

Endbericht

—

Evaluierung des arbeitsbezogenen Therapieerfolgs der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen des Projekts „fit2work“

Reinhold Jagsch

Institut für Angewandte Psychologie:
Gesundheit, Entwicklung und Förderung

Fakultät für Psychologie
Universität Wien

Wien, Juni 2015

Inhaltsverzeichnis

Abstract	2
1. Einleitung	4
2. Methoden	5
2.1. Zu prüfende Fragestellungen	5
2.2. Erhebungsinstrumente	6
2.2.1. Fragebogen zur Erfassung des krankheitsspezifischen Status	6
2.2.2. Beck-Depressions-Inventar BDI-II (Hautzinger, Keller & Kühner, 2006)	7
2.2.3. Brief Symptom Inventory BSI-53 (Franke, 2000)	7
2.2.4. Zufriedenheit mit Behandlung und Beziehung: Helping Alliance Questionnaire HAQ (Bassler, Potratz & Krauthauser, 1995)	9
2.3. Statistische Analyse	10
3. Beschreibung der Stichprobe	12
3.1. Vergleich der soziodemographischen Charakteristika zwischen den beiden Behandlungsformen	13
3.2. Vergleich der krankheitsspezifischen Charakteristika zwischen den beiden Behandlungsformen	15
4. Ergebnisse	17
4.1. Prüfung auf Gleichheit des Ausgangsniveaus	17
4.2. Veränderungen in den validierten Fragebögen und der GAF-Skala	19
4.3. Veränderungen in den weiteren Variablen aus dem Selbstbeurteilungsfragebogen	23
4.4. Bewertung der Behandlungszufriedenheit mit dem HAQ	28
5. Dropout-Analyse	30
6. Diskussion	32
Literatur	38
Tabellenverzeichnis	39
Abbildungsverzeichnis	40

Abstract

Theoretischer Hintergrund. Auf Basis der österreichischen Gesetzeslage mit einerseits Psychologengesetz (Bundesministerium für Gesundheit, 1990b, 2013) und andererseits Psychotherapiegesetz (Bundesministerium für Gesundheit, 1990a) sind Klinische PsychologInnen und PsychotherapeutInnen berechtigt, Personen mit psychischen Störungen zu behandeln, bislang liegen dazu aber keine Vergleichsstudien vor. Im Zuge der Evaluation von fit2work Psychologische und Psychotherapeutische Behandlung wurde erstmalig ein empirischer Vergleich der Wirksamkeit der beiden Behandlungsarten durchgeführt.

Methode. Österreichweit nahmen insgesamt 930 Personen, deren Arbeitsplatz entweder durch gesundheitliche Probleme gefährdet war bzw. bei denen der Arbeitsplatz bereits verlorengegangen war, an diesem Projekt teil, die nach einer umfangreichen Anamnese einer der beiden Behandlungsformen zugewiesen wurden. KlientInnen erhielten zu Beginn der Behandlung eine Testbatterie, die Fragebögen zu Depression (Beck-Depressions-Inventar-II), zur psychischen Beeinträchtigung (Brief Symptom Inventory-53) und einen Fragebogen zum arbeits- und gesundheitsbezogenen Status enthielt. Nach Abschluss der Behandlung wurden sie gebeten, diese Testbatterie noch einmal auszufüllen, und die Zufriedenheit der Behandlung mittels Helping Alliance Questionnaire (HAQ) zu beurteilen. Ergänzt wurde die subjektive Einschätzung der KlientInnen durch die Fremdeinschätzung der BehandlerInnen, die auch eine Beurteilung mittels GAF-Skala (Global Assessment of Functioning) umfasste.

Ergebnisse. Insgesamt konnten 163 AbsolventInnen, die sich bezüglich soziodemographischer Kennwerte nicht voneinander unterschieden, in die Vergleichsanalyse einbezogen werden, von denen 133 Personen klinisch-psychologische Behandlung (81.6%) und 30 Psychotherapie (18.4%) bekamen. In den klinischen Skalen des BSI-53 lagen die TeilnehmerInnen beider Behandlungsarten vor dem Beginn der Intervention übergreifend über dem Cutoff-Wert für Behandlungsbedürftigkeit, nach

Abschluss der Behandlung in keiner einzigen Subskala. Neben einem hoch signifikanten Zeiteffekt ($p < .001$) konnten im Rahmen der Veränderungsmessung simultan weder signifikante Gruppeneffekte noch signifikante Interaktionen gefunden werden. Auch die Modelle für die Depressionsstärke, die GAF-Skala und die Wirkungsanalysen für die Angaben von Beeinträchtigung von Leistungsfähigkeit in Beruf und Alltag erbrachten analoge differentielle Effektkonstellationen. Psychotherapeutische Maßnahmen konnten den Beschäftigungsstatus der ProbandInnen, der eingangs niedrig (27%) war, auf das statistisch durchschnittliche Niveau der Gesamtgruppe der Befragten bringen, klinisch-psychologische Behandlung hingegen führte zu einer signifikant besseren Passung zwischen Arbeitstätigkeit und persönlicher Qualifikation (von 47% vor auf 78% nach der Behandlung). Die Interventionsmaßnahme führte übergreifend, ohne Unterschiede zwischen den Behandlungsformen, zu massiven Entlastungen im Bereich des Gesundheitssystems, es konnten bedeutsame Reduktionen von Arztbesuchen, ärztlichen Untersuchungen, Krankenhausaufenthalten und bei der Einnahme von Psychopharmaka verzeichnet werden, das Gesundheitsverhalten (Sport, Bewegung, Ernährung) konnte positiv beeinflusst werden. Beziehungs- und Erfolgswzufriedenheit scorten in beiden Behandlungsarten hoch mit einem angemessen guten Maß an Selbst-Fremd-Übereinstimmung.

Schlussfolgerungen. Im Bereich des Pilotprojekts fit2work Psychologische und Psychotherapeutische Behandlung erwiesen sich beide Behandlungsformen als gleichwertig und hochwirksam. Beide konnten zu hoch signifikanten Reduktionen in den erhobenen klinischen Skalen und den Belastungen auf individueller Ebene und auf gesamtgesellschaftlicher Ebene zu einer massiven Entlastung des Gesundheitssystems führen. Gleichzeitig wurden bedeutsame Verbesserungen im arbeits- und gesundheitsbezogenen Bereich berichtet, verbunden mit einer hohen Zufriedenheit sowohl auf Seiten der KlientInnen als auch auf Seiten der Klinischen PsychologInnen und PsychotherapeutInnen.

1. Einleitung

Fit2work Psychologische und Psychotherapeutische Behandlung ist eine Initiative des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Das Pilotprojekt auf Grundlage des Arbeit-und-Gesundheit-Gesetzes wird aus Mitteln der Gebarung Arbeitsmarktpolitik und der Pensionsversicherung finanziert und wird seit Juni 2013 flächendeckend in ganz Österreich durchgeführt, die Koordination erfolgt durch das Sozialministeriumservice. Ziel dieser Initiative ist es, Personen, deren Arbeitsplatz durch gesundheitliche (psychische und physische) Probleme gefährdet ist, zu unterstützen, zu fördern und dadurch die Arbeitsfähigkeit zu erhalten, damit ein Jobverlust verhindert werden kann. Bei Personen mit langen Krankenständen bzw. bei solchen, bei denen der Arbeitsplatz bereits verloren gegangen ist, soll die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess unterstützt werden. Die Teilnahme an fit2work Psychologische und Psychotherapeutische Behandlung ist freiwillig, das Angebot niederschwellig und individualisiert auf den Einzelnen/die Einzelne zugeschnitten.

Da bei klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Behandlungen eine Versorgungslücke festgestellt wurde, wurde österreichweit eine professionelle Versorgungsstruktur aufgebaut, die die KlientInnen, die potentielle Zielgruppe dieser Maßnahme sind, der geeigneten Behandlung zuführen soll. Insgesamt stehen in allen Bundesländern österreichweit 18 Steuernde PsychologInnen (Doppelqualifikation Klinische PsychologInnen und PsychotherapeutInnen) zur Verfügung, die mit den KlientInnen ein Erstgespräch bezüglich der individuellen Problemlage durchführen. Nach dem Erstgespräch wird von den Steuernden PsychologInnen entschieden, ob im Einzelfall klinisch-psychologische Behandlung oder Psychotherapie indiziert ist, je nach Schwere der Problematik wird ein entsprechendes Behandlungskontingent empfohlen. Für die direkte Umsetzung der Behandlung stehen insgesamt 298 BehandlerInnen, davon 159 Klinische PsychologInnen und 139 PsychotherapeutInnen, bereit. Die Gesamtzahl der KlientInnen für die Pilotstudie war mit 930 festgelegt, für die Aufteilung der KlientInnen nach Bundesland lag ein österreichweiter Quotenplan vor, die Verteilung der Behandlungsplätze nach Art

der Behandlung war zu Beginn des Projektes mit 75% klinisch-psychologischer und mit 25% psychotherapeutischer Behandlung vorgesehen.

2. Methoden

2.1. Zu prüfende Fragestellungen

Inhalt des Projektes Evaluation von fit2work Psychologische und Psychotherapeutische Behandlung ist es, im Rahmen der Pilotphase die Wirksamkeit der Maßnahme im Sinne einer Ergebnisevaluation zu prüfen. Basis für diesen Vergleich bilden alle TeilnehmerInnen, die alle vorab festgelegten Behandlungseinheiten regulär absolviert und die vorgesehenen Fragebögen zu beiden Zeitpunkten (Behandlungsbeginn, Behandlungsabschluss) ausgefüllt und an das Evaluationsteam retourniert haben (Completer-Analyse). Gleichzeitig wurden auch Daten der BehandlerInnen in die Analyse miteinbezogen, die die dafür vorgesehenen Instrumente der Fremderhebung via online-Erhebung bearbeitet haben. Teil der Evaluation war auch eine Dropout-Analyse, um Charakteristika der Ausgangsstichprobe in Bezug auf die Repräsentativität der TeilnehmerInnen der Gesamtstichprobe zu erheben.

Ziel der Evaluation war es, folgende Fragestellungen auf Basis der erhobenen empirischen Daten zu prüfen:

1. Gleichwertigkeit der Behandlungsergebnisse zwischen den beiden Behandlungsarten (klinisch-psychologische Behandlung vs. psychotherapeutische Intervention)
2. Veränderungen definierter Outcome-Variablen (Depression, psychische Beeinträchtigung, Funktionsfähigkeit, arbeitsbezogene und gesundheitsbezogene Variablen) im prä/post-Vergleich vor und nach Abschluss der Behandlung
3. Prüfung von Interaktionseffekten (Wechselwirkung von Behandlungsart und Zeit)
4. Vergleich der Beziehungs- und Erfolgsszufriedenheit mit der Behandlung zwischen den Behandlungsarten auf Ebene der Behandelten und der Behandler
5. Prüfung der Gesamteffekte bezüglich Entlastung des Gesundheitssystems

2.2. Erhebungsinstrumente

Für die aktuelle Erhebung kamen vier verschiedene Fragebögen zum Einsatz, ein speziell für diese Studie von der Academy for Value in Health GmbH erstellter Fragebogen zur Erfassung des krankheitsspezifischen Status, der in einer Selbstbeurteilungsform für die KlientInnen und einer Fremdbeurteilungsform für die BehandlerInnen vorliegt, und zwei validierte klinische Fragebögen zur Erhebung der Stärke der Depression (Beck-Depressions-Inventar) und der psychischen Beeinträchtigungen (Brief Symptom Inventory) in Selbstbeurteilungsform. Zusätzlich wurde nach Abschluss der Behandlung der Fragebogen Zufriedenheit mit Behandlung und Beziehung: Helping Alliance Questionnaire (HAQ) im Selbst- und Fremdbeantwortungsform den AbsolventInnen und behandelnden PsychologInnen und PsychotherapeutInnen vorgegeben, um die Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis von beiden Seiten abzuklären.

2.2.1. Fragebogen zur Erfassung des krankheitsspezifischen Status

Dieser Fragebogen dient dazu, einerseits soziodemographische (Alter, Geschlecht, Familienstand, höchste abgeschlossene Ausbildung, aktuelles Arbeitsverhältnis etc.) und andererseits arbeits- und krankheitsspezifische Daten der KlientInnen (Zeitpunkt der Diagnosestellung, Beurteilung der Schwere der psychischen Belastung für den Bereich Arbeit und alltägliche Tätigkeiten, Umfang der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems vor Aufnahme in die aktuelle Behandlung, Einnahme von Psychopharmaka etc.) zu erheben. Die Fremdbeurteilungsform, die in Form einer online-Befragung vorgegeben wurde, dient dazu, die durch die BehandlerInnen erhobenen Diagnosen zu erfragen, die Bereiche der Beeinträchtigungen zu beschreiben, die verschriebenen Medikamente aufzulisten sowie den Grad der Funktionseinschränkungen zu objektivieren.

Diagnosen wurden nach der aktuellen Version 10 der International Classification of Diseases (ICD) der Weltgesundheitsorganisation vergeben, die die Vergabe von zusätzlichen komorbiden Diagnosen erlaubt, d.h. jeder/m Klienten/in konnten mehrere Diagnosen zugeordnet werden. Der Grad der Funktionseinschränkungen der KlientInnen wurde von den BehandlerInnen mittels des Global Assessment of Functioning (GAF-Skala)

eingeschätzt. Mit Hilfe normierter Vorgaben von Beschreibungen von Einschränkungen können so Werte auf einer Skala von 1 bis 100 zur Beurteilung des aktuellen Funktionsniveaus getätigt werden, wobei 1 den höchsten Grad der Einschränkung und 100 keinerlei Einschränkung des Funktionsniveaus bedeutet.

2.2.2. Beck-Depressions-Inventar BDI-II (Hautzinger, Keller & Kühner, 2006)

Das BDI-II ist ein objektives, reliables und sehr valides Instrument zur Erfassung der Schwere depressiver Symptomatik in Stichproben aus der Normalpopulation sowie aus klinischen Populationen. Die interne Konsistenz des Verfahrens wird für eine klinische Population mit Cronbach's Alpha .93 und für gesunde ProbandInnen mit .90 angegeben. Das BDI-II als Selbstbeurteilungsverfahren beinhaltet 21 verschiedene Gruppen von Aussagen, die aus Sätzen bestehen, die typische depressive Symptome beschreiben. Die Aussagen umfassen jeweils vier (in den Inhaltsbereichen Appetit und Schlaf sieben) Sätze pro Gruppe und sind nach aufsteigender Schwere der Symptome von Aussage eins (0 = nicht vorhanden) bis Aussage vier (3=stark vorhanden) geordnet.

ProbandInnen sollen in jeder der 21 Gruppen die Aussage ankreuzen, die am besten beschreibt, wie sie sich in den vergangenen zwei Wochen einschließlich des Testtages selbst gefühlt haben. Kreuzen die ProbandInnen bei einer Gruppe von Aussagen mehrere Aussagen an, so geht die Aussage mit der höchsten Zahl in den Summenwert ein. Der Summenwert aller Items, der zwischen 0 und 63 Punkten liegen kann, bildet den Gesamtwert der Stärke der depressiven Verstimmung. Summenwerte unter 14 Punkten werden als unauffällig interpretiert, Werte zwischen 14 und 19 weisen auf eine leichte Depression, Werte von 20 bis 28 auf eine mittelschwere Depression und Werte von 29 bis 63 Punkten auf eine schwere Depression hin.

2.2.3. Brief Symptom Inventory BSI-53 (Franke, 2000)

Das BSI ist eine der Kurzformen der Symptom-Checkliste SCL-90-R. Mit Hilfe dieses

Selbstbeurteilungsverfahren können psychische Beeinträchtigungen über die letzten sieben Tage durch die Beurteilung von insgesamt 53 Items erfasst werden. Die interne Konsistenz der Subskalen liegt mit Cronbach's Alpha zwischen .71 bis .85 im guten bis sehr guten Bereich. Die individuelle Stärke der psychischen Beeinträchtigung wird dabei mittels fünfstufiger Likert-Skala (0=überhaupt nicht, 1=ein wenig, 2=ziemlich, 3=stark, 4=sehr stark) beurteilt.

Der Fragebogen enthält insgesamt neun Subskalen:

- 1) *Somatisierung* (7 Items): Ausmaß von psychischen Beeinträchtigungen, die durch die Wahrnehmung von körperlichen Dysfunktionen entstehen
- 2) *Zwanghaftigkeit* (6 Items): Umfasst Gedanken, Impulse und Handlungen, die von der Person als konstant vorhanden, unveränderbar sowie als ich-fremd erlebt werden
- 3) *Unsicherheit im Sozialkontakt* (4 Items): Umfasst Fragen von leichter sozialer Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit
- 4) *Depressivität* (6 Items): Umfasst Traurigkeit bis hin zu schwerer Depressivität
- 5) *Ängstlichkeit* (6 Items): Umfasst körperlich spürbare Nervosität bis hin zu tiefer Angst
- 6) *Aggressivität/Feindseligkeit* (5 Items): Umfasst Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu aggressiven Durchbrüchen
- 7) *Phobische Angst* (5 Items): Umfasst ein leichtes Gefühl von Bedrohung bis hin zu massiven phobischen Ängsten
- 8) *Paranoides Denken* (5 Items): Umfasst Misstrauen und Gefühle der Minderwertigkeit bis hin zu starkem paranoiden Denken
- 9) *Psychotizismus* (5 Items): Umfasst das Gefühl von Isolation und Entfremdung bis hin zu Psychosen

Neben diesen einzelnen Skalen besteht auch die Möglichkeit, einen Globalwert (GSI) zu berechnen, der die grundsätzliche psychische Beeinträchtigung misst. Die Ausprägungen der Stärkegrade auf Einzelitemniveau werden jeweils aufaddiert und bilden so die

Rohwerte für die Subskalen und den Globalwert. Anschließend können die Rohwerte der Subskalen und des Globalwertes, die unterschiedliche Itemanzahl und daher unterschiedliche Spannweiten aufweisen, mittels Normierung in *T*-Werte umgewandelt werden. *T*-Werte sind Werte einer Normwertskala, die auf einen Mittelwert (*M*) von 50 und eine Standardabweichung (*SD*) von 10 hin normiert sind, d.h. dass alle Werte im Umfang von maximal drei Standardabweichungen rund um den Mittelwert von 50 im Gesamtbereich von 20 bis 80 abgebildet werden können. Für das BSI liegen darüber hinaus für jede Subskala und den Globalwert *T*-Wert-Normen getrennt für Männer und Frauen vor, d.h. die Unterschiedlichkeit der Ausprägungen auf geschlechtsspezifischem Niveau, die für einige psychopathologische Bereiche vorliegt, kann damit ausgeschaltet werden. Laut Autoren des Verfahrens stellt ein *T*-Wert im GSI von 63 aufwärts eine Indikation für Behandlungsbedürftigkeit dar, das selbe gilt, wenn in mindestens zwei Subskalen des BSI ein *T*-Wert von 63 erreicht oder überschritten wird.

2.2.4. Zufriedenheit mit Behandlung und Beziehung: Helping Alliance Questionnaire HAQ (Bassler, Potratz & Krauthauser, 1995)

Das HAQ umfasst elf Fragen, mit Hilfe derer die Qualität der therapeutischen Beziehung vom/von der Klienten/in eingeschätzt werden kann. In der deutschen Übersetzung existiert darüber hinaus eine Fremdeinschätzungsform, mit der mit entsprechend umformulierten Fragen auch die therapeutenseitige Einschätzung erhoben werden kann. Auf Basis faktorenanalytischer Untersuchungen lassen sich neben dem Gesamtwert Cronbach's Alpha: .91) der Zufriedenheit zwei Subskalen unterscheiden: Skala 1 (6 Items, Cronbach's Alpha: .95) erhebt die Beziehungszufriedenheit, Skala 2 (5 Items) die Erfolg-zufriedenheit (Cronbach's Alpha: .91). Jedes der elf Items kann mit Hilfe einer Likert-Skala (von 1=sehr unzutreffend bis 6=sehr zutreffend) beurteilt werden.

Alle verwendeten Verfahren finden sich im Anhang dieses Endberichts.

2.3. Statistische Analyse

Zur Beschreibung der Stichprobe werden deskriptivstatistisch für kontinuierliche Daten Mittelwert (M), Standardabweichung (SD) und Spannweite (Minimum; Maximum) verwendet, Häufigkeitsdaten werden mittels absoluten und relativen Häufigkeiten beschrieben. Für behandlungsspezifische Mittelwertvergleiche kamen inferenzstatistisch t -Tests für unabhängige Stichproben zum Einsatz. Bei Abweichungen von der Normalverteilung innerhalb der Teilstichproben wurde der nonparametrische U -Test von Mann und Whitney verwendet. Für die Veränderungsmessung bei kontinuierlichen Daten wurde nach Abklärung der notwendigen Voraussetzungen (Normalverteilung der Teilstichproben, Homogenität der Varianzen und der Kovarianzen) das General Linear Model (GLM) for Repeated Measures angewendet. Dieses ist in der Lage, gleichzeitig den Haupteffekt Zeit (prä/post-Messung), den Haupteffekt Gruppe (Effekt der Behandlungsart) sowie die Wechselwirkung zwischen Zeit- und Gruppeneffekt zu überprüfen. Um einer Kumulation des Alphafehlers entgegenzuwirken, kam bei signifikanten Ergebnisse die Alphafehler-Korrektur nach Bonferroni-Holm zum Einsatz. Von einer anfangs geplanten zweifaktoriellen Auswertung mit den beiden unabhängigen Variablen Behandlungsart sowie Geschlecht musste aufgrund der geringen Stichprobengröße der KlientInnen mit Psychotherapie und der darin vorgefundenen Geschlechterverteilung (20 Frauen und nur 10 Männer) und den infolge verletzten Modellvoraussetzungen Abstand genommen werden.

Vergleiche bei Häufigkeitsdaten wurden mit dem Chi^2 -Test nach Pearson oder mittels Fisher's Exact Test durchgeführt. Um Veränderungen von dichotomen Daten (z.B. beschäftigt vs. beschäftigungslos) analysieren zu können, wurde der McNemar-Test verwendet, der die Häufigkeit von Wechslern in gegenläufige Richtungen (z.B. von beschäftigungslos zu in Beschäftigung vs. von in Beschäftigung zu beschäftigungslos) in Beziehung setzen kann (bei Konstanthaltung der Personen, die zu beiden Zeitpunkten den gleichen Beschäftigungsgrad aufweisen). Im Rahmen der Dropout-Analyse wurden im ersten Schritt die maßgeblichen Variablen mittels t -Test für unabhängige Stichproben oder

χ^2 -Test auf signifikante Unterschiede hin geprüft, im zweiten Schritt wurden die dabei ausfindig gemachten Variablen einer binär-logistischen Regressionsanalyse zugeführt, um Prädiktoren für die Frage ausfindig zu machen, welche KlientInnen trotz vorhandener Ersttestung nicht an der Abschlusstestung teilgenommen haben. Als Zusammenhangsmaß für kontinuierliche Daten wurde die Pearson-Korrelation verwendet.

Für alle statistischen Analysen wurde ein Signifikanzniveau von $p < .05$ festgelegt. Da die Stichprobengrößen der beiden Teilstichproben (klinisch-psychologische Behandlung vs. Psychotherapie) stark unterschiedlich waren (Verhältnis 1:4.5), werden Ergebnisse von $.05 < p < .10$ als tendenziell signifikant angeführt. Aufgrund der Tatsache, dass Angaben im Sinne des ausschließlichen Anführens von Kennwerten zur Absicherung statistischer Signifikanz bei stark unterschiedlich großen Teilstichproben zu verzerrten Ergebnissen führen kann, empfiehlt es sich, zusätzlich Kennwerte der inhaltlichen Relevanz (Effektstärken) ergänzend angegeben (Bortz & Döring, 2006). Diese haben den Vorteil, dass deren Ausmaß völlig unabhängig von den vorhandenen Stichprobengrößen interpretiert werden kann.

Für Vergleiche von zwei Stichproben wird Cohen's d verwendet (Cohen, 1988).. Für diese Art der Effektstärke gilt:

Werte bis 0.20	kein Effekt
Werte von 0.21 bis 0.50	kleiner Effekt
Werte von 0.51 bis 0.80	moderater Effekt
Werte ab 0.81	großer Effekt

Für Vergleiche von mehr als zwei Stichproben wird η^2 verwendet (Cohen, 1988). Für diese Art der Effektstärke gilt:

Werte bis 0.010	kein Effekt
Werte von 0.011 bis 0.060	kleiner Effekt
Werte von 0.061 bis 0.140	moderater Effekt
Werte ab 0.141	großer Effekt

3. Beschreibung der Stichprobe

Nach Abschluss der Aufnahme der 930 TeilnehmerInnen an der Studie waren insgesamt 509 ausgefüllte Fragebogensets der Ersttestung (Beginn der Behandlung) beim Evaluatorenteam der Fakultät für Psychologie der Universität Wien eingelangt. Die Quote der Beteiligung der TeilnehmerInnen an der Evaluation der Ersttestung von fit2work lag bei 54.7%. Von Seiten der BehandlerInnen lagen insgesamt 844 online-Fremdbeurteilungen von KlientInnen vor, das entspricht einer Quote von 90.8%. Die gemeinsame Schnittmenge der eingelangten Fragebogensets mit zugeordneten Fremdbeurteilungen durch deren BehandlerInnen betrug 349 Datensätze, das entspricht etwas mehr als einem Drittel (37.5%) der vollständigen Stichprobe von 930 Personen.

Nach Abschluss der Behandlung langten von insgesamt 210 TeilnehmerInnen der Studie ausgefüllte Fragebogensets ein. Da von 45 TeilnehmerInnen keine Aufnahmetestung zu Beginn der Behandlung vorlag, ergab sich für die Abschlussevaluation eine Anzahl der Stichprobe von insgesamt 165 Personen (17.7% der Ausgangsstichprobe). Für das Einbeziehen der Fremdbeurteilung durch die BehandlerInnen lagen unter Zugrundelegung von Beurteilungen von Behandlungsbeginn und Behandlungsende insgesamt 133 Datensätze vor (14.3% der Ausgangsstichprobe).

Für die Vergabe der Behandlungsplätze lag, wie bereits weiter oben beschrieben, ein Quotenplan für die neun österreichischen Bundesländer vor, der je nach Bevölkerungsstand eines Bundeslandes für eine aliquote Aufteilung der KlientInnen sorgen sollte. Tabelle 1 vergleicht die prozentuale Vorgabe nach Bundesländern mit den prozentualen Verteilungen der Gesamtstichprobe. Die Differenz aus vorgegebener Quote und tatsächlicher Beteiligung zeigt, dass die Beteiligung an der Studie in Tirol, Niederösterreich, Steiermark, Wien und Kärnten einen positiven Saldo zeigt, Vorarlberg ziemlich genau den Vorgaben entspricht, die Teilnahme in den Bundesländern Oberösterreich, Burgenland und insbesondere Salzburg als unterdurchschnittlich bezeichnet werden muss.

Tabelle 1: Bundesland Vorgabe und Stand nach Abschluss

Bundesland	% Vorgabe	% Abschluss	% Differenz	Verteilungsindex (% Abschluss/ % Vorgabe)
Wien	16.5	17.9	+1.4	108.5
Niederösterreich	14.2	17.9	+3.7	126.1
Burgenland	1.1	0.6	-0.5	54.5
Oberösterreich	19.8	15.4	-4.4	77.8
Steiermark	15.5	17.3	+1.8	111.6
Salzburg	9.2	3.7	-5.5	40.2
Kärnten	7.6	8.0	+0.4	105.3
Tirol	11.6	14.8	+3.2	127.6
Vorarlberg	4.5	4.3	-0.2	95.6

3.1. Vergleich der soziodemographischen Charakteristika zwischen den beiden Behandlungsformen

Von den 165 TeilnehmerInnen der Evaluation bekamen 133 (81.6%) klinisch-psychologische Behandlung und 30 (18.4%) Psychotherapie, bei zwei TeilnehmerInnen war aus den Unterlagen nicht zu ersehen, welcher Behandlungsform sie zugeteilt waren. Die Gesamtstichprobe bestand aus 110 Frauen (66.7%) und aus 55 Männern (33.3%) mit einem Durchschnittsalter von 46.24 Jahren (SD=8.77) mit einer Spannweite von 23 bis 61 Jahren. Der statistische Vergleich erbrachte sowohl für Geschlecht ($Chi^2(1)=0.001, p=0.979$) als auch für Alter ($t(161)=-0.036, p=.972$) ein nicht signifikantes Ergebnis. Tabelle 2 und 3 zeigen den Vergleich der Behandlungsformen in den beiden Variablen Geschlecht und Altersgruppen.

Tabelle 2: Vergleich der absoluten und relativen Häufigkeiten bezüglich Geschlechterverteilung

Geschlecht (n, %)	Klinisch-psychologische Behandlung	Psychotherapie
Männlich	44 (33.1%)	10 (33.3%)
Weiblich	89 (66.9%)	20 (66.7%)

Tabelle 3: Vergleich der absoluten und relativen Häufigkeiten bezüglich Altersgruppen

Altersgruppe (n, %)	Klinisch-psychologische Behandlung	Psychotherapie
20–29 Jahre	9 (6.8%)	2 (6.7%)
30–39 Jahre	19 (14.3%)	4 (13.3%)
40–49 Jahre	49 (36.8%)	8 (26.7%)
50–59 Jahre	54 (40.6%)	16 (53.3%)
60–69 Jahre	2 (1.5%)	0 (0.0%)

Tabelle 4 und 5 stellen die einzelnen Kategorien von Familien- und Bildungsstand der beiden Behandlungsarten gegenüber. Weder im Familienstand ($Chi^2(3)=0.232, p=.972$) noch im Bildungsstand ($Chi^2(3)=1.392, p=.707$) konnten signifikante Ergebnisse gefunden werden. Während 66.1% der TeilnehmerInnen, die klinisch-psychologische Behandlung bekamen, angaben, aktuell mit Partner/Partnerin zu leben, waren das 50.0% bei denen, die der psychotherapeutischen Intervention zugewiesen wurden ($Chi^2(1)=2.212, p=.137$). Auch bezüglich der durchschnittlichen Kinderanzahl (1.22, SD=1.16 für klinisch-psychologische Behandlung; 1.10, SD=1.30 für Psychotherapie; $t(158)=0.480, p=.632$) konnte kein signifikanter Unterschied gefunden werden.

Tabelle 4: Vergleich der absoluten und relativen Häufigkeiten bezüglich Familienstand

Familienstand (n, %)	Klinisch-psychologische Behandlung	Psychotherapie
ledig	43 (32.6%)	10 (33.3%)
verheiratet	57 (43.1%)	13 (43.4%)
geschieden	31 (23.5%)	7 (23.3%)
verwitwet	1 (0.8%)	0 (0.0%)

Tabelle 5: Vergleich der absoluten und relativen Häufigkeiten bezüglich höchster abgeschlossener Ausbildung

Ausbildung abgeschlossen (n, %)	Klinisch-psychologische Behandlung	Psychotherapie
Keine, Pflichtschule	16 (12.0%)	6 (20.1%)
Berufsschule/Lehre	48 (36.1%)	10 (33.3%)
Berufsbildende mittlere Schule, AHS/BHS	37 (27.8%)	7 (23.3%)
Kurzstudium/Spezialausbildung, Universität, FH	32 (24.1%)	7 (23.3%)

Zusammenfassend lässt sich bezüglich der soziodemographischen Charakteristika erkennen, dass es in keiner einzigen erhobenen Variable signifikante Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsformen zu berichten gibt.

3.2. Vergleich der krankheitsspezifischen Charakteristika zwischen den beiden Behandlungsformen

Die Frage nach einem aktuellen Arbeitsverhältnis zeigte sich für die Gesamtstichprobe ausgeglichen (ja: 79 Personen, 47.9%; nein: 86 Personen, 52.1%). Vergleicht man jedoch die beiden Behandlungsformen miteinander, so ergibt sich ein signifikantes Ergebnis zu

Ungunsten der mit Psychotherapie behandelten Personen ($Chi^2(1)=6.427, p=.011$; siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Vergleich der absoluten und relativen Häufigkeiten bezüglich der Frage nach dem Vorhandensein eines aktuellen Arbeitsverhältnisses bei Behandlungsbeginn

Aktuelles Arbeitsverhältnis (n, %)	Klinisch-psychologische Behandlung	Psychotherapie
Ja	70 (52.6%)	8 (26.7%)
Nein	63 (47.4%)	22 (73.3%)

Die befragten Personen der beiden Behandlungsgruppen in einem aufrechten Arbeitsverhältnis unterschieden sich weder in der wöchentlichen Arbeitszeit (durchschnittlich ca. 35 Stunden/Woche) noch in der Frage, ob die Arbeit ihrer persönlichen Qualifikation entspricht (ca. 50% Zustimmung). Auch in der Beantwortung der Frage nach der Wirkung der gesundheitlichen Beschwerden auf die berufliche Leistungsfähigkeit konnte kein statistisch signifikanter Unterschied gefunden werden ($t(75)=-0.672, p=.504, Cohen's\ d=0.25$), beide Mittelwerte lagen aber im oberen Drittel der elfstufigen Skala (0 = überhaupt kein Einfluss, 10 = halten mich vollkommen von der Arbeit ab; klinisch-psychologische Behandlung: 6.62 (SD=2.47); Psychotherapie: 7.25 (SD=2.71)). Von den Personen, die zum Zeitpunkt der Ersterhebung ohne Arbeit waren, gab der Großteil beider Gruppen (klinisch-psychologische Behandlung: 69.8%, Psychotherapie: 62.5%) an, die Arbeit aufgrund von psychischen Problemen verloren zu haben ($Chi^2(1)=0.282, p=.595$). In der Dauer der Arbeitslosigkeit zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsgruppen ($U=106.5, p=.582$). Auch die Antworten auf die Fragen, wie viel Zeit zwischen dem Auftreten der ersten Symptome und der manifesten Diagnose der psychischen Beschwerden lag ($U=1445.0, p=.365$) bzw. wie lange zurück die erstmalige Diagnose der psychischen Beschwerden liegt ($U=1488.5, p=.089$), zeigten sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Mit Hilfe einer Skala von 0 bis 10 sollten die KlientInnen einstufen, wie stark die psychischen Beschwerden ihre normalen täglichen Aktivitäten einschränken, wobei 0 für keine Einschränkung und 10 für maximale Einschränkung steht: Der durchschnittliche Wert

für alle TeilnehmerInnen, die der klinisch-psychologischen Behandlung zugeteilt wurden, lag bei 5.58 (SD=2.37) und war somit signifikant niedriger als derjenige der TeilnehmerInnen mit Psychotherapie, die einen Mittelwert von 7.07 (SD=2.03) aufwiesen ($t(152)=-3.113$, $p=.002$, Cohen's $d=0.64$). Bei Beginn der fit2work-Behandlung nahmen 69.7% der der klinisch-psychologischen und 76.7% der der psychotherapeutischen Behandlung zugeordneten Personen ärztlich verschriebene Medikamente gegen die psychischen Beschwerden ein ($\chi^2(1)=0.577$, $p=.448$). Die KlientInnen wiesen hauptsächlich ICD-Diagnosen aus den Bereichen F3 (Affektive Störungen), F4 (Neurotische, Belastungs- und Somatoforme Störungen) und Z73 (Burnout) auf, in Bezug darauf konnte kein Unterschied zwischen den beiden Behandlungsarten festgestellt werden. Bezüglich komorbider psychischer Störungen zeigte sich, dass 52.0% der der Psychotherapie zugewiesenen und 40.0% der der klinisch-psychologischen Behandlung zugeordneten KlientInnen neben der Erstdiagnose eine zusätzliche Zweitdiagnose aus dem Bereich der psychischen Störungen aufwiesen ($\chi^2(1)=1.202$, $p=.273$). Erhebt man zusätzlich, wie viele Diagnosen je Klient/Klientin vergeben wurden, so ergibt sich für die klinisch-psychologische Behandlung ein Durchschnitt von 1.57 Diagnosen (SD=0.81) und für die Psychotherapie einer von 1.80 (SD=1.04). Der Unterschied erreichte nicht Signifikanzniveau ($t(133)=-1.202$, $p=.232$, Cohen's $d=0.27$).

4. Ergebnisse

4.1. Prüfung auf Gleichheit des Ausgangsniveaus

Prüft man die KlientInnen, die den unterschiedlichen Behandlungsformen zugeordnet wurden, in der Ersterhebung mittels der Erhebungsinstrumente auf Unterschiede, so zeigt sich ein tendenziell höherer Wert im BDI-II für diejenigen, die in Folge mittels psychotherapeutischer Interventionen behandelt wurden ($M=30.00$, $SD=11.40$ vs. $M=25.99$, $SD=10.50$; $t(158)=-1.831$, $p=.069$). Mit Cohen's $d=0.38$ ist der Effekt aber als klein zu klassifizieren. Tabelle 7 zeigt die Auflistung der Häufigkeiten bezüglich der Schweregradgruppen zwischen den beiden Behandlungsformen.

Tabelle 7: Vergleich der absoluten und relativen Häufigkeiten bezüglich Depressionsstärke

BDI-II-Depressions- Schweregradgruppen (n, %)	Klinisch-psychologische Behandlung	Psychotherapie
Keine (0–13)	18 (13.7%)	3 (10.3%)
Leicht (14–19)	21 (16.0%)	4 (13.8%)
Moderat (20–28)	36 (27.5%)	4 (13.8%)
Schwer (29–63)	56 (42.8%)	18 (62.1%)

Ein ähnliches Resultat zeigt sich auch in der Fremdbewertung durch die BehandlerInnen im GAF-Score, der für die KlientInnen mit Psychotherapie tendenziell niedriger eingeschätzt wurde ($M=50.88$, $SD=10.88$) als für die KandidatInnen mit klinisch-psychologischer Behandlung ($M=55.05$, $SD=10.30$; $t(132)=1.780$, $p=.077$). Cohen's $d=0.40$ weist auf eine kleine Effektstärke hin.

Bei Prüfung des BSI auf Mittelwertsunterschiede konnten weder für den Gesamtwert GSI noch für die neun Subskalen signifikante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen festgestellt werden, das Niveau der beiden Gruppen lag aber für jede einzelne Subskala, ausgenommen die Subskala Aggressivität/Feindseligkeit, über dem Cutoff-Wert für Behandlungsbedürftigkeit (siehe Tabelle 1).

Die Steuernden PsychologInnen wiesen den KlientInnen der psychotherapeutischen Behandlung ein höheres Ausmaß an geplanten Einheiten ($M=38.00$, $SD=11.27$) zu als den KlientInnen, die klinisch-psychologische Behandlung bekamen ($M=27.62$, $SD=7.47$; $t(34.956)=-4.812$, $p<.001$). Mit Cohen's $d=0.97$ ist dieser Effekt als hoch einzuschätzen. Obwohl die verordnete Anzahl durch die behandelnden Klinischen PsychologInnen und die PsychotherapeutInnen dem Therapieprozess angepasst und modifiziert werden konnte, blieb die Differenz der tatsächlich abgehaltenen Therapieeinheiten signifikant unterschiedlich (Psychotherapie: $M=31.63$, $SD=10.34$, klinisch-psychologische Behandlung: $M=25.34$, $SD=12.00$; $t(158)=-2.576$, $p=.011$). Cohen's $d=0.54$ liegt im mittleren Bereich.

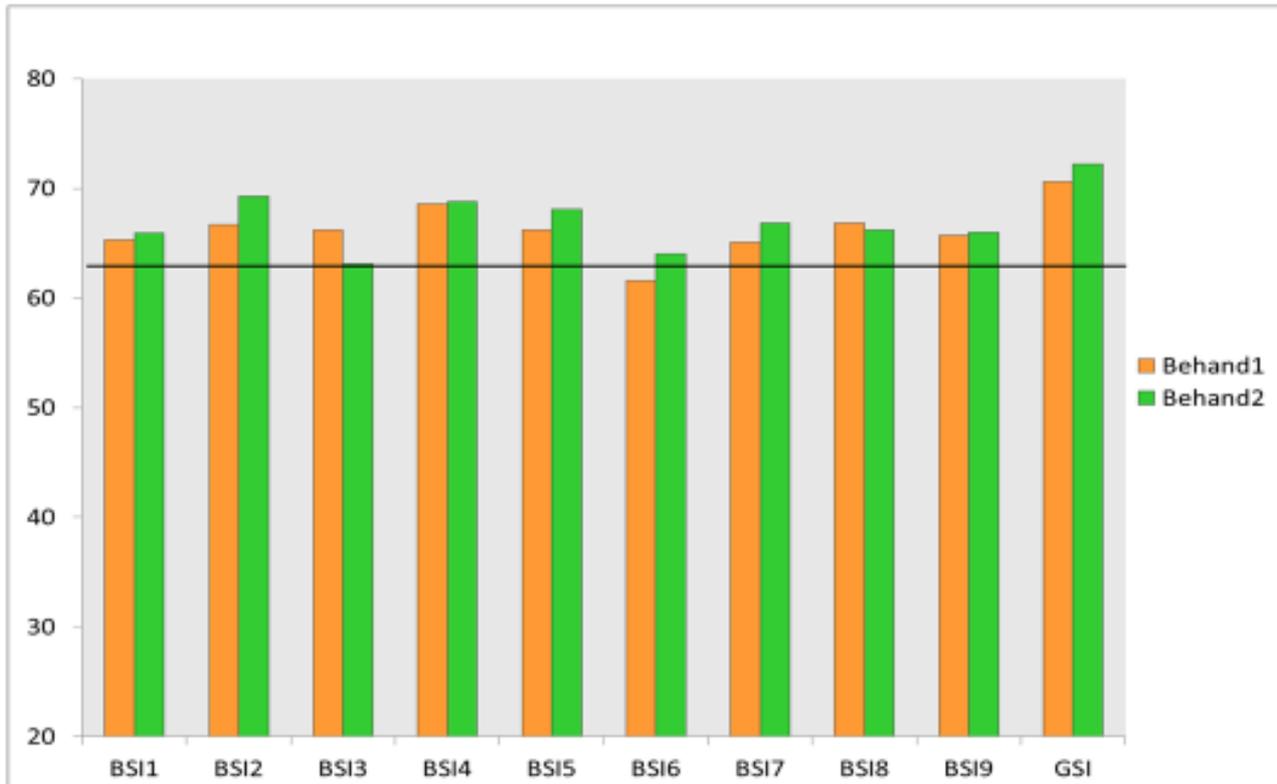


Abbildung 1: Vergleich der beiden Behandlungsarten im Brief Symptom Inventory (BSI) zu Behandlungsbeginn. Entsprechend den Angaben des BSI-Manuals weist ein T-Wert ab 63 (waagrechte Linie) auf Behandlungsbedürftigkeit hin.

Anmerkung. Behand1 = Klinisch-psychologische Behandlung, Behand2 = Psychotherapie
 BSI1=Somatisierung, BSI2=Zwanghaftigkeit, BSI3=Unsicherheit im Sozialkontakt, BSI4=Depressivität, BSI5=Ängstlichkeit, BSI6=Aggressivität/Feindseligkeit, BSI7=Phobische Angst, BSI8=Paranoides Denken, BSI9=Psychotizismus, GSI=Globalwert (Global Severity Index)

4.2. Veränderungen in den validierten Fragebögen und der GAF-Skala

Tabelle 8 zeigt die Ergebnisse in den zwei Fragebögen und in der GAF-Skala im Überblick. Im BDI-II zeigte sich für die klinisch-psychologische Behandlung eine Reduktion der Werte um 12.69 Punkte (SD=11.30), im Bereich der Psychotherapie um 16.38 Punkten (SD=13.74). Der statistische Vergleich zeigt einen hoch signifikanten Zeiteffekt ($F(1, 158)=144.956, p<.001, \eta^2=.478$), einen nicht signifikanten Effekt für die Behandlungsart ($F(1, 158)=1.320, p=.252, \eta^2=.008$) sowie eine nicht signifikante Wechselwirkung zwischen Zeit und Behandlungsart ($F(1, 158)=2.328, p=.129, \eta^2=.015$).

Tabelle 8: Vergleich der Evaluationsergebnisse zwischen klinisch-psychologischer Behandlung und Psychotherapie vor der und nach Abschluss der Behandlung

	Behandlung1		Behandlung2		p_z	p_B	p_{z*B}
	t1 M (SD)	t2 M (SD)	t1 M (SD)	t2 M (SD)			
BDI-II	25.99 (10.50)	13.30 (11.53)	30.00 (11.40)	13.62 (9.15)	<.001	.252	.129
GAF	54.92 (9.58)	71.40 (12.23)	50.69 (11.56)	64.50 (19.77)	<.001	.054	.392
BSI (T-Werte)							
Somatisierung	65.29 (10.90)	58.85 (11.33)	65.93 (10.71)	58.00 (11.81)	<.001	.960	.454
Zwanghaftigkeit	66.62 (10.50)	57.80 (12.82)	69.28 (10.27)	59.66 (10.72)	<.001	.274	.731
Unsicherheit im Sozialkontakt	66.17 (10.82)	57.46 (12.59)	63.14 (11.49)	56.83 (11.12)	<.001	.383	.304
Depressivität	68.53 (8.66)	57.98 (12.71)	68.79 (10.81)	57.86 (10.96)	<.001	.969	.873
Ängstlichkeit	66.12 (12.21)	56.58 (12.71)	68.10 (11.82)	55.93 (10.94)	<.001	.757	.317
Aggressivität/Feindseligkeit	61.52 (11.25)	54.14 (12.30)	64.00 (11.11)	54.55 (9.88)	<.001	.472	.414
Phobische Angst	65.02 (12.59)	57.56 (12.87)	66.83 (13.59)	60.21 (13.63)	<.001	.345	.729
Paranoides Denken	66.65 (9.89)	59.79 (12.00)	66.17 (10.36)	58.59 (11.05)	<.001	.674	.723
Psychotizismus	65.72 (11.12)	58.66 (12.62)	66.03 (12.41)	58.55 (10.36)	<.001	.962	.849
Global Severity Index	70.54 (10.19)	59.33 (14.97)	72.24 (9.86)	60.79 (11.70)	<.001	.475	.927

Anmerkung. Behandlung1 = klinisch-psychologische Behandlung, Behandlung2= Psychotherapie.

p_z Zeit, p_B Behandlungsart, p_{z*B} Interaktion Zeit *Behandlungsart

Tabelle 9: Überblick über die BDI-II-Schweregradgruppen vor und nach der Behandlung für die beiden Behandlungsarten

BDI-II-Depressions- Schweregradgruppen (n, %)	Klinisch-psychologische Behandlung		Psychotherapie	
	prä	post	prä	post
Keine (0–13)	18 (13.7%)	76 (58.0%)	3 (10.3%)	18 (62.1%)
Leicht (14–19)	21 (16.0%)	21 (16.0%)	4 (13.8%)	3 (10.3%)
Moderat (20–28)	36 (27.5%)	19 (14.5%)	4 (13.8%)	7 (24.1%)
Schwer (29–63)	56 (42.8%)	15 (11.5%)	18 (62.1%)	1 (3.4%)

In der GAF-Skala zeigte sich für die klinisch-psychologische Behandlung eine Erhöhung der Werte um 16.48 Punkte (SD=10.93), im Bereich der Psychotherapie um 13.81 Punkten (SD=13.70). Der statistische Vergleich zeigt einen hoch signifikanten Zeiteffekt ($F(1, 100)=95.483, p<.001, \eta^2=.488$), einen nicht signifikanten Effekt für die Behandlungsart ($F(1, 100)=3.816, p=.054, \eta^2=.037$) sowie eine nicht signifikante Wechselwirkung zwischen Zeit und Behandlungsart ($F(1, 100)=0.739, p=.392, \eta^2=.007$).

Im Global Severity Index des BSI-53 zeigte sich für die klinisch-psychologische Behandlung eine Reduktion des T-Werts um 11.21 Punkte (SD=12.78), im Bereich der Psychotherapie um 11.45 Punkten (SD=11.88). Der statistische Vergleich zeigt einen hoch signifikanten Zeiteffekt ($F(1, 155)=76.159, p<.001, \eta^2=.329$), einen nicht signifikanten Effekt für die Behandlungsart ($F(1, 155)=0.512, p=.475, \eta^2=.003$) sowie eine nicht signifikante Wechselwirkung zwischen Zeit und Behandlungsart ($F(1, 155)=0.008, p=.927, \eta^2=.000$).

Abbildung 2 zeigt die durchschnittlichen Verbesserungen (Differenz aus t1 und t2, daher die positive Ausrichtung) in jeder der einzelnen neun Subskalen des BSI und im Gesamtwert GSI im direkten Vergleich zwischen den beiden Behandlungsarten, Abbildung 3 das Niveau der beiden Gruppen im BSI nach Abschluss der Intervention. Jede einzelne Skala lag dabei unter dem Cutoff-Wert für Behandlungsbedürftigkeit.

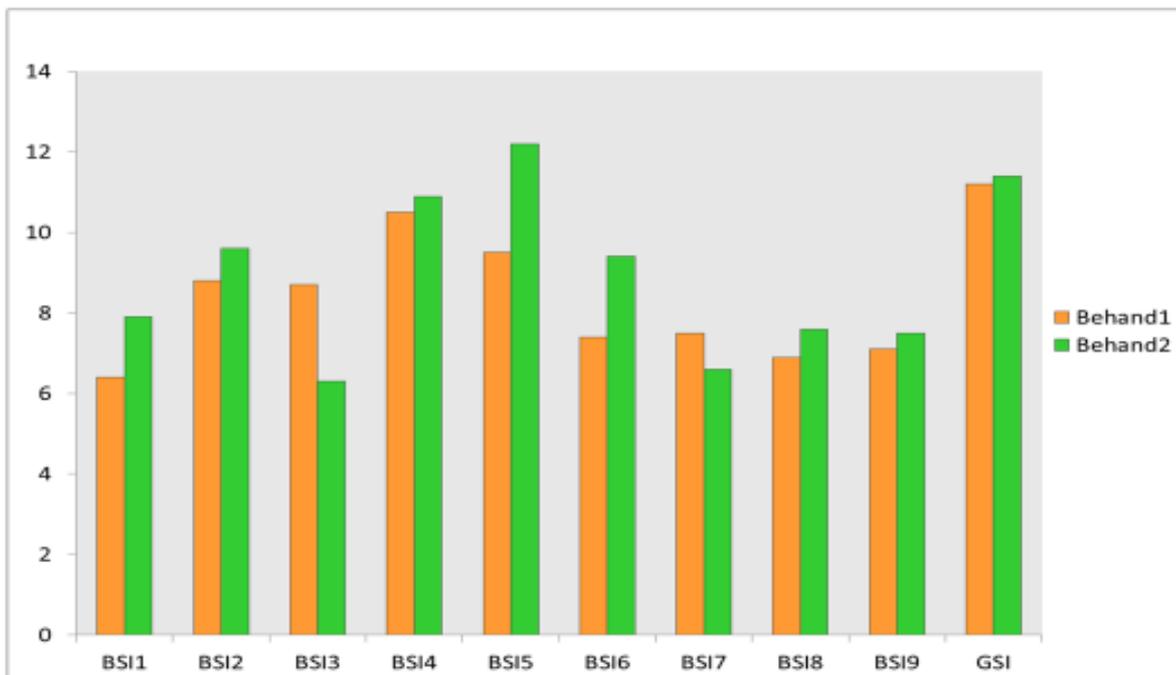


Abbildung 2: Vergleich der Verbesserungen (Differenzen in T-Werten) im Brief Symptom Inventory (BSI) zwischen den beiden Behandlungsarten.

Anmerkung. Behand1 = Klinisch-psychologische Behandlung, Behand2 = Psychotherapie
 BSI1=Somatisierung, BSI2=Zwanghaftigkeit, BSI3=Unsicherheit im Sozialkontakt, BSI4=Depressivität, BSI5=Ängstlichkeit, BSI6=Aggressivität/Feindseligkeit, BSI7=Phobische Angst, BSI8=Paranoides Denken, BSI9=Psychotizismus, GSI=Globalwert (Global Severity Index)

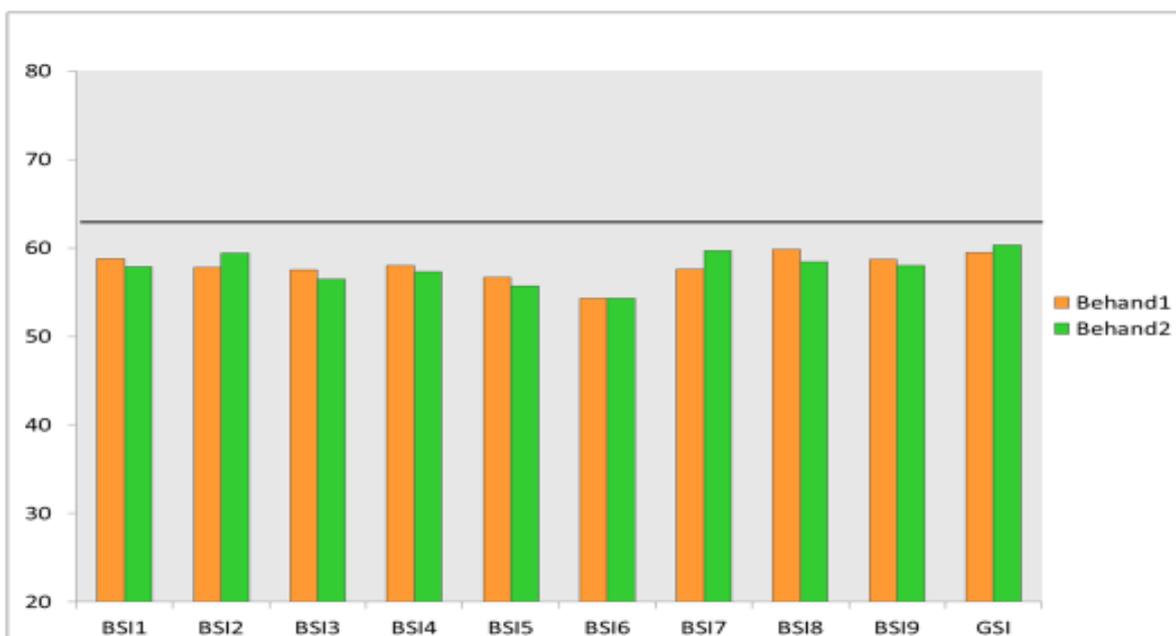


Abbildung 3: Vergleich der beiden Behandlungsarten im Brief Symptom Inventory (BSI) zu Behandlungsende. Entsprechend den Angaben des BSI-Manuals weist ein T-Wert ab 63 (waagrechte Linie) auf Behandlungsbedürftigkeit hin.

Anmerkung. Behand1 = Klinisch-psychologische Behandlung, Behand2 = Psychotherapie
 BSI1=Somatisierung, BSI2=Zwanghaftigkeit, BSI3=Unsicherheit im Sozialkontakt, BSI4=Depressivität, BSI5=Ängstlichkeit, BSI6=Aggressivität/Feindseligkeit, BSI7=Phobische Angst, BSI8=Paranoides Denken, BSI9=Psychotizismus, GSI=Globalwert (Global Severity Index)

4.3. Veränderungen in den weiteren Variablen aus dem Selbstbeurteilungsfragebogen

Betrachtet man den Bereich Arbeit und Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess, so zeigte sich eine ungleiche Ausgangssituation zu Beginn der Behandlung. Mittels McNemar-Test wurden für jede der beiden Behandlungsgruppen die „Wechsler“ von ohne Arbeit vor der Behandlung in Richtung Arbeit nach der Behandlung denjenigen gegenübergestellt, deren Wechsel sich in die gegenläufige Richtung vollzog. Während sich das Ergebnis für die Personengruppe mit Psychotherapie als signifikant erwies (8 „positive“ Wechsler, 0 „negative“ Wechsler, $p=.008$), zeigte sich kein signifikantes Ergebnis für die TeilnehmerInnen mit psychologischer Behandlung (22 „positive“ Wechsler, 19 „negative“ Wechsler, $p=.755$). Als Ergebnis des Vergleiches der beiden Behandlungsarten nach Abschluss der Behandlung kann man sagen, dass die ursprünglich niedrige Quote von Personen mit Arbeit nach der psychotherapeutischen Intervention auf das Niveau der Personen mit klinisch-psychologischer Behandlung angeglichen wurde, sodass abschließend kein signifikanter Unterschied mehr festgestellt werden konnte ($Chi^2(1)=0.014, p=.904$; siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: Vergleich der absoluten und relativen Häufigkeiten bezüglich der Frage nach dem Vorhandensein eines aktuellen Arbeitsverhältnisses bei Behandlungsbeginn und Behandlungsende

Arbeitsverhältnis (n, %)	Klinisch-psychologische Behandlung		Psychotherapie	
	prä	post	prä	post
Ja	69 (52.3%)	72 (54.5%)	8 (26.7%)	16 (53.3%)
Nein	63 (47.7%)	60 (45.5%)	22 (73.3%)	14 (46.7%)

Von den StudienteilnehmerInnen, die zu beiden Zeitpunkten der Erhebung berufstätig waren, wurde als Zusatzvariable abgefragt, ob die aktuelle Tätigkeit ihrer persönlichen Qualifikation entspricht. Von den 49 vorliegenden Bewertungen der KlientInnen mit klinisch-psychologischer Behandlung gab es 16 Wechsler, bei denen die Passung

diesbezüglich nicht stimmte, die aber bei der Abschlusserhebung einer ihrer Qualifikation entsprechenden Tätigkeit nachgingen, und eine Person mit gegenläufigen Angaben (McNemar-Test: $p < .001$), d.h. durch die Intervention konnte bewirkt werden, dass mehr Personen in eine berufliche Position gebracht wurden, die ihrer persönlichen Qualifikation entspricht. Für die acht KlientInnen mit Psychotherapie, die entsprechende Beurteilungen abgaben, stand einem Wechsler in die positive Richtung ein Wechsler in die negative Richtung gegenüber (McNemar-Test: $p = 1.000$). Tabelle 11 zeigt die Bewertungen zu den beiden Erhebungszeitpunkten im Vergleich der beiden Behandlungsformen.

Tabelle 11: Vergleich der absoluten und relativen Häufigkeiten bezüglich der Frage „Entspricht die Tätigkeit Ihrer Qualifikation“ bei Behandlungsbeginn und -ende

Passung ok? (n, %)	Klinisch-psychologische Behandlung		Psychotherapie	
	prä	post	prä	post
Ja	23 (46.9%)	38 (77.6%)	5 (62.5%)	5 (62.5%)
Nein	26 (53.1%)	11 (22.4%)	3 (37.5%)	3 (37.5%)

Bei der Analyse der Frage, inwieweit sich die psychischen Beschwerden auf die Leistungsfähigkeit im Beruf auswirken, zeigte sich für die klinisch-psychologische Behandlung (auf der Skala von 0 bis 11) eine Verbesserung der Scores um 2.55 Punkte ($SD=3.43$), im Bereich der Psychotherapie um 2.11 Punkte ($SD=3.55$). Der statistische Vergleich zeigt einen hoch signifikanten Zeiteffekt ($F(1, 58)=14.015, p < .001, \eta^2=.195$), einen nicht signifikanten Effekt für die Behandlungsart ($F(1, 58)=1.813, p=.183, \eta^2=.030$) sowie eine nicht signifikante Wechselwirkung zwischen Zeit und Behandlungsart ($F(1, 58)=0.124, p=.726, \eta^2=.002$). Zusätzlich wurden alle 88 KlientInnen, die bei Abschluss der Behandlung einer beruflichen Tätigkeit nachgingen, nach den Auswirkungen der Behandlung auf ihre berufliche Leistungsfähigkeit und die Anzahl der Krankenstände befragt. Der statistische Vergleich zwischen den beiden Behandlungsformen zeigte für beide Variablen keinen Unterschied (Auswirkung auf berufliche Leistungsfähigkeit: $\chi^2(1)=0.004, p=.948$, siehe Tabelle 12; Auswirkung auf die Anzahl der Krankenstände: $\chi^2(1)=0.251, p=.616$, siehe Tabelle 13).

Tabelle 12: Vergleich der absoluten und relativen Häufigkeiten bezüglich der Frage nach den Auswirkungen der Behandlung auf die berufliche Leistungsfähigkeit

Auswirkung Leistung (n, %)	Klinisch-psychologische Behandlung	Psychotherapie
Verbesserung	59 (81.9%)	13 (81.2%)
keine	13 (18.1%)	3 (18.8%)
Verschlechterung	0 (0.0%)	0 (0.0%)

Tabelle 13: Vergleich der absoluten und relativen Häufigkeiten bezüglich der Frage nach den Auswirkungen der Behandlung auf die Anzahl der Krankenstände

Auswirkung Krankenstände (n, %)	Klinisch-psychologische Behandlung	Psychotherapie
Reduktion	46 (66.7%)	11 (73.3%)
keine	23 (33.3%)	4 (26.7%)
Erhöhung	0 (0.0%)	0 (0.0%)

Bezüglich der verschiedenen Formen der Nutzung des Gesundheitssystems ergaben sich bei der Abschlusserhebung massive Änderungen, die in der statistischen Analyse aber keine Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsarten aufwiesen. Um die diesbezüglichen Ergebnisse in einer kompakten Form darstellen zu können, zeigt Tabelle 14 die Änderungen für die Gesamtstichprobe zusammengefasst im Überblick. Unterschiedlich hohe Fallzahlen ergeben sich durch eine unterschiedlich hohe Anzahl von Missing Data bei der Beantwortung der einzelnen Fragen zum Fragenkomplex.

Tabelle 14: Absolute und relative Veränderungen in der Nutzung des Gesundheitssystems

Art der Änderung n (%)	Ärztliche Untersuchungen	Arztbesuche wegen psychischer Probleme	Krankenhaus- aufenthalte
Abnahme	88 (61.5%)	83 (58.0%)	76 (62.8%)
keine	46 (32.2%)	48 (33.6%)	42 (34.7%)
Zunahme	9 (6.3%)	12 (8.4%)	3 (2.5%)

Einzig im Bereich der Einnahme vom Arzt verschriebener Medikamente gegen psychische Beschwerden zeigte sich ein in den beiden Behandlungsgruppen uneinheitliches Bild, weswegen dieses Ergebnis infolge für beide Behandlungsformen getrennt dargestellt wird. Der Vergleich erreichte aber nicht Signifikanzniveau ($Chi^2(2)=4.019$, $p=.134$; siehe Tabelle 15).

Tabelle 15: Vergleich der absoluten und relativen Häufigkeiten bezüglich der Frage nach Veränderungen der Einnahme verschriebener Medikamente gegen psychische Beschwerden

Änderung Medikamenteneinnahme (n, %)	Klinisch-psychologische Behandlung	Psychotherapie
Abnahme	59 (51.3%)	11 (44.0%)
keine	45 (39.1%)	8 (32.0%)
Zunahme	11 (9.6%)	6 (24.0%)

Die Frage bezüglich Veränderung des Gesundheitsverhaltens wurde von den AbsolventInnen der beiden Behandlungsarten statistisch insignifikant beantwortet (Klinisch-psychologische Behandlung ja: 84.9%; Psychotherapie ja: 76.7%; $Chi^2(1)=1.189$, $p=.276$). Um auch hier die Ergebnisse in einem kompakten Überblick darzustellen, wurde in Tabelle 16 auf eine Differenzierung der Behandlungsarten verzichtet. Unterschiedlich hohe Fallzahlen ergeben sich auch hier durch eine unterschiedlich hohe Anzahl von Missing Data bei der Beantwortung der einzelnen Fragen zum Fragenkomplex.

Tabelle 16: Absolute und relative Veränderungen im Bereich des Gesundheitsverhaltens

Art der Änderung n (%)	Sport- verhalten	Bewegungs- verhalten	Ernährungs- verhalten	Rauch- verhalten
positiv	74 (56.5%)	104 (79.4%)	62 (47.0%)	16 (14.8%)
keine	51 (38.9%)	24 (18.3%)	65 (49.2%)	83 (76.9%)
negativ	6 (4.6%)	3 (2.3%)	5 (3.8%)	9 (8.3%)

Analog zur Bewertung des Einflusses der Beschwerden auf die Leistungsfähigkeit wurden die KlientInnen gebeten, den Einfluss der Beschwerden auf die normalen täglichen Aktivitäten mittels der elfstufigen Skala (0 = überhaupt kein Einfluss, 10 = halten mich vollkommen von meinen Aktivitäten ab) einzuschätzen. Bei der Analyse dieser Frage zeigte sich für die klinisch-psychologische Behandlung eine Verbesserung der Scores um 2.22 Punkte (SD=2.91), im Bereich der Psychotherapie um 3.10 Punkte (SD=3.64). Der statistische Vergleich zeigt einen hoch signifikanten Zeiteffekt ($F(1, 152)=81.394, p<.001, \eta^2=.349$), einen signifikanten Effekt für die Behandlungsart ($F(1, 152)=5.912, p=.016, \eta^2=.037$) sowie eine nicht signifikante Wechselwirkung zwischen Zeit und Behandlungsart ($F(1, 152)=2.265, p=.134, \eta^2=.015$). Ergänzend wurden die AbsolventInnen gebeten anzugeben, in welcher Weise sich die täglichen Aktivitäten durch die Behandlung verändert haben. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bei den Befragten der beiden Behandlungsformen ($\chi^2(2)=0.736, p=.692$; siehe Tabelle 17).

Tabelle 17: Vergleich der absoluten und relativen Häufigkeiten bezüglich der Frage der Auswirkungen der Behandlung auf die täglichen Aktivitäten

Änderungen der täglichen Aktivitäten (n, %)	Klinisch-psychologische Behandlung	Psychotherapie
Verbesserung	90 (74.4%)	22 (75.9%)
keine	28 (23.1%)	7 (24.1%)
Verschlechterung	3 (2.5%)	0 (0.0%)

Abschließend wurden die AbsolventInnen nach einer Gesamtbeurteilung der Behandlung befragt. Während 100.0% aller Befragten (n=30), die Psychotherapie erhalten hatten, die Therapie als hilfreich ansahen, waren das bei der klinisch-psychologischen Behandlung 97.7% der AbsolventInnen (n=126, Missing Data=4), lediglich drei KlientInnen bewerteten die Behandlung als nicht hilfreich ($\chi^2(1)=0.711, p=1.000$).

4.4. Bewertung der Behandlungszufriedenheit mit dem HAQ

Mit der Selbstbeurteilungsform wurde die Zufriedenheit mit der Behandlung in den zwei Subskalen Beziehungs- und Erfolgsszufriedenheit und der Gesamtskala des HAQ zwischen AbsolventInnen der beiden Behandlungsarten verglichen. Gleichzeitig konnte mit der Fremdbeurteilungsform ein Vergleich aller teilnehmenden Klinischen PsychologInnen mit den Beurteilungen aller teilnehmenden PsychotherapeutInnen vorgenommen werden. Abschließend konnten alle Selbst- und Fremdbeurteilungen innerhalb der einzelnen Behandlungsformen vorgenommen werden. Kein einziger Mittelwertsvergleich zeigte ein signifikantes Ergebnis, d.h. weder unterschieden sich KlientInnen der beiden Behandlungsarten in der Selbstbeurteilung noch in der Fremdbeurteilung voneinander noch unterschieden sich Selbst- vs. Fremdurteil innerhalb der beiden Behandlungsarten voneinander (siehe Tabelle 18).

Da für dieses Instrument keine Normen vorliegen, wurde für jede einzelne Skala der Wertebereich auf 1 bis 6 standardisiert. Aus Tabelle 18 lässt sich ersehen, dass jeder einzelne angeführte Mittelwert im oberen Bereich der Skala (Minimum der angeführten Mittelwerte: 4.89; Maximum der angeführten Mittelwerte: 5.49) gelagert ist, d.h. dass sowohl die TeilnehmerInnen als auch die Klinischen PsychologInnen und PsychotherapeutInnen mit dem Behandlungsprozess hoch zufrieden waren. Die Übereinstimmung zwischen der Selbst- und Fremdbeurteilung lag für die Erfolgsszufriedenheit mit einer Korrelation von $r=.55$ ($p<.001$, erklärte Varianz 30.3%) im zufriedenstellenden Bereich, für die Beziehungsszufriedenheit war die Korrelation zwar signifikant, aber niedrig ($r=.15$, $p=.043$, erklärte Varianz 2.3%). Für den Gesamtwert erbrachte die Korrelation einen Wert von $r=.41$ ($p<.001$, erklärte Varianz 17.0%).

Tabelle 18: Vergleich der Ergebnisse des HAQ zwischen klinisch-psychologischer Behandlung und Psychotherapie in Selbst- und Fremdbewertung nach Abschluss der Behandlung

	Selbstbeurteilung			Fremdbeurteilung			$p_{B1\ S/F}$	$P_{B2\ S/F}$
	Behandlung1 M (SD)	Behandlung2 M (SD)	p_S	Behandlung1 M (SD)	Behandlung2 M (SD)	p_F		
HAQ								
Beziehungszufriedenheit	5.47 (0.58)	5.46 (0.65)	.960	5.49 (0.47)	5.37 (0.62)	.272	.646	.922
Erfolgszufriedenheit	4.98 (0.80)	4.93 (0.82)	.732	5.11 (0.71)	4.89 (0.75)	.160	.084	.961
Gesamtzufriedenheit	5.25 (0.60)	5.22 (0.64)	.815	5.32 (0.53)	5.15 (0.65)	.176	.202	.967
(Wertebereich jeweils von 1=sehr unzufrieden bis 6=sehr zufrieden)								

Anmerkung. Behandlung1 = klinisch-psychologische Behandlung, Behandlung2= Psychotherapie.

p_S Selbstbeurteilung, p_F Fremdbeurteilung, $p_{B1\ S/F}$ Selbst- vs. Fremdbeurteilung bei klinisch-psychologischer Behandlung,

$p_{B2\ S/F}$ Selbst- vs. Fremdbeurteilung bei Psychotherapie

5. Dropout-Analyse

Eine wichtige Frage, die sich im Anschluss an die Darstellung der Ergebnisse stellt, ist die Frage nach der Repräsentativität der Ergebnisse. Warum haben KlientInnen, die an der Ersttestung zu Beginn der Erhebung teilgenommen und die Fragen der Testbatterie beantwortet haben, dies bei Abschluss der Behandlung nicht mehr getan? Es konnte zwar nicht erwartet werden, dass die anfängliche Quote der Beteiligung an der Evaluation von 54.7% (509 KlientInnen) nach einer durchschnittlichen Behandlungsdauer etwa einem halben Jahr beibehalten werden kann, eine Beteiligungsquote von 17.7% (165 KlientInnen) zum Zeitpunkt des Abschlusses ist jedoch sehr niedrig. Da im Rahmen dieses Pilotprojektes keine Nachbefragung möglich war, lässt sich die Frage nach der Motivation, an der Evaluation des Projektes mitzuarbeiten, nicht direkt beantworten. Es ist jedoch möglich, auf Basis der Daten aus der Erstbefragung Variablen zu extrahieren, die es ermöglichen, einen Überblick über die Charakteristika der KlientInnen zu bekommen und so möglicherweise Prädiktoren zu finden, die es zulassen vorherzusagen, welche KlientInnen die Abschlusserhebung nicht mehr ausgeführt haben, und zwar mittels der binär-logistischen Regressionsanalyse (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2000).

An soziodemographischen und krankheitsspezifischen Variablen, in denen sich Completer (KlientInnen, die sich sowohl an der Erst- wie auch der Abschlusserhebung der Evaluation beteiligt haben) von Dropouts (KlientInnen, die nur an der Ersterhebung der Evaluation teilgenommen haben) unterschieden haben, konnten folgende gefunden werden:

Behandlungsansatz (Quote der Completer klinisch-psychologischer Behandlung: 37.2%, Quote der Completer Psychotherapie: 24.6%; $Chi^2(1)=6.401, p=.011$)

Alter (Completer: $M=46.24$ Jahre, $SD=8.77$, Dropouts: $M=43.85$ Jahre, $SD=8.99$; $t(507)=-2.824, p=.005$, Cohen's $d=0.27$)

Geplante Behandlungseinheiten (Completer: $M=29.53$, $SD=9.19$, Dropouts: $M=32.47$,

SD=10.25; $t(360.229)=3.181, p=.002, \text{Cohen's } d=0.31$)

Zeitdauer vom Auftreten der ersten Symptome bis zur Diagnose der psychischen Beschwerden (Completer: $M=32.58$ Monate, $SD=60.79$, Dropouts: $M=49.82$ Monate, $SD=76.29$; $t(376.284)=2.666, p=.008, \text{Cohen's } d=0.26$)

Auswirkung der psychischen Beschwerden auf die täglichen Aktivitäten (Completer: $M=5.85, SD=2.44$, Dropouts: $M=6.40, SD=2.40$; $t(493)=2.393, p=.017, \text{Cohen's } d=0.23$)

Summenwert des Depressionsscores (Completer: $M=26.88, SD=10.73$, Dropouts: $M=28.79, SD=10.49$; $t(497)=1.886, p=.060, \text{Cohen's } d=0.18$)

T-Wert in der Subskala Zwanghaftigkeit des BSI (Completer: $M=67.19, SD=10.41$, Dropouts: $M=69.25, SD=9.85$; $t(501)=2.155, p=.032, \text{Cohen's } d=0.21$)

Von diesen sieben Variablen, die von insgesamt 439 KlientInnen vollständig vorlagen und die in eine binär-logistische Regression (Methode: Schrittweise Rückwärts (Wald)) eingeschlossen wurden, erwiesen sich vier als (tendenziell) signifikante Prädiktoren für die Nicht-Teilnahme an der Abschlusserhebung:

Alter:	$\beta = .024, \text{Wald}(1)=3.784, p=.052, \text{Exp}(\beta)=1.024$
Geplante Behandlungseinheiten:	$\beta = -.024, \text{Wald}(1)=4.445, p=.035, \text{Exp}(\beta)=0.976$
Latenz Diagnose:	$\beta = -.005, \text{Wald}(1)=7.476, p=.006, \text{Exp}(\beta)=0.995$
T-Wert Zwanghaftigkeit (BSI):	$\beta = -.022, \text{Wald}(1)=4.239, p=.039, \text{Exp}(\beta)=0.978$

Diese Prädiktoren weisen darauf hin, dass jüngere KlientInnen, für die eine längere Behandlung geplant war, deren Zeit vom Auftreten der ersten Symptome bis zur endgültigen Diagnose lange gedauert hat und die einen höheren Score in der Subskala Zwanghaftigkeit in der Ersttestung aufwiesen, mit höherer Wahrscheinlichkeit keine Daten

für die Abschlusstestung geliefert haben (Trefferquote: 66.5%). Die präsentierten Gesamtergebnisse der Evaluation weisen daher tendenziell einen gewissen Bias in Richtung der Personengruppe auf, die sich zwar an der Ersttestung, nicht aber an der Abschlusserhebung beteiligt hat.

6. Diskussion

Nach abgeschlossener Aufnahme von KlientInnen im Rahmen der Evaluationsstudie von fit2work standen 509 vollständige Datensets der Ersttestung (Beginn der Behandlung) zur Analyse zur Verfügung (54.7% von insgesamt 930 KlientInnen in Behandlung). Nach Abschluss der Behandlung langten von insgesamt 210 TeilnehmerInnen der Studie ausgefüllte Fragebogensets ein. Davon mussten 45 TeilnehmerInnen ausgeschieden werden, da von diesen keine Aufnahmetestung zu Beginn der Behandlung vorlag. Daher ergab sich für die Gesamtevaluation eine Anzahl von insgesamt 165 Personen (17.7% der Ausgangsstichprobe), deren Daten in die statistische Analyse einbezogen werden konnten. Für das Einbeziehen der Fremdbeurteilung durch die BehandlerInnen lagen unter Zugrundelegung von Beurteilungen von Behandlungsbeginn und Behandlungsende insgesamt 133 Datensätze vor (14.3% der Ausgangsstichprobe).

Im Mittelpunkt der Evaluierung stand die Frage, ob durch die klinisch-psychologische bzw. psychotherapeutische Intervention, die im Rahmen des Projekts fit2work angeboten wurde, das Befinden der TeilnehmerInnen insgesamt signifikant verbessert werden kann. Operationalisiert wurde „Befinden“ im Rahmen dieses Projekts durch die Testverfahren BDI-II (Depression), BSI (psychische Beeinträchtigung) sowie durch die GAF-Skala (Global Assessment of Functioning), beim BSI durch einen globalen Summenwert (Global Severity Index, GSI) bzw. durch die Ergebnisse der insgesamt neun Subskalen des Tests. Zusätzlich wurden als Outcome-Variablen die Items des Fragebogens zur Erfassung des krankheitsspezifischen Status miteinbezogen, die Fragen zur Arbeitsfähigkeit und zum Gesundheitszustand und deren Veränderungen zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten miterhoben haben. Im Rahmen der Abschlusstestung wurde auch

nach der Zufriedenheit der Intervention gefragt, befragt wurden sowohl die KlientInnen als auch die behandelnden klinischen PsychologInnen und PsychotherapeutInnen.

Die Signifikanzprüfung zwischen den Behandlungsarten musste bei den vorliegenden Fragebogendaten durch den direkten Vergleich der Testdaten zu den beiden Zeitpunkten erfolgen, da für die Evaluierung keine unbehandelte Kontrollgruppe zur Verfügung stand. Die klinischen validierten Fragebogenverfahren weisen aber Werte für die Einstufung nach „klinisch relevanter Ausprägung“ auf (entweder in Form von Cutoff- oder von T-Werten), sodass das Evaluationsergebnis im zeitlichen Vergleich zusätzlich auch auf Basis des Kriteriums Behandlungsbedürftigkeit dargestellt werden kann. Mit Hilfe des Einsatzes der Methode General Linear Model (GLM) for Repeated Measures war es möglich, gleichzeitig die Haupteffekte Zeit und Gruppe (Effekt der Behandlungsart) bei Betrachtung etwaiger Wechselwirkungen zwischen diesen beiden Effekten zu prüfen.

Bei der Zuordnung der KlientInnen zu den beiden Behandlungsarten konnten keine signifikanten Unterschiede bezüglich der soziodemographischen Variablen (Geschlecht, Alter, Familienstand, Ausbildungsniveau) gefunden werden. Auch bezüglich arbeitsbezogener und gesundheitsbezogener Variablen konnten in der Regel keine statistischen Unterschiede erhoben werden, außer in Bezug auf die Frage, ob bereits ein Arbeitsverlust eingetreten sei: Personen mit Zuweisung zu einer psychotherapeutischen Intervention waren zu 73.3% ohne aktuelles Arbeitsverhältnis, bei Personen, die einer klinisch-psychologischen Behandlung zugewiesen wurden, waren das lediglich 47.7%. Weiters fand sich ein signifikantes Ergebnis in der Variable Auswirkungen der psychischen Beschwerden auf die normalen täglichen Aktivitäten. KlientInnen mit Zuweisung zur Psychotherapie wiesen mit einem Wert von 7.1 ein weitaus höheres Ausmaß in dieser Variable auf im Vergleich mit KlientInnen mit Zuweisung zur klinisch-psychologischen Behandlung mit 5.6 (0 = überhaupt kein Einfluss, 10 = halten mich vollkommen von der Arbeit ab). Im klinischen Fragebogen zur Erhebung der Stärke der Depression konnte für die Psychotherapie-Gruppe ein tendenziell höherer Wert in der Ersttestung festgestellt werden, und auch die Einschätzung des GAF-Wertes durch die PsychotherapeutInnen

zeigte tendenziell größere Einschränkungen für deren KlientInnen auf. Keine Unterschiede ergaben sich hingegen für die Bereiche Diagnosengruppen und Anzahl der komorbiden Störungen, auch im Brief Symptom Inventory konnten keine Unterschiede in der Ausgangstestung festgestellt werden. Damit kann man zusammenfassend feststellen, dass die Zuordnung der KlientInnen durch die Steuernden PsychologInnen nicht auf Basis einer störungsspezifischen Indikation, sondern auf Basis der unterschiedlichen Stärke der Ausprägung der Störung und eines etwaig bereits eingetretenen Beschäftigungsverlusts getroffen wurde. Als Folge davon zeigte sich sowohl das Ausmaß der geplanten als auch das der tatsächlich absolvierten Interventionseinheiten für die KlientInnen mit Psychotherapie signifikant höher als das für die KlientInnen mit klinisch-psychologischer Behandlung.

Die Veränderungsmessung der klinischen Fragebögen und des GAF erbrachte eindeutige und konsistente Ergebnisse: Übergreifend konnte ein hoch signifikanter Haupteffekt Zeit mit teilweise immens hohen Effektstärken bei einem stets nicht signifikanten Gruppeneffekt und einer nicht signifikanten Wechselwirkung gefunden werden. Interpretiert werden kann dieses Ergebnis dahingehend, dass erstens in allen Fragebögen enorme Verbesserungen über die Zeit (in jedem Fall $p < .001$, teilweise extrem hohe Effektstärken von $\eta^2 < .300$) zu verzeichnen waren. Im Bereich der psychischen Beeinträchtigungen (BSI) lagen alle Verbesserungen im Bereich von ca. 6 bis 12 *T*-Wert-Punkten, also Verbesserungen im Bereich von gut einer halben bis gut einer ganzen Standardabweichung. Alle Mittelwerte der Subskalen, die vor der Intervention über dem Cutoff-Wert ($T=63$) für Behandlungsbedürftigkeit lagen, fanden sich nach der Abschlusserhebung unter diesem. Zweitens, dass sich die beiden Behandlungsarten in keinem Fragebogen (bzw. seinen Subskalen) signifikant voneinander unterschieden, d.h. dass beide Interventionen gleich gute Ergebnisse erbrachten (Haupteffekt Gruppe), und drittens, dass die anfänglichen Ungleichheiten bei Behandlungsbeginn zwar eliminiert werden konnten, dass sich die Differenzen zwischen Erst- und Abschlusserhebung (Verbesserungen über die Zeit) zwischen den beiden Behandlungsarten aber nie signifikant unterschieden (Wechselwirkung zwischen Zeit und Gruppe), wie es etwa Abbildung 2 für

die Subskalen des BSI zeigt.

Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsarten zeigten sich hingegen im arbeitsbezogenen Teilbereich. KlientInnen mit Psychotherapie waren vor Beginn der Intervention oft ohne Arbeit. Das Verhältnis der Personen, die bis zum Abschluss der Intervention wieder Arbeit fanden, im Vergleich mit denen, die zwischenzeitlich ihren Arbeitsplatz verloren, war ein positives (McNemar-Test $p < .001$). Bei KlientInnen mit klinisch-psychologischer Behandlung war das Beschäftigungsverhältnis vor Beginn der Behandlung etwa ausgeglichen. Über die Zeit der Behandlung hinweg war das Verhältnis von denen, die zwischenzeitlich neue Arbeit fanden, zu denen, die zwischenzeitlich ihre Beschäftigung verloren, nicht signifikant unterschiedlich (McNemar-Test $p = .755$).

Bei den KlientInnen, die zu beiden Zeitpunkten der Erhebung eine Erwerbstätigkeit aufwiesen, zeigte sich ein analoges Phänomen bei den Personen, die klinisch-psychologische Behandlung bekamen. Bei der Frage nach der Passung von aktueller Tätigkeit und Qualifikation gab es insgesamt 16 Wechsler, die bei der Erstbefragung unzufrieden waren, bei der Abschlusserhebung aber eine gute Passung zeigten, hingegen nur eine Person, die von zufrieden in Richtung schlechte Passung wechselte (McNemar-Test $p < .001$). Bei den KlientInnen mit Psychotherapie stand bei dieser Frage lediglich einem Wechsler in die positive Richtung ein Wechsler in die Gegenrichtung gegenüber (McNemar-Test $p = 1.000$). Die Auswirkungen der Intervention auf die berufliche Leistungsfähigkeit wurden übergreifend von mehr als 80% der AbsolventInnen als Verbesserung beschrieben, bei etwa 70% kam es zu einer Reduktion der Krankenstände. Bei der Veränderungsmessung in Bezug auf die Frage, inwieweit sich die psychischen Beschwerden auf die Leistungsfähigkeit im Beruf auswirken, ergab sich wieder ein hoch signifikanter Haupteffekt für die Zeit, verbunden mit einem nicht signifikanten Haupteffekt für die Behandlungsart und einer nicht signifikanten Wechselwirkung. Ähnliche Ergebnisse erbrachte die Frage nach den Auswirkungen der psychischen Beschwerden auf die normalen täglichen Aktivitäten, wobei hier KlientInnen mit Psychotherapie zwar ihre anfänglichen Schwierigkeiten etwas kompensieren konnten, insgesamt aber schlechtere

Vergleichswerte zur Gruppe mit klinisch-psychologischer Behandlung aufwiesen (signifikanter Haupteffekt Gruppe, $p=.016$).

Im gesundheitsbezogenen Bereich zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Behandlungsarten, für beide Gruppen aber große Veränderungen im Sinne einer umfassenden Entlastung des Gesundheitssystems:

- Reduktion von Krankenhausaufenthalten (bei 63%), von Arztbesuchen (bei 58%), von ärztlichen Untersuchungen (bei 62%) und von Einnahme von Psychopharmaka (bei 49%),
- Positive Veränderungen im Bewegungsverhalten (bei 79%), im Sportverhalten (bei 57%) und im Ernährungsverhalten (bei 47%)
- 72% schätzten die klinisch-psychologische Behandlung oder Psychotherapie als „sehr hilfreich“ ein, 26% als „eher hilfreich“.

Zusätzlich zu diesen kategorial abgefragten Beurteilungen des Behandlungsprozesses zeigen auch die Ergebnisse des Fragebogens Helping Alliance Questionnaire (HAQ), dass sowohl die Beziehungs- als auch die Erfolgszufriedenheit nach Beendigung der Intervention hoch ausgeprägt war, und zwar auf beiden Seiten, einerseits auf Seiten der KlientInnen, aber auch auf Seiten der behandelnden Klinischen PsychologInnen und PsychotherapeutInnen.

Abschließend muss im Sinne von Limitationen noch darauf hingewiesen werden, dass im Rahmen der Evaluation nicht alle Teilstichproben an TeilnehmerInnen des Pilotprojektes erreicht werden konnten: Die Ergebnisse der Dropout-Analyse mit anschließender Prädiktorensuche zeigen, dass die präsentierten Gesamtergebnisse der Evaluation tendenziell einen gewissen Bias in Richtung einer umschriebenen Personengruppe aufweisen, die sich zwar an der Ersttestung, aber nicht an der Abschlusserhebung beteiligt hatte (jüngere KlientInnen, längere geplante Behandlung, längere Latenz bis zur Diagnose höhere Zwanghaftigkeit).

Danksagung. Dank gebührt im Rahmen des Evaluationsprojektes der Wissenschaftlichen Mitarbeiterin Mildred Alfons für die Koordination der einlangenden Fragebögen, die Auswertung der Fragebögen, die Dateneingabe und die Layoutierung des Textes sowie Dr. Dorothea König für die Programmierung der Online-Erhebung der behandelnden Klinischen PsychologInnen und PsychotherapeutInnen.

Literatur

- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2000). *Multivariate Analysemethoden – eine anwendungsorientierte Einführung* (9., überarbeitete und erweiterte Auflage). Berlin: Springer.
- Bassler, M., Potratz, B. & Krauthauser, H. (1995). Der "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut*, 40, 23–32.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human und Sozialwissenschaftler* (4. Auflage). Berlin: Springer.
- Bundesministerium für Gesundheit (1990a). *Bundesgesetz vom 7. Juni 1990 über die Ausübung der Psychotherapie*. Zugriff am 25.6.2015. Verfügbar unter <http://www.psychotherapie.at/psychotherapeutinnen/rechtsinformationen/psychotherapiegesetz/psychotherapiegesetz-1-2>
- Bundesministerium für Gesundheit (1990b). *Bundesgesetz vom 7. Juni 1990 über die Führung der Berufsbezeichnung "Psychologe" oder „Psychologin" und über die Ausübung des psychologischen Berufes im Bereich des Gesundheitswesens (Psychologengesetz)*. Zugriff am 25.6.2015. Verfügbar unter https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1990_361_0/1990_361_0.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit (2013). *Bundesgesetz, über die Führung der Bezeichnung „Psychologin“ oder „Psychologe“ und über die Ausübung der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie. Psychologengesetz 2013*. Zugriff am 25.6.2015. Verfügbar unter http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2013_I_182/BGBLA_2013_I_182.html
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale: Erlbaum.
- Franke, G. H. (2000). *BSI: Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) – deutsche Version: Manual*. Göttingen: Beltz Test.
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2006). *BDI-II; Beck Depressions-Inventar Revision*. Frankfurt am Main: Harcourt Test Services.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Bundesland Vorgabe und aktueller Stand.....	13
Tabelle 2: Vergleich der absoluten und relativen Häufigkeiten bezüglich Geschlechterverteilung	14
Tabelle 3: Vergleich der absoluten und relativen Häufigkeiten bezüglich Altersgruppen ...	14
Tabelle 4: Vergleich der absoluten und relativen Häufigkeiten bezüglich Familienstand ...	15
Tabelle 5: Vergleich der absoluten und relativen Häufigkeiten bezüglich höchster abgeschlossener Ausbildung	15
Tabelle 6: Vergleich der absoluten und relativen Häufigkeiten bezüglich der Frage nach dem Vorhandensein eines aktuellen Arbeitsverhältnisses bei Behandlungsbeginn.....	16
Tabelle 7: Vergleich der absoluten und relativen Häufigkeiten bezüglich Altersgruppen ...	18
Tabelle 8: Vergleich der Evaluationsergebnisse zwischen klinisch-psychologischer Behandlung und Psychotherapie vor der und nach Abschluss der Behandlung	20
Tabelle 9: Überblick über die BDI-II-Schweregradgruppen vor und nach der Behandlung für die beiden Behandlungsarten	21
Tabelle 10: Vergleich der absoluten und relativen Häufigkeiten bezüglich der Frage nach dem Vorhandensein eines aktuellen Arbeitsverhältnisses bei Behandlungsbeginn und Behandlungsende.....	23
Tabelle 11: Vergleich der absoluten und relativen Häufigkeiten bezüglich der Frage „Entspricht die Tätigkeit Ihrer Qualifikation“ bei Behandlungsbeginn und -ende	24
Tabelle 12: Vergleich der absoluten und relativen Häufigkeiten bezüglich der Frage nach den Auswirkungen der Behandlung auf die berufliche Leistungsfähigkeit	25
Tabelle 13: Vergleich der absoluten und relativen Häufigkeiten bezüglich der Frage nach den Auswirkungen der Behandlung auf die Anzahl der Krankenstände	25
Tabelle 14: Absolute und relative Veränderungen in der Nutzung des Gesundheitssystems	25
Tabelle 15: Vergleich der absoluten und relativen Häufigkeiten bezüglich der Frage nach Veränderungen der Einnahme verschriebener Medikamente gegen psychische Beschwerden	26

Tabelle 16: Absolute und relative Veränderungen im Bereich des Gesundheitsverhaltens	26
Tabelle 17: Vergleich der absoluten und relativen Häufigkeiten bezüglich der Frage der Auswirkungen der Behandlung auf die täglichen Aktivitäten	27
Tabelle 18: Vergleich der Ergebnisse des HAQ zwischen klinisch-psychologischer Behandlung und Psychotherapie in Selbst- und Fremdbewertung nach Abschluss der Behandlung.....	29

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vergleich der beiden Behandlungsarten im Brief Symptom Inventory (BSI) zu Behandlungsbeginn	19
Abbildung 2: Vergleich der Verbesserungen (Differenzen in T-Werten) im Brief Symptom Inventory (BSI) zwischen den beiden Behandlungsarten	22
Abbildung 3: Vergleich der beiden Behandlungsarten im Brief Symptom Inventory (BSI) zu Behandlungsende.....	22