

Fachklinik 
Heiligenfeld

Psychotherapeutische Medizin
Psychiatrische Rehabilitation

Kurzbericht
über die Behandlungsergebnisse
1994 - 2000

Bad Kissingen, September 2000

Dr. Joachim Galuska
Ärztlicher Direktor

Jürgen Bantelmann
Dipl.-Psych.

Wissenschaftliche Begleitung:
Prof. Dr. Wilfried Belschner
Universität Oldenburg

Inhalt

Kapitel I	Klinikkonzept und Forschung	1
	1. Grundzüge unseres Konzepts	1
	2. Qualitätsmanagement	2
Kapitel II	Die Patienten der Fachklinik Heiligenfeld	3
	1. Soziodemographische Charakteristik	3
	2. Das Diagnosespektrum	3
Kapitel III	Sinkende Kosten für die Kostenträger und steigende Lebensqualität für die Patienten: Katamnestische Ergebnisse	5
	1. Kostenwirksame Erfolgsmerkmale der Therapie	5
	2. Steigende Lebensqualität im Beziehungs- und Alltagsbereich	7
Kapitel IV	Psychometrische Langzeitergebnisse	9
	1. Effektstärken als Erfolgs- und Rentabilitätsmaß	9
	2. Ausgewählte psychometrische Erfolgsindikatoren	9
Kapitel V	Der Erfolg der gesundheitswissenschaftlichen Orientierung unseres Klinikkonzepts	13

I. Klinikkonzept und Forschung

1. Grundzüge unseres Konzepts

Unsere beiden Abteilungen. Die Fachklinik Heiligenfeld hat eine Abteilung für Psychotherapeutische Medizin und eine Abteilung für Psychiatrische Rehabilitation. Unsere Kostenträger sind alle gesetzlichen Kassen und privaten Versicherungen.

Integratives und ganzheitliches Therapiekonzept. Grundlage für die Arbeitsweise der Fachklinik Heiligenfeld ist das Verständnis, daß für die stationäre Behandlung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen ein integratives und ganzheitliches Konzept günstig ist. Mit dem Hintergrund eines humanistischen Menschenbildes arbeiten wir in einem multiprofessionellen Team nach einem multimodalen Therapiekonzept, welches auf dem Boden tiefenpsychologischer Grundorientierung die folgenden Ansätze verbindet:

- medizinische und psychiatrische Behandlung
- aufdeckende und strukturfördernde tiefenpsychologische Psychotherapie unter Einbeziehung verhaltensmedizinischer übungsbezogener Elemente und erlebnisbezogener humanistisch psychologischer Vorgehensweisen
- körperbewußtsein- und bewegungsstrukturfundierende und mobilisierend-aufdeckende Körpertherapie
- kreative Therapien, insbesondere Kunst-, Musik- und Rhythmustherapie
- realitätsorientierte Soziotherapie, Arbeitstraining und Angehörigenarbeit
- Techniken der Besinnung, Meditation und geistigen Auseinandersetzung und damit Einbezug und Würdigung des geistig-spirituellen Verwirklichungsbedürfnisses der Patienten

Überdurchschnittliche Therapieintensität von bis zu 30 Wochenstunden. Verwirklicht wird unser Konzept in einem stark durchstrukturierten Tagesplan für die Patienten, bei dem die Patient-Therapeut-Kontakte der psychotherapeutischen Maßnahmen, physikalischen Therapie, Sport, Gesundheitsbildung und geleiteten Freizeitgruppen zu einer überdurchschnittlichen Intensität von 25 bis 30 Therapiestunden pro Woche verdichtet werden. Unterstützend wirkt dabei die persönliche, familiäre und menschliche Atmosphäre, die den Geist des Hauses prägt, eine gesundheitsbewußte Ernährung und nicht zuletzt eine menschliche und ökologischen Bedürfnissen entsprechende Architektur der Klinik.

Indikationen und Spezialangebote: Wir behandeln den gesamten Bereich psychischer Störungen¹, ausgenommen primäre Suchterkrankungen.

Abteilung Psychotherapeutische Medizin

- *Depressionen* jeder Art, Angst- und phobische Störungen (F33-F41)
- *Belastungsstörungen* (F43) ggf mit körperlichen Begleiterscheinungen. Beispiele: schwere Krisen im Zusammenhang mit Konflikten, Verlusten und traumatischen Erlebnissen
- *Erschöpfungssyndrome* (F48), z.B. 'Burnout'
- *Psychosomatische Störungen* (F44, F45, F54), z.B. als Kopfschmerzen, Herz-, Kreislauf-, Magen-Darm- oder Wirbelsäulenbeschwerden
- *Zwangsstörungen* (F42)
- *Eßstörungen* (F50), z.B. Anorexie, Bulimie, Übergewicht
- *Persönlichkeitsstörungen* aller Art (F60, F61), gekennzeichnet etwa durch schwere Selbstwertprobleme, Identitätsstörungen, Instabilität
- **Spezialgruppe für religiöse und spirituelle Störungen** bzw. Lebens-, Sinn-, Glaubens- oder Bilanzkrisen
- **Spezial-Frauengruppe** für Themen wie Eßstörungen, Identitätsstörungen, sexueller Mißbrauch, gynäkologische Psychosomatik etc.
- **Spezialgruppe für Ärzte, Therapeuten und Führungskräfte** 3 bis 6-wöchige Kurzzeittherapie bei Erschöpfungs- oder Burnout-Syndromen

Abteilung Psychiatrische Rehabilitation

- *Psychosen.* Nicht-hochakute schizophrene Psychosen oder andere psychotische Störungen (F 20, F23), z.B. bei postremissivem Erschöpfungssyndrom oder Residualsymptomatik
- *Schizotype Störungen* (F 21)
- *Paranoide Syndrome* (F 22)
- *Schizoaffective Störungen* (F 25)
- *Affektive Psychosen* (F 30-32) im Intervall

¹ In Klammern mit jeweiligen ICD-10-Ziffern

2. Qualitätsmanagement

Im Rahmen der Qualitätsmanagementstrukturen unserer Klinik sind Dokumentation und Evaluation der Behandlung Teilbereiche unseres Qualitätssicherungskonzepts.

Unser Evaluationskonzept

Seit Beginn 1994 werden zusätzlich zur Basisdokumentation (PTM-BaDo) routinemäßig Therapieergebnisse der Patienten evaluiert. Dabei werden sowohl kostenrelevante Daten berücksichtigt, wie etwa Arbeitsunfähigkeitstage oder Krankenhaustage als auch globale Erfolgseinschätzungen der Patienten, etwa hinsichtlich ihrer Alltagsbewältigung oder ihrer sozialen Beziehungen. Weiterhin werden spezielle psychometrische Daten als Patienten-Selbstbeurteilungen erhoben, wie z.B. Depressivität. Beurteilungen durch die Therapeuten zum Behandlungsergebnis fließen ebenfalls mit in die Ergebnisrechnungen ein.

Gesundheitswissenschaftliche Orientierung der Klinik-Evaluation. Die Evaluation der Fachklinik Heiligenfeld wird seit 1997 in Zusammenarbeit mit der Universität Oldenburg durchgeführt. Im gesundheitswissenschaftlich orientierten Kontext unserer Forschung werden Konzepte von Gesundheit, Lebensqualität, Heilungsqualität, Selbstverantwortung, Selbsthilfe, sozialer Kompetenz, biographischem Verständnis und störungsspezifischer Behandlung² berücksichtigt.

Die Ergebnisse unserer Studien (siehe Kap. V) zeigen, daß sich die gesundheitswissenschaftlichen Aspekte unserer Evaluation bewähren.

Die Datenbasis dieses Klinikberichts

2300 Patienten aus 6 Jahrgängen. Die vorliegende Ergebnisevaluation basiert auf einer Stichprobe³ von

insgesamt 2300 Patienten der Entlassungsjahrgänge 1994 bis Juli 2000.

Basisdokumentation. Die Basisdokumentation der soziodemographischen Patientendaten entspricht bis Ende 1995 weitgehend der DKPM-BaDo⁴. Ausführliche Ergebnisse dieser Basisdokumentation werden an anderer Stelle berichtet⁵. Ab 1995 wurde als Basisdokumentation die in z.Zt. 25 psychosomatischen Kliniken verbreitete PTM-BaDo⁶ eingesetzt, die wir zusammen mit einer Reihe bayrischer psychosomatischer Kliniken entwickelt haben.

Getrennte Darstellung unserer beiden Abteilungen. Die Fachklinik Heiligenfeld hat die beiden Abteilungen Psychotherapeutische Medizin und Psychiatrische Rehabilitation. Da die beiden Abteilungen sich hinsichtlich des diagnostischen Spektrums (siehe Indikationen) wie auch des therapeutischen Vorgehens stark unterscheiden, werden die Auswertungen grundsätzlich getrennt vorgenommen und im Text meist nebeneinander dargestellt.

Daten von 2300 Patienten aus 6 Entlassungsjahrgängen als Berichtsgrundlage.

² Belschner & Galuska 1997

³ Der Stichprobenumfang beträgt für Abt. Pt Med N=1758 und für Abt. Psy Reha N=542. Einjahreskatamnesewerte (K1) liegen für den Zeitraum von Mitte 1995 bis Ende 1999 vor. Dreijahreskatamnesewerte (K3) liegen für den Zeitraum von Mitte 1995 bis Ende 1996 vor. Für die Abt. Pt Med liegen von 394 Patienten K1-Daten und von 103 Patienten K3 Daten vor. Für die Abt. Psy Reha betrug der Rücklauf für K1 98 und für K3 32 Datensätze. Die Rücklaufquote beträgt damit für die Pt Med 42% (K1) und 34% (K3) und für die Psy Reha 25% (K1) und 36% (K3).

⁴ Broda et al. 1993a, 1993b

⁵ Bantelmann & Galuska 1997, 1998

⁶ Psychotherapeutische Medizin - Basisdokumentation (PTM-BaDo), Arbeitskreis Qualitätsmanagement psychosomatischer Kliniken, Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM), Sektion Bayern

II. Die Patienten der Fachklinik Heiligenfeld

1. Soziodemographische Charakteristik

Alter: 35 - 42
Bildung: 54 - 59% Abitur
Beruf: 36 - 43% Uni-Abschlüsse

Im Folgenden werden kurz einige ausgewählte Basisdaten unserer Patienten vorgestellt (Abb. 1).

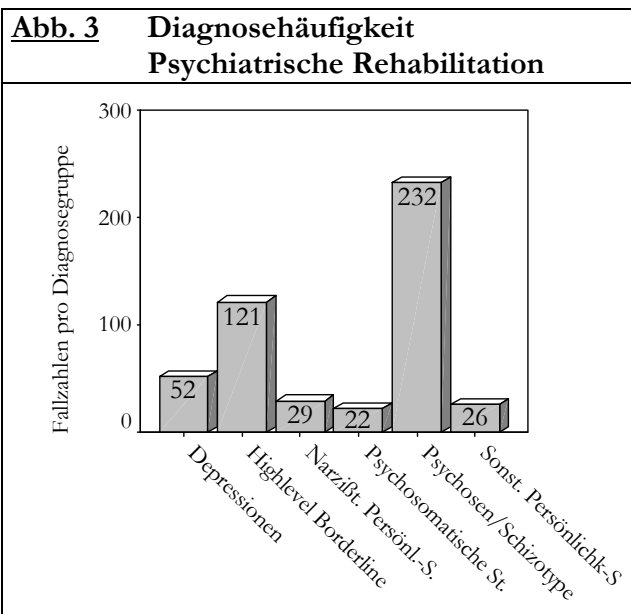
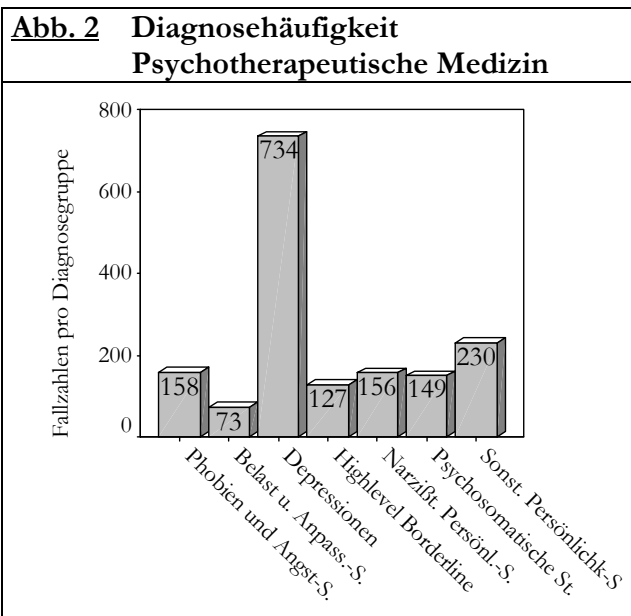
	Pt Med ⁷	Psy Reha ⁸
Altersdurchschnitt	42	35
Geschlecht in %		
- Männer	26	38
- Frauen	74	62
Bildungsgrad in %		
- Abitur	59	54
- Mittl. Reife	24	31
Berufsabschluß in %		
- Universität	43	28
- Lehre	30	36
- ohne Abschluß		21
Berufsart in %		
- Angest./Beamte	35	30
- leitende Ang./Be.	20	
- Schüler/Studenten		15
Gestellte Rentenanträge /offene Verfahren in %	2	4

Ein relativ hohes Bildungs- und Berufsausbildungsniveau kennzeichnet unsere Patienten (siehe jeweils Abb. II-1).

Unsere Patienten kommen zu rund 18% aus dem Großraum (PLZ-Bereich 9) und ansonsten etwa gleichenteils aus allen Bundesländern, vereinzelt auch aus angrenzenden deutschsprachigen europäischen Ländern.

2. Das Diagnosespektrum

Zur Übersicht wurden einzelne Diagnosen zu Diagnosegruppen zusammengefaßt und seltenere Diagnosen nicht dargestellt (Abb. 2 und 3). Der Anteil an Persönlichkeitsstörungen (Abb. 4 und 5) ist insgesamt relativ hoch.



⁷ im Folgenden Abk. für Psychotherapeutische Medizin

⁸ im Folgenden Abk. für Psychiatrische Rehabilitation

Schwerpunkt unserer Behandlungen: Chronifizierte Persönlichkeitsstörungen

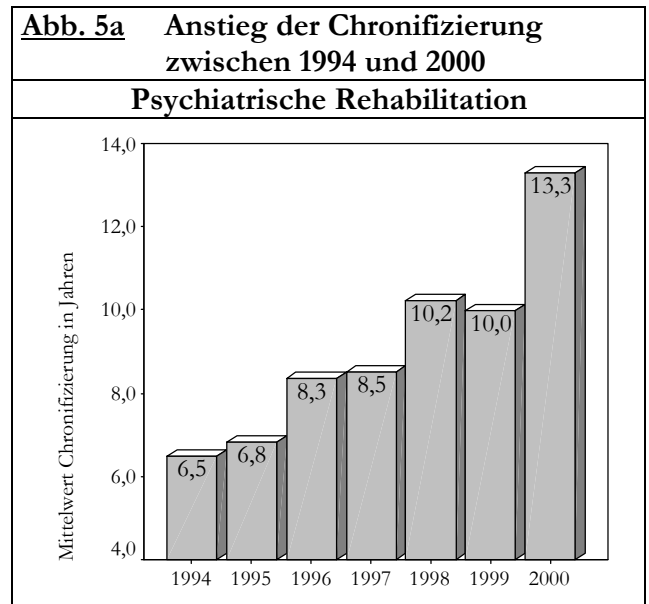
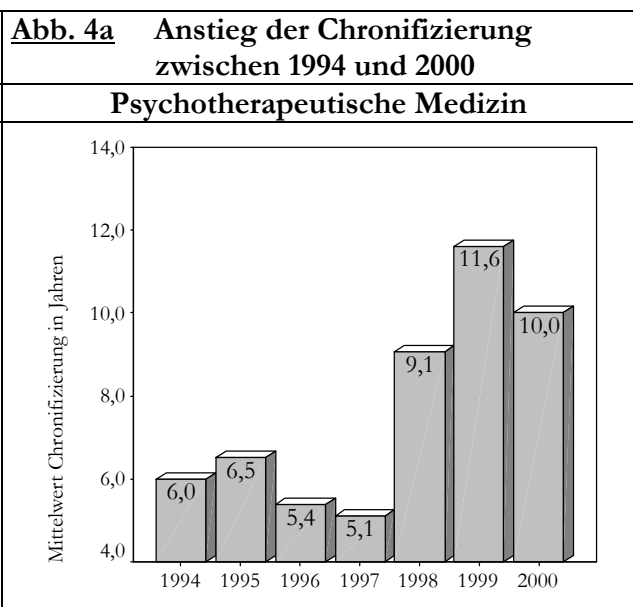
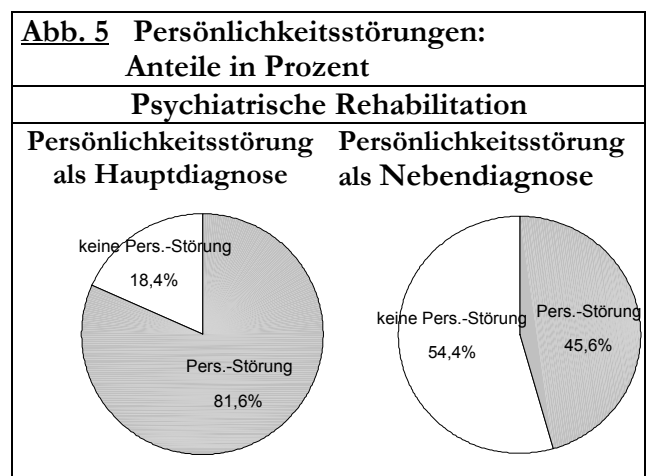
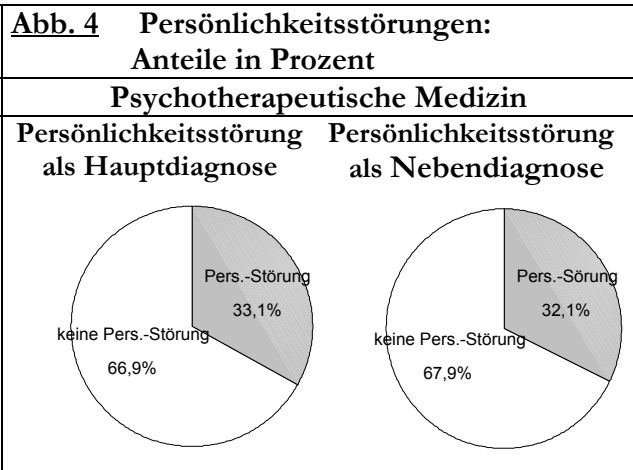
In der Abteilung Psychotherapeutische Medizin beträgt der Anteil an den verschiedenen Persönlichkeitsstörungen, die als Hauptdiagnose (Abb. 4, links) vergeben wurden rund ein Drittel. Im gleichen Maße wurden Persönlichkeitsstörungen als Zweitdiagnose (Abb. 4, rechts) vergeben.

In der Abteilung Psychiatrische Rehabilitation werden generell Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen behandelt (Abb 5, links. Bei einem Teil der meist schwer depressiven Patienten (18,4%) steht jedoch die Persönlichkeitsstörung weniger im Vordergrund der Behandlung.

Steigende Chronifizierung der Störungen. Der Chronifizierungsgrad unserer Patienten bezüglich ihrer jeweiligen Hauptdiagnose stieg in den letzten Jahren deutlich an.

Für die Patienten der Abteilung Psychotherapeutischen Medizin betrug er in den Jahren 1994 bis 1997 durchschnittlich 6 Jahre und stieg im Zeitraum danach auf durchschnittlich 10 Jahre an.

Die psychiatrischen Patienten kamen bis 1997 mit einer durchschnittlichen Chronifizierung von rund 8 Jahren zu Aufnahme. Seit 1997 stieg dieser Wert auf eine durchschnittlich 12-jährige Chronifizierung bezüglich der Hauptdiagnose.



Als Zweitdiagnose wird in vielen Fällen eine weitere Persönlichkeitsstörung diagnostiziert (Abb. 5, rechts)

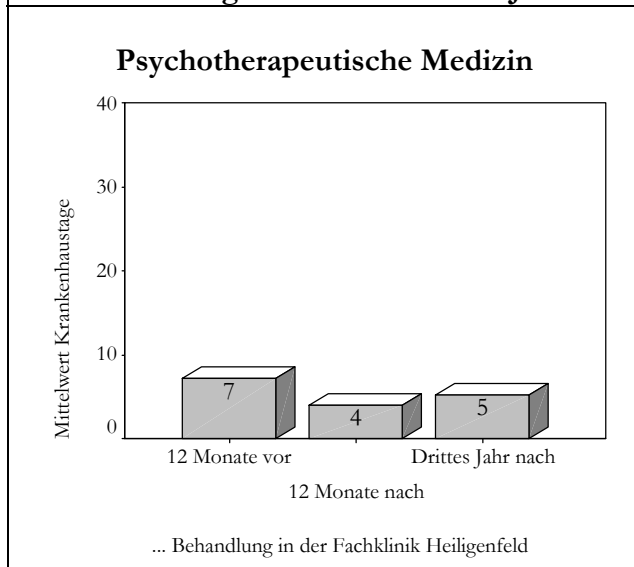
III. Sinkende Kosten für die Kostenträger und steigende Lebensqualität für die Patienten: Katamnestiche Ergebnisse

1. Kostenwirksame Erfolgsmerkmale der Therapie

Entsprechend der postalischen Nachbefragungen der Patienten nach ein und drei Jahren in den Jahren 1994 bis 1999 konnten die folgenden Anhaltspunkte bei der Entwicklung kostenrelevanter Ergebnismerkmale ermittelt werden.

Inanspruchnahmen von Krankenhaustagen zeigen für die Abt. Psychotherapeutische Medizin im dritten Jahr nach der Behandlung wieder eine steigende Tendenz, nehmen jedoch über den gesamten Zeitraum hinweg um rund 29% ab (Abb. 6).

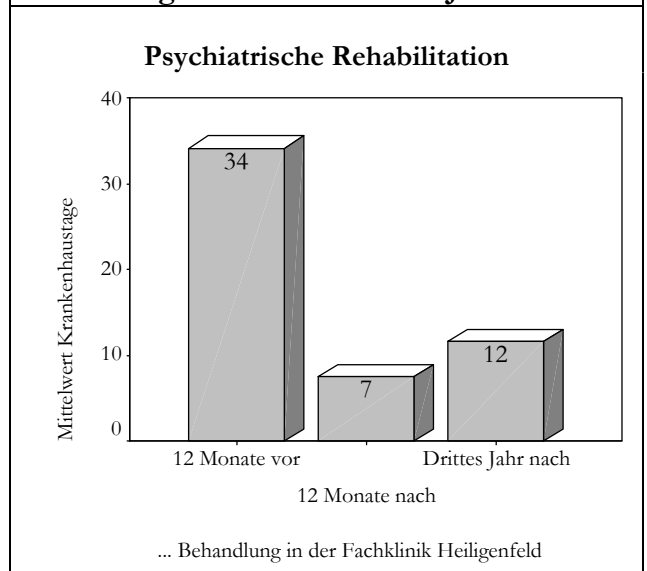
Abb. 6 29 Prozent Kostensenkung bei Krankenhaustagen im Verlauf von 3 Jahren



Bei unseren psychiatrischen Patienten (Abb. 7) ist der Effekt sinkender Krankenhausinanspruchnahmen nach der Behandlung bei uns stärker ausgeprägt. Auch hier ist im dritten Jahr wieder ein leichter Anstieg zu verzeichnen. Dennoch beträgt der Effekt über drei Jahre hinweg eine Abnahme von rund 65% bei Inanspruchnahmen von Krankenhaustagen.

Auch beim Medikamenteverbrauch (ohne Abbildung) ist im Anschluß an die Behandlung längerfristig mit sinkenden Kosten zu rechnen. Unsere Patienten der Abt. Psychotherapeutische Medizin

Abb. 7 65 Prozent Kostensenkung bei Krankenhaustagen im Verlauf von 3 Jahren



schätzen nach drei Jahren ihren Verbrauch an ärztlich verordneten Medikamenten mengenmäßig 22% niedriger ein als im Vergleichsjahr vor der Behandlung.

Die psychiatrischen Patienten schätzen für den gleichen Zeitraum einen Minderverbrauch an Medikamenten (ohne Abbildung) von 42% ein.

Kostensenkungen zwischen 29 und 65% bei Krankenhaus-Inanspruchnahmen im 3-Jahres-Zeitraum nach Behandlung in der Fachklinik Heiligenfeld

Abb. 8
33 Prozent Reduktion von Arbeitsunfähigkeits-Tagen im Verlauf von drei Jahren

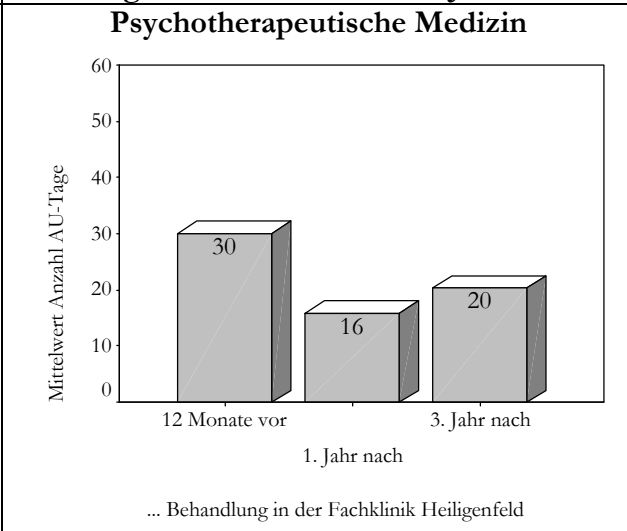
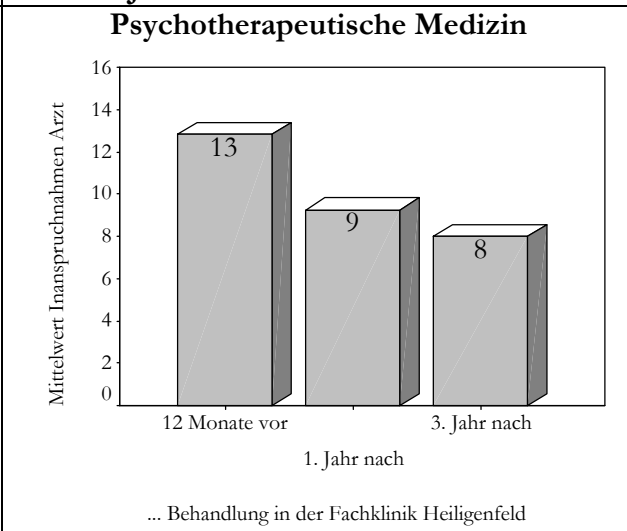


Abb. 10
39 Prozent weniger Arztbesuche im Verlauf von drei Jahren



Die Arbeitsunfähigkeits-Tage (Abb. 8 und 9) nehmen in beiden Abteilungen über den Dreijahreszeitraum hinweg ebenfalls deutlich ab. Im ersten Jahr nach Behandlung beträgt der Rückgang in der Abt. Pt Med rund 47% und im dritten Jahr noch 33%.

Die Abt. Psy Reha zeigt einen noch ausgeprägteren Effekt (Abb. 9). Die AU-Tage nehmen hier um 68% und 90% ab.

Diese Ergebnisse liefern Anhaltspunkte dafür, daß in entsprechendem Maße Folgekosten von Arbeitsunfähigkeit reduziert werden können.

Abb. 9
90 Prozent Reduktion von Arbeitsunfähig-

keits-Tagen im Verlauf von drei Jahren

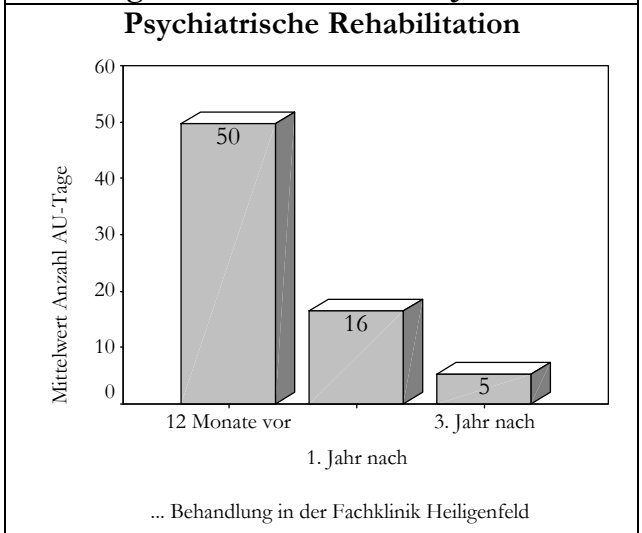
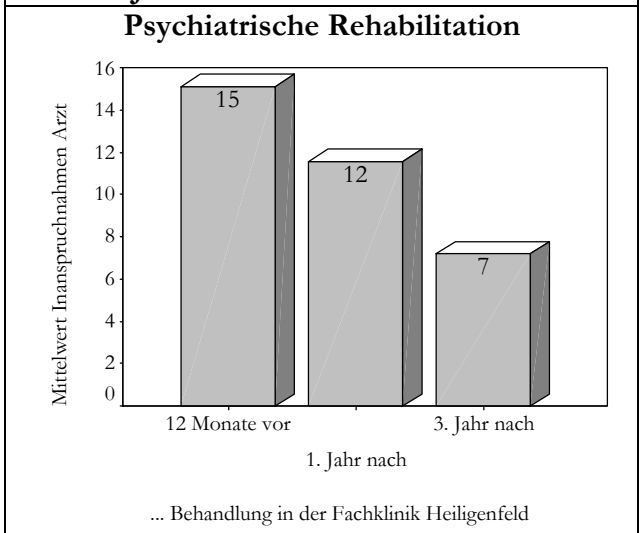


Abb. 11
53 Prozent weniger Arztbesuche im Verlauf von drei Jahren



Die Arztbesuche (Abb. 10 und 11) beinhalten nicht die ambulante Psychotherapie der Patienten. In der Abt. Pt Med sinken die Inanspruchnahmen im 3-Jahreszeitraum um 39%, in der Abt. Psy Reha um 53%. Entsprechende Kostensenkungen für Arztbehandlungen sind also zu erwarten.

- **Reduktion AU-Tage 33 - 90%**
- **Reduktion Arztbesuche 39 - 53%**
- **Reduktion Medikamenteverbrauch 22% bis 42%**

2. Steigende Lebensqualität im Beziehungs- und Alltagsbereich

Unsere Patienten schätzen ihre Fähigkeit, die Anforderungen ihres Alltags wieder besser bewältigen zu können, längerfristig zunehmend positiv ein (siehe Abb. 12 für Pt Med bzw. Abb. 13 für Psy Reha). Diese Selbsteinschätzung der Patienten faßt den langfristigen Therapieeffekt am besten zusammen.

Insbesondere für unsere psychiatrischen Patienten, die zum großen Teil nur ungenügend in sozialen

Bezügen verwurzelt sind, ist die verbesserte Kompetenz zur Alltagsbewältigung ein wichtiger allgemeiner Indikator für den Therapieerfolg.

Betrachtet man den zeitlichen Ablauf der Einschätzungen zur Alltagsbewältigung (jeweils von oben nach unten), so wird deutlich, daß die Patienten nach einem Jahr eine kritischere oder auch realistischere Beurteilung ihrer Fähigkeiten wiedergeben. Nach drei Jahren (in Abb.12 und 13 jeweils die unteren Graphiken) zeigen sich dann überwiegend positive Einschätzungen.

Abb. 12 Den Anforderungen des Alltags sich wieder gewachsen fühlen

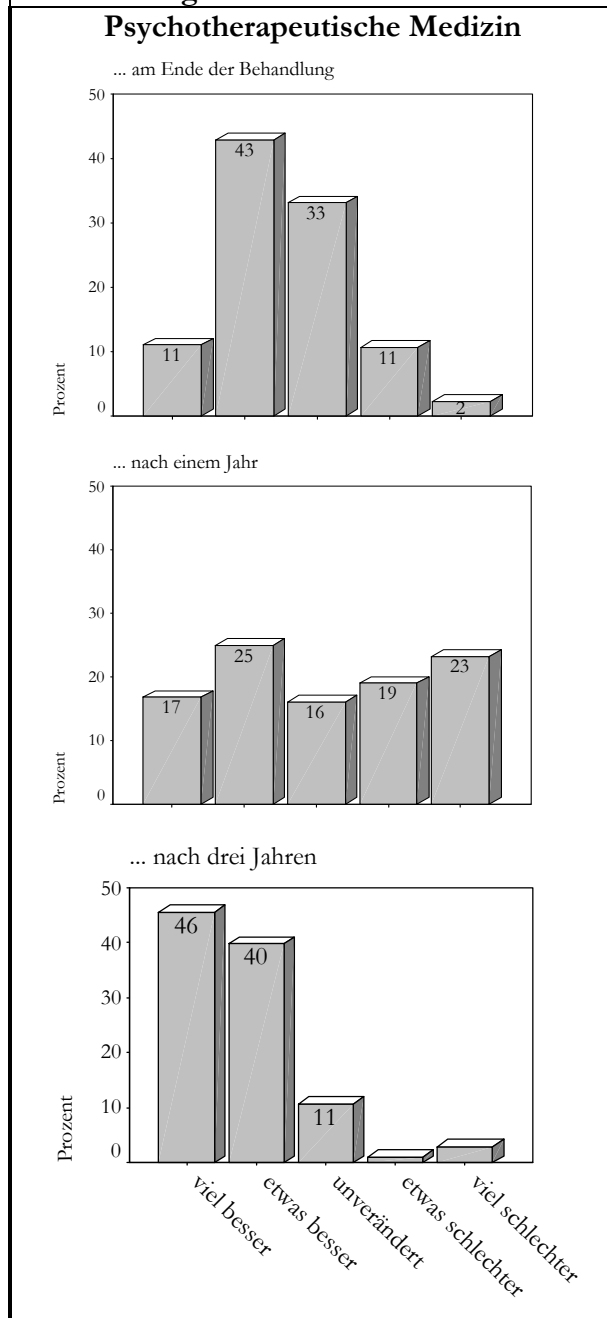
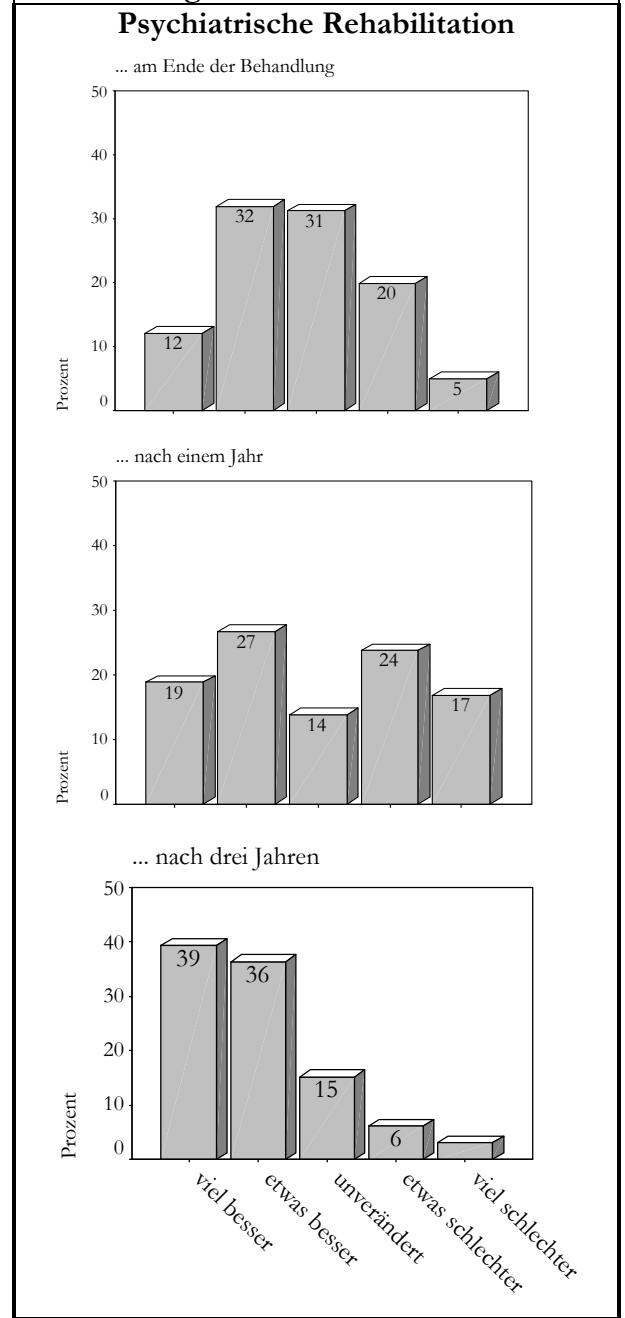
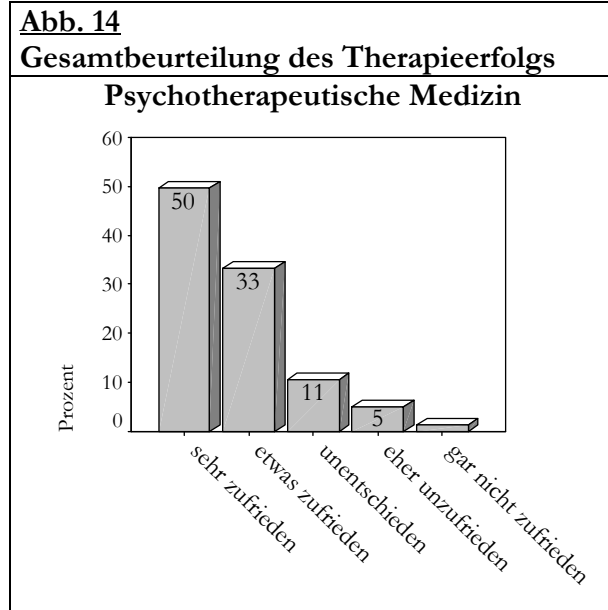


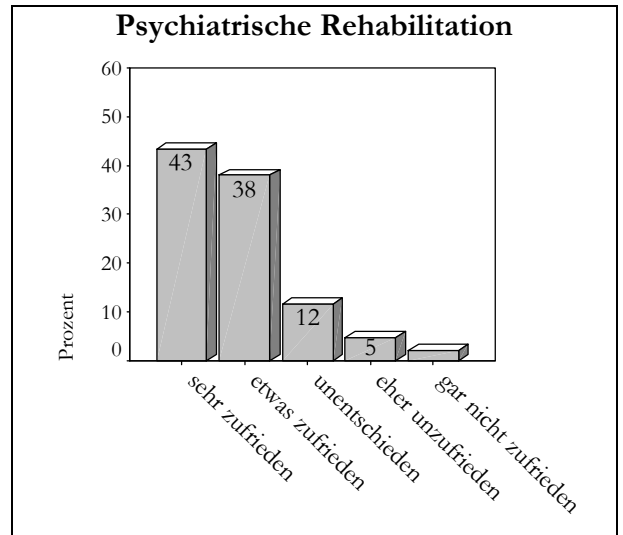
Abb. 13 Den Anforderungen des Alltags sich wieder gewachsen fühlen





Steigende Lebensqualität. Faßt man die Aspekte *Entwicklung persönlicher Beziehungen, Zufriedenheit mit dem gegenwärtigen Leben und Besserung der Beschwerden insgesamt* zu 'Lebensqualität' zusammen, so läßt sich ermitteln, daß rund 70% der Patienten beider Abteilungen über eine deutliche Verbesserung ihrer Lebensqualität berichten. 20% sind im Durchschnitt unentschieden und 10% geben Verschlechterungen ihrer Lebensqualität an. Diese Werte bleiben in ihrer Verteilung über den Katamnesezeitraum von drei Jahren hinweg stabil.

Hohe Therapiezufriedenheit. Unsere Patienten sind mit ihrem Therapieerfolg im Ganzen überwiegend zufrieden. In Abb. 14 (Pt Med) bzw. 15 (Psy Reha) sind die am Ende der Behandlung erhobenen Selbstbeurteilungen des Gesamterfolgs



dargestellt. Über 80% der Patienten beider Abteilungen sind mit ihrem Therapieerfolg zufrieden und bestätigen dies im Wesentlichen auch bei den katamnestiche Nachbefragungen.

Langfristige Auswirkungen. Unsere Patienten können auch nach drei Jahren noch positive Auswirkungen der Therapie feststellen (Abb. 16, Abb. 17).

Insbesondere in der Abteilung Psychotherapeutische Medizin ist dieser positive Effekt auch nach 3 Jahren noch deutlich ausgeprägt und die Patienten sind sich in ihren Urteilen sicher.

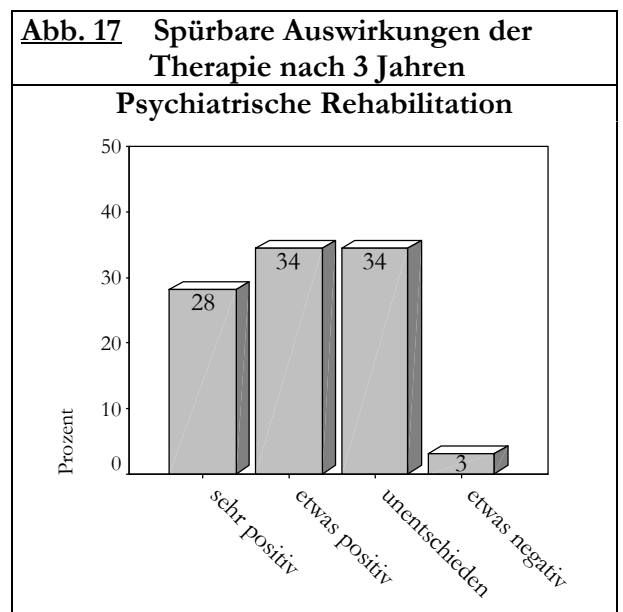
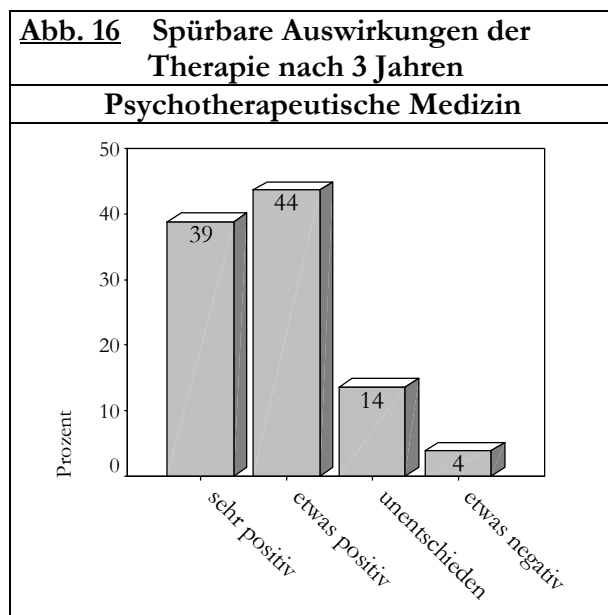


Abb. 15
Gesamtbeurteilung des Therapieerfolgs

IV. Psychometrische Langzeitergebnisse

1. Effektstärken als Erfolgs- und Rentabilitätsmaß

Effektstärken. Die Berechnung von sogenannten *Effektstärken* ist ein gängiges Verfahren dafür, die Wirkung einer Behandlungsmaßnahme quantitativ darzustellen. Bei der Berechnung einer Effektstärke wird die Differenz zweier Meßwerte meist zur Stichprobenstreuung des ersten Meßwertes in Beziehung gesetzt⁹.

Rentabler Effekt. Wittmann berechnete 1996 im Rahmen volkswirtschaftlicher Kosten-Nutzen-Analysen, daß sich unter der Annahme einer 40-tägigen medizinischen Reha-Maßnahme zum Pflegesatz von DM 250,- pro Tag und einem Monateinkommen des Versicherten von DM 4000,- eine Maßnahme ab einer Effektstärke von 0,22 (break-even-point) gesamtwirtschaftlich zu rentieren beginnt.

Bewertung von Effektstärken. Effektstärken können nach dem Schema der oben stehenden Tabelle beurteilt werden.

	bzw. kleine Effekte
0,6 - 0,9	mittlere Effekte
über 0,9	große Effekte

2. Ausgewählte psychometrische Erfolgsindikatoren

Im Folgenden stellen wir die wichtigsten psychometrischen Indikatoren für Therapieerfolg dar. In den Graphiken dieses Kapitels wird pro Indikator oft ein Mittelwert für die gesamte Abteilung dargestellt. Diese Darstellungsweise bietet den Vorteil des übersichtlichen Gesamteindrucks, nivelliert jedoch recht stark die individuelle Problemlage und damit auch die Aussagekraft des Erfolgsindikators hinsichtlich einzelner Patientengruppen.

Effektstärke	Beurteilung ¹⁰
0,2 - 0,5	bereits rentable,

Depressivitäts-Skala

Die Depressivitäts-Skala¹¹ ist ein Fragebogen, der im psychotherapeutischen Bereich weit verbreitet ist.

Punktrückgang auf der Depressivitätsskala. Ein Rückgang der Skalenwerte während der Behandlung zeigt, daß sich die folgenden depressiven Symptome verbessert haben:

- weniger ängstlich, schreckhaft und herabgestimmt zu sein und wieder zu seinen Gefühlen gefunden zu haben
- kein Morgentief und weniger Suizidphantasien zu haben
- eine emotional bessere innere Beziehung zu anderen Menschen und auch wieder mehr Interesse am Liebesleben zu haben

Große störungsspezifische Effektstärken bei Depressiven. In den Abb. 18 und 19 (jeweils oben) ist zu erkennen, daß die Mittelwerte sich über die verschiedenen Meßzeitpunkte hinweg von einem hohen, pathologischen Niveau (obere gestrichelte Linie) hin zu einem niedrigen Depressivitätsniveau bewegen. Dies gilt jeweils abteilungsweit. Die langfristige Tendenz weist deutlich in Richtung auf das Depressivitätsniveau Gesunder (untere gestrichelte Linie) hin.

Betrachtet nicht die Gesamtabteilungen, sondern nur die depressiven Patienten, wie in Abb. 18 und 19 jeweils in den *unteren* Graphiken zu sehen ist, so zeigen sich für diese Störungsgruppen durchweg große Effektstärken.

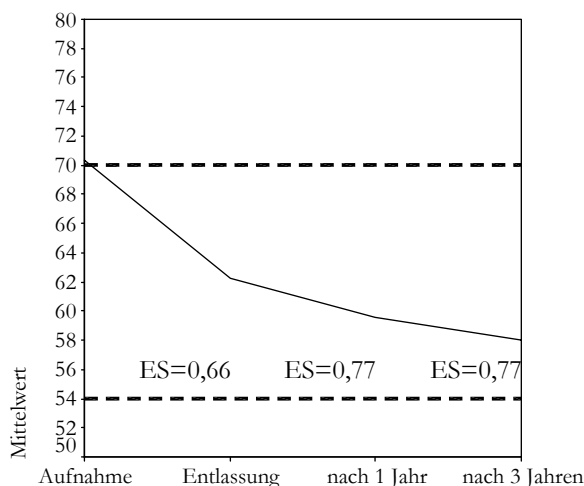
⁹ Es gibt eine Reihe verschiedener Berechnungsverfahren für Effektstärken (ES), die sich im Wesentlichen durch die Behandlung der Streuungen in den Stichproben unterscheiden. Je größer die Mittelwertdifferenz bzw. je kleiner die Streuung ist, desto höher wird die resultierende ES. ES höher als 1 sind eher selten. Für die jeweilige Entscheidung des ES-Berechnungsverfahrens wurden Levene-Tests für die Varianzhomogenität zugrundegelegt. Bei unveränderter Varianz zwischen Prae- und Posttest wurde an der gepoolten Stichprobe standardisiert, bei Varianzverengungen an der Prae-Stichprobe.

¹⁰ Nach Cohen (1988), ergänzt um den bereits rentablen Wert von 0,22 nach Wittmann (1996)

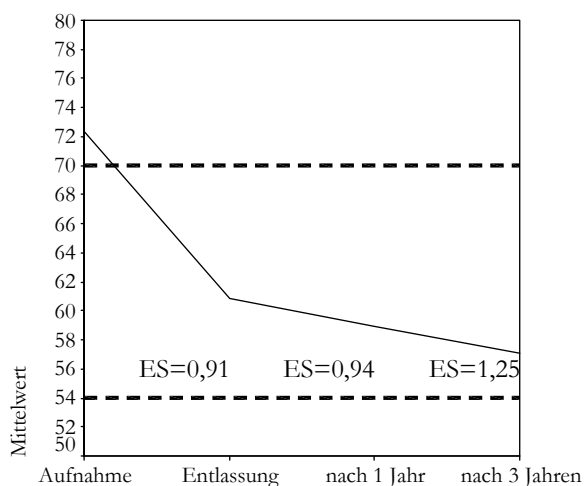
¹¹ Zerssen (1976)

Abb. 18 Abnahme von Depressivität Psychotherapeutische Medizin

Mittelwertverlauf und Effektstärken (ES) für die gesamte Abteilung



Mittelwertverlauf und Effektstärke (ES) spezifisch bei Depressiven Störungen



Anm:
 Waagrecht gestrichelt bei 70: Vergleichsgruppe Depressiver;
 Waagrecht gestrichelt bei 54: Normalpersonen

Integrative Verlaufsskalen

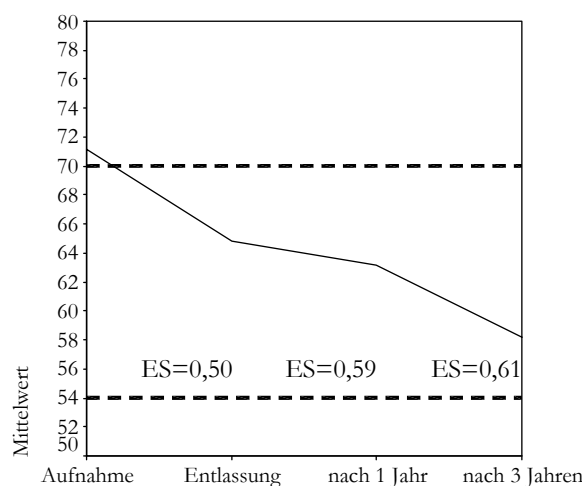
Bei den Integrativen Verlaufsskalen¹² (IVS-39) handelt es sich um einen in Anlehnung an gesundheitswissenschaftliche Konzepte konstruierten und speziell zur Verlaufsmessung geeigneten Fragebogen. Er wurde seit 1994 in der Fachklinik Heiligenfeld entwickelt, um die speziellen Aspekte ganzheitlicher bzw. integrativ orientierter Psychotherapie messen zu können. Der Fragebogen zeichnet sich durch gute psychometrische Kennwerte aus.

Abb. 19 Abnahme von Depressivität

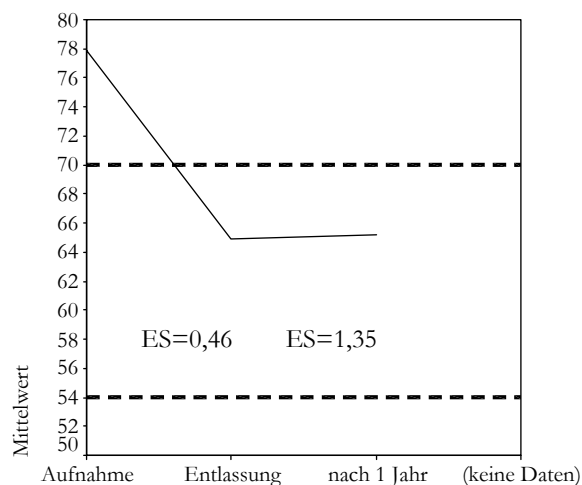
¹² Bantelmann 1999

Psychiatrische Rehabilitation

Mittelwertverlauf und Effektstärken (ES) für die gesamte Abteilung



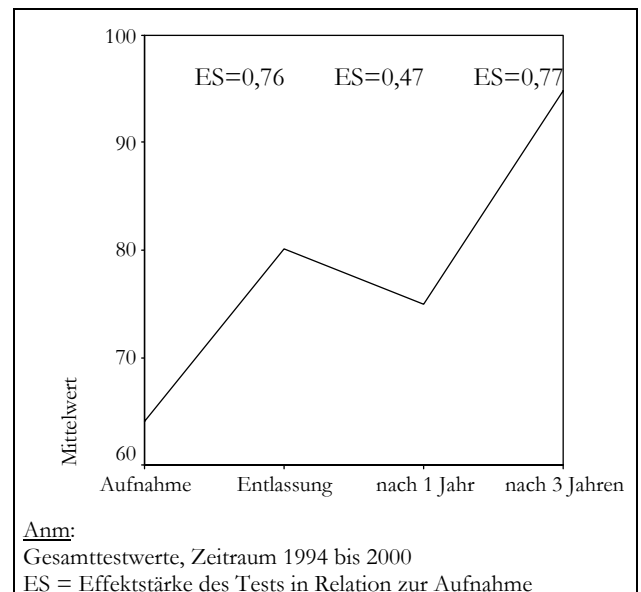
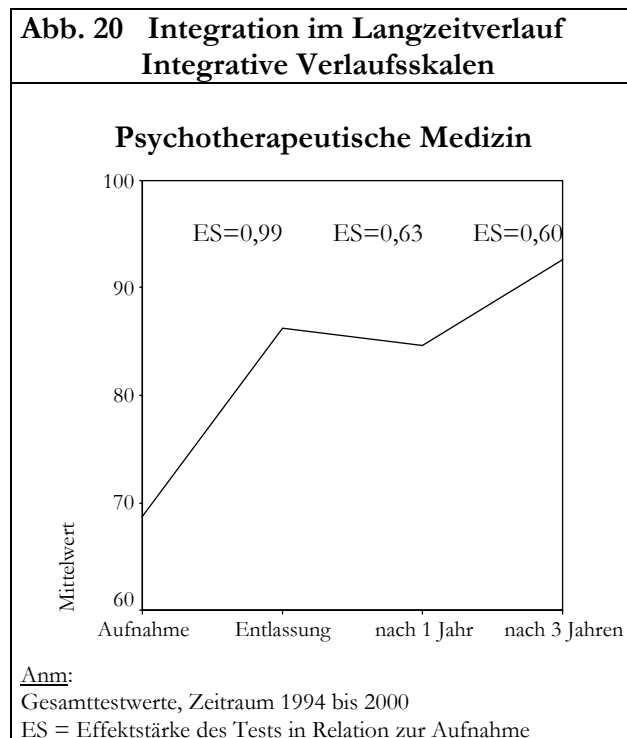
Mittelwertverlauf und Effektstärke (ES) spezifisch bei Depressiven Störungen



Anm:
 Waagrecht gestrichelt bei 70: Vergleichsgruppe Depressiver;
 Waagrecht gestrichelt bei 54: Normalpersonen

Der in den Abb. 20 und 21 auf der folgenden Seite jeweils für die beiden Abteilungen dargestellte Mittelwertverlauf des Gesamttests zeigt eine Verbesserung in den folgenden persönlichen Bereichen an:

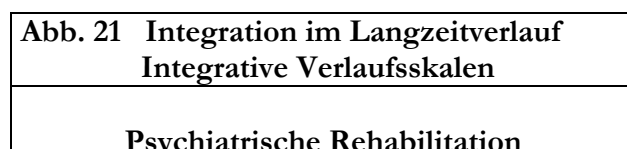
- bessere psychische Integration, wie z.B. die Wahrnehmung, in der Realität des Alltags gut verwurzelt zu sein



Für längerfristige Prognosen können wir davon ausgehen, daß die Patienten ein zum Entlassungszeitpunkt erreichtes Niveau dauerhaft mindestens halten können.

- mit seinen verschiedenen Seiten (Persönlichkeitsaspekten) gut umgehen zu können, erwachsen zu sein'
- wieder Perspektiven für die weitere Lebensgestaltung sehen zu können
- Bewußtheit, Akzeptanz und Verantwortung dem eigenen Körper gegenüber
- Eine differenzierte Wahrnehmung eigener Bedürfnisse, Vermeidungsstrategien und Konflikte
- Die Wahrnehmung, daß die sozialen Kontakte eine intensivere und bessere Qualität bekommen haben und daß ein qualitativ neuer Lebensabschnitt begonnen hat
- Die generelle Verbesserung des Kontaktes zu anderen Menschen, bzw. Verbesserung sozialer Fähigkeiten

Die Graphiken (Abb. 20 und 21) zeigen für beide Abteilungen eine gute Therapieeffektivität hinsichtlich der Erfolgsindikatoren Integration. Dies wiederum in der Abteilung Psychotherapeutische Medizin auf insgesamt höherem Niveau, bzw. auf niedrigerem Integrationsniveau der Persönlichkeitsstrukturen in der Abteilung Psychiatrische Rehabilitation.



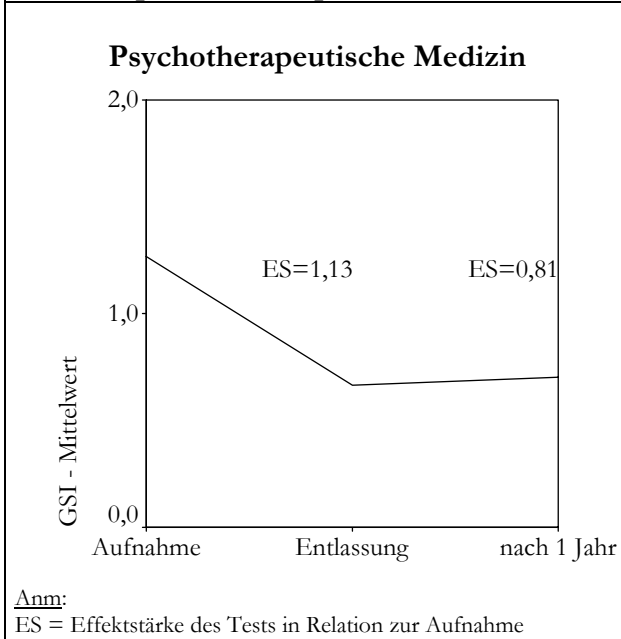
Die Symptomcheckliste

Die als Standard-Evaluationsinstrument verbreitete Symptom-Checkliste¹³ mit 90 Items (SCL-90-R) wird von uns seit Mitte 1998 eingesetzt. Ausgewertet bietet die SCL einen Überblick über die psychische Symptombelastung einer Person (z.B. für Somatisierung, Depressivität, Angst oder Unsicherheit in Sozialkontakten), zeitlich bezogen auf die letzten 7 Tage vor der Testung.

Weiterhin wird die Gesamtsymptombelastung (GSI) erfaßt. Dieser Wert gibt die mittlere Belastung eines Patienten über alle 90 Symptome wieder. Der GSI kann als allgemein geteiltes Maß für den symptombezogenen Therapieerfolg eines Patienten angesehen werden.

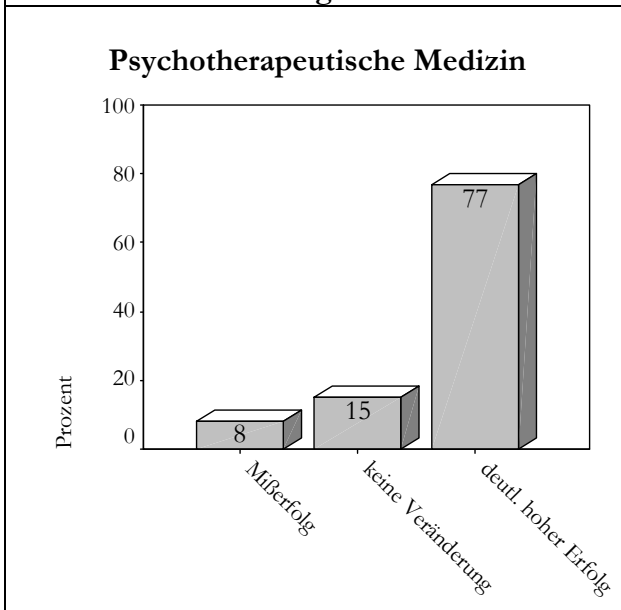
¹³ Derogatis (1977), von Franke (1995)

Abb. 22 Reduktion der Symptombelastung speziell bei depressiven Patienten



Sehr erfolgreiche Depressionsbehandlungen. In Abb. 22 ist der Effektverlauf für die Abnahme der symptomatischen Gesamtbelastung (SCL90-R-GSI) für die häufigste Störungsgruppe der Depressiven zu ersehen. Depressive der Abteilung Psychotherapeutische Medizin erzielen danach einen sehr hohen Therapieeffekt im Sinne einer Reduktion ihrer symptomatischen Gesamtbelastung. Dieser Reduktionseffekt bleibt im Katamnesezeitraum tendenziell stabil.

Abb. 23 Symptombezogener Gesamterfolg

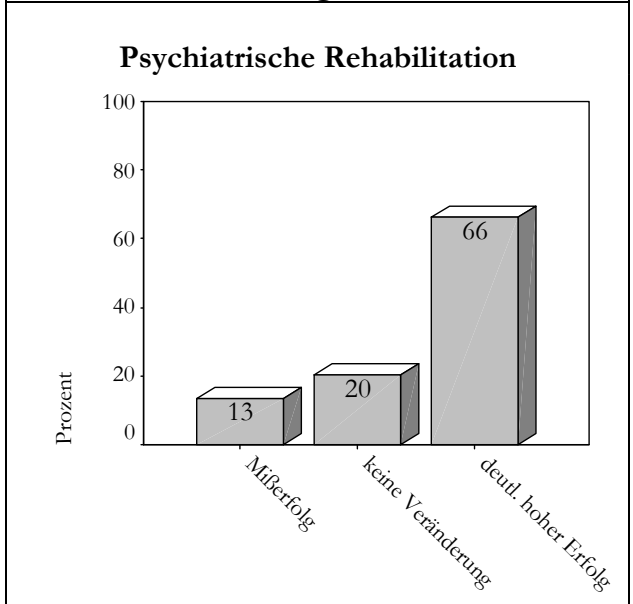


Hoher symptombezogener Gesamterfolg in beiden Abteilungen der Klinik.

Wir haben im Folgenden die jeweilige abteilungsweite Verbesserung der Gesamtsymptombelastung (SCL90-R-GSI) in drei statistisch gesicherte¹⁴ Kategorien unterteilt: Patienten, deren Symptombelastung sich subjektiv verschlechterte, Patienten ohne Veränderungen und Patienten mit gesichert hohen Erfolgen.

Hohe Symptomentlastung für Patienten beider Abteilungen. Mindestens zwei Drittel aller Patienten der beiden Abteilungen konnten eine deutlich hohe Reduktion ihrer Symptombelastung erzielen (Abb. 23, Abb. 24).

Abb. 24 Symptombezogener Gesamterfolg



¹⁴ Es wurde der Reliable Change Index (RCI) nach Jacobson (1984) bzw. Christensen & Mendoza (1986) berechnet. Bei diesem statistischen Verfahren werden Meßfehler berücksichtigt. Ein statistisch kritischer Wert muß überschritten werden, damit von einer gesicherten Veränderung gesprochen werden darf.

V. Der Erfolg der gesundheitswissenschaftlichen Orientierung unseres Klinikkonzepts

Gesundheitswissenschaftliche Orientierung der Klinik-Evaluation. Die Evaluation der Fachklinik Heiligenfeld wird seit 1997 in Zusammenarbeit mit der Universität Oldenburg durchgeführt. Im gesundheitswissenschaftlich orientierten Kontext unserer Forschung werden Konzepte von Gesundheit, Lebensqualität, Heilungsqualität, Selbstverantwortung, Selbsthilfe, sozialer Kompetenz, biographischem Verständnis und störungsspezifischer Behandlung¹⁵ berücksichtigt.

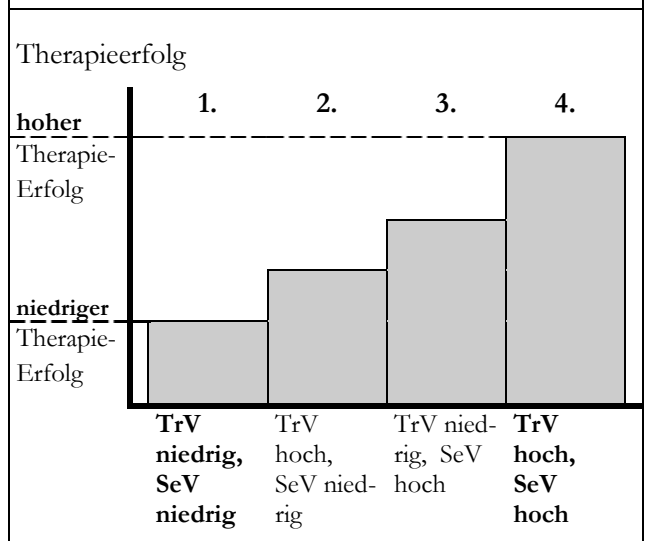
Besonderheit unseres Therapiekonzepts. Zur Besonderheit unseres Klinikkonzepts gehört neben der tiefenpsychologischen Grundorientierung die Berücksichtigung von Erkenntnissen der trans-personalen Psychologie.¹⁶

Anhand des *Fragebogen Integrale Gesundheit (FIG)*, den Belschner (1997) in Zusammenarbeit mit der Fachklinik Heiligenfeld entwickelte, kann erstmals eine Meßskala *Transpersonales Vertrauen*, mit der religiöse, existentielle und spirituelle Erfahrungen und Werthaltungen erfaßt werden, gegenüber einer Skala *Selbstvertrauen* abgegrenzt werden. Die Skala *Transpersonales Vertrauen*¹⁷ konnte von Belschner validiert¹⁸ werden. Im Rahmen dieser Studie konnte der Nachweis erbracht werden, daß *Transpersonales Vertrauen* zur Messung und Vorhersage von Therapieerfolg sinnvoll und geeignet ist.

Transpersonales Vertrauen erklärt unserer Studie zufolge Therapieerfolge besser als nur allein der Aspekt *Selbstvertrauen*. In Abb. 25 sind diese Zusammenhänge schematisch dargestellt: Die Y-Achse (Höhe der Balken) zeigt die Höhe des Gesamt-Therapieerfolgs¹⁹ an. Auf der X-Achse sind 4 verschiedene Gruppen²⁰ von Patienten dargestellt: 1. Patienten mit niedriger Ausprägung *beider* Vertrauensarten;

2. und 3. Patienten mit jeweils *nur einer* hoch ausgeprägten Vertrauensart; 4. Patienten mit hoher Ausprägung bei *beiden* Arten des Vertrauens (Abb. 25).

Abb. 25 Transpersonales Vertrauen (TrV) und Selbstvertrauen (SeV) in ihrer Auswirkung auf den Gesamt-Therapieerfolg



In Abb. 25 ist zu erkennen, daß Patienten der Kombination 4 die höchsten Therapieerfolge zeigen. Patienten mit hohen Werten in *Transpersonalem Vertrauen* zum Entlassungszeitpunkt weisen höhere Therapieerfolge auf als Patienten mit entsprechend niedrigen Werten. Die Dimension *Transpersonales Vertrauen* erklärt Therapieerfolg besser, als die Dimension *Selbstvertrauen* allein.

Die Ergebnisse der Studie bestätigen die Sinnhaftigkeit und Effizienz des Konzepts der Fachklinik Heiligenfeld: Aspekte eines komplexen und ganzheitlichen Gesundheitsbegriffs konzeptuell im klinischen Therapiealltag zu verankern, wirkt sich positiv auf den Therapieerfolg der Patienten aus.

¹⁵ Belschner & Galuska (1997)

¹⁶ Gegenstand dieses psychologischen Forschungsbereichs sind religiöse, existentielle und spirituelle Seins-Erfahrungen und Werthaltungen des Seelischen. Diese Erfahrungen sind meist ich- oder raum-zeit-transzendenter Natur. Sie stellen einen wesentlichen Aspekt der seelischen Gesundheit des Menschen dar.

¹⁷ Die Skala *Transpersonales Vertrauen* ist als Erweiterung des *Sozial-kognitiven Prozessmodells gesundheitlichen Handelns* (Schwarzer, 1992) im Sinne transpersonaler Psychologie zu sehen.

¹⁸ *validiert* bedeutet: wissenschaftliche Bestätigung der inhaltlichen Gültigkeit und Sinnhaftigkeit; Belschner (1999)

¹⁹ gemessen anhand eines multiplen Ergebniskriteriums, bei dem eine Reihe herkömmlicher Meßverfahren zu einem Gesamtkriterium kombiniert werden

²⁰ varianzanalytischer Extremgruppenvergleich