstruktive Vorschläge ich immer zählen konnte.

Auch dem Sekretariat der Psychosomatik am Rechts der Isar danke ich, insbesondere *Frau Anthofer*, für die Unterstützung bei der Durchsicht archivierter Patientenakten.

Natürlich danke ich auch ganz herzlich *meiner Familie* und *meinen Freunden*, die mich stets unterstützen und mir unermüdlich den Rücken stärken.