

Zentrum für Training und Therapie

Projekt Gemeinsam Leben Lernen

Wirtschaftlichkeit und Therapiequalität
im Projekt Gemeinsam Leben Lernen

Externe Evaluation und
Qualitätssicherung

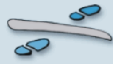
Bericht Juni 2004

Projekt Gemeinsam Leben Lernen - Seglerweg 14 - A 6972 Fußach
Tel & Fax 05578 76073 - E-Mail projekt.gll@telering.at
www.projekt-gll.at

Bantelmann Klinik und Praxisberatung - D 97702 Münnerstadt
Tel +49+9733 7806-90, Fax /-91 - E-Mail Bantelmann@t-online.de

Inhalt

1.	Zusammenfassung	1
2.	Das Qualitätssicherungsprogramm des Projekts Gemeinsam Leben Lernen	4
3.	Die Datenbasis	5
4.	Zur Wirtschaftlichkeit der Behandlung - Kosten-Nutzen-Analyse der PGLL-Psychotherapie	7
5.	Soziodemographisches Profil unserer Patienten	11
6.	Störungsbilder - Erkrankungsdauer - Schweregrad	13
7.	Behandlungsdauer	15
8.	Behandlungsintensität und Behandlungskomplexität	16
9.	Therapieerfolge der PGLL-Patienten	17
10.	Literatur	25



1. Zusammenfassung

Qualitätssicherungskonzept. Seit dem Jahr 2000 lassen wir unser Projekt Gemeinsam Leben Lernen durch ein umfangreiches laufendes Qualitätssicherungsprogramm extern begleiten. Zu den drei Zeitpunkten Aufnahme, Entlassung und Einjahres-Katamnese werden dabei für jeden Patienten insgesamt 240 Merkmale erhoben. Die Basisdokumentation (Psy-BaDo-PTM) und die Evaluation von Therapieergebnissen (SCL-90-R, VEV-K, IIP-C) bauen auf aktuellen Standards der Psychosomatischen Medizin in Deutschland auf. Das Programm wird ergänzt durch eine Reihe gesundheitswissenschaftlich orientierter psychometrischer Skalen (FIG, IVS-39). Ein im Jahr 2003 eingeführtes Qualitätsrückmeldesystem liefert durch 45 bei Therapieende patienteneingeschätzte Merkmale zusätzlich qualitätsmanagementrelevante Indikatoren für die Struktur- und Prozessqualität im PGLL.

Stichprobe und Datenqualität. Insgesamt konnten bisher statistische Auswertungen für 61 abgeschlossene Behandlungsfälle und 23 katamnestisch untersuchte Patienten durchgeführt werden. In die Auswertungen von Basisdokumentationsdaten wurden zusätzlich 17 zum Zeitpunkt der Auswertung in Behandlung befindliche Patienten einbezogen. Die Datenqualität (sorgfältige und vollständige Beantwortung) für alle vorliegenden Daten darf insgesamt als sehr gut bezeichnet werden.

Rentabilität. Auf der Basis von Schätzwerten der ökonomischen Leistung unserer Patienten, Berechnungen der empirisch ermittelten Effektivität unserer Behandlung und den Gesamtkosten einer durchschnittlichen Behandlung im PGLL haben wir anhand einer im Rahmen deutscher Rehabilitationsforschung von Wittmann (1996) vorgestellten Formel eine Kosten-Nutzen-Analyse für unsere Behandlungen durchgeführt. Je nach theoretischer Annahme der Wirkungsdauer einer Behandlung im PGLL von ein oder zwei Jahren konnten wir für berufstätige Patienten den ökonomischen Gesamtnutzen einer PGLL-Therapie auf 9.955 bis 38.163 Euro pro Fall berechnen.

Patientenprofil. Unsere Patienten, zu zwei Dritteln Frauen, sind überwiegend zwischen 30 und 45 Jahre alt, im Durchschnitt 34. Rund die Hälfte leben in festen Partnerschaften. Etwa ein Viertel der Patienten (27%) sind verheiratet, die restlichen zum überwiegenden Teil ledig (48%) oder geschieden (25%). Etwas mehr als die Hälfte aller Untersuchten sind kinderlos. Zwei Drittel führen einen eigenen Haushalt, 20% wohnen noch bei den Eltern. Hinsichtlich Bildung überwiegen Hauptschulabschlüsse mit 38% und höhere

Abschlüsse (19%). Die Hälfte der Patienten verfügen über eine abgeschlossene Lehre oder Fachschulausbildung (53%) oder befinden sich noch in einer Ausbildung (7%). Ein Viertel unserer Patienten (26%) weisen keinen Berufsabschluß auf und nur 6% verfügen über eine abgeschlossene Hochschulbildung. Über ein Drittel (40%) kommen als arbeitslos gemeldet zur Aufnahme, 22% geben dabei für die 12 Monate vor der Aufnahme Arbeitslosigkeitszeiten zwischen 6 und 12 Monaten an. Korrespondierend leben 31% der Befragten überwiegend von Arbeitslosengeld oder von Sozialhilfe (5%), 26% werden finanziell hauptsächlich von Familienangehörigen unterstützt, 21% leben zum Zeitpunkt der Aufnahme vom Krankengeld und nur 12% finanzieren ihren Lebensunterhalt überwiegend durch ihre Arbeit.

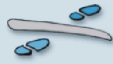
Indikationsprofil. Wir behandeln überwiegend hoch chronifizierte Fälle mit einer durchschnittlichen Dauer von 8,7 Jahren seit dem Erstauftreten der von uns gestellten Hauptdiagnose. Anhand des BSS-Verfahrens (Beeinträchtigungs-Schwerescore, Schepank, 1987) schätzen wir bei Aufnahme die Erkrankungsschwere auf den Dimensionen *körperlich*, *psychisch* und *sozial-kommunikativ* ein. Der BSS-Wert kann theoretisch zwischen 0 und 12 variieren. Ein Wert von 5 oder mehr indiziert eine stationäre Therapie. Der durchschnittliche BSS-Wert für unsere Patienten beträgt 7,1 für das Jahr vor der Aufnahme, bzw. 6,8 für die letzten 7 Tage vor der Aufnahme. Dieser Wert ist vergleichbar mit dem durchschnittlichen BSS-Aufnahmewert in deutschen psychosomatischen Fachkrankenhäusern.

Rund ein Viertel unserer Patientinnen (26%) kommen mit posttraumatischen Belastungsstörungen nach Mißbrauchserlebnissen zur Aufnahme, 21% der Patienten mit Depressionen, 26% mit schweren Persönlichkeitsstörungen, 13% mit Suchterkrankungen (entzogen) und 5% mit psychosomatischen Störungen, jeweils als Hauptdiagnose.

Behandlungsdauer und Behandlungsintensität. Die Netto-Behandlungsdauer im PGLL beträgt im Mittel 109 Tage. Unsere Patienten werden im Rahmen eines integrativen und tiefenpsychologisch orientierten hochkomplexen Settings mit durchschnittlich 18 verschiedenen Therapieformen überwiegend gruppentherapeutisch, aber auch einzeltherapeutisch behandelt. Die Behandlungsdichte beträgt durchschnittlich 28 Zeitstunden pro Woche. Im PGLL wird insofern eine hochintensive Psychotherapie durchgeführt.

Globaler Therapieerfolg. Wir entlassen 64% unserer Behandelten regulär geplant und 70% als generell arbeitsfähig gebessert. Unsere regulär Entlassenen verbessern sich hinsichtlich der Beeinträchtigungs-Schwere ihrer Erkrankung durchschnittlich um 2,7 BSS-Punkte (incl. Abbrecher 2,3). Insgesamt





sind nach Einschätzung der Therapeuten 83% der Patienten bei der Entlassung körperlich deutlich gebessert, 15% zumindest etwas gebessert. 89% werden psychisch deutlich gebessert entlassen, 11% zumindest etwas gebessert.

Reduktion medizinischer Folgekosten. Hinsichtlich kostenrelevanter Merkmale ist katamnestisch (Einjahres-Katamnese, n = 23) und nach Selbsteinschätzung der Patienten bisher ein Rückgang bei Inanspruchnahmen von Arztbesuchen um 57% zu verzeichnen, beim Medikamenteverbrauch um 50% und bei Krankenhaustagen hinsichtlich der von uns behandelten Störungen um nahezu 100%. Verglichen wurden jeweils die letzten 12 Monate vor der Behandlung mit den 12 Monaten nach der Entlassung aus dem PGLL.

Reduktion der Symptombelastung - verbesserte Erlebensweisen. Betrachten wir die psychometrischen Indikatoren für Therapieerfolg, so weisen jeweils 87% bei Behandlungsende signifikante Verbesserungen hinsichtlich der Gesamtbelastung durch Symptome (SCL-90-R, GSI) und Erlebens- und Verhaltensweisen (VEV-K-Gesamtscore) auf, bzw. katamnestisch jeweils 83%. Die Effektstärke für den Symptombelastungs-Indikator GSI weist sowohl für den Behandlungs- als auch für den Katamnesezeitraum den sehr hohen Wert von 1,5 auf. Generell gilt eine Effektstärke über 0,9 als großer Therapieeffekt.

Verbesserung sozialer Fertigkeiten. Die interpersonalen Probleme (IIP-C) können bei unseren Patienten durchweg in Richtung auf Normalwerte verringert werden. Insbesondere die soziale Durchsetzungskraft steigt nachhaltig, d.h., über den Katamnesezeitraum hinweg stabil an.

Positive Gesundheitsentwicklung. Gesundheitswissenschaftliche Dimensionen, wie Selbstvertrauen, gesundheitsbezogene Kognitionen, oder proaktives Verhalten weisen sehr hohe Effekte auf. Die Persönlichkeitsstruktur der Patienten wird nachhaltig robuster, die Selbstwahrnehmung differenzierter.

Erfolgreiches Gesamtkonzept. Das PGLL mit seinem hochkomplexen und hochintensiven tagesklinischen Therapiekonzept kann damit im Ganzen betrachtet ökonomisch rentable und psychotherapeutisch sehr effektive Therapieerfolge nachweisen. Die ersten katamnestischen Ergebnisse weisen darüber hinaus bereits auf eine nachhaltige Langzeitwirkung hin.

Zukunftsweisender Ansatz. Unter den Aspekten der hier dargestellten Kosten-Nutzen-Relation und der hohen Therapieeffekte betrachtet darf das tagesklinische Psychotherapiekonzept des PGLL eindeutig als zukunftsweisend angesehen werden.

2. Das Qualitätssicherungsprogramm des Projekts Gemeinsam Leben Lernen

Der Gast im PGLL. Im Zentrum eines integrativen Therapiekonzepts steht der Mensch mit seinen sozialen Beziehungen und seinen individuellen Eigenschaften und Ressourcen. Aus therapeutischen und konzeptionellen Gründen bezeichnen wir unsere Patienten als Gäste des PGLL. In der vorliegenden Auswertung haben wir jedoch überwiegend den Begriff Patient gewählt, da dieser Begriff im medizinisch-wissenschaftlichen Sprachgebrauch geläufig ist. Wir geben damit auch der Tatsache Ausdruck, daß unsere Gäste ausnahmslos mit einem hohen *Leidens*-druck zu uns kommen und daß es sich in den meisten Fällen um hochchronifizierte, komplexe und relativ schwere Störungsbilder handelt.

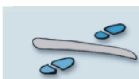
Externe Evaluation. Seit Mitte 2000 läßt das PGLL eine umfangreiche laufende externe Qualitätssicherung, bzw. Evaluation¹ für alle therapeutischen Leistungen und Ergebnisse durchführen. Mit der Konzeption und Durchführung der Evaluation wurde die Firma Bantelmann Klinik- und Praxisberatung² mit Sitz in der Nähe von Würzburg beauftragt. Sie zeichnet auch für den vorliegenden Bericht. Es besteht eine enge Zusammenarbeit der Fa. Bantelmann mit der psychosomatischen Abteilung der Universitätsklinik Regensburg und mit der gesundheitswissenschaftlichen Abteilung der Universität Oldenburg.

Externe Vergleichbarkeit. Unser Evaluationskonzept basiert auf aktuellen deutschen Standards der Psychotherapeutischen Medizin, bzw. Psychosomatik und Psychiatrie. Dazu wurde das Basisdokumentations- und Basisevaluationssystem Psy-BaDo-PTM des *Instituts für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik*³ (IQP) mit Sitz in München an unsere speziellen österreichischen Gegebenheiten angepaßt. Diese Grundlage ermöglicht uns die Bereitstellung extern weitgehend vergleichbarer Daten und Ergebnisse unabhängig von speziellen Therapieschulen. Zusätzliche gesundheitswissenschaftlich orientierte Komponenten unserer Qualitätssicherung

¹ Evaluation: messen und bewerten von Behandlungsverfahren und Behandlungserfolgen

² E-Mail: Bantelmann@t-online.de, bzw. www.Bantelmann.com

³ Im IQP sind etwa 20 Kliniken für Psychotherapeutische Medizin, Psychosomatik und Psychiatrie in Deutschland zusammengeschlossen. Ziel dieses multizentrischen Qualitätsverbunds ist eine gemeinsame Qualitätsentwicklung.





lassen eine Konzeptvalidierung⁴ unseres Projekts zu, indem z.B. Aspekte von Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber Gesundheit oder Entwicklungen sozialer Beziehungen unserer Patienten erfaßt werden.

Katamneseroutine. Anhand unserer routinemäßig für alle Patienten durchgeführten postalischen Nachuntersuchung durch Fragebögen nach einem Jahr (Einjahreskatamnese) liegen seit 2002 bereits erste Ergebnisse zu längerfristigen Auswirkungen unserer Behandlung hinsichtlich Wirtschaftlichkeit und Therapieerfolg vor.

Qualitätserhebung. Seit Anfang 2003 lassen wir regelmäßig 45 Merkmale unserer therapeutischen Leistungen und unserer Serviceangebote, sowie die wahrgenommene Kompetenz unserer Mitarbeiter und die Qualität erfahrener Beziehungsangebote durch unsere Patienten anhand einer 5-Punkte-Schulnotenskala einschätzen. Zusätzlich können die Patienten auf einem weiteren Bogen qualitative Aspekte der erfahrenen Behandlung (Lob, Anregungen, Beschwerden) beschreiben. Diese Daten dienen der laufenden Weiterentwicklung und Verbesserung unseres Konzepts. So ist es uns möglich, laufend qualitätsmanagementrelevante Indikatoren und Zielgrößen zu errechnen und damit unsere Qualitätsentwicklung zu steuern und darzustellen.

3. Die Datenbasis

Umfang der Datenerhebungen. Die Basisdokumentation und Ergebnisevaluation umfaßt pro Gast für die drei Meßzeitpunkte Aufnahme, Entlassung und Katamnese insgesamt 240 Merkmale, von denen 115 durch Therapeuten beurteilt werden. Insgesamt werden 143 soziodemographische Patientenmerkmale, anamnestische und diagnostische Informationen, sozialmedizinische Daten, differenzierte therapeutische Leistungen und Medikationsstatistiken, sowie 97 psychotherapeutische Ergebnisindikatoren⁵ erhoben. Alle Daten werden durch Fragebögen erfaßt und extern eingelesen, geprüft, statistisch ausgewertet und hinsichtlich Erfolgs- und Leistungsindikatoren bewertet.

⁴ Nachweis der Sinnhaftigkeit und Effektivität unseres Behandlungsansatzes

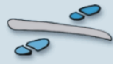
⁵ SCL90-R Franke (1995); VEV-K (Kriebel et al., 1998, 2001); IIP-C (Horowitz et al. 1993); Fragebogen Integrale Gesundheit (FIG-60), Belschner, Bantelmann & Galuska 1999, Uni Oldbg ; Integrative Verlaufsskalen (IVS-39), Bantelmann (1999, 2001)

Die Stichprobe. In die vorliegenden Auswertungen gingen 62 zwischen August 2000 und März 2004 entlassene Patienten und zusätzlich 16 im April 2004 noch in der Behandlung befindliche Patienten des PGLL ein. Für 23 Patienten liegen Daten der Einjahres-Katamnese vor. Insofern wurde, um die vorhandenen Daten auszuschöpfen, über eine variante Stichprobe gerechnet. Die Basisdokumentationsdaten wurden über 78 Patienten berechnet. Ergebnissevaluationsdaten wurden über 62 Fälle ausgewertet, für die vollständige Datensätze vorlagen. Darin eingeschlossen sind auch Patienten, die ihre Therapie aus unterschiedlichen Gründen vorzeitig beendeten. Da sie im Durchschnitt 70 Behandlungstage hatten, tragen sie zum Gesamttherapieerfolg bei.

Die Datenqualität. Bei soziodemographischen Merkmalen beträgt der Prozentsatz fehlender Angaben im Durchschnitt rund 4%. Dies ist der normalerweise zu erwartende Rahmen für eine als sorgfältig zu bewertende Beantwortung. Ein Teil der fehlenden Antworten dürfte dabei durch Nichtbeantworten von korrekterweise mit Null zu beantwortenden Items zu erklären sein. Die psychometrischen Merkmale (z.B. Depressivität, Somatisierung etc.) weisen keine fehlenden Werte auf. Nicht eingerechnet wurden dabei fehlende Entlassungswerte von Therapieabbrechern. Die Patienten des PGLL beantworteten insofern die insgesamt 19 Aufnahme- und Entlassungsfragebögen mit großer Sorgfalt und Zuverlässigkeit.

Die Katamnesestichprobe. Die Datenqualität der Katamnesestichprobe spiegelt die Qualität der während der Behandlung erhobenen Daten. Alle neun Katamnese-Fragebögen wurden von den 23 Beantwortern durchweg vollständig bearbeitet. Die Antwortquote liegt bei 42% der Angeschriebenen. Der Grund dafür lag in der Hauptsache darin, daß zahlreiche Patienten postalisch nicht mehr zu erreichen waren. Aus Gründen der Kostenbegrenzung wurde auf Recherchen verzichtet. Die Katamnesestichprobe kann hinsichtlich soziodemographischen, anamnestischen und Ergebnisdaten als repräsentativer Querschnitt der PGLL-Population angesehen werden. Bei der gegebenen Rücklaufquote darf jedoch eine möglicherweise positive Stichprobenselektion nicht ausgeschlossen werden. Aussagen über die Langzeitwirkung der Behandlungen im PGLL können jedoch getroffen werden.





4. Die Wirtschaftlichkeit unserer Behandlung - Kosten-Nutzen-Analyse der PGLL-Psychotherapie

Die Wirtschaftlichkeit von Gesundheitsdienstleistungen gewinnt in einer Zeit beginnender Neuordnung sozialer und gesundheitlicher Sicherungssysteme zunehmend an Bedeutung. Wir haben daher diesem vorrangigen Interesse von Kostenträgern folgend ein Kapitel zur Rentabilität der Behandlung eines durchschnittlichen PGLL-Patienten an den Anfang der Auswertungen gestellt. Der Begriff der Effektstärke als gängiges Maß der Effektivität medizinischer Behandlungen hat bei der Beurteilung des Nutzens einer Behandlung dabei eine zentrale Bedeutung. Wir führen dieses Maß daher im Folgenden kurz ein.

Zum Verständnis der Effektstärke. Zur Berechnung einer Effektstärke wird die von den Patienten zwischen Beginn und Ende ihrer Behandlung erreichte Veränderung ihrer Testwerte in Bezug gesetzt zur Streuung ihrer Testwerte zum Beginn der Behandlung⁶. Tabelle 1 gibt einen Überblick⁷, wie resultierende Effektstärken zu bewerten sind.

Tab. 1: Bewertung von Effektstärken

Effektstärke	Bewertung
ab 0,22	bereits rentabel
0,31 bis 0,60	kleiner Effekt
0,61 bis 0,90	mittlerer Effekt
ab 0,91	großer Effekt
1,55	durchschnittliche Effektstärke einer PGLL-Behandlung

Ab einer Effektstärke von 0,22 können stationäre psychotherapeutische Behandlungen bereits als volkswirtschaftlich rentabel angesehen werden, wie

⁶ Es gibt unterschiedliche Berechnungsverfahren, auf die wir jedoch im Rahmen dieser Auswertung nicht eingehen möchten. Siehe zu diesem Thema z.B.: Wittmann (1995); Hartmann & Herzog (1995); Mc Gaw & Glass (1980). Wir verwenden hier das am häufigsten eingesetzte Verfahren der Standardisierung der Mittelwertdifferenz durch die Standardabweichung der Aufnahmewerte.

⁷ nach Cohen (1988); der Wert 0,22 wurde hier zusätzlich eingefügt; in Metaanalyse-Studien liegen Psychotherapieeffekte zwischen 0,40 (Wittmann & Matt, 1986) und 1,11 (Gawe, Donati & Bernauer, 1994)

Wittmann 1996 ausführlich ableitete⁸. In den 80er Jahren wurden Effektstärken für Psychotherapien⁹ um 0,85 berichtet.

Rentabilitätsanalyse. Um den wirtschaftlichen Nutzen einer Behandlung im PGLL einschätzen zu können, welcher aufgrund unserer hohen Therapieeffekte zu erwarten wäre, haben wir analog zu den von Wittmann (1996) vorgestellten Rentabilitätsberechnungen für stationäre rehabilitative Behandlungen entsprechende Kosten- und Effektivitätswerte unserer Evaluation herangezogen und in die von ihm beschriebene Rentabilitäts-Formel eingesetzt.

- (1) Kosten-Nutzen-Analyse für Therapiemaßnahmen. Es gehen die folgenden Parameter in die Formel ein:

Formel	$U = N_T \cdot T \cdot d_{(T-U)} \cdot SD_{KR} - N_T \cdot K_T$
U	Ökonomischer Nettonutzen der Therapie in Euro
N_T	Anzahl der therapierten Patienten
T	Zeitdauer des Therapieerfolgs in Jahren
$d_{(T-U)}$	Standardisierte Mittelwertdifferenz behandelter vs. unbehandelter Patienten (= Effektstärke, standardisiert an $SD_{P_{rae}}$)
SD_{KR}	Standardabweichung der Produktivität bezogen auf ein Jahr für noch unbehandelte, bzw. nicht rechtzeitig behandelte Patienten
K_T	Kosten der Therapie pro Patient

- (2) Wir nehmen folgende Werte an:

U	Gesuchter Nettonutzen der PGLL-Psychotherapie in Euro
N_T	= 1, also für einen Patienten gerechnet
T	= 1, da wir katamnestisch gesichert von mindestens einem Jahr Wirkungsdauer ausgehen dürfen
$d_{(T-U)}$	= 1,55; Dies ist die durchschnittliche Effektstärke über die psychometrischen Indikatoren ¹⁰ der PGLL-Evaluation
SD_{KR}	= 18.200; Dies sind 70% ¹¹ eines angenommenen Jahresgehalts von $13 \cdot 2.000$ Euro
K_T	= 109 Tage \cdot 100 Euro Tagessatz + 3,7 Monate Lohnfortzahlung für den Patienten

⁸ auf Basis volkswirtschaftlicher Berechnungen für die Rentabilität von Trainings- bzw. rehabilitativen Maßnahmen (Deutschland)

⁹ nach Smith, Glass & Miller (1980), Lipsey & Wilson (1993)

¹⁰ Dies sind die Instrumente SCL-90-R, FIG-60 und IVS-39. Das IIP-C wurde nicht mit eingerechnet, da es primär diagnostischen Wert hat und nicht als veränderungssensitives Instrument konstruiert wurde.

¹¹ Die SD der Produktivität konnte über viele Studien und Berufsfelder hinweg von Schmidt und Hunter (1982) als zwischen 40 und 70% des Gehalts liegend ermittelt werden, in jüngeren Studien meist bei 70%.





Ökonomischer Nettonutzen einer PGLL-Behandlung. Setzen wir die Werte in Formel (3) ein, können wir unter der Annahme, daß die Wirkung einer Behandlung bei uns ein Jahr anhält, von einer Rentabilität, bzw. einem ökonomischen Nettonutzen von rund 9.955 Euro ausgehen (siehe Kasten 3). Bereits bei der Annahme, daß eine positive Nachwirkung unserer Behandlung mindestens zwei Jahre anhält (siehe Kasten 3), würde sich der Nettonutzen rechnerisch auf 38.163 Euro erhöhen.

(3) Es resultiert die Behandlungsrentabilität (U) für das PGLL:

U	$= N_T \cdot T \cdot d_{(T-U)} \cdot SD_{KR} - N_T \cdot K_T$
U	$= 1 \cdot 1 \cdot 1,55 \cdot 18.200 - 1 \cdot (109 \cdot 100 + 3,7 \cdot 2000)$
U	$= 28.212$ (Nutzen) $- 18.257$ (Kosten)
U	$= 9.955$ bei katamnestisch ermittelter Wirkungsdauer von einem Jahr
U	$= 38.163$ bei Annahme einer zweijährigen Wirkungsdauer

Rentabilitätsgrenzen. Formen wir die Rentabilitätsgleichung zu (3) entsprechend Schritt (4) um und lösen sie nach der Effektstärke auf, so erhalten wir eine Break-Even-Effektstärke, ab der unsere Behandlung wirtschaftlich rentabel wird. Gehen wir dabei von vorsichtigen Schätzungen einer Wirkdauer unserer Behandlung von nur ein bis zwei Jahren aus, so dürfen wir annehmen, daß bereits durchschnittliche Effektstärken zwischen 0,5 und 1 zu wirtschaftlich erfolgreichen Auswirkungen einer Psychotherapie im PGLL führen.

(4) Nach der Effektstärke aufgelöst errechnen wir eine Break-Even-Effektstärke¹² als:

$d_{(T-U)}$	$= K_T : (T \cdot SD_{KR})$
$d_{(T-U)}$	$= 18.257 : 18.200 = 1,00.$
Nehmen wir $d_{(T-U)}$ als Break-Even-Punkt an, so ist:	
Break-Even $d_{(T-U)}$	$= 1,00$ (Annahme Wirkungsdauer 1 Jahr)
Break-Even $d_{(T-U)}$	$= 0,50$ (Annahme Wirkungsdauer 2 Jahre ¹³)

Unsere tatsächliche durchschnittliche Effektstärke über die psychometrischen Instrumente beträgt jedoch 1,55 für den Behandlungszeitraum (siehe Tab. 1, bzw. Kasten 2) und 1,56 für den Katamnesezeitraum¹⁴. Dies bedeutet,

¹² Rentabilitätsgrenze für eine PGLL-Behandlung, umgerechnet in die Therapie-Effektstärke

¹³ Wittmann (1996) ging in seinen Berechnungen von 2 Jahren Wirkungsdauer aus.

¹⁴ Zeitraum vom Beginn der Behandlung bis zur Nachuntersuchung ein Jahr nach Entlassung.

daß wir unseren hinsichtlich ökonomischen Überlegungen grenzwertigen Therapieeffekt (Break-Even) im Durchschnitt deutlich übertreffen.

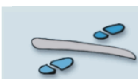
Zusätzliche Kostenreduktion medizinischer Folgeleistungen. Bei der hier dargestellten Berechnung handelt es sich um ein konservatives Schätzverfahren, welches vermutlich eher zu Unterschätzungen des Gesamtnutzens führen dürfte. So wird in der Formel z.B. nicht berücksichtigt, daß die durchschnittliche Zahl der von Patienten angegebenen Arztbesuche, wenn man das Jahr vor der Aufnahme mit dem Jahr nach der Entlassung vergleicht, von durchschnittlich acht Besuchen ($n = 74$) auf vier ($n = 23$) zurückgeht. Analog sinken der durchschnittliche Verbrauch ärztlich verordneter Medikamentenpackungen von zehn ($n = 76$) auf fünf Packungen ($n = 23$) und die stationären Krankenhausaufenthalte aufgrund der PGLL-Aufnahmediagnose, von 1,7 ($n = 74$) auf 0,3 Wochen ($n = 23$).

Grundannahmen. Die entscheidende Grundannahme für diese Wirtschaftlichkeitsberechnung liegt darin, daß der Patient vor, während und nach der PGLL-Behandlung einen sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplatz hat und daß er während der Behandlung Anspruch auf Lohnfortzahlung genießt.

Zum Aspekt der Wirkungsdauer der Behandlung ist zu sagen, daß von den bislang 55 mit Katamnese-Fragebögen Angeschriebenen 23 Patienten, bzw. 42% die Unterlagen bearbeitet zurückschickten. Dieser bisher relativ kleine Stichprobenumfang ist bei der Beurteilung der Daten zu berücksichtigen.

Zum Erwerbsstatus von PGLL-Patienten. Bei der Beurteilung der sozialrechtlichen Komponente ist zu berücksichtigen, daß bei Aufnahme in die PGLL-Behandlung insgesamt 40% unserer Patienten ($n = 78$) arbeitslos gemeldet sind, 22% waren zwischen sechs Monaten und einem Jahr arbeitslos gewesen. Diese 40% der Patienten erfüllen also einerseits die o.g. Voraussetzungen für die Wirtschaftlichkeitsberechnung nicht. Bei der katamnestischen Erhebung nach einem Jahr geben noch 22% der Befragten ($n = 23$) an, im Jahr nach der Entlassung arbeitslos gewesen zu sein. 13% waren in diesem Zeitraum zwischen sechs und zwölf Monaten arbeitslos. Die Arbeitslosigkeit ist also andererseits nach der PGLL-Behandlung deutlich zurückgegangen. Anzunehmen ist, daß die Behandlung selbst einer der wichtigen Gründe für diesen Rückgang ist.

Die generelle Arbeitsunfähigkeit aller PGLL-Patienten ($n = 66$) beträgt für das Jahr vor der Aufnahme im Mittel 13 Wochen. Bei der katamnestischen Befragung ist die durchschnittliche AU-Zeit auf 2 Wochen gesunken. Auch die geringeren AU-Zeiten bedeuten eine volkswirtschaftliche Kostenreduktion.

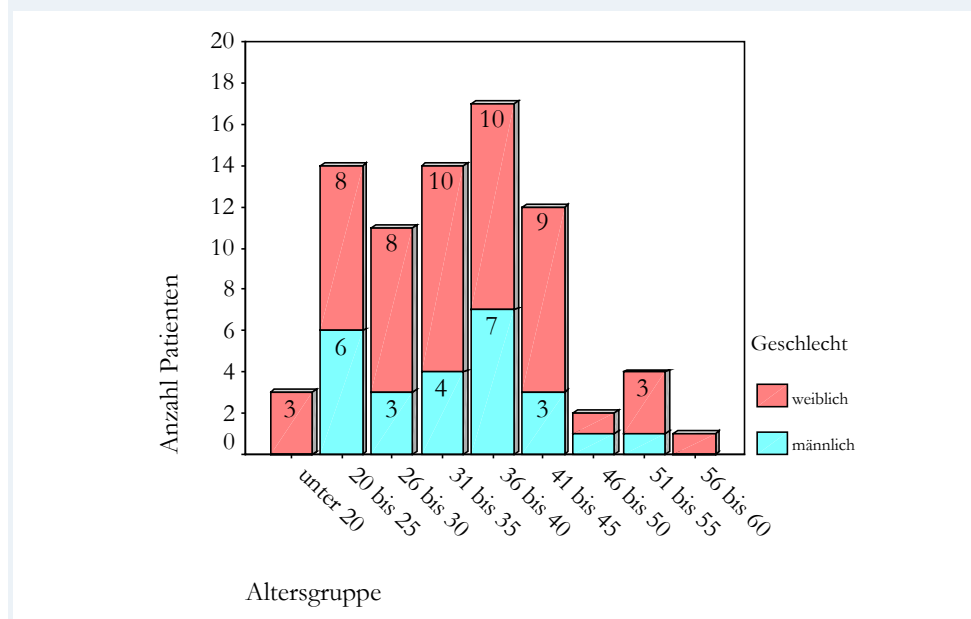




5. Soziodemographisches Profil unserer Patienten

Zusammenfassende soziodemographische Beschreibung. 68% unserer Patienten sind weiblich, 32% männlich (siehe Abb. 1). Das Durchschnittsalter beträgt für beide Geschlechter 34 Jahre.

Abb. 1 Geschlechts- und Altersverteilung mit Fallzahlen

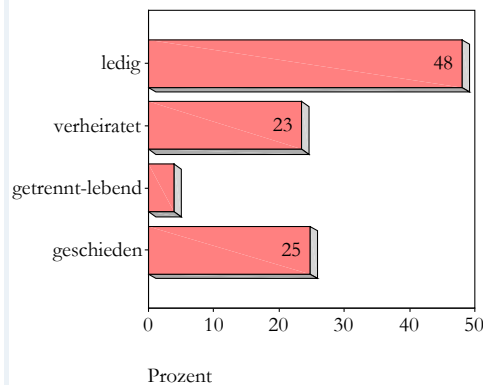


Verschiedene soziodemographische Merkmale finden sich in Abb. 2 zusammengefaßt: 48% der Patienten leben in festen Beziehungsformen, 42% kurzfristig oder dauerhaft ohne Beziehungen. Der Anteil Geschiedener beträgt 25%, der Anteil Verheirateter 23%, die meisten Patienten (48%) sind ledig. Der Anteil kinderloser Patienten beträgt 52%.

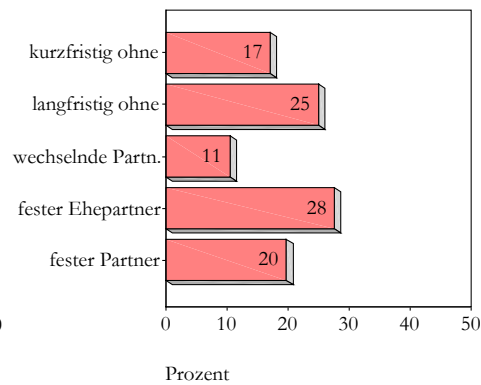
Einen Hauptschulabschluß haben 38%, 33% verfügen über höhere Schulabschlüsse, bzw. 15% über höhere berufsbildende Abschlüsse. Als höchsten Berufsabschluß geben 54% Lehre und Fachschule (incl. Meister) an, 26% verfügen über keinen Berufsabschluß, 7% befinden sich noch in der Ausbildung und 7% geben Hochschulabschlüsse an.

Abb. 2 Soziale Situation der Patienten

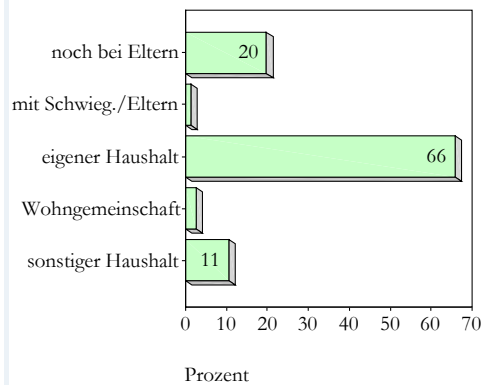
Familienstand



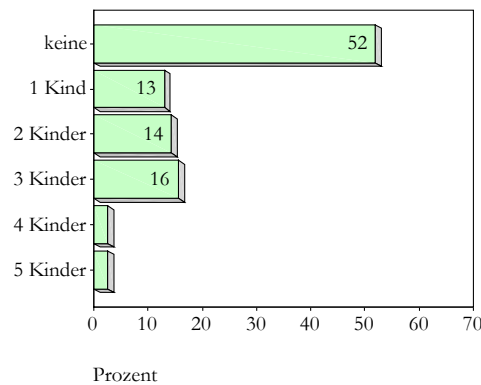
Aktuelle Partnersituation



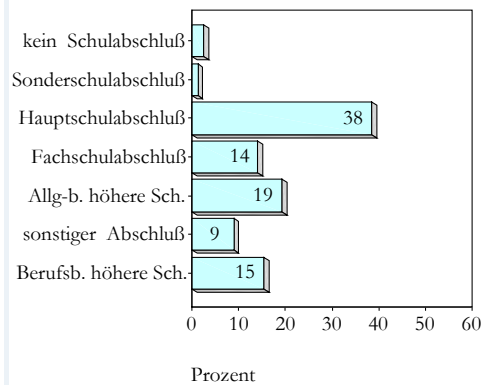
Wohnsituation



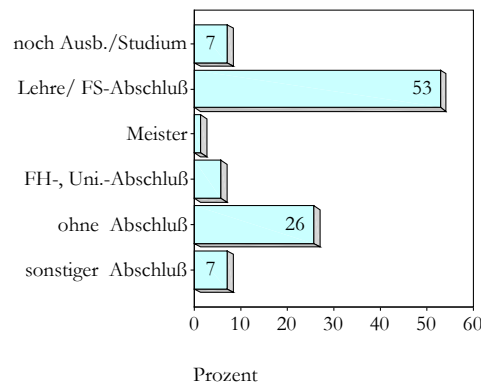
Eigene Kinder



Höchster Schulabschluß

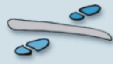


Höchster Berufsabschluß



Erwerbssituation. Nur 21% der PGLL-Patienten beziehen ihr Einkommen aus einer Voll- (8%) oder Teilzeit-Beschäftigung (13%), wie Abb. 3 zeigt. Für nur 12% der Patienten ist dies auch die Haupteinkommensquelle (ohne Abbildung). 19% der Patienten werden vorrangig durch Ehepartner finanziell unterstützt (ohne Abbildung).

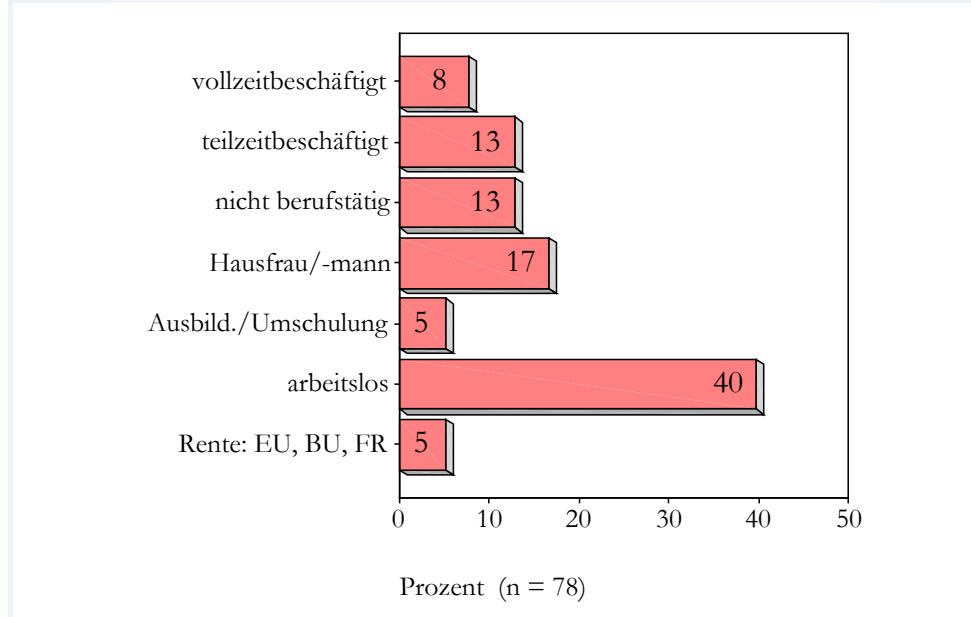




Die Gruppe der Arbeitslosen (siehe Abb. 3) ist mit 40% die stärkste. Überwiegend durch das Arbeitslosengeld finanzieren sich 31% der Patienten, 21% durch Krankengeld (jeweils ohne Abbildung).

Abb. 3 Erwerbsstatus der PGLL-Patienten

Erwerbsarten

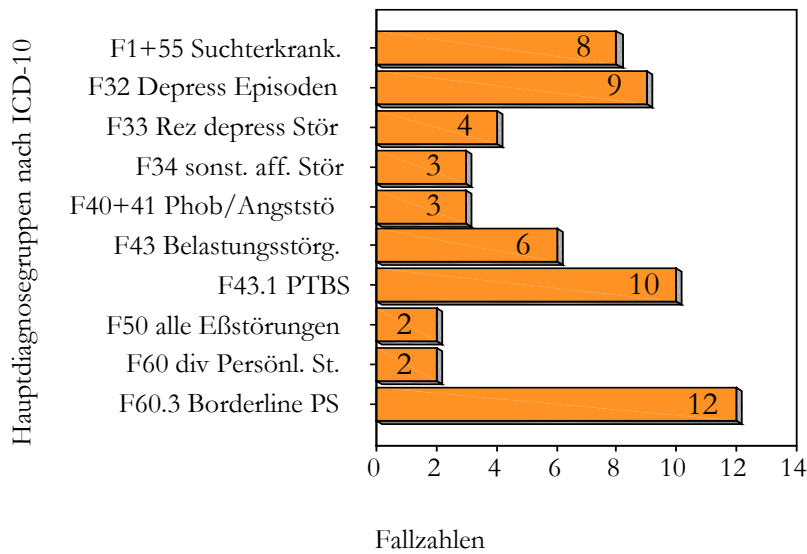


In der PGLL-Therapie kommen insofern den rehabilitativen Zielen Arbeitsfähigkeit und Eingliederung ins Berufsleben besondere Bedeutung zu.

6. Störungsbilder - Erkrankungsdauer - Schweregrad

Diagnosen. Als behandlungsbestimmende Hauptdiagnosen entsprechend ICD-10 liegen im PGLL neben depressiven Störungen (ICD-10 F3) weitere Schwerpunkte vor allem bei Suchterkrankungen (F1), posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) nach Gewalt- und Mißbrauchserfahrungen (F43.1) und bei Persönlichkeitsstörungen (F6), hier insbesondere bei den meist schwer beeinträchtigten Patienten mit Borderline-Störungen (siehe Abb. 4). Diagnostische Einzelfälle wurden aus Gründen der Übersicht in Abb. 4 nicht dargestellt.

Abb. 4 Fallzahlen nach ICD-10-Diagnosegruppen



Anm.: Einzelfälle übersichtshalber ausgelassen

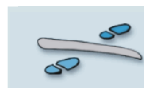
Chronifizierung. Im Durchschnitt betrug die Chronifizierung der PGLL-Patienten im Sinne der Erkrankungsdauer seit Erstmanifestation der Hauptdiagnose 105 Monate ($n = 78$; $s = 69$), bzw. 8,7 Jahre ($s = 5,7$). Dieser Wert liegt bei stationären Psychotherapiepatienten in deutschen Fachkrankenhäusern bzw. Fachkliniken für Psychosomatik in vergleichbarer Höhe. Die nach Diagnosegruppen geordnete mittlere Chronifizierungsdauern ist in Abb. 5 (links) dargestellt. Patienten mit posttraumatischen - und Persönlichkeitsstörungen weisen über zehn Jahre Erkrankungsdauer auf.

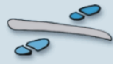
Beeinträchtigungsschwerescore. Anhand des Beeinträchtigungsschwerescores (BSS¹⁵) wird zu Beginn der Behandlung die Erkrankungsschwere für die letzten 12 Monate eingeschätzt. Der BSS-Wert kann zwischen 0 (*vollkommen gesund*) und 12 (*schwerst krank*) variieren. Bei BSS-Werten über 5 kann von einer klinischen Behandlungsbedürftigkeit¹⁶ ausgegangen werden. Der BSS-Gesamtdurchschnitt für die Aufnahme im PGLL beträgt 7. Er liegt damit in vergleichbarer Höhe, wie in deutschen psychosomatischen Fachkliniken.

Störungsspezifische BSS-Werte. Störungsbezogene mittlere BSS-Werte für unsere Patienten sind in Abb. 5 (rechts) dargestellt. Patienten mit Eßstörun-

¹⁵ Schepank, 1995; es wird die körperliche, psychische und sozialkommunikative Beeinträchtigung jeweils auf einer von 0 (*keine Beeinträchtigung*) bis 4 (*schwerst beeinträchtigt*) reichenden Skala beurteilt und anschließend zu einem Gesamt-BSS-Wert summiert. Dieser kann zwischen 0 und 12 variieren.

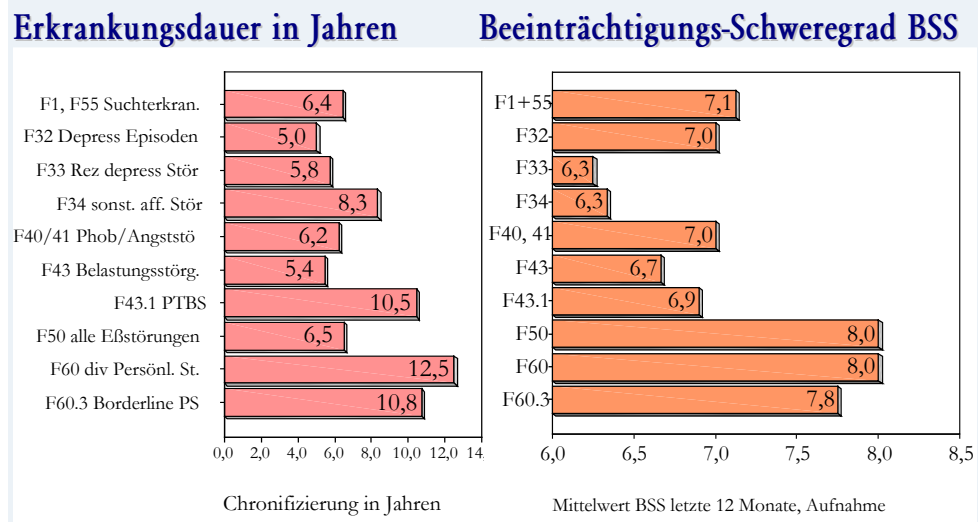
¹⁶ Schepank, 1987, 1995





gen (F50) und Persönlichkeitsstörungen (F60) weisen BSS-Werte von etwa 8 auf (siehe Abb. 5, rechts). Die im PGLL am häufigsten behandelten posttrau-

Abb. 5 Chronifizierung und Erkrankungsschwere der Patienten nach Störungsgruppen



matischen- und Borderline-Störungen (siehe Abb. 4) stellen auch gleichzeitig die mit am stärksten beeinträchtigten Patientengruppen dar, wie in Abb. 5 ersichtlich.

7. Behandlungsdauer

Durchschnitt 109 Tage. Die im Durchschnitt zu erwartende Behandlungsdauer im PGLL variiert über verschiedene Störungsbilder hinweg zwischen 98 und 124 Tagen. Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt bisher 109 Tage, wobei Fälle vorzeitiger Therapiebeendigung mit eingerechnet wurden, da bis auf zwei Ausnahmen von 10 und 14 Tagen drei Wochen und länger eine PGLL-Therapie in Anspruch genommen wurde und somit von einem Lernerfolg ausgegangen werden kann. 64% der PGLL-Patienten können regulär geplant ihre Therapie beenden. 36% werden früher als geplant entlassen. Gründe dafür sind unterschiedliche persönliche Ressourcen (21%), gelegentliche disziplinarische Verstöße (8%) oder gesundheitliche Krisen (7%).

8. Behandlungsintensität und Behandlungskomplexität

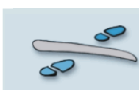
Das Leistungsspektrum des PGLL. Das PGLL hält mit 26 verschiedenen Therapieangeboten ein breites Spektrum an tiefenpsychologisch orientierten, humanistischen-, körper- oder erlebnisbezogenen, musik- und kunsttherapeutischen oder milieuzentrierten Gruppen- oder Einzelbehandlungen vor.

Außerordentlich hohe Behandlungsintensität von 28 Wochenstunden. Das PGLL bietet eine außergewöhnlich hohe Intensität der psychotherapeutischen Behandlung. Eine durchschnittliche Behandlung umfaßt insgesamt 604 Zeitstunden, davon 571 für Gruppentherapien und 29 für Einzeltherapien. Ein Patient darf im PGLL im Durchschnitt mit 28 Zeitstunden Psychotherapie pro Woche rechnen, bzw. mit 5,5 Zeitstunden pro Tag.

Vergleicht man den rein quantitativen Aspekt des Stundenumfangs einer Therapie im PGLL mit einer ambulanten Therapie, so erbringt das PGLL innerhalb einer Woche weit mehr als den zeitlichen Jahresumfang einer durchschnittlichen ambulanten Psychotherapie.

Außerordentlich hohe Behandlungskomplexität im PGLL. Indikationsspezifisch und an den Bedürfnissen und Ressourcen des einzelnen Patienten orientiert, kann im PGLL ein individueller Therapieplan zusammengestellt werden. Im Durchschnitt erhalten PGLL-Patienten 18 verschiedene Arten psychotherapeutischer Leistungen. 20% der Patienten erhalten zwischen 12 und 14 verschiedene Angebote, 80% der Patienten erhalten zwischen 15 und 25 verschiedene therapeutische Leistungen.

Medikamentöse Behandlung. Die während der Behandlung verordneten Medikamente werden im Rahmen unserer Dokumentation nach 14 Stoffklassen und den Verordnungsarten *nicht*, *neu*, *vorübergehend verordnet*, *aufrechterhalten*, *reduziert* und *abgesetzt* taxonomisiert. Wir medizieren unsere Patienten therapiebegleitend in der folgenden Größenordnung: Neuroleptika 25%, Antidepressiva 30%, Tranquillizer 26%, Antikonvulsiva/Hirnstoffwechsel 2%, Analgetika 17%, Antibiotika 6%, Atemwege 13%, Herz 2%, Gefäße 6%, Gastrointestinal 4%, Stoffwechsel 4%, Hormone (ohne Pille) 0%, Externa 9%, Phytotherapeutika 17%. 85% der Patienten wurden zusätzlich homöopathisch mitbehandelt.



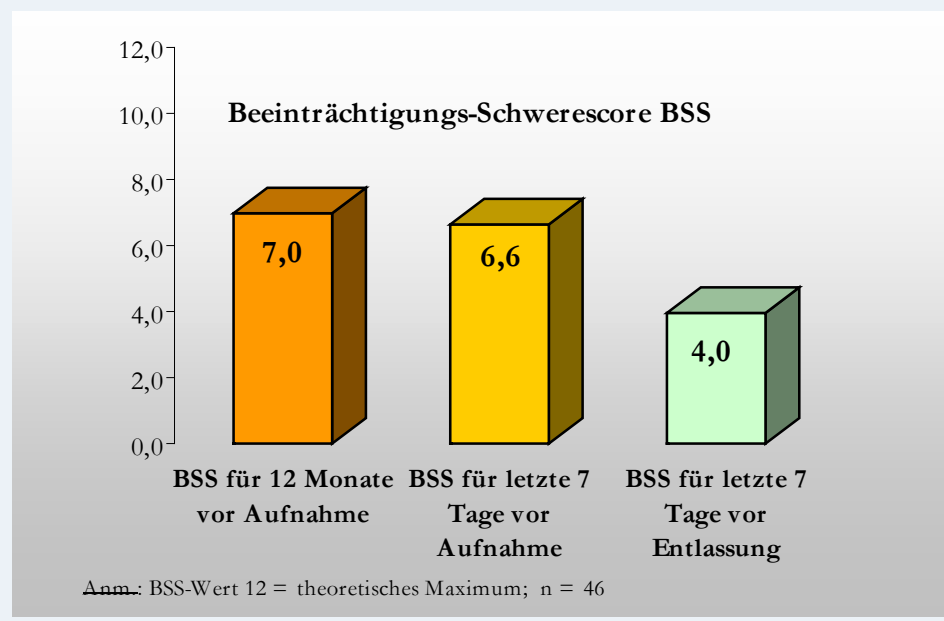


9. Therapieerfolge der PGLL-Patienten

Datenbasis. Den Berechnungen dieses Kapitels zur Evaluation liegen 46 Fälle zugrunde, für die vollständige Daten, insbesondere für den Entlassungszeitpunkt, erhoben werden konnten. Von diesen Patienten wurden 39 (85%) entsprechend dem Therapieplan entlassen, 4 Patienten (9%) wurden mit beiderseitigem Einverständnis etwas eher entlassen und 3 Patienten wurden aus anderen Gründen vorzeitig entlassen.

Beeinträchtigungs-Schweregrad. Der auf Seite 14 eingeführte BSS-Wert für die Beeinträchtigungsschwere erreicht für die Evaluationsstichprobe (n = 46) im Durchschnitt für das Jahr vor der Aufnahme den Wert 7, für die letzten 7 Tage vor Aufnahme den Wert 6,6 (siehe Abb. 6). Am Ende der Therapie hat sich der BSS-Wert im Durchschnitt auf 4 verbessert. Dieser Wert kann als subklinischer Normalwert angesehen werden. Hier ist im Durchschnitt keine Therapie mehr erforderlich.

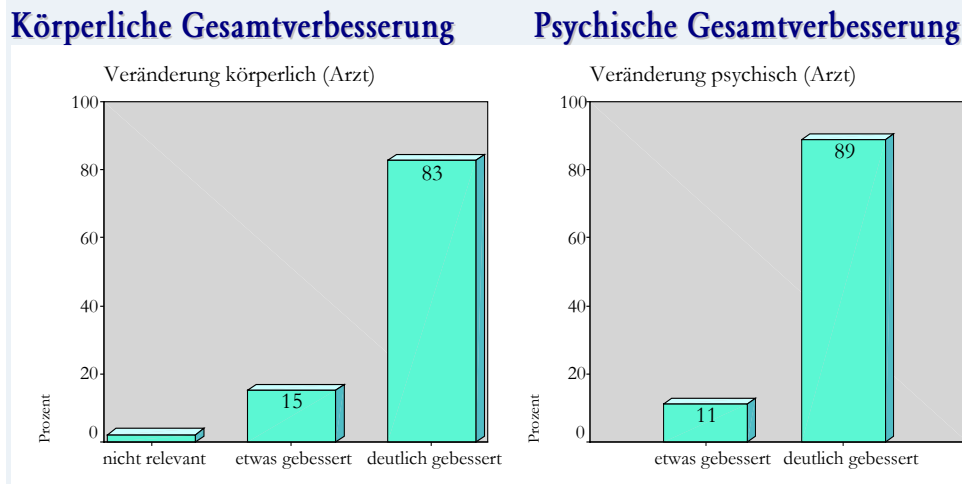
Abb. 6: Beeinträchtigungs-Schweregrad (BSS) bei Therapiebeginn und Entlassung (Einschätzungen durch Therapeuten)



Gesamtbesserung. Als körperlich gebessert konnten insgesamt 98% der Patienten entlassen werden (siehe Abb. 7, links), davon 15% als etwas gebessert und 83% als deutlich gebessert. Alle Patienten konnte bei Entlassung als psy-

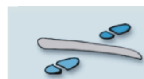
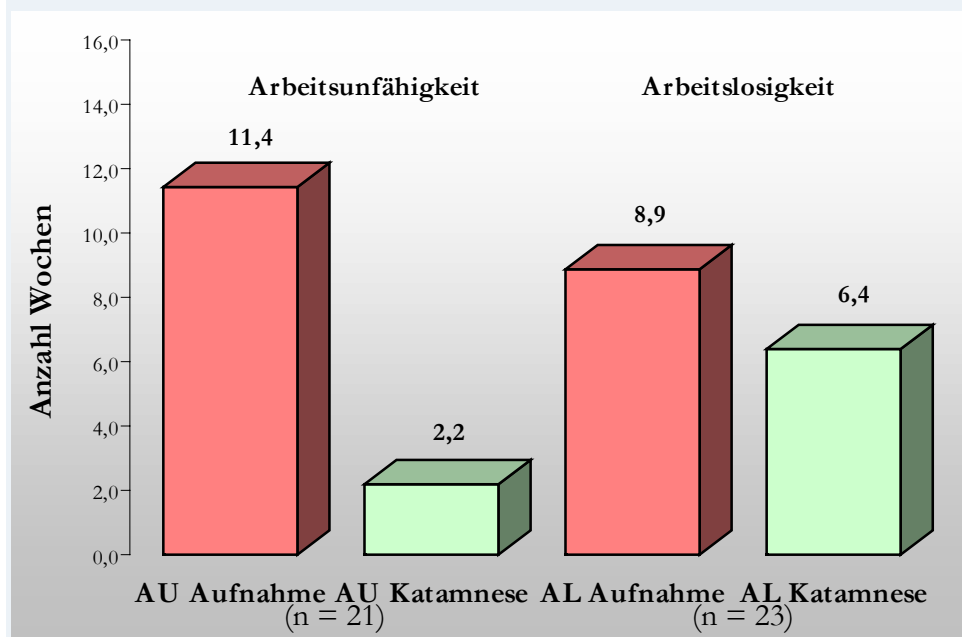
chisch gebessert eingestuft werden (siehe Abb. 7, rechts), davon 11% als etwas gebessert und 89% als deutlich gebessert.

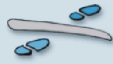
Abb. 7: Gesamtverbesserung bei Therapieende (Einschätzungen durch Therapeuten)



Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit. Sowohl die AU- als auch die AL-Wochen wurden für diejenigen Patienten verglichen, für die auch Einjahres-Katamnesewerte vorlagen (siehe Abb. 8). Dies waren 21 (AU), bzw. 23 Patienten (AL). Die AU-Wochen verringerten sich von durchschnittlich 11 Wochen

Abb. 8 Arbeitsunfähigkeit (AU) und Arbeitslosigkeit (AL) im Jahr vor - und ein Jahr nach der PGLL-Behandlung (in Wochen)

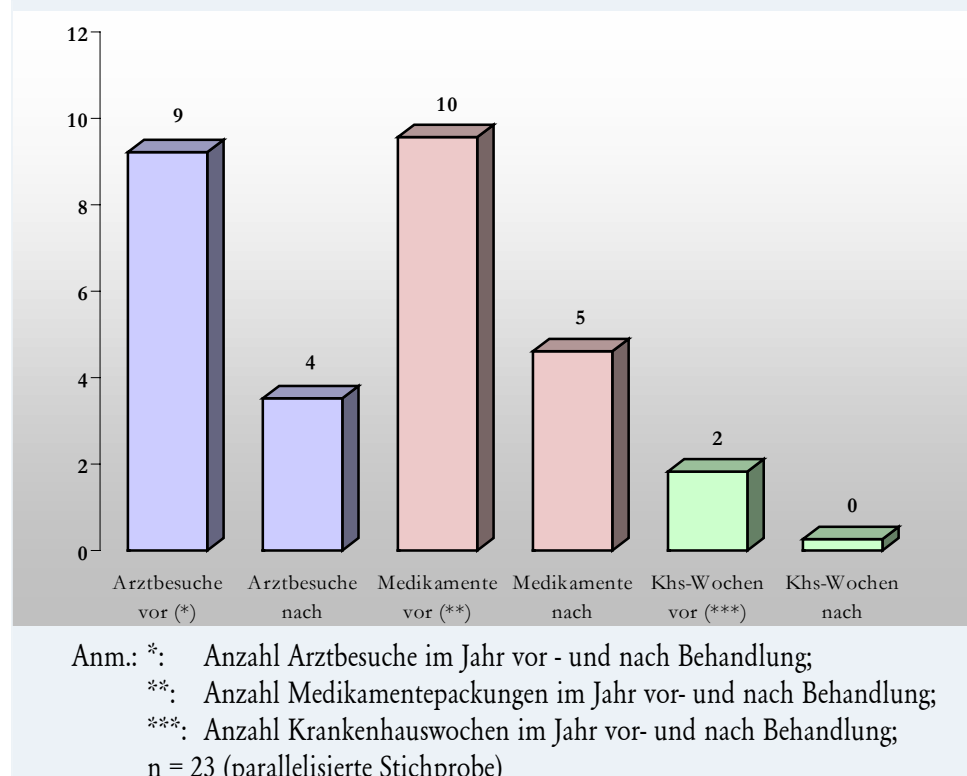




für das Jahr vor der Behandlung auf 2 Wochen für das Jahr nach der Behandlung. Die Arbeitslosigkeit verringerte sich im gleichen Zeitraum im Durchschnitt von 9 auf 6 Wochen (siehe Abb. 8).

Kostenreduktion durch Abnahme der Inanspruchnahmen medizinischer Versorgungsleistungen. Zu Therapiebeginn und ein Jahr später schätzen die Patienten ein, wie viele Arztbesuche, ärztlich verordnete Medikamentenpackungen und wie viele Krankenhaus-Wochen sie in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen haben. Für die 23 katamnestisch untersuchten Patienten sind die Ergebnisse in Abb. 9 dargestellt. Die Graphik veranschaulicht, daß entsprechende Kosten für medizinische Leistungen nach Schätzung der Patienten etwa in der Größenordnung von 50% verringert werden, wenn der 12-Monate-Zeitraum vor- und nach der PGLL-Behandlung verglichen wird.

Abb. 9 Verringerung kostenverursachender Inanspruchnahmen im Jahr vor - und im Jahr nach der PGLL-Behandlung

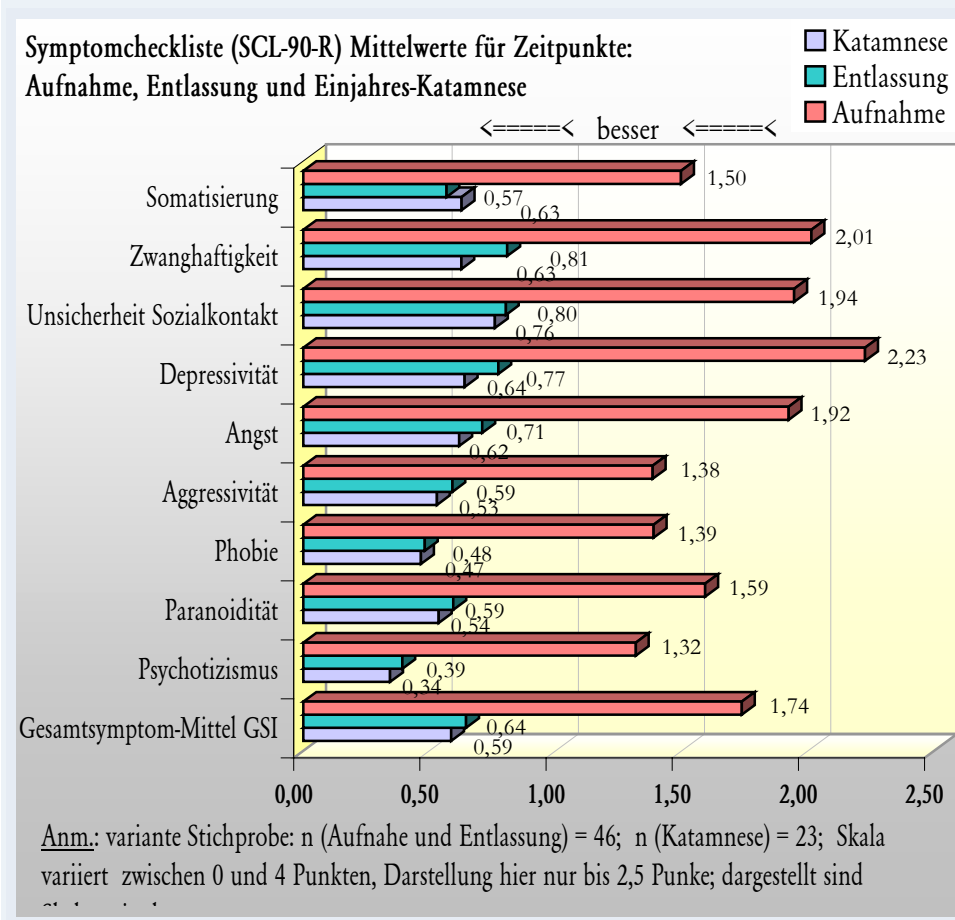


Sehr hohe Verbesserungen bei der Belastung durch Krankheitssymptome. Zu Beginn, am Ende der Behandlung und katamnestisch 12 Monate nach Behandlungsende befragen wir unsere Patienten mit einer Checkliste zu

90 Symptomen der Bereiche Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Angst, Aggressivität, Phobien, Paranoidität und Psychotizismus (SCL-90-R¹⁷). Über alle 90 Symptome zusammen wird ein Mittelwert (GSI¹⁸) berechnet. Er zeigt die durchschnittliche Belastung durch Krankheitssymptome aus den o.g. Dimensionen an. In Abb. 10 sind für die einzelnen Symptombereiche und für den Gesamtmittelwert (GSI) die Skalenmittelwerte für die Zeitpunkte Aufnahme (rot), Entlassung (türkis) und Einjahres-Katamnese (hellblau) dargestellt.

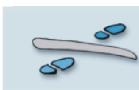
Abnahme der Symptombelastung. Es wird deutlich, daß die durchschnittliche Belastung durch Krankheitssymptome in allen Dimensionen etwa auf ein Drittel der Aufnahme-Belastung zurückgeht (vgl. rote und türkise Balken) und über das Jahr nach der Entlassung hinweg (vgl. türkise und hellblaue Balken) stabil bleibt.

**Abb. 10 Reduktion der Belastung durch Krankheitssymptome
Symptomcheckliste (SCL-90-R)**



¹⁷ Symptomcheckliste 90, revidiert (SCL90-R), Derogatis (1977), deutsch: Franke (1995)

¹⁸ General Severity Index, das am weitesten in Untersuchungen berichtete Merkmal der SCL-90-R



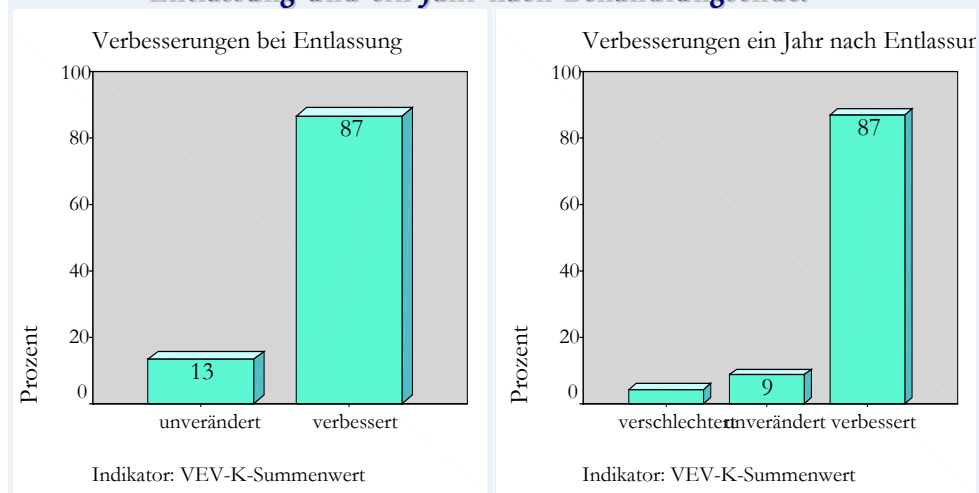


Hocheffektive Reduktion der Symptombelastung. Die Effekstärken¹⁹ (siehe Kap. 4) für die Gesamtskala (GSI) betragen die sehr hohen Werte von 1,5 zum Zeitpunkt Entlassung bzw. 1,6 zum Zeitpunkt Einjahreskatamnese.

Positive Veränderungen im Erleben und Verhalten. Am Ende der Behandlung und ein Jahr nach Behandlungsende wird mit einem weiteren Testverfahren, dem VEV-K²⁰, gemessen, inwieweit unsere Patienten Veränderungen in verschiedenen Verhaltens- und Erlebensbereichen feststellen können, wie z.B. im zwischenmenschlichen Kontakt, bezüglich ihrer Nervosität oder hinsichtlich ihres Optimismus. Die von den Patienten erzielten VEV-K-Summenwerte werden anhand von Normwerten für klinische Psychotherapiepatienten (Kriebel et al. 1998, 2001) nach den drei Kategorien *verschlechtert*, *unverändert* und *verbessert* unterteilt.

87% der PGLL-Patienten (39 von 45 Patienten) lassen sich am Ende der Behandlung zu der Gruppe der signifikant Verbesserten zuordnen (siehe Abb. 11, links). 13%, bzw. 6 Patienten mußten als unverändert klassifiziert werden. Ein Jahr nach der Behandlung bestätigen immer noch 87%, bzw. 20 von 23 Patienten diesen hohen Prozentsatz an Therapieerfolgen (siehe Abb. 11, rechts). 2 Patienten (9%) sind als unverändert und 1 Patient als verschlechtert zu klassifizieren.

Abb. 11 Veränderungen des Erlebens und Verhaltens zum Zeitpunkt Entlassung und ein Jahr nach Behandlungsende.



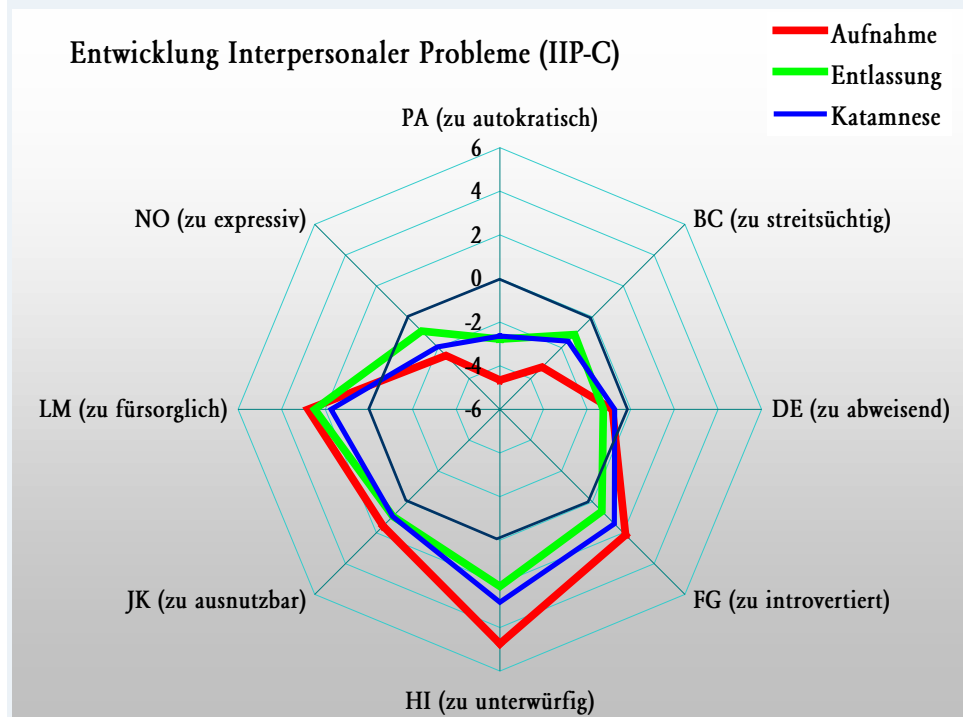
¹⁹ Mittelwertdifferenz zwischen zwei Zeitpunkten geteilt durch die Standardabweichung der Aufnahmewerte. Siehe ausführliche Erläuterungen in Kapitel 4

²⁰ Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV-K), Kriebel et al. (2001), 25 Fragen zum Ausmaß wahrgenommener Veränderung verschiedener Erlebens- und Verhaltensbereiche, 7-Punkte-Likert-Skala; direkte Veränderungsmessung: es wird zu einem Zeitpunkt direkt nach Veränderungen gefragt.

Lösungen bei interpersonalen Problemen. Das IIP (Horowitz et al. 1993) in der von uns im PGLL eingesetzten Kurzform IIP-C mit 64 Items gehört zu den am weitesten verbreiteten Instrumenten der Individual- und Verlaufsdiagnostik interpersonalen Eigenschaften und Probleme. Wir setzen das IIP-C zu den drei Zeitpunkten Aufnahme, Entlassung und Katamnese ein. Die erfaßten Problembereiche umfassen die folgenden Kategorien: (1) Zu autokratisch/ dominant, (2) Zu streitsüchtig/ konkurrierend, (3) Zu abweisend/ kalt, (4) Zu introvertiert/ sozial vermeidend, (5) Zu selbstunsicher/ unterwürfig, (6) Zu ausnutzbar/ nachgiebig, (7) Zu fürsorglich/ freundlich und (8) Zu expressiv/ aufdringlich.

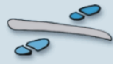
Steigende Durchsetzungskraft und Konfliktfähigkeit. In Abb. 12 sind die durchschnittlichen Ausprägungen unserer Patienten auf den genannten Dimensionen in ihrer Entwicklung während der Behandlung dargestellt. Die rote Linie verbindet alle Aufnahmemittelwerte, die grüne Linie jeweils die Entlassungswerte und die blaue Linie verbindet Katamnesewerte. Unsere Patienten gewinnen vor allem an Durchsetzungskraft (PA-HI), bzw. zeigen sich komplementär weniger unterwürfig. Sie werden konfliktfähiger und weniger ausnutzbar (BC-JK). Sie gewinnen tendenziell an Abgrenzungsfähigkeit gegenüber Anderen (LM-DE) und können am Ende der Behandlung mehr aus

Abb. 12 Verbesserungen bei interpersonalen Problemen
Indikatoren: Inventar Interpersonaler Probleme (IIP-C)



Anm.: Dunkelblau konzentrisch: Idealausprägungen

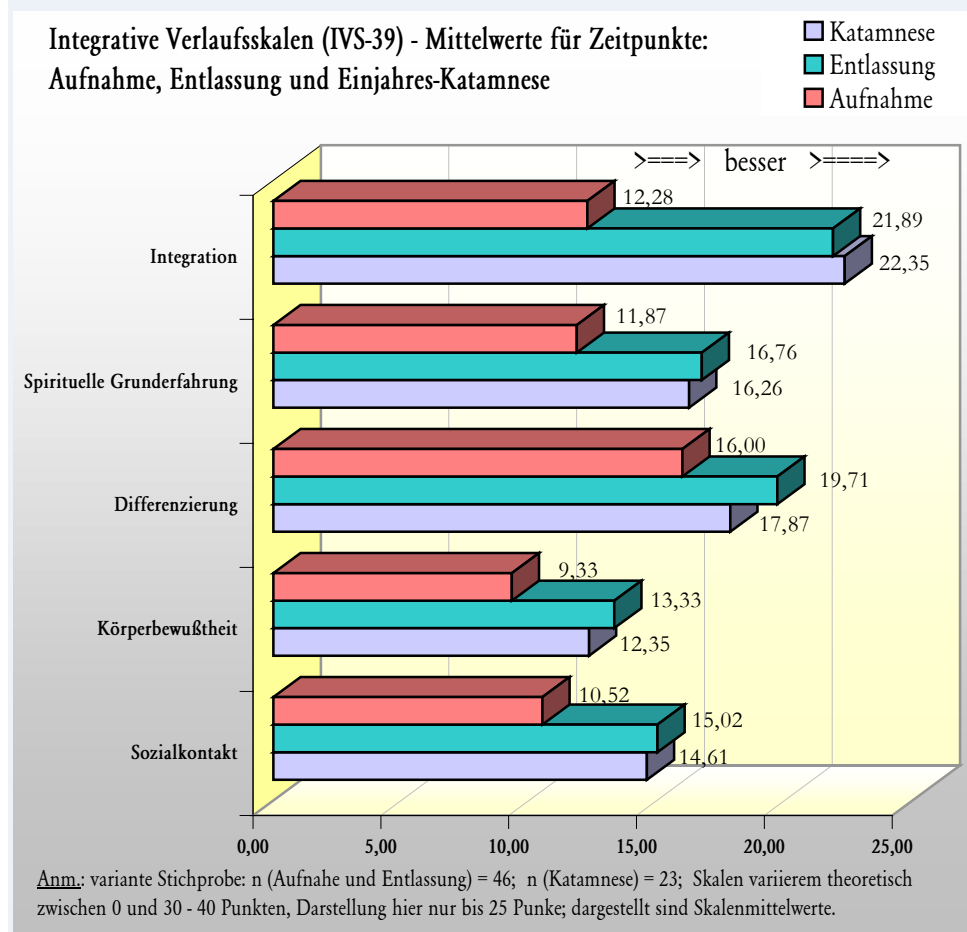




sich herausgehen (NO-FG). Die Katamnesewerte ($n = 19$) zeigen eine relativ stabile Entwicklung personaler Eigenschaften, insbesondere hinsichtlich Abgrenzung und Durchsetzungsvermögen (vgl. blaue und grüne Kurve in Abb. 12).

Festigung der Persönlichkeit. Anhand der Integrativen Verlaufsskalen (IVS-39)²¹ messen wir zu den drei Zeitpunkten Aufnahme, Entlassung und Einjahreskatamnese bei unseren Patienten die folgenden fünf Dimensionen: Integration, Spirituelle Grunderfahrung, Differenzierung, Körperbewußtheit und Sozialkontakt. Die nach Zeitpunkten gruppierten Mittelwerte für diese Skalen sind in Abb. 13 dargestellt.

Abb. 13 Integrativer Therapieerfolg
Indikator: Integrative Verlaufsskalen (IVS-39)



²¹ Bantelmann (2004); faktorenanalytisch konstruiertes Instrument für die Ergebnis-, Verlaufsmessung und Strukturdiagnostik mit klinischen Referenzwerten für 3200 psychosomatische und psychiatrisch-rehabilitative Fälle

Integration. Das Integrationsniveau der Persönlichkeit unserer Patienten steigt während der Behandlung sehr deutlich an. Das bedeutet, daß sie sich wieder mit beiden Beinen auf dem Boden und im Leben stehend empfinden, Konflikte besser verarbeiten können, Gefühle besser steuern können und daß sie sich insgesamt stabiler und erwachsener fühlen und Wege der Lebensgestaltung sehen (siehe Abb. 13, oben).

Spirituelle Grunderfahrung. Im Rahmen der Therapie konnten die Patienten wieder zu Gottvertrauen im weiten Sinne finden und diesen Erfahrungsbereich als bedeutsam für ihr Leben kennenlernen.

Differenzierung, Körperbewußtheit und Sozialkontakt. In allen drei Skalen konnten die Patienten deutliche Verbesserungen erzielen (siehe Abb. 13). Dabei geht es um Themen wie z.B. differenziertere Selbstwahrnehmung für Gefühle, Bedürfnisse und für den eigenen Körper, Selbstakzeptanz und um verschiedene Aspekte sozialer Integration, wie z.B. Kontaktaufnahme und Kontaktverhalten.

Sehr hohe Effektstärken für die integrativen Dimensionen. Die Effektstärken für die IVS-39-Skalen sind sehr hoch: Für die Skala Integration beträgt die Effektstärke (siehe ggf. Erläuterung in Kap. 4) den sehr hohen Wert von 1,9 und für den Gesamttest 1,6. Dies gilt jeweils für die Zeitpunkte Entlassung und Katamnese in vergleichbarer Höhe. Die Ergebnisse sind insofern über ein Jahr stabil.





10. Literatur

- Bantelmann, J. (1999). *Die Integrativen Verlaufs-Skalen (IVS). Ein Instrument zur Therapie-Ergebnismessung bei humanistischen und transpersonal orientierten Verfahren*. Vortrag 2. Workshop Transpersonale Psychologie und Psychotherapie des Deutschen Kollegiums für Transpersonale Psychologie und Psychotherapie (DKTP), 25.01.99, Bad Kissingen
- Bantelmann J (2001). *Veränderungsmessung mit den Integrativen Verlaufsskalen*. Vortrag, V. Kongress für Gesundheitspsychologie, 04.-07.04.01, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
- Bantelmann, J. (2004, in Druck). *Die Integrativen Verlaufsskalen (IVS-39). Ein Instrument zur Veränderungsmessung und Diagnostik tiefenpsychologisch und integrativ orientierter Psychotherapie*. Dissertationsarbeit, Universität Oldenburg, Fb. 5, Veröffentlichung vorauss. Oktober 2004. Oldenburg: Carl von Ossietzky Universität
- Becker P (1992). Seelische Gesundheit als protektive Persönlichkeitseigenschaft. *Z. f. klin. Psychol.*, 21, 64-75
- Belschner, W. (1999a). *Gottvertrauen und Selbstvertrauen als Komponenten eines Konzepts von Integraler Gesundheit*. Vortrag 2. Workshop Transpersonale Psychologie und Psychotherapie des Deutschen Kollegiums für Transpersonale Psychologie und Psychotherapie (DKTP), 25.01.99, Bad Kissingen
- Belschner, W. (1999b). *Integrale Gesundheit und die Erfahrung des Humanum*. Vortrag anlässlich des 4. Symposiums für gesundheitswissenschaftliche Forschung, Fribourg, Schweiz
- Belschner, W. (2000 a). *Integrale Gesundheit. Zur Integration einer Transpersonalen Psychologie in die Akademische Psychologie*. In Belschner, W., & Gottwald, P. (Hrsg.), *Gesundheit und Spiritualität*. Oldenburg: BIS. 71-117.
- Belschner, W. (2000 b). *Transpersonales Vertrauen - Manual zur Skala. Transpersonale Berichte*, Universität Oldenburg, AE Gesundheits- und Klinische Psychologie.
- Belschner, W. (2000 c). *Gottvertrauen: Ist das noch modern? Religion heute*, Nr. 44/ Dezember 2000, 230-236. (Wiederabgedruckt in Heumann, J. (Hrsg.), *An der Grenze?* Oldenburg: Didaktisches Zentrum. 12-23.)
- Belschner W, Bantelmann J & Galuska J (1999). *Fragebogen Integrale Gesundheit - 60 (FIG-60)*. Unveröffentl. Manuskript. Universität Oldenburg und Fachklinik Heiligenfeld
- Christensen, L. & Mendoza, J. L. (1986). A method of assessing change in single subject: An alteration of the RCI index. *Behavior Therapy*, 18, 308-308
- Derogatis, L.R. (1996, 4A) *Symptom-Check-Liste (SCL-90-R)*. Collegium Internationale Psychiatriae Scalarium (Hrsg.), *Internationale Skalen für die Psychiatrie*. Weinheim: Beltz
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH; Hrsg. (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Weltgesundheitsorganisation, 2A, Bern Göttingen Toronto Seattle: Huber
- Franke, G. H. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version - Manual*. Göttingen: Beltz
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe
- Hartmann, A. & Herzog, T. (1995). Varianten der Effektstärkenberechnung in Meta-Analysen: Kommt es zu variablen Ergebnissen? *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 24 (4), 337-343
- Horowitz, L. M., Strauß, B. & Kordy, H. (1993). *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme. Deutsche Version (IIP-D)*. Weinheim: Beltz (auch: Vorläufer 1988, aktuell: 2. A. 2000)

- ICD-10: Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10*, Bern: Huber
- Kriebel, R., Paar, G. H. & Schmitz-Buhl, S. M. (1998). Veränderungserleben vor und nach psychosomatischer Rehabilitation: Eine Untersuchung mit dem Veränderungsfragebogen von Zielke & Kopf-Mehnert. In: *DRV Schriften Band 11: Interdisziplinarität und Vernetzung* (S. 460-462). Frankfurt am Main: Postverlagsort.
- Kriebel, R., Paar, G. H., Schmitz-Buhl, S. M. & Raatz, U. (2001). Veränderungsmessung mit dem Veränderungsfragebogen (VEV): Entwicklung einer Kurzform und deren Anwendung in der Psychosomatischen Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 53, 20-32.
- Lienert, G. A. (1969). *Testaufbau und Testanalyse*. München: Psychologie Verlags Union
- Lipsey, M.W & Wilson, D.B. (1993). The Efficacy of Psychological, Educational and Behavioral Treatment-Confirmation from Meta-Analysis. *American Psychologist*, 48 (12), 1181-1209
- Schepank, H. (1987) *Epidemiology of Psychogenic Disorders*. Berlin Heidelberg New York: Springer
- Schepank, H. (1995) *Der Beeinträchtigungsschwerescore (BSS). Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung*. Weinheim: Beltz
- Schauenburg, H. & Strack, M. (1998). Die Symptom Checklist 90 R (SCL-90-R) zur Darstellung von statistisch- und klinisch-signifikanten Psychotherapieergebnissen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 47, 257-264
- Schmidt, F.L., Hunter, J.E. & Perlman, K. (1982). Assessing the economic impact of personnel programs on workforce productivity. *Personnel Psychology* 35, 333-347
- Schmitz, N. & Davies-Osterkamp, S. (1997). Klinische und Statistische Signifikanz - diskutiert am Beispiel der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R). *Diagnostica*, 1997, 43 (1), 80-96
- Smith, M.L, Glass, G.V. & Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins Press
- Tritt, K., Heymann, F. v., Loew, T. H., Benker, B., Bleichner, F., Buchmüller, R., Findeisen, P., Galuska, J., Kalleder, W., Lettner, F., Michelitsch, B., Pfitzer, F., Stadtmüller, G., & Zaudig, M. (2003). Patienten in stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlung: Patientencharakterisierung und Behandlungsergebnisse anhand der Psy-BaDo-PTM. *Psychotherapie* 8. Jahrg. 2003, Bd. 8, Heft 1, 244-251.
- Von Heymann, F., Zaudig, M., Tritt, K. et mult. al. (2003). Die diagnosebezogene Behandlungsdauer in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin: eine homogene Größe? Erste Ergebnisse der Multicenter-Basisdokumentation (Psy-BaDo-PTM) als Grundlage qualitätssichernder Maßnahmen in der stationären Psychosomatik. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 2003, 62, 209-221
- Wittmann, W.W. (1996). Evaluation in der Rehabilitation, Wo stehen wir heute? In VDR (Hrsg.), *Evaluation in der Rehabilitation*, Frankfurt: *DRV-Schriften, Band 6*, 27-37
- Wittmann, W.W. & Matt, G.E. (1986). Meta-Analyse als Integration von Forschungsergebnissen am Beispiel deutschsprachiger Arbeiten zur Effektivität von Psychotherapie. *Psychologische Rundschau*, 37, 20-40

