Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
des Universitätsklinikums Ulm
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Harald Gündel

Der Einfluss des Katamneseintervalls auf die Beurteilung des Behandlungsergebnisses in einem stationären internistisch-psychosomatischen Setting

Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

vorgelegt von
Tatjana Meier
aus Shitomir

2010

Amtierender Dekan: Prof. Dr. rer. nat. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Dr. phil. Horst Kächele

2. Berichterstatter: Prof. Dr. rer. biol. hum. Ferdinand Keller

Tag der Promotion: 9.06.2011

Meinen Eltern

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

1. Einleitung……1

1.1. Einführung……1

1.1.1. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie……1

1.1.2. Prävalenz psychischer Erkrankungen……2

1.1.3. Ulmer Modelle der stationären Psychosomatik……3

1.2. Ergebnis- und Katamneseforschung……5

1.2.1. Historische Einführung……5

1.2.2. Katamnestische Untersuchungen……7

1.2.3. Consumer Reports Studien……9

1.2.4. Stand der Forschung……11

1.3. Katamnese……12

1.3.1. Definition und Bedeutung……12

1.3.2. Katamneseintervall……14

1.4. Fragestellung……16

2. Methode und Stichprobe……18

2.1. Datenerhebung……18

2.2. Untersuchungsinstrumente……20

2.2.1. Studiendesign und aufgetretene Probleme……20

2.2.2. Fragebögen und Interview……24

2.3. Stichprobenbeschreibung……26

2.3.1. Patienten und klinisches Setting……26

2.3.2. Soziodemografische Datenerhebung……27

2.3.3. Diagnostische und Behandlungsdaten……29

2.3.4. Repräsentanzprüfung der Stichprobe……31

2.4. Statistische Verfahren……33

3. Ergebnisse……34

3.1. Hauptstudie: Deskriptive Beschreibung……34

3.1.1. Patientenbezogene Faktoren……34

3.1.2. Symptombezogene Faktoren……35

3.1.3. Behandlungsbezogene Faktoren……45

3.1.4. Erfolgsbeurteilung der Behandlung…...……...52
3.2. Ergebnis der Consumer Reports Untersuchung……53
3.2.1. Hauptstudie: Beitrag zur Validierung des CR-Fragebogens……53
3.2.2. Pilot- und Hauptstudie: Evaluation der katamnestischen Effektivität…….53
3.3. Pilot- und Hauptstudie: Einfluss des Katamneseintervalls auf die Evaluation der Behandlung……..56

4. Diskussion……..61
4.1. Diskussion der Methodik…….61
4.1.1. Studiendesign und Durchführung……..61
4.1.2. Fragebögen und Interview……64
4.1.3. Stichprobe…….70
4.1.4. Statistische Verfahren…….……...72
4.2. Diskussion der Ergebnisse…….……..73
4.2.1. Hauptstudie: Deskriptive Ergebnisse…….73
4.2.2. Hauptstudie: Beitrag zur Validierung des CR-Fragebogens……...……86
4.2.3. Pilot- und Hauptstudie: Beurteilung der katamnestischen Effektivität. Vergleich mit Consumer Reports Studien…….……...86
4.3. Einfluss des Katamneseintervalls auf Evaluation der Ergebnisse……88
4.4. Schlussfolgerung und Empfehlungen bezüglich klinischem Alltag und weiterer Forschung……...…..……...…….89

5. Zusammenfassung……...91
6. Literaturverzeichnis…….…...…….93
Anhang……...108
I: Katamnese-Tabelle……109
II: Tabellen…….…….……...…...115
III: Consumer Reports-Fragebogen……..116
Danksagung……..126

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
altgr.	altgriechisch
ca.	zirka
CR	Consumer Reports
ES	Effektstärke
et al.	und andere
GSI	Global Severity Index
ICD-10	International Classification of Diseases (10. Revision)
M	Median
Max.	Maximum
Min.	Minimum
MW	Mittelwert
N	Anzahl
s. a.	siehe auch
s. d.	siehe dazu
SD	Standardabweichung
Sig.	Signifikanz
Tab.	Tabelle
u.	und
u. a.	unter anderem
v. a.	vor allem
vgl.	vergleiche
vs.	versus
z. B.	zum Beispiel

1. Einleitung

1.1. Einführung

1.1.1. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

„Psychosomatische Medizin ist die Lehre von den körperlich-seelisch-sozialen Wechselwirkungen in der Entstehung, im Verlauf und in der Behandlung von menschlichen Krankheiten. Sie muß ihrem Wesen nach als eine personenzentrierte Medizin verstanden werden" (Hoffmann u. Hochapfel 1999, S.198).

Die Seele (altgr. „psyché") und Körper (altgr. „soma") wurden schon in der Tradition der griechischen Philosophie und Medizin und der abendländischen Kultur als Ganzheit verstanden. Doch mit dem Einläuten des Zeitalters der naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin in der zweiten Hälfte des 19.Jahrhunderts (Virchow, Pasteur und Koch) verlagerte sich die ganze Aufmerksamkeit auf organische Strukturen als Auslöser der Krankheit. Als Reaktion darauf entwickelte sich in der ersten Hälfte des 20.Jahrhunderts die psycho-somatische Anthropologie, die wieder den Menschen mit seiner Geschichte und seinem Erleben in den Mittelpunkt stellte (v.Weizsäcker 1940). Sie befasste sich mit dem Leib-Seele-Problem, den Wechselwirkungen zwischen körperlichen und seelischen Vorgängen. Später kam die psychosoziale Komponente hinzu, die zu einem bio-psycho-sozialen Modell der Entstehung der Krankheit und Erhaltung der Gesundheit führte (Engel 1976).

In Deutschland entwickelte sich die Psychosomatik aus der Inneren Medizin und Neurologie heraus und wurde von der Psychoanalyse beeinflusst. In den 20er und 30er Jahren entstanden vor allem in Heidelberg und Berlin die ersten Ansätze einer integrierten psychosomatischen Medizin. In diesem Rahmen kam es auch zur Einführung stationärer Behandlungskonzepte (s. d. Köhle u. Siol 2003b).

1950 wurden die ersten psychosomatischen Lehrstühle an den Universitäten in Heidelberg und München eingerichtet. Mit dem Wirken von Thure von Uexküll als Gründungsprofessor von Ulm ist die Änderung der Approbation 1970 und daraus die Entwicklung einer eigenständigen Bezeichnung des Bereiches Psychosomatische Medizin und Psychotherapie verbunden. Im Kontext der deutschen Wiedervereinigung wurde 1992 der Facharzt für Psychotherapeutische Medizin in die Weiterbildungsordnung aufgenommen und 2003 erhielt das Fachgebiet den Namen „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie".

Nach Strotzka (1975) ist Psychotherapie „ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus

(möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptom-Minimierung und/oder Strukturveränderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens“ (S.4).

Die Psychosomatische Medizin bezeichnet das Fachgebiet und die Psychotherapie ist das entscheidende Handwerk der Psychosomatik. Die Psychotherapie als Behandlungsform wird an ihren Ergebnissen gemessen und bekommt wegweisende Impulse für die Forschung aus der Psychosomatischen Medizin (Kordy u. Kächele 1996).

1.1.2. Prävalenz psychischer Erkrankungen

Die Zwölf-Monats-Prävalenz für psychische Störungen in der erwachsenen deutschen Bevölkerung liegt bei 32% (Köhle u. Siol 2003a). Die Prävalenz somatoformer Beschwerden ist deutlich höher: über mindestens 1 somatoformes Symptom innerhalb der letzten zwei Jahre berichten 56,6% der für die deutsche Bevölkerung repräsentativen Stichprobe; 32,2% berichten über mindestens vier Symptome (Hessel et al. 2002).
Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen verursachen durch nicht indizierte somatische Diagnostik und Therapie hohe Kosten im Gesundheitssystem (Lamprecht 1996). Solche Patienten werden im Durchschnitt sechs bis acht Jahre ausschließlich im somatischen System behandelt, bevor sie Psychotherapie erhalten (Janssen et al. 1999).
In der Hausarztpraxis lassen sich ca. 35% der Patienten ausmachen, die an einer behandlungsbedürftigen psychischen oder psychosomatischen Symptomatik leiden (Dilling u. Weyerer 1978, Kruse et al. 1999, Zintl-Wiegand et al. 1980).
Bei internistischen Patienten lässt sich eine psychische Komorbidität von 20-36% und ein damit assoziierter signifikant längerer Krankenhausaufenthalt finden (Friederich et al. 2002, Hauser et al. 2006).

Dem hohen Bedarf an flächendeckender psychotherapeutischer Versorgung steht ein Mangel vor allem im Bereich der stationären Akutversorgung gegenüber (Köhle u. Siol 2003a). Die Integration psychosomatischer Abteilungen in größere Krankenhäuser wird vermehrt empfohlen um die fachspezifische Versorgung zu gewährleisten und dadurch die allgemeine Krankenversorgung zu verbessern (Köhle u. Siol 2003b).

Allerdings ist in der BRD die psychosomatische Versorgung im Rehabilitationsbereich sehr gut ausgebaut und die Versorgungsforschung auf diesem Gebiet gut entwickelt (Köhle u. Siol 2003a).
Im Rahmen einer Kosten/Nutzen-Untersuchung demonstriert Zielke (1999/2001) den kostenreduzierenden Aspekt einer stationären Fachpsychotherapie um 59,3% pro Patienten. Diese Daten stützen sich auf Evaluation der Krankheitsverläufe von Patienten aus drei verhaltenstherapeutisch orientierten Psychosomatischen Fachkliniken 2 Jahre nach Behandlungsende.

Die in dieser Dissertation beschriebene Studie evaluiert die Behandlung einer internistisch-psychosomatischen Station im integrativen Ansatz in einer Internistischen Abteilung des Universitätsklinikums Ulm, deren historische Vorläufer im Folgenden vorgestellt werden.

1.1.3. Ulmer Modelle der stationären Psychosomatik

Modell I: An der 1967 gegründeten Universität Ulm war von Beginn an die Abteilung Innere Medizin und Psychosomatik ein Teil des Departments für Innere Medizin unter Professor Thure von Uexküll (Köhle et al. 1980). Unter der Leitung von K. Köhle wurde die internistisch-psychosomatische Station von 05/1972 bis 04/1979 als Projekt geführt. Die 15-Betten-Station war überwiegend mit internistisch schwerkranken Patienten belegt mit einer Mortalitätsrate von 11,7% (12,8% im gesamten Department inklusive Intensivstation). Die Patienten litten zu 76% an Organerkrankungen (26% davon Leukämien und andere Malignome), zu 10% an „psychosomatischen Erkrankungen“ und zu 6% an funktionellen Störungen.
Im Stationskonzept spielte die „psychosomatische Krankenschwester“ eine bedeutende Rolle. Im Mittelpunkt des Ansatzes stand die patientenzentrierte Behandlung durch Ärzte bzw. Pflegepersonal. Die spezifische konfliktorientierte Therapie stützte sich auf die analytisch orientierte Einzelpsychotherapie. Die Liegedauer der Patienten orientierte sich an der somatischen Seite der Erkrankung und lag bei ca. zwei Drittel unter 21 Tagen (Köhle et al. 1980). Ziel war es, Psychotherapie frühzeitig und eng an die somatische Behandlung gebunden einzuleiten und ein besseres Verständnis für psychosomatische Zusammenhänge zu erreichen (Köhle u. Siol 2003b).
Eine breite öffentliche Diskussion dieses Konzeptes trug wesentlich zur Erhaltung der Abteilung Psychosomatik als Institution nach der Emeritierung von Uexkülls bei (Köhle et al. 1980).

Modell II: Ab 1979 wurde die eigenständige Abteilung Psychosomatik in die Funktionseinheit der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie unter S. Stephanos eingebettet und örtlich in der Medizinischen Klinik in unmittelbarer Nachbarschaft zu den Abteilungen Innere Medizin I, II und III angesiedelt. Die Behandlung erfolgte mittels der „analytisch-psychosomatischen Therapie". Diese wurde im Kontext der Visite durch den Psycho-analytiker (Stephanos), die Gestalttherapeutin und das Pflegepersonal verwirklicht (Stephanos 1973, 1979).

Modell III: Mit Ausscheiden von Stephanos 1997 beschloss der Fakultätsrat die Zusammen-legung der Abteilungen Psychosomatik (ehemals Stephanos) und Psychotherapie (Kächele)[1]. Die internistisch-psychosomatische Station (15 Planbetten) arbeitete nach dem Konzept des Liaisondienstes. Das psychosomatische Team war in den internistischen Alltag der Abteilung Innere Medizin I integriert und betreute auffällige Patienten. Das Konzept wurde in der Dissertation von E. Kammerer (2000) ausführlich beschrieben und evaluiert. Im Kapitel Diskussion beziehen wir uns darauf.

Modell IV: Ab Juli 2004 erfolgte eine Modifikation des internistisch-psychosomatischen Konzeptes durch Übernahme von 7 Betten einer internistischen Station der Abteilung Innere Medizin I in die Verantwortung des psychosomatischen Chefarztes. Damit wurde das Procedere und die Aufenthaltsdauer vom psychosomatischen Team bestimmt. Die Voraus-setzung für die Aufnahme war ab dann eine F-Diagnose nach ICD-10.
Mit dem Patientenkollektiv dieses integrierten psychosomatischen Ansatzes in der Inneren Medizin führten wir die in dieser Dissertation beschriebenen Untersuchungen durch. Weiteres zum Behandlungskonzept beschreiben wir im Kapitel 2. Methode.

[1] Der dadurch frei werdende Lehrstuhl wurde in den Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie umgewandelt

1.2. Ergebnis- und Katamneseforschung

1.2.1. Historische Einführung

In der Ergebnisforschung geht es um den Nachweis der Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Behandlung anhand von erzielten Veränderungen. Diese werden durch die therapeutischen Mittel erreicht und können am Ende der Behandlung festgestellt werden. Die Erfolgskriterien werden optimalerweise am Anfang der Behandlung festgelegt und mit dem Erreichten am Therapieende verglichen (outcome). Die Stabilität der Ergebnisse wird dann in einem zeitlichen Abstand zum Behandlungsende überprüft (Katamneseforschung) (Senf u. von Rad 1990). Nach Strupp u. Hadley (1977) muss die Ergebnisforschung den Erwartungen drei verschiedener Interessengruppen gerecht werden: des Patienten, der Psychotherapeuten und der gesellschaftlichen Öffentlichkeit (Kostenträger). Mit steigender Professionalisierung der Psychotherapie nimmt das öffentliche Interesse zu und es gilt sich mit der Ökonomie der Krankenversorgung auseinanderzusetzen (Kordy u. Kächele 1996). Die zeitbezogene und praktisch orientierte Ergebnisforschung „will lead to more focused therapeutic strategies and provide sharper answers to the question of what psychotherapy can do for particular patients, at what cost, and over what periods of time" (Strupp u. Howard 1992).

Der Erfolg der Psychotherapie wurde vor allem in der Frühphase der Psychotherapieforschung an fallorientierten Berichten demonstriert. Ein bekanntes Beispiel hierfür stellt der Bericht über Anna O. in den „Studien zur Hysterie" von Freud und Breuer (1985) dar. Als erste Langzeitkatamnese mag Freuds Wolfsmann gelten (Rüger u. Senf 1994). Als Phase 0-Studien sind klinische Fallberichte für die Anfangsphase der Etablierung eines neuen Therapieverfahrens von großer Bedeutung und dienen als Basis für weitere Ausdifferenzierung (Kächele 2001, Kordy u. Kächele 2003).

Eine erste große systematische Dokumentation der Ergebnisse psychoanalytischer, ambulanter Behandlungen führte Fenichel am Berliner psychoanalytischen Institut durch (1930). Er wertete alle innerhalb von 10 Jahren am Institut eingeleiteten Psychoanalysen (721 Fälle, davon 363 abgeschlossen) aus. Die erste kritisch-analytische Übersicht weiterer Studien zwischen 1930-1951 verfasste Bergin (1971).

Nach dem 2. Weltkrieg entstand allmählich eine Kultur der systematischen Evaluation. Mit einem Paukenschlag stellte Eysenck (1952, 1966) die Wirksamkeit von analytischer Psychotherapie in Frage und behauptete, diese läge unter der Spontanheilungsquote bei Neurosen von 70%. Heute hält man seine Kritik für überzogen. Eine Reevaluation ergab eine deutliche Besserung des Krankheitsverlaufes durch Psychotherapie im Vergleich zu den von Eysenck benutzten Kontrollstichproben (McNeilly u. Howard 1991). Immerhin, Eysenck´s Forderung

nach wissenschaftlichen Nachweisen für die Wirksamkeit der Psychotherapie kurbelte die Psychotherapieforschung beträchtlich an. Gesucht wurden Antworten auf die Fragen: Ist Besserung durch Psychotherapie größer als die bei einer Spontanremission und entsteht diese durch die spezifische Wirkung der Psychotherapie oder durch den Placebo-Effekt.

Eine erste große Studie war die Menninger-Studie (Wallerstein 1989, s. Anhang I: Tab.16: Nr.5), die als Langzeitkatamnese mit einem Nachuntersuchungszeitraum von über 30 Jahren durchgeführt wurde. Es ergab sich aus vielen Gründen kein Unterschied zwischen den beiden untersuchten analytischen Psychotherapiemethoden.

Als direkte Antwort auf die Eysencks Provokation führten Dührssen und Mitarbeiter (1962) mit der AOK-Berlin eine große Ergebnisstudie mit einer 5-jährigen Katamnese durch (s. Anhang I: Tab.16: Nr.1). Die Autoren konnten zeigen, dass die Psychotherapie zu einer Reduktion der Krankenhausaufenthaltstage führt (Dührssen u. Jorswiek 1965). Dies war entscheidend für die Zulassung der psychoanalytischen Psychotherapie in der Versorgung und sicherte die Kostenübernahme durch die Krankenkassen.

Als sich seit den 50er Jahren zusätzlich zum psychoanalytischen Ansatz andere psychosoziale Behandlungsformen entwickelten, entstand ein Wettbewerb zwischen den unterschiedlichen Behandlungsansätzen. Auf der Suche nach der Therapie, die am besten wirkt, wurden viele Therapievergleichsstudien fast ausschließlich an kürzeren Therapien durchgeführt (Kordy u. Kächele 2003). Dabei sollten, wie der Dodo in „Alice in Wonderland" sagte: „All have won, all must have prices"[2], sich alle Behandlungsformen als gleich wirksam erweisen (Luborsky u. Singer 1975).

Im weiteren Verlauf kam es zu einer Differenzierung der Fragestellung: Welche Therapiemethode führt bei diesem Patienten mit einem spezifischen Problem unter welchen Bedingungen in welcher Zeit zu welchem Ergebnis (Meyer 1990). Als ein Beispiel aus dieser Phase sei das Heidelberger-Katamneseprojekt genannt (s. Anhang I: Tab.16: Nr.13). Im naturalistischen Design wurden 208 Patienten an der Psychosomatischen Universitätsklinik untersucht, die im Durchschnitt 3,5 Jahre nach Behandlung weiter verfolgt wurden. Die Festlegung individueller Ziele am Anfang der Behandlung und ihre Überprüfung am Therapieende und bei Katamnese zeichnete die Evaluationsstrategie dieser Studie aus. Die Laufzeit dieses Projektes erstreckte sich auf ca. 20 Jahre und wirft deshalb Fragen nach einer geeigneten Methodik zur Evaluation in der Psychotherapieforschung auf (von Rad et al. 1998).

[2] Hier wird es auf einen Wettlauf verwiesen, der „Alice im Wunderland" von. L. Carrol (1963) entstammt. Es handelt sich um ein Rennen, bei dem etwa ein Dutzend von Tieren, die in einen Teich gefallen sind, wieder trocken werden sollen. Auf einer kreisförmigen Bahn darf jedes Tier von einer beliebigen Stelle und zu einem beliebigen Zeitpunkt los rennen. Auf die Frage, wer der Sieger dieses Wettlaufes am Ende geworden sei, antwortet der „Dodo-Bird": "Alle sind Sieger und jeder muß einen Preis bekommen" (S.29)

1.2.2. Katamnestische Untersuchungen

Die Katamneseforschung wird als ein Bestandteil der Evaluationsforschung angesehen und spielt bei der methodischen Überlegung der Wirkungsnachweise der Psychotherapie eine große Rolle. Es lassen sich zwei Modelle der katamnestischen Untersuchungen ausmachen.

Im Kontext der psychoanalytischen Therapie wurden naturalistisch retrospektive („zurück-erinnerte") Untersuchungen entwickelt, die dem klinischen Verlauf dieser Langzeittherapie Rechnung tragen. Sie beziehen sich meist auf den gesamten Verlauf der Erkrankung und verfolgen die Krankheitsentwicklung ab dem Therapiebeginn. Dabei werden in der Regel keine Ergebnisse vom Behandlungsende erhoben (Fenichel 1930).
Als ein prägnantes Beispiel für ein solches Studiendesign sei hier die neuere Katamnesen-Studie von der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV) genannt (s. Anhang I: Tab.16: Nr.17). Nach heftigen Diskussionen entschied man sich für eine retrospektive Methodologie um den analytischen Prozess durch parallel durchgeführte Untersuchungen nicht zu stören (Leuzinger-Bohleber 2003).

Das andere Modell katamnestischer Untersuchungen entwickelte sich als ein Bestandteil der Ergebnisstudien, die auf die Eysencks Forderung hin den wissenschaftlichen Nachweis für die Wirkung der psychotherapeutischen Methode lieferten. Dabei wurde seit den 70er Jahren das Modell der randomisiert kontrollierten Studien (RCT´s) mit kurzem Nachutersuchungs-zeitraum (=Katamneseintervall) eingeführt (vgl. Grawe et al. 1994). Hierbei geht es darum, die Stabilität des bei Behandlungsende erzielten Ergebnisses zu überprüfen. Das Endergebnis stellt eine Vergleichsbasis für die Messung des Erfolges bei Katamnese dar.

In der Tabelle 16 im Anhang I fassen wir eine Übersicht ausgewählter Katamnesen zusammen. Unser Ziel ist es, eine Illustration verschiedener Studientypen mit Nach-untersuchungszeiträumen unterschiedlicher Länge über die letzten 50 Jahre aufzuzeigen. Der Schwerpunkt in unserer Darstellung liegt eindeutig auf den naturalistischen Studien, auf deren klinische Relevanz noch im Nachfolgenden eingegangen wird. Die umfassende Übersicht von Grawe et al. (1994) basiert ausschließlich auf randomisiert kontrollierten Studien.

Der Trend zu RCT´s ist eng mit behavioral-lerntheoretisch orientierten Therapieverfahren verbunden. Diese präferieren eine behandlungs-kontingente Messmethodik und Überprüfung der Effizienz; sie weisen im Vergleich zu psychoanalytisch orientierten Verfahren deutlich weniger Katamnesen auf. Wenn Nachuntersuchungen durchgeführt werden, dann als Kurz-

katamnesen mit den Nachuntersuchungszeiträumen im Bereich von Monaten (vgl. Grawe et al. 1994). Rüger u. Senf (1994) führen dies auf die Grundidee der behavioral-orientierten Verfahren zurück. Demzufolge liegt das Ziel der Behandlung in der Beseitigung einer aktuellen Störung mit der Berücksichtigung der sie unterhaltenden aktuellen Bedingungen. Die Krankheitsentwicklung auf dem biografischen und strukturellen Hintergrund wird weniger verfolgt.
Vorbildlich für diese Studienart sei hier das Projekt von National Institute of Mental Health zur Untersuchung des Verlaufes der Major Depression genannt (Shea et al. 1992). Diese erste randomisiert kontrollierte Studie mit einem Katamneseintervall von 18 Monaten untersuchte den Effekt einer 16-wöchigen Behandlung mit Kognitiver Verhaltenstherapie, Interpersoneller Therapie und psychopharmakologischer Therapie. Die Besserungssquote unterschied nicht signifikant zwischen den Gruppen und lag im Bereich von 19-30 % inklusive Placebogruppe.

Auch die Forderung nach Evidenz-basierten Medizin im Gesundheitssystem einerseits und die Konkurrenzsituation zu Medikamentenstudien andererseits führten zum Vorherrschen der randomisiert kontrollierten Studien in der Psychotherapieforschung (Heekerens 2005). Als die American Psychological Association Kriterien für die Einstufung eines psychotherapeutischen Verfahrens als „empirisch gestützt" aufstellte (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedure 1995, Hahlweg 1995), löste dies eine kontroverse Diskussion um naturalistische Studien und RCT´s aus (z.B. Leichsenring 2004, Westen et al. 2004). Die Hauptmerkmale beider Studientypen werden im Folgenden vorgestellt.

Die randomisiert kontrollierten Studien (=Phase III Studien) untersuchen unter experimentellen Bedingungen die Wirksamkeit eines Therapieverfahrens (efficacy). Ähnlich den Medikamentenstudien geht es darum die aufgetretenen Effekte ausschließlich auf die untersuchte Behandlungsmethode zurückführen zu können, um die interne Validität zu gewährleisten (Leichsenring 2004). Folgende Kriterien müssen solche Labor-Studien erfüllen: die Patienten werden nach dem Zufallsprinzip verschiedenen Behandlungsmethoden zugewiesen; es gibt Kontrollgruppen, Therapiemanuale und fixe Therapiedauer; es wird die Behandlung einer spezifischen Störung untersucht; die Patienten mit Komorbiditäten werden ausgeschlossen. Die Kritik an RCT´s liegt in ihrer begrenzten Relevanz für die klinische Praxis, da hier meist Patienten mit komorbiden Störungen, die sich selbst eine Behandlungsmethode und den Therapeuten aussuchen, behandelt werden. Auch die Dauer der Therapie richtet sich in der Praxis nach den Bedürfnissen der Patienten und wird nicht vorher festgelegt. Weiterhin wird der Erfolg der Therapie in der Praxis nicht wie in RCT´s an der Reduktion eines spezifischen Symptoms oder dessen Verschwinden gemessen, sondern an der

Verbesserung der allgemeinen Verfassung (Seligman 1995, Nathan et al. 2000, Heekerens 2005).

Demgegenüber sichern die naturalistischen Studien (=Phase IV Studien) die Effektivität (effectiveness) der Psychotherapie in der klinischen Praxis; sie streben nach einer hohen klinischen Repräsentativität (Shadish et al. 2000). Die Kriterien, die an RCT´s kritisiert werden, können hier erfüllt werden. Denn bei diesen Studien erfolgt die Erforschung der Behandlungseffekte unter Feldbedingungen, wie sie in der psychotherapeutischen Praxis existieren. Die Feldstudien fördern die externe Validität, jedoch zu Lasten der internen Validität, da bei fehlender Randomisierung und Kontrollbedingungen die Effekte nicht mit Sicherheit als Ergebnis der Therapie gelten können.

Doch sowohl die RCT´s als auch die naturalistischen Studien sind für die Wissenschaft sehr bedeutsam und unentbehrlich. Leichsenring (2004) stützt sich auf wissenschaftstheoretische Analysen zur Feldforschung von Westmeyer (1982); er zieht das Fazit, dass keine Unterschiede in der internen und externen Validität und der Evidenzbeurteilung der beiden Studientypen bestehen, da sie sich auf unterschiedliche intendierte Anwendungen beziehen. Somit stehen die beiden Subtypen nicht in Konkurrenz zueinander und sind nicht gegeneinander austauschbar. Sie werden bei unterschiedlichen Fragestellungen eingesetzt: RCT´s, wenn die Effekte einer neuen Therapiemethode erforscht werden sollen bevor sie praktiziert wird, und naturalistische, wenn die Wirksamkeit einer Behandlung in der klinischen Praxis geprüft werden soll. Vor allem für die Evaluation von Langzeittherapie-Effekten eignen sich die naturalistischen Studien besser (Jakobsen et al. 2007).

1.2.3. Consumer Reports Studien

Eine Unterform der naturalistischen Studien und einen Prototyp für Katamnesestudien stellt die Consumer Reports Studie aus den USA dar (Consumer Reports 1995, Seligman 1995). Wir gehen auf diese Untersuchung und ihre systematische Replikation in Deutschland ausführlicher ein, da wir den Fragebogen dieser Studie (modifiziert und erweitert) in unseren Untersuchungen einsetzen.

Die US-amerikanische Zeitschrift Consumer Reports enthielt in einer der Ausgaben von 1994 bei ihrer jährlichen Befragung einen Fragebogen zu Psychotherapie und Psychopharmaka. Ca. 180 000 Leser von Consumer Reports wurden dazu eingeladen den aus ca. 100 Fragen bestehenden Fragebogen zur seelischen Gesundheit zu beantworten; dies dann, wenn sie

innerhalb der letzten 3 Jahre an psychischen Beschwerden litten und dafür Unterstützung bei Freunden, Verwandten, Geistlichen, professionellen Psychotherapeuten, Hausarzt oder Selbsthilfegruppe suchten. Ca. 7000 antworteten zurück. Davon suchten 2900 professionelle Hilfe bei Psychologen, Psychiater, Sozialarbeiter, Eheberater usw. Die Effektivität solcher Behandlung wurde dabei anhand von 3 Variablen bewertet: Besserung der spezifischen Beschwerden, wegen welcher sich die Patienten in Behandlung begaben; Zufriedenheit mit der Therapie; Verbesserung der seelischen Verfassung. Diese 3 Variablen wurden in einen Zahlenwert transformiert und aus deren Summe ein Effektivitätsindex (Consumer Reports Index = CR-Index) gebildet. Als Ergebnis wurden Besserungsraten der psychischen Verfassung von 87-92% berichtet. Außerdem unterschieden sich die verschiedenen Therapieverfahren nicht in ihrer Effektivität. Jedoch zeigte sich ein klarer Zusammenhang zwischen der Dauer der Behandlung und der Behandlungseffektivität.

Die Relevanz dieser Studie liegt nicht nur in der Verstärkung einer wissenschaftlichen Debatte um die „bessere" Methode der Wirksamkeitsnachweise psychotherapeutischer Interventionen. Vielmehr wurde dadurch auch eine gesundheitspolitische Diskussion verschärft. Die Übertragung der Ergebnisse der efficacy-Forschung in die Richtlinien für psychotherapeutische Praxis scheint aus erörterten Gründen problematisch zu sein. In den USA führte dies bereits unter dem Kostenaspekt zu verschiedenen Restriktionen in der psychotherapeutischen Versorgung (z. B. Begrenzung der Therapielänge). Umso plausibler erscheint eine Forderung nach Studien, deren Ergebnisse auf die Praxis generalisiert werden können (vgl. Goldfried u. Wolfe 1996).

In Deutschland führten Hartmann u. Zepf (2002, 2003) mit der Unterstützung von Stiftung Warentest eine systematische Replikation der CR-Studie in 2000-2001 durch. 1426 Fragebögen konnten dabei ausgewertet werden. Die drei psychotherapeutischen Verfahren Psychoanalyse, Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie (deren Kosten in Deutschland von gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden) wurden in der Effektivität etwa gleich gut beurteilt, mit leichtem Vorsprung der Psychoanalyse bei der Symptombesserung. Die klientenzentrierte Psychotherapie zeigte geringere Wirksamkeit als die anderen Verfahren. Die Therapiedauer hatte auch hier einen deutlich nachgewiesenen positiven Einfluss auf die Effektivität: Bei allen drei Determinanten stieg die statistische Signifikanz ab einer Behandlungsdauer von mehr als 2 Jahren deutlich an.

Die klinische Relevanz beider Studien liegt im naturalistischen Design (Wirksamkeit der Psychotherapie unter Alltagsbedingungen) und ihrer großen Stichprobe. In beiden Studien

konnte ein Zusammenhang zwischen der Therapielänge und dem CR-Index nachgewiesen werden. Die Verwendung des CR-Indexes macht den Vergleich beider Stichproben mit nachfolgenden Untersuchungen möglich. In der von uns durchgeführten Studie findet zum ersten Mal eine Evaluation stationärer Psychotherapie mit diesem Fragebogen statt.

1.2.4. Stand der Forschung

Seit über einem Jahrzehnt kommen die Anhänger der verschiedenen Psychotherapieschulen zum Konsens, dass zu wenig Wissen über die Effektivität von Psychotherapie in der Praxis vorliegt und dass die Anzahl an Feldstudien gering ist (Heekerens 2005). Gleichzeitig werden Anstrengungen unternommen die richtige evaluative Methode für den zu untersuchenden Gegenstand zu finden. Bei der Evaluation eines psychotherapeutischen Verfahrens fordert Fäh (1998) die von ihm und Fischer postulierte Intermethoden-Konvergenz zu berücksichtigen. Demnach kann eine gültige Aussage über die Wirksamkeit eines Verfahrens erst dann getroffen werden, wenn die Ergebnisse aus der Einzelfallstudie, Labor- und Feldstudie gleichzeitig in dieselbe Richtung weisen.
Als neue verbesserten Methoden werden kontrollierte Feldstudien (Heekerens 2005) und prospektive quasi-experimentelle Studien (Leichsenring 2004) genannt.

Die nachfolgenden Beispiele spiegeln die gegenwärtige Studienlage katamnestischer Untersuchungen unterschiedlicher Modalitäten der psychoanalytischen Therapie in Deutschland wider. Vor allem geht es dabei um die Erforschung von Langzeittherapie-Effekten.

In der Göttinger Studie von Leichsenring et al. (2005, 2008) verwenden die Autoren Elemente eines naturalistischen und kontrollierten Designs (s. Anhang I: Tab. 16: Nr.27). Dem Problem einer Kontrollgruppe, die bei Langzeitpsychotherapie-Studien aus ethischen und praktischen Gründen nicht möglich ist (Seligmann 1995, Sandell et al. 1999), begegnen die Autoren mit den Daten aus den bisherigen Untersuchungen. Die Meta-Analyse von Leichsenring u. Rabung (2004) ergibt eine mittlere Effektstärke von 0,12 für Kontrollgruppe. Diese setzt sich aus den unbehandelten Patienten auf der Warteliste aus den randomisiert kontrollierten Studien und den Patienten, die als Behandlung keine spezifische Psychotherapie bekommen. Grawe et al. (1994) berichten von einer nicht signifikant abweichenden mittleren Effektstärke von 0,10 für Kontrollgruppen verschiedener Psychotherapieverfahren. Leichsenring et al. (2005) schlagen die von Leichsenring u. Rabung (2004) berechnete Effektstärke als Ersatz für eine Kontrollgruppe vor, wodurch die interne Validität einer naturalistischen Studie gesteigert werden kann.

Brockmann et al. (2003) vergleichen in der naturalistischen Frankfurt-Hamburg Langzeitpsychotherapie-Studie die Psychoanalytische Therapie und die Verhaltenstherapie miteinander (s. Anhang I: Tab.16: Nr.20). Die Patienten der Gruppen unterscheiden sich bezüglich einer Reihe von Merkmalen, u. a. in der Schulbildung, im Konsum psychotroper Substanzen und in der Symptombelastung. Die Heidelberg-Berlin-Studie (Grande et al. 2006) bedient sich der Parallelisierung von wichtigen Patientenvariablen um die Therapiegruppen miteinander vergleichen zu können (s. Anhang I: Tab.16: Nr.22). Dabei untersucht sie in einem prospektiven naturalistischen quasi-experimentellen Design die Effektivität der hochfrequenten Analytischen Psychotherapie im Vergleich zur niederfrequenten Psychodynamischen Therapie.
Die Münchener Prozeß-Ergebnis-Studie (Huber u. Klug 2005) erfüllt als erste psychoanalytische Therapiestudie die Kriterien des Phase III-Studientyps (Thomä u. Kächele 2006, S.446). Sie untersucht eine homogene Gruppe depressiver Patienten in einem prospektiven kontrolliert-randomisierten Design (s. Anhang I: Tab.16: Nr.21). Die Stärke dieser Studie liegt in der Erhebung der Daten aus drei verschiedenen Quellen: Patient, Therapeut und Untersucher.
Bisher liegen erst Teilergebnisse dieser Studien vor: die Ergebnisse aus den längeren Katamnesen stehen noch aus. Die Analyse der bereits vorliegenden Daten zeigt, dass sowohl die Analytische Psychotherapie als auch die Tiefenpsychologisch-fundierte Therapie auf die allgemeine und störungsspezifische Symptomatik gleiche Wirksamkeit aufweisen (Jakobsen et al. 2007); jedoch zeigt die Analytische Psychotherapie statistisch hochsignifikant bessere Wirkungen auf die interpersonellen Probleme.

1.3. Katamnese

1.3.1. Definition und Bedeutung

Der Begriff Katamnese stammt vom griechischen *katamnêsis* ab: „katá“ = über etw. hin bzw. nach und „mnésis“ = das Erinnern (*"dem Erinnern nach"*). In der Medizin wird darunter der kritische Bericht über eine Erkrankung und ihren Verlauf nach Abschluss der Behandlung verstanden (Pschyrembel, S.913).

Im Vergleich zu einer Ergebnisstudie, die streng genommen den Zeitraum zwischen dem Therapieanfang und dem Therapieende untersucht und die Ergebnisse der Therapie am Behandlungsende misst, bezieht sich eine Katamnesestudie auf den Zeitraum nach der Behandlung oder untersucht retrospektiv den Verlauf einer Erkrankung vom Anfang der Therapie bis zu einem willkürlich festgelegten Katamnese-Zeitpunkt (Fenichel 1930, Leuzinger-Bohleber 2003).

Das Ziel der Durchführung einer Katamnese ist es, zu prüfen inwieweit eine Erkrankung, die eine eigene Dynamik aufweist, sich durch die Therapie bessert oder geheilt wird (Cremerius 1962). Die Katamnesen haben „die sehr gewichtige Aufgabe, die Stabilität von Behandlungsergebnissen zu prüfen und die Weiterentwicklung von Patienten nach Abschluß einer Behandlung zu verfolgen“ (Rüger 1991, S.362). Somit stellen sie den wichtigeren Nachweis für die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen dar und berücksichtigen die Eigenheiten eines wellenförmigen Spontanverlaufes bei psychischen Erkrankungen (Bergin 1971, Rüger 1991). Nach wie vor ist die Anzahl an Katamnese-Studien im Vergleich zu Effektivitätsstudien deutlich geringer (Rüger u. Senf 1994).

Frank (1972) hinterfragt jedoch eine routinierte Einführung von Katamneseuntersuchungen und betont, dass der Zustand des Patienten bei Therapieende die Verfassung zu einem späteren Zeitpunkt gut vorhersagen würde. Auch Nicholson u. Berman (1983) beschäftigen sich mit der Frage, ob die aufwändigen Katamneseuntersuchungen ihre Kosten rechtfertigen. Gibt es neben den schnell eintretenden und bei Therapieende messbaren Effekten auch die nach Behandlungsende auftretenden Effekte, die erst durch Nachuntersuchung festzustellen sind? In ihrem Review von 67 Studien bis 1980 beträgt die mittlere Dauer des Katamneseintervalls etwas mehr als 8 Monate. Nur knapp die Hälfte der Studien kann sich auf einen Nachuntersuchungszeitraum von 6 Monaten und mehr beziehen. Sie kommen zur Erkenntnis, dass die Ergebnisse am Ende der Therapie denen zum Katamnesezeitpunkt sehr ähnlich sind: Sowohl die behandelten Patienten als auch die unbehandelten Patienten zeigen keine systematische Veränderung im Katamnesezeitraum. Diese Effekte sind von Therapieform, Diagnose, Messinstrumenten und der Länge des Nachuntersuchungszeitraumes unabhängig. Daraus folgern die Autoren, dass das Ergebnis der Nachuntersuchung durch das Ergebnis bei Therapieende vorhergesagt werden kann.
Im Gegensatz dazu stehen die Ergebnisse aus der randomisiert-kontrollierten Studie von Shapiro et al. (1995): Mehr als die Hälfte ihrer Stichprobe zeigt je nach Therapieform und -dauer einen klinisch instabilen Verlauf innerhalb eines Jahres nach Behandlungsende. Sandell et al. (1999) sehen das Ergebnis selbst als einen Prozess und betonen, “…dass sich die Ergebnisbeurteilung nach Beendigung der Therapie mit der Zeit ändert, weil im Patienten mehr oder weniger autonome Prozesse ablaufen, die während der Therapie angestoßen und in Gang gesetzt worden sind“ (S.330). Die Zeit nach der Therapie sei genauso wie die während der Therapie und zwar von wechselhaftem Verlauf. Weiterhin berichten Leichsenring et al. (2005) aus der Göttinger Psychoanalyse-Studie von einem kontinuierlichen Anstieg der Effektstärke in allen untersuchten Bereichen im Verlauf der Messungen (nach 50 und 160 Sitzungen, bei Therapieende und 1 Jahr danach). Auch die hochkarätig publizierte Meta-

Analyse von 23 Studien zu Langzeit-Psychotherapie von Leichsenring u. Rabung (2008) zeigt einen signifikanten Anstieg der Effektstärke vom Gesamtergebnis zwischen dem Therapieende und der Katamnese.

1.3.2. Katamneseintervall

Als Katamneseintervall wird der Zeitraum vom Therapieanfang bzw. -ende bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung bezeichnet, die in einem zeitlichen Abstand zur Behandlung durchgeführt wird. Die Frage, ab wann der Katamnesezeitraum beginnt - nach Behandlungsanfang oder nach Behandlungsende - wird in der Literatur nicht einheitlich gehandhabt. Die Übersicht der ausgewählten Katamnesestudien zeigt beide Varianten in der Tabelle 16 im Anhang I.

Es wird empfohlen bei naturalistischen Studien das Katamneseintervall vom Beginn der Behandlung festzulegen, da die Therapiedauer nicht kontrolliert wird. Als Beispiele für zwei großangelegte naturalistische Studien erwähnen wir die MZ-ESS und die TRANS-OP-Studien, die von der Forschungsstelle für Psychotherapie (Stuttgart) durchgeführt wurden.
Kächele et al. (2001) wählen in ihrer BMFT-geförderten multizentrischen Studie zu Essstörungen (MZ-ESS) den Aufnahmetag der Patienten in die Klinik als den Referenzpunkt für die 2,5-jährige Katamnese. Bei der Analyse von 1171 Krankheitsverläufen an 43 Psychosomatischen Fachkliniken stellen sie fest, dass die Länge der Behandlung keine Korrelation zu Therapieprozessdaten zeigt. Vielmehr scheint das krankenhaus-spezifische Ressourcenmanagement (wie regionale Therapiemöglichkeiten und Vorlieben und Erfahrungen der Therapeuten) einen großen Einfluss auf die Festlegung der Therapiedauer zu haben.
In der TRANS-OP Studie setzen Puschner et al. (2007) ihre Messzeitpunkte unabhängig vom Behandlungsende an, um den Verlauf der Genesung sowohl bei kurzen als auch bei längeren Therapieformen unabhängig von der Therapielänge beurteilen zu können. Somit scheint der Therapiebeginn eine Konstante im Veränderungsprozess zu sein. Aus diesem Grund wählen auch wir den Therapiebeginn für unsere Studie als geeigneten Anfangszeitpunkt der katamnestischen Untersuchung.

Ein weiterer Aspekt, über den in der Evaluationsforschung keine Einigkeit herrscht, betrifft die Länge des Katamneseintervalls. Nach der Analyse der bis 1969 durchgeführten Ergebnisstudien bemängelt Bergin (1971) den kurzen Nachuntersuchungszeitraum sowohl in naturalistischen als auch in kontrollierten Studien. „If long-term follow-up were the rule, it would be much more evident whether there are cycles in the neurotic process that follow a regualr

periodic interval…Periodic fluctuations could be noted and plotted, and environmental events and interpersonal encounters could be correlated with these fluctuations" (S.256).
Im Review aus 67 Studien finden Nicholson u. Berman (1983), dass nur 18% der Studien ein Katamneseintervall von mindestens 1 Jahr aufweisen. 76 % der Studien beziehen sich auf eine Katamneseuntersuchung von mindestens 3 Monaten nach Therapieende. Dabei wird in 88% der Studien Verhaltenstherapie evaluiert. Auch untersuchen sie u. a. die Abhängigkeit der Effektstärkedifferenzen zwischen Therapieende und Katamnese von der Länge des Nachuntersuchungszeitraumes. Dabei kann weder ein linearer noch ein nicht-linearer Zusammenhang festgestellt werden.
In der Übersicht von Grawe et al. (1994) beziehen sich nur 7% der Studien zu psychodynamischen Kurzzeittherapien auf einen Nachuntersuchungszeitraum von mehr als 2 Jahren (Sandell 1999). Rüger u. Senf (1994) beteuern hingegen, dass die Stabilität eines Erfolges sich nur anhand eines ausreichend langen katamnestischen Zeitraumes prüfen lässt. Denn nur dann sind die Patienten den krankheitsauslösenden Faktoren ausreichend lange exponiert. „Damit sind Nachuntersuchungen eigentlich umso aussagekräftiger, je länger der Zeitraum ist, auf den sie sich beziehen können" (Rüger u. Senf 1994, S.107). Sie schlagen einen Zeitraum von 5 Jahren nach Beendigung der Behandlung vor, und fordern, dass der Beobachtungszeitraum zumindest die Länge der durchgeführten Therapie erreichen müsse.

Andererseits jedoch nimmt mit dem wachsenden Katamneseintervall der Einfluss therapieunabhängiger psychosozialer Faktoren zu. Je größer der zeitliche Abstand zur Therapie, desto höher ist die Anzahl der intervenierenden Faktoren und umso schwieriger ist es den eigentlichen Therapieeffekt nachzuweisen (Herzog u. Deter 1994, Rüger 1991, Rüger u. Senf 1994).

Die Frage, ob das Katamneseintervall abhängig vom Krankheitsbild festgelegt werden sollte, sei hier am Beispiel der Anorexia nervosa dargestellt. Morgan u. Russell (1975) sowie Hsu (1980) weisen darauf hin, dass ein kurzes Katamneseintervall bei Anorexia nervosa keinen Rückschluss auf den tatsächlichen Langzeitverlauf erlaubt, da sie oft einen, zu Rezidiven neigenden, chronischen Verlauf nimmt. Morgan u. Russell (1975) fordern deshalb einen Beobachtungszeitraum von mindestens 4 Jahren. Herzog u. Deter (1994) untersuchen Anorexie-Patienten im Verlauf von 12 Jahren und stellen fest, dass der Anteil der Patienten mit gutem Verlauf eine langsame Zunahme zeigt und nach 4 Jahren ein Fünftel beträgt und im Verlauf auf die Hälfte der Fälle steigt. Somit nimmt ein schlechter Verlauf mit dem zunehmenden Katamneseintervall ab.
Des Weiteren finden Knekt et al. (2007) in einer randomisierten Vergleichsstudie an 326 ambulanten Patienten mit Angst- und depressiver Störung heraus, dass sich im ersten Jahr

nach Therapiebeginn signifikant mehr Patienten in der Gruppe mit Kurzzeittherapie bessern als in der Gruppe mit Langzeittherapie. Nach 3-jähriger Nachbeobachtungszeit ist die Besserung der Langzeittherapie-Gruppe nur bei den Patienten mit Angststörungen signifikant höher als die der Kurzzeittherapie-Gruppen. Wohingegen die Langzeittherapie bei den Patienten mit depressiver Störung keinen zusätzlichen Vorteil gegenüber den Patienten in den Kurzzeittherapie-Gruppen zeigt.

Eine katamnestische Untersuchung muss sich also nicht nur an der vorliegenden Erkrankung orientieren, sondern auch der Therapielänge und -form eine Rechnung tragen.
In einer kombinierten Quer- und Längsstudie an 418 Patienten mit einem Nachuntersuchungszeitraum von 3 Jahren stellen Sandell et al. (1999) fest, dass die Besserung der Symptome nach analytischer bzw. psychodynamischer Therapie anders verläuft als nach Psychoanalyse. Bei der letzteren hält der Besserungsprozess länger an und führt im 3. Katamnesen-Jahr zu einem besseren Ergebnis. Sie folgern daraus, dass es sich bei Psychoanalyse und Psychotherapie um differente Methoden handele und fordern eine längere Katamnese bei Psychoanalyse.
In der TRANS-OP Studie untersuchen Gallas et al. (2008) in einer Kooperation mit der Deutschen Krankenversicherung ambulante Versorgung mit Psychotherapie bei 714 Patienten im Zweijahreszeitraum. Verläufe der Genesung sind in Verhaltenstherapie (VT) und Tiefenpsychologisch-fundierter Psychotherapie (TP) in allen Phasen vergleichbar, jedoch ist die Geschwindigkeit der Besserung in Psychoanalytischer Psychotherapie tendenziell höher als in TP und VT. Im Katamneseintervall liegt keine weitere Änderung des Ergebnisses in AP vor, jedoch weiterhin eine leichte Besserung der Beeinträchtigung in TP und VT.

1.4. Fragestellung

Wie beeinflusst also der Zeitpunkt einer Katamnese bzw. das Katamneseintervall die Beurteilung des Ergebnisses einer psychotherapeutischen Behandlung?
Diese Fragestellung ist nach der uns bekannten Studienlage bisher noch nicht gezielt untersucht worden. Um ihr wissenschaftlich nachzugehen, entschieden wir uns für ein naturalistisch prospektives und experimentelles Design mit 3 Patientengruppen, die jeweils nach 6, 9 und 12 Monaten nach Behandlungsbeginn untersucht werden. Ein Katamneseintervall von max. 1 Jahr scheint uns bei der Evaluation einer akuten stationären internistisch-psychosomatischen Behandlung mit psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Ansätzen angebracht zu sein. Der von uns gewählte erste Katamnesezeitpunkt liegt dabei bei 6 Monaten, da dieser Zeitraum noch die Behandlungsdauer miteinschließt. Der zweite und dritte

Messzeitpunkt folgt in Schritten von jeweils 3 Monaten aufeinander, also nach 9 und 12 Monaten nach Therapiebeginn. Hierbei orientierten wir uns an publizierten Studien (z. B. Knekt et al. 2007).

Diese Fragestellung offenbart zwei Aspekte der Untersuchung: Die Feststellung eines Einflusses des Katamneseintervalls auf Evaluation des Ergebnisses erfordert im ersten Schritt die Befragung der Patienten zum Behandlungserfolg und im zweiten Schritt die Analyse des Zusammenhangs zwischen dem Katamneseintervall und dem Outcome.

Ausformuliert ergeben sich folgende zu untersuchende Fragestellungen:

1. Wie ist das Ergebnis der stationären internistisch-psychosomatischen Behandlung zu beurteilen? War die Therapie effektiv?

a) Sind unsere Ergebnisse mit denen von Kammerer aus der Liaisonpsychosomatik im integrierten Ansatz aus Ulm vergleichbar?

b) Sind unsere Ergebnisse aus stationärer Psychotherapie mit denen aus der ambulanten Psychotherapie in den USA und Deutschland in der katamnestischen Effektivität (nach der Therapie noch feststellbarer Wirksamkeit) vergleichbar?

c) Beitrag zur Validierung des CR-Fragebogens anhand von SCL-90-R

2. Ist ein Zusammenhang zwischen dem Ergebnis der Patientenevaluation und dem Zeitpunkt der Katamnese bzw. dem Katamneseintervall erkennbar?

a) Gibt es eine Veränderung in der Evaluation einer stationären internistisch-psychosomatischen Behandlung, wenn die Evaluation 6 Monate, 9 Monate und 12 Monate nach dem Therapiebeginn erfolgt?

b) Welchen Einfluss hat das Katamneseintervall auf die untersuchten Variablen?

c) Wann sollte man am besten eine Katamnese durchführen?

2. Methode und Stichprobe

2.1. Datenerhebung

Erste Studie

Zur Untersuchung der Fragestellung führen wir im Vorfeld der hier beschriebenen Untersuchung eine Pilotstudie durch, um den von uns erweiterten Fragebogen der Consumer Reports Studie zu testen und Hinweise für die nachfolgende Hauptstudie zu sammeln. Die Stichprobe für die Pilotstudie bilden die Patienten, die zwischen 2005 und 2006 im Arbeitsbereich für Internistische Psychosomatik der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm nach ICD-10 diagnostiziert und dann behandelt werden. Im Januar 2006 werden die Fragebögen den 79 Patienten auf postalischem Wege zugeschickt. Insgesamt kommen 50 (63,3%) verwertbare beantwortete Fragebögen zurück. Das Katamneseintervall nach Behandlungsbeginn liegt im Durchschnitt bei 11,6 Monaten (SD=4,8), die Breite reicht von 3,2 bis 19,5 Monaten.

Die Befragung erfolgt mittels des Fragebogens aus der in Deutschland replizierten Consumer Reports Studie (CR-Fragebogen), der im Kapitel 2.2. Untersuchungsinstrumente beschrieben wird. Zusätzlich liegt eine Kurzform des SCL-90-R vor, die SCL-9, um die subjektiv empfundene körperliche und seelische Beeinträchtigung anhand von 9 Items einzuschätzen. Die Daten werden retrospektiv im prä/post-Vergleich erhoben.

Zweite Studie

Die Stichprobe der zweiten Untersuchung (Hauptstudie), die in dieser Dissertation beschrieben wird, besteht aus der Patientenklientel, die vom 28.12.2005 bis 30.06.2007 zur Diagnostik und Behandlung auf die Station des Arbeitsbereiches für Internistische Psychosomatik der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm aufgenommen wird.

Am Behandlungsbeginn erfolgt eine Untersuchung mittels SCL-90-R. Zum Katamnesezeitpunkt werden die Patienten mittels eines halbstrukturierten Interviews mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten befragt. Die Befragung erfolgt retrospektiv im prä/post- Vergleich. Zusätzlich wird der SCL-90-R und der modifizierte CR-Fragebogen aus der oben beschriebenen Pilotstudie verwendet. Die Gesamtheit der Patienten wird entsprechend des unten beschriebenen Designs in drei Gruppen aufgeteilt, wobei die erste Gruppe nach 6 Monaten, die zweite nach 9 Monaten und die dritte nach 12 Monaten nach Behandlungsbeginn untersucht wird.

In den Kapiteln 3.2. und 3.3. werden die Ergebnisse aus der Befragung mit dem CR-Fragebogen dargestellt. Um eine größere Stichprobe zu erreichen legen wir diese Teilergebnisse aus beiden Studien zusammen.

Organisation der Befragung

Die Adressen und Telefonnummern der Patienten stammen aus der SAP-Datenbank des Universitätskrankenhauses Ulm. Diese werden in der Regel von den Patienten bei der Anmeldung angegeben.

Während des Klinikaufenthaltes werden die Patienten unserer Stichprobe auf die anstehende Befragung hingewiesen. Ca. 1 Monat vor dem anstehenden Katamnesegespräch werden die Patienten angeschrieben und eingeladen an der Untersuchung teilzunehmen. Mit derselben Briefsendung erhalten die Patienten 2 Fragebögen (SCL-90-R und CR-Fragebogen) mit der Bitte diese zuhause auszufüllen und zum Gesprächstermin mitzubringen. Im Briefumschlag befindet sich auch ein frankierter Rücksendebriefumschlag für den Fall, dass die Patienten ein Telefongespräch wünschen und die Fragebögen an die Doktorandin zurücksenden können. Der Termin fürs Interview erfolgt nach telefonischer Vereinbarung durch die Doktorandin ca. 1-2 Wochen vor dem geplanten Katamnesetermin. Wenn die Telefonnummer nicht gültig und durch die Telefonauskunft nicht ermittelbar ist, werden die Patienten nochmals angeschrieben mit der Bitte sich im Sekretariat der Internistischen Psychosomatik oder bei der Doktorandin zu melden und die gültige Telefonnummer zu hinterlassen. Bei ungültigen Adressen werden die Einwohnermeldeämter angeschrieben.

Die befragten Patienten geben ihre schriftliche Zustimmung für die Teilnahme an der Studie.

2.2. Untersuchungsinstrumente

2.2.1. Studiendesign und aufgetretene Probleme

Um den Einfluss des Katamnesezeitraumes zu untersuchen, bilden wir unter den Patienten 3 Gruppen: Gruppe A wird nach 6 Monaten nach Therapiebeginn befragt, Gruppe B nach 9 Monaten und Gruppe C nach 12 Monaten nach Therapiebeginn. Die Zuordnung erfolgt nach einem festen Schema entsprechend der Reihenfolge des Aufnahmedatums. Dadurch können die Patienten aus 2 bis 3 Gruppen jeden Monat im Laufe eines Jahres befragt werden um saisonalen Einfluss auf die Ergebnisse der Befragung zu vermeiden. Die Abbildung 1 stellt das Schema der Randomisierung dar.

	A	B	C	D	E	F	12m						9m						6m						12m	9m	6m	
101	101	101	101	101	101	101																						
102	102	102	102	102	102	102																						
103	103	103	103	103	103	103																						
104	104	104	104	104	104	104																						
105	105	105	105	105	105	105																						
106	106	106	106	106	106	106																						
107	107	107	107	107	107	107																						
108	108	108	108	108	108	108																						
109	109	109	109	109	109	109																						
110	110	110	110	110	110	110																						
111	111	111	111	111	111	111																						
112	112	112	112	112	112	112	A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E	F	A	B	C	D	E	F				
201	201	201	201	201	201	201	**101**	**101**	**101**	**101**	**101**	**101**	**104**	**104**	**104**	104	104	104	107	107	107	107	107	6	**6**	**3**	**0**	9
202	202	202	202	202	202	202	**102**	**102**	**102**	**102**	**102**	**102**	**105**	**105**	**105**	105	105	105	108	108	108	108	108	108	**6**	**3**	**0**	9
203	203	203	203	203	203	203	**103**	**103**	**103**	**103**	**103**	**103**	**106**	**106**	**106**	106	106	106	109	109	109	109	109	109	**6**	**3**	**0**	9
204	204	204	204	204	204	204	104	104	104	**104**	**104**	**104**	**107**	**107**	**107**	107	107	107	**110**	**110**	**110**	110	110	110	**3**	**3**	**3**	9
205	205	205	205	205	205	205	105	105	105	**105**	**105**	**105**	**108**	**108**	**108**	108	108	108	**111**	**111**	**111**	111	111	111	**3**	**3**	**3**	9
206	206	206	206	206	206	206	106	106	106	**106**	**106**	**106**	**109**	**109**	**109**	109	109	109	**112**	**112**	**112**	112	112	112	**3**	**3**	**3**	9
207							107	107	107	**107**	**107**	**107**	110	110	110	**110**	**110**	**110**	**201**	**201**	**201**	201	201	201	**3**	**3**	**3**	9
208							108	108	108	**108**	**108**	**108**	111	111	111	**111**	**111**	**111**	**202**	**202**	**202**	202	202	202	**3**	**3**	**3**	9
209							109	109	109	**109**	**109**	**109**	112	112	112	**112**	**112**	**112**	**203**	**203**	**203**	203	203	203	**3**	**3**	**3**	9
210							110	110	110	110	110	110	201	201	201	**201**	**201**	**201**	**204**	**204**	**204**	**204**	**204**	**204**	**0**	**3**	**6**	9
211							111	111	111	111	111	111	202	202	202	**202**	**202**	**202**	**205**	**205**	**205**	**205**	**205**	**205**	**0**	**3**	**6**	9
212							112	112	112	112	112	112	203	203	203	**203**	**203**	**203**	**206**	**206**	**206**	**206**	**206**	**206**	**0**	**3**	**6**	9
																									36	**36**	**36**	108

Abbildung 1: Geplantes Studiendesign der katamnestischen Hauptuntersuchung an der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm 2006/2007: Aufnahmedatum als Randomisierungskriterium zur Einteilung der Patienten der internistisch-psychosomatischen Station in 3 Gruppen mit 12, 9 und 6 Monaten Katamneseintervall

Erklärung: die horizontalen Zahlen ganz links bedeuten Monate: z. B. 101=Monat 1 des 1.Jahres, 112=Monat 12 des 1.Jahres, 201=Monat 1 des 2.Jahres usw. Buchstaben A-F bedeuten die pro Monat aufgenommenen Patienten (ca. 6). Die Koordinaten eines Patienten setzen sich also aus der Zahl und dem Großbuchstaben zusammen: z.B. 101A. Die fettgedruckten Zahlen im Mittelkörper der Grafik stellen die Zuordnung der Patienten zur jeweiligen Gruppe dar. Ganz rechts ist die Anzahl der Patienten erkennbar, die im Laufe eines Monats aus der jeweiligen Gruppe untersucht (ca. 9) werden.

Nach der Datenauswertung stellen wir fest, dass die Bildung von 3 Gruppen aus zwei Gründen nicht möglich ist: Zum einen ergeben sich große Differenzen zwischen dem Zeitpunkt des Ausfüllens von Fragebögen (CR-Fragebogen und SCL-90-R) und dem Zeitpunkt des Interviews, da die Patienten die Fragebögen im Vorfeld des Interviews nach Hause zugesandt bekommen und diese vor bzw. nach dem Interview ausfüllen können.

So liegt das Katamneseintervall der Fragebögen durchschnittlich bei 292,4 Tagen (SD=74,4; M=302,5) mit einer Breite von 156-414 Tagen und das Katamneseintervall des Interviews durchschnittlich bei 304,6 Tagen (SD=74,2; M=313,5) mit einer Breite von 179-417 Tagen. Die verschiedenen Intervalle sind in der Abbildung 2 dargestellt.

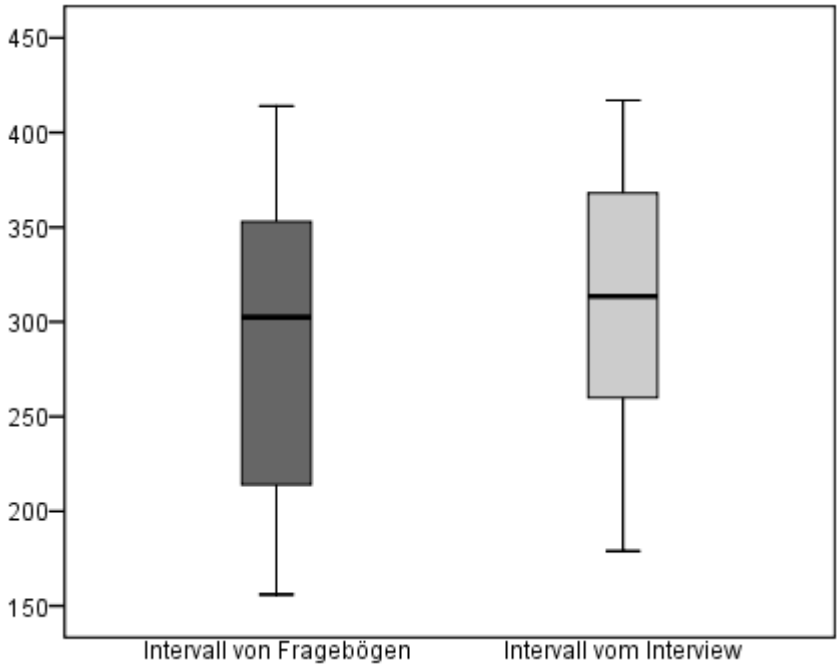

Abbildung 2: Boxplot-Darstellung der zwei Katamneseintervalle aus der Hauptuntersuchung zur internistisch-psychosomatischen Behandlung an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm 2006/2007 in Tagen (N=54)

Intervall von Fragebögen: Zeitraum zwischen dem Aufnahmedatum der Patienten auf die internistisch-psychosomatische Station und dem Ausfüllen von Fragebögen; Intervall vom Interview: Zeitraum zwischen dem Aufnahmedatum derselben Stichprobe und dem Interview.

Der Mittelwert der Zeitdifferenz zwischen den beiden Katamneseintervallen liegt bei 12,19 Tagen (SD=27,89) und die Breite zwischen 0 und 112 Tagen. Dies veranschaulicht die Abbildung 3.

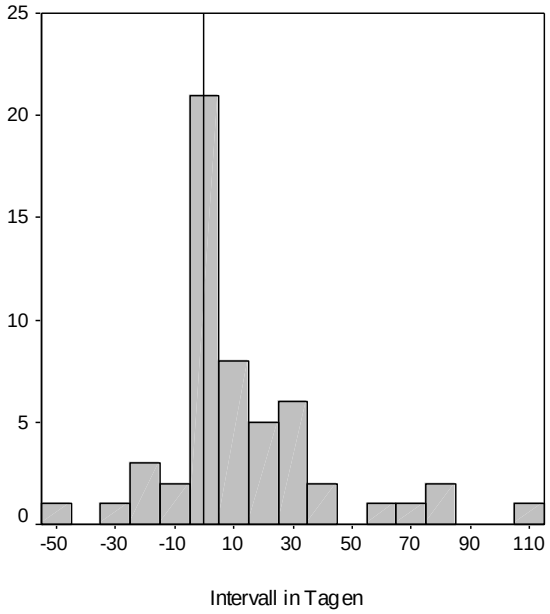

Abbildung 3: Zeitintervall in Tagen zwischen dem Datum fürs Interview und dem Datum des Ausfüllens der Fragebögen durch die befragten Patienten der internistisch-psychosomatischen Station im Rahmen der katamnestischen Hauptuntersuchung an der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm 2006/2007 (N=54).
Die Vertikale markiert den Ursprung bei 0 Tagen.

Zum anderen wird der genau festgelegte Katamnesezeitpunkt nicht immer eingehalten, wenn die Patienten zum angesetzten Termin nicht kommen können oder telefonisch nicht zur Verfügung stehen. In der Abbildung 4 ist die Tendenz zur Formierung von 3 Gruppen erkennbar. Man achte dabei auf die Zeiträume 180-200 Tage (6-6,7 Monate), 280-300 Tage (9,3-10 Monate) und 360-380 Tage (12-12,7 Monate)[3]. Wenn man von den Patienten mit verzögerten Terminen absieht, wären kleine Gruppen mit ungleicher Patientenanzahl (12/13/20) möglich. Allerdings zeigt die Verteilung von Katamneseintervallen zwischen der Aufnahme und dem Ausfüllen der Fragebögen (s. Abbildung 5) verschwommene Grenzen zwischen den angesetzten Zeitintervallen der 3 Gruppen. Auf Grund von der Kombination dieser 2 Aspekte verzichten wir bei der Auswertung auf die Bildung von 3 Gruppen.

[3] Bei dieser Berechnung gehen wir von 1 Monat=30 Tage aus.

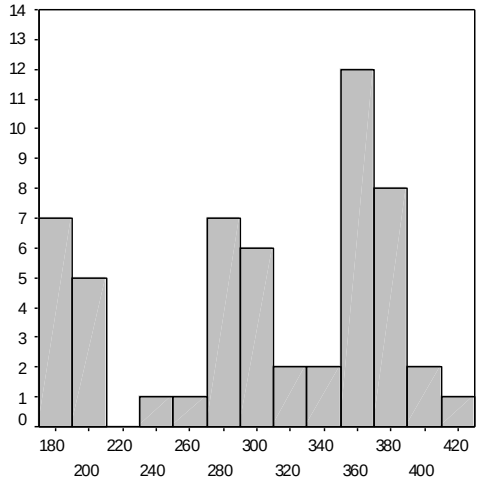

Abbildung 4: Verteilung von Katamneseintervallen vom Interview (in Tagen) aus der katamnestischen Hauptuntersuchung zur internistisch-psychosomatischen Behandlung an der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm 2006/2007 (N=54)
Katamneseintervall vom Interview: Zeitraum zwischen dem Aufnahmedatum der Patienten auf die internistisch-psychosomatische Station und dem Interview.

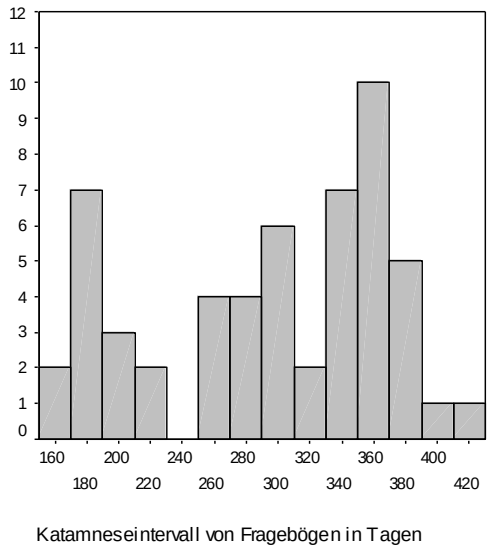

Abbildung 5: Verteilung von Katamneseintervallen von Fragebögen (in Tagen) aus der katamnestischen Hauptuntersuchung zur internistisch-psychosomatischen Behandlung an der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm 2006/2007 (N=54)
Katamneseintervall von Fragebögen: Zeitraum zwischen dem Aufnahmedatum der Patienten auf die internistisch-psychosomatische Station und dem Ausfüllen der Fragebögen.

2.2.2. Fragebögen und Interview

SCL-90-R

Die Symptom-Checkliste (SCL-90-R) von Derogatis (deutsche Version von Franke 2002) wurde in der von uns verwendeten Form 1977 an 1002 ambulanten Psychiatriepatienten entwickelt und gibt einen Überblick über die subjektiv wahrgenommene Belastung der Patienten auf der symptomatischen Ebene in den letzten sieben Tagen wieder. Die Standardisierung des Fragebogens findet durch Franke in den 90er Jahren an unterschiedlichen Kollektiven statt. Angewandt wird dieser Fragebogen im stationären und ambulanten Versorgungsbereich bei Patienten mit psychischen Störungen.

Die SCL-90-R enthält 90 Items, die zu neun Skalen zusammengefasst werden und Störungen in diesen Bereichen aufzeigen: 1.Somatisierung, 2.Zwanghaftigkeit, 3.Unsicherheit im Sozialkontakt, 4.Depressivität, 5.Ängstlichkeit, 6.Aggressivität/Feindseligkeit, 7.Phobische Angst, 8.Paranoides Denken, 9.Psychotizismus. 5 Antwortmöglichkeiten stehen den Patienten zur Verfügung: *überhaupt nicht, ein wenig, ziemlich, stark, sehr stark*. Von den drei Globalen Kennwerten verwenden wir in unserer Studie nur den GSI (Global Severity Index) um die grundsätzliche psychische Belastung der Patienten zu beschreiben. Der GSI ist gleich Summe der Summenwerte geteilt durch die Anzahl der beantworteten Items des gesamten Tests (90). Durch den Einsatz eines standardisierten Messinstrumentes bei Behandlungsbeginn und zum Katamnesezeitpunkt lässt sich der symptomreduzierende Effekt der Behandlung beurteilen.

Die in der Pilotstudie eingesetzte Kurzversion SCL-K-9 enthält nur 9 Items bei den gleichen 5-Punkt-Antwortmöglichkeiten und hat eine Korrelation mit dem GSI-90 (Global Severity Index von SCL-90-R) von r = 0,93 (Klaghofer u. Brähler 1996).

Erweiterter Consumer Reports Fragebogen (CR-Fragebogen)

Weiterhin verwenden wir den Fragebogen aus der systematischen Replikationsstudie der Consumer Reports Studie in Deutschland. Das Original aus den USA wurde von den Autoren Hartmann u. Zepf (2002, 2003) ins Deutsche übersetzt und für die deutschen Verhältnisse modifiziert. Den deutschen Fragebogen passen wir an die Verhältnisse unserer stationären Rahmenbedingungen an und erweitern ihn um 4 neue Fragen. In den neuen Fragen geht es um die Motivation am Anfang der Therapie, um die Beurteilung der hilfreichen Beziehung zu Ärzten/Therapeuten/Pflegekräften, um die Beurteilung der Chefarztvisite und um die Frage, ob sich der Therapieaufwand im Hinblick auf die Behandlungsergebnisse gelohnt hat.

Die Frage nach der allgemeinen seelischen Verfassung erweitern wir um den sozialen Aspekt. Die Beurteilung der Kompetenz, der hilfreichen Beziehung und der Behandlungszufriedenheit beziehen wir auf alle teilnehmenden Mitglieder des Behandlungsteams: den Einzelpsychotherapeuten, das psychosomatische Team, das internistische Team (die Ärzte auf der Station),

das Pflegepersonal, und anschließend das gesamte internistisch-psychosomatische Team. Der erweiterte CR-Fragebogen findet sich im Anhang mit Kennzeichnung der neuen und modifizierten Fragen.

Die Effektivität der Behandlung wird anhand von 3 Variablen (aus 4 Fragen) beurteilt: Besserung der spezifischen Beschwerden, wegen welcher sich die Patienten in Behandlung begaben; Zufriedenheit mit der Therapie; Verbesserung der seelischen Verfassung. Diese 3 Variablen werden in einen Zahlenwert transformiert (pro Variable 0-100 Punkte), sodass die höchsten Werte für die deutliche Besserung der Beschwerden und der seelischen Verfassung und die absolute Zufriedenheit mit der Behandlung bedeuten und die niedrigsten das Gegenteil davon. Aus deren Summe wird ein Effektivitätsindex (Consumer Reports Index = CR-Index) gebildet, der einen Wert von 0-300 aufweisen kann.

Fragebogen fürs Interview

Für das Interview benutzen wir den halbstandardisierten Fragebogen mit vorgegebenen und offenen Antwortmöglichkeiten aus der Dissertation von Kammerer 2000 aus Ulm (Entwicklung des Fragebogens in Zusammenarbeit mit B. Krämer).

Der Fragebogen befasst sich mit den Auswirkungen der Symptome und Veränderungen in den Bereichen körperlicher und seelischer Verfassung, beruflicher Situation, Freizeitgestaltung, Beziehungen, Körperwahrnehmung. Weiterhin befasst er sich mit der Krankheitsverarbeitung, der Therapiebeurteilung nach Wirksamkeit und Bedeutsamkeit, der Weiterempfehlung durch den Patienten, der Erfolgsbeurteilung der Therapie, der Umsetzung der Therapieempfehlung nach Behandlungsende, der Inanspruchnahme ärztlicher Dienste und der Arbeitsfähigkeit. Die Erhebung erfolgt im retrospektiven prä/post-Vergleich.

2.3. Stichprobenbeschreibung

2.3.1. Patienten und klinisches Setting

Die Patienten

In die Studie werden alle Patienten des Zeitraumes vom 28.12.2005 bis 30.06.2007 eingeschlossen, die einen stationären Krankenhausaufenthalt von mindestens acht Tagen inklusive Aufnahme- und Entlasstage aufweisen. Eine Aufenthaltsdauer von weniger als einer Woche stellt eine diagnostische Phase dar und kann erfahrungsgemäß nicht zur therapeutischen Zwecken genutzt werden.

In diesem Zeitraum werden 93 Patienten nach den oben beschriebenen Kriterien aufgenommen, 2 Patientinnen versterben an den Folgen ihrer Erkrankungen im Katamnese-zeitraum und 2 Patientinnen werden erneut auf die Station im Vorfeld der Befragung aufgenommen, sodass sie aus dem Untersuchungskollektiv ausscheiden. Bei einer Patientin kann im Katamnesezeitraum eine körperliche Ursache (Nebenniereninsuffizienz) für die Beschwerden diagnostiziert werden, sodass bei Hormonsubstitution die ursprünglichen Beschwerden vollständig zurückgehen. Ihre Angaben werden in die Gesamtauswertung nicht miteinbezogen. Die Stichprobe bilden also 88 Patienten.

Insgesamt nehmen an der Untersuchung 77,3% der Patienten (68) teil.

Von 67% (59) der Stichprobe erhalten wir die ausgefüllten Fragebögen SCL-90-R und CR-Fragebogen zurück. 71,6% (63) der Patienten werden interviewt. Dabei finden persönliche Gespräche mit 40,9% (36) statt; 38,6% (34) davon in der Klinik und 2,3% (2) bei Hausbesuchen. Mit 30,7% (27) werden Telefongespräche geführt.

Abschließend stehen uns vollständige Datensätze von 61,4% (54) zur Auswertung zur Verfügung, bestehend aus den Angaben aus Interviews und den zwei Fragebögen. Davon entscheiden sich 61,1% (33) für ein persönliches Interview, telefonisch befragt werden 38,9% (21).

Für den prä/post-Vergleich der Daten aus der Untersuchung mit SCL-90-R stehen uns 53,4% (47) verwertbare Datensätze zur Verfügung.

Klinisches Setting

Die Aufnahme der Patienten erfolgt auf eine internistisch-psychosomatische Station der Medizinischen Universitätsklinik Ulm. Im Rahmen eines integrierten Konzeptes stehen dem psychosomatischen Team 7-8 Betten in der Abteilung für Innere Medizin I zur Verfügung. Die Patienten werden von einem fünf- bis sechsköpfigen psychosomatischen Team und den internistischen Kollegen der Abteilung für Innere Medizin I behandelt. Die Behandlung durch das psychosomatische Team erfolgt multimodal basierend auf Psychodynamischer Therapie

und Verhaltenstherapie mit Unterstützung von konzentrativer Bewegungstherapie, Gestaltungstherapie, Musiktherapie. Der Grund für eine stationäre Therapie sind nicht beherrschbare Krankheitsepisoden bei: Somatoformen Störungen, Essstörungen, körperlichen Erkrankungen mit psychischer Begleitsymptomatik und ungeklärten Zuständen zur Diagnostik.

2.3.2. Soziodemografische Datenerhebung

Geschlechtsverteilung

Bei der Geschlechtsverteilung überwiegen die Frauen mit 79,6% (43) im Vergleich zu den Männern mit 20,4% (11).

Altersverteilung

Die Altersverteilung zum Zeitpunkt der Katamnese erstreckt sich von 17 bis 77 Jahren, das mittlere Alter beträgt 43,19 Jahre (SD=16,64; M=43,50 Jahre).

Höchster Abschluss

Die Verteilung der höchsten Abschlüsse stellt die Tabelle 1 dar. Über keinen Abschluss verfügen 7,4% (4). 13,0% (7) haben ein Abitur. 22,2% (12) schliessen Haupt- bzw. Volksschule ab, 42,6% (22) verfügen über mittlere Reife. Eine akademische Ausbildung geniessen 14,8% der Patienten (8).

Tabelle 1: Verteilung von höchsten Abschlüssen der befragten Patienten im Rahmen der katamnestischen Hauptuntersuchung auf der internistisch-psychosomatischen Station der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm 2006/2007 (N=54)

Abschluss	**Häufigkeit**	**Anzahl**
kein Abschluss	7,4%	4
Haupt-, Volksschule	22,2%	12
Real-, Mittel-, Handels-, Fachschule	42,6%	22
Gymnasium, Oberschule	13,0%	7
Fachhochschule	7,4%	4
Uni, Technische Hochschule	7,4%	4

Beruf

Eine Übersicht über die Arbeitssituation zur Zeit der Behandlung und zum Zeitpunkt der Untersuchung gibt die Tabelle 2 wieder. Vor der Behandlung sind 59,3 % der Patienten (32) in Ausbildung/Studium oder berufstätig, 18,5 % (10) sind arbeitslos oder zuhause und 22,2 % (12) in Rente. Im Katamneseintervall werden 5 Patienten arbeitslos und ein Patient wird berentet. Die Dauer der Berentung liegt zum Katamnesezeitpunkt zwischen 2,5 Monaten und 18 Jahren, mit dem Durchschnitt bei 9 Jahren (SD=6,72 Jahre).

Tabelle 2: Beschäftigung der befragten Patienten vor der internistisch-psychosomatischen Behandlung und zum Zeitpunkt der katamnestischen Befragung im Rahmen der Hauptuntersuchung zur internistisch-psychosomatischen Behandlung der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm 2006/2007 (N=54)

Beschäftigung	**vor Behandlung**	**bei Katamnese**
in Ausbildung/Studium	20,4% (11)	20,4% (11)
Hausfrau/Hausmann	7,4% (4)	7,4% (4)
berentet	22,2% (12)	24,1% (13)
arbeitslos	11,1% (6)	20,4% (11)
berufstätig	38,9% (21)	27,8% (15)

Personen im Haushalt

Hinsichtlich der Anzahl lebender Personen im Haushalt geben 20,4% der Patienten (11) an allein und 42,6% (23) mit einer oder 2 Personen zusammenzuleben. 37% (20) geben an mit mehr als zwei Personen zu leben. Der Durchschnitt liegt bei 2,1 Menschen zusätzlich zum Patienten pro Haushalt (SD=2,00). Bei insgesamt 90 Erwachsenen und 23 Kindern in den angegebenen Haushalten liegt der Anteil an Kindern bei 20,1%.

Regionale Verteilung

Die Patienten kommen aus den Regionen Ulm, Bayerisch-Schwaben, Biberach, Bodensee, Allgäu, Heidenheim, Göppingen, Konstanz, Pforzheim-Enzkreis (Regierungsbezirk Karlsruhe), Rhein-Erft-Kreis (Regierungsbezirk Köln).

2.3.3. Diagnostische und Behandlungsdaten

Wartezeit bis zum Behandlungsbeginn

Laut Patientenangaben warten 70,1% der Patienten (38) weniger als 1 Monat auf den Behandlungsplatz. 16,7% der Patienten (9) warten 1-2 Monate und 11,1% (6) der Patienten warten mehr als 3 Monate auf einen Behandlungsplatz.

Behandlungsdauer

Die mittlere Behandlungsdauer liegt bei 37,3 Tagen (SD=27,76; M=27). Die Behandlungsdauer von unter 8 Tagen, inklusive den Aufnahme- und Entlasstag, ist ein Ausschlusskriterium. Die maximale Aufenthaltsdauer auf der Station liegt bei 125 Tagen. Die Abbildung 6 zeigt eine Übersicht.

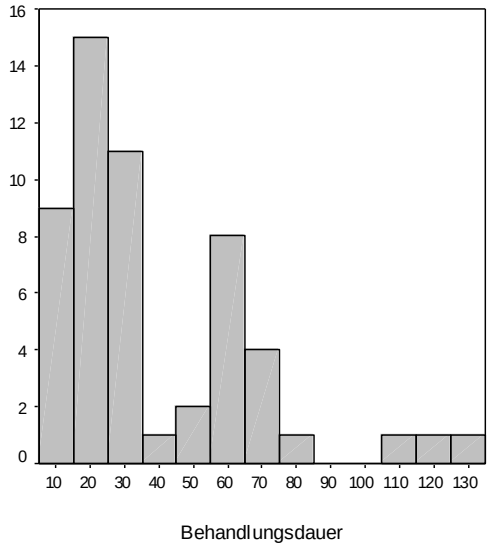

Abbildung 6: Verteilung der Dauer der stationären internistisch-psychosomatischen Behandlung (in Tagen) der befragten Patienten im Rahmen der katamnestischen Hauptuntersuchung an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm 2006/2007 (N=54)

Stationen

Die Patienten sind auf 3 Stationen der Abteilung Innere Medizin I verteilt: 51,9% Patienten (28) auf der 2A (Schwerpunkt Diabetes mellitus und sonstige endokrinologische Krankheitsbilder), 46,3% (25) auf der 2B (gastroenterologische Erkrankungen) und 1 Patient liegt auf der 2C (gastroenterologische Erkrankungen).

Diagnosen

Die Patienten werden nach ICD-10 diagnostiziert und können bis zu 3 psychische Diagnosen haben: 1 Hauptdiagnose und bis zu 2 Nebendiagnosen. Die somatischen Diagnosen werden

hier nicht aufgelistet, da die Voraussetzung für die Behandlung eine F-Diagnose nach ICD-10 war und es den Rahmen dieser Dissertation sprengen würde auf alle Diagnosen der Patienten einzugehen. Auf Wunsch ist eine Liste mit allen zusätzlichen somatischen Diagnosen erhältlich.

Die Tabelle 3 zeigt die Verteilung aller Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen inklusive) innerhalb der Stichprobe. Die häufigste Diagnose ist die somatoforme Störung mit 32% (17), dicht gefolgt von den depressiven und Angststörungen mit 24% (13) und den Essstörungen mit 20% (11).

Tabelle 3: Verteilung aller Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) der befragten Patienten der internistisch-psychosomatischen Station im Rahmen der katamnestischen Hauptuntersuchung an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm 2006/2007 (N=54).
Pro Patient sind bis zu drei Diagnosen möglich.

Diagnosen	**ICD-10**	**Häufigkeit**	**Anzahl**
Somatoforme Störung	F 45	31,5%	17
Depressive Episode	F 32	24,1%	13
Sonstige Angststörungen	F 41	24,1%	13
Essstörungen	F 50	20,4%	11
Reaktionen auf schwere Belastungen, Anpassungsstörungen	F 43	13,0%	7
Spezifische Persönlichkeitsstörungen	F 60	3,8%	2
Psychische u. Verhaltensstörungen durch Sedativa/ Hypnotika	F 13	1,9%	1
Rezidivierende depressive Störung	F 33	1,9%	1
Anhaltende affektive Störungen	F 34	1,9%	1
Dissoziative Störungen	F 44	1,9%	1
Psychologische/ Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	F 54	1,9%	1

Die Hauptdiagnosen folgen fast demselben Verteilungsmuster. Allerdings nehmen hier die Essstörungen den dritten und die Angststörungen den vierten Platz ein. Siehe dazu das Schaubild 7.

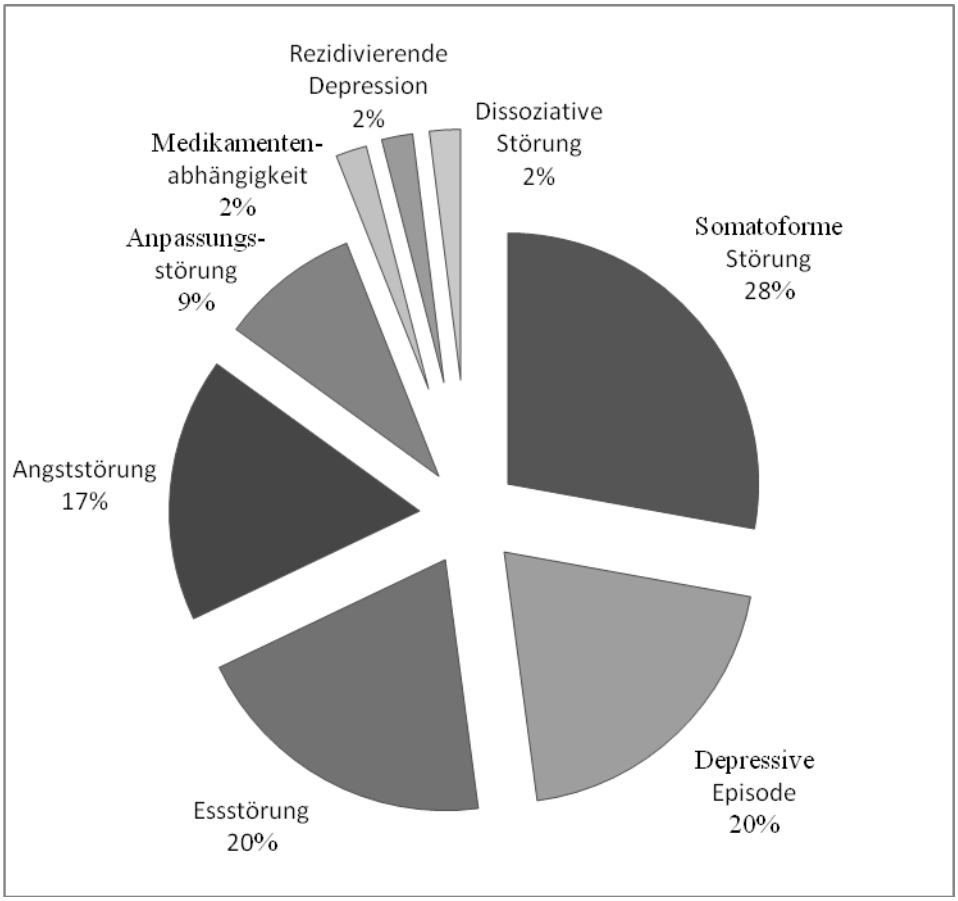

Abbildung 7: Verteilung von Hauptdiagnosen der befragten Patienten der internistisch-psychosomatischen Station im Rahmen der katamnestischen Hauptuntersuchung an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm 2006/2007 (N=54)

2.3.4. Repräsentanzprüfung der Stichprobe

Wir führen eine Repräsentanzprüfung der Gesamtstichprobe (88 Patienten) durch um die Unterschiede zwischen dem befragten (= Teilnehmer, 54 Patienten) und dem unbefragten Kollektiv (=Nicht-Teilnehmer, 34 Patienten) bezüglich Alter, Geschlecht, Behandlungsdauer und Diagnosen zu eruieren.

Bezüglich des Alters und der Diagnosen ergibt sich kein statistisch signifikanter Unterschied. Hinsichtlich der Behandlungsdauer kann sowohl im parametrischen Test (t-Test (2-Gruppen): $t(86) = 2{,}043$, $p = 0{,}044$ zweiseitig) als auch im nicht-parametrischen Test (Exakter Mann-Whitney U-Test: $p = 0{,}033$ zweiseitig) eine statistische Signifikanz nachgewiesen werden.

Dabei liegt die durchschnittliche Behandlungsdauer bei den Teilnehmern bei 37,3 Tagen (SD= 27,8), bei den Nicht-Teilnehmern bei 25,8 Tagen (SD=21,8). Die Abbildung 8 stellt diesen Zusammenhang dar.

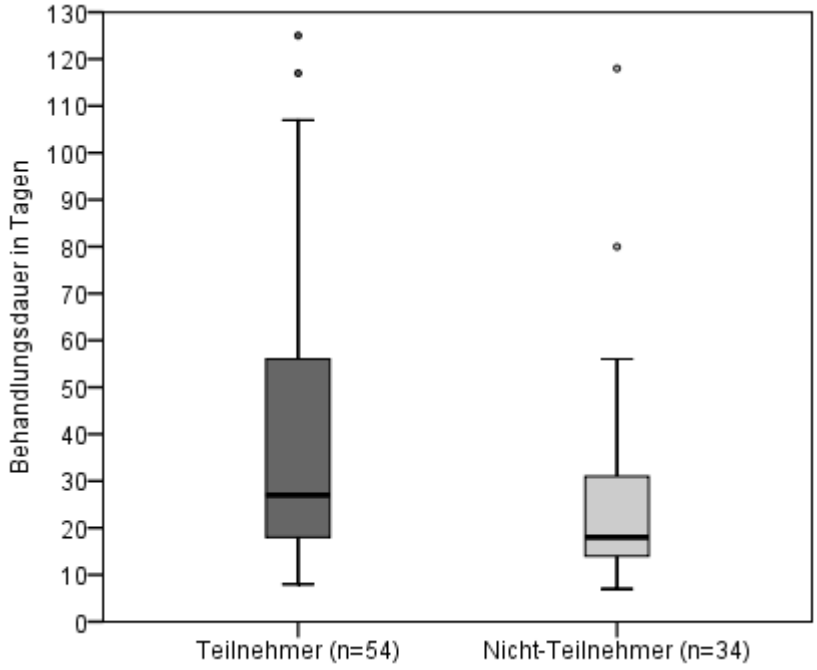

Abbildung 8: Boxplot-Darstellung der Behandlungsdauer der Patienten der internistisch-psychosomatischen Station der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm, die an der katamnestischen Hauptuntersuchung 2006/2007 teilnehmen (=Teilnehmer) und nicht teilnehmen (=Nicht-Teilnehmer), im Vergleich (N=88)

Auch in Bezug auf das Geschlecht sind statistisch signifikant mehr Männer unter den Nicht-Teilnehmern als Frauen (Fisher-Exakttest: p = 0,052 zweiseitig, p = 0,032 einseitig). Eine Übersicht ist in der Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4: Verteilung von Geschlecht bei Telnehmern und Nicht-Teilnehmern der katamnestischen Hauptuntersuchung 2006/2007 der internistisch-psychosomatischen Station der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm (N=88)

Geschlecht	**Teilnehmer**	**Nicht-Teilnehmer**	**Gesamt**
Mann	44,0% (11)	56,0% (14)	100% (25)
Frau	68,3% (43)	31,7% (20)	100% (63)

Es findet sich jedoch kein statistisch signifikanter Unterschied in der Behandlungsdauer zwischen den Frauen und Männern (Two-Independent-Test: kein signifikanter Unterschied (grenzwertig)).

2.4. Statistische Verfahren

Es werden Berechnungen zu Häufigkeit, Mittelwert, Standardabweichung und Median durchgeführt. Zur statistischen Signifikanzprüfung werden je nach Skalenniveau und Verteilung parametrische und nichtparametrische Verfahren eingesetzt (T-Test, Wilcoxon-Test, Mann-Whitney U-Test, Fischer-Exakttest, Kolmogorow-Smirnow-Test für zwei Stichproben).

Die Korrelation zwischen Variablen wird mit dem Spearmans-Korrelationskoeffizient bestimmt.

Als statistisches Signifikanzniveau wurde $p<0,05$ festgelegt. Dabei gilt folgende Einteilung:

* $0,01 < p \leq 0,05$: signifikant

** $0,001 < p \leq 0,01$: hoch signifikant

*** $p \leq 0,001$: sehr hoch signifikant

Die Datenerfassung und –auswertung erfolgt mit den Programmen Excel und SPSS (Statistical Package for Social Sciences).

3. Ergebnisse

3.1. Hauptstudie: Deskriptive Daten

3.1.1. Patientenbezogene Daten

Rücklaufquote

Erreicht werden 76,4% (68) der Stichprobe, wenn man beide Befragungswege berücksichtigt: schriftlich antworten 67,4% (60), an den Interviews nehmen 71,9% (64) teil. An beiden Untersuchungsmethoden nehmen 60,7% (54) teil.

Motivation für Therapie

18,5% der Patienten (10) geben an, die Behandlung aus eigener Motivation angefangen zu haben. Im Gegensatz dazu werden mehr als doppelt so viele Patienten (40,7%; 22) zur Behandlung von anderen ermutigt und noch mal genauso viele geben beides als Motivation an.

Die eigene Motivation am Anfang der Behandlung wird von fast 2/3 der Patienten (59,3%; 32) als sehr stark bis stark eingeschätzt; halbsoviele Patienten (28%; 15) sind mittelmäßig motiviert und 13% (7) bezeichnen sich als wenig bis sehr wenig motiviert die Therapie anzugehen.

Patientenverhalten in der Behandlung

Mehr als 95% der befragten Patienten (52) folgen während der Therapie den Empfehlungen der Behandelnden und sind offen und entgegenkommend. Mehr als 85% der Patienten (46) arbeiten die Sitzungen in der freien Zeit nach, sind neugierig und reden über positive Gefühle gegenüber dem behandelnden/betreuenden Personal. Im Unterschied dazu äußern 15% weniger Patienten (38) ihre negativen Gefühle gegenüber dem Personal. 39% (21) Patienten fällt es schwer über schamhafte Dinge zu sprechen. Nur 2 Patienten (4%) geben an, die Sitzungen abgesagt zu haben.

3.1.2. Symptombezogene Faktoren

Anzahl der Probleme

Die Patienten können max. 14 Probleme angeben. Der Durchschnitt liegt bei 3,4 (SD=2,79; MN=3), wobei fast die Hälfte der Patienten (48,1%; 26) 1 bis 2 Probleme angibt und 16,7% (9) mehr als 5 Probleme. Die Anzahl der Probleme korreliert stark mit dem GSI (Global Severity Index) am Behandlungsanfang (r=0,54, Sig. (2-seitig) $p < 0{,}001$). Die Abbildung 9 stellt eine Übersicht dar.

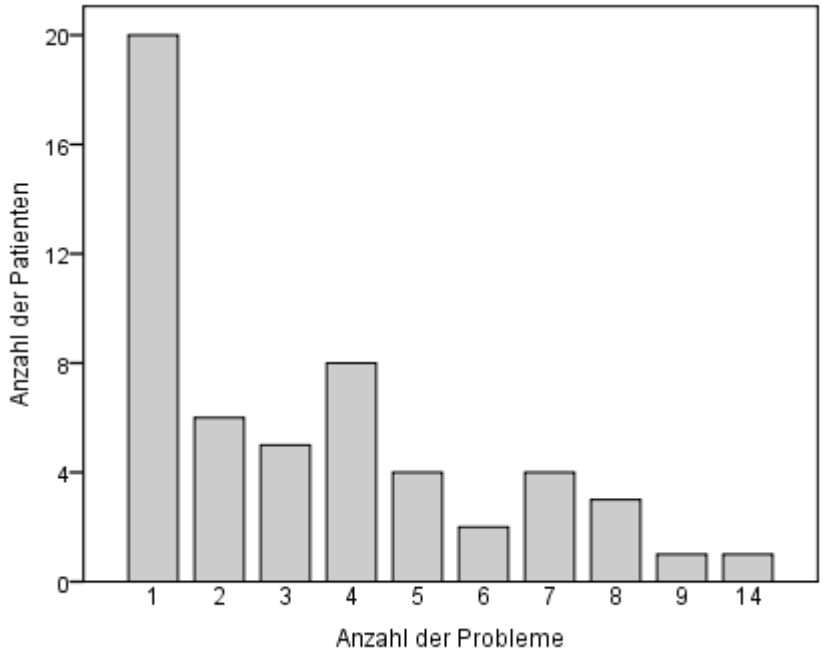

Abbildung 9: Anzahl der Probleme der Patienten der internistisch-psychosomatischen Station der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm, die an der katamnestischen Hauptuntersuchung 2006/2007 teilnehmen (N=54)

Qualität der Probleme

Bei der Frage nach der Qualität der Probleme können die Patienten mehrere Angaben machen. Fast die Hälfte der Patienten leidet nach eigenen Angaben an Depressionen, 2/5 können ihre körperliche Erkrankung nicht bewältigen, jeweils 1/3 beklagt psychosomatische Beschwerden, andauernde schlechte Stimmung oder Störung des Essverhaltens oder Panikattacken/Phobien. Ein Viertel der Patienten gibt generelle Ängste an, ein Fünftel Probleme mit den Angehörigen. Weitere Angaben bleiben unter 20 % der Stichprobe.

Körperliche und seelische Verfassung

Eine Besserung im Bereich der körperlichen Befindlichkeit geben 74,1% (40) und im Bereich der seelischen Befindlichkeit 85,2% (46) an. Eine deutliche Besserung in beiden Bereichen gibt knapp über die Hälfte der Patienten an. Keine Veränderung des körperlichen Zustandes liegt bei 18,5% (10) und des seelischen Befindens bei 9,3% (5) vor. Eine Verschlechterung im Bereich der körperlichen Entwicklung geben 7,5% (4) und im Bereich der seelischen Entwicklung 5,6% der Patienten (3) an. Diese Verhältnisse sind im Schaubild 10 abgebildet (für genaue Angaben s. Tabelle 17 im Anhang II).

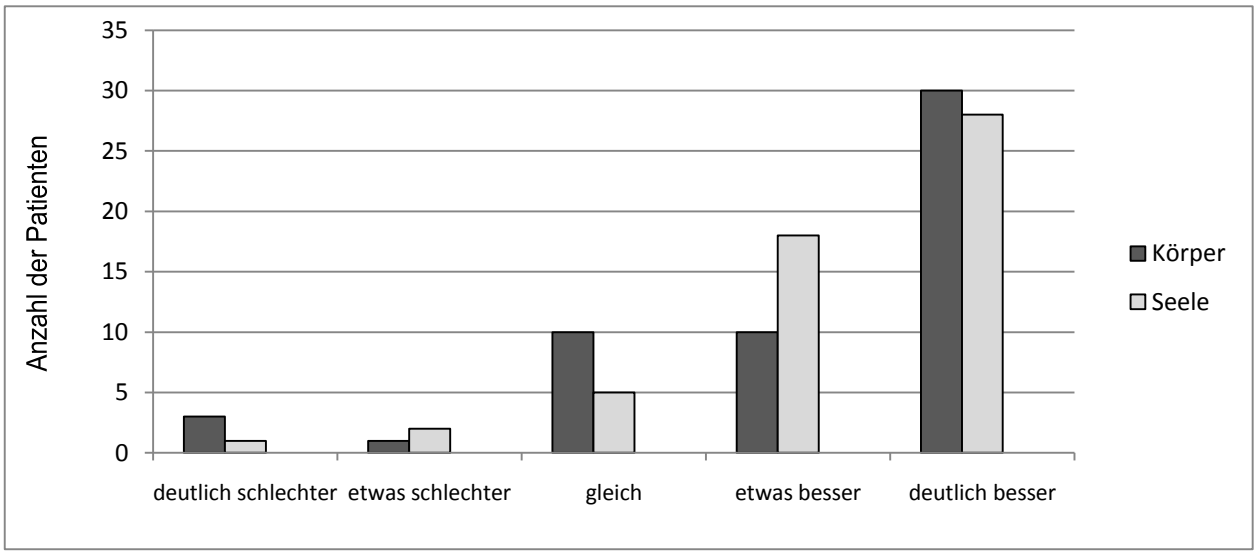

Abbildung 10: Entwicklung der körperlichen und seelischen Befindlichkeit der befragten Patienten im Katamneseintervall nach Beginn der stationären internistisch-psychosomatischen Behandlung. Daten aus der katamnestischen Hauptuntersuchung 2006/2007 an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm (N=54)

Neue körperliche Beschwerden

2/3 der Patienten (64,8 %; 35 Patienten) geben an, keine zusätzlichen körperlichen Symptome im Katamneseintervall entwickelt zu haben; ein Drittel (35,2%; 19 Patienten) gibt neu aufgetretene somatische Beschwerden an.

Veränderungen durch Behandlung

85,2% der Befragten (46) geben etwas bis deutlich positive Veränderungen im Leben durch die Behandlung an; keine Veränderungen werden von 13% (7) und etwas negative Veränderungen von einer Patientin angegeben. Deutlich negative Veränderungen werden nicht genannt. Die Tabelle 5 fasst die Ergebnisse zusammen.

Tabelle 5: Allgemeine Veränderungen im Leben der untersuchten Patienten im Rahmen der katamnestischen Hauptuntersuchung durch stationäre internistisch-psychosomatische Behandlung an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm 2006/2007 (N=54)

Veränderung	**Häufigkeit**	**Anzahl**
etwas negativ	1,9%	1
keine Veränderung	13%	7
etwas positiv	37%	20
deutlich positiv	48,1%	26

Verbesserte Bereiche durch Behandlung

Bei der Frage nach den Bereichen, in welchen eine Besserung eingetreten ist, können die Patienten mehrere Bereiche angeben. 44% der Stichprobe (24) geben eine Verbesserung der Probleme an, auf Grund von welchen sie die stationäre Therapie in Anspruch genommen haben. 1/3 der Patienten gibt eine Besserung des körperlichen Befindens und ¼ der Patienten Besserung der Stimmung an.

Ausmaß der Veränderung

Auf einer Skala von 1 bis 5 können die Befragten den Grad der Veränderung in den genannten Bereichen beurteilen. Von „es wurde viel schlimmer“ bis „es wurde viel besser“. Je größer der Wert, desto besser der Zustand; ein Wert zwischen 3 und 5 bedeutet also eine Verbesserung. Die größte Veränderung durch die Behandlung findet sich im Bereich der Probleme, die in die Behandlung führten. Aber auch die Lebensfreude, die niedergedrückte Stimmung und das körperliche Wohlbefinden erfahren eine Verbesserung. Die Tabelle 6 zeigt die Ergebnisse in abfallender Reihenfolge.

Tabelle 6: Quantitative Erfassung der Veränderungen im Leben der befragten Patienten durch die stationäre internistisch-psychosomatische Behandlung an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm, erhoben im Rahmen der katamnestischen Hauptuntersuchung 2006/2007 (N=54).
MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung; Bewertungsskala: 1: Es wurde viel besser; 2: Es wurde etwas besser; 3: Alles blieb unverändert; 4: Es wurde etwas schlimmer; 5: Es wurde viel schlimmer

Veränderte Bereiche	**MW**	**SD**
Probleme, die in Behandlung führten	4,1	0,86
Lebensfreude	3,98	1,00
Besserung der niedergedrückten Stimmung	3,89	1,06
körperliches Wohlbefinden	3,85	1,13
Verständnis für andere	3,77	0,85
persönliche Entwicklung	3,77	0,88
Einlassen auf Beziehungen	3,71	0,84
Umgang mit Alltagsstress	3,71	0,78
Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen	3,67	1,01
Arbeitsproduktivität	3,60	0,88

Auswirkung der Symptomatik auf Beruf, Freizeit, Beziehungen und Körperwahrnehmung

Vor der Behandlung wirkt sich die Symptomatik deutlich bis etwas negativ auf die berufliche Tätigkeit bei 87% (47), auf die Freizeitgestaltung bei 90,8% (49), auf die Beziehungen bei 66,6% (36) und auf die Körperwahrnehmung bei 85,2% (46) aus.

Bei einem Patienten wirkt sich die Erkrankung deutlich positiv auf die zwischenmenschlichen Beziehungen aus, und bei 11,1% der Patienten (6) etwas positiv. Die Verteilung der Auswirkung der Beschwerden vor der Behandlung ist in der Abbildung 11 dargestellt (für genaue Angaben s. Tabelle 18 im Anhang II).

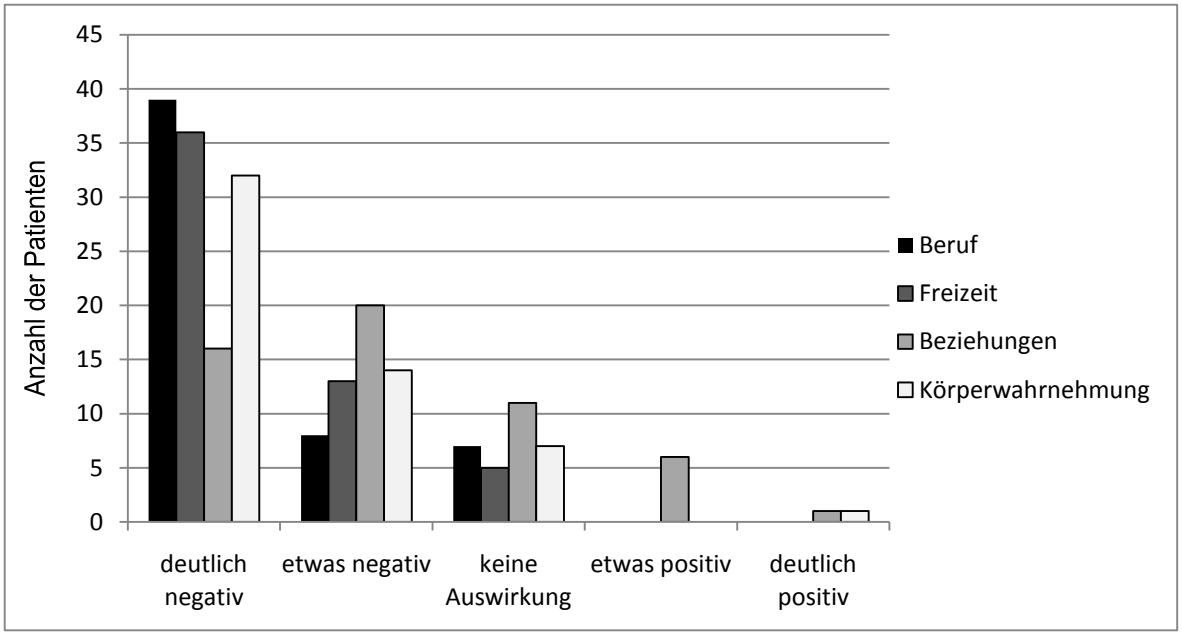

Abbildung 11: Auswirkung der Symptomatik der befragten Patienten im Rahmen der katamnestischen Hauptuntersuchung 2006/2007 auf berufliche Situation, Freizeitgestaltung, zwischenmenschliche Beziehungen und Körperwahrnehmung vor der stationären internistisch-psychosomatischen Behandlung an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm (N=54)

Veränderungen durch Behandlung in Bereichen Beruf, Freizeit, Beziehungen und Körperwahrnehmung

Die Therapie führt zu einer etwas bis deutlicher Verbesserung der beruflichen Situation bei 75,9% (41), der Freizeitgestaltung bei 72,2% (39), der Beziehungen bei 55,6% (30) und der Körperwahrnehmung bei 75,5% (40). Eine Verschlechterung der beruflichen Situation geben 9,3% der Patienten (5) an, der Freizeitgestaltung 7,5% (4) und der Körperwahrnehmung 1 Patientin. Die Abbildung 12 liefert eine Übersicht (für genaue Angaben s. Tabelle 19 im Anhang II).

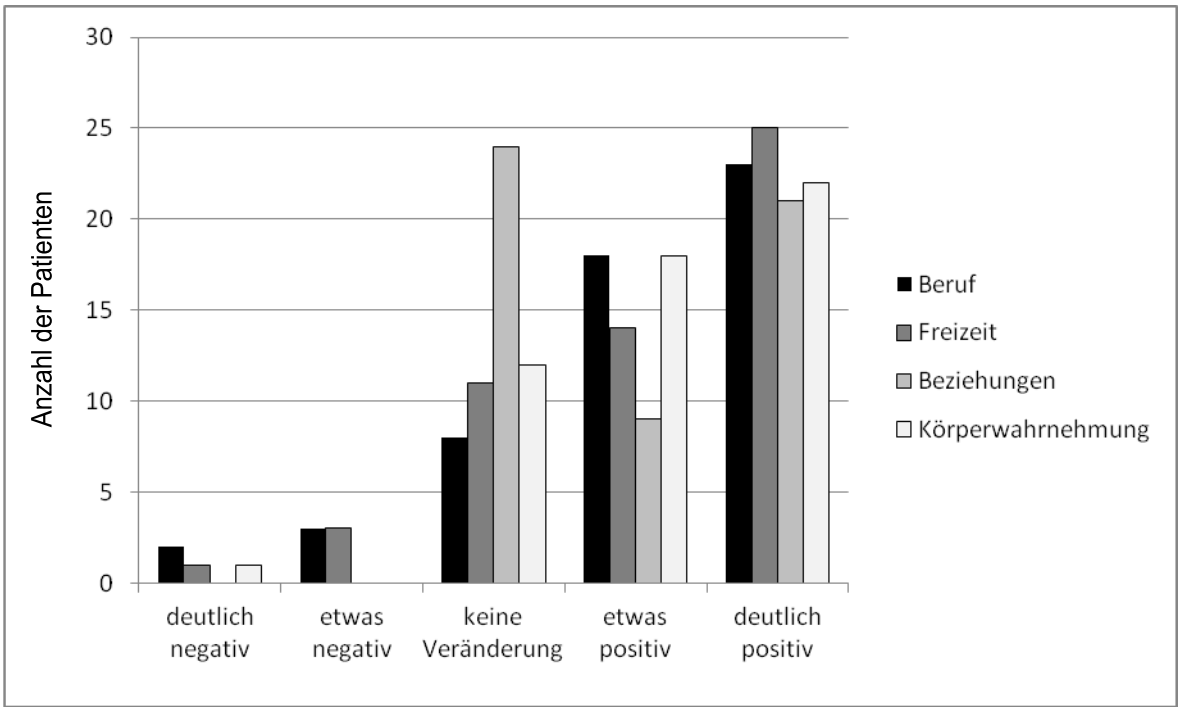

Abbildung 12: Veränderungen im Bereich der beruflichen Situation, Freizeitgestaltung, zwischenmenschlichen Beziehungen und Körperwahrnehmung durch die stationäre internistisch-psychosomatische Behandlung an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm. Die Befragung findet im Rahmen der katamnestischen Hauptuntersuchung 2006/2007 statt (N=54)

Zurechtkommen mit Symptomatik und Lebensumständen

Vor der Behandlung sind 79,6% der Patienten (33) schlecht bis sehr schlecht mit den Symptomen zurechtgekommen. Zum Zeitpunkt der Katamnese sind es nur noch 16,7% (9). Gut bis sehr gut kommen vor der Behandlung 5,6% Patienten (3) mit ihren Beschwerden zurecht, bei der Katamnese sind es schon 46,3% (25). Eine Übersicht gibt die Abbildung 13 (für genaue Angaben s. Tabelle 20 im Anhang II).



Abbildung 13: Zurechtkommen der befragten Patienten mit ihren Beschwerden vor der stationären internistisch-psychosomatischen Therapie und zum Zeitpunkt der katamnestischen Hauptuntersuchung 2006/2007 an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm (N=54)

Zurechtkommen mit Lebensumständen ohne Behandlung (N=52)

80,8 % der Patienten (42) geben an ohne die Behandlung schlechter mit den Lebensumständen zurecht gekommen zu sein; genauso schlecht bzw. genauso gut wäre es 15,4% der Patienten (8) gegangen und 3,8% der Patienten (2) geben an, ohne die Behandlung besser dran gewesen zu sein.

SCL-90-R bei Therapiebeginn und bei Katamnese (N=47)

Am Anfang der Behandlung und zum Katamnesezeitpunkt beantworten die Patienten die Fragen der Symptomcheckliste SCL-90-R. Die Abbildung 14 zeigt eine Boxplot-Darstellung der Ergebnisse aufgeschlüsselt nach einzelnen Skalen und GSI als Vergleich von Werten bei Aufnahme auf die Station und zum Zeitpunkt der Befragung. Es sind Mediane (schwarze horizontale Striche) und Bereiche der 50% aller Werte (der dickere vertikale Balken) ablesbar.

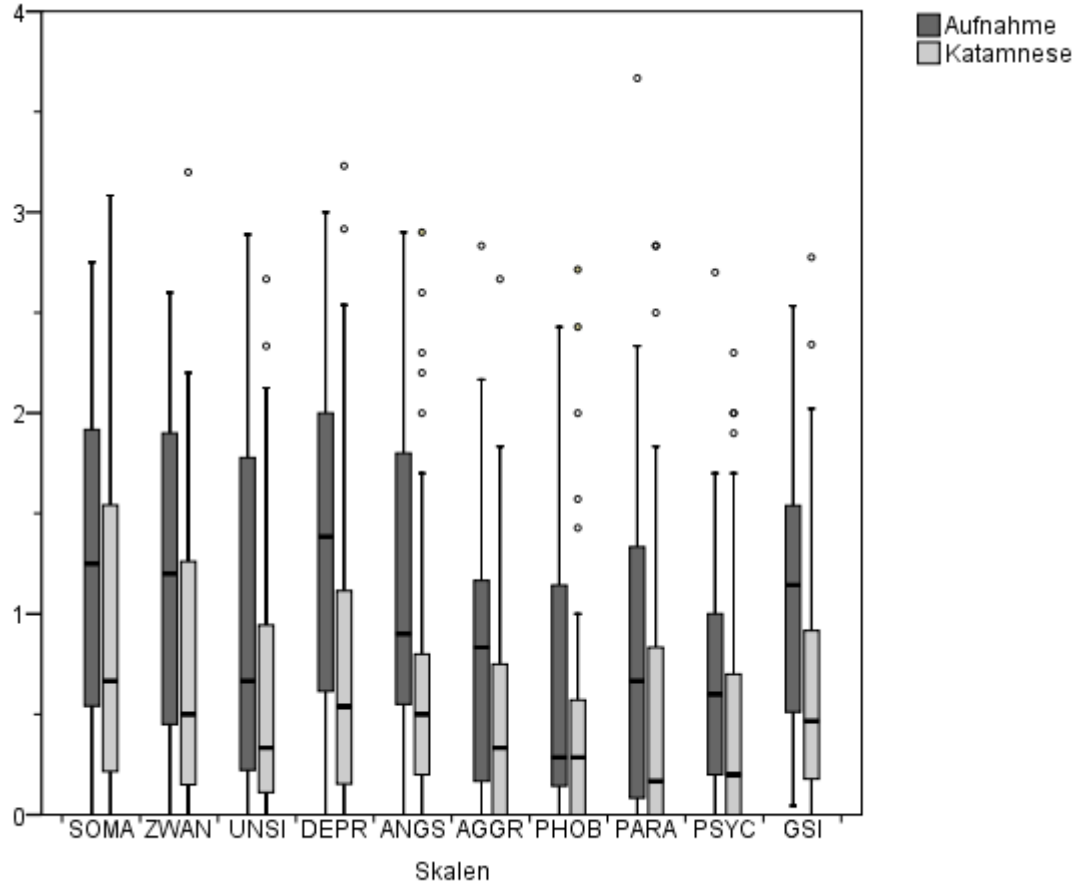

Abbildung 14: Boxplot-Darstellung der Ergebnisse aus der prospektiven Befragung der Patienten der internistisch-psychosomatischen Station mit SCL-90-R, aufgeschlüsselt nach Skalen und globalem Kennwert GSI, erhoben im Rahmen der katamnestischen Hauptuntersuchung an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm 2006/2007 (N=47)

Abkürzungen: SOMA: Somatisierung, ZWAN: Zwanghaftigkeit, UNSI: Unsicherheit im Sozialkontakt, DEPR: Depressivität, ANGS: Ängstlichkeit, AGGR: Aggressivität/Feindseligkeit, PHOB: Phobische Angst, PARA: Paranoides Denken, PSYC: Psychotizismus, GSI: Global Severity Index.

Aus der Tabelle 7 lassen sich die Mittelwerte und Standardabweichungen, die Effektsärke, Testsicherheit und die Höhe der Signifikanz für einzelne Items und GSI ablesen. Die Tabelle 8 bietet noch zusätzlich eine Darstellung des GSI in Abhängigkeit vom Geschlecht.

Die grundsätzliche psychische Belastung (GSI) liegt am Anfang der Behandlung bei 1,07. Zum Katamnesezeitpunkt lässt sich ein Abfall auf 0,68 feststellen. Die berechnete Effektstärke zeugt von einem mittleren Effekt.

Es ist eine statistisch signifikante Änderung in Skalen Zwang, Depressivität und Ängstlichkeit, eine Tendenz in Somatisierung, Unsicherheit und Aggressivität festzustellen. Keine Änderung findet sich wie erwartet in paranoidem Denken, Psychotizismus und phobischer Angst. Auf die Validität der Faktoren der Skalenstruktur der SCL-90-R gehen wir im Kapitel 4.1. Diskussion der Methodik ein.

Tabelle 7: Ergebnisse aus der prospektiven Befragung (bei Anfang der Behandlung und bei Katamnese) der Patienten der internistisch-psychosomatischen Station mittels SCL-90-R, erhoben im Rahmen der katamnestischen Hauptuntersuchung an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm 2005-2007 (n=47)

Abkürzungen: 1 SOMA: Somatisierung, 2 ZWAN: Zwanghaftigkeit, 3 UNSI: Unsicherheit im Sozialkontakt, 4 DEPR: Depressivität, 5 ANGS: Ängstlichkeit, 6 AGGR: Aggressivität/Feindseligkeit,7 PHOB: Phobische Angst, 8 PARA: Paranoides Denken, 9 PSYC: Psychotizismus, 11 GSI: Global Severity Index. MWa: Mittelwert bei Aufnahme; SDa: Standardabweichung von Mittelwert bei Aufnahme; MWk: Mittelwert bei Katamnese; SDk: Standardabweichung von Mittelwert bei Katamnese; ES: Effektstärke für die Veränderung der Werte durch die Behandlung; t: Testsicherheit; p(2seitig): statistische Signifikanz 2-seitig.

Skalen	MWa	SDa	MWk	SDk	ES	t	p (2seitig)
1 SOMA	1,29	0,79	0,96	0,84	-0,41	-3,23	,002
2 ZWAN	1,17	0,82	0,77	0,73	-0,51	-3,85	,000
3 UNSI	0,97	0,85	0,61	0,69	-0,47	-3,64	,001
4 DEPR	1,35	0,89	0,81	0,81	-0,64	-4,52	,000
5 ANGS	1,13	0,75	0,67	0,74	-0,61	-4,08	,000
6 AGGR	0,80	0,71	0,49	0,61	-0,47	-3,19	,003
7 PHOB	0,71	0,75	0,44	0,64	-0,39	-2,55	,014
8 PARA	0,79	0,80	0,52	0,76	-0,36	-2,16	,036
9 PSYC	0,69	0,58	0,49	0,62	-0,33	-2,26	,028
11 GSI	1,07	0,64	0,68	0,66	-0,59	-4,39	,000

Tabelle 8: Geschlechtspezifische Darstellung von globalem Kennwert der SCL-90-R-Befragung (GSI) bei der Aufnahme auf die internistisch-psychosomatische Station und zum Zeitpunkt der katamnestischen Befragung im Rahmen der Hauptuntersuchung an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm 2005-2007 (N=47)
GSI: Global Severity Index; SD: Standardabweichung

	Aufnahme	**Katamnese**
Gesamt-GSI (SD)	1,07 (0,64)	**0,68 (0,66)**
Min.	0,04	0,00
Max.	2,53	2,78
Frauen-GSI (SD)	1,05 (0,66)	**0,68 (0,70)**
Min.	0,40	0,00
Max.	2,53	2,78
Männer-GSI (SD)	1,12 (0,61)	**0,66 (0,52)**
Min.	0,14	0,17
Max.	1,88	1,88

Weiterhin lassen sich folgende statistisch signifikante Zusammenhänge nachweisen:

a) eine statistisch signifikante Korrelation von seelischer ($p<0,01$; 2-seitig) und körperlicher ($p<0,05$; 2-seitig) Entwicklung zum GSI (Global Severity Index) bei Katamnese;

b) eine statistisch signifikante Korrelation ($p<0,01$; 2-seitig) zwischen der Höhe des GSI am Anfang der Therapie und zum Katamnesezeitpunkt und der Auswirkung von Symptomatik auf zwischenmenschliche Beziehungen: Bessere Beziehungen sind mit weniger Symptomen assoziiert;

c) eine statistisch signifikante Korrelation ($p<0,05$; 2-seitig) zwischen der Höhe des GSI am Therapieanfang und zum Katamnesezeitpunkt und der Anzahl der Kinder: Je mehr Kinder im Haushalt, desto niedriger der GSI zu beiden Zeitpunkten;

d) eine statistisch signifikante Korrelation ($p<0,01$; 2-seitig) vom GSI bei Katamnese zum Therapieaufwand: Je höher der GSI bei Katamnese, desto weniger hat sich der Therapieaufwand gelohnt.

3.1.3. Behandlungsbezogene Faktoren

Einzeltherapeut

90,7 % (49) der Patienten bewerten die Gespräche mit dem Einzeltherapeuten als gut bis sehr gut; knapp ein Zehntel (9,3 %) der Patienten (5) beurteilt die Gespräche als mittelmäßig.
Über 90% der Patienten schätzen die menschliche Seite am Einzeltherapeuten und fühlen sich von ihm im Gegenzug geschätzt; sie bezeichnen ihn als unterstützend und beruhigend und finden, dass er am Ursprung des Problems interessiert ist. Ca. 80% der Patienten bezeichnen den Einzeltherapeuten als flexibel in der Therapiegestaltung und können ihm leicht vertrauen. 2/3 der Patienten können die Therapiethemen mitbestimmen. 22 % der Patienten (11) fühlen sich durch nicht genannte Faktoren vom Einzeltherapeuten gestört; 10 % (5) kritisieren das Betonen der Kindheitsverarbeitung. Abweisende Reaktion des Einzeltherapeuten auf die Kritik geben 7% (4 Patienten) an. Andere Störfaktoren bleiben unter 5 %.

Gesamtbeurteilung der Behandlungsteams

Bei der Beurteilung einzelner Behandlungsteams nach den Kriterien Kompetenz, hilfreiche Beziehung und Zufriedenheit mit deren Behandlung erhält der Einzeltherapeut die beste Beurteilung mit der Durchschnittsnote 1,93 (SD= 0,76; MN=2) auf einer Skala von 1 (=ausgezeichnet) bis 6 (=sehr schlecht); ihm folgt das psychosomatische Team mit 2,32 (SD=0,67; MN=2,17). An dritter Stelle steht das Pflegepersonal der Station mit 2,57 (SD=0,95; MN=2,33). Das internistische Team schneidet in diesen Kategorien am schlechtesten ab mit 2,7 (SD=0,82; MN=2,67). Die Durchschnittsnote für das gesamte Team beträgt 2,45 (SD=0,69; MN=2,5). Die durchschnittliche Gesamtnote aller in die Behandlung involvierten Parteien liegt bei 2,39 (SD=0,6; MN=2,33). Die Graphik 15 bildet diese Verhältnisse ab.

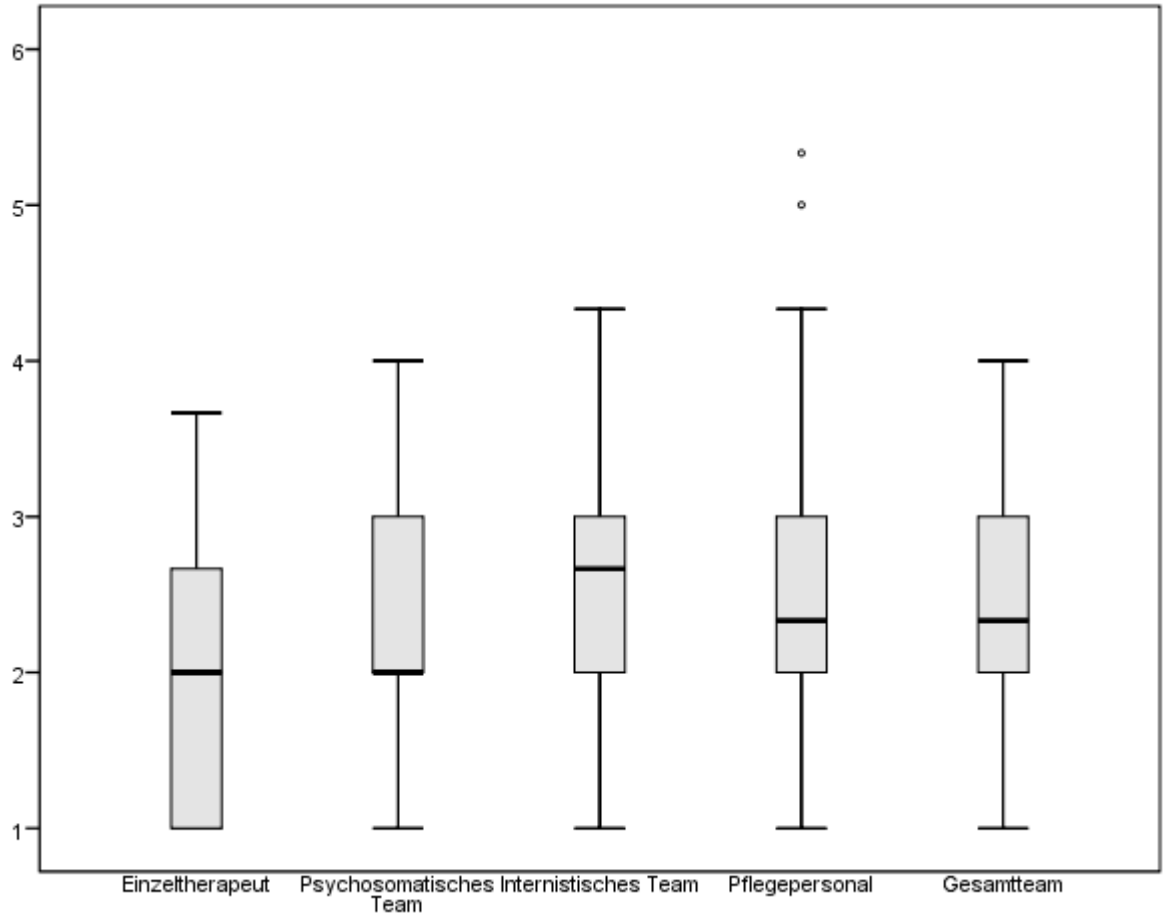

Abbildung 15: Boxplot-Darstellung der Beurteilung der Behandlungsteams durch die befragten Patienten der internistisch-psychosomatischen Station, erhoben im Rahmen der katamnestischen Hauptuntersuchung an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm 2006/2007 (N=54)
y-Achse markiert Durchschnittsbenotung auf einer Skala von 1 (=ausgezeichnet) bis 6 (=sehr schlecht)

Kompetenz, Hilfreiche Beziehung und Zufriedenheit mit der Behandlung im Vergleich

Bei der gesamten Beurteilung der Faktoren Kompetenz, Hilfreiche Beziehung und Zufriedenheit mit der Behandlung in Bezug auf alle Behandlungsteams gemeinsam schneidet die Zufriedenheit mit der Behandlung am besten ab (Durchschnittliche Note 2,36 auf einer Skala von 1 bis 6; SD=0,75), gefolgt von der Kompetenz (MW 2,41; SD=0,69). Die hilfreiche Beziehung liegt im Durchschnitt bei 2,45 (SD=0,58). Der Vergleich ist im Schaubild 16 abgebildet.

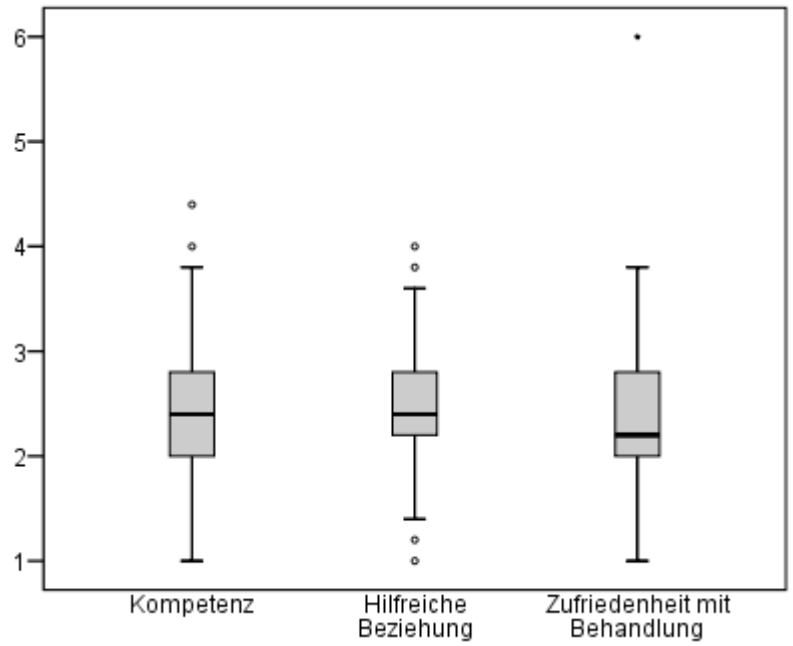

Abbildung 16: Boxplot-Darstellung der Beurteilung der Kompetenz, der hilfreichen Beziehung und der Zufriedenheit mit der Behandlung durch die Patienten der internistisch-psychosomatischen Station zum Katamnesezeitpunkt, erhoben im Rahmen der katamnestischen Hauptuntersuchung an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm 2006/2007 (N=54)
y-Achse markiert Durchschnittsbenotung auf einer Skala von 1 (=ausgezeichnet) bis 6 (=sehr schlecht)

Chefarztvisite (N=48)

In unserer Studie befragen wir die Patienten nach ihrem subjektiven Eindruck über die Chefarztvisite. Die Patienten beurteilen 8 positiv formulierte Aussagen auf einer 6-Skala. Die Tabelle 9 zeigt mittlere Bewertung der Aussagen in steigender Reihenfolge. Jedoch bedeuten höhere Werte einen schlechteren Eindruck. Die Benotung liegt im Mittelwert zwischen *trifft überwiegend zu* und *trifft eher zu*. Am besten schneidet die Kompetenz des Chefarztes ab, am schlechtesten sein Eingehen auf die körperlichen Beschwerden.

Tabelle 9: Bewertung der Chefarztvisite durch die Patienten der internistisch-psychosomatischen Station zum Katamnesezeitpunkt, erhoben im Rahmen der katamnestischen Hauptuntersuchung an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm 2006/2007 (N=54)
MW: Mittelwert; SD: Standardabweichung; Skaleneinteilung: 1: trifft völlig zu; 2: trifft überwiegend zu; 3: trifft eher zu; 4: trifft eher nicht zu; 5: trifft überwiegend zu; 6: trifft gar nicht zu.

Aussagen	**MW**	**SD**
Er machte kompetenten Eindruck	2,08	1,31
Er beantwortete alle Fragen	2,28	1,26
Er nahm sich ausreichend Zeit	2,29	1,27
Ich fühlte mich im Gespräch nicht ausgeschlossen	2,38	1,29
Er bezog andere Therapeuten ins Gespräch mit ein	2,58	1,46
Ich bin insgesamt mit der Chefarztvisite zufrieden	2,58	1,50
Er ging ausreichend auf Seele ein	2,75	1,37
Er ging ausreichend auf Körper ein	2,92	1,31

Veränderungen im Leben durch Behandlung (N=32)

Zu einem späteren Zeitpunkt führen wir 2 zusätzliche Fragen ein, die von 32 Patienten beantwortet werden. Welcher Anteil an den stattgefundenen Veränderungen findet durch die Patienten selbst und welcher durch die Behandlung statt (100%)?

Im Mittel liegen die Veränderungen durch die Patienten selbst bei 43 % (SD= 19,21) mit Min. bei 0% und Max. bei 80%. Der Anteil der Veränderungen, der durch die Behandlung eingetreten ist, liegt im Durchschnitt bei 57% (SD=19,21) mit einer Breite von 20 bis 100%. Die Abbildung 17 veranschaulicht diese Einschätzung.

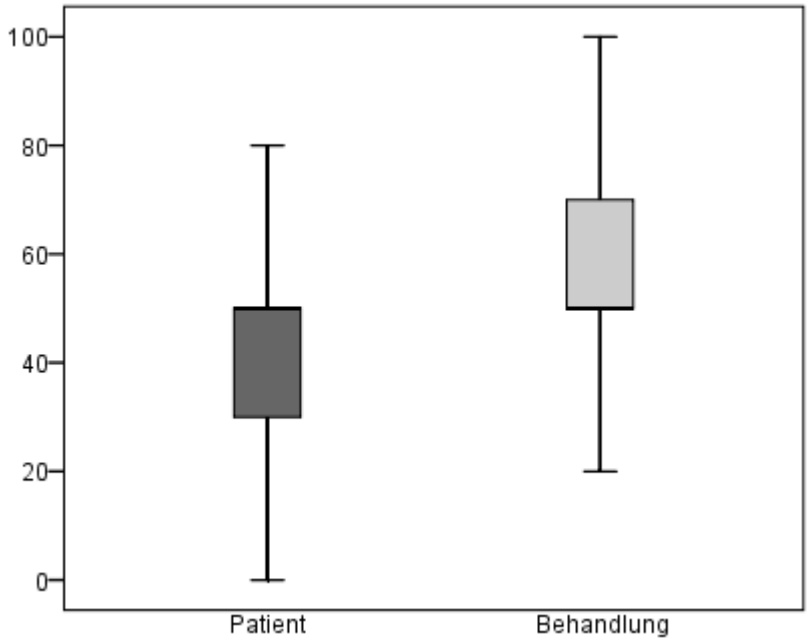

Abbildung 17: Boxplot-Darstellung der Aufteilung der Veränderungen, die im Katamnese-intervall im Leben des Patienten stattfinden, in solche, die durch den Patienten selbst und solche, die durch die stationäre internistisch-psychosomatische Behandlung stattfinden. Daten erhoben im Rahmen der katamnestischen Hauptuntersuchung an der Klinik für Psycho-somatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm 2006/2007 (N=32)
y-Achse stellt Anteile in Prozent dar (max.100%)

Veränderungen durch Einzeltherapeut, Maltherapie, Körpertherapie, Sonstiges (N=32)

Wie verteilen sich die Veränderungen durch Behandlung auf verschiedene Bestandteile der Therapie?

Die Behandlung besteht aus 4 Teilen: Einzeltherapeut, Maltherapie, Körpertherapie und Sonstiges. Dafür werden erneut 100% vergeben. Die meisten Veränderungen werden den Einzeltherapeuten zugeschrieben mit dem Durchschnitt von 55 % (SD=20,12; Breite 3-90%), gefolgt von Sonstiges mit Durchschnitt von 24 % (SD=17,7; Breite 0-67%). Danach kommt die Maltherapie mit der mittleren Einschätzung von 19% (SD=16,46; Breite 0-75), dicht gefolgt von begleitender Körpertherapie mit 17% (SD=17,84; Breite 1-90%).

Unter Sonstiges geben die Patienten häufig die Gespräche mit den Mitpatienten an, die Möglichkeit sich im Krankenhaus vom Alltagsleben zurückzuziehen, das Lesen von Selbsthilfewerken. Das Schaubild 18 fasst diese Ergebnisse zusammen.

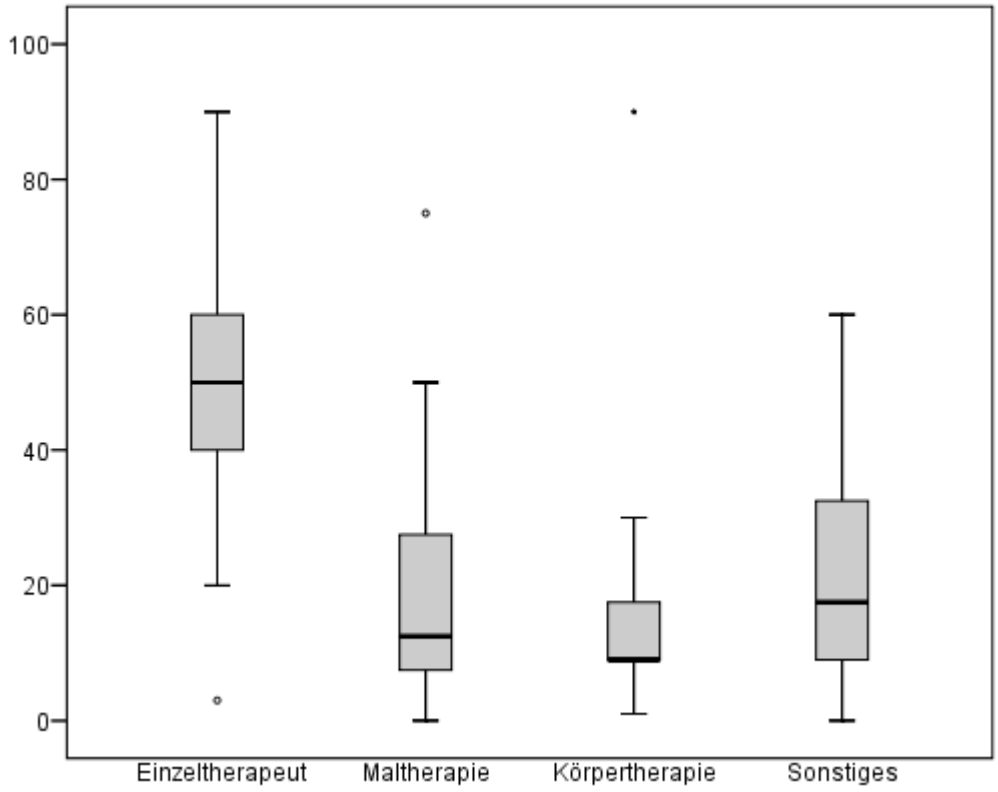

Abbildung 18: Boxplot-Diagramm der Aufteilung der Veränderungen, die im Katamneseintervall im Leben der Patienten stattfinden durch die stationäre internistisch-psychosomatische Behandlung in einzelne Bestandteile. Daten erhoben im Rahmen der katamnestischen Hauptuntersuchung an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm 2006/2007 (N=32)
y-Achse stellt Anteile in Prozent dar (max.100%)

Gründe für Beendigung der Behandlung

Bei dieser Frage haben die Patienten die Möglichkeit mehrere Antworten anzukreuzen. Mehr als die Hälfte der Patienten (54%; 29) gibt an, die Behandlung auf Grund von einem besseren Umgang mit den Problemen beendet zu haben; 1/3 der Patienten (31%; 17) beendet die Therapie auf die Empfehlung des Behandlungsteams hin; 28% (15) aus anderen nicht näher benannten Gründen; 22% (12) wechseln zu einem anderen Arzt/Behandlungsteam; 11% (6) sehen keinen Sinn in weiterer Behandlung. Bei 7% (4) sind die Probleme gelöst und für 13% (7) spielen die Kosten eine entscheidende Rolle. 1 Patient äußert Bedenken bezüglich der Kompetenz des Behandlungs-Teams.

Bedeutsamkeit der Behandlung

Als sehr bedeutsam wird die Behandlung von fast ¾ der Patienten (74,1%; 40) eingestuft; als bedeutsam von ca. ¼ (24,1%; 13). Nur 1 Patient bezeichnet die Therapie als wenig bedeutsam.

Weitere Behandlung

Unterstützung nach der stationären Behandlung suchen 75,9% (41) der Befragten anderweitig. 14,8 % (8) nehmen eine stationäre Behandlung in Anspruch; die Hälfte der Patienten (51,9%; 28) unternimmt eine ambulante Psychotherapie; ein Fünftel (20,4%; 11) der Patienten absolviert eine teilstationäre Therapie. Ein Zehntel der Patienten gibt Sonstiges an. Unter Sonstiges fällt z. B. eine Rehabilitationsbehandlung inklusive einer psychotherapeutischen Mitbetreuung, die jedoch keine spezifische psychosomatische Rehabilitationsbehandlung darstellt. 1 Patient macht stationäre, teilstationäre und ambulante Therapie im Katamnesezeitraum; 13% der Patienten (7) machen eine teilstationäre und ambulante Therapie; 5,6% (3) eine stationäre und ambulante Therapie; 1 Patient stationäre und teilstationäre und 5,6% (3) ambulante Therapie und Sonstiges. Die Tabelle 10 gibt einen Überblick.

Tabelle 10: Poststationäre psychotherapeutische Behandlung der Patienten der internistisch-psychosomatischen Station im Katamneseintervall, befragt im Rahmen der katamnestischen Hauptuntersuchung 2006/2007 an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm (N=41)
*Angaben beziehen sich auf die untersuchte Gesamtstichprobe von N=54

Behandlung	**Relative Häufigkeit***	**Absolute Häufigkeit**
ambulant	51,9%	28
teilstationär	20,4%	11
stationär	14,8%	8
Sonstiges	11,1%	6

3.1.4. Erfolgsbeurteilung der Behandlung

Gesamte Beurteilung der Behandlung und Weiterempfehlung

Insgesamt halten 70,4% (38) der Patienten die Behandlung für einen Erfolg; ein Fünftel (22,2%; 12) für einen Teilerfolg und 7,4% (4) bezeichnen die Behandlung als erfolglos.

Die Behandlung jemandem weiterempfehlen würden 83,3 % (45). Ein Zehntel (9,3%; 5) würde sie nur zum Teil empfehlen und 7,4 % (4) der Patienten würden sie gar nicht weiter empfehlen.

Therapieaufwand (N=52)

84,6% der Befragten (44) geben an, dass der Therapieaufwand sich von völlig bis eher gelohnt hat; für 11,5% lohnt sich der Aufwand eher nicht und für 3,8% Patienten (2) lohnt sich der Aufwand gar nicht. Die Abbildung 19 veranschaulicht diese Verhältnisse.

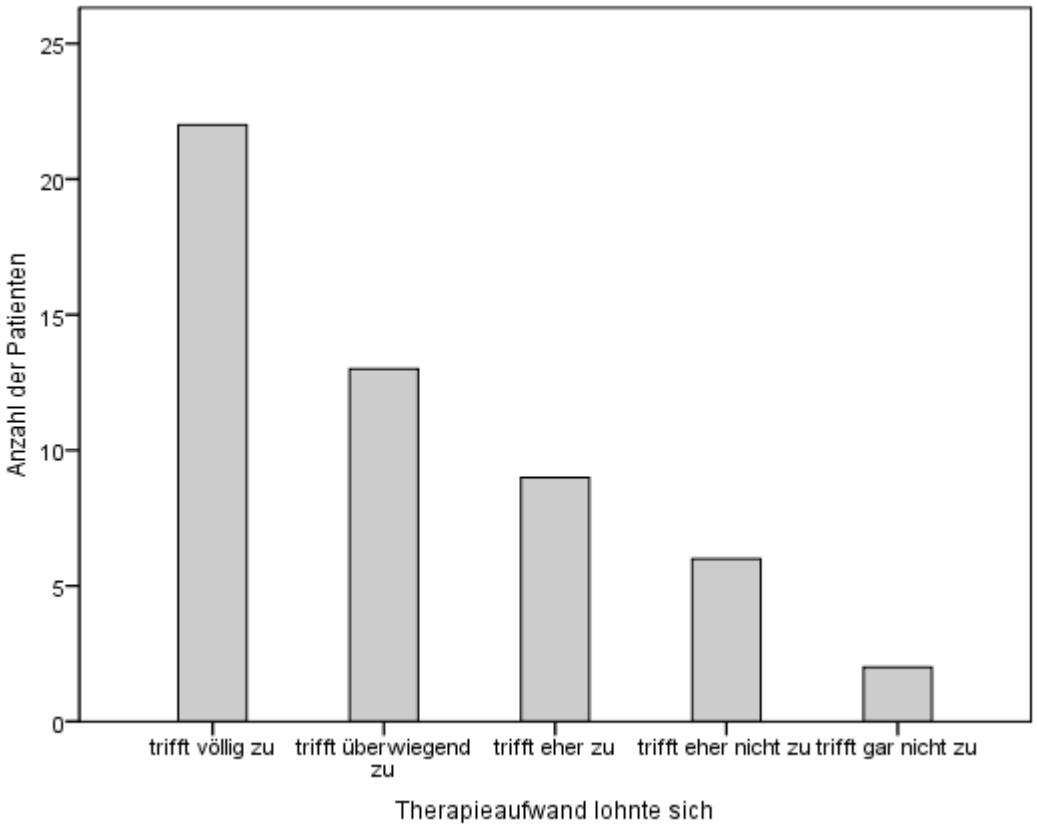

Abbildung 19: Beurteilung des Aufwandes der stationären internistisch-psychosomatischen Therapie durch die Patienten zum Katamnesezeitpunkt, befragt im Rahmen der katamnestischen Hauptuntersuchung an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm 2006/2007 (N=52)

Inanspruchnahmeverhalten

50,9% (27) der Patienten geben an im Katamneseintervall seltener die Dienste eines Hausarztes in Anspruch genommen zu haben als vor der Behandlung; 17% (9) nehmen diese Dienste häufiger in Anspruch. Einen Facharzt suchen im Katamneseintervall 47,2% (25) seltener auf als vor der Behandlung; 11,3% (6) tun dies jedoch häufiger.

Es ergibt sich kein statistisch signifikanter Unterschied im Vergleich von Krankheitstagen und in der Einnahme von Psychopharmaka vor und nach der Behandlung.

3.2. Ergebnis der CR-Untersuchung

3.2.1. Hauptstudie: Beitrag zur Validierung des CR-Fragebogens (N=47)

Durch das Einsetzen der SCL-90-R am Behandlungsanfang und zum Katamnesezeitpunkt in unserer Hauptstudie (an N=47 Patienten) lassen sich Korrelationen zu den wichtigsten Variablen der CR-Untersuchung berechnen. Siehe dazu die Tabelle 11.

Tabelle 11: Beitrag zur Validierung des Consumer Reports-Fragebogens anhand der prospektiven Untersuchung mittels SCL-90-R: Korrelationskoeffiziente mit Signifikanz (nach Spearman). Daten erhoben im Rahmen der katamnestischen Hauptuntersuchung an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm 2006/2007 (N=47)

*: 0,01 < p ≤ 0,05: signifikant; **: 0,001< p ≤ 0,01: hoch signifikant; ***: p ≤ 0,001: sehr hoch signifikant; GSI: Global Severity Index; GSI 1: GSI bei Therapieanfang; GSI 2: GSI bei Katamnese; GSI-Differenz: MW(GSI 1)-MW(GSI 2); V: Variable.

	GSI 1	**GSI 2**	**GSI-Differenz**
Besserung der Probleme (V1)	0,17	-0,42**	-0,52***
Veränderung der seelischen Verfassung (V2)	-0,06	-0,52***	-0,27
Zufriedenheit mit Behandlung (V3)	0,12	0,35*	0,31*
CR-Index (V1+V2+V3)	0,09	-0,50***	-0,45**
Veränderung der körperlichen Verfassung	0,04	-0,45**	-0,50***
Veränderung der Problembereiche	0,09	0,55***	0,35*

3.2.2. Pilot- und Hauptstudie: Evaluation der katamnestischen Effektivität der Behandlung (N=95)

Um höhere Aussagekraft zu erreichen, legen wir die Ergebnisse aus der Pilotstudie und Hauptuntersuchung zusammen. Somit liegt uns ein Datensatz von 95 verwertbaren Fragebögen für diese Untersuchung vor. Die Prüfung auf die Einheitlichkeit der Populationen aus der ersten und zweiten Studie ergibt keinen statistisch signifikanten Unterschied bezüglich

der verglichenen Variablen (angewandt wurden Independent Sample Test, Mann-Whitney Test, Wilcoxon Test, Kolmogorow-Smirnow-Test für zwei Stichproben).

Der Consumer Reports Index besteht aus drei Variablen: Besserung der Probleme, die den Patienten in Behandlung führen; der Veränderung der seelischen Verfassung von vor der Behandlung bis zum Katamnesezeitpunkt und der Zufriedenheit mit der Therapie.
Bei diesen 3 Variablen wird jedem Item bzw. einer Änderung des Zustandes ein Zahlenwert zugeordnet, das Maximum liegt bei 100 Punkten pro Variable und bei 300 Punkten für den gesamten Index. Je höher die Zahl, desto stärker ausgeprägt die Besserung der Probleme, desto höher die Therapiezufriedenheit und positiver die Entwicklung des seelischen Zustandes.

Die Teilergebnisse bezüglich der Effektivität der Therapie sowohl aus der ersten als auch der zweiten Studie sind in der Tabelle 12 dargestellt. Der CR-Index beträgt in der ersten Studie 205 und in der zweiten 214. Die Gesamtstichprobe lässt sich durch die Zusammenfügung beider Befragungen auf 95 vergrößern. Der CR-Index liegt dabei bei 210 (SD=45,51).
Die mittlere Therapiedauer liegt in der ersten Studie bei 27 Tagen und in der zweiten bei 37 Tagen. Nach dem Zusammenlegen der Daten liegt die durchschnittliche Behandlungsdauer bei 32 Tagen. Sowohl in der ersten als auch in der zweiten Stichprobe lässt sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem CR-Index und der Behandlungsdauer nachweisen.

Tabelle 12: Consumer Reports Untersuchung: Daten aus der katamnestischen Pilot- (2006) und Hauptstudie (2006/2007) zur stationären internistisch-psychosomatischen Behandlung an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm (N=95)
CR-Index: Consumer Reports Index; SD: Standardabweichung; Min: Minimum; Max: Maximum; Th-Dauer: Therapiedauer.

Variablen	**1.Studie N=46**	**2.Studie N=49**	**1. und 2.Studie N=95**
CR-Index	205,16	213,93	**209,64**
SD	50,54	40,29	45,51
Min	32,5	97,5	32,5
Max	275,0	287,5	287,5
Th-Dauer	26,95	37,3	**32,13**
SD	26,39	27,76	27,08
Min	8	8	8
Max	161	125	161

Das Schaubild 20 zeigt die Boxplot-Verteilung der Daten aus der Gesamtstichprobe, die durchgezogene Horizontale stellt den Gesamtdurchschnitt bei 210 dar; der graue Kasten kennzeichnet 50% aller Ergebnisse und der schwarze horizontale Strich darin zeigt den Median von 217,5 an. Die horizontalen Begrenzungen stellen die maximalen und minimalen Werte bis auf die Ausreißer dar, die als Kreise im unteren Teil der Grafik abgebildet sind.

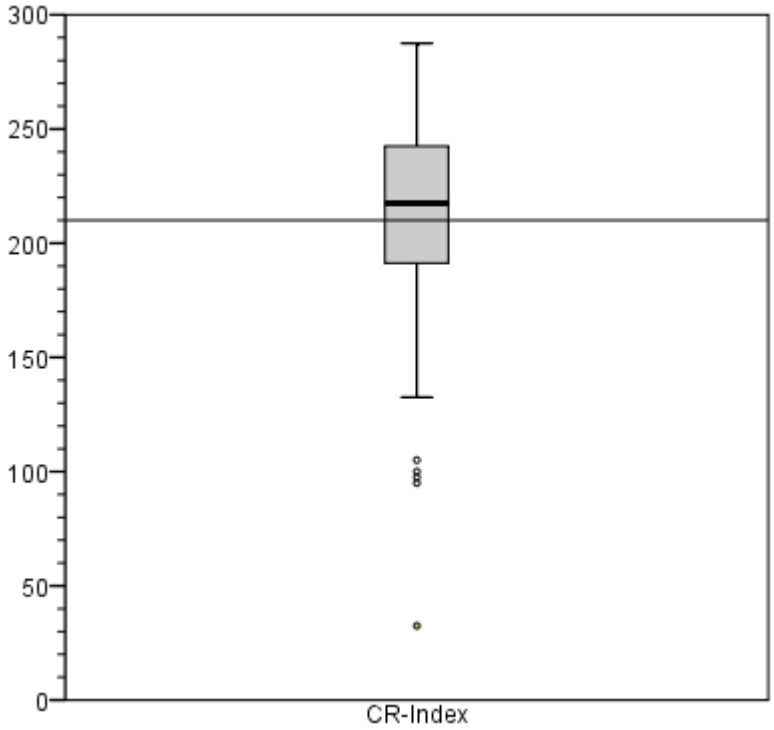

Abbildung 20: Boxplot-Darstellung des Consumer Reports-Index: Daten aus der katamnestischen Pilot- (2006) und Hauptstudie (2006/2007) zur stationären internistisch-psychosomatischen Behandlung an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm (N=95)
Die y-Achse stellt die Summer der Punkte dar, vergeben für die drei Variablen des Consumer Reports (CR)- Index.

3.3. Pilot- und Hauptstudie: Einfluss des Katamneseintervalls auf die Evaluation der Behandlung

Den Einfluss des Katamneseintervalls auf die Evalutation der stationären internistisch-psychosomatischen Behandlung untersuchen wir mittels Korrelationstest nach Spearman. Im Folgenden sind die Ergebnisse aus der Pilotstudie (N=50) und der Hauptuntersuchung (N=54) dargestellt.

Pilotstudie

In der Pilotstudie kommt der CR-Fragebogen zum Einsatz. Die Symptombelastung wird mit der Kurzform der SCL-90-R, der SCL-9 (mit 9 Items), zum Katamnesezeitpunkt untersucht. Das Katamneseintervall liegt zwischen 3,2 bis 19,5 Monaten. Die Tabelle 13 liefert eine Übersicht der Ergebnisse. Der Einfluss des Katamneseintervalls auf die Evaluation der Behandlung wird mit dem Spearman-Korrelationstest untersucht. Die Beurteilung der hilfreichen Beziehung und der Kompetenz zum/vom Pflegepersonal korreliert statistisch signifikant zum Katamneseintervall.

Tabelle 13: Korrelationen nach Spearman (in Klammern Signifikanz) zwischen dem Katamneseintervall von Fragebögen und den Hauptvariablen aus der Pilotstudie (2006) zur Evaluation der stationären internistisch-psychosomatischen Behandlung an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm (N=50)
V: Variable; CR-Index: Consumer Reports Index; SCL 9-GSI: Global Severity Index der Kurzversion der SCL-90-R mit 9 Items; *0,01 < p ≤ 0,05: signifikant.

Variablen	**Katamneseintervall**
Besserung der Probleme (V1)	0,21 (0,16)
Veränderung der seelischen Verfassung (V2)	-0,03 (0,85)
Therapiezufriedenheit (V3)	-0,10 (0,49)
CR-Index (V1+V2+V3)	0,07 (0,65)
Motivation am Anfang der Therapie	-0,09 (0,53)
Kompetenz: Einzelpsychotherapeut	0,16 (0,29)
Kompetenz: psychosomatisches Team	-0,05 (0,74)
Kompetenz: internistisches Team	-0,06 (0,70)
Kompetenz: Pflegepersonal	-0,30* (0,04)
Kompetenz: Gesamtteam	-0,07 (0,66)
Hilfreiche Beziehung: Einzelpsychotherapeut	0,13 (0,40)
Hilfreiche Beziehung: psychosomatisches Team	0,00 (0,99)
Hilfreiche Beziehung: internistisches Team	-0,04 (0,77)
Hilfreiche Beziehung: Pflegepersonal	-0,31* (0,03)
Hilfreiche Beziehung: Gesamtteam	0,05 (0,75)
Therapiezufriedenheit: Einzelpsychotherapeut	0,16 (0,27)
Therapiezufriedenheit: psychosomatisches Team	-0,07 (0,66)
Therapiezufriedenheit: internistisches Team	0,02 (0,88)
Therapiezufriedenheit: Pflegepersonal	-0,23 (0,12)
Therapiezufriedenheit: Gesamtteam	0,10 (0,49)
Therapieaufwand lohnte sich	0,10 (0,48)
SCL9 –GSI	0,22 (0,13)

Hauptstudie

Auch in der Hauptstudie untersuchen wir den Einfluss des Katamneseintervalls mit dem Korrelationsverfahren nach Spearman. Die Tabelle 14 liefert eine Übersicht zu den ausgewählten Variablen. Die Motivation bei Behandlungsbeginn und die Beurteilung der hilfreichen Beziehung zum Pflegepersonal korrelieren statistisch signifikant zum Katamneseintervall.

Tabelle 14: Korrelationen nach Spearman (in Klammern Signifikanz) zwischen dem Katamneseintervall von Fragebögen und den Hauptvariablen aus der Hauptstudie (2006/2007) zur Evaluation der stationären internistisch-psychosomatischen Behandlung an der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm (N=54)
V: Variable; CR-Index: Consumer Reports Index; GSI: Global Severity Index der SCL-90-R; *0,01 < p ≤ 0,05: signifikant.

Variablen	**Katamneseintervall**
Besserung der Probleme (V1)	-0,27 (0,85)
Besserung der seelischen Verfassung (V2)	0,20 (0,15)
Therapiezufriedenheit (V3)	-0,11 (0,42)
CR-Index (V1+V2+V3)	-0,00 (0,99)
Motivation am Therapiebeginn	0,27* (0,04)
Anzahl der Probleme	-0,06 (0,67)
Kompetenz: Mittelwert	-0,05 (0,72)
Hilfreiche Beziehung: Mittelwert	0,30* (0,03)
Hilfreiche Beziehung: Einzelpsychotherapeut	0,13 (0,37)
Hilfreiche Beziehung: psychosomatisches Team	0,25 (0,07)
Hilfreiche Beziehung: internistisches Team	0,22 (0,12)
Hilfreiche Beziehung: Pflegepersonal	0,31* (0,02)
Hilfreiche Beziehung: Gesamtteam	0,11 (0,42)
Therapiezufriedenheit: Mittelwert	0,12 (0,38)
Gesamtbewertung: Mittelwert	0,16 (0,26)
Gesamtbewertung: Einzeltherapeut	0,08 (0,58)
Gesamtbewertung: psychosomatisches Team	0,10 (0,49)
Gesamtbewertung: internistisches Team	0,16 (0,25)

Gesamtbewertung: Pflegepersonal	0,18 (0,18)
Gesamtbewertung: Gesamtteam	0,09 (0,54)
Veränderung der Problembereiche	0,03 (0,84)
Therapieaufwand lohnte sich	-0,06 (0,69)
GSI bei Aufnahme	-0,10 (0,50)
GSI bei Katamnese	-0,01 (0,95)
GSI-Differenz	0,05 (0,73)

Die nachfolgenden Scatter-Darstellungen (Abb. 21 u. Abb. 22) zeigen exemplarisch den Zusammenhang zwischen dem Katamneseintervall und dem CR-Index und der GSI-Differenz.

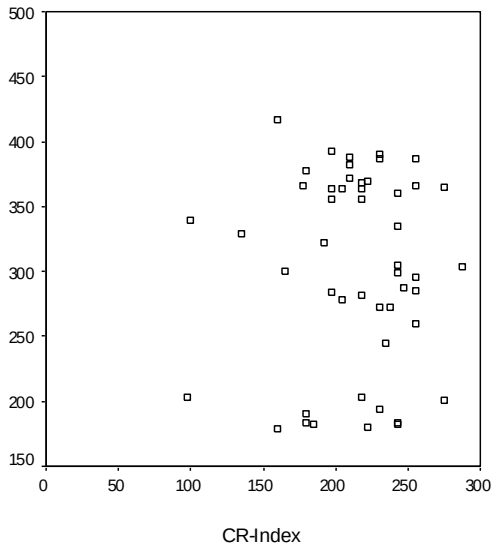

Abbildung 21: Scatter-Darstellung vom Katamneseintervall vom Interview in Tagen im Verhältnis zum CR-Index aus der Hauptstudie (2006/2007) zur Evaluation der stationären internistisch-psychosomatischen Behandlung an der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm (N=54)

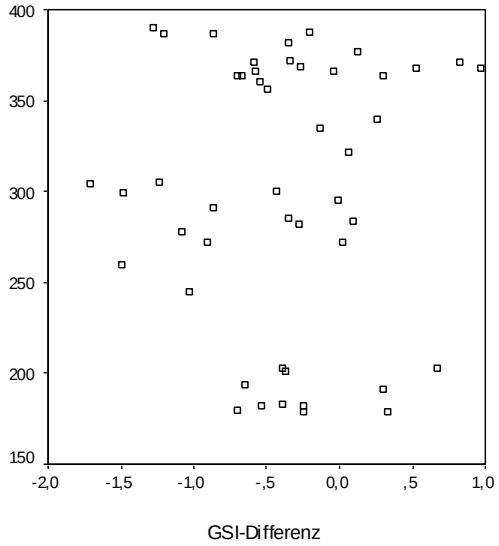

Abbildung 22: Scatter-Darstellung vom Katamneseintervall vom Interview in Tagen im Verhältnis zur Differenz im GSI aus der Hauptstudie (2006/2007) zur Evaluation der stationären internistisch-psychosomatischen Behandlung an der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm (N=54)

Sowohl in der Pilotstudie als auch in der Hauptuntersuchung lässt sich kein Zusammenhang zwischen dem Katamneseintervall und den untersuchten Variablen erkennen. Das Ergebnis der Behandlung ist in der Zeit von 6 bis 19 Monaten vom Zeitraum der Nachbefragung unabhängig. Die Ergebnisse sind also zu untersuchten Zeitpunkten stabil.

4. Diskussion

4.1. Diskussion der Methodik

4.1.1. Studiendesign und Durchführung

Im Vorfeld der Hauptstudie führen wir eine Pilotstudie an 89 Patienten derselben Abteilung durch. Sie dient der Testung des CR-Fragebogens. Auch erhoffen wir uns Hinweise auf den Zusammenhang zwischen dem Katamneseintervall und dem Ergebnis der Behandlung. Mit den Daten aus der Pilotstudie steigern wir die Anzahl der untersuchten Patienten aus der CR-Untersuchung auf N=95.

Die Fragestellung der Hauptuntersuchung bezieht sich auf den Einfluss des Katamnese-intervalls auf die Ergebnisse, wozu das ausgeklügelte 3-Gruppen-Design entwickelt wird. Da die Patienten konsekutiv in die Studie aufgenommen werden müssen, erfolgt die zufällige Zuordnung zu einer der Gruppen nach einem festen Schema nach dem Aufnahme-datum auf die Station. Die Patienten aus allen drei Gruppen werden im Laufe eines Jahres jeden Monat befragt. Damit sollen saisonale Effekte minimiert werden. Auch wissen die Patienten nicht genau zu welchem Zeitpunkt sie kontaktiert werden, um Erwartungseffekte zu vermeiden.

Doch in der Realität erweist es sich als schwierig, die Befragung dem Design entsprechend exakt durchzuführen. Zum einen kann der genau festgelegte Katamnesezeitpunkt nicht immer eingehalten werden; zum anderen ergeben sich Differenzen zwischen dem Zeitpunkt des Ausfüllens von Fragebögen (CR-Fragebogen und SCL-90-R) und dem Zeitpunkt des Interviews. Solche unvorhergesehenen Schwierigkeiten können in der Feldforschung auftreten.
Das Thema der Genauigkeit der Untersuchungszeitfenster wird in der Literatur nach unserem Wissen kaum diskutiert. Damit ist unser experimentelles Studiendesign eine gute Vorlage für die Auseinandersetzung mit dieser Thematik.

Die erste methodische Schwäche besteht darin, dass der festgelegte Termin fürs Interview aus verschiedenen Gründen seitens der Patienten nicht eingehalten werden kann. Da es bei unserem Design um Unterschiede im Bereich von 3 Monaten geht, könnte eine Verzögerung von mehr als 2 Wochen als ein Störfaktor gewertet werden. Wenn man z.B. Nach-untersuchungszeiträume im Bereich von Jahren untersucht, könnten Unstimmigkeiten von bis zu 1-2 Monaten zugelassen werden. Es wäre sehr aufwändig den Rahmen der Ungenauigkeit (Meßfehlers) im Vorfeld zu klären. Der Anspruch an die Genauigkeiten einer naturalistischen Feldstudie sollte nicht zu hoch sein, da die äußeren Störvariablen hier nicht ausgeschaltet werden können wie z.B. in einer Laborstudie der Phase III.

Deshalb verzichten wir bei der Auswertung auf die Bildung von Gruppen. Die Bildung von Gruppen wäre möglich, wenn die Stichprobe größer wäre und die Gruppen ungefähr die gleiche Anzahl an Patienten enthielten. Dies wären idealerweise Gruppengrößen ab 30 Patienten (in unserer Studie wären Gruppen mit 12/13/20 Patienten möglich, wenn man von den Patienten mit verzögerten Terminen absieht (7)).
Als Ausweichmöglichkeit führen wir das Interview auch telefonisch durch, wenn die Patienten z.B. zu weit wohnen oder zum erforderlichen Zeitpunkt nicht in die Klinik kommen können. Dies ergibt sich bei 38,9% der Patienten. Die Validität eines telefonischen Interviews ist mit der eines Face-to-face Interviews vergleichbar (Ballestrem et al. 2005, Feldman-Naim et al. 1997, Rohde et al. 1997, Wells et al. 1988).

Die zweite methodische Schwäche geht aus den zwei verschiedenen Zeitpunkten der Befragungen hervor: das selbständige Ausfüllen der Fragebögen durch die Patienten zuhause und das Interview. Die durchschnittliche Zeitdifferenz liegt bei 12 Tagen. Allerdings ergeben sich in Einzelfällen Differenzen bis zu zwei-drei Monaten, was erneut die Frage nach dem zulässigen Ausmaß der Zeitverzögerung aufwirft. Denn mit der Zeitänderung ist eine mögliche Änderung des Ergebnisses der Katamnese verbunden. Dieses Problem ließe sich vermeiden, wenn die Patienten z.B. die Fragebögen bei der Befragung ausfüllten. Jedoch würde das den Zeitaufwand erhöhen. Im Nachhinein könnte man die Patienten mit einer Zeitdifferenz von mehr als 2 Standardabweichungen (56 Tage) aus der Auswertung rausnehmen, wenn es geglückt wäre eine größere Stichprobe zu bekommen.

Das von uns gewählte naturalistische Design soll die Wirksamkeit der internistisch-psychosomatischen Behandlung unter klinisch repräsentativen Bedingungen untersuchen. Die klinische Untersuchung und Stellung der Diagnose findet im realen Setting unter klinischen Bedingungen der Station statt. Dabei wird nicht in den Klinikalltag eingegriffen. Alle behandelten Patienten bis auf wenige, die aus methodischen Gründen ausgeschlossen werden, werden in die Studie eingeschlossen.
Solche Studien, die die Wirksamkeit im klinischen Alltag (effectiveness) und nicht die unter kontrollierten Bedingungen einer Labor-Studie nachweisen, gewinnen in der Psychotherapieforschung zunehmend an Bedeutung (Lambert u. Ogles 2004, Leichsenring 2004, Seligman 1995, Westen et al. 2004). Allerdings reduzieren naturalistische Bedingungen die interne Validität, sodass die Besserung nicht mit Sicherheit auf die durchgeführte Behandlung zurückzuführen ist. Die externe Validität wird dabei durch den realistischen Rahmen gesichert (Heekerens 2005).

Das Einbeziehen einer nicht behandelten Kontrollgruppe in die Studie wäre insbesondere bei Patienten, die einer Akutversorgung bedürfen, ethisch nicht vertretbar. Es war auch nicht das Ziel dieser Untersuchung, die Wirksamkeit der Psychotherapie unter Kontrollbedingungen nachzuweisen, denn dies ist in vielen Studien bereits vorher getan worden. Es wird eine mittlere Effektstärke für Psychotherapie von 0,85 berichtet (Smith et al. 1980) und von 0,12 für Kontrollgruppen (Leichsenring u. Rabung 2004).

Die Beurteilung der Therapie erfolgt durch den Patienten selbst. Die subjektive Beurteilung sollte nicht, wie Seligman (1995) und Hartmann u. Zepf (2002) ausführlich erörtern, als ein Minuspunkt gesehen werden. Nach Strupp (1996) stellt der Patient neben der Gesellschaft und dem Psychotherapeuten eine weitere Instanz dar, die das psychische Wohlbefinden des Patienten und den Therapieerfolg der Psychotherapie als solche definiert („the tripartite model"). Die Validität der Aussagen des Patienten ist nicht minder als die der anderen zwei Parteien.

Die retrospektiven Auskünfte werden von vielen Autoren als große methodische Schwäche gesehen (z.B. Brock et al. 1996, Jakobson u. Christensen 1996), da die Patienten das Vergangene aus der aktuellen Perspektive falsch beurteilen können.
Howard et al. (2001) vergleichen retrospektiv erhobene Daten zur Besserung der seelischen Verfassung aus der Consumer Reports Studie in USA mit prospektiver Erhebung aus ambulanter Compass Studie (Howard et al. 1995). Ergebnisse beider Untersuchungen weisen die gleichen Bandbreiten von Besserungsraten auf. Damit zeigen sie, dass die retrospektive Befragung nach dieser Auswertung keine systematische Verzerrung der Daten mit sich bringt. Doch scheinen die Veränderungsmessungen zu nur einem Zeitpunkt aus retrospektiver Sicht tendenziell zu „besseren" Veränderungsraten zu führen als solche, die sich auf zwei Messungen (prä- und post-) stützen (Kohlmann u. Raspe 1998).
Um dem vorzubeugen ergänzen wir die retrospektive Beurteilung durch Interview und CR-Fragebogen im prä/post-Vergleich durch den prospektiven Einsatz der SCL-90-R und erhöhen somit die Reliabilität unserer Untersuchung.

Des Weiteren muss die Länge des Katamnesezeitraumes diskutiert werden. Ein halbes bis ein Jahr mag für die Fragestellung einer katamnestischen Beurteilung nicht ausreichend lange erscheinen. Einerseits steigt die Aussagekraft einer Nachuntersuchung mit deren Länge (Rüger u. Senf 1994). Andererseits nimmt ihre Validität ab, da der Einfluss der äußeren Variablen zunimmt und das Ergebnis zum Katamnesezeitpunkt nicht nur auf die Therapie zurück-zuführen ist (Herzog u. Deter 1994, Rüger 1991, Rüger u. Senf 1994). Die Abstände von 3

Monaten zwischen den Gruppen scheinen uns ausreichend lang zu sein um Fluktuationen einer Erkrankung nach der Phase des akuten Ausbruches (meist der Grund für die stationäre Einweisung) beobachten und Unterschiede feststellen zu können.

4.1.2. Fragebögen und Interview

SCL-90-R

Die SCL-90-R (Derogatis 1977; Franke 1995, 2002) ist eines der am häufigsten in Forschung und Klinik eingesetzten Untersuchungsinstrumente zur Erfassung der psychischen Symptombelastung.

Die Test-Retest-Reliabilität und interne Konsistenz werden nach entsprechenden Untersuchungen als gut eingestuft. Die internen Konsistenzen (Cronbach`s Alpha) der SCL-90-Subskalen reichen von $\alpha = 0{,}75$ bis $\alpha = 0{,}88$; die interne Konsistenz des Gesamtwertes GSI (Global Severity Index) beträgt $\alpha = 0{,}97$ (vgl. Nunnally 1978). Zwischen den Subskalen und dem globalen Kennwert GSI bestehen Korrelationen von $r = 0{,}74$ bis $r = 0{,}90$ (Hessel et al. 2001).

Trotz der hohen Akzeptanz der SCL-90-R, lassen sich aus psychometrischer Sicht einige Mängel bei diesem Verfahren feststellen.

Einer der Kritikpunkte ist die mangelnde faktorielle Validität. Die von Derogatis auf der Basis der Daten von 1002 ambulanten Psychiatriepatienten postulierte Skalenstruktur (vgl. Derogatis u. Cleary 1977a, 1977b) wird von Franke (1995) für die deutsche Version beibehalten. Sie kann jedoch empirisch nicht in befriedigender Weise bestätigt werden (Hessel et al. 2001). Die SCL-90-Skalen korrelieren hoch miteinander und lassen sich in ihrer Struktur faktorenanalytisch in zahlreichen Studien nicht replizieren (z.B. Cyr et al. 1985, Hessel et al. 2001, Holi et al. 1998, Rauter et al. 1996, Steer et al. 1994). Der Eigenwerteverlauf der Faktorenanalyse aus der Normierungsuntersuchung von Hessel et al. (2001) identifiziert vielmehr die Existenz eines varianzstarken Generalfaktors (global distress factor), der die allgemeine Symptombelastung einer Person widerspiegelt. Dies bestätigen auch zahlreiche klinische Studien (z.B. Carpenter u. Hittner 1995, Hardt et al. 2000, Rauter et al. 1996, Zack et al. 1998). Somit können die verschiedenen Subskalen keine voneinander abgrenzbare Symptombereiche valide erfassen (Hessel et al. 2001).

Bei der Diskussion der Ergebnisse unserer Untersuchung mittels SCL-90-R stützen wir uns aus diesem Grund bei Vergleichen nur auf den GSI.

Weiterhin werden auch die unzureichende diskriminante Validität (hohe Interkorrelationen von Subskalen) sowie die geschlechtsabhängige Varianz der Skalen kritisiert (vgl. Carpenter u. Hittner 1995, Cyr et al. 1985, Hafkenscheid 1993, Rief et al. 1991, Vassend u. Skrondal 1999).
Unter der großen Itemzahl (90) leidet die Ökonomie des Fragebogens. Einer der Entwicklungsansätze einer kürzeren Version stellt die SCL-K-9 mit nur 9 Items dar, die wir in der Pilotstudie einsetzten. Die Skala korreliert mit r = 0,93 mit GSI-90. Cronbach´s alpha liegt bei 0,87. Die SCL-K-9 erweist sich faktorenanalytisch als eindimensional und hat zum GSI-90 bei leicht erhöhter Varianz einen vergleichbaren Mittelwert (Klaghofer u. Brähler 2001).

CR-Fragebogen

Angesichts der breiten Diskussion um die Consumer Reports Studie in USA inmitten der Kontroverse um 'efficacy' und 'effectiveness' in der wissenschaftlichen Welt (z.B. Brock et al. 1996, Buchholz 2000, Goldfried u. Wolfe 1996, Howard et al. 2001, Jacobson u. Christensen 1996, Nielsen et al. 2004, Seligman 1995, 1996; Strupp 1996) und deren Replikation in Deutschland (Hartmann u. Zepf 2002, 2003) soll im Folgenden das Meßinstrument der Erhebung ausführlich diskutiert werden. Dabei beziehen wir uns auf den von Hartmann u. Zepf (2002, 2003) übersetzten und in Deutschland eingesetzten Fragebogen.

Die mögliche Schwächung der Reliabilität durch den retrospektiven Einsatz des Fragebogens haben wir bereits im vorhergehenden Kapitel erörtert.
Das wichtigste Gütekriterium, das hier diskutiert werden soll, ist die Konstruktvalidität. Dabei geht es um die Frage, ob auch wirklich die Behandlungseffektivität (effectiveness), wie von den Autoren angegeben, mit dem Fragebogen gemessen wird, und nicht etwa die Konsumenten- bzw. Patientenzufriedenheit.
Die Effektivität der Behandlung wird anhand von 3 Variablen beurteilt: 1. Besserung der seelischen Verfassung; 2. Besserung der Probleme, die den Patienten in Behandlung führten; 3. Zufriedenheit mit der Therapie. Als Grundlage dafür dienen 4 Fragen (s. d. CR-Fragebogen im Anhang): Fragen Nr.3 und Nr.4 (seelischer Zustand vor Behandlung und zum Zeitpunkt der Befragung), Nr.15 (Therapiezufriedenheit) und Nr. 18 (Besserung der Probleme). Jede Variable wird in einen Zahlenwert transformiert; das Maximum liegt dabei bei 100 Punkten pro Variable und bei 300 Punkten für den gesamten Index (CR-Index).

Auch andere Studien haben sich an diesen Fragen orientiert: Keller et al. (2001) evaluieren in einer Katamnesestudie die Effektivität der Jungianischen Psychoanalyse. Sie verwenden u.a. einen Summenwert von drei Globalurteilen (jeweils 0-100 Punkte) zur Evaluation des Therapieerfolges aus der Sicht des Patienten: 1. Der Grad der Besserung der Beschwerden, die

Anlass für Therapie waren; 2. Das Ausmaß, wie die Therapie dem Patienten geholfen hat; 3. Die aktuelle psychische Befindlichkeit.

Die Formulierungen der Fragen und Antworten im CR-Fragebogen werden von vielen Autoren kritisiert (z.B. Brock et al. 1996, O'Neill 1998). Zum besseren Verständnis erläutern wir zuerst die Skalierung der gestellten Fragen und deren quantitative Transformation.
Im statistischen Sinne sollten streng genommen die qualitativen Merkmale einer Ordinalskala nicht zu mathematischen Operationen herangezogen werden, da der Abstand zwischen zwei Merkmalen einer Ordinalskala nicht definiert ist (vgl. Weiß 2005). Bei der Frage nach der seelischer Verfassung, erscheint es fragwürdig, dass der Abstand zwischen *Sehr schlecht: Ich kam mit meinem Leben kaum noch zurecht* und *Ziemlich schlecht: Das Leben war für mich sehr schwer geworden* derselbe sein soll wie zwischen *So-so: Ich hatte meine Höhen und Tiefen* und *Ziemlich gut: Ich hatte keine ernstlichen Beschwerden, konnte nicht klagen*. Hier wird die Problematik der Transformation von qualitativen in quantitative Merkmale deutlich. Die Transformation einer Ordinalskala in eine Verhältnisskala wird jedoch bei den psychologischen Messinstrumenten zur besseren Handhabung und Auswertung der Ergebnisse häufig eingesetzt.
Die Formulierung der Bewertungsskalen zur Therapiezufriedenheit wie *absolut zufrieden, sehr zufrieden* und *ziemlich zufrieden* ist unglücklich gewählt. Alle drei Begriffe liegen gefühlsmäßig nah beieinander und bedeuten in jedem Fall eine sehr positive Beurteilung. Der negative Teil dieser Bewertungsskala ist mit *etwas unzufrieden, sehr unzufrieden* und *absolut unzufrieden* etwas deutlicher. Doch *etwas (unzufrieden)* ist nicht das Gegenteil von *ziemlich (zufrieden)*, was die Bildung einer bipolaren Skala verhindert. Ein Vergleich mit den Originalaussagen auf Englisch zeigt jedoch, dass hier kein Übersetzungsfehler vorliegt.

Die Erhebung der gewünschten Information erfolgt auf zwei verschiedenen Wegen. Die Änderung der seelischen Verfassung wird quasi-indirekt abgefragt: Retrospektiv wird der seelische Zustand vor der Therapie und zum Zeitpunkt der Befragung erfasst. Es wird eine Differenz aus diesen zwei Aussagen gebildet, die den Veränderungsgrad widerspiegelt.
Die Besserung der Probleme wird direkt abgefragt. Direkte und quasi-indirekte Änderungen werden nicht nach demselben Schema in einen Punktewert transformiert. Es wird hier ein quantitativer Unterschied gemacht. Die Frage nach Änderung der seelischen Verfassung wird in kleineren Schritten (12,5 Punkte für 1 Grad der Änderung), die Frage nach der Besserung der Probleme im Vergleich dazu in größeren Schritten (25 Punkte für 1 Grad der Änderung) umkodiert. Der seelische Zustand kann sich jeweils um 4 Grade verbessern bzw. verschlechtern; die Probleme, die in Behandlung führten, können sich jeweils nur um 2 Grade

verbessern bzw. verschlechtern. Eine ähnliche Abstufung in der Wertung der Aussagen wäre plausibler und besser für einen Vergleich geeignet.
Außerdem machen Brock et al. (1996) und O'Neill (1998) auf die Regression zum Mittelwert bei den Fragen nach der seelischen Verfassung aufmerksam. Wenn die erste Messung auf der Basis von extremen Werten beurteilt wird, fällt die zweite Messung weniger extrem aus. Dieser Effekt ist von jeglicher psychologischer Verbesserung unabhängig und kann eine Besserung des Zustandes suggerieren.
Detailliertere Fragen, die den Zustand besser einschätzen und quantifizieren, und Einsatz standardisierter Fragebögen würden die Validität des Fragebogens steigern (Seligman 1995). Durch den Einsatz von SCL-90-R in unserer Hauptstudie tragen wir zur Validierung des CR-Fragebogens bei (s. d. Kapitel 4.2.2.).
Der unzureichenden Standardisierung des CR-Fragebogens setzen Hartmann u. Zepf (2002) subjektives Erleben entgegen: Standardisierung orientiert sich demnach an einer fiktiven Gesundheit im psychometrischen Sinn. Der CR-Fragebogen strebt jedoch danach, die realitätsnahe subjektive Beurteilung des Wohlbefindens zu erfassen.

Jacobson u. Christensen (1996) bemerken, dass der CR-Fragebogen zwar etwas mehr als Konsumentenzufriedenheit misst, die drei genannten Variablen aber keine voneinander unabhängigen Konstrukte darstellen. Insbesondere das Zusammenfügen der drei Variablen zum globalen Summenwert macht es unmöglich die Konsumentenzufriedenheit von den anderen Variablen zu trennen. Weiterhin korreliert die Konsumentenzufriedenheit nicht mit dem symptomatischen Ergebnis und dem Allgemeinbefinden.
Darauf führt Seligman (1996) aus: Die Konsumentenzufriedenheit korreliert mit 0,27 mit der Verbesserung des seelischen Zustandes und mit 0,66 mit der Besserung der Probleme. Auch nach der statistischen Auswertung der Daten unter Ausschluss von Konsumenten-zufriedenheit ändern sich die Ergebnisse der Studie nicht.

Howard et al. (2001) berichten aus der prospektiven ambulanten Compass Studie von vergleichbaren Werten für die Beeinträchtigung der seelischen Verfassung am Anfang der Therapie wie in der CR Studie aus den USA. Nach Auswertung verschiedener Datensätze fügen sie u. a. hinzu: "a variety of self-report and therapist-rated measures of the effectiveness of therapy provided relatively strong convergent evidence of the construct validity of the outcome assessment used in the CR study" (S. 872).

Auch Nielsen et al. (2004) setzen sich mit dem CR-Fragebogen auseinander. Dabei vergleichen sie Daten aus prospektiver Untersuchung mit dem standardisierten Outcome-

Meßinstrument OQ-45 (45-Item Outcome Questionnaire; Lambert et al. 1996) mit dem bei Katamnese eingesetzten CR-Fragebogen. Die Stichprobe bilden 302 Patienten einer universitären Beratungsstelle. Folgende Ergebnisse seien hier kurz zusammengefasst: 1. Die interne Konsistenz der 3 Variablen des CR-Index wird als niedrig eingestuft (Cronbach´s alpha $\alpha = 0{,}63$). 2. Die 3 Variablen erscheinen aus psychometrischer Sicht viel zu unterschiedlich, als dass sie zu einem Summenwert zusammengefügt werden könnten. 3. Es findet sich eine relativ hohe Korrelation zwischen dem OQ-45-Score und der retrospektiv geschätzten seelischen Belastung im Rahmen des CR-Fragebogens am Anfang bzw. vor der Therapie. 4. Die im Rahmen der CR-Untersuchung festgestellte Verbesserung erbringt eine doppelt so hohe Effektstärke als die der prospektiven Untersuchung mittels OQ-45 und zeugt von der Tendenz den Grad der tatsächlichen Verbesserung zu überschätzen.

Doch wie ist dann eine gute bzw. schlechte Effektivität definiert? Es liegt keine Normierung der CR-Indices vor. Bei der Interpretation der Ergebnisse sollte man beachten, dass auch Verschlechterung in einen Punktewert transformiert wird. So kennzeichnen Werte jedes einzelnen Items unter 50 eine Verschlechterung bzw. negative Beurteilung. Das bedeutet, dass ein CR-Index unter 150 noch keinen gleichbleibenden bzw. verbesserten Zustand bedeutet. Es wäre hilfreich zu wissen, welcher Wert die Grenze zum guten bzw. schlechten Ergebnis markiert. Doch es gibt keinen Bezugspunkt für die Beurteilung; möglich ist nur ein Vergleich der Ergebnisse untereinander.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass trotz einiger psychometrischen Mängel des CR-Fragebogens eine einfache Durchführung der Befragung zur nur einem Zeitpunkt eine kostengünstige Untersuchung ermöglicht. Die wenig aufwändige Auswertung lässt gute Vergleichbarkeit von Ergebnissen aus verschiedenen Studien zu. Gerade wegen seiner einfachen Handhabung wird dieser Fragebogen wohl auch weiterhin in der Forschung eingesetzt. Als ein aktuelles Beispiel sei hier die Befragung von ca. 1400 Patienten zu ihren Erfahrungen mit ambulanter Psychotherapie anhand eines erweiterten CR-Fragenbogens am Universitätsklinikum Leipzig genannt (Albani 2010).

An dieser Diskussion ist die Bildung von 2 Lagern in der Psychotherapieforschung erkennbar: den einen Pol bilden die „fundamentalistischen Methodiker“, den anderen die „utilitaristischen Pragmatiker“ (Kächele 2010a).

Interview

Für das katamnestische Interview dient uns der halbstandardisierte Fragebogen aus der Dissertation von Kammerer (2000) als Grundlage. Der Einsatz desselben Fragebogens zielt auf einen besseren Vergleich von unseren Ergebnissen mit denen aus der Liaison-psychosomatik des Ulmer Modells III ab. Der Schwerpunkt der Befragung liegt dabei auf den Auswirkungen der Symptome auf soziales Leben. Die Erhebung erfolgt im retrospektiven prä/post-Vergleich.

Die Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten orientieren sich an bipolaren Skalen mit 5 Antworten. Als Beispiel sei hier die Frage nach der aktuellen seelischen Befindlichkeit im Vergleich zum Zustand vor der Behandlung genannt. Als Antworten sind Aussagen wie *deutlich besser, etwas besser, gleich, etwas schlechter* und *deutlich schlechter* möglich. Es sind Aussagen, die voneinander klar abzugrenzen sind und gut ausgewertet werden können.

Eines der Mängel des Interviews in dieser Studie ist seine geringe Durchführungsobjektivität. Die Interviewerin (=Doktorandin) kann sich zwar in die Tonband-Aufzeichnungen von den in der Dissertation von Kammerer (2000) ausgewerteten Interviews einhören. Eine systematische Schulung für die durchzuführenden Interviews findet jedoch nicht statt. Manche Fragen sind für die Patienten schwer verständlich wie z.B. die Frage nach der Körperwahrnehmung. Dies erfordert zusätzlicher Erklärungen, die sich an dem Verständnis des jeweiligen Patienten orientieren. Demzufolge ist die Befragungssituation nicht standardisiert, auch wenn die Interviewerin sich bemüht die Fragen bei allen Patienten auf dieselbe Art und Weise zu stellen. Doch hier liegt auch der Vorteil eines Interviews: unklare Formulierungen können dem Patienten durch Beispiele verdeutlicht werden.

Da bei den offenen Fragen die Auswertungsobjektivität nicht gewährleistet werden kann, werden diese nicht statistisch ausgewertet. Vielmehr dienen sie dazu, dem Patienten leichteres Erinnern an die Lebenssituation vor der Behandlung zu ermöglichen. Wir können dabei qualitative Hinweise für die Fragestellung sammeln. Im Verlauf der Befragungen werden noch 2 weitere Fragen bezüglich der Gründe für Veränderungen hinzugefügt und an einer Stichprobe von 32 Patienten untersucht.

Die qualitative Forschung spielt eine wichtige Rolle in der Generierung von Erklärungs-modellen der Wirkung der Psychotherapie (Frommer et al. 2004). Im letzten Jahrzehnt erlebt sie auch in deutsch-sprachigen Ländern einen Aufschwung (Frommer u. Rennie 2001). Die Untersuchung von Erinnerungen früherer Patienten zählt zu einem bedeutsamen Forschungs-

bereich (Frommer et al. 2004), in dem in den letzten Jahrzehnten einige Studien durchgeführt werden (Kuehnlein 1999, Senf u. Heuft 1994, Wachholz u. Stuhr 1999).

Die in diesem Kapitel erörterte Problematik der Meßmethoden zeigt, wie schwer es ist ein geeignetes Instrument zur Beurteilung des Erfolges der psychotherapeutischen Behandlung zu finden. Dem liegt das „unlösbare" Problem der Erfolgsdefinition in der Psychotherapie-forschung zugrunde (vgl. Bergin 1971, Kächele 1975, Kordy u. Kächele 2003, Senf u. von Rad 1990).

4.1.3. Stichprobe

Stichprobengröße

Unsere Stichprobe besteht aus 88 (54) Patienten. Da die Patienten im Laufe der 1,5 Jahre konsekutiv in die Studie aufgenommen werden, entsteht keine Selektionsbias. Die Größe der Stichprobe kann sich in der klinischen Forschung gut sehen lassen (Vgl. Tab.1.). Das Rekrutieren einer größeren Stichprobe im Bereich von mehreren Hunderten Patienten und mehr ist die Domäne der groß angelegten und finanziell geförderten Studien wie z. B. die multizentrische Essstörungsstudie von Kächele et al. (2001).
Die Problematik der kleinen Gruppen für den katamnestischen Vergleich ist bereits im vorhergehenden Kapitel erörtert worden. Eine Anzahl von 54 untersuchten Patienten reicht jedoch gut aus um Rückschlüsse mit klinischer Relevanz zu ziehen.

Rücklaufquote

Die Rücklaufquote beträgt 76,4 % (68), beide Befragungswege eingeschlossen. In die Auswertung gehen nur die Daten von 60,7% (54) ein, von denen uns sowohl die Fragebögen als auch die Daten aus dem Interview vorliegen. Eine ähnliche Rücklaufquote findet sich auch in der Literatur (Kächele et al. 2001, Sabo et al. 1995).
Ein geringer Rücklauf birgt die Gefahr einer positiven Selektion. Dies bedeutet, dass vor allem die Patienten sich zurückmelden, die einen positiven Krankheitsverlauf aufweisen bzw. mit der Behandlung zufrieden sind. Um die Wahrscheinlichkeit einer positiven Selektion besser beurteilen zu können, führen wir eine Repräsentanzprüfung der Gesamtstichprobe (88 Patienten) durch um die Unterschiede zwischen dem befragten (= Teilnehmer, 54 Patienten) und dem unbefragten Kollektiv (=Nicht-Teilnehmer, 34 Patienten) bezüglich Alter, Geschlecht, Behandlungsdauer und Diagnosen zu eruieren.
Dabei unterscheidet sich die Behandlungsdauer signifikant: Sie liegt bei den Teilnehmern bei 37,3 Tagen und bei den Nicht-Teilnehmern bei 25,8 Tagen. Ein Unterschied also von fast 12

Tagen (11,5). Es scheint, dass die Patienten, die länger in Behandlung sind, eher dazu bereit sind an der Studie teilzunehmen. Damit könnte auch das Ergebnis der Therapie zusammenhängen. Es gibt Hinweise, dass mehr Therapie zu besserem Erfolg bzw. größerer Patientenzufriedenheit führt, wie Seligman zeigt (1995).
Des Weiteren sind unter den Nicht-Teilnehmern signifikant mehr Männer als Frauen anzutreffen, wobei sich die Behandlungsdauer bezüglich des Geschlechtes nicht unterscheidet. Dies bedeutet, dass vor allem die Männer dazu nicht bereit sind an der Untersuchung teilzunehmen.

Demografische Faktoren

Bei der Geschlechtsverteilung überwiegen die Frauen mit 79,6% im Vergleich zu den Männern mit 20,4%. Diese Verteilung findet sich auch in den vergleichbaren Studien im ambulanten und stationären Bereich (Höflich 2005, Huber et al. 2009, Kammerer 2000, Nübling 1999, Scheidt et al. 1998, Schmidt 1991).
Die in der vorliegenden Arbeit untersuchte Patientenklientel entspricht hinsichtlich des durchschnittlichen Alters (43,2 Jahre) den Angaben von Kammerer (2000) aus der Ulmer Liaisonpsychosomatik (MW=43,9). Für die stationäre Psychotherapie im Akutbereich wird in der Literatur aber vor allem ein jüngeres Alter berichtet (z. B. 34,0 Jahre bei Bassler 1994; 34,1 Jahre bei Höflich 2005; 24,6 Jahre in der Gruppe für stationäre Einzeltherapie bei v. Rad 1998). Im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation liegt das mittlere Alter entsprechend etwas höher: 45,9 Jahre (Franke 2002).
Die Verteilung der Schulabschlüsse entspricht in etwa der in der Literatur (z. B. Höflich 2005). Kammerer (2000) berichtet von einem deutlich höheren Anteil an Hauptschülern (60%). Die berufliche Situation der Patienten unserer Stichprobe verändert sich im Katamneseintervall etwas: 1 Patient wird berentet und 5 Patienten werden arbeitslos.

Diagnosen

Die häufigsten Diagnosen sind somatoforme Störung, depressive Störung, Ess- und Angststörung, die eine wie auch in der Literatur anzutreffende Verteilung in psychosomatischen Krankenhäusern zeigt (vgl. Franke 2002). Die relativ hohe Rate an Essstörungen (in 20% Hauptdiagnose) liegt daran, dass die internistisch-psychosomatische Abteilung über Erfahrungen in der Behandlung von Essstörungen verfügt. Dabei macht die räumliche und organisatorische Integration in die Abteilung Innere Medizin I es möglich lebensbedrohliche Erkrankungen zu behandeln.
Der gesamte Anteil an Persönlichkeitsstörungen mit nur 3,8% ist in unserer Stichprobe im Vergleich zu Angaben aus stationärem und ambulantem Setting relativ gering (31,5% bei

Höflich 2005, ca. 44% bei Jakobsen et al. 2007). Die Gründe hierfür sind vielfältig. Möglicherweise bestehen Vorbehalte bezüglich Stigmatisierung durch die Vergabe dieser Diagnose.

Wartezeit und Behandlungsdauer

Laut Selbstauskunft warten 70,1% der Patienten (38) weniger als 1 Monat auf den Behandlungsplatz. 11,1% der Patienten warten mehr als 3 Monate. De Cruppe und Mitarbeiter (2005) berichten aus der Untersuchung im stationären Bereich der psychosomatischen Akutversorgung an N=216 Patienten von einer durchschnittlichen Wartezeit von 21 Tagen. Da in unserer Studie lediglich Angaben zu vorgegebenen Zeiträumen möglich waren, ist ein direkter Vergleich nicht möglich. Eine Wartezeit von weniger als einem Monat in der Mehrzahl der Fälle ist bei akuten Erkrankungen notwendig. Doch stehen in unserer Untersuchung lediglich 7-8 Betten dem psychosomatischen Team im klinischen Setting zur Verfügung, sodass mit längeren Wartezeiten und kürzeren Behandlungszeiträumen zu rechnen ist.

Probst (2007) gibt aus einer Untersuchung an 60 Psychosomatischen Kliniken eine durchschnittliche Verweildauer von 50 Tagen für Akutkliniken und 41 Tagen für Rehabilitationskrankenhäuser an. Auch de Cruppe et al. (2005) geben für akuten stationären Bereich vergleichbare 48 Tage an. Somit fällt unsere mittlere Behandlungsdauer von 37 Tagen deutlich kürzer aus.

Höflich (2005) gibt 32 Tage für die Kurzzeittherapiegruppe (N=83) und 82 Tage für die Langzeittherapiegruppe (N=83) in der Behandlung im universitären stationären Setting an. Auf unserer Station werden die Patienten gemäß der Indikation sowohl kurz- als auch langfristig behandelt (längster Aufenthalt 125 Tage).

4.1.4. Statistische Verfahren

Effektstärke[4]

Wir verwenden das Maß der Effektstärke in der Berechnung von GSI (Global Severity Index), um damit den Effekt der Symptomreduktion aus unserer Studie mit den anderen Studien vergleichen zu können.

Allerdings wollen wir hier kritisch anmerken, dass die Effektstärke ein mathematisch-statistisches Maß ist, das sich auf statistische Diskriminierung zweier Verteilungen bezieht und nicht mit der Stärke klinisch-therapeutischer Effekte gleichzusetzen ist. Wie Kriz (2000) ausführlich erörtert, dient die Effektstärke vor allem im Rahmen der Metaanalysen dazu, Daten aus unterschiedlichen Studien mit unterschiedlichen Voraussetzungen und bei unterschied-

[4] „Effektstärken sind deskriptive, dimensionslose Kennwerte, die im Fall eines Mittelwertvergleichs die Mittelwertdifferenz in Standardabweichungseinheiten ausdrücken“ (Maier-Riehle u. Zwingmann 2000, S.190)

lichen Fragestellungen miteinander vergleichbar zu machen. Sie ist von der Stichprobengröße unabhängig (Lind 2009). Allerdings hat sich die Effektstärke zuletzt auch in einzelnen Studien als Maß für Therapieeffektivität etabliert.
Die Interpretation ist dabei nicht unproblematisch, da die Größe der Effektstärke auch von anderen Aspekten als nur durch die Verbesserung beeinflusst werden kann (z.B. Homogenität der Verteilung) (Kriz 2000, Lind 2009).

4.2. Diskussion der Ergebnisse

4.2.1. Hauptstudie: Deskriptive Ergebnisse

4.2.1.1. Patientenbezogene Faktoren

Motivation

Über 80% der Patienten unserer Stichprobe werden von außen dazu motiviert die Therapie zu beginnen. Nur 18,5% fangen die Behandlung allein aus eigener Motivation an.
Riedel (1991) untersucht Patienten einer Psychosomatischen Fachklinik (N=869) und stellt dabei fest, dass eine aus Therapeutensicht niedrigere Therapiemotivation u. a. mit einem schlechteren Bildungsniveau und externaler Kontrollüberzeugung zusammenhängt.
In unserer Untersuchung beurteilen die Patienten ihre Therapiemotivation selbst. Dabei geben fast 2/3 der Patienten am Anfang der Behandlung eine sehr starke bis starke Motivation an. Nur 13% bezeichnen sich als wenig bis sehr wenig motiviert die Therapie anzugehen. Mohr (1995) berichtet in seiner Übersichtsarbeit zum Therapiemisserfolg, dass neben interpersonalen Problemen geringe Motivation ein Prädiktor für ein negatives Therapieergebnis ist.

4.2.1.2. Symptombezogene Faktoren

Anzahl der Probleme

Zwei Drittel der Patienten beklagen zwei und mehr Probleme, wobei ein Sechstel über mehr als 5 Probleme berichtet. Am Behandlungsanfang korreliert die Anzahl der Probleme statistisch hochsignifikant mit dem GSI (Global Severity Index). Dies ist zu erwarten, denn der GSI zeigt die Schwere der symptomatischen Belastung verschiedener Lebensbereiche an. Gut dazu passt auch der kleine Unterschied in durchschnittlichem Grad der Verbesserung verschiedener Problembereiche durch die Therapie. Die größte Besserung erfahren zwar vor allem die Probleme, die in Behandlung führten, doch auch Bereiche wie Lebensfreude, seelisches und körperliches Befinden, Verständnis für andere, persönliche Entwicklung usw. bessern sich. Das spricht dafür, dass Psychotherapie zu multidimensionalen Veränderungen

führt und verschiedene Lebensbereiche beeinflusst (Senf u. von Rad 1990). Die Wirkung der psychosomatischen Behandlung auf körperliche und seelische Verfassung sowie verschiedene Lebensbereiche soll im Nachfolgenden einzeln diskutiert werden.

Körperliche und seelische Verfassung

Eine Besserung im Bereich der körperlichen Befindlichkeit geben 74,1% und im Bereich der seelischen Befindlichkeit 85,2% an. Eine deutliche Besserung in beiden Bereichen gibt knapp über die Hälfte der Patienten an. 2/3 der Patienten gaben an keine zusätzlichen körperlichen Symptome im Katamneseintervall entwickelt zu haben. Dies ist eine gute Erfolgsrate auf Symptomebene. Kammerer (2000)[5] gibt eine Besserung in beiden Bereichen bei ca. zwei Drittel der Patienten und Auftreten von neuen Beschwerden in 71% der untersuchten Fälle an.

Vergleichbare Raten an Symptomreduktion lassen sich auch in anderen klinischen Studien finden (vgl. Grimshaw 1965, Leuzinger-Bohleber 2003, Keller 2001).

Beruf, Freizeit, Körperwahrnehmung und Beziehungen

Vor der Behandlung wirkt sich die Symptomatik bei 87% der Patienten deutlich bis etwas negativ auf die berufliche Situation aus. Kammerer gibt fast denselben Anteil an (86%). Eine deutliche bis leichte Besserung geben in unserer Studie drei Viertel der Patienten an, bei Kammerer (2000) ist es die Hälfte der befragten Patienten. Eine Verschlechterung der beruflichen Situation geben bei uns 9,3% (5) an. Von diesen 5 Patienten werden 2 im Katamneseintervall arbeitslos. Kammerer berichtet vom gleichen Anteil an Verschlechterung (9,6%). Somit unterscheiden sich diese Ergebnisse nur in der Besserungsrate, worauf noch später eingegangen wird.

Noch mehr als die berufliche Situation leidet die Freizeitgestaltung unter den Symptomen der Patienten: 90,8% geben eine deutliche bis etwas negative Auswirkung an. Auch Kammerer gibt eine entsprechend hohe Rate von 86,4% an. Bei der Ausübung der beruflichen Tätigkeit bleibt häufig eine Restfunktionalität auch unter starkem Beschwerdedruck erhalten. Negative Auswirkungen auf den Bereich der Freizeit werden in der Regel schon früher erkennbar (z. B. soziale Isolation bei Depression, Meiden der gemeinsamen Essaktivitäten bei Anorexie). Eine deutliche bis leichte Besserung erfahren bei uns 72,2%.

[5] Aus Gründen der lokalen Relevanz werden unsere Ergebnisse mit einer früheren Studie zur Psychosomatik im integrativen Ansatz (Kammerer 2000) verglichen

Bei der Wahrnehmung des Körpers sehen wir eine ähnlich hohe Quote an negativen Auswirkungen durch die Erkrankung (85,2%) mit ähnlichen Angaben von Kammerer (76,7%). Eine Besserung in unserer Stichprobe sehen wir wieder bei zwei Dritteln der Patienten. Dies zeigt, dass diese 3 Bereiche ähnlich stark von der Psychotherapie beeinflusst werden.

Auffällig bei der Auswirkung von Symptomatik auf die zwischenmenschlichen Beziehungen im Vergleich zu anderen Bereichen ist, dass hier nur knapp 30% der Patienten eine deutlich negative Auswirkung angeben vs. mindestens 60% bei den anderen Lebensbereichen. Auch ist der Anteil an Patienten, die keine Auswirkung auf die Beziehungen durch die Symptomatik vor der Behandlung verspüren, mit 20,4% höher als bei den anderen Bereichen (maximal 13%). Bei 13% wirkt sich die Erkrankung positiv auf die zwischenmenschlichen Beziehungen aus. Dies ist dadurch zu erklären, dass das Auftreten einer Erkrankung in diesen Fällen die Familienangehörigen einander näher bringt und so die Kommunikation untereinander verbessert.
Zum Katamnesezeitpunkt finden wir wieder eine im Vergleich zu anderen Bereichen höhere Rate an Patienten, deren zwischenmenschliche Beziehungen durch die Therapie unbeeinflusst bleiben: 44,4% vs. maximal 22,6% in anderen Bereichen.
Eine deutliche Besserung durch die Behandlung geben 39% der Patienten an. Hier erkennt man auch eine Bildung von 2 Lagern, die nur für den Bereich der Beziehungen zutrifft: die ersten (etwas mehr als) zwei Fünftel berichten keine Veränderung durch die Therapie, die weiteren zwei Fünftel eine sehr deutliche Besserung. In der Befragung von Kammerer berichtet zwar derselbe Anteil der Patienten von fehlender Besserung durch die Therapie, das polarisierende Muster im Antwortverhalten findet sich jedoch nicht wieder. Das ist eine interessante Beobachtung vor dem Hintergrund der Tatsache, dass Psychotherapie eine Beziehungstherapie ist. Scheinbar ist der eine Teil der Patienten mit der Beziehungsarbeit in ihrer unmittelbaren Umgebung erfolgreich gewesen, der andere aber noch nicht. Hier wäre es interessant zu sehen, wie die Patienten die Situation im interpersonalen Bereich vor der Therapie und bei Katamnese einschätzen. Dazu könnte man z. B. das „Inventar Interpersonaler Probleme“ (IIP) von Horowitz et al. (2000) einsetzen, das selbst-wahrgenommene Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen erfasst.

Interessant ist auch die statistisch signifikante Korrelation zwischen dem GSI am Anfang der Therapie und zum Katamnesezeitpunkt und den Auswirkungen von Symptomatik auf zwischenmenschliche Beziehungen. Dieser Bereich zeigt die stärksten Korrelationen verglichen mit den anderen oben beschriebenen Bereichen des Lebens.

Da die Richtung der Korrelation nicht vorgegeben wird, kann man diese Ergebnisse auf mindestens zwei Arten interpretieren: 1. Je symptombeladener der Patient, desto stärker sind seine Beziehungen betroffen. 2. Je schlechter die Beziehungen, desto mehr Symptome weisen die Patienten auf. Und das sowohl vor als auch nach der Therapie. Daraus kann man allgemein folgern, dass bessere Beziehungen mit weniger Symptomen assoziiert sind. Wahrscheinlich liegt dem ein zirkulärer Vorgang zugrunde.

Höflich (2005) findet eine statistisch hochsignifikante Korrelation zwischen dem GSI bei 1-Jahres-Katamnese und folgenden Skalen des IIP-D: „abweisend/kalt" und „introvertiert/sozial vermeidend" sowie „streitsüchtig/konkurrierend". Auch der Gesamtwert interpersonaler Probleme korreliert mit dem langfristigen Therapieerfolg. Sie zieht das Fazit, dass Patienten, die vermehrt interpersonale Probleme angeben, ein schlechteres Therapieergebnis nach 12 Monaten haben.
Insgesamt liegen im Bereich der Beziehungsfähigkeit als Prädiktor für Therapieerfolg inkonsistente Ergebnisse vor (vgl. Clementel-Jones et al. 1990, Davies-Osterkamp et al. 1996, Mohr et al. 1990, Piper et al. 1985).

Weiterhin findet sich in unserer Befragung eine statistisch signifikante Korrelation zwischen dem GSI am Therapieanfang und bei Katamnese und der Anzahl der Kinder im Haushalt. Dies kann so interpretiert werden, dass eine größere Anzahl an Kindern im Haushalt mit einem niedrigeren GSI zu beiden Befragungszeitpunkten einhergeht. Dieses Ergebnis lässt sich allerdings nicht für die mitlebenden Erwachsenen im Haushalt reproduzieren, was eine besondere Qualität der Beziehung zu Kindern unterstreicht.

Allgemeine Änderungen

Bei der Frage nach der globalen Einschätzung der Wirksamkeit der Behandlung geben insgesamt 85,2% etwas bis deutlich positive Veränderungen im Leben durch die Therapie an. Bei Kammerer sind es 60% der Befragten. Auch bei den Veränderungen in den oben diskutierten Lebensbereichen fällt bei Kammerer eine Minderung der Besserungsrate von ca. 20% im Vergleich zu unseren Ergebnissen auf.
Die Stichprobe von Kammerer unterscheidet sich von unserer u. a. dadurch, dass Kammerer in der Halbjahreskatamnese 90% der behandelten Stichprobe (45 von 50 Patienten) erreichen konnte im Unterschied zu 61% (54 von 88) bei uns. Dadurch steigt die Wahrscheinlichkeit, dass auch nicht erfolgreiche Fälle in der Befragungsstichprobe enthalten sind. Unsere hohe Besserungsrate könnte man also auf die nicht/weniger erfolgreich behandelten Patienten zurückführen, die nicht an der Untersuchung teilnehmen.

SCL-90-R

Der GSI wird zur Erfassung der Symptomreduktion und damit des Therapieerfolges in zahlreichen Studien zur stationären Behandlung eingesetzt (z. B. Franz et al. 2000, Huber et al. 2009, Junge u. Ahrens 1996, Mestel et al. 2000, Nosper 1999, Sack et al. 2003). Anhand des GSI ist eine Einteilung in 'funktionale' und 'dysfunktionale' Symptombelastung möglich. Der Cut-off-Wert des GSI liegt für Frauen bei 0,77 und für Männer bei 0,57 (Franke 2002).
In unserer Stichprobe liegt der GSI von Frauen bei 1,05 und von Männern bei 1,12 am Behandlungsanfang. Der Gesamt-GSI liegt bei 1,07 und ist mit den Normierungsstichproben von SCL-90-R aus der stationären Psychosomatik vergleichbar (s. d. Franke 2002: Klinik Buching: Gesamt-GSI: 1,14; Frauen: 1,04; Männer: 1,23. Rothaarklinik: Gesamt-GSI: 1,11; Frauen: 1,14; Männer: 1,00).
Zum Katamnesezeitpunkt lässt sich ein Abfall des Gesamt-GSI von 1,07 auf 0,68 feststellen. Die berechnete Effektstärke von 0,59 deutet auf einen mittleren Effekt hin (vgl. Cohen 1988). Bei Fehlen einer unbehandelten Kontrollgruppe in unserer Studie nutzen wir die mittlere Effektstärke von 0,12 für Kontrollgruppe aus der Meta-Analyse von Leichsenring u. Rabung (2004) als Vergleichsreferenz. Des Weiteren eignen sich folgende publizierte Ergebnisse für einen Vergleich:

Franz et al. (2000) berichten aus ihrer multizentrischen Studie in der Akutversorgung von durchschnittlichen Effektstärken von 0,84 in der Untersuchung mit GSI am Behandlungsanfang und -ende. Die drei untersuchten Universitätskliniken sind überwiegend psychodynamisch orientiert mit verhaltenstherapeutischen Angeboten. Die Autoren finden dabei keinen direkten Zusammenhang zwischen der Effektstärke und der Behandlungsdauer.
Höflich (2005) untersucht die Effektivität stationärer psychodynamischer Kurzzeit-Therapie an 110 Patienten einer Universitätsklinik zum Zeitpunkt 1 und 3 Jahre nach Therapiebeginn. Dabei liegt die Effektstärke des GSI von der Aufnahme zur 1-Jahres-Katamnese bei 0,95. Unsere Stichprobe unterscheidet sich in Erst-Diagnosen von dem bei Höflich untersuchten Kollektiv v. a. durch häufigeres Auftreten von somatoformen Störungen (28% bei uns vs. 11% bei Höflich) und Essstörungen (20% bei uns vs. 3,7% bei Höflich).

Dass bestimmte Diagnosen zu Differenzen in Effektstärken führen können, stellen auch Paar u. Kriebel (1998) fest. Sie berichten aus dem Bereich der stationären psychosomatischen Rehabilitation von Effektstärken zwischen 0,36 und 0,93 für die Skala "Somatisierung" der SCL-90-R. Ihnen liegen Daten von Behandlungsanfang und -ende vor. Die 5 untersuchten Kliniken unterschieden sich im Setting, Behandlungsdauer und Zusammensetzung der Patienten-

stichprobe. Die Autoren fügen an, dass insbesondere der Anteil an Essstörungen die Wirksamkeit der stationären Behandlung ungünstig beeinflusst.

Huber et al. (2009) berichten aus der Untersuchung zur stationären psychodynamischen Psychotherapie an N=338 Patienten. Die Effektstärke im GSI beträgt zum Therapieende 0,81 und bleibt im Nachuntersuchungszeitraum von 3-5 Jahren stabil.

Im Vergleich zu den angegebenen Studien liegt die Effektstärke unserer Untersuchung im mittleren Bereich. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die von uns evaluierte Behandlung eine schlechtere Wirksamkeit zeigt. Wie im Kapitel 4.1.4. (Diskussion der statistischen Verfahren) bereits ausgeführt, sollte man nicht von der Größe der Effektstärke direkt auf die klinische Bedeutsamkeit der evaluierten Behandlung schließen. Vielmehr ist eine Interpretation dieser statistischen Größe unter Einbeziehung des klinischen Kontextes notwendig.
Wie bereits ansatzweise erörtert, stellt unsere Patientenklientel ein heterogenes Kollektiv dar, was gegenüber homogenen (störungsspezifischen) Gruppen in einer größeren Varianz resultiert (Kriz 2000). Die errechnete Effektstärke unserer Untersuchung stellt unter diesen Umständen ein gutes Ergebnis dar. Auf Grund von häufiger Übernahme der Patienten aus der Inneren Abteilung durch das psychosomatische Behandlungsteam ist somatische Sichtweise auf Pathogenese kennzeichnend für diese Klientel. Die stationäre Behandlung in unserer Abteilung ist für sie häufig die erste Begegnung mit Psychotherapie.

Des Weiteren stellt sich die Frage, ob die Wirkung der Behandlung durch die erhobenen Parameter ausreichend aufgezeigt werden kann. Eine weitere Meßstrategie ist die Festlegung von individuellen Therapiezielen (Kiresuk u. Sherman 1968). Allerdings ist sie aufwendig und die Ergebnisse lassen sich nur gering standardisieren (vgl. Kordy u. Hannöver 1998).
Sack et al. (2003) finden an N=51 Patienten in einer katamnestischen Untersuchung 1 Jahr nach stationärer psychosomatischer Therapie keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Erreichen der Therapieziele und dem Grad der Symptombesserung. Daraus schließen sie, dass dieses Vorgehen zur Evaluation von Therapieergebnissen ungeeignet ist.

Zurechtkommen mit Symptomatik

In einer für die deutsche Bevölkerung repräsentativen Stichprobe zur Ermittlung von Prävalenzraten für psychosomatische Störungen geben 42% der Betroffenen geben an, dass die somatoforme Symptomatik ihr Wohlbefinden stark beeinträchtigt (Hessel et al. 2002).
In unserer Stichprobe kommen 39% vor der Behandlung sehr schlecht und weitere 41% schlecht mit den Beschwerden in ihrem Leben zurecht. Zum Katamnesezeitpunkt sind es nur

noch 29%. Nach der Behandlung können 46% gut bis sehr gut mit ihrer Symptomatik umgehen.
81 % der Patienten geben an, ohne die Behandlung schlechter mit den Lebensumständen zurechtgekommen zu sein. Dieses Ergebnis zeigt eindeutig, dass der Großteil der Patienten von der Therapie profitiert.

Verschlechterung

Mißerfolge in der Psychotherapie sind schon länger ein Thema in der Forschung. Bergin (1963, 1970) berechnet eine Verschlechterungsrate von ca. 10% und führt sie auf die Erweiterung der Varianz zurück, die durch die Psychotherapie hervorgerufen wird, wenn diese auch wirken soll („deterioration effect"). Die Meta-Analyse von Smith et al. (1980) zu den Wirkungen von Psychotherapie zeigt Verschlechterung bei rund 12% der Patienten. Mohr (1995) geht davon aus, dass 15-25% der Patienten die Behandlung ohne messbaren Erfolg beenden und 5-10% eine Verschlechterung des Zustands erleben. Lambert u. Ogles (2004) berichten in ihrer Übersicht zu den allgemeinen Therapieeffekten von einem weitgehend empirisch gesicherten Anteil von 5-10% der Fälle an nachteiligen Auswirkungen durch die Psychotherapie.
In unserer Untersuchung lassen sich Werte bis zu 7,5% für Verschlechterung und bis zu 18,5% für keine Änderung der seelischen und körperlichen Verfassung finden. Somit entspricht dieses Ergebnis weitgehend den Angaben in der Literatur.

Hoffman et al. (2008) zeigen in ihrer Übersicht, dass Psychotherapie vergleichbar den Behandlungsmethoden der somatischen Medizin Nebenwirkungen und Schäden verursacht. Ursachen der Fehlentwicklungen im psychotherapeutischen Prozess sind vielfältig und können durch die Patienten, Therapeuten oder das „System" bedingt sein (Caspar u. Kächele 2008).

Für unsere Untersuchung erscheint die Frage nach dem Verlauf im Katamneseintervall eines bei Therapieende festgestellten Misserfolges relevant. Hierzu nutzen wir die naturalistische Untersuchung zu stationärer Rehabilitation von Tokar (2007). Es werden retrospektiv zwei Extremgruppen gebildet: eine Gruppe aus Patienten mit erfolgreich abgeschlossener Therapie und eine Gruppe mit fehlgeschlagener Therapie. Für die 1-Jahres-Katamnese stehen N=105 für die Verbesserung und N=17 Patienten für die Verschlechterung zur Verfügung. Dabei bleibt die am Ende der stationären Behandlung gemessene Verschlechterung nicht über den Nachuntersuchungszeitraum bestehen. Der Gruppenmittelwert im GSI beträgt ein Jahr nach Abschluss der Behandlung wieder Werte, die denen am Therapieanfang vergleichbar sind. Eine Einzelfallanalyse aus der Gruppe der Verschlechterten zeigt, dass bei einem Teil dieser

Stichprobe bei Katamnese normale Werte oder statistisch signifikante Verbesserungen bestehen. Zudem findet Tokar heraus, dass unter Einbezug der katamnestischen Daten kein Zusammenhang zwischen kurzfristigem und mittelfristigem Therapiemisserfolg zu erkennen ist. Diese Ergebnisse unterstreichen die Wichtigkeit von Verlaufsuntersuchungen in der Mißerfolgsforschung.

4.2.1.3. Behandlungsbezogene Faktoren

Therapeutische Beziehung

Die Qualität der Beziehung zwischen Psychotherapeut und Patient ist einer der sichersten Wirkfaktoren in der Psychotherapie (Grawe et al. 1994, Beutler et al. 2004). Beurteilt vom Patienten, kommt der therapeutischen Beziehung unabhängig von Therapieschulen der größte Vorhersagewert für den Therapieerfolg zu (Orlinsky et al. 2004)[6].

Einzeltherapeut

Im klinischen Setting unserer Stichprobe spielt die Einzeltherapie die bedeutendste Rolle. 90,7% der Patienten bezeichnen die Gespräche mit dem Einzeltherapeuten als sehr gut bis gut. Eine schlechte Beurteilung wird nicht vergeben. Diese hohe Rate an positiver Rückmeldung zeigt, dass die Patienten das Angebot der Einzelgespräche auf dem Hintergrund des hektischen Großklinikalltags sehr schätzen. Bei der Interpretation dieses Ergebnisses ist jedoch Vorsicht gefragt, denn der Vergleich mit den Angaben aus der Studie von Kammerer (positive Beurteilung: 68%, negative Beurteilung: 18%) macht deutlich, dass kritische Einschätzungen weitgehend fehlen. Dies könnte z. B. auf den „Effekt der sozialen Erwünschtheit" zurückgeführt werden.

Auch die Beurteilung der Arbeitsweise der Einzeltherapeuten fällt insgesamt sehr positiv aus. Über 90% der Patienten schätzen die menschliche Seite am Therapeuten und haben das Gefühl, vom Therapeuten im Gegenzug geschätzt zu werden. Ca. 80% der Patienten bezeichnen den Einzeltherapeuten als flexibel in der Therapiegestaltung und können ihm leicht vertrauen. Doch genauso wichtig sind auch die Störfaktoren. 22 % der Patienten fühlen sich durch nicht genannte Faktoren vom Einzeltherapeuten gestört, 10 % kritisieren das Betonen der Kindheitsverarbeitung. Abweisende Reaktion des Einzeltherapeuten auf die Kritik geben 7% an.

Mohr (1995) gibt in einer kritischen Übersicht folgende Therapeutenvariablen als Prädiktoren eines schlechten Therapieerfolges an: mangelnde Empathie, Unterschätzung der Schwere der

[6] In den Fachkreisen wird diskutiert, ob es sich hier um eine Pseudokorrelation handelt, da einzelne Therapeuten unterschiedlich gut die Beziehungen handhaben (Kächele 2010b)

Probleme des Patienten, negative Gegenübertragung, schlechte Technik, starke Betonung von Übertragungsdeutungen, Nichtübereinstimmung mit dem Patienten bezüglich des Therapieprozesses.

Doch führen die positiven Eigenschaften des Therapeuten nicht zwangsläufig zum Therapieerfolg. In einer umfassenden Übersicht zum Einfluss der Therapeutenvariablen auf den Therapieverlauf zeigen Beutler et al. (2004), dass für viele Variablen (z.B. Supervision, Manualtreue oder langjährige Therapieerfahrung) kein gesicherter Einfluss auf den Therapieerfolg vorliegt. Gefundene Effekte sind eher als gering einzuschätzen. Es liegt kein linearer Zusammenhang zwischen Patienten- und Therapeutenvariablen vor, vielmehr sollte auch das Behandlungssetting in die Evaluation miteinbezogen werden.

Verschiedene Teams

Um der Vielfalt der Einflüsse auf einer internistisch-psychosomatischen Station etwas gerecht zu werden, befragen wir unsere Patienten zusätzlich zum Einzeltherapeuten auch zu anderen in den Behandlungsprozess involvierten Personen wie das Pflegepersonal, die internistischen Ärzte und das gesamte psychosomatische Team. Beurteilung erfolgt anhand von drei Kriterien: Kompetenz, hilfreiche Beziehung und Zufriedenheit mit der Behandlung.

Wie zu erwarten, erhält der Einzeltherapeut die beste Beurteilung, gefolgt vom psychosomatischen Team. An dritter Stelle steht das Pflegepersonal der Station. Das internistische Team bildet das Schlusslicht.

Diese Bewertung passt gut zur Situation im klinischen Alltag und entspricht ungefähr dem Grad der Aufmerksamkeit, den die jeweiligen Behandler/Betreuer dem Patienten entgegen bringen. Der Einzeltherapeut ist die Hauptbezugsperson für den Patienten. Das psychosomatische Team ist in den Behandlungsprozess involviert und unterstützt den Einzeltherapeuten. Das Pflegepersonal ist vor allem mit der Betreuung schwerkranker Patienten in der Inneren Abteilung beansprucht und für die Betreuung psychosomatischer Patienten nicht speziell ausgebildet. Das internistische Team tritt mit den psychosomatischen Patienten nur begrenzt in Kontakt und unterstützt das psychosomatische Team vor allem in der Diagnostik und Behandlung internistischer Erkrankungen.

Kompetenz, Hilfreiche Beziehung und Zufriedenheit mit der Behandlung

Bei der gesamten Beurteilung der Faktoren Kompetenz, Hilfreiche Beziehung und Zufriedenheit mit der Behandlung in Bezug auf alle Behandlungsteams schneidet die Zufriedenheit mit der Behandlung am besten ab (Durchschnittliche Note 2,36), gefolgt von der Kompetenz (2,41). Die hilfreiche Beziehung liegt im Durchschnitt bei 2,45. Es besteht zwar ein kleiner

Unterschied zwischen den genannten Kategorien. Die vorliegende Abfolge macht jedoch deutlich, dass die Patienten diese Aspekte unterschiedlich bewerten.

Therapiezufriedenheit

Mit dem Wandel der Patientenrolle und zunehmender Wettbewerbssituation im Gesundheitssystem gewinnt auch in Deutschland die Qualitätsbeurteilung aus Patientensicht an Bedeutung. Der Patient bekommt in seiner Rolle als Konsument einen umfassenden Gesamteindruck vom Behandlungsprozess und wird zur entscheidenden Zielgröße des Gesundheitswesens (Trojan 1998). Damit tritt die subjektive Patientenzufriedenheit als Qualitätskriterium in der Evaluation medizinischer Versorgung zunehmend in den Vordergrund (Leimkühler u. Müller 1996).

Bei der Evaluation der stationären Behandlung bewertet der Patient die Beziehung nicht nur zu einem Therapeuten, wie das bei der ambulanten Therapie der Fall ist, sondern die gesamte Institution mit all den Helfern, die in den Behandlungsprozess involviert sind (Gruyters u. Priebe 1994).

Insgesamt geben 93,4% der Patienten an, mit der Behandlung durch das gesamte internistisch-psychosomatische Team zufrieden zu sein. Nur 1 Patient gibt eine absolute Unzufriedenheit und 2 Patienten leichte Unzufriedenheit an. Dies ist ein sehr gutes Ergebnis. Man sollte jedoch dabei den „Effekt der sozialen Erwünschtheit“ bedenken sowie auch bereits diskutierte Mängel der Stichprobe.

Kompetenz

Eine weitere wichtige Variable in Psychotherapieprozess- und -ergebnisforschung ist die Kompetenz des Therapeuten (Barber u. Crits-Christoph 1996, Beutler et al. 2004). Sie kann definiert werden als fachliches Können des Therapeuten in “providing a therapeutic milieu, in conceptualizing the patient’s distress and problems within a specific theoretical framework, and in applying recognized techniques or methods consistent with the goals of treatment” (Shaw et al. 1999, p. 838).

Zum Zusammenhang zwischen der Kompetenz des Therapeuten und dem Therapieergebnis liegen gegensätzliche Befunde vor (vgl. Barber et al. 1996, Beutler et al. 2004, Sandell 1985, Svartberg u. Stiles 1994).

Despland et al. (2009) untersuchen die Rolle der therapeutischen Beziehung zwischen Therapieergebnis und Kompetenz im Rahmen einer psychodynamischen Kurzzeittherapie (4 Sitzungen). An der Studie nehmen 78 Patienten und 15 Psychotherapeuten teil. Die Autoren berichten, dass für diese Therapieform kein direkter Zusammenhang zwischen der

Kompetenz und dem Therapieergebnis nachgewiesen werden kann. Das bedeutet, dass Therapeuten mit hoher Kompetenz keinen Therapieerfolg garantieren können. Jedoch scheint die Kompetenz das Verhältnis der therapeutischen Beziehung zum Therapieergebnis zu beeinflussen. Nur in einem dyadischen Verhältnis mit der Entwicklung der therapeutischen Beziehung im Therapieverlauf führt sie zu einem positiven Ergebnis.

In unserer Befragung konzentriert sich der Großteil der Beurteilungen der Kompetenz des Einzeltherapeuten und des psychosomatischen Teams im positiven Bereich, negative Bewertungen fehlen. Im Gegensatz dazu verteilen sich die Bewertungen des internistischen Teams und des Pflegepersonals gleichmäßiger und auch mehr auf die negativen Benotungen. Daran kann man vor allem den Beziehungsaspekt dieser Bewertung deutlich erkennen: Die Patienten geben denjenigen Behandelnden bessere Beurteilungen des fachlichen Könnens, zu welchen sie ein ausgeprägteres Verhältnis haben.

Chefarztvisite

In unserer Studie wird die Sicht der Patienten auf die Chefarztvisite untersucht, die einmal wöchentlich stattfindet. In diesem klinischen Setting ist dieser Chefarzt als eine außenstehende Instanz nicht in den Behandlungsprozess involviert. Im Visitengespräch erfüllt er v. a. eine beratende Funktion und geht auf die Fragen sowohl des psychosomatischen Behandlungsteams als auch des Patienten ein. Aus diesem Grund überrascht es uns nicht, dass die Kompetenz des Chefarztes und das Beantworten der Patientenfragen deutlich positiver beurteilt werden als das Eingehen des Chefarztes auf die seelische und körperliche Befindlichkeit der Patienten. Weiterhin haben die Patienten eher das Gefühl, dass der Chefarzt sich ausreichend Zeit für das Gespräch mit ihnen nimmt, was die psychosomatische Visite im Vergleich zu einer traditionellen Visite auszeichnet (s. a. Fauler u. Safian 1983, Fehlenberg 1987, Probst 2007).

Beendigung der Behandlung

Die Frage nach den Gründen für Beendigung der Behandlung steht auch im Zusammenhang mit der Frage nach den vorzeitig abgebrochenen Behandlungen. Abbrüche der stationären Therapien gehen nach mehreren Studien mit schlechteren Behandlungsergebnissen einher (Lotz-Rambaldi et al. 2000, Schulz et al. 1999). Allerdings besteht sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting das Problem einer Definition des Behandlungsabbruchs (Lang et al. 2006). Im stationären Bereich erfolgt sie meist über das Therapeutenurteil, das im Entlassungsbericht festgehalten wird. Es werden Abbruchquoten im Bereich von 8-15% berichtet

(Kriebel u. Paar 1999, Lieberz u. Ciemer 2000, Mussgay et al. 2001, Schulz et al. 1999, Zielke et al. 1997).

In unserer Untersuchung gibt mehr als die Hälfte der Patienten (54%) an, die Behandlung auf Grund von einem besseren Umgang mit den Problemen beendet zu haben. Demgegenüber stehen 11% der Patienten, die die Therapie beenden, weil sie keinen Sinn in weiterer Behandlung sehen.
Untersuchungen zu den Ursachen für den Therapieabbruch zeigen, dass häufig Kombinationen von Gründen und nicht nur einzelne Ursachen für den Behandlungsabbruch verantwortlich sind (Barghaan et al. 2005).

Bedeutsamkeit der Behandlung und allgemeine Beurteilung

In der Psychotherapie bestimmt die Bedeutung des Geschehenen für den Einzelnen seine Verarbeitung (Cremerius 1962). Fast alle Patienten unserer Stichprobe halten die Behandlung für bedeutsam, fast drei Viertel erleben sie als sehr bedeutsam. Nur ein Patient unserer Stichprobe bewertet die Therapie als wenig bis gar nicht bedeutsam. Dieses Ergebnis überrascht ein wenig, da in der Stichprobe von Kammerer (2000) die Rate an Patienten, die die psychotherapeutische Behandlung als wenig bis gar nicht bedeutsam einschätzen, 17,8% beträgt. Der Unterschied mag daran liegen, dass in dem von uns beschriebenen Behandlungssetting alle die Therapie betreffenden Entscheidungen von den Psychosomatikern getroffen werden. So erhält auch die psychotherapeutische Behandlung einen hohen Stellenwert. Hingegen liegt im Liaisonkonzept von Kammerer die Verantwortung über die Behandlung und Behandlungsdauer in der Hand des internistischen Chefarztes, was in den Augen der Patienten die Wichtigkeit der psychotherapeutischen Intervention mindern könnte.

Die Therapie würden 83% der Patienten einem anderen Patienten mit ähnlichen Beschwerden weiterempfehlen. Nur 4 Patienten würden das nicht tun. Insgesamt bewerten 70% die Behandlung als erfolgreich und 22% als zum Teil erfolgreich. Als erfolglos erleben nur 4 Patienten die Behandlung. Allerdings sind es nicht dieselben 4 Patienten, die die Behandlung niemandem empfehlen würden. Es handelt sich also um Verschiedenes: die Patienten können die Behandlung als erfolglos empfinden, würden sie aber trotzdem weiter empfehlen. Das bedeutet, dass auch bei den „erfolglosen“ Fällen die Therapie aus Patientensicht nicht sinnlos war. Abhilfe schafft hier die Frage, ob sich der ganze Therapieaufwand für die Patienten überhaupt lohnt. Für 85% lohnt sich der Aufwand völlig bis etwas. Für die restlichen 12% lohnt sich der Aufwand eher nicht und für 2 Patienten gar nicht. Die Letztgenannten betrachten die Behandlung auch als erfolglos.

Die statistisch signifikante Korrelation vom GSI (Global Severity Index) bei Katamnese zum Therapieaufwand zeigt, dass die Patienten sich bei der Beurteilung des Aufwandes an der aktuellen Symptombelastung orientieren. Je niedriger der GSI bei Katamnese, desto mehr lohnt sich der Therapieaufwand für die Patienten.

Weitere Behandlung

Nach der stationären Behandlung suchen 76% unserer untersuchten Stichprobe anderweitige Unterstützung; 52% der Stichprobe beginnen mit einer ambulanten Psychotherapie im Katamneseintervall.

Sack et al. (2003) berichten aus ihrer Untersuchung mit 1-jährigem Katamneseintervall, dass 78% der stationär behandelten Patienten nach der Entlassung ambulante Psychotherapie in Anspruch nehmen. Patienten, die keine weiterführende Unterstützung nach der Entlassung suchen, weisen bei Aufnahme und Therapieende tendenziell weniger Beschwerden und eine statistisch signifikant höhere Zielerreichung auf.
Höflich (2005) gibt an, dass im Katamneseintervall von 1 Jahr fast 80% der Patienten ambulante Therapie nach einer stationären psychodynamischen Psychotherapie in Anspruch nehmen. Dabei unterscheidet sich der Anteil der Patienten in ambulanter Behandlung nicht zwischen den Langzeit- und Kurzzeittherapiegruppen. Auch findet sich kein statistisch signifikanter Unterschied hinsichtlich des langfristigen Therapieerfolges bei Patienten mit und ohne ambulante Nachbehandlung. Höflich geht bei der Interpretation ihrer Ergebnisse davon aus, dass die Patienten soviel Psychotherapie in Anspruch nehmen, wie sie gerade benötigen. Dementsprechend sollte sich die ambulante Nachsorge an den individuellen Bedürfnissen der Patienten orientieren. Generelle Empfehlung einer poststationären Psychotherapie scheint nicht notwendig zu sein.

In diesem Zusammenhang erscheint unser Ergebnis mit 52 % der ambulanten Nachbehandlung zwar etwas niedrig, verglichen mit den oben beschriebenen Ergebnissen. Jedoch ist es in Anbetracht der speziellen Klientel mit somatischem Krankheitskonzept zu erwarten, dass die Patienten unserer Stichprobe einer psychotherapeutischen Nachbehandlung möglicherweise etwas skeptisch gegenüber stehen. Man kann unser Patientenkollektiv und das klinische Setting etwa mit der Stichprobe von Kammerer (2000) vergleichen. Sie berichtet dabei von 60% der Patienten, die nach Entlassung weitere psychotherapeutische Unterstützung suchen. Nur 33% der Stichprobe beginnen nach Entlassung mit ambulanter Psychotherapie.

4.2.2. Beitrag zur Validierung des Consumer Reports Fragebogens (N=47)

In unserer Hauptstudie setzen wir die SCL-90-R am Therapiebeginn und bei Katamnese ein. Diese prospektiv erhobenen Daten lassen sich mit den rein retrospektiv erhobenen Ergebnissen der CR-Befragung vergleichen. Dabei kann die Reliabiliät und Validität des CR-Fragebogens beurteilt werden.

Es lässt sich sagen, dass Besserung der Probleme, die Anlass für Behandlung waren, Änderung der körperlichen Verfassung und Änderung anderer betroffener Lebensbereiche, erfasst mit dem CR-Fragebogen mit der Änderung im GSI (Differenz zwischen Mittelwerten des GSI am Beginn der Therapie und bei Katamnese) statistisch signifikant korrelieren.

Dagegen korreliert die Beurteilung der Änderung der seelischen Verfassung mittels CR-Fragebogens nur zum GSI bei Katamnese, orientiert sich also verstärkt am aktuellen Zustandsbild. Doch angesichts der gut erfassten Änderung der körperlichen Befindlichkeit, stellt sich die Frage, ob die Patienten unserer Stichprobe nicht eher somatische Beschwerden als Ausdruck seelischer Vorgänge nutzen. Das kann dazu führen, dass direkte Fragen nach der seelischen Verfassung von den Patienten nicht adäquat beantwortet werden.

Obwohl die aktuelle symptomatische Belastung zum Befragungszeitpunkt die retrospektive Beurteilung beeinflusst, erfasst der CR-Fragebogen eine Änderung des Zustandes relativ gut. Der CR-Fragebogen ist als Evaluationsmethode aus Patientensicht zur Feststellung der symptomatischen Effektivität der Therapie geeignet. Durch den Einsatz eines standardisierten Meßinstrumentes (SCL-90-R) kann lediglich die Erfassung symptomatischer Belastung durch den CR-Fragebogen bei stationären psychosomatischen Patienten beurteilt werden. Weitere prospektive Untersuchungen unter Einsatz standardisierter Verfahren sind notwendig um eine abschließende Beurteilung der Validität des CR-Fragebogens treffen zu können.

4.2.3. Pilot- und Hauptstudie: Beurteilung der katamnestischen Effektivität der Therapie. Vergleich mit Consumer Reports Studien

Hinsichtlich der Untersuchung mittels des CR-Fragebogens liegen die Ergebnisse aus der Pilot- und Hauptstudie vor, sodass wir die Stichprobe auf N=95 Patienten steigern können. Die Prüfung der Stichproben auf Einheitlichkeit der Population ergibt keine statistisch signifikanten Unterschiede, obwohl die Mittelwerte der Therapiedauer einen Unterschied von 10 Tagen in beiden Stichproben aufzeigen. Dies erklärt sich aus der breiten Streuung der Mittelmaße und gilt auch für den Zahlenwert des CR-Indexes.

Wir vergleichen den CR-Index als Maß der „katamnestischen“ Effektivität für akute stationäre internistisch-psychosomatische Behandlung mit den Ergebnissen aus der ambu-

lanten Therapie der CR Studien aus USA (Seligman 1995) und Deutschland (Hartmann u. Zepf 2003). Die Tabelle 15 liefert eine Übersicht.

Tabelle 15: Vergleich von Consumer Reports Indices (mit Standardabweichung) in Punkten für Psychotherapeuten aus drei Studien
Consumer Reports Index: Punktensumme aus der retrospektiven Beurteilung der 3 Variablen: 1.Besserung der seelischen Verfassung; 2. Besserung der Probleme, die den Patienten in Behandlung führten; 3. Zufriedenheit mit der Therapie
*USA, Seligman (1995): N= 2900; **Deutschland, Hartmann u. Zepf (2003): N=1426; ***Ulmer Pilot- und Hauptstudie (2006/2007): N=95.

Therapiedauer	**USA***	**Deutschland****	**Ulm*****
<6 Monate	211	206 (42,9)	210 (45,51)
>6 Monate	232	238 (38,8)	

Wie aus der Tabelle 15 ersichtlich ist, liegt unser Ergebnis mit 210 Punkten im vergleichbaren Bereich mit den Ergebnissen aus USA und Deutschland, wenn wir die Werte für Therapiedauer unter 6 Monaten als Referenzpunkt hinzuziehen. Doch bei der Interpretation der Ergebnisse sollte man bedenken, dass in unseren 2 Studien (Pilot- und Hauptstudie) akute stationäre Behandlung und nicht ambulante Therapie evaluiert wird. Zwei wichtige Unterschiede sollten in diesem Kontext beachtet werden.

Beim ersten Punkt geht es um die Schwere der Beeinträchtigung, die bei den stationären Patienten in der Regel höher als bei ambulanten Patienten ist. Somit ist die Ausgangslage eine andere. Allerdings erfasst der CR-Fragebogen nicht die absolute Symptombelastung, sondern Änderungen der Befindlichkeit bzw. der Probleme, die in Behandlung führten. Doch auch der Grad der Symptomlast zum Zeitpunkt der Beurteilung kann einen nicht zu vernachlässigenden Einfluss auf die Beurteilung selbst haben.

Der zweite Unterschied betrifft die Therapiedauer. Die mittlere Dauer der Behandlung unserer Stichproben liegt mit 32 Tagen weit unter 6 Monaten. Jedoch ist sie durch den nahezu täglichen Kontakt zum Einzeltherapeuten bzw. Therapeutenteam viel intensiver als die ambulante Psychotherapie (je nach Therapieform 1- bis 3-mal pro Woche). Wenn man die Anzahl der Sitzungen während einer stationären Therapie bei einer mittleren Behandlungsdauer von 32 Tagen großzügig hochrechnet, kommt man auf ca. 20-22 Sitzungen (ohne Wochenenden). Bei einer ambulanten Therapie von 6 Monaten einmal wöchentlich lässt sich eine vergleichbare Anzahl von ca. 24 Sitzungen feststellen.

Puschner et al. (2004) beschäftigen sich mit dem Gesundungsverlauf unter Psychotherapie im stationären und ambulanten Setting. Für den Vergleich ziehen sie Daten zweier unabhängiger

Studien hinzu und untersuchen große Stichproben von N=759 aus der stationären Fachpsychotherapie und N=521 aus der ambulanten Versorgung. Bei wenigen Unterschieden in der Eingangssymptomatik bei Patienten kommen sie zum Ergebnis, dass die stationäre Psychotherapie zehn mal schneller zu einer Reduktion der psychischen Beeinträchtigungen führt als die ambulante Behandlung. Allerdings stellen sie fest, dass die ambulanten Patienten die therapeutische Beziehung positiver bewerten als die stationären Patienten. Hier mag die größere Freiheit bei der Therapeutenwahl im ambulanten Bereich eine Rolle spielen.

Sowohl die Ergebnisse der CR Studie aus den USA als auch die aus Deutschland weisen einen positiven Einfluss der Therapiedauer auf die Höhe des CR-Index und somit auf die Behandlungseffektivität nach. Für unsere Stichprobe mit stationärem Behandlungssetting konnte das nicht bestätigt werden. Auch Bassler et al. (1995) finden keinen Zusammenhang zwischen der Behandlungsdauer und dem Therapieerfolg einer integrativen stationären Psychotherapie. Die Faktoren, die Dauer einer stationären psychosomatischen Behandlung beeinflussen, sind sehr vielfältig und noch nicht eindeutig identifiziert (vgl. Heymann et al. 2003, Zielke et al. 1997).
Das Ergebnis von 210 Punkten sagt nichts darüber aus, ob und wie die psychosomatische Behandlung in unserer Abteilung erfolgreich ist, sondern lediglich, dass sie mit den Ergebnissen einer ambulanten Behandlung vergleichbar ist. In unserer Studie wurde der CR-Fragebogen zum ersten Mal zur Evaluation einer stationären psychosomatischen Behandlung eingesetzt. Die Ergebnisse aus unserer Untersuchung können als Vergleich für weitere Studien zum stationären Behandlungssetting herangezogen werden.

4.3. Einfluss des Katamneseintervalls auf Evaluation der Ergebnisse

Unsere Studie ist nach unserem Wissen die erste, die den Einfluss des Nachuntersuchungszeitraumes auf die Ergebnisse einer psychosomatischen Behandlung gezielt untersucht. Bisher gibt es keine wissenschaftlichen Gründe den Zeitpunkt einer katamnestischen Untersuchung auf 6 Monate oder 1 Jahr zu legen. Dies sind reine Erfahrungswerte oder Gewohnheit.
Mit dem experimentellen Design mit 3 Zeitpunkten (6, 9 und 12 Monate nach Therapiebeginn), dessen Realisierung eingeschränkt geglückt ist, können wir in unserer Hauptstudie keine Zusammenhänge zwischen der Länge des Katamneseintervalls und den von uns erhobenen Parametern zur Evaluation des Behandlungserfolges feststellen. Auch die Ergebnisse aus der Pilotstudie mit maximalem Katamneseintervall von 19,5 Monaten weisen in dieselbe Richtung. Dies bedeutet, dass die Ergebnisse innerhalb dieses Zeitraumes nach Behandlungsbeginn stabil sind und nicht von der Dauer des Katamneseintervalls abhängig.

Dieses Ergebnis spricht dafür, dass erreichte Therapieergebnisse über den untersuchten Zeitraum von Patienten gehalten werden können. Im Rahmen dieser Evaluationsstudien mit positivem Ergebnis bedeutet das einen positiven Krankheitsverlauf und gute Wirksamkeit der stationären internistisch-psychosomatischen Behandlung.

Das Ergebnis überrascht uns nicht, denn bereits frühere Publikationen berichten von der Stabilität der Therapieerfolge über einen Zeitraum von 1 Jahr. Nicholson und Berman (1983) untersuchen u. a. in ihrer Übersicht aus 67 Studien die Abhängigkeit der Effektstärke-differenzen zwischen Therapieende und Katamnese von der Länge des Nachuntersuchungs-zeitraumes. Weder ein linearer noch ein nicht-linearer Zusammenhang kann festgestellt werden. Somit müssen wir uns der Feststellung von Nicholson u. Berman anschließen. Unsere Hauptuntersuchung geht mit ihrem experimentellen Design einen Schritt weiter und bestätigt Ergebnisse aus dem Review von Nicholson und Berman.

Es bleibt also offen, welchen Zeitpunkt innerhalb des 1. Jahres nach Behandlungsbeginn man für eine katamnestische Untersuchung wählen sollte. Notwendig sind weitere Unter-suchungen, die einen Katamnesezeitraum von mehreren Jahren einbeziehen.

4.4. Schlussfolgerung und Empfehlungen bezüglich klinischem Alltag und weiterer Forschung

In der Zeit hoher Staatsverschuldung und anstehender Sparmaßnahmen im Gesundheits-system ist der Nachweis von nachhaltigen Therapieeffekten im Bereich der psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, die v. a. hohe indirekte Kosten verursachen, notwendig. Katamnestische Untersuchungen eignen sich besonders gut dafür, den Erkrankungs- bzw. Genesungsverlauf nach einer psychotherapeutischen Intervention zu untersuchen und die Stabilität der Therapieerfolge zu prüfen.

Erstens evaluiert diese Dissertation im Rahmen einer naturalistischen Studie die Ergebnisse einer stationären psychosomatischen Behandlung im integrierten Ansatz. Ca. 80% der Befragten profitieren von der Therapie und erleben sie als nützlich. Diese Therapie führt bei den Patienten nicht nur zu deutlicher Symptomreduktion, sondern hat auch einen deutlich positiven Effekt auf verschiedene Lebensbereiche. Der integrative Ansatz einer psychosomatischen Arbeitsgruppe in der Inneren Medizin kann insbesondere Patienten mit somatischem Krankheitskonzept als Brücke zu Psychotherapie dienen. Unsere Ergebnisse sind mit denen aus dem Ulmer Modell der Liaisonpsychosomatik (1997-2000) und den

Ergebnissen aus den ambulanten Consumer Reports Untersuchungen gut vergleichbar. Sie können direkt auf den klinischen Alltag übertragen und für therapeutisches Handeln genutzt werden. Insbesondere die Einzeltherapien werden von den Patienten positiv bewertet und als Grundpfeiler der stationären Behandlung wahrgenommen.
Verbessert werden könnten z. B. die Rahmenbedingungen im Behandlungssetting: Mehr Planbetten für psychosomatisch Erkrankte auf der Station wären wünschenswert. Dadurch könnte die Wartezeit auf einen Behandlungsplatz seitens der Patienten und der dadurch entstehende Druck auf das Behandlungsteam gesenkt werden. Auch wäre eine engere Zusammenarbeit mit den internistischen Kollegen und dem Pflegepersonal von Vorteil.

Die zweite Frage, mit der sich diese Arbeit beschäftigt, ist die Frage nach dem Einfluss des Katamneseintervalls auf die Beurteilung des Ergebnisses einer stationären internistisch-psychosomatischen Behandlung. Dabei sind im Rahmen des eingeschränkt ausgeführten Designs keine Unterschiede in der Evaluation des Therapieerfolges zu den Zeitpunkten 6, 9 und 12 Monate nach Entlassung festzustellen. Im Zeitraum zwischen 6 und 19 Monaten scheinen die Ergebnisse also vom Zeitpunkt einer katamnestischen Untersuchung unabhängig und stabil zu sein.

5. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit untersucht den Effekt des Katamneseintervalls auf die Evaluation des Ergebnisses einer internistisch-psychosomatischen Behandlung. Dabei wird die Behandlung von Patienten beurteilt und das Ergebnis auf eine Abhängigkeit vom Katamneseintervall untersucht. Unter Katamneseintervall wird der Zeitraum zwischen dem Therapieanfang oder –ende und einer Nachuntersuchung (=Katamnese) verstanden.

Wir führen zwei Studien durch. In der Pilotstudie testen wir den an die Verhältnisse unserer Abteilung angepassten Fragebogen aus der Consumer Reports Studie (CR-Fragebogen) und suchen nach Hinweisen für den Zusammenhang zwischen dem Ergebnis und dem Katamnesezeitraum. Dabei befragen wir im Januar 2006 79 ehemalige stationäre Patienten der Arbeitsgruppe Internistisch-Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm auf postalischem Wege zu ihrer Behandlung. Die Rücklaufquote beträgt 63,3% (50). Das Katamneseintervall liegt in Durchschnitt bei 11,6 Monaten nach Therapiebeginn; Min. bei 3,2 und Max. bei 19,5 Monaten.

Als Nächstes führen wir 2006-2008 die zweite Untersuchung (=Hauptstudie) durch, auf die in dieser Dissertation ausführlich eingegangen wird. Um einen Einfluss des Katamneseintervalls auf Ergebnisevaluation gezielt zu untersuchen, wählen wir ein experimentelles Studiendesign, bei dem die Patientenklientel in drei Gruppen nach Aufnahmedatum ins Krankenhaus eingeteilt wird: Gruppe A wird nach 6 Monaten nach Therapiebeginn befragt, Gruppe B nach 9 Monaten und Gruppe C nach 12 Monaten nach Therapiebeginn. Als Stichprobe dienen 88 Patienten, die im Zeitraum vom 28.12.2005 bis 29.06.2007 stationär behandelt werden. Im naturalistischen Studiendesign werden die Patienten prospektiv mit SCL-90-R (bei Therapiebeginn und Katamnese) und mit CR-Fragebogen und halbstandartisiertem Interview im retrospektiven prä/post-Vergleich bei Katamnese untersucht.

An der Untersuchung nehmen insgesamt 77,3% (68) Patienten teil. Datensätze von 61,4% (54) werden anschließend ausgewertet. Es überwiegen Frauen mit 80%, das mittlere Alter beträgt 43,2 Jahre. Der häufigste höchste Schulabschluss ist die mittlere Reife mit 43%, der Anteil an Abiturienten und Hochschulabsolventen liegt bei 28%. 80% leben mit einer oder mehr Personen im Haushalt. Als Haupt- und/oder Nebendiagnose wird am häufigsten die somatoforme Störung (32%) vergeben, gefolgt von depressiven und Angststörungen (jeweils 24%). Die Essstörungen bilden 20% der Diagnosen, die Anpassungsstörungen 13%.

Die mittlere Behandlungsdauer liegt bei 37 Tagen. Das akut-stationäre psychosomatische Behandlungskonzept beruht auf psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Ansätzen und ist mit der Abteilung Innere Medizin I des Universitätskrankenhauses verzahnt.

Bei der Auswertung verzichten wir auf die Gruppenbildung, da sich Differenzen zwischen dem Zeitpunkt des Ausfüllens von Fragebögen und dem Zeitpunkt des Interviews ergeben und der genau festgelegte Katamnesezeitpunkt nicht immer eingehalten wird. Sowohl in der Pilotstudie als auch in der Hauptuntersuchung können wir keinen Zusammenhang zwischen dem Katamneseintervall und den untersuchten Variablen erkennen. Die Beurteilung des Ergebnisses der Behandlung ist in der Zeit von 6 bis 19 Monaten nach Therapiebeginn vom Zeitraum der Nachbefragung unabhängig und im Katamnesezeitraum stabil.

Die grundsätzliche psychische Belastung (GSI) liegt am Anfang der Behandlung bei 1,07. Zum Katamnesezeitpunkt ist ein Abfall auf 0,68 festzustellen. Dabei beträgt die mittlere Effektstärke 0,59 (mittlerer Effekt). Eine Besserung im Bereich der körperlichen Befindlichkeit geben 74% und im Bereich der seelischen Verfassung 85% an. Nur ein Drittel der Patienten gibt neu aufgetretene somatische Beschwerden an. Weiterhin geben 85% etwas bis deutlich positive Veränderungen im Leben durch die Behandlung an. 81 % geben an ohne die Behandlung schlechter mit den Lebensumständen zurechtgekommen zu sein. Bis auf einen Patienten beurteilen alle Patienten die Behandlung als bedeutsam. 91% der Patienten bewerten die Gespräche mit Einzeltherapeuten als gut bis sehr gut. 70% halten die Behandlung für einen Erfolg und 22% für einen Teilerfolg; 83% würden diese Behandlung weiterempfehlen. Für 85% lohnt sich der Aufwand der Therapie. 76% suchen weitere psychotherapeutische Unterstützung nach der stationären Behandlung; 52% nehmen ambulante Therapie im Katamneseintervall in Anspruch.

Um eine größere Stichprobe bei der Untersuchung mit dem CR-Fragebogen zu erreichen, legen wir die Ergebnisse aus der Pilotstudie und Hauptuntersuchung zusammen. Dies ergibt eine gute Stichprobengröße von N=95. Die Prüfung auf Einheitlichkeit der Populationen ergibt keinen statistisch signifikanten Unterschied bezüglich der verglichenen Variablen. Der CR-Index (beruhend auf 3 Variablen: 1. Besserung der Probleme, die den Patienten in Behandlung führten; 2. Veränderung der seelischen Verfassung; 3. Zufriedenheit mit der Therapie) liegt dabei bei 210 (SD=45,51). Dieses Ergebnis ist mit den Daten ambulanter Therapie bei Dauer unter 6 Monate gut vergleichbar.

Das integrierte Konzept der internistisch-psychosomatischen Station hat sich aus Patientensicht als effektiv und hilfreich erwiesen.

Literaturverzeichnis

1. Albani C: (2010 persönliche Mitteilung)
2. Ballestrem CL von, Strauß M, Kächele H: Telefonische Nachuntersuchungen bei postpartaler Depression. Ein Erfahrungsbericht. Psychotherapeut 50:274-277 (2005)
3. Barber JP, Crits-Christoph P: Development of a therapist adherence/competence rating scale for supportive-expressive dynamic psychotherapy: A preliminary report. Psychother Res 6:81–94 (1996)
4. Barber JP, Crits-Christoph P, Luborsky L: Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. J Consult Clin Psychol 64: 619-622 (1996)
5. Barghaan D, Lang K, Lotz-Rambaldi W, Koch, U, Schulz H: Eine kontrollierte Interviewstudie zu Verlauf, Motiven und Behandlungsergebnis bei Therapieabbrüchen in der stationären Psychotherapie. Psychotherapeut 50:16–24 (2005)
6. Bassler M: Evaluation der differentiellen Wirkung von psychoanalytisch fundierter stationärer Psychotherapie. Med Habilitationsschrift, Universität Mainz (1994)
7. Bassler M, Krauthauser H, Hoffmann SO: Welche Faktoren beeinflussen die Dauer von stationärer Psychotherapie? Psychother Psychosom Med Psychol 45: 167-175 (1995)
8. Bateman A, Fonagy P: Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. Am J Psychiatry 158: 36-42 (2001)
9. Bateman A, Fonagy P: 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. Am J Psychiatry 165: 631-638 (2008)
10. Bergin AE: The effects of psychotherapy: Negative results revisited. J Consult Psychol 10: 244-250 (1963)
11. Bergin AE: The deterioration effect: a reply to Braucht. J Abnorm Psychol 75: 300-302 (1970)
12. Bergin AE: The evaluation of therapeutic outcomes. In: Bergin AL, Garfield SL (Eds) Handbook of psychotherapy and behavior change. 1.Aufl, Wiley, New York, pp. 217-270 (1971)
13. Beutler LE, Malik M, Alimohamed S, Harwood TM, Talebi H, Noble S, Wong E: Therapist Variables. In: Lambert MJ (Eds) Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 5.Aufl, Wiley, New York, pp. 227-306 (2004)
14. Brock TC, Green MC, Reich DA, Evans LM: The Consumer Reports Study of Psychotherapy: Invalid Is Invalid. Am Psychol 51: 1083 (1996)

15. Brockmann J, Schlüter T, Eckert J: Frankfurt-Hamburg Langzeit-Psychotherapiestudie: Eine naturalistische Studie -Verlauf und Ergebnisse psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Langzeitpsychotherapien in der Praxis niedergelassener Psychotherapeuten. Psychotherapeutenjournal 3: 184-194 (2003)
16. Buchholz MB: Effizienz oder Qualität? Was in Zukunft gesichert werden soll. Forum Psychoanal 16: 59-80 (2000)
17. Caroll L: Alice im Wunderland. Insel, Frankfurt (1963)
18. Carpenter KM, Hittner JB: Dimensional characteristics of the SCL-90-R: Evaluation of gender differences in dually diagnosed inpatients. J Clin Psychol 51:383-390 (1995)
19. Caspar F, Kächele H: Fehlentwicklungen in der Psychotherapie. In: Herpertz SC, Caspar F, Mundt C (Hrsg) Störungsorientierte Psychotherapie. 1.Aufl, Elsevier, München, S. 729-743 (2008)
20. Clementel-Jones C, Malan D, Trauer T: A retrospective follow-up study of 84 clients treated with individual psychoanalytic psychotherapy: outcome and predictive factors. Br J Psychother 6: 363-376 (1990)
21. Cohen J: Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2.Aufl, Erlbaum, Hillsdale, New Jersey (1988)
22. Consumer Reports: Mental Health, Does Therapy help? Part 1: Nature of Survey; Therapy; Caregivers; Alcoholics Anonymous; Drugs. Part 2: Types of Therapies and Therapists; Depression, Anxiety; Panic; Phobas; Mental Health Insurance; Consumer Reports Recommendation. Consum Rep 11: 734-739 (1995)
23. Cremerius J: Die Beurteilung des Behandlungserfolges in der Psychotherapie. 523 acht- bis zehnjährige Katamnesen psychotherapeutischer Behandlungen von organneurotischen und psychosomatischen Erkrankungen. In: Müller M, Spatz H, Vogel P (Hrsg), Heft 99, Springer, Berlin Göttingen Heidelberg (1962)
24. Cyr JJ, McKenna-Foley JM, Peacock E: Factor structure of the SCL-90-R: is there one? J Pers Assess 49: 571-578 (1985)
25. Davies-Osterkamp S, Strauss BM, Schmitz N: Interpersonal problems as predictors of symptom related treatment outcome in longterm psychotherapy. Psychother Res 6: 164-176 (1996)
26. de Cruppe W, Martens U, Lowe B, Herzog W, Eich W: Versorgungsaspekte stationärer psychosomatischer Behandlung am Allgemeinkrankenhaus. Psychother Psychosom Med Psychol 55: 386-391 (2005)
27. Derogatis LR: SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-I for the R(evised) version. John Hopkins University School of Medicine, Baltimore (1977)

28. Derogatis LR, Cleary PA: Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. J Clin Psychol 33: 981-989 (1977 a)
29. Derogatis LR, Cleary PA: Factorial invariance across gender for the primary symptom dimensions of the SCL-90. Br J Soc Clin Psychol 16: 347-356 (1977b)
30. Despland JN, de Roten Y, Drapeau M, Currat T, Beretta V, Kramer U: The role of alliance in the relationship between therapist competence and outcome in brief psychodynamic psychotherapy. J Nerv Ment Dis 197: 362-367 (2009)
31. Dilling H, Weyerer: Epidemiologie psychischer Störungen und psychiatrischer Versorgung. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore (1978)
32. Dührssen A: Katamnestische Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. Z Psychosom Med Psychother 8:94-113 (1962)
33. Dührssen A, Jorswieck E: Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. Nervenarzt 36: 166-169 (1965)
34. Elrod N: Kriterien der Besserung in der Psychotherapie. Mit Darstellung der erfolgreichen Behandlung des Hans Zimmermann. 2.Aufl, Kindler, München (1974)
35. Engel GL Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit. 2.Aufl, Huber, Bern Stuttgart Wien (1976)
36. Eysenck HJ: The effects of psychotherapy: an evaluation. J Consult Psychol 16: 319-324 (1952)
37. Eysenck HJ: The effects of psychotherapy. Internat. Science Press, New York (1966)
38. Fauler J, Safian P: Visitengespräche. Internistische und psychosomatische Krankenstation. Ein methodischer und inhaltlicher Vergleich. Abschlussbericht 2, Teilprojekt B5/SB 129, Universität Ulm (1983)
39. Fäh M: Was ist eine erfolgreiche Psychotherapie? Was ist erfolgreich in der Psychotherapie? Forsch Komplementarmed 5 Suppl S1: 72-77 (1998)
40. Fehlenberg D: Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Gesprächsstrukturen der psychosomatischen Krankenvisite. Brockmeyer, Bochum (1987)
41. Fehlenberg D, Simons C, Köhle K: Die Krankenvisite – Chance für ein weiterführendes Gespräch. In: Uexküll Th, von (Hrsg) Psychosomatische Medizin. 6.Aufl, Urban & Fischer, München Jena, S. 445-456 (2003)
42. Feldman-Naim S, Myers FS, Clark CH, Turner EH, Leibenluft E: Agreement between face-to-face and telephone-administered mood ratings in patients with rapid cycling bipolar disorder. Psychiatry Res 71: 129-132 (1997)
43. Fenichel O: Statistischer Bericht über die therapeutische Tätigkeit 1920-1930. In: Radó S, Fenichel O, Müller-Braunschweig C (Hrsg) Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut Poliklinik und Lehranstalt. Int Psychoanal Verlag, Wien, S. 13-19 (1930)

44. Frank J: Common features account for effectiveness. In: Bergin A, Strupp H (Eds), Changing frontiers in the science of psychotherapy. Aldine, New York (1972)
45. Franke GH: SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version. Beltz Test, Göttingen (1995)
46. Franke GH: SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version - Manual. 2. Aufl, Göttingen, Beltz (2002)
47. Franz M, Janssen P, Lensche H, Schmidtke V, Tetzlaff M, Martin K, Wöller W, Hartkamp N, Schneider G, Heuft G: Effekte stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie - eine Multizenterstudie. Z Psychosom Med 46: 242-258 (2000)
48. Friederich HC, Hartmann M, Bergmann G, Herzog W: Psychische Komorbidität bei internistischen Krankenhauspatienten-Prävalenz und Einfluss auf die Liegedauer. Psychother Psychosom Med Psychol 52: 323-328 (2002)
49. Frommer J, Rennie DL (Eds): Qualitative psychotherapy research: Methods and methodology. Pabst Science, Lengerich (2001)
50. Frommer J, Langenbach M, Streeck U: Qualitative psychotherapy research in Germanspeaking countries. Psychother Res 14: 57-75 (2004)
51. Gallas C, Kächele H, Kraft S, Kordy H, Puschner B: Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie: Befunde der TRANS-OP Studie und deren Implikationen für die Richtlinienpsychotherapie. Psychotherapeut 53: 414-423 (2008)
52. Goldfried MR, Wolfe BE: Psychotherapy practice and research. Repairing a strained alliance. Am Psychol 51: 1007-1016 (1996)
53. Grande T, Dilg R, Jakobsen TH, Keller W, Krawietz B, Langer M, Oberbracht C, Stehle S, Stennes M, Rudolf G: Differential effects of two forms of psychoanalytic therapy: Results of the Heidelberg-Berlin study. Psychother Res 16: 470-485 (2006)
54. Grawe K, Donati R, Bernauer F: Psychotherapie im Wandel- Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen (1994)
55. Grimshaw L: The outcome of obsessional disorder. A follow-up study of 100 cases. Br J Psychiatry 111: 1051-1056 (1965)
56. Gruyters T, Priebe S: Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten – Resultate und Probleme der systematischen Erforschung. Psychiatr Prax 21: 88-95 (1994)
57. Hahlweg K: Zur Förderung und Verbreitung psychologischer Verfahren. Ein APA-Bericht. Z Klin Psychol 24: 275-284 (1995)
58. Hafkenscheid A: Psychometric evaluation of the Symptom Checklist (SCL-90) in psychiatric patients. Pers Individ Dif 14: 751-756 (1993)
59. Hardt J, Gerbershagen HU, Franke P: The symptom check-list, SCL-90-R: its use and characteristics in chronic pain patients. Eur J Pain 4: 137-148 (2000)

60. Hartmann S, Zepf S: Effektivität von Psychotherapie. Ein Vergleich verschiedener psychotherapeutischer Verfahren. Forum Psychoanal 18:176-196 (2002)
61. Hartmann S, Zepf S: Effectiveness of psychotherapy in Germany: A replication of the consumer report study. Psychother Res 13: 235-242 (2003)
62. Hauser W, Wilhelm-Schwenk R, Klein W, Zimmer C, Krause-Wichmann D: Einfluss psychischer Komorbidität auf die stationäre Verweildauer internistischer Patienten im G-DRG-System. Psychother Psychosom Med Psychol 56: 370-375 (2006)
63. Heekerens HP: Vom Labor ins Feld: Die Psychotherapieevaluation geht neue Wege. Psychotherapeut 50: 357-366 (2005)
64. Herzog W, Deter H: Langzeitkatamnesen: Methodische Gesichtspunkte bei der Interpretation von Verlaufsergebnissen. Z Psychosom Med 40: 117-127 (1994)
65. Hessel A, Schumacher J, Geyer M, Brähler E: Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. Diagnostica 47:27-39 (2001)
66. Hessel A, Geyer M, Schumacher J, Brahler E: Somatoforme Beschwerden in der Bevölkerung Deutschlands. Z Psychosom Med Psychother 48: 38-58 (2002)
67. Heymann Fv, Zaudig M, Tritt K: Die diagnosebezogene Behandlungsdauer in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin: eine homogene Größe? Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 62: 209-221 (2003)
68. Hoffmann SO, Hochapfel G: Allgemeine psychosomatische Medizin. In: Hoffmann SO, Hochapfel G (Hrsg): Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin, 6.Aufl, Schattauer, Stuttgart New York, S.197-216 (1999)
69. Hoffmann SO, Rudolf G, Strauß B: Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. Eine Übersicht mit einem Entwurf eines eigenen Modells. Psychotherapeut 53: 4-16 (2008)
70. Höflich A: Ergebnisse und Vorhersagemerkmale einer stationären psychodynamischen Kurzzeit-Therapie. Humanbiolog Dissertation, Universität Gießen (2005)
71. Hoglend P, Amlo S, Marble A, Bogwald KP, Sorbye O, Sjaastad MC, Heyerdahl O: Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: an experimental study of transference interpretations. Am J Psychiatry 163: 1739-1746 (2006)
72. Hoglend P, Bogwald KP, Amlo S, Marble A, Ulberg R, Sjaastad MC, Sorbye O, Heyerdahl O, Johansson P: Transference interpretations in dynamic psychotherapy: do they really yield sustained effects? Am J Psychiatry 165: 763-771 (2008)
73. Holi MM, Sammallahti PR, Aalberg VA: A Finnish validation study of the SCL-90. Acta Psychiatr Scand 97: 42-46 (1998)

74. Horowitz LM, Strauß B, Kordy H: Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme IIP-D-Manual. Beltz-Test, Göttingen (2000)
75. Howard KI, Brill PL, Luegner RJ, O´Mahoney MT: Integra outpatient tracking assessment. Philadelphia, PA: Compass Information Service, Inc. (1995)
76. Howard KI, Merton SK, Caburnay CA, Noel SB, Saunders SM: Syzygy, Science, and Psychotherapy: The Consumer Reports Study. J Clin Psychol 57: 865-874 (2001)
77. Huber D, Klug G: Munich Psychotherapy Study (MPS): Preliminary results on process and outcome of psychoanalytic psychotherapy – A prospective psychotherapy study with depressed patients. Psychother Psych Med 55: 101 (2005) (Abstract)
78. Huber D, Albrecht C, Hautum A, Henrich G, Klug G: Langzeit-Katamnese zur Effektivität einer stationären psychodynamischen Psychotherapie. Z Psychosom Med Psychother 55: 189-199 (2009)
79. Hsu L: Outcome of anorexia nervosa: A review of the literature (1954 - 1978). Arch Gen Psychiatry 37:1041-1046 (1980)
80. Jacobson NS, Christensen A: Studying the effectiveness of psychotherapy: How well can clinical trials do the job? Am Psychol 51:1031-1039 (1996)
81. Jäger B, Liedtke R, Kunsebeck HW, Lempa W, Kersting A, Seide L: Psychotherapy and bulimia nervosa: evaluation and long-term follow-up of two conflict-orientated treatment conditions. Acta Psychiatr Scand 93: 268-278 (1996)
82. Jakobsen T, Rudolf G, Brockmann J, Echekrt J, Huber D, Klug G, Grande T, Keller W, Staats H, Leichsenring F: Ergebnisse analytischer Langzeitpsychotherapien bei spezifischen psychischen Störungen: Verbessrungen in der Symptomatik und in interpersonellen Beziehungen. Z Psychosom Med Psychother 53: 87-110 (2007)
83. Janssen PL, Franz M, Herzog Th, Heuft G, Paar G, Schneider W: Psychotherapeutische Medizin. Standortbestimmung zur Differenzierung der Versorgung psychisch und psychosomatisch Kranker. Schattauer, Stuttgart (1999)
84. Junge A, Ahrens S: Stationäre psychosomatische Behandlung - Patientenmerkmale und Behandlungserfolg. Psychother Psychosom Med Psychol 46: 430-437 (1996)
85. Kammerer E: Psychosomatik auf einer internistischen Station. Ergebnisse einer Halbjahreskatamnese. Med Dissertation, Universität Ulm (2000)
86. Kantrowitz JL, Katz AL, Paolitto F: Follow up of psychoanalysis five to ten years after termination: I. Stability of change. J Am Psychoanal Assoc 38: 471-496 (1990)
87. Kächele H: Die Beurteilung des Behandlungserfolges in der Psychotherapie. Aus Materialien zur Psychoanalyse und analytisch orientierten Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen Zürich (1975)

88. Kächele H: Eine multizentrische Studie zu Aufwand und Erfolg bei psychodynamischer Therapie von Essstörungen. Studiendesign und erste Ergebnisse. Psychother Psychosom Med Psychol 49: 100-108 (1999)
89. Kächele H: Stadien der psychotherapeutischen Forschung und ihre mögliche Auswirkung auf die Praxis. In Bahrke U, Rosendahl W (Hrsg) Psychotraumatologie und Katathym-imaginative Psychotherapie. Pabst Science Publishers, Lengerich, S. 489-498 (2001)
90. Kächele H, Kordy H, Richard M: Therapy amount and outcome of inpatient psychodynamic treatment of eating disorders in Germany: Data from a multicenter study. Psychother Res 11: 239-257 (2001)
91. Kächele H: (2010a und 2010b: persönliche Mitteilung)
92. Keller W, Westoff G, Dilg R, Rohner R, Studt HH: Wirksamkeit und Inanspruchnahme von Krankenkassenleistungen bei Langzeitanalysen: Ergebnisse einer empirischen Follow-up-Studie zur Effektivität der (Jungianischen) Psychoanalyse und Psychotherapie. Anal Psychol 32: 202-229 (2001)
93. Kiresuk TJ, Sherman RE: Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. Community Ment Health J 4: 443-453 (1968)
94. Klaghofer R, Brähler E: Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. Z Klin Psychol Psychiatr Psychother 49: 115-124 (2001)
95. Knekt P, Lindfors O, Harkanen T, Valikoski M, Virtala E, Laaksonen MA, Marttunen M, Kaipainen M, Renlund C: Randomized trial on the effectiveness of long-and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. Psychol Med 38: 689-703 (2008)
96. Kohlmann T, Raspe H: Zur Messung patientennaher Erfolgskriterien in der medizinischen Rehabilitation: Wie gut stimmen "indirekte" und "direkte" Methoden der Veranderungsmessung uberein? Rehabilitation (Stuttg) 37 Suppl 1: S30-37 (1998)
97. Kordy H, Kächele H: Ergebnisforschung in Psychotherapie und Psychosomatik. In: Uexküll Th v (Hrsg) Psychosomatische Medizin. 5.Aufl, Urban & Schwarzenberg, München, S 490-501 (1996)
98. Kordy H, Hannöver W: Zur Evaluation psychotherapeutischer Behandlungen anhand individueller Behandlungsziele. In: Ambühl H, Strauß B (Hrsg) Therapieziele. Hogrefe, Göttingen, S.75-90 (1998)
99. Kordy H, Kächele H: Ergebnisforschung in der Psychotherapie und Psychosomatik. In: Adler R H, Herrmann J M, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, Uexküll T von (Hrsg.) Psychosomatische Medizin - Modelle ärztlichen Denkens und Handelns, 6. Aufl, Urban & Schwarzenberg, München, S. 555-564 (2003)

100. Köhle K, Simons C, Böck D, Grauhan A (Hrsg): Angewandte Psychosomatik. Die internistisch-psychosomatische Krankenstation- Ein Werkstattbericht, 2. Aufl, Rocom, Basel (1980)
101. Köhle K, Siol T: Zur Versorgungssituation von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen. In: Uexküll Th v (Hrsg) Psychosomatische Medizin- Modelle ärztlichen Denkens und Handelns, 6. Aufl, Urban & Fischer, München Jena, S 567-575 (2003a)
102. Köhle K, Siol T: Die Institutionalisierung der psychosomatischen Medizin im klinischen Bereich. In: Uexküll Th v (Hrsg) Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. 6.Auflage, Urban & Fischer, München Jena, S 577-603 (2003b)
103. Krakow B, Kellner R, Neidhardt J, Pathak D, Lambert L: Imagery rehearsal treatment of chronic nightmares: with a thirty month follow-up. J Behav Ther Exp Psychiatry 24: 325-330 (1993)
104. Kriebel R, Paar GH: Psychosomatische Rehabilitation: Möglichkeit und Wirklichkeit. Zehn-Jahresbericht (1989–1999) der Gelderland-Klinik, Keuck ,Geldern (1999)
105. Kriz J: Perspektiven zur Wissenschaftlichkeit von Psychotherapie. In: Hermer M (Hrsg) Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts, DGVT, Tübingen: S. 43–66 (2000)
106. Kruse J, Heckrath C, Schmitz N, Alberti L, Tress W: Zur hausärztlichen Diagnose und Versorgung psychogen Kranker. Psychother Psychosom Med Psychol 49: 14-22 (1999)
107. Kuehnlein I: Psychotherapy as a process of transformation: Analysis of posttherapeutic autobiographic narrations. Psychother Res 9: 274–288 (1999)
108. Lambert MJ, Hansen NB, Umphress V, Lunnen K, Okiishi J, Burlingame GM, Reisinger CW : Administration and scoring manual for the OQ-45.2, American Professional Credentialing Services, New York (1996)
109. Lambert MJ, Ogles BM: The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In: Lambert MJ (Ed.) Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. John Wiley & Sons, NewYork, 5. Ed, pp.139-193 (2004)
110. Lamprecht F: Die ökonomischen Folgen von Fehlbehandlungen psychosomatischer und somatopsychischer Erkrankungen. Psychother Psychosom Med Psychol 46: 283-291 (1996)
111. Lamprecht F, Kobelt A, Kunsebeck HW, Grosch E, Schmid-Ott G: Ergebnisse der 1-Jahres-Katamnese einer ambulanten wohnortnahen Nachsorge nach stationärer Psychosomatischer Rehabilitation. Psychother Psychosom Med Psychol 49: 387-391 (1999)
112. Lang K, Koch U, Schulz H: Abbrüche stationärer Psychotherapien. Lassen sich vor Behandlungsbeginn patientenseitige Prädiktoren bestimmen? Z Klin Psychol Psychother 35: 267–275 (2006)

113. Leichsenring F: Empirically supported treatments: Wissenschaftstheoretische und methodische Aspekte kontrollierter vs. naturalistischer Studien. Z Klin Psychol Psychiatr Psychother 52: 209-22 (2004)
114. Leichsenring F, Rabung S: Changes in control groups of psychodynamic therapy. Nicht publiziertes Manuskript (2004)
115. Leichsenring F, Biskup J, Kreische R, Staats H: The Gottingen study of psychoanalytic therapy: first results. Int J Psychoanal 86: 433-455 (2005)
116. Leichsenring F, Kreische R, Biskup J, Staats H, Rudolf G, Jakobsen T: Die Göttinger Psychotherapiestudie. Ergebnise analytischer Langzeitpsychotherapie bei depressiven Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, somatoformen Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Forum Psychoanal 24: 193-204 (2008)
117. Leichsenring F, Rabung S: Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. JAMA 300: 1551-1565 (2008)
118. Leimkühler AM, Müller U: Patientenzufriedenheit - Artefakt oder soziale Tatsache? Nervenarzt 67: 765-773 (1996)
119. Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U, Ruger B, Beutel M: How to study the 'quality of psychoanalytic treatments' and their long-term effects on patients' well-being: a representative, multi-perspective follow-up study. Int J Psychoanal 84: 263-290 (2003)
120. Lieberz K, Ciemer S: Hintergründe des Abbruchs von stationären Psychotherapien. Psychotherapeut 45: 286-291 (2000)
121. Lind G: Effektstärken: Statistische versus praktische und theoretische Bedeutsamkeit. Vortrag. Universität Konstanz (2009) www.uni-konstanz.de/ag-moral/
122. Links PS, Heslegrave R, van Reekum R: Prospective follow-up study of borderline personality disorder: prognosis, prediction of outcome, and Axis II comorbidity. Can J Psychiatry 43: 265-270 (1998)
123. Lotz-Rambaldi W, Lang K, Koch U, Schulz H: Vorzeitig und regulär entlassene Patienten der stationären psychosomatischen Rehabilitation im Vergleich: Eine kontrollierte Studie zu Prädiktoren, subjektivem Erleben der Behandlung und aktuellem Befinden. In: Bassler M (Hrsg) Leitlinien zur stationären Psychotherapie - Pro und Contra, Psychosozial, Gießen S. 89-206 (2000)
124. Luborsky L, Singer B: Comparative studies of psychotherapies. Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? Arch Gen Psychiatry 32: 995-1008 (1975)
125. Maier-Riehle B, Zwingmann C: Effektstärkenvarianten beim Eingruppen-Prä-Post-Design: Eine kritische Betrachtung. Rehabilitation 39: 189–199 (2000)
126. McNeilly C, Howard KI: The effects of psychotherapy: A reevaluation based on dosage. Psychother Res 1: 74-78 (1991)

127. Mestel R, Erdmann A, Schmid M, Klingelhöfer J, Stauss K, Hautzinger M: 1-3-Jahres-Katamnese bei 800 depressiven Patienten nach stationärer Psychosomatischer Rehabilitation. In: Bassler M (Hrsg) Leitlinien zur stationären Psychotherapie - Pro und Contra, Psychosozial, Gießen, S. 243-273 (2000)
128. Meyer AE: Eine Taxonomie der bisherigen Psychotherapieforschung. Z Klin Psychol 19: 287-291 (1990)
129. Mohr DC, Beutler LE, Engle D, Shoham-Salomon V, Bergan J, Kaszniak AW, Yost EB: Identification of patients at risk for nonresponse and negative outcome in psychotherapy. J Consult Clin Psychol 58: 622-628 (1990)
130. Mohr DC: Negative outcome in psychotherapy: A critical review. Clin Psychol Sci Pract 2: 1-27 (1995)
131. Morgan H, Russell G: Value of family background and clinical features as predictors of long - term outcome in anorexia nervosa: four - year follow - up study of 41 patients. Psychol Med 5: 355-371 (1975)
132. Mussgay L, Terporten G, Mans EJ, Jürgensen R, Bast H, Grothgar B, Rüddel H: Behandlungsabbrüche in der stationären psychosomatischen Rehabilitation: Der Einfluss von Persönlichkeit, Diagnose und Lebenssituation. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabiliation 53: 42-49 (2001)
133. Nathan PE, Stuart SP, Dolan SL: Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: between Scylla and Charybdis? Psychol Bull 126: 964-981 (2000)
134. Nicholson RA, Berman JS: Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? Psychol Bull 93: 261-278 (1983)
135. Nielsen SL, Smart DW, Isakson RL, Worthen VE, Gregersen AT, Lambert MJ: The Consumer Reports Effectiveness Score: What Did Consumers Report? J Couns Psychol 51: 25-37 (2004)
136. Nosper M: Der Erfolg Psychosomatischer Rehabilitation in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer. Psychother Psychosom Med Psychol 49: 354-360 (1999)
137. Nübling R, Schmidt J, Wittmann WW: Langfristige Ergebnisse psychosomatischer Rehabilitation. Psychother Psychosom Med Psychol 49: 343-353 (1999)
138. Nunnally J: Psychometric theory. McGraw-Hill, New York (1978)
139. O'Neill C: Is the Consumer Reports conclusion that "Psychotherapy helps" valid? No. Psych 1113 (1998)
140. Orlinsky DE, Ronnestad MH, Willutzki U: Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. In: Lambert MJ (Ed) Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change, Wiley, New York, pp 307–389 (2004)

141. Paar GH, Kriebel R: Stationäre Psychotherapie in der Psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland. Psychotherapeut 43: 310-315 (1998)
142. Piper WE, de Carufel FL, Szkrumelak N: Patient predictors of process and outcome in short-term individual psychotherapy. J Nerv Ment Dis 173: 726-733 (1985)
143. Probst S: Bedeutung der Visite in der Psychosomatischen Medizin. Med Dissertation, Universität Ulm (2007)
144. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch, 260. Aufl, de Gruyter, Berlin, S. 913 (2004)
145. Puschner B, Haug S, Häfner S, Kordy H: Einfluss des Behandlungssettings auf den Gesundungsverlauf. Psychotherapeut 49: 182-192 (2004)
146. Puschner B, Kraft S, Kächele H, Kordy H: Course of improvement over 2 years in psychoanalytic and psychodynamic outpatient psychotherapy. Psychol Psychother 80: 51-68 (2007)
147. Raspe HH, Nordmeyer J: Die Stationsarztvisite - eine verschenkte Möglichkeit? Therapiewoche 31: 1021-1025 (1981)
148. Rad M v, Senf W, Bräutigam W: Psychotherapie und Psychoanalyse in der Krankenversorgung: Ergebnisse des Heidelberger Katamnese-Projekts. Psychother Psychosom Med Psychol 48: 88-100 (1998)
149. Rauter UK, Leonard CE, Swett CP: SCL-90-R factor structure in an acute, involuntary, adult psychiatric inpatient sample. J Clin Psychol 52: 625-629 (1996)
150. Riedel WP: Einige Patientenmerkmale als Determinanten des Therapieerfolgs in der stationären Psychotherapie. Z Psychosom Med Psychoanal 37: 14-30 (1991)
151. Rief W, Greitemeyer M, Fichter MM: Die Symptomcheckliste SCL-90-R: Überprüfung an 900 psychosomatischen Patienten. Diagnostica 37: 58-65 (1991)
152. Rohde P, Lewinsohn PM, Seeley JR: Comparability of telephone and face-to-face interviews in assessing axis I and II disorders. Am J Psychiatry 154: 1593-1598 (1997)
153. Rosser RM, Birch S, Bond H, Denford J, Schachter J: Five-year follow up of patients treated with inpatient psychotherapy at the Cassel Hospital for Nervous Diseases. J R Soc Med 80: 549-555 (1987)
154. Rüger U: 7-Jahres-Katamnese nach Abschluss analytischer Gruppenpsychotherapie. Z Psychosom Med Psychoanal 37: 361-374 (1991)
155. Rüger U, Senf W: Evaluative Psychotherapieforschung: Klinische Bedeutung von Psychotherapie-Katamnesen. Z Psychosom Med Psychoanal 40: 103-116 (1994)
156. Sabo AN, Gunderson JG, Najavits LM, Chauncey D, Kisiel C: Changes in self-destructiveness of borderline patients in psychotherapy. A prospective follow-up. J Nerv Ment Dis 183: 370-376 (1995)
157. Sack M, Lempa W, Lamprecht F, Schmid-Ott G: Therapieziele und

Behandlungserfolg: Ergebnisse einer Katamnese ein Jahr nach stationärer psychosomatischer Therapie. Z Psychosom Med Psychother 49: 63-73 (2003)

158. Sandell R: Influence of supervision, therapist's competence, and patient's ego level on the effects of time-limited psychotherapy. Psychother Psychosom 44: 103-109 (1985)
159. Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Schubert J, Carlsson J, Broberg J: Wie die Zeit vergeht: Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und analytischen Psychotherapien. Forum Psychoanal 15: 327-247 (1999)
160. Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Schubert J: Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. A review of findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP). Int J Psychoanal 81 (Pt 5): 921-942 (2000)
161. Saß H, Wittchen HU, Zaudig M: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV, Hogrefe, Göttingen (2001)
162. Scheidt CE, Seidenglanz K, Dieterle W, Hartmann A, Bowe W, Hillenbrand D, Scudlek G, Strasser P, Wirsching W: Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Ergebnisse einer Untersuchung in 40 psychotherapeutischen Fachpraxen. Teil 1: Therapeuten, Patienten, Interventionen. Psychotherapeut 43: 92-101 (1998)
163. Schmidt J: Evaluation einer Psychosomatischen Klinik. VAS, Frankfurt (1991)
164. Schulz H, Lang K, Lotz-Rambaldi W, Burger W, Koch U: Analyse von Behandlungsabbrüchen in der stationären psychosomatischen Rehabilitation anhand von Basisdokumentationen zweier Klinikträger. Psychother Psychosom Med Psychol 49: 326-336 (1999)
165. Seligman ME: The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports study. Am Psychol 50: 965-974 (1995)
166. Seligman ME: Science as an ally of practice. Am Psychol 51: 1072-1079 (1996)
167. Senf W, Rad M v: Ergebnisforschung in der Psychosomatischen Medizin. In: Uexküll Th v (Hrsg) Psychosomatische Medizin. 4. Aufl, Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S 361-378 (1990)
168. Senf W, Heuft G: Wirkfaktoren in der Einleitungs- und Entlassungsphase stationärer Psychotherapie-inhaltsanalytische Untersuchung katamnestischer Interviews. Zum Stellenwert katamnestischer Interviews in der Psychotherapieforschung. In: Faller H, Frommer J (Hrsg) Qualitative Psychotherapieforschung. Grundlagen und Methoden, Asanger, Heidelberg, S. 146–157 (1994)
169. Shadish WR, Matt G, Navarro A, Phillips G: The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. J Consult Clin Psychol 126: 512-529 (2000)

170. Shapiro DA, Rees A, Barkham M, Hardy G, Reynolds S, Startup M: Effects of treatment duration and severity of depression on the maintenance of gains after cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. J Consult Clin Psychol 63: 378-387 (1995)
171. Shaw BF, Elkin I, Yamaguchi J, Olmsted M, Vallis TM, Dobson KS, Lowery A, Sotsky SM, Watkins JT, Imber SD: Therapist competence ratings in relation to clinical outcome in cognitive therapy of depression. J Consult Clin Psychol 67: 837-846 (1999)
172. Shea MT, Elkin I, Imber SD, Sotsky SM, Watkins JT, Collins JF, Pilkonis PA, Beckham E, Glass DR, Dolan RT, et al.: Course of depressive symptoms over follow-up. Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. Arch Gen Psychiatry 49: 782-787 (1992)
173. Shefler G, Dasberg H, Ben-Shakhar G: A randomized controlled outcome and follow-up study of Mann's time-limited psychotherapy. J Consult Clin Psychol 63: 585-593 (1995)
174. Skoog G, Skoog I: A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry 56: 121-127 (1999)
175. Smith ML, Glass GV, Miller TI: The benefits of psychotherapy. Johns Hopkins University Press, Baltimore (1980)
176. Steer RA, Clark DA, Ranieri WF: Symptom dimensions of the SCL-90-R: a test of the tripartite model of anxiety and depression. J Pers Assess 62: 525-536 (1994)
177. Stephanos S: Analytisch-psychosomatische Therapie. Methode und Ergebnisse einer stationären Behandlung durch die Therapeutengruppe. Jahrbuch der Psychoanalyse (Beiheft Nr.1) Huber, Bern Stuttgart Wien (1973)
178. Stephanos S: Theorie und Praxis der analytisch-psychosomatischen Therapie. In Uexküll Th v: Lehrbuch der psychosomatischen Medizin, 1. Aufl, Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S. 168-188 (1979)
179. Strotzka H: Was ist Psychotherapie? In: Strotzka H (Hrsg) Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen, Urban & Schwarzenberg, München, S. 3-6 (1975)
180. Strupp HH, Hadley SW: A tripartite model of mental health and therapeutic outcome. Amer Psychol 32: 187-195 (1977)
181. Strupp HH, Howard KI: A brief history of psychotherapy research. In: Freedheim DK (Ed) A history of psychotherapy, APA, Washington DC, S. 309-334 (1992)
182. Strupp HH: The tripartite model and the Consumer Reports study. Am Psychol 51: 1017-1024 (1996)
183. Svartberg M, Stiles TC: Therapist alliance, therapist competence, and client change in short-term anxiety-provoking psychotherapy. Psychother Res 4:20-33 (1994)

184. Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedure. Training and Dissemination of empirically-validated psychological treatments. Report and Recommendations. Clin Psychol 48: 3-23 (1995)
185. Thomä H, Kächele H : Ergebnisse. In: Thomä H, Kächele H (Hrsg) Psychoanalytische Therapie. Praxis, 3.Aufl, Springer, Heidelberg, S. 441-448 (2006)
186. Tokar M: Therapeutische Misserfolge in der stationären Psychotherapie - Bestimmung von Charakteristika und Katamnesen verschlechterter Patientinnen und Patienten. Psychol Diplomarbeit. Universität Koblenz-Landau (2007)
187. Trojan A. Warum soll der Patient gefragt werden? In: Ruprecht TM (Hrsg) Experten fragen - Patienten antworten: Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen; Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik, Bd. 12, Asgard, Sankt Augustin, S. 15-31 (1998)
188. Vassend O, Skrondal A: The problem of structural indeterminacy in multidimensional symptom report instruments. The case of SCL-90-R. Behav Res Ther 37: 685-701 (1999)
189. Wachholz S, Stuhr U: The concept of ideal types in psychoanalytic follow-up research. Psychother Res 9: 27–341 (1999)
190. Wallerstein RS: The Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation: an overview. J Consult Clin Psychol 57: 195-205 (1989)
191. Weiß C: Theoretische Grundlagen. In: Weiß C (Hrsg) Basiswissen Medizinische Statistik, 3.Aufl, Springer, Heidelberg, S.17-35 (2005)
192. Weizsäcker V v: Der Gestaltkreis. Thieme Leipzig (1940)
193. Wells KB, Burnam A, Leake B, Robins LN: Agreement between face-to-face and telephone-administered versions of the depression section of the NIMH diagnostic interview schedule. Psychiat Res J 22: 207-220 (1988)
194. Westen D, Nowotny CM, Thompson-Brenner H: The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. Psychol Bull 130: 631- 663 (2004)
195. Westmeyer H: Wissenschaftstheoretische Aspekte der Feldforschung. In: Patry JL (Hrsg) Feldforschung, Huber, Bern, S.108-132 (1982)
196. Zack M, Toneatto T, Streiner DL: The SCL-90 factor structure in comorbid substance abusers. J Subst Abuse 10: 85-101 (1998)
197. Zielke M, Dehmlow A, Wülbeck B, Limbacher K: Einflußfaktoren auf die Behandlungsdauer bei psychosomatischen Erkrankungen in der stationären Verhaltenstherapie. Praxis Klinische Verhaltenstherapie und Rehabilitation 37: 22-56 (1997)
198. Zielke M: Kosten-Nutzen-Aspekte in der psychosomatischen Rehabilitation. Psychother Psychosom Med Psychol 49: 361-367 (1999)

199. Zielke M: Krankheitskosten für psychosomatische Erkrankungen in Deutschland und Reduktionspotentiale durch psychotherapeutische Interventionen. In: Deter H C (Hrsg) Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts- Chancen einer biopsychosozialen Medizin, Huber, Bern Göttingen Toronto, S. 582-601 (2001)
200. Zintl-Wiegand A, Cooper B, Krumm B: Psychisch Kranke in der Allgemeinpraxis. Eine Untersuchung in der Stadt Mannheim. Beltz, Weinheim Basel (1980)

Anhang

Anhang I: Tabelle 16: Übersicht katamnestischer Studien im Zeitraum von 1962 bis 2009

Anhang II: Tabellen 17-20 zu den Abbildungen 10-13 aus dem Kapitel 3.1.2. Symptom-bezogene Faktoren

Anhang III: Modifizierter und erweiterter Fragebogen zur internistisch-psychosomatischen Behandlung aus der Consumer Reports Studie

Anhang I

Tab. 16: Übersicht katamnestischer Studien im Zeitraum von 1962 bis 2009[7]

Nr: Nummer; Publ.: Publikation; MW: Mittelwert; Th: Therapie; ES: Effektstärke[8]; u.: und; vs.: versus.

Nr	Jahr der Publ.	Ort	Name des Erstautors	Studien-design	Methode	Katamnese-intervall *nach Therapie-beginn **nach Therapieende	Patienten-anzahl (Anteil an Anfangs-stichprobe)	Diagnose	Therapie	Therapiedauer	Ergebnis der Katamnese
1	1962	Berlin	Dührssen, A.	Naturalistisch	Interview, Fragebögen	5 Jahre**	845 (84%)	Psycho- u. Organ-neurosen	Analytische Psychotherapie	Maximal 200 Sitzungen	13 % kaum gebessert oder ungebessert
2	1962	München	Cremerius, J.	Naturalistisch	Interview, Fragebögen, Fremd-anamnese	8-10 Jahre**	523 (86%)	Organneuro-tische u. psychosoma-tische Erkran-kungen	Analytische Psychotherapie, verstehendes Gespräch, Hypnose, Narkohypnose, autogenes Training	6 (Hypnose) bis 90 (analytische Psychotherapie) Sitzungen	Sehr variable Ergebnisse (detaillierte Darstellung der Ergebnisse siehe Cremerius 1962, S.45)
3	1965	Manches-ter, UK	Grimshaw, L.	Naturalistisch retrospektiv	Interview, Fragebögen, Fremd-anamnese	Durchschnitt 5 Jahre (6 Monate bis 14 Jahre) 0-4 Jahre 5-9 Jahre 10-14 Jahre	 45 (45%) 46 (46%) 9 (9%)	Zwangs-störung	Elektrokonvulsive Therapie (31%), psychodynamische Psychotherapie (14%), supportive Therapie (36%), Leukotomie (3%), keine spezielle Behandlung (16%); zusätzlich Psychopharmako-therapie	Sehr variabel, bis zu 4 Jahren	Bei 64% Verbesserung der Symptome; bei 40% Heilung oder sehr deutliche Verbesserung; 77% waren sozial integriert. Besserungsrate höher nach den ersten 5 Jahren als in den Jahren 5-10 (66,7% versus 56,5%)

[7] Diese Übersicht stellt eine willkürliche Zusammensetzung von Studien nach unserem Ermessen dar und ist keine sorgfältige Dokumentation der Studienlage. Letzteres würde den Rahmen dieser Dissertation sprengen.

[8] „Effektstärken sind deskriptive, dimensionslose Kennwerte, die im Fall eines Mittelwertvergleichs die Mittelwertdifferenz in Standardabweichungseinheiten ausdrücken“ (Maier-Riehle u. Zwingmann 2000, S.190)

4	1987 (Projektbeginn 1976)	London, UK	Rosser, R.M.	Naturalistisch prospektiv	Interview, Fragebögen	5 Jahre**	23 (89%)	Chronische u. schwere neurotische Störungen	Analytisch orientierte stationäre Behandlung	9 Monate bis 2 Jahre	Erfolgsrate geschätzt durch Beobachter: 30% für Borderline- und 70% für neurotische Patienten
5	1989 (Projektbeginn 1952)	San Francisco, USA	Wallerstein, R.S.	Naturalistisch, Therapievergleich, qualitative u. quantitative Auswertung	Interview, Fragebögen, Fremdanamnese	2-3 Jahre** (30 Jahre**)	42 (100%)	Schwere Psychoneurosen, Charakter- u. Impulsneurosen, Substanzabhängigkeit, Sexual-, narzisstische u. Borderline-Persönlichkeitsstörungen	Psychoanalyse, expressive u. supportive psychoanalytische Psychotherapie	Über 8 Jahre	Komplexe Ergebnisse
6	1990	Boston, USA	Kantrowitz, J.L.	Naturalistisch prospektiv	Interview, Fragebögen	1 Jahr** 5-10 Jahre**	17 (77%)	Neurotische Störungen	Psychoanalyse	Langzeitpsychoanalyse	Bei 41% keine Veränderung; Evaluation 1 Jahr nach Behandlungsende hat keinen prediktiven Wert für Stabilität der psychischen Veränderungen 5-10 Jahre nach Behandlung
7	1991	Göttingen	Rüger, U.	Naturalistisch, qualitative u. quantitative Auswertung	Interview, Fragebögen	7 Jahre**	16 (67%)	Schwere neurotische u. psychosomatische Krankheiten	Stationär-ambulante Gruppenpsychotherapie	2 Jahre ambulante Therapie nach stationärer Behandlung	Therapieeffekt stabil, Zunahme des selbstbestimmenden Verhaltens im Verlauf
8	1991/ 1995	Pittsfield, USA	Sabo, A.N.	Naturalistisch prospektiv	Interview, Fragebögen	6 Monate* 1 Jahr* 2 Jahre* 3 Jahre* 4 Jahre* 5 Jahre*	32 (87%) 26 (70%) 22 (60%) 20 (54%) 17 (46%) 12 (32%)	Borderline-Persönlichkeitsstörung	Stationäre Behandlung (Einzel, Gruppen-, Familien- u. medikamentöse Therapie)	Einzeltherapie über 5 Jahre hinaus	Bei 36% keine stationäre Wiederaufnahme in 5 Jahren; signifikanter Abfall im Suizidalverhalten; leichter Abfall in selbstverletzendem Verhalten
9	1993	Albuquerque, USA	Krakow, B.	Retrospektiv	Fragebögen	3 Monate* 2,5 Jahre*	19 (95%)	Chronische Alpträume	Kognitiv-behaviorale Technik	Erklären der Behandlungsmethode	Zum Katamnesezeitpunkt von 2,5 Jahren ist der signifikante Abfall der Alpträume stabil

10	1995	Sheffield, UK	Shapiro, D.A.	Therapie-vergleich, randomisiert	Fragebögen	3 Monate** 1 Jahr**	117 (100%) 104 (89%)	Depressive Störung	Kognitive Verhaltenstherapie (CB) vs. psycho-dynamisch-interpersonelle Therapie (IP)	8 Sitzungen CB, 16 Sitzungen CB, 8 Sitzungen IP, 16 Sitzungen IP	29 % asymptomatisch bei 3 Monaten und 1 Jahr Katamnese; 8 Sitzungen IP weniger effektiv als andere; 16 Sitzungen CB nicht besser als 8 Sitzungen CB
11	1995 (Pro-jekt-be-ginn 1989)	Jerusalem, Israel	Shefler, G.	Randomisiert kontrolliert	Interview, Fragebögen	6 Monate** 1 Jahr**	33 (100%)	Angst-, depressive u. Anpassungs-störungen, Lebensphase-probleme	Zeitbegrenzte Therapie nach J.Mann versus Warten	12 Sitzungen in 3 Monaten	Mittlere ES experimentelle Gruppe vs. Kontrolle (vor und nach Behandlung) 0.99. Erreichte Ergebnisse zu beiden Messzeiten stabil
12	1996	Hannover	Jäger, B.	Therapie-vergleich, eingeschränkt randomisiert	Interview, Fragebögen	14 Monate* 26 Monate* 38 Monate*	71 (86%)	Bulimia nervosa	Stationäre psychodynamische Therapie vs. ambulante systemische Therapie	Psychodynamische Therapie: 2 Monate mit 4 psycho-analytischen Grupen-Sitzungen pro Woche; systemische Therapie: 1 Jahr mit 9-15 Sitzungen	Beide reduzieren Symptomatik im Verlauf zufriedenstellend; kein Unterschied zwischen beiden Therapien in der Effektivität
13	1998 (Pro-jekt-be-ginn 1976)	Heidelberg	v.Rad, M.	Naturalistisch	Interview, Fragebögen	Durchschnitt 3,5 Jahre** (mindestens 2 Jahre)	169 (81%)	Psychische, funktionelle u. psycho-somatische Störungen	Stationär eingelei-tete u. ambulant fortgeführte Einzel- und Gruppen-therapien, primär ambulante Psycho-therapien u. Psycho-analysen	Primär ambulant: Psychoanalyse bis 731 Sitzungen, Psychotherapie bis 320 Sitzungen; stationär-ambulant: Gruppe 3 Monate, Gruppe/Einzel 3 Monate, Einzel variabel	Komplexe Ergebnisse; Psychoanalysepatienten halten gutes Ergebnis bei Therapieende über Katamnesezeit nicht; psychosomatisch Kranke im engeren Sinne erzielen zum Katamnesezeitpunkt gute Ergebisse, insbesondere bei stationärer Einleitung der Therapie
14	1998	Toronto, Kanada	Links, P.S.	Naturalistisch prospektiv	Interview	7 Jahre*	81 (70%)	Borderline-Persönlich-keitsstörung	Initial akute stationäre psychiatrische Behandlung	Keine Beschreibung	47% der Patienten behalten die Diagnose Bordeline-Persönlichkeitsstörung nach 7 Jahren
15	1999	Linköping, Schweden	Sandell, R.	Kontrollierte, kombinierte Quer- u. Längsschnitt-studie mit drei Erhebungs-zeitpunkten, Vergleichs-studie	Fragebögen	Bis zu 3 Jahren**	418 (Anzahl bei Katamnese unbekannt)	Bei 75% Diagnose nach DSM-III-R	Psychoanalyse: 3-5 Sitzungen pro Woche; analytische bzw. psychodyna-mische Psycho-therapien: 1-3 Sitzungen pro Woche	Bis zu 3 Jahren	Im Verlauf von 3 Jahren mittleres Ergebnis nach Psychoanalyse besser als nach psychodynamischer Psychotherapie

16	1999	Göteborg, Schweden	Skoog, G.	Naturalistisch prospektiv	Interview, Fragebögen, Fremd-anamnese	Durchschnitt 47 Jahre* (37-74 Jahre)	144 (82%)	Zwangs-störung	Initial stationäre psychiatrische Behandlung	Keine Beschreibung	Verbesserung bei 83%; 48% der Patienten haben Erkrankung für mehr als 30 Jahre
17	1999/ 2003	Kassel	Leuzinger-Bohleber, M.	Naturalistisch retrospektiv, qualitative u. quantitative Auswertung	Interview, Fragebögen, Daten von Versicherung	Durchschnitt 6,5 Jahre**	282 (70%)	Persönlich-keits-, affektive, neurotische u. Verhaltens-störungen, Schizo-phrenie	Psychoanalyse, psychoanalytische Langzeittherapie	Durchschnitt 4 Jahre. Psychoanalyse: 3 und mehr Sitzungen pro Woche; Psychotherapie: 1-2 Sitzungen pro Woche.	Bei 70-80% gute u. stabile Veränderungen; Reduktion der Gesundheitskosten
18	2001 (Stu-dien-be-ginn 1993)	Stuttgart	Kächele, H.	Naturalistisch multizentrisch (43 Kliniken u. Abteilun-gen für psychosoma-tische Medizin u. Psycho-therapie)	Fragebögen, Interview	1 Jahr* 2,5 Jahre*	879 (75%)	Anorexia nervosa, Bulimia nervosa	Stationäre psychodynamische Therapie	Mittlere Dauer 11 Wochen	Nach 2,5 Jahren: 33 % der Anorexie-Patienten u. 25 % der Bulimie-Patienten symptomfrei. Einfluss von Dauer u. Intensität der Behandlung schwach u. nur in Interaktion mit weiteren Patienten- bzw. Klinik-merkmalen zu erkennen
19	2001 (Pro-jekt-be-ginn 1991)	Berlin	Keller, W.	Naturalistisch retrospektiv, prospektiv für Arbeits-unfähigkeits- u. Kranken-haustage	Interview, Fragebögen, Daten von Versicherung	5,8 Jahre**	11 (31 %)	Affektive neurotische u. somatoforme Störungen, Verhaltens-störungen mit körperlicher Symptomatik, Persönlich-keitsstörung	Ambulante (Jungianische) Psychoanalyse, tiefenpsychologisch fundierte Psycho-therapie	Durchschnitt 2,9 Jahre (0,3-8,3 Jahre), 162 Sitzungen (15-399 Sitzungen)	88% sind mit ihrer Gesundheit zufrieden; Leitsymptomatik bei 70% behoben oder gut gebessert; bei 66% körpelicher Zustand besser oder sehr viel besser; bei 94% psychischer Zustand besser oder sehr viel besser. Im Vergleich von 5 Jahren prä/post Therapie Halbierung von Arbeitsunfähigkeits- u. Krankenhaustagen. Langzeittherapie erfolgreicher als Kurzzeittherapie
20	2003	Frankfurt, Hamburg	Brockmann, J.	Naturalistisch prospektiv	Interview, Fragebögen	1 Jahr* 2,5 Jahre* 3,5 Jahr*	59 (95%-Fragebögen) 48 (77%-Interview)	Depressive u. Angststörung	Langzeitverhaltens-therapie (LVT), psychoanalytische Langzeitpsycho-therapie (LPA)	LVT: Durchschnitt 63 Sitzungen; LPA: Durchschnitt 185 Sitzungen	Unterschiedliche Patienten-merkmale in Gruppen; deutliche Reduktion der Symptom-belastung u. interpersonalen Problematik in beiden Gruppen

21	2005	München	Huber, D.	Randomisiert Kontrolliert, Therapie-vergleich, prospektiv	Fragebögen, Evaluation durch den Patienten selbst, den Therapeuten, den Forscher	1 Jahr** 2 Jahre** 3 Jahre**	42 (100%)	Depressive Störung	Ambulant: Analytische Psychotherapie (AP), tiefenpsy-chologische Psychotherapie (TP)	MW von AP: 245 (130-333) Sitzungen in 34 (13-58) Monaten; MW von TP: 61 (27-100) Sitzungen in 19 (4-38) Monaten	Teilergebnisse: AP: Besserung in allen gemessenen Bereichen mit hohen ES; keine zusätzliche Änderung des Ergebnisses im Katamnese-intervall von 1Jahr
22	2006	Heidelberg Berlin	Grande, T.	Therapie-vergleich, fast-natura-listisch, prospektiv, quasi-experi-mentell	Interview, Fragebögen	1 Jahr**	54 (91,5%)	Depressive, Angst-, Persönlich-keits-, soma-toforme, Zwangs-, Sexual-, Anpassungs-, Essstörungen	Ambulant: Analytische Psychotherapie (AP), tiefenpsy-chologische Psychotherapie (TP)	MW von AP: 310 (129-733) Sitzungen in 44 (15-74) Monaten; MW von TP: 69 (31-100) Sitzungen in 23 (9-39) Monaten	Teilergebnisse nach 1 Jahr Katamnese: hoch signifikante ES bei AP und TP; AP: größere Effekte bei interpersonellen Problemen, abfallend in Katamnese; AP: mehr statistisch signifikante Änderungen
23	2008	Helsinki, Finnland	Knekt, P.	Randomisiert	Interview, Fragebögen	7 Monate* 1 Jahr* 3 Jahre*	295 (91%) 266 (82%) Von 222 (68%) alle Messzeit-punkte	Angststörung, depressive Störung	Psychodynamische Kurzzeittherapie (STPT) vs. psychodynamische Langzeittherapie (LTPT) vs. Lösungsorientierte Therapie (SFT)	STPT: 20 Sitzungen 1 mal pro Woche in 5-6 Monaten; LTPT: 2-3 mal pro Woche bis zu 3 Jahren; SFT: 12 Sitzungen 2 mal pro Monat in max. 8 Monaten	Im ersten Jahr: Patienten mit STPT u. beiden Erkrankungen verbessern sich schneller; Patienten mit SFT erholen sich schneller von depressiven Symptomen als Patienten mit LTPT. Nach 3 Jahren: Langzeittherapie (LTPT) effektiver als Kurzzeittherapien (STPT u. SFT); kein signifikanter Unterschied zwischen Kurzzeittherapien (STPT u. SFT)
24	2008	London, UK	Bateman, A.	Randomisiert kontrolliert	Interview	8 Jahre*	41 (93%)	Borderline-Persönlich-keitsstörung	Psychoanalytisch orientierte teilstationäre Therapie (Einzel- u. Gruppentherapie) vs. Standardtherapie	Maximum von 1,5 Jahren	Deutliche Überlegenheit gegenüber Standardtherapie in Selbstmordrate, Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, Medikamentengebrauch, allgemeine Funktionsfähigkeit, beruflichem Status

25	2008 (Beginn 1998)	Mannheim Heidelberg	Gallas, C.	Naturalistisch prospektiv, mit 10 Erhebungs-zeitpunkten	Fragebögen, Daten der Versicherung	1,5 Jahre* 2 Jahre*	543 (58%) 516 (55%)	Affektive, neurotische, Belastungs- u. somatoforme Störungen	Ambulante Psycho-therapien: tiefen-psychologisch fundierte Psycho-therapie (TP), psychoanalytische Psychotherapie (AP), Verhaltens-therapie (VT)	Median 16 Monate, 40 Sitzungen. VT: 13 Monate, 25 Sitzungen; TP: 17 Monate, 42 Sitzungen; AP: 24 Monate, 101 Sitzungen.	Verbesserung der psychischen Beschwerden bei 62%, Verschlechterung bei 11%. Besserungsgeschwindigkeit wahrend Therapie in AP tendenziell höher als in VT und TP; nach Behandlung leichte Reduktion der Beeinträchtigung in TP und VT, dagegen keine in AP.
26	2008	Oslo, Norwegen	Hoglend, P.	Randomisiert	Interview, Fragebögen	1 Jahr** 3 Jahre**	100 (100%)	Depressive u. Angststörung, Persönlich-keitsstörung, inter-personnele Probleme	Psychodynamische Therapie mit Deutung der Übertragung versus Psychodynamische Therapie ohne Deutung der Übertragung	1 Jahr mit 1 Sitzung pro Woche	Prozess der Verbesserung setzt nach Therapieende in beiden Gruppen fort. Patienten mit armen Objektbeziehungen profitieren mehr von der Therapie mit Deutung der Übertragung, dieser Effekt hält an.
27	2008	Göttingen	Leichsenring, F.	Naturalistisch prospektiv	Fragebögen	1 Jahr**	36 (100%)	Affektive, Angst-, Zwangs-, Persönlich-keits-, somatoforme Störungen	Ambulante analytsiche Psychotherapie (AP), tiefenpsychologisch fundierte Therapie (TP)	AP: MW 255 Sitzungen (126-426) in 36 Monaten (12-78)	Teilergebnis nur für AP bereits publiziert: signifikante Besserung in Symptomatik und interpersonellen Problemen bei Therapieende. Ergebnis stabil bei Katamnese; tendenzielle Zunahme des Effektes bei Katamnese
28	2009	München	Huber, D.	Naturalistisch prospektiv	Fragebögen	3-5 Jahre**	338 (77%)	Gemischte Klientel	Stationäre psycho-dynamische Psycho-therapie	Keine Angabe	Hochsignifikante Besserung in Symptomatik und interper-sonellen Problemen bei Therapieende. Ergebnisse stabil bei Katamnese

Anhang II

Tabellen 17-20 zu den Grafiken 10-13 aus dem Kapitel 3.1.2. Symptombezogene Faktoren

Tabelle 17 zur Abbildung 10: Körperliche und seelische Entwicklung

Entwicklung	**Körperlich**	**Seelisch**
Deutlich schlechter	5,6% (3)	1,9% (1)
Etwas schlechter	1,9% (1)	3,7% (2)
Gleich	18,5% (10)	9,3% (5)
Etwas besser	18,5% (10)	33,3% (18)
Deutlich besser	55,6% (30)	51,9% (28)

Tabelle 18 zur Abbildung 11: Auswirkung der Symptomatik auf 4 Lebensbereiche

Auswirkung	**Beruf**	**Freizeitgestaltung**	**Beziehungen**	**Körperwahrnehmung**
deutlich negativ	72,2% (39)	66,7% (36)	29,6% (16)	59,3% (32)
etwas negativ	14,8% (8)	24,1% (13)	37% (20)	25,9% (14)
keine Auswirkung	13% (7)	9,3% (5)	20,4% (11)	13% (7)
etwas positiv	0	0	11,1% (6)	0
deutlich positiv	0	0	1,9% (1)	1,9% (1)

Tabelle 19 zur Abbildung 12: Veränderungen durch Behandlung in 4 Lebensbereichen

Veränderung	**Beruf**	**Freizeit**	**Beziehungen**	**Körperwahrnehmung**
deutlich negativ	3,7% (2)	1,9% (1)	0	1,9% (1)
etwas negativ	5,6% (3)	5,6% (3)	0	0
keine Veränderung	14,8% (8)	20,4% (11)	44,4% (24)	22,6% (12)
etwas positiv	33,3% (18)	25,9% (14)	16,7% (9)	34,0% (18)
deutlich positiv	42,6% (23)	46,3% (25)	38,9% (21)	41,5% (22)

Tabelle 20 zur Abbildung 13: Zurechtkommen mit Symptomatik

	Vor Behandlung	**Bei Katamnese**
Sehr schlecht	38,9% (21)	5,6% (3)
Schlecht	40,7% (22)	11,1% (6)
Mittel	14,8% (8)	37% (20)
Gut	3,7% (2)	35,2% (19)
Sehr gut	1,9% (1)	11,1% (6)

…… Datum……..

FRAGEBOGEN ZU IHRER INTERNISTISCH-PSYCHOSOMATISCHEN BEHANDLUNG

Anhang III

* modifizierte Fragen

** neue Fragen

alle Angaben sind in %

I. ANGABEN ZUR PERSON

1. Wie war Ihre allgemeine körperliche Verfassung
vor der internistisch-psychosomatischen Behandlung?

Ausgezeichnet..... 0
Sehr gut..... 0
Gut..... 0
Mittelmäßig..... 13,0
Schlecht..... 38,9
Sehr schlecht..... 48,1

2. Wie ist Ihre derzeitige allgemeine körperliche Verfassung?

Ausgezeichnet.....1,9
Sehr gut.....11,1
Gut.....37,0
Mittelmäßig.....27,8
Schlecht.....13,0
Sehr schlecht.....9,3

erweiterte Version © T.Meier, D.Pokorny, H.Kächele, Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm 2006; deutsche Version © S.Hartmann, S.Zepf, 2002; Originalversion © Consumer Reports, 1995

*__3. Wie war Ihre allgemeine seelische und soziale Verfassung vor der Behandlung?__
(Bitte kreuzen Sie nur eine Angabe an)

Sehr schlecht: Ich kam mit meinem Leben kaum noch zurecht 22,6
Ziemlich schlecht: Das Leben war für mich sehr schwer geworden 50,9
So-so: Ich hatte meine Höhen und Tiefen 26,4
Ziemlich gut: Ich hatte keine ernstlichen Beschwerden, konnte nicht klagen 0
Sehr gut: Im großen Ganzen verlief mein Leben so, wie ich es wünschte ……..... 0

***4. Wie ist Ihre derzeitige allgemeine seelische und soziale Verfassung?**
(Bitte kreuzen Sie nur eine Angabe an)

Sehr schlecht: Ich komme mit meinem Leben kaum noch zurecht 3,8
Ziemlich schlecht: Das Leben ist für mich sehr schwer geworden 13,2
So-so: Ich habe meine Höhen und Tiefen 54,7
Ziemlich gut: Ich habe keine ernstlichen Beschwerden, kann nicht klagen 22,6
Sehr gut: Im großen Ganzen verläuft mein Leben so, wie ich es wünsche……..... 5,7

5. Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt?

90 Erwachsene und
23 Kinder unter 18 Jahren

6. Was ist Ihr höchster Ausbildungsabschluss?

Haupt- oder Volksschule ohne Abschluss 7,4
Haupt- oder Volksschule mit Abschluss 22,2
Real-, Mittel-, Handels-, Fachschule 42,6
Gymnasium, Oberschule 13,0
Fachhochschule 7,4
Universität, Technische Hochschule 7,4

II. BEHANDLUNG DURCH DAS INTERNISTISCH-PSYCHOSOMATISCHE TEAM

7. Wegen welcher Probleme waren Sie zu uns gekommen?

(Bitte kreuzen Sie alle Angaben an, die zutreffen)

Generelle Ängste..... 25,9
Panikattacken oder Phobien..... 29,6
Depressionen..... 46,3
Andauernde schlechte Stimmung (z.B. Angst, Kummer, Ärger)..... 35,2
Alkohol- oder Drogenprobleme..... 1,9
Trauer über den Verlust einer geliebten Person..... 9,3
Übergewicht..... 14,8
Störungen des Essverhaltens (z.B. Anorexie, Bulimie) 29,6
Eheliche oder sexuelle Probleme.....9,3
Probleme mit den Kindern oder anderen Familienmitgliedern..... 18,5
Probleme am Arbeitsplatz..... 16,7
Psychosomatische Beschwerden (z.B. Kopf-, Bauchschmerzen)..... 33,3
Probleme, mit einer körperlichen Erkrankung fertig zu werden..... 38,9
Andere Probleme..... 35,2

8. Als Sie sich für eine internistisch-psychosomatische Behandlung entschieden, ...

war dies im Wesentlichen Ihre eigene Idee..... 18,5
wurden Sie dazu von anderen ermutigt..... 40,7
oder trifft beides zu..... 40,7

9. Nachdem Sie sich für eine internistisch-psychosomatische Behandlung entschieden hatten, wie lange dauerte es, bis Sie damit beginnen konnten?

Weniger als 1 Monat 71,7
1 bis 2 Monate 17,0
3 bis 6 Monate 9,4
7 bis 11 Monate 0
1 bis 2 Jahre 0
Über 2 Jahre 1,9

****10. Wie schätzen Sie Ihre Motivation am Anfang der Therapie ein, an der Lösung Ihrer Probleme aktiv zu arbeiten?**

Sehr stark motiviert 27,8
Stark motiviert ……..……...31,5
Mittelmäßig motiviert 27,8
Wenig motiviert 5,6
Sehr wenig motiviert 7,4
Überhaupt nicht motiviert ….....0

***11. Was schätzten Sie an Ihrer/m Einzelpsychotherapeutin/en:**

(Bitte kreuzen Sie für jede Angabe entweder Ja oder Nein an)

	Ja	Nein
Sie/er war generell beruhigend und unterstützend	96,2	3,8
Ich konnte bestimmen, welche Themen in der Therapie zu besprechen sind …..	66,0	34,0
Es war leicht, ihr/ihm zu vertrauen	81,5	18,5
Sie/er ging meinen Problemen auf den Grund	92,2	7,8
Sie/er war flexibel in der Gestaltung der therapeutischen Arbeit	84,3	15,7
Sie/er hat mich als Menschen geschätzt.....	100	0
Ich habe sie/ihn als Menschen geschätzt.....	100	0

***12. Störte Sie etwas an Ihrer/m Einzelpsychotherapeutin/en?**

(Bitte kreuzen Sie für jede Angabe entweder Ja oder Nein an)

	Ja	Nein
Sie/er kritisierte und kontrollierte mich zuviel ….....	5,6	94,4
Sie/er war manchmal herablassend und unhöflich	3,7	96,3
Sie/er machte unangemessene sexuelle Bemerkungen	3,7	96,3
Sie/er machte gelegentlich sexuelle Annäherungsversuche	3,8	96,2
Sie/er reagierte abweisend auf Kritik oder auf Fragen 7,4		92,6
Sie/er konzentrierte sich zu sehr auf meine Kindheit und nicht genug auf meine aktuellen Probleme	9,8	90,2
Mich störte etwas Anderes 21,6		78,4

***13. Wie schätzen Sie die Kompetenz folgender Ärzte/Therapeuten/Pflegekräfte hinsichtlich der Behandlung Ihrer Probleme ein?**

(Bitte kreuzen Sie für jede Angabe entsprechend der folgenden Skala eine Ziffer von 1 bis 6 an)

1 ausgezeichnet	2 sehr gut	3 gut	4 mittelmäßig	5 schlecht	6 sehr schlecht

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Ihrer/s Einzelpsychotherapeut/in	35,2	37,0	24,1	3,7	0	0
des psychosomatischen Teams	11,3	49,1	34,0	5,7	0	0
des internistischen Teams (Ärzte auf der Station)	9,4	34,0	37,7	15,1	3,8	0
des Pflegepersonals	14,8	37,0	31,5	13,0	1,9	1,9
des gesamten internistisch-psychosomatischen Teams	7,4	40,7	44,4	5,6	1,9	0

****14.** Eine gute **„hilfreiche Beziehung“** zwischen Ihnen und Ihrem Therapeut (Therapeutin, Arzt/Ärztin, Pflegepersonal) bedeutet,*
- dass Sie sich von ihm/ihr verstanden, gemocht und unterstützt fühlten
- dass Sie sich auf ihn/sie verlassen konnten
- dass Sie ihn/sie als Menschen geschätzt haben, und umgekehrt
- dass Sie und er/sie eine Sympathie füreinander empfanden
- dass Sie und er/sie ein „gutes Team“ waren.

Wie schätzen Sie die „hilfreiche Beziehung“ zwischen Ihnen und den folgenden Ärzten/ Therapeuten/ Pflegekräften ein?

(Bitte kreuzen Sie für jede Angabe entsprechend der folgenden Skala eine Ziffer von 1 bis 6 an)

1 ausgezeichnet	2 sehr gut	3 gut	4 mittelmäßig	5 schlecht	6 sehr schlecht

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Ihrem/Ihrer Einzelpsychotherapeut/in.....	32,1	43,4	22,6	1,9	0	0
dem psychosomatischen Team…….....	9,4	47,2	37,7	5,7	0	0
dem internistischen Team (Ärzte auf der Station)….....	5,8	23,1	51,9	17,3	1,9	0
dem Pflegepersonal……..……..	7,5	41,5	35,8	9,4	5,7	0
dem gesamten internistisch-psychosomatischen Team..	9,4	43,4	41,5	5,7	0	0

***15. Wie waren Sie insgesamt mit der Behandlung durch folgende Ärzte/ Therapeuten/ Pflegekräfte zufrieden?**

(Bitte kreuzen Sie für jede Angabe entsprechend der folgenden Skala eine Ziffer von 1 bis 6 an)

1 absolut zufrieden	2 sehr zufrieden	3 ziemlich zufrieden	4 etwas unzufrieden	5 sehr unzufrieden	6 absolut unzufrieden

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Ihre/n Einzelpsychotherapeuten/in.....	39,6	34,0	24,5	1,9	0	0
das psychosomatische Team…….....13,2		54,7	28,3	1,9	0	1,9
das internistische Team (Ärzte auf der Station)……	5,9	41,2	41,2	9,8	0	2,0
das Pflegepersonal…….....	9,4	47,2	28,3	9,4	3,8	1,9
das gesamte internistisch-psychosomatische Team……	7,5	50,9	35,8	3,8	0	1,9

****16. Wie beurteilen Sie die Chefarztvisite, die jede Woche dienstags zwischen 13 - 15 Uhr stattfand?**

(Bitte kreuzen Sie für jede Angabe entsprechend der folgenden Skala eine Ziffer von 1 bis 6 an)

1 trifft völlig zu	2 trifft überwiegend zu	3 trifft eher zu	4 trifft eher nicht zu	5 trifft überwiegend nicht zu	6 trifft gar nicht zu

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Der Chefarzt nahm sich ausreichend Zeit für mich……..	29,4	37,3	17,6	9,8	2,0	3,9
Der Chefarzt ging ausreichend auf meine *seelischen* Probleme ein……..21,2		25,0	26,9	15,4	7,7	3,8
Der Chefarzt ging ausreichend auf meine *körperlichen* Probleme ein……	18,0	16,0	36,0	20,0	6,0	4,0
Der Chefarzt beantwortete alle meine Fragen……..	34,0	30,0	16,0	16,0	2,0	2,0
Der Chefarzt machte auf mich einen kompetenten Eindruck……..43,1		31,4	9,8	7,8	5,9	2,0
Der Chefarzt bezog auch andere Therapeuten in das Gespräch ein……..25,0		34,6	17,3	9,6	7,7	5,8
Wenn der Chefarzt andere Therapeuten in das Gespräch einbezog, fühlte ich mich nicht ausgeschlossen……..……	28,8	30,8	23,1	11,5	1,9	3,8
Mit der Chefarztvisite bin ich insgesamt zufrieden……..	28,3	28,3	18,9	13,2	3,8	7,5

*__17. Wie verhielten Sie sich während Ihrer Behandlung?__

(Bitte kreuzen Sie für jede Angabe entweder Ja oder Nein an)

	Ja	Nein
Ich versuchte, so offen und entgegenkommend wie möglich zu sein……	96,3	3,7
Ich fragte nach Erklärungen für Dinge, die mir unklar waren …….....	92,6	7,4
Ich arbeitete zwischen den Sitzungen an den Themen, die in den Sitzungen aufkamen…….....	88,7	11,3
Ich sagte oft die therapeutischen Sitzungen ab	96,2	3,8
Es fiel mir schwer, Dinge zu sagen, die mir unangenehm waren oder für die ich mich schämte	39,6	60,4
Ich brachte meine negativen Gefühle gegenüber den Ärzten/Therapeuten/Pflegekräften zur Sprache	74,5	25,5
Ich brachte meine positiven Gefühle gegenüber den Ärzten/Therapeuten/Pflegekräften zur Sprache	86,8	13,2
Ich tat, was mir die Ärzte/Therapeuten/Pflegekräfte zu tun aufgetragen hatte ……..….....	98,1	1,9

18. In welchem Ausmaß half Ihnen die Behandlung in folgenden Bereichen?

(Bitte kreuzen Sie für jede Angabe entsprechend der folgenden Skala eine Ziffer von 1 bis 6 an)

1	2	3	4	5	6
Es wurde viel besser	Es wurde etwas besser	Alles blieb unverändert	Es wurde etwas schlimmer	Es wurde viel schlimmer	nicht sicher

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Die Probleme, die mich in die Behandlung führten	34,0	48,0	14,0	2,0	2,0	0
Meine Fähigkeit, mich auf Beziehungen einzulassen ..	20,4	34,7	40,8	4,1	0	0
Meine Arbeitsproduktivität	18,0	32,0	42,0	8,0	0	0
Mein Umgang mit dem alltäglichen Stress	11,8	52,9	31,4	2,0	2,0	0
Mein körperliches Wohlbefinden	32,1	39,6	15,1	7,5	5,7	0
Meine Lebensfreude	35,2	38,9	16,7	7,4	1,9	0
Meine persönliche Entwicklung	19,2	46,2	28,8	3,8	1,9	0
Mein Verständnis für andere Menschen	24,5	30,2	43,4	1,9	0	0
Mein Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen	24,1	29,6	38,9	3,7	3,7	0
Besserung meiner niedergedrückten Stimmungslage .	29,6	44,4	16,7	3,7	5,6	0

19. In welchem Bereich war eine Besserung für Sie am wichtigsten?

(Bitte kreuzen Sie nur einen Bereich an)

Die Probleme, die mich in die Behandlung führten 44,4
Meine Fähigkeit, mich auf Beziehungen einzulassen……...5,6
Meine Arbeitsproduktivität 7,4
Mein Umgang mit dem alltäglichen Stress 11,1
Mein körperliches Wohlbefinden 29,6
Meine Lebensfreude 14,8
Meine persönliche Entwicklung 7,4
Mein Verständnis für andere Menschen 7,4
Mein Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen 7,4
Besserung meiner niedergedrückten Stimmungslage 25,9

20. Aus welchem Grund wurde Ihre internistisch-psychosomatische Behandlung bei uns beendet?

(Bitte kreuzen Sie alle Antworten an, die zutreffen)

Meine Probleme waren gelöst 7,4
Ich konnte mit meinen Problemen besser umgehen 53,7
Ich wechselte zu einem anderen Arzt, Therapeuten oder Team 22,2
Ich dachte, eine weitere Behandlung würde nicht helfen 11,1
Das Behandlungsteam schlug die Beendigung der Behandlung vor 31,5
Ich hatte Bedenken wegen der Kompetenz des Behandlungsteams ……..... 1,9
Die Kosten der Therapie 7,4
Ich hatte Probleme mit den Kostenträgern 5,6
Andere Gründe 27,8

21. Von wem und in welchem Ausmaß wurden die Kosten für Ihre Behandlung übernommen?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die passende Angabe an)

Von meiner privaten Krankenversicherung

Alles ....0 Mehr als die Hälfte ....4,1 Die Hälfte ....0 Weniger als die Hälfte ....8,2 Nichts 87,8

Von meiner gesetzlichen Krankenversicherung

Alles ....79,6 Mehr als die Hälfte ....6,1 Die Hälfte ....0 Weniger als die Hälfte ....0 Nichts ..14,3

Von meiner Beihilfe

Alles ....4,1 Mehr als die Hälfte ....6,1 Die Hälfte ....2,0 Weniger als die Hälfte ..2,0 Nichts..85,7

Von mir selbst

Alles ....2,0 Mehr als die Hälfte ....0 Die Hälfte ....0 Weniger als die Hälfte ....12,2 Nichts ...85,7

Vom Sozialamt

Alles ....2,0 Mehr als die Hälfte ....2,0 Die Hälfte ....0 Weniger als die Hälfte ....0 Nichts 95,9

Von einer anderen Einrichtung

Alles ....0 Mehr als die Hälfte ....0 Die Hälfte ....0 Weniger als die Hälfte ....0 Nichts 100,0

22. Wie wären Sie mit Ihren Lebensumständen *ohne* internistisch-psychosomatische Behandlung zurecht gekommen?

Besser 3,8
Genauso gut, bzw. genauso schlecht 15,4
Schlechter 80,8

23a. Wenn internistisch-psychosomatische Behandlung nicht zu den Regelleistungen Ihrer Krankenkasse bzw. Krankenversicherung gehört hätte, wären Sie dann bereit gewesen, sich durch eine höhere Versicherungsprämie auch diese Leistungen zu sichern?

Ja ..... 52,0 (*wenn **Ja**, fahren Sie bitte mit **Frage 24** fort)*
Nein 48,0

23b. Wenn Nein, hätten Sie dann die Kosten für Ihre internistisch-psychosomatische Behandlung selbst getragen?

Ja ..... 16,7 (*wenn **Ja**, fahren Sie bitte mit **Frage 24** fort)*
Nein 83,3

23c. Wenn Nein, aus welchen Gründen hätten Sie die Kosten nicht getragen?

(Bitte kreuzen Sie alle Antworten an, die zutreffen)

Ich hätte meine Therapie nicht bezahlen können 79,4
Ich hätte meine Therapie nicht bezahlen wollen 0
Andere Gründe 3,7

****24. Beurteilen Sie bitte folgende Aussage: Der Therapieaufwand hat sich für mich im Hinblick auf die Behandlungsergebnisse gelohnt**

Trifft völlig zu..... 42,3
Trifft überwiegend zu…….. 25,0
Trifft eher zu..... 17,3
Trifft eher nicht zu.....11,5
Trifft überwiegend nicht zu..... 0
Trifft gar nicht zu …….....3,8

Bitte kontrollieren Sie jetzt,
ob der Fragebogen vollständig ausgefüllt ist!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Danksagung

Ich danke sehr Herrn Prof. Kächele für die Überlassung des Themas und für die anregende, interessante und unterstützende Betreuung dieser Doktorarbeit. Insbesondere jedoch für die ansteckende Begeisterung für Forschung und Vermittlung der kritischen Perspektive.

Weiterhin danke ich sehr Herrn Dr. Pokorny für die große Unterstützung bei der Planung der Studien und Auswertung der Ergebnisse.

Dem Team der internistisch-psychosomatischen Station danke ich für die organisatorische Hilfe bei der Durchführung der Untersuchungen.

Ich danke den Patienten, ohne deren Mitarbeit diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Meiner Familie und meinem Freund danke ich für die immerwährende Unterstützung, starke Motivation und vieles vieles mehr. Meinen Freunden danke ich für erfrischende Ablenkung.

Ganz besonders möchte ich an dieser Stelle zwei Menschen danken, die mich zu verschiedenen Zeitpunkten meines Lebens unterstützt und nachhaltig inspiriert haben:
Ursula Bader und Fred Ayer.