

Aus der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
(Prof. Dr. med. C. Herrmann-Lingen)
der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

**Neue Wege in der ambulanten psychosomatisch-
psychotherapeutischen Krankenversorgung
– Patientengut und Behandlungsverläufe in einem
medizinischen Versorgungszentrum**

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät der
Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

Holger Kappe

aus

Bad Pyrmont

Göttingen 2019

Dekan: Prof. Dr. med. Wolfgang Brück
Referent: Prof. Dr. med. Chr. Herrmann-Lingen
Ko-Referent: Privatdozent Dr. med. Claus Wolff-Menzler
Promotor-Vertreter: Prof. Dr. mult. Thomas Meyer

Datum der mündlichen Prüfung: 30.07.2020

Hiermit erkläre ich, die Dissertation mit dem Titel „Neue Wege in der ambulanten psychosomatisch-psychotherapeutischen Krankenversorgung – Patientengut und Behandlungsverläufe in einem medizinischen Versorgungszentrum“ eigenständig angefertigt und keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet zu haben.

Göttingen, den 20.6.2019

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	IV
<u>1 EINLEITUNG</u>	<u>1</u>
1.1 EINFÜHRUNG IN DAS THEMENGEBIET	1
1.1.1 AMBULANTE PSYCHOSOMATISCH-PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND	1
1.1.2 KRITIK AN UND VORSCHLÄGE ZUR VERBESSERUNG DER AMBULANTEN VERSORGUNG	3
1.1.3 PSYCHOTHERAPIEFORSCHUNG	8
1.1.4 KÖRPERORIENTIERTE UND KREATIVE (NONVERBALE) ANSÄTZE	13
1.2 FRAGESTELLUNGEN	19
<u>2 DATENERHEBUNG UND METHODEN</u>	<u>22</u>
2.1 DIE BEHANDLUNGSEINRICHTUNG UND DAS BEHANDLUNGSKONZEPT	22
2.2 ALLGEMEINES ZUR DATENERHEBUNG	24
2.3 DATENSCHUTZ	25
2.4 DIE EINGESETZTEN INSTRUMENTE	26
2.4.1 DSP-PATIENTENFRAGEBOGEN	26
2.4.2 ICD-10-SYMPTOM-RATING (ISR)	26
2.4.3 HAMBURGER MODULE ZUR ERFASSUNG PSYCHOSOZIALER GESUNDHEIT (HEALTH-49)	28
2.5 DIE MESSERHEBUNGEN	29
2.6 DIE STATISTISCHE AUSWERTUNG	31
2.6.1 AUSWAHL VON STANDARD-TESTSKALEN	31
2.6.2 RAHMEN FÜR NICHTMEDIKAMENTÖSE THERAPIEN	32
2.6.3 ANGEWANDTE STATISTISCHE METHODEN:	32
<u>3 ERGEBNISSE</u>	<u>36</u>
3.1 BESCHREIBUNG DER STICHPROBE	36
3.1.1 GESCHLECHTERVERHÄLTNIS, ALTER, NATIONALITÄT UND PARTNERSCHAFT	36
3.1.2 LEBENSUNTERHALT UND BERUFLICHE SITUATION	37
3.1.3 DIAGNOSEN	38
3.2 DIE ERSTE MESSERHEBUNG (T1): AUSSAGEN DER VERWENDETEN TESTINSTRUMENTE	41
3.2.1 BELASTUNGS AUSPRÄGUNG IN DEN SKALEN VON ISR UND HEALTH-49	41
3.2.2 ISR: STUFEN DER SYMPTOMBELASTUNG	42
3.2.3 HINTERGRUNDFAKTOREN FÜR DIE ERLEBTE BELASTUNG DER PATIENTEN (HYPOTHESE 1)	43
3.3 DIE DURCHGEFÜHRTEN BEHANDLUNGEN	45
3.3.1 BEHANDLUNGEN IN DER GESAMTKOHORTE	45
3.3.2 DIE TEILNEHMER DER ERSTEN VERLAUFMESSUNG (T2)	49
3.3.3 PSYCHOPHARMAKA VS. DEFINIERTE NICHTMEDIKAMENTÖSE THERAPIEN	51
3.3.4 UNTERSCHIEDE DURCHGEFÜHRTER THERAPIEN IN VERSCHIEDENEN SUBGRUPPEN (HYPOTHESE 2)	53

3.4	DIE ZWEITE MESSERHEBUNG (T2): VERÄNDERUNGEN DER TESTWERTE IM VERLAUF	58
3.4.1	VERLAUF T1-T2	58
3.4.2	VERÄNDERUNGEN IN SUMMENSKALEN VS. IN DIAGNOSESPEZIFISCHEN SKALEN (HYPOTHESE 3)	59
3.5	PRÄDIKTOREN FÜR DIE VERÄNDERUNG DER TESTWERTE IM VERLAUF (HYPOTHESE 4)	62
3.5.1	ORIENTIERENDE ZWEIFAKTORIELLE TESTUNG	62
3.5.2	KORREKTUR DURCH MULTIFAKTORIELLE TESTUNG (HAUPTEFFEKTE)	64
3.5.3	ZUSAMMENFASSUNG: EINFLUSSVARIABLEN AUF DEN VERLAUF T1-T2	68
3.6.	EINZELNE EINFLUSSVARIABLEN GENAUER BETRACHTET	70
3.6.1	VORLIEGEN BESTIMMTER DIAGNOSEN ZU T1	70
3.6.2	GESAMTSYMPTOMBELASTUNG (ISR GESAMTSKALA) ZU T1	70
3.6.3	SELBSTWIRKSAMKEIT ZU T1	71
3.6.4	VERORDNUNG VON PSYCHOPHARMAKA	73
3.6.5	BEGINN NICHTMEDIKAMENTÖSER THERAPIEVERFAHREN	73
3.6.6	ANZAHL DER THERAPIEVERFAHREN	74
3.6.7	ANZAHL DER THERAPIETERMINE	74
3.6.8	THERAPIESTATUS	77
3.6.9	MESSABSTAND	80
3.7	WIRKSAMKEIT NICHTMEDIKAMENTÖSER THERAPIEN IM VERGLEICH	82
3.7.1	VERLAUFVERGLEICH T1-T2 MIT VS. OHNE DEFINIERTE BEHANDLUNG (HYPOTHESE 5)	82
3.7.2	VERLAUFVERGLEICH EINZELVERFAHREN VS. KOMBINATIONSTHERAPIE (HYPOTHESE 6)	85
3.7.3	VERLAUFVERGLEICH EINZELPSYCHOTHERAPIE VS. ANDERE THERAPIEN (HYPOTHESEN 7 UND 8)	86
3.8	DIE DRITTE MESSERHEBUNG (T3): DER WEITERE VERLAUF	90
3.8.1	VERLAUF T1-T2-T3	90
3.8.2	VERÄNDERUNG T1-T2 ALS PRÄDIKTOR FÜR DEN VERLAUF T2-T3 (HYPOTHESE 9)	92
3.9.	EXPLORATIVER TEIL: WEITERE INTERESSANTE ERGEBNISSE	93
3.9.1	KLINISCHE SIGNIFIKANZ DER T1-T2-VERÄNDERUNGEN	93
3.9.2	PRÄDIKTOREN AUSBLEIBENDER TESTPSYCHOLOGISCHER BESSERUNG	94
3.9.3	WECHSELWIRKUNG PSYCHOPHARMAKA UND NICHTMEDIKAMENTÖSE THERAPIEN	96
3.9.4	SELBSTWIRKSAMKEITSERLEBEN BEI SYMPTOMBESSERUNG VS. -NICHTBESSERUNG	97
4	DISKUSSION	99
4.1	DISKUSSION VON STICHPROBE UND METHODIK	99
4.1.1	STICHPROBE	99
4.1.2	VERWENDETE TESTINSTRUMENTE	102
4.1.3	STUDIENDESIGN	104
4.1.4	STATISTISCHE AUSWERTUNG	110
4.2	DISKUSSION DER ZENTRALEN ERGEBNISSE	111
4.2.1	HINTERGRUNDFAKTOREN FÜR DIE ERLEBTE BELASTUNG DER PATIENTEN (HYPOTHESE 1)	111
4.2.2	THERAPIE-UNTERSCHIEDE IN VERSCHIEDENEN SUBGRUPPEN (HYPOTHESE 2)	113
4.2.3	VERÄNDERUNGEN IN SUMMENSKALEN VS. IN DIAGNOSESPEZIFISCHEN SKALEN (HYPOTHESE 3)	114
4.2.4	EINFLUSSFAKTOREN AUF DEN TESTPSYCHOLOGISCHEN VERLAUF (HYPOTHESE 4)	116
4.2.5	VERLAUFVERGLEICH T1-T2 MIT VS. OHNE DEFINIERTE BEHANDLUNG (HYPOTHESE 5)	123

4.2.6	VERLAUFVERGLEICH EINZELVERFAHREN VS. KOMBINATIONSTHERAPIE (HYPOTHESE 6)	127
4.2.7	VERLAUFVERGLEICH EINZELPSYCHOTHERAPIE VS. ANDERE THERAPIEN (HYPOTHESE 7)	128
4.2.8	VERLAUFVERGLEICH BZGL. INTERAKTIONELLER PROBLEME (HYPOTHESE 8)	131
4.2.9	VERÄNDERUNG T1-T2 ALS PRÄDIKTOR FÜR DEN VERLAUF T2-T3 (HYPOTHESE 9)	133
4.3	BEFUNDE ABSEITS DER URSPRÜNGLICHEN FRAGESTELLUNGEN	136
4.3.1	ISR SOMATISIERUNGSSKALA VS. HEALTH-SKALA SOMATOFORME BESCHWERDEN	136
4.4	FAZIT UND AUSBLICK	136
5	ZUSAMMENFASSUNG	139
6	ANHANG	142
	ITEMS ISR	142
	ITEMS HEALTH-49	145
	MITTELWERTE AUSGEWÄHLTER TESTSKALEN FÜR HÄUFIGE DIAGNOSEGRUPPEN	148
	VERLAUFVERGLEICH EINZELVERFAHREN VS. KOMBINATIONSTHERAPIE FÜR GESAMTTERMINE ≥ 21	150
	KORRELATIONS-TABELLEN DER VERWENDETEN TESTSKALEN	150
7	LITERATURVERZEICHNIS	152

Abkürzungsverzeichnis

Englischsprachige oder lateinische Fachausdrücke sind *kursiv* gesetzt.

AT	autogenes Training
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
d	Cohens d
DGPM	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie
DSM-IV/V	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (4. bzw. 5. Ausgabe)
DSP	Dokumentationssystem Psychosomatische Medizin
ES	<i>effect size</i> (Effektstärke)
HEALTH	Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49; eine Zusammenstellung psychometrischer Tests)
HEALTH WOHL	HEALTH-49 Skala Psychisches Wohlbefinden
HEALTH INT	HEALTH-49 Skala Interaktionelle Schwierigkeiten
HEALTH A&P	HEALTH-49 Skala Aktivität und Partizipation
ICD-10	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i> (10. Ausgabe)
ISR	<i>ICD-10-Symptom-Rating</i> (ein psychometrischer Test)
ISR GS	ISR Gesamtscore
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
MVZ	medizinisches Versorgungszentrum
MW	Mittelwert
NMT	nichtmedikamentöse Therapie
PMR	progressive Muskelrelaxation
PP	Psychopharmaka
RCT	<i>randomized controlled trial</i> (randomisierte kontrollierte Studie)
SCL-90	<i>Symptom-Checklist-90</i> (ein psychometrischer Test)
SD	<i>standard deviation</i> (Standardabweichung)
SME	sensomotorische Übungsbehandlung

1 Einleitung

1.1 Einführung in das Themengebiet

1.1.1 Ambulante psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung in Deutschland

Psychische Erkrankungen haben mittlerweile den Status einer Volkskrankheit (Bundesärztekammer 2018, Bühring 2018, Beutel et al. 2013). Ihre Prävalenz beträgt bei Erwachsenen in Deutschland etwa 30%, entsprechend ca. 18 Millionen Menschen (ohne Demenzen, ohne Nikotinabhängigkeit; Jacobi et al. 2014, Wittchen und Jacobi 2001). Die größte Störungsgruppe stellen dabei mit einer Häufigkeit von ca. 15% Angststörungen dar, gefolgt von affektiven Störungen (ca. 10%) und Störungen durch Alkohol- oder Medikamentenkonsum (ca. 6%). Jeweils knapp 4 % der erwachsenen Bevölkerung erfüllen die Kriterien für eine Zwangs- oder somatoforme Störung (Jacobi et al. 2014). Bei rund der Hälfte der als psychisch krank eingestuften Personen liegen nicht nur eine, sondern mehrere psychische Krankheitsdiagnosen vor (ebd.).

Im Vergleich zu vielen körperlichen Erkrankungen sind psychische Störungen besonders beeinträchtigend. Im Ansatz der *disability-adjusted life years* (DALY) der WHO gehören sie in gemeinsamer Wertung mit den Abhängigkeitserkrankungen zur Spitzengruppe der am meisten beeinträchtigenden Krankheiten weltweit und stellen die führende Ursache für *years lived with disability* (YLD) dar (Whiteford et al. 2013).

Zudem betreffen sie häufiger junge Altersgruppen (Jacobi et al. 2014), sodass neben dem individuellen Leiden der Betroffenen auch hohe gesellschaftliche Kosten (Arbeits- und Produktionsausfälle, Frühberentungen) resultieren. So stellen psychische Störungen als Gruppe hinter Muskel-Skeletterkrankungen die zweithäufigste Ursache für krankheitsbedingte Fehlertage am Arbeitsplatz dar (Stand 2016, BKK-Dachverband 2017). Während die Arbeitsunfähigkeitszeiten in Deutschland insgesamt rückläufig sind, steigt die Anzahl der durch psychische Krankheiten begründeten Fehlertage Jahr für Jahr an. Krankschreibungen aus dieser Gruppe halten mit durchschnittlich 39 Tagen länger an als bei anderen Diagnosegruppen. Damit sind sie gemeinsam mit den Muskel-Skelett-Erkrankungen für mehr als die Hälfte aller Krankengeldtage verantwortlich (ebd.). Sowohl bei den Gründen für Berufsunfähigkeit als auch für

1 Einleitung

Frühberentungen stellen psychische Erkrankungen mit 31% bzw. 43% die häufigste Ursache dar (Stand 2016, Deutsche Rentenversicherung 2017).

Ein großer Anteil der Versorgung erfolgt in der Hausarztpraxis. Laut Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (2016) kodierten die Hausärzte quartalsbezogen bei etwa 14% ihrer Patienten¹ eine depressive, somatoforme, Angst- oder Anpassungsstörung, bei knapp 21% eine psychische Störung i. w. S. (incl. Schlafstörungen, Schwindel und alkoholbezogener Störung). Das entspräche bei knapp 43 Mio. hausärztlichen Behandlungsfällen pro Quartal (Stand 2015, Kassenärztliche Bundesvereinigung [KBV] 2017a) bundesweit ca. 9 Millionen Patienten. Laut einer Studie von Gaebel et al. (2013) wurden Versicherte mit der Diagnose einer psychischen Störung auf der ambulanten Ebene in 72% der Fälle ausschließlich durch Ärzte für Allgemeinmedizin oder somatische Fachärzte versorgt, weitere 25% zusätzlich durch die Fachdisziplinen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.

2015 wurden etwa 600.000 gesetzlich Versicherte pro Quartal von niedergelassenen Psychiatern, 1.2 Millionen (aufgrund psychischer oder neurologischer Erkrankungen) von Nervenärzten behandelt. Knapp 1.1 Millionen Versicherte erhielten Leistungen durch niedergelassene ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten (KBV 2017a). Zudem werden etwa 400.000 Patienten pro Quartal durch Psychiatrische Institutsambulanzen (Spengler 2012) und knapp 30.000 pro Jahr durch Ausbildungs- oder Hochschulambulanzen versorgt (nach Nübling et al. 2014)².

Psychotherapie als Behandlungsverfahren zeichnet sich durch sowohl eine starke und anhaltende Wirksamkeit (s. Abschnitt 1.1.3) als auch eine hohe Akzeptanz in der Bevölkerung aus (Petrowski et al. 2014, Albani et al. 2011). Das lässt ihren Einsatz bei vielen psychischen Störungen als Behandlungsmethode der ersten Wahl erscheinen, vor oder gemeinsam mit der Verordnung von Psychopharmaka. Nichtsdestotrotz liegt die Quote eines Patientenkontaktes durch niedergelassene ärztliche oder psychologische kassenzugelassene Psychotherapeuten für die prävalent 18 Millionen psychisch Erkrankten rechnerisch aktuell bei nur ca. 6% pro

¹ Im Folgenden wird für eine bessere Lesbarkeit jeweils die männliche Form verwendet, die stets die weibliche einschließt.

² Bundesweite Angaben für die Versorgung psychisch kranker Menschen durch medizinische Versorgungszentren sind in der Literatur nicht erhältlich und auch in den Abrechnungszahlen der kassenärztlichen Vereinigungen nicht getrennt aufgeführt.

1 Einleitung

Quartal. Da in der o. g. Zahl von 1.1 Millionen Patienten auch Fälle einbezogen sind, die sich nur auf einen oder zwei Termine beziehen (z.B. Patienten, die nach den probatorischen Sitzungen nicht in weitere Behandlung kommen), liegt die Quote tatsächlich durchgeführter Psychotherapien noch einmal niedriger.

Deutschland ist eines der wenigen Länder, in dem seit 1967 Psychotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen angeboten wird. Die Wartezeit auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch lag in den Jahren der vorliegenden Untersuchung nach einer Studie der Bundetherapeutenkammer (2011) im Schnitt bei 3 Monaten, die durchschnittliche Zeit bis zum Beginn einer Richtlinienpsychotherapie bei etwa 5½ Monaten. Nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017 (s. Abschnitt 1.1.2) verkürzte sich durch die Einführung einer Sprechstunde die Zeit bis zu einem Erstkontakt deutlich auf knapp 6 Wochen, bei Vermittlung durch die Terminservicestellen sogar auf nur knapp 3 Wochen (Bundespsychotherapeutenkammer [BPtK] 2018). Die Wartezeit bis zum Beginn einer Richtlinienpsychotherapie liegt aber auch nach der Reform im Bundesdurchschnitt noch immer bei fast 5 Monaten (19.9 Wochen), im Ruhrgebiet bei fast 7 Monaten. Die BPtK weist in ihrer aktuellen Studie darauf hin, dass sich mit der Wartezeit die Gefahr einer Verschlimmerung, Verlängerung oder eines Rezidivs der Störung erhöhe sowie der Anteil von Menschen steige, die eine Behandlung gar nicht erst beginnen.

Dabei gibt es deutliche Hinweise darauf, dass durch den Einsatz ambulanter Psychotherapie immense gesamtgesellschaftliche Folgekosten eingespart werden können, z. B. durch Reduktion von Notfallbehandlungen und stationären Aufenthalten, Wiederherstellung von Arbeitsfähigkeit oder Vermeidung von Frühberentungen. Verschiedene Autoren haben sich mit dem Kosten-Nutzen-Verhältnis ambulanter psychotherapeutischer Behandlungen beschäftigt. Wittmann et al. (2011) geben den sich hierbei ergebenden sog. Return on Investment (ROI) mit 1:2 bis 1:4 an. Das heißt, dass die Gesellschaft unter Berücksichtigung direkter und indirekter Kosten pro investiertem Euro 2 bis 4 Euro zurückerhält.

1.1.2 Kritik an und Vorschläge zur Verbesserung der ambulanten Versorgung

Es scheint in der Gesellschaft Einigkeit darüber zu bestehen, dass die Situation der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung vor dem Hintergrund der beschriebenen

1 Einleitung

hohen Krankheitsprävalenzen, der hohen volkswirtschaftlichen Folgeschäden und der bestehenden langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz veränderungsbedürftig ist. Die daraus abgeleiteten Konsequenzen weisen allerdings in verschiedene Richtungen. So fordern sowohl Patientenvertreter als auch Vertreter der niedergelassenen Therapeuten seit Jahren eine weitere Erhöhung der psychotherapeutischen Kassensitze. Die BpTK mahnte erst jüngst wieder eine „grundlegende Reform der Bedarfsplanung“ an, um im Anschluss an die Sprechstunde eine lückenlose Versorgung sicherzustellen (BpTK 2018, S. 30). Ihr resultierender Vorschlag ist mit der Einrichtung 7.000 neuer Kassensitze verbunden. Vor einer Erhöhung der Zahl psychotherapeutischer Kassensitze wiederum warnen Vertreter der Krankenkassen, u.a. mit dem Argument, dass eine Steigerung des Angebotes in erster Linie eine weitere Steigerung der Nachfrage mit sich bringen würde („angebotsinduzierte Nachfrage“).

Andere üben Kritik am praktizierten System der Richtlinienpsychotherapie. So kritisiert in einem Artikel der Ärzte Zeitung (o. V. 2009) ein Hausarzt die Regelung, dass Patienten von sich aus zum Psychotherapeuten gehen können: „Und wir finden dann weiterhin keine Plätze für die schwerer psychisch Erkrankten unter unseren Patienten.“ Er schlägt als Lösung ein Primärarztssystem vor, in dem die Patienten vom Hausarzt an den Psychotherapeuten überwiesen werden. Umfassendere Kritik am bestehenden Versorgungssystem in Form eines Vorwurfs mangelnder Versorgungsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit übt Melchinger (2011). Er beschreibt eine Art „Rosinenpickerei“ der niedergelassenen Psychotherapeuten, derart, dass sie eher leichter kranke und jüngere Patienten behandelten und sich nicht an Kriseninterventionen beteiligten. Darüber hinaus sieht er nur teilweise ausgeschöpfte Behandlungskapazitäten der niedergelassenen Psychotherapeuten. Er weist darauf hin, dass u.a. in psychosozialen Beratungsstellen auch andere Berufsgruppen (Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Krankenpfleger und Heilpraktiker) psychotherapeutisch tätig sind und schlägt vor, dass die Bewilligung von Richtlinienpsychotherapie vom Nachweis abhängig gemacht werden könnte, dass zuvor diese Hilfen ausgeschöpft wurden.

Es erscheint faktisch korrekt, dass niedergelassene Psychotherapeuten im bestehenden, auf Richtlinienpsychotherapie basierenden System relativ wenige Patienten versorgen. 2014 behandelte ein ambulanter Psychotherapeut durchschnittlich 7 Patienten pro Tag, im Vergleich zu 52 bzw. 38 Patienten im Falle eines Haus- oder Facharztes (KBV 2014). Pro Quartal sah 2015 ein niedergelassener (ärztlicher oder psychologischer) Psychotherapeut im Mittel 49

1 Einleitung

Patienten, darin waren reine Probatorik-Teilnehmer und Therapieabbrecher einbezogen (KBV 2017a). Das entspricht recht genau einem Zehntel der Patientenzahl (482), die ein niedergelassener Psychiater im selben Zeitraum durchschnittlich versorgte (ebd.).

Herpertz und Herpertz (2013) vermissen im System der Richtlinien-Psychotherapie Anreize für eine vorgeschaltete indikationsbezogene Diagnostik mit dem Ziel, die Nutzung des großen Spektrums an ambulanten und stationären Angeboten einschließlich der Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen zu optimieren. Ferner sprechen sie sich dafür aus, dass Psychotherapeuten ihre Leistungen in möglichst flexibler Dosis (Sitzungsdauer, -häufigkeit und Gesamtdauer) anbieten können.

Die Kritik in Bezug auf mangelnde Beteiligung der niedergelassenen Psychotherapeuten an der Akutversorgung psychisch kranker Menschen und an diagnostisch-indikationsbezogenen Frühkontakten griff jüngst die Reform der Psychotherapie-Richtlinie auf, die zum 1. April 2017 in Kraft trat. Durch sie wird für die psychotherapeutischen Praxen neu eine offene oder über Terminvergabe organisierte psychotherapeutische Sprechstunde eingeführt, die der Diagnostik und Beratung bzgl. verschiedener Behandlungsangebote dient. Ferner wird den Praxen erstmals die Möglichkeit einer psychotherapeutischen Akutbehandlung ohne vorherige Antragsstellung im Anschluss an die Sprechstunde gegeben.

Vor dem Hintergrund des Ziels, Patienten einen niederschweligen und zeitnahen Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung zu ermöglichen, erweist sich beides in einer ersten Evaluation als erfolgreich. So verkürzte sich laut einer aktuellen Studie der BPTK (2018) die durchschnittliche Zeit bis zu einem Erstkontakt auf weniger als 6 Wochen (s.o.), Akutbehandlungen begannen bei Vorliegen einer Krisensituation in zwei Dritteln der Praxen innerhalb von zwei Wochen. Die Patientenkontakte durch niedergelassene ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten stiegen von 1.1. Mio. in 2015 auf zuletzt 1.4. Mio. pro Quartal an. Allerdings wurde durch die neuen Vorgaben die Zeit bis zum Beginn einer Richtlinien-therapie nicht kürzer. Das Gegenteil könnte drohen: Ein Drittel der niedergelassenen Therapeuten gab an, dass sie seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie durch Sprechstunde und Akutbehandlung im Schnitt 2.6 Stunden pro Woche weniger reguläre Behandlung anbieten (ebd.).

1 Einleitung

Da Gruppentherapie eine sowohl hochwirksame als auch ökonomisch effektive Behandlungsform für viele psychische Erkrankungen darstellt (z.B. Tschuschke und Anbeh 2010), in der ambulanten Versorgung jedoch kaum angeboten wurde (1 bis 2 Prozent der durchgeführten Behandlungen; BPTK 2018), war ein weiteres Anliegen der Reform, diese durch eine erstmals gestattete Kombination mit Einzeltherapie und eine bessere Vergütung zu fördern. Die Hoffnung auf eine nennenswerte Ausweitung der Gruppentherapieplätze hat sich jedoch bislang nicht erfüllt: Das gruppentherapeutische Angebot erhöhte sich ein Jahr nach der Reform um 2 Prozent neue Angebote und 2 Prozent Steigerung bestehender Angebote. 92 Prozent der niedergelassenen Therapeuten, die über eine Abrechnungsgenehmigung verfügen und bisher keinen Gebrauch von dieser gemacht haben, tun dies auch nach der Reform nicht (ebd.).

Dass außer Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten prinzipiell offenbar auch andere Berufsgruppen in kompetenter Weise psychotherapeutisch tätig sein können, sieht außer Melchinger (s. o.) auch Linden (2010). Er verweist dabei u. a. auf die Situation in Kliniken, in denen eindeutig psychotherapeutische Leistungen auf andere Berufsgruppen übertragen werden. Gleichwohl stellt er fest, dass psychische Störungen nur eingebettet in eine umfassende Krankheitslehre differentialdiagnostisch adäquat verstanden und behandelt werden können.

Timmermann (2008) bringt den Aspekt ein, dass die Richtlinienverfahren seiner Einschätzung nach viele Patienten überfordern und schlägt für diese ein niederschwelliges, vernetztes multiprofessionelles Therapieangebot vor. Auf die Idee der Einbeziehung weiterer Berufsgruppen in die ambulante Versorgung beziehen sich auch Herpertz und Herpertz (2013). Sie sehen für Patienten mit bestimmten Störungsbildern (z.B. somatoforme Störungen oder schwere Persönlichkeitsstörungen) die Notwendigkeit einer interdisziplinären bzw. multiprofessionellen Versorgung auch im ambulanten Bereich und schlagen dafür den Ausbau psychosomatischer und psychiatrischer Schwerpunktambulanzen vor. Auch für das Krankheitsbild der Fibromyalgie verweisen Müller et al. (2004) darauf, dass die besten Therapieerfolge für multimodale ambulante Therapieprogramme mit sowohl bewegungs- als auch psychotherapeutischen Behandlungselementen erzielt werden.

1 Einleitung

In ihrem Artikel „Zukunft der Psychotherapie in der Psychosomatischen Medizin“ (Beutel et al. 2013) sprechen sich vier Hochschullehrer aus drei deutschen Universitätskliniken für die Einführung gestufter Versorgungsmodelle aus, die sich dem Bedarf und der Komplexität des Behandlungsprogramms und den Ressourcen der Patienten anpassen und sowohl psychoedukative Elemente als auch Entspannungsverfahren, Gruppen- und Kurzinterventionen einschließen. Auch sie plädieren im Falle komplexer Behandlungsprobleme für multidisziplinäre und multimodale Angebote im ambulanten Bereich. In einem solchen Versorgungssystem sehen sie die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in einer Lotsenfunktion zur Abstimmung mit somatischen Therapien, Erstellung eines Gesamtbehandlungsplans und Vernetzung.

In diesem Sinne formulierte kürzlich der Vorstand der ärztlichen Fachgesellschaft DGPM in seinen „Kernpunkten für eine notwendige Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für das Fachgebiet“ (Kruse et al. 2017, S. 2-3):

„Die in klinischer Anwendung bewährte Kombination von Einzel- und Gruppentherapie mit kreativ- und bewegungstherapeutischen Methoden (z.B. körperorientierte Psychotherapie, Gestaltungs-, Kunst- oder Musiktherapie) und mit Entspannungsverfahren/Biofeedback im Rahmen der psychosomatischen Komplexbehandlung soll auch in der ambulanten psychosomatisch-medizinischen Praxis zur Verfügung stehen. Dabei sollen Leistungen [...] durch entsprechend qualifizierte Kräfte auf Delegation eines Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie hin und unter seiner verantwortlichen Leitung erbracht werden können.“

Der Behandlungsbedarf in der psychotherapeutischen Versorgung übersteigt seit Jahren das Angebot und nimmt offenbar weiter zu. So stieg trotz Erhöhung der Zahl psychotherapeutischer Praxen die Zahl der monatlichen Behandlungsanfragen in den einzelnen Praxen von 2011 bis 2017 um weitere 20% an (BPtK 2018). Das Problem der Wartezeiten auf einen Platz in der Richtlinienpsychotherapie besteht trotz Versuchen der Politik, hier gegenzusteuern, nach wie vor. Zur reflexhaften Forderung eines weiteren Ausbaus der Kassensitze schreibt Köllner (2012, S. 137):

1 Einleitung

„Dieser Lösungsvorschlag mag für Problemregionen ... zutreffen. Spätestens seit Paul Watzlawick ist aber bekannt, dass ‚mehr des Selben‘ als Lösungsvorschlag irgendwann an seine Grenzen stößt.“

Damit bleibt die Frage, ob und wie die Effizienz und/oder Qualität des deutschen Gesundheitssystems in Bezug auf die ambulante Versorgung von Menschen mit psychischen Krankheiten verbessert werden könnte, aktuell. Neue Versorgungsmodelle zielen auf eine Erweiterung der psychotherapeutischen Leistungen über das traditionelle 1:1-Gespräch zwischen Arzt/Psychologe und Patient hinaus Richtung vielfältiger Angebote in flexiblem, auf den individuellen Patienten angepasstem Einsatz (Beispiele: Messer und Goedel 2012 oder Schäfert et al. 2011). Der verstärkte Einsatz von Gruppenpsychotherapie und die Einbeziehung weiterer Berufsgruppen in die Behandlung könnten helfen, sowohl die Behandlungskapazitäten zu erhöhen als auch im Rahmen einer koordinierten multiprofessionellen Zusammenarbeit die Behandlung zumindest für einige Patienten-Subgruppen erfolgreicher zu gestalten. Im Vergleich zu einer stetigen Erhöhung der Zahl der Kassensitze dürften die Kosten dafür eher moderat ausfallen.

Derartige Versorgungskonzepte wurden in ihrer Anwendung bislang nicht untersucht. In der vorliegenden Arbeit wird ein Versorgungsmodell in Form eines psychosomatisch-psychiatrisch-psychotherapeutisch ausgerichteten MVZs vorgestellt und in den testpsychologischen Behandlungsverläufen seiner Patienten untersucht, welches die Vorschläge einer niederschweligen, flexiblen und bei Bedarf multimodalen Behandlung unter den damaligen gesundheitspolitischen Bedingungen so weit wie möglich umsetzte.

1.1.3 Psychotherapieforschung

Experimentelle Studien basieren auf Vergleichen zwischen einer oder mehreren Interventionsgruppe(n) und einer Kontrollgruppe (die keine oder eine alternative Form der Behandlung erhält). Die Teilnehmer werden mittels Randomisierung oder Parallelisierung gleichmäßig auf die Gruppen verteilt. Mit dem Ziel, die *Wirksamkeit* einer definierten Maßnahme zu untersuchen, sind die Stichproben durch Ein- und Ausschlusskriterien meist selektiert und die Behandlung bzgl. Ansatz (z.B. über ein Behandlungsmanual), Dosis und Dauer standardisiert (Lambert und Ogles 2013). Dadurch, dass möglichst alle über die zu

1 Einleitung

untersuchende Behandlung hinausgehenden Bedingungen zwischen den Gruppen konstant gehalten oder anderweitig kontrolliert werden, lassen sich Veränderungen in hohem Maße auf die Intervention zurückführen. Dabei bleibt jedoch offen, inwieweit diese Ergebnisse auf die Patientenbehandlung in der praktischen Alltagsversorgung übertragbar sind.

Die „klinische Brauchbarkeit“ von Behandlungen im Versorgungsalltag zu untersuchen, ist das Anliegen von *Effektivitätsstudien*. Diese beobachten ein unselektiertes Patientengut in den jeweiligen Alltagssettings der Therapeuten. Das bringt häufig eher pragmatische Vorgehensweisen der Behandler mit z. T. unterschiedlichen Ansätzen sowie variablen Therapiedosen und Behandlungsdauern mit sich (ebd.). In diesem Rahmen erhaltene Befunde lassen sich eher generalisieren. In der deutschsprachigen Literatur ist für das zuletzt beschriebene Vorgehen der Begriff der *Versorgungsforschung* geläufiger. Diese interessiert sich nach Schrappe und Pfaff (2011) darüber hinaus für die Kontextfaktoren der Umsetzung in den Versorgungsalltag, die die klinische Studie konstant hält.

Durch das Fehlen einer balancierten Kontrollgruppe können hier in Bezug auf die Studienergebnisse zahlreiche Störquellen wirksam werden. Bei Gruppenvergleichen sind insbesondere Verzerrungen durch ungleiche Gruppenstrukturen zu bedenken, bei Prätest-Posttest-Vergleichen zwischenzeitliche Einflüsse (wie der natürliche Krankheitsverlauf, therapieunabhängige Entwicklungsprozesse oder Einflüsse des sozialen Umfelds), Selektionsvorgänge und statistische Regressionsphänomene. Da diese nicht-kontrollierten Einflüsse in ihrer Gesamtheit im Schnitt zumeist mit einem leichten Rückgang von Beschwerden über die Zeit verbunden sind, tendieren auf Prä-Post-Messungen basierende Effektstärken zum Überschätzen der Behandlungseffekte (Hunsley et al. 2013).

Psychotherapie hat sich im Laufe der Jahrzehnte bei zahlreichen psychischen und psychosomatischen Störungsbildern sowohl in experimentellen Studien als auch unter Versorgungsbedingungen als eine sehr wirksame Behandlungsform erwiesen. In einer Übersichtsarbeit aktueller Metaanalysen geben Hunsley et al. (2013) weltweit gemittelte Effektstärken (ES) für evidenzbasierte ambulante psychotherapeutische Behandlungen häufiger psychischer Krankheitsbilder an. Für depressive Störungen ergibt sich hier bei den Behandlungs-Wartelisten-Vergleichen eine gemittelte ES von 0.66 (nur Gruppentherapien 0.40, nur Kurzzeittherapien mit 6-7 Sitzungen 0.33), bei den Prä-Post-Vergleichen von 1.06.

1 Einleitung

Für verschiedene Formen von Angststörungen zeigen sich bei den Kontrollgruppenstudien gemittelte Effektstärken von 0.78 bis 0.82, bei den Prä-Post-Vergleichen von 0.92 bis 1.04. Für Posttraumatische Belastungsstörungen zeigen sich zum einen große Effektstärken-Unterschiede in Abhängigkeit von der angewandten Therapiemethode, zum anderen deutlich höhere Effekte bei den Prä-Post-Vergleichen als Hinweis auf eine bedeutsame Wirkung Therapiemethoden-unabhängiger Einflüsse.

Für das deutsche Gesundheitssystem wurden in den vergangenen Jahren drei große Versorgungsstudien („TK-Studie“, „QS-PSY-BAY“ und „TRANS-OP“) durchgeführt, die die Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie unter Routinebedingungen jeweils eindrucksvoll bestätigen konnten. Hier zeigte sich über die verschiedenen behandelten Störungen hinweg eine mittlere Prä-Post-Effektstärke für die Symptomreduktion in der Größenordnung von etwa 1.0, in der TK-Studie mit Anhalten des Effektes auch ein Jahr nach Ende der Therapie (Altmann et al. 2016, Wittmann und Steffanowski 2011). Metaanalysen stationärer psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlungen ergaben Prä-Post-Effektstärken von 0.51 für die stationäre Rehabilitation (Steffanowski et al. 2007) und 0.71 für die Krankenhausbehandlung (Liebherz und Rabung 2013).

Die *Therapieprozessforschung* richtet ihr Augenmerk auf die Merkmale der in einer Psychotherapie ablaufenden Prozesse bzw. die Einflüsse des Rahmens, die Veränderung fördern oder hemmen. Hierzu gehören z. B. die Formulierung allgemeiner und spezifischer Psychotherapie-Wirkfaktoren, aber auch die Identifikation von Prädiktoren erfolgreicher oder erfolgloser Behandlungen.

Zur Vorhersage eines positiven oder negativen Therapieverlaufs wurden in den vergangenen Jahrzehnten zahlreiche Merkmale seitens der Patienten, der Therapeuten sowie des Therapieangebotes und -verlaufes untersucht. Als Patientenvariablen wurden je nach Fokus und verfügbaren Daten soziale Merkmale, wie Alter, Geschlecht, Bildung oder Einkommen, aber auch Vorbehandlungen, gestellte Diagnosen oder testpsychologische Ergebnisse bzgl. Behandlungsmotivation oder Symptombelastung zu Behandlungsbeginn betrachtet. Untersuchte Therapeutenvariablen beziehen sich z.B. auf Persönlichkeitseigenschaften, Ausbildungsgang oder Erfahrung. Auf Seiten der Therapie wurden Variablen der angewandten

1 Einleitung

Methode, des Settings, der Therapiedosis, der therapeutischen Beziehung und des Therapieverlaufs (z.B. Veränderungen in der ersten Therapiephase) untersucht.

Entsprechend der Vielzahl infrage kommender Variablen sowie verschiedener Umfänge und Blickwinkel der vorliegenden Untersuchungen ist auch die Studienlage der psychotherapeutischen *Prädiktorenforschung* vielfältig. In der Gesamtschau kann man sagen, dass die klassischen soziodemografischen Merkmale, wie Alter, Geschlecht, Partnerschaftsstatus und Schulabschluss, keinen oder nur einen geringen prädiktiven Wert für den Therapieverlauf haben (Reuter et al. 2014). Für jedes Merkmal finden sich zwar Untersuchungen, die einen Einfluss beschreiben (insbesondere für Alter und Bildungsniveau), jedoch meist mindestens die gleiche Zahl an Studien, die genau dies verneinen (Clarkin und Levy 2013). Womöglich entfalten diese Variablen ihren Einfluss über assoziierte Faktoren. Als Beispiel hierfür beschreiben Fliege et al. (2002), dass ältere Patienten formal weniger von der Behandlung profitierten als jüngere, benennen das Alter jedoch als „Deckvariable“ für somatische Morbidität und betonen: „Das heißt, bei vergleichbarer körperlicher Morbidität profitieren alte Menschen in gleichem Maße von der stationären psychosomatischen Behandlung wie jüngere.“ (S. 54).

Als förderlich in Bezug auf Veränderungen von Symptomlage oder Lebensqualität im Verlauf stellten sich die Diagnose einer Depression (Oster et al. 2009, Löser 2016), die Diagnose einer Angststörung (Schmieder 2010, Fliege et al. 2002) oder die testpsychologische Einschätzung einer hohen Selbstwirksamkeit (Sullivan et al. 1998, Fliege et al. 2002) heraus. Von den therapiebezogenen Variablen gelten insbesondere eine gute, als Zusammenarbeit („Allianz“) erlebte therapeutische Beziehung sowie ein frühes Ansprechen auf die Behandlung („Early Response“) als belegte positive Prädiktoren (Reuter et al. 2014, Luborsky 1985).

Einen eher ungünstigen Verlauf sagten eine längere Erkrankungsdauer (Reuter et al. 2014, Petermann und Koch 2009), eine höhere Zahl an AU-Tagen (Oster et al. 2009, Reuter et al. 2014), eine stärkere somatische Morbidität (Fliege et al. 2002, Schmieder 2010) sowie das Vorliegen eines Rentenwunsches (Deck 2006, Oster et al. 2009) voraus. Weitere Risikofaktoren für eher ungünstige Therapieverläufe stellen - inkonsistent - die Diagnose einer somatoformen Störung (Steffanowski et al. 2007, Rudolf 2004; dies verneinend: Hoffmann

1 Einleitung

und Ruf-Ballauf 2007) sowie eine psychotherapeutische Vorbehandlung (Deter 1990, Sack et al. 2003, Kriebel et al. 2001; Reuter et al. 2014) dar.

Zur Einordnung der prädiktiven Funktion der Symptombelastung bzw. Beeinträchtigungsschwere zu Behandlungsbeginn stellt die Studienlage zahlreiche, insgesamt jedoch widersprüchliche Aussagen bereit. So werden sowohl negative als auch positive Zusammenhänge mit dem Behandlungserfolg beschrieben (Details s. Abschnitt 4.2.4).

Eine besonders im Zusammenhang mit Depressionen, chronischen Schmerzstörungen und Suchterkrankungen viel beachtete Variable ist die Selbstwirksamkeit (synonym werden auch die Begriffe Selbstwirksamkeitserleben oder Kompetenzerwartung gebraucht). Sie kann spezifisch auf eingegrenzte Situationen bezogen (Bandura 1977) oder im Begriff der generalisierten Selbstwirksamkeit als allgemeine und zeitlich relativ stabile Persönlichkeitsdimension verstanden werden. Letztere definiert Schwarzer (1994) als Überzeugung, aufgrund eigenen Handelns schwierige Anforderungen bewältigen zu können. In dieser Form korreliert sie negativ mit Ängstlichkeit, Depressivität oder Neurotizismus (ebd.). Auf der Ebene psychischer Erkrankungen geht eine niedrige generelle Selbstwirksamkeitserwartung einher mit Depressionen, Angst und Essstörungen, geringer mit somatoformen Störungen und sexuellen Funktionsstörungen (Ruholl 2007).

Die testpsychologische gemessene Selbstwirksamkeit kann zukünftiges gesundheitsbezogenes Verhalten vorhersagen. Beispiele sind die Rückfallquote bzw. das Trinkverhalten bei Alkoholikern (Keller 2002, Schindler und Körkel 1994), das erfolgreiche Absolvieren einer Rauchentwöhnung (Badr und Moody 2005), das regelmäßige Durchführen von Brustuntersuchungen (Luszczynska 2004) sowie allgemein ein gesundheitsförderndes Verhalten (Norman 1995). Dabei wirkt sich eine hohe Kompetenzerwartung jeweils günstig auf die Verhaltensebene aus. In der Formulierung von Müller et al. (2004) gilt die Selbstwirksamkeitserwartung als Voraussetzung für eine tatsächliche Umsetzung neuer Verhaltensweisen. Dementsprechend hat sie sich als positiver Prädiktor für einen günstigen 6-Monats-Verlauf bei Fibromyalgie-Patienten nach erfolgter multimodaler Behandlung herausgestellt (Reduktion von Schmerzintensität und Alltags-Beeinträchtigung; Dobkin et al. 2010). Im Vergleich mit anderen Coping-Aspekten leistete ihre Erhöhung unter der Therapie bei chronischen

1 Einleitung

Schmerzpatienten den überzeugendsten Beitrag zur Vorhersage einer Besserung von Schmerzintensität und Depressivität (Müller et al. 2004).

Weitere patientenbezogene Faktoren (wie Bindungsstil, Ressourcen, Motivationsaspekte und Erwartungshaltungen) sind in einzelnen Studien als Prädiktoren benannt, sie wurden in der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht erhoben. Ihre Darstellung und Einordnung würde den Umfang der Arbeit übersteigen.

Da der Einfluss der im ersten Messintervall erfolgten Veränderung auf den weiteren Verlauf später noch betrachtet werden wird, sei noch die Forschungslage zu frühen Veränderungen unter der Therapie erwähnt: Sowohl für den ambulanten (z. B. Haas et al. 2002) als auch den stationären (Schauenburg et al. 2001) Bereich lässt eine in der ersten Therapiephase erhobene Verbesserung von Befinden oder Symptomatik („Early Response“) ein günstiges späteres Therapieergebnis erwarten, ist jedoch keine zwingende Voraussetzung für dieses. Ähnlich sind klinisch relevante Verschlechterungen in der frühen Therapiephase mit negativen späteren Behandlungsergebnissen assoziiert (Schlagert und Hiller 2017).

1.1.4 Körperorientierte und kreative (nonverbale) Ansätze

Über die Verfahren der Richtlinienpsychotherapie hinaus werden zur Behandlung psychosomatischer und psychischer Erkrankungen insbesondere im stationären Bereich Therapieformen eingesetzt, die vorwiegend mit nichtsprachlichen Erlebnis- und Ausdrucksmitteln arbeiten, wie körpertherapeutische und Entspannungsverfahren, Biofeedback, Ergo-, Kunst- und Musiktherapie. Spitzer (2017) stellt in diesem Zusammenhang fest, dass eine reine *talking cure* viele Patienten nur ungenügend erreichen und somit andere Zugangswege jenseits der gesprochenen Sprache gefunden werden müssen. Hier sieht er die nonverbalen Verfahren „von unschätzbarem Wert“, u. a. um Erkenntnisse in Erleben zu übersetzen und sie damit wirksam zu machen.

Eine Übersicht zum Stand der Forschung bzgl. ihrer Wirksamkeit in der Behandlung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen:

1 Einleitung

Entspannungsverfahren

Die am häufigsten eingesetzten Entspannungsverfahren sind das autogene Training (AT) und die progressive Muskelentspannung (PMR). Zu ihrer Wirksamkeit liegen aus den letzten fünf Jahrzehnten zahlreiche Studien vor, die nicht nur auf den Einsatz bei primär psychischen Erkrankungen abzielen, sondern häufig die Beeinflussung von Angst, Depressivität oder Lebensqualität bei somatischen Erkrankungen (z.B. Herzerkrankungen, COPD oder Krebs) oder Interventionen (Chemotherapie, Operationen) untersuchen.

Für das autogene Training (AT) führten Stetter und Kupper (2002) eine Metaanalyse mit Einbezug von 60 Studien (davon 35 RCTs) durch. Hier zeigten sich im Kontrollgruppen-Vergleich (Warteliste oder Placebo-Behandlung) für mehrere Erkrankungen aus dem internistisch-neurologisch-psychischen Bereich signifikante Effekte insgesamt mittlerer Stärke. Ein Wirksamkeitsnachweis durch mindestens drei Studien liegt vor für: Bluthochdruck, KHK bzw. Sekundärprävention Herzinfarkt, Asthma bronchiale, Spannungskopfschmerz/Migräne, somatoforme Schmerzstörung und Depression/Dysthymie.

Eine sichere Wirksamkeit des AT kann ferner angenommen werden für Prüfungsängste und Zahnbehandlungsphobien, während die Nachweise bei sozialen Phobien, Panikstörungen und generalisierten Angststörungen unsicher sind (nur Studien mit kleinen Stichproben oder ohne Kontrollgruppen, s. Krampen 2015). Vergleiche von AT mit anderen psychotherapeutischen Interventionen ergaben entweder keine Unterschiede oder Vorteile der psychotherapeutischen Behandlungen. Insgesamt scheint die Wirkung des autogenen Trainings deutlich über Placebo-Behandlungen oder unspezifische Zuwendung hinauszugehen, aber - insbesondere bei längerer Behandlungsdauer - hinter den Effekten psychodynamischer oder verhaltenstherapeutischer Psychotherapie zurückzubleiben.

Für die progressive Muskelentspannung (PMR) ist die Studienlage noch breiter. Hier fanden Grawe et al. (1994) bereits in den neunziger Jahren 66 kontrollierte Studien, aus denen sie insbesondere eine gesicherte spezifische Wirksamkeit der PMR bei Angst- und Spannungsgefühlen ableiteten sowie bei verschiedenen körperlichen Beschwerden, die mit Anspannung und Schmerzen verbunden sind (z.B. Kopfschmerzen, arterielle Hypertonie und Schlafstörungen). In seiner Übersicht kontrollierter Studien stellt Doubrawa (2006) eine Wirksamkeit der PMR als Bestandteil der psychologischen Schmerztherapie, bei KHK

1 Einleitung

(Herzfrequenz und Ängstlichkeit), arterieller Hypertonie, in der Behandlung von Krebspatienten (Angst, Depressivität, Übelkeit bei Chemotherapie) sowie bei Schlafstörungen fest. Eine neuere Meta-Analyse von Manzoni et al. (2008) zeigt für diverse Ängste und Angststörungen im Kontrollgruppenvergleich eine breite Spanne positiver Effektstärken. Für Panikstörung mit Agoraphobie zeigen PMR-Behandlungen eine über Wartelisten-Niveau hinausgehende Wirkung, die jedoch meist deutlich sowohl kognitiver Therapie als auch In-Vivo-Exposition unterlegen ist (Übersicht bei Lang et al. 2009). Ähnlich führte der Einsatz von PMR bei somatoformen Störungen im Wartegruppen-Vergleich zu einer besseren Linderung der Beschwerden, kognitiv-behaviorale Gruppentherapie zeigte jedoch über die PMR-Behandlung hinausgehende Effekte (Zaby et al. 2008).

Da im klinischen Kontext selten als isolierte Behandlung eingesetzt, ist ferner die Frage von Bedeutung, ob Entspannungsverfahren als „Add-on“ z. B. zu einer etablierten ambulanten Psychotherapie dieser eine zusätzliche Wirkung geben können. Zwei aktuelle randomisiert-kontrollierte Studien von Krampen (2014, 2015) mit Zwei-Jahres-Katamnese legen dies nahe. Hier zeigten sowohl Patienten mit Phobien oder generalisierten Angststörungen als auch depressive Patienten, die während der ersten acht Wochen einer Einzelpsychotherapie (verschiedener Ausrichtung) zusätzlich ein Gruppentraining in AT oder PMR durchführten, einen signifikant besseren testpsychologischen Outcome in Bezug auf die Leitsymptomatik und weniger Rückfälle. Zuvor hatte Krampen (1997) schon bei depressiven Erwachsenen belegt, dass AT als Basisbehandlung in der Vorphase einer Einzelpsychotherapie zu ersten Behandlungseffekten führen kann und die Kombinationsbehandlung sowohl kurz- als auch langfristig effektiver ist als die Psychotherapie ohne AT.

Für eine verhaltenstherapeutische Behandlung von Panikstörungen (mit Agoraphobie) erscheint ein günstiger Zusatzeffekt von PMR jedoch fraglich. Wie Lang et al. (2009) in ihrer Übersicht darstellen, ergab PMR weder als zusätzliches Element in einem kognitiven Therapieprotokoll noch in einer Expositionsbehandlung einen zusätzlichen Nutzen.

Körpertherapie / Körperpsychotherapie

Das Repertoire körperorientierter Therapieansätze zur Behandlung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen ist vielfältig. Es umfasst sowohl übungsorientierte (z.B. Feldenkrais-Arbeit, Atemtherapie oder Yoga) als auch konfliktorientierte Formen (z.B.

1 Einleitung

Konzentrierte Bewegungstherapie, Bioenergetik oder Tanztherapie). Ihre Wirksamkeit ist wissenschaftlich weniger erforscht als die der Entspannungsverfahren. Seidler (2001) gibt als mögliche Gründe hierfür an: häufig fehlende akademische Tradition der Verfahren oder der sie ausübenden Therapeuten sowie Vorbehalte gegenüber einem empirischen Forschungszugang bzgl. einer nicht-adäquaten Abbildung des therapeutischen Geschehens.

Die vorliegenden Studien sind zu einem Teil hochwertiger Art. So liegen für die Funktionelle Entspannung mehrere RCTs bei psychosomatischen Patienten vor (Asthma bronchiale, Reizdarm, Spannungskopfschmerz), die für die Interventionsgruppen jeweils signifikante Verbesserungen subjektiver Leiden und z. T. physiologischer Parameter anzeigen (Übersicht bei Loew et al. 2006). Für die Tanz- und Bewegungstherapie gibt eine aktuelle, z.T. auf RCTs zurückgreifende Metaanalyse moderate Effekte in Bezug auf Lebensqualität und klinische Symptomatik (insbes. Depressivität und Angst) an (Koch et al. 2014). Kontrollgruppenstudien zur Konzentrierten Bewegungstherapie (KBT) berichten von besserer Allgemeinbefindlichkeit, geringeren Beschwerden und geringerer körperbezogener Unsicherheit in den Interventionsgruppen (Weber et al. 1994, Wernsdorf 1998).

Für körperorientierte Gruppentherapie gibt es belastbare Hinweise auf eine gute Wirksamkeit bei Negativsymptomen chronisch schizophrener Patienten (Röhrich et al. 2009), Kernsymptomen chronischer Depression (Röhrich et al. 2013) und sogar schweren Persönlichkeitsstörungen (Leirvåg 2010). Schließlich zeigte sich die chinesische Dejian Mind-Body Intervention (DMBI) in mehreren RCTs in der Behandlung depressiver Symptome einem kognitiv-behavioralen Ansatz gleichwertig, in der Behandlung von Schlafstörungen bei depressiven Patienten sogar überlegen (Chan et al. 2012).

Musiktherapie

Auch Musiktherapie ist in ihrer Ausgestaltung recht heterogen. Orientierend kann sie in rezeptive (Hören von Musik mit begleitender Reflexion des dabei Erlebten) und aktive Ansätze (Erzeugen von Klängen mit Instrumenten oder der eigenen Stimme) unterteilt werden. Über diese Wege soll sie die Wahrnehmungs-, Erlebnis-, Symbolisierungs- und Beziehungsfähigkeit positiv beeinflussen (Schroeder 2017).

1 Einleitung

In ihrem Review musiktherapeutischer Metaanalysen ziehen Argstatter et al. (2007) ein eindeutig positives Resümee ihrer Wirkung für die Anwendung in der Neonatologie und bei Kindern mit Entwicklungs- und Verhaltensstörungen (incl. Autismus), ein eingeschränkt positives Resümee für eine allgemeine Stressreduktion, eine (moderate) Schmerzreduktion sowie die Anwendung bei schizophrenen Erwachsenen und dementen Patienten.

Ein Cochrane Review von Maratos et al. (2008) fand für die Depressionsbehandlung vier Studien, die zeigten, dass die Kombination von Standardbehandlung plus Musiktherapie der alleinigen Standardbehandlung überlegen war. Ein aktuelles Review unter Einbeziehung von 28 Studien (vorwiegend RCTs) zum Einsatz von Musiktherapie bei Depressionen ergab in 27 Fällen eine signifikant stärkere Reduktion der depressiven Symptomatik als in den Kontroll- oder Vergleichsgruppen (Leubner und Hinterberger 2017).

Ambulante Musiktherapie erwies sich in einer aktuellen RCT ebenfalls als wirksames „Add-on“ bei Patienten mit Zwangsstörung, die als Basisbehandlung kognitive Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie hatten (Bidabadi und Mehryar 2015). Als günstiges Einsatzgebiet rezeptiver Musiktherapie zeigten sich in einer Cochrane-Metaanalyse Schlafstörungen (Jespersen et al. 2015).

Mittels eines speziell hierfür erstellten Fragebogens gingen Danner und Oberegelsbacher (2001) faktorenanalytisch möglichen musiktherapeutischen Wirkfaktoren auf den Grund. Als „Strang“ mit der größten Varianzaufklärung (42%) fand sich dabei überraschenderweise ein verfahrensspezifischer Faktor („Ausdruck, Darstellung und Kommunikation mittels Musik“).

Kunsttherapie

Trotz der weit verbreiteten Anwendung als Baustein multimodaler Behandlung in psychotherapeutisch ausgerichteten Kliniken und Abteilungen sind Wirksamkeitsstudien für den Bereich der Kunsttherapie nur spärlich zu finden. Erklärungen hierfür dürften z.T. in einer kritisch-skeptischen Haltung gegenüber quantitativer Wissenschaft liegen. So argumentiert Limberg (2006), dass das Forschungsdesign der naturwissenschaftlichen quantitativen Evaluation auf die kreativen Therapien nicht übertragbar sei. Sie plädiert für die Einbeziehung der sinnlichen Erfahrung und stellt die Wirkungen der therapeutischen Maßnahmen auf den Einzelnen und seinen individuellen Entwicklungsprozess in den Vordergrund. Ähnlich

1 Einleitung

präferiert Kächele (2012) in seinem Artikel „Kunsttherapie und Forschung – wie Hund und Katz?“ Fallstudien mit qualitativer Methodik gegenüber randomisierten Therapiestudien, tritt letztlich jedoch für einen pluralistischen Forschungsansatz ein.

Zwei Studien versuchen, die Effekte von Kunsttherapie mit jeweils einer Kombination aus qualitativer und quantitativer Erfassung zu beschreiben. Plecity et al. (2009) untersuchten Patienten einer psychosomatischen Tagesklinik zu Beginn und Ende jeder Kunsttherapie-stunde. Hierbei ergaben sich geringfügige, aber statistisch signifikante Veränderungen in Affektlage und Körpersymptomen im Stundenverlauf. Oster et al. (2016) untersuchten den 6-Monats-Verlauf bei Teilnehmerinnen einer ambulanten Kunsttherapie-Gruppe. Dabei berichteten in den Interviews zwei Drittel der Patientinnen von einer Besserung ihrer Symptome, die Hälfte von einer Zunahme an Selbstsicherheit oder Selbstakzeptanz. Eine signifikante Veränderung des GSI der SCL-90 zeigte sich jedoch nicht.

Die offenbar umfangreichste Untersuchung im Fachbereich an 161 chronisch kranken Hausarztpatienten (61% psychische Erkrankungen), leider ebenfalls ohne Kontrollgruppe, wurde für eine spezielle Form der Kunsttherapie, die anthroposophische Kunsttherapie, durchgeführt. Hier ergab sich zwischen Studienaufnahme und allen Follow-Up-Zeitpunkten (bis 4 Jahre nach Studienbeginn) eine signifikante Verbesserung der symptombezogenen Selbst- und Fremdeinschätzung sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Hamre et al. 2009).

Kombination von Richtlinien-Psychotherapie mit körperorientierten oder kreativen Verfahren

Eine Kombination „sprechender“ Psychotherapie mit nonverbalen Verfahren, welche für die psychosomatisch-psychotherapeutischen und auch eine Vielzahl psychiatrischer Stationen in Deutschland selbstverständlich ist, ist im ambulanten Bereich bislang nicht vorgesehen (Rüger et al. 2017). Nichtsdestotrotz sehen von Wietersheim et al. (2008) deutliche Hinweise dafür, dass auch im ambulanten Bereich Kombinationen verschiedener Therapieformen äußerst hilfreich sind. Außer den oben (unter Entspannungsverfahren und Musiktherapie) genannten Quellen gibt es jedoch kaum höherwertige Studien hierzu. Obschon nicht kontrolliert, stellt Beckelmann (1996) ein überzeugend theoretisch fundiertes Modell einer ambulanten Kombination zweier aufeinander folgender, körperbezogener Kurzgruppenangebote mit analytischer Einzel-Fokaltherapie für Patienten mit psychosomatischen Beschwerden dar. Er

1 Einleitung

gibt für 70% der 90 derart behandelten Patienten einen Erfolg oder guten Teilerfolg an (nicht weiter quantifiziert).

1.2 Fragestellungen

Die vorliegende Studie evaluierte ambulante Behandlungen eines medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) unter naturalistischen, nicht experimentell variierten Bedingungen.

Im ersten Teil der Arbeit ging es darum, das untersuchte Patientenkollektiv, die durchgeführten Behandlungen und die testpsychologischen Verläufe darzustellen. Hierbei waren leitende Fragen:

- Wieviele Menschen begaben sich in die Behandlung des MVZs? Welche soziodemografischen Merkmale kennzeichneten sie?
- Welche Diagnosen erhielten die Patienten?
- Wie häufig und in welchen Abständen wurden Verlaufsmessungen durchgeführt? Was wurde in den verschiedenen testpsychologischen Skalen gemessen?
- Wie schwer belastet waren die Patienten in der erhobenen testpsychologischen Diagnostik?
- Welche Arten von Behandlungen wurden vom MVZ angeboten? Wie häufig wurden Psychopharmaka verordnet, wie häufig nichtmedikamentöse Therapien - und wie viele Patienten erhielten beides?
- Wie veränderten sich die gemessenen testpsychologischen Belastungswerte im Verlauf?
- Wieviele Patienten nahmen keine Verlaufsmessung wahr? Was unterscheidet die Gruppe derer, die an mindestens einer Verlaufsmessung teilnahmen von denen, die nicht teilnahmen?

Darauf aufbauend, wurden zur Erarbeitung generalisierbarer Aussagen neun Hypothesen formuliert und statistisch geprüft. Diese lauten:

1 Einleitung

- Hypothese 1: Anhand der Werte der im MVZ verwendeten testpsychologischen Skalen und soziodemografischer Eigenschaften lässt sich eine überschaubare Anzahl wirksamer Hintergrundfaktoren für die erlebte Belastung der Patienten extrahieren.
- Hypothese 2: Die vom MVZ angebotenen Therapien sind nicht zufällig auf die Patienten verteilt. Insbesondere erhalten Patienten mit höheren testpsychologischen Belastungswerten mehr bzw. andere Therapieangebote und häufigere Verordnungen von Psychopharmaka als Patienten mit leichter testpsychologischer Beeinträchtigung.
- Hypothese 3: Veränderungen bilden sich auf Testskalen, die sich auf eine gestellte Diagnose beziehen (z. B. Angstskala bei F41, Depressionsskala bei F32), stärker ab als auf Summationsskalen.
- Hypothese 4: Einen signifikanten Einfluss auf die Veränderung im Messverlauf haben
 - a) auf Patientenseite die Art der diagnostizierten Erkrankung, die testpsychologisch gemessene Gesamtsymptombelastung und Selbstwirksamkeit zu Behandlungsbeginn sowie der Messabstand,
 - b) auf Seite der Behandlung die Art des Therapieangebotes, die Anzahl der durchgeführten Therapieeinheiten und der Status des Therapieangebotes.
- Hypothese 5: Patienten, die eine definierte nichtmedikamentöse Therapie erhalten, zeigen im Behandlungsverlauf eine stärkere testpsychologische Besserung ihrer Belastungswerte als solche, die keine derartige Behandlung durchführen.
- Hypothese 6: Bei Kombination verschiedener Behandlungsangebote kommt es zu einer stärkeren Veränderung als bei Einsatz eines Einzelverfahrens.
- Hypothese 7: Innerhalb des Behandlungsangebotes verbessern Teilnehmer einer Einzel-Psychotherapie sich in ihrem testpsychologischen Verlauf mehr als Teilnehmer eines Entspannungsverfahrens, eines Verfahrens aus dem kreativ-/physiotherapeutischen Bereich oder einer Gruppentherapie.

1 Einleitung

- Hypothese 8: Bzgl. interpersoneller Probleme zeigen Teilnehmer einer Einzel- und/oder Gruppenpsychotherapie eine stärkere Veränderung als die der übrigen Behandlungsangebote.
- Hypothese 9: Eine positive testpsychologische Veränderung im Verlauf von T1 zu T2 ist ein Prädiktor für den weiteren Verlauf von T2 zu T3.

Über die Hypothesentestung hinaus wurden schließlich explorativ folgende Fragen untersucht:

- Wie hoch war die „klinische Signifikanz“ der testpsychologischen T1-T2-Veränderungen?
- Was kennzeichnet die Patienten, die bis zur ersten Verlaufsmessung in der Behandlung des MVZ verblieben, sich in ihrer testpsychologischen Belastung jedoch nicht verbesserten?
- Welche Wechselwirkung bestand zwischen Verordnung von Psychopharmaka und nichtmedikamentöser Therapie?
- Wie veränderte sich das Selbstwirksamkeitserleben bei Patienten, deren Symptombelastung sich im Verlauf verbesserte, im Vergleich zu denen, die keine Besserung erfuhren?

2 Datenerhebung und Methoden

2.1 Die Behandlungseinrichtung und das Behandlungskonzept

Die Daten der vorliegenden Untersuchung beziehen sich auf ambulante Behandlungen des medizinischen Versorgungszentrums für körperliche und psychische Gesundheit Timmermann & Partner. Das MVZ hat seinen Hauptsitz in Cuxhaven. Es wurde im Oktober 2005 gegründet als Umwandlung der zuvor bestehenden fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis Timmermann und Partner. Von 2007 bis 2013 wurden vier Zweigstellen eröffnet in Hemmoor (Landkreis Cuxhaven), Reppenstedt (Landkreis Lüneburg), Norden (Ostfriesland) und Hymendorf (Landkreis Cuxhaven)³.

Die inhaltliche Ausrichtung des MVZs ist fachübergreifend mit einem Schwerpunkt auf Erkrankungen im Wechselspiel von Seele und Körper. Fünf Fachärzte decken fachlich die Gebiete Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Allgemeinmedizin ab, sie werden ergänzt durch zwei ärztliche Weiterbildungsassistenten. Als weitere Behandler sind im MVZ zwei Psychologische Psychotherapeutinnen, eine Kinder- und Jugendpsychotherapeutin, Ergotherapeutinnen, Physiotherapeuten, eine Musiktherapeutin, eine Logopädin, eine Sozialarbeiterin, Sozialpädagoginnen, Ökotrophologinnen, eine Heilerziehungspflegerin sowie ein Reittherapeut tätig. Die Organisation des Praxisbetriebes gewährleisten medizinische Fachangestellte, eine Gesundheitswissenschaftlerin und eine Bürokauffrau. Mit seiner Personalausstattung von 5 Gesellschaftern und 25 bis 30 Angestellten⁴ sowie freien Mitarbeitern dürfte es sich beim MVZ für körperliche und psychische Gesundheit Timmermann & Partner um bundesweit eine der größten ambulanten Versorgungseinrichtungen des Fachbereiches handeln.

Im Untersuchungszeitraum wurden pro Quartal etwa 750 bis 950 Patienten behandelt (Timmermann 2008 sowie pers. Mitteilung), davon etwa ein Viertel Kinder und Jugendliche. Entsprechend waren etwa drei Viertel der 220 bis 260 Richtlinienpsychotherapieplätze im

³ Quellen: Flyer und Homepage des MVZ für körperliche und psychische Gesundheit Timmermann & Partner

⁴ Quellen: Flyer, Homepage sowie persönliche Mitteilungen des Geschäftsführers des MVZ für körperliche und psychische Gesundheit Timmermann & Partner

2 Datenerhebung und Methoden

Erwachsenenbereich angesiedelt, ca. die Hälfte im Einzel- und die andere Hälfte im Gruppensetting. Als Richtlinienverfahren wurden sowohl tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie als auch Verhaltenstherapie angeboten.

Die restlichen Patienten wurden im Rahmen der ärztlichen Sprechstunden niederschwellig begleitet und erhielten zu einem großen Teil eine Mitbehandlung durch Ergo-, Physio- oder Soziotherapeuten in Form von Ergotherapie, Entspannungsverfahren, Physiotherapie, Musiktherapie oder anderen Ansätzen aus dem bewegungsorientiert-kreativen Bereich. Diese wurde entweder direkt vom MVZ als sensomotorische Übungsbehandlung (SME) angeboten und abgerechnet oder per Rezeptverordnung (Physio-/Ergotherapie, Logopädie) häufig durch die im MVZ ansässigen Therapeuten umgesetzt.

Die Entscheidung über ein für den individuellen Patienten sinnvolles Therapieangebot traf der jeweilige ärztliche Fallmanager unter Abwägung eines für den aktuellen Krankheitszustand geeigneten Verfahrens, der Patientenpräferenz sowie vorhandener freier Plätze. Konzeptuell legte das MVZ ferner für jeden Patienten Wert auf eine testpsychologische Eingangsdiagnostik, eine körperliche Untersuchung und das Angebot einer Ernährungsberatung. Nähere Informationen über das Behandlungskonzept finden sich bei Timmermann (2008 und 2014).

Konkret bedeutet dies, dass ein Patient, der das MVZ wegen eines psychischen oder psychosomatischen Leidens aufsuchte, nach der Eingangsdiagnostik möglicherweise weder das Angebot auf probatorische Sitzungen einer Psychotherapie bekam noch in Ermangelung eines solchen Angebotes an andere Praxen verwiesen wurde, sondern eine Verordnung erhielt z. B. für 6 Termine zum Erlernen eines Entspannungsverfahrens oder eine (z. B. psychosomatisch orientierte) Einzel-Physiotherapie, ggfs. kombiniert mit einem medikamentösen Therapievorschlag. Bei der nächsten Besprechung mit dem Bezugsarzt wurde diese Behandlung evaluiert und erneut geschaut, welches Angebot nun passend sein könnte.

Damit bestehen folgende grundlegende Unterschiede zwischen dem Behandlungskonzept des MVZs und dem einer in diesen Jahren üblichen psychotherapeutischen Versorgungspraxis:

- zeitnahe Erstvorstellung des Patienten (innerhalb von 4 Wochen) bei einem psychiatrisch-psychosomatisch erfahrenen Arzt = Fallmanager,

2 Datenerhebung und Methoden

- nach der Erstvorstellung i.d.R. zeitnahe Versorgung mit einem Therapieangebot (Beginn innerhalb von 1-2 Wochen), welches in einem bedeutenden Teil der Fälle jedoch nicht durch (ärztliche oder psychologische) Psychotherapeuten, sondern durch Physio- oder Ergotherapeuten oder Sozialarbeiter durchgeführt wurde,
- in Absprache mit dem ärztlichen Fallmanager im Verlauf ggfs. Verordnung eines zusätzlichen oder nachfolgenden Behandlungsangebotes anderer Art.

Mit diesem Modell versorgte ein Facharzt im MVZ unter seiner Aufsicht ca. 150 bis 190 ambulante Patienten pro Quartal, auf einen ärztlichen oder psychologischen Behandler kamen im Schnitt 80 bis 110 Patienten pro Quartal.

2.2 Allgemeines zur Datenerhebung

Der erste Teil der Daten entstammt den Erhebungen über das vom MVZ zur Qualitätsprüfung eingesetzte Dokumentationssystem Psychosomatische Medizin (DSP), welches in Kooperation der Fachgesellschaft DGPM mit der Software-Firma Cibait AG entwickelt wurde. Nähere Erläuterungen zur Entwicklung des Systems und seinen Merkmalen sind nachzulesen bei Palmowski 2009. Die für die vorliegende Studie bereit gestellten Daten beschränken sich auf den Erwachsenenbereich des MVZs, u. a. da die eingesetzten Testinstrumente nicht für den Einsatz bei Kindern vorgesehen bzw. validiert sind.

Die Dateneingabe im Dokumentationssystem wurde begonnen am 02.12.2008, der letzte Fall wurde angelegt am 02.10.2014. Einmalig bei Erstaufnahme wurden jeweils Zuweisungsweg, Geburtsdatum und Geschlecht eingetragen. Im Rahmen von bis zu sechs individuellen Folgeerhebungen wurden zusätzlich jeweils aktuell erfasst:

1. Über den innerhalb des DSP standardmäßig eingesetzten Patientenfragenbogen Angaben zum aktuellen psychosozialen Status der Patienten und Vorbehandlungen in den letzten 12 Monaten. Dieser erste Teil wurde von MVZ-Mitarbeiterinnen erfragt und eingegeben.
2. Testpsychologische Antwort-Codes (Ziffern 0 bis 4) für die 29 Items des ICD-10-Symptom-Ratings (ISR) sowie für die 49 Items des Hamburger-Module-Fragebogens HEALTH-49. Die Antworteingaben für die insgesamt 78 Items führten die Patienten im MVZ selbständig an einem speziell dafür vorgesehenen kleinen Handcomputer aus.
3. Ferner wurden zu jedem der Erhebungszeitpunkte durch Mitarbeiter des MVZs ergänzt:

2 Datenerhebung und Methoden

- Diagnosen (nach ICD-10) sowie
- in den jeweils vergangenen 12 Monaten veranlasste und erbrachte Leistungen (Arzneimittelverordnungen, AU-Bescheinigungen, Ein-/Überweisungen, weiterführende diagnostische Veranlassungen und EBM-Ziffern der abgerechneten Leistungen) sowie Anzahl interner Arzt-Patienten-Kontakte. Die Verordnung von Psychopharmaka wurde dabei in ihrer Anzahl erfasst, jedoch nicht weiter differenziert nach Substanzgruppe oder verordneter Packungsgröße.

Diese Daten wurden schließlich noch ergänzt durch die im MVZ durchgeführten nichtmedikamentösen Therapien und die durch das MVZ bescheinigten AU-Zeiten der Patientenfälle. Diese Erfassung erfolgte unabhängig von der DSP-Datenerhebung in einer getrennten Excel-Tabelle, welche in der vorliegenden Arbeit mittels der jeweiligen Pat.-ID mit der DSP-Datensammlung zusammengeführt wurde. Die hierin dokumentierten Therapien begannen zwischen dem 01.11.2000 und dem 16.02.2015 und endeten zwischen dem 08.11.2000 und dem 21.7.2015. Das bedeutet, die Erfassung der durchgeführten nichtmedikamentösen Therapien und AU-Zeiten begann etwas mehr als acht Jahre vor der ersten DSP-Messerhebung.

Im Einzelfall liegen bis zu 12 Jahre zwischen der ersten dokumentierten nichtmedikamentösen Therapie und der Aufnahme ins DSP-Erhebungssystem. Für die statistische Auswertung hat dies u.a. zur Konsequenz, dass

- die erste testpsychologische Erhebung im DSP-System (T1) nicht als echte „Prä“-Erhebung gewertet werden kann, da ein großer Teil der Patienten zu diesem T1-Zeitpunkt bereits dokumentierte (bereits beendete oder noch laufende) Behandlungen durch das MVZ in Anspruch genommen hatte,
- die Häufigkeit der Verordnung von Psychopharmaka (erfasst als DSP-Leistungsmerkmal ab 12 Monate vor der ersten Messerhebung) nur eingeschränkt mit den Häufigkeiten durchgeführter nichtmedikamentöser Therapien (erfasst seit 2000) vergleichbar ist.

2.3 Datenschutz

Die an der Datenerhebung teilnehmenden Patienten willigten vor der Teilnahme schriftlich ein, dass ihre Behandlungsdaten zu Zwecken der Qualitätssicherung bzw. zu

2 Datenerhebung und Methoden

wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet werden dürfen. Vor der Weitergabe der Behandlungsdaten an die auswertende Klinik wurden vom behandelnden MVZ die Namen, Anschriften sowie Geburtstage und -monate der Teilnehmer entfernt und zur Pseudonymisierung den Datensätzen jeweils eine Patienten-ID-Nummer vorangestellt.

Das Promotionsvorhaben wurde der Ethikkommission der UMG vorgelegt und erhielt am 20.11.2015 unter der Antragsnummer DOK_59_2015 eine entsprechende Freigabe.

2.4 Die eingesetzten Instrumente

2.4.1 DSP-Patientenfragebogen

Dieser erfragt Angaben zum psychosozialen Status (wie Nationalität, Familienstand, Partnerschaft, Kinderzahl, Schul-/Berufsabschluss, berufliche Tätigkeit, Art des Haupteinkommens, Rentenstatus und Arbeitsunfähigkeit) sowie Angaben zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (Kontakte zu Hausärzten, externen Fachärzten, Psychologischen Psychotherapeuten, Krankenhausaufenthalte und Reha-Behandlungen) in den vergangenen 12 Monaten.

2.4.2 ICD-10-Symptom-Rating (ISR)

Das ISR ist ein kurz gefasster Selbstbeurteilungs-Bogen, der Symptome häufiger psychisch-psychosomatischer Störungen in enger Anlehnung an das geltende ICD-10-Klassifikationssystem erfasst. Tabelle 1 gibt einen Überblick über seine Skalen:

Tabelle 1: Skalen des ICD-10-Symptom-Rating (ISR)

Skala	Anzahl an Items	
Depressionsskala	4	Durchschnitt der sechs Skalen-Mittelwerte = ISR Gesamtskala (Zusatzskala doppelt gewichtet)
Angstskala	4	
Zwangsskala	3	
Somatisierungsskala	3	
Essstörungsskala	3	
Zusatzskala	12	

Das Ausmaß evtl. vorliegender Symptome soll jeweils anhand fünf vorgegebener Stufen eingeschätzt werden (0= trifft nicht zu; bis 4= trifft extrem zu). Für jede Syndromskala sowie

2 Datenerhebung und Methoden

die Zusatzskala wird ein Mittelwert gebildet. Schließlich wird als Maß der Gesamtbeeinträchtigung aus den genannten sechs Skalen ein Gesamtwert berechnet („ISR Gesamtscore“), in den die Zusatzskala wegen ihres größeren Umfangs doppelt eingeht.

Die Normierung wurde an einer klinischen Stichprobe mit etwa 12000 Patienten aus 10 Einrichtungen (Poliklinik-, Krankenhaus- und Rehabilitationsbehandlung) sowie einer klinisch unauffälligen Repräsentativstichprobe mit etwa 2500 Teilnehmern durchgeführt (Tritt et al. 2010).

Es liegt eine Reihe von Reliabilitäts- und Validierungsstudien aus vier großen Stichproben vor, die im Handbuch von Tritt et al. (2015) zusammenfassend dargestellt sind. Hier zeigte sich eine insgesamt befriedigende Reliabilität (Cronbachs Alpha für die Scores der Skalen zwischen 0.76 und 0.84; Test-Retest-Reliabilität für die Gesamtskala $r = 0.89$). Die Cronbachs Alpha-Werte für das Depressions- und Angstsyndrom erreichten dabei mit deutlich weniger Items eine ähnliche Höhe wie die Skalen der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Fischer et al. 2011). Die Übereinstimmungsvalidität war zufriedenstellend (Höhere ISR Scores in den Syndromskalen gaben Hinweise auf das Vorliegen einer entsprechenden ICD-10-Diagnose).

Zur Konstruktvalidität liegen Vergleiche mit dem PHQ-D, SCL-90-R und BDI vor (Brandt 2009, Tritt et al. 2015). Hier konnten die Konvergenz- und Diskriminanzvalidität belegt werden (überwiegend hohe Korrelationen zwischen den konstruktverwandten Skalen, geringere Korrelationen zwischen konstruktverschiedenen Skalen). Ferner bestätigte eine umfängliche faktoranalytische Prüfung die Faktorenlösungen des ISR (Tritt et al. 2015).

Für die fünf Syndromskalen und die Gesamtskala sind Cutoffs für Stufen unterschiedlicher Symptombelastung erarbeitet worden (Tritt et al. 2015). Diese trennen jeweils zwischen „klinisch unauffällig“, „Verdacht auf“ sowie geringer, mittlerer und schwerer Symptombelastung. Die „Verdacht auf“-Stufe wurde dabei für den Einsatz des ISR als Screening-Instrument konzipiert. Sie deckt nur einen kleinen Wertebereich ab, erhöht damit aber die Sensitivität des Tests. Für den Einsatz im klinischen Kontext ist vorgesehen, diese Stufe zur Erhöhung der Spezifität mit der Stufe „klinisch unauffällig“ zusammenzufassen. Dem Anwendungsbereich entsprechend, wurde in der vorliegenden Arbeit die vierstufige Variante eingesetzt. Die gemeinsame Stufe geringster Symptombelastung wird im Folgenden bezeichnet mit „keine bis Verdacht auf Belastung“ oder „keine eindeutige Belastung“.

2 Datenerhebung und Methoden

Der Fragebogen kann lizenzfrei eingesetzt werden.

2.4.3 Hamburger Module zur Erfassung psychosozialer Gesundheit (HEALTH-49)

Die Ursprungsversion „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis“ (HEALTH) ist ein 79 Items umfassendes Selbstbeurteilungsinstrument, das zur ökonomischen Erfassung unterschiedlicher Aspekte psychosozialer Gesundheit entwickelt wurde. Die HEALTH-49 stellen die auf 49 Items verkürzte Fassung dar. Sie umfassen sechs Module mit neun Skalen. Das Modul A bezieht sich auf Krankheitssymptome. Aus seinen drei Skalen resultiert der einzige Gesamtwert der HEALTH-49 mit der Bezeichnung „Psychische und somatoforme Beschwerden“. Die anderen fünf Module fokussieren auf krankheitsunabhängige psychosoziale Ebenen. Einen Überblick über die Struktur der HEALTH-49 gibt Tabelle 2:

Tabelle 2: Überblick über Module und Skalen des HEALTH-49

Modul	Skala	Kurzform	Anzahl an Items	
A	Somatoforme Beschwerden	SOM	7	Gesamtwert = Psychische und somatoforme Beschwerden (PSB)
	Depressivität	DEP	6	
	Phobische Ängste	PHO	5	
B	Psychisches Wohlbefinden	WOHL	5	
C	Interaktionelle Schwierigkeiten	INT	7	
D	Selbstwirksamkeit	SELB	5	
E	Aktivität und Partizipation	A&P	6	
F	Soziale Unterstützung	SOZU	4	
	Soziale Belastung	SOZB	4	

Ähnlich wie beim ISR sollen die Klienten bzw. Patienten das Zutreffen der vorgestellten Items in jeweils fünf Stufen angeben (0= nicht/nie/stimmt nicht; bis 4= sehr/immer/stimmt sehr). Die Module sind so konzipiert, dass höhere Skalenwerte jeweils eine höhere Beeinträchtigung oder Belastung ausdrücken. Da die Skalen Psychisches Wohlbefinden, Selbstwirksamkeit und Soziale Unterstützung in ihren Items ressourcenorientiert fragen, müssen die hier erhaltenen Werte zur Auswertung invertiert werden.

2 Datenerhebung und Methoden

Die HEALTH-49 wurden an knapp 6.000 Patienten bundesweit repräsentativ ausgewählter Hausarztpraxen und etwa 1.500 Patienten aus 12 psychosomatischen Reha-Kliniken psychometrisch überprüft (Rabung et al. 2009). Die internen Konsistenzen der Skalen waren dabei mit Werten für Cronbachs Alpha zwischen 0.82 und 0.91 hoch. Lediglich die Skala SOZB lag mit einem Wert von 0.73 bzw. 0.76 darunter. Die Aufteilung in die neun Skalen konnte faktorenanalytisch gut bestätigt werden. Ihre Interkorrelationen zeigten sich als gering, während die Korrelationen der untersuchten Skalen SOM, DEP, PHO und INT mit konstruktverwandten Skalen jeweils hoch oder sehr hoch waren (ebd.).

Anhand der beiden genannten Stichproben wurden für jede der neun Skalen und die Summenskala Cutoff-Werte als Hinweis auf vorliegende psychische Gesundheit vs. Krankheit erarbeitet (Rabung et al. 2007). Leider gibt es über diese zweistufige Auswertung der Messergebnisse hinaus keine Cutoff-Werte für unterschiedliche Belastungsstufen innerhalb des krankheitswertigen Bereichs. Bzgl. der Verteilungskennwerte fiel bei der Skala PHO in beiden Stichproben, bei der Skala DEP nur in der Hausarztstichprobe eine deutliche Rechtschiefe mit starken Deckeneffekten auf (jeweils >30% der Fälle entfallen auf die niedrigste Antwortstufe). Damit fallen diese beiden Skalen für eine (annähernd valide) lineare Transformation aus. Die anderen sieben Skalen zeigten sich deutlich normaler verteilt und kommen damit für eine mehrstufige Auswertung über eine lineare Transformation, z. B. in eine T-Verteilung, infrage.

Die HEALTH-49 können kostenfrei im Internet abgerufen werden. In der folgenden Arbeit wird bei der Zuordnung von Skalen zu den beiden eingesetzten Testverfahren (ISR oder HEALTH-49) der Einfachheit halber von *den HEALTH-Skalen* gesprochen. Gemeint ist dabei immer die Kurzform, die HEALTH-49.

2.5 Die Messerhebungen

Der Begriff der Messerhebung bezieht sich auf die ab Dezember 2008 im MVZ stattfindenden, standardisierten Datenerhebungen. Diese wurden für jeden Patienten zu einem individuellen Zeitpunkt durchgeführt. Die erste Messerhebung (T1) erfolgte bei den sich bereits im MVZ in Behandlung befindenden Patienten während der nächsten auf Dezember 2008 folgenden Vorstellung. Bei Neuanmeldungen ab Dezember 2008 erfolgte die erste Erhebung während

2 Datenerhebung und Methoden

der Erstvorstellung. Im Abstand von ca. 1-2 Jahren wurden bei den weiterhin in Behandlung verbleibenden Patienten bis zu fünf Folgeerhebungen (T2 bis T6) durchgeführt. Bei jeder Folgeerhebung sank die Zahl der daran teilnehmenden Patienten. Einen Überblick über die auf die sechs Erhebungen bezogenen Daten gibt Tabelle 3:

Tabelle 3: Anzahl der vorliegenden Datensätze (n) zum jeweils individuellen Erhebungszeitpunkt

Erhebung	psychosoziale Daten (DSP-Fragebogen)	ISR	HEALTH-49	Diagnosen	Leistungen (in den vergangenen 12 Monaten)
T1	2685	2664	2673	2596	187*
T2	661	657	662	716	587
T3	247	246	248	266	208
T4	95	94	95	103	74
T5	34	34	34	36	16
T6	6	6	6	7	1

ISR = ICD-10-Symptom Inventory, HEALTH = Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis; *: bezieht sich auf den Zeitraum ab 12 Monaten vor T1 bis T1

Vorgesehen war, die Folgeerhebungen jeweils nach Ablauf etwa eines Jahres durchzuführen. Der zeitliche Abstand zwischen den Messerhebungen variierte in der Praxis jedoch erheblich, wie in Tabelle 4 ersichtlich ist.

Tabelle 4: zeitliche Abstände zwischen den sechs Messerhebungen

Abstände in Tagen	T1-T2 in Tagen	T1-T3 in Tagen	T1-T4 in Tagen	T1-T5 in Tagen	T1-T6 in Tagen
Minimum	34	510	997	1337	2008
Maximum	2087	2046	2114	2127	2098
Mittelwert mit SD	517 ± 259 (= 1.4 Jahre)	1001 ± 287 (= 2.7 Jahre)	1394 ± 236 (= 3.8 Jahre)	1781 ± 217 (= 4.9 Jahre)	2057 ± 35 (= 5.6 Jahre)
Median	438 (= 1.2J.)	916 (= 2.5J.)	1354 (= 3.7J.)	1792 (= 4.9J.)	2058 (= 5.6J.)

Gültige Fälle: n=661 bis n=6; SD = Standardabweichung

Abbildung 1 zeigt die Verteilung der Messabstände zwischen der ersten (T1) und zweiten (T2) Messerhebung im Vierteljahr-Raster. Grafisch ist insbesondere die breite Streuung (Standardabweichung knapp 9 Monate) gut zu erkennen.

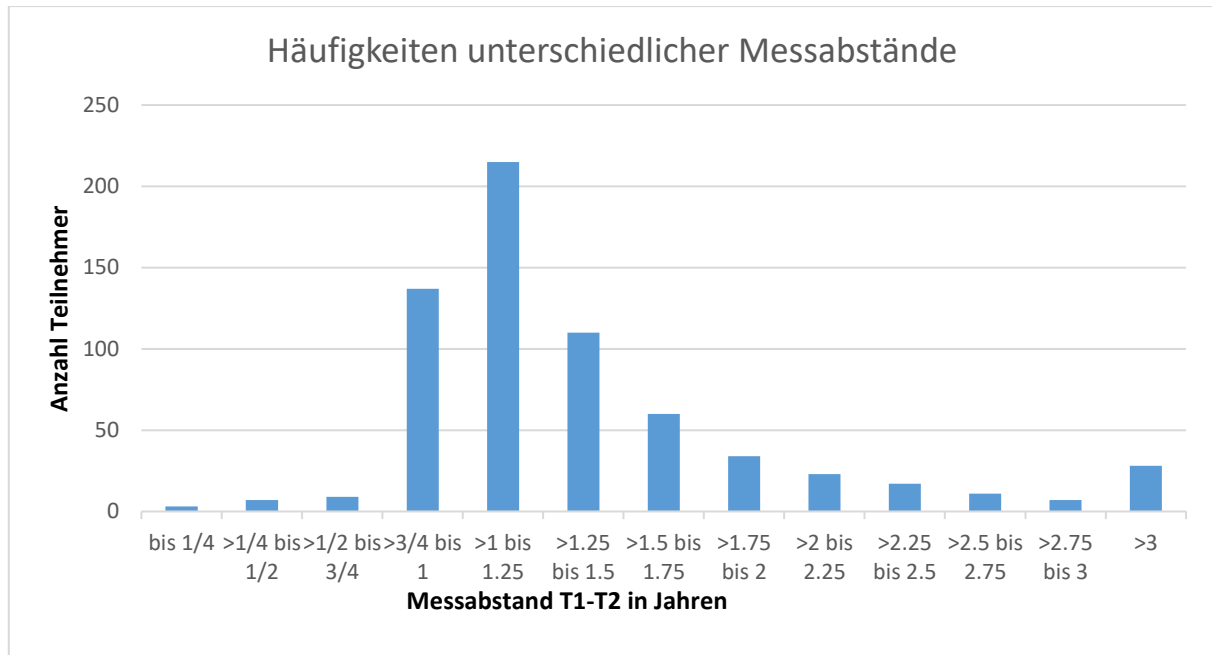


Abbildung 1: Häufigkeiten unterschiedlicher Messabstände zwischen T1 und T2

n=661; die letzte Kategorie erfasst als Sammelgruppe alle Messabstände von mehr als 3 Jahren

2.6 Die statistische Auswertung

2.6.1 Auswahl von Standard-Testskalen

Aus den Messerhebungen lagen jeweils Verlaufswerte für 17 Testskalen vor. Da in der aktuellen Arbeit eine Vielzahl an Fragestellungen untersucht wird, erschien es sinnvoll, die Prüfung der Fragestellungen auf eine Auswahl relevanter Skalen zu reduzieren. Als wesentlich für die Zwecke der Untersuchung wurde zunächst die Symptombelastung der Patienten in einer breit abbildenden Form eingeschätzt, hier bot sich die ISR *Gesamtskala* (ISR GS) an. Als psychotherapeutisch interessante Variable wurde ferner die HEALTH-Skala *Interaktionelle Schwierigkeiten* (INT) ausgewählt. Schließlich wurden in Anlehnung an einen Vorschlag der WHO (1948) Dimensionen der Lebensqualität in Form der HEALTH-Skalen *Psychisches Wohlbefinden* (WOHL) sowie *Aktivität und Partizipation* (A&P) als weitere Standard-Verlaufsmaße aufgenommen. Damit resultieren vier Standard- oder Referenzskalen, die je nach spezieller Fragestellung um weitere Skalen ergänzt wurden.

2 Datenerhebung und Methoden

2.6.2 Rahmen für nichtmedikamentöse Therapien

Ein Abwägen erforderte die Frage, ab welcher Anzahl wahrgenommener Termine eine nichtmedikamentöse Behandlung retrospektiv als Therapie gewertet werden sollte, von der eine etwaige messbare Wirkung erwartet werden konnte. Ein hoher Anteil der Patienten des MVZ nahm nur jeweils wenige Termine der verschiedenen Therapieangebote wahr, sodass ein Festlegen auf eine Mindestzahl von z. B. 25 Terminen eines Verfahrens einen Großteil der Behandlungen von der näheren Betrachtung ausgeschlossen hätte. Andererseits war durch die Teilnahme an zwei oder drei Terminen realistischer Weise keine Wirkung zu erwarten, die sich in der Folgemesserhebung nach einem Jahr als statistisch belastbar erweisen würde.

Da die vorliegende Untersuchung ganz explizit die Vielfalt der im Cuxhavener MVZ angebotenen Therapien berücksichtigen und auch verschiedene Behandlungsformen vergleichen wollte, entschieden wir, für einen „Basis-Check“ alle Behandlungen mit einer Mindestzahl von sechs Terminen eines Verfahrens einzuschließen. Dies entspricht dem Standardumfang eines Kurses in Entspannungsverfahren. In einer orientierenden grafischen Darstellung der durchschnittlichen Veränderung in der ISR Gesamtskala in Abhängigkeit von der Anzahl stattgehabter Behandlungstermine ließ sich ein Veränderungseffekt ab etwa einer Gesamtanzahl von 21 bis 25 Terminen erahnen (s. Abschnitt 3.6.4). Daher wurde bei der Prüfung auf Verlaufseffekte zusätzlich eine Therapie-Variable mit einer Mindestgesamtzahl von 21 Terminen einbezogen.

2.6.3 angewandte statistische Methoden:

Die Berechnungen erfolgten mit dem Statistikprogramm SPSS der Firma IBM in der jeweils aktuellsten Version (23.0 und 24.0). Für einige komplexere Fragestellungen wurde Rat eingeholt von der Statistikberatung der Göttingen Universität. Die dortigen Berater befürworteten auch den Einsatz parametrischer Verfahren trotz nicht streng vorliegender Normalverteilung der Daten - u.a. mit Verweis auf die recht stabile Größe der Stichprobe.

Im Zuge der statistischen Arbeit wurden aus den bestehenden knapp Eintausend Variablen Hunderte von neuen Variablen erstellt. Einige dienten nur als „Zwischenschritt“, um mit ihrer Hilfe Variablen zu erhalten, die schließlich die gewünschten Berechnungen ermöglichten. Einer der Umstände, die dies erforderlich machten, waren die Informationen zu den durchgeführten nichtmedikamentösen Therapien, die sich pro Fall in bis zu 13 verschiedenen

2 Datenerhebung und Methoden

Sätzen von Variablen verbargen und in keinerlei zeitlichem Bezug zu den fortlaufenden testpsychologischen Messerhebungen standen. Hier wurde in mehreren Schritten eine Variable erstellt, die die Gesamtheit der durchgeführten Behandlungen pro Patient in Form eines Dezimal-Codes darstellt. Hierauf basierend konnten dann für die späteren Hypothesentestungen dichotome oder mehrstufige Variablen gebildet werden, die das Absolvieren definierter Bedingungen in Bezug auf die verschiedenen Therapieformen (Einzelpsychotherapie, Kreativ-/Physiotherapie, Entspannungsverfahren, Gruppentherapie) anzeigen.

Als weitere, die Hypothesenprüfung vorbereitende Schritte wurden Korrelationen der verschiedenen Testskalen und später von Variablen, die für die multifaktorielle Testung als Einflussfaktoren auf den testpsychologischen Verlauf in Frage kamen, als Pearson-Korrelationen oder Kendalls Tau-b berechnet. Die Beschreibung des Patientenkollektivs erfolgte mittels deskriptiver Statistik. Zur vergleichenden Signifikanzprüfung wurden t-Tests und Varianzanalysen, in einigen Fällen auch Kreuztabellen verwendet.

Das nominelle Alpha-Niveau wurde für alle statistischen Signifikanzaussagen auf 0.05 festgelegt. Für die Berechnung von Effektstärken wurde bei Vergleichen entlang der Zeitachse (T1-T2) die T1-(„Prä“-)Standardabweichung, bei Zwischengruppenvergleichen die gepoolte Standardabweichung der beiden Gruppen zugrunde gelegt.

Für Hypothese 1 wurde eine explorative Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse) durchgeführt. Zur Betrachtung der Verteilung der durchgeführten Behandlungen auf unterschiedliche Kohorten-Subgruppen (Hypothese 2) wurden t-Tests, einfache Varianzanalysen sowie Kreuztabellen mit Chi-Quadrat-Prüfung eingesetzt, an zwei Stellen über die Kreuztabellen-Funktion auch das Quotenverhältnis (Odds-Ratio) bestimmt. Für Hypothese 3 wurden über SPSS einige t-Tests für verbundene Stichproben durchgeführt und im Nachhinein aus den Ergebnissen der deskriptiven Statistik „per Hand“ die jeweiligen Effektstärken der T1-T2-Veränderung berechnet.

Der statistisch komplexeste Teil der vorliegenden Untersuchung war die Prüfung der vermuteten Einflussfaktoren auf den testpsychologischen Verlauf T1-T2 (Hypothese 4). Für einen orientierenden Überblick wurden zunächst für unterschiedliche Formen der vermuteten Prädiktorvariablen und zusätzlich für mögliche, ebenfalls im Datensatz enthaltene

2 Datenerhebung und Methoden

Kovariablen einzeln zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung durchgeführt. In diesen stellt die Messwiederholung den ersten Faktor, die jeweilige unabhängige Variable den zweiten Faktor dar. Die hierbei erhaltenen p-Werte für die Innersubjekteffekte (Wechselwirkung Zeit x Faktor) und Zwischensubjekteffekte blieben zunächst ohne Fehlerkorrektur.

Zur Korrektur des mit der multiplen Testung absehbar erhöhten Alpha-Fehlers sowie zur Kontrolle durch die Kovariablen wurden in einem zweiten Schritt die in der zweifaktoriellen Testung mit signifikantem Einfluss auf den Verlauf herausgegangenen Variablen für jede der vier Testskalen multifaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung unterzogen und darin auf ihre Haupteffekte untersucht. Dabei wurde für jeden inhaltlichen Faktor jeweils nur noch eine Form zugelassen. Zudem wurde vor Eingang in die multifaktoriellen Testungen eine Korrelationsmatrix aller in die Analyse einfließenden Faktoren erstellt. Hier korrelierten die beiden verbliebenen intervallskalierten Variablen (ISR Gesamtskala T1 und HEALTH-Skala Selbstwirksamkeit T1) nach Pearson > 0.5 , die sechs die durchgeführten nichtmedikamentösen Therapien näher definierenden Variablen allesamt mit einem Kendalls-Tau-b > 0.7 , sodass in diesen Gruppen jeweils die Anzahl der gleichzeitig getesteten Variablen selektiv reduziert werden musste.

Wie unter 3.6.9 illustriert, stellte sich der Messabstand als auf unglücklichen Erhebungsabläufen beruhende Störgröße heraus. Um diese zu eliminieren, wurden die o.g. Varianzanalysen wiederholt unter ausschließlicher Berücksichtigung von Patienten mit sinnvollem T1-T2-Messabstand zwischen einem Vierteljahr und zwei Jahren. Hier fanden schließlich sowohl die zweifaktoriell gewonnenen p-Werte (Tendenz zur Überschätzung des Einflusses) als auch die multifaktoriell korrigierten (evtl. Unterschätzung des Effektes) als Ergebnisse Berücksichtigung.

Für Hypothese 5 wurden zunächst zur Einschätzung des testpsychologischen Verlaufs Effektstärken der T1-T2-Veränderung berechnet (verbundene Stichproben). Um Effekte für verbundene und unabhängige Stichproben vergleichen zu können, wurde der Empfehlung von Morris und DeShon (2002) zur Berechnung eines d_{rm} (für repeated measures) gefolgt, welches über die Korrelation r der T1- u. T2-Messung korrigiert wird.

2 Datenerhebung und Methoden

Um darüber hinaus näherungsweise Aussagen über die Effektstärken der durchgeführten Behandlungen treffen zu können, wurden retrospektiv zwei Interventionen (A und B) definiert und der Verlauf der Patienten mit stattgehabter jeweiliger Intervention mit dem der Patienten ohne eine der definierten Behandlungen verglichen. In zweifaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung wurden die Zeit-Gruppen-Interaktionen auf Signifikanz getestet und die Stärke des gruppentrennenden Effektes zunächst als partielles η^2 bestimmt. Um zur Einordnung gegenüber den reinen T1-T2-Verlaufseffekten auch für den Vergleich der Behandlungsgruppen eine Effektstärke aus der d-Familie zu erhalten, wurde zusätzlich für jeden Gruppenvergleich ein d_{ppc2} für Interventionsstudien mit Prä-Post-Kontrollgruppen-design berechnet, welches auf einem Vorschlag von Morris (2008) beruht. Dieses basiert auf der Differenz der mittleren T1-T2-Veränderungen beider Gruppen, geteilt durch die gepoolte Standardabweichung der T1-Messungen.

Zum Prüfen von Unterschieden im testpsychologischen Outcome von Gruppen mit verschiedenen Formen durchgeführter nichtmedikamentöser Therapie (Hypothesen 6 bis 8) wurden diverse zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung durchgeführt. Zielwerte waren jeweils sowohl die Zwischensubjekteffekte („Lage“ zu T1) als auch die Innersubjekteffekte (Wechselwirkung Zeit x Gruppenfaktor; „Verlauf T1-T2“). Angewendet wurden diese zum einen auf den „Dosis-Vergleich“ eines Therapieverfahrens gegenüber zwei oder mehr Therapieverfahren (Hypothese 6), zum anderen auf den „Therapieform-Vergleich“ Einzelpsychotherapie versus Entspannungsverfahren, Kreativ-/Physiotherapie oder Gruppentherapie (Hypothese 7) sowie Einzelpsychotherapie und/oder Gruppentherapie versus Kreativ-/Physiotherapie und/oder Entspannung (Hypothese 8).

Für Hypothese 9 wurden zunächst Variablen in zwei- und drei-stufiger Ausprägung definiert, die die testpsychologische Veränderung im Messverlauf T1-T2 angaben. Diese wurden dann in zweifaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholungsdesign skalenbezogen als jeweilige Einflussfaktoren auf den Verlauf T2-T3 getestet.

3 Ergebnisse

3.1 Beschreibung der Stichprobe

3.1.1 Geschlechterverhältnis, Alter, Nationalität und Partnerschaft

Die Patientenkohorte besteht zu fast zwei Dritteln (65.1%) aus Frauen und etwas mehr als einem Drittel (34.9%) aus Männern. Knapp 40% sind verheiratet, ein weiteres gutes Viertel lebt in fester Partnerschaft. Das Alter der Patienten variiert zwischen 16 Jahren (1 Fall) und 88 Jahren (1 Fall). Das Altersmittel unterscheidet sich zwischen Männern und Frauen nicht signifikant. Einen Überblick über die soziodemografischen Basisdaten der Patientenkohorte zum Zeitpunkt der ersten Messerhebung (T1) liefert Tabelle 5:

Tabelle 5: Übersicht soziodemografischer Basisdaten (Gesamtkohorte)

	Gesamt	Männer n=937 (34.9%)	Frauen n=1748 (65.1%)
Alter (Jahre)	41.4 ± 14.2 min. 16 max. 88	41.1 ± 13.7	41.6 ± 14.5
Nationalität			
D	93.6%	94.7%	93.1%
EU Sonstige	3.3%	2.6%	3,7%
Welt Sonstige	3.1%	2.8%	3.2%
Partnerschaft			
verheiratet	38.0%	39.3%	37.2%
feste Partnerschaft, nicht verheiratet	25.2%	23.3%	26.2%
keine feste Partnerschaft	36.9%	37.5%	36.6%

gültige Fälle: n=2685

Für spätere Subgruppen-Vergleiche wird eine Aufteilung der Kohorte in drei Alterskategorien vorgenommen. Die Gruppe der jüngeren Patienten (16 bis 35 J.) macht mit 35.9% dann etwas mehr als ein Drittel aus, die mittlere Altersgruppe (36 bis 55 J.) knapp die Hälfte (46.8%) und die Gruppe der älteren Patienten etwas mehr als ein Sechstel (17.3%). Nur 115 Patienten (4.3%) sind älter als 65 Jahre. Die Aufteilung der drei Altersgruppen illustriert Abbildung 2:

3 Ergebnisse

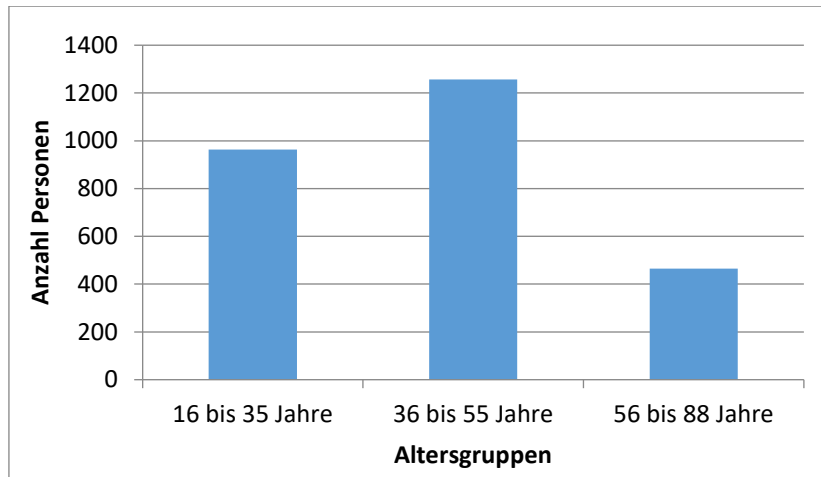


Abbildung 2: Häufigkeitsverteilung der drei Altersgruppen in der Gesamtkohorte

gültige Fälle: n=2685

Insgesamt sind unter den Patienten 37 verschiedene Nationalitäten vertreten, in der Häufigkeit folgt der deutschen Staatsbürgerschaft die polnische (1.5%) und dann die türkische (1.2%). Die Patienten ausländischer Staatsbürgerschaft sind im Durchschnitt jünger als die deutschen Patienten (38.1 J. vs. 41.7 J.; $p < .001$). 18.1% aller deutschen Patienten sind 56 Jahre oder älter, bei den Patienten ausländischer Nation sind dies dagegen nur 6.4%.

Zwischen Geschlecht und Nationalität, Geschlecht und fester Partnerschaft oder Geschlecht und Alter gibt es keine statistisch signifikanten Zusammenhänge.

3.1.2 Lebensunterhalt und berufliche Situation

Ihren Lebensunterhalt finanzierte knapp die Hälfte der Patienten zum Zeitpunkt der ersten Messerhebung über eigene berufliche Tätigkeit, knapp ein Viertel durch Arbeitslosengeld I/II. Für 11.2% war das Haupteinkommen eine Rente - obwohl nur 4.3% der Patienten über 65 Jahre alt waren (s.o.). Näheres stellt Tabelle 6 dar.

3 Ergebnisse

Tabelle 6: Übersicht Gesamtkohorte bzgl. Lebensunterhalt, Ausbildung und letzter Berufstätigkeit

Lebensunterhalt		Berufsabschluss		Art der letzten Berufstätigkeit	
Unterhalt durch Ehegatten/ Eltern	10.7%	in Ausbildung	5.2%	keine	7.7%
eigene berufliche Tätigkeit	44.3%	ohne Abschluss	22.1%	un-/angelernt	22.8%
Arbeitslosengeld I/II	23.0%	Lehre	62.0%	angestellt oder verbeamtet:	61.2%
Krankengeld	6.4%	Meister	2.5%	einfaches Verhältnis	33.0%
Rente	11.2%	FH- oder Universitätsabschluss	7.3%	mittleres Verhältnis	21.4%
Sonstige	4.4%			höheres Verhältnis	6.8%
				selbständig	4.1%

gültige Fälle: n=2685

Die aktuelle Situation in Bezug auf Arbeitsfähigkeit und Rentenstatus zeigt Tabelle 7. Etwa ein Viertel der Patienten war arbeitsunfähig innerhalb der Lohnfortzahlung (bis 6 Wochen). Knapp ein Fünftel waren länger als 6 Wochen arbeitsunfähig.

11.4% gaben an, befristet oder unbefristet berentet zu sein (passend zur Angabe oben, dass für 11.2% das Haupteinkommen eine Rente war). Knapp 5% der Teilnehmer befanden sich zu T1 in einem laufenden Rentenverfahren.

Tabelle 7: Übersicht Arbeitsunfähigkeit und Rentensituation in der Kohorte

Arbeitsunfähigkeit (AU)		Rentenstatus	
bis 6 Wochen	26.3%	Rentantrag gestellt, Verfahren läuft	4.7%
7 bis 13 Wochen	8.0%	zeitlich befristet berentet	2.5%
14 bis 26 Wochen	4.8%	unbefristet berentet	8.9%
über 26 Wochen	6.7%	nie Rentenantrag gestellt	83.9%
nicht AU	54.2%		

gültige Fälle: n=2685

3.1.3 Diagnosen

Insgesamt wurden im Erhebungszeitraum 11 183 durch das MVZ vergebene ICD-10-Diagnosen erfasst. Der ersten Messerhebung (T1) wurden insgesamt 7502 Diagnosen

3 Ergebnisse

zugeordnet. Der größte Teil der Diagnosen (61.4%) sind F-Diagnosen (Bereich Psychische und Verhaltensstörungen), gefolgt von Diagnosen aus dem Bereich Innere Medizin (13.5%), Orthopädie (5.5%) und Neurologie (5.3%). 11,0% aller Diagnosen sind R- oder Z-Diagnosen (s. Tabelle 8).

Die gestellten Diagnosen wurden nicht getrennt als Haupt- und Nebendiagnosen erfasst, insofern kann bei Mehrfachdiagnosen nicht differenziert werden, welche Erkrankung im Vordergrund stand.

Tabelle 8: Häufigkeiten der zu T1 vergebenen Diagnosen

Fachbereich	Buchstaben der ICD-10	Anzahl Diagnosen	Anteil an der Gesamt-Diagnosenzahl
Psychische und Verhaltensstörungen	F	4603	61.4%
Innere Medizin (außer Onkologie)	A, B, D, E, I-K	965	12.9%
Orthopädie	M	414	5.5%
Neurologie	G	396	5.3%
Otologie	H60-99	76	1.0%
Dermatologie	L	56	0.7%
Onkologie	C	44	0.6%
Somatisch Sonstige	H00-59, N-Q, S, T	124	1.7%
Symptome und abnorme Befunde	R	465	6.2%
Faktoren zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	Z	359	4.8%
Summe		7502	100%

Gültige Fälle: n=2596

Im Folgenden werden die Diagnosen des Kapitels Psychische und Verhaltensstörungen (F) mit Blick auf die Patienten genauer betrachtet. Hier erhielten über 40% der Patienten zu T1 die Diagnose einer erstmaligen (F32) oder wiederholten (F33) depressiven Episode. Etwa ein Viertel der Patienten hatte als Diagnose eine Phobie oder Angsterkrankung (F40/41), knapp ein Viertel eine Anpassungsstörung (F43.2). Nahezu jeder Fünfte erhielt die Diagnose einer akuten Belastungsreaktion (F43.0) oder *Sonstigen Reaktion auf schwere Belastung* (F43.8/9). Im Vergleich dazu wurden Dysthymien oder bipolare affektive Störungen mit jeweils deutlich weniger als 1% selten diagnostiziert.

3 Ergebnisse

Psychische Komorbidität war eher die Regel als die Ausnahme (54% der Patienten). Im Mittel lag die Zahl psychischer Diagnosen in der Kohorte bei 1.7 ± 0.9 , die maximale Zahl waren 7 F-Diagnosen. Tabelle 9 zeigt als Übersicht, wie viele unter den Teilnehmern der ersten Erhebung jeweils mindestens eine Diagnose aus verschiedenen Kategorien des F-Bereiches der ICD-10 erhielten.

Tabelle 9: Häufigkeiten von Patienten mit Diagnosen aus dem Bereich Psychische und Verhaltensstörungen (Kapitel F) der ICD-10. Wegen der Möglichkeit von Mehrfachdiagnosen und fehlender Kennzeichnung einer Hauptdiagnose liegen die summierten Anteile über 100%.

Diagnose-Kategorie	kurzer Freitext	Fälle mit mind. einer Diagnose dieser Kategorie	Anteil der Fälle an der Gesamtkohorte
F1x	Suchterkrankungen	183	7.2%
F2x	Schizophrenien	53	2.1%
F30/31	Bipolare affektive Störungen	10	0.4%
F32	Erstmalige depressive Episoden	936	36.7%
F33	Rezid. depressive Störungen	108	4.2%
F34 bis F39	Dysthymien u. sonstige affektive Störungen	15	0.6%
F40	Phobien	106	4.2%
F41	Angsterkrankungen	528	20.7%
F42	Zwangserkrankungen	26	1.0%
F43.0	Akute Belastungsreaktion	399	15.6%
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	122	4.8%
F43.2	Anpassungsstörungen	608	23.8%
F43.8/43.9	Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung	107	4.2%
F45	Somatoforme Störungen	483	18.9%
F48	Neurasthenie u. andere neurotische Störungen	173	6.8%
F50	Essstörungen	134	5.2%
F54	Psychische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei ...	2	0.1%
F60	Persönlichkeitsstörungen	180	7.1%
F Sonstige	F-Kapitel sonstige Störungen	241	9.4%

gültige Fälle: n=2553, entspr. 95,1% der Gesamtkohorte. In 132 Fällen ist zu T1 keine F-Diagnose gestellt worden. 89 dieser Fälle haben gar keinen Diagnose-Eintrag zu T1, in den anderen 43 Fällen wurden nur Diagnosen aus den Bereichen Soma (z. B. E66), R oder Z (z. B. Z73) gestellt.

3.2 Die erste Messerhebung (T1): Aussagen der verwendeten Testinstrumente

3.2.1 Belastungsausprägung in den Skalen von ISR und HEALTH-49

Der ISR Gesamtscore (gemittelter Wert der Einzelskalen) variiert in der Gesamtkohorte von 0.00⁵ bis 3.95, im Mittel liegt er bei 1.30 mit einer Standardabweichung von 0.67. Dabei haben Frauen im Schnitt einen höheren ISR Gesamtscore als Männer (1.34 ± 0.67 vs. 1.22 ± 0.68; p<.001) und die mittlere und junge Altersgruppe tendenziell höhere Mittelwerte als die Altersklasse der Patienten über 55 Jahre (1.30/1.32 vs. 1.23; p=.057).

Die Ausprägung der Werte zeigt in allen Skalen die Höhe der subjektiven Belastung in Bezug auf den genannten Aspekt an. So steht z. B. ein hoher Wert in der Skala HEALTH Selbstwirksamkeit für eine starke Beeinträchtigung im Bereich Selbstwirksamkeitserleben.

In den Tabellen 10 und 11 finden sich die Mittelwerte und Standardabweichungen aller verwendeten Testskalen sowie den jeweiligen Mittelwert-Vergleich von Männern und Frauen. Letztere zeigen sowohl im ISR als auch im HEALTH-49 in fast allen Skalen signifikant höhere Belastungswerte als Männer.

Tabelle 10: Ausprägung der 7 Skalen des ISR zu T1 mit Mittelwert-Vergleich nach Geschlecht

Skala	Mittelwert ± SD	Männer	Frauen	Signifikanz des Unterschieds (p)
Depressionsskala	2.03 ± 1.02	1.91	2.10	<.001
Angstskala	1.70 ± 1.14	1.56	1.77	<.001
Zwangsskala	1.29 ± 1.06	1.21	1.33	.006
Somatisierungsskala	0.86 ± 0.97	0.91	0.84	.086
Essstörungsskala	0.76 ± 0.94	0.58	0.85	<.001
Zusatzskala	1.13 ± 0.67	1.12	1.14	.523
ISR Gesamtscore	1.30 ± 0.67	1.22	1.34	<.001

gültige Fälle: n=2664

⁵ Ein ISR Gesamtscore von 0.0 kommt in drei Fällen vor, diese Personen haben im HEALTH-49 jeweils Werte deutlich > 0, daher ist die Wahrscheinlichkeit für ein bewusstes „Null-Kreuzen“ (z. B. als Protest-Zeichen) gering.

3 Ergebnisse

Tabelle 11: Ausprägung der 10 Skalen des HEALTH-49 zu T1 mit Mittelwert-Vergleich nach Geschlecht

Skala	Mittelwert ± SD	Männer	Frauen	Signifikanz des Unterschieds (p)
Somatoforme Beschwerden	1.49 ± 0.92	1.32	1.59	<.001
Depressivität	1.75 ± 1.02	1.63	1.81	<.001
Phobische Ängste	0.81 ± 0.92	0.72	0.86	<.001
Psychische und somatoforme Beschwerden (Summenskala)	1.35 ± 0.77	1.22	1.42	<.001
Interaktionelle Schwierigkeiten	1.72 ± 0.96	1.58	1.80	<.001
Psychisches Wohlbefinden	2.56 ± 0.77	2.45	2.62	<.001
Selbstwirksamkeit	2.12 ± 0.94	2.07	2.14	.071
Aktivität und Partizipation	1.86 ± 0.86	1.80	1.90	.004
Soziale Unterstützung	1.67 ± 0.90	1.70	1.65	.138
Soziale Belastung	1.64 ± 0.81	1.54	1.70	<.001

gültige Fälle: n=2673

3.2.2 ISR: Stufen der Symptombelastung

Nach Anwendung der vorgegebenen Cutoff-Grenzen lassen sich die gemessenen Belastungswerte der ISR-Skalen zu T1 jeweils auf vier Stufen unterschiedlicher Belastungsschwere verteilen. Die Grenzen der vier Stufen und Verteilung der Skalenwerte zeigt für die ISR Gesamtskala Abbildung 3:

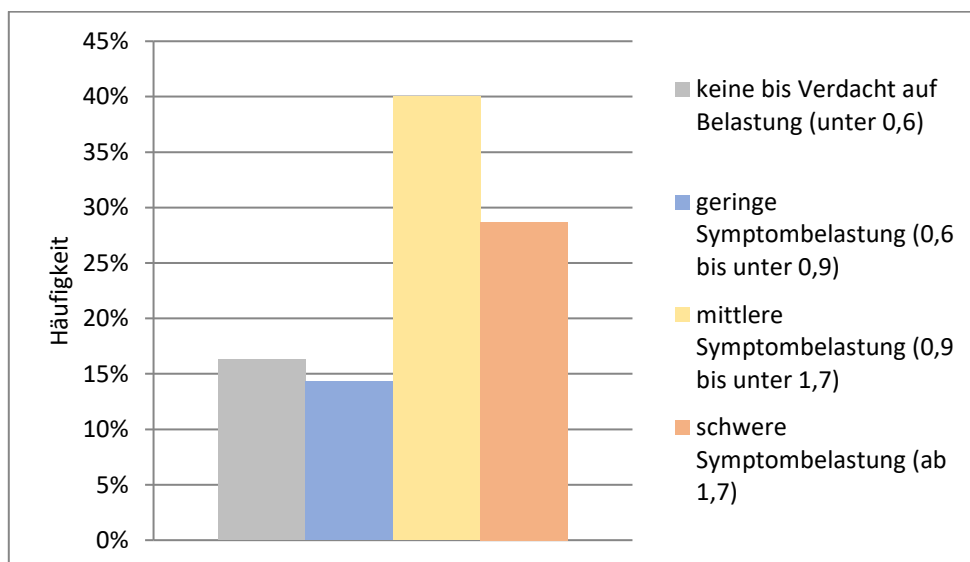


Abbildung 3: Häufigkeit der verschiedenen Belastungsstufen für die ISR Gesamtskala zu T1

gültige Fälle: n=2664

3 Ergebnisse

Hier wird ersichtlich, dass mehr als zwei Drittel (69.2%) der im MVZ behandelten Patienten in der Summenausprägung häufiger psychisch-psychosomatischer Symptome eine mittlere oder schwere Belastung aufweisen. Eine geringe Symptombelastung liegt in nur 14.4% vor. Etwa ein Sechstel der Patienten (16.4%) haben testpsychologisch keine eindeutige Gesamtsymptombelastung.

Bei der Betrachtung der Verteilung der Belastungswerte in den jeweils auf ein klinisches Syndrom bezogenen Skalen des ISR zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Skalen: So weist in Bezug auf depressive Symptome der Großteil der T1-Teilnehmer eine mittlere oder schwere Belastung auf. In Bezug auf Somatisierungs- oder Essstörungssymptome erlebt sich dagegen jeweils mehr als die Hälfte der Patienten als nicht eindeutig belastet. Die Ausprägung von Angst- und Zwangssymptomen ist in etwa ausgewogen auf die vier Stufen verteilt. Für eine Übersicht siehe Tabelle 12.

Tabelle 12: Häufigkeiten der Zuordnung der testpsychologischen Messwerte auf die validierten Symptombelastungsstufen in den verschiedenen syndrombezogenen Skalen des ISR zu T1

ISR Skala	Anteil an Patienten mit mittlerer oder schwerer Symptombelastung	Anteil an Patienten ohne eindeutige Symptombelastung
Depressionsskala	57.7%	15.7%
Angstskala	44.1%	29.3%
Zwangsskala	30.8%	39.0%
Somatisierungsskala	31.5%	59.5%
Essstörungsskala	19.1%	53.6%

gültige Fälle: n=2664

3.2.3 Hintergrundfaktoren für die erlebte Belastung der Patienten (Hypothese 1)

Alle eingesetzten testpsychologischen Skalen (ohne die beiden Summenskalen) plus sechs soziodemographische Variablen dienten als Ausgangsmaterial, um aus ihnen mittels Faktorenanalyse eine überschaubare Anzahl wirksamer Hintergrundfaktoren für die subjektive Belastung der Patienten zum Zeitpunkt der ersten Messerhebung (T1) zu extrahieren. Dabei lagen die Eigenwerte für sechs Faktoren über 1 (Kaiser-Guttman-Kriterium). Um das Modell für niedrigere Faktorenzahlen zu prüfen, wurden ebenfalls Faktorenanalysen mit manueller Vorgabe von fünf bzw. vier Faktoren gerechnet. Diese zeigten

3 Ergebnisse

jedoch deutlich niedrigere Werte sowohl für die Kommunalitäten (durch die Faktoren aufgeklärten Varianzen der Ursprungsvariablen) als auch für die Ladungen der Ausgangsvariablen auf den Faktoren (ihre Korrelationen mit diesen), sodass die Variante mit den sechs Faktoren als die beste Wahl erschien.

Tabelle 13 zeigt eine Übersicht der extrahierten Faktoren und der Ladung der 21 Ursprungsvariablen auf diesen Faktoren nach Rotation:

Tabelle 13: rotierte Faktorenmatrix der 15 verwendeten Testskalen plus 6 soziodemografische Variablen mit extrahierten Faktoren und Ladung der Ursprungsvariablen auf diesen Faktoren

Ursprungsvariablen	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5	Faktor 6
ISR-Skalen:						
Depressionsskala	.813					
Angstskala		.747				
Zwangsskala		.657				
Somatisierungsskala		.634				
Essstörungsskala						.603
Zusatzskala	.645	(.494)				
HEALTH-Skalen:						
Somatoforme Beschwerden	.553					
Depressivität	.789					
Phobische Ängste		.656				
Psychisches Wohlbefinden	.779					
Interaktion. Schwierigkeiten	.709					
Selbstwirksamkeit	.719					
Aktivität und Partizipation	.736					
Soziale Unterstützung	(.436)			.525		
Soziale Belastung	.622					
Soziodemograf. Variablen:						
Alter			.785			
Geschlecht						.829
Nationalität (3 Kat.)					.812	
Schulabschluss (4 Kat.)					.508	
Partnerschaft ja/nein				.833		
Haupteinkommen (5 Kat.)			.689			
Mögliche Benennung der Faktoren	Eingeschränkte Vitalität	Angst, Zwang, Körperbeschwerden	Lebensphase	Partnerschaft /Familie	Vertrautheit in Sprache und Kultur	Beschäftigung mit Körpergewicht
Aufklärung der Gesamtvarianz	24.6%	12.9%	6.9%	6.1%	5.9%	5.6%

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse, Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung; Ladungswerte unter 0.4 werden der Übersicht halber in der Tabelle nicht angezeigt. Kat. = Kategorien

3 Ergebnisse

Die extrahierten sechs Faktoren erklären zusammen 62.1% der Gesamtvarianz der Ausgangsvariablen. Die Kommunalitäten liegen zwischen 41.1% und 77.7%.

Die Faktoren 1 und 2 bauen sich ausschließlich aus Testskalen auf. Der größte „Strang“ kann als „eingeschränkte Vitalität“ zusammengefasst werden. Demgegenüber stehen als Faktor 2 „Angst, Zwang, Körperbeschwerden“. Die Essstörungsskala gruppiert sich mit der Variablen Geschlecht, die Skala Soziale Unterstützung mit der Variablen Partnerschaft ja/nein. Die verbliebenen psychosozialen Variablen verbinden sich zu zwei Faktoren mit der möglichen Benennung „Lebensphase“ (Alter und Haupteinkommen) und „Vertrautheit in Sprache und Kultur“ (Nationalität und Schulabschluss).

Damit lässt sich die Hypothese 1 bestätigen. Es ließen sich mathematisch sechs Faktoren herausbilden und diesen jeweils eine mögliche Charakterisierung zuordnen. Allerdings bestehen die letzten vier Faktoren jeweils nur aus zwei Variablen und gehen mit einer jeweiligen Gesamtvarianzaufklärung von nur 6-7% einher.

3.3 Die durchgeführten Behandlungen

3.3.1 Behandlungen in der Gesamtkohorte

PSYCHOPHARMAKA

Insgesamt verordnete das MVZ bei 309 aller Patienten im Laufe ihrer Behandlung (mindestens einmal) Psychopharmaka. Allerdings bedingt die Art der Datenerfassung (erbrachte „Leistungen“ für den 12-Monats-Zeitraum vor der jeweiligen Erhebung), dass es nur für 659 von 2685 Patienten gültige Leistungseinträge gibt. Eine „Chance“, Einträge für die Verordnung von Psychopharmaka zu erhalten, hatten nur diejenigen, die entweder schon vor T1 in Behandlung waren oder aber bis zu T2 in Behandlung blieben. Patienten, die sich zu T1 erstmalig vorstellten und später nicht an der T2-Erhebungsmessung teilnahmen, haben systembedingt keine Leistungseinträge. Die Quote für die Subgruppe allein der Patienten mit gültigen Leistungseinträgen liegt bei 46.9%. Diese Zahl dürfte wiederum nicht repräsentativ für die gesamte Kohorte sein, da (wie später gezeigt wird) vorrangig die schwerer belasteten und mehrere Behandlungen durchführenden Patienten an einer Wiederholungserhebung teilnahmen.

3 Ergebnisse

Innerhalb der Patienten mit gültigen Leistungseinträgen unterschieden sich die drei Altersgruppen bzgl. ihrer Verordnungshäufigkeit signifikant (Chi-Quadrat-Test, $p=.001$), dabei fand sich die niedrigste Verordnungsquote in der Gruppe der jungen Patienten (16 bis 35 Jahre: 36.3%), die höchste bei den älteren (56 bis 88 Jahre: 58.1%).

Ebenso gingen das Vorliegen einer erstmaligen (F32) oder wiederholten (F33) depressiven Episode mit einer erhöhten Verordnungsquote von Psychopharmaka einher (Chi-Quadrat-Test, $p=.004$ bzw. $p=.007$). Das Vorliegen anderer häufiger Diagnosen (F40, F41, F43.0, F43.2, F45, F48, F50) hatte dagegen keinen signifikanten Einfluss auf die Verordnungsquote.

NICHTMEDIKAMENTÖSE THERAPIE

2180 (=81.2%) der Patienten begannen im Zeitraum der darauf bezogenen Datenerhebung (2000 bis 2015) mindestens eine nichtmedikamentöse Behandlung. Insgesamt sind 7173 begonnene nichtmedikamentöse Therapien (NMT) dokumentiert - die z.T. jedoch nur aus einem Kontakt bestehen. Das heißt, dass ein Therapie-Teilnehmer im Durchschnitt 3.3 Therapien begann. Eine Übersicht über die im MVZ durchgeführten nichtmedikamentösen Behandlungen zeigt Tabelle 14:

Tabelle 14: von den Studienteilnehmern in den Jahren 2000 bis 2015 im MVZ begonnene nichtmedikamentöse Therapien (Umfang mindestens 1 Termin; incl. früherer KJP-Vorbehandlungen zu T1 erwachsener Patienten)

Art der Behandlung	Anzahl durchgeführter Behandlungen
Probatorik	1235
Einzelpsychotherapie	640
psychiatrische Einzelbehandlung	1056
Bewegungsorientiert-kreative Therapien	1357
Physiotherapie (incl. Atemtherapie)	370
Ergotherapie	357
Soziotherapie (SME* psychosozial)	289
Musiktherapie (SME* Musik)	162
Tiergestützte Therapie (SME* Pferd)	81
Logopädie	72
Kunsttherapie	26

(Fortsetzung der Auflistung auf der nächsten Seite)

3 Ergebnisse

Fortsetzung Tabelle 14: in den Jahren 2000 bis 2015 im MVZ begonnene nichtmedikamentöse Therapien (Umfang mindestens 1 Termin)

Art der Behandlung	Anzahl durchgeführter Behandlungen
Entspannungsverfahren	1040
autogenes Training	600
Entspannungstraining (SME* Entspannung)	440
Gruppentherapien	897
Gruppe Psychotherapie	280
Tagesgruppe	271
Ergogruppe	119
Gruppe psychiatrisch	87
Frauen-/ Männer-/ Jugend-/ Mädchengruppe	56
sonstige	84
Ernährungstherapien	787
Ernährungsstatus	688
Ernährungsberatung oder -behandlung	99
Kinder-/Jugendtherapien	133
KJ Psychiatrie und Psychotherapie	127
Kindergruppe ⁶	5
Sonstige	29
Lichttherapie	19
Paargespräch	9
Hausbesuch Notdienst	1
Summe	7173

*: SME = sensomotorische Übungsbehandlung

Mindestens eine NMT *mit sechs oder mehr durchgeführten Terminen* absolvierten im Laufe der Jahre 57.4% der Gesamtkohorte. 20.1% der Patienten nahmen zwei, weitere 10.9% drei Therapien mit sechs oder mehr Terminen wahr. Am häufigsten wurden dabei Entspannungs-

⁶ Die fünf Teilnehmer dieser Gruppe waren zu T1 18 bis 24 Jahre alt, also Erwachsene. Zum Zeitpunkt des Beginns der Gruppenteilnahme waren sie jedoch noch jünger: Selbst die zu T1 24-Jährige war damals erst 12 Jahre alt (Th.-Beginn 2001, T1 2013).

3 Ergebnisse

verfahren durchgeführt, dicht gefolgt von Behandlungen aus dem bewegungsorientiert-kreativen Bereich (Physio-/Ergo-/Sozio-/Musiktherapie). Beide Therapieformen wurden jeweils von mehr als einem Viertel aller Patienten wahrgenommen (s. Tabelle 15).

Tabelle 15: Durchführung verschiedener nichtmedikamentöser Therapieformen mit mindestens 6 Terminen in der Gesamtkohorte

Therapieform (mind. 6 Termine)	Pat. mit mind. einer durchgeführten Therapie	Anteil an der Gesamtkohorte	Anteil für Männer	Anteil für Frauen	Sign. des Geschlechterunterschieds (p*)
psychiatrische Einzeltermine	507	18.9%	19.4%	18.6%	n.s.
Einzelpsychotherapie	350	13.0%	13.1%	13.0%	n.s.
bewegungsorientiert-kreative Therapie	689	25.7%	21.3%	28.0%	<.001
Entspannungsverfahren	715	26.6%	24.5%	27.7%	.082
Gruppentherapie	608	22.6%	18.9%	24.7%	<.001
Ernährungstherapie	10	0.4%	0.3%	0.4%	n.s.
Kinder-/Jugendtherapie	40	1.5%	1.4%	1.5%	n.s.
insgesamt	1541	57.4%	54.5%	58.9%	.029

gültige Fälle: n=2685; *: t-Test für unabhängige Gruppen

BEZUG DER NICHTMEDIKAMENTÖSEN THERAPIEN ZU DEN ERHEBUNGSZEITPUNKTEN

Für einen Großteil der Kohorte (63.9%) liegt der Beginn mindestens einer nichtmedikamentösen Behandlung (≥ 1 Termin) vor der ersten testpsychologischen Erhebung (T1). Knapp ein Fünftel stand bereits mehr als ein Jahr vor der ersten Erhebung in dokumentierter Behandlung. Nach T1 begannen „nur“ noch 59.1% der Patienten eine oder mehrere NMTn. Demnach hatten etwa 40% aller Patienten keine nach T1 beginnende NMT. Ein Teil von ihnen befand sich jedoch in bereits laufender Behandlung.

Etwa ein Fünftel der insgesamt dokumentierten Behandlungen fand schließlich Eingang in die Verlaufsbeobachtung: Zwischen T1 und 60 Tage vor T2 begannen 459 der späteren Teilnehmer der ersten Verlaufsmessung 1342 (=18.7% der gesamten 7173) Behandlungen. Zwischen T2 und 60 Tage vor T3 begannen 88 in weiterer Verlaufsmessung stehende Patienten eine Therapie, die Anzahl der Behandlungen lag bei 147 (=2.0% der gesamten angebotenen Therapien).

3 Ergebnisse

3.3.2 Die Teilnehmer der ersten Verlaufsmessung (T2)

Knapp ein Viertel (24.6%) der Gesamtkohorte nahm nach der Basiserhebung (T1) im Median 1.2 Jahre später an einer ersten Verlaufsmessung (T2) teil. Die HEALTH beantworteten 662 Patienten, das ISR 657 Patienten. Sie werden im Folgenden „T2-Teilnehmer“ genannt. Sie unterscheiden sich von den Teilnehmern ausschließlich der Basiserhebung signifikant durch ein höheres Durchschnittsalter, einen höheren Diagnosen-Anteil an depressiven Episoden und somatoformen Störungen/Neurasthenien, eine höhere psychische Komorbidität, höhere Belastungswerte in den vier ausgewählten Testskalen sowie höhere Quoten an durchgeführten Behandlungen (s. Tabelle 16).

3 Ergebnisse

Tabelle 16: Vergleich von Merkmalen der Teilnehmer ausschließlich der ersten vs. der ersten beiden Erhebungsmessung(en)

	Teilnehmer ausschließlich an der ersten Messerhebung T1 (n=2028)	Teilnehmer der ersten beiden Messerhebungen T1+T2 (n= 657 bzw. 662)	Signifikanz des Unterschieds (p*)
Alter (Jahre)	40.7 ± 14.5	43.8 ± 13.0	<.001
Häufigkeit Alter 16-35 J.	39.1%	26.0%	
Häufigkeit Alter 36-55 J.	44.2%	54.8%	
Häufigkeit Alter 56-88 J.	16.7%	19.2%	
Geschlecht: weiblich	64.8%	65.9%	n.s.
Nationalität: deutsch	93.6%	93.8%	n.s.
Häufigkeit typischer Diagnosen:			
F32/33	37.2%	43.2%	.006
F40/41	21.4%	24.8%	.076
F45/48	21.7%	25.7%	.038
F50	5.3%	4.1%	n.s.
zwei oder mehr F-Diagnosen:	52.3%	59.2%	.002
Testskalen-Mittelwerte:			
ISR Gesamtscore	1.25 ± 0.68	1.42 ± 0.66	<.001
HEALTH Psychisches Wohlbefinden	2.53 ± 0.78	2.63 ± 0.75	.008
HEALTH Interaktionelle Schwierigkeiten	1.68 ± 0.97	1.85 ± 0.95	<.001
HEALTH Aktivität und Partizipation	1.83 ± 0.86	1.96 ± 0.86	.001
Beginn mind. einer nichtmedik. Behandlung (≥ 1 Termin):			
nach T1	53.3%	77.2%	<.001
≥ 1J. nach T1	5.3%	45.2%	<.001
Anzahl nach T1 beginnender nichtmedik. Behandlungen (≥ 1 Termin)			
1 oder 2	36.8%	26.5%	<.001
≥ 3	16.5%	50.7%	
Durchführen mind. einer nichtmedik. Behandlung ≥ 6 Termine, im ges. Zeitraum	47.8%	87.1%	<.001

gültige Fälle: n=2685; *: Signifikanztestung durch t-Tests, bzgl. Anzahl der Behandlungen Chi-Quadrat-Test

3.3.3 Psychopharmaka vs. definierte nichtmedikamentöse Therapien

Die T2-Teilnehmer erhielten in den 12 Monaten vor der T2-Erhebung in 45.4% d.F. (gültige n=568, entsprechend 86.5% der T2-Teilnehmer) mindestens eine Psychopharmaka-Verordnung. Dagegen nahmen 84.5% der T2-Teilnehmer zwischen T1 und T2 mindestens eine NMT (≥ 1 Termin) wahr⁷.

Eine für den Messverlauf T1-T2 als möglicherweise relevant eingeschätzte, beginnende nichtmedikamentöse Therapie wurde definiert durch

- Zugehörigkeit zu entweder psychiatrischen Einzelterminen, Einzel-Psychotherapie, bewegungsorientiert-kreativer Behandlung, Entspannungsverfahren oder Gruppentherapie (Probatorik, KJP und Ernährung wurden nicht berücksichtigt),
- einen Behandlungsbeginn zwischen T1 und 60 Tage vor T2 und
- einen Umfang von mindestens 6 Terminen.

395 (60.1%) der 657 T2-Teilnehmer nahmen an mindestens einer solchen Behandlung teil.

Von diesen erhielten

- 45 Personen (6.8%) Einzelpsychotherapie als alleiniges Verfahren
- 71 Teilnehmer (10.8%) Einzelpsychotherapie plus ein oder mehrere andere Verfahren,
- 73 Personen (11.1%) Gruppenpsychotherapie als alleiniges Verfahren,
- 110 Personen (16.7%) Gruppenpsychotherapie plus ein oder mehrere andere Verfahren und
- 96 Teilnehmer (14.6%) ein oder mehrere andere Verfahren (weder Einzel- noch Gruppenpsychotherapie).

Im Durchschnitt nahm diese Gruppe insgesamt 43 Termine derartiger Therapien wahr. Weitere 97 Personen (14.8%) hatten zu T1 bereits eine laufende Therapie, die zwischen T1 und T2 fortgesetzt wurde. 165 Personen (25.1%) führten in diesem Zeitraum keine NMT mit mindestens 6 Terminen durch.

⁷ Im Unterschied zur Gesamtkohorte, für die ein Vergleich der Häufigkeiten von Psychopharmaka-Verordnungen und nichtmedikamentöser Therapie aufgrund stark unterschiedlicher Anzahl an gültigen Werten – wie im Methodenteil beschrieben – problematisch ist, liegen die gültigen Einträge für die T2-Teilnehmer mit 568 vs. 657 auf einem ähnlichen Niveau, sodass hier ein orientierender Vergleich zulässig erscheint.

3 Ergebnisse

Eine Übersicht über die Häufigkeiten der verschiedenen zwischen der ersten und zweiten Messerhebung durchgeführten psychopharmakologischen Verordnungen und (wie oben definierten) nichtmedikamentösen Behandlungen gibt Abbildung 4:

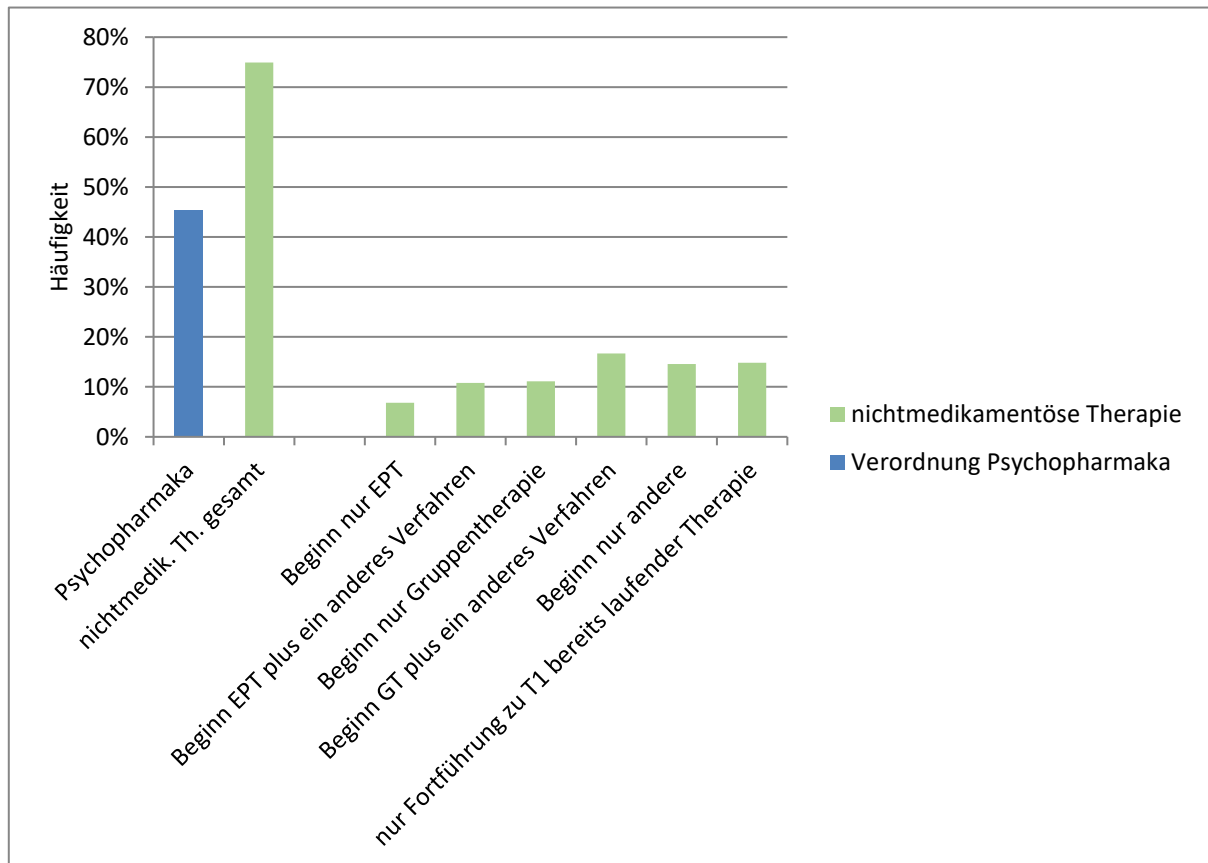


Abbildung 4: Häufigkeit verschiedener Behandlungskategorien in der Gruppe der T2-Teilnehmer im Zeitraum zwischen Basis- (T1) und Verlaufserhebung (T2)

nichtmedik. Th.= nichtmedikamentöse Therapien mit mind. 6 Terminen; EPT=Einzels psychotherapie, GT=Gruppentherapie

Etwa ein Achtel der Patienten, die sowohl zur Basiserhebung (T1) als auch zur ersten Verlaufsmessung (T2) ins MVZ kamen, nahmen dort in der Zwischenzeit weder eine NMT mit mindestens 6 Terminen wahr noch erhielten sie in den 12 Monaten vor T2 eine Psychopharmaka-Verordnung. Etwa ein Drittel wurde in dieser Zeit mit beidem zugleich behandelt. Die Schichtung der beiden im Fachgebiet grundlegenden Behandlungsformen in der Kohorte der Teilnehmer der ersten Verlaufsmessung (T2) zeigt Tabelle 17:

3 Ergebnisse

Tabelle 17: Häufigkeit zwischen T1 und T2 stattgehabter psychopharmakologischer Verordnung sowie nichtmedikamentöser Behandlung (≥ 6 Termine, incl. laufender Therapie) in der Gruppe der T2-Teilnehmer

	Psychopharmaka nein	Psychopharmaka ja
nichtmedik. Behandlung nein	73 (12.9%)	67 (11.8%)
nichtmedik. Behandlung ja	237 (41.7%)	191 (33.6%)

gültige Fälle: n=568; Prozentangaben beziehen sich auf n und beschreiben damit die Größe des jeweiligen Feldes

Die Tatsache, ob ein Patient mindestens 6 Termine einer nichtmedikamentösen Therapie wahrnahm oder nicht, hatte dabei keinen Einfluss auf die Quote der Psychopharmaka-Verordnungen (Quote mit NMT 44.6%, ohne NMT 47.9%).

3.3.4 Unterschiede durchgeführter Therapien in verschiedenen Subgruppen (Hypothese 2)

Die hier nun näher betrachteten Subgruppen der T2-Teilnehmer werden gebildet durch Merkmale der Patienten zum Zeitpunkt der Basiserhebung (T1), wie Alter, Symptombelastung und Diagnosen. Diese Merkmale haben die Auswahl einer Behandlungsform sowie ihr Absolvieren oder Abbrechen vermutlich mit geprägt. Da ein wichtiger Teil dieser Merkmale für die schon vor T1 begonnenen Behandlungen nicht bekannt sind, werden bei der weiteren Betrachtung nur die zwischen T1 und T2 verordneten (Psychopharmaka) bzw. beginnenden Behandlungen berücksichtigt.

1. Geschlechtergruppen:

42.1% der Männer und 46.9% der Frauen erhielten in diesem Zeitraum mindestens eine Psychopharmaka-Verordnung. 55.8% der Männer und 62.4% der Frauen begannen eine oder mehrere nichtmedikamentöse Therapien mit mindestens 6 Terminen. In beiden Fällen sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern nicht signifikant.

Ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigten sich bei den Häufigkeitsverhältnissen in Bezug auf die Art der wahrgenommenen NMTn, betrachtet anhand der drei Kategorien 1: Einzelpsychotherapien incl. Kombination mit anderen Verfahren, 2: Gruppentherapien incl. Kombination mit anderen Verfahren, 3: ausschließlich andere Verfahren.

II. Altersgruppen:

Wie auch in der Gesamtkohorte nahm bei den T2-Teilnehmern die Quote der psychopharmakologischen Verordnungen in den drei Altersgruppen mit steigendem Lebensalter zu ($p=.007$). Anders als in der Gesamtkohorte war bei den T2-Teilnehmern die Gruppe der jüngeren Patienten jedoch diejenige, die prozentual am häufigsten eine definierte nichtmedikamentöse Therapie durchführte (64.9%). Hier lag die Teilnahmerate an mindestens einer nichtpharmakologischen Therapie fast doppelt so hoch wie die Verordnungsquote für Psychopharmaka (36.8%), während in der Gruppe der älteren Patienten beide Behandlungen etwa gleich häufig waren (54.0% bzw. 55.8%). Als vereinfachte Tendenz lässt sich formulieren: Die Verordnung von Psychopharmaka durch das MVZ nimmt mit dem Alter zu, die Durchführung nichtmedikamentöser Therapien nimmt dagegen mit dem Alter ab. Dies illustriert Abbildung 5:

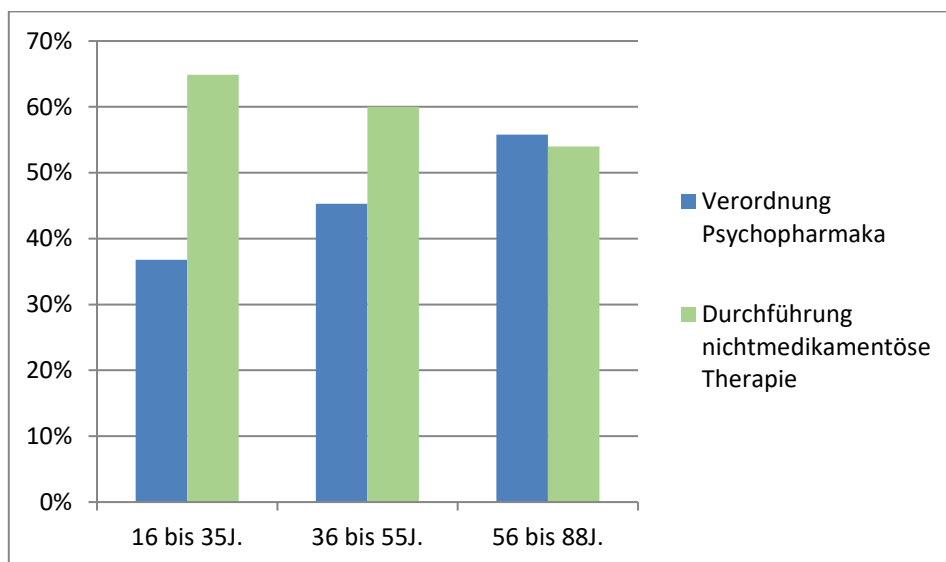


Abbildung 5: Psychopharmaka vs. nichtmedikamentöse Therapie in den verschiedenen Altersgruppen

Psychopharmaka: gültige $n=577$; nichtmedik. Therapien: gültige $n=657$

Innerhalb der nichtmedikamentösen Therapien fanden sich in Bezug auf die Verteilung der drei verschiedenen Therapiekategorien auch keine Unterschiede zwischen den drei Altersgruppen.

III. Gruppen unterschiedlicher Symptombelastung in der ISR Gesamtskala:

Patienten mit höheren Symptombelastungsstufen in der ISR Gesamtskala zu T1 erhielten im Folgezeitraum sowohl häufiger Verordnungen von Psychopharmaka ($p=.014$) als auch nichtmedikamentöse Therapien ($p=.001$). Der Zuwachs an Verordnungen bzw. Behandlungen von der Gruppe der geringsten bis zur stärksten Symptombelastung betrug jeweils etwa 50% (Psychopharmaka: 34.4% auf 51.0%; NMTn: 42.0% auf 66.5%, s. Abbildung 6). Gleichwohl ist überraschend, dass bereits in der Kategorie mit der geringsten Symptombelastung („keine bis Verdacht auf“) 42.0% der Patienten mindestens eine nichtmedikamentöse Therapie begannen und 34.4% mindestens eine Psychopharmaka-Verordnung erhielten.

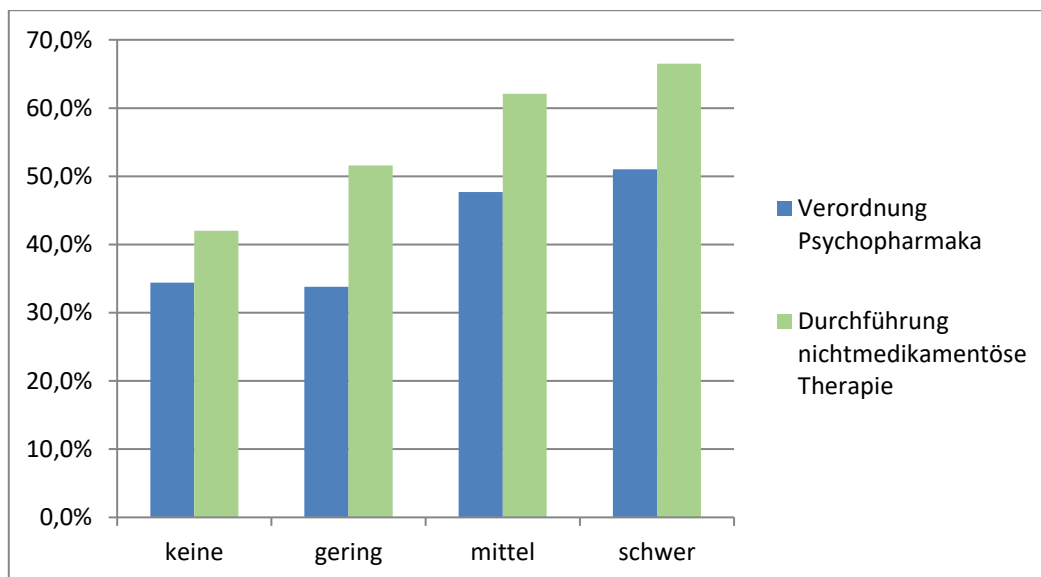


Abbildung 6: Häufigkeit der Verordnung von Psychopharmaka vs. Durchführung nichtmedikamentöser Therapie in den Gruppen unterschiedlicher Symptombelastung (ISR Gesamtscore)

Ähnlich mag überraschen, dass mit steigender Symptombelastung zwar die Häufigkeit beginnender NMTn an sich zunimmt, sich dabei aber an der Verteilung verschiedener Therapieformen offenbar nichts ändert (Einsatz von drei Therapie-Kategorien, Chi-Quadrat-Test $p=.988$). Abbildung 7 vermittelt einen grafischen Eindruck über die Häufigkeiten der drei Kategorien nichtmedikamentöser Behandlung in Abhängigkeit von der zu T1 vorliegenden Symptomschwere.

3 Ergebnisse

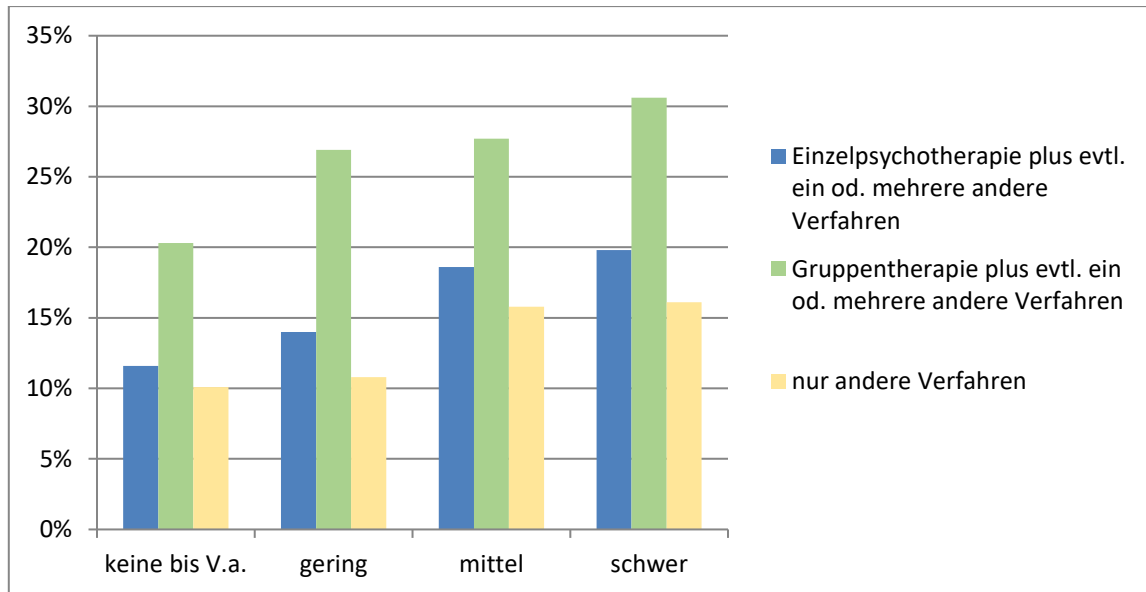


Abbildung 7: Häufigkeiten und Verteilung der drei verschiedenen Kategorien nichtmedikamentöser Behandlung in den vier Belastungsstufen der ISR Gesamtskala zu T1

Die Frage von Symptombelastung und nachfolgender nichtmedikamentöser Behandlung wurde zusätzlich aus dem umgekehrten Blickwinkel betrachtet: Wie belastet waren die Teilnehmer der verschiedenen Therapieformen (incl. keine beginnende Therapie)? Hier wurde für jede Therapie-Kategorie das Quotenverhältnis (Odds-Ratio) aus der Anzahl an Teilnehmern der Belastungsstufe 4 (schwere Symptombelastung) vs. der Anzahl an Teilnehmern aus der Belastungsstufe 1 (keine bis V.a. Belastung) berechnet. Dieser Wert beschreibt die Wahrscheinlichkeit, die jeweilige Therapie (bzw. keine Therapie) durchzuführen, für Patienten mit schwerer Symptombelastung im Vergleich zu Patienten mit nicht wesentlicher Symptombelastung. Wie Tabelle 18 zeigt, überwiegen in der Gruppe ohne beginnende NMT Patienten ohne wesentliche Belastung (Odds-Ratio = 0.37), in der mit beginnender NMT Patienten der schweren Symptombelastungsstufe, mittlere Odds-Ratio = 1.77).

Tabelle 18: Verteilung der Patienten der vier Symptombelastungsstufen (ISR Gesamtskala) auf die unterschiedlichen Therapie-Kategorien

Symptombelastung ISR Gesamtscore zu T1	Einzels psychotherapie (EPT) plus evtl. ein od. mehrere andere Verfahren		Gruppentherapie (GT) plus evtl. ein od. mehrere andere Verfahren		nur andere Verfahren	keine beginnende Therapie
	EPT alleine	EPT „plus“	GT alleine	GT „plus“		
Quotenverhältnis (Odds- Ratio) Belastungsstufe 4 / Belastungsstufe 1	1.89		1.73		1.70	0.37
	0.90	4.56	1.21	1.94		

gültige Fälle: n=657

3 Ergebnisse

Bei differenzierterer Betrachtung (fünf statt drei Therapiekategorien, s. Abschnitt 3.3.3) fällt auf, dass die Häufigkeit der Monotherapien gar nicht (Einzelspsychotherapie) bzw. kaum (Gruppentherapie) mit der Symptomschwere zunimmt, deutlich aber die Häufigkeit der Kombinationsbehandlungen. In der Tabelle ist das komprimiert an den aufgegliederten Quotenverhältnissen (Odds-Ratios) schwere vs. unwesentliche Symptombelastung in der untersten Zeile erkennbar. In Bezug auf die Einzelspsychotherapie bedeutet dies: Dass ein Patient eine alleinige Einzelspsychotherapie wahrnimmt, ist bei schwerer Symptombelastung nur 0.9 mal so wahrscheinlich wie bei unwesentlicher Symptombelastung. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient eine Einzelspsychotherapie plus zusätzlich eine weitere nichtmedikamentöse Therapie durchführt, ist dagegen bei Vorliegen der höchsten Symptombelastungsstufe knapp 4.6 mal so hoch wie bei der niedrigsten.

Ein Blick auf die durchschnittliche Anzahl der nach T1 durchgeführten verschiedenen Therapien (mind. 6 Termine) pro Patient in Abhängigkeit von der Symptombelastungsstufe zu T1 untermauert diesen Zusammenhang: Je höher die Symptombelastung, desto höher ist auch die Anzahl der durchgeführten nichtmedikamentösen Behandlungen. ISR Gesamtscore und Anzahl der Therapien korrelieren mit 0.128 nach Pearson, Kendalls Tau-b für die Stufenvariable der ISR GS-Symptombelastung liegt bei 0.119. Beide Zusammenhänge sind hoch signifikant ($p < .001$). Einen grafischen Eindruck vermittelt Abbildung 8.

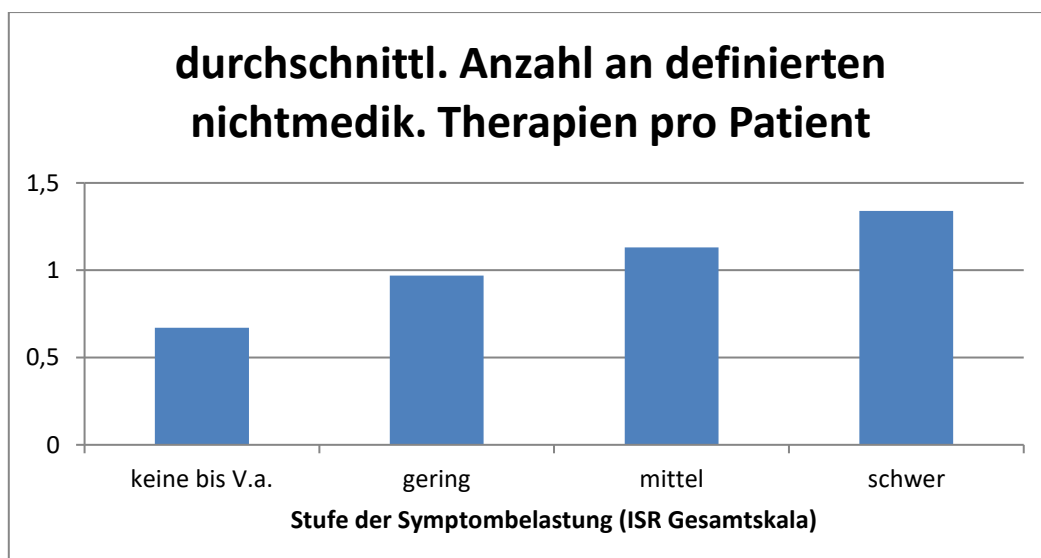


Abbildung 8: durchschnittliche Anzahl der durchgeführten nichtmedikamentösen Therapien bei Patienten der verschiedenen Symptombelastungsstufen (ISR Gesamtskala)

gültige Fälle: n=657

Hypothese 2 lässt sich damit bestätigen. Zwar hat das Geschlecht keinen Einfluss auf die Auswahl der Behandlung, einen solchen haben jedoch die Altersgruppe und die Symptombelastung zu T1. Die Verordnung von Psychopharmaka nimmt mit dem Alter zu, die Durchführung nichtmedikamentöser Therapien mit dem Alter ab. Eine höhere Symptombelastung in der ISR Gesamtskala zu T1 sagt sowohl häufigere Verordnungen von Psychopharmaka als auch eine häufigere Durchführung nichtmedikamentöser Therapien voraus. Dabei nehmen mit der Schwere der Symptombelastung die Quote an Kombinationsbehandlungen nichtmedikamentöser Therapien sowie die Anzahl der durchgeführten Therapien zu. Die Verteilung der verschiedenen nichtmedikamentösen Therapieformen verändert sich mit der Schwere der Symptombelastung dagegen nicht.

3.4 Die zweite Messerhebung (T2): Veränderungen der Testwerte im Verlauf

3.4.1 Verlauf T1-T2

VERÄNDERUNGEN IN DEN ALLGEMEINEN TESTSKALEN:

Bei ca. 60% der T2-Teilnehmer (ISR Gesamtskala: 61.3%, HEALTH-Skalen: 55.4 bis 58.9%) kam es in den vier Standardskalen im Verlauf von T1 zu T2 zu einem Absinken der Belastungswerte. Im Mittel sanken die Werte je nach Skala um 11.2% bis 12.8% des Ausgangswertes. Die Veränderungen sind jeweils statistisch hoch signifikant, die Effektstärken in der Einteilung nach Cohen (1992) jedoch klein. Zusätzlich zu den vier Standardskalen ist in Tabelle 19 der T1-T2-Verlauf der Skala HEALTH-Selbstwirksamkeit dargestellt, die in Hypothese 4 eine wichtige Rolle spielen wird.

Tabelle 19: Veränderungen in den Belastungswerten der vier allgemeinen Referenz-Testskalen sowie der Skala HEALTH Selbstwirksamkeit von T1 zu T2 in der Gruppe der T2-Teilnehmer

Skala	MW zu T1 (mit SD)	MW zu T2 (mit SD)	relative Differenz*	Unterschieds- Signifikanz (p)	Effektstärke (d)
ISR Gesamtskala	1.42 ± 0.66	1.24 ± 0.71	12.8%	<.001	0.27
HEALTH WOHL	2.63 ± 0.75	2.33 ± 0.90	11.2%	<.001	0.36
HEALTH INT	1.85 ± 0,95	1.62 ± 0,96	12.5%	<.001	0.24
HEALTH A&P	1.96 ± 0.86	1.72 ± 0.90	11.9%	<.001	0.26
HEALTH SELB	2.28 ± 0.90	1.95 ± 0.96	14.5%	<.001	0.37

gültige Fälle: ISR Gesamtskala n=657, HEALTH-Skalen n=662; WOHL=Psychisches Wohlbefinden, INT=Interaktionelle Schwierigkeiten, A&P=Aktivität und Partizipation, SELB=Selbstwirksamkeit; SD=Standardabweichung, *T1-Wert minus T2-Wert bezogen auf den T1-Wert

3 Ergebnisse

VERÄNDERUNGEN IN DEN DIAGNOSEBEZOGENEN TESTSKALEN

In den jeweils auf ein klinisches Syndrom bezogenen Skalen ist die Tendenz der Veränderung weniger einheitlich. Die Belastungswerte sinken von T1 zu T2 in sechs der sieben Skalen in einem Umfang von 7.6% bis 21.3%, die Unterschiede zwischen T1 und T2 sind jeweils hoch signifikant. Besonders ausgeprägt sind die Veränderungen in den beiden auf depressive Symptome bezogenen Skalen, hier sinken die T1-Werte im Verlauf um etwa 20%, die Effektstärke der T1-T2-Veränderung liegt in beiden Fällen bei 0.40. In der ISR Essstörungsskala kommt es zu einer signifikanten Zunahme der Belastungswerte um 8.7% (s. Tabelle 20).

Tabelle 20: Veränderungen in den Belastungswerten der diagnosebezogenen Testskalen von T1 zu T2

Skala	MW zu T1 (mit SD)	MW zu T2 (mit SD)	relative Differenz*	Unterschieds- Signifikanz (p)	Effektstärke (d)
ISR Depressionsskala	2.18 ± 0.99	1.78 ± 1.05	18.6%	<.001	0.40
ISR Angstskala	1.91 ± 1.12	1.64 ± 1.10	14.0%	<.001	0.24
ISR Somatisierungsskala	1.01 ± 1.02	0.84 ± 0.92	16.7%	<.001	0.17
ISR Essstörungsskala	0.76 ± 0.94	0.82 ± 0.94	- 8,7%	.038	- .07
HEALTH Depressivität	1.89 ± 0.99	1.49 ± 1.03	21,3%	<.001	0.40
HEALTH Phobische Ängste	1.00 ± 1.01	0.92 ± 1.00	8,5%	.009	0.08
HEALTH Somatoforme Beschwerden	1.66 ± 0.96	1.53 ± 0.96	7.6%	<.001	0.13

gültige Fälle: ISR Gesamtskala n=657, HEALTH-Skalen n=662; SD=Standardabweichung, *T1-Wert minus T2-Wert bezogen auf den T1-Wert

3.4.2 Veränderungen in Summenskalen vs. in diagnosespezifischen Skalen (Hypothese 3)

Hier wird der Frage nachgegangen, ob sich testpsychologische Veränderungen bei Patienten mit typischen psychosomatisch-psychotherapeutischen Diagnosen auf den Testskalen, die sich auf die jeweilige gestellte Diagnose beziehen, stärker abbilden als auf den Skalen, die breit gestreut durch Mittelwertbildung mehrerer Einzelskalen entstehen (hier vereinfacht als Summenskalen bezeichnet).

Zunächst lässt sich festhalten: Ohne Berücksichtigung durchgeführter Behandlungen kommt es in der Kohorte der T2-Teilnehmer von T1 zu T2 in allen vier untersuchten Diagnosegruppen zu einem signifikanten Absinken der Belastungswerte in den beiden eingesetzten Summa-

3 Ergebnisse

tionskalen (ISR Gesamtscore sowie HEALTH Psychische und somatoforme Beschwerden) und den meisten der auf die jeweilige Diagnose bezogenen Skalen.

Bei Patienten mit diagnostizierter depressiver Episode (F32/33) ist die Effektstärke der Veränderung in den depressionsspezifischen Skalen ausgeprägter als in den Summationskalen. Bei Patienten mit phobischer oder Angststörung (F40/41) zeigt die ISR Angstskala zwar einen stärkeren Veränderungseffekt als die Summenskalen, die HEALTH-Skala Phobische Ängste (Veränderung nicht signifikant) jedoch das Gegenteil.

In der Gruppe der Patienten mit somatoformen Störungen oder Neurasthenie (F45/48) sind die Veränderungseffekte in den diagnosespezifischen Skalen tendenziell geringer als in den Summenskalen. Die Gruppe der Essstörungspatienten (F50) ist mit n=27 recht klein. Auch hier fällt die Veränderung in der ISR Essstörungsskala geringer aus als in den Summenskalen (s. Tabelle 21).

Tabelle 21: Vergleich Effektstärken der T1-T2-Veränderung in zwei Summenskalen und zwei jeweils diagnosespezifischen Skalen für vier Diagnosegruppen

Diagnosegruppe	Veränderung T1-T2 (d) Summationsskalen		Veränderung T1-T2 (d) diagnosespezifische Skalen	
	ISR Gesamtscore	HEALTH PSB	ISR Skalen	HEALTH-Skalen
depressive Episode (F32/33) (n=284 bzw. n=285)	0.35	0.30	Depressionsskala 0.53	Depressivität 0.47
Angst- / Phobische Störung (F40/41) (n=163 bzw. n=164)	0.19	0.21	Angstskala 0.31	Phobische Ängste 0.11 (p=n.s.)
somatoforme Störung /Neurasthenie (F45/48) (n=169)	0.27	0.32	Somatisierungs- skala 0.19	Somatoforme Beschwerden 0.25
Essstörung (F50) (n=27)	0.36	0.31	Essstörungsskala 0.19 (p=n.s.)	

PSB=Psychische und somatoforme Beschwerden; alle MW-Unterschiede $p < .01$ mit Ausnahme von F40/41 HEALTH Phobische Ängste n.s., F45/48 ISR Somatisierungsskala $p = .017$ sowie F50 ISR GS $p = .028$ und F50 Essstörungsskala n.s.

In Ergänzung betrachtet Tabelle 22 die testpsychologischen Veränderungen in einer Gruppe von Patienten, die eine definierte Behandlung erhalten haben (Messabstand zwischen einem Vierteljahr und zwei Jahren, in dieser Zeit Beginn einer oder mehrerer NMT mit einer Gesamtzahl von mindestens 21 Terminen). Hier zeigen sich im Vergleich Summenskalen vs.

3 Ergebnisse

symptomspezifische Skalen ähnliche Ergebnisse wie ohne Berücksichtigung einer definierten Behandlung: Einzig für die Patientengruppen mit der Diagnose einer depressiven Störung ergeben sich höhere Effektstärken in den symptomspezifischen Skalen. Bei Patienten mit Angst-, somatoformen oder Essstörungen erscheint dagegen die Stärke der Veränderung in den Summenskalen gleich oder höher ausgeprägt. Einschränkung gilt: Bei den Patienten mit Essstörungsdiagnose (F50) sind die Veränderungen wegen der kleinen Gruppengröße entweder nur schwach oder nicht signifikant.

Tabelle 22: Vergleich Effektstärken der Veränderung T1-T2 in zwei Summenskalen und zwei diagnosespezifischen Skalen für vier Diagnosegruppen in einer Subgruppe mit eingegrenztem Messabstand und mindestens 21 Gesamtterminen beginnender nichtmedikamentöser Behandlung

Diagnosegruppe	Veränderung T1-T2 (d) Summationsskalen		Veränderung T1-T2 (d) diagnosespezifische Skalen	
	ISR Gesamtscore	HEALTH PSB	ISR Skalen	HEALTH-Skalen
depressive Episode (F32/33) (n=114)	0.48	0.37	Depressionsskala 0.65	Depressivität 0.61
Angst- / Phobische Störung (F40/41) (n=75)	0.23	0.23	Angstskala 0.23	Phobische Ängste 0.06 (p=.510)
Somatoforme Störung /Neurasthenie (F45/48) (n=71)	0.45	0.48	Somatisierungs- skala 0.38	Somatoforme Beschwerden 0.37
Essstörung (F50) (n=10)	0.32 (p=.276)	0.31 (p=.070)	Essstörungsskala 0.07 (p=.736)	

PSB=Psychische und somatoforme Beschwerden; alle MW-Unterschiede T1-T2 $p < .05$ mit Ausnahme von F40/41 HEALTH Phobische Ängste n.s. sowie F50 ISR GS n.s., PSB $p = .070$ und ISR Essstörungsskala n.s.

Fazit: Eine stärkere Veränderung in den diagnosespezifischen Skalen als in den Summenskalen lässt sich anhand der zwei betrachteten Teilstichproben nur für die Diagnosegruppe einer depressiven Störung (F32/33) bejahen, für die restlichen drei Diagnosegruppen anzweifeln. Damit ist Hypothese 3 in ihrer allgemeinen Formulierung abzulehnen.

3.5 Prädiktoren für die Veränderung der Testwerte im Verlauf (Hypothese 4)

3.5.1 Orientierende zweifaktorielle Testung

In der diesem Abschnitt zugeordneten Hypothese waren die vermuteten Einflussvariablen z.T. recht allgemein bezeichnet (z.B. „die Art des Therapieangebotes“). In einem ersten Schritt wurden die potentiellen Prädiktoren in z. T. unterschiedlichen Konzeptualisierungen in jeweils einer zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung einzeln auf ihre Effekte bzgl. Lage und testpsychologischem Verlauf geprüft. Die erhaltenen p-Werte für die Innersubjekt- (Wechselwirkung Zeit x Faktor) und Zwischensubjekteffekte zeigten, dass der überwiegende Teil der geprüften Variablen für einen signifikanten Effekt auf die *Lage* der Belastungswerte zu T1 infrage kommt und etwa drei Viertel eine Wechselwirkung mit dem *Zeitfaktor* T1-T2 einzugehen scheinen. Die weitere Darstellung konzentriert sich auf den Einfluss der Variablen auf den testpsychologischen *Verlauf*. Eine Übersicht über die zweifaktoriell erhaltenen Werte präsentiert Tabelle 23:

Tabelle 23: Orientierender Einfluss der vermuteten Einflussvariablen auf den Verlauf der Testwerte der vier ausgewählten Skalen von T1 zu T2; die angegebenen p-Werte beziehen sich auf die Interaktionseffekte Zeit x Faktor (Innersubjekteffekte), signifikante p-Werte (<.05) sind farblich markiert; die Abkürzung Kat in den Namen einiger Variablen bezieht sich auf die jeweilige Anzahl der Stufen/Kategorien)

Variable	Stufen	ISR Gesamtscore (p)	HEALTH-Skala WOHL (p)	HEALTH-Skala INT (p)	HEALTH-Skala A&P (p)
Diagnose F32/33 ja	2	.042*	.875	.268	.221
Diagnose F40/41 ja	2	.199	.293	.184	.241
Diagnose F45/48 ja	2	.960	.476	.140	.107
Diagnose F50 ja	2	.701	.350	.868	.625
ISR Gesamtscore T1	K	(nicht sinnvoll) ^c	.018*	.005*	.002**
ISR Gesamtscore T1 Belastungsstufen	4	<.001**	.169	.072	.113
HEALTH Selbstwirksamkeit T1	K	<.001**	<.001**	<.001**	<.001**
HEALTH Selbstwirksamkeit T1 dichotom	2	.002**	.002**	.001**	<.001**
Messabstand T1-T2	K	.043*	<.001**	<.001**	<.001**
Messabstand ¼J. bis 2 J. ja	2	.008**	<.001**	<.001**	<.001**

(Fortsetzung der Tabelle auf der nächsten Seite)

3 Ergebnisse

Fortsetzung Tabelle 23: Orientierender Einfluss der vermuteten Einflussvariablen auf den Verlauf der Testwerte der vier ausgewählten Skalen von T1 zu T2; die angegebenen p-Werte beziehen sich auf die Interaktionseffekte Zeit x Faktor (Innersubjekteffekte), signifikante p-Werte (<.05) sind farblich markiert; die Abkürzung Kat in den Namen einiger Variablen bezieht sich auf die jeweilige Anzahl der Stufen/Kategorien)

Variable	Stufen	ISR Gesamtscore (p)	HEALTH-Skala WOHL (p)	HEALTH-Skala INT (p)	HEALTH-Skala A&P (p)
Psychopharmaka T1-T2 ja	2	.348	.137	.990	.094
Beginn einer nicht-medik. Therapie ja (mind. 6 Termine)	2	.027*	.019*	.283	.034*
Therapie 4Kat ^a	4	.106	.071	.750	.016*
Therapie 7Kat ^a	7	.161	.031*	.803	.013*
Therapie-Termine mind. 21 ja	2	.004*	.003*	.219	.004**
Anzahl Therapieverfahren Kat	4	.037*	.038*	.068	.113
Anzahl Therapie-Termine	K	.034*	.015*	.121	.059
Anzahl Therapie-Termine Kat	6	.037*	.008**	.082	.036*
Therapiestatus 4Kat ^b	4	.012*	.240	.008**	.040**
Therapiestatus 2Kat (regulär beendet vs. übrige)	2	.005**	.043*	.008**	.012*
Therapieabschluss (regulär vs. irregulär beendet)	2	.098	.057	.201	.068

gültige Werte: n=657; erhalten aus für jeden Faktor einzeln durchgeführten zweifaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung; p-Werte noch unkorrigiert; K = Kovariate; *: p<.05; **: p<.01; a: verschiedene nichtmedikamentöse Behandlungsformen mit mind. 6 Terminen in 4 bzw. 7 Kategorien (z. B. Einzelpsychotherapie plus gfls. ein anderes Verfahren, Gruppentherapie plus gfls. ein anderes Verfahren, nur andere Verfahren, keine NMT); b: Therapiestatus bei Beginn einer neuen Behandlung („Therapie abgebrochen“, „aufgehört, Gründe bekannt“, „Therapie läuft noch“ und „Therapie regulär abgeschlossen“); c: Als Autoregressor ist der Skalenwert zu T1 sehr wahrscheinlich bedeutsam mit seiner eigenen Verlaufsveränderung korreliert, ohne diese inhaltlich relevant erklären zu können (s. a. Fliege et al. 2002)

Um ebenfalls im Datensatz vorhandene, möglicherweise konfundierende Variablen zu berücksichtigen, wurde eine solche zweifaktorielle Testung auch für soziodemografische Faktoren, eine bereits laufende nichtmedikamentöse Therapie und ein weiteres Maß einer testpsychologischen Anfangsbelastung durchgeführt. Die analogen Werte für die Kovariablen zeigt Tabelle 24:

3 Ergebnisse

Tabelle 24: Orientierender Einfluss zusätzlicher, nicht in den Hypothesen berücksichtigter Variablen auf den Verlauf der Testwerte der vier ausgewählten Skalen von T1 zu T2; die angegebenen p-Werte beziehen sich auf die Interaktionseffekte Zeit x Faktor (Innersubjekteffekte), signifikante p-Werte (<.05) sind farblich markiert; die Abkürzung Kat in den Namen einiger Variablen bezieht sich auf die jeweilige Anzahl der Stufen/Kategorien)

Variable	Stufen	ISR Gesamtscore (p)	HEALTH-Skala WOHL (p)	HEALTH-Skala INT (p)	HEALTH-Skala A&P (p)
Geschlecht	2	.366	.328	.552	.703
Alter 3Kat	3	.257	.292	.450	.155
Nationalität 2Kat	2	.045*	.030*	.021*	.009**
Nationalität 3Kat	3	.087	.017*	.069	.008**
Partnerschaft ja	2	.458	.237	.236	.480
Schulabschluss	4	.209	.018*	.445	.119
Berufsabschluss	4	.603	.350	.506	.119
Art des Haupteinkommens	5	.395	.080	.141	.225
Rentenverfahren	4	.305	.045*	.231	.319
Laufende Therapie zu T1	2	.003**	.002**	.506	.001**
HEALTH Soziale Unterstützung T1	K	.889	.348	.315	.501

gültige Fälle: n=657; erhalten aus für jeden Faktor einzeln durchgeführten zweifaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung; p-Werte noch unkorrigiert; K = Kovariate; *: p<.05; **: p<.01

3.5.2 Korrektur durch multifaktorielle Testung (Haupteffekte)

Als Fehlerkontrolle sowohl gegenüber multiplen Testen als auch möglichem Konfundieren von Drittvariablen wurden alle in der zweifaktoriellen Testung in der jeweiligen Skala signifikant wirksamen Variablen im nächsten Schritt für jede der vier Skalen gemeinsam in multifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung eingebracht und darin auf ihre Haupteffekte untersucht. Dabei wurde für jeden inhaltlichen Faktor nur eine Form (keine unterschiedlichen Stufenbildungen derselben Grundvariablen) zugelassen.

Da sich in der multiplen Testung der hoch signifikante Einfluss des Messabstands (getestet wurde hier die 2-stufige Form *Messabstand ¼ Jahr bis 2 Jahre ja*) bestätigte und - wie in Abschnitt 3.6.9 näher erläutert - davon auszugehen war, dass sowohl ein Messabstand von weniger als einem Vierteljahr als auch von mehr als zwei Jahren nicht dem Zweck einer Verlaufsbeobachtung unter angebotener Therapie entspricht, wurden die zwei- und

3 Ergebnisse

multifaktoriellen Varianzanalysen noch einmal wiederholt für die Subgruppe von Patienten mit sinnvollem Messabstand.

Die nach mindestens einer dieser drei unterschiedlichen Korrekturen als signifikante Einflussfaktoren auf die Veränderung der Testwerte verbleibenden Variablen zeigen die folgenden Tabellen 25 bis 28. Dabei finden sich jeweils in der zweiten Spalte die Signifikanzwerte aus der multifaktoriellen Testung aller T2-Teilnehmer. Die dritte und vierte Spalte der Tabellen zeigen die p-Werte für die Subgruppe der Patienten mit einem Messabstand zwischen einem Vierteljahr und zwei Jahren. Die Werte der dritten Spalte entstammen dabei zweifaktoriellen Varianzanalysen, die der vierten Spalte den multifaktoriellen Kontrollen.

Tabelle 25: korrigierte Signifikanzwerte der in bivariater Testung bedeutsamen Einflussvariablen auf den T1-T2-Verlauf der Testwerte der ISR Gesamtskala; die angegebenen p-Werte beziehen sich jeweils auf die Interaktionseffekte Zeit x Faktor (Innersubjekteffekte)

Variable	alle T2-Teilnehmer (n=657)	nach Einschränken auf sinnvollen Messabstand (n=558):	
	p multifaktoriell korrigiert	p aus zweifaktoriellen VAn mit Mwh	p multifaktoriell korrigiert
Diagnose F32/33 ja	.020	n.s.	-
ISR Gesamtskala zu T1	(nicht sinnvoll) ^a	(nicht sinnvoll) ^a	(nicht sinnvoll) ^a
Skala HEALTH Selbstwirksamkeit zu T1	.001	.004	.056
Messabstand ¼J. bis 2J. ja	.028	(nicht sinnvoll) ^b	(nicht sinnvoll) ^b
Gesamttermine mind. 21 ja	.065	.011	.074
Therapiestatus 4Kat	.014	.005	.006
Nationalität 2Kat	.060	n.s.	-
bereits laufende Therapie ja	.022	.007	.061

Die Tabelle stellt Variablen dar, wenn diese entweder einen signifikanten Einfluss ($p < 0.05$) in der zweifaktoriellen Testung mit sinnvollem Messabstand oder einen tendenziellen Einfluss ($p < 0.1$) in einer der beiden multifaktoriellen Testungen aufweisen.

Gültige Fälle: n=657 bzw. 558; VAn: Varianzanalysen, Mwh: Messwiederholung; a: Als Autoregressor ist der Skalenwert zu T1 sehr wahrscheinlich bedeutsam mit seiner eigenen Verlaufsveränderung korreliert, ohne diese inhaltlich relevant erklären zu können (s. a. Fliege et al. 2002). b: Nach Reduktion der Stichprobe auf Personen mit einem sinnvollem T1-T2-Messabstand zwischen ¼ Jahr und 2 Jahren ergibt eine Prüfung dieses Faktors keinen Sinn mehr.

3 Ergebnisse

Tabelle 26: korrigierte Signifikanzwerte der in zweifaktorieller Testung bedeutsamen Einflussvariablen auf den T1-T2-Verlauf der Testwerte der Skala HEALTH Psychisches Wohlbefinden; die angegebenen p-Werte beziehen sich jeweils auf die Interaktionseffekte Zeit x Faktor (Innersubjekteffekte)

Variable	alle T2-Teilnehmer (n=657)	nach Einschränken auf sinnvollen Messabstand (n=562):	
	p multifaktoriell korrigiert	p aus zweifaktoriellen VAn mit Mwh	p multifaktoriell korrigiert
ISR Gesamtskala zu T1	.007	.022	.032
Skala HEALTH Selbstwirksamkeit zu T1	<.001	<.001	.002
Messabstand ¼J. bis 2J. ja	<.001	(nicht sinnvoll) ^b	(nicht sinnvoll) ^b
Gesamttermine mind. 21 ja	.046	.014	n.s.
Anzahl Gesamttermine 6Kat	.064	.080	-
Schulabschluss 4Kat	.040	.004	.006
Rentenverfahren 4Kat	.011	n.s.	-
bereits laufende Therapie ja	.074	.003	.051

Die Tabelle stellt Variablen dar, wenn diese entweder einen signifikanten Einfluss ($p < 0.05$) in der zweifaktoriellen Testung mit sinnvollem Messabstand oder einen tendenziellen Einfluss ($p < 0.1$) in einer der beiden multifaktoriellen Testungen aufweisen.

Gültige Fälle: n=657 bzw. 562; VAn: Varianzanalysen, Mwh: Messwiederholung; b: Nach Reduktion der Stichprobe auf Personen mit einem sinnvollem T1-T2-Messabstand zwischen ¼ Jahr und 2 Jahren macht eine Prüfung dieses Faktors keinen Sinn mehr.

Tabelle 27: korrigierte Signifikanzwerte der in bivariater Testung bedeutsamen Einflussvariablen auf den T1-T2-Verlauf der Testwerte der Skala HEALTH Interaktionelle Schwierigkeiten; die angegebenen p-Werte beziehen sich jeweils auf die Interaktionseffekte Zeit x Faktor (Innersubjekteffekte)

Variable	alle T2-Teilnehmer (n=657)	nach Einschränken auf sinnvollen Messabstand (n=562):	
	p multifaktoriell korrigiert	p aus zweifaktoriellen VAn mit Mwh	p multifaktoriell korrigiert
ISR Gesamtskala zu T1	.059	.016	.019
Skala HEALTH Selbstwirksamkeit zu T1	<.001	.009	.003
Messabstand ¼J. bis 2J. ja	.001	(nicht sinnvoll) ^b	(nicht sinnvoll) ^b
Anzahl Therapieverfahren 4Kat	-	.027	.034
Therapiestatus 4Kat	.011	.001	.001
Nationalität 2Kat	.053	.094	-

Die Tabelle stellt Variablen dar, wenn diese entweder einen signifikanten Einfluss ($p < 0.05$) in der zweifaktoriellen Testung mit sinnvollem Messabstand oder einen tendenziellen Einfluss ($p < 0.1$) in einer der beiden multifaktoriellen Testungen aufweisen.

Gültige Fälle: n=657 bzw. 562; VAn: Varianzanalysen, Mwh: Messwiederholung; b: Nach Reduktion der Stichprobe auf Personen mit einem sinnvollem T1-T2-Messabstand zwischen ¼ Jahr und 2 Jahren macht eine Prüfung dieses Faktors keinen Sinn mehr.

3 Ergebnisse

Tabelle 28: korrigierte Signifikanzwerte der in zweifaktorieller Testung bedeutsamen Einflussvariablen auf den T1-T2-Verlauf der Testwerte der Skala HEALTH Aktivität und Partizipation; die angegebenen p-Werte beziehen sich jeweils auf die Interaktionseffekte Zeit x Faktor (Innersubjekteffekte)

Variable	alle T2-Teilnehmer (n=657)	nach Einschränken auf sinnvollen Messabstand (n=562):	
	p multifaktoriell korrigiert	p aus zweifaktoriellen VAn mit Mwh	p multifaktoriell korrigiert
ISR Gesamtskala zu T1	.008	.004	.030
Skala HEALTH Selbstwirksamkeit zu T1	<.001	<.001	<.001
Messabstand ¼J. bis 2J. ja	.001	(nicht sinnvoll) ^b	(nicht sinnvoll) ^b
Beginn einer nicht-medik. Therapie ja (mind. 6 Termine)	n.s.	.012	.090
Gesamttermine mind. 21 ja	.063	.003	.008
Anzahl Gesamttermine 6Kat	n.s.	.018	.078
Nationalität 2Kat	.029	n.s.	-
bereits laufende Therapie ja	.015	.008	.076

Die Tabelle stellt Variablen dar, wenn diese entweder einen signifikanten Einfluss ($p < 0.05$) in der zweifaktoriellen Testung mit sinnvollem Messabstand oder einen tendenziellen Einfluss ($p < 0.1$) in einer der beiden multifaktoriellen Testungen aufweisen.

Gültige Fälle: n=657 bzw. 562; VAn: Varianzanalysen, Mwh: Messwiederholung; b: Nach Reduktion der Stichprobe auf Personen mit einem sinnvollem T1-T2-Messabstand zwischen ¼ Jahr und 2 Jahren macht eine Prüfung dieses Faktors keinen Sinn mehr.

Die Effektstärken in Bezug auf die Wechselwirkung Zeit x Faktor liegen bei den meisten Variablen im Bereich um $\eta^2 = 0.010$ und sind damit nach Ellis (2010) eindeutig klein. Ein partielles η^2 von > 0.020 (welches bedeutet, dass dieser Faktor mehr als 2.0% Prozent der Varianz der Wechselwirkung erklären kann) erreichen die folgenden Einflussvariablen:

- *Therapiestatus 4Kat* (in der ISR Gesamtskala 0.028 bis 0.037, in der Skala HEALTH INT 0.030 bis 0.050)
- *Selbstwirksamkeit zu T1* (in den Skalen HEALTH WOHL 0.017 bis 0.028, HEALTH INT 0.026 bis 0.033, HEALTH A&P 0.023 bis 0.035)
- *Messabstand 1/4J. bis 2J. ja* (in den Skalen HEALTH WOHL 0.029, HEALTH A&P 0.027).

Aber auch diese Effekte bleiben im kleinen Bereich. Alle in den Tabellen aufgeführten Faktor-Variablen gemeinsam erklären je nach Skala etwa 5-10 Prozent der Gesamtvarianz der Wechselwirkung Zeit x Faktor. Das bedeutet, dass der weit überwiegende Teil der stattgehabten Veränderung nicht durch die hier berücksichtigten Faktoren erklärt werden kann.

3 Ergebnisse

3.5.3 Zusammenfassung: Einflussvariablen auf den Verlauf T1-T2

Die signifikanten zweifaktoriell gewonnenen p-Werte zeigen einen Einfluss dieser Variablen auf den testpsychologischen T1-T2-Verlauf an, sind jedoch durch Korrelation mit anderen, den Verlauf direkt beeinflussenden Variablen anfällig für falsch-positive Wertungen. Zudem erhöht sich über das multiple Testen die Wahrscheinlichkeit eines Alpha-Fehlers. Die multivariat korrigierten Werte bergen dagegen das Risiko einer „Überkorrektur“ i. S. einer falsch-negativen Wertung.

In Tabelle 29 werden für die Subgruppe der Patienten mit sinnvollem T1-T2-Messabstand skalenbezogen sowohl die zwei- als auch die multifaktoriell erhaltenen Ergebnisse in symbolhaft-zusammenfassender Form dargestellt. Ebenfalls mit aufgenommen ist der Faktor Messabstand, getestet in der Gesamtgruppe der T2-Teilnehmer. Die Art des Einflusses der verschiedenen Faktoren, insbesondere bei nicht-linearer Wirkung, wird in Abschnitt 3.6. näher erläutert.

Tabelle 29: zusammenfassende Wertung des Einflusses der näher untersuchten Prädiktorvariablen auf den T1-T2-Verlauf in den vier ausgewählten Skalen

Skala	ISR Gesamtscore		HEALTH WOHL		HEALTH INT		HEALTH A&P	
Anzahl der gleichzeitig einbezogenen Faktoren	2	5	2	6	2	5	2	7
Diagnose F32/33 ja	0		0		0		0	
ISR Gesamtscore zu T1	(nicht sinnvoll) ^b		+	+	+	+	++	+
HEALTH Selbstwirksamkeit zu T1	++	(+)	++	++	++	++	++	++
Messabstand ¼J. bis 2J. ja ^a	++	+	++	++	++	++	++	++
Beginn einer nicht-medik. Therapie ja (mind. 6 Termine)	0		0		0		+	(+)
Gesamttermine mind. 21 ja	+	(+)	+	0	0		++	++
Anzahl Therapieverfahren 4Kat	0		0		+	+	0	
Anzahl Gesamttermine 6Kat	0		0		0		+	(+)
Therapiestatus 4Kat	xx	xx	0		xx	xx	0	
Nationalität 2Kat	0		0		0		0	
Schulabschluss 4Kat	0		xx	xx	0		0	
Rentenverfahren 4Kat	0		0		0		0	
bereits laufende Therapie ja	--	(-)	--	(-)	0		--	(-)

3 Ergebnisse

gültige Fälle: n=557 (ISR) bzw. n=562 (HEALTH); a: Die Wertung bezieht sich hier auf die Gesamtgruppe der T2-Teilnehmer (n=657), da sonst inhaltlich nicht sinnvoll. b: als Autoregressor ist der Skalenwert zu T1 sehr wahrscheinlich bedeutsam mit seiner eigenen Verlaufsveränderung korreliert, ohne diese inhaltlich relevant erklären zu können (s.a. Fliege et al. 2002); (x), x, xx: Einfluss nicht-linear; (+), +, ++: Einfluss fördert ein Absinken des Skalen-Mittelwertes; (-), -, --: Einfluss hemmt ein Absinken des Skalen-Mittelwertes; 0: kein Einfluss (bivariat $p \geq 0.05$, multivariat $p \geq 0.1$), (x)/(+)/(--): nur für multivariat: tendenzieller Einfluss ($p < .1$), x/+/-: signifikanter Einfluss ($p < .05$), xx/++/--: hochsignifikanter Einfluss ($p < .01$)

Hypothese 4 beantwortet sich damit wie folgt:

Die ausgewählten Diagnosen (F32/33, F40/41, F45/48, F50) hatten keine unabhängige Wirkung auf den testpsychologischen Verlauf T1-T2. Einen deutlichen Einfluss hatten dagegen die Ausgangsbelastungen der ISR Gesamtskala (auf die drei anderen Referenzskalen) und die HEALTH-Skala Selbstwirksamkeit (auf alle vier Skalen): Je höher die Belastungswerte zu T1, desto günstiger der Verlauf. Auch war der Messabstand T1-T2 in allen Skalen als prädiktive Variable wirksam (günstigerer Verlauf bei einem Abstand zwischen einem Vierteljahr und 2 Jahren). Mindestens 6 Termine einer beginnenden nichtmedikamentösen Therapie sagten einen günstigeren Verlauf in einer Skala (Aktivität und Partizipation) voraus, das zusätzliche Vorliegen von 21 Gesamtterminen in ein bis zwei weiteren Skalen. Dagegen waren die Art der nichtmedikamentösen Therapie und die Verordnung von Psychopharmaka ohne prädiktive Wirkung auf den Verlauf. Die Anzahl der in Anspruch genommenen nichtmedikamentösen Therapieverfahren hatte einen positiven Einfluss auf eine testpsychologische Besserung in einer Skala (Interaktionelle Schwierigkeiten), die der durchgeführten Therapieeinheiten einen (tendenziell) positiven Einfluss in einer anderen (Aktivität und Partizipation). Der Therapiestand der ersten nach T1 begonnenen nichtmedikamentösen Behandlung hatte insofern einen Zusammenhang mit dem testpsychologischen Verlauf, als die mittlere Belastung von Patienten, die bei noch laufender erster Behandlung bereits eine zweite Therapieform begannen, im Unterschied zu den anderen Subgruppen in zwei Skalen signifikant anstieg.

Die zur Prüfung von Konfundierung zusätzlich in die Testung aufgenommenen Variablen zeigten insgesamt einen geringen Effekt auf den Verlauf. In einer Skala (Psychisches Wohlbefinden) war die Art des Schulabschlusses deutlich wirksam (ungünstigerer Verlauf bei Patienten ohne Schulabschluss oder mit Sonderschulabschluss). Eine bereits zu T1 laufende nichtmedikamentöse Therapie hatte in der zweifaktoriellen Testung in drei von vier Skalen

3 Ergebnisse

einen bedeutsamen negativen Einfluss auf die Entwicklung der Testwerte, die Wirkung als eigenständiger Faktor relativierte sich jedoch jeweils in den multifaktoriellen Kontrollen. Weitere soziodemografische Faktoren, wie Geschlecht, Alter, Nationalität, Partnerschaft, Berufsabschluss und Art des Haupteinkommens waren ohne Wirkung auf den Verlauf, ebenso wie die Ausgangsbelastung der HEALTH-Skala Soziale Unterstützung.

3.6. Einzelne Einflussvariablen genauer betrachtet

Im Folgenden wird der Einfluss der in Hypothese 4 vermuteten Prädiktoren auf die Lage der testpsychologischen Belastungswerte zu T1 und ihren Verlauf von T1 zu T2 näher erläutert.

3.6.1 Vorliegen bestimmter Diagnosen zu T1

Die Diagnose einer depressiven Episode (F32/33) zu T1 bedingte in allen vier untersuchten Skalen mit hoher Wahrscheinlichkeit (jeweils $p=.001$ oder $.002$) höhere testpsychologische Belastungswerte zu T1. In der ISR Gesamtskala hatte das Vorliegen einer Depressionsdiagnose in der Gesamtgruppe der T2-Teilnehmer (ohne Einschränkung auf einen sinnvollen Messabstand) zweifaktoriell auch einen signifikant günstigen Einfluss auf den Verlauf, dieser Effekt hatte jedoch weder nach Eingrenzung auf einen sinnvollen Messabstand noch in der multifaktoriellen Testung Bestand.

Auch die Diagnose einer Phobie oder Angststörung (F40/41) ging zu T1 hoch signifikant mit höheren testpsychologischen Werten in der ISR Gesamtskala einher. Darüber hinaus ergab sich kein Anhalt für weitere signifikante Einflüsse auf Lage oder Verlauf der testpsychologischen Messwerte.

Die Diagnosen somatoforme Störung / Neurasthenie (F45/48) sowie Essstörung (F50) zeigten keinerlei bedeutsame Zusammenhänge zu Lage oder Verlauf der Belastungswerte in den betrachteten vier Skalen.

3.6.2 Gesamtsymptombelastung (ISR Gesamtskala) zu T1

In den Varianzanalysen zeigte sich ein jeweils hochsignifikanter Zusammenhang des ISR Gesamtscores zu T1 sowohl in seiner intervallskalierten als auch in seiner 4-stufigen Form mit der Lage der Belastungswerte in den anderen drei Referenzskalen (jeweils $p<.001$). Dies war

3 Ergebnisse

durchaus zu erwarten, da die eingesetzten Testskalen untereinander zumeist deutlich korrelieren (s. Tabellen A3 bis A5 im Anhang).

Die Höhe des ISR Gesamtscores zu T1 hatte ebenfalls einen jeweils hoch signifikanten Einfluss auf den Verlauf der Messwerte in den anderen Skalen: Je höher die Belastung, desto stärker war die Abnahme von T1 zu T2. Die Abstände der Gruppen-Mittelwerte der vier Symtombelastungsstufen in der ISR Gesamtskala verringerten sich im Verlauf, gleichwohl blieb die Rangfolge der vier Gruppen zu T2 unverändert und die Lage unterschied sich weiterhin in allen vier Skalen mit jeweils $p < 0.001$.

Abbildung 9 stellt beispielhaft den Zusammenhang zwischen Symptombelastung zu T1 (ISR Gesamtskala) in 4 Stufen und erlebten interaktionellen Schwierigkeiten (Skala HEALTH INT) zu T1 und T2 grafisch dar. Die beiden Testskalen korrelieren mit $r = .556$.

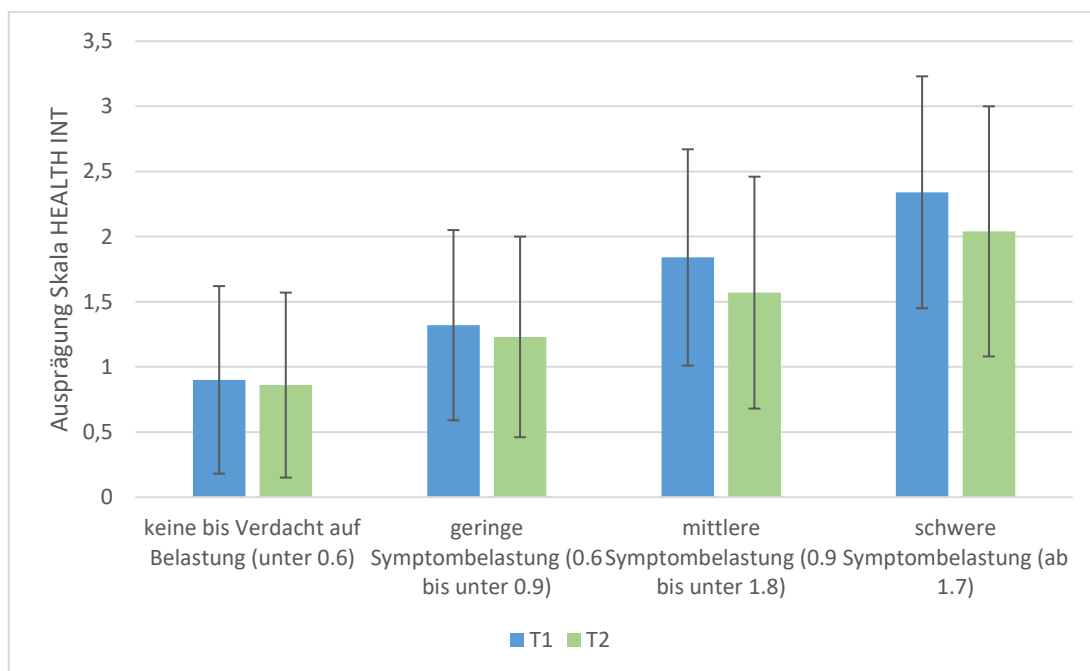


Abbildung 9: Lage und Verlauf der gemittelten Messwerte für HEALTH Interaktionelle Schwierigkeiten in vier Patientengruppen unterschiedlicher Symptombelastung der ISR Gesamtskala zu T1

gültige Fälle: $n=572$; Fehlerindikator: Standardabweichung

3.6.3 Selbstwirksamkeit zu T1

Die Höhe der Belastungswerte in der HEALTH-Skala Selbstwirksamkeit zu T1 hat einen recht sicheren (jeweils $p < .001$) Effekt sowohl auf die Lage der Werte in den vier untersuchten Testskalen als auch auf deren Verlauf von T1 zu T2. In Bezug auf die Wechselwirkung Zeit x

3 Ergebnisse

Faktor weist sie von den hier untersuchten Variablen die stabilste Signifikanz und eine der höchsten Effektstärken auf. Die Art des Einflusses offenbart sich über die Aufteilung der Fälle in zwei Hälften mit geringer vs. deutlicher Beeinträchtigung des Selbstwelterlebens und grafische Verlaufsdarstellung der beiden gebildeten Gruppen - hier als Beispiel für die ISR Gesamtskala (Abbildung 10):

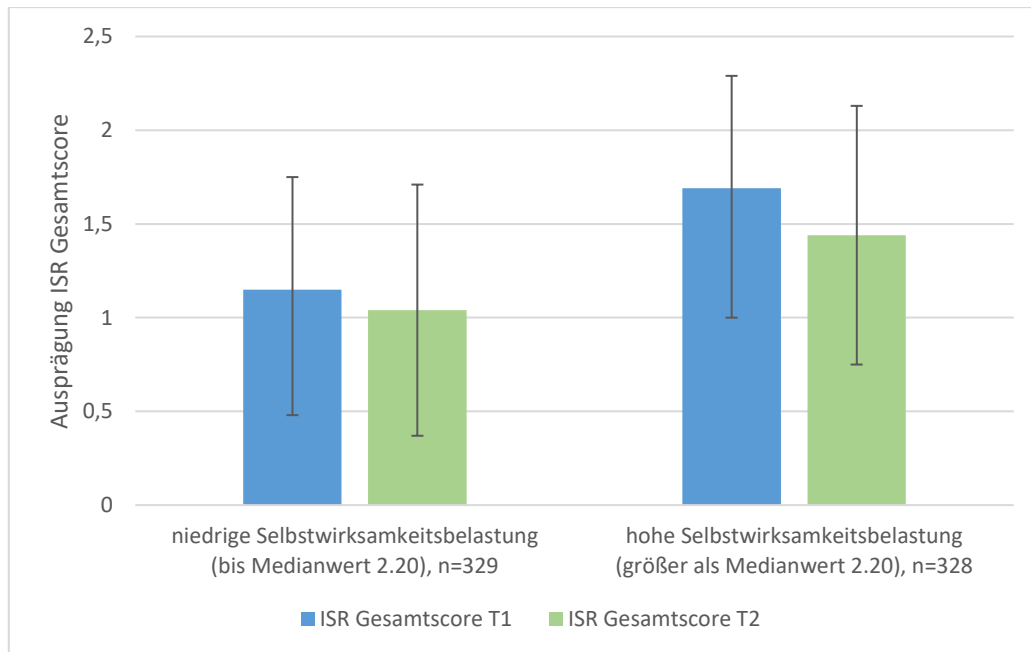


Abbildung 10: mittlere Belastung in der ISR Gesamtskala für leicht vs. stark in ihrem Selbstwirksamkeitserleben beeinträchtigte Patienten im Verlauf T1-T2

gültige Fälle: n=572; Fehlerindikator: Standardabweichung

Der Einfluss auf die Lage bedeutet: Die subjektiv stärker in ihrer Selbstwirksamkeit Beeinträchtigten waren auch in den übrigen getesteten Aspekten stärker belastet. Dies erscheint sowohl unmittelbar einsichtig als auch über die Korrelation der Skalen (s. Korrelationstabellen im Anhang) mathematisch erklärbar. Der Effekt auf den Verlauf besagt: Die zu Therapiebeginn subjektiv stärker in ihrer Selbstwirksamkeit Beeinträchtigten zeigten im Verlauf T1-T2 eine stärkere Abnahme ihrer Belastung in den vier Referenz-Skalen als die nicht so stark in ihrer Selbstwirksamkeit Beeinträchtigten. Dies ist weder intuitiv noch auf der Basis der oben vorgestellten Studienlage (Abschnitt 1.1.3) direkt verständlich und wird daher in Kapitel 4 diskutiert.

3.6.4 Verordnung von Psychopharmaka

Die Verordnung von Psychopharmaka zwischen T1 und T2 hatte in drei der vier untersuchten Skalen in der zweifaktoriellen Analyse einen signifikanten Effekt auf die Lage: Die zu T1 höher testpsychologisch Belasteten erhielten häufiger Verordnungen von Psychopharmaka. Diese hatten jedoch in keiner Skala einen signifikanten Einfluss auf den Verlauf der testpsychologischen Veränderung von T1 zu T2.

3.6.5 Beginn nichtmedikamentöser Therapieverfahren

In Bezug auf den Einfluss der Durchführung einer NMT in diesem Kapitel wurden zwei etwas unterschiedlich definierte Behandlungsvariablen betrachtet:

- 1) zunächst alle Patienten, die zwischen T1 und 60 Tage vor T2 entweder psychiatrische Einzeltermine, eine Einzel-Psychotherapie, eine bewegungsorientiert-kreative Behandlung, ein Entspannungsverfahren oder eine Gruppentherapie begannen und davon mindestens 6 Termine wahrnahmen - im Vergleich zu denen, die keine oder nur kürzere NMTn in Anspruch nahmen (Name der Variablen: „*Beginn einer nichtmedikamentösen Therapie ja*“)
- 2) alle Patienten, die das unter 1) genannte Positiv-Kriterium erfüllten und zusätzlich insgesamt mindestens 21 Termine o.g. Therapien absolvierten - im Vergleich zu allen anderen T2-Teilnehmern (Name der Variablen: „*Gesamttermine mind. 21 ja*“).

Die Behandlung mit mindestens 6 Terminen hatte in den zweifaktoriellen Varianzanalysen in der HEALTH-Skala Aktivität und Partizipation einen signifikanten Einfluss ($p=.012$) auf den testpsychologischen T1-T2-Verlauf in der Art einer stärkeren Reduktion der Belastungswerte. In der multifaktoriellen Testung blieb davon nur ein annähernd signifikanter Wert ($p=.090$) übrig.

Bei einer Gesamtterminzahl von mindestens 21 zeigte sich in den bivariaten Analysen in drei Skalen ein signifikant günstiger Einfluss der Intervention auf den Verlauf. In den multifaktoriellen Kontrollen bestätigte sich ein deutlicher Einfluss in der Skala Aktivität und Partizipation ($p=.008$), in der ISR Gesamtskala war dieser korrigiert knapp nichtsignifikant ($p=.074$).

3 Ergebnisse

3.6.6 Anzahl der Therapieverfahren

Patienten, die zu T1 testpsychologisch schwerer belastet waren, nahmen signifikant mehr zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten beginnende nichtmedikamentöse Therapien mit jeweils mindestens 6 Terminen wahr. Dies gilt für drei der vier Skalen. Die Anzahl dieser beginnenden NMTn hatte wiederum in der HEALTH-Skala interaktionelle Schwierigkeiten zwei- und multifaktoriell einen signifikant positiven Einfluss auf die Abnahme der testpsychologischen Belastung im T1-T2-Verlauf. Abbildung 11 illustriert den positiveren Verlauf insbesondere der Patientengruppe mit drei oder mehr beginnenden Therapien.

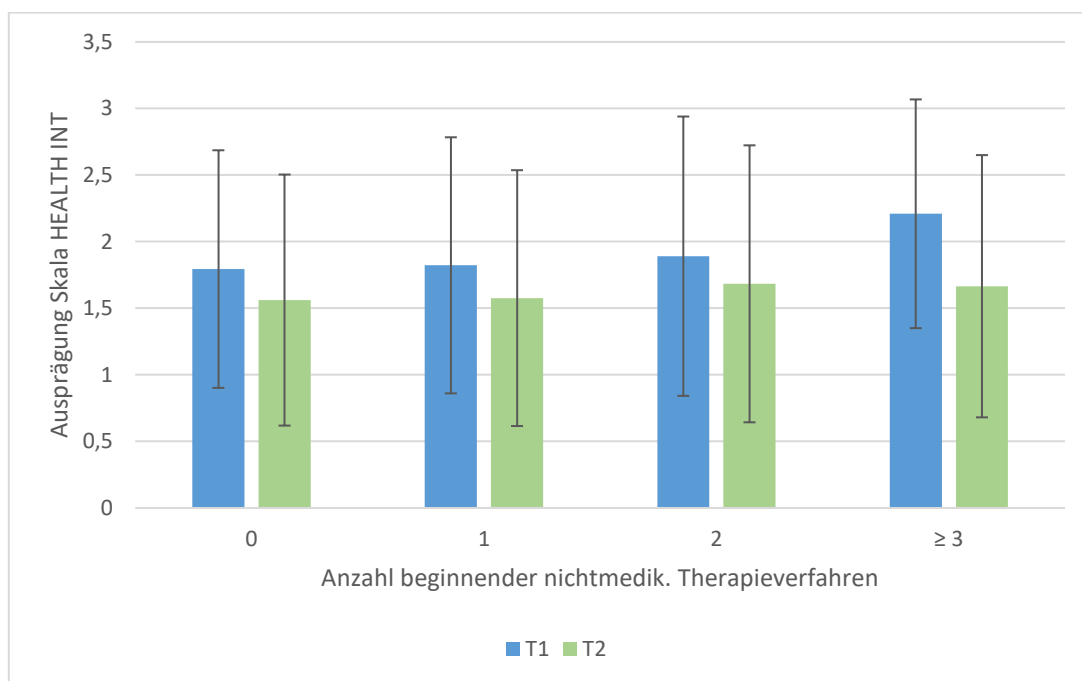


Abbildung 11: Lage zu T1 (blau) und Ausprägung im Verlauf (T2, grün) der Mittelwerte in der Skala HEALTH INT für vier Gruppen von Patienten mit unterschiedlicher Anzahl an beginnenden nichtmedikamentösen Therapieverfahren

gültige Fälle: n=572; Fehlerindikator: Standardabweichung

3.6.7 Anzahl der Therapietermine

Die T2-Teilnehmer nahmen im Schnitt insgesamt 26 Termine beginnender nichtmedikamentöser Therapien wahr, die Subgruppe mit mindestens 6 Terminen einer Therapieform hatte im Mittel 43 Gesamttermine. Die sehr hohe Streuung (Standardabweichung 32.6 bzw. 32.1 Termine) wird sichtbar in Abbildung 12:

3 Ergebnisse

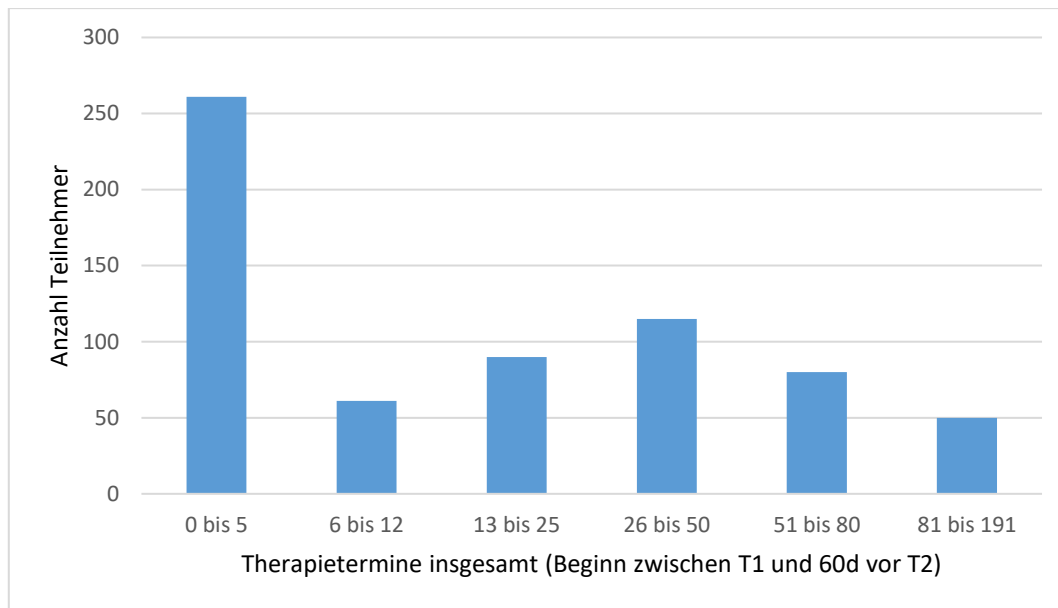


Abbildung 12: Häufigkeiten der Gesamtanzahl wahrgenommener Therapietermine

Gültige Fälle: n=657

Die Einteilung der 6 Kategorien orientierte sich an gängigen Kontingenz-Einteilungen der ambulanten Psychotherapie (Kurzzeit-/Langzeittherapie), berücksichtigte darüber hinaus jedoch auch die große Streubreite innerhalb des vorliegenden Datensatzes. Diese ergibt sich zum einen aus einem relativ hohen Anteil an kürzeren Behandlungen (6-12 Termine: 9.3% der T2-Teilnehmer bzw. 15.4% der Teilnehmer einer Behandlung mit mind. 6 Terminen), zum anderen aus dem Umstand, dass es sich bei dem Wert der Variablen um eine Summe von Therapieeinheiten aus möglicherweise mehreren unterschiedlichen Verfahren mit entsprechend hoher Gesamtstundenzahl handelt (>80 Termine: 7.6% der T2-Teilnehmer und 12.6% der Teilnehmer einer Behandlung mit mind. 6 Terminen).

Die Ausprägung der testpsychologischen Belastung war schon zu T1 in den verschiedenen Gruppen signifikant unterschiedlich. In Abbildung 13 lässt sich erkennen, dass diese (blaue Balken) für die symptombezogene ISR Gesamtskala in der Gruppe mit 6 bis 12 Terminen höher lag als in der Gruppe mit 0 bis 5 Terminen. Am höchsten lag sie bei den Patienten, die auch die meisten Gesamttermine erhielten.

3 Ergebnisse

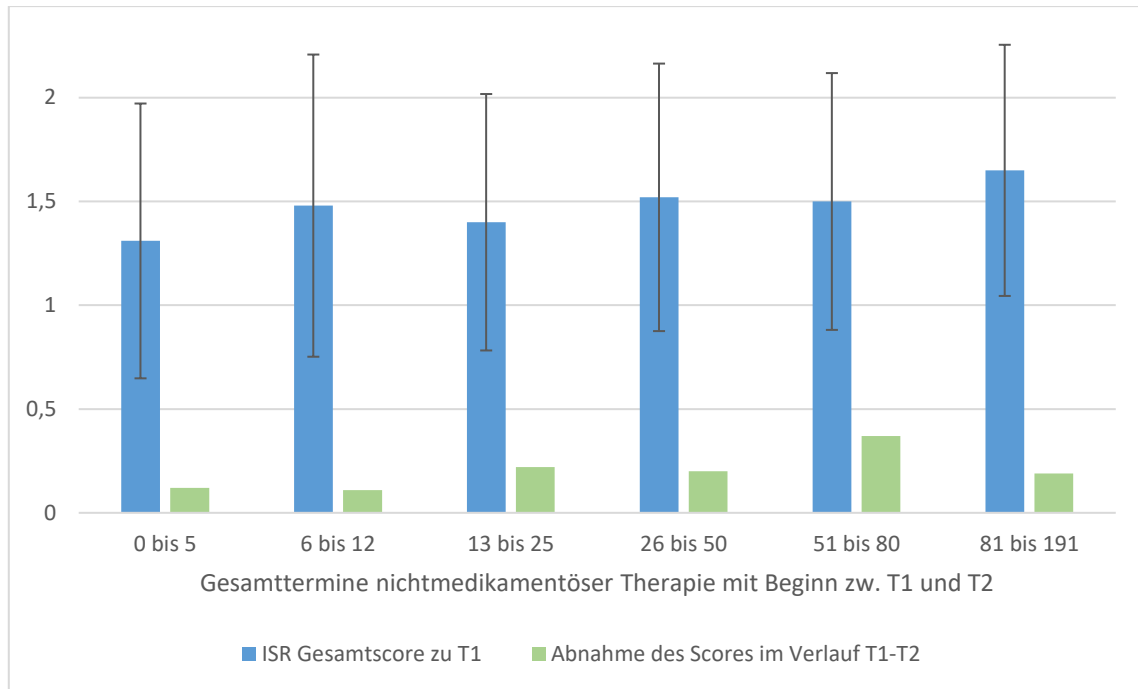


Abbildung 13: mittlere Ausgangsbelastung zu T1 und Abnahme der Belastungswerte im T1-T2-Verlauf in der ISR Gesamtskala für sechs Patientengruppen mit unterschiedlicher Gesamtterminzahl der wahrgenommenen NMTn

Gültige Fälle: n=657; Fehlerindikator: Standardabweichung

Die Grafik zeigt weiter, dass die Abnahme der Symptombelastung (grüne Balken) im Verlauf bei einer Gesamtterminzahl von 6 bis 12 nicht stärker war als bei Wahrnehmungen von maximal 5 Terminen. Am ausgeprägtesten war die testpsychologische Veränderung in der Skala bei Patienten, die insgesamt 51 bis 80 Termine absolvierten. Die Patienten, die die terminintensivsten Behandlungen erhielten (81 bis 191 Termine), verbesserten sich unter dieser Therapie im Durchschnitt in einem ähnlichen Ausmaß wie die übrigen Patienten.

Für die Patientengruppe mit sinnvollem Messabstand zeigte sich in der zweifaktoriellen Testung ein signifikanter Einfluss der Gesamtterminzahl auf den Verlauf in der Skala Aktivität und Partizipation ($p=.012$), dieser lag multifaktoriell korrigiert bei $p=.078$.

Schließlich wurde die Darstellung der durchschnittlichen Abnahme der ISR-Gesamtscore-Belastung in Abhängigkeit von der Anzahl stattgehabter Behandlungstermine mit einem noch feineren Raster an Termin-Kategorien betrachtet (s. Abbildung 14).

3 Ergebnisse

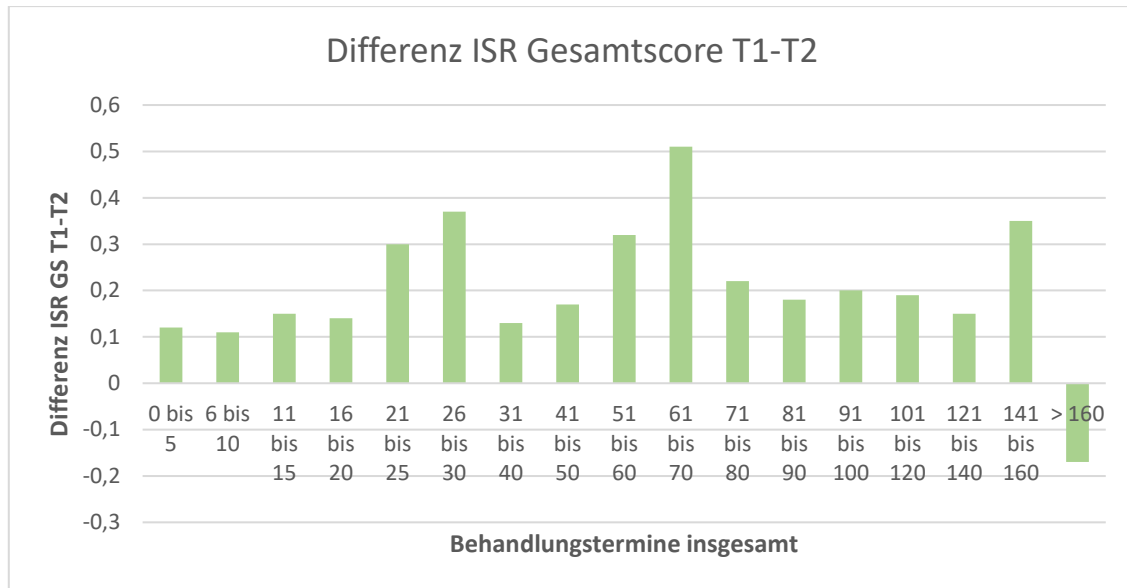


Abbildung 14: Höhe der durchschnittlichen Abnahme der Belastungswerte der ISR Gesamtskala im Verlauf von T1 zu T2 für Patientengruppen mit unterschiedlicher Gesamtterminezahl der wahrgenommenen NMT (negativer Balken bedeutet Symptomzunahme)

Gültige Fälle: n=2685; die Kategorie > 160 Behandlungstermine besteht nur aus einem Fall

Auch dieser Grafik ist zu entnehmen, dass eine Behandlung mit 6 bis 10 Gesamtterminen nicht mit einer größeren Abnahme der T1-Belastung einherging als ein Wahrnehmen von maximal 5 Terminen. Es deutet sich an, dass ein über dieses Maß hinausgehender Effekt bei einer Gesamtanzahl von 11 bis 15 Terminen beginnen und ab der Stufe von 21 bis 25 Terminen statistisch fassbar sein könnte. Entsprechend wurde in den Abschnitten 3.7 und 3.8 zusätzlich zu einer Basisvariablen mit mindestens 6 Terminen eines nichtmedikamentösen Verfahrens die Durchführung von mindestens 21 Gesamtterminen als Kriterium in die Definition einer zweiten, auf ihre Wirkung zu prüfenden Therapie-Variablen aufgenommen.

3.6.8 Therapiestatus

Rückblickend (i.d.R. bei Aufnahme einer erneuten NMT) wurde vom MVZ der Stand der vorhergehenden Therapie eingetragen - anhand der Kategorien „Therapie abgebrochen“, „aufgehört, Gründe bekannt“, „Therapie läuft noch“ und „Therapie regulär abgeschlossen“. Wesentlich für ein Verständnis dieser Variablen ist, dass sich die Angaben jeweils auf die erste nach T1 beginnende Therapieform beziehen und damit kein (vorläufiger) Abschluss bzw. ein Abbrechen der Gesamtbehandlung beschrieben ist.

3 Ergebnisse

Um bei mehreren absolvierten Therapie-„Bausteinen“ für die Verlaufsbeurteilung T1-T2 eine eindeutige Variableninformation pro Fall zu haben, wurde in der vorliegenden Untersuchung der Therapiestand der ersten nach T1 (und 60 Tage vor T2) begonnenen Therapie gewertet. In der Gruppe „regulär beendet“ könnten sich damit z. B. Patienten verbergen, die zunächst einen Kurs (6 Termine) Entspannungstraining regulär absolvierten und danach eine ambulante Psychotherapie begannen, die zu T2 noch am Laufen war. In der Kategorie „Therapie abgebrochen“ könnte jemand eine Physiotherapie abgebrochen und im Anschluss eine Musiktherapie regulär beendet haben.

Außer der Variablen in ihrer 4-stufigen Form (*Therapiestatus 4Kat*) wurde für die Auswertung eine 2-stufige Variable mit der Dichotomie „regulär beendet“ vs. „übrige“ (*Therapiestatus 2Kat*) und schließlich eine 2-stufige Variable zur Angabe der Form des Therapieabschlusses (regulär vs. irregulär beendet) geprüft.

Die Patientengruppen der 4-stufigen Therapiestatus-Variablen unterschieden sich in ihrer Lage (Höhe der testpsychologischen Belastung) nicht wesentlich. Jedoch erwies sich die Variable sowohl in den zwei- als auch in den multifaktoriellen Varianzanalysen in ihrem Einfluss auf den testpsychologischen Verlauf in zwei der vier Skalen (ISR Gesamtscore und HEALTH Interaktionelle Schwierigkeiten) als signifikant wirksam. Wie orientierend in Abbildung 15 ersichtlich, wird der Gruppen-unterscheidende Effekt nicht durch die Therapie-Abbrecher hervorgerufen, sondern durch die Patienten, die bei noch laufender erster nichtmedikamentöser Behandlung bereits eine zweite Therapieform begannen. Ihre mittlere Symptombelastung stieg im Unterschied zu den anderen drei Gruppen im T1-T2-Verlauf an. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass diese Gruppe mit $n=17$ innerhalb der gültigen Fälle ($n=384$) recht klein ist.

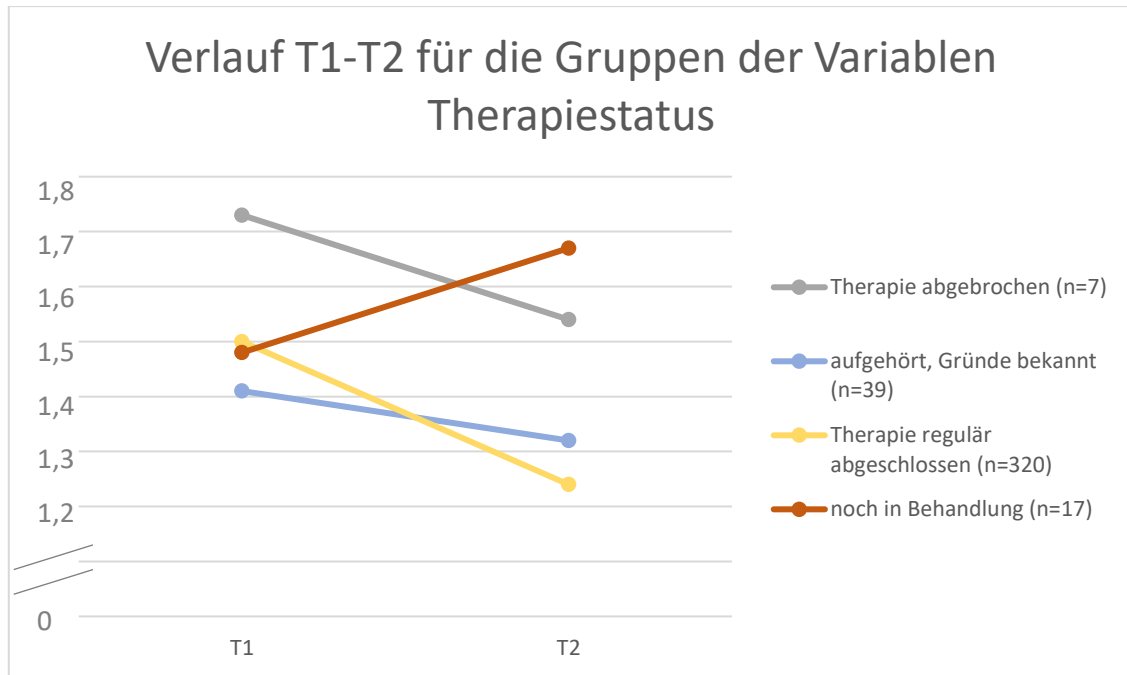


Abbildung 15: Verlauf der gemittelten Belastungswerte in der ISR Gesamtskala für die vier Patientengruppen der Variablen Therapiestatus 4 Kat

Gültige Fälle: n=383

Abbildung 16 zeigt die unterschiedlichen Kategorien der Variablen Therapiestatus unter dem Blickwinkel einer Zu- oder Abnahme der ISR-Symptombelastung im T1-T2-Verlauf. Hier wird zunächst deutlich, dass die meisten Patienten ihre erste Therapie regulär abschlossen. Ferner ist zu erkennen, dass sowohl unter den Patienten, die ihre erste nach T1 beginnende Therapie abbrechen als auch unter denen, die diese aus bekannten Gründen vorzeitig beendeten, eine Symptomabnahme im Verlauf überwog - im Gegensatz zu denen, die unter noch laufender erster Behandlung eine zweite Therapie aufnahmen.

3 Ergebnisse

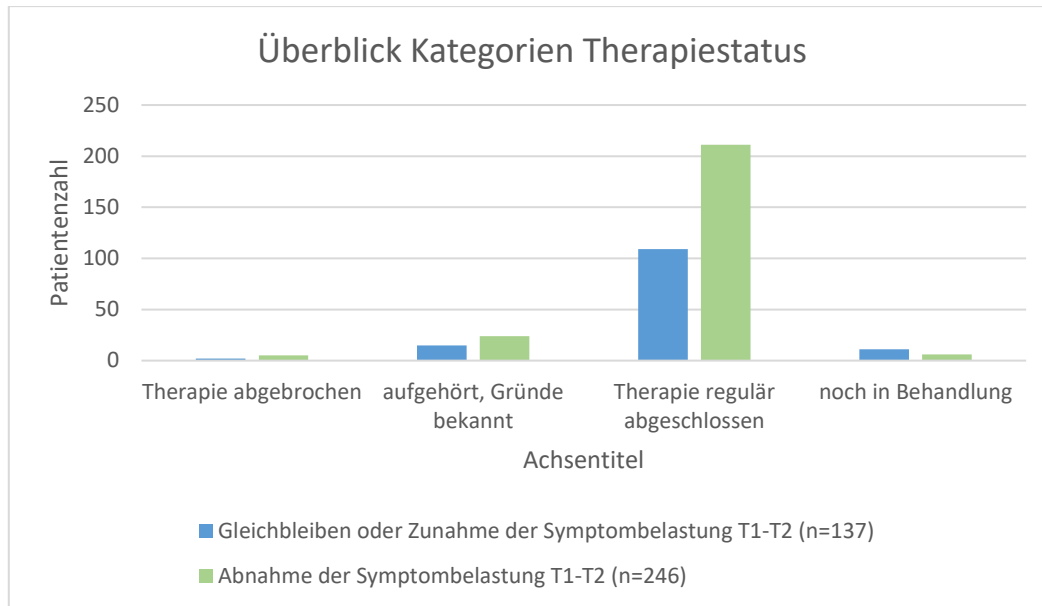


Abbildung 16: Häufigkeit von Patienten ohne (blau) vs. mit Abnahme (grün) der ISR Symptombelastung im T1-T2-Verlauf in den vier Kategorien der Variablen Therapiestatus

Gültige Fälle: n=383

Hiermit ist auch nachvollziehbar, dass die Art des Therapieabschlusses in dichotomer Form (regulär beendet vs. irregulär beendet) keinen bedeutsamen Einfluss auf den testpsychologischen Verlauf T1-T2 hatte.

3.6.9 Messabstand

Der ursprünglich in Tagen angegebene Messabstand zwischen T1 und T2 hatte in den zweifaktoriellen Analysen in allen vier Skalen einen hoch signifikanten Einfluss auf den Verlauf der Messwerte in ebendiesem Zeitraum.

Wie in Abbildung 17 für die ISR Gesamtskala grafisch dargestellt, kam es bei Patienten, die nach einem Intervall von einem Vierteljahr bis zu zwei Jahren zur Verlaufsmessung erschienen, im Mittel jeweils zu einem sichtbaren Absinken der zu T1 erhobenen testpsychologischen Belastungswerte („positive“ Balken). Eine testpsychologisch gemessene Symptomverstärkung („negative“ Balken) zeigte sich sowohl bei Patienten, bei denen die erste Verlaufserhebung bereits wenige Wochen nach der Grunderhebung stattgefunden hatte, als auch bei denen, die erst zwei Jahre oder später an der konzeptuell nach etwa einem Jahr vorgesehenen zweiten Messerhebung teilnahmen. Bei einem Messintervall von mehr als drei Jahren lag die durchschnittliche Differenz wieder im positiven Bereich. Hier zeigt eine feiner gerasterte

3 Ergebnisse

Betrachtung eine nur kleine Fallzahl mit stark variierenden Ergebnissen, aus denen nur fraglich eine valide Tendenz abgeleitet werden kann.

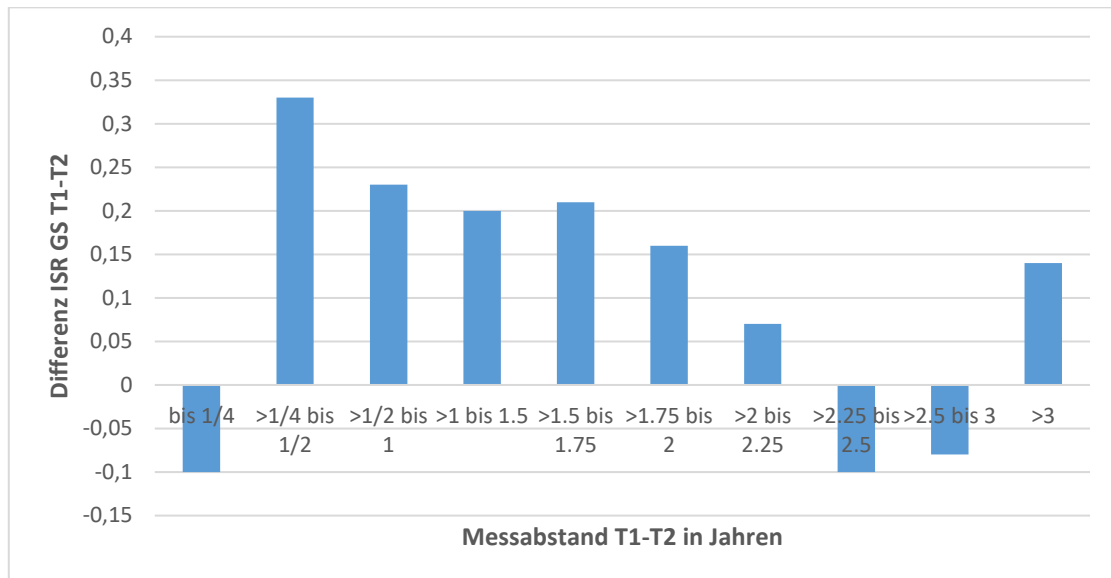


Abbildung 17: durchschnittliche Abnahme der Belastungswerte in der ISR Gesamtskala in Abhängigkeit von der Größe des Messabstandes zwischen T1 und T2 (negative Balken bedeuten Symptomzunahme)

Gültige Fälle: n=657

Vor dem Hintergrund, dass die angebotenen medikamentösen und nichtmedikamentösen Behandlungen häufig auf eine Dauer von mehreren Monaten bis Jahren ausgerichtet waren und das MVZ eine erste Verlaufsmessung nach Ablauf eines Jahres vorgesehen hatte, ist davon auszugehen, dass die Durchführung der zweiten Messerhebung vor Ablauf eines Vierteljahres auf einem organisatorischen Fehler beruht. Ähnlich liegt bei Patienten mit einem Messabstand von mehr als zwei Jahren kein kontinuierlicher Behandlungsverlauf vor, sondern i.d.R. ein Ausscheiden aus der Behandlung vor Ablauf eines Jahres mit einer Neuvorstellung zu Beginn einer neuen Krankheitsverschlechterung. Diese Neuvorstellung wurde dann jeweils als T2-Verlaufsmessung angelegt.

Die zweistufige Variable *Messabstand zwischen ¼ Jahr und 2 Jahren ja* zeigte in der multifaktoriellen Bestätigungstestung in drei der vier Skalen einen hoch signifikanten Einfluss auf den Verlauf der testpsychologischen Messwerte, in der vierten Skala einen signifikanten Einfluss.

3.7 Wirksamkeit nichtmedikamentöser Therapien im Vergleich

3.7.1 Verlaufsvergleich T1-T2 mit vs. ohne definierte Behandlung (Hypothese 5)

In Abschnitt 3.4.1 wurde schon festgestellt, dass sich die durchschnittlichen testpsychologischen Belastungswerte in allen untersuchten allgemeinen Testskalen im Messverlauf T1-T2 hochsignifikant reduzierten. Hier geht es nun darum, den Verlauf in Patientengruppen mit und ohne definierte Behandlung zu vergleichen.

Anhand der vorliegenden Variablen wurden als Grundbedingung einer hierfür zu berücksichtigenden Behandlung festgelegt:

- keine bereits zu T1 laufende Therapie,
- Beginn einer nichtmedikamentösen Therapie zwischen T1 und 60 Tage vor T2,
- reguläre Beendigung dieser Therapie.

Als Intervention A wurde eine derartige Behandlung mit mindestens 6 Terminen, als Intervention B zusätzlich eine Gesamtzahl an Terminen nichtmedikamentöser Therapien von 21 oder mehr festgelegt. Die Patienten mit Intervention B (n=199) sind also eine Subgruppe der Patienten mit Intervention A (n=256).

Die Patienten, die die jeweiligen Kriterien erfüllten, wurden unter dem Filter des sinnvollen Messabstandes zwischen einem Vierteljahr und 2 Jahren in ihrem testpsychologischen Verlauf von T1 zu T2 mit den Patienten verglichen, die keine der definierten Behandlungspakete A oder B erhielten⁸ (n=312). Eine Übersicht der Ergebnisse zeigt Tabelle 30.

⁸ Die Kriterien für eine Kontrollgruppe i. e. S. (gleiche Voraussetzungen wie die Interventionsteilnehmer, aber keine Behandlung) sind nicht erfüllt, dennoch wird hier zur Abschätzung spezifischer Behandlungseffekte eine Vergleichsgruppe genutzt, die im Zeitraum T1-T2 ebenfalls in Behandlung des MVZs war und die definierten Behandlungen A oder B nicht erhielt.

3 Ergebnisse

Tabelle 30: Übersicht über testpsychologische Veränderungen im Verlauf T1-T2 in der Gruppe der T2-Teilnehmer ohne definierte Behandlung vs. Interventionsgruppe A (definierte Behandlung mit ≥ 6 Terminen) und Interventionsgruppe B (definierte Behandlung, insgesamt ≥ 21 Termine) sowie Einfluss des die Gruppen trennenden Faktors auf den Verlauf

Skala	Gruppe	MW zu T1	MW zu T2	Effektstärke T1-T2-Vergleich (d)	Interaktionseffekte Zeit x Gruppenfaktor (p)		Effektstärke Gruppenvergleich (part. η^2 , in Klammern d)	
					K vs. I _A	K vs. I _B	K vs. I _A	K vs. I _B
ISR Gesamtscore	K	1.37 ± 0.67	1.24 ± 0.73	0.22	.001	.001	0.018 (0.27)	0.023 (0.30)
	I _A	1.48 ± 0.60	1.18 ± 0.65	0.56				
	I _B	1.46 ± 0.60	1.14 ± 0.65	0.60				
HEALTH Psychisches Wohlbefinden	K	2.51 ± 0.76	2.25 ± 0.89	0.34	.003	.002	0.015 (0.27)	0.019 (0.32)
	I _A	2.79 ± 0.72	2.33 ± 0.90	0.64				
	I _B	2.81 ± 0.72	2.31 ± 0.92	0.69				
HEALTH Interaktionelle Schwierigkeiten	K	1.83 ± 0.92	1.65 ± 0.96	0.21	.003	.002	0.015 (0.23)	0.018 (0.27)
	I _A	1.95 ± 0.97	1.55 ± 0.98	0.43				
	I _B	1.94 ± 0.97	1.51 ± 0.98	0.47				
HEALTH Aktivität und Partizipation	K	1.88 ± 0.88	1.69 ± 0.85	0.21	.003	.001	0.016 (0.27)	0.021 (0.31)
	I _A	2.10 ± 0.83	1.68 ± 0.94	0.48				
	I _B	2.11 ± 0.83	1.65 ± 0.93	0.53				

K = keine definierte Behandlung, I_A / I_B = Intervention A bzw. Intervention B

gültige Fälle: ISR: n=568 (für K n=312, für I_A n=256, für I_B n=199); HEALTH: n=572 (für K n=315, für I_A n=257, für I_B n=200)

Die Effektstärken der Veränderung von T1 zu T2 liegen bei den Patientengruppen ohne definierte NMT im niedrigen Bereich (d=0.21 bis 0.34), unter definierter Behandlung knapp im mittleren Bereich (d=0.43 bis 0.69). Die beiden definierten Interventionsgruppen unterscheiden sich in ihrem Verlauf in allen vier Skalen hoch signifikant von der Gruppe ohne definierte Behandlung. Die Interventionen erreichen im jeweiligen Vergleich zur Gruppe der T2-Teilnehmer ohne definierte Behandlung für Intervention A nur sehr kleine, für Intervention B kleine Effektstärken (Intervention A: d = 0.23 bis 0.27; η^2 = .015 bis .018; Intervention B: d = 0.27 bis 0.32; η^2 = .018 bis .023). Die Veränderungen in der Patienten-Subgruppe mit Intervention B sind in allen vier Skalen tendenziell größer als in der Gruppe, die nur Intervention A erhielt.

3 Ergebnisse

Auskunft über Unterschiede der Gruppen ohne und mit definierter Intervention in Bezug auf in Abschnitt 3.6 nachgewiesene, nicht in der Definition enthaltene Einflussfaktoren auf den testpsychologischen Verlauf T1-T2 gibt Tabelle 31:

Tabelle 31: Unterschiede in der Ausprägung nachgewiesener Einflussfaktoren auf den Verlauf in den Patientengruppen ohne und mit definierter Intervention (A/B)

Einflussfaktor	p (K vs. I _A) ^a	p (K vs. I _B) ^a	Art des Unterschiedes
Schulabschluss (4 Stufen)	.041	n.s.	Quote kein Abschluss oder Hauptschulabschluss: K 51.0% vs. I _A 41.8%
ISR Gesamtscore zu T1	.046	n.s.	Mittelwert: K 1.37 vs. I _A 1.48
Selbstwirksamkeit zu T1	<.001	<.001	Mittelwert: K 2.15 vs. I _A 2.44, I _B 2.44
Anzahl zwischen T1 und T2 begonnene Therapieverfahren ^b (4 Stufen)	<.001	<.001	K: überwiegend keine Therapieverfahren (70.5%) I _A u. I _B : überwiegend ≥ 2 Therapieverfahren (61.3% bzw. 70.4%)
Anzahl Gesamt- Therapietermine mit Beginn zw. T1 u. T2	<.001	<.001	K: überwiegend 0 bis 5 Termine (70.5%) I _A u. I _B : überwiegend ≥ 26 Termine (68.0% bzw. 87.4%)

gültige Fälle: ISR: n=568 (für K n=312, für I_A n=256, für I_B n=199); HEALTH: n=572 (für K n=315, für I_A n=257, für I_B n=200); K=keine definierte Behandlung, I_{A/B}=Intervention A bzw. B; a: kategoriale Faktoren: Chi-Quadrat-Test, intervallskalierte Faktoren: einfaktorielle Varianzanalyse; b: mit mindestens 6 Terminen

Für alle vier untersuchten Testskalen lässt sich festhalten, dass Patienten mit definierter nichtmedikamentöser Behandlung eine hochsignifikant stärkere Abnahme der testpsychologischen Belastungswerte von T1 zu T2 zeigen als die Patienten ohne definierte Behandlung. Dies gilt sowohl für Intervention A (≥ 6 Termine) als auch für Intervention B (Gesamttermine ≥ 21). Die Effektstärken der definierten Interventionen im direkten Vergleich zur Patientengruppe ohne eine der definierten Behandlungen sind sehr klein bis klein (Intervention A: 0.23 bis 0.27, Intervention B: 0.27 bis 0.32). Damit lässt sich die Hypothese 5 bestätigen.

3 Ergebnisse

3.7.2 Verlaufsvergleich Einzelverfahren vs. Kombinationstherapie (Hypothese 6)

Beim Vergleich von Testwertveränderungen T1-T2 unter Durchführung eines isolierten nichtmedikamentösen Therapieverfahrens mit mindestens sechs Terminen versus der Kombination von zwei oder mehr derartiger nichtmedikamentöser Therapieverfahren (parallel oder kurz hintereinander) zeigt sich für die Gruppe der Kombinationstherapien in drei der vier untersuchten Skalen deskriptiv sowohl eine leicht höhere durchschnittliche Ausgangsbelastung zu Therapiebeginn als auch eine etwas stärkere Reduktion der durchschnittlichen Belastungswerte im Verlauf. In allen vier Skalen sind die Unterschiede in Bezug auf Lage und Verlauf jedoch statistisch nicht signifikant (s. Abbildungen 18 u. 19).

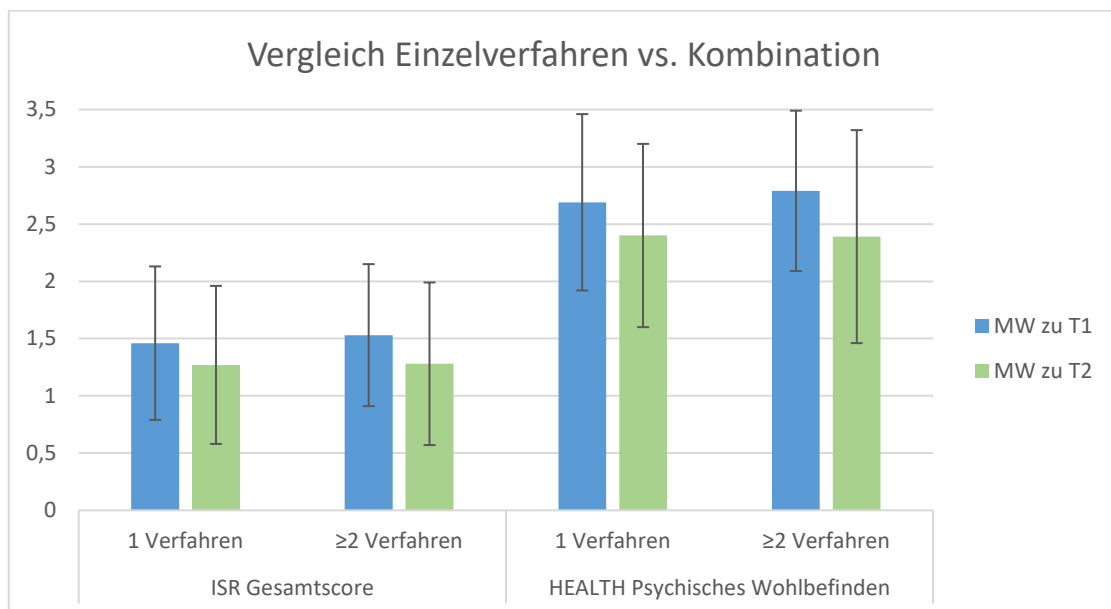


Abbildung 18: Veränderungen von T1 zu T2 unter Durchführung eines einzelnen nichtmedikamentösen Therapieverfahrens (mit mind. 6 Terminen) versus Kombination mehrerer Verfahren (mit jeweils mind. 6 Terminen) in den Testskalen ISR Gesamtscore und HEALTH Psychisches Wohlbefinden

gültige Fälle: n=657; Einzelverfahren jeweils n=180; ≥2 Verfahren ISR GS n=216, HEALTH-Skalen jeweils n=217

3 Ergebnisse

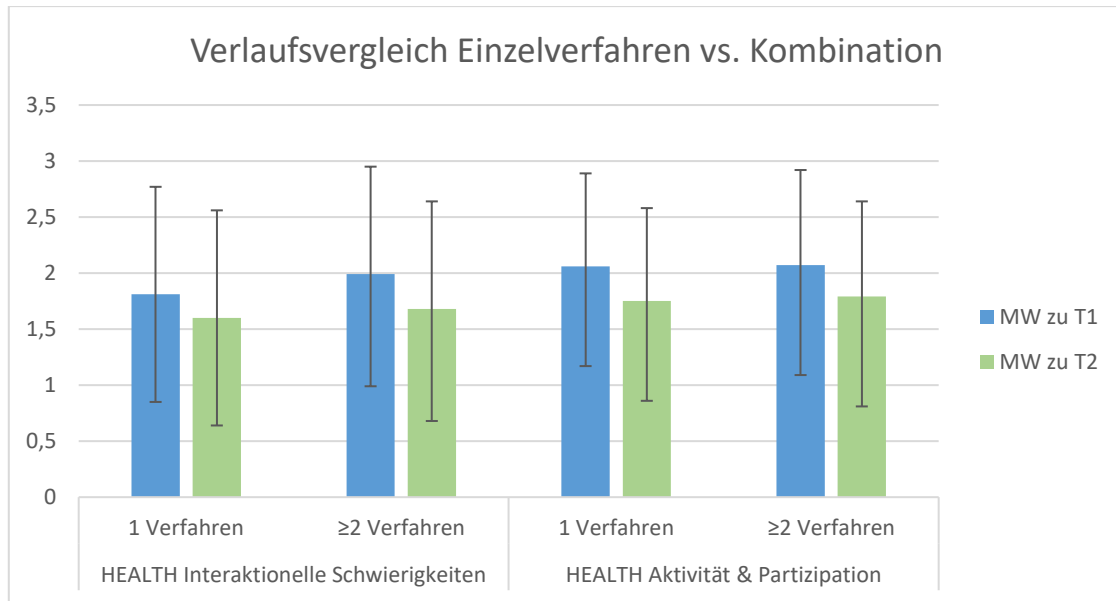


Abbildung 19: Veränderungen von T1 zu T2 unter Durchführung eines einzelnen nichtmedikamentösen Therapieverfahrens (mit mind. 6 Terminen) versus Kombination mehrerer Verfahren (mit jeweils mind. 6 Terminen) in den Testskalen HEALTH Interaktionelle Schwierigkeiten und Aktivität und Partizipation

gültige Fälle: n=657; Einzelverfahren jeweils n=180; ≥2 Verfahren ISR GS n=216, HEALTH-Skalen jeweils n=217

Auch bei Betrachtung der Subgruppe der 200 Patienten, die von der jeweiligen Therapie (bzw. Kombination) mindestens 21 Termine wahrnahmen und einen Messabstand von ¼ Jahr bis 2 Jahren hatten, liegt die T1-Ausgangslastung für die Patienten mit späterer Kombinationstherapie in drei der vier Skalen deskriptiv höher. Dieser Unterschied gelangt jedoch nur in der Skala INT in die Nähe der Signifikanzgrenze ($p=.056$). Unterschiede in Bezug auf den Verlauf sind uneinheitlich und allesamt nicht signifikant (s. Anhang Tabelle A2).

Die Durchführung eines isolierten nichtmedikamentösen Therapieangebotes unterscheidet sich in ihrem Outcome in keiner der untersuchten Testskalen wesentlich von der Kombination verschiedener derartiger Therapiebausteine. Die Hypothese 6 muss damit verworfen werden.

3.7.3 Verlaufsvergleich Einzelpsychotherapie vs. andere Therapien (Hypothesen 7 und 8)

Für die 182 Patienten, die nur ein einzelnes nichtmedikamentöses Therapieverfahren mit mindestens 6 Terminen zwischen T1 und T2 begonnen hatten, wurde nun untersucht, ob es Unterschiede in Bezug auf Lage und Verlauf der Belastungswerte gibt zwischen der Gruppe, die eine Einzelpsychotherapie durchführte, und den Behandlungsgruppen, die stattdessen ein

3 Ergebnisse

Entspannungsverfahren, ein Verfahren aus dem bewegungsorientiert-kreativen Bereich oder eine Gruppentherapie wahrnahmen.

Zunächst wurde die Durchführung von Einzelpsychotherapie verglichen mit der Sammelgruppe „eines der drei anderen Verfahren“, dann fanden Einzelvergleiche mit den drei Verfahren statt. Dabei kommt es von T1 zu T2 unter allen genannten Therapieverfahren in allen untersuchten Skalen deskriptiv zu einem leichten Absinken der Belastungswerte - mit Ausnahme der Kreativ-/Physiotherapie in der Skala HEALTH A&P (diskreter Anstieg). Bei Letzterem entsteht dadurch ein singulärer signifikanter Verlaufsunterschied zwischen der Behandlungsgruppe mit Einzelpsychotherapie und den kreativ oder bewegungsorientiert behandelten Patienten ($p=.039$, ohne Korrektur für multiples Testen). Alle anderen Vergleiche in den vier Skalen kommen zu dem Schluss, dass es keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf Lage und Verlauf der testpsychologischen Belastung zwischen den gegenübergestellten Behandlungsgruppen gibt.

Grafische Darstellungen der durchgeführten Vergleiche zeigen die Abbildungen 20 bis 22.

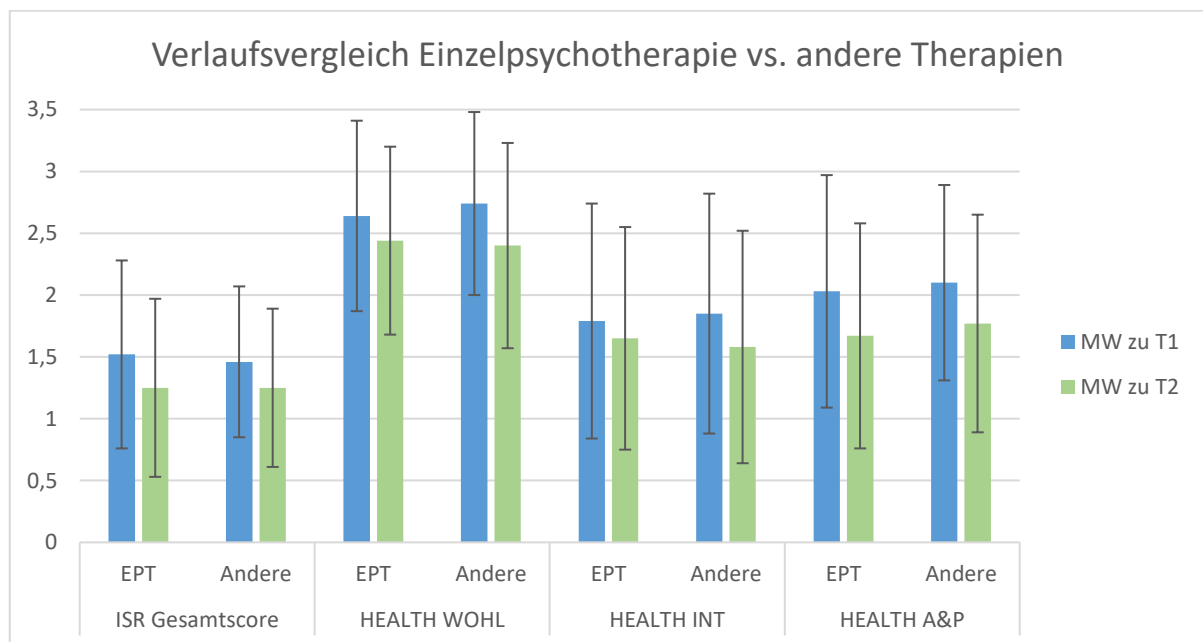


Abbildung 20: Veränderungen in den vier Testskalen von T1 zu T2 für die Behandlungsgruppen Einzelpsychotherapie vs. andere nichtmedikamentöse Behandlung (bewegungsorientierte/kreative Therapie, Entspannungsverfahren und Gruppentherapie; jeweilige Mindestterminzahl: 6); sämtliche Verlaufsunterschiede zwischen den Gruppen sind nicht signifikant

EPT=Einzelpsychotherapie; WOHL=Psychisches Wohlbefinden, INT=Interaktionelle Schwierigkeiten, A&P=Aktivität und Partizipation; gültige Fälle: n=182, Einzeltherapie n=45, Andere n=127; Fehlerindikator: Standardabweichung

3 Ergebnisse

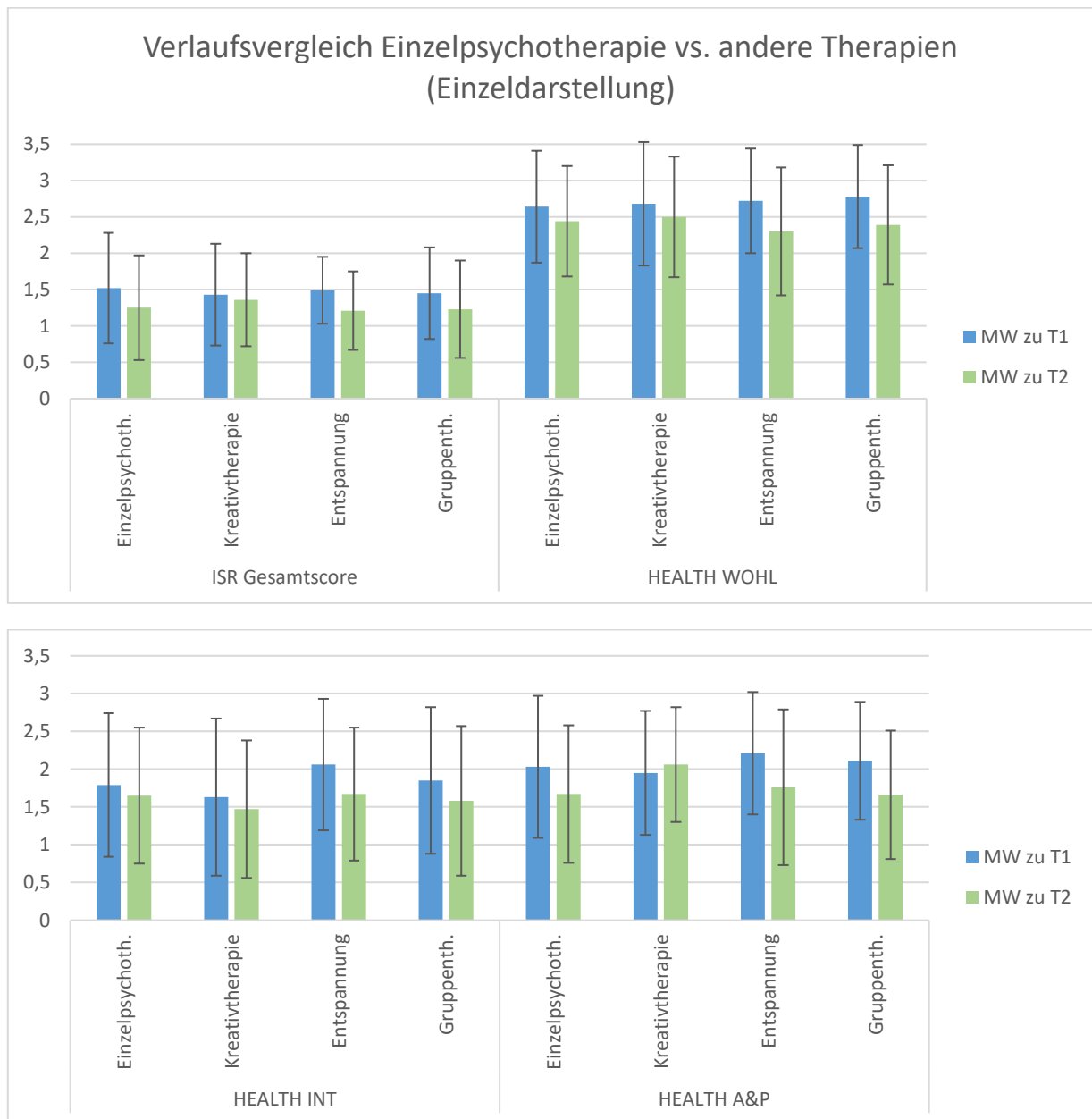


Abbildung 21/22: T1-T2-Veränderungen in den Skalen ISR Gesamtscore, HEALTH Psychisches Wohlbefinden (WOHL) [oben], HEALTH Interaktionelle Schwierigkeiten (INT) sowie HEALTH Aktivität und Partizipation (A&P) [unten] für die Behandlungsgruppen Einzelpsychotherapie, bewegungsorientierte/kreative Therapie, Entspannungsverfahren und Gruppentherapie als jeweils alleinige Verfahren (jeweilige Mindestterminzahl: 6); die Verlaufsunterchiede zwischen den Gruppen sind nicht signifikant mit Ausnahme des Vergleichs Einzelpsychotherapie vs. Kreativ-/Physiotherapie in der Skala HEALTH A&P ($p=.039$, ohne Korrektur für multiples Testen)

gültige Fälle: $n=182$, Einzeltherapie $n=45$, Kreativ-/Physiotherapie $n=27$, Entspannungsverfahren $n=28$, Gruppentherapie $n=70$; Fehlerindikator: Standardabweichung

3 Ergebnisse

Für die Patientengruppen mit den unterschiedlichen Therapieverfahren in der Einzelanwendung wurden zudem Effektstärken der T1-T2-Veränderung berechnet. Als Durchschnittswerte aus den vier Skalen betragen diese:

- für die Gruppe mit durchgeführter Einzelpsychotherapie: $d=0.29$,
- für die Gruppe mit kreativ-bewegungsorientierten Therapieformen: $d=0.08$,
- für die Gruppe, die einen Entspannungskurs durchführte: $d=0.55$
- für die Gruppe mit absolvierter Gruppentherapie: $d=0.44$.

Auch für die Subgruppe der 91 Patienten, die mindestens 21 Termine eines einzelnen Therapieverfahrens wahrnahmen, zeigten sich in den untersuchten Testskalen bei paarweiser Gegenüberstellung der Behandlungsgruppen keine signifikanten Verlaufsunterschiede. In der Behandlungsgruppe „Entspannungsverfahren“ gab es keine Teilnehmer, die mindestens 21 Termine wahrgenommen hatten. Die anderen Behandlungsgruppen besserten sich deskriptiv im Mittel in allen vier Skalen.

Damit muss die Hypothese 7 zurückgewiesen werden: Teilnehmer einer Einzelpsychotherapie verbessern sich im Verlauf von T1 zu T2 nicht stärker als Teilnehmer der anderen nichtmedikamentösen Therapieverfahren.

In einem anschließenden Vergleich der Kombinationen Einzelpsychotherapie und/oder Gruppentherapie versus bewegungsorientiert-kreative Therapie und/oder Entspannungsverfahren zeigte sich trotz aussagekräftigerer Gruppengrößen ebenfalls kein eindeutiger Verlaufsunterschied. Bei Einschluss aller Teilnehmer mit mindestens 6 Terminen lag einzig in der HEALTH-Skala A&P die deskriptiv stärkere Abnahme der Belastung in der Gruppe Einzelpsychotherapie und/oder Gruppentherapie mit $p=.059$ nahe an der Signifikanzgrenze (s. Abbildung 23).

Bei Eingrenzung der Behandlungen auf mindestens 21 Gesamttermine schrumpfte die Zahl der gültigen Fälle in der Gruppe der übrigen Verfahren (Bewegungs-/Kreativtherapie/Entspannungsverfahren) auf $n=6$. Hier war im T1-T2-Verlauf in keiner der Skalen ein annähernd signifikanter Gruppenunterschied erkennbar.

3 Ergebnisse

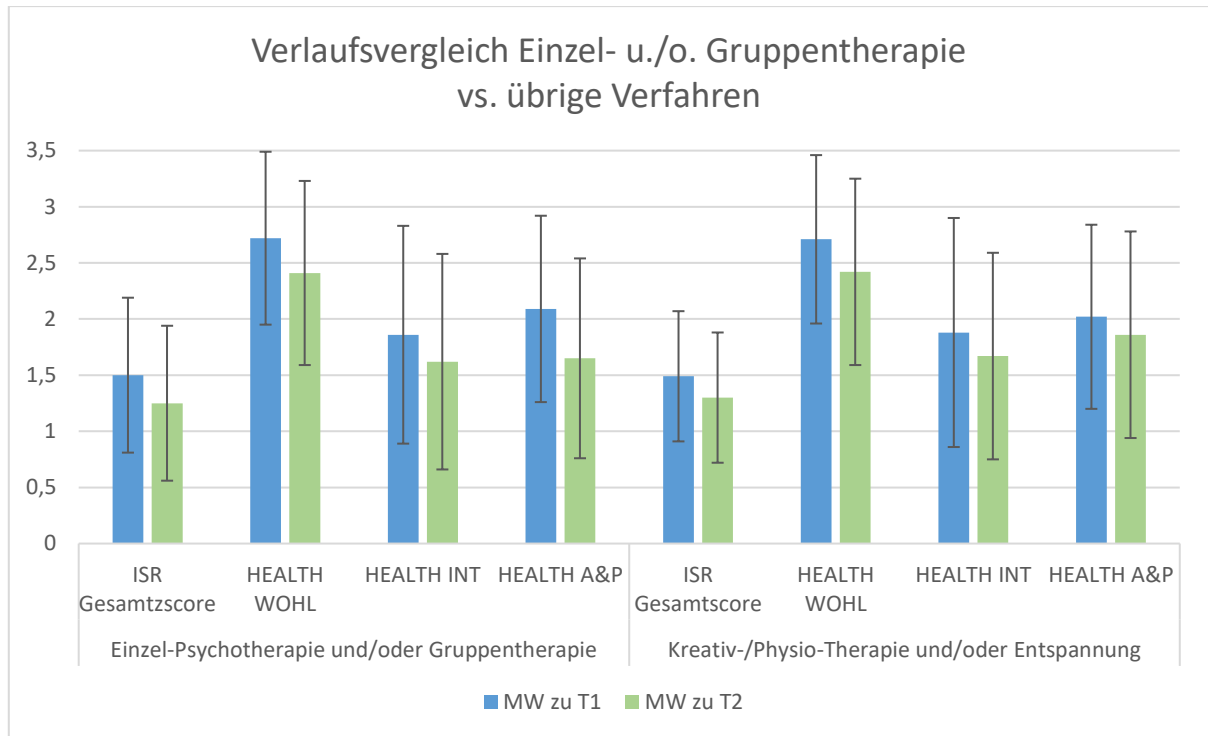


Abbildung 23: T1-T2-Veränderungen in den vier Standard-Testskalen für die Behandlungsgruppen Einzelpsychotherapie und/oder Gruppentherapie (n=119) versus bewegungsorientierte/kreative Therapie und/oder Entspannungsverfahren (n=70); jeweilige Mindestterminzahl: 6

gültige Fälle: n=189; HEALTH WOHL = HEALTH-Skala Psychisches Wohlbefinden; HEALTH INT = HEALTH-Skala Interaktionelle Schwierigkeiten; HEALTH A&P = HEALTH-Skala Aktivität und Partizipation

Damit muss auch Hypothese 8 verworfen werden: Teilnehmer einer Einzel- und/oder Gruppenpsychotherapie erreichten bzgl. testpsychologisch gemessener Interaktioneller Probleme (Skala HEALTH INT) keine signifikant stärkere Veränderung als Teilnehmer der übrigen nichtpharmakologischen Behandlungsangebote.

3.8 Die dritte Messerhebung (T3): der weitere Verlauf

3.8.1 Verlauf T1-T2-T3

Ähnlich der Gesamtgruppe der T2-Teilnehmer zeigte auch die Subgruppe der 246 in Behandlung des MVZs verbleibenden Teilnehmer der T3-Verlaufsmessung von T1 zu T2 in den oben genannten vier allgemeinen Testskalen im Mittel ein hoch signifikantes Absinken der testpsychologischen Belastung. Dieses war bei den späteren T3-Teilnehmern in der symptomorientierten ISR Gesamtskala jedoch tendenziell weniger ausgeprägt ($p=.052$) als bei den Patienten, die nur eine erste Wiederholungserhebung (T2) wahrnahmen.

3 Ergebnisse

Im Messverlauf von T2 zu T3 kam es in keiner der vier Skalen zu einer signifikanten weiteren Veränderung. In der ISR Gesamtskala reduzierte sich die mittlere Belastung der Patienten deskriptiv weiter ($p=.100$). Für diese Skala könnte man bilanzieren, dass die Patienten-Subgruppe der T3-Teilnehmer länger brauchte (nämlich von T1 bis T3), um im Durchschnitt die gleiche Veränderung zu erreichen wie die größere Gruppe der ausschließlichen T1-T2-Teilnehmer. In den drei Skalen der HEALTH-49 kam es von T2 zu T3 im Mittel deskriptiv zu einem minimalen Anstieg der Belastungswerte (s. Abbildung 24).

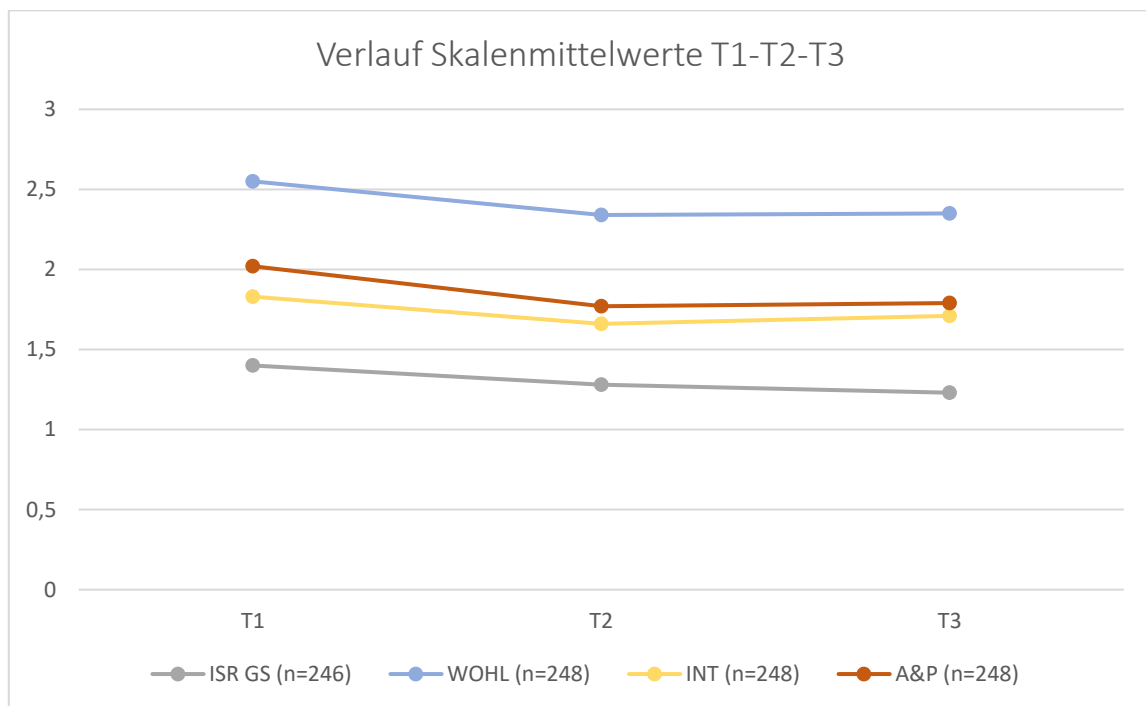


Abbildung 24: Verlauf der Mittelwerte der vier Standardskalen von T1 über T2 zu T3

gültige Werte: ISR n=246, HEALTH n=248; ISR GS = ISR Gesamtskala, WOHL = HEALTH-Skala Psychisches Wohlbefinden, INT = HEALTH-Skala Interaktionelle Schwierigkeiten, A&P = HEALTH-Skala Aktivität und Partizipation

Die Gesamtveränderungen von T1 zu T3 sind in allen vier untersuchten Skalen als signifikantes Absinken der Belastungswerte zu werten (Skala INT $p=.027$, andere drei Skalen $p<.001$).

Der Beginn mindestens einer definierten Therapie zwischen T2 u. 60 Tage vor T3 mit sechs oder mehr Terminen war in drei von vier Skalen signifikant mit einer höheren Lage der zugehörigen testpsychologischen Belastungswerte verbunden ($p=.047$ bis $<.001$; Skala Aktivität und Partizipation $p=.107$), hatte jedoch in keiner der Skalen einen signifikanten Einfluss auf den Verlauf der Mittelwerte von T2 zu T3.

3 Ergebnisse

3.8.2 Veränderung T1-T2 als Prädiktor für den Verlauf T2-T3 (Hypothese 9)

Die Ausprägung der testpsychologischen Veränderung von T1 zu T2 wurde skalenspezifisch für jeden Fall in zwei Stufen aufgeteilt:

- 1) Gleichbleiben oder Zunahme des Belastungswertes von T1 zu T2
- 2) Abnahme des Belastungswertes von T1 zu T2

Nun wurde der Einfluss dieser Veränderung auf den weiteren testpsychologischen Verlauf von T2 zu T3 in den vier ausgewählten Skalen untersucht. Hier ergab sich über alle vier Skalen ein recht eindeutiges Bild (s. Abbildung 25):

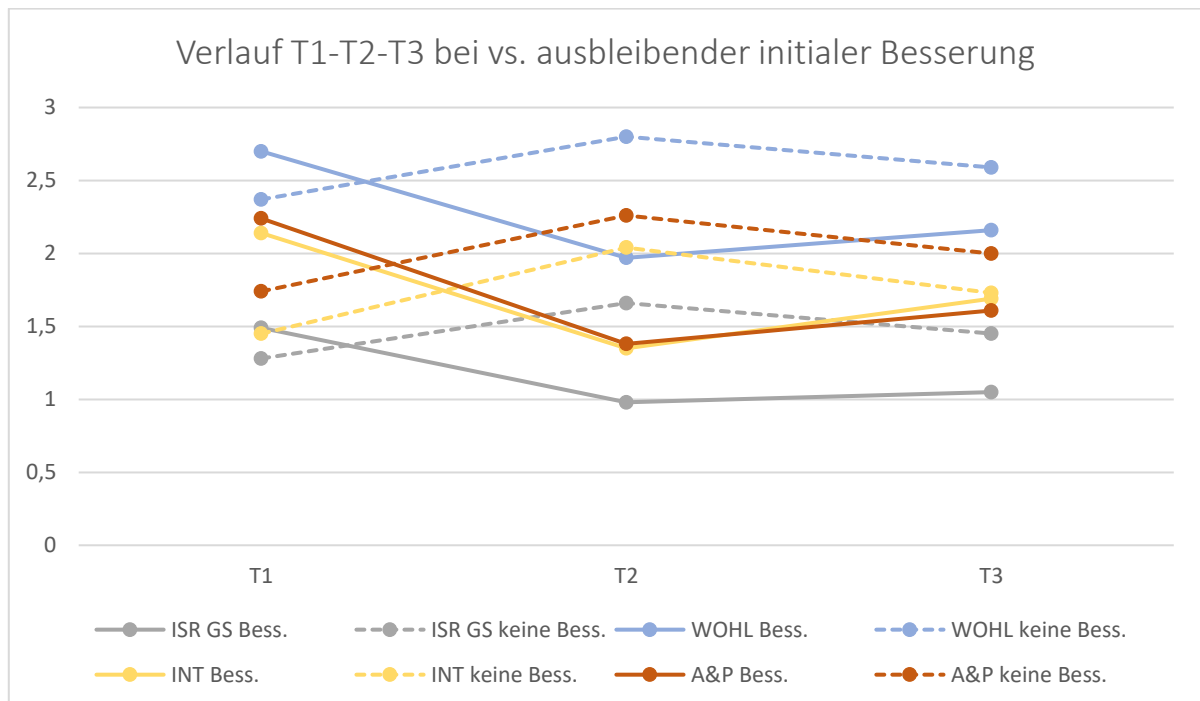


Abbildung 25: Verlauf T1-T2-T3 der Mittelwerte der vier Standardskalen in den Gruppen mit und ohne initialer testpsychologischer T1-T2-Besserung

gültige Werte: ISR n=246, HEALTH n=248; ISR GS = Skala ISR Gesamtscore, WOHL = HEALTH-Skala Psychisches Wohlbefinden, INT = HEALTH-Skala Interaktionelle Schwierigkeiten, A&P = HEALTH-Skala Aktivität und Partizipation; Bess. = initiale testpsychologische Besserung (im Zeitraum T1-T2)

Die Gruppen der Patienten, bei denen sich während der ersten Beobachtungsphase eine Abnahme der testpsychologischen Belastung gezeigt hatte, waren erwartungskonform zu T2 deutlich weniger, die komplementären Gruppen stärker belastet (Zwischensubjekt-p jeweils <.001). Im Verlauf zu T3 sanken bei den nun stärker Belasteten in allen vier Skalen die Werte im Schnitt jedoch deutlich, während es bei den Gruppen, die sich zuvor gebessert hatten, zu

3 Ergebnisse

einem Gleichbleiben oder einem Anstieg der Belastungswerte kam. Die Richtung der testpsychologischen Veränderung T1-T2 hatte dabei einen durchweg hoch signifikanten, negativen Einfluss auf den Verlauf T2-T3 (Innersubjekt-p für alle vier Skalen $<.001$).

Bei weiterer Differenzierung der testpsychologischen Veränderung T1-T2 in drei Stufen (Gleichbleiben oder Zunahme des jeweiligen Belastungswertes, Abnahme bis zur durchschnittlichen Veränderung der jeweiligen Skala, Abnahme über den Durchschnitt der jeweiligen Skala hinaus) bestätigte sich dieser Einfluss in allen vier Skalen in Gänze (jeweils $p<.001$).

Somit lautet die Antwort zu Hypothese 9: In der vorliegenden Untersuchung ist die testpsychologische Veränderung T1-T2 in den vier ausgesuchten Skalen als negativer Prädiktor für den weiteren Verlauf T2-T3 wirksam: Eine Reduktion der Belastung im ersten Messzeitraum geht mit einem ungünstigen Folge-Verlauf einher, ein Gleichbleiben oder eine Zunahme der Belastungswerte von T1 zu T2 dagegen mit einer Entlastung im Verlauf T2-T3.

3.9. Explorativer Teil: weitere interessante Ergebnisse

3.9.1 Klinische Signifikanz der T1-T2-Veränderungen

Als drittes wesentliches Maß zur Beurteilung von Veränderungen im Therapieverlauf gilt neben der statistischen Signifikanz von Mittelwertunterschieden und der Effektstärke (Ausprägung der Mittelwert-Unterschiede) die „klinische Signifikanz“, die Maßzahlen für die Breite individuellen Ansprechens auf die Behandlung bereitstellt. Sie beschreibt typischerweise über das erste Kriterium des „Reliable Clinical Change Index“ (RCI) die Zahl der Fälle, die im Laufe der Behandlung eine reliable Veränderung durchmachen. Ergänzend wird anhand eines Cutoff-Wertes die Zahl der Patienten bestimmt, die von einem pathologischen Testwert in den gesunden Bereich übergehen (Jacobson und Truax 1991, Lambert und Ogles 2009).

Die prozentualen Anteile der T2-Teilnehmer, die im Behandlungsverlauf den jeweiligen RCI als Grenze für eine als reliabel geltende T1-T2-Veränderung erreichten, zeigt Tabelle 32. Die für das jeweilige Testinstrument standardisiert ermittelten RCI-Werte wurden der Literatur entnommen (für das ISR: Tritt et al. 2015, für die HEALTH: Rabung et al. 2007). Für einen

3 Ergebnisse

Vergleich mit den entsprechenden Ergebnissen eines deutschen MVZs ähnlicher Größe und Ausrichtung (s. Diskussion) wurden zusätzlich zu den in der vorliegenden Untersuchung üblicherweise als Referenzskalen verwandten vier Testskalen auch prozentuale Anteile für die Symptom-Summenskala „Psychische und somatoforme Beschwerden“ der HEALTH bestimmt.

Tabelle 32: Anteile der T2-Teilnehmer, bei denen es im T1-T2-Verlauf zu einer reliablen Veränderung kam, ermittelt anhand des für die jeweilige Testskala standardisierten Reliable Change Index (RCI)

Skala	Reliable Change Index (RCI)	signifikant verbessert	keine signifikante Veränderung	signifikant verschlechtert
ISR Gesamtscore	± 0.88	11.8%	85.3%	2.9%
HEALTH WOHL	± 0.63	29.3%	61.2%	9.5%
HEALTH INT	± 0.50	36.6%	45.5%	18.0%
HEALTH A&P	± 0.67	30.3%	55.7%	14.1%
HEALTH PSB	± 0.32	41.2%	38.8%	19.9%

gültige Fälle: für ISR n=655, für HEALTH n=662

3.9.2 Prädiktoren ausbleibender testpsychologischer Besserung

Deskriptiv blieb entgegen dem Durchschnitts-Trend ein Absinken der testpsychologischen Belastung im Verlauf von T1 zu T2 in den vier untersuchten Skalen bei ca. 39-45% der T2-Teilnehmer aus. Merkmale, die die jeweilige Patientengruppe von den übrigen T2-Teilnehmern unterscheiden, sind skalenbezogen in Tabelle 33 aufgelistet:

3 Ergebnisse

Tabelle 33: Merkmale der Patientengruppe, deren testpsychologische Belastungswerte sich im Verlauf T1-T2 deskriptiv nicht verringerten, im Vergleich zu den übrigen T2-Teilnehmern

Skala ->	ISR Gesamtscore	HEALTH WOHL	HEALTH INT	HEALTH A&P
Fall-Anzahl mit gleichbleibenden oder zunehmenden Werten ->	254 (38.7%)	293 (44.3%)	272 (41.1%)	295 (44.6%)
Merkmal	Unterschied (p)	Unterschied (p)	Unterschied (p)	Unterschied (p)
häufiger weibliches Geschlecht	.031	.046	n.s.	n.s.
häufiger Nationalität Ausland	n.s.	.046	.038	.099
seltener Haupteinkommen durch berufliche Tätigkeit	n.s.	n.s.	.010	n.s.
längere Arbeitsunfähigkeit zu T1	.048	n.s.	.047	n.s.
geringere Diagnosehäufigkeit von somatoformen Störungen /Neurasthenien (F45/F48)	n.s.	n.s.	.001	.041
geringere testpsychologische Belastung zu T1 (in der jeweiligen Skala)	<.001	<.001	<.001	<.001
geringere Quote definierter NMT mit ≥ 6 Terminen* zw. T1 und T2	n.s.	.023	n.s.	n.s.
geringere Quote definierter NMT mit ≥ 6 Terminen* und Gesamtterminzahl ≥ 21	n.s.	.009	n.s.	.073

Methode: t-Test unabhängige Stichproben; gültige Werte: Skala ISR n=657, HEALTH Skalen n=662; WOHL = Psychisches Wohlbefinden, INT = Interaktionelle Schwierigkeiten, A&P = Aktivität und Partizipation; * Definition s. Abschnitt 3.3.3

Kein statistischer Unterschied zwischen den beiden Gruppen in einer der Referenzskalen zeigte sich für die Variablen

- Alter,
- Partnerschaft (ja/nein),
- Art des Schulabschlusses,
- Diagnosehäufigkeit depressive Episoden (F32/33), Angst-/phobische Störungen (F40/41) oder Essstörungen (F50),
- Quote an Psychopharmaka-Verordnungen,
- Anzahl durchgeführter Therapieverfahren sowie
- Gesamtanzahl der Termine zwischen T1 und T2 beginnender NMT.

3 Ergebnisse

3.9.3 Wechselwirkung Psychopharmaka und nichtmedikamentöse Therapien

Aufgrund der Vielzahl an berücksichtigten Einflussfaktoren wurden die Wechselwirkungen zwischen den Faktoren in dieser Arbeit nicht gesondert betrachtet - einzige Ausnahme: die Wechselwirkung zwischen Verordnung von Psychopharmaka (PP) und durchgeführter nichtmedikamentöser Therapie (NMT):

In dreifaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung zeigten sich im Verlauf T1-T2 auf der ISR Gesamtskala jeweils sowohl für die Verordnung von Psychopharmaka als auch für die beiden alternativ getesteten Varianten nichtmedikamentöser Therapie (*mind. eine beginnende nichtmedikamentöse Therapie mit ≥ 6 Terminen und Gesamttermine nichtmedikamentöser Therapien ≥ 21*) hochsignifikante Effekte auf die Lage (jeweils $p < .001$ für PP und $p = .001$ für NMT; s. Tabellen 34 und 35).

Tabelle 34: durchschnittliche Belastungswerte zu T1 in der ISR Gesamtskala für Patientengruppen mit unterschiedlicher Weiterbehandlung

Größe der Subgruppe (n)	Verordnung von Psychopharmaka	Durchführung von mind. 1 NMT mit ≥ 6 Terminen	Mittelwert der ISR Gesamtskala zu T1
111	nein	nein	1.23
122	ja	nein	1.37
199	nein	ja	1.38
136	ja	ja	1.64

gültige n=568; NMT = nichtmedikamentöse Therapie

Tabelle 35: durchschnittliche Belastungswerte zu T1 in der ISR Gesamtskala für Patientengruppen mit unterschiedlicher Weiterbehandlung

Größe der Subgruppe (n)	Verordnung Psychopharmaka	Gesamttermine nichtmedikamentöser Therapien ≥ 21	Mittelwert der ISR Gesamtskala zu T1
157	nein	nein	1.24
169	ja	nein	1.43
153	nein	ja	1.42
89	ja	ja	1.68

gültige n=568; NMT = nichtmedikamentöse Therapie

Der Einfluss auf den Verlauf verfehlt in der dreifaktoriellen Analyse für die beiden Variablen nichtmedikamentöser Therapie die Signifikanzgrenze knapp ($p = .093$ bzw. $p = .066$), für die der

3 Ergebnisse

Psychopharmaka-Verordnung deutlich.

Einen eindeutig signifikanten Einfluss auf den Verlauf hat jedoch die Wechselwirkung zwischen Verordnung von Psychopharmaka und nichtmedikamentöser Therapie ($p=.011$ bzw. $p=.010$). Patienten, die sowohl eine nichtmedikamentöse Therapie durchgeführt als auch eine Verordnung von Psychopharmaka erhalten haben, zeigen also einen signifikant schlechteren testpsychologischen Verlauf, als alleine aufgrund der nichtmedikamentösen und psychopharmakologischen Behandlung zu erwarten wäre. Die Patientengruppe, die im Zeitraum T1-T2 sowohl eine nichtmedikamentöse Behandlung als auch eine Psychopharmaka-Verordnung erhielt, hatte die höchste Ausgangsbelastung und diese verringerte sich im Verlauf trotz der Kombinationsbehandlung nur wenig (s. Abbildung 26).

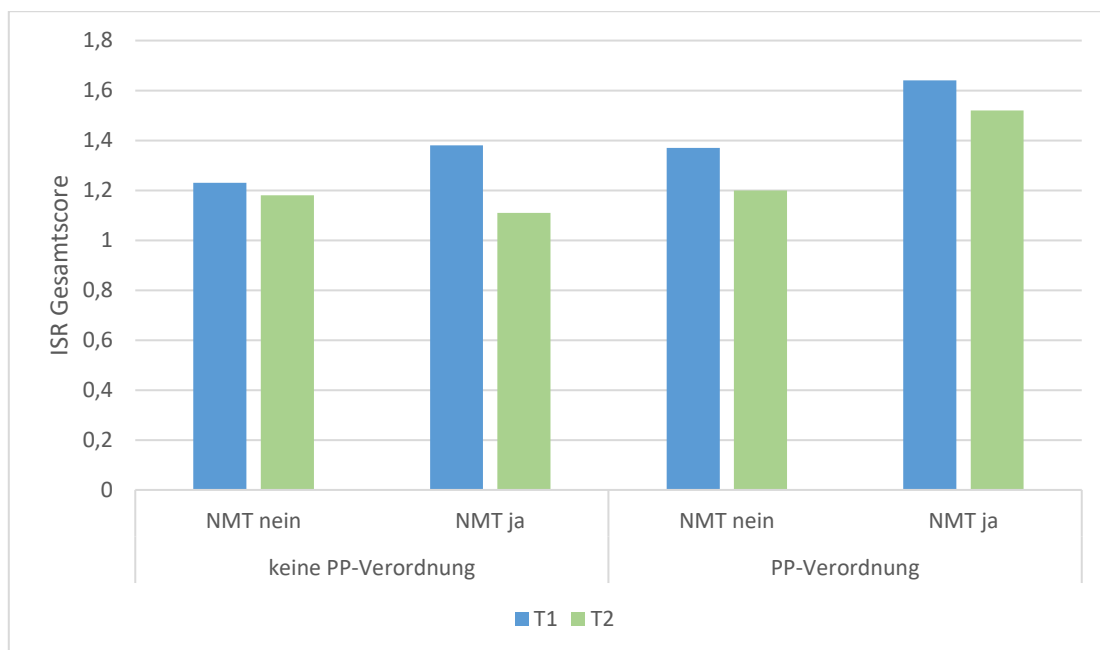


Abbildung 26: Verlauf der mittleren Belastung in der ISR Gesamtskala von T1 (blau) zu T2 (grün) bei Patienten ohne und mit beginnender nichtmedikamentöser Therapie (≥ 6 Termine), jeweils ohne und mit gleichzeitiger Psychopharmaka-Verordnung (beachte die Unterschiede in der Lage)

3.9.4 Selbstwirksamkeitserleben bei Symptombesserung vs. -Nichtbesserung

Zum besseren Verständnis des Zusammenspiels von Symptombelastung und Selbstwirksamkeit wurde Letztere hier nicht als Einfluss-, sondern als abhängige Messvariable in zwei Patienten-Subgruppen betrachtet. Diese unterschieden sich bzgl. der Richtung der Veränderung ihrer Symptombelastung in der ISR Gesamtskala im T1-T2-Verlauf. Die Patientengruppe, deren Symptomlast im Verlauf persistierte oder sich verschlechterte, hatte

3 Ergebnisse

zu T1 im Schnitt eine geringere Beeinträchtigung ihrer Selbstwirksamkeit. Diese Beeinträchtigung wuchs im Verlauf zu T2 jedoch. Die Gruppe, deren Symptomlast im Verlauf abnahm, war zuvor (T1) stärker in ihrer Selbstwirksamkeit beeinträchtigt, erfuhr darin im Verlauf jedoch eine starke Besserung. Der Faktoreffekt der unterschiedlichen Symptombesserung auf Lage und Verlauf der Selbstwirksamkeit war hoch signifikant (jeweils $p < .001$).

Auch bei Aufteilung in drei Gruppen unterschiedlicher Veränderung der ISR-Symptombelastung (Gleichbleiben oder Zunahme der Belastungswerte von T1 zu T2, Verbesserung bis zur mittleren Veränderung der Skala, Verbesserung über die mittlere Skalenveränderung hinaus) bestätigte sich der Zusammenhang zwischen Symptomveränderung und Änderung der Selbstwirksamkeit im Verlauf (zur Illustration s. Abbildung 27).

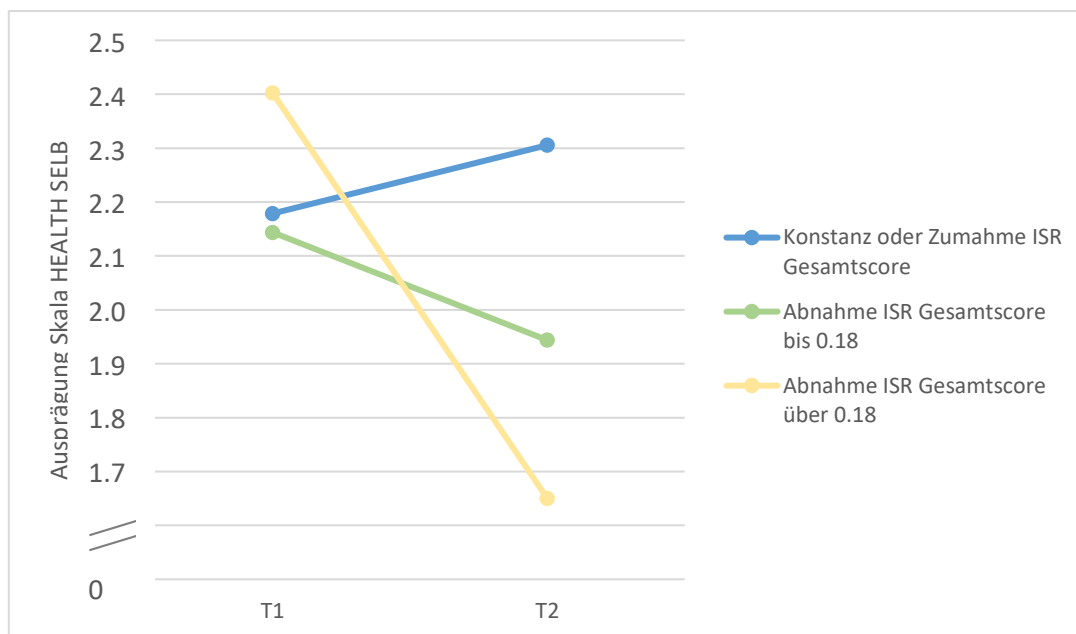


Abbildung 27: Verlauf der testpsychologisch gemessenen Selbstwirksamkeits-Beeinträchtigung für drei Gruppen unterschiedlicher Veränderung der ISR-MW-Symptombelastung (Gleichbleiben oder Zunahme der Belastungswerte von T1 zu T2, Verbesserung bis zur mittleren Veränderung der Skala, Verbesserung über die mittlere Skalenveränderung hinaus)

4 Diskussion

4.1 Diskussion von Stichprobe und Methodik

4.1.1 Stichprobe

Größe

Eine Stärke der vorliegenden Untersuchung ist die robuste Größe ihrer Stichprobe. Die Betrachtung der Gesamtkohorte und des Behandlungsangebotes kann sich auf Daten von mehr als 2600 Teilnehmern stützen. Verlaufsdaten sind nur für etwas mehr als 650 Patienten vorhanden, aber auch diese Fallzahl übersteigt diejenige vieler Studien des Fachbereichs und bietet genügend statistische „Stärke“ für die meisten Signifikanztestungen. Statistisch „kritische“ Gruppengrößen entstanden allein für die Subgruppenbildung in Hypothese 7 zum Vergleich verschiedener nichtmedikamentöser Therapieformen in solitärer Anwendung.

Soziodemografische Merkmale

Das Altersprofil der Kohorte entspricht etwa dem großer deutscher Psychotherapie-Studien aus dem ambulanten Bereich (s. Wittmann et al. 2011, Trautmann-Voigt et al. 2017). Im Vergleich zur Stichprobe einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz (Jacobi et al. 2011) sind die Altersgruppen ab 36 Jahren häufiger vertreten und das Durchschnittsalter um 6 Jahre höher. Der Anteil von Patientinnen liegt mit 65% zwischen dem Frauenanteil bei psychischen Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung (ca. 60%; Jacobi et al. 2014) und dem anderer ambulanter Psychotherapie-Studien (um 70%, s.o.).

Im Kontrast zu den Stichproben der „TK-Studie“ (Evaluation ambulanter Psychotherapie in Deutschland, ca. 1700 Patienten; Wittmann et al. 2011) und der Dresdener Hochschulambulanz (ca. 1800 Behandlungen; Jacobi et al. 2011) zeichnet sich die hier untersuchte Kohorte aus dem Cuxhavener Umland durch einen deutlich höheren Anteil an Patienten mit niedriger Schulbildung (kein Schulabschluss, Sonder- oder Hauptschulabschluss: 44% vs. 12-14%), einer höheren Quote an un- oder angelernten Arbeitern (23% vs. 4%) sowie häufigerem Haupteinkommen durch Arbeitslosengeld (23% vs. 4%) oder Rente (11% vs. 3%) aus. Dies korrespondiert mit dem bewusst niederschwellig angelegten Behandlungskonzept des MVZs und den Mahnungen des Geschäftsführers, dass Richtlinienpsychotherapie viele Patienten auch überfordere (Timmermann 2008 und 2014).

Diagnosen

Nahezu jeder zweite Patient erhielt eine Diagnose aus dem Bereich Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen (F43), in der Häufigkeit gefolgt von depressiven Episoden (F32/33) und phobischen/Angststörungen (F40/41). Dies sind auch die drei führenden Diagnosegruppen sowohl in den Abrechnungen der niedergelassenen Psychotherapeuten und Psychiater (KBV 2017b) als auch in den meisten Psychotherapie-Studien, wobei dort üblicherweise die depressiven Episoden am häufigsten vorliegen. Da die meisten Studien des Fachbereichs die Diagnose-Häufigkeiten auf eine Hauptdiagnose beziehen, in der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht zwischen Haupt- und Nebendiagnosen unterschieden wurde, ist ein allgemeiner Prozentwert-Vergleich nicht sinnvoll.

Die Quote komorbider psychischer Störungen (mind. zwei Diagnosen) liegt mit 54% in dieser Stichprobe eher hoch (psychisch Erkrankte in der Allgemeinbevölkerung: 45%; große deutsche Psychotherapie-Studien: 44-49%). In der „Bonner Evaluationsstudie“ (BEST) sind einzelne Häufigkeiten auch kumulierter Diagnosen angegeben (Trautmann-Voigt et al. 2017). Hier zeigen sich gegenüber der vorliegenden Stichprobe ein leicht höherer Anteil von „Erkrankungen aus dem depressiven Spektrum“ (F32/33/34/43.2: 71% vs. 65%), ein vergleichbarer Anteil phobischer/Angststörungen (27% vs. 25%), jedoch ein deutlich geringerer Anteil an Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen (25% vs. 48%).

In der Cuxhavener Kohorte fällt der relativ hohe Anteil an *Akuten Belastungsreaktionen* (F43.0: 16%) und *Sonstigen Reaktionen auf schwere Belastung* (F43.8/9: 4%) auf, der in reinen Psychotherapie-Studien (typischerweise nach Einsatz strukturierter Interviews und als Hauptdiagnose) jeweils nur bei 1-2% liegt. Zudem haben etwa 10% der Patienten typisch psychiatrische Diagnosen aus den ICD-10 Kapiteln F1x (Substanzabhängigkeit), F2x (Schizophrenie) und F30/31 (Manie/bipolare affektive Störung). Entsprechend erhielt knapp ein Fünftel der Gesamtkohorte psychiatrische Einzelbehandlungen, die damit häufiger als Einzelpsychotherapien durchgeführt wurden. Das in seiner Größe und Ausrichtung annähernd vergleichbare Bonner „MVZ für Psychosomatik, Psychotherapie und Psychiatrie (MVZ Psyche)“ bietet ebenfalls psychiatrische Versorgung an, die evaluierte Stichprobe der „Bonner Evaluationsstudie“ besteht jedoch ausschließlich aus Patienten mit absolvierter Kurz- oder Langzeit-Psychotherapie (Geiser et al. 2014, Trautmann-Voigt et al. 2017). Damit unterscheidet sie sich grundlegend von der hier untersuchten.

Testpsychologische Belastung

Die Kohorte hatte zu T1 in der Symptom-Summenskala des ISR (ISR Gesamtscore) einen mittleren Belastungswert von 1.30 (± 0.67), die Selektion der späteren T2-Teilnehmer einen Wert von 1.42 (± 0.66). Beides liegt erwartungsgemäß deutlich über dem Durchschnittswert der klinisch unauffälligen Normierungsstichprobe des Instrumentes (0.40 ± 0.45) und überraschenderweise ebenfalls über dem Durchschnitt der ebenfalls bei der Normierung des ISR eingesetzten klinische Stichprobe (1.22 ± 0.65), die überwiegend (zu 83%) aus stationären Psychotherapie-Patienten bestand (drei Viertel Krankenhaus-Behandlung, ein Viertel Reha; Tritt et al. 2015). In der Verteilung auf die definierten Belastungsstufen der Skala (s. Abschnitt 3.2.3) zeigt sich ein recht ähnliches Muster wie in der klinischen Normierungs-Stichprobe. Der größte Unterscheid findet sich in der Stufe der schweren Belastung, die in der vorliegenden Stichprobe etwas häufiger vertreten ist (28.9% vs. 27.2%).

Die mittlere Ausgangsbelastung in der Symptom-Summenskala der HEALTH-49 (nur die drei Aspekte Depressivität, phobische Ängste und somatoforme Beschwerden beinhaltend) liegt in der Cuxhaven-Stichprobe bei 1.35 ± 0.77 und damit deutlich über dem für das Instrument angegebenen Cutoff-Wert (0.90) zur Trennung zwischen Hausarztpatienten und stationär-psychotherapeutisch behandelten Patienten, jedoch etwas unterhalb des Mittelwertes der stationären Normierungsstichprobe (Reha-Patienten) von 1.45 ± 0.77 (Rabung et al. 2007). Ähnlich verhält es sich mit den drei in der vorliegenden Untersuchung als Standardmaße eingesetzten HEALTH-Skalen Psychisches Wohlbefinden, Interaktionelle Schwierigkeiten und Aktivität und Partizipation: Bei ähnlicher Streuung liegen die Mittelwerte jeweils etwas unterhalb derjenigen der stationären Stichprobe (2.56 vs. 2.60, 1.72 vs. 1.90, 1.86 vs. 1.93). Die letztlich in ihrem Verlauf evaluierte Subgruppe der T2-Teilnehmer entspricht in ihren Belastungswerten den stationären Reha-Patienten aus der Normierungs-Stichprobe, in der Symptom-Summenskala Psychische und somatoforme Beschwerden übersteigt ihr Belastungswert diese sogar deutlich (1.66 ± 0.96 vs. 1.45 ± 0.77).

Resümierend ist festzuhalten, dass die untersuchte Stichprobe aus dem Bereich ambulanter Versorgung testpsychologisch insgesamt ähnlich belastet war wie große Stichproben stationär behandelte Patienten (Krankenhaus oder Rehabilitation).

Testpsychologie: geschlechtsspezifische Unterschiede

In 13 der 17 eingesetzten Testskalen zeigten Frauen in der vorliegenden Untersuchung im Schnitt signifikant höhere Belastungswerte als Männer. Dies ist ein in der Literatur bekanntes Phänomen. Tritt et al. (2015) begründen die jeweils höheren Mittelwerte der weiblichen Subgruppe mit den entsprechenden höheren Prävalenzraten bei den meisten psychischen Störungen, u. a. denen, die durch die ISR-Syndromskalen erfasst werden. Auch in der psychometrischen Überprüfung der HEALTH ist für die meisten Skalen eine signifikant stärkere Belastungsausprägung bei Frauen im Vergleich zu Männern beschrieben (Rabung et al. 2009).

Fazit

Die Stichprobe der vorliegenden Arbeit ist geprägt durch einen hohen Anteil von Patienten mit niedriger Schulbildung und ungelernter beruflicher Tätigkeit sowie einem gegenüber Psychotherapie-Studien erhöhten Vorliegen akuter Störungsbilder und typisch psychiatrischer Diagnosen. Die testpsychologische Belastung liegt etwa auf dem Niveau stationärer Psychotherapie-Patienten. Damit ist diese Stichprobe nur bedingt vergleichbar mit „reinen“ ambulanten Psychotherapie-Studien.

4.1.2 Verwendete Testinstrumente

Sowohl das ICD-10-Symptom-Rating (ISR) als auch die Hamburger Module in ihrer gekürzten Form HEALTH-49 gehören nicht zu den üblichen, international breit eingesetzten Testinstrumenten (wie z. B. die SCL-90 oder das BDI). Das erschwert die internationale Vergleichbarkeit von Ergebnissen. Gleichwohl beziehen sich die beiden Instrumente auf anerkannte und aktuelle Konzepte (wie das ISR auf die internationale ICD-10-Klassifikation, die HEALTH auf relevante psychosoziale Variablen, wie Selbstwirksamkeit oder Aktivität und Partizipation), setzen diese jeweils in einer klaren Ausrichtung um und können sich dabei auf ausreichend gute Kennwerte incl. Kreuzvalidierungen stützen.

Mit Ausnahme der inhaltlichen Überschneidungen der Symptomskalen (insbesondere Depressivität vs. Depressionsskala sowie Somatoforme Beschwerden vs. Somatisierungsskala) ergänzen sich die beiden Testinstrumente gut, sodass in ihrer Kombination sowohl ein breites Spektrum klinischer Syndrome als auch ein therapeutisch hilfreiches Potpourri psychosozialer Erlebens- und Verhaltensvariablen erfasst werden. In Bezug auf das ISR ist sowohl seine

stringente Orientierung an den ICD-10-Kriterien als auch seine gleichzeitig effiziente und breit gefächerte Darstellung der für das Fachgebiet gängigen klinischen Syndrome positiv hervorzuheben. Im Unterschied z. B. zum international etablierteren Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D) werden hier auch Zwangssymptome erfasst und entsprechend syndromal zugeordnet.

In der vorliegenden Untersuchung wurde der Behandlungsverlauf der Patienten in vier ausgewählten Standardskalen (ISR Gesamtscore sowie den drei HEALTH-Skalen Psychisches Wohlbefinden, Interaktionelle Schwierigkeiten und Aktivität und Partizipation) dokumentiert. Hierdurch sind als Erfolgskriterien sowohl die klinische Seite der Gesamtsymptombelastung als auch von der WHO (1948) empfohlene Dimensionen der Lebensqualität berücksichtigt.

Die Veränderungsmessung erfolgte jedoch ausschließlich indirekt (über einen Vergleich der testpsychologischen Belastung zu den verschiedenen Messzeitpunkten; s. z. B. Reuter et al. 2014). Hinzunahme von Items, die das Erleben der Behandlung oder der Therapiebeziehung direkt erfragen, könnten das Bild vollständiger machen und zudem direkt den behandelnden Therapeuten eine Rückmeldung des Patientenerlebens der Behandlung geben, welches eine Wahrnehmung und Anpassung schlecht laufender Behandlungen unterstützen kann (Berking et al. 2006).

Direkte Fremdbeurteilungen (entweder durch die Behandler oder durch dritte Personen) waren in der Erhebung nicht vorgesehen. Gestellte Diagnosen als indirektes Fremdbeurteilungsmaß des Patienten-Zustandes (z.B. die Anzahl der F-/Nicht-F-Diagnosen als Indikatoren für psychische oder physische Beeinträchtigung; s. Löser 2016) waren nicht valide verwertbar, da sich herausstellte, dass die den einzelnen Zeitpunkten zugeordneten Diagnosen z. T. bereits Jahre zuvor gestellt und weiter fortgeschrieben worden waren.

Zur Korrelation der eingesetzten Testskalen (Bezug: T1-Werte)

Innerhalb des ISR fallen die Korrelationen zwischen Depressions-, Angst- und Zwangsskala eher hoch aus (um $r = 0.5$). Mit den genannten drei Skalen korreliert die Somatisierungsskala um $r = 0.4$. Die Essstörungsskala zeigt sich von allen anderen Skalen weitgehend unabhängig ($r < 0.2$; s. Tabelle A3 im Anhang). Diese Befunde stimmen überein mit den von Tritt et al. (2015) angegebenen Werten aus Stichproben stationärer Psychotherapien.

4 Diskussion

Innerhalb der HEALTH-49 findet sich ein hoher Zusammenhang zwischen Depressivität und vier der allgemeinen Skalen des psychosozialen Erlebens (um $r = 0.6$). Etwas abgetrennt von den übrigen erscheint die Skala Soziale Unterstützung (SOZU), die auch mit der Skala Soziale Belastung (SOZB) nur mit ca. $r = 0.3$ korreliert (s. Tabelle A4 im Anhang). Diese Zusammenhänge sowie die übrigen Korrelationen entsprechen recht genau den im Rahmen der psychometrischen Überprüfung des Instrumentes von Rabung et al. (2009) angegebenen Befunden für die Stichprobe der stationären Reha-Patienten.

Zwischen den beiden Testinstrumenten zeigt sich erwartungsgemäß eine sehr hohe Korrelation der beiden auf depressive Symptome bezogenen Skalen ($r > 0.8$). Dies kann als Hinweis auf die Konstruktvalidität gewertet werden. Auch korrelieren die beiden breiter streuenden Summenskalen ISR Gesamtscore und HEALTH PSB recht hoch miteinander ($r > 0.75$). Eine überraschend geringe Korrelation findet sich dagegen zwischen der ISR-Somatisierungsskala und der HEALTH-Skala Somatoforme Beschwerden ($r < 0.5$). Auf diesen Aspekt wird in Abschnitt 4.3.1 näher eingegangen. Die einzelnen Werte finden sich in Tabelle A5 im Anhang.

4.1.3 Studiendesign

Es handelt sich bei der vorliegenden Untersuchung um eine naturalistische Verlaufsbeobachtung von sich in Behandlung des beschriebenen MVZs befindlichen Patienten mit individuell bis zu sechs Messzeitpunkten. Neben der Charakterisierung der Kohorte und des Behandlungsangebotes liegt der Schwerpunkt der Auswertung auf dem testpsychologischen T1-T2-Verlauf in Bezug zu den im Messintervall beginnenden, unterschiedlichen nichtmedikamentösen Therapien. Für die Verlaufsbeobachtung in Hypothese 9 wurde zusätzlich der dritte Messzeitpunkt einbezogen.

Durch Einschluss von Patienten, die schon vor der Basiserhebung Behandlungen im MVZ begonnen hatten, und die eher großen durchschnittlichen Messabstände standen die Messzeitpunkte in keinem direkten Bezug zu den durchgeführten Therapien, sodass in der Anlage der Datenerhebung kein Prä-Post-Design verwirklicht ist. Über den T1-T2-Vergleich hinaus wurden über eine nachträgliche Subgruppenbildung mathematische Annäherungen sowohl an eine Prätest-Posttest-Zuordnung (Hypothesen 3 sowie 5 bis 8) als auch an eine Interventions-Kontrollgruppen-Zuordnung (Hypothese 5) vorgenommen.

Eine wesentliche Limitierung der Studie in Bezug auf Aussagen zu kausalen Zusammenhängen

ist das Fehlen einer Kontrollgruppe, die eine andere oder keine Behandlung erhielt. Dadurch konnten im Messverlauf vielfältige Störgrößen wirksam werden, sodass die beobachteten testpsychologischen Veränderungen nur zu einem (vermutlich eher kleinen) Teil auf die angebotene Behandlung zurückgehen. Folgende weitere Kräfte dürften als bedeutsame Einflussfaktoren in Frage kommen (zusammengestellt nach Vorschlägen von Zwingmann und Wirtz 2005 sowie Hamre et al. 2009):

- Selbstselektion zu T1 (Therapieaufnahme bei Beschwerdegipfeln),
- Patientenerwartungen (bewusster und unbewusster Art, z. B. Rentenwunsch),
- Testeffekte (z.B. aufgrund unsicherer Test-Retest-Reliabilität),
- bereits zu T1 laufende Therapie,
- natürlicher Krankheitsverlauf,
- therapieunabhängige Entwicklungsprozesse,
- zwischenzeitliche Einflüsse (z. B. durch das soziale Umfeld),
- andere parallele Behandlungen,
- Selektionsvorgänge im Messverlauf (v. a. durch Ausscheiden von Teilnehmern),
- Regression zur Mitte.

Ein Teil dieser Faktoren wurde erhoben und auf ihren statistischen Einfluss Verlauf geprüft (Rentenverfahren, zu T1 laufende Therapie und Verordnungen von Psychopharmaka). Die anderen Einflüsse mussten als potentielle, nicht quantifizierbare Störgrößen akzeptiert und bei der Wertung der Ergebnisse nach jeweils geschätzter Stärke ihres Einflusses berücksichtigt werden.

Den beiden letztgenannten Punkten dürfte dabei eine besondere Relevanz zukommen. Da mehrere Hypothesen (4, 5 und 9) direkt und zwei (6 und 8) indirekt betroffen sind, soll an dieser Stelle bereits näher auf sie eingegangen werden:

Selektion im Messverlauf

Von den Patienten, die eine Basiserhebung (T1) erhalten hatten, nahm nur knapp ein Viertel (24.6%) an der ersten Verlaufserhebung (T2) teil. Etwa weitere 5% der T1-Teilnehmer befanden sich ein Jahr nach der Basiserhebung noch in nachweislicher Behandlung durch das MVZ, ohne an einer Verlaufserhebung teilzunehmen. Offenbar hatte der Großteil der Kohorte zu T2 ihre Behandlung bereits beendet.

4 Diskussion

Patienten ohne Verlaufserhebung unterschieden sich von den T2-Teilnehmern jeweils signifikant durch ein niedrigeres Durchschnittsalter, eine geringere psychische Komorbidität sowie niedrigere initiale Belastungswerte in allen vier ausgewählten Testskalen, welches auf eine geringere Krankheitsausprägung hinweist. Da das Behandlungsangebot des MVZs zudem auf eher rasch beginnenden und häufig zeitlich klar begrenzten „Behandlungsbausteinen“ (z. B. Entspannungskurs 6 Termine) basiert, ist zu vermuten, dass der Großteil dieser Gruppe die Behandlung bereits vor Erreichen der ersten Verlaufsmessung (im Median 1.2 Jahre nach Basiserhebung) regulär beendet hatte, welches tendenziell ein Zeichen für einen unkomplizierten und erfolgreichen Behandlungsverlauf sein dürfte.

Das ist insofern zu betonen, als die Selektion im Messverlauf üblicherweise zu einer rechnerischen Verbesserung im Outcome führt. So berichten Steffanowski et al. (2007) in ihrer Metaanalyse, dass bei Einsatz von Fragebögen im stationären Bereich niedrigere Rücklaufquoten mit höheren Behandlungseffekten verbunden sind (die mit der Behandlung zufriedenen Patienten antworten eher). Im ambulanten Bereich entsteht eine ähnliche (positive) Verzerrung durch Ausscheiden von im Schnitt stärker belasteten und mit höherem therapeutischen Misserfolg assoziierten Therapieabbrechern (z.B. Jacobi et al. 2011), die dann in der Post-Messung nicht mehr auftauchen.

Im Gegensatz dazu spricht Einiges dafür, dass in der vorliegenden Untersuchung die Patientengruppe mit fehlenden „Post“(T2)-Werten durch leichter belastete und vor Ablauf eines Jahres nicht mehr behandlungsbedürftige, potentielle „Responder“ geprägt war. Wenn diese aus der Stichprobe der T1-Teilnehmer herausfielen, verblieben zu T2 tendenziell diejenigen, deren Behandlung schwierig und langwierig war, incl. Patienten mit chronisch psychiatrischen Erkrankungen.

Zu dieser Vermutung passt, dass je nach Skala bei 39-45% der verbliebenen T2-Teilnehmer die testpsychologische Belastung deskriptiv sistierte oder sich im Verlauf noch verstärkte. In Bezug auf die „klinische Signifikanz“ der Veränderungen (Jacobson und Truax 1991, Lambert und Ogles 2009) kam es je nach Skala bei 3-18% der T2-Teilnehmer zu einer reliablen Verschlechterung, weitere 46-85% waren „Non-Responder“ (eine reliable Veränderung blieb aus). Dies liegt deutlich über den üblicherweise zu erwartenden Anteilen erfolgloser

Behandlungsverläufe (vgl. Jacobi et al. 2011⁹, Hasenauer und Tschuschke 2017¹⁰, Howard et al. 1986¹¹, Lambert et al. 2001¹²).

Die Quote reliabler Verbesserungen unter den T2-Teilnehmern lag in den Standardskalen bei 12-37%. Für die Symptom-Summenskala „Psychische und somatoforme Beschwerden“ der HEALTH betrug der Anteil der Fälle mit reliabler Verbesserung im T1-T2-Verlauf 41%, welches jedoch nur wenig über der auf diese Skala bezogenen Veränderungsquote der Wartelistengruppe in der Stichprobe der Bonner Evaluationsstudie liegt (30%). Dort fanden sich in den Behandlungsgruppen mit abgeschlossener ambulanter Richtlinien-Psychotherapie Raten reliabler Besserung von 60-68% (Geiser et al. 2014).

Diese Befunde sprechen dafür, dass es zusätzlich zu den in Abschnitt 4.1.1 beschriebenen Ausgangs-Besonderheiten der Stichprobe durch den großen Anteil vor der Verlaufsmessung ausscheidender Patienten zu einer erheblichen Selektion der Kohorte mit einem entsprechenden (negativen) *Attrition-Bias* kam, welches die Vergleichbarkeit des Behandlungsverlaufes der verbliebenen T2-Teilnehmer mit anderen Verlaufsstudien - insbesondere reiner Psychotherapie-Studien mit systematischer Erhebung zum Abschluss der Behandlung - stark einschränkt.

Um in Zukunft sowohl einen höheren Anteil an Patienten in ihrem Behandlungsverlauf evaluieren als auch über die höhere Quote eine bessere Vergleichbarkeit der erhaltenen Ergebnisse erreichen zu können, wäre es hilfreich, die Messintervalle deutlich zu verkürzen, z. B. durch Erhebungen im Drei-Monats-Abstand. Hiller et al. (2009) schlagen aus der Perspektive von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement für die ambulante Psychotherapie zwischen Termin 10 und Termin 55 sogar Verlaufsmessungen alle fünf Stunden vor, in denen eine zumeist kurze testpsychologische Erhebung kombiniert wird mit direkter Veränderungsmessung in Form eines sog. Stundenbogens. Ein alternatives stimmiges

⁹ Für die Stichprobe einer deutschen Hochschulambulanz geben die Autoren reliable Verschlechterungen in 3% d. F., Nonresponse (je nach Testinstrument) in 27-49% d. F. an.

¹⁰ In der Studie an einer verhaltenstherapeutischen Ausbildungsambulanz verschlechterten sich 6% der Patienten reliabel und 31% blieben ohne reliable Veränderung.

¹¹ In einer Metaanalyse ambulanter Psychotherapieverläufe gaben die Autoren durchschnittliche Besserungsraten in Abhängigkeit von der absolvierten Sitzungszahl an. Hier besserten sich nach 7 Terminen etwa 50%, nach 26 Terminen ca. 75% der Patienten.

¹² Für das Kriterium einer reliablen Veränderung fanden die Autoren, dass sich etwa 50% der Patienten ebenfalls nach 7 Terminen und 75% bereits nach 14 Sitzungen besserten.

Vorgehen wäre, sich von einem festen Messabstand zu lösen und „echte“ Post-Messungen anzubieten, entweder zum vereinbarten Ende der Gesamtbehandlung oder - zur Erfassung möglicher differenzieller Effekte verschiedener Therapieformen - nach jedem absolvierten Therapiebaustein.

Regression zur Mitte

Regression zur Mitte tritt in verbundenen Stichproben (z.B. Messreihen) auf, deren Variablen nicht perfekt korrelieren, sobald Subgruppen betrachtet werden, deren Mittelwerte vom Mittelwert der Gesamtstichprobe abweichen. Sie äußert sich in einer Zunahme der Varianz in den Subgruppen und einem Annähern der Subgruppen-Mittelwerte an den Mittelwert der Gesamtstichprobe der Folgemessung (Zwingmann und Wirtz 2005).

In der vorliegenden Untersuchung dürfte sich die Regression zur Mitte auf zwei Weisen auswirken: Zum einen als Kohorteneffekt aufgrund der Selektion der Stichprobe als vermutlich stärker in Bezug auf die gemessenen abhängigen Variablen belastete Subgruppe innerhalb der Allgemeinbevölkerung.

Darüber hinaus wirkt Regression zur Mitte bei der Verlaufsbetrachtung von unterschiedlich belasteten Subgruppen innerhalb der Kohorte, idealtypisch im Verlauf der vier Gruppen unterschiedlicher Symptombelastung der ISR Gesamtskala (s. Abschnitt 3.6.2), aber indirekt auch bei der Prädiktorenprüfung (Hypothese 4), bei der die zu T1 bzgl. Symptomen bzw. Selbstwirksamkeit stärker Belasteten im Verlauf eine stärkere Reduktion der Standard-Belastungswerte zeigen.

Nach Zwingmann und Wirtz 2005 sowie Müller et al. 2004 ist der zu erwartende Regressions-effekt umso höher,

- je geringer die Korrelation zwischen den verbundenen Variablen,
- je stärker die Zunahme der Standardabweichung in den betrachteten Subgruppen und
- je stärker die Korrelation zwischen den Ausgangswerten und den die Veränderung anzeigenden Wertedifferenzen ist.

Für die Gruppe der T2-Teilnehmer gilt: Pearsons r liegt bei den verbundenen Variablen der eingesetzten Testskalen zwischen 0.45 und 0.60, sodass dieses Kriterium für einen mäßig ausgeprägten Effekt sprechen würde. Die Standardabweichungen nehmen von T1 zu T2 leicht

zu (im Mittel um 8%). Die Korrelation der T1-Werte mit ihren T1-T2-Differenzen beträgt für zwei Skalen (ISR GS und HEALTH WOHL) knapp 0.4, für die beiden anderen (HEALTH INT und HEALTH A&P) knapp 0.5, welches einen moderaten bzw. knapp mittelstarken Zusammenhang anzeigt. Damit muss das Regressionsphänomen in der vorliegenden Untersuchung als bedeutsamer Erklärungsfaktor für den Verlauf der Messwerte berücksichtigt werden, seine Ausprägung dürfte dabei insgesamt in moderater Höhe liegen.

Der Gesamtstichprobeneffekt würde also auch ohne spezifische Behandlung einen gewissen Rückgang der mittleren Belastungswerte von T1 zu T2 - hin zur mittleren Belastung der Allgemeinbevölkerung - erwarten lassen. Als Orientierungshilfe für sein üblicherweise zu erwartendes Ausmaß kann die in Verlaufserhebungen an unbehandelten Patienten beobachtete „Spontanbesserung“ gelten, deren mittlere Effektstärke bei etwa 0.10 anzusiedeln ist (Grawe et al. 1994)¹³. Darüber hinaus gehende Effekte machen die Wirkung weiterer Einflüsse wahrscheinlich.

Im Laufe der Auswertung stellten sich zwei weitere, für die vorliegende Untersuchung spezifische Störfaktoren heraus, die in mehrere Hypothesentestungen hineinwirkten. Der eine basierte auf der Praxis, dass Patienten, die vor Ablauf eines Jahres aus der Behandlung ausschieden und sich Monate oder Jahre später erneut vorstellten, bei ihrer Wiedervorstellung eine T2-Verlaufsmessung erhielten, die keinen Behandlungsverlauf i. e. S. abbildet. Diese Störung wurde an den relevanten Stellen nachträglich eliminiert durch Eingrenzung der Auswertung auf Teilnehmer mit einem „sinnvollen“ T1-T2-Messabstand zwischen einem Vierteljahr und zwei Jahren (s. auch Abschnitt 3.6.9).

Die andere Quelle möglicher Verzerrungen betrifft Fragestellungen, die auf gestellte Diagnosen zurückgreifen. Da die eingetragenen Diagnosen, wie oben geschildert, sich als nicht durchweg aktuell herausstellten, resultieren Unsicherheiten sowohl in der Aussage zu Hypothese 3 als auch in der prädiktiven Wirksamkeit gestellter Diagnosen (Hypothese 4).

¹³ Je nach Kollektiv variiert dieser Wert. Bei einem hohen Anteil von Anpassungsstörungen und depressiven Episoden in der untersuchten Kohorte, die per se im Zeitverlauf zur Besserung neigen, wäre die zu erwartende Effektstärke in Bezug auf eine Spontanbesserung hier eher noch etwas höher.

4.1.4 statistische Auswertung

Im Laufe der Auswertung des vorliegenden Datensatzes wurden zahlreiche Signifikanztestungen durchgeführt. Bei einem festgelegten Signifikanzniveau von 0.05 kann davon ausgegangen werden, dass im Schnitt bei etwa einer von 20 durchgeführten Signifikanzschätzungen die Nullhypothese fälschlicherweise verworfen wurde (Alpha-Fehler oder Fehler erster Art). Dort, wo zahlreiche derselben Abschätzungen an einer Fragestellung erfolgten (zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung im Rahmen der Prädiktorentestungen), wurde der Alpha-Fehler durch nachgeschaltete multifaktorielle Analysen korrigiert. An den anderen Stellen wurde auf eine spezielle Korrektur verzichtet.

Zur Prädiktorentestung wurde eine Kombination zweifaktorieller und multifaktorieller Varianzanalysen mit Messwiederholung durchgeführt. Hier wäre alternativ der Einsatz von Regressionsanalysen möglich gewesen, insbesondere da auch metrische Variablen in die Testung einbezogen waren. Für die Ergebnisse spielte es letztlich keine Rolle, welche der beiden Methoden eingesetzt wurde (Smigiersky 2018).

Dagegen sind die retrospektiv im Rahmen der Auswertung versuchten Annäherungen sowohl an ein Prätest-Posttest-Design (Hypothesen 3 sowie 5 bis 8) als auch an eine Interventionskontrollgruppen-Zuordnung (Hypothese 5) deutlich fehlerbehaftet:

Als hauptsächliche Fehlerquellen für den Quasi-Prä-Post-Vergleich (T1-T2) sind die starke Selektion der verbleibenden Stichprobe der T2-Teilnehmer (s. Abschnitt 4.1.3), die Konfundierung durch Vor- und laufende Behandlungen (z.T. als Störfaktor retrospektiv eliminiert) sowie die mangelnde zeitliche Abstimmung von Behandlungsende und „Post“-Messung zu bedenken. Die Gegenüberstellung von Interventions- und Vergleichsgruppe bezieht sich auf Gruppen innerhalb dieser selektierten Stichprobe, die retrospektiv über das Erfüllen vs. Nichterfüllen von Behandlungskriterien gebildet wurden. Damit ist sie weit von einem experimentellen Niveau (randomisierte oder anderweitig strukturell ausbalancierte Gruppen) entfernt und erreicht auch nur näherungsweise das quasi-experimentelle Niveau (natürliche Gruppen), welches die Aussagekraft des durchgeführten Verlaufsvergleichs einschränkt.

Ähnlich wurden die verglichenen Behandlungsgruppen für die Hypothesenprüfung 6-8 nicht über Randomisierung zugeordnet oder anderweitig balanciert, daher sind auch ihre Behandlungsverläufe nur unter deutlichen Einschränkungen vergleichbar.

4.2 Diskussion der zentralen Ergebnisse

4.2.1 Hintergrundfaktoren für die erlebte Belastung der Patienten (Hypothese 1)

Das Ziel einer Faktorenanalyse ist, „eine Vielzahl von korrelierenden, manifesten Variablen auf einen kleinen Satz latenter Variablen (Faktoren) zu reduzieren, die einen möglichst großen Teil der Varianz der Ausgangsvariablen aufklären“ (Klopp 2010, S. 1). Mit ihrer Anwendung wird also eine Vielzahl von Eingangsvariablen auf eine überschaubare Zahl übergeordneter „Stränge“ reduziert.

In die hier durchgeführte Faktorenanalyse wurden die Variablen der 15 eingesetzten Testskalen (ohne die beiden Summenskalen) zum Zeitpunkt der ersten Messerhebung sowie zusätzlich sechs soziodemografische Variablen eingebracht. Im stimmigsten Modell resultierten sechs Faktoren, die zusammen 62.1% der Gesamtvarianz der Ausgangsvariablen erklärten.

Faktor 1 als größter „Strang“ besteht aus der Depressions- und Zusatzskala des ISR und sieben der neun HEALTH-Skalen. Er lässt sich charakterisieren mit dem Begriff der „eingeschränkten Vitalität“. Faktor 2 enthält drei weitere ISR-Skalen und die HEALTH-Skala phobische Ängste. Er kann überschrieben werden mit „Angst, Zwang und Körperbeschwerden“. Die restlichen vier Faktoren beinhalten jeweils nur noch ein Variablenpaar und klären jeweils nur 6-7% der Gesamtvarianz auf. Dabei verbanden sich zwei Testskalen je mit einer soziodemografischen Variablen zu den als „Partnerschaft und Familie“ sowie „Beschäftigung mit Körpergewicht“ interpretierten Faktoren.

Für zwei Variablen (ISR Zusatzskala und HEALTH Soziale Unterstützung) fiel die Zuordnung nicht eindeutig aus, da sie auf je zwei Faktoren mit $r > 0.40$ luden. Darüber hinaus überzeugen die getroffenen Zuordnungen statistisch, da alle Ausgangsvariablen mit den schließlich zugeordneten Faktoren mit $r > 0.5$ korrelieren, bis auf drei Ausnahmen sogar mit $r > 0.6$. Während die ersten beiden „Stränge“ auch inhaltlich überzeugen, wirken die auf

4 Diskussion

Variablenpaaren basierenden, verbleibenden vier Faktoren z. T. „konstruiert“ und ihre inhaltliche Kohärenz unsicher.

In der Literatur zu den beiden eingesetzten Testinstrumenten finden sich Faktorenanalysen, die jeweils die Einzelitems auf ihre übergeordnete Zuordnung prüfen. Für das ISR bildeten sich die fünf Syndromskalen als Faktoren mit hoher (73%) und gleichmäßiger Varianzaufklärung ab (Fischer et al. 2010). Ähnlich legten drei explorative Faktorenanalysen für die HEALTH-49 die skalenbezogene Neun-Faktoren-Lösung nahe, diese ließ sich in konfirmatorischen Analysen jedoch nicht bestätigen (Rabung et al. 2009, S. 175). Die Autoren weisen darauf hin, dass sich die abgebildeten Aspekte psychosozialer Gesundheit „doch auch mehr oder weniger ausgeprägt gegenseitig beeinflussen oder zumindest überlappen“.

Daher überrascht es wenig, wenn sich in der vorliegenden Analyse sieben der HEALTH-Skalen im ersten Faktor wiederfinden. Dass sich darin Belastungen in psychosozialen Aspekten wie psychischem Wohlbefinden, Selbstwirksamkeit oder sozialer Situation mit den beiden Depressionsskalen der Testinstrumente und der ISR Zusatzskala (diagnose-unspezifische Beschwerden, die jedoch häufig u. a. mit Depressionen einhergehen) zu einem „Cluster“ verbinden, erscheint vor dem Hintergrund klinischer Erfahrung mit depressiven Patienten stimmig.

Ähnlich wundert die Zusammensetzung von Faktor 2 nicht wirklich. Im Diagnosemanual DSM-IV war die Zwangserkrankung (obsessive-compulsive-disorder) noch als Angststörung gruppiert, bevor sie im DSM-V Namensgeber eines eigenen Kapitels wurde (Fugger und Aigner 2014). Im ICD-10-System sind Angst- und Zwangsstörungen sowie auch somatoforme Störungen nachbarschaftlich unter F4 eingeordnet.

Etwas überraschend ist dagegen, dass sich die HEALTH-Skala Somatoforme Beschwerden in Faktor 1 findet, während die ISR Somatisierungsskala sich klar in den Faktor 2 eingruppiert. Hierauf wird in Abschnitt 4.3.1 gezielt eingegangen.

Die gefundenen Gruppierungen diagnosebezogener Skalen, die sich auch in den Korrelationstabellen (im Anhang) abbilden, passen zu im klinischen Kontext sichtbaren „Überschneidungen“ von Diagnosen psychischer Erkrankungen. Beides weist darauf hin, dass das Konzept psychischer Krankheiten als hinter den individuellen Symptomen liegende, abgrenzbare Entitäten womöglich grundlegende Schwächen aufweist. Interessante neue

Ansätze stellen alternativ ein Netzwerkmodell miteinander in dynamischer gegenseitiger Beeinflussung stehender Symptome vor (Borsboom und Cramer 2013, Fried et al. 2017, Semino und Danay 2015). Ein solches Modell macht es leicht, ein individuelles Netz durch zusätzliche Symptome oder Persönlichkeitseigenschaften zu ergänzen und mit weiteren Netzen zu verbinden.

4.2.2 Therapie-Unterschiede in verschiedenen Subgruppen (Hypothese 2)

Erwartungsgemäß nahmen mit der Schwere der initialen Symptombelastung sowohl die Verordnungen von Psychopharmaka als auch die Häufigkeit der Durchführung nichtmedikamentöser Therapieformen zu. In Bezug auf Letztere stiegen sowohl die Anzahl verschiedener Therapien pro Patient als auch die Quote an Kombinationsbehandlungen an. Die Verteilung der verschiedenen nichtmedikamentösen Therapieformen veränderte sich mit der Schwere der Symptombelastung allerdings nicht. Mit steigendem Alter nahmen die Verordnungen von Psychopharmaka zu, die Anwendung nichtmedikamentöser Therapien ab. Das Geschlecht hatte keinen erkennbaren Einfluss auf die durchgeführten Behandlungen.

Dass Heilmittel bei stärkeren Beschwerden häufiger und tendenziell höher dosiert eingesetzt werden als bei leichteren, dürfte seit Hunderten von Jahren zum Erfahrungswissen der Menschheit gehören. Hier bestätigt es sich nun für die Ebene der „Therapiebausteine“ des beschriebenen MVZs. Dass sich die Häufigkeits-Verhältnisse der verschiedenen durchgeführten nichtmedikamentösen Therapieformen bei steigender Symptombelastung mit dem vermehrten Einsatz nicht veränderten, überrascht etwas. Ein vermehrtes Zurückgreifen der verordnenden Fallmanager und/oder Patienten unter vermutlich mit der ansteigenden Symptomlast verbundenem „Therapieerfolgsdruck“ auf eine im individuellen Heilungskonzept als besonders bewährt eingeschätzte Therapieform wäre verständlich oder sogar zu erwarten gewesen. Dass dies offenbar nicht eintrat, mag im Vertrauen der Ärzte und/oder Patienten auf eine eher gleichwertige Wirkkraft der Ansätze bzw. auf die optimale Wirkung bei multimodalem Einsatz begründet sein - oder aber in einer durch äußere Umstände festgelegten Verfügbarkeit.

Die Gruppe der älteren Patienten (> 55 Jahre) erhielt etwa gleich häufig Psychopharmaka-Verordnungen und nichtmedikamentöse Therapien, während die jüngeren Patienten (\leq 35

4 Diskussion

Jahre) etwa doppelt so häufig nichtmedikamentöse Therapien wie Psychopharmaka-Verordnungen wahrnahmen. Die mittlere Altersgruppe lag mit ihrer Versorgungsquote bzgl. nichtmedikamentöser und medikamentöser Behandlung jeweils in der Mitte.

In der Literatur wurde seit Jahren darauf aufmerksam gemacht, dass Menschen etwa ab dem 60. Lebensjahr bei der Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie deutlich unterrepräsentiert sind (Imai et al. 2008, Zank 2002). Besonders drastische Zahlen finden sich für die Altersklasse ab 70 Jahren. Hier zeigte die repräsentative Berliner Altersstudie (Linden et al. 1998), dass 25% der 516 Teilnehmer bzw. 48% der depressiven Teilnehmer Psychopharmaka einnahmen, jedoch keiner der Befragten eine Psychotherapie wahrnahm. Als Gründe für die geringen Raten ambulanter Psychotherapie bei älteren Patienten geben Peters (2008) und Bühring (2012) vorwiegend eine häufig ablehnende oder skeptische Haltung der Älteren gegenüber Psychotherapie, aber auch Vorurteile und Unsicherheiten auf Seiten der Hausärzte und Psychotherapeuten an. Aufgrund einer Liberalisierung von Werten und Normen in dieser Altersgruppe und ermutigenden Ergebnissen altersbezogener Therapiestudien erhöht sich seit einigen Jahren die Inanspruchnahmerate psychotherapeutischer Angebote (ebd.).

Auf der anderen Seite gibt es in der Bevölkerung eine Abneigung gegenüber einem „Heilen der Seele mit Chemie“ (Benkert et al. 1995), die in der heutigen Zeit offenbar besonders unter den jüngeren Menschen ausgeprägt ist und sich in der vorliegenden Studie vermutlich an der geringeren Quote von Psychopharmaka-Verordnungen in der jüngeren Altersgruppe zeigt.

4.2.3 Veränderungen in Summenskalen vs. in diagnosespezifischen Skalen (Hypothese 3)

Sowohl in der Gruppe aller T2-Teilnehmer als auch in der Subgruppe von Patienten, die im Beobachtungsintervall eine definierte Behandlung erhielten, bildeten sich die testpsychologischen Veränderungen nur bei Patienten mit einer Depressionsdiagnose in den diagnosebezogenen Skalen stärker ab als in den eingesetzten Summenskalen. Bei Angstpatienten gab es zwar den Summenskalen vergleichbare oder größere Veränderungen in der ISR Angstskala, jedoch kaum messbare Veränderungen in der HEALTH-Skala Phobische Ängste. In den beiden Diagnosegruppen somatoforme Störungen / Neurasthenie und

4 Diskussion

Essstörungen fielen die diagnosebezogenen testpsychologischen Veränderungen jeweils kleiner aus als die Veränderungen in der allgemeinen Symptomlast.

Diese Befunde passen zunächst zu den Ergebnissen, die in der Literatur für den Einsatz der beiden Testinstrumente beschrieben sind. So fand Brandt (2009) in der Kreuzvalidierung des ISR mit dem BDI und dem SCL-90 eine vergleichsweise hohe Veränderungsbereitschaft der ISR Depressionsskala. Ähnlich beschreiben Fischer et al. (2011) in einer Untersuchung kurzer stationärer Behandlungen (7 bis 28 Tage) für die ISR Depressionsskala eine mittlere Veränderung von $ES=0.83$ bei eher geringen Prä-Post-Veränderungen der anderen Skalen und des ISR Gesamtscores von $ES=0.36$. Auch in der psychometrischen Überprüfung der HEALTH-49 zeigte sich die Skala Depressivität etwas sensitiver als die Summenskala Psychische und somatoforme Beschwerden, während sich die Durchschnittswerte der Einzelskala Somatoforme Beschwerden im Behandlungsverlauf weniger und die der Skala Phobische Ängste nur gering veränderten.

Allgemein gelten spezifische Messinstrumente bzw. Skalen als sensitiver für die Entdeckung und Quantifizierung kleiner oder spezifischer Veränderungen, die in globalen Instrumenten „untergehen“. Globalmaße bieten dagegen eine bessere Orientierung und Vergleichbarkeit bei unterschiedlichen Populationen oder Interventionen (Patrick und Deyo 1989, Mohr 1995).

Wichtig erscheint hierbei die Beachtung der jeweils ausgewählten Stichprobe. So beschreiben Steffanowski et al. (2007) in ihrer Metaanalyse für den Bereich stationärer Rehabilitation gute Outcome-Werte für Maße des Allgemeinbefindens, welche „am ehesten der Breite der einbezogenen Stichproben und individuellen Problemkonstellationen“ entsprechen. Die Untersuchung spezifischer Aspekte mit spezifischen Instrumenten wird nur Effekte zeigen, wenn das gesuchte Merkmal in der Stichprobe ausreichend vertreten ist. Da in der stationären Kohorte von Fischer et al. (s.o.) Angst- und Essstörungen nur zu je etwas mehr als einem Fünftel vertreten waren, ist verständlich, dass die auf diese Diagnosen bezogenen Testskalen nur eine geringe Veränderung in der Gesamtstichprobe zeigten.

Skalen, die ein breites Symptomspektrum abdecken, wie die ISR Gesamtskala, dürften in Stichproben mit gemischten Diagnosen zumeist Veränderungen in einem mittleren Ausmaß anzeigen, da ein großer Teil der Untersuchten sich in irgendeinem enthaltenen Aspekt, kaum jemand jedoch in allen erfragten Syndromen verändern wird. Je häufiger eine Diagnose in der

Kohorte vorliegt, umso stärkere Veränderungen sind in der zugehörigen Testskala zu erwarten.

In der vorliegenden Untersuchung sollten die Veränderungseffekte unabhängig vom Anteil der jeweiligen Diagnosegruppe an der Gesamtstichprobe sein, da sie für die Subgruppen mit entsprechend zugeordneter Diagnose berechnet wurden. Insofern überraschen die niedrigen diagnosebezogenen Veränderungseffekte in Bezug auf phobische, somatoforme und Essstörungssymptome doch. Hierfür dürfte zum einen die weite Verbreitung depressiver und unspezifischer Symptome in den genannten Diagnosegruppen eine Rolle spielen (Teil der ISR Gesamtskala ist auch eine Zusatzskala mit allgemeinen Symptomen). Zum anderen könnten die eher unspezifischen Veränderungen Ausdruck einer wenig störungsspezifischen Ausrichtung einiger Therapieangebote sein (z. B. Entspannungstraining, Tagesgruppe, Frauen-/ Männer-/ Jugend-/ Mädchengruppen, vgl. Abschnitt 3.3.1). Ferner müssen Störfaktoren bedacht werden, die hier in Form der Ungewissheit, ob die Diagnosen zum untersuchten Zeitpunkt noch aktuell waren (s. Abschnitt 4.1.2), und der z. T. recht kleinen Gruppengrößen (Essstörungs-Subgruppe n=27 bzw. n=10) vorliegen.

4.2.4 Einflussfaktoren auf den testpsychologischen Verlauf (Hypothese 4)

Den stärksten prädiktiven Effekt auf den Verlauf der Messwerte zeigten in der vorliegenden Untersuchung die Ausgangsbelastungen der Skalen ISR Gesamtscore und HEALTH Selbstwirksamkeit sowie der Messabstand.

Einfluss des Faktors ISR-Symptombelastung zu T1

Die Höhe des ISR Gesamtscores zu T1 hatte einen jeweils hoch signifikanten Einfluss auf den Verlauf der Messwerte in den anderen drei Skalen: Je höher die initiale Symptombelastung, desto stärker war die Abnahme der Belastungswerte von T1 zu T2 in den Nachbarskalen. Grafisch sichtbar wird dieser Effekt bei der Verlaufsbeobachtung der mittleren Skalenwerte in den vier Gruppen unterschiedlicher Symptombelastung: Diese nähern sich im Zeitverlauf T1-T2 einander an, gleichwohl bleibt die Rangfolge der vier Gruppen zu T2 unverändert und die Lage unterscheidet sich weiterhin hochsignifikant.

4 Diskussion

Der beschriebene Effekt der initialen Symptombelastung auf den Verlauf der Belastungswerte in den benachbarten Skalen dürfte zu einem bedeutenden Teil vermittelt sein durch Regression zur Mitte (s. Abschnitt 4.1.3.), Korrelation und Selektion.

Zunächst zu den beiden erstgenannten Einflüssen: Die Ausgangsbelastung in der ISR Gesamtskala wirkt auf ihren eigenen T1-T2-Verlauf unvermeidlich als „Autoregressor“ ein. Da die anderen drei als Standardskalen eingesetzten Variablen mit der ISR Gesamtskala jeweils mit $r > 0.5$ korrelieren (s. Abschnitt 3.3.2 bzw. Tabellen im Anhang), ist ein gleichgerichteter Effekt dieser Skalen wahrscheinlich. Ergänzend zum statistischen Blickwinkel der Regression und Korrelation, mag nachvollziehbar erscheinen, dass stärker symptombelastete Individuen auch in den anderen erfragten Aspekten psychisches Wohlbefinden, interaktionelle Schwierigkeiten sowie Aktivität und Partizipation stark belastet sind, diese eher hohe Belastung unter fachspezifischer Behandlung ein bis eineinhalb Jahre später jedoch in einem stärkeren Ausmaß sinkt als diejenige initial nicht so symptombelasteter Menschen.

Für die vorliegende Stichprobe der T2-Teilnehmer ist ferner die unter 4.1.3 beschriebene Selektionsverzerrung zu berücksichtigen. Wie dort erklärt, lässt sich begründet vermuten, dass in der Gesamtkohorte im Messverlauf ein großer Teil von Patienten mit eher niedriger Symptombelastung und unkompliziert-positivem Verlauf nach beendeter Behandlung aus der Untersuchung ausschieden. Die Patienten mit initial niedriger Symptombelastung und eher unbefriedigendem Behandlungsverlauf verblieben tendenziell weiter in Behandlung bis zur ersten Verlaufsmessung und bildeten innerhalb der Stichprobe der T2-Teilnehmer die Subgruppe mit jeweils niedriger Skalenbelastung, die sich im Schnitt kaum verbesserte. Patienten mit initial eher hoher Symptombelastung verblieben dagegen vermehrt in der Behandlung bis zur Verlaufserhebung (dies lässt sich an der höheren mittleren T1-Skalenbelastung der T2-Teilnehmer im Vergleich zur Gesamtkohorte ablesen). Ihr Behandlungsverlauf zeigte sowohl persistierende Belastungen als auch deutlich absinkende Skalenwerte, sodass im Schnitt eine mäßige Besserung resultierte.

Was sagt die Forschung zum Zusammenhang zwischen Ausgangssymptombelastung und Therapieverlauf? Die Vorstellung, eine hohe Anfangsbeeinträchtigung würde generell mehr „Luft“ für eine Besserung korrelierter Parameter im Therapieerlauf bieten und dadurch einen

positiven Prädiktor für den Behandlungsverlauf darstellen, ist anschaulich - aber in dieser allgemeinen Form nicht zutreffend.

Im Gegenteil: Zahlreiche Studien bringen Evidenz für die Einstufung der initialen Beeinträchtigung als negativen Prädiktor für den Behandlungsverlauf. In ihrer Übersichtsarbeit im Bereich der psychosomatischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitation fanden Reuter et al. (2014) in fünf von sieben Studien einen negativen Zusammenhang einer höheren Symptombelastung bzw. Beeinträchtigung zu Therapiebeginn mit dem Behandlungserfolg und nur eine Studie, die diese als günstigen Verlaufsfaktor wertete. Ähnlich benennen Jacobi et al. (2011) und Lambert und Anderson (1996) für den Rahmen der ambulanten Psychotherapie die Erkrankungsschwere als negativen Prädiktor.

Auf der anderen Seite beschreiben über die bei Reuter et al. genannte Studie hinaus auch Schmieder (2010) und Löser (2016) für den Bereich der stationären Psychotherapie, Wirtz et al. (2003) und Mösko et al. (2011) für die stationäre psychosomatische Rehabilitation sowie Hasenauer und Tschuschke (2017) für den ambulanten Bereich eine hohe psychische Belastung bei Aufnahme als positiven prädiktiven Faktor für den Verlauf. Wie lässt sich das verstehen?

Garfield (1994) waren bei Einsatz unterschiedlicher Methoden in derselben Stichprobe unterschiedliche Ergebnisse aufgefallen. Mit den Fragen *Was wird gemessen?* und *Wie wird es gemessen?* sowie Hinweisen auf die sich dadurch gabelnden Wege stellt er Wegweiser für die entstandene Verwirrung bereit:

Die Frage *Was wird gemessen?* zielt sowohl auf die initiale Beeinträchtigung als auch auf die Ergebnis-Definition. In Bezug auf die initiale Beeinträchtigung differenzieren Clarkin und Levy (2013) zwischen funktioneller Beeinträchtigung als beobachtetem Ausmaß alltäglicher Funktionsfähigkeiten (eindeutiger negativer Prädiktor für die Prognose der Behandlung) und subjektiver Symptombelastung (je nach weiterem Kontext negative oder positive prädiktive Wirkung). Diese Auftrennung wird bestätigt durch eine deutsche Studie, in der sich der Beeinträchtigungs-Schwere-Score BSS bei Aufnahme (Therapeuteneinschätzung) als ein negativer Prädiktor des Behandlungsverlaufs herausstellte, die testpsychologisch erhobene Gesamtbelastung des BSI (Brief Symptom Inventory) dagegen kaum Zusammenhänge mit dem Behandlungserfolg zeigte (Oster et al. 2009). Als Tendenz könnte man sagen: Funktionell

schwer beeinträchtigte Patienten haben eher geringere Chancen auf einen guten Behandlungs-Outcome, Patienten mit subjektiv hoher Symptombelastung bei jedoch weitgehend erhaltener Alltagsfunktion haben gute Chancen auf eine Verbesserung (insbesondere, wenn diese als Differenz der Prä- und Post-Symptomatik gemessen wird, s.u.).

Wird als Erfolgskriterium der *Zustand* des Probanden zum Zeitpunkt der Post-Messung festgelegt, schneiden initial stärker belastete Patienten schlechter ab. Ist Behandlungserfolg dagegen auf das Ausmaß an *Veränderung* bezogen, kann es bei ihnen auch zu überlegenen Ergebnissen kommen (Garfield 1994).

Bei der Frage *Wie wird es gemessen?* unterscheidet Garfield zwischen einer (direkten) Veränderungsmessung durch Fremdrating zum Post-Zeitpunkt und einer (indirekten) testpsychologischen Prä-Post-Verlaufsmessung mit einem einheitlichen Instrument. Hier weist er darauf hin, dass das Fremdrating zum Behandlungsende stark beeinflusst sei vom aktuellen Zustand des Patienten, sodass Personen mit stärkerer Beeinträchtigung tendenziell kleinere Veränderungen zugeschrieben würden. Im Gegensatz dazu tendieren indirekte testpsychologische Verlaufsmessungen dazu, dass bei Aufnahme stärker beeinträchtigte Patienten eine stärkere Reduktion ihrer gemessenen Belastung erzielen.

Im Rahmen einer derart differenzierenden Betrachtungsweise lässt sich die positiv prädiktive Wirkung der Gesamtsymptombelastung zu T1 (Self-Rating-Symptomskala bei vermutlich im Schnitt etwa mäßig funktionell beeinträchtigten Patienten) auf den T1-T2-Verlauf der anderen drei Standardskalen (indirekte Veränderungsmessung mit paarweise identischen Testskalen) als durchaus erwartungsgemäß einordnen.

Einfluss des Faktors Selbstwirksamkeit zu T1

Die anfänglich stärker in ihrer Selbstwirksamkeit Beeinträchtigten zeigten im Verlauf T1-T2 eine stärkere Abnahme ihrer Belastung in den vier Referenz-Ebenen als die nicht so stark bzgl. ihrer Selbstwirksamkeit Beeinträchtigten.

Dass in der vorliegenden Untersuchung ein hohes allgemeines Selbstwirksamkeitserleben bei Behandlungsbeginn mit einem weniger günstigen Verlauf in den zur Erfolgsmessung eingesetzten Skalen verbunden war, überrascht intuitiv. Fliege et al. (2002, 2006) beschreiben an einer stationär-psykosomatischen Kohorte einen positiven Zusammenhang zwischen

4 Diskussion

Selbstwirksamkeit bei Aufnahme und sowohl testpsychologischen Verbesserungen in der Alltagsfunktion zum Katamnesezeitpunkt als auch Reduktion von Häufigkeit und Dauer nachfolgender Krankenhausbehandlungen. Ähnlich ging in einer Studie an Patientinnen mit Essstörungen eine höhere initiale Selbstwirksamkeitserwartung in der Gruppe der Bulimie-Patientinnen mit einem besseren Ergebnis in Bezug auf die bulimische Symptomatik und die psychische Lebensqualität einher (Tagay et al. 2011). Da sie „aus einem größeren Pool persönlicher Potentiale schöpfen“ können, ging auch Windirsch (2015) in ihrer Untersuchung an einer gemischten stationär-psychosomatischen Kohorte davon aus, dass Patienten mit einer guten Ausprägung von Ressourcen zu Behandlungsbeginn (Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl) in höherem Maße von einer Psychotherapie profitieren (S. 67). In ihrer Studie ließ sich über Regressionsmodelle für keinen der genannten Faktoren ein statistisch bedeutsamer Effekt darstellen (Varianzaufklärung für Selbstwirksamkeit: 0.4%).

Bei genauerer Betrachtung erscheint eine negative prädiktive Wirkung des Selbstwirksamkeitserlebens zu Therapiebeginn auf den weiteren Verlauf unter der Therapie für die vorliegenden Bedingungen dennoch stimmig:

Einen ersten Blickwinkel nimmt dabei die statistische Perspektive ein: In Übereinstimmung mit den Befunden vergangener Studien (s. Abschnitt 1.1.3) zum Zusammenhang insbesondere von Angst, Depression, Schmerzen und Essstörungen mit dem (erniedrigtem) Erleben von Selbstwirksamkeit, korrelieren die Beeinträchtigungen in den Skalen HEALTH Selbstwirksamkeit und ISR Gesamtsymptombelastung auch in der vorliegenden Untersuchung deutlich ($r=.544$). Da hohe Anfangswerte in der Symptombelastung deren stärkere Reduktion im Verlauf vorhersagen (s.o.), ist schlüssig, dass hohe Anfangswerte in der Selbstwirksamkeitsbelastung in die gleiche Richtung wirken. Dabei ist allerdings zu beachten, dass der Einfluss der Selbstwirksamkeit auf den Verlauf der Skalenwerte (insbesondere bei gemeinsamer Testung) in allen Skalen statistisch robuster ist als der Einfluss der initialen Symptombelastung, sodass ihre Wirkung nicht alleine auf Korrelation mit dem vermeintlich „eigentlichen Prädiktor“ Symptombelastung zurückgeführt werden kann. Eher könnte umgekehrt die oben beschriebene Wirkung der Anfangssymptombelastung zu einem Teil auf die Selbstwirksamkeit zurückzugehen.

4 Diskussion

Folgende Überlegungen könnten die mathematische Erklärung inhaltlich nachvollziehbar machen: Das Kriterium eines günstigen Verlaufs ist in dieser Untersuchung eine *überdurchschnittliche Abnahme* der skalenbezogenen Belastungswerte von T1 zu T2, nicht die absolute Ausprägung des jeweiligen Skalenwertes zu T2 (vgl. Diskussion zu Faktor ISR-Symptombelastung oben). Bei den zu T1 stark in ihrer Selbstwirksamkeit beeinträchtigten Patienten lagen zum einen im Schnitt höhere Anfangsbelastungen in den Referenzskalen und zum anderen vermutlich potente Ansatzmöglichkeiten für eine psychotherapeutische Veränderung vor, sie hatten also therapeutisch gut adressierbare Entwicklungsmöglichkeiten. Der Aufbau von Selbstwirksamkeit ist ein erwünschter Effekt psychotherapeutischer Behandlung im Allgemeinen und ein explizit anvisiertes Element kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlungen, insbesondere bei chronischen Schmerzstörungen (Blumenstiel und Eich 2003, Glier et al. 1994), Phobien (Bandura 1977) und Depressionen. Müller et al. (2004) berichten anhand einer Studie an Schmerzpatienten, dass von verschiedenen Coping-Parametern eine Verbesserung der Selbstwirksamkeit den überzeugendsten Beitrag zur Vorhersage einer Abnahme sowohl von Schmerzintensität als auch Depressivität leistete.

Davon ausgehend, dass auch bei der Cuxhavener Kohorte diese während der Behandlung adressiert wurde, könnte durch eine *Zunahme* der Selbstwirksamkeitsüberzeugung *in bzw. während der Therapie* eine deutliche Verringerung der skalenbezogenen Belastung erreicht worden sein. Wer sich zu Therapiebeginn schon als recht selbstwirksam erlebte und trotzdem krank war, dem war womöglich nicht so leicht bzw. nicht so ausgeprägt zu helfen. Da er (oder sie) im Mittel schon zu T1 in den Referenzskalen weniger belastet war, lag seine entsprechende Belastung zu T2 noch immer unter der derjenigen, die sich stärker verändert hatten. Das Kriterium des „günstigeren Verlaufs“ bezieht sich jedoch auf die Ausprägung der Veränderung im Verlauf.

Diese Vorstellung wird unterstützt durch explorativ erhobene Befunde - zum einen durch die relativ hohe Korrelation der Veränderung der Selbstwirksamkeit mit den Veränderungen der Referenzskalen im T1-T2-Verlauf ($r=.451$ bis $.551$), zum anderen durch den Verlauf des Selbstwirksamkeitserlebens in den Subgruppen mit und ohne Symptombesserung: Die Patientengruppe, deren Symptomlast (ISR Gesamtskala) sich im Verlauf erfolgreich verringerte, war zu T1 im Schnitt stärker in ihrer Selbstwirksamkeit beeinträchtigt, erfuhr darin im Verlauf jedoch eine deutliche Besserung. Diejenigen, deren Symptomlast von T1 zu T2 nicht

4 Diskussion

abnahm, hatten zu Beginn weniger Probleme mit ihrem Selbstwirksamkeitserleben, konnten dies im Verlauf jedoch auch nicht verbessern.

Wie lässt sich dann aber erklären, dass in den oben und in Abschnitt 1.1.3 angeführten Studien ein gegensätzlicher Einfluss der testpsychologisch erhobenen Selbstwirksamkeit beschrieben wurde? Für die sich auf den ersten Blick widersprechenden Befunde dürften zwei Mechanismen verantwortlich zeichnen: Erstens die Definition von Therapieerfolg: Wird hierfür ein absolutes Maß zu Grunde gelegt, wie z.B. eine Erfolgsquote oder ein Post-Testwert, scheint sich eine zuvor gemessene hohe Selbstwirksamkeit günstig auf das Ergebnis auszuwirken. Dies ist offenbar z. T. anders, wenn - wie hier - Veränderungen von Individuen im Verlauf bewertet werden. Zweitens der Zeitpunkt der Selbstwirksamkeits-Messung in Bezug auf eine stattfindende Therapie: Erfolgt die Messung ohne oder zum Abschluss einer Behandlung, scheint der weitere Verlauf ein besseres „Abschneiden“ der selbstwirksameren Individuen zu begünstigen. Ist das gemessene Kompetenzerleben dagegen Ausgangspunkt einer nachfolgenden gezielten Förderung (wie für einen Teil der Patienten dieser Untersuchung zu vermuten), könnten die anfänglich weniger Selbstwirksamen - je nach angewandtem Erfolgsmaß - stärker profitieren. Entscheidend zur Manifestation einer positiven oder negativen prädiktiven Wirkung von Selbstwirksamkeit ist also offenbar der Kontext, in dem diese und der verbundene Erfolg gemessen werden.

Bei all diesen Überlegungen darf nicht vergessen werden, dass die hier dargestellten Effekte allesamt recht klein und damit deutlich störanfällig sind. Die ISR Symptombelastung zu T1 kann ca. 1%, die Selbstwirksamkeit etwa 2% der Varianz der T1-T2-Veränderung erklären. Dass sich hier überhaupt signifikante Einflüsse offenbart haben, dürfte auch auf die Größe der Kohorte zurückgehen. Alle in den Tabellen aufgeführten Einflussvariablen gemeinsam erklären je nach Skala etwa 5-10 Prozent der Gesamtvarianz der Wechselwirkung Zeit x Faktor. Das bedeutet, dass wir hier nur einen sehr kleinen Teil der wirksamen Mechanismen überhaupt betrachten können. Der weit überwiegende Teil bleibt der aktuellen Untersuchung verborgen.

Allgemeiner beschreiben Clarkin und Levy (2013) dies wie folgt:

„Mittlerweile wächst stetig die Erkenntnis, dass Klienteneigenschaften vor Beginn der Behandlung nur einen bescheidenen und häufig widersprüchlichen Einfluss auf Verlauf und Ergebnis der Behandlung ausüben.“ (S. 366)

Unter Bezug auf Stiles et al. (1998) weisen die Autoren im Anschluss darauf hin, dass die statistische Beziehung zwischen Klientenvariablen und Outcome im Übrigen nicht festgelegt ist, sondern ihrerseits stark von der Art und Weise abhängt, in der es dem Therapeuten gelingt, auf diese Eigenschaften einzugehen.

Einfluss des Faktors Messabstand T1-T2

Während die ersten beiden Faktoren einen annähernd linearen Einfluss hatten, war der Zusammenhang von Messabstand und Skalenbelastung eher bogenförmig: Verschlechterungen ergaben sich sowohl für besonders kurze (< 3 Monate) als auch für lange (> 2 Jahre) Messabstände, der Bereich dazwischen ging im Mittel mit einer Besserung der Messwerte einher. Es ist davon auszugehen, dass sowohl die sehr kurzen als auch die langen Messabstände keine kontinuierlichen Behandlungen abbilden (s. Abschnitt 3.6.9). Gefasst als dichotome Variable *Messabstand zwischen ¼ Jahr und 2 Jahren ja*, bestätigte sich ein durchweg signifikanter Einfluss auf den Verlauf der Belastungswerte in den vier Standardskalen.

Damit kann der Messabstand im vorliegenden Design als eine auf seine prädiktive Funktion untersuchte, inhaltliche Störvariable angesehen werden. Entsprechend wurde dieses Erkenntnis genutzt, um sowohl bei der Beurteilung der restlichen Verlaufsprädiktoren (Hypothese 4) als auch der Berechnung der Effektstärken (Hypothese 5) eine entsprechende Eingrenzung der in die Untersuchung eingehenden Patientenfälle umzusetzen.

4.2.5 *Verlaufvergleich T1-T2 mit vs. ohne definierte Behandlung (Hypothese 5)*

Um die Wirkung der vom MVZ angebotenen Behandlung abschätzen zu können, wurde retrospektiv eine Interventionsgruppe in zwei Varianten definiert. Eingeschlossen wurden Patienten, die keine bereits zu T1 laufende Therapie hatten, eine nichtmedikamentöse Therapie zwischen T1 und 60 Tage vor T2 begannen und diese regulär beendeten. Als Intervention A wurde eine Behandlung mit ≥ 6 Terminen eines Verfahrens, als Intervention B zusätzlich eine Gesamtterminzahl von ≥ 21 festgelegt. Die beiden Interventionsvarianten wurden in ihrem T1-T2-Verlauf verglichen mit der Gruppe der T2-Teilnehmer, die keine der beiden Bedingungen erfüllte.

4 Diskussion

In allen vier untersuchten Testskalen zeigten Patienten mit definierter nichtmedikamentöser Behandlung beider Varianten eine hochsignifikant stärkere Abnahme der testpsychologischen Belastungswerte von T1 zu T2 als die Patienten ohne definierte Behandlung. Die Effektstärken der Interventionen im direkten Vergleich zur Patientengruppe ohne eine der definierten Behandlungen waren nur sehr klein bis klein (Intervention A: $d = 0.23$ bis 0.27 , Intervention B: $d = 0.27$ bis 0.32).

Die eindeutige Signifikanz der Gruppenunterschiede mag auf ersten Blick verwundern, da im vorigen Kapitel eine Behandlung mit mindestens 6 Terminen in drei von vier Skalen keine prädiktive Wirkung auf den Verlauf ergeben hatte. Eine Erklärung für diese Inkonsistenz dürfte im Einsatz der multifaktoriellen Korrektur bei der Prädiktorentestung zu finden sein, eine zweite im Ausschluss von Patienten mit bereits zu T1 laufender oder nach T1 nicht regulär beendeter Therapie in den hier definierten Interventionsgruppen.

Die Effektstärken für die Veränderung der Belastungswerte der T2-Teilnehmer im Zeitverlauf (Standardskalen 0.24 bis 0.36) sind deutlich kleiner als unter psychotherapeutischer und/oder psychopharmakologischer Behandlung in diesem Zeitraum (Median $14 \frac{1}{2}$ Monate) zu erwarten wäre. Zum Vergleich: Grawe et al. (1994) geben für unbehandelte Patientengruppen eine durchschnittliche Effektstärke von etwa 0.10 an, Geiser et al. (2014) für die Warteliste der Bonner Evaluationsstudie einen Wert von 0.16 , Pfammatter und Tschacher (2012) für Placebo-Therapien 0.42 bis 0.56 . Zu den kleinen durchschnittlichen Veränderungseffekten passt die erhebliche Zahl von Patienten, deren Belastungswerte sich im Verlauf nicht besserten (s. Abschnitt 4.1.3).

Ebenso sind die Effektstärken der Gruppenvergleiche für die beiden Interventionsvarianten (s.o.) deutlich kleiner als bei einem Kontrollgruppenvergleich ambulanter psychotherapeutischer Behandlung zu erwarten. Übliche Effektstärken für Psychotherapie versus unbehandelte Kontrollgruppen liegen bei 0.75 bis 1.11 (Pfammatter und Tschacher 2012), in der Bonner Evaluationsstudie bei 0.80 bis 0.88 (vgl. auch Abschnitt 1.1.3).

Ist daher davon auszugehen, dass die Behandlungen des untersuchten MVZs allgemein wenig effektiv sind? Nein. Die Werte sind nicht Resultat einer Wirksamkeitsstudie, sondern wurden gewonnen im Rahmen einer naturalistischen Erhebung, in die einige gewichtige Störquellen hineinwirkten:

Plausible Gründe für die allgemein niedrigen T1-T2-Veränderungseffekte:

1. Die Patientenstruktur der Stichprobe (s. Abschnitt 4.1.1) mit ihrem relativ hohen Anteil niedriger Schulbildung, ungelernter beruflicher Tätigkeit, akuter Störungsbilder und psychiatrischer Diagnosen sowie testpsychologischer Belastung auf dem Niveau stationärer Psychotherapie-Patienten unterscheidet sich von den Stichproben ambulanter Psychotherapiestudien und schränkt damit einen Outcome-Vergleich von vornherein ein. Sie korrespondiert mit einer Behandlungseinrichtung, die explizit eine niedrigschwellige Versorgung psychischer und psychosomatischer, aber auch psychiatrischer Störungen anbietet.
2. Der lange Zeitraum bis zur ersten Verlaufserhebung und das damit in Zusammenhang stehende vorherige Ausscheiden von drei Vierteln der Kohorte aus der Verlaufs-Statistik führte - wie unter 4.1.3 ausgeführt - offenbar zu einer Selektion der verbleibenden Gruppe Richtung stärkerer Belastung und chronifiziertem Verlauf.
3. Die T2-Messung als eine allein durch Zeitablauf festgelegte Verlaufsmessung entspricht keiner Post-Treatment-Messung (wie in den meisten Verlaufsstudien). Die Patienten, deren Behandlung zu T2 beendet war, schieden i.d.R. vorher aus. Die zur T2-Erhebung verbliebenen Patienten befanden sich vorwiegend in laufender Behandlung oder waren nach früherem Therapieabschluss in die Behandlung zurückgekehrt, womöglich aufgrund einer Verschlechterung ihrer Symptomatik. Die Stufe „Therapie regulär abgeschlossen“ der Variablen *Therapiestatus* stellte sich im Verlauf der Arbeit nicht als Marker des Therapiestatus zum Messzeitpunkt, sondern zum Zeitpunkt der Aufnahme einer zweiten nichtmedikamentösen Therapie heraus (s. Abschnitt 3.6.8).
4. Die vergleichsweise hohe durchschnittliche testpsychologische Belastung der Kohorte dürfte tendenziell mit einer ebenfalls hohen Streuung der Werte einhergehen. Eine - im Vergleich zu anderen ambulanten Studien - hohe Standardabweichung führt mathematisch bei der Effektstärken-Berechnung zu höheren Werten im Nenner und damit zu kleineren Ergebnissen. In der Bonner Evaluationsstudie wurde die Skala *Psychische und somatoforme Beschwerden* des Vorläufer-Instrumentes HEALTH-79 eingesetzt, hier findet sich eine grafische Darstellung mit im Vergleich zur vorliegenden Untersuchung optisch leicht niedrigerer T1-Skalenbelastung und deutlich niedrigerer Standardabweichung (0.78 vs. ca. 0.50; Geiser et al. 2014). Darüber hinaus fanden sich in der Literatur keine

Vergleichswerte der verwendeten Testskalen für die ambulante Behandlung psychisch kranker Menschen.

5. Denkbar ist ebenfalls eine generell eher geringe Veränderungssensitivität der eingesetzten Testskalen. Auf der Basis der verfügbaren Literaturangaben ist dies unwahrscheinlich. Die Änderungssensitivität der HEALTH-Skalen geben Rabung et al. (2009) sogar explizit als eher höher als die vergleichbarer Instrumente (SCL-14, IIP) an.

Plausible Gründe für die kleinen Gruppenvergleichseffekte:

1. Die verglichenen Subgruppen wurden retrospektiv anhand von Kriterien der erhaltenen Behandlung gebildet. Weder war eine Randomisierung noch eine Balancierung erfolgt. Es ist davon auszugehen, dass die intensivere Behandlung der Interventionsgruppen z. T. auf Faktoren zurückging, die gerade eine Strukturungleichheit der Gruppen mit sich bringen, wie höhere Krankheitslast oder Chronifizierung, ausbleibende Besserung in den ersten Therapiestunden, höhere Anhänglichkeit, Zuverlässigkeit oder Zwanghaftigkeit¹⁴. Darüber hat nahezu unvermeidlich erneut eine Selektion der Patienten stattgefunden.
2. Die Subgruppe „ohne definierte Behandlung“ erhielt in vielen Fällen durchaus eine Behandlung! Nach den festgelegten Kriterien wurden Patienten dieser Gruppe zugeordnet, wenn sie entweder zu T1 eine bereits laufende Therapie hatten, nach T1 nur maximal 5 Termine einer nichtmedikamentösen Behandlung wahrnahmen oder ihre erste nach T1 beginnende Therapie bei Beginn einer zweiten abgebrochen, aus anderen Gründen beendet oder noch am Laufen hatten.
3. Die „Behandlungsdosis“ schloss bei Intervention A bereits Behandlungen mit 6 Gesamtterminen ein, welches im Vergleich mit dem deutschen Richtlinienpsychotherapie-System sehr kurz ist. International sind Behandlungen mit 6-15 Terminen durchaus üblich, jedoch liegt dann die zu erwartende Effektstärke niedriger. Nach der Übersicht aktueller Metaanalysen von Hunsley et al. (2013) beträgt diese für Kurzzeittherapien mit 6-7

¹⁴ Ein direkter Subgruppenvergleich der in Abschnitt 3.5 als vermutlich wirksame Einflussfaktoren gewerteten, noch nicht in die Gruppendifinition einbezogenen Merkmale zeigt für Intervention A gegenüber der Subgruppe ohne definierte Therapie eine geringere Quote niedriger Schulabschlüsse sowie eine höhere Symptombelastung der ISR Gesamtskala, für beide Interventionsvarianten eine höhere Belastung in der Skala HEALTH Selbstwirksamkeit, sonst keine bedeutenden Unterschiede (s. Abschnitt 3.7.1).

Sitzungen bei depressiven Störungen im Schnitt $ES = 0.33$.

Allerdings sind unter Intervention A und B auch viele deutlich längere Behandlungen eingeschlossen: Die Teilnehmer einer Therapie mit mindestens 6 Terminen nahmen im Mittel 43 Gesamttermine wahr, sodass die Gesamtbehandlung im beschriebenen MVZ zwar vermutlich eine größere Streubreite in Bezug auf die Therapiedosis (SD 32 Termine) hatte als die deutsche Richtlinienpsychotherapie, die untersuchten Interventionsgruppen jedoch bzgl. der durchschnittlichen Sitzungszahl nicht im Nachteil standen.

4.2.6 Verlaufvergleich Einzelverfahren vs. Kombinationstherapie (Hypothese 6)

Die Durchführung eines isolierten nichtmedikamentösen Therapieangebotes unterschied sich in ihrem Outcome in keiner der untersuchten Testskalen signifikant von der Kombination verschiedener derartiger Therapiebausteine. Dies gilt sowohl für Therapien mit mindestens 6 Terminen als auch für solche (bzw. ihre Kombination) mit mindestens 21 Gesamtterminen.

Die Größen der verglichenen Gruppen dürften mit 180 vs. 216 Teilnehmern robust genug sein, um bei wesentlichen Unterschieden auch eine statistische Signifikanz zu erreichen, sodass davon auszugehen ist, dass testpsychologische Ausgangslage und Verlauf in den beiden Gruppen tatsächlich nahezu gleich waren. Allerdings ist aus diesem Befund ein kausaler Rückschluss - etwa auf eine Wirkungsäquivalenz nichtmedikamentöser Mono- und Kombinationstherapie - nicht zulässig, da die beiden Gruppen statistisch nicht vergleichbar waren.

Zum einen sind sie strukturell nicht ausbalanciert worden (z. B. mittels Randomisierung). Zum anderen hatte ihr Zustand und/oder ihre Präferenz vor Beginn oder im Laufe der jeweiligen Therapie(n) einen direkten oder indirekten Einfluss auf die Auswahl möglicher weiterer Therapiebausteine. Es erscheint nachvollziehbar, dass die ärztl. Fallmanager den Patienten weitere Therapien verordneten, die entweder von Beginn an belasteter wirkten (deskriptiv war die Gruppe der Kombinationstherapien zu T1 in drei von vier Skalen stärker belastet, ohne dass dies jedoch Signifikanz erreichte) oder im Laufe bzw. nach der ersten Therapie nicht gut auf diese „ansprachen“. Womöglich erhielten diese Patienten daraufhin eine zusätzliche medikamentöse oder nichtmedikamentöse Behandlung und profitierten darunter im Schnitt schließlich in ähnlicher Weise wie diejenigen, die nach einem Therapieverfahren bereits ausreichend stabilisiert schienen. Es gäbe also gute Gründe zur Vermutung, dass die

vergleichenen Gruppen sich insbesondere in ihrem initialen Therapieverlauf wesentlich unterschieden.

Bei einer Randomisierung zweier Gruppen mit Festlegung der jeweiligen Therapieschemata vor Beginn der Behandlungen wären unterschiedliche testpsychologische Verläufe durchaus zu erwarten. Hinweise auf eine positive Wirkung zusätzlicher Therapiebausteine als Add-on zur Einzelpsychotherapie gibt es im ambulanten Bereich insbesondere für Entspannungsverfahren und Musiktherapie (s. Abschnitt 1.14).

Da eine grundsätzliche Klärung der Frage nach einem nachweisbaren Zusatznutzen bi- oder multimodaler Angebote für die ambulante Behandlung psychischer und psychosomatischer Störungen und deren differentiellem Einsatz durchaus eine hohe versorgungspolitische Relevanz hat, wären weitere Forschungsbemühungen auf diesem Gebiet sehr zu begrüßen.

4.2.7 Verlaufsvergleich Einzelpsychotherapie vs. andere Therapien (Hypothese 7)

Für die 182 Patienten, die nur ein einzelnes nichtmedikamentöses Therapieverfahren mit mindestens 6 Terminen zwischen T1 und T2 begonnen hatten, wurde untersucht, ob es Unterschiede in Bezug auf Lage und Verlauf der Belastungswerte gab zwischen der Gruppe, die eine Einzelpsychotherapie durchführte, und den Behandlungsgruppen, die stattdessen ein Entspannungsverfahren, ein Verfahren aus dem bewegungsorientiert-kreativen Bereich oder eine Gruppentherapie wahrnahmen. Weder im Vergleich Einzelpsychotherapie vs. der Sammelgruppe der drei anderen Ansätze noch in den Einzelvergleichen mit den drei anderen Ansätzen zeigten sich signifikante Unterschiede.

Dieses bestätigte sich auch für die Subgruppe der 91 Patienten, die mindestens 21 Termine des jeweiligen Verfahrens in Monotherapie wahrnahmen. In einem anschließenden Vergleich der Kombinationen Einzelpsychotherapie und/oder Gruppentherapie versus bewegungsorientiert-kreative Therapie und/oder Entspannungsverfahren zeigte sich trotz aussagekräftiger Gruppengrößen ebenfalls kein eindeutiger Verlaufsunterschied.

4 Diskussion

Heißt das nun, dass „jeder gewonnen hat und alle einen Preis bekommen müssen“¹⁵, nicht nur wie 1975 bei Luborsky et al. die klassischen Psychotherapieverfahren, sondern hier auch die im MVZ angewandten nonverbalen Therapieverfahren? Die Antwort lautet: Ja, unter deutlichen Vorbehalten. Die vorliegende Studie kann diese Frage nicht valide mit ja oder nein beantworten.

Für eine generalisierende Aussage dürfte der Selektions-Bias der verglichenen Gruppen zu hoch sein. Die Gruppen waren - wie in der Versorgungsforschung üblich - nicht nur unbalanciert bzgl. ihrer Teilnehmerstruktur, sondern die Zuweisung der Patienten zu den verschiedenen Therapieverfahren beruhte (zu einem wesentlichen Teil) auf therapeutischen Entscheidungen der ärztlichen Fallmanager nach dem Kennenlernen der Patienten. Die Auswahl des Therapieverfahrens wurde also vermutlich (mit) geprägt vom Zustand und der Präferenz des Patienten sowie den Einstellungen des Fallmanagers zu den Therapieformen. Dies könnte dazu geführt haben, dass eher unkompliziert erscheinende Fälle z. B. häufiger den Vorschlag zur Durchführung eines Entspannungsverfahrens erhielten, während komplexere Bilder z. B. einer Einzelpsychotherapie zugeführt wurden. Diese Vorstellung lässt sich allerdings statistisch nicht belegen. In Bezug auf die testpsychologische Ausgangsbelastung gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Deskriptiv sind die späteren Einzelpsychotherapie-Patienten zu T1 zwar in der ISR Gesamtskala stärker belastet als die anderen Gruppen, in den anderen drei Skalen ist dies jedoch nicht so.

Da die Gruppengrößen bei dieser Fragestellung kleiner ausfallen als in der übrigen Untersuchung, besteht ferner die Möglichkeit, dass in den paarweisen Gruppenvergleichen aufgrund mangelnder Teilnehmerzahl keine Signifikanzen erreicht wurden (die Nullhypothese also zu Unrecht angenommen wurde). Die berechneten Effektstärken der T1-T2-Veränderung weisen jedoch in die Richtung, dass die mit Einzelpsychotherapie behandelten Patienten im Vergleich mit den anderen Behandlungsgruppen in ihrem Veränderungsausmaß etwa in der Mitte der verglichenen Gruppen lagen, sodass auch bei höheren Gruppenstärken kein wesentlicher Verlaufsunterschied in Bezug auf die formulierte Hypothese zu erwarten wäre. Dagegen deuten die über die vier Skalen gemittelten Effektstärken mögliche Unterschiede im

¹⁵ das in der Psychotherapieforschung bekannte, sogenannte „Dodo-Bird-Verdict“; Luborsky et al. spielten damit 1975 auf ein Zitat aus Alice im Wunderland an

4 Diskussion

Ausmaß der testpsychologischen T1-T2-Veränderung an zwischen Teilnehmern eines Verfahrens aus dem kreativ-/physiotherapeutischen Bereich und solchen, die ein Entspannungsverfahren oder eine Gruppentherapie wahrnahmen. Ob diese Differenzen statistische Signifikanz erreichen, war nicht Ansinnen der vorliegenden Untersuchung.

In der Literatur gibt es einige wenige Wirksamkeitsvergleiche zwischen klassischer Psychotherapie und nonverbalen Verfahren. Darin zeigten sich Entspannungsverfahren gegenüber psychotherapeutischen Interventionen entweder gleich oder weniger effektiv, körpertherapeutische Verfahren in einzelnen Studien als gleichwertig oder überlegen (s. Abschnitt 1.1.4). Für Kunsttherapie sind keine Vergleiche bekannt. Ihre wissenschaftliche Evidenz als Einzelverfahren zur Erzielung einer Symptomlinderung erscheint insgesamt ohnehin sehr fraglich.

Etwas breiter ist die Studienlage bzgl. Vergleichen von Einzel- und Gruppenpsychotherapie. In einer Metaanalyse von McRoberts et al. von 1998 mit 23 einbezogenen Vergleichsstudien zeigte sich kein Unterschied im Outcome zwischen Gruppen- und Einzelbehandlungen. Eine spätere Metaanalyse von Cuijpers et al. (2011) speziell für die Behandlung von Depressionen gibt diagnosespezifisch einen kleinen ($d=0.20$), aber signifikanten Effekt zugunsten von Einzeltherapie an.

Historisch kann die Frage, welche Therapieform wirksamer und welche weniger wirksam ist, fast als überholt gelten. Grawe (1997) ordnet sie in seinen *Vier Phasen der Psychotherapieforschung* der *Wettbewerbsphase* (Phase 2) zu. Sie wird in seinem Modell abgelöst von der „*Verschreibungsphase*“ mit der dazugehörigen Frage: „Welche Form der Psychotherapie ist bei wem indiziert?“. Da die nonverbalen Verfahren heute noch nicht die gleiche wissenschaftliche Anerkennung haben wie 1997 die von ihm einbezogenen Psychotherapieverfahren hatten, spielt die Frage nach ihrer grundlegenden Wirksamkeit in der Behandlung psychisch bzw. psychosomatisch kranker Menschen dennoch weiterhin eine wichtige Rolle. Zu dieser Frage dürfte die aktuelle Untersuchung mit ihrem unter Vorbehalten formulierten Ergebnis, dass Teilnehmer eines Entspannungsverfahrens, eines Verfahrens aus dem kreativ-/physiotherapeutischen Bereich oder einer Gruppentherapie unter der Behandlung ähnlich profitierten wie mit Einzelpsychotherapie behandelte Patienten, ein weiteres Indiz hinzufügen.

Gleichwohl erscheint der Blick zur differentiellen Indikation der verschiedenen im stationären Bereich etablierten Verfahren erlaubt und geboten. Vieles spricht dafür, dass diese Therapieformen auch in der ambulanten Anwendung gewinnbringend eingesetzt werden können, wenn sie den passenden Patienten zur richtigen Zeit verordnet werden. Bezüglich spezifischer Wirkansätze hält insbesondere die Körperpsychotherapie erste wissenschaftlich begründete Vorschläge bereit. So beschreiben qualitativ ausgerichtete Studien als Effekte der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) eine Intensivierung und Differenzierung der Selbstwahrnehmung, einen verbesserten Zugang zum Körper, eine verbesserte Körper-Akzeptanz sowie ein erhöhtes körperliches Wohlbefinden (Schreiber-Willnow 2000, Seidler 2001). Röhrich (2011) sieht resümierend eine spezifische Effizienz der körperpsychotherapeutischen Methoden in einer Verbesserung der Selbstwahrnehmung, einer Abnahme muskulärer Spannung sowie einer Zunahme des Selbstwertes und der Zufriedenheit mit dem Körper.

4.2.8 Verlaufsvergleich bzgl. interaktioneller Probleme (Hypothese 8)

Teilnehmer einer Einzel- und/oder Gruppenpsychotherapie erreichten bzgl. testpsychologisch gemessener Interaktioneller Probleme (Skala HEALTH INT) weder bei Einschluss aller Fälle mit mindestens 6 Terminen noch bei Eingrenzung der Behandlungen auf mindestens 21 Gesamttermine eine signifikant stärkere Veränderung als Teilnehmer der übrigen nichtpharmakologischen, überwiegend nonverbalen Behandlungsangebote mit entsprechender Zahl an Behandlungsterminen. Die Ausgangsbelastung der beiden Subgruppen zu T1 war dabei vergleichbar.

Dass interaktionelle Schwierigkeiten mit psychischen und psychosomatischen Symptombildungen in Zusammenhang stehen und im Laufe einer einzel- oder gruppenpsychotherapeutischen Behandlung häufig als direkter oder indirekter Fokus (mit) adressiert werden, dürfte mittlerweile einen schulenübergreifenden Konsens darstellen. Mit den Worten von Maling et al. (1995) ist Psychotherapie *ihrem Wesen nach* interpersonell. Entsprechend legen zahlreiche Ansätze innerhalb der anerkannten Psychotherapieverfahren einen expliziten Fokus auf interaktionelles bzw. interpersonelles Verhalten: in der psychodynamischen Tradition die Structural Analysis of Sozial Behavior (SASB), die Interpersonelle Psychotherapie (als mittlerweile eigenständiges Verfahren), die Psychoanalytisch-interaktionelle und die Übertragungsfokussierte Psychotherapie, in der verhaltenstherapeutischen Orientierung das Soziale

Kompetenztraining sowie aktuell das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP), ebenso die Systemische Therapie als solche.

Auch wenn die Einzel- und Gruppenpsychotherapie im behandelnden MVZ keine explizite interaktionelle Schwerpunktbildung beschreibt, ist davon auszugehen, dass sowohl in den durchgeführten Einzelpsychotherapien als auch zumindest in einigen der Gruppentherapien interaktionelle Schwierigkeiten mit dem Ziel einer Veränderung adressiert wurden. Dies ist bei den durchgeführten Entspannungsverfahren sowie den ergo-, physio- und musiktherapeutischen Behandlungen in deutlich geringerem Umfang zu erwarten. Daher verwundert es, dass das testpsychologische Outcome der derart verschieden behandelten Patientengruppen im Hinblick auf interaktionelle Schwierigkeiten so gut wie keine Outcome-Unterschiede mit sich bringt.

Die Studienlage gibt Hinweise darauf, dass für eine Veränderung interpersoneller Variablen zum einen Zeit und zum anderen möglichst spezifische Behandlungsansätze erforderlich sind. So zeigten sich bei einer Untersuchung an Patienten in psychodynamischer Kurzzeittherapie (Durchschnitt 8 Sitzungen) Effektstärken um $d = 0.8$ in Bezug auf Symptomveränderungen über die Zeit, jedoch nur ein $d = 0.1$ (n.s.) in Bezug auf Veränderungen im interpersonellen Bereich (Schauenburg et al. 2000). Bei längeren Behandlungen liegt das Niveau interpersoneller Veränderung höher, bleibt jedoch häufig hinter den Werten symptombezogener Veränderungen zurück (Crits-Christoph et al. 2005, Barkham et al. 2002, Willutzki et al. 2009: IIP prä-post: $d = 0.3$ bis $d = 1.1$; IIP = Inventory of Interpersonal Problems, Horowitz et al. 1988). In einem Vergleich von Psychoanalytisch-Interaktioneller vs. Dialektisch-Behavioraler Therapie (DBT) ergaben sich Verbesserungen in beiden Patientengruppen bezüglich Symptombelastung, Lebenszufriedenheit und Beeinträchtigungsschwere, eine zusätzliche signifikante Verbesserung interpersoneller Probleme zeigte sich jedoch nur in der mit Psychoanalytisch-Interaktioneller Therapie behandelten Gruppe (Valkyser 2013).

Maling et al. (1995) untersuchten in fortlaufenden Erhebungen mittels einer 26-Item-Version des IIP die Veränderung interpersoneller Probleme im Verlauf ambulanter psychodynamischer Psychotherapie. Hier zeigten sich über die betrachteten 37 Termine fortlaufende testpsychologische Verbesserungen. Für eine inhaltliche Differenzierung ordneten sie die 26 Items drei Bereichen zu. Probleme im Bereich *Übermäßiges Kontrollieren von Beziehungen*

besserten sich rasch und von der 10. Sitzung an monoton steigend, Probleme im Bereich *Mangelndes Eingehen naher Beziehungen* weniger ausgeprägt und später (ab der 17. Sitzung) und Probleme im Bereich *Übermäßige soziale Rücksichtnahme* veränderten sich nur unwesentlich. Die sieben Items der in der vorliegenden Untersuchung verwandten HEALTH-Skala Interaktionelle Schwierigkeiten beschreiben zum Großteil (fünf Items) Probleme infolge mangelnder Durchsetzungsfähigkeit. Damit wäre ihre inhaltliche Ausrichtung am ehesten dem Bereich *Übermäßige soziale Rücksichtnahme* zuzuordnen, der sich auch in der o.g. Studie kaum veränderte. Dies ließe für die hier gemessene Variable (zumindest in der ambulanten Behandlung) allgemein nur wenig Veränderung erwarten.

Dagegen spricht die von Rabung et al. 2009 in der psychometrischen Überprüfung des Instrumentes gefundene gute Veränderungssensitivität der Skala, die mit $d = 0.53$ immerhin 0.22 Standardabweichungen über der des in derselben Stichprobe eingesetzten IIP-25 lag. In der vorliegenden Untersuchung lag der Veränderungseffekt der Skala über die Zeit in der Gruppe der T2-Teilnehmer mit $d = 0.24$ zwar etwas unter den Effekten für depressive Symptome und psychisches Wohlbefinden, aber im Niveau oder etwas über der Veränderung von Angst- und somatoformen Beschwerden (s. Abschnitt 3.4.1).

Somit bleibt als Resümee, dass es in Bezug auf interaktionelle Schwierigkeiten in den verbal vs. nonverbal behandelten Patienten-Subgruppen zu einer etwa gleich ausgeprägten, leichten Abnahme der Belastungswerte kam. Die beiden Subgruppen sind wegen fehlender struktureller Balancierung nur eingeschränkt vergleichbar. Als mögliche Erklärung für den ausbleibenden Gruppenunterschied kann vermutet werden, dass in beiden Behandlungsgruppen eine leichte Veränderung durch Zeitablauf und unspezifische Therapieeffekte (Sozialkontakt, Zuwendung, Gefühl von Unterstützung, Zunahme von Entspannungsfähigkeit) erfolgte, eine darüber hinaus gehende testpsychologische Reaktion jedoch substantielle Veränderungen charakternaher Merkmale („traits“) erfordert hätte, für die die Behandlungsintensität und/oder -spezifität zu gering war.

4.2.9 Veränderung T1-T2 als Prädiktor für den Verlauf T2-T3 (Hypothese 9)

Nach einem durchschnittlichen Absinken der Belastungswerte von T1 zu T2 kam es im weiteren Messverlauf von T2 zu T3 in keiner der vier Skalen zu einer signifikanten

4 Diskussion

Veränderung. In der ISR Gesamtskala reduzierte sich die mittlere Belastung der Patienten deskriptiv leicht, in den anderen drei Referenzskalen stiegen die Belastungswerte im Mittel deskriptiv leicht wieder an.

Dieser Verlauf erscheint zunächst ungewöhnlich, zeigen doch Verlaufsmessungen in ambulanten Psychotherapien mit voranschreitender Zeit eine stetige, in ihrer Steilheit allerdings zurückgehende Zunahme erfolgreicher Teilnehmer (Howard et al. 1986) mit im Mittel sich in ähnlicher Weise kontinuierlich bessernden Indikatorwerten (Thompson et al. 1995, Lutz et al. 2007). War der „Deckeneffekt“ - die maximal erreichbare Veränderung - schon erreicht?

Eine differenziertere Betrachtung der in psychotherapeutischen Behandlungen ablaufenden Prozesse bietet das *Phasenmodell* therapeutischer Veränderung (Howard et al. 1993, Lueger 1995). Es beschreibt eine frühe Remoralisierungsphase (steigendes Wohlbefinden durch Gefühl, „die Dinge anzugehen“ und Unterstützung zu erfahren), die typischerweise in eine Remediationsphase (Symptombesserung durch direkte Arbeit an Symptomatik u./o. Lebensproblemen) und abschließend in eine Rehabilitationsphase (Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus, soziale Reintegration) übergeht. Hier wird herausgearbeitet, dass verschiedene Aspekte des Erlebens und Verhaltens ihre schwerpunktmäßige Veränderung zu verschiedenen Zeiten der Therapie haben können. Dass vier, unterschiedliche Aspekte abbildende Testskalen im ersten Messintervall allesamt eine deutliche Belastungsabnahme und im darauffolgenden Intervall ein Sistieren der Belastung anzeigen, lässt sich mit diesem Modell jedoch nicht erklären.

Weiter wirkt in der vorliegenden Untersuchung die testpsychologische Veränderung T1-T2 in den vier ausgesuchten Skalen als *negativer* Prädiktor für den weiteren Verlauf T2-T3: Eine positive Veränderung im ersten Messzeitraum geht mit einem *ungünstigen* Folge-Verlauf einher, ein Sistieren oder eine Zunahme der Belastungswerte von T1 zu T2 dagegen mit einer positiven Veränderung im Verlauf T2-T3.

Auch dies überrascht vor dem Hintergrund der übereinstimmenden Forschungslage zum Einfluss früher Veränderungen zunächst. Sowohl für ambulante als auch stationäre Psychotherapien gilt traditionell eine Besserung in der ersten Therapiephase als positiver Prädiktor (Haas et al. 2002, Schauenburg et al. 2001), eine klinisch relevante Verschlechterung als

4 Diskussion

negativer Prädiktor (Schlagert und Hiller 2017) des späteren Behandlungs-Outcomes. Das in diesem Prädiktoren-Modell betrachtete Zeitfenster unterscheidet sich jedoch deutlich von der aktuell betrachteten Situation: Der Begriff des *Early Response* bezieht sich - je nach Studie - auf Veränderungen innerhalb der ersten drei bis sechs Termine. Das erste Messintervall endete in der vorliegenden Studie dagegen im Median nach 14 ½ Monaten.

Nachvollziehbar wird sowohl der wenig erfolgreiche T2-T3-Verlauf der Gesamtgruppe in dieser Stichprobe als auch der negative Vorhersagewert der initialen Besserung, wenn erneut die im Zeitverlauf wirksamen Selektionsprozesse berücksichtigt werden: Die Patienten, die sich von T1 zu T2 in ihrem Befinden gebessert haben und in den Wochen oder Monaten darauf weiter gesunden, dürften die Behandlung als nicht mehr behandlungsbedürftig beendet und die Stichprobe vor der zweiten Verlaufsmessung (T3) verlassen haben. Diejenigen, die nach erfolgter erster Besserung weiter bis zu T3 in der Behandlung verblieben, waren also vermutlich die Patienten, bei denen es Komplikationen gab, z.B. in Form von Rückschlägen oder Veränderungshemmnissen. Dies zeigt sich in einem erneuten Ansteigen der mittleren testpsychologischen Belastungswerte für diese Subgruppe und einer ausbleibenden testpsychologischen Besserung der verbleibenden Gesamtgruppe. Diejenigen, deren Belastung sich von T1 zu T2 zunächst verstärkt hatte, scheinen die Behandlung eher selten abgebrochen zu haben. Sie hatten nun weitere Zeit, in einer Anpassung oder Umstellung der Gesamtbehandlung (oder einer später einsetzenden Spontanbesserung) im Anschluss eine Besserung ihres Befindens zu erreichen. Trotz offenbar häufig erreichter Besserung verblieben sie tendenziell bis zur nächsten Verlaufsmessung in der Behandlung, z. B. weil ihre Belastung trotz aktueller Besserung noch hoch war (im Schnitt auf dem Niveau der Ausgangsbelastung) oder sie aufgrund der initialen Verschlechterung als länger behandlungsbedürftig eingeschätzt worden waren.

Zudem ist die erfolgte Subgruppenbildung in klassischer Weise anfällig für Regression zur Mitte, sodass der gerade erklärte Selektionseffekt zusätzlich durch Regressionseffekte überlagert wird: Die natürliche Streuung, die im ersten Messintervall (T1-T2) einige der Patienten in die Subgruppen der „Gebesserten“ bzw. „Verschlechterten“ sortiert hat, „zieht“ sie im zweiten Messintervall wieder zurück Richtung Mittelwert der Gesamtgruppe (s. Zwingmann und Wirtz 2005, Nachtigall und Suhl 2002).

4.3 Befunde abseits der ursprünglichen Fragestellungen

4.3.1 ISR Somatisierungsskala vs. HEALTH-Skala Somatoforme Beschwerden

Die ISR Somatisierungsskala ist die einzige der verwendeten 17 Testskalen, in der die Belastung zu T1 bei Männern tendenziell über der der Frauen liegt. In der Skala Somatoforme Beschwerden der HEALTH-49 weisen Frauen dagegen eine eindeutig stärkere Belastung auf. Passend zu dieser Beobachtung, ist die Pearson-Korrelation der beiden ähnlich klingenden Skalen mit $r = 0.47$ überraschend gering. Zum Vergleich: Die beiden konzeptuell verbundenen Skalen ISR Depressionsskala und HEALTH Depressivität korrelieren mit $r = 0.81$. Zudem korreliert die HEALTH-Skala Somatoforme Beschwerden höher mit der ISR Depressionsskala ($r = 0.52$) als mit ihrer „Namens-Verwandten“. Dies spricht für eine deutlich unterschiedliche konzeptuelle Ausrichtung der beiden „Soma“-Skalen.

Ein weiteres Indiz hierfür findet sich schließlich in der dargestellten Faktorenanalyse. Hier „landen“ die beiden Variablen in unterschiedlichen Faktoren: ISR Somatisierungsskala in Faktor 2 („Angst, Zwang, Körperbeschwerden“), HEALTH Somatoforme Beschwerden in Faktor 1 („eingeschränkte Vitalität“).

Eine Betrachtung auf Item-Ebene bestätigt, dass in ihnen unterschiedliche Aspekte abgefragt werden: In der ISR Somatisierungsskala geht es um Sorge vor körperlicher Erkrankung, Bedürfnis nach ärztlicher Abklärung und Misstrauen gegenüber den Ergebnissen. Hier wird also eher eine allgemeine zwanghaft-misstrauische Haltung abgefragt. Die Skala Somatoforme Beschwerden der HEALTH bezieht sich dagegen ausschließlich auf körperbezogene Symptome, v. a. Schmerzen und Sensibilitätsstörungen. Damit wird hier offenbar eher die körperliche Ebene bzw. ein depressiv-getöntes Somatisieren erfasst.

4.4 Fazit und Ausblick

Unterstützung der psychotherapeutischen Versorgung von Patienten durch Berufsgruppen, die keine approbierten Ärzte oder Psychotherapeuten sind, ist offenbar auch im ambulanten Bereich wirksam. Der Outcome der Patienten, die vorwiegend durch andere Berufsgruppen versorgt wurden, war in der vorliegenden Untersuchung - unter Vorbehalten bzgl. der Untersuchungsbedingungen - dem der approbierten Therapeuten vergleichbar.

4 Diskussion

Das beschriebene Versorgungskonzept erscheint im Spannungsfeld zwischen scheinbar ungebremstem Bedarf der Bevölkerung an psychotherapeutischer Behandlung bei prinzipiell hoher und nachhaltiger Wirksamkeit der Behandlungsform, aber begrenzten Ressourcen traditioneller psychotherapeutischer Praxen als eine interessante Option für das deutsche Gesundheitssystem. Da die Erstsicht der Patienten und Steuerung der Behandlung durch erfahrene Ärzte erfolgt, dürfte das Konzept für das Ziel einer sowohl sicheren als auch effizienten Versorgung psychisch-psychosomatisch erkrankter Patienten geeigneter sein als z. B. der Vorschlag von Melchinger (2011), die Schwelle für einen Zugang zu psychotherapeutischen Praxen zu erhöhen und Patienten eher an psychosoziale Beratungsstellen zu verweisen. Ebenso erscheint dieses Setting geeignet, die beiden „Säulen“ der ambulanten Versorgung psychisch erkrankter Menschen, namentlich die in Bezug auf die mit einem akademisch ausgebildeten Experten zur Verfügung stehende Zeit im Schnitt eher „dünne“ ambulanzpsychiatrische Basisversorgung und die diesbezüglich eher großzügige, aber monomodale Versorgung ambulanter Richtlinienpsychotherapie durch eine mögliche dritte Säule ambulanter Versorgung zu ergänzen. Je nach therapeutischer Dichte eines solchen multimodalen ambulanten Angebotes könnte daraus sowohl eine kosteneffektive Ergänzung des seit Jahren fraglich ausreichenden Netzes ambulanter Psychotherapie als auch eine qualitativ hochwertige „Brücke“ zwischen den etablierten ambulanten und tagesklinischen Angeboten entstehen.

Bedingt durch die hohe Rate an vor der ersten Verlaufserhebung ausscheidenden Patienten mit entsprechendem Attrition Bias lassen sich in der vorliegenden Untersuchung die erhaltenen Verlaufsmaße (Effektstärken und klinische Signifikanz) kaum generalisieren. Eine der ambulanten Psychotherapie vergleichbare Wirksamkeit des Gesamtbehandlungskonzeptes kann nicht belegt werden. Für zukünftige Verlaufs-Evaluationen von Behandlungskonzepten mit niedrigschwelligem Ansatz und eher kurz angelegten Therapiebausteinen sind der Einsatz kürzerer Messintervalle (z. B. vierteljährlich), weiterer Erhebungsarten (direkte Veränderungsmessung per Fragebogen oder/und Fremdrating) sowie fest vorgesehene Angaben der Behandler zur Art der Behandlungsbeendigung für Patienten, die sich zum nächsten Messzeitpunkt nicht mehr in Behandlung befinden, zu empfehlen.

4 Diskussion

Ferner erscheint es für eine konzeptuelle Weiterentwicklung multimodaler ambulanter Behandlungsangebote erforderlich, die spezifische Wirkung der verschiedenen Ansätze und die „Passung“ zwischen Patienten bzw. deren Störungen und der angewandten Behandlungsform besser zu verstehen, um darüber Differentialindikationen für die verschiedenen Behandlungsformen entwickeln zu können. Material hierfür könnten im vorliegenden Behandlungskonzept Verlaufsmessungen nach jeder absolvierten Teilbehandlung liefern.

Über eine derartige Evaluation könnte den Lotsen eines solchen Modells eine Handreichung zur gezielten Auswahl passender „Bausteine“ für die Gesamtbehandlung bereitgestellt werden, sodass sie sich dabei nicht vorrangig an ihrer persönlichen Erfahrung oder Intuition (oder pragmatisch an freien Behandlungsplätzen) orientieren müssen. Dies könnte dazu beitragen, über eine ökonomische hinaus auch die therapeutische Effektivität multimodaler ambulanter Therapiemodelle zu sichern.

5 Zusammenfassung

Der Behandlungsbedarf in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung psychisch und psychosomatisch erkrankter Menschen übersteigt seit Jahren das Angebot und nimmt offenbar weiter zu. Vor dem Hintergrund anhaltend langer Wartezeiten auf einen Therapieplatz erscheint es eine reizvolle Idee, zusätzliche Berufsgruppen und Therapieformen, die im stationären Rahmen bewährte Bestandteile multimodaler Behandlungsprogramme sind, unter fachärztlicher Steuerung selektiv auch in die ambulante Behandlung einzubeziehen. Dadurch könnte eine Steigerung der Behandlungskapazitäten bei gleichzeitig möglicherweise verbesserter Behandlungsqualität für einige Patienten-Subgruppen und vermutlich überschaubarem finanziellen Mehraufwand für die Kostenträger erreicht werden.

Die vorliegende Untersuchung ist eine naturalistische Verlaufsbeobachtung, basierend auf zur Qualitätssicherung erhobenen Behandlungsdaten eines norddeutschen MVZs aus den Jahren 2008 bis 2014, welches die Vision einer niederschweligen, flexiblen und bei Bedarf multimodalen Behandlung v. a. psychisch und psychosomatisch kranker Patienten unter den gegebenen gesundheitspolitischen Bedingungen so weit wie möglich umzusetzen versuchte.

Die Gesamtstichprobe umfasst $n = 2685$ Patienten. Sie ist geprägt durch einen hohen Anteil von Patienten mit niedriger Schulbildung und ungelernter beruflicher Tätigkeit. Die häufigsten Krankheitsbilder waren Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen (F43), depressive Episoden (F32/33) sowie Phobien/Angsterkrankungen (F40/41). Etwa 10% der Patienten hatte typisch psychiatrische Diagnosen aus den ICD-10-Kapiteln F1x (Substanzabhängigkeit), F2x (Schizophrenie) und F30/31 (Manie/bipolare affektive Störung). Die testpsychologische Belastung lag etwa auf dem Niveau stationärer Psychotherapie-Patienten. Damit ist die Stichprobe nur bedingt vergleichbar mit „reinen“ Psychotherapie-Studien.

Nach einer testpsychologischen Basiserhebung, zu der 64% der Patienten bereits in laufender Behandlung waren, erfolgten im Median etwa alle 14 bis 16 Monate bis zu fünf Verlaufserhebungen. Als Testinstrumente wurden das wesentliche psychisch-psychosomatische Syndrome abbildende ICD-10-Symptom-Rating (ISR) sowie die Variablen psychosozialer Gesundheit erfassenden Hamburger Module (HEALTH-49) eingesetzt. Zusätzlich zu medikamentöser Therapie, psychiatrischen Einzelkontakten und Richtlinien-Einzelpsychotherapie waren

5 Zusammenfassung

diverse Gruppentherapien, Entspannungsverfahren sowie bewegungsorientiert-kreative Therapien regulärer Teil des Behandlungsangebotes.

Nur ein Viertel der Gesamtkohorte nahm an der ersten Verlaufserhebung teil. Die vor der Verlaufsmessung ausgeschiedenen Patienten waren im Schnitt testpsychologisch geringer belastet. Es gibt Gründe zur Annahme, dass sie ihre Behandlungen bis dahin zu einem großen Teil bereits regulär abgeschlossen hatten und es darüber in der verbleibenden Stichprobe zu einer Selektion Richtung schwerer belasteter Patienten sowie leichter belasteter Patienten mit unbefriedigenden Verläufen kam.

Bei der Verlaufsauswertung wurden zusätzlich zu reinen T1-T2-Vergleichen über nachträgliche Subgruppenbildung mathematische Annäherungen sowohl an eine Prätest-Posttest-Zuordnung als auch an eine Interventions-Kontrollgruppen-Zuordnung vorgenommen. Für Letztere wurden zwei Interventionen (A und B) definiert und der Verlauf der Patientengruppen mit stattgehabter Intervention mit dem der Patienten ohne eine der definierten Behandlungen verglichen. Zur ersten Verlaufsmessung T2 sanken die mittleren Belastungswerte der Patienten in den vier Standardskalen ab ($p < .001$). Die Effektstärke der Veränderung betrug ohne definierte nichtmedikamentöse Therapie gemittelt über die vier Testskalen $d = .25$, bei Durchführung einer nichtmedikamentösen Behandlung mit mind. sechs Terminen $d = .53$, bei mind. 21 Gesamtterminen $d = .57$. Im Gruppenvergleich Intervention vs. keine definierte Therapie ergaben sich gemittelte Effekte von $d = .26$ (mind. sechs Termine) bzw. $d = .30$ (mind. 21 Termine).

Die insgesamt geringen durchschnittlichen Veränderungseffekte korrespondieren mit einer ungewöhnlich niedrigen Quote reliabler Verbesserungen im T1-T2-Verlauf (in den Standardskalen 12-37% d. F.). Sie lassen sich unserer Einschätzung nach hauptsächlich durch die im Messverlauf stattfindende negative Selektion (Attrition Bias) erklären.

Eine hohe anfängliche Symptombelastung und die Durchführung mindestens einer nichtmedikamentösen Therapie mit 21 oder mehr Gesamtterminen waren positive Prädiktoren für eine stärkere Reduktion der Belastungswerte im Verlauf. Ein negativer prädiktiver Zusammenhang zeigte sich für ein hohes initiales Selbstwirksamkeitserleben sowie das Vorliegen eines Messabstandes (T1-T2) unter einem Vierteljahr oder über 2 Jahren.

5 Zusammenfassung

Keinen Einfluss auf den Verlauf hatten u. a. die Art der angebotenen nichtmedikamentösen Therapie und die Verordnung von Psychopharmaka.

In einem Gruppenvergleich ergab sich kein signifikanter Outcome-Unterschied zwischen ausschließlich mit Einzelpsychotherapie behandelten Patienten und den Behandlungsgruppen, die stattdessen ausschließlich ein Entspannungsverfahren, ein Verfahren aus dem bewegungsorientiert-kreativen Bereich oder eine Gruppentherapie wahrnahmen. Einschränkend muss hier berücksichtigt werden, dass die Zuordnung zu den Behandlungsgruppen vermutlich vom Zustand und der Präferenz des jeweiligen Patienten, den Einstellungen des Fallmanagers zu den Therapieformen und ihrer praktischen Verfügbarkeit beeinflusst war. Daher sind valide Aussagen über eine etwaige therapeutische Äquivalenz der verschiedenen Angebote nicht möglich.

Mit dem Ziel einer Prüfung der generellen Wirksamkeit multimodaler Ansätze im ambulanten Bereich erscheinen prospektive Untersuchungsdesigns mit randomisierter Zuweisung zu Therapie- und Kontrollgruppen sinnvoll. Für zukünftige naturalistische Verlaufs-Evaluationen bestehender Behandlungskonzepte sind als nächster Schritt der Einsatz kürzerer Messintervalle (z. B. vierteljährlich oder - zur Erfassung möglicher differenzieller Effekte verschiedener Therapieformen - jeweils nach Absolvieren eines „Behandlungsbausteins“) sowie weiterer Erhebungsarten (direkte Veränderungsmessung mittels Fragebogen oder/und Fremdrating) zu empfehlen.

Statt der Frage weiter nachzugehen, welche Therapieform solitär angewandt wirksamer ist, schlagen wir vor, in zukünftigen Forschungsvorhaben ferner einen Schwerpunkt auf die jeweiligen spezifischen Wirkungen der verschiedenen Ansätze zu legen und Kriterien einer „Passung“ zwischen Patienten und Therapie-Ansätzen zu erarbeiten, um darüber Differentialindikationen für die verschiedenen Behandlungsformen bzw. ihre Kombinationen zu entwickeln. Dies könnte dazu beitragen, die Effektivität multimodaler ambulanter Behandlungskonzepte zu steigern, mit der Aussicht, darüber eine kosteneffektive und qualitativ hochwertige Ergänzung der bisherigen ambulanten Versorgung psychisch und psychosomatisch kranker Menschen zu erhalten.

6 Anhang

Items ISR

ICD-10-Symptom-Rating (ISR)

Hier ist eine Liste von Beschwerden, an denen Menschen leiden können. Einige der genannten Beschwerden könnten aktuell auf Sie selbst zutreffen. Damit bei Ihnen kein Leiden übersehen wird, bitten wir Sie eine Vielzahl möglicher Beschwerden zu beurteilen. Bitte geben Sie jetzt an, ob eine der nachfolgenden Beschwerden in den letzten zwei Wochen (Ausnahme: vorletzte Beschwerde) auf Sie selbst zutrifft. Falls eine davon zutrifft, möchten wir auch wissen, wie stark Sie daran leiden.

Bitte beantworten Sie jetzt spontan und zügig jede der folgenden Aussagen!

Kreuzen Sie „0 = trifft nicht zu“ an, wenn Sie überhaupt nicht an der jeweiligen Beschwerde leiden,

kreuzen Sie „1 = trifft kaum zu“ an, wenn Sie kaum daran leiden,

kreuzen Sie „2 = trifft ziemlich zu“ an, wenn Sie ziemlich daran leiden,

kreuzen Sie „3 = trifft deutlich zu“ an, wenn Sie deutlich daran leiden und

kreuzen Sie „4 = trifft extrem zu“ an, wenn Sie extrem daran leiden.

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft ziemlich zu	trifft deutlich zu	trifft extrem zu
(1) Meine Stimmung ist gedrückt/niedergeschlagen.	0	1	2	3	4
(2) An Dingen, die ich normalerweise gern mache, habe ich keine richtige Freude mehr.	0	1	2	3	4
(3) Ich habe nicht genug Energie, wenn ich etwas tun will und werde schnell müde.	0	1	2	3	4
(4) Ich fühle mich wertlos/traue mir nichts zu.	0	1	2	3	4
(5) Ich bekomme unerklärliche Angstattacken oder Angst in Situationen, die anderen Menschen harmlos erscheinen.	0	1	2	3	4
(6) In starken Angstsituationen habe ich plötzlich auftretende körperliche Beschwerden, z. B. Herzklopfen/-rasen, Atemnot, Schwindel, Druck auf der Brust, Kloß im Hals, Zittern oder innere Unruhe bzw. Anspannung	0	1	2	3	4
(7) Ich versuche bestimmte Situationen, die mir Angst machen, zu vermeiden.	0	1	2	3	4
(8) Schon die Vorstellung, dass ich wieder eine Angstattacke erleiden könnte, macht mir Angst.	0	1	2	3	4

6 Anhang

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft ziemlich zu	trifft deutlich zu	trifft extrem zu
(9) Ich leide unter meinen ständig wiederkehrenden, sinnlosen Gedanken oder Handlungen, gegen die ich mich aber nicht wehren kann (z.B. Hände waschen).	0	1	2	3	4
(10) Ich leiste Widerstand gegen immer wiederkehrende, unsinnige Gedanken oder Handlungen, auch wenn mir das nicht immer gelingt.	0	1	2	3	4
(11) Ich leide unter quälenden, sinnlosen Gedanken oder Handlungen, die mein normales Leben beeinträchtigen.	0	1	2	3	4
(12) Ich habe das Bedürfnis, wegen unerklärlichen körperlichen Beschwerden zum Arzt zu gehen.	0	1	2	3	4
(13) Ich leide unter der ständigen quälenden Sorge, körperlich krank zu sein.	0	1	2	3	4
(14) Verschiedene Ärzte versichern mir, dass ich keine ernsthafte körperliche Erkrankung habe, doch es fällt mir schwer, ihnen zu glauben.	0	1	2	3	4
(15) Ich kontrolliere mein Gewicht durch kalorienarmes Essen oder Erbrechen oder Medikamente (z.B. Abführmittel) oder ausgedehnten Sport.	0	1	2	3	4
(16) Viele meiner Gedanken kreisen um das Essen, und ich habe ständig Angst, Gewicht zuzunehmen.	0	1	2	3	4
(17) Ich beschäftige mich viel damit, wie ich Gewicht abnehmen kann.	0	1	2	3	4
(18) Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren.	0	1	2	3	4
(19) Ich denke darüber nach, mich umzubringen.	0	1	2	3	4
(20) Ich habe Schlafprobleme.	0	1	2	3	4
(21) Ich habe einen schlechten Appetit.	0	1	2	3	4
(22) Ich bin vergesslich.	0	1	2	3	4

6 Anhang

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft ziemlich zu	trifft deutlich zu	trifft extrem zu
(23) Ich leide unter immer wiederkehrenden Träumen oder Erinnerungen an schreckliche Erlebnisse.	0	1	2	3	4
(24) Ich habe psychische Probleme aufgrund schwerer Alltagsbelastungen (z.B. schwere Erkrankung, Verlust der Arbeit oder Trennung vom Partner).	0	1	2	3	4
(25) Meine Gefühle und Erfahrungen empfinde ich auf einmal nicht mehr als meine eigenen.	0	1	2	3	4
(26) Die Menschen und meine Umgebung erscheinen mir auf einmal unwirklich, fern, leblos.	0	1	2	3	4
(27) Ich fühle mich in der Ausübung meiner Sexualität beeinträchtigt.	0	1	2	3	4
(28) Ich habe mich in den letzten Jahren nach einer extremen Belastung (z.B. Schädel-Hirn-Verletzung, Kriegserlebnisse oder Missbrauch) dauerhaft verändert.	0	1	2	3	4
(29) Meine sexuellen Vorlieben sind eine Belastung für mich	0	1	2	3	4

2006 IQP - Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik, München

Items HEALTH-49

Hamburger Module (HEALTH-49)

A Nachstehend finden Sie eine Liste von **Problemen und Beschwerden**. Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten zwei Wochen durch diese Beschwerden gestört oder belastet** worden sind. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Bitte beantworten Sie jede Frage!

Wie sehr litten Sie in den letzten zwei Wochen unter ...?

	nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
1 Angst oder Furcht, alleine aus dem Haus zu gehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2 Niedergeschlagenheit oder Traurigkeit	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3 Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4 dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5 Angst oder Furcht, sich in größere Menschenmengen zu begeben	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6 Schuldgefühlen oder Selbstvorwürfen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7 Bauchschmerzen oder Verdauungsproblemen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8 Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder Ihr Leben beenden möchten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9 einem Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
10 Angst oder Furcht vor offenen Plätzen oder auf die Straße zu gehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
11 fehlendem Interesse und geringer Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
12 einem Gefühl von Schwere in den Armen und Beinen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
13 Schmerzen in Muskeln oder Gelenken	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
14 einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
15 Kopfschmerzen oder Gesichtsschmerzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
16 Angst oder Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
17 Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
18 Angst oder Furcht vor geschlossenen Räumen (z.B. Fahrstuhl, Tunnel, Kino)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

6 Anhang

B Im Folgenden finden Sie einige Aussagen, mit denen man beschreiben kann, wie man sich fühlt . Bitte geben Sie an, wie oft Sie sich in den letzten zwei Wochen so gefühlt haben!						
		nie	selten	gelegentlich	oft	immer
1	Ich fühle mich gelöst	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2	Ich fühle mich wohl	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3	Ich bin entspannt	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4	Ich fühle mich ausgeruht	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5	Ich kann genießen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

C Nachstehend finden Sie eine Liste von Problemen und Schwierigkeiten , die man im Kontakt mit anderen Menschen haben kann. Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie sich in den letzten zwei Wochen durch diese Probleme im Kontakt mit anderen Menschen (Angehörigen, Freunden, fremden Personen, etc.) belastet oder beeinträchtigt gefühlt haben. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort.						
Wie sehr litten Sie <u>in den letzten zwei Wochen</u> ...?						
		nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
1	unter Schwierigkeiten, anderen Menschen Ihre Gefühle zu zeigen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2	unter der mangelnden Fähigkeit, anderen gegenüber bestimmt aufzutreten, wenn es die Lage erfordert	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3	unter Schwierigkeiten, Ihre wichtigen Anliegen anderen gegenüber durchzusetzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4	unter Schwierigkeiten, andere wissen zu lassen, dass Sie wütend sind	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5	unter Schwierigkeiten, jemandem zu sagen, dass er Sie nicht weiter belästigen soll	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6	darunter, dass Sie sich zu sehr von anderen ausnutzen lassen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7	unter der Angst, etwas Falsches zu sagen oder zu tun	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

6 Anhang

D Im Folgenden finden Sie Aussagen, die sich darauf beziehen, inwieweit **Sie sich** trotz Ihrer körperlichen oder seelischen Beschwerden **in der Lage fühlen, Ihre Aufgaben zu erledigen, mit Belastungen umzugehen oder Dinge zu tun, die Ihnen wichtig sind.**
Bitte geben Sie für die **letzten zwei Wochen** an, wie sehr die jeweilige Aussage **für Sie zutrifft.**

Trotz meiner Beschwerden bin ich in der Lage ...

	stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittelmäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr
1 mit meinen Schwierigkeiten und Problemen gut umzugehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2 meine persönlichen Ziele, die ich mir setze, zu erreichen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3 schwierige Probleme zu lösen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4 meinen normalen Lebensstil aufrechtzuerhalten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5 mir neue Fertigkeiten und Kompetenzen anzueignen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

E Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Beeinträchtigungen in Beruf, Haushalt, Freizeit oder sozialen Beziehungen aufgrund von seelischen oder körperlichen Beschwerden **in den letzten zwei Wochen!**

Wie oft hatten Sie irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten und Aufgaben?		nie	selten	gelegentlich	oft	immer
1	Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2	Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
		nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
3	Wie sehr waren Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4	Wie stark waren Sie darin beeinträchtigt , sich selbst zu versorgen (z.B. Einkaufen, Waschen, Kochen)?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Wie oft waren Sie in Ihrer Freizeit beeinträchtigt?		nie	selten	gelegentlich	oft	immer
5	Ich konnte nicht so lange wie gewohnt meinen Freizeitbeschäftigungen und Hobbys nachgehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6	Ich konnte nicht meinen gewohnten Freizeitbeschäftigungen und Hobbys nachgehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

6 Anhang

F Manchmal ist das Verhalten der anderen sehr hilfreich, manchmal weniger, manchmal ist es auch belastend. Bitte geben Sie an, wie häufig von den Menschen, die Ihnen nahe stehen, jemand ...						
		nie	selten	gelegentlich	oft	immer
1	Ihre Schwierigkeiten und Probleme herunter spielt	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2	für Sie da ist, wenn Sie ihn/sie brauchen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3	sich unbehaglich zu fühlen scheint, wenn er/sie mit Ihnen über Ihre Probleme spricht	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4	wichtige Entscheidungen mit Ihnen bespricht	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5	mehr von Ihnen erwartet, als Sie leisten können	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6	Sie aufmuntert oder tröstet	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7	sich ärgert, wenn Sie seinen/ihren Rat nicht annehmen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8	einen Teil seiner/ihrer Zeit oder Energie opfert, um etwas für Sie zu erledigen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49)
 © 2007 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Sven Rabung, Timo Harfst, Uwe Koch, Holger Schulz) <http://www.hamburger-module.de>

Mittelwerte ausgewählter Testskalen für häufige Diagnosegruppen

Vier Patientengruppen mit typischen und häufigen psychosomatisch-psychotherapeutischen Diagnosen (F32/33 depressive Episoden, F40/41 Phobische und Angststörungen, F45/48 somatoforme Störungen / Neurasthenie, F50 Essstörungen) wurden miteinander und mit der Gesamtkohorte verglichen in Bezug auf ihre Mittelwerte zu T1 in verschiedenen Testskalen. Eine Übersicht der Werte und signifikanter Unterschiede zeigt Tabelle A1.

6 Anhang

Tabelle A1: Mittelwerte ausgewählter Testskalen zu T1 für die Gesamtkohorte und für Patientengruppen mit häufigen Diagnosen (obere Hälfte: allgemeine Skalen für alle vier Diagnosegruppen, untere Hälfte: diagnosespezifische Skalen für die Patientengruppen mit der jeweiligen Diagnose)

allgemeine Skalen:					
Testskala	Gesamtkohorte (ISR: n=2664 HEALTH: n=2673)	F32/33 (ISR: n=1028 HEALTH: n=1028)	F40/41 (ISR: n=594 HEALTH: n=597)	F45/48 (ISR: n=604 HEALTH: n=606)	F50 (ISR: n=132 HEALTH: n=133)
ISR Gesamtscore	1,30	1,40**	1,49**	1,34	1,31
HEALTH Psychisches Wohlbefinden	2,56	2,73**	2,60	2,60	2,57
HEALTH Interaktionelle Schwierigkeiten	1,72	1,87**	1,77	1,75	1,60
HEALTH Selbstwirksamkeit	2,12	2,30**	2,22**	2,14	2,16
HEALTH Aktivität und Partizipation	1,86	2,03**	1,90	1,91	1,70*
diagnosespezifische Skalen:					
Testskala	Gesamtkohorte	F32/33	F40/41	F45/48	F50
ISR Depressionsskala	2,03	2,32**			
HEALTH Depressivität	1,75	2,03**			
ISR Angstsкала	1,70		2,42**		
HEALTH Phobische Ängste	0,81		1,24**		
ISR Somatisierungsskala	0,86			1,09**	
HEALTH Somatoforme Beschwerden	1,49			1,66**	
ISR Essstörungsskala	0,76				1,44**

* = Unterschied zur jeweiligen Patientengruppe ohne eine solche Diagnose signifikant ($p < 0.05$);

** = Unterschied zur jeweiligen Patientengruppe ohne eine solche Diagnose hoch signifikant ($p < 0.01$)

Erwartungsgemäß sind Patienten aller vier Diagnosegruppen in den jeweiligen diagnosespezifischen Skalen hoch signifikant schwerer belastet als Patienten ohne die jeweiligen Diagnosen.

Patienten mit einer Depressions-Diagnose (F32 oder F33) sind auch in allen betrachteten allgemeinen Skalen hoch signifikant schwerer belastet als Patienten ohne eine solche Diagnose. Bei Angstpatienten (Diagnose F40 oder F41) trifft dies für zwei der allgemeinen Skalen zu. Die Belastungswerte für Patienten mit den Diagnosen F45, F48 oder F50 liegen in den allgemeinen Skalen auf etwa dem gleichen Niveau wie für diejenigen ohne die jeweilige

6 Anhang

Diagnose, bei Diagnose einer Essstörung in der HEALTH-Skala Aktivität signifikant unterhalb derjenigen ohne eine F50-Diagnose.

Verlaufvergleich Einzelverfahren vs. Kombinationstherapie für Gesamttermine ≥ 21

Tabelle A2: Veränderungen in vier Testskalen von T1 zu T2 unter Durchführung eines einzelnen nichtmedikamentösen Therapieverfahrens versus Kombination mehrerer Verfahren für die Subgruppe mit jeweiliger Gesamtterminzahl von mind. 21 und einem Messabstand zwischen $\frac{1}{4}$ J. und 2 J.

Skala	Anzahl Verfahren	MW zu T1	MW zu T2	MW-Differenz	Unterschied bzgl. Lage zu T1 (p)	Unterschied bzgl. Verlauf (p)
ISR Gesamtscore	1	1.38 \pm 0,64	1.04 \pm 0,58	0.34	n.s.	n.s.
	≥ 2	1.49 \pm 0.58	1.18 \pm 0.68	0.31		
HEALTH Psychisches Wohlbefinden	1	2.72 \pm 0.75	2.27 \pm 0.80	0.45	n.s.	n.s.
	≥ 2	2.84 \pm 0.71	2.33 \pm 0.96	0.51		
HEALTH Interaktionelle Schwierigkeiten	1	1.74 \pm 0.96	1.35 \pm 0.92	0.38	.056	n.s.
	≥ 2	2.02 \pm 0.97	1.58 \pm 1.00	0.44		
HEALTH Aktivität und Partizipation	1	2.13 \pm 0.78	1.56 \pm 0.89	0.56	n.s.	n.s.
	≥ 2	2.10 \pm 0.85	1.69 \pm 0.95	0.41		

gültige Fälle: n=200; Einzelverfahren jeweils n=59; ≥ 2 Verfahren ISR GS n=140, HEALTH-Skalen jeweils n=141

Korrelations-Tabellen der verwendeten Testskalen

Tabelle A3: Pearson-Korrelationen der 7 Skalen des ISR zu T1 (Interkorrelationen)

	Angstskala	Zwangsskala	Somatisierungsskala	Essstörungsskala	Zusatzskala	ISR Mittelwert
Depressionskala	.507	.489	.360	.167	.689	.762
Angstskala		.522	.449	.158	.515	.776
Zwangsskala			.388	.180	.538	.757
Somatisierungsskala				.134	.447	.664
Essstörungsskala					.234	.438
Zusatzskala						.787

Höhere Werte bedeuten jeweils eine höhere Korrelation. Felder mit Werten zwischen 0.500 und 0.699 sind zart farbig, Felder mit Werten ab 0.700 kräftiger farbig schattiert. Alle Korrelationen sind signifikant mit $p < .001$.

6 Anhang

Tabelle A4: Pearson-Korrelationen aller 10 Skalen des HEALTH-49 zu T1 (Interkorrelationen)

	DEP	PHO	PSB	WOHL	INT	SELB	A&P	SOZU	SOZB
Somatoforme Beschwerden (SOM)	.489	.436	.789	.440	.408	.378	.464	.168	.333
Depressivität (DEP)		.496	.835	.656	.622	.602	.561	.261	.440
Phobische Ängste (PHO)			.792	.359	.398	.396	.417	.106	.259
Psych. u. Somatof. Beschwerden (PSB)				.609	.597	.575	.599	.225	.431
Psychisches Wohlbefinden (WOHL)					.475	.590	.525	.257	.343
Interaktionelle Schwierigkeiten (INT)						.467	.493	.259	.513
Selbstwirksamkeit (SELB)							.567	.209	.319
Aktivität und Partizipation (A&P)								.163	.418
Soziale Unterstützung (SOZU)									.320

SOZB: soziale Belastung. Höhere Werte bedeuten jeweils eine höhere Korrelation. Felder mit Werten zwischen 0.500 und 0.699 sind zart farbig, Felder mit Werten ab 0.700 kräftiger farbig schattiert. Alle Korrelationen sind signifikant mit $p < .001$.

Tabelle A5: Pearson-Korrelationen der 7 Skalen des ISR mit den 10 Skalen des HEALTH-49 zu T1

	SOM	DEP	PHO	PSB	WOHL	INT	SELB	A&P	SOZU	SOZB
Depressionsskala	.520	.811	.444	.743	.691	.595	.648	.628	.229	.419
Angstskala	.389	.479	.616	.613	.367	.425	.394	.380	.101	.306
Zwangsskala	.297	.497	.393	.495	.349	.392	.358	.344	.117	.280
Somatisierungsskala	.472	.329	.366	.480	.243	.261	.282	.280	.106	.219
Essstörungsskala	.118	.158	.114	.163	.120	.150	.093	.083	.045	.149
Zusatzskala	.536	.687	.477	.708	.533	.518	.524	.527	.247	.436
ISR Gesamtskala	.548	.699	.582	.760	.543	.556	.544	.529	.193	.425

HEALTH-49-Skalen: SOM - Somatoforme Beschwerden; DEP – Depressivität; PSB - Psychische und somatoforme Beschwerden; WOHL - Psychisches Wohlbefinden; INT - Interaktionelle Schwierigkeiten; SELB – Selbstwirksamkeit; A&P - Aktivität und Partizipation; SOZU - Soziale Unterstützung; SOZB - soziale Belastung.

Höhere Skalenwerte bedeuten jeweils höhere Belastung/stärkere Beeinträchtigung. Alle Korrelationen sind signifikant mit $p < .001$ (Ausnahme: Essstörungsskala vs. SOZU, $p < 0.05$).

7 Literaturverzeichnis

Albani C, Blaser G, Geyer M, Schmutzer G, Brähler E (2011): Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil 2: Wirksamkeit. *Psychotherapeut* 56 (1), 51-60

Altmann U, Thielemann D, Strauß B (2016): Ambulante Psychotherapie unter Routinebedingungen: Forschungsbefunde aus dem deutschsprachigen Raum. *Psychiatr Prax* 43 (7), 360-366

Argstatter H, Hillecke TK, Bradt J, Dileo C (2007): Der Stand der Wirksamkeitsforschung – Ein systematisches Review musiktherapeutischer Meta-Analysen. *Verhaltensther Verhaltensmed* 28 (1), 39-61

Badr HE, Moody PM (2005): Self-efficacy: a predictor for smoking cessation contemplators in Kuwaiti adults. *Int J Behav Med* 12 (4), 273-277

Bandura A (1977): Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychol Rev* 84, 191-215

Barkham M, Rees A, Stiles WB, Hardy GE, Shapiro DA (2002): Dose-effect relations for psychotherapy of mild depression: A quasi-experimental comparison of effects of 2, 8, and 16 sessions. *Psychother Res* 12 (4), 463-474

Beckelmann G (1996): Ambulante Kombination von Körpertherapie und analytischer Fokalthherapie bei psychosomatischen Beschwerden. *Psychotherapeut* 41 (4), 236-241

Benkert O, Keplinger HM, Sobota K: Psychopharmaka im Widerstreit: Eine Studie zur Akzeptanz von Psychopharmaka — Bevölkerungsumfrage und Medienanalyse. Springer-Verlag, Berlin 1995

Berking M, Orth U, Lutz W (2006): Wie effektiv sind systematische Rückmeldungen des Therapieverlaufs an den Therapeuten? *Z Klin Psychol Psychother* 35 (1), 21-29

Beutel ME, Kruse J, Michal M, Herzog W (2013): Zukunft der Psychotherapie in der Psychosomatischen Medizin. *Z Psychosom Med Psychother* 59 (1), 33-50

Bidabadi SS, Mehryar A (2015): Music therapy as an adjunct to standard treatment for obsessive compulsive disorder and co-morbid anxiety and depression: A randomized clinical trial. *J Affect Disord* 184, 13-17

BKK-Dachverband (2017): BKK Gesundheitsreport 2017. Download unter: https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/gesundheitsreport_2017/BKK_Report_2017_gesamt_final.pdf; Zugriff am 14.03.2018

Blumenstiel K, Eich W (2003): Psychosomatische Aspekte in Diagnostik und Therapie der Fibromyalgie. Schmerz 17 (6), 399-404

Borsboom D, Cramer AO (2013): Network analysis: an integrative approach to the structure of psychopathology. Annu Rev Clin Psycho 9, 91-121

Brandt W: Kreuzvalidierung des ICD-10-Symptom-Rating (ISR) Selbstbeurteilungsfrage-bogens an 969 depressiven Patienten mit der SCL-90-R und dem BDI I. Med. Diss. Regensburg 2009

Bühning P (2012): Psychotherapie älterer Menschen - Vorbehalte in den Köpfen. Dtsch Arztebl 109 (26), 1360-1361

Bühning P (2018): Psychische Erkrankungen - Eine Volkskrankheit im Fokus. Dtsch Arztebl 115 (20-21), 822-825

Bundesärztekammer (2018): Psychische Gesundheit im Fokus. Versorgung psychischer Erkrankungen. In: BÄKspezial, Hintergrundinformationen zum 121. Deutschen Ärztetag Erfurt. Download unter: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/121.DAET/BAEKground-spezial_121._DAET_Psychische_Erkrankun-gen.pdf; Zugriff am 13.6.2018

Bundespsychotherapeutenkammer (2011): BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK. Download unter: <http://www.bptk.de/publikationen/bptk-studie.html>; Zugriff am 14.03.2018

Bundespsychotherapeutenkammer (2018): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018. Download unter: <http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/-artikel/rund-20-woch.html>; Zugriff am 18.04.2018

Chan AS, Wong QY, Sze SL, Kwong PP, Han YM, Cheung MC (2012): A Chinese Chan-based mind-body intervention for patients with depression. J Affect Disord 142 (1-3), 283-289

Clarkin JF, Levy KN: Der Einfluss von Klientenvariablen auf die Psychotherapie. In: Lambert MJ (Hrsg.): Bergin & Garfields Handbuch der Psychotherapie und Verhaltensmodifikation. dgvt-Verlag, Tübingen 2013, 329-380 (basierend auf der 5. amerikanischen Auflage. Wiley & Sons, New York 2004)

Cohen J: Statistical power analysis for the behavioral sciences. Academic Press, New York 1992

Crits-Christoph P, Gibbons MBC, Narducci J, Schamberger M, Gallop R (2005): Interpersonal Problems and the Outcome of Interpersonally Oriented Psychodynamic Treatment of GAD. Psychother Theory Res Pract 42 (2), 211-224

Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen P (2011): Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. J Consult Clin Psychol 76 (6), 909-922

Danner B, Oberegelsbacher D (2001): Spezifische und unspezifische Wirkfaktoren der Musiktherapie. *Nervenheilkunde* 8, 434-441

Deck R: Erwartungen und Motivationen von Patienten in der medizinischen Rehabilitation. In: Nübling R, Muthny FA, Bengel J (Hrsg.): *Reha-Motivation und Behandlungserwartung. Arbeiten zur Theorie und Praxis der Rehabilitation in Medizin, Psychologie und Sonderpädagogik*, Band 47. Huber, Bern 2006, 76-95

Deter H: Der Langzeiterfolg einer stationären psychosomatischen Therapie, aus der Sicht von Patienten und Therapeuten. In: Hellwig A, Schoof M (Hrsg.): *Psychotherapie und Rehabilitation in der Klinik*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1990, 177-187

Deutsche Rentenversicherung (2017): Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Erwerbsminderungsrenten im Zeitablauf 2017 (Stand 20.10.2017). Download unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/-03_fakten_und_zahlen/03_statistiken/02_statistikpublikationen/13_erwerbsminderungsrenten_zeitablauf_2017.pdf; Zugriff am 14.03.2018

Dobkin PL, Liu A, Abrahamowicz M, Ionescu-Iltu R, Bernatsky S, Goldberger A, Baron M (2010): Predictors of disability and pain six months after the end of treatment for fibromyalgia. *Clin J pain* 26 (1), 23-29

Doubrawa R (2006): Progressive Relaxation – neuere Forschungsergebnisse zur klinischen Wirksamkeit. *Entspannungsverfahren* 23, 6-18

Ellis PD: *The essential guide to effect sizes: Statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results*. Cambridge University Press, Cambridge 2010

Fischer HF, Tritt K, Klapp BF, Fliege H (2010): Faktorstruktur und psychometrische Eigenschaften des ICD-10–Symptom-Rating (ISR) an Stichproben psychosomatischer Patienten. *Psychother Psychosom Med Psychol* 60 (08), 307-315

Fischer HF, Schirmer N, Tritt K, Klapp BF, Fliege H (2011): Retestreliaibilität und Änderungssensitivität des ICD-10-Symptom-Rating (ISR) in verschiedenen Stichproben. *Psychother Psychosom Med Psychol* 61 (03/04), 162-169

Fliege H, Rose M, Bronner E, Klapp BF (2002): Prädiktoren des Behandlungsergebnisses stationärer psychosomatischer Therapie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 52, 47-55

Fliege H, Rogalinski A, Schmid G, Kocalevent RD, Lohmann R, Danzer G, Klapp BF (2006): Evaluation stationärer psychosomatischer Behandlung anhand subjektiver und objektiver Kriterien. *Z Psychosom Med Psychother* 52, 63–80

Fried EI, van Borkulo CD, Cramer AO, Boschloo L, Schoevers RA, Borsboom D (2017): Mental disorders as networks of problems: a review of recent insights. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 52 (1), 1-10

Fugger G, Aigner M (2014): Eine erfolgreiche Behandlungskette bei Zwangsstörung - A successful treatment chain for obsessive-compulsive disorder. *Psychopraxis* 17 (4), 13-15

7 Literaturverzeichnis

Gaebel W, Kowitz S, Fritze J, Zielasek J (2013): Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen. Sekundärdaten von drei gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund. Dtsch Arztebl 110 (47), 799–808

Garfield S: Research on client variable in psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL (Hrsg.): Handbook of psychotherapy and behavior change 4. Wiley & Sons, New York 1994, 190-228

Geiser F, Trautmann-Voigt S, Kaspers S, Zander D, Voigt B, Wegener I, Hofmann P, Conrad R, Imbierowicz K (2014): Evaluation ambulanter tiefenpsychologischer Psychotherapie: Ergebnisse einer kontrollierten Feldstudie. Z Psychosom Med Psychother 60 (3), 251-266

Glier B, Emde H, Wittmann HB, Spörkel H (1994): Psychologisches Trainingsprogramm zur Bewältigung von Schmerzverhalten. In: Zielke M, Sturm J (Hrsg.): Handbuch stationäre Verhaltenstherapie. Beltz-Psychologie Verlags Union, Weinheim 1994, 717-725

Grawe K (1997): Research-Informed Psychotherapy. Psychotherapy Res 7 (1), 1–19

Grawe K, Donati R, Bernauer F: Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen 1994

Haas E, Hill RD, Lambert MJ, Morrell B (2002): Do early responders to psychotherapy maintain treatment gains? J Clin Psychol 58 (9), 1157-1172

Hamre HJ, Witt CM, Glockmann A, Ziegler R, Willich SN, Kiene H (2009): Anthroposophische Kunsttherapie bei chronischen Erkrankungen: eine vierjährige prospektive Kohortenstudie. Merkurstab 62, 113-121

Hasenauer M, Tschuschke V (2017): Effektivität und Erfolgsprädiktoren in der kognitiven Verhaltenstherapie unter Praxisbedingungen. Verhaltenstherapie 27 (2), 86-95

Herpertz S, Herpertz S (2013): Richtlinienpsychotherapie – Quo Vadis? Psychother Psychosom Med Psychol 63 (01), 32-38

Hiller W, Bleichhardt G, Schindler A (2009): Evaluation von Psychotherapien aus der Perspektive von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. Z Psychiatr Psychol Psychother 57 (1), 7-22

Hoffmann C, Ruf-Ballauf W (2007): Stationäre psychosomatische Rehabilitation bei Patienten mit somatoformen Störungen sowie Patienten mit sozialmedizinisch relevanten Problemen: Ergebnisse einer Zweijahreskatamnese. Rehabilitation 46 (5), 283-295

Horowitz LM, Rosenberg SE, Baer BA, Ureio G, Villasenor VS (1988): Inventory of interpersonal Problems: Psychometric properties and clinical applications. J Consult Clin Psychol 56, 885-892

Howard KI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE (1986): The dose-effect relationship in psychotherapy. Am Psychol 41 (2), 159-164

7 Literaturverzeichnis

Howard KI, Lueger RJ, Maling MS, Martinovich Z (1993): A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *J Consult Clin Psychol* 61 (4), 678-685

Hunsley J, Elliot K, Therrien Z: *The Efficacy and Effectiveness of Psychological Treatments*. Canadian Psychological Association, Ottawa 2013

Imai T, Telger K, Wolter D, Heuft G (2008): Versorgungssituation älterer Menschen hinsichtlich ambulanter Richtlinien-Psychotherapie. *Z Gerontol Geriat* 41 (6), 486-496

Jacobi F, Uhmann S, Hoyer J (2011): Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie? *Z Klin Psychol Psychother* 40 (4), 246-256

Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Maske U, Hapke U, Gaebel W et al. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 85 (1), 77-87

Jacobson NS, Truax P (1991): Clinical significance – a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol* 59 (1), 12–19

Jespersen KV, Koenig J, Jennum P, Vuust P: Music for insomnia in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2015 (8), CD010459

Kächele H: Kunsttherapie und Forschung – wie Hund und Katz? In: von Sprei F, Martius P, Förstl H (Hrsg.): *Kunsttherapie bei psychischen Störungen*, Urban und Fischer / Elsevier, München 2012, 25-30

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2014): Ärztemonitor. Ergebnisse zur zweiten Befragung im Frühjahr 2014 (Stand 04.07.2014). Download unter: http://www.kbv.de/media/sp/-infas_Praesentation_Aerztemonitor_5213_20140701.pdf; Zugriff am 28.03.2018

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017a): Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Kennzahlen der Abrechnungsgruppen 1. Quartal 2009 bis 4. Quartal 2015 (Stand 01.02.2017). Download unter: http://kbv.de/media/sp/Honorarbericht_-_Tabellen.xlsx; Zugriff am 14.03.2018

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017b): Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. 3. Quartal 2015. Sonderthema: Top 20 Behandlungsanlässe je Abrechnungsgruppe (Stand 12.06.2017). Download unter: http://kbv.de/media/sp/-Honorarbericht_Quartal_3_pdf; Zugriff am 14.03.2018

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (2016): *Verordnungsmanagement*. Die 100 häufigsten Diagnosen in Praxen der Allgemeinmediziner, praktische Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, hausärztliche Internisten (Stand 28.09.2016). Download unter: http://www.kvsa.de/fileadmin/user_upload/PDF/Praxis/Verordnungsmanagement/Diagnosestatistiken/Report_Allgem_20161.pdf; Zugriff am 14.03.2018

Keller S: Rückfall und Rückfallmanagement. In: Schwarzer R, Jerusalem M, Weber H (Hrsg.): Gesundheitspsychologie von A-Z. Hogrefe, Göttingen 2002, 479-483

Klopp E: Explorative Faktorenanalyse. Universität des Saarlandes 2010; Download unter: https://psydok.psycharchives.de/jspui/bitstream/20.500.11780/3369/1/Explorative_Faktorenanalyse_final.pdf; Zugriff am 22.10.2018

Köllner V (2012): Zum Thema: Versorgungsmodelle - Das Ganze sollte mehr sein als die Summe der Teile. *Arztl Psychother* 7 (3), 137-138

Koch S, Kunz T, Lykou S, Cruz R (2014): Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes: A meta-analysis. *Arts Psychother* 41 (1), 46-64

Krampen G (1997): Autogenes Training vor und begleitend zur methodenübergreifenden Einzelpsychotherapie bei depressiven Störungen. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 45 (2), 214-232

Krampen G (2014): Ergänzung der Eingangsphase von Einzelpsychotherapien bei Angststörungen durch Gruppeneinführungen in die Progressive Relaxation vs. in das Autogene Training - Befunde einer randomisiert-kontrollierten Studie mit Zwei-Jahres-Katamnese. *Entspannungsverfahren* 31, 14-39

Krampen G (2015): Progressive Relaxation vs. Autogenes Training komplementär zur Psychotherapie bei Depressionen. Befunde einer randomisiert-kontrollierten Studie mit Zwei-Jahres-Katamnese. *Verhaltensther Verhaltensmed* 36 (1), 7-24

Kriebel R, Paar GH, Schmitz-Buhl SM, Ratz U (2001): Veränderungsmessung mit dem Veränderungsfragebogen (VEV): Entwicklung einer Kurzform und deren Anwendung in der Psychosomatischen Rehabilitation. *Prax Klin Verhaltensmed Rehabil* 14, 20-32

Kruse J, Hildenbrand G, Rauchfuß M, Gündel H, Cuntz U, Köllner V, Hartkamp N, Bergander B (2017): Kernpunkte für eine notwendige Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für das Fachgebiet. *Arztl Psychother* 12 (4), 237-240

Lambert MJ, Anderson E (1996): Assessment for the time-limited psychotherapies. *Am Psychiatr Press Rev Psychiat* 15, 23-42

Lambert MJ, Ogles BM (2009): Using clinical significance in psychotherapy outcome research: The need for a common procedure and validity data. *Psychother Res* 19 (4-5), 493-501

Lambert MJ, Ogles BM: Die Wirksamkeit und Effektivität von Psychotherapie. In: Lambert MJ (Hrsg.): *Bergin & Garfields Handbuch der Psychotherapie und Verhaltensmodifikation*. dgvt-Verlag, Tübingen 2013, 243-328 (basierend auf der 5. amerikanischen Auflage. Wiley & Sons, New York 2004)

Lambert MJ, Hansen NB, Finch AE (2001): Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *J Consult Clin Psychol* 69 (2), 159-172

Lang T, Helbig-Lang S, Petermann F (2009): Was wirkt in der Kognitiven Verhaltenstherapie der Panikstörung mit Agoraphobie? *Z Psychiatr Psychol Psychother* 57 (3), 161-175

Leirvåg H, Pedersen G, Karterud S (2010): Long-term continuation treatment after short-term day treatment of female patients with severe personality disorders: Body awareness group therapy versus psychodynamic group therapy. *Nord J Psychiat* 64 (2), 115-122

Leubner D, Hinterberger T (2017): Reviewing the effectiveness of music interventions in treating depression. *Front Psychol* 8, 1109

Liebherz S, Rabung S (2013): Wirksamkeit psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung im deutschsprachigen Raum: Eine Meta-Analyse. *Psychother Psychosom Med Psychol* 63 (09/10), 355-364

Limberg R (2006): Evaluation in der Kunsttherapie: Die Objektivierung des Subjektiven? *Musik Tanz Kunstther* 17, 117-123

Linden M (2010): Akademische oder nichtakademische Psychotherapie? *Verhaltenstherapie* 20 (3), 165-166

Linden M, Kurtz G, Baltus MM, Geiselman B, Lang FR, Reischies FM, Helmchen H (1998): Depression bei Hochbetagten. Ergebnisse der Berliner Altersstudie. *Nervenarzt* 69 (1), 27-37

Löser JK: Langfristige Therapieverläufe bei psychosomatischen Patienten nach stationärer psychosomatischer Behandlung – eine Katamnesestudie am Beispiel der Station 2024 der Universitätsmedizin Göttingen. *Med. Diss. Göttingen 2016*

Loew TH, Tritt K, Lahmann C, Röhrich F (2006). Körperpsychotherapien – wissenschaftlich begründet. Eine Übersicht über empirisch evaluierte Körperpsychotherapieverfahren *Psychodyn Psychother* 5, 6-19

Luborsky L, Singer B, Luborsky L (1975): Comparative Studies of Psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Arch Gen Psychiatry* 32 (8), 995-1008

Luborsky L, McLellan AT, Woody GE, O'Brien CP, Auerbach A (1985): Therapist success and its determinants. *Arch Gen Psychiatry* 42 (6), 602-611

Lueger RJ (1995): Ein Phasenmodell der Veränderung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 40, 267-278

Luszczynska A (2004): Change of breast self-examination: The effects of intervention on enhancing self-efficacy. *Int J Behav Med* 11, 95-103

Lutz W, Stulz N, Smart DW, Lambert MJ (2007): Die Identifikation früher Veränderungsmuster in der ambulanten Psychotherapie. *Z Klin Psychol Psychother* 36 (2), 93-104

Maling M, Gurtman M, Howard K (1995): The response of interpersonal problems to varying doses of psychotherapy. *Psychother Res* 5 (1), 63-75

7 Literaturverzeichnis

- Manzoni GM, Pagnini F, Castelnuovo G, Molinari E (2008): Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry* 41 (8), 1-12
- Maratos A, Gold C, Wang X, Crawford M: Music therapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2008 (1), CD004517
- McRoberts C, Burlingame GM, Hoag MJ (1998): Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dyn Theor Res* 2 (2), 101-117
- Melchinger H (2011): Psychotherapie vs. fachärztliche Behandlung in der ambulanten psychiatrischen Versorgung. *Monit Versorgungsforsch* 4, 35-40
- Messer C, Goedel A (2012): Ambulante Versorgungsmodelle in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. *Arztl Psychother* 7 (3), 156-160
- Möske MO, Pradel S, Schulz H (2011): Die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 54 (4), 465-474
- Mohr DC (1995): Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clin psychol* 2 (1), 1-27
- Morris SB (2008): Estimating Effect Sizes From Pretest-Posttest-Control Group Designs. *Organ Res Methods* 11 (2), 364-386
- Morris SB, DeShon RP (2002): Combining effect size estimates in meta-analysis with repeated measures and independent-groups designs. *Psychol Methods* 7 (1), 105-125
- Müller A, Müller K, Blumenstiel K, Bieber C, Eich W (2004): Das Konzept der Selbstwirksamkeit als bedeutsamer Prädiktor anhaltenden Behandlungserfolgs von Fibromyalgie-Patienten. *Aktuel Rheumatol* 29 (2), 101-108
- Nachtigall C, Suhl U: Der Regressionseffekt. Mythos und Wirklichkeit. In: Steyer R (Hrsg.): *Metheval Report*. Schriftenreihe des Lehrstuhls für Psychologische Methodenlehre und Evaluationsforschung am Institut für Psychologie der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Jena 2002, 4 (2)
- Norman P (1995): Health Locus of Control and Health Behavior: An Investigation into the Role of Health Value and Behavior-specific Efficacy Beliefs. *Pers Individ Differ* 18 (2), 213-218
- Nübling R, Bär T, Jeschke K, Ochs M, Sarubin N, Schmidt J (2014): Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland: Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal* 13, 389-397
- Oster J, Müller G, von Wietersheim J (2009): „Wer profitiert?“- Patientenmerkmale als Erfolgsprädiktoren in der psychosomatischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 48, 95-102

7 Literaturverzeichnis

Oster J, Moser AS, Danner-Weinberger A, von Wietersheim J (2016): Wirkfaktoren ambulanter Kunsttherapie in der Gruppe und Veränderungen im Erleben psychosomatischer Patienten. *Psychosom Med Psychol* 66, 82-87

o. V. (2009): KV Bremen erhöht Druck auf Psychotherapeuten und kauft Sitze auf. *Ärzte Zeitung* 27 (131), 6

Palmowski B (2009): Tue Gutes - und sprich darüber! Zum Dokumentationssystem Psychosomatische Medizin (DSP). *Arztl Psychother* 54 (4), 420-429

Patrick DL, Deyo RA (1989): Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Med Care* 27, 217-232

Petermann F, Koch U (2009): Psychosomatische Rehabilitation. Quo vadis? *Rehabilitation* 48, 257-262

Peters M (2008): Alter und Psychotherapie - Von der Annäherung zweier Fremder. *Psychother Dial* 9 (1), 5-12

Petrowski K, Hessel A, Körner A, Weidner K, Brähler E, Hinz A (2014): Die Einstellung zur Psychotherapie in der Allgemeinbevölkerung. *Psychosom Med Psychol* 64 (2), 82-85

Pfammatter M, Tschacher W (2012): Wirkfaktoren der Psychotherapie - eine Übersicht und Standortbestimmung. *Z Psychiatr Psychol Psychother* 60 (1), 67-76

Plecity DM, Danner-Weinberger A, Szkura L, von Wietersheim J (2009): Die Auswirkungen der Kunsttherapie auf das körperliche und emotionale Befinden der Patienten - Eine quantitative und qualitative Analyse. *Psychosom Med Psychol* 59 (9-10), 364-369

Rabung S, Harfst T, Koch U, Schulz H (2007): „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH)“ – Referenzdaten zur verkürzten 49-Item-Version „HEALTH-49“. Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg 2007. 4., überarbeitete Auflage, 25.11.2016. Download unter: <http://www.hamburger-module.de/-download/health-49-normen.pdf>; Zugriff am 11.04.2018

Rabung S, Harfst T, Kawski S, Koch U, Wittchen HU, Schulz H (2009): Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis“ (HEALTH-49). *Z Psychosom Med Psychother* 55, 162-179

Reuter L, Bengel J, Scheidt CE (2014): Therapie-Non-Response in der psychosomatischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitation - Eine systematische Übersicht. *Z Psychosom Med Psychother* 60 (2), 121-145

Röhrich F: Körperorientierte Psychotherapie. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W, Söllner W, Wesiack W (Hrsg.): *Uexküll, Psychosomatische Medizin* (7. Auflage). Urban & Fischer / Elsevier, München 2011, 476-484

Röhricht F, Papadopoulos N, Suzuki I, Priebe S (2009): Ego-pathology, body experience and body psychotherapy in chronic schizophrenia. *Psychol Psychother* 82 (1), 19-30

Röhricht F, Papadopoulos N, Priebe S (2013): An exploratory randomized controlled trial of body psychotherapy for patients with chronic depression. *J Affect Disord* 151 (1), 85-91

Rudolf G (2004): Störungsbezogene Ergebnisse psychodynamisch-stationärer Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother* 50 (1), 37-52

Rüger U, Dahm A, Kallinke D (Hrsg.): Faber/Haarstrick. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. Urban & Fischer / Elsevier, München 2017

Ruholl S: Selbstwirksamkeit als Indikator für psychische Störungen - Status und Verlauf. Med. Diss. Aachen 2007

Sack M, Lempa W, Lamprecht F, Schmid-Ott G (2003): Therapieziele und Behandlungserfolg: Ergebnisse einer Katamnese ein Jahr nach stationärer psychosomatischer Therapie. *Z Psychosom Med Psychother* 49, 63-73

Schäfert R, Kaufmann C, Schellberg D, Wild B, Szecsenyi J, Sauer N, Herzog W (2011): Verbessert eine spezifische ALLgemeinmedizinisch-psychosomatische Kurzgruppenintervention in der Hausarztpraxis die Lebensqualität von Patienten mit somatoformen Syndromen? – 12-Monats-Evaluation der speziALL-Studie. *Psychosom Med Psychol* 61, A071

Schauenburg H, Kuda M, Sammet I, Strack M (2000): The influence of interpersonal problems and symptom severity on the duration and outcome of short-term psychodynamic psychotherapy. *Psychother Res* 10 (2), 133-146

Schauenburg H, Sammet I, Strack M (2001): Verlauf der Symptombelastung und Vorhersage des Behandlungserfolges in der stationären Psychotherapie /Course of Symptom Severity and Prediction of Outcome in Inpatient Psychotherapy. *Z Psychosom Med Psychother* 47 (4), 380-395

Schindler C, Körkel J (1994): Selbstwirksamkeitserwartungen junger erwachsener Alkoholabhängiger: Ausprägung und Vorhersagbarkeit. *Verhaltenstherapie* 4, 152- 161

Schlagert HS, & Hiller W (2017): Merkmale und prädiktiver Wert von früher Verschlechterung in der ambulanten Psychotherapie. *Z Klin Psychol Psychother* 46 (1), 11-22

Schmieder K: Zusammenhänge zwischen Verweildauer und Behandlungserfolg in stationärer und teilstationärer Psychotherapie. Med. Diss. Freiburg 2010

Schrapppe M, Pfaff H (2011): Versorgungsforschung: Konzept und Methodik. *Dtsch Med Wochenschr* 136 (08), 381-386

Schreiber-Willnow K (2000): Das Körpererleben als methodenspezifischer Wirkfaktor in der Konzentrativen Bewegungstherapie. *Gruppenpsychother Gruppendedyn* 36, 135–155

Schroeder F: Wirkfaktoren in der Musiktherapie und der Einfluss externer Variablen auf das Erleben der Therapie. Med. Diss. Ulm 2017

Schwarzer R (1994): Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. Diagnostica 40 (2), 105-123

Seidler KP (2001): Konzentrative Bewegungstherapie (KBT). Psychotherapeut 46 (4), 223-231

Semino L, Danay E (2015): Zwangssymptome im Netzwerkmodell. Z Klin Psychol Psychother 44, 228-238

Smigiersky J: Wann muss eine Varianzanalyse gerechnet werden und wann eine Regressionsanalyse? <https://www.beratung-statistik.de/statistik-infos/statistik-beratung-faqs-/unterschied-varianzanalyse-regressionsanalyse>; Zugriff am 6.5.2018

Spengler A (2012): Psychiatrische Institutsambulanzen. Leistungsfähig, bedarfsgerecht und innovativ. Dtsch Arztebl 109 (40), A 1981-1983

Spitzer C: Integrative stationäre psychodynamische Psychotherapie. In: Trautmann-Voigt S, Voigt B (Hrsg.): Psychodynamische Psychotherapie und Verhaltenstherapie - Ein integratives Praxishandbuch. Schattauer, Stuttgart 2017, 154-164

Steffanowski A, Löschmann C, Schmidt J, Wittmann WW, Nübling R: Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Meta-Studie. Arbeiten zur Theorie und Praxis der Rehabilitation in Medizin, Psychologie und Sonderpädagogik, Band 48. Huber, Bern 2007

Stetter F, Kupper S (2002): Autogenic training: a meta-analysis of clinical outcome studies. Appl Psychophysiol Biofeedback 27, 45-98

Stiles WB, Honos-Webb L, Surko M (1998): Responsiveness in psychotherapy. Clin Psychol 5 (4), 439-458

Sullivan MD, Lacroix AZ, Russo J, Katon WJ (1998): Self-efficacy and self-reported functional status in coronary heart disease: a six-month prospective study. Psychosom med 60 (4), 473-478

Tagay S, Düllmann S, Schlegl S, Nater-Mewes R, Repic N, Hampke C, Brähler E, Gerlach G, Senf W (2011): Effekte stationärer Psychotherapie auf Essstörungssymptomatik, gesundheitsbezogene Lebensqualität und personale Ressourcen bei Anorexia und Bulimia nervosa. Psychother Psychosom Med Psychol 61 (07), 319-327

Thompson M, Thompson L, Gallagher-Thompson D, Alto P (1995): Linear and nonlinear changes in mood between psychotherapy sessions: Implications for treatment outcome and relapse risk. Psychother Res 5 (4), 327-336

Timmermann J (2008): Psychosomatisch orientierte Behandlung von Schmerzpatienten. Arztl Psychother 3, 196-198

7 Literaturverzeichnis

Timmermann J (2014): Psychosomatische Behandlung durch Heilmittelerbringer und Sensomotorische Übungsbehandlungen. *Arztl Psychother* 9, 220-222

Trautmann-Voigt S, Zander D, Metz A, Voigt B, Hromada L (2017): Ergebnisqualität in der ambulanten tiefenpsychologischen Psychotherapie: Die Bonner Evaluationsstudie (BEST). Köln-Bonner Akademie für Psychotherapie. Download unter: https://www.kbap.de/fileadmin/users/redakteur/redakteur_upload/kbap_Personal/05_Internet-Ueber_uns/05_4_Forschungsprojekte/ATT00033_BEST_Stand_17_01_18.pdf; Zugriff am 01.09.2018

Tritt K, von Heymann F, Zaudig M, Söllner W, Klapp B, Loew T, Bühner M (2010): Der Fragebogen ICD-10-Symptom-Rating (ISR). Kurzdarstellung der Normierung (Stand 10.11.2015). Download unter: <http://www.iqp-online.de/index.php?page=download>; Zugriff am 31.10.2017

Tritt K, von Heymann F, Zaudig M, Probst T, Loew T, Klapp B, Söllner W, Fydrich T, Bühner M: ICD-10-Symptom-Rating (ISR) - Das Handbuch zum Fragebogen. Ebook Neobooks, München 2015

Tschuschke V, Anbeh T (2010): Wirksamkeit ambulanter Gruppenpsychotherapie in Deutschland: Ergebnisse der PAGE-Studie. *Gruppenpsychother Gruppendedyn* 46 (3), 198-214

Valkyser A: Zur Wirksamkeit psychoanalytisch-interaktioneller Gruppentherapie in der stationären Allgemeinpsychiatrie. Med. Diss. Göttingen 2013

von Wietersheim J, Oster J, Munz D, Epple E, Rottler E, Mörtl K (2008): Kombination von Settings und Verfahren in der Psychotherapie: Versuch einer Standortbestimmung. *Psychotherapeut* 53, 424-431

Weber C, Haltenhof H, Combecher J, Blankenburg W: Bewegungstherapie bei Patienten mit psychischen Störungen: Eine Verlaufsstudie. In: Lamprecht F, Johnen R (Hrsg.): *Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik?* VAS, Frankfurt am Main 1994, 536-543

Wernsdorf T: Konzentrative Bewegungstherapie und Ich-Erleben. Eine Veränderungsmessung an psychosomatischen PatientInnen. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien 1998; Zusammenfassung verfügbar unter: https://www.dakbt.de/images/-forschung/empirische_literatur/DAKBT_Wernsdorf_1998.pdf; Zugriff am 13.6.2018

Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, Charlson FJ, Norman R E, Flaxman AD, Johns N (2013): Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 382, 1575-1586

WHO (1948): Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June 1946. *Official Records of the World Health Organization* 2, 100

Willutzki U, Teismann T, Koban C, Dymel W (2009): Veränderungen interpersoneller Probleme in der Psychotherapie sozialer Ängste: Die Rolle des Therapieprozesses. *Z Klin Psychol Psychother* 38 (1), 52-60

7 Literaturverzeichnis

Windirsch E: Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl als Prädiktoren für das Therapieergebnis nach stationärer Psychotherapie. Med. Diss. Jena 2015

Wirtz M, Löschmann C, Nübling R, Rundel M, Bengel J: Psychische Beeinträchtigung und Behandlungsmotivation als Erfolgsprognosefaktoren in der stationären Rehabilitation. In: Schliehe F (Hrsg.): Tagungsband Rehabilitation im Gesundheitssystem. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt am Main 2003, 230-232

Wittchen HU, Jacobi F (2001): Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. Bundesgesundheitsblatt 44, 993-1000

Wittmann WW, Steffanowski A (2011): Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Ergebnisse des TK- Modellprojekts. Psychother Akt 3, 6-12

Wittmann WW, Lutz W, Steffanowski A, Kriz D, Glahn EM, Völkle MC, Böhnke JR, Köck K, Bittermann A, Ruprecht T: Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse - Abschlussbericht. Techniker Krankenkasse, Hamburg 2011

Zaby A, Heider J, Schröder A (2008): Warten, Entspannung oder Verhaltenstherapie. Z Klin Psychol Psychother 37 (1), 15-23

Zank S (2002): Einstellungen alter Menschen zur Psychotherapie und Prädiktoren der Behandlungsbereitschaft bei Psychotherapeuten. Verhaltensther Verhaltensmed 23 (2), 181-193

Zwingmann C, Wirtz M (2005): Regression zur Mitte. Rehabilitation 44 (04), 244-251

Danksagung

Mein Dank gilt an erster Stelle meinem Chef und Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Herrmann-Lingen, der mir wiederholt Anregungen für ein passendes Thema gab und sich nach Beginn dieser Arbeit immer wieder sowohl Zeit nahm, meinen Ideen und Zweifeln den „roten Faden“ entgegenzuhalten, als auch mir Raum für das Umsetzen persönlicher Vorstellungen ließ.

Ebenfalls danke ich Herrn Prof. Dr. mult. Meyer für seine Einführung in das wissenschaftliche Arbeiten mit SPSS und seine kritische Haltung zur rechten Zeit.

Herrn Timmermann und seinen Mitarbeiterinnen danke ich für die sorgfältige Erhebung und (pseudonymisierte) Weitergabe der Daten sowie den stets kooperativen Austausch bei Nachfragen.