



CADUCEUS KLINIK

Fachkrankenhaus für
Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie



Die Caduceus Klinik in Bad Bevensen
Konzept - Schwerpunkte
Qualität und Erfolge der Behandlung

Caduceus Klinik · Niendorfer Weg 5 · 29549 Bad Bevensen
Tel: 05821 9775-0 · Fax: 05821 9775-222
klinik@caduceus.de · www.caduceus.de



Inhalt

1.	Die Caduceus Klinik	1
2.	Das medizinische und psychotherapeutische Konzept	2
2.1	Der medizinische Auftrag	2
2.2	Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Umsetzung des Konzepts	2
2.3	Somato-medizinisches Angebot	3
2.4	Psychotherapeutisches Angebot	4
2.5	Die personelle Ausstattung der Klinik	4
2.6	Das Fortbildungskonzept	4
2.7	Integrierte Versorgung	5
3.	Indikationsschwerpunkte und Spezialisierung	6
4.	Das Qualitätssicherungskonzept der Caduceus Klinik	7
4.1	Evaluation der Behandlungsqualität und der Therapieergebnisse	8
5.	Behandlungsqualität der Caduceus Klinik - Ergebnisse unserer Therapieevaluation	9
5.1	Stichprobe und Datenqualität für das Jahr 2001	9
5.2	Evaluationsergebnisse zum Therapieerfolg der Patienten	9
5.3	Das multiple Ergebniskriterium als Maß für Therapieerfolg (MEK 12)	9
5.4	Gesamt-Therapieerfolg als multiples Ergebniskriterium (MEK 12)	11
5.5	Zur Stabilität des Therapieerfolgs - Vergleich der Therapieergebnisse zum Behandlungsende mit den katamnesticen Erfolgen nach einem Jahr	12
5.6	Therapie-Effektstärken bei Behandlungsende und nach einem Jahr - Störungsspezifische Auswertungen	16
6.	Literatur	18



1. Die Caduceus Klinik

Die Caduceus Klinik in Bad Bevensen ist ein Akutkrankenhaus für Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Sie wird seit 1996 unter der Leitung von Peter Findeisen mit neuem Konzept geführt. Die Caduceus Klinik verfügt über 26 Betten.



Caduceus Klinik - Eingang

Caduceus. Unser Kliniklogo zeigt *Caduceus*, den Stab des Seelenführers Hermes. Der Stab bringt zwei polare Kräfte ins Gleichgewicht, die sich als Schlangen aufsteigend um ihn winden. Sie verbinden Bewußtseinsentwicklung und

Wissenschaft - Bewahrendes und Erneuerndes. Zentrales Symbol ist das befreite Herz.

Zusammenfassung des Konzepts. Ziel unserer Therapie ist es, im Feld der therapeutischen Gemeinschaft unseren Patientinnen und Patienten seelische und körperliche Heilung und Bewußtheit zu ermöglichen. Wir ermutigen und unterstützen sie auf ihrem Weg zu Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und Freiheitlichkeit. Unser integrales Gesamtkonzept verbindet die Psychotherapeutische Medizin mit gesundheitswissenschaftlichen Elementen.

Unser Menschenbild umfaßt die Dimensionen der sozial und kulturell geprägten Einheit von Körper, Seele und Geist: wir sehen den Menschen als einzigartiges Individuum, in seinem Kern unverletzbar, verbunden mit der Welt - und als soziales Wesen in ständiger persönlicher Evolution. Seine geistige Entwicklung gehört zu den Grundbedürfnissen. Insofern würdigen wir im gesundheitswissenschaftlichen Sinne auch die spirituelle Entwicklung des Menschen mit ihren existentiellen oder religiösen Fragen. Mit unserem hochkomplexen und multiprofessionellen Therapiesetting werden diese Bereiche jeweils direkt angesprochen. Dies ermöglicht unseren Patienten¹ eine Besserung und Heilung auf verschiedenen Ebenen.

Die somatische Betreuung unserer Patienten basiert auf den im Rahmen der Psychotherapeutischen Medizin üblichen allgemeinmedizinisch-internistischen Standards. Unsere somatisch-medizinische Versorgung ergänzen wir, soweit erforderlich, durch Kooperation mit Fachärzten und Fachabteilungen der Krankenhäuser am Ort. Unser medizinisches Konzept umfaßt im Sinne ganzheitlicher Orientierung auch sozialmedizinische, homöopathische und naturheilkundliche Elemente sowie eine gesundheitsbewußte, überwiegend vegetarische und vollwertige Ernährung, soweit möglich unter Verwendung von Nahrungsmitteln aus ökologischem Landbau.

Das psychotherapeutische Konzept der Klinik verbindet in einem Integrationsansatz eine tiefenpsychologisch und psychodynamisch orientierte Grundausrichtung mit dem Verständnis der Feldwirkungen therapeutischer Beziehungen und mit heilungsfördernden gesundheitswissen-

¹ Wir leben in der Caduceus Klinik im Bewußtsein der Gleichberechtigung und schreiben im Text der Einfachheit halber durchgängig 'Patienten'.



schaftlichen Komponenten. Neben der Beziehungsorientierung sind ressourcenorientiertes Arbeiten und Förderung von Eigenverantwortung wichtige Bestandteile der Therapie.

2. Das medizinische und psychotherapeutische Konzept

Das medizinische Konzept der Caduceus Klinik wird im Folgenden in seiner wissenschaftlichen Fundierung, theoretischen Struktur und praktischen Umsetzung ausführlicher beschrieben.



Rhythmustherapie: meditative Bewegung



Das jährliche Sommerfest mit Ehemaligen

2.1 Der medizinische Auftrag

Unseren Auftrag als Akutklinik sehen wir darin, aktuell bestehende psychosomatische und psychische Krankheiten bzw. Krisen zu behandeln. Wir initiieren eine psychosomatische und psychotherapeutische Behandlung, die einer weiteren Zuspitzung des Krisenverlaufes und einer weiteren Chronifizierung entgegenwirkt bis sie gegebenenfalls

ambulant weiter geführt werden kann. Die stationäre Behandlung erfolgt, wenn eine ambulante Behandlung aufgrund der Schwere der Erkrankung in ihrer Intensität nicht ausreicht.

2.2 Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Umsetzung des Konzepts

Integrationskonzept. In Caduceus Klinik wenden wir ein sogenanntes Integrationskonzept an. Darin wird das multipersonale Beziehungsfeld im Krankenhaus als Netzwerk von therapeutischen Beziehungen genutzt. In diesem Modell ist die stationäre psychodynamische Therapie als Behandlung in einem Team unter fachärztlicher Leitung konzipiert.

Der heilende therapeutische Rahmen. Jedes Beziehungsfeld hat in der Gesamtkonzeption eine rahmenbezogene und eine therapeutische Aufgabe. Die therapeutische Aufgabe wiederum gliedert sich in einen medizinisch-somatischen und in den psychotherapeutischen Auftrag.

In unserer stationären Therapie ist ein wesentlicher Wirkfaktor, daß das Team einen *therapeutischen Raum* zur Verfügung stellt und aufrecht erhält. Dieses therapeutische Feld wird vom Patienten als 'bewahrende Umwelt', bzw. als fördernder, verlässlicher und Halt gebender Raum erfahren. Diese Rahmenbedingung fördert einerseits die somatische Heilung des Patienten und ermöglicht ihm andererseits auch die Ich-Entwicklung und die Nachreifung. Ein Element dieses Rahmens ist das Verständnis der Therapie des Patienten als eine Gesamtleistung des Teams.

Atmosphäre als therapeutischer Wirkfaktor. Wie aus unserem Konzept, unseren Untersuchungen sowie aus den Rückmeldungen unserer Patienten hervorgeht, ist unser Haus aufgrund seines Konzeptes und der therapeutischen Haltung besonders geeignet für die Bearbeitung psychogener Störungen. Unsere Patienten schätzen sehr die überschaubare Größe unserer Klinik mit einer Atmosphäre, welche sie als familiär empfinden. Der achtsame Umgang mit der Atmosphäre in der Klinik gehört ebenso zu unseren Rahmenbedingungen.

Beziehungsorientierung. Die therapeutische Beziehung gilt in der Psychotherapieforschung unabhängig von der theoretischen Ausrichtung als der am häufigsten nachgewiesene Wirkfaktor. Eine der wissenschaftlichen Begründungen für die Betonung des Beziehungsfeldes in unserem



Konzept ist die Erkenntnis, daß psychogene Störungen vor allem auch auf Störungen in den Objektbeziehungen (Beziehungen zu wichtigen Personen), bzw. frühen Kindheits-erfahrungen zurückzuführen sind. Der bekannten 'Mannheimer Studie' zufolge ist die Ursache psychischer Störungen auch in der späteren Fehlentwicklung der Beziehungsfähigkeit zu sehen, welche wiederum den weiteren Krankheitsverlauf beeinflusst. Konzeptionell wird daher in der Caduceus Klinik ein besonderer Schwerpunkt auf neue Beziehungserfahrungen gelegt, sowohl unter den Patienten als auch vor allem zwischen therapeutischem Personal und Patienten.



Kreative Ressourcen: Kunsttherapie

Ressourcenorientierung. Ein zweiter Schwerpunkt unseres Behandlungskonzepts ist die Ressourcenorientierung. Sie ist wissenschaftlich gestützt auf die gesundheitswissenschaftliche, speziell salutogenetische Erforschung sogenannter Schutzfaktoren. Diese Forschungsrichtung beschäftigt sich mit der Frage, warum bestimmte Menschen



Orte der Besinnung im klinikeigenen Wald

auch unter schwersten Bedingungen *nicht* erkranken. Das Auffinden dieser Schutzfaktoren im Leben unserer Patienten und ein verstärktes Eingehen und Bewußtmachen sowie die Förderung von Eigenverantwortung in der weiteren

Ausgestaltung dieses Schutzes trägt nach unserer Erfahrung erheblich zu einer guten Prognose bei.

Individualtherapeutische Orientierung. Die praktische Umsetzung dieses individuell patientenorientierten Ressourcenkonzepts geschieht auch dadurch, daß wir neben unterschiedlichen Zugangsformen zu psychotherapeutischer Erfahrung durch ein breites gruppentherapeutisches Angebot als weiteren methodischen Schwerpunkt Einzeltherapie einsetzen, die wir mit einer auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten abgestimmten Frequenz anbieten, d.h., im Einzelfall auch hochfrequent. Als Besonderheit dieses Ansatzes bieten wir alle kreativ- und körpertherapeutisch orientierten Verfahren (z.B. Musiktherapie, Kunsttherapie oder Bioenergetik) auch abgestimmt in Form individueller Therapiepläne als Einzeltherapie an.

Evaluation und Qualitätssicherung. Die laufende wissenschaftliche Überprüfung von Bestandteilen unseres Therapiekonzepts wie auch der Qualität der Behandlung ist uns ein wichtiges Anliegen. Dieser Bereich wird im 4. Kapitel näher beschrieben.

2.3 Somato-medizinisches Angebot

Medizinische Basisleistungen. Neben internistischer und allgemeinmedizinischer Diagnostik einschließlich EKG- und Laboruntersuchungen werden generell die bei Aufnahme bestehenden Medikationen für Erkrankungen aller Art überprüft und gegebenenfalls neu eingestellt oder umgestellt. Erforderlichenfalls werden Psychopharmaka eingesetzt. Bei bestimmten Erkrankungen wie Stoffwechselstörungen oder Allergien werden entsprechende Diäten verordnet. Auf der somatischen Ebene ergänzen physiotherapeutische Behandlungen in Form von Massagen, Krankengymnastik, Manueller Therapie und Hydrotherapie in unserer Bäderabteilung das therapeutische Angebot.

Medizinische Kooperation. Zusätzlich zu unserer eigenen medizinischen Basisversorgung arbeiten wir mit einem externen Labor in Lüneburg zusammen, welches täglich zeitnahe Befunde liefert. Es besteht weiterhin eine ständige Kooperation mit Konsiliarärzten verschiedener Fachrichtungen am Ort und nach Bedarf auch eine Zusammenarbeit mit Akutabteilungen von Krankenhäusern in der Nähe.



2.4. Psychotherapeutisches Angebot

Hochkomplexes Therapieangebot. Unser therapeutisches Angebot besteht neben der tiefenpsychologisch orientierten Gruppen- und Einzeltherapie u.a. in Ergotherapie, Kunsttherapie und Musiktherapie und kotherapeutischen Maßnahmen. Es bezieht auch meditative Methoden und imaginative Verfahren mit ein. Als Bindeglieder zwischen dem somatischen und dem psychotherapeutischen Ansatz dienen Körperpsychotherapien wie z.B. Bioenergetik, Feldenkrais oder Entspannungsverfahren und Atemtherapie.



Team

Therapeutische Gemeinschaft. Das Element der therapeutischen Gemeinschaft wird im Sinne der Realisierung der oben beschriebenen Konzeption der Beziehungs- und Ressourcenorientierung eingesetzt in Form von milieutherapeutischen Gruppen, Patientenversammlung oder Patientendiensten, um die Selbstverantwortung der Patienten zu stärken und um soziale Prozesse zu fördern.



Patientengemeinschaft

Soziotherapeutische Versorgung und Nachsorge. Unser soziotherapeutisches Angebot dient zum Einen der Förderung von Aspekten wie Selbstsorge oder Umgang des

Patienten mit Institutionen, auch im Sinne der Förderung sozialer Kompetenzen bzw. Vorsorge. Zum Anderen wird im Rahmen der Soziotherapie die Nachsorge unserer Therapie geplant. So werden Belastungserprobungen durchgeführt und gemeinsam mit dem Patienten weiterführende Maßnahmen, wie Anschlußtherapien oder betreutes Wohnen organisiert, ggf. auch Nachsorgetermine bei uns vereinbart.

Ambulanz und tagesklinische Behandlungen. In unserer Ambulanz werden ebenfalls Psychotherapien durchgeführt. Einzelne tagesklinische Behandlungsplätze stehen zur Verfügung. Bei bestimmten Indikationen wird vor Aufnahme eines Patienten in unsere Klinik zunächst ein Vorgespräch in unserer Ambulanz geführt.

Nachsorgekonzept. Ambulante Nachsorgegruppen werden für unsere Patienten in unserer Ambulanz durchgeführt. Auch Anschlußtherapien werden mit indikationsgemäßer Frequenz in diesem Rahmen angeboten. Die Gründung von Selbsthilfegruppen wird im Rahmen unseres Nachsorgekonzepts initiiert und supervidiert, bzw. die Integration von Patienten in bestehende Selbsthilfegruppen wird gefördert.

2.5 Die personelle Ausstattung der Klinik

Für den somatischen und psychotherapeutischen ärztlichen und psychologischen Dienst stehen neben dem ärztlichen Leiter ein Facharzt, Assistenzärzte, Psychologen und Physiotherapeuten zur Verfügung. Zum therapeutischen Team gehören weiterhin Ergo-, Kunst und Musiktherapeuten und das zum Teil zusätzlich therapeutisch ausgebildete Pflegepersonal mit seinen kotherapeutischen Aufgaben.

2.6 Das Fortbildungskonzept

Weiterbildung. Um die Weiterbildung unserer Assistenzärzte zu fördern, ist die Klinik Mitglied im ärztlichen Weiterbildungsverband für Psychotherapie Lüneburg (WPL e.V.). Etwa ein- bis zweimal jährlich werden für das gesamte medizinische Team in unserem Hause am Wochenende Kompaktfortbildungen zu medizinischen und psychotherapeutischen Themen durchgeführt (z.B. Kurse für Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik). Diese Kurse sind für niedergelassene oder in Krankenhäusern beschäftigte Ärzte und Psychologen aus unserer Umgebung geöffnet.



Veranstaltungen und Arbeitskreise. Die Caduceus Klinik veranstaltet jährlich einen Tag der offenen Tür. In größeren Abständen finden in unserem Hause Symposien statt. Darüber hinaus initiieren wir Arbeitskreise. Sechsmal im Jahr trifft sich bei uns z.B. der Arbeitskreis für Transpersonale Psychotherapie.

Supervision. Halbjährlich finden Teamsupervisionen und Fortbildungen über 2 Tage hinweg durch einen externen Supervisor statt. Vierteljährlich führt eine spezialisierte Fachpsychotherapeutin in unserem Hause Fortbildung und Supervision für dissoziative Störungen, Traumatherapie und Strukturstörungen durch. Eine Psychoanalytikerin supervidiert monatlich Fälle. Einzelfallsupervision und Intervention wird bei uns wöchentlich intern durchgeführt.



Patientenzimmer

2.7 Integrierte Versorgung

Medizinische Kooperation. Die Caduceus Klinik hat von Anfang an auf eine enge Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und Psychologen und mit medizinischen Institutionen in unserem örtlichen Umfeld Wert gelegt. Auch unser Fortbildungskonzept (s.o.) beinhaltet diesen kooperativen Charakter. Unsere weitere Unternehmensstrategie ist auch für die Zukunft auf eine intensive Kooperation mit Kostenträgern, mit vor- und nachbehandelnden Praxen und mit den Patienten (Nachsorge) ausgerichtet.

Vorausschauendes Datenmanagement. Um zukünftige gemeinsame Projekte und Kooperationsverträge mit Kostenträgern oder multizentrische Feldstudien unter Einbezug von Vor- und Nachbehandlern von Anfang an auf einer soliden Datenbasis aufbauen zu können, haben wir bereits bei der Wahl und Implementation unserer Basisdokumentation Erhebungsstrukturen vorgesehen, welche entsprechenden Anforderungen genügen. Unsere Basisdokumentation ermöglicht uns z.B. durch Implementation eines Zusatzmoduls für den ambulanten Bereich bei Vor- und Nachbehandlern die umfassende Erhebung von relevanten Daten im Rahmen eventueller Kooperationsprojekte, Modellprojekte oder multizentrischer Studien.

Forschungskooperative. Die Caduceus Klinik ist Mitglied in einem Qualitätsverbund, dem *Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik* (IQP) mit Sitz in München. Diesem Verbund sind überregional etwa 20 Institutionen, wie Psychosomatische Kliniken oder Krankenhäuser und Universitätskliniken angeschlossen.



Gartengruppe: Arbeit 'am Boden'



Patienten im Klinikwald: Teamarbeit



Gemeinsam Leben lernen



Orte der Stille und Besinnung: Teich im Klinikwald

3. Indikationsschwerpunkte und Spezialisierung

In der Caduceus Klinik werden alle hier genannten Störungsgruppen unseren umfangreichen evaluativen Studien nach erfolgreich behandelt (siehe Kap. 5). Die folgenden Krankheitsbilder behandeln wir besonders häufig, mit besonderer Behandlungserfahrung und Behandlungskompetenz und durch spezielle hausinterne Fortbildungsschwerpunkte oder Arbeitstagungen gestützt:

- ✦ **Posttraumatische Belastungsstörungen.** Dieser spezielle Behandlungsschwerpunkt bei uns bezieht sich auf die Therapie von Personen mit traumatischen - oder Gewalterlebnissen in der persönlichen Geschichte.
- ✦ **Burnout-Symptomatiken** mit depressiven - und Erschöpfungssymptomen, speziell bei Personen in verantwortungsvollen Positionen oder Sozialberufen, häufig z.B. bei Ärzten, Lehrern oder Führungskräften.
- ✦ **Depression.** Alle Arten depressiver Störungen (vorwiegend ICD-10 F32, F33)
- ✦ **Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4), wie**
- ✦ **Phobische Störungen (F40)**
- ✦ **Angst- und Panikstörungen (F41)**
- ✦ **Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43).**
- ✦ **Persönlichkeitsstörungen (F6), wie z.B. narzißtischen Störungen (F60.8) oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen (F60.3)**

Spirituelle Probleme oder Krisen. Eine Spezialität unseres medizinischen Konzepts besteht darin, daß wir im Rahmen der o.a. Störungstypen zusätzliche krisenhafte Symptomatiken existentiellen oder spirituellen Charakters (DSM-IV V62.89) in besonderem Maße therapeutisch würdigen.

Dafür haben wir z.T. spezielle therapeutische Elemente und Verfahren entwickelt, die wir in ihrer konzeptuellen Validität und in ihrer therapeutischen Effektivität im Rahmen eines Forschungsschwerpunkts bereits nachweisen konnten (Bantelmann & Findeisen, 2001). Der Anteil an Patienten, bei denen spirituelle Themen i.w.S. therapeutisch mitzubehandeln waren, stieg in den vergangenen Jahren stetig an. Er beträgt rund 20%.



4. Das Qualitätssicherungskonzept der Caduceus Klinik

Qualitätsverbund. Die Caduceus Klinik ist seit Beginn des Jahres 2000 Mitglied im Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik (IQP) in München. Dabei handelt es sich um einen Qualitäts- und multizentrischen Forschungsverbund, an dem etwa 20 psychiatrisch und psychosomatisch orientierte Krankenhäuser und Universitätskliniken in Hessen, Baden Württemberg, Sachsen, überwiegend jedoch in Bayern beteiligt sind. Im Rahmen der Forschungsarbeiten des IQP wurde



Caduceus - die Klinik im Grünen

seit 1994 die Basisdokumentation und Basisevaluation Psy-BaDo-PTM (von Heymann et al., in Druck) entwickelt. Sie stellt eine kompatible Erweiterung der ebenfalls bekannten Psy-BaDo dar. Die Psy-BaDo-PTM wird obligatorisch in allen zum IQP gehörenden Kliniken eingesetzt. Das IQP liefert an seine Kliniken eine umfangreiche jährliche Auswertung aller Basisdokumentationsdaten und Vergleichswerte zwischen der betreffenden Klinik und dem Gesamtpool. Die Chefarzte und die evaluationsbeauftragten Ärzte und Psychologen der beteiligten Kliniken treffen sich jeweils zwischen 2 und 5 Mal im Jahr zu Beratungen und Entwicklungsarbeit.

Zusätzliche externe Evaluation. Seit Mitte 1999 hat die Caduceus Klinik im Rahmen des Konzepts zur Qualitätssicherung eine laufende externe Evaluation² aller strukturellen und therapeutischen Leistungen eingeführt. Die Zusammenstellung der Meßverfahren wurde korrespondierend zu unserem Klinik- und Therapiekonzept gewählt. Unser Evaluationskonzept ermöglicht uns durch seine Orientierung an aktuellen Standards, speziell durch die o.g. Psy-BaDo-PTM, die Bereitstellung extern vergleichbarer Daten im Rahmen multizentrischer Evaluations- und Qualitätsforschung. Mit einer speziellen gesundheitswissenschaftlichen Komponente unseres Evaluationskonzepts sind wir in der Lage, die Besonderheiten unseres Klinikkonzepts wissenschaftlich zu kontrollieren und zu validieren, d.h., zu bestätigen oder zu falsifizieren (Bantelmann, 2000b). Unsere Evaluation liefert damit quartalsweise Daten für die Weiterentwicklung unseres Konzepts und unserer therapeutischen Arbeit (Bantelmann, 2000a, 2000c, 2000e, Bantelmann & Findeisen, 2001).

Das Evaluationskonzept der Klinik wurde durch die spezialisierte Beratungsfirma Klinik- und Praxisberatung Jürgen Bantelmann³, z.T. in Zusammenarbeit mit der Universität Oldenburg entwickelt. Die Fa. Bantelmann führt auch die Dateneingabe, Datenkontrolle und die Datenauswertung durch, erstellte den vorliegenden Bericht und sie berät die Klinik hinsichtlich struktureller und therapeutischer Entwicklungen.

² Systematische standardisierte wissenschaftliche Messung und Bewertung von Therapieleistungen und Therapieergebnissen

³ Klinik- und Praxisberatung Jürgen Bantelmann (siehe Literaturverzeichnis), Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Regensburg und mit der Universität Oldenburg, Gesundheitswissenschaften



Therapieraum im Turm

4.1 Evaluation der Behandlungsqualität und der Therapieergebnisse

Basisdokumentation und Basisevaluation. Mit dem rund 230 Merkmale umfassenden Basisdokumentationssystem Psy-BaDo-PTM⁴ werden soziodemographische Patientenmerkmale, anamnestische Informationen, wie z.B. Vor- und Nachbehandlungen oder Chronifizierung, weiter ausführliche diagnostische Informationen, sozialmedizinische Daten, differenzierte therapeutische Leistungsdaten, differenzierte Medikationsstatistiken und eine Basis-Ergebnisevaluation erhoben. Dieses System ist das bisher umfangreichste Standardsystem für die Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin. Es darf neben der Psy-BaDo und der DKPM-Bado als *state of the art* angesehen werden.

Struktur- und Prozeßmerkmale. Anhand eines laufenden Patientenrückmeldesystems werden bei Entlassung qualitative und quantitative Daten zu rund 50 Struktur- und Prozeßmerkmalen (z.B. Aufnahme- und Entlassungsverfahren, Ausstattungsmerkmale, erlebte Qualität therapeutischer Angebote) erhoben und routinemäßig analysiert. Das Verfahren beinhaltet regelmäßige aufwändige qualitative Datenauswertungen und Analysen.

Ergebnisevaluation. Zur Kontrolle der Therapieergebnisse werden zahlreiche psychometrische Testverfahren⁵ eingesetzt. Eine Auswahl der wichtigsten Verfahren und Ergebnisse wurde im Rahmen früherer Jahresberichte vorgestellt.

Katamnestic Routine. Seit Juli 2000 werden alle unsere Patienten ein Jahr nach ihrer Behandlung in der Caduceus Klinik postalisch nachbefragt. Die 11 Seiten umfassende katamnestic Befragung ist entsprechend des o.g. Konzepts an den durch das IQP definierten Standards orientiert. Damit ist die Caduceus Klinik in der Lage, Aussagen über die Dauer der Wirksamkeit der Therapie treffen zu können.

⁴ Psy-BaDo-PTM 3.2, Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik (IQP), München

⁵ Anm. für Experten: SCL90-R (Derogatis, 1996; Franke, 1995), VEV-K, IIP-C (Horowitz et al. 1993), NI, BFKE, SKID-II, FIG (Fragebogen Integrale Gesundheit, Belschner, 1997; Belschner et al. 2001, Universität Oldenburg)



5. Behandlungsqualität der Caduceus Klinik - Ergebnisse unserer Therapieevaluation

5.1 Stichprobe und Datenqualität für das Jahr 2001

Zur Beurteilung der Datenqualität wurden die Basis- und Evaluationsdaten von insgesamt 191 Patienten des Entlassungsjahrgangs 2001 zugrundegelegt. Fehlende Werte liegen insgesamt im zu erwartenden Rahmen. Fehlende Werte bei Therapeutenangaben variierten zwischen 0 und 5%. Soziodemographische und psychometrische Patientenangaben zeigten Prozentzahlen für fehlende Angaben zwischen 10 und 25%. Dabei wurden Angaben nicht oder unvollständig gemacht.

Die Datenqualität darf damit für therapeutengenerierte Daten als überwiegend sehr gut bezeichnet werden. Die Datenqualität für patientengenerierte Daten liegt in akzeptabler Weise im Bereich des üblicherweise zu Erwartenden.

Der Rücklauf für Katamnesedaten variiert um 50%. Dies entspricht dem durchschnittlich zu erwartenden natürlichen Rücklauf. Auf Verfahren schriftlicher und telefonischer Nachfrage, insbesondere auch auf Adressenrecherche für unbekannt verzogene wurde aus Aufwandsgründen verzichtet. Wir gehen davon aus, daß die vorhandene Katamnesestichprobe als weitgehend repräsentativ für die Gesamtpopulation der Patienten angesehen werden kann, da auch Patienten mit Mißerfolgen Katamnesedaten lieferten. Dennoch muß prinzipiell von einer positiven Stichprobenselektion ausgegangen werden.

Die vergleichende Auswertung der Einjahres-Katamnese wurde auf der Basis einer varianten Vergleichsstichprobe vorgenommen. Dazu wurden 168 auswertbare Evaluationsdatensätze des Entlassungsjahrgangs 2001 für den präpost-Vergleich zugrunde gelegt und der annähernd gleich großen Stichprobe von 155 zwischen Juli 2000 und September 2002 katamnestisch untersuchten Rückmelder gegenübergestellt.

5.2 Evaluationsergebnisse zum Therapieerfolg der Patienten

Um den Therapieerfolg der Patienten zuverlässig darstellen zu können, haben wir aus einer Reihe von Einzelkriterien ein Gesamtkriterium errechnet. Die Einzelkriterien, wie psychometrische Skalen (z.B. Fragen zur Depressivität oder somatischen Symptomen), werden von den Patienten selbst beurteilt. Die Erreichung individueller Therapieziele werden vom Patienten und Therapeuten gemeinsam beurteilt. Weitere Kriterien zum allgemeinen Therapieerfolg werden vom Therapeuten beurteilt. Die Berechnung dieses multiplen Gesamtkriteriums wird im folgenden Abschnitt beschrieben.

5.3 Das multiple Ergebniskriterium als Maß für Therapieerfolg (MEK 12)

Als Kriterium für den Therapieerfolg wurde aus 12 Einzelkriterien ein *multiple Ergebniskriterium MEK 12* entsprechend der untenstehenden Tabelle 1 berechnet. Psychometrische Kriterien wurden dabei vor Verrechnung unter Berücksichtigung der Meßzuverlässigkeit des Tests und der Stichprobenstreuung zu Beginn der Behandlung nach dem Reliable Change Index⁶ (RCI, Christensen & Mendoza, 1986) auf signifikante Veränderungen geprüft und bewertet. Das multiple Ergebniskriterium für einen Patienten wird als Summe der bepunkteten Einzelkriterien berechnet.

⁶ Der *Reliable Change Index* (RCI) nach Jakobson & Truax (1991), bzw. hier Christensen & Mendoza (1986) stellt eine hinsichtlich Testzuverlässigkeit (Reliabilität) und Signifikanz kritische Grenze dar, die überschritten werden muß, um von einer statistisch gesicherten Veränderung ausgehen zu dürfen (s.a. Schauenburg & Strack, 1998; Schmitz & Davies-Osterkamp, 1997). Der RCI gilt als konservatives Kriterium, da an der oft heterogenen Anfangsstichprobe standardisiert wird. Er liefert vergleichbare Ergebnisse, wie die *kritische Differenz* nach Lienert (1969).

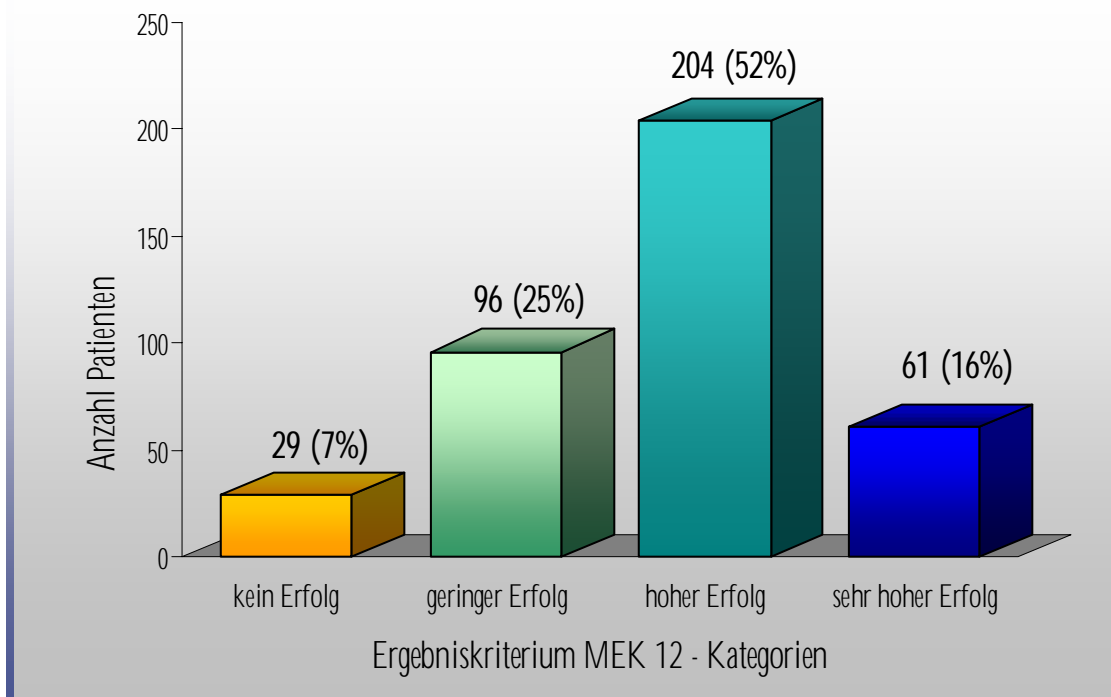


Tab. 1: Bestandteile des multiplen Kriteriums für Therapieerfolg

Einzelkriterium Beschreibung	Einzelkriterium Berechnungsgrundlage	Kriterienzahl	Punkte-Range
1. Psychometrie. Fragebogen, Selbstbeurteilung, Symptomcheckliste: 90 Fragen zu Symptomen von 9 psychologische Dimensionen (Bsp. Depressivität, Unsicherheit im Sozialkontakt, Ängstlichkeit, Somatisierung).	SCL90-R, prae-post-Differenz, durchschnittliche Gesamtsymptombelastung GSI, Kriterium für signifikante Verbesserung: Reliable Change Index (RCI) von Christensen & Mendoza, 1986.	1	-1 bis 1
2. Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens. Selbstbeurteilung zu Veränderungen z.B. im zwischenmenschlichen Kontakt, bezüglich Nervosität oder Optimismus.	VEV-K, einmalige direkte Veränderungsmessung, Summe 25 Items, klinische Signifikanznormen für signifikante Verbesserung, Verschlechterung, bzw. keine Änderung.	1	-1 bis 1
3. Gesundheitswissenschaftlicher Fragebogen (54 Fragen, Selbstbeurteilung) zu den psychologischen Dimensionen Selbstvertrauen, Transpersonales Vertrauen, Soziale Resonanz, Gesundheitsbezogene Kognitionen, Proaktive Einstellung.	FIG (Fragebogen Integrale Gesundheit, 54 Items, Belschner 1999a, b, 2001). prae-post-Differenz, Kriterium für sig. Verbesserung: Reliable Change Index (RCI) von Christensen & Mendoza, 1986.	1	-1 bis 1
4. Routinemäßige qualitative Patientenbeurteilung zur wahrgenommenen Qualität von 46 Struktur- und Prozeßmerkmalen der Behandlung (Räumlichkeiten, Organisation, Personal, Therapiedurchführungen).	Durchschnittliche Gesamtzufriedenheit als Mittelwert über 46 Items zur Struktur- und Prozeßqualität; Kriterium für Hoch-, Mittel- und Niedrig-Zufriedene anhand Drittelung der Verteilung.	1	0,5 bis 1,5
5. Globale Selbstbeurteilungen. Psy-BaDo-PTM Basisevaluation, 7 Items zu Bereichen: Körper, Psyche, Seele, Gesundheitsverständnis, Zukunftseinstellung, Verantwortungsübernahme.	Kriterium: Aufteilung der Einzelwerte nach Hoch-, Mittel- und Niedrig-Erfolg (-1, 0, 1 Punkt), anschließend gerundeter Mittelwert über die jeweiligen individuellen Einzelwerte.	1	-1 bis 1
6. Individuelle Therapieziele der Behandlung (maximal 5). Sie werden mit dem Arzt oder Psychologen zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende definiert, bzw. hinsichtlich Erreichungsgrad quantifiziert (Arztvalidierung).	Kriterium: Aufteilung der Einzelwerte nach Mißerfolg, kein Erfolg, geringer Erfolg, hoher Erfolg (-1, 0, 0,5, 1 Punkt), anschließend Summierung der Einzelwerte.	5	-5 bis 7,5
7. Ärztlich-psychologische Einschätzung des Therapieerfolgs körperlich und psychisch, Psy-BaDo-PTM Basisevaluation, 2 Items.	Kriterium: jeweils 1 Punkt für erfolgreiche Behandlung hinsichtlich des Merkmals.	2	-2 bis 2
	Summen	12	- 10,5 bis 15



Abb. 1: Therapieerfolg als multiples Ergebniskriterium für 390 Patienten der Caduceus Klinik



Tab. 2: Erfolgskategorien und MEK 12-Werte

Kategorie	MEK 12-Punktwert	Erreichung in % (von n=390)
kein Erfolg	-6 bis 0	7 %
Erfolg gering	1 bis 5	25 %
Erfolg hoch	6 bis 10	52 %
Erfolg sehr hoch	11 bis 15	16 %



5.4 Gesamt-Therapieerfolg als multiples Ergebniskriterium (MEK 12)

Entsprechend dem in Abschnitt 5.3 und Tabelle 1 beschriebenen multiplen Ergebniskriterium (MEK 12) wurden bisher für insgesamt 390 behandelte Patienten Erfolgswerte berechnet.

Zur übersichtlicheren Darstellung wurden die Ergebniswerte zu Kategorien zusammengefaßt. Tabelle 2 zeigt die Art dieser Zusammenfassung. In Einzelfällen berichteten Patienten verschlechterte MEK 12-Werte zwischen -4 und -6. Diese Patienten wurden der Kategorie kein Erfolg zugeordnet. Im Gesamtmittel wurde ein MEK 12-Wert von 6,5 erzielt. Abbildung 1 zeigt die Verteilung der Therapieerfolgswerte (MEK 12). 29 Patienten (7%) verschlechterten

sich im Laufe der Therapie, 96 Patienten erreichten nur geringen Erfolg. Einen Erfolg zwischen 1 und 6,5 Punkten, dem MEK-Mittelwert, erzielten insgesamt 39% der Patienten (ohne Abb.). 204 Personen, bzw. 52% der Untersuchten wiesen einen hohen Erfolg von bis zu 10 Punkten auf. Weitere 61 Entlassene (16%) konnten sogar sehr hohe Erfolge erreichen, die Hälfte von ihnen zwischen 11 und 12 Punkten.

Über zwei Drittel aller Patienten (68%) konnten bisher in der Caduceus Klinik hoch erfolgreich behandelt werden

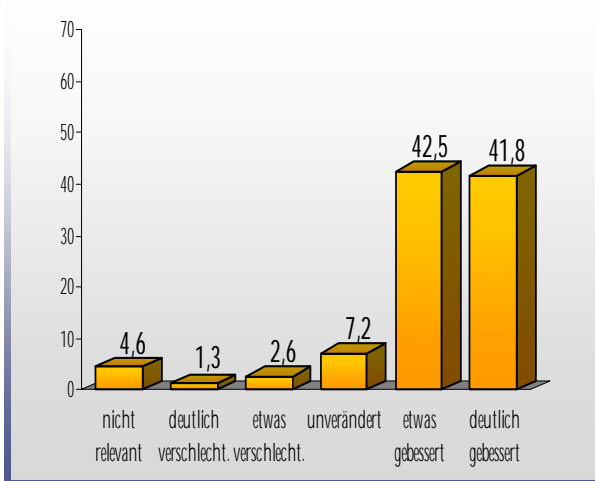


5.5 Zur Stabilität des Therapieerfolgs -

Vergleich der Therapieergebnisse zum Behandlungsende mit den katamnesticen Erfolgen nach einem Jahr

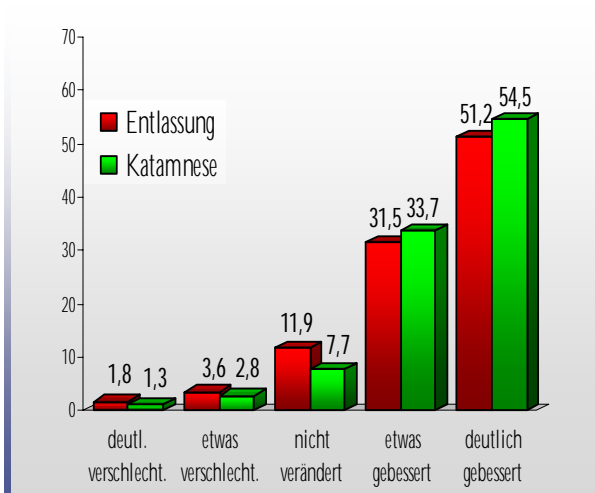
Den folgenden katamnesticen Auswertungen und Vergleichen liegt die oben im Abschnitt 5.1 beschriebene variante Stichprobe (n=153-168) zugrunde. Diese Datenbasis vermittelt bereits ein repräsentatives Bild für die längerfristigen Wirkungen unserer Behandlung.

Abb. 2: Verbesserte Alltagsbewältigung ein Jahr nach Entlassung in Prozent



Anm.: n=155

Abb. 3: Psychische Gesamtbesserung bei Entlassung und ein Jahr nach Entlassung in Prozent



Selbstbeurteilungen der Patienten. Am Ende der Behandlung und in gleicher Weise ein Jahr danach befragen wir unsere Patienten, inwieweit sich verschiedene Aspekte des psychischen Befindens und sozialer Integration verändert haben (z.B. Selbstwertgefühl, private Beziehungen, Verbesserung der Eigeninitiative und Übernahme von Verantwortung für ihr zukünftiges Leben, Alltagsbewältigung). Die prozentualen Ergebnisse dieser Einschätzungen sind in den Abbildungen 2 bis 8 wiedergegeben. Als katamnesticen Vergleichszeitraum für wahrgenommene Veränderungen sollten die Patienten den Beginn der Behandlung und den Katamnesezeitpunkt wählen. Damit sind die Ergebnisse graphisch anschaulich vergleichbar⁷.

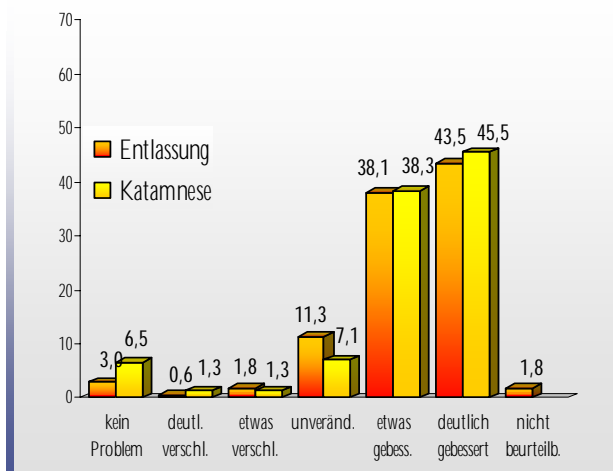
Alltagsbewältigung. Zur Frage, inwieweit sich unsere Patienten den Anforderungen ihres Alltags wieder gewachsen fühlen, zeigt Abb. 2 die prozentuale Verteilung der katamnesticen Ergebnisse. Die Befragten (n=155) gaben zu insgesamt 84,3% eine etwas oder deutlich verbesserte Alltagsbewältigung an. Dieses Ergebnis steht gewissermaßen stellvertretend für Erfolge bei anderen Aspekten psychischen Befindens.

Generelle psychische Besserung. Zusammengefaßt stellen bei Entlassung 82,7% der Patienten leichte oder deutliche Verbesserungen ihres psychischen Befindens fest (siehe Abb. 3, rot). Katamnestic wird dieses Ergebnis bestätigt: insgesamt 89,6% der Beantworter geben nach einem Jahr eine psychische Gesamtbesserung an (siehe Abb. 3, grün).

⁷ 46% der Patienten waren bis zur Aufnahme in die Caduceus Klinik in ambulanter Psychotherapie, im Jahr vor Aufnahme durchschnittlich 17 Tage. 85% der katamnesticen Befragten nahmen im Jahr nach der Behandlung ambulante Einzeltherapie in Anspruch, im Mittel 22 Stunden.

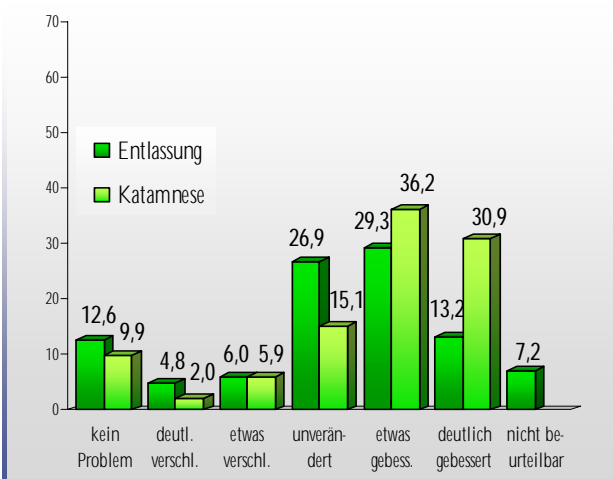


Abb. 4: Verbesserung des Selbstwertlebens in Prozent



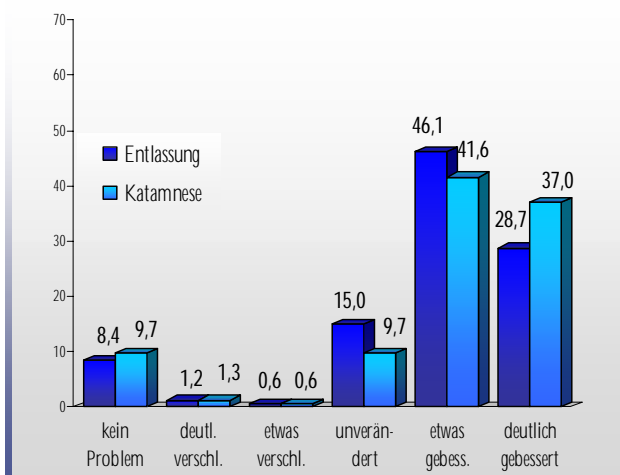
Anm.: n=153-168

Abb. 5: Verbesserung privater Beziehungen in Prozent



Anm.: n=153-168

Abb. 6: Verbesserung von Eigeninitiative und Verantwortungsübernahme in Prozent



Anm.: n=153-168

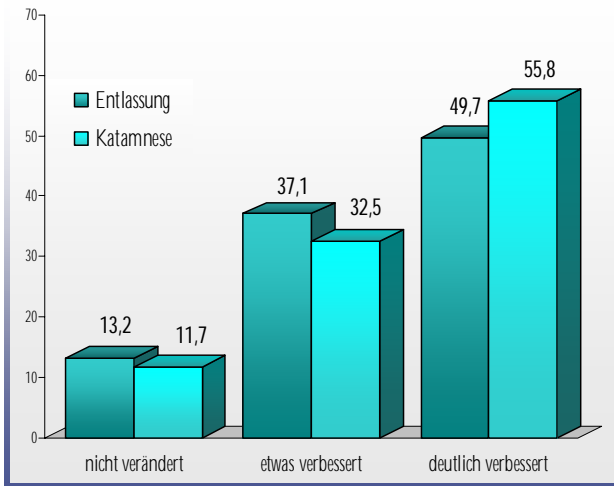
Gestärktes Selbstwertgefühl. Die Stärkung des Selbstwertes ist bekanntlich einer der wichtigen Einflußfaktoren bei psychischen Heilungsprozessen. Abb. 4 gibt die Verbesserungen des Selbstwertlebens und der Selbstannahme wieder. Insgesamt 81,6% der untersuchten Patienten (n=155) geben am Ende der Behandlungen ein etwas oder deutlich verbessertes Selbstwertgefühl an (orange). Insgesamt 83,8% der katamnestic Untersuchten (gelb) schätzen auch ein Jahr später ihr Selbstwertgefühl als etwas oder deutlich gebessert ein.

Soziale Beziehungen. Die Qualität der sozialen Kontakte und Beziehungen ist eine weitere wichtige Zielgröße psychotherapeutischer Prozesse. Insgesamt 42,5% der Patienten (n=155; siehe Abb. 5) stellen in ihren privaten Beziehungen zu Eltern, Partnern, Kindern oder Freunden bereits am Ende der Behandlung (grün) positive Veränderungen fest. 7,2 % können am Behandlungsende Veränderungen in ihren Beziehungen noch nicht beurteilen. Nach einem Jahr können unsere Patienten ihre Erfolge stabilisieren und weiter verbessern: Insgesamt 67,1% (siehe Abb. 5, hellgrün) geben nun leichte oder deutliche Erfolge in der Entwicklung ihrer Beziehungen an.

Eigeninitiative und Verantwortung. Die Entwicklung vorausschauenden eigeninitiativen Handelns im Sinne von Verantwortungsübernahme und Durchsetzungsvermögen in sozialen Kontakten oder im Hinblick auf die eigene Lebensgestaltung bildet einen weiteren Erfolgsindikator. Insgesamt 70,3% der Patienten (n=155; siehe Abb. 6, dunkelblau) geben für diesen Bereich *etwas* oder *deutlich* positive Veränderungen an. Nach einem Jahr steigt der Gesamtanteil an Verbesserungen auf 78,6%, bzw. 41,6% für *etwas gebessert* und 37% für *deutlich gebessert* (siehe Abb. 6, hellblau).

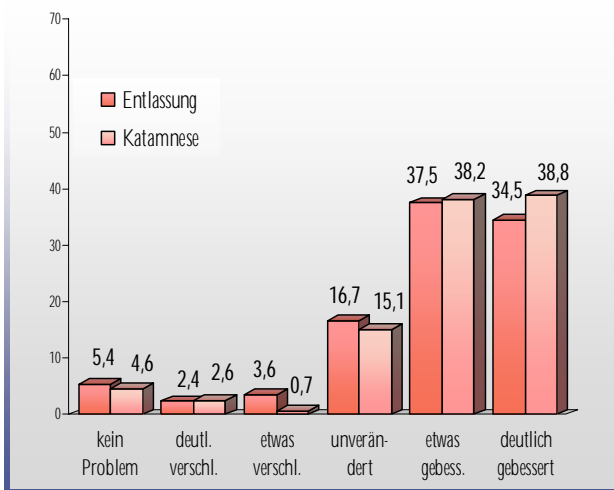


Abb. 7: Verbesserung des Krankheitsverständnisses und des proaktiven Handelns in Prozent bei Entlassung und ein Jahr nach Entlassung



Anm.: n=153-168

Abb. 8: Einstellung gegenüber durchführbaren Zukunftsplänen in Prozent bei Entlassung und ein Jahr nach Entlassung



Anm.: n=153-168

Krankheitsverständnis und proaktive Lebenseinstellung. Das Krankheitsverständnis unserer Patienten zusammen mit dem Bewußtsein, durch eigene Aktivität Lebensweisen gestalten und die Gesundheit erhalten zu können, verbessert sich bei den meisten. Zum Ende der Behandlung (s. Abb. 7, dunkelblau) geben 13,2% an, bzw. ein Jahr später 11,7%, diese Bewußtheit habe sich nicht verändert (s. Abb. 7, hellblau).

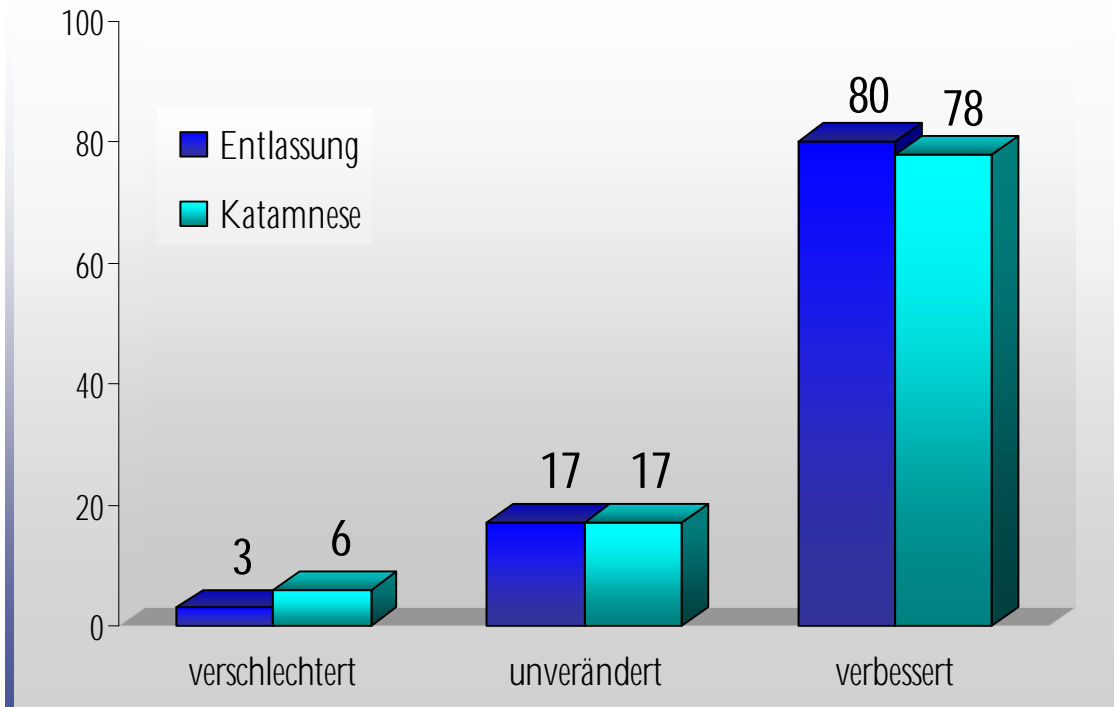
Insgesamt 86,8% der Patienten geben bei Entlassung und 88,3% der Patienten nach einem Jahr an, ein besseres Krankheitsverständnis entwickelt zu haben, wenn man die Kategorien *etwas* und *deutlich verbessert* (s. Abb. 7) jeweils zusammenrechnet.

Die meisten unserer Patienten spüren und bestätigen somit nachhaltig die Fähigkeit, in ihrem Leben durch eigene Aktivität Veränderungen herbeiführen zu können, weil sie verstanden haben, worunter sie leiden und welches ihre Probleme sind.

Einstellung gegenüber der persönlichen Zukunft. Auch die Einstellung gegenüber der Zukunft und grundsätzlich durchführbaren Zukunftsplänen (s. Abb. 8) verbessert sich zum Behandlungsende (rot) bei insgesamt 72% der Patienten und ein Jahr später (rosa) bei insgesamt 77% der Katamnesebeantworter, wenn man die Kategorien *etwas* - und *deutlich gebessert* jeweils zusammenfaßt.



Abb. 9: Prozentuale Veränderung der Gesamt-Symptombelastung entsprechend SCL-90-R (GSI) bei Entlassung und ein Jahr nach Entlassung



Anm.: variante Stichprobe: Entlassung (2001): n=149; Katamnese: n=143

Deutliche Reduktion der symptomatischen Belastung. Zu Beginn und am Ende der Behandlung befragen wir unsere Patienten mit einer Checkliste⁸ nach dem Ausmaß der Belastung durch 90 verschiedene Symptome somatischer und psychischer Bereiche, wie z.B. Depressivität, Angst, Somatisierung oder Unsicherheit im Sozialverhalten. In Abbildung 9 wird dargestellt, wieviel Prozent unserer Patienten sich hinsichtlich dieser Symptome statistisch gesichert verbesserten, d.h., einen kritischen Punktwert⁹ überschritten. Beurteilt wurde der Gesamtmittelwert (GSI¹⁰) des Tests. Der GSI ist der am häufigsten in der Literatur berichtete Ergebnisindex der SCL-90-R.

Von den 162 Patienten der Entlassungs-Stichprobe konnten 80% im Verlauf der Behandlung eine signifikante Reduktion ihrer symptomatischen Gesamtbelastung erzielen (s. Abb. 9). Nach einem Jahr bleibt der Prozentsatz der

Verbesserer mit 78% weitgehend stabil. 17% erzielen am Ende der Behandlung, und ein Jahr später keine Verbesserungen der Symptombelastung. 3% bei Entlassung, bzw. 6% nach einem Jahr geben Verschlechterungen der Symptomatik an. Diese Ergebnismerte können als sehr guter und über ein Jahr stabiler symptombezogener Therapieerfolg gewertet werden.

78% der Patienten erzielten in der Caduceus Klinik einen über ein Jahr hinweg stabilen symptombezogenen Therapieerfolg.

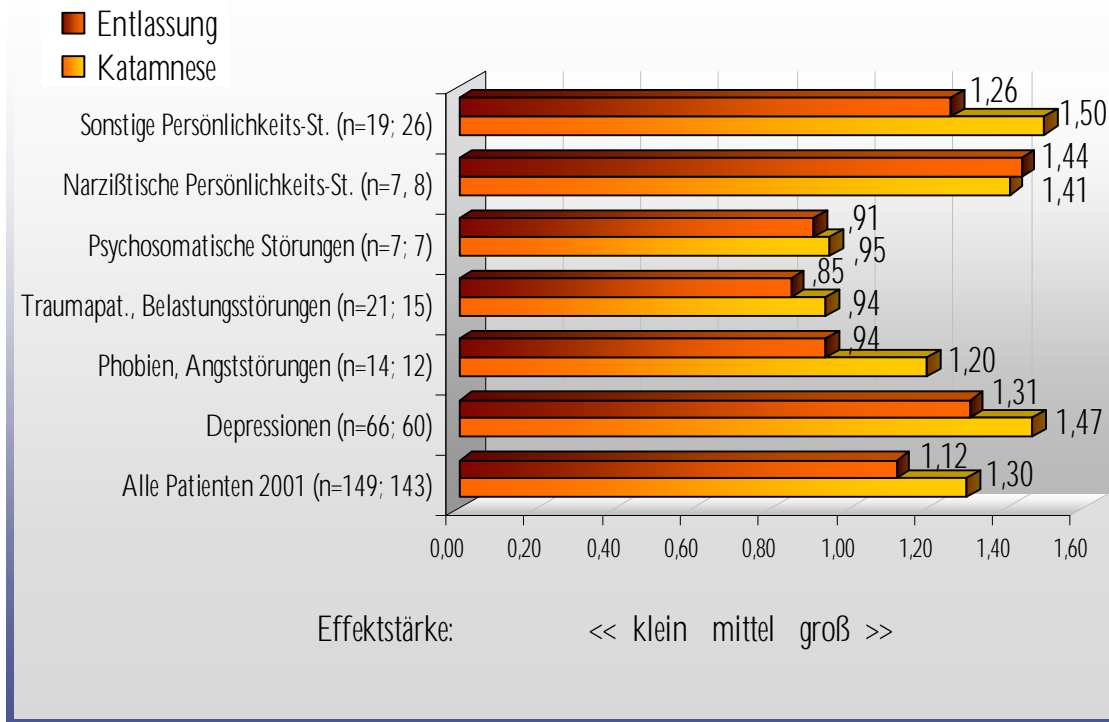
⁸ Symptomcheckliste 90, revidiert (SCL90-R), Derogatis (1977), deutsch: Franke (1995)

⁹ Dazu wurde der Reliable Change Index (RCI) nach Jakobson (1984), bzw. Christensen & Mendoza (1986) berechnet. Der RCI stellt eine hinsichtlich Testzuverlässigkeit und Signifikanz kritische Grenze dar, die überschritten werden muß, um von einer statistisch gesicherten Veränderung sprechen zu dürfen. Der RCI liefert vergleichbare Ergebnisse, wie die *kritische Differenz* nach Lienert.

¹⁰ general symptom index



Abb. 10: Therapie-Effektstärken für die Reduktion der Gesamtsymptombelastung entsprechend SCL-90-R (GSI) bei Entlassung und ein Jahr nach Entlassung



Anm.: Entlassung (2001): n=149; Katamnese: n=143

5.6 Therapie-Effektstärken bei Behandlungsende und nach einem Jahr - Störungsspezifische Auswertungen

Die sogenannte Effektstärke eines Behandlungserfolges ist ein gängiges Erfolgsmaß in vielen medizinischen und psychologischen Studien. Dieses Maß ist für den psychometrischen Laien zunächst relativ wenig anschaulich. Wir möchten es hier jedoch aus Gründen externer Vergleichbarkeit unserer Ergebnisse berichten.

Tab. 3: Bewertung von Effektstärken

Effektstärke	Bewertung
ab 0,22	bereits rentabel
0,31 bis 0,60	kleiner Effekt
0,61 bis 0,90	mittlerer Effekt
ab 0,91	großer Effekt

Zum Verständnis der Effektstärke. Zur Berechnung einer Effektstärke wird die von den Patienten zwischen Beginn und Ende ihrer Behandlung erreichte Verän-

derung ihrer Testwerte in Bezug gesetzt zur Streuung ihrer Testwerte zum Beginn der Behandlung¹¹. Tabelle 3 gibt einen Überblick¹², wie resultierende Effektstärken zu bewerten sind. Ab einer Effektstärke von 0,22 können stationäre psychotherapeutische Behandlungen bereits als volkswirtschaftlich rentabel angesehen werden¹³. In den 80er Jahren wurden Effektstärken für Psychotherapien¹⁴ um 0,85 berichtet.

In Abbildung 10 sind die in der Caduceus Klinik erzielten Effektstärken¹⁵ für die Symptomcheckliste (SCL-90-R) dargestellt, hier für die Reduktion der Gesamt-Symptombelastung (GSI), d.h., dem Mittelwert über alle 90 Symptom-Items. Es wurde für die wichtigsten Störungsgruppen getrennt ausgewertet. Die oberen roten Balken stehen je-

¹¹ Es gibt unterschiedliche Berechnungsverfahren, auf die wir jedoch im Rahmen dieser Auswertung nicht eingehen möchten. Siehe zu diesem Thema z.B.: Wittmann (1995); Hartmann & Herzog (1995); Mc Gaw & Glass (1980)

¹² nach Cohen (1988); der Wert 0,22 wurde hier zusätzlich eingefügt; in Metaanalyse-Studien liegen Psychotherapieeffekte zwischen 0,40 (Wittmann & Matt, 1986) und 1,11 (Grawe, Donati & Bernauer, 1994)

¹³ nach volkswirtschaftlichen Berechnungen für die Rentabilität rehabilitativer Maßnahmen von Wittmann (1996)

¹⁴ nach Smith, Glass & Miller (1980), Lipsey & Wilson (1993)

¹⁵ Hier wurden bei der Berechnung die Standardabweichungen für den Aufnahmezeitpunkt zugrundegelegt, da durchweg hochsignifikante Varianzhomogenisierungen (Levene-Tests) festgestellt werden konnten.



weils für die während der Behandlung erzielten Effekte (prae-post-Vergleich), die jeweils unteren gelben Balken in Abb. 10 stehen für die während des gesamten Katamnesezeitraums erzielten Effekte (prae-Katamnese-Vergleich).

Hocheffektive Behandlungen aller Hauptindikationen. Unsere Patienten erzielen durchweg Therapieeffekte, welche als sehr hoch bezeichnet werden dürfen. Für den Vergleich von Effektstärken für den Zeitraum der Behandlung und den Zeitraum vom Beginn der Behandlung bis zur Katamnese nach einem Jahr wurden zwei unterschiedliche, jedoch etwa gleich große Stichproben zugrundegelegt. Die Entlassungs-Effektstärken wurden über alle in 2001 entlassenen Patienten berechnet (berechenbar $n=149$). Damit liegen konservative Vergleichskriterien vor, welche nicht durch eventuelle Stichprobenselektion beeinflusst sind. Die Katamnese-Effekte wurden für alle erhobenen katamnestischen Daten für Behandlungen zwischen 1999 und 2001 berechnet ($n=143$). Bei der nach Diagnosegruppen getrennten Auswertung wurden gering besetzte Störungsgruppen ($n < 7$) aus Übersichtsgründen ausgelassen oder zusammengefaßt. Die durchweg höheren Effektstärken der katamnestisch Untersuchten sind vermutlich z.T. mitbedingt durch positive Stichprobenselektion bei Katamneserückmeldern. Die exakt gepaarten Vergleichswerte *dieser* Katamnesestichprobe für den *Behandlungszeitraum* (hier ohne Darstellung) würden durchweg höher liegen, d.h. näher bei den jeweiligen Katamneseeffekten.

Die Höhe der Effektstärken (s. Abb. 10) verdeutlicht, daß bis auf eine Ausnahme bei Traumapatienten (.85) große Effekte (ab .91) erzielt werden. Als weiteres ist festzustellen, daß die Effekte über ein Jahr hinweg als stabil angesehen werden können. Das bedeutet inhaltlich, daß es den Patienten gelingt, die während der Behandlung in der Caduceus Klinik erhaltenen symptombezogenen Impulse und Entwicklungsanregungen im Alltag zu adaptieren, oder in anderen Worten: weitgehend symptomfrei zu bleiben.

Insbesondere werden bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen sehr hohe symptombezogene Effekte erzielt. Die noch als mittelhoch zu bewertenden Effekte bei Traumapatienten stellen angesichts der hohen Chronifizierungen und meist hohen Störungsintensität und Störungskomplexität dieser Gruppe ebenfalls ein gutes Ergebnis dar.

Die Caduceus Klinik erzielt in allen Behandlungsschwerpunkten hohe bis sehr hohe symptombezogene Therapie-Effekte

Die Caduceus Klinik weist sich insofern über das gesamte Spektrum ihrer Behandlungsschwerpunkte hinweg - und im Sinne des Kriteriums extern vergleichbar - als hoch effektiv arbeitend aus.



6. Literatur

- Bantelmann, J. (2000a). Jahresbericht 1999-2000 für die Caduceus Klinik. Caduceus Klinik, Bad Bevensen
- Bantelmann, J. (2000b). Konzeptvalidierung für die Caduceus Klinik im Rahmen des Jahresbericht Juli 1999 - Juli 2000. Manuskript zur Veröffentlichung bei Kostenträgern, Kooperationspartnern und Gesundheitsdiensten. Caduceus Klinik.
- Bantelmann, J. (2000c). Kurzbericht anlässlich des Tags der offenen Tür 2000 für die Caduceus Klinik. Manuskript zur Veröffentlichung bei Kostenträgern, Kooperationspartnern und Gesundheitsdiensten. Caduceus Klinik.
- Bantelmann, J. (2000d). Bewerbung Niedersächsischer Krankenhausespreis 2000 für Innovationen und Qualitätsmanagement, Schwerpunkt Konzeptevaluation und Ergebnisqualität stationärer Psychotherapie. Unveröffentlichtes Manuskript. Caduceus Klinik.
- Bantelmann, J. (2000e). Bewerbung Klinikförderpreis 2000 der Bayerischen Landesbank - Wirtschaftliche Evaluation eines innovativen Konzepts stationärer Psychotherapie. Manuskript. Caduceus Klinik.
- Bantelmann, J. & Findeisen, P. (2001). Integrale Psychotherapie in der Caduceus Klinik. Posterpräsentation zur qualitativen Retreatforschung auf dem V. Kongress für Gesundheitspsychologie, 04.-07.04.01, Oldenburg: Carl von Ossietzky Universität
- Belschner, W. (1999a). Gottvertrauen und Selbstvertrauen als Komponenten eines Konzepts von Integraler Gesundheit. Vortrag 2. Workshop Transpersonale Psychologie und Psychotherapie des Deutschen Kollegiums für Transpersonale Psychologie und Psychotherapie (DKTP), 25.01.99, Bad Kissingen
- Belschner, W. (1999b). Integrale Gesundheit und die Erfahrung des Humanum. Vortrag anlässlich des 4. Symposiums für gesundheitswissenschaftliche Forschung, Fribourg, Schweiz
- Belschner, W. (2001). Tun und Lassen: Ein komplementäres Konzept der Lebenskunst. Transpersonale Psychologie und Psychotherapie 2/2001, 85-102
- Belschner, W., Bantelmann, J. & Galuska, J. (1999). Fragebogen Integrale Gesundheit - 60 (FIG-60). Unveröffentl. Manuskript. Universität Oldenburg und Fachklinik Heiligenfeld
- Christensen, L. & Mendoza, J. L. (1986). A method of assessing change in single subject: An alteration of the RCI index. Behavior Therapy, 18, 308-308
- Derogatis, L.R. (1996, 4A) Symptom-Check-Liste (SCL-90-R). Collegium Internationale Psychiatricae Scalarium (Hrsg.), Internationale Skalen für die Psychiatrie. Weinheim: Beltz
- Franke, G.H. (1995). SCL-90-R. Die Symptom-Check-Liste von Derogatis - Deutsche Version. Manual. Göttingen: Beltz
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe
- Hartmann, A. & Herzog, T. (1995). Varianten der Effektstärkenberechnung in Meta-Analysen: Kommt es zu variablen Ergebnissen? Zeitschrift für klinische Psychologie, 24 (4), 337-343
- Horowitz, L. M., Strauß, B. & Kordy, H. (1993). Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme. Deutsche Version (IIP-D). Weinheim: Beltz
- ICD-10: Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Bern: Huber
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 12-19
- Kriebel, R., Paar, G. H. & Schmitz-Buhl, M. (1998). Veränderungserleben vor und nach psychosomatischer Rehabilitation: Eine Untersuchung mit dem Veränderungsfragebogen von Zielke & Kopf-Mehnert. DRV Schriften, Band 11, 460-462
- Lienert, G. A. (1969). Testaufbau und Testanalyse. München: Psychologie Verlags Union
- Lipsey, M.W & Wilson, D.B. (1993). The Efficacy of Psychological, Educational and Behavioral Treatment-Confirmation from Meta-Analysis. American Psychologist, 48 (12), 1181-1209
- Mestel, R., Erdmann, A., Schmid, M., Klingelhöfer, J., Stauss, K. & Hautzinger, M. (2000). Verläufe nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation von depressiven Patienten. In VDR (Hrsg.), Reha-Bedarf (9. Rehawissenschaftliches Kolloquium vom 12.-15. März 2000 in Würzburg, Band 13). Frankfurt am Main: DRV Schriften
- Schauenburg, H. & Strack, M. (1998). Die Symptom Checklist 90 R (SCL-90-R) zur Darstellung von statistisch- und klinisch-signifikanten Psychotherapieergebnissen. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 47, 257-264
- Schmitz, N. & Davies-Osterkamp, S. (1997). Klinische und Statistische Signifikanz - diskutiert am Beispiel der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R). Diagnostica, 1997, 43 (1), 80-96
- Smith, M.L, Glass, G.V. & Miller, T.I. (1980). The benefits of psychotherapy. Baltimore: John Hopkins Press
- Von Heymann F, Zaudig M, Tritt K u.a. (in Druck.). Multicenter-Basisdokumentation (Psy-BaDo-PTM) als Grundlage qualitätssichernder Maßnahmen in der stationären Psychosomatik: Erste Ergebnisse. Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik (IOP), München, erscheint 2002
- Wittmann, W.W. (1996). Evaluation in der Rehabilitation, Wo stehen wir heute? In VDR (Hrsg.), Evaluation in der Rehabilitation, Frankfurt: DRV-Schriften, Band 6, 27-37
- Wittmann, W.W. & Matt, G.E. (1986). Meta-Analyse als Integration von Forschungsergebnissen am Beispiel deutschsprachiger Arbeiten zur Effektivität von Psychotherapie. Psychologische Rundschau, 37, 20-40

Autorenanschriften

Jürgen Bantelmann
Dipl.-Psych. - Psychotherapeut
Klinik- und Praxisberatung
Schaumburgstr. 15
97702 Münnerstadt
Tel: 09733 780690
Fax: 09733 780691
E-Mail: Bantelmann@t-online.de
www.bantelmann.com

Peter Findeisen
Leitender Arzt
Caduceus Klinik
Arzt für Neurologie u. Psychiatrie,
Psychotherapie- Arzt für
Psychotherapeutische Medizin
Niendorfer Weg 5
29549 Bad Bevensen
Tel.: 05821 1333
Fax: 05821 1310
E-Mail: klinik@caduceus.de
www.caduceus.de



Version 10.02.03 u. 11.03

