

Effektivität einer teilstationären psychosomatischen Behandlung für Ältere

Eine naturalistische Studie an der Psychosomatischen Tagesklinik
für Ältere am Klinikum Nürnberg

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

doctor philosophiae (Dr. phil.)

vorgelegt dem Rat der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften

der Friedrich-Schiller-Universität Jena

von Dipl.-Psych. Christina Wunner

geboren am 07.08.1980 in Nürnberg

Gutachter

1. Prof. Dr. Bernhard Strauß (Universität Jena)
2. Prof. Dr. Gabriele Wilz (Universität Jena)

Tag der mündlichen Prüfung: 14.05.2012

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	16
-------------------------	-----------

Teil I: Theoretische Grundlagen der psychotherapeutischen und psychosomatischen Behandlung Älterer

1 Psychische Erkrankungen im Alter	20
1.1 Psychischer und körperlicher Alterungsprozess	20
1.2 Konzepte psychischer Störungen im Alter	26
1.2.1 Aktualkonflikte	26
1.2.2 neurotische Konflikte	27
1.2.3 Posttraumatische Belastungsstörungen / Trauma-Reaktivierung	28
1.3 Epidemiologie ausgewählter psychischer Erkrankungen im Alter	31
1.3.1 Depressive Störungen	32
1.3.2 Angsterkrankungen	35
1.3.3 Somatoforme Störungen	38
1.3.4 Substanzmissbrauch und -abhängigkeit	39
2 Alterspsychotherapie	44
2.1 Entwicklung der Alterspsychotherapie	44
2.2 Besonderheiten und Schwierigkeiten bei der psychotherapeutischen Behandlung Älterer	49
2.3 psychotherapeutische Grundverfahren und weitere Techniken in der Alterspsychotherapie	59
2.4 Gruppenpsychotherapie mit Älteren	67
3 Gerontopsychosomatik	77
3.1 Entwicklung der Gerontopsychosomatik	77
3.2 Der ältere Patient in der Psychosomatik	78
4 Versorgungsstrukturen: psychotherapeutische Angebote für Ältere	80
4.1 gerontopsychiatrische Einrichtungen	85
4.2 gerontopsychosomatische Einrichtungen	87
4.3 ambulante Psychotherapie	89
4.4 Beratung und Altenhilfe	93
5 Qualitätssicherung in der Psychotherapie	94
5.1 Evaluation im Gesundheitswesen	94
5.2 Outcome-Studien zur Psychotherapie im Alter	103

Teil II: Empirische Untersuchung – Evaluation der Psychosomatischen Tagesklinik für Ältere (PTK 55+)

6	Die Psychosomatische Tagesklinik für Ältere 55+	109
6.1	Der Anfang	109
6.2	Das Konzept.....	110
6.2.1	Warum tagesklinisch?.....	110
6.2.2	Organisatorische und inhaltliche Rahmenbedingungen.....	112
6.2.3	Therapieinhalte	114
7	Untersuchungsdesign	120
7.1	Beschreibung des Forschungsvorhabens	120
7.1.1	Untersuchungsplan.....	120
7.1.2	Hypothesen	121
7.1.3	Überprüfung der Therapieeffekte	123
7.2	Schätzung der notwendigen Anzahl an Untersuchungsteilnehmern	124
8	Studiendurchführung und Stichprobenbeschreibung	125
8.1	Ein- bzw. Ausschlusskriterien	125
8.2	Teilnehmergewinnung und Stichprobenentwicklung.....	125
8.3	Durchführung der Datenerhebung	131
8.4	Beschreibung der Studienteilnehmer	133
8.4.1	demografische Variablen	134
8.4.2	krankheitsbezogene Merkmale	138
8.4.3	therapiebezogene Merkmale	150
8.5	zusammenfassende Diskussion der Stichprobenmerkmale	153
8.6	statistische Analyse der Stammdaten.....	157
8.7	deskriptive Analyse der drop-outs	158
8.8	Exkurs: Migrationshintergrund.....	161
9	Untersuchungsinstrumentarium	163
9.1	Übersicht.....	163
9.2	Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D) ...	164
9.3	Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D).....	165
9.4	Gießener Beschwerdebogen – Kurzform (GGB-24)	166
9.5	WHOQOL-OLD	167
9.6	Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme – Deutsche Version, Kurzform (IIP-C)	168
9.7	Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS).....	169

9.8	Nürnberger-Alters-Inventar (NAI)	170
9.8.1	Zahlen-Verbindungs-Test (ZVT-G).....	170
9.8.2	Labyrinth-Test (LT-G).....	171
9.8.3	Wortliste	171
9.8.4	Nürnberger-Alters-Rating (NAR).....	172
9.9	Nürnberger Entlassfragebogen	172
9.10	Katamnesefragebogen.....	173
10	Ergebnisse	174
10.1	Veränderungen vom Vorgespräch bis zur Entlassung.....	175
10.1.1	gruppenstatistische Analyse.....	175
10.1.2	Analyse individueller Veränderungen	182
10.1.3	Prädiktoren des unmittelbaren Therapieerfolgs	187
10.2	Katamnese: Veränderungen vom Vorgespräch bis zum Follow-up.....	192
10.2.1	gruppenstatistische Analyse.....	192
10.2.2	Analyse individueller Veränderungen	198
10.2.3	Prädiktoren des mittelfristigen Therapieerfolgs.....	202
10.2.4	Analyse der drop-outs bzw. Nicht-Antworter.....	206
10.3	Veränderungen von der Entlassung bis zur Katamnese	210
10.4	Beurteilung der Therapie aus Patientensicht	218
10.4.1	Entlassfragebogen.....	218
10.4.2	Katamnesefragebogen.....	226
10.4.3	Veränderungen in der Beurteilung von der Entlassung bis zur Katamnese.....	233
10.4.4	Analyse der Nicht-Antworter.....	234
10.5	Exploratorische Analysen.....	234
10.5.1	Definition und gruppenstatistische Analyse eines globalen Therapieerfolgsmaßes	234
10.5.2	Beurteilung der Therapie aus Patientensicht: Vergleich mit jüngeren Patienten.....	244
10.5.3	Besonderheiten bei Patienten mit Migrationshintergrund	248
10.5.4	Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	249
10.5.5	Therapieerfolg und Patientenzufriedenheit.....	251
10.6	Nachsorge	252

Teil III: Diskussion und Ausblick

11	Interpretation der Ergebnisse	254
11.1	Wirksamkeit der Behandlung	254
11.2	Prädiktoren des Therapieerfolgs	262
11.3	Response und Non-Response	265
11.4	Veränderung des Inanspruchnahmeverhaltens von Gesundheitsleistungen	268
11.5	Nachsorge	272
11.6	Beurteilung der Therapie aus Patientensicht	273
11.7	Vergleich mit anderen Studien zur Effektivität psychosomatischer Behandlung	275
12	Besonderheiten in der tagesklinischen psychosomatischen Behandlung Älterer	277
13	Kritische Anmerkungen.....	284
14	Ausblick und Forschungsbedarf in der Zukunft.....	287
15	Zusammenfassung	289
16	Literaturverzeichnis	291
17	Anhang	324
17.1	15 Regeln für gesundes Älterwerden (A. Kruse).....	324
17.2	Gruppenregeln in der PTK 55+	325
17.3	Therapieplan in der PTK 55+	328
17.4	Fragebogenformat der Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D)	329
17.5	Fragebogenformat des Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-D)....	331
17.6	Fragebogenformat des Gießener Beschwerdebogens – Kurzform (GEB-24)	335
17.7	Fragebogenformat des WHOQOL-OLD	336
17.8	Die Facetten des WHOQOL-OLD	342
17.9	Fragebogenformat des Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme – Deutsche Version, Kurzform (IIP-C)	344
17.10	Subskalen des Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme – Deutsche Version, Kurzform (IIP-C)	348
17.11	Fragebogenformat des Zahlen-Verbindungs-Tests (ZVT-G).....	349
17.12	Fragebogenformat des Labyrinth-Tests (LT-G)	350

17.13	Fragebogenformat der Wortliste.....	351
17.14	Fragebogenformat des Nürnberger-Alters-Ratings (NAR)	352
17.15	Fragebogenformat des Nürnberger Entlassfragebogens	353
17.16	Fragebogenformat des Katamnesebogens	360
17.17	Variablen mit Normalverteilung nach Kolmogorov-Smirnoff.....	363
17.18	Ergebnis der T-Tests für unabhängige Stichproben (Responder vs. Non-Responder bei der Entlassung) in Bezug auf Therapiemotivation und Behandlungsdauer	364
17.19	Ergebnisse der Chi-Quadrat-Tests (Responder vs. Non-Responder bei der Entlassung) in Bezug auf psychiatrische und psychotherapeutische Vorerfahrung	365
17.20	Ergebnisse der Chi-Quadrat-Tests (Responder vs. Non-Responder bei der Katamnese) in Bezug auf die Inanspruchnahme von Einzel- und Gruppenpsychotherapie.....	366

Tabellen

Tabelle 1: Studien zu Prävalenzen von Angst- und Zwangsstörungen im Alter.....	36
Tabelle 2: Merkmale der Alkoholabhängigkeit mit frühem und spätem Beginn.....	41
Tabelle 3: Diagnosen bei älteren Patienten in ambulanter Psychotherapie (Mehrfachnennungen möglich)	91
Tabelle 4: Zugangswege der behandelten älteren Patienten (Mehrfachnennungen möglich)	92
Tabelle 5: Vor- und Nachteile randomisierter kontrollierter Studien.....	99
Tabelle 6: Personal in der PTK 55+ (Qualifikation, Zuständigkeit, Stellenanteil	114
Tabelle 7: Einsatz des Untersuchungsinstrumentariums zu den vier Messzeitpunkten	124
Tabelle 8: Gründe für Nicht-Eignung der Patienten in Anlehnung an die OPD	126
Tabelle 9: erhobene Patienten- und Behandlungsmerkmale	133
Tabelle 10: Herkunftsländer der Patienten	135
Tabelle 11: zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit der Patienten.....	137
Tabelle 12: Empfehler der Behandlung in der PTK 55+.....	139
Tabelle 13: Überweisungsdiagnosen der Patienten	140
Tabelle 14: Stundenzahl ambulanter psychotherapeutischer Vorerfahrung.....	142
Tabelle 15: Abusus und Abhängigkeit in Bezug auf Nikotin, Alkohol und Medikamente (in Prozent)	144
Tabelle 16: Fachrichtungen der aufgesuchten Ärzte (Anteil in %).....	147
Tabelle 17: Anzahl und Art der ambulanten Untersuchungen in den sechs Monaten vor der Aufnahme in der PTK 55+.....	149
Tabelle 18: Aufnahmegründe stationärer Krankenhausaufenthalte in den sechs Monaten vor der Aufnahme in der PTK 55+.....	150
Tabelle 19: Nachsorgeempfehlungen bei der Entlassung (Mehrfachnennungen möglich)	152
Tabelle 20: Psychopharmakologische Medikation bei Aufnahme und Entlassung.....	153
Tabelle 21: Ergebnisse der Varianzanalyse über die ersten drei Messzeitpunkte	176
Tabelle 22: Effektstärken für die Zeiträume Vorgespräch-Aufnahme und Aufnahme-Entlassung	177

Tabelle 23: PHQ-D: somatoformes Syndrom, major depressives Syndrom, andere depressive Syndrome, Paniksyndrom, andere Angstsyndrome zu den ersten drei Messzeitpunkten	179
Tabelle 24: klinisch signifikante Veränderungen zwischen Aufnahme und Entlassung nach dem Reliable Change Index	183
Tabelle 25: Cut-off-Werte für HADS-A/D, PHQ-9, BSS und NAI.....	185
Tabelle 26: Patientenanteile im unauffälligen und pathologischen Bereich im Vergleich von Aufnahme und Entlassung, beurteilt nach dem Cut-off.....	186
Tabelle 27: Residual Gain Scores bei der Entlassung	188
Tabelle 28: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS HADS-Angst.....	189
Tabelle 29: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS GBB_Magenbeschwerden	189
Tabelle 30: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS GBB_Herzbeschwerden.....	190
Tabelle 31: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS GBB_Beschwerdedruck.....	190
Tabelle 32: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS WHOQOL_Sinn	190
Tabelle 33: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS IIP_HI	190
Tabelle 34: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS BSS_gesamt	191
Tabelle 35: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS BSS_psychisch.....	191
Tabelle 36: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS BSS_körperlich.....	191
Tabelle 37: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS BSS_sozialkommunikativ.....	192
Tabelle 38: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS NAI_NAR.....	192
Tabelle 39: Ergebnisse der Varianzanalyse über alle vier Messzeitpunkte.....	193
Tabelle 40: Effektstärken für die Zeiträume Entlassung-Katamnese und Aufnahme-Katamnese	194
Tabelle 41: PHQ-D: somatoformes Syndrom, major depressives Syndrom, andere depressive Syndrome, Paniksyndrom, andere Angstsyndrome zu den vier Messzeitpunkten	196
Tabelle 42: klinisch signifikante Veränderungen zwischen Aufnahme und Katamnese nach dem Reliable Change Index	199
Tabelle 43: Patientenanteile im unauffälligen und pathologischen Bereich im Vergleich von Aufnahme und Katamnese, beurteilt nach dem Cut-off.....	201
Tabelle 44: Residual Gain Scores bei der Katamnese	203
Tabelle 45: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS HADS-Angst.....	204
Tabelle 46: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS WHOQOL_Aktivitäten.....	204

Tabelle 47: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS WHOQOL_Sinn	204
Tabelle 48: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS BSS_psychisch.....	205
Tabelle 49: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS BSS_körperlich.....	205
Tabelle 50: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS NAI_Labyrinth-Test	205
Tabelle 51: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS NAI_Wortliste	205
Tabelle 52: klinisch signifikante Veränderungen im Vergleich von Aufnahme-Entlassung und Aufnahme-Katamnese nach dem Reliable Change Index.....	216
Tabelle 53: Patientenanteile im unauffälligen und pathologischen Bereich im Vergleich von Aufnahme, Entlassung und Katamnese, beurteilt nach dem Cut-off.....	217
Tabelle 54: Schul- und Berufsabschluss sowie die aktuelle Tätigkeit im Vergleich von Respondern und Non-Respondern bei der Entlassung	235
Tabelle 55: Behandlungsempfeher im Vergleich von Respondern und Non-Respondern bei der Entlassung	236
Tabelle 56: Hauptdiagnosen im Vergleich von Respondern und Non-Respondern bei der Entlassung	237
Tabelle 57: Nebendiagnosen im Vergleich von Respondern und Non-Respondern bei der Entlassung	237
Tabelle 58: Therapiemotivation, Behandlungs- und Beschwerdedauer, psychotherapeutische Vorerfahrung und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens im Vergleich von Respondern und Non-Respondern bei der Entlassung	239
Tabelle 59: Schul- und Berufsabschluss sowie die aktuelle Tätigkeit im Vergleich von Respondern und Non-Respondern beim Follow-up	240
Tabelle 60: Behandlungsempfeher im Vergleich von Respondern und Non-Respondern beim Follow-up	241
Tabelle 61: Hauptdiagnosen im Vergleich von Respondern und Non-Respondern beim Follow-up	241
Tabelle 62: Nebendiagnosen im Vergleich von Respondern und Non-Respondern beim Follow-up	242
Tabelle 63: Therapiemotivation, Behandlungs- und Beschwerdedauer, psychotherapeutische Vorerfahrung und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens im Vergleich von Respondern und Non-Respondern beim Follow-up	242

Tabelle 64: Ergebnisse des Mittelwertvergleichs mittels T-Test für die Skalen „Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis“, „erlebte Veränderung durch die Psychotherapie“, „Zurechtkommen nach der Entlassung“ und „weiterer Psychotherapiebedarf nach der Entlassung“ im Vergleich der Stichprobe mit zwei anderen Therapiegruppen	247
Tabelle 65: Patientenbewertung einzelner Wirkfaktoren der psychotherapeutischen Behandlung im Vergleich der Stichprobe mit zwei anderen Therapiegruppen.....	247
Tabelle 66: hierarchische Ordnung der Patientenbewertung einzelner Wirkfaktoren der psychotherapeutischen Behandlung im Vergleich der Stichprobe mit zwei anderen Therapiegruppen.....	248
Tabelle 67: Umsetzung der Nachsorgeempfehlungen	252
Tabelle 68: Ergebnisse des Mittelwertvergleichs mittels T-Test für die Skalen „Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis“ und „erlebte Veränderung durch die Psychotherapie“ bei der Entlassung im Vergleich von Respondern und Non-Respondern.....	253

Abbildungen

Abbildung 1: Flussdiagramm der Stichprobenentwicklung in Anlehnung an das CONSORT-Statement.....	130
Abbildung 2: Altersverteilung	134
Abbildung 3: Familienstand der Patienten.....	136
Abbildung 4: aktuelle Tätigkeit der Patienten	138
Abbildung 5: Beschwerdedauer in Bezug auf die Hauptdiagnose (angegeben in Jahren).....	141
Abbildung 6: Therapiemotivation, fremdeingeschätzt beim prästationären Gespräch	143
Abbildung 7: Abusus und Abhängigkeit in Bezug auf Nikotin, Alkohol und Medikamente	143
Abbildung 8: Verteilung der Hauptdiagnosen	145
Abbildung 9: Anzahl der Arztbesuche in den sechs Monaten vor der Aufnahme in der PTK 55+	147
Abbildung 10: Verteilung der Patienten auf die verschiedenen Facharzttrichtungen	148
Abbildung 11: Behandlungsdauer: Verteilung der Behandlungstage.....	151
Abbildung 12: grafische Darstellung der Mittelwertveränderung über die vier Messzeitpunkte in der Skala HADS-Ängstlichkeit.....	211
Abbildung 13: grafische Darstellung der Mittelwertveränderung über die vier Messzeitpunkte in der Skala HADS-Depressivität.....	211
Abbildung 14: grafische Darstellung der Mittelwertveränderung über die vier Messzeitpunkte im PHQ-15	212
Abbildung 15: grafische Darstellung der Mittelwertveränderung über die vier Messzeitpunkte im PHQ-9	212
Abbildung 16: grafische Darstellung der Mittelwertveränderung über die vier Messzeitpunkte im GBB-Beschwerdedruck	213
Abbildung 17: grafische Darstellung der Mittelwertveränderung über die vier Messzeitpunkte im IIP-C (Gesamtwert	213
Abbildung 18: grafische Darstellung der Mittelwertveränderung über die vier Messzeitpunkte im BSS (Gesamtwert.....	214
Abbildung 19: Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis bei der Entlassung	219
Abbildung 20: erlebte Veränderung durch die Psychotherapie bei der Entlassung	219
Abbildung 21: Zurechtkommen nach der Entlassung.....	220

Abbildung 22: Psychotherapiebedarf nach der Entlassung	220
Abbildung 23: „Ich habe viel über psychosomatische Zusammenhänge erfahren.“ (Entlassung)	222
Abbildung 24: „Ich kann mich selbst besser verstehen.“ (Entlassung)	222
Abbildung 25: „Ich wurde von den Mitpatienten so akzeptiert wie ich bin.“ (Entlassung)	223
Abbildung 26: „Ich habe die Erfahrung gemacht, dass ich mit meinen Problemen nicht alleine bin.“ (Entlassung)	223
Abbildung 27: „Ich habe neue Erfahrungen in der Gruppentherapie gemacht.“ (Entlassung)	224
Abbildung 28: „Ich komme mit meinen Problemen, mit denen ich in die Klinik kam, besser zurecht.“ (Entlassung)	224
Abbildung 29: „Ich habe Methoden kennengelernt, die ich auch zu Hause anwenden kann.“ (Entlassung)	225
Abbildung 30: „Ich konnte soziale Kontakte knüpfen, die ich auch nach der Behandlung nutzen kann.“ (Entlassung)	225
Abbildung 31: Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis beim Follow-up	227
Abbildung 32: erlebte Veränderung durch die Psychotherapie beim Follow-up	227
Abbildung 33: Zurechtkommen nach der Entlassung im Rückblick beim Follow-up ..	228
Abbildung 34: Psychotherapiebedarf beim Follow-up	228
Abbildung 35: „Ich habe viel über psychosomatische Zusammenhänge erfahren.“ (Follow-up)	229
Abbildung 36: „Ich kann mich selbst besser verstehen.“ (Follow-up)	229
Abbildung 37: „Ich wurde von den Mitpatienten so akzeptiert wie ich bin.“ (Follow-up)	230
Abbildung 38: „Ich habe die Erfahrung gemacht, dass ich mit meinen Problemen nicht alleine bin.“ (Follow-up)	230
Abbildung 39: „Ich habe neue Erfahrungen in der Gruppentherapie gemacht.“ (Follow-up)	231
Abbildung 40: „Ich komme mit meinen Problemen, mit denen ich in die Klinik kam, besser zurecht.“ (Follow-up)	231
Abbildung 41: „Ich habe Methoden kennengelernt, die ich auch zu Hause anwenden kann.“ (Follow-up)	232
Abbildung 42: „Ich konnte soziale Kontakte knüpfen, die ich auch nach der Behandlung nutzen kann.“ (Follow-up)	232

Abbildung 43: Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis bei der Entlassung im Vergleich der Stichprobe mit zwei anderen Therapiegruppen	244
Abbildung 44: erlebte Veränderung durch die Psychotherapie bei der Entlassung im Vergleich der Stichprobe mit zwei anderen Therapiegruppen	245
Abbildung 45: Zurechtkommen nach der Entlassung im Vergleich der Stichprobe mit zwei anderen Therapiegruppen	245
Abbildung 46: Psychotherapiebedarf nach der Entlassung im Vergleich der Stichprobe mit zwei anderen Therapiegruppen	246
Abbildung 47: Anzahl der Arztbesuche in den sechs Monaten vor der Aufnahme und vor der Katamnese	249
Abbildung 48: Verteilung der Patienten auf die verschiedenen Facharzttrichtungen im Vergleich des Zeitraums von sechs Monaten vor der Aufnahme und vor der Katamnese	250

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Bernhard Strauß, der diese Arbeit aus der Ferne betreut hat, mir jederzeit für Fragen zur Verfügung stand und mit seinen inhaltlichen Anregungen sehr zum Gelingen beigetragen hat. Frau Prof. Dr. Gabriele Wilz danke ich für die Übernahme des Zweitgutachtens.

Zudem danke ich Herrn Prof. Dr. Wolfgang Söllner, der als Leiter der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum Nürnberg die Studie erst ermöglicht und mich stets unterstützt hat.

An dieser Stelle sei auch Dr. Corinne Reichhart gedankt, welche mir sowohl bei der Planung als auch bei der Durchführung der Untersuchung im klinischen Alltag tatkräftig zur Seite stand und die Mühen des Korrekturlesens auf sich genommen hat.

Weiterer Dank gebührt allen Kollegen des Klinikums Nürnberg (Mitarbeitern der PTK 55+, des Konsiliar-/Liaisondienstes, des Sekretariats etc.), die direkt oder indirekt am Zustandekommen dieser Arbeit beteiligt waren.

Schließlich danke ich allen Patienten, die an der Studie teilgenommen und geduldig die Fragebögen ausgefüllt haben.

Allen Personen in meinem privaten Umfeld, die mich in den Jahren der Promotion begleitet und immer wieder motiviert haben, sei ebenfalls gesagt: Danke!

Einleitung

Als die Planungen für die vorliegende Studie zur Evaluation der Psychosomatischen Tagesklinik für Ältere (PTK 55+) am Klinikum Nürnberg begannen, bestand die Tagesklinik ca. zwei Jahre. In dieser Zeit wurden etwa 200 Patienten mit einem breiten Störungsspektrum von Depressionen und Angststörungen bis hin zu somatoformen und Persönlichkeitsstörungen behandelt. Von Beginn an war ein reger Zuspruch zu verzeichnen, so dass die bestehenden neun Plätze nicht nur permanent belegt waren, sondern zeitweise Wartezeiten von eineinhalb Monaten auf ein prästationäres Gespräch und insgesamt vier Monaten auf Beginn der Therapie bestanden. Sowohl aufgrund der positiven Rückmeldungen seitens der Patienten als auch der Beobachtungen des Therapeutenteams in der PTK 55+ festigte sich der Eindruck, dass die überwiegende Mehrheit der behandelten Patienten von der Behandlung profitierte. Die psychische und/oder körperliche Symptomatik reduzierte sich, es zeigten sich Verbesserungen in den sozial-kommunikativen Fähigkeiten, dysfunktionale Verhaltensmuster veränderten sich. Bei regelmäßig veranstalteten sogenannten Auffrischtagen ca. ein halbes Jahr nach der Entlassung hatte das Team der PTK 55+ die Gelegenheit, mögliche Langzeitwirkungen der Therapie zu beobachten und die Patienten nach den Entwicklungen in den vergangenen Monaten zu befragen, sich danach zu erkundigen, ob die Empfehlungen zur Nachsorge erfolgreich umgesetzt worden waren usw. Insbesondere Patienten der „ersten Stunde“ oder auch solche, welche unter der Therapie unerwartet große Verbesserungen zeigten, blieben besonders im Gedächtnis der Therapeuten haften.

Daraus entstand alsbald das Bestreben, diese positiven Erfahrungen in der Pionierarbeit mit der tagesklinischen psychotherapeutischen Behandlung Älterer zu objektivieren und unter wissenschaftlichen Kriterien einer strengen Prüfung zu unterziehen. Hauptziel der vorliegenden Studie ist es daher, die Therapie in der PTK 55+ auf ihre kurz- und mittelfristige Wirksamkeit hin zu untersuchen und den Therapieerfolg mittels verschiedener Instrumente zu erfassen. Da sich in der Therapie jedoch auch immer Patienten befanden, bei denen keine positiven Veränderungen beobachtbar waren, oder welche sich sogar verschlechterten, interessierte über die allgemeine Beurteilung des Therapieerfolgs hinaus auch die Frage, ob sich diese Patienten durch spezifische Kriterien auszeichnen. Gibt es bestimmte Störungsbilder, welche durch eine Behandlung in der PTK 55+ kaum beeinflusst werden? Oder spielen personenbezogene Merkmale wie die anfängliche Therapiemotivation oder die psychotherapeutische Vorerfahrung eine Rolle? Eine Nebenfragestellung der Studie ist es daher, mögliche Prädiktoren des Therapieerfolgs zu identifizieren,

um bereits im prästationären Gespräch Patienten selektieren zu können, welche von einer anderen Behandlung möglicherweise besser profitieren würden als von der Therapie in der PTK 55+. Aufgrund der äußerst dürftigen Datenlage zu psychosomatischen Tageskliniken im Allgemeinen ebenso wie zur Psychotherapie mit Älteren interessieren darüber hinaus weitere inhaltliche Zusammenhänge, welche anhand der gewonnenen Daten überprüft werden können. Profitieren beispielsweise Patienten mit Migrationshintergrund ebenso wie andere ohne diese lebensgeschichtliche Erfahrung? Können sich auch hochaltrige Patienten auf die Therapie einlassen und Behandlungserfolge verzeichnen? Wie zufrieden sind Ältere mit dieser Form der Behandlung? Lässt sich durch die vergleichsweise kurze psychotherapeutische Intervention das Inanspruchnahmeverhalten bezüglich medizinischer Leistungen des Gesundheitswesens verändern? Nehmen die Patienten auch die empfohlenen Nachsorgeangebote in Anspruch? Die Studie versucht Antworten auf diese Fragen zu finden, neben einem Nachweis der Effektivität der Therapie auch interessante Daten zur psychotherapeutischen Behandlung Älterer zu liefern sowie Anstoß zu weiteren Untersuchungen zu geben.

Abgesehen vom klinikinternen Interesse an einer wissenschaftlichen Evaluation des Therapieprogramms in der PTK 55+, welches neben den benannten positiven Erfahrungen der Mitarbeiter auch durch die stets präsente Forderung der Kostenträger nach Wirksamkeitsnachweisen insbesondere neu implementierter Behandlungen begründet ist, soll die vorliegende Untersuchung außerdem einen relevanten Beitrag zum Forschungsstand bezüglich der Behandlung in psychosomatischen Tageskliniken leisten. Abgesehen davon ist festzuhalten, dass weiterhin ein Defizit im Bereich der Versorgungsforschung besteht, da zwar zahlreiche Studien existieren, welche die Wirksamkeit von Psychotherapie belegen, aber nur wenige in der täglichen Praxis unter realen Versorgungsbedingungen durchgeführt wurden (Nübling, 2011a). Ein Blick auf die Literatur zu dem Gebiet psychosomatischer Forschung zeigt, dass im Gegensatz zu psychiatrischen Tageskliniken die teilstationäre Psychosomatik ein nach wie vor deutlich weniger intensiv erforschter Bereich ist. Die überwiegende Mehrheit der publizierten Untersuchungen bezieht sich auf stationäre psychosomatische Behandlungen insbesondere in Rehabilitationskliniken, eine Übersicht findet sich beispielsweise bei Franz, Janssen et al. (2000). Die Autoren stellten damals fest, dass auch im stationären Bereich der Akutpsychosomatik kaum Wirksamkeitsuntersuchungen vorliegen, welche zudem oftmals nicht den heutigen Qualitätskriterien genügen. Schüßler & Petermann (2011) ziehen nach ihrer aktuellen bibliometrischen Analyse nunmehr das Fazit, dass in den vergangenen Jahren zahlreiche naturalistische Studien durchgeführt wurden und die psychosomatische Forschung insgesamt „auf gutem methodischen

Niveau und in erheblicher inhaltlicher Breite – v. a. in klinischer Breite – betrieben wird“ (S. 415).

Dennoch finden sich in den vergangenen Jahren kaum Studien zur psychosomatischen Behandlung in Tageskliniken oder zur Psychotherapie mit Älteren. In einer Studie von Peters et al. (2002) wurde der Schwerpunkt auf den Behandlungsaufwand und das Behandlungserleben bei älteren Patienten in einem stationären altersgemischten Setting gelegt, zumindest eine aktuelle Studie zur stationären gerontopsychosomatischen Behandlung liegt von Wolf et al. (2011) vor. Im teilstationären Bereich zeigt sich folgendes Bild:

Von Wietersheim et al. (2005) mussten in ihrer Untersuchung zu dem therapeutischen Angebot, Rahmenbedingungen und Indikationskriterien psychosomatischer Tageskliniken feststellen, dass sich bereits die systematische Suche nach derartigen Einrichtungen in der Bundesrepublik äußerst schwierig gestaltete, da in mehreren Bundesländern (u. a. auch in Bayern) psychosomatische Kliniken dem Fachgebiet der Psychiatrie zugerechnet werden und daher ohne eine Überprüfung von Diagnosen und therapeutischem Programm im Einzelfall nicht identifiziert werden können. Dank einer Internetrecherche fanden die Autoren 30 psychosomatische Tageskliniken im Bundesgebiet, von denen 18 an der Studie teilnahmen. Die Ergebnisse liefern Daten u. a. zu therapeutischer Ausrichtung, Behandlungsdauer, behandelten Störungsbildern sowie Indikationen und Kontraindikationen. Darüber hinaus liegen einige wenige Studien zum Vergleich stationärer und tagesklinischer Behandlung in der Psychosomatik vor (z. B. Zeeck et al., 2003), v. a. im Hinblick auf spezifische Störungsbilder wie beispielsweise Essstörungen (Zeeck et al., 2004; Zeeck, Weber et al., 2009). Diese Untersuchungen konnten zeigen, dass sich Patienten aus dem stationären und teilstationären Bereich kaum in soziodemografischen Daten oder der Störungsschwere unterscheiden und die Behandlung in beiden Settings ähnlich effektiv ist, wenn es sich um ein vergleichbar intensives Therapieprogramm handelt. Bei anderen Publikationen handelt es sich um die Beschreibung einzelner psychosomatischer bzw. psychotherapeutisch orientierter Tageskliniken, wie z. B. von Zeeck et al. (2002) oder Gerlinghoff et al. (1997). In der multizentrischen DINSTAP-Studie von Zeeck, Hartmann et al. (2009), an der die PTK 55+ ebenfalls teilnahm, jedoch ohne gesonderte Auswertung, wurden neben Daten aus dem psychosomatischen Versorgungsalltag insbesondere Kriterien einer differenzierten Indikationsstellung stationärer vs. tagesklinischer Behandlung untersucht. Es fehlen jedoch weiterhin kontrollierte Studien beispielsweise zu speziellen Wirkfaktoren tagesklinischer Behandlungen oder auch Untersuchungen mit ausreichend langen Katamnesezeiträumen.

Zur teilstationären psychosomatischen Behandlung älterer Patienten gibt es bislang keine publizierten Studien, da mit der PTK 55+ die erste und bislang einzige Einrichtung dieser Art geschaffen wurde. Einen ersten Beitrag zur Schließung dieser Forschungslücke leistet die vorliegende Untersuchung in der Hoffnung, auch die zukünftige psychotherapeutische Versorgungssituation Älterer positiv zu beeinflussen.

Teil I: Theoretische Grundlagen der psychotherapeutischen und psychosomatischen Behandlung Älterer

1 Psychische Erkrankungen im Alter

1.1 Psychischer und körperlicher Alterungsprozess

In keiner anderen Lebensphase bestehen so auffallende interindividuelle Unterschiede wie im Alter. Die Erkenntnis, dass ältere Menschen sehr verschieden sind und sehr unterschiedlich altern, ist mittlerweile als eine Selbstverständlichkeit im Bewusstsein insbesondere von Personen, welche mit Älteren arbeiten, angelangt, stellt jedoch im Rückblick einen äußerst wichtigen Befund in der gerontologischen Forschung dar. Diese ist mittlerweile zu der Erkenntnis gelangt, dass der psychische und körperliche Prozess der Alterung aufgrund der ausgeprägten interindividuellen Unterschiede nicht durch eine einzige, allgemein gültige Alternstheorie (wie beispielsweise die Aktivitäts- oder auch die Disengagement-Theorie) erklärbar ist, sondern vielmehr spezielle Theorien für spezifische Alternsvorgänge unter Berücksichtigung von Unterschieden in Bezug auf Geschlecht, Alter, Ethnizität etc. sinnvoll sind. Bekannt sind beispielsweise das Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation (Baltes & Carstensen, 1996), das Kohorten-Kontext-Reife-Herausforderungs-Modell (Knight, 1996) oder auch das alters- und störungsspezifische Rahmenmodell (Maercker, 2002c). Zunehmend werden auch soziale und geschichtliche Erfahrungen berücksichtigt, welche zwischen den Kohorten bisweilen sehr divergieren.

Lange Zeit wurde das Altern als wenig beeinflussbarer, genetisch bedingter Prozess mit dem Verlust körperlicher, kognitiver, emotionaler und sozialer Funktionen und Kompetenzen gesehen. Die Forschung hat mittlerweile dem Bild eines unaufhaltsamen altersbedingten kognitiven Abbaus Modelle der hirnorganischen Plastizität gegenüber gestellt als Voraussetzung und Chance, bis ins hohe Alter lernfähig zu bleiben. Eine Maximierung der Gewinne (z. B. Reife oder lebenspraktische Intelligenz) bei gleichzeitiger Minimierung von Verlusten (Fähigkeitseinschränkungen etc.), um eine Ausgewogenheit über alle Lebensabschnitte zu erreichen, kennzeichnet nach Baltes (1997) die Entwicklungsdynamik im höheren Lebensalter. So wie von bestimmten Dingen Abschied genommen werden muss, tauchen neue Aufgaben oder Pflichten auf, welche es zu bewältigen gilt. Auch im Bereich der Psychotherapie wird mittlerweile von Ressourcen bei älteren Menschen ausgegangen, welche aktiviert werden können (Kubat & Bahro, 2001). Befragt man jedoch professionelle Helfer aus Berufsgruppen, die mit alten Menschen arbeiten, so begegnet

man häufig dem längst widerlegten defizitorientierten „Halbkreis-Modell“, dass es nach dem Scheitelpunkt des Lebens mit 40 bis 50 Jahren in allen Bereichen bergab geht (Heuft et al., 2006). Auch bei C.G. Jung (1967) findet sich eine ähnliche Vorstellung des Lebenslaufes mit einer aufsteigenden Kurve bis zur Lebensmitte und einem entsprechenden Abstieg in der zweiten Lebenshälfte: „Von der Lebensmitte an bleibt nur der lebendig, der mit dem Leben sterben will. Denn das, was in der geheimen Stunde des Lebensmittags geschieht, ist die Umkehr der Parabel, die Geburt des Todes. Das Leben der zweiten Lebenshälfte heißt nicht Aufstieg, Entfaltung, Vermehrung, Lebensüberschwang, sondern Tod, denn sein Ziel ist das Ende" (S. 466). In der praktischen Arbeit mit Älteren tritt offensichtlich der Blick für die Gewinne in den Hintergrund, die Alternsvorgänge werden überwiegend als negativ und verlustreich betrachtet. Das immer noch anzutreffende Vorurteil, die Alten würden wieder „wie die Kinder“, ist ebenfalls im Kontext eines Defizitmodells des Alterns zu sehen, wenngleich sich diese Aussage bei näherer Betrachtung in der Regel auf ältere Patienten bezieht, welche nicht im Rahmen eines natürlichen Alternsprozesses sondern aufgrund pathologischer Veränderungen wie z. B. einer Demenz ihre geistigen und körperlichen Fähigkeiten zunehmend verlieren. Und auch in der allgemeinen Öffentlichkeit tritt das Thema Altern oftmals in sehr zugespitzter Form überzeichnet negativ in Zusammenhang mit der demografischen Problematik, dem Pflegenotstand in Heimen, dem zunehmenden Bevölkerungsanteil Demenzkranker etc. auf. Der nach wie vor sehr populäre und in den Medien präasente Begriff des Anti-Aging legt nahe, dass der Alterungsprozess mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln bekämpft werden muss, anstatt ihn im Sinne eines Well-Aging zu optimieren.

Doch auch eine Idealisierung des Alternsprozesses mit einer Überbetonung der positiven Aspekte ist unübersehbar. Insbesondere die sogenannten jungen Alten sind aktiv und sportlich, braungebrannt und sozial gut integriert als Sympathieträger in der Werbung zu finden, ganz im Sinne der Aktivitätstheorie, welche Lebenszufriedenheit im Alter unabdingbar mit sozialer Aktivität verknüpft. Wie auch der Sechste Altenbericht an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend aus dem Jahr 2010 festhält, sind die medial präsentierten Altersbilder überzogen positiv. Auch die ehemalige Frauenrechtlerin Friedan (1997) stellt in ihrem Bestseller „Mythos Alter“ das Altern als einen Raum der Selbstverwirklichung dar, negative Aspekte würden erst spät kurz vor dem Lebensende hinzutreten. Wird Altern jedoch nur als Phase der späten Freiheit verbunden mit der Möglichkeit, versäumte Chancen nachzuholen gesehen, werden die Grenzen und Einschränkungen negiert, die zwangsläufig im Alter auftreten. Beide Extrempositionen –

weder die defizitorientierte noch die idealisierende – werden dem tatsächlichen Alternsprozess gerecht, die Wahrheit liegt, wie so oft, irgendwo dazwischen.

Zweifellos ist Altern in erster Linie ein physiologischer, mit funktionalen Einschränkungen verbundener Prozess (Kruse & Schmitt, 1995), der überwiegend den Körper, aber auch kognitive Funktionen erfasst, wie in der Berliner Altersstudie (Mayer & Baltes, 1996) gezeigt wurde. Lebenslang ablaufende physiologische Veränderungen werden, nachdem sie lange Zeit kaum bemerkbar waren, im Alter verstärkt wahrgenommen, hinzu kommen erstmals im Alter auftretende physische und psychische Erkrankungen (Radebold et al., 1989). Mittlerweile liegen viele psychologische Befunde zu altersbedingten Veränderungen in diversen Bereichen wie Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Denken, aber auch Kontaktverhalten oder Persönlichkeit vor (Junkers, 1995), welche sich klar von pathologischen Prozessen im Sinne von Erkrankungen abgrenzen lassen.

In der Gerontologie wird unterschieden zwischen (nicht unbedingt parallel verlaufendem) biologisch-physiologischen, psychologischen und sozialen Altern (Kruse et al., 2002), wobei insbesondere der erstgenannte Bereich von charakteristischen Verlusten und Einschränkungen gezeichnet ist. Organfunktionen sowie der Muskel- und Knochenstoffwechsel verändern sich, ebenso kommt es zu morphologischen Veränderungen. So nehmen Blutdruck und Cholesteringehalt im Blut zu, Muskelfasern und Mineralgehalt des Skeletts hingegen ab, die Augenlinse trübt ein, das Hörvermögen lässt nach (Steinhagen-Thiessen et al., 1994). Das Ausmaß dieser Verluste unterliegt einer großen interindividuellen Varianz, welche durch genetische Disposition, körperliche und kognitive Aktivität in früheren Lebensjahren und im Alter, Risikofaktoren und frühere Erkrankungen sowie Umweltgegebenheiten bedingt wird (Kruse, 1994). Wenngleich in geringerem Ausmaß als bei jüngeren Menschen besteht auch bei Älteren in Bezug auf Organe und das zentrale Nervensystem eine Plastizität, die Veränderungen durch kognitives oder körperliches Training ermöglicht, wie nicht nur die Erfolge in der geriatrischen Rehabilitation belegen, sondern auch vielfach in interventionsgerontologischen Untersuchungen beispielsweise von Baltes & Lindenberger (1988) nachgewiesen werden konnte.

In der psychologischen Alternsdimension zeigen sich Verluste in den Bereichen Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, Problemlösungsfähigkeit, Kurzzeitgedächtnis sowie Störanfälligkeit des Lernens. Entwicklungsgewinne zeigen sich in erfahrungs-, wissens- und fertigkeitsbasierten Leistungen beispielsweise bei der Lösung vertrauter kognitiver Problemstellungen oder der Bewältigung von Belastungen im Alltag. Für die auch in diesem Bereich vorhandene Plastizität sprechen sowohl Erfolge des kognitiven Trainings mit Älteren als auch in der psychotherapeutischen Behandlung (Heuft et al., 2006).

Beispielhaft für die auch im Alter noch vorhandene Plastizität zu erwähnen ist hier die Forschung von Oswald und Mitarbeitern, welche beispielsweise in der SimA-Studie nachweisen konnten, dass durch spezifisches Training die Alltagskompetenz oder die Gedächtnisleistung trainiert werden können, wobei die Kombination eines Gedächtnis- und Psychomotoriktrainings langfristige noch Jahre später nachweisbare Effekte auf Kognition, Gesundheit, Selbstständigkeit sowie demenzielle und depressive Symptomatik bewirkte (Oswald et al., 1998).

Die soziale Dimension des Alterns ist einerseits durch eine Verkleinerung des sozialen Netzwerks gekennzeichnet, andererseits bietet sich aufgrund der Entpflichtung von gesellschaftlichen Rollen auch die viel zitierte späte Freiheit (Rosenmayr, 1983).

Unterschieden wird zudem zwischen normalem, pathologischem und optimalem Altern: Während sich normales Altern durch lediglich alternstypische Einbußen auszeichnet, ist pathologisches Altern durch das Auftreten von Krankheiten und erheblichen Funktionseinschränkungen gekennzeichnet. Optimales Altern wird bestimmt durch weitreichende Autonomie sowie Wohlbefinden (Maercker, 2003).

Prinzipiell gilt, dass die in der gerontologischen Forschung vielfach erwähnte Plastizität im Alter nicht unabhängig von der vorausgegangenen lebenslangen Entwicklung gesehen werden kann (Kruse et al., 2002). Von der beruflichen Position und materiellen Absicherung bis zur gesundheitlichen Selbstfürsorge legt das vergangene Leben Grenzen und Spielräume fest, die die Gestaltung des Lebens im Alter beeinflussen. Gesundes Altern ist insofern sowohl von Einflüssen des vergangenen Lebens als auch von erst im Alter auftretenden Ereignissen sowie dem entsprechenden Kontext beeinflusst. Dass auch der ältere Mensch selbst viel zur Optimierung seines Alternsprozesses beitragen kann, verdeutlichen die „15 Regeln für gesundes Älterwerden“, welche Kruse anlässlich des Weltgesundheitstages 1999 formuliert hat (siehe Anhang 17.1). Mittlerweile existieren zahlreiche Empfehlungen für Präventionsmaßnahmen mit dem Ziel gesund zu altern (Kruse, 2002).

Wie Heuft et al. (2006) betonen, lieferte die ELDERMEN-Studie bedeutsame Ergebnisse im Hinblick auf die Frage, inwiefern die psychische Gesundheit im Alter durch fördernde und belastende Erfahrungen in der gesamten Biografie beeinflusst wird. So zeigte sich, dass kein linearer Zusammenhang zwischen Belastungen in früheren Lebensphasen und der aktuellen Belastung im Alter gefunden werden konnte. Vielmehr ist das Verhältnis von fördernden und belastenden Erfahrungen von Bedeutung, wobei insbesondere diejenigen im Alter aktuell psychogen belastet waren, bei denen in zwei oder mehr Lebensphasen die Belastungen überwogen. Diejenigen, die lediglich in einer Lebensphase überwiegend Belastung ausgesetzt waren, zeigten hingegen ein noch geringeres aktuelles Be-

lastungserleben als jene, die in ihrem bisherigen Leben nie subjektiv belastet waren. Es liegt die Vermutung nahe, dass die erfolgreiche Bewältigung einer Belastung in der Vergangenheit dazu befähigt, neu auftretende belastende Entwicklungsaufgaben des Alters wie beispielsweise den körperlichen Alternsprozess adäquat zu bewältigen. Zwischen der Schwere körperlicher Krankheit und psychischen Störungen im Alter konnte ebenfalls kein sicherer Zusammenhang gefunden werden; die Beeinträchtigung durch körperliche Erkrankungen korrelierte nur schwach mit dem psychogenen Beeinträchtigungs-Schwere-Score (Schepank, 1995). Selbst funktionale Einschränkungen im Alltag (erfasst durch ADL-Skalen) führten nicht zu einer Erhöhung der psychogenen Beeinträchtigung. Ältere Untersuchungsteilnehmer waren mit ihrem Leben nicht unzufriedener oder psychisch kränker als die Jüngeren, trotz der im Alter zunehmenden funktionellen Beeinträchtigungen (Schneider et al., 2002). Dies legt, wie in der Berliner Altersstudie (Mayer & Baltes, 1996) als „Resilienz“ oder „psychologische Widerstandsfähigkeit“ bezeichnet, die Interpretation nahe, funktionelle Einschränkungen und gesundheitliche Belastungen nicht nur als alterstypische Verluste sondern auch als Möglichkeiten zu Entwicklungsprozessen zu interpretieren (Heuft & Schneider, 1999) und spricht für erhebliche adaptive Leistungen an die sich verändernde körperliche Situation im Alter (Schneider et al., 2002).

Backes (2002) weist darauf hin, dass sich die Lebensphase Alter und das Altern mit der gesellschaftlichen Entwicklung der vergangenen Jahrzehnte deutlich verändert hat – nunmehr geprägt von „Hochaltrigkeit, Feminisierung und Singularisierung“ (S. 57). Befragt man Ältere jenseits des 60. Lebensjahres, woran sie merken, dass die Zeit vergeht, so beziehen sich rund 80 % auf den körperlichen Alternsprozess, dessen einwandfreie Funktionalität anders als im mittleren Erwachsenenalter nicht mehr selbstverständlich ist (Heuft et al., 2006). Dieser Befund stimmt mit Ergebnissen der Berliner Altersstudie überein, die bei Älteren eine im Mittelpunkt stehende Beschäftigung mit der eigenen Gesundheit und geistigen Leistungsfähigkeit festgestellt hat (Mayer & Baltes, 1996).

Dementsprechend wird im entwicklungspsychologischen Modell von Heuft (1994) der Körper als Organisator der Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte betrachtet. Als Organisator einer Entwicklungsphase wird hierbei das jeweils vorantreibende „Organ“ bzw. der die Entwicklung führende Aspekt verstanden, dem sich das Individuum nicht entziehen kann und aus dem zwingende Entwicklungsaufgaben resultieren. Nach dem Trieb als Organisator in den ersten Lebensjahren und dem objektalen Organisator nach Erreichen des Erwachsenenalters tritt in der zweiten Hälfte des Erwachsenenendaseins die Bedeutung des Körpers in den Vordergrund, der einem Alternsprozess unterliegt, welcher auch unter dem Aspekt des Selbstwertes verarbeitet werden muss. Der Blick zurück auf die eigene Kör-

perbiografie macht verschiedene Varianten der Körperwahrnehmung (Körper als „Hochleistungsmaschine“, als „stumme Diener“, als „hypochochrischer Begleiter“) deutlich, die das Erleben körperlicher Veränderungen im Alter mit beeinflussen können. Physiologische Veränderungen, die im Alter die Leistungsfähigkeit und Möglichkeiten des Körpers erheblich beeinträchtigen können, erfordern permanente Anpassungsprozesse, die insbesondere nach dem 60. Lebensjahr bewusster erlebt werden (Radebold, 2000a). Einerseits bestehen möglicherweise „alt gewordene“ chronische Erkrankungen, die eventuell nicht mehr so gut zu bewältigen sind wie in jüngeren Jahren, andererseits treten erstmalig Alterskrankheiten auf, die zusätzliche Funktionseinschränkungen beispielsweise im Bereich der Sinneswahrnehmung zur Folge haben können und ebenfalls verarbeitet werden müssen. Nach Radebold (2000a) wird der Körper im Alter, das durch die Zunahme von Verlusten charakterisiert ist, zum letzten und einzigen Verbündeten, dessen verlässliches Funktionieren auch die Verlässlichkeit der eigenen Lebenswelt garantiert. Aus diesem Grund muss gerade die Psychotherapie mit Älteren den Körper einbeziehen und berücksichtigen, indem beispielsweise körperorientierte Verfahren wie Entspannung (z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation) oder auch kreative Verfahren (z. B. Tanztherapie) neben Gesprächsangeboten Bestandteil der Therapie sind.

Insgesamt gibt es nur wenige psychodynamische Modelle, die die Entwicklung im gesamten Lebensverlauf beschreiben. Eine life-cycle-Theorie, die das Leben als aufeinander bezogene zentrale Entwicklungsthemen betrachtet, ist das Modell der acht Phasen von Erikson (1982/1988), welches spezifische psychosoziale Krisen benennt. Um auf die nächste Stufe zu gelangen, ist jeweils eine typische Krise als notwendiger Wendepunkt durchzustehen. Auf der achten Stufe „Alter“ steht die Ich-Integrität der Verzweiflung gegenüber, die mit Erreichen der achten Stufe erworbene Grundtugend wird Weisheit genannt. Die Frage ist, ob es dem älteren Menschen gelingt, sein gelebtes Leben anzunehmen und dadurch einen Zustand der Integrität zu erreichen, oder aber ob er verbittert darauf zurückblickt, was in einen Zustand der Verzweiflung mündet. Dem Verdienst dieses Modells, die Wahrnehmung psychosozialer Krisen auf die gesamte Lebensspanne zu richten, steht die von Heuft et al. (2006) angebrachte Kritik entgegen, dass die achte Phase heutzutage ca. 30 Lebensjahre (etwa vom 60. bis zum 90. Lebensjahr) umfasst und somit in Anbetracht der empirischen Befunde, die ein drittes (60. bis 75. Lebensjahr) und viertes Lebensalter (jenseits des 75. Lebensjahres) unterscheiden, zu undifferenziert erscheint. Heutzutage stellt das Alter keine Restzeit von einigen wenigen Jahren oder einen „Lebensabend“ dar, sondern eine eigenständige Lebensspanne mit spezifischen Ressourcen und Entwicklungsaufgaben. Niemals zuvor hatten Ältere noch so viel Zukunft. Zudem

eignet sich Eriksons Modell lediglich zu deskriptiven Zwecken, nicht jedoch zur Diagnostik im Falle einer Symptombildung.

Die verhaltenstherapeutische Perspektive hat bisher keine expliziten Entwicklungsmodelle für die zweite Lebenshälfte hervorgebracht, wenngleich Befunde beispielsweise erstmals im Alter auftretende depressive Erkrankungen mit chronischen körperlichen Erkrankungen oder ungünstigeren Lebensumständen in Verbindung bringen (z. B. Roth, 1993).

1.2 Konzepte psychischer Störungen im Alter

Psychische Erkrankungen im Alter bedürfen im Allgemeinen keiner grundlegend anderen, „altersspezifischen“ Diagnostik, auch wenn bei den einzelnen Störungsbildern oftmals alterstypische Aspekte bestehen, die (noch) nicht den Eingang in die klassischen Diagnostikmanuale ICD-10 und DSM-IV gefunden haben. Für psychoanalytisch orientierte Psychotherapie steht mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik OPD (Arbeitskreis OPD, 2006) eine Möglichkeit zur Verfügung, die einen Mittelweg zwischen ausschließlich deskriptiver Diagnostik einerseits und psychodynamischer Diagnostik andererseits darstellt und die fünf Achsen Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen, Beziehung, Konflikt, Struktur sowie syndromale Diagnostik nach der ICD-10 enthält.

In seiner Typologie der psychischen bzw. psychosomatischen Symptombildung im Alter unterscheidet Heuft (Heuft et al., 2006) drei Formen im Hinblick auf differenzielle Therapieindikationen: Aktualkonflikte, neurotische Konflikte und Trauma-Reaktivierung. Ergänzt werden können noch aktuelle und familiäre bzw. intergenerative Konflikte sowie die psychische Verarbeitung (Coping) organisch bedingter somatopsychischer Störungen und/oder Funktionseinschränkungen (Heuft, 1998).

1.2.1 Aktualkonflikte

Das vergleichsweise neue Konzept des Aktualkonflikts (Heuft et al., 1997) greift zurück auf die bereits 1898 von Freud (allerdings nur ungenau) beschriebene Aktualneurose, deren Ursache anders als bei den Psychoneurosen nicht in der Vergangenheit liegt, sondern allein in der Gegenwart begründet ist. In der Biografie von Patienten mit Aktualkonflikten finden sich trotz sorgfältiger Anamnese keine pathogenen sich wiederholenden Konflikt-

muster, wie dies bei einem neurotischen Konflikt der Fall wäre, und ebenso wenig Hinweise auf eine strukturelle Persönlichkeitsstörung. Somit wird das klassische Konfliktkonzept in der Psychoanalyse, das alle auftretenden Probleme auf in der Vergangenheit liegende Kindheitskonflikte zurückführt, um eine gegenwartsbezogene Dimension ergänzt.

Gerade für ältere Patienten hat das Konzept des Aktualkonflikts hohe Relevanz, da sich in der klinischen Praxis zahlreiche Patienten finden lassen, in deren Lebensgeschichte keine Auffälligkeiten auftraten und die im Alter erstmals psychisch erkrankten (Peters, 2006). Ursache für diese im Alter auftretenden Probleme können sowohl massive äußere Lebensbelastungen als auch primär intrapsychisch erlebte Belastungen durch Entwicklungs- und Alterungsprozesse, beispielsweise den körperlichen Alternsprozess, sein (Heuft et al., 2006). Hatte der Patient alle bis dato aufgetretenen Schwellensituationen und Anforderungen gut bewältigt, so ist er nun überfordert. Der Aktualkonflikt ist dem Patienten ganz oder zumindest teilweise bewusst, erscheint jedoch subjektiv oder objektiv nicht lösbar. Zumeist ist eine Auslösesituation eruierbar, mit deren adäquaten Bewältigung der Patient überfordert ist. Im klinischen Alltag findet sich das Konzept des Aktualkonflikts am ehesten in der „reaktiven Depression“ wieder.

Heuft et al. (2006) empfehlen für diesen Fall eine psychoanalytische oder auch kognitiv-behaviorale Fokalthherapie, die gegebenenfalls (bei einer zu Tage tretenden Persönlichkeitsstörung oder einem neurotischen Konflikt) modifiziert werden kann. Gerade die Life-Review-Technik kann demnach ein wichtiger Wirkfaktor sein, da durch Vergegenwärtigung der Biografie auch die Entwicklung eines zukunftsbezogenen Identitätserlebens ermöglicht wird. Aufgrund des Fehlens einer chronischen neurotischen Problematik ist die Prognose entsprechend gut. Die psychotherapeutische Arbeit findet überwiegend im Hier und Jetzt unter Berücksichtigung der Übertragungs-Gegenübertragungskonstellation statt.

1.2.2 neurotische Konflikte

Eine weitere Form der Symptombildung ist der neurotische Konflikt. Auch wenn der Begriff der Neurose in den modernen Klassifikationssystemen ICD und DSM keine Verwendung mehr findet, so stellt die Neurose doch ein wichtiges psychodynamisches Geschehen dar, so dass Heuft (Heuft et al., 2006) in seiner Typologie darauf zurückgreift.

Anders als beim Aktualkonflikt ist hier die Symptombildung auf eine lebenslange neurotische Entwicklung zurückzuführen. Ein neurotischer Kernkonflikt, ursächlich bedingt durch nicht gelöste Kindheitskonflikte, wird in biografischen Schwellensituationen (z. B.

Übergang ins Berufsleben, Heirat etc.), die als Auslöser dienen, aktualisiert und führt dadurch zur Symptomatik. So gibt es einerseits die Möglichkeit langjähriger chronifizierter neurotischer Störungen oder Persönlichkeitsstörungen, die lebenslang fortbestehen und eine schlechte Behandlungsprognose haben, andererseits kann ein persistierender neurotischer Konflikt auch lange Zeit kompensiert werden, um dann in der zweiten Lebenshälfte symptomatisch zu werden. Es wird geschätzt, dass diese nach dem 60. Lebensjahr auftretenden psychischen bzw. psychosomatischen Symptome mindestens 30 % der Symptombildungen ausmachen.

Eine spezifische Form des persistierenden neurotischen Konflikts stellt der rezidivierende neurotische Konflikt dar, bei dem sich im Lebenslauf Krankheitsepisoden mit symptomfreien Intervallen abwechseln. Eine Besonderheit bei älteren Patienten ist nach Heuft et al. (2006) zudem, dass die Symptomatik neurotischer Störungen mit zunehmendem Lebensalter körperlicher bzw. körpernäher zu werden scheint im Sinne einer Somatisierung des neurotischen Konflikts. Dies impliziert die Forderung insbesondere an Hausärzte, eine derartige Symptombildung im Alter zu bedenken, wenn vielleicht langjährig bekannte Patienten plötzlich neue körperliche Beschwerden entwickeln, für die sich keine somatische Ursache finden lässt. Möglicherweise lassen sich dann Auslösesituationen wie Trennungen oder Verluste identifizieren und der Patient kann bei Bedarf in eine psychotherapeutisch-psychosomatische Behandlung vermittelt werden.

1.2.3 Posttraumatische Belastungsstörungen / Trauma-Reaktivierung

Die dritte Form der Symptombildung in der Typologie nach Heuft ist die sogenannte Trauma-Reaktivierung im Alter. Im Gegensatz zu akuten, traumatisch wirkenden Belastungen im Alter, die mit dem Konzept des Aktualkonflikts erfasst werden können, handelt es sich hierbei um die Reaktivierung einer früheren Traumatisierung unter akuter Symptombildung. Angestoßen durch aktuelle Belastungen oder Ereignisse (z. B. Anschlag auf das World Trade Center, Krieg im Kosovo, Erdbeben in Japan) kommt es zu einer Wiederbelebung von traumatisch empfundenen Sinneseindrücken wie Bildern oder Geräuschen, die als bedrohlich realistisch erlebt werden und zum Symptombild einer posttraumatischen Belastungsstörung beitragen, oder aber – und dies scheint die häufigere Variante zu sein – zur Entwicklung vielfältiger psychischer (z. B. Angststörungen) oder somatischer Symptome. Nicht verwechselt werden sollte die Trauma-Reaktivierung mit einer

Retraumatisierung im Alter, die durch eine erneute traumatische Erfahrung oder auch erzwungene Erinnerungsarbeit entstehen kann.

Eine dreifach gegliederte Hypothese (Heuft et al., 2006, S. 112f) besagt, dass es im Alter zu einer Reaktivierung von Traumatisierungen kommen kann, da

1. ältere Menschen, befreit vom Druck direkter Lebensanforderungen (Existenzaufbau, Beruf, Familie), mehr Zeit haben, bisher Unbewältigtes wahrzunehmen,
2. sie oftmals den vorbewussten Druck spüren, noch eine unerledigte Aufgabe zu haben,
3. der Alternsprozess selbst traumatische Inhalte reaktivieren kann.

Dieser dritte Typus der Symptombildung ist gegenwärtig von besonderer Bedeutung, da die heute Älteren noch zu der Generation gehören, die im Zusammenhang mit dem Zweiten Weltkrieg und dessen Folgen vielfältige Traumatisierungen erlitten haben.

Mit dieser Typologie der Symptombildung im Alter geht die Empfehlung zur differenziellen Therapieindikation psychoanalytisch orientierter Psychotherapien einher (Heuft & Senf, 1998b): Ein neurotischer Konflikt oder eine Trauma-Reaktivierung erfordern in der Regel immer eine psychotherapeutische Behandlung, auch wenn die aktuelle Versorgungssituation nach wie vor äußerst unbefriedigend ist (siehe Punkt 4). Bei einem persistierenden neurotischen Konflikt gilt es demnach zu prüfen, ob eine ambulante oder stationäre Fokalthherapie ausreichend ist, oder ob eine mittelfristige psychoanalytische Behandlung in Einzel- oder Gruppentherapie indiziert ist. Bei Trauma-Reaktivierungen empfehlen Heuft & Senf (1998b) eine fokalisierende niederfrequente ambulante Psychotherapie oder eine stationäre Fokalthherapie, die oftmals ausreichend sind.

Indikationen einer stationären Fokalthherapie sind nach Heuft (1998):

- ein starker Leidensdruck, der sich ambulant nicht aushalten lässt
- die Erwartung keiner weiteren regressiven Fixierung durch eine stationäre Behandlung
- die Erwünschtheit einer zeitweiligen Herauslösung aus dem gewohnten Umfeld
- eine mangelnde zeitnahe ambulante Behandlungsmöglichkeit

Radebold & Bäurle (2000) sehen die Indikation für eine stationäre Psychotherapie bei folgenden Gruppen Über-60-Jähriger:

- Patienten in akuten Krisensituationen, die stationären Schutz benötigen
- Patienten mit spezifischen Erkrankungen wie beispielsweise erstmals im Alter auftretenden mittelgradigen bis schweren Depressionen
- Patienten, bei denen eine Psychopharmakotherapie schwierig ist (z. B. aufgrund von Kontraindikationen oder Unverträglichkeit)
- Patienten mit abgestuften Behandlungserfordernissen (z. B. stationär ⇒ tagesklinisch ⇒ Institutsambulanz bzw. ambulante Psychotherapie)
- Patienten, die aufgrund mangelnder Versorgungsstrukturen ambulant nicht behandelt werden können

Die Indikation zu einer Psychotherapie bei einem Aktualkonflikt ist weniger eindeutig, da bei einer geringfügigen Symptombelastung möglicherweise auch eine Beratung ausreichend ist, die sich nach Peters (2006) von der Psychotherapie insbesondere dadurch unterscheidet, dass sie in anregender und unterstützender Art eine Belastung oder eine Krise, nicht jedoch eine psychische Störung im engeren Sinne beeinflussen möchte. Sollte eine Psychotherapie als notwendig erachtet werden, ist dies beim Aktualkonflikt in der Regel die Domäne der Fokalthherapie.

Kontraindikationen für eine Psychotherapie bei Älteren stellen dar (Radebold & Bäurle, 2000):

- ungenügende Motivation und zu geringe Reflexions- bzw. Introspektionsfähigkeit
- jahrzehntelange chronifizierte Verläufe mit hohem sekundären Krankheitsgewinn
- erhebliche Bewegungseinschränkung und Immobilität
- Demenzerkrankungen
- Spracheinschränkungen wie z. B. Aphasie nach Schlaganfall
- ausgeprägte Schwerhörigkeit
- erhebliche Seheinschränkung, wenn eine innere Vorstellung des Therapeuten und der Mitpatienten nicht möglich ist
- ablehnendes soziales Umfeld, von dem der Patient abhängig ist, soweit keine Klärung möglich ist

1.3 Epidemiologie ausgewählter psychischer Erkrankungen im Alter

Zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Älteren stehen bundesweit nur wenige Daten zur Verfügung. Kurz von Weyerer & Bickel (2007) skizziert sah die Entwicklung der psychiatrisch-epidemiologischen Forschung in der Bundesrepublik Deutschland folgendermaßen aus:

Das langjährig im internationalen Vergleich bestehende Forschungsdefizit der 1950er und 1960er Jahre wurde erst in Folge des Berichts über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland von 1975 allmählich abgebaut. Der ersten repräsentativen Bevölkerungsstudie zur Epidemiologie psychischer Erkrankungen von Dilling et al. (1984) folgte 1990 mit Beginn der Berliner Altersstudie BASE (Mayer & Baltes, 1996), einer der wichtigsten gerontologischen Untersuchungen im deutschsprachigen Raum, die einzige derartige Untersuchung, die die Gesamtheit aller psychischen Erkrankungen erfasste. Laut Riedel-Heller et al. (2004) liegen seit 1990 lediglich vier Untersuchungen aus Deutschland vor, die sich mit der Epidemiologie psychischer Erkrankungen auch bei Älteren beschäftigen. Weyerer und Bickel (2007) schlagen vor, „da bundesweit keine repräsentativen Studien zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen im höheren Alter vorliegen, ... auf regional begrenzte, methodisch aber sorgfältig durchgeführte epidemiologische Untersuchungen, wie die Feldstudien in Berlin, Göttingen, Mannheim und Oberbayern, zurückzugreifen“ (S. 55).

Es ist aufgrund der Angaben verschiedener Autoren (u. a. Wernicke et al., 2000) und auch der Gesundheitsberichterstattung der Bundesrepublik Deutschland davon auszugehen, dass ca. ein Viertel der älteren Bevölkerung unter einer psychischen Erkrankung leidet, eine Größenordnung vergleichbar mit Erwachsenen jungen und mittleren Lebensalters. In Abhängigkeit der angewandten Erhebungsmethoden, untersuchten Stichproben, verwendeten Klassifikationssysteme etc. schwanken die Prävalenzangaben in den einzelnen Studien deutlich (Wernicke et al., 2000).

Zu den vier bedeutsamsten und häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter zählen Demenzen mit einer Prävalenz von 17 %, Depressionen (9 %), Angststörungen (5 %) und Schlafstörungen (19 %); die Prozentangaben stammen jeweils aus der Berliner Altersstudie (Mayer & Baltes, 1996). Weitere wichtige Störungen sind nach Maercker (2002c) somatoforme Störungen, Substanzmissbrauch und -abhängigkeit (insbesondere Medikamente und Alkohol) sowie Anpassungsstörungen, nach Weyerer und Bickel (2007) zudem Persönlichkeitsstörungen.

Im Folgenden soll auf die Epidemiologie ausgewählter psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter Bezug genommen werden, die hinsichtlich ihrer Häufigkeit in der PTK 55+ eine herausragende Rolle spielen.

1.3.1 Depressive Störungen

Zur Prävalenz depressiver Störungen im höheren Lebensalter finden sich in der Literatur unterschiedliche Angaben. Je nach Auswahl der Stichprobe (bevölkerungsrepräsentativ oder klinische Stichprobe in Krankenhäusern und Heimen) und Wahl des Erhebungsinstrumentes (Symptomskalen oder Kriterien der Klassifikationssysteme) variieren die Prävalenzraten deutlich. Zwar gibt es zahlreiche Untersuchungen, die für klinische Stichproben wie beispielsweise Heimbewohner, Patienten im Allgemeinkrankenhaus etc. Prävalenzen beschreiben, repräsentative Bevölkerungsuntersuchungen für Deutschland gibt es jedoch nur in geringer Anzahl.

In einer Übersicht von Beekmann et al. (1999) liegen die Prävalenzraten der einbezogenen Studien mit Älteren ab 55 Jahren zwischen 0,4 und 34 % für Depressionen aller Schweregrade. Die Minor Depression war mit durchschnittlich 9,8 % deutlich häufiger vertreten als die Major Depression mit 1,8 %. Eine Metaanalyse von neun europäischen Studien ergab eine durchschnittliche Prävalenz der depressiven Störungen von 12,3 % (Copeland et al., 1999). Studien, die diagnostische Kriterien der bekannten Klassifikationssysteme verwenden, berichten hierbei niedrigere Prävalenzen als Studien, welche Symptomskalen zugrunde legen. Wolfersdorf & Schüler (2005) schätzen, dass ca. 10 % der über 65-Jährigen an depressiven Störungen leiden und gehen gleichzeitig davon aus, dass im hohen Lebensalter sowohl bei Frauen als auch bei Männern eine bedeutsame Zunahme depressiver Symptome zu verzeichnen ist. Zieht man Vergleiche mit jüngeren Erwachsenen heran, so zeigten sich in Studien sowohl eine Zunahme depressiver Störungen mit dem Alter als auch eine Abnahme oder eine Altersunabhängigkeit (Jorm, 2000). Aktuell wird davon ausgegangen, dass die Prävalenz von Depressionen im höheren Alter nicht ansteigt (Weyerer, 2011). Weyerer und Bickel (2007) führen an, dass „aufgrund des besonderen Erscheinungsbildes der Depression im höheren Alter mit einer eher wenig ausgeprägten affektiven Symptomatik aber mit häufig auftretenden somatischen Beschwerden“ (S. 118) die Prävalenzschätzung deutlich erschwert ist und je nach Erhebungsinstrument mit unterschiedlicher Gewichtung von somatischen und affektiven Items abweichende Prävalenzen resultieren. Das klinische Bild der Depression ist bei Älteren im Vergleich

zu jüngeren Patienten oftmals weniger von Niedergeschlagenheit geprägt als vielmehr von vegetativen Störungen, hypochondrischen Befürchtungen, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, Schlafstörungen und körperlichen Angstsymptomen (Kurz, 1999). Da gerade bei Älteren Klagen über somatische Beschwerden jedoch sowohl Ausdruck einer depressiven Symptomatik als auch ebenso Symptom einer körperlichen Erkrankung sein können, ist Vorsicht geboten. Die sichere Erkennensrate einer Depression durch Beurteilung des Hausarztes liegt nach einer Studie von Wittchen et al. (2000) bei 38,5 %, wobei Patienten, welche psychische Symptome wie Niedergeschlagenheit berichteten, eher als depressiv identifiziert wurden. Insgesamt liegen die Erkennensraten jedoch deutlich höher als früher (Jacobi et al., 2002). Die Wahrscheinlichkeit des Erkennens und somit einer Behandlung und adäquaten Therapie ist nach Wolfersdorf & Schüler (2005) allerdings für Ältere geringer als für Erwachsene im mittleren Lebensalter.

Anders als der Begriff der Altersdepression suggerieren mag, setzte sich in den letzten Jahren die Auffassung durch, dass sich depressive Erkrankungen im Alter zwar graduell aber nicht prinzipiell kategorial von Erkrankungen im jüngeren Erwachsenenalter unterscheiden (Weyerer & Bickel, 2007). Die Ergebnisse der BASE-Studie zu Depression (Linden et al., 1998) zeigen an einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe von Personen im Alter zwischen 70 und 105 Jahren eine Gesamtprävalenz depressiver Beschwerden unter Berücksichtigung subsyndromaler Depressionen in der hochbetagten Bevölkerung von 26,9 %, auf spezifizierte Depressionsdiagnosen entfallen 9,1 %. Auf die einzelnen Störungsbilder nach DSM-III-R bezogen ergaben sich folgende Werte (Wernicke et al., 2000):

Major Depression	5,4 %
Dysthymie	2,0 %
Depressive Anpassungsstörung	0,7 %
Demenz mit Depression	1,0 %
n.n.b. depressive Störungen	17,8 %

68 % der spezifischen Diagnosen wurden hierbei als mittelschwer eingestuft, 7 % als schwer ausgeprägt beurteilt. Einfluss auf die Prävalenzrate hatten neben dem Geschlecht sowohl der Familienstand als auch körperliche Multimorbidität. So wiesen Frauen doppelt so hohe Prävalenzraten wie Männer auf, Verheiratete waren nur halb so oft betroffen wie ledige, verwitwete oder geschiedene Personen, körperlich Erkrankte litten häufiger unter depressiven Störungen als Gesunde.

Nach Adam (1998) entwickeln sich depressive Störungen bei über 70-jährigen Männern progressiv, bei Frauen jenseits des 70. Lebensjahres jedoch regressiv. So nimmt in der Gruppe der über 70-Jährigen der Männeranteil zu, wohingegen sich die Anzahl der depressiv erkrankten Frauen im höheren Alter eher reduziert, aber dennoch über der der Männer liegt. Nach Weyerer und Bickel (2007) zeigte sich in mehreren Studien eine Konstanz oder sogar Abnahme depressiver Erkrankungen mit zunehmendem Alter, vermutlich da nach Ernst & Angst (1995) „die Raten schwerer Depressionen im Alter eher abnehmen, während leichtere Formen und die depressiven Symptome ohne Krankheitswert leicht zuzunehmen scheinen“ (zitiert nach Weyerer & Bickel, 2007, S. 120). Neuere Studien deuten ebenfalls auf eine Abnahme der Major Depression im Alter hin, welche aber offensichtlich nicht auf eine Konfundierung mit physischen Erkrankungen zurückzuführen ist (Kessler et al., 2010). Die lange diskutierte Vermutung, dass gerade im Alter, einem Lebensabschnitt, der oftmals von sich häufenden Verlusten und vermehrten gesundheitlichen Beschwerden gezeichnet ist, die Rate depressiver Erkrankungen ansteigt, ließ sich somit nicht bestätigen: „Im Allgemeinen ergaben Studien, die auch jüngere und mittlere Altersgruppen umfassten, dass die Prävalenz von Depressionen bei älteren Menschen nicht höher ist als bei jüngeren“ (Weyerer & Bickel, 2007, S. 119). Oder wie auch Heuft et al. (2006) feststellen: „Auch wenn depressive Erkrankungen im Alter häufig sind, gehören sie nicht „typischerweise“ zum Alter“ (S. 116).

Nichtsdestotrotz sind die depressiven Störungen die häufigsten nicht-demenziellen Erkrankungen des Alters. In der Berliner Altersstudie wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass nach den Kriterien des DSM-III-R zahlreiche Patienten mit depressiver Symptomatik nicht erfasst werden, da hier bei knapp 18 % eine sogenannte subdiagnostische Depression bestand (Helmchen et al., 1996; Linden et al., 1998). Viele Ältere berichten depressive Phasen, die allerdings nur wenige Tage anhalten und weder die Zeitkriterien für eine Major Depression (2 Wochen) noch eine Dysthymia (mehr als die Hälfte der Tage über einen Zeitraum von zwei Jahren) erfüllen (Maercker, 2002c). Dies scheint ein für das höhere Lebensalter typischer Befund zu sein.

1.3.2 Angsterkrankungen

Im Gegensatz zu Demenzen und depressiven Störungen wurden Angsterkrankungen im höheren Lebensalter lange Zeit in der Forschung nur wenig beachtet (Boerner, 2004), obwohl der hohe Gebrauch von Anxiolytika und Beruhigungsmitteln durch ältere Menschen die Vermutung nahe legt, dass gerade im Alter Angststörungen gehäuft auftreten (Weyerer & Bickel, 2007). Erst in Folge der Entwicklung von spezifischen Klassifikationssystemen (insbesondere seit Erscheinen des DSM-III-R) wurden Angststörungen nicht mehr wie bis dahin üblich mit anderen psychischen Erkrankungen unter dem Sammelbegriff „Neurosen“ erfasst, sondern systematisch und differenziert untersucht (Weyerer & Bickel, 2007; Maercker, 2002c). Die bei Maercker (2000) zusammengefassten Prävalenzen für Angststörungen bei über 64-Jährigen zeigen, dass diese weiter verbreitet sind als ursprünglich angenommen:

Panikstörung	0,1 %
Agoraphobie	5,2 %
Sozialphobie	1,4 %
Generalisierte Angststörung	1,9 %
Spezifische Phobie	4,8 %

Die mit Abstand häufigsten Angststörungen sind demnach phobische Störungen, gefolgt von der generalisierten Angststörung. Die Panikstörung scheint in der älteren Bevölkerung nur sehr selten aufzutreten. In der von Weyerer & Bickel (2007) angeführten Studie von Ritchie et al. (2004) lag allerdings in 22 % der Fälle von Panikstörungen das Erkrankungsalter über 60 Jahren, Agoraphobie und spezifische Phobien traten bei 14,5 % der Fälle ab diesem Lebensalter erstmals auf.

Insgesamt schwanken die Prävalenzraten in den einzelnen Studien jedoch erheblich, wie die tabellarische Übersicht bei Weyerer & Bickel (2007, S. 154) zeigt:

Tabelle 1: Studien zu Prävalenzen von Angst- und Zwangsstörungen im Alter

Autoren (Jahr)	Angststörungen insgesamt (%)	Phobische Störungen (%)	Panikstörung (%)	Generalisierte Angststörung	Zwangsstörung (%)
Regier et al. (1988)	5,5	4,8	0,1	-	0,8
Bland et al. (1988)	3,5	3,0	0,3	-	1,5
Copeland et al. (1987)	1,9	0,7	-	1,1	0,1
Lindesay et al. (1989)	-	10,0	0,0	3,7	-
Helmchen et al. (1996)	4,4	-	-	-	0,2
Beekman et al. (1998)	10,2	3,1	1,0	7,3	0,6
Ritchie et al (2004)	14,2	10,7	0,3	4,6	0,5

Aus *Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter* (S. 154) von Weyerer & Bickel, 2007, Stuttgart: Kohlhammer.

Interessant sind deutlich höhere Prävalenzraten von über 10 % (zusammengefasst für alle Angsterkrankungen) in neueren Studien, die mit den Daten des deutschen Bundes-Gesundheitssurveys 2004 (Wittchen & Jacobi, 2004) von ca. 14 % Prävalenz weitest konform gehen. Wisocki (2002) betont, dass die Diagnosestellung gerade bei Angststörungen aufgrund mehrerer Faktoren deutlich erschwert ist: Bereits die Informationsbeschaffung wird oftmals behindert durch die Tendenz älterer Menschen, Symptome einer möglicherweise psychischen Störung eher verhalten zu berichten oder diese fälschlicherweise als normale Alterserscheinung einzuschätzen. Zudem besteht vor allem bei älteren Patienten die Gefahr, Symptome einer organischen Störung als Zeichen von Angst zu interpretieren und dadurch eine Behandlung der körperlichen Erkrankung zu versäumen, oder aber im umgekehrten und vermutlich weitaus häufigeren Fall Angstsymptome zu übersehen, da das Augenmerk allein auf der organischen Störung ruht. Zumal auch ältere Patienten selbst dazu neigen, beispielsweise Symptome einer Panikattacke wie Atemnot oder Druckgefühl auf der Brust zu somatisieren und nicht als Ausdruck einer psychischen Erkrankung wie beispielsweise einer Angststörung zu interpretieren (Lindesay, 1991). Berücksichtigt werden sollte ebenfalls, dass diverse Medikamente Angstsymptome verursachen können (u. a. Diuretika und Bronchodilatoren) oder als Symptome einer Angststörung interpretierte Verhaltensweisen adäquate Reaktionen auf veränderte Lebensumstände darstellen (beispielsweise muss die Tatsache, dass ein älterer Mensch aus Angst vor einem Überfall oder einem Sturz bei eingeschränkter Mobilität die Wohnung kaum verlässt, nicht

unbedingt auf eine Agoraphobie im eigentlichen Sinne hindeuten). Umgekehrt weist Boerner (2004) jedoch darauf hin, dass hinter einem als alterstypisch bewerteten sozialen Rückzugsverhalten durchaus auch ein agoraphobisches Verhaltensmuster stehen kann, welches nach Lindesay (1991) zumeist mit einer körperlichen Erkrankung oder einem traumatischen Ereignis in Zusammenhang steht. Als weiteren erschwerenden Faktor führt Wisocki (2002) neben der Einstellung der im Gesundheitssystem tätigen Mitarbeiter an, dass nur eine begrenzte Anzahl an geeigneten Beurteilungsinstrumenten zur Verfügung steht, da viele Messinstrumente nicht in der Anwendung an Älteren überprüft wurden oder die Besonderheiten des klinischen Bilds einer Angststörung im Alter nicht berücksichtigen.

Daten zur Inzidenz von Angststörungen liegen kaum vor, die Raten für phobische Störungen scheinen sich jedoch mit Ausnahme der spezifischen Phobien, welche zumeist aus Kindheit oder Jugend mit ins Alter getragen werden, mit dem Alter nicht zu verändern. Generalisierte Angststörung und Panikstörung treten epidemiologischen Studien zufolge kaum erstmals im Alter auf (Schaub & Linden, 2000). Dem entgegen stehen allerdings die Daten von Ritchie et al. (2004, s. o.) und die Erfahrungen in der PTK 55+, in der bislang zahlreiche Patienten mit einer Panikstörung behandelt wurden, welche sich erstmals im Alter manifestierte. Der in der ILSE-Studie durchgeführte Vergleich von 40- bis 44-Jährigen mit 60- bis 64-Jährigen zeigte, dass Angststörungen in der älteren Kohorte signifikant häufiger vorkamen bei einem engen Zusammenhang mit bestimmten körperlichen Erkrankungen, insbesondere Herzerkrankungen, Lungenerkrankungen, Stoffwechselerkrankungen sowie chronische Schmerzen (Kratz et al., 2000). Die Autoren vermuten, dass die Inzidenz mit dem Alter in Abhängigkeit von der allgemeinen Gesundheitsverschlechterung zunimmt. Geht man dann noch davon aus, dass in einigen Fällen Angstsymptome als Symptome körperlicher Erkrankungen fehlinterpretiert werden (vermutlich insbesondere bei Herz-Kreislaufkrankungen), dürften die Raten noch höher liegen. Frauen sind mit einem Geschlechterverhältnis von 2-3:1 auch im Alter konstant stärker vertreten. Heuft et al. (2006) schlagen vor, das Erscheinungsbild von Angststörungen im Alter mit Belastungen des Ich in Beziehung zu setzen und benennen u. a. die Angst vor Hilflosigkeit oder Krankheit und dem somatischen Alternsprozess.

1.3.3 Somatoforme Störungen

In der Klassifikation der ICD-10 werden unter dem Überbegriff somatoforme Störungen folgende Krankheitsbilder aufgeführt: Somatisierungsstörung, undifferenzierte Somatisierungsstörung, hypochondrische Störung, somatoforme autonome Funktionsstörung (des kardiovaskulären Systems, des Gastrointestinaltraktes, des respiratorischen Systems, des urogenitalen Systems, Sonstiges), anhaltende somatoforme Schmerzstörung, sonstige bzw. nicht näher bezeichnete somatoforme Störung.

Die Prävalenzangaben für somatoforme Störungen in der Allgemeinbevölkerung schwanken zwischen 9 % und 20 % (Henningsen et al., 2002) und man kann – wie bei den meisten psychischen Störungen – davon ausgehen, dass diese Zahlen sowohl für jüngere Erwachsene als auch für über 60-Jährige zutreffen (Heuft et al., 2000). In einer deutschen Studie (Hessel et al., 2003) fanden sich jedoch lediglich Raten von 0,3 % für somatoforme Störungen bei Älteren, wenn man kategoriale Diagnosesysteme wie DSM-IV oder ICD-10 mit ihren restriktiven Kriterien zugrunde legt. Allerdings berichteten fast ein Viertel der in der Studie befragten Personen mindestens acht somatoforme Beschwerden, wobei über 70-Jährige im Vergleich zu 61-69-Jährigen sowie über 60-Jährige im Vergleich zu Jüngeren wesentlich häufiger somatoforme Symptome angaben. Ein weiterer Befund der Untersuchung ist die mit dem Alter zunehmende Nivellierung geschlechtsabhängiger Ausprägung somatoformer Beschwerden, da sich im Vergleich zur Gesamtstichprobe in der Teilstichprobe der über 60-Jährigen keine höhere Prävalenz unter Frauen fand.

Laut Csef (2001) sind die funktionellen (somatoformen) Störungen die häufigsten psychosomatischen Erkrankungen in der internistischen Praxis und verursachen 20 bis 30 % der stationären Aufnahmen in inneren Abteilungen (Csef, 1995). Die Vier-Wochen-Prävalenz somatoformer Störungen in Allgemeinarztpraxen betrug in einer Studie von Schoepf et al. (2003) 28,5 %. Als sogenannte „high utilizer“ stellen Patienten mit Somatisierungsstörungen aufgrund von Mehrfachdiagnostik, Hospitalisierung und Krankheitsstagen einen enormen Kostenfaktor im Gesundheitswesen dar (Barsky et al., 2005). Betroffen sind bevorzugt Frauen vor dem 35. Lebensjahr, wobei die Störung oftmals bereits in der Adoleszenz beginnt und zu einem chronifizierten Verlauf neigt. Rief (1996) führt mögliche Risikofaktoren an, die mit der Entstehung von somatoformen Störungen zusammenhängen können, u. a. traumatische Erfahrungen oder ein niedriger sozialer Status. Gerade die somatoforme Schmerzstörung, bei der Schmerzen im Vordergrund stehen, die durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden können, spielt bei älteren Patienten eine besondere Rolle. Hier erscheint es noch

schwieriger als bei jüngeren Erwachsenen, die somatische von der psychischen Genese eines angegebenen Schmerzes zu differenzieren (Heuft et al., 2006). Umso erschreckender erscheint die Tatsache, dass somatoforme Beschwerden gerade im Alter nur gering beachtet werden, so dass beispielsweise für psychosomatisch anmutende Symptome, mit denen über 60-Jährige den Arzt aufsuchen, ausschließlich organische Diagnosen vergeben werden (Heuft, 1995).

Schneider & Heuft (2011) berichten in ihrem systematischen Literaturüberblick, dass in den großen Studien zur Prävalenz psychischer Erkrankungen die Altersgrenze zumeist bei 65 Jahren liegt und speziell zu somatoformen Störungen im Alter die Datenlage vergleichsweise gering ist. Die Autoren stellen fest, dass die meisten Studien keine Häufung somatoformer Beschwerden bei älteren Patienten ergaben, sondern eher für eine Abnahme mit dem Alter sprechen, weisen jedoch auch auf die Tendenz hin, gerade bei Älteren körperliche Beschwerden organisch zu erklären und dadurch eine somatoforme Störung möglicherweise zu übersehen.

1.3.4 Substanzmissbrauch und -abhängigkeit

Da beim Thema Sucht im höheren Lebensalter Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten quantitativ die größte Rolle spielen, soll im Folgenden näher auf diese beiden Bereiche eingegangen werden.

Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit

Aktuelle Studien mit genauen Daten über die Prävalenz von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit bei Älteren liegen kaum vor. Verschiedene ältere Untersuchungen zeigten, dass mit zunehmendem Alter der Alkoholkonsum zurückgeht und alkoholbedingte Störungen deutlich seltener als bei jüngeren Erwachsenen anzutreffen sind (Adams et al., 1990; Molgaard et al., 1990). Allerdings sind sowohl die hohe Dunkelziffer als auch die Tatsache zu berücksichtigen, dass insbesondere eine sich erst im höheren Lebensalter entwickelnde Alkoholproblematik oft übersehen wird (Wächtler, 2000).

In verschiedenen Studien zeigten sich vergleichsweise ähnliche Prävalenzraten. Weyerer und Bickel (2007) führen die Epidemiological Catchment Area Study (Robins & Regier, 1991) aus den USA an, die unter Einsatz kriterienorientierter Diagnostik nach DSM-III Prävalenzraten von 3,1 % bei Männern und 0,5 % bei Frauen über 65 Jahren fanden. Zum Vergleich: In der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen lag die Ein-Jahres-

Prävalenz bei Männern bei 17 %, bei Frauen bei 4,1 %. In Bezug auf die Lebenszeitprävalenz von Alkoholabhängigkeit und -missbrauch zeigte sich ebenfalls eine deutliche Abnahme mit dem Lebensalter: Bei den über 65-Jährigen wiesen 13,5 % der Männer und 1,5 % der Frauen eine derartige Diagnose in der Lebenszeit auf.

Für Deutschland liegen Prävalenzdaten aus der Berliner Altersstudie (Mayer & Baltes, 1996) mit insgesamt 1,1 % für Alkoholkrankheit oder -missbrauch vor, in der Oberbayerischen Feldstudie (Dilling & Weyerer, 1984) zeigten sich Prävalenzraten für Alkoholismus von 4,6 % in der Altersgruppe der 45-64-Jährigen und 2,4 % in der Altersgruppe ab 65 Jahren. Mundle et al. (1997) nehmen an, dass ca. 2 bis 3 % der älteren Männer und 0,5 bis 1 % der älteren Frauen von Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit betroffen sind. Betrachtet man den riskanten Alkoholkonsum (wenn die formalen Kriterien für Missbrauch oder Abhängigkeit noch nicht erfüllt sind) in der Altersgruppe der über 59-Jährigen, so ergeben sich deutlich höhere Prävalenzen: Die Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS, 2005) geht davon aus, dass 26,9 % der Männer und 7,7 % der Frauen so viel Alkohol trinken, dass ein deutliches Gesundheitsrisiko besteht. Als Grenzwerte wurden hier die Angaben des amerikanischen National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAA) zu Grunde gelegt, das 65-Jährigen und Älteren empfiehlt, nicht mehr als 0,25 Liter Bier oder 0,1 Liter Wein täglich zu trinken. Bezüglich des Alkoholkonsums von Hochaltrigen findet sich bislang nur eine einzige größere Studie mit 75-Jährigen und Älteren, welche eine Prävalenz von 6,5 % für riskanten und 0,8 % für schädlichen Alkoholkonsum aufzeigt, jeweils mit erheblichen geschlechtsspezifischen Unterschieden (Weyerer et al., 2009).

Nach Feuerlein (1995) haben die insgesamt niedrigen Prävalenzraten für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit im Alter mehrere Gründe: Erstens sterben aufgrund der deutlich erhöhten Mortalitätsrate von Alkoholikern viele Betroffene bevor sie das höhere Lebensalter erreichen. Zweitens ziehen altersbedingte Stoffwechseleränderungen oftmals eine Abnahme der Alkoholtoleranz nach sich. Und drittens führen gesundheitliche Beeinträchtigungen oder chronische Erkrankungen im Alter bisweilen zu einer Reduktion des Alkoholkonsums. Die Remissionsrate, wobei Remission definiert ist als das Nichtmehrvorhandensein einer bisher über die Lebenszeit bestandenen Störung in den letzten 12 Monaten, nimmt gegenläufig zur Prävalenz im Alter zu. Trabert (1998) weist allerdings darauf hin, dass im Gegensatz zu Jüngeren ältere Alkoholabhängige seltener erkannt und korrekt diagnostiziert werden und nennt hierfür mehrere potenzielle Faktoren wie z. B. weniger Indikatoren für ein Alkoholproblem (beispielsweise Schwierigkeiten am Arbeitsplatz), Einstellung von Ärzten etc.

In Anbetracht der demografischen Entwicklung mit einer zu erwartenden Zunahme der absoluten Anzahl älterer Menschen dürfte das Thema Alkohol im Alter dennoch trotz vergleichsweise niedriger Prävalenz zunehmend Beachtung finden. Lieb et al. (2008) gehen davon aus, dass auch aufgrund der veränderten Konsumgewohnheiten der aktuell alternen Kohorte mit einem Prävalenzanstieg zu rechnen ist. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS, 2005) geht von derzeit ca. 400.000 älteren Menschen in Deutschland aus, die von einem Alkoholproblem betroffen sind. Sie vermutet zudem, dass der Anteil betroffener Frauen wachsen wird, „da die erste Generation Frauen, die Alkohol (und Tabak) ähnlich selbstverständlich konsumiert wie Männer, in den nächsten Jahren die Altersgrenze erreicht“ (S. 24). Alkoholbedingte Störungen führen darüber hinaus bei Menschen über 65 Jahren ebenso häufig zur Aufnahme in ein Allgemeinkrankenhaus wie beispielsweise ein Myokardinfarkt (Adams et al., 1993).

Möchte man ältere alkoholabhängige Menschen klassifizieren, so wird üblicherweise zwischen den zwei Gruppen „early onset“ und „late onset“ unterschieden. Als early-onset-Trinker definiert sind Personen, die bereits vor dem 60. Lebensjahr alkoholabhängig waren und dies auch im höheren Lebensalter noch sind. Diese Gruppe macht ungefähr zwei Drittel der älteren Alkoholkranken aus. Als late-onset-Trinker werden hingegen diejenigen bezeichnet, die erst nach dem 60. Lebensjahr alkoholabhängig werden (genauer: Lieb et al., 2008). Die folgende Tabelle nach Weyerer & Bickel (2007, S. 170) führt einige Merkmale der Alkoholabhängigkeit mit frühem und spätem Beginn auf.

Tabelle 2: Merkmale der Alkoholabhängigkeit mit frühem und spätem Beginn

Merkmal	früher Beginn (early onset)	später Beginn (late onset)
Alter	unter 60 Jahren	60 Jahre und älter
Häufigkeit	zwei Drittel	ein Drittel
Persönlichkeit	instabil	stabil
Wohnsitz	häufig wechselnd	konstant
Familienanamnese	positiv	negativ
Intoxikationstage	häufig	selten
Therapiechancen	mäßig	gut

Aus *Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter* (S. 170) von Weyerer & Bickel, 2007, Stuttgart: Kohlhammer.

Benzodiazepinmissbrauch und -abhängigkeit

Neben Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit spielt gerade bei älteren Menschen die missbräuchliche Einnahme oder Abhängigkeit von Medikamenten, größtenteils Benzodiazepinen, eine herausragende Rolle. Anders als bei Alkoholismus ist hier die Missbrauchsdefinition deutlich schwieriger, da die Grenze zwischen missbräuchlicher Einnahme zur Erzielung psychotroper Wirkungen und der Behandlung von Krankheitssymptomen (Anxiolyse,

Sedierung, Schlafanbahnung) unscharf ist (Wolter, 2005). In Deutschland werden erst seit den 80er Jahren repräsentative Untersuchungen zur Epidemiologie des Medikamentengebrauchs durchgeführt. Die vorliegenden Prävalenzstudien unterscheiden sich stark in Bezug auf die Definition von Psychopharmaka, Untersuchungspopulation und Bezugszeitraum, so dass Prävalenzraten schwer zu interpretieren sind. Die Einnahme von Psychopharmaka, welche allerdings keinesfalls bereits Missbrauch oder Abhängigkeit impliziert, steigt mit dem Alter deutlich an: Ergebnisse der oberbayerischen Feldstudie zeigen, dass von psychisch Kranken im Alter von 15 bis 44 Jahren ca. jeder Fünfte psychopharmakologisch behandelt wird, bei den 45- bis 64-Jährigen bereits jeder Vierte und bei den Älteren jeder Dritte. Untersuchungen zeigen einen exponentiellen Anstieg der Verordnung und Einnahme von Benzodiazepinen mit dem Alter, wobei Frauen deutlich überrepräsentiert sind (Weyerer et al., 1998). Auch im aktuellen Arzneimittelreport 2011 der Barmer GEK wird berichtet, dass mit zunehmendem Alter der Anteil an Verordnungen von Hypnotika deutlich steigt. Obwohl sich nach Angaben der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS, 2005) die Anzahl der Verordnungen zwischen 1990 und 2005 ungefähr halbiert hat, stellen Benzodiazepine die größte Gruppe der verordneten psychoaktiven Medikamente dar und sind aufgrund ihres hohen Abhängigkeitspotenzials ein wichtiger Faktor beim Thema Sucht im Alter. So ist davon auszugehen, dass etwa 70 % aller Medikamentenabhängigen abhängig von Benzodiazepinen sind (Baier et al., 2002), wobei es sich insbesondere bei Älteren überwiegend um eine sogenannte „low dose dependence“ mit langjähriger Einnahme ohne Toleranzentwicklung und Dosissteigerung handelt. Die DHS schätzt, dass bei etwa 2 Millionen über 60-Jährigen in Deutschland ein problematischer Gebrauch von psychoaktiven Medikamenten vorliegt.

Die Berliner Altersstudie ergab, dass von den 24,6 % der Älteren, die Psychopharmaka einnahmen, ein Anteil von mehr als der Hälfte (13,2 %) auf die Gruppe der Benzodiazepine entfällt (Helmchen et al., 1996). Antidepressiva wurden lediglich von 3,7 % der untersuchten Älteren eingenommen. Betrachtet man ausschließlich die Personen, bei denen eine spezifizierte Depression nach DSM III-R vorlag, so wurden lediglich 6 % mit Antidepressiva, aber 40 % mit Benzodiazepinen behandelt (Linden et al., 1998). Obwohl aufgrund des Abhängigkeitspotenzials Benzodiazepine in der Regel nicht länger als vier Wochen kontinuierlich eingenommen werden dürfen, nahmen ca. 90 % der mit Benzodiazepinen Behandelten diese als Dauermedikation mit einem Einnahmezeitraum von über sechs Monaten ein, darunter etwa 50 % täglich (Helmchen et al., 1996). Inwieweit es sich hierbei tatsächlich um eine Benzodiazepinabhängigkeit handelt, bleibt allerdings unklar. Risikofaktoren für eine Abhängigkeitsentwicklung sind insbesondere eine Suchterkrankung in

der Anamnese, die Zunahme von Behandlungsdauer und -dosis, Chronizität und Schwere der mit Benzodiazepinen behandelten Symptome sowie psychosoziale Belastungen (Weyerer et al., 1998). Verschrieben wurden diese Medikamente überwiegend durch Allgemein- und Hausärzte. Ältere Patienten mit Schlafstörungen sowie institutionalisierte ältere Menschen gehören nach Melchinger (1993) zu denjenigen, die besonders häufig Benzodiazepine als Dauermedikation einnehmen. In ihrer epidemiologischen Studie in Mannheim konnten Hohagen et al. (1993) beispielsweise zeigen, dass die Einnahme von verschreibungspflichtigen Schlafmitteln (in der Regel Benzodiazepine) mit zunehmendem Alter deutlich ansteigt. Für eine Abhängigkeit als Ursache der fortgesetzten Einnahme sprechen erfolglose Absetzungsversuche sowie die Tatsache, dass fast die Hälfte der Patienten keine Verbesserung der Schlafqualität durch die Medikamenteneinnahme bemerkte. Hoffmann et al. (2008) weisen darauf hin, dass auch die bisher als überwiegend sicher im Sinne eines geringeren Abhängigkeitspotenzials geltenden Benzodiazepinrezeptoragonisten wie beispielsweise Zopiclon kritisch zu sehen sind. Wetterling et al. (2002) vermuten aufgrund der Prävalenzdaten ihrer Studie, die Suchterkrankungen bei stationären Psychriatrieaufnahmen und psychiatrischen Konsilen im Allgemeinkrankenhaus erfasst, dass viele Medikamentenabhängige auch klinisch auffällig werden, insbesondere ältere Patienten mit Benzodiazepinmissbrauch. Die Forderung nach weiterer epidemiologischer Forschung zu diesem bisher wenig beachteten Gebiet (Soyka et al., 2005) kann nur unterstützt werden.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass in der Bundesrepublik Deutschland bezüglich der Sucht Älterer wissenschaftlich und praktisch noch viel zu tun bleibt (Wächtler, 2000). Noch immer werden Missbrauch und Abhängigkeit bei Älteren zu selten erkannt und es fehlen spezifische suchttherapeutische Angebote für Ältere, die den Besonderheiten dieser Klientel gerecht werden (Wohnortnähe, Konzepte in der Gerontopsychiatrie etc.).

2 Alterspsychotherapie

Nach Heuft et al. (2006) befasst sich die Alterspsychotherapie mit der Behandlung von psychisch kranken Erwachsenen über 60 Jahren, wobei sich altersspezifische Therapieangebote oftmals bereits an 55- bis 60-Jährige als Personen in der zweiten Lebenshälfte richten. Charakteristischerweise hat die Alterspsychotherapie nicht nur schulenspezifische Störungs- und Behandlungsmodelle sondern auch Konzepte der Gerontopsychologie wie beispielsweise das alters- und störungsspezifische Rahmenmodell von Maercker (2002c) oder das Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation (Baltes & Carstensen, 1996) integriert.

2.1 Entwicklung der Alterspsychotherapie

Dass Psychotherapie auch bei älteren Menschen „möglich, nötig, sinnvoll, aussichtsreich“ (Strotzka, 1978, S. 471) ist, wird heutzutage kaum mehr in Frage gestellt, obwohl weiterhin eine enorme Diskrepanz zwischen einem bis ins hohe Alter bestehenden psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und der aktuellen Versorgungsrealität existiert (siehe Punkt 4).

Die Entwicklung der Alterspsychotherapie (im Folgenden skizziert nach Heuft et al., 2006) begann in den USA, als ab 1950 erstmals hospitalisierte Veteranen des Ersten Weltkriegs gruppenpsychotherapeutisch behandelt wurden. Die von Einzelpersonen unterschiedlicher Berufsgruppen zumeist ohne psychotherapeutische Qualifikation gemachten Erfahrungen wurden mit Hilfe der Psychiatrie gefördert und systematisiert (beispielsweise durch Gründung von spezialisierten Gesellschaften und Durchführung von Symposien) mit der Konsequenz, dass zunehmend nicht nur Gruppentherapie, sondern vermehrt ambulante Einzeltherapie mit Älteren durchgeführt wurde. Die Interventionsgerontologie leistete mit ihrem breiten Spektrum an Verfahren und Behandlungskonzepten ebenfalls einen nicht unwesentlichen Entwicklungsbeitrag.

Die Geschichte der Alterspsychotherapie in Deutschland ist im Vergleich zu den USA kurz und um mindestens 20 Jahre zeitversetzt. Die Ursache hierfür ist insbesondere eine historische, da durch die weitestgehende Vertreibung der Psychoanalytiker während des Nationalsozialismus in der Bundesrepublik Deutschland kaum mehr Psychotherapie, die damals überwiegend psychoanalytisch orientiert war, vertreten war. Da die Psychiatrie in

ihrem damaligen Behandlungskonzept die Psychotherapie nicht als notwendigen Bestandteil erachtete, sondern auf organische bzw. biologische Aspekte psychischer Erkrankungen ausgerichtet war, und zudem die geringe Anzahl an Psychoanalytikern in Deutschland mit dem Aufbau von Instituten, nicht jedoch mit Forschung beschäftigt war, begann die Entwicklung der Alterspsychotherapie deutlich später. Von dem Forschungsfortschritt insbesondere in den USA weitestgehend getrennt, benötigte die Psychotherapie viele Jahre, um ihren Wissensstand anzugleichen. Heuft et al. (2006) unterscheiden folgende Entwicklungsphasen der Alterspsychotherapie:

1. Erkundungsphase

Zwar wurden erste Behandlungen älterer Patienten zwischen 50 und 65 Jahren bereits Ende der 50er Jahre beschrieben (Wenker, 2010), systematisierte Behandlungen auf der Basis therapeutischer Konzepte, angewandt an größeren Patientenzahlen mit verschiedenen psychischen Erkrankungen, sowohl in Einzel- als auch in Gruppentherapie, werden jedoch erst ab Anfang der 70er Jahre, überwiegend durch Radebold (z. B. 1976), den wohl bekanntesten Alterspsychotherapieforscher im deutschsprachigen Raum, berichtet. Diese Erkundungsphase endet mit der Psychiatrie-Enquete 1975, die erstmals explizit den Versorgungsstand psychisch kranker alter Menschen im stationären und ambulanten Bereich sowie die bestehenden Versorgungsmängel benannte, Leitprinzipien formulierte, den psychotherapeutischen Behandlungsbedarf Älterer über 65 Jahren herausstellte und so in der Folge die psychosomatische und psychotherapeutische Versorgung grundlegend verändern sollte. Es wurden außerdem erstmals ausdrücklich Beratungs- und Behandlungsangebote für ältere psychisch Kranke sowie Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten gefordert.

2. Verbreitungsphase

Diese Phase der Entwicklung der Alterspsychotherapie, die Heuft et al. (2006) bis 1990 ansetzen, ist gekennzeichnet durch einen steten Wissenszuwachs, der mit einer zunehmenden Zahl an Publikationen einherging und somit das lange Zeit wenig beachtete Thema der Psychotherapie mit Älteren zumindest dem interessierten Fachpublikum eröffnete. Neben psychoanalytisch orientierten Autoren wie Radebold (1983) oder Schlesinger-Kipp (1984) widmeten sich in dieser Zeit auch andere psychotherapeutische Richtungen dem älteren, therapiebedürftigen und -fähigen Patienten (z. B. Petzold & Bubolz, 1979). Eine Grundlagenforschung war zu diesem Zeitpunkt jedoch noch nicht existent. Die Berufung des Alterspsychotherapieforschers Radebold an einen Lehrstuhl in Kassel sowie die Gründung von Arbeitskreisen und fachspezifischen Tagungen („Psychoanalyse und Altern“,

„Psychotherapie im Alter“ ermöglichte im Rahmen universitärer, systematischer Forschung aber auch durch den Austausch persönlicher Erfahrungen im Rahmen von Praxis-tätigkeiten eine Erweiterung des Kenntnisstands auf dem Gebiet der psychotherapeutischen Behandlung Älterer.

Dennoch konstatierte Häfner (1986) damals zu Recht, dass die „Psychotherapie alter Menschen wissenschaftlich und auch praktisch in der Bundesrepublik Deutschland absolut unterentwickelt ist. Der gesamte Bereich der Entwicklung und der Evaluation psychotherapeutischer Verfahren zur Behandlung von psychischen Krankheiten und Störungen, zur Beeinflussung krankhafter Verhaltensmuster bei chronischen unheilbaren Krankheitsprozessen und zur Verbesserung der Bewältigungsfähigkeit alter Menschen ist ein Forschungsthema von hoher Priorität“ (S. 100). In den elf Jahren seit der Psychiatrie-Enquete hatte sich im psychotherapeutischen Versorgungsbereich für ältere psychisch Kranke offensichtlich nicht viel bewegt.

Der 1987 von Radebold et al. vorgelegte Forschungsbericht über Erfahrungen in einer psychiatrischen Institutsambulanz stellt die erste systematische Untersuchung psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten mit Älteren, d. h. über 60-Jährigen, dar und geht damit über die bis dato vorliegenden Einzelfallstudien hinaus. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass Psychotherapie für Ältere einen „dringend erforderlichen, wichtigen und unentbehrlichen Bestandteil des gerontopsychiatrischen Gesamtbehandlungsspektrums und damit einer gerontopsychiatrischen Versorgung“ (S. 138) darstellt und zudem eine gruppentherapeutische Behandlung auch bei psychisch Kranken jenseits des 60. Lebensjahrs sinnvoll ist.

Trotz dieser positiven Entwicklung stellte Radebold (1990a) fest, dass Forschung überwiegend durch Einzelpersonen an wenigen ausgewählten Orten wie Kassel, Heidelberg oder Erlangen stattfindet, umfassende Praxiserfahrungen weiterhin fehlen, Fachgesellschaften nur zögerlich das Thema aufnehmen und eine deutliche psychotherapeutisch/psychosomatische aber auch allgemeinpsychiatrische Unterversorgung besteht. Weiterhin gab er zu bedenken, dass das Alter bis dato weder in der klinischen Psychologie, noch der Psychiatrie oder Psychosomatik ausreichend Berücksichtigung gefunden hat.

3. Systematisierungsphase

Eine Systematisierung mit weiterer Etablierung, zunehmender Differenzierung und Spezialisierung der Alterspsychotherapie sehen Heuft et al. (2006) ab dem Jahr 1990. Die überwiegend praxisorientierte Forschung mit Kasuistiken wird nunmehr abgelöst von dringend notwendiger quantitativer Grundlagen- und Ergebnisforschung, die im universitären Rahmen beispielsweise in Münster stattfindet. Die Gründung von Arbeitstagen und Arbeitsgruppen trägt zusätzlich zur Wissensverbreitung sowie zum Erfahrungsaustausch bei. Beispielhaft zu nennen sind die Tagung „Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie“, die seit 1992 in zweijährlichem Rhythmus stattfindet, sowie die Gründung der gleichnamigen Arbeitsgruppen „Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie“ in der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) und dem Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM). Zudem veröffentlichte Radebold (1992a) das erste Lehrbuch für Alterspsychotherapie mit dem Titel „Psychodynamik und Psychotherapie Älterer“. Weitere Publikationen (Heuft et al., 1995; Jovic & Uchtenhagen, 1995; Junkers, 1995; Radebold et al., 1997), welche sich sowohl auf theoretische Konzepte als auch deren Anwendung auf unterschiedliche Krankheitsbilder in unterschiedlichen Institutionen des Versorgungssystems beziehen, machen den Wissenszuwachs in diesem Zeitraum deutlich.

4. Differenzierungsphase

Die aktuelle Phase der Differenzierung zeigt sich auf vielerlei Weise: So werden mittlerweile unterschiedliche Verfahren wie Psychoanalyse, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie aber auch kreative Verfahren in diversen Behandlungsformen, institutionellen Rahmen und Versorgungssystemen erprobt und systematisch untersucht. Psychotherapiestationen in der Gerontopsychiatrie wurden eingerichtet (Schmid-Furstoss, 1997; Bäurle, 2000) und störungsspezifische Behandlungsangebote entwickelt. Mittlerweile existieren Weiterbildungsmöglichkeiten in Alternspsychotherapie für Ärzte, Psychologen, Pädagogen und andere in der Arbeit mit Älteren engagierte Berufsgruppen, angeboten beispielsweise vom Institut für Alternspsychotherapie und Angewandte Gerontologie in Kassel, das 1998 von Radebold gegründet wurde.

Eine Analyse der Publikationen in den Fachzeitschriften *Psychotherapeut* und *Psychiatrische Praxis* der Jahre 2007 und 2008 von Beckert-Zieglschmid & Born (2009) im Hinblick auf den Einbezug der Variable Alter und der Altersgruppenverteilung ergab jedoch, dass nach wie vor dem höheren Lebensalter in Forschung und Publikation nicht die Bedeutung zukommt, welche nach den aktuellen gesellschaftlichen und demografischen

Entwicklungen zu erwarten und einzufordern wäre. Kaum eine Studie verwandte das Lebensalter als Einflussvariable, gerontopsychiatrische Studien waren in den untersuchten Zeitschriften mit einem Anteil von 10 % deutlich unterrepräsentiert, wenn man den Bevölkerungsanteil über 65-Jähriger von knapp 20 % im Jahr 2006 als Maßstab heranzieht.

Angesichts der demografischen Entwicklung mit einer zunehmenden Anzahl älterer Menschen, die bei Bedarf zukünftig Psychotherapie stärker nachfragen und einfordern werden als noch die vorhergehenden Generationen, ist ein Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung Älterer unabdingbar. Gerade im Bereich der Psychosomatik sind Ältere als jedoch weiterhin unterrepräsentiert, spezifische Therapieangebote insbesondere in altershomogenen Gruppen fehlen für Ältere häufig (siehe Punkt 4). Es ist davon auszugehen, dass in diesem Zusammenhang die Anforderungen der Qualitätssicherung, eines in der jüngsten Zeit nahezu inflationär gebrauchten Begriffs, auch vor der Alternspsychotherapie nicht Halt machen werden und zunehmend auch polyzentrische Studien im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich notwendig machen.

Immer wieder, auch nach jahrzehntelanger Forschung, werden in der Alternspsychotherapie heute noch folgende Fragen diskutiert (Heuft et al., 2006, S. 211):

- Benötigen Ältere aufgrund der vergleichsweise geringen restlichen Lebenszeit und des großen zeitlichen Abstands zu Kindheit und Jugend insbesondere langfristige, wenn nicht gar lebenslange psychotherapeutische Begleitung?
- Ist Psychotherapie mit Älteren daher noch lohnenswert?
- Verlangt die Lebenssituation Älterer mehr kombinierte Therapieansätze als dies bei Jüngeren der Fall ist?
- Muss Psychotherapie bei Älteren angesichts des näher rückenden und vermehrt ins Blickfeld geratenden Sterbens und Todes mit religiösen oder spirituellen Elementen verknüpft werden?
- Benötigen Ältere ein in Bezug auf Dauer, Intensität und Bearbeitungsebene (bewusst vs. unbewusst) ein anderes (evtl. reduziertes) Angebot als Jüngere?

2.2 Besonderheiten und Schwierigkeiten bei der psychotherapeutischen Behandlung Älterer

In der Psychotherapie mit Älteren können nach Heuft et al. (2006) einige Besonderheiten auftreten, die der Therapeut kennen und beachten sollte. So ist inhaltlich davon auszugehen, dass in der Therapie mit Älteren vermehrt Themen wie Alternsprozesse mit den damit einhergehenden Einschränkungen, Verlusten, körperlichen Erkrankungen, Tod und Sterben usw. auftreten werden. Neben aktuellen Bedrohungen und Verlusten kann zudem ein Lebensrückblick im Dienst einer Bilanzziehung und der Integration erlebter Kränkungen in ein sinnhaftes Gesamtbild von Bedeutung sein.

Weitere Besonderheiten eher „technischer“ Art sind darüber hinaus (Radebold & Bäurle, 2000): Für das Erstgespräch sollte ausreichend Zeit eingeplant werden, die aufgrund der bestehenden Materialfülle notwendig ist, wenn sowohl die aktuelle Krankheits- und Lebenssituation (Querschnittsperspektive) als auch die biografische Entwicklung (Längsschnittsperspektive), die bei Älteren oftmals mehrere Jahrzehnte mehr im Vergleich zu Jüngeren umfasst, berücksichtigt werden sollen. Nach den Autoren sollten in einem Erstgespräch folgende Aspekte abgeklärt werden: Positiv-Diagnose einer behandelbaren psychischen Störung, aktuelle Lebenssituation, Beeinträchtigungen bzw. Funktionsstörungen (z. B. der Sinnesorgane), psychische Funktionen, Interessen, Fähigkeiten und Kompetenzen, Veränderungen bzw. Verluste sowie Bewältigungsstrategien, Einstellung der familiären und sozialen Umwelt gegenüber einer psychotherapeutischen Behandlung, frühere psychische Erkrankungen einschließlich Suizidversuche und Behandlungsmaßnahmen, Manifestationsdauer und -form der psychischen Erkrankung und bisherige Lösungsstrategien bei Konflikten, Verlusten oder Erkrankungen. Zudem kann bei körperlichen Beschwerden möglicherweise eine medizinische Diagnostik zur Abklärung des Gesundheitszustands notwendig werden, auf der der Psychotherapeut bestehen sollte, wenn Zweifel an einer ausschließlich psychischen Genese der Symptome bestehen. Oftmals sind über 60-Jährige nicht korrekt diagnostisch abgeklärt und ungenügend medikamentös therapiert (Radebold & Bäurle, 2000). Puccini (2008) warnt davor, das Maß an echten körperlichen Beschwerden zu unterschätzen oder zu übersehen, wenn mit der Krankheitsverarbeitung einhergehende psychische Symptome als ursächlich angesehen und zu bedeutsam gewichtet werden. Ebenso sollte ein Psychotherapeut, der mit älteren Patienten arbeitet, über die Kenntnis verfügen, dass zahlreiche geriatrische Erkrankungen wie beispielsweise Schlaganfall, Herzinfarkt, Bypass-Operation, Morbus Parkinson u. a. eine hohe psychische

Komorbidität haben, möglicherweise wird die Therapie auch durch den Verlauf chronischer Erkrankungen mitbestimmt. Wissen über die spezifische Wirkung von Psychopharmaka bei Älteren und deren Bedeutung für den therapeutischen Prozess ist ebenfalls von Vorteil.

Eine weitere Besonderheit in der Psychotherapie mit Älteren stellt die besondere Stellung der Therapiebeendigung dar. Heuft et al. (2006) empfehlen, spätestens im letzten Drittel der Behandlung das Thema Beendigung und damit Trennung sowie Abschied gezielt anzusprechen, um einen Ablösungsprozess zu ermöglichen. Eine stützende und hilfreiche Beziehung muss aufgegeben werden – eine Tatsache, die Ältere oftmals unbewusst mit dem Todesthema in Verbindung bringt, so dass das Ende einer Psychotherapie eine existenzielle Bedeutung annimmt. Das Angebot, bei Schwierigkeiten erneut den Therapeuten bzw. die Klinik aufsuchen zu können, wird offensichtlich von vielen Älteren als äußerst hilfreich erlebt, wenn auch wenig in Anspruch genommen.

Die Psychotherapie mit Älteren weist im Vergleich mit der Behandlung jüngerer Patienten einige Unterschiede bzw. Besonderheiten auf, die sowohl den Patienten als auch den Therapeuten, die therapeutische Beziehung, aber auch das gesellschaftliche Umfeld betreffen:

Bei älteren Psychotherapiepatienten nehmen Frauen mehr noch als bei jüngeren Generationen einen überproportionalen Anteil ein, ein Verhältnis von 3:1 oder gar 80 % Frauenanteil sind nicht ungewöhnlich (Radebold & Bäurle, 2000; Heuft et al., 2006) und entsprechen auch in der PTK 55+ der Realität.

Im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen handelt es sich bei Älteren häufig um „geschickte“ Patienten, die nicht aus eigener Initiative, sondern beispielsweise auf Drängen der Angehörigen oder des behandelnden Arztes einen Psychiater oder Psychotherapeuten aufsuchen und für eine Psychotherapie oft nur wenig motiviert sind. Sie wurden möglicherweise aufgrund einer chronischen, vom Arzt z. B. medikamentös kaum beeinflussbaren Symptomatik quasi als „letzte Möglichkeit“ zur Psychotherapie geschickt und wissen oftmals nicht, was Psychotherapie bedeutet oder diese von ihnen abverlangt. In einer Untersuchung von Peters & Lange (1994) zeigte sich, dass ältere Patienten in einer psychosomatischen Klinik zu zwei Dritteln fremdmotiviert waren, Jüngere hingegen nur zu einem Drittel. Anders gesagt: Nur 33 % der Älteren gaben an, auf eigenen Wunsch gekommen zu sein. In einer weiteren späteren Studie (Peters et al., 2000) ergab ein Vergleich von Patienten über 55 Jahren mit jüngeren Patienten ebenfalls, dass die Psychotherapiemotivation der Älteren geringer ausgeprägt ist. Mittels Clusteranalyse wurden 378 Patienten einer psychosomatischen Klinik in Bezug auf ihre Psychotherapiemotivation in niedrig,

mittelgradig und hoch motivierte Patienten unterschieden. Niedrig motivierte Patienten äußerten kaum positive Erwartungen, mittelgradig motivierte Personen äußerten einen gewissen Leidensdruck und spezielles Interesse an Psychotherapie, hoch motivierte Patienten zeigten Interesse an Psychotherapie, medizinischer Behandlung und Sozialkontakten. Bei jüngeren Patienten unter 55 Jahren waren lediglich 17,4 % der Patienten als niedrig motiviert anzusehen, in der Gruppe der über 55-Jährigen waren dies bereits 31,6 %. Bei Älteren über 65 Jahren stieg der Anteil der niedrig Motivierten auf 40 % an. Interessanterweise zeigen jedoch gerade im Erstgespräch eher ablehnende Ältere später in der Therapie eine engagierte Mitarbeit (Radebold & Bäurle, 2000).

Im Gegensatz zu jüngeren Patienten halten es Ältere eher für eine Frage des Willens, Probleme selbst zu lösen, sie sehen seltener eine Verbindung ihrer Erkrankung mit seelischen Schwierigkeiten, sondern vermuten eher körperliche oder vererbliche Ursachen, verspüren weniger einen seelischen Leidensdruck und den Wunsch, in Gesprächen Probleme zu bearbeiten und neigen dazu, die eigene Hilflosigkeit zu leugnen (Peters, 2006). Viele betrachten psychische Erkrankungen als normale und unveränderliche Begleiterscheinungen des Alterns und kommen nicht auf die Idee, sich professionelle Hilfe zu suchen (Speer et al., 1991). Hinzu kommt, dass Ältere vergleichsweise wenig über psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten informiert sind (Fichter, 1990; Currin et al., 1998), geschweige denn eigene Erfahrungen mit Psychotherapie in jüngeren Jahren gemacht haben. Zudem stehen die Sozialisierungserfahrungen dieser Generationen der Selbstöffnung und Äußerung von Gefühlen entgegen. „Selbst wenn Schwierigkeiten oder Probleme bewusster werden, so hat diese ‘schweigende’ Generation aufgrund ihrer Sozialisation in Kindheit und Jugend und der späteren Erfahrungen als Erwachsene (u. a. im Zweiten Weltkrieg) gelernt, dass ‘Reden nichts hilft und man die Zähne zusammenbeißen muss’, d. h. dass man selbst damit fertig werden muss (und kann!)“ (Radebold, 1992a, S. 114). Eine stark auf Autorität und Gehorsam ausgerichtete Erziehung vermittelte rigide Verhaltensnormen und Selbstbeherrschung als Idealbild. Erschwerend wirkt die Tatsache, dass in der Ideologie des Dritten Reiches alles, was im Entferntesten an eine psychische Erkrankung denken ließ, als „verrückt“ galt und ca. 170.000 so genannte „Geisteskranke“ systematisch getötet wurden. Die Angst vor einer Stigmatisierung ist gerade bei Älteren besonders hoch. Zudem setzen Ältere Psychotherapie oftmals mit Psychiatrie gleich, welche mit Psychopharmaka und Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung assoziiert wird.

Nicht zuletzt sind auch Ältere selbst aufgrund eines internalisierten negativen Altersbildes der Meinung, dass Psychotherapie in ihrem Alter weniger sinnvoll und hilfreich ist, da sich in Anbetracht der wenigen noch verbleibenden Lebensjahre diese Investition nicht

mehr lohnt. Sie teilen damit die Einschätzung der befragten Bevölkerung, dass Ältere einen geringeren Nutzen von Psychotherapie haben als Jüngere (Zivian et al., 1994).

Laut Seeberg (2007) berichten Snell & Padin-Rivera (1997) über folgende Vorurteile, die ältere Menschen häufig in Bezug auf Psychotherapie haben:

1. Nur „verrückte Menschen“ würden psychologische Hilfe in Anspruch nehmen.
2. Psychologische Probleme sind ein Indikator für moralische Schwachheit.
3. Psychotherapie bedeutet ein Eindringen in die Privatsphäre.
4. Erwachsene, besonders Männer, wollen ihre Gefühle nicht teilen oder Schwäche einem Fremden zeigen.
5. Erwachsene sollten nicht nach Hilfe fragen.

Dennoch dürfen diese Befunde nicht verallgemeinert werden, denn immerhin konnten Peters et al. (2000) in ihrer Untersuchung zeigen, dass bei den über 65-Jährigen, wenn auch deutlich weniger als bei den Jüngeren, aber zumindest 60 % der Patienten als motiviert oder zumindest ambivalent motiviert eingestuft wurden. „Ältere Patienten legen also eher eine skeptische Haltung gegenüber einer Psychotherapie an den Tag, ohne dass es jedoch gerechtfertigt wäre, Ältere ‚über einen Kamm zu scheren‘. Vielmehr besteht die Notwendigkeit, die Bereitschaft und die Eignung eines älteren Patienten für eine psychotherapeutische Behandlung differenziert zu beurteilen“ (Peters, 2000a, S. 27).

Eine Repräsentativumfrage der GfK (Rusch, 2003) unter knapp 2000 Deutschen erbrachte zur Einstellung Älterer gegenüber Psychotherapie folgende Ergebnisse:

- 80 % halten Psychotherapie in Lebenskrisen für sinnvoll
- 70 % glauben, dass Psychotherapie den Betroffenen hilft
- 43 % wäre es peinlich, wenn Nachbarn und Bekannte davon erfahren würden
- 61 % der 50-59-Jährigen,
- 58 % der 60-69-Jährigen,
- 43 % der über 70-Jährigen sagen, dass sie Psychotherapie machen würden, wenn sie Probleme hätten

Quinn et al. (2009) stellten fest, dass auch eine negative Einstellung gegenüber dem Älterwerden mit größeren Vorbehalten bezüglich psychischen Erkrankungen assoziiert ist. Mit dem Wandel von Erziehungsnormen und einer zunehmend differenzierten Wahrnehmung des Alternsprozesses, die von einem negativen Altersstereotyp Abstand gewinnt, ist daher davon auszugehen, dass zukünftige Ältere eine noch positivere Einstellung gegenüber Psychotherapie zeigen und diese vermehrt nachfragen werden, zumal bereits jetzt jüngere Alte eine größere Offenheit für Psychotherapie zeigen (Zank, 2002) und jüngere Kohorten von Älteren eine positivere Einstellung aufweisen (Currin et al., 1998).

Doch auch auf Seiten des Therapeuten zeigen sich in der Behandlung Älterer Besonderheiten und Schwierigkeiten, welche sich aber offensichtlich im Laufe der Zeit zumindest teilweise reduzieren. So gaben in einer Umfrage von Kemper (1992) über zwei Drittel der befragten Psychoanalytiker und ein Drittel der Verhaltenstherapeuten an, dass sie keine Patienten über 50 Jahren behandeln wollten. Zehn Jahre später äußerte in einer Befragung von Zank (2002) eine deutliche Mehrheit (73 %) der Psychotherapeuten, dass sie gerne ältere Patienten behandeln würden. Therapeuten, die bereits Erfahrung mit älteren Patienten gemacht hatten, zeigten hierbei sechsmal häufiger Interesse an der Behandlung Älterer als Kollegen ohne derartige Vorerfahrungen. Es kann also davon ausgegangen werden, dass Psychotherapeuten, haben sie erst einmal begonnen, Ältere in Therapie zu nehmen, diese Patientengruppe auch in Zukunft behandeln werden, da bestehende Vorbehalte offensichtlich korrigiert werden konnten. Das gerontologische bzw. gerontopsychologische Wissen der Therapeuten ist jedoch nach dieser Studie deutlich begrenzt. Eine Untersuchung zu den Präferenzen von Psychotherapeuten bei der Auswahl ihrer Patienten zeigte, dass insbesondere Psychotherapieerfahrung und Wissen über Alterspsychotherapie eine Rolle spielen. Therapeuten, die selbst bereits älter waren, in der Gerontopsychiatrie gearbeitet hatten oder mindestens drei Weiterbildungen über Therapie mit Älteren besucht hatten, behandelten häufiger ältere Patienten als Therapeuten, die diese Voraussetzungen nicht erfüllten (Zivian et al., 1992). Mangelndes gerontologisches Wissen stellt somit ebenfalls ein Hindernis in der Alterspsychotherapie dar (Zank, 2002).

Filipp & Mayer (1999) führen diverse Studien an, welche zeigen, dass auch professionelle Helfer im Gesundheitswesen wie Ärzte oder Therapeuten nicht davor geschützt sind, ein negatives stereotypes Altersbild zu übernehmen, welches sich auf die Bereitschaft zur oder das Verhalten in der Behandlung auswirken kann. Wie Heuft et al. (2006) feststellen, repräsentieren Ältere für den jüngeren Behandler „historisch, erziehungsmäßig, sozial, moralisch und religiös wie auch erfahrungsmäßig und alltagsgeschichtlich (abgesehen von den jeweils individuellen Erfahrungen mit den eigenen Älteren) unbekannte Generatio-

nen“ (S. 219); die Gefahr Stereotypen anheim zu fallen, ist so ungleich größer. In der Behandlung Älterer stellen für den Therapeuten zudem Ängste vor dem eigenen Altern sowie die Konfrontation mit Themen wie Sterben und Tod, Krankheit und weiteren Verlusten jedweder Art eine besondere Herausforderung dar (Garner, 2003), der sich der Therapeut in der Arbeit mit Älteren zunächst bewusst werden muss, zumal sich diese Problematik bei der Psychotherapie mit jüngeren Patienten in der Regel nicht ergibt. Der Erwerb spezifischer persönlicher Kompetenzen durch Selbsterfahrung, Supervision und Intervisionsgruppen ist somit unabdingbar.

Mindestens ebenso wichtig ist für den Therapeuten jedoch die Aneignung gerontologischen und geriatrischen Wissens, welches für Ärzte und Psychologen bis heute weder in Studium noch Weiterbildung (zum Facharzt) oder Ausbildung (zum psychologischen Psychotherapeuten) verpflichtend vorgeschrieben ist, sondern dem Interesse jedes Einzelnen überlassen ist. So erscheint es nicht verwunderlich, dass gerade Hausärzte bei ihren oftmals älteren Patienten nur selten auf die Idee kommen, diesen zu einer Psychotherapie zu raten. In der Psychotherapie mit Älteren ermöglicht jedoch erst gerade das Wissen beispielsweise um altersbedingte Veränderungen, bestimmte Verhaltensweisen des älteren Patienten zu verstehen, spezifische Themen (z. B. Sexualität im Alter) zu besprechen oder Kompetenzen und Ressourcen zu erkennen.

Ergänzt werden diese Anforderungen an Psychotherapeuten eines älteren Menschen um die Notwendigkeit, zeitgeschichtlich zu denken, wie insbesondere Radebold stets betont (u. a. in Heuft et al., 2006). Umfassendes historisches Wissen des Therapeuten über die Zeit, die die Lebensgeschichte der älteren Patienten entscheidend geprägt hat, ist für eine Psychotherapie notwendige Voraussetzung. Bezogen auf die heutigen älteren Patienten sind dies insbesondere die Zeit des nationalsozialistischen Dritten Reiches, des Zweiten Weltkriegs und dessen Folgen sowie des Wiederaufbaus beider Länder. Ein Psychotherapeut kann nur vor dem Hintergrund umfangreichen historischen Wissens Erzählungen seines Patienten, die oftmals nur Andeutungen darstellen („ich war in russischer Gefangenschaft“, „wir als Flüchtlinge“), adäquat einordnen und in ihrer Bedeutung beurteilen. Historische Kenntnisse werden von älteren Patienten sehr honoriert und tragen dazu bei, die notwendige vertrauensvolle therapeutische Beziehung auf- und Vorurteile auf beiden Seiten abzubauen. Immer bedenken sollte der Psychotherapeut die hohe Zahl an Traumatisierungen in der Kriegs- und Nachkriegszeit, von der die aktuelle Generation der Älteren noch betroffen ist.

Eine weitere Besonderheit in der (psychoanalytisch orientierten) Alterspsychotherapie, aus der sich zusätzliche Schwierigkeiten in der Behandlung ergeben können, stellt die sogenannte umgekehrte Übertragungskonstellation dar (Hinze, 1987; Radebold, 1992a; Hirsch, 1997). Anders als bei der typischen Übertragungskonstellation, in der ein jüngerer oder höchstens gleichaltriger Patient den Therapeuten unbewusst in die Position eines Eltern-teils setzt, wird die umgekehrte Übertragungskonstellation durch die veränderte Altersrelation – ein jüngerer Psychotherapeut und ein zumeist deutlich älterer Patient – bestimmt. Der Therapeut stellt nunmehr für den Patienten die Position eines Kindes oder Enkelkin-des dar und wird entsprechend erlebt. Oftmals wird der Therapeut als lange ersehntes, anders als reale oder phantasierte Kinder endlich alles wieder gut machendes Kind mit positiven, aber unerfüllbaren Erwartungen überhäuft. Die umgekehrte Übertragungssitua-tion impliziert oftmals jedoch auch, dass der ältere Patient zwar eine Sicherheit gebende, beschützende Hilfestellung sucht, mit einem Jüngeren jedoch nicht über Probleme oder Kränkungen reden möchte, zumal er diesem (genau wie den eigenen Kindern) oftmals nicht ausreichende Kompetenz und Lebenserfahrung unterstellt („Kommen Sie erst mal in mein Alter!“). Oftmals verändert sich die umgekehrte Übertragungskonstellation im Laufe einer Behandlung, entweder zur klassischen Übertragung oder auch zu einer multigenera-tionellen (vielfache Übertragungen aufgrund von Erfahrungen mit wichtigen Beziehungs-personen im gesamten Leben) oder gleichberechtigten (Übertragungsangebote aufgrund von Erfahrungen mit Geschwistern) Übertragung (Heuft et al., 2006). Häufig besteht die anfängliche umgekehrte Übertragung jedoch parallel dazu fort (Peters, 2006). Einige für die Gegenübertragung in der Psychotherapie mit Älteren spezifische Aspekte nennt Hirsch (1997): Ältere als schwache hilfsbedürftige Eltern, Ältere als asexuelle Wesen, Aktivie-rung unbewusster Wünsche nach „idealen“ Eltern, Wunschbild des weisen Alten usw. Es existieren bislang kaum Studien, welche sich mit der Bedeutung der Altersdifferenz zwi-schen Patient und Therapeut beschäftigen, obwohl diese sicherlich besonders dann rele-vant wird, wenn sie Unterschiede im soziokulturellen Hintergrund, den Wertvorstellungen und Normen sowie der Lebenserfahrung mit sich bringt.

Peters (2006) betrachtet die Schwierigkeiten und Probleme in der Psychotherapie mit Älteren als eine Nicht-Passung zwischen jüngerem Therapeuten und älterem Patienten, die durch Barrieren auf unterschiedlichen Ebenen verursacht wird.

Er unterscheidet (S. 97-99):

1. emotionale Barriere: Diese beruht auf einer im Inzesttabu gründenden, kulturübergreifend wirksamen Generationenschanke, deren Überschreitung in der Psychotherapie zu Scham- und Schuldgefühlen führt.
2. kommunikative Barriere: Diese bezieht sich auf die Tatsache, dass in sozialen Netzwerken überwiegend mit Angehörigen der gleichen Altersgruppe kommuniziert wird und somit die Korrektur von Altersstereotypen im direkten Kontakt kaum erfolgen kann.
3. entwicklungsbezogene Barriere: Jüngere und Ältere betrachten das Leben aus unterschiedlichen zeitlichen Perspektiven und stehen vor verschiedenen Entwicklungsaufgaben. Eine Tatsache, die das Einfühlen des Therapeuten in den Patienten erschwert.
4. generationsbezogene Barriere: Hiermit bezeichnet Peters die Tatsache, dass Patient und Therapeut unterschiedlichen Generationen mit unterschiedlichen Erfahrungen, Normen und Einstellungen entstammen.
5. soziologische Barriere: Der jüngere Therapeut als Akademiker mit entsprechendem Status und Einkommen steht oftmals einem Patienten gegenüber, der einem anderen sozialen Milieu entstammt und zumeist, bei Frauen insbesondere aufgrund von Bildungsbenachteiligung, nicht die Möglichkeit hatte, einen vergleichbaren Status wie der Therapeut zu erlangen.

Wolfersdorf et al. (2000, S. 159) nennen in Bezug auf Depressive einige Fehler, die einem Psychotherapeuten im Umgang mit alten Menschen unterlaufen können:

- Vermeidung der Themen Alter, Krankheit und Tod
- Vermeidung der Fragen nach dem Sinn des weiteren Lebens
- Vermeidung religiöser Fragen
- Missachtung der Persönlichkeit des alten Menschen
- Missachtung der besonderen therapeutischen Beziehungsstruktur (umgekehrte Übertragungskonstellation)
- Akzeptanz von Depression als Bestandteil des Alters
- rasche Erwartung von Veränderungen, Zeitdruck

Zur Vermeidung dieser Fehler empfehlen die Autoren ebenso wie Radebold (2000b) insbesondere in den ersten Psychotherapien eines jüngeren Therapeuten mit älteren Patienten fachkundige Supervision.

Hirsch (2000a, S. 284) nennt folgende Grundprinzipien des psychotherapeutischen Handelns bei Älteren, die jeder in diesem Bereich tätige Psychotherapeut beherzigen sollte:

Bedenke:	multiple Problematik
Kenne:	Phänomene des Alterns und des Alters
Verstehe:	veränderte Lern- und Auffassungsweise
Beachte:	Prinzip der minimalen adäquaten Intervention
Plane:	zusätzlich nicht-psychotherapeutische (externe) Hilfen
Arbeite:	auch mit Bezugspersonen und dem sozialen Umfeld
Fördere:	soziale, psychische und somatische Kompetenzen
Nutze:	Lebenserfahrung des älteren Menschen
Erlebe:	Übertragung und Gegenübertragung
Erkenne:	eigene Gerontophobie und Gerontophilie
Beachte:	Ältere können meist mehr „aushalten“ als Therapeuten meinen
Erfahre:	Lernen ist immer und für jeden möglich
Verringere:	Vorurteile in der Öffentlichkeit

Gerade aufgrund der Besonderheiten, welche in der Psychotherapie mit Älteren zu beachten sind, wurde immer wieder gefordert, im Rahmen der psychotherapeutischen Weiterbildung (gleich welcher Schule, ob psychoanalytisch, tiefenpsychologisch orientiert oder verhaltenstherapeutisch) für Ärzte und Psychologen die Vermittlung alterspsychotherapeutisch relevanter Kenntnisse als festen Bestandteil zu integrieren (Heuft et al., 2006; Hirsch, 1999b). Ziel ist es hierbei jedoch nicht, einen eigenständigen „Alterspsychotherapeuten“ zu schaffen, sondern die Qualität psychotherapeutischer Versorgung auch für Ältere sichern. Der Großteil der psychotherapeutischen Weiterbildungsinstitute scheint einer postalischen Umfrage zufolge zumindest die Vermittlung alterspsychotherapeutischer Kenntnisse im Rahmen der Weiterbildung zu befürworten, ein geringerer Teil tut dies (Hirsch, 1999b). Wichtig erscheint hierbei insbesondere die Aneignung gerontologischen Basiswissens aus Psychologie, Soziologie, Psychiatrie und Geriatrie, wobei eine feste Verankerung im Curriculum äußerst wünschenswert ist.

Mögliche Inhalte einer Weiterbildung in Alterspsychotherapie sollten nach Hirsch (1999b, S. 161) sein:

1. Grundlagenkenntnisse in der Sozialen Gerontologie, der Gerontopsychologie (insbesondere der Entwicklungspsychologie vom mittleren bis zum hohen Lebensalter), Gerontosozioologie und -pädagogik
2. Basiswissen in der Geriatrie und Gerontopsychiatrie
3. psychotherapeutische Methoden und deren Anwendung, „gerontologisiert“, d. h. nicht defekt- oder reduktionistisch orientiert, und Problematisierung der Umwelt-Objekte
4. Kenntnisse über mögliche inter- und intraindividuell sehr unterschiedliche spezifische Problemfelder und Besonderheiten Älterer, die aufgrund ihrer Auswirkungen in der psychotherapeutischen Behandlung zu berücksichtigen sind
5. Kenntnisse über unterschiedliche Behandlungs-, Beratungs-, Rehabilitations- und Versorgungsangebote für ältere Menschen insbesondere in der eigenen Region
6. Kenntnisse der Tätigkeit der verschiedenen in der Altenarbeit tätigen Berufsgruppen
7. Reflexion der eigenen Situation als Behandler unter Berücksichtigung der Beziehungsasymmetrie
8. erste Behandlungen unter qualifizierter Supervision
9. Kenntnis in der gerontologischen Evaluation und Überprüfbarkeit des therapeutischen Handelns
10. Einstellungen des Psychotherapeuten:
 - a. „körperliche Störungen ertragen und aushalten“
 - b. „Sterben als natürliche menschliche Notwendigkeit akzeptieren“
 - c. „Alten mehr zutrauen als sich selbst“
 - d. „krankheits- und nicht reduktionistisch orientiert sein“.

Seit 1999 besteht für Postgraduierte die Möglichkeit eines Weiterbildungscurriculums über das Lehrinstitut für Alternspsychotherapie in Kassel, jetzt Institut für Alternspsychotherapie und Angewandte Gerontologie. Zudem existieren zahlreiche Fortbildungsmöglichkeiten in Form von Vorträgen und Seminaren auf spezifischen Fachtagungen.

Im gesellschaftlichen Kontext erfährt die Psychotherapie mit Älteren anders als die mit jüngeren Altersgruppen eine andere Bewertung. Wie oben bereits erwähnt, zeigten Umfragen, dass der Nutzen von Psychotherapie für ältere Menschen von allen Altersgruppen

wesentlich geringer als bei Jüngeren eingeschätzt wird. Nahezu jeder im alterspsychotherapeutischen Bereich Tätige wird mit dieser Ansicht sowohl von Patienten- als auch eventuell von Kollegenseite bereits konfrontiert worden sein. Einige Therapeuten erleben ein geringeres Ansehen durch die Arbeit mit Älteren vor Kollegen (Currin et al., 1998). Niederschlag findet dieses Stereotyp in der Versorgungssituation, die nach wie vor eine Diskriminierung älterer psychisch Kranker darstellt. So werden Behandlungs- oder Verlängerungsanträge in psychosomatischen Kliniken von den medizinischen Diensten bei älteren Patienten deutlich häufiger abgelehnt als bei Jüngeren, das Netz von Beratungsstellen für Ältere ist im Vergleich zu anderen Altersgruppen schlechter ausgebaut und die Gerontopsychiatrie kann weiterhin nicht als flächendeckend bezeichnet werden (Peters, 2006). In der Expertise zum 3. Altenbericht der Bundesregierung von Helmchen & Kanowski (2001) wird diese Benachteiligung Älterer im diagnostischen und therapeutischen Bereich ebenfalls festgestellt.

2.3 psychotherapeutische Grundverfahren und weitere Techniken in der Alterspsychotherapie

Heuft et al. (2006) gehen ebenso wie andere Autoren (z. B. Maercker, 2002a; Garner, 2003) davon aus, dass für ältere Menschen prinzipiell keine neuen psychotherapeutischen Verfahren entwickelt werden müssen, sondern dass über Psychoanalyse und kognitiv-behaviorale Verfahren hinaus eine therapieschulenübergreifende Sicht der Alterspsychotherapie zu realisieren ist. Allerdings erfordern Art, Dauer und Chronifizierung der vorliegenden psychischen Erkrankung, die Lebenssituation, organische oder hirnorganische Komorbidität und alterskorrelierte Einschränkungen möglicherweise spezifische Modifikationen der Interventionen in Anwendung am älteren Menschen. Darüber hinaus wurden einige Interventionen wie beispielsweise die Life-Review-Therapie speziell für diese Altersgruppe entwickelt.

Möglicherweise erforderliche Modifikationen sind insbesondere (Maercker, 2003; Forstmeier & Maercker, 2007):

- bewusstes Fokussieren auf das Gesprächsthema
- langsames Vorgehen (klarerer Sprechen, kleinere Problemlöseschritte, häufige Wiederholungen, erhöhte Sitzungszahl)
- multimodale Instruktionen (visuelle Veranschaulichungen, Notizen durch den Patienten)
- Gedächtnishilfen (Tonbänder, Hausaufgaben, Handouts)
- Strategien des Aufmerksamkeitserhalts (verkürzte Sitzungen, Pausen)
- Überprüfung und gegebenenfalls Korrektur der Einstellung zur Psychotherapie
- unkonventionelle Settings (z. B. bei pflegebedürftigen Patienten)
- Bedeutsamkeit medizinischen Grundwissens und des Kontakts mit Ärzten
- explizite Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen

Zu den psychotherapeutischen Grundverfahren bzw. Methoden werden im Folgenden in Anlehnung an Heuft & Marschner (1994) und Heuft et al. (2006) die jeweiligen altersunabhängigen und altersspezifischen Zielsetzungen kurz beschrieben.

Psychoanalytische bzw. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

„Das Alter der Kranken spielt bei der Auswahl zur psychoanalytischen Behandlung insofern eine Rolle, als bei Personen nahe an oder über fünfzig Jahre einerseits die Plastizität der seelischen Vorgänge zu fehlen pflegt, auf welche Therapie rechnet – alte Leute sind nicht mehr erziehbar – und andererseits das Material, welches durcharbeiten ist, die Behandlungsdauer ins Unübersehbare verlängert“ (Freud, 1905, S. 21). Lebenslang stand Freud, der diese Aussage im Alter von 49 Jahren machte, den therapeutischen Möglichkeiten im Alter skeptisch gegenüber, sah insbesondere die Begrenzung des Intellekts, die Fülle des Materials, das Desinteresse Älterer an seelischer Gesundheit sowie die geringe Plastizität als Kontraindikationen an (detailliert bei Radebold, 1994a). Im Gegensatz zum Begründer der Psychoanalyse, welcher seine Aussage später zumindest teilweise relativierte („Es gibt aber Personen, bei denen diese psychische Plastizität weit über die gewöhnliche Altersgrenze hinaus bestehen bleibt ...“, Freud, 1924, S. 125), herrscht heutzutage weitestgehend Übereinstimmung, dass psychoanalytische Therapie bei Älteren durchaus sinnvoll und möglich ist, auch wenn für diese Erkenntnis noch einige Jahrzehnte vergingen. So wurde die von Freud gesetzte Altersgrenze von 40 bis 45 Jahren bis 1970 beibehalten

(Heuft et al., 2006), obwohl bereits Abraham (1920) schrieb, „das Alter der Neurose sei belangreicher als dasjenige des Neurotikers“ (S. 116), und von guten Erfolgen der Analyse mit Älteren berichtete. Die lange Vernachlässigung des älteren Patienten in der Psychoanalyse ist jedoch sicherlich auch der Tatsache geschuldet, dass bis in die 50er Jahre hinein die Bevölkerungsgruppe der über 60-Jährigen vergleichsweise klein und nicht von allgemeinem Interesse war. Die Zeit von der Kindheit bis zum mittleren Erwachsenenalter fand weitaus mehr Beachtung (Radebold et al., 1987). Gerade auch in der Zeit, als Freud seine Aussagen zur Psychotherapie mit Älteren formulierte, alterten die Menschen äußerst rasch, die Lebenserwartung war deutlich geringer. Doch auch später fanden sich bei zahlreichen Psychotherapeuten weiterhin Vorbehalte gegen eine Psychotherapie mit Älteren, welche z. B. Müller, ein Verfechter der Alterspsychotherapie, wie folgt zusammenfasst (1982, S. 298): „Der alte Mensch kann sich nicht mehr wandeln, hat die Kraft, schöpferisch zu einem neuen Gleichgewicht zu kommen, nicht mehr. Seine Rigidität, seine mangelnde Plastizität werden ihn immer wieder daran hindern, eine innere Problematik fruchtbar bearbeiten und lösen zu können“. Radebold (1992a) vermutet, dass zahlreiche Analytiker die Aussagen Freuds als willkommenes Argument im Sinne einer Rationalisierung gebrauchten, um sich des Themas Alterspsychotherapie zu entledigen. Gerade jedoch psychoanalytische Konzepte wie die Zeitlosigkeit des Unbewussten oder auch des neurotischen Wiederholungszwangs, welcher die durch ein langes Leben umfangreiche Materialfülle begrenzt und aufgrund gleicher Themen und Verhaltensmuster strukturiert, machen deutlich, dass Psychotherapie – auch und gerade aus der analytischen/tiefenpsychologischen Schule – für die Behandlung Älterer in Frage kommen (Hinze, 1999). Weitere Vorteile mögen die Lebenserfahrung, der Reichtum an Erinnerungen oder eine gewisse Distanz gerade von älteren Patienten sein.

Neben dem Ziel der charakterlichen Veränderung stehen bei der Therapie mit Älteren die Konfliktbearbeitung überwiegend altersspezifischer Konflikte, die Bearbeitung von Traumatisierungsfolgen, das Erreichen von Eigenverantwortung und die Wiederherstellung der Beziehungsfähigkeit im Mittelpunkt. Zudem erfolgt im Rahmen der Therapie häufig eine Lebensbilanzziehung im Sinne einer Akzeptanz des bisherigen Lebens und Aussöhnung in problematischen Beziehungen zu nahestehenden Personen.

Die bisher gewonnenen Erkenntnisse im Bereich der psychoanalytischen bzw. tiefenpsychologisch fundierten (psychodynamischen) Psychotherapie stützen sich auf Behandlungserfahrungen mit unter 75-Jährigen, Behandlungen mit älteren Patienten werden kaum erwähnt. Hinsichtlich einer klassischen Psychoanalyse bei älteren Patienten gibt es bis dato lediglich eine ausführlich und systematisch dokumentierte Behandlung (Radebold &

Schweizer, 2001), sowohl aus der Sicht des Analytikers über Stundenprotokolle als auch aus Patientensicht mittels Tagebuchaufzeichnungen.

Angewandt werden psychoanalytische bzw. tiefenpsychologisch fundierte Therapieverfahren sowohl in Form von Einzel- als auch Gruppentherapie. Unterschieden werden hierbei nach Heuft et al. (2006, S. 258-270):

1. die (psychodynamische) Fokalthherapie, die bei Aktualkonflikten oder umschriebenen neurotischen Konflikten mit kurzer Symptomdauer indiziert ist, mit einer Behandlungsfrequenz von einer Wochenstunde à 50 Minuten über einen Gesamtzeitraum von 4-6 Monaten (20-25 Stunden)
2. die (psychodynamische) Kurzpsychotherapie, die bei Aktualkonflikten und sich wiederholenden neurotischen Konflikten indiziert ist, mit einer Behandlungsfrequenz von einer Wochenstunde à 50 Minuten über einen Gesamtzeitraum von bis zu einem Jahr (50 Stunden)
3. die längerfristige Psychotherapie, die bei anhaltender neurotischer Entwicklung und persistierenden neurotischen Konflikten indiziert ist, mit einer Behandlungsfrequenz von ein bis zwei Wochenstunden à 50 Minuten über einen Gesamtzeitraum von bis zu zwei Jahren (150 Stunden)
4. die psychoanalytische Psychotherapie bei persistierenden neurotischen Kernkonflikten bzw. sequenziellen und kumulativen traumatisierenden Erfahrungen mit nachfolgender neurotischer Entwicklung mit einer Behandlungsfrequenz von drei bis vier Wochenstunden (im Liegen) über einen Gesamtzeitraum von mehreren Jahren

Kognitive Verhaltenstherapie

Ziel der kognitiven Verhaltenstherapie ist die Änderung menschlichen Verhaltens. Die Anwendung lerntheoretischer Prinzipien bei älteren Patienten stellt hierbei eine relativ junge Disziplin dar (Haag & Bayen, 1990), spezifische Konzepte und Krankheitstheorien für Ältere fehlten lange Zeit (Heuft & Marschner, 1994) und finden sich heute überwiegend im Krankheitsverständnis der Depression bei Älteren (Heuft, 1999). Dabei stellen in der Verhaltenstherapie gerade die Gegenwarts- und Problemorientierung, die Möglichkeit der Zerlegung komplexer Verhaltensziele in einzelne Teilziele, die Vermittlung rascher Erfolgserfahrungen, Erfolgskontrollen, die Anwendung auch von Paraprofessionellen, die Kombinierbarkeit mit anderen Therapieformen sowie die Verfügbarkeit eines breiten Methodenrepertoires altersspezifische Vorteile dar (Hautzinger, 1994, 1997; Haag & Bayen,

1990). Die aus lerntheoretischer Sicht lebenslang bestehende Lernfähigkeit gesteht Älteren Veränderungspotenzial zu. Im Bereich der Alterspsychotherapie besonders bedeutsam ist die Rational Emotive Therapie (RET) nach Ellis (1990). Dieser geht von 12 irrationalen Denkstilen aus, die unser Erleben und Verhalten bedeutend beeinflussen und prinzipiell auch für den Altersbereich zutreffen können. Spezifische Aspekte wären beispielsweise die Auseinandersetzung mit negativen Altersbildern oder die Anpassung an altersbedingte Veränderungen.

Insgesamt wird die kognitive Verhaltenstherapie bei älteren Menschen sowohl bei Depressionen (Hautzinger, 2000) als auch bei Angststörungen (Wisocki, 2002) oder posttraumatischen Belastungsstörungen (Maercker, 2002b) angewandt. Ein Beispiel für eine verhaltenstherapeutische Behandlung bei Älteren stellt das kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppenprogramm von Hautzinger (2000, 2002) dar, welches sich von dem gerontopsychologischen Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation ableitet. In zwölf definierten Sitzungen werden möglichst altershomogene Gruppen von idealerweise sechs bis acht Patienten im ambulanten oder auch stationären Setting behandelt. Ebenfalls Hautzinger (1993) formulierte zudem einige Grundprinzipien in der therapeutischen Arbeit mit Älteren, welche nicht nur für die Verhaltenstherapie gelten: So weist er darauf hin, dass die Vielschichtigkeit der Probleme Älterer berücksichtigt werden muss und der Therapeut mit dem Phänomen des Alterns vertraut sein sollte. Positive realistische Erwartungen verbunden mit dem Prinzip der minimalen Intervention zur Vermeidung von Abhängigkeiten erscheinen ihm ebenso wichtig wie die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, den Angehörigen sowie dem sozialen Umfeld des Patienten. Hinzu kommen noch eine ausführliche Diagnostik, Strukturiertheit und zeitliche Begrenzung der Therapie sowie präventive Maßnahmen am Ende einer Intervention. Eine Übersicht verhaltenstherapeutischer Behandlungstechniken bei alten Menschen mit ihren typischen Indikationsbereichen und der Settinggestaltung findet sich bei Heuft et al. (2006, S. 271) oder auch Sorocco & Lauderdale (2011).

Gesprächspsychotherapie

Die Gesprächspsychotherapie zielt darauf ab, die subjektive Selbst- und Weltsicht eines Patienten mit seinem aktuellen Leben in Verbindung und Übereinstimmung zu bringen, um dadurch ein neues Verständnis von sich zu erlangen. Das Grundverständnis dieser Therapierichtung, sowohl eine Störungs- als auch eine Entwicklungsperspektive einzunehmen, die den Patienten als Gestalter seiner eigenen Entwicklung sieht, stellt eine günstige Voraussetzung gerade in der Therapie mit Älteren dar. Das Verständnis von Psycho-

therapie im Alter weist deutliche Parallelen mit den Aussagen des klientenzentrierten Konzepts zur Entwicklung der Persönlichkeit auf (Linster, 1999). Rogers selbst gab keine Altersgrenze für gesprächspsychotherapeutische Behandlung vor, in seinen Ausführungen zur Gesprächspsychotherapie wird keine Altersgruppe besonders betont. Allerdings existieren zu diesem Bereich nur wenige Untersuchungen. Bei der Gesprächspsychotherapie wird der Schwerpunkt auf die Gegenwart gelegt mit aktuellen Krisen, Konflikten und Belastungen, Vergangenheit und Zukunft spielen eine untergeordnete Rolle (Linster, 1994, 1999).

Gestalttherapie

Neben der Integration vergangener Erlebnisse stellen der Erhalt vorhandener Potenziale und die Entwicklung neuer Fähigkeiten die Ziele der Gestalttherapie dar. Der Patient soll lernen zu erkennen, was für ihn fördernd und auch schädlich ist, um ein Gespür zu bekommen, wie er seine Selbstregulation blockiert. Für die Therapie mit Älteren wird vorgeschlagen, der körperlichen, emotionalen und kognitiven Stimulierung viel Raum zu lassen, kognitive Verständnishilfen zu geben, Kontaktmöglichkeiten zu schaffen und dem Patienten einen Verständnishorizont für die Interpretation der eigenen Situation zu eröffnen (Petzold, 1979).

Entspannungsverfahren

In der Psychotherapie mit Älteren werden sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich Entspannungsverfahren als vergleichsweise niederschwelliges psychotherapeutisches Angebot eingesetzt (Heuft et al., 2006). An erster Stelle steht hier das Autogene Training (Schultz, 2003) gefolgt von Progressiver Muskelrelaxation nach Jacobson (2006), Yoga, Hypnose und Funktioneller Entspannung (Elschenbroich, 2000).

Das Autogene Training wird in Einzel- und Gruppenbehandlung sowohl zur Prävention als auch als therapeutische Intervention im Rahmen eines multimodalen Behandlungsprogramms oder zur Rehabilitation eingesetzt (Hirsch, 1995) und scheint beispielsweise besonders bei der Generalisierten Angststörung geeignet (Hirsch, 2000b). Angestrebt werden hier u. a. Ruhe und Entspannung, Verbesserung der Konzentration sowie eine Vertiefung der Selbsterkenntnis.

Die Progressive Muskelrelaxation findet besonders häufig Anwendung in verhaltenstherapeutisch orientierten Therapien, wird jedoch auch in tiefenpsychologisch fundiert ausgerichteten Kliniken verwendet und erscheint gerade aufgrund der konkreten, verständlichen Vorgaben insbesondere für Ältere sehr geeignet, u. a. als Einschlafhilfe, um Ver-

spannungen abzubauen, von Erwartungsängsten abzulenken oder innere Ruhe und Gelassenheit zu erzeugen. Die Wirksamkeit der Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson ist empirisch sehr gut untersucht und wissenschaftlich fundiert belegt (Grawe et al., 2001).

Kreative Verfahren

In psychosomatisch-psychotherapeutischen Kliniken werden kreative Verfahren wie Tanztherapie, Musiktherapie, Kunst- oder Gestaltungstherapie relativ häufig eingesetzt, auch wenn sich in der Literatur nur vereinzelte Erfahrungsberichte mit Älteren finden (Bräuninger, 2000a, 2000b; Holtermann & Lechner, 2000). In multimodalen Settings stellen sie eine wertvolle Ergänzung zu verbalen Verfahren und Entspannungstechniken dar, um gerade älteren Patienten, die oftmals Schwierigkeiten im Ausdruck von Gefühlen haben, einen anderen Zugangsweg anzubieten.

Interpersonelle Psychotherapie

Die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) ist ein speziell auf die Behandlung von Depressionen ausgerichtetes Therapieverfahren, welches von Klerman et al. (1984) entwickelt wurde. Unabhängig von ihren Ursachen (z. B. biologische Vulnerabilität oder Verlusterlebnisse) werden Depressionen stets in einem psychosozialen interpersonellen Kontext gesehen. Die Bewältigung interpersoneller Probleme ist Schwerpunkt der Behandlung, die neben Informationsvermittlung auch die Entwicklung von Lösungsstrategien zum Inhalt hat. Im Alternsprozess können interpersonelle Konflikte vermehrt auftreten, da Ältere häufiger von Isolation und Einsamkeit, Hilfsbedürftigkeit und Abhängigkeit von anderen Personen betroffen sind. Die IPT-Late-Life (IPT-LL) wurde speziell für ambulante, nicht-psychotische depressive Ältere entwickelt. Die Frequenz liegt bei ein (im ambulanten Bereich) bis zwei (im stationären Bereich) Sitzungen in der Woche, die Sitzungslänge ist an die psychische und somatische Befindlichkeit der Patienten angepasst und beträgt in der Regel 30 bis 50 Minuten. Die speziell in der IPT-LL vorgenommenen Altersmodifikationen betreffen Flexibilität, Therapeutenrolle, multiprofessionelle Zusammenarbeit, Problemfokus, Übertragungseffekte und die Multimorbidität der älteren Patienten. Die Techniken wie Klärung, explorative Techniken oder Techniken zur Verhaltensänderung sind weitestgehend anderen Therapieschulen entnommen (Dykieriek & Schramm, 2000).

Systemische Therapie / Paar- und Familientherapie

Die systemische Therapie beabsichtigt, dem Patienten und seinem familiären System neue Sichtweisen und Handlungsmöglichkeiten zu eröffnen, indem mittels Techniken wie des zirkulären Fragens die bestehenden Weltbilder und Wechselbeziehungen der beteiligten Generationen betrachtet und untersucht werden. Sie versteht sich als lösungs- und ressourcenorientierte Kurzzeittherapie mit in der Regel fünf bis zehn Sitzungen, wobei die Zeiträume zwischen den Therapiestunden einige Wochen bis Monate betragen, um dem System die Gelegenheit zu geben, besprochene Inhalte auszuprobieren und neue Erfahrungen zu sammeln. Johannsen (1994, 1999) weist auf mögliche Besonderheiten der systemischen Therapie mit Älteren hin, wie beispielsweise einen unübersichtlicheren Überweisungskontext, einen schwieriger zu definierenden Behandlungsauftrag oder eine höhere Komplexität bei unterschiedlichen Traditionen, Normen und Werten.

Bei der Paar- und Familientherapie handelt es sich um überwiegend psychoanalytisch oder systemisch orientierte Ansätze, welche den Patienten nicht als Einzelperson sondern überwiegend in sozialen Bezügen betrachten. Lange Zeit wurde diese Sichtweise jedoch nur auf Kinder und Jugendliche angewandt; für den älteren Menschen, der nach dem Altersstereotyp allein und sozial isoliert lebt, schien diese Betrachtung nicht angemessen. Auch wenn die Wissenschaft mittlerweile die Erkenntnis erbracht hat, dass das soziale Netzwerk Älterer erst im hohen Lebensalter ausdünnert und der alternde Mensch zumeist eng in einen Verbund aus Familienangehörigen, Nachbarn und Freunden eingebunden ist, spielt die Paar- und Familientherapie im Rahmen der Alterspsychotherapie nur eine untergeordnete Rolle, zu der vergleichsweise wenige Publikationen vorliegen (u. a. Radebold & Schlesinger-Kipp, 1982; Riehl-Emde, 2002, 2011; Vogt, 2001). Zumindest die Paartherapie bei Älteren scheint jedoch in den letzten Jahren zunehmend Akzeptanz zu finden (Peters, 2006) und auch eingefordert werden, zumal die Phase der nacherlittenen Gefährtenerschaft, wie Imhof (1981) die Zeit nennt, wenn die Kinder aus dem Haus sind, sich im Vergleich zu früher deutlich verlängert hat. Es scheint jedoch nach wie vor, wie von Radebold & Schlesinger-Kipp (1982) beschrieben, der Fall zu sein, dass Ältere sehr selten als Paar oder mit der Familie therapeutische Hilfe suchen, sondern dieses Angebot zumeist von einem Behandler in einer Einzeltherapiesituation gemacht wird, wenn gravierende Paar- oder Familienkonflikte offenbar werden. Die Ergebnisse einer Untersuchung in einer Spezialambulanz für ältere Paare (Riehl-Emde, 2011) zeigen, dass die Initiative überwiegend von der Frau ausgeht, die wichtigsten Therapieanlässe waren Probleme beim Übergang in den Ruhestand, Erkrankung eines Partners und Konflikte mit Kindern bzw. Enkeln.

Zusammenfassend stellen Heuft et al. (2006) zu den genannten psychotherapeutischen Grundverfahren fest, dass das Erreichen der Therapieziele insbesondere in der Gruppe der 60- bis 75-jährigen Patienten durch publizierte Behandlungsberichte belegt ist, bei älteren Patienten für eine abschließende Aussage jedoch zu wenig Publikationen vorliegen. Verschiedene Faktoren wie Motivation, körperliche Komorbidität, Lebenssituation oder altersspezifische Besonderheiten psychischer Störungen erfordern Therapiemodifikationen, die allgemeinen altersspezifischen Therapieziele werden schulübergreifend weitgehend übereinstimmend definiert. Gewarnt wird jedoch vor einer stereotypen, normorientierten Zielausrichtung bei Älteren.

2.4 Gruppenpsychotherapie mit Älteren

Entwicklung

Die Entwicklung der Gruppenpsychotherapie im Allgemeinen ist eng mit den Geschehnissen des Zweiten Weltkriegs verbunden, da damals im Dienste der Armeen stehende Analytiker Gruppenpsychotherapie anboten, um Soldaten möglichst ökonomisch wieder fronttauglich zu machen (Pritz, 1990). Der Psychiater Bion (1962/1990) begann bereits während des Krieges als einer der Ersten, sogenannte Kriegsneurotiker in einem Gruppensetting zu behandeln, welches als Anfang der therapeutischen Gemeinschaft betrachtet werden kann. Main (1946) übernahm kurze Zeit später das Konzept und wandte es in einer Londoner Klinik an. Die stationäre Psychotherapie, welche insbesondere in Deutschland eine herausragende Rolle spielt, erhielt durch die zunehmende Auseinandersetzung mit gruppentherapeutischen Konzepten vor allem aus der Psychoanalyse wichtige Impulse. Während das stationäre Konzept zunächst nur als Ergänzung und Unterstützung der analytischen Einzeltherapie gesehen wurde (Ruffler, 1953), entwickelte sich die Gruppenpsychotherapie immer mehr zur eigenständigen Therapieform. In den 50er Jahren erhielt die Gruppenpsychotherapie weiteren Aufschwung durch die von Lewin anfänglich stark mitgeprägte T-Gruppenbewegung, zahlreiche Gruppenmodelle wurden entwickelt und Gruppenpsychotherapie sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich eingesetzt (Heigl-Evers, 1978). Psychoanalytisch orientierte Gruppentherapie mit Älteren hat ihre Ursprünge bereits in den 50er Jahren, als Linden begann, diese bei hochaltrigen Frauen anzuwenden (Linden, 1953). In der Folgezeit wird häufiger über Gruppentherapie mit Älteren berichtet, z. B. in Kombination von Einzel- und Gruppentherapien oder nach dem Ansatz der Selbstpsychologie (ausführlich bei Bechtler, 2000, S. 33 ff.).

In Deutschland war es Hartmut Radebold als Analytiker, der Anfang der 70er Jahre die Gruppentherapie mit Älteren erstmals an 50- bis über 70-Jährigen im Rahmen einer Ambulanz anwandte (Radebold, 1976). Da anders als bei der Einzelpsychotherapie keine strengen Qualifikationsanforderungen bestanden, waren neben Psychologen und Ärzten auch andere Berufsgruppen gruppentherapeutisch tätig, zumal die Gruppe ein ökonomisch einsetzbares Behandlungsinstrument darstellte (Radebold, 1994b).

Der Stand der Gruppenpsychotherapie speziell im Altersbereich wurde in einer Übersicht erstmals von Radebold & Schlesinger-Kipp (1983) beschrieben, die damals ein äußerst vielfältiges und weit verbreitetes Angebot vorfanden, das von psychoanalytischer Gruppentherapie über psychodynamisch orientierte Gruppenarbeit und lerntheoretische Gruppenverfahren bis hin zu Gesprächskreisen, Interessengruppen und funktionalen Gruppen beispielsweise zur Selbsthilfe reichte und sich im Hinblick auf Auswahl der Teilnehmer, Zielsetzungen, Institutionalisierung und Rahmenbedingungen deutlich unterschied. Allerdings handelte es sich bei den vorliegenden Publikationen überwiegend um Erfahrungsberichte, die oftmals unzureichend waren im Hinblick auf Beschreibung der Patienten und ihrer Erkrankungen, der Indikationskriterien, des theoretischen Konzepts, der Methodik sowie des Settings. In der Folgezeit kam es jedoch zu einer erheblichen theoretischen Weiterentwicklung der therapeutischen Gruppenarbeit (Bechtler, 2000), so dass heutzutage die Gruppenpsychotherapie im Altersbereich, gemessen an Fallzahlen und Behandlungsberichten, am häufigsten eingesetzt wird. Inbegriffen sind hierbei insbesondere „Gesprächsgruppen“ in gerontopsychiatrischen Einrichtungen, die Patienten in einen Interaktionsprozess einbinden und bei der Krankheitsbewältigung helfen (Junkers, 1995). Dies gilt insbesondere für den stationären und teilstationären Bereich des geriatrischen, gerontopsychiatrischen und gerontopsychosomatischen Versorgungssystems, in dem die Gruppentherapie in ein multimodales Therapieprogramm mit Einzelpsychotherapie und zumeist anderen Therapieformen, wie z. B. Bewegungstherapie, eingebunden ist. Der ambulante Bereich hält hingegen kaum Gruppenpsychotherapieplätze für Ältere bereit (Heuft et al., 2006).

Formen

Tross und Blum (1988) unterteilen die gruppentherapeutische Arbeit mit Älteren in die Kategorien „einsichtsorientiert“, „supportiv“ und „kognitiv-behavioral“. Zu den einsichtsorientierten Gruppenpsychotherapien zählen insbesondere psychoanalytische bzw. tiefenpsychologisch fundierte Verfahren, aber auch die verschiedenen Formen der Life Review Group Therapy mit dem Ziel einer Lebensrückschau und Sinnfindung. Die supportive

Gruppenpsychotherapie hingegen beabsichtigt die Unterstützung älterer Menschen bei der Bewältigung psychosozialer Krisen und der Anpassung an eine sich verändernde Lebenssituation, die eventuell durch Erkrankungen oder altersbedingte Beeinträchtigungen geprägt ist. Unterschieden werden bei der supportiven Gruppentherapie so genannte verbale/soziale Therapien, die in Form von problemorientierten Gesprächsgruppen das Ziel einer Ich-Stärkung und sozialen Kompetenzvermittlung haben, und Rehabilitations-/Aktivitätstherapien, die oftmals in das Gesamtbehandlungskonzept einer Einrichtung eingebunden und mit Milieuthérapie oder kreativen Verfahren aus dem humanistischen Bereich verbunden sind. Die kognitiv-behaviorale Gruppentherapie, die als eigener Therapieansatz aus der Verhaltenstherapie hervorgegangen ist, wird im Sinne einer zeitlich limitierten, strukturierten und auf Symptombesserung zentrierten Behandlung überwiegend, aber nicht ausschließlich bei depressiven älteren Patienten angewandt (Bechtler, 2000).

Betrachtet man die Stellung der Gruppentherapie in den verschiedenen Therapieschulen, so kann man feststellen, dass insbesondere die psychoanalytisch orientierte Gruppentherapie über eine relativ lange Tradition und einen breiten Erfahrungsfundus verfügt. Die eher fragmentarische Theoriebildung und Methodenvielfalt psychoanalytischer Gruppen lässt sich unter anderem darauf zurückführen, dass sich Freud zwar mit der Gruppe als sozialpsychologischem Phänomen, nicht jedoch als Möglichkeit der Therapie auseinandergesetzt hat. Eine einheitliche psychoanalytische Theorie der Gruppentherapie besteht nicht, auch wenn die psychoanalytischen Grundannahmen der Einzeltherapie ebenso für Gruppenpsychotherapie gelten.

Es existieren verschiedene psychoanalytische Gruppenkonzepte. Aus ersten Forschungsansätzen entwickelten sich das Konzept der „Gruppe als Ganzes“ nach Bion (1962/1990) und das Konzept einer „Gruppe als Netzwerk“ nach Foulkes (1948/1974). Das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft (Main, 1946) stellt ein weiteres gruppentheoretisches Modell dar, das auch heute noch in vielen Kliniken Anwendung findet. Viele Analytiker betrachten gerade die Gruppentherapie aufgrund der vielfältigen Übertragungsmöglichkeiten und der im Alter oftmals reduzierten sozialen Kontakte als eine besonders geeignete Therapieform für ältere Patienten. Hier wird oftmals die in der klassischen Analyse strenge Abstinenz und Neutralität des Therapeuten reduziert zugunsten emotionaler Zuwendung und Ich-Stärkung (Thilo, 1996).

Nach Heuft et al. (2006) ist insbesondere das Modell „Therapie des Einzelnen durch die Gruppe“ für Ältere geeignet, weniger „Therapie des Einzelnen in der Gruppe“ oder „Therapie der Gruppe“. Der Blick des Therapeuten richtet sich einerseits auf die Gruppe als Ganzes, welche mit dem Therapeuten aber auch dem einzelnen Mitglied in Kontakt

tritt, andererseits auch stets auf jedes einzelne Gruppenmitglied mit seinen individuellen Konflikten und Bedürfnissen (Radebold et al., 1989).

Zu den humanistischen Gruppentherapien zählt eine große Bandbreite an Verfahren von Psychodrama und Gestalttherapie über Musiktherapie bis zur Tanztherapie. Kognitiv-behaviorale und verhaltenstherapeutische Gruppentherapien wurden seit den 80er Jahren insbesondere in der Interventionsgerontologie eingesetzt, wobei die Gruppenmitglieder überwiegend als Verstärker fungieren, Gruppenprozesse und Beziehungsdynamik hingegen weniger Beachtung finden (Bechtler, 2000).

Die Literaturrecherche von Heuft & Marschner (1994) kommt zu dem Schluss, dass die einzelnen Therapieschulen folgenden Anteil an der Gruppenpsychotherapie haben: 25 % psychoanalytisch, 19 % sozialkommunikativ, 17 % humanistisch, 14 % kognitiv-behavioral, 10 % eklektisch, 5 % Life review.

Eine andere Einteilung der existierenden Gruppenkonzepte nimmt Fiedler (1996) vor. Er unterscheidet:

1. Konflikt-, beziehungs- und interaktionsorientierte Psychotherapiegruppen, nämlich psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte, interpersonell und interaktionell orientierte, klientenzentrierte (gesprächspsychotherapeutische) Therapiegruppen
2. störungs-, methoden- und einzelfallorientierte Gruppenmethoden, nämlich verhaltenstherapeutische Gruppen, Psychodramagruppe, gestalttherapeutische Gruppen, Transaktionsanalyse, Bioenergetik

Evaluation

In Bezug auf die Einzelpsychotherapie hat sich schon seit längerem die Erkenntnis durchgesetzt, dass eine Behandlung auch bei Älteren erfolgreich angewandt werden kann (Heuft & Marschner, 1994). Nachdem die Gruppenpsychotherapie in der empirischen Psychotherapieforschung jahrelang kaum beachtet wurde und es an objektiver und systematischer Forschung mangelte, ergaben sich erst in den 90er Jahren klinisch brauchbare Hinweise für die gruppenpsychotherapeutische Praxis (Tschuschke, 1999). Es wurden Auswahlkriterien für bzw. gegen die Indikation einer Gruppenpsychotherapie benannt, prognostisch relevante Patientenvariablen untersucht sowie die Bedeutung des Gruppenleiters und spezifische Wirkfaktoren (s. u.) erforscht. Auch Prozess-Ergebnis-Forschungen fanden wie beispielsweise in der Kieler Gruppenpsychotherapiestudie (Strauß & Burgmeier-Lohse, 1994) Beachtung und erbrachten praxisrelevante Ergebnisse. Im Zuge der bereits erwähn-

ten zunehmenden Ressourcenverknappung im Gesundheitswesen sollte gerade die Gruppenpsychotherapie unter gesundheitsökonomischen Aspekten in Zukunft noch mehr Beachtung finden.

Wirkfaktoren

Eine Möglichkeit, schulenübergreifend gruppenpsychotherapeutische Phänomene zu betrachten, sind die vom Gruppentherapeuten und -forscher Yalom (1996) konzipierten anfangs zehn, später zwölf Wirkfaktoren in der Gruppe, die unabhängig von der therapeutischen Schulausrichtung in allen Gruppentherapien entscheidenden Anteil am Behandlungserfolg haben: Altruismus, Gruppenkohäsion, Universalität des Leidens, intrapersonales Lernen („input“), interpersonales Lernen („output“), Informationen/Anleitung, Katharsis, Identifikation, korrigierende Rekapitulation der primären Familiengruppe, Einsicht, Einflößen von Hoffnung und existenzielle Faktoren. Gerade in der Gruppenpsychotherapie mit Älteren spielen viele dieser Faktoren nach Bechtler (2000) eine besondere Rolle:

Die Erfahrung, durch die aktive Teilnahme an der Gruppe und ihre emotionale Anteilnahme nicht nur etwas zu bekommen, sondern auch anderen Teilnehmern etwas geben zu können, stärkt oftmals sich als nutzlos erlebende Ältere in ihrem Selbstwertgefühl und ihrer Selbstachtung (Wirkfaktor „Altruismus“).

Die „Gruppenkohäsion“ als einer der zentralen Wirkfaktoren schenkt den Klagen des Patienten Gehör und ermöglicht ihm das Gefühl des Angenommenseins mit allen Schwächen und Beeinträchtigungen. Im Schutz der Gruppe, die positive und problematische Verhaltensweisen, Einstellungen etc. dem einzelnen Patienten spiegelt, können diese hinterfragt und neue Verhaltensweisen ausprobiert werden. Das Erleben des Angenommenseins in der Gruppe stellt oftmals einen Ausgleich von durch vielfältige Verluste hervorgerufenen narzisstischen Kränkungen dar.

Die Erfahrung, dass andere Gleichaltrige ebenfalls unter psychischen Problemen, körperlichen Einschränkungen oder psychosozialen Beeinträchtigungen leiden („Universalität des Leidens“), ist für Ältere emotional äußerst entlastend. Es fällt leichter sich zu öffnen unter anderen Älteren, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben, die möglicherweise neue Erkenntnisse zur eigenen Problemlösung bergen.

Die Therapie in einer Gruppe eröffnet anders als eine Einzelpsychotherapie multiple und multilaterale Übertragungsmöglichkeiten, da die Übertragung nicht nur auf den Therapeuten, sondern auf die Gruppe als Ganzes und einzelne Mitglieder erfolgen kann, die eine Vielfalt an Übertragungsobjekten darstellen. Sobald sich in der Gruppe eine gewisse

Vertrautheit entwickelt hat, bringen die Patienten zunehmend ihr „Alltagsverhalten“ ein und werden mit dem Feedback der anderen Teilnehmer konfrontiert. Es findet eine emotionale Auseinandersetzung statt, die die Möglichkeit zur Katharsis eröffnet. Die gemeinsame Reflexion über das gefühlsmäßige Erleben in der Gruppe ermutigt die Patienten zu neuen Erfahrungen, die möglicherweise zu Einsichten führen, die der einzelne Patient im Übungsfeld Gruppe erproben kann („interpersonales Lernen“, „Katharsis“, „Einsicht“).

Die „existenziellen Faktoren“ beschäftigen sich mit der Frage nach dem Sinn des Daseins und der Akzeptanz des Todes. Gerade Ältere, die mit körperlichen Einschränkungen, dem näher rückenden Lebensende oder dem Tod Angehöriger und Bekannter konfrontiert sind, haben in der Gruppe die Möglichkeit zur Auseinandersetzung mit diesen Fragen.

Die Patienten, die im Alter oftmals auf Unterstützung Dritter angewiesen sind, nutzen die Gruppe zudem als Möglichkeit, Informationen und Ratschläge auszutauschen, wobei über den Informationswert hinaus die emotionale Anteilnahme und das Interesse an Problemen der anderen Gruppenteilnehmer hohe therapeutische Wirksamkeit hat.

Der Gruppenleiter stellt zudem ein Modell dar, mit dem sich die Teilnehmer im Gruppenverlauf zunehmend identifizieren. Das identifikatorische Miterleben von Therapieerfolgen eines Gruppenmitglieds ist darüber hinaus nützlich und wertvoll („Identifikation“).

„Erfahrungen mit der primären Familiengruppe“ gewinnen häufig gerade im Lebensrückblick und dem Versuch eines Verstehens der aktuellen Situation beim älteren Patienten an Bedeutung.

Das „Einflößen von Hoffnung“ durch den Therapeuten aber auch durch andere Gruppenmitglieder, die im Rahmen des Therapieprozesses bereits Fortschritte gemacht haben, ist gerade für Ältere, die unter langjährigen Erkrankungen, einer als unveränderlich erlebten Lebenssituation oder der Hoffnungslosigkeit in einer Depression leiden, von immenser Bedeutung. Bechtler (2000) merkt an, dass neben den bekannten Wirkfaktoren noch zahlreiche unspezifische Wirkfaktoren in der Gruppentherapie mit Älteren bedeutsam sind, diesbezüglich jedoch ein enormes Wissensdefizit besteht, welches weitere Forschung unabdingbar macht. Dennoch „dürfte bereits aufgrund der klinischen Erfahrungen feststehen, dass mit der Gruppenpsychotherapie ein quasi ‚hochpotentes‘ Behandlungsinstrument für psychotherapeutisch behandlungsbedürftige Ältere zur Verfügung steht ...“ (Bechtler, 2000, S. 55).

Kritik

Kritisiert wird an einer umfassenden und gerade im stationären Bereich manchmal ausschließlichen Nutzung von Gruppentherapien oftmals, dass durch die Aufspaltung vielfäl-

tiger Übertragungen die genannten Wirkfaktoren oftmals nicht ausreichend zum Tragen kommen, ein Erleben des Gruppenprozesses unter bestimmten Bedingungen nicht möglich ist (zeitlich stark begrenzte Aufenthaltsdauer, ständig wechselnde Gruppenteilnehmer), die Gruppenleiter oftmals nur unzureichend für Gruppentherapie und die Arbeit mit Älteren qualifiziert sind, gerade Ältere Gruppentherapie oft sehr skeptisch gegenüber stehen und ein reines Gruppensetting dem Therapeuten Distanzierungsmöglichkeiten von gerade in der Einzeltherapie verstärkt zu Tage tretenden eigenen Ängsten und Vorbehalten in der psychotherapeutischen Arbeit mit Älteren bietet (Trilling & Peters, 2005). Die Zuordnung zu einer Gruppe erfolgt oftmals nicht mit differenzierter Indikation, sondern standardmäßig auch für Patienten, die einer Gruppenteilnahme skeptisch bis ablehnend gegenüber stehen, mit der Folge eines geringeren Behandlungserfolgs, da sich wichtige Faktoren wie hoher emotionaler Bezug zur Gruppe oder positives Gruppenerleben nicht entwickeln können. Gerade Ältere bewerten die Gruppentherapie als Bestandteil eines stationären Angebots oftmals als weniger hilfreich im Vergleich zu jüngeren Patienten (Peters, 2000c). Eigene Erfahrungen zeigen, dass von den älteren Patienten zumeist eine größere Anzahl an Einzelgesprächen gewünscht wird. Viele Patienten haben vor allem zu Beginn der Behandlung aufgrund sozialer Ängste, einer grundsätzlich skeptischen Einstellung zu Psychotherapie, mangelnder Fähigkeiten sich anderen Menschen gegenüber öffnen oder Hilfe annehmen zu können, Schwierigkeiten, sich auf ein gruppentherapeutisches Angebot einzulassen und sich in der Gruppe aktiv einzubringen. Zudem stellt sich die Frage, ob oftmals nicht vorrangig finanzielle statt inhaltlichen Überlegungen bei der Schaffung eines gruppentherapeutischen Angebots und der jeweiligen Indikationsstellung eine Rolle spielen.

Indikationen und Kontraindikationen

Die Indikation zur Gruppenpsychotherapie erfolgt zunächst auf der Grundlage einer Indikation zur Psychotherapie im Allgemeinen, wobei im Folgenden nur auf altersspezifische Kriterien (Radebold, 1990b; Heuft & Marschner, 1994) eingegangen werden soll.

Bei Erwachsenen im höheren Lebensalter sollte bei der Indikationsstellung für eine Psychotherapie anders als bei Jüngeren besonderes Augenmerk auf die vorhandene Ich-Ausstattung (körperliche Beweglichkeit, Verfügbarkeit der Sinnesleistungen, Leistungsfähigkeit) sowie die Ich-Funktionen (Erinnern, Denken, Antizipieren, Symbolbildung) gelegt werden. Körperliche und kognitive Beeinträchtigungen können im Rahmen der oftmals bestehenden Multimorbidität eine Psychotherapie erschweren oder gar unmöglich machen. Die bisherige soziale Entwicklung einschließlich Traumatisierungen und Coping-

Strategien sollte bei älteren Patienten ebenso beachtet werden wie bestehende Abhängigkeiten (beispielsweise von verstorbenen Elternteilen aber auch von Angehörigen bei zunehmender Hilfsbedürftigkeit im Alter). Eine Chronifizierung der psychischen Erkrankung mit entsprechendem sekundären Krankheitsgewinn ist aufgrund des höheren Lebensalters der Patienten wahrscheinlicher und sollte bei der Indikationsstellung aufgrund mangelnder Erfolgsaussichten einer psychotherapeutischen Behandlung ebenfalls berücksichtigt werden. Das Problem der bei Älteren oftmals geringer ausgeprägten Psychotherapiemotivation sowie der umgekehrten Übertragungskonstellation wurde bereits thematisiert (s. o.).

Nach Heuft et al. (2006) stellt das chronologische Alter des Patienten ein relatives Indikationskriterium dar. Einerseits kommt ihm eine relativ geringe Bedeutung zu, andererseits befinden sich „junge Alte“ (ca. 60 Jahre) mit dem Thema Umorientierung bei erfolgter oder bevorstehender Berentung in einer anderen Situation als „ältere Alte“ (ca. 70 Jahre), die sich in der Regel mit sich häufenden Verlusten auseinandersetzen müssen, oder „alte Alte“ (ca. 80 Jahre), für die das näher rückende Lebensende bedeutsam wird. Der ideale Psychotherapiepatient ist ihrer Meinung nach „60-70-jährig, innerlich und äußerlich autonom, gebildet mit entsprechendem früheren Beruf, gesund, vermögend, hoch motiviert bei deutlichem Interesse an weiterer eigener Lebensgestaltung – dazu von Partner/Familie bezüglich des Psychotherapiewunsches akzeptierend unterstützt“ (Heuft et al., 2006, S. 251 f.). Die Erfahrung zeigt, dass die Patienten in der Praxis zumeist deutlich von diesem Idealbild abweichen, die Autoren betonen jedoch auch, dass Ältere ohne diese Voraussetzungen ebenfalls erfolgreich behandelt werden können.

Als prognostisch ungünstig für eine Psychotherapie im Alter gelten nach Heuft et al. (2006) eine ausgeprägte neurotische Persönlichkeitsstörung, langjährige psychische oder psychosomatische Symptomatik mit ausgeprägtem sekundären Krankheitsgewinn, lebenslang anhaltende Abhängigkeit von der Kindheitsfamilie, schwere somatische, insbesondere hirnrorganische Erkrankungen, eine instabile soziale Lebenssituation sowie fehlende Motivation, Reflexion und Leidensdruck. An dieser Stelle sei allerdings angemerkt, dass die Erfahrungen in der PTK 55+ zeigen, dass auch Patienten mit einer sehr gering ausgeprägten Reflexionsfähigkeit von der Behandlung zumindest auf der Symptomebene oft sehr gut profitieren.

Zu diesen allgemein die Psychotherapie betreffenden Indikationen und Kontraindikationen kommen spezifische Kriterien in Bezug auf eine Gruppentherapie hinzu. So sollte der Patient durch ausführliche Informationen über die Gruppentherapie für diese spezifische Behandlungsform motiviert werden, möglichst unter dem Hinweis, dass sich

intrapyschische Konflikte oftmals im zwischenmenschlichen Bereich äußern und eine therapeutische Gruppe diesbezüglich ein günstiges Arbeitsfeld darstellt. Viele Ältere benötigen eine besondere Ermutigung, an einer Gruppenpsychotherapie teilzunehmen. Die Fähigkeit, sich in eine Gruppe zu integrieren, in deren Rahmen Probleme zu thematisieren und sie den Gruppenteilnehmern verständlich zu machen, stellt ebenfalls eine notwendige Voraussetzung dar.

Grundsätzlich sollte berücksichtigt werden, ob eine Gruppentherapie nicht nur allgemein für einen Patienten indiziert ist, sondern ob gerade die angebotene Gruppe in ihrer Arbeitsweise und Zielsetzung das optimale Behandlungsangebot darstellt (Bechtler, 2000). Radebold (1992b) warnt davor, eine Gruppenpsychotherapie als Sammelbecken für Patienten zu betrachten, die für andere Therapieformen nicht geeignet scheinen, und die Indikation zu großzügig zu fassen, beispielsweise um eine Gruppe „voll zu kriegen“.

Da der Erfolg einer Gruppentherapie wesentlich durch die Zusammensetzung der Gruppe über die dadurch mögliche Kohäsion und Arbeitsfähigkeit mitbestimmt wird, sollte nicht nur eine individuelle Indikation für eine Gruppenpsychotherapie gestellt werden, sondern zusätzlich beachtet werden, dass der jeweilige Patient in die geplante oder bereits existierende Gruppe passt. Die Gruppenzusammensetzung sollte unter bestimmten Regeln erfolgen: So ist die Mehrzahl der Autoren (u. a. Heuft et al., 2006; Junkers, 1995) der Auffassung, dass nicht mehr als zwei Generationen in einer Gruppe vertreten sein sollten, diese also weitestgehend als altershomogen bezeichnet werden kann. Sind mehr als zwei Generationen in einer Gruppe vertreten, besteht die Gefahr, dass die mittlere Generation zwischen die Fronten gerät. Einzelne Ältere in einer Gruppe mit jüngeren Patienten geraten häufig in eine Eltern- oder Großelternposition und erfahren dementsprechende Übertragungen durch die Mitpatienten, welche oftmals nur schwer auszuhalten sind. Insbesondere Ältere öffnen sich unter Gleichaltrigen mehr und zeigen weniger Zurückhaltung, in der Gruppe über persönliche Probleme zu sprechen, wenn keine deutlich Jüngeren teilnehmen. Es ist dadurch leichter, eine altersentsprechende Identität zu entwickeln und zudem Kontakt zu Gleichaltrigen aufzubauen (Kipp & Peters, 2005). Mehr als 20 Jahre Altersdifferenz unter den Gruppenteilnehmern sollten demnach vermieden werden. Hinsichtlich der Geschlechtszugehörigkeit wird ebenfalls eine Mischung empfohlen, was sich angesichts der zahlenmäßigen Überlegenheit von Frauen in Therapiegruppen schwierig gestaltet. Eine Mischung der verschiedenen Störungsformen und Krankheitsbilder erscheint ebenfalls günstig. Prinzipiell gilt es, bei der Zusammensetzung einer Gruppe Einzelpositionen zu vermeiden, sei es im Hinblick auf Alter und Geschlecht oder auch hinsichtlich sozialem Status sowie Art und Schwere der psychischen Erkrankung.

Von Vorteil in der Gruppenpsychotherapie mit Älteren sind zudem ein vergleichsweise aktives Vorgehen durch den Gruppenleiter, das direkte Ansprechen von Konflikten oder Gefühlen sowie die Berücksichtigung schwieriger früherer Gruppenerfahrungen, die aus dem Erstgespräch bekannt sind (Radebold & Bäurle, 2000). Wenig strukturierte Gesprächsverläufe, die viele aktive Beiträge seitens der Teilnehmer erfordern, wirken auf Ältere oft verunsichernd. Gruppen mit einem hohen Grad an Strukturiertheit und Aufgabenorientierung hingegen wie beispielsweise themenzentrierte Therapieangebote erleichtern es Älteren, sich am Gruppengespräch zu beteiligen, zumal die Anforderung, sich selbst zu öffnen und mit hoher innerer Selbstbeteiligung den Gruppenprozess mit zu gestalten, nicht im Vordergrund steht (Schmid-Furstoss, 2000b).

Tonscheidt (1992) berichtet von unbefriedigenden Therapieverläufen Älterer in einer verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Klinik ohne spezielles Therapiekonzept für ältere Patienten, da diese oft Probleme hatten, „ sich im allgemeinen Klinikrahmen zurechtzufinden, fühlten sich deplatziert und isoliert unter den meist jüngeren Mitpatienten und profitierten trotz intensiver therapeutischer und co-therapeutischer Betreuung wenig von der Behandlung“ (S. 366 f.). Peters (2006) wirft hingegen die Frage auf, ob spezifische Angebote für Ältere erforderlich sind oder ob auf diese verzichtet werden kann oder gar sollte. Insbesondere aus medizinischer Sicht erscheint es sinnvoll, altersspezifische Angebote zu schaffen, da gerade bei älteren Patienten oftmals spezifisches Fachwissen, beispielsweise über die Wirkungsweise von Psychopharmaka bei Älteren, erforderlich ist, welches eher in spezialisierten Einrichtungen oder Abteilungen vorhanden ist. Aus psychotherapeutischer Sicht sind altershomogene Behandlungsangebote sinnvoll, da diese wie bereits oben beschrieben eine günstigere Voraussetzung darstellen, um gemeinsame biografische Erfahrungen oder die aktuelle Alterssituation zu bearbeiten. Aus sozialpsychologischer Sicht ermöglichen altersspezifische Angebote die Entwicklung eines Altersgruppenbewusstseins und einer altersentsprechenden Identität.

Doch es gibt auch Argumente insbesondere soziologischer Art, die gegen die Schaffung besonderer Angebote für Ältere sprechen. So besteht einerseits die Gefahr einer zunehmenden Ausgrenzung des Alters, andererseits spielt das chronologische Alter eine immer geringere Rolle, so dass Altersgrenzen für spezifische Therapieangebote willkürlich erscheinen. Peters (2006) stellt fest, dass in manchen Bereichen altershomogene Gruppen durchaus sinnvoll und bisweilen notwendig sind, aber auch stationäre Mischkonzepte mit integrierten altershomogenen Gruppen eine Alternative darstellen. Wie bereits oben geschildert, ist bei altersheterogenen Gruppen jedoch unbedingt ein Minoritätenstatus zu vermeiden.

3 Gerontopsychosomatik

3.1 Entwicklung der Gerontopsychosomatik

Die Gerontopsychosomatik stellt das jüngste Behandlungsangebot im stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Rahmen und noch ein vergleichsweise sehr junges Lehr- und Forschungsgebiet dar. Das Konzept wurde erstmals von Heuft (1990) in einem Beitrag für die Zeitschrift für Gerontologie formuliert. In der Folge wurde der Bedeutung des körperlichen Alterns für die psychische Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte mehr Beachtung geschenkt, einige psychosomatische Kliniken begannen, sich besser auf ältere Patienten einzustellen. 1994 wurde der Arbeitskreis Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie in der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. unter Leitung von G. Heuft ins Leben gerufen. Der von der Bundesärztekammer in Auftrag gegebene Bericht „Gesundheit im Alter“ enthielt 1998 erstmals den Bereich Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie, die Altenberichtscommission der Bundesregierung unter Vorsitz von A. Kruse plädierte folgerichtig für eine Gleichstellung der Gerontopsychosomatik neben der Geriatrie und Gerontopsychiatrie bei der Entwicklung neuer Versorgungskonzepte für Ältere. Beim WHO-Weltgesundheitsstag 1999, der vom Bundesgesundheitsministerium ausgerichtet wurde, erarbeitete ein eigenes Forum zu Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie politische Empfehlungen (Heuft et al., 2006). Nach Heuft et al. (2006) umfasst das Lehr- und Forschungsgebiet der Gerontopsychosomatik folgende Aspekte:

- die Bewältigung des normalen körperlichen Alternsprozesses als Entwicklungsaufgabe sowie dessen Auswirkungen auf die Psyche
- die besondere Phänomenologie und Symptomatik psychischer Störungen und Persönlichkeitsstörungen im Alter
- funktionelle Störungen und Somatisierungsstörungen alter Menschen
- Folgen psychischer Traumatisierungen im Alter, aber auch von Traumatisierungen in früheren Lebensabschnitten (Trauma-Reaktivierung im Alter)
- Coping und Compliance von im Alter vermehrt auftretenden somatopsychosomatischen Wechselwirkungen bei schweren körperlichen Erkrankungen
- Erforschung adaptiver Prozesse bei im Alter auftretenden Gewinnen ("späte Freiheit") und Verlusten (Rollenverluste, Gefährdung des sozialen Netzwerkes)

Angewandt werden in der Gerontopsychosomatik sowohl gerontologisch-psychologische als auch somatisch-biologische Konzepte und Methoden, in Bezug auf die Klinik werden psychotherapeutische Fragestellungen zu allen oben benannten Forschungsaspekten diskutiert, an Interventionsmöglichkeiten stehen die Grundverfahren aus Psychoanalyse und Verhaltenstherapie sowie weitere spezifische Verfahren aus verschiedenen Therapieschulen zur Verfügung (vgl. Punkt 2.3). Zudem spielt in der Gerontopsychosomatik die Differenzialdiagnose gerontopsychiatrischer und internistischer Erkrankungen eine wichtige Rolle.

Über einen langen Zeitraum fanden psychosomatische Probleme bei älteren Menschen weder auf dem Gebiet der Psychosomatik noch der Geriatrie oder Gerontopsychiatrie Beachtung. Die Geriatrie als Untergebiet der Inneren Medizin war selbst jahrelang damit beschäftigt, ihr wenig geschätztes Aufgabengebiet zu etablieren und den Stellenwert in der Medizin zu erreichen, der ihr heute zugestanden wird. Die Beschäftigung mit psychischen Auswirkungen des körperlichen Alternsprozesses rückte dadurch in den Hintergrund. Da sich die Gerontopsychiatrie ebenso wenig mit psychosomatischen Themen auseinandersetzte wie die Psychosomatik mit dem Thema Alter und Altern, hatte dies zur Folge, dass psychosomatische Aspekte alter Menschen bis heute vergleichsweise wenig erforscht sind. So stellte Radebold in der ersten Auflage des Lehrbuchs von v. Uexküll (1979) fest: „Zusätzlich stellt der Bereich Alter und Altern innerhalb der psychosomatischen Forschung ein weitgehend vernachlässigtes Gebiet dar“ (S. 728). Nur sehr zögernd beschäftigte sich die wissenschaftliche Forschung mit der Frage der psychotherapeutischen Behandelbarkeit älterer Patienten, deren Sinnhaftigkeit und Wirksamkeit heutzutage ausreichend belegt ist. Wenn auch in der klinischen Praxis oftmals noch nicht vorhanden, so nimmt die gerontopsychosomatische Perspektive zumindest in den aktuellen Lehrbüchern ihren Platz ein (Heuft et al., 2006).

3.2 Der ältere Patient in der Psychosomatik

Jahrzehntelang bestand in psychosomatischen Kliniken eine Altersgrenze, die sich zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr bewegte (Radebold, 1992b). Auch wenn die Forschung im Bereich der Alterspsychotherapie fundierte wissenschaftliche Ergebnisse hervorbrachte, die belegen konnten, dass Psychotherapie bei Älteren nicht nur möglich, sondern auch sinnvoll und wirksam ist, wurden lange Zeit vornehmlich Patienten des jungen und mittleren Erwachsenenalters in der Psychosomatik behandelt. Erfahrungen mit der Behandlung

Älterer lagen überwiegend aus dem ambulanten Bereich vor, im stationären Bereich erschien „die Aufgabe systematischer psychotherapeutischer Versorgung über 60-jähriger uninteressant, nicht umsetzbar oder sogar auf Grund der bestehenden Patientenstruktur nicht erforderlich“ (Bäurle et al., 2000, S. 7). Dies hat sich erst in den letzten 20 Jahren verändert, wie die erste Übersichtspublikation von Bäurle et al. (2000) zu Aufgaben, Formen und Möglichkeiten stationärer Psychotherapie mit Älteren aufzeigt.

Grundsätzlich stehen Älteren zwei Arten stationärer Behandlung bei psychischen Erkrankungen zur Verfügung: psychosomatisch-psychotherapeutische Kliniken sowie gerontopsychiatrische Therapieangebote (siehe Punkt 4). In psychosomatischen Akut- und Rehabilitationskliniken werden nach Lange et al. (1995) zunehmend 50- bis 70-Jährige behandelt, wobei der Großteil der behandelten Älteren zwischen 50 und 59 Jahre alt war und sich wegen des Grundsatzes „Rehabilitation vor Rente“ in Therapie befand, da ein Rentenbegehren im Hintergrund stand.

In Einrichtungen der Gerontopsychiatrie finden sich überwiegend Patienten zwischen dem 65. und 80. Lebensjahr mit depressiver, aber auch demenzieller oder paranoider Symptomatik, die sich in der Regel durch hirnrorganische und organische Komorbidität, vielfältige psychosoziale Problemstellungen sowie zunehmende Versorgungs- und Pflegebedürftigkeit auszeichnen.

Bäurle et al. (2000) treffen folgende Feststellungen: Für eine große Zahl psychisch erkrankter Älterer stellt Psychotherapie eine geeignete Behandlung mit entsprechend günstiger Prognose dar. Ältere Patienten benötigen hierbei einen institutionell abgesicherten eigenen Bereich, möglichst in Form einer eigenen Station, da die Mischung von Altersgruppen erfahrungsgemäß häufig zu unbefriedigenden Therapieergebnissen führe.

Mittlerweile gibt es eine größere Anzahl psychosomatischer Kliniken, die ältere Patienten aufnehmen und behandeln, zumeist jedoch ohne spezifische Therapieangebote oder altershomogene Therapiegruppen bzw. Stationen.

4 Versorgungsstrukturen: psychotherapeutische Angebote für Ältere

Menschen mit psychischen Erkrankungen sind Untersuchungen zufolge besonders gefährdet, nicht adäquat im Gesundheitssystem versorgt zu werden. Nach Alonso et al. (2007) bleibt beispielsweise fast die Hälfte psychisch Kranker trotz gegebenem Behandlungsbedarf unbehandelt. Erschwerend kommt hinzu, dass von den Patienten, die psychotherapeutisch behandelt werden, viele eine Psychotherapie erhalten, die für ihre individuelle Störung ungeeignet oder zumindest nicht optimal ist (Grawe et al., 2001). Dies stimmt nicht nur im Hinblick auf das individuelle Schicksal eines jeden Betroffenen bedenklich, sondern gewinnt zudem an Bedeutung, wenn man die Kosten betrachtet, die einer Gesellschaft durch psychische Erkrankungen entstehen (Gustavsson et al., 2011). Beispielsweise nach dem Gesundheitsreport der Barmer GEK aus dem Jahr 2010 sind psychische und Verhaltensstörungen für insgesamt knapp 18 % aller Fälle von Arbeitsunfähigkeit verantwortlich und stehen damit bereits an zweiter Stelle hinter den muskulo-skelettalen Erkrankungen (23 %). Auffallend ist zudem eine über Jahre steigende Erkrankungsdauer aufgrund psychischer Erkrankungen von 35,3 Tagen im Jahr 2007 auf 40,5 Tage im Jahr 2009. Insbesondere depressive Episoden gehen mit einer sehr langen Erkrankungsdauer einher. Damit haben psychische Erkrankungen nach den Krebserkrankungen mehr Arbeitsunfähigkeitstage als alle anderen Krankheitsarten. Die Aufwendungen für Krankengeld sind dementsprechend ebenfalls deutlich gestiegen. Die Versorgungsforschung mit dem Leitthema der Vermeidung von Unter-, Fehl- und Überversorgung (Schulz et al., 2006) gewinnt somit zunehmend an Bedeutung, da sie die Verteilung von Ressourcen und Einkommen entscheidend beeinflussen kann und „politiknah“ (Kordy, 2008) ist. Gerade Ältere spielen hier jedoch kaum eine Rolle (Imai et al., 2008).

Nach dem Bericht des Vorstandes der Bundespsychotherapeutenkammer am 14. Deutschen Bundespsychotherapeutentag (DPT) im Jahre 2009 leiden jährlich mindestens fünf Millionen Menschen an einer schweren psychischen Erkrankung, die dringend behandlungsbedürftig ist, darunter 1,5 Millionen Menschen über 65 Jahren. Dies entspricht im Wesentlichen den Angaben von Meyer et al. (1991), welche in ihrem Forschungsgutachten zu einem geschätzten Anteil von 5,3 % der Gesamtbevölkerung Deutschlands kommen, welcher als psychotherapiebedürftig gilt. Diesem Bedarf stehen jedoch insgesamt lediglich 1,5 Millionen ambulante und stationäre Therapieplätze entgegen. Das Resultat sind lange Wartezeiten bei niedergelassenen Psychotherapeuten: nach Zepf et al. (2003)

4,6 Monate Wartezeit auf einen Therapieplatz und 1,9 Monate auf ein Erstgespräch. Aber auch die Wartelisten in psychosomatischen Kliniken sind lang, die Verschreibungsrate an Psychopharmaka ist hoch (Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer, 2009). Somit ist die Chance auf einen Therapieplatz bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten allein aufgrund der mangelnden Kapazitäten deutlich reduziert. Leider liegen keine Daten vor, ob unter den Patienten, welche bei einem Psychotherapeuten eine Therapie nachfragten, aber nicht für probatorische Sitzungen (jede zweite Anfrage wurde abgelehnt) oder danach nicht in ambulante Therapie genommen wurden (35 %), überzufällig häufig ältere Personen anzutreffen sind (Zepf et al., 2003).

Die Grundvoraussetzung für eine psychotherapeutische Behandlung ist neben den im Versorgungssystem vorhandenen Verfügbarkeiten an Therapieplätzen jedoch zunächst, dass eine psychische Erkrankung und deren Behandlungsbedürftigkeit überhaupt erkannt werden. Speziell im Hinblick auf die Depression als die neben den Demenzerkrankungen häufigste psychische Erkrankung im Alter zeigte sich hier leider, dass nur jeder zweite vom Versorgungssystem erkannt wird, nur 10 bis 20 % erhalten eine adäquate medikamentöse und/oder psychotherapeutische Behandlung (Wolfersdorf & Schüler, 2005). In Bezug auf Hausärzte konnten Kruse et al. (2004) zeigen, dass die Identifikationsrate psychischer Störungen unter anderem abhängig ist von der Anzahl der vom Patienten geäußerten psychischen Beschwerden. Da Ältere einerseits dazu neigen, kaum psychische Symptome zu berichten und sich andererseits gerade Depressionen bei Älteren oftmals durch überwiegend berichtete somatische Symptome manifestieren, dürfte sich dies negativ auf die Erkennensrate auswirken. Es kann nur vermutet werden, dass neben depressiven Störungen auch andere psychische Erkrankungen wie beispielsweise Angststörungen gerade bei älteren Patienten noch seltener erkannt werden als bei Jüngeren, da die Gefahr groß ist, die Symptome (soweit sie denn berichtet werden) als Begleiterscheinungen von im höheren Lebensalter häufiger anzutreffenden körperlichen Erkrankungen zu interpretieren. Von dem Knesebeck et al. (2010) fanden in Bezug auf depressive Störungen insgesamt zwar wenig systematische Einflüsse von Arzt- und Patientenmerkmalen auf die diagnostische und therapeutische Entscheidung, es ergaben sich jedoch Hinweise, dass Älteren häufiger ein Antidepressivum verschrieben wurde, die Patienten jedoch nicht an einen Facharzt überwiesen wurden.

Angesichts des unbestritten eklatanten Missverhältnisses zwischen Versorgungsbedarf und -angebot sind die Chancen für eine psychotherapeutische Behandlung gerade für ältere Patienten besonders gering, wenn man zusätzlich die Vorbehalte auf Seiten von Patienten, Therapeuten und Gesellschaft in Bezug auf Psychotherapie im höheren Lebensalter betrachtet (siehe Punkt 2.2).

Auf dem Symposium „Psychotherapie im Alter“ der Bundespsychotherapeutenkammer im Mai 2009 wurde speziell die Versorgungssituation älterer Patienten erörtert. Es existieren bisher jedoch kaum systematische Studien zur psychotherapeutischen Versorgung dieser Klientel. Von 100 älteren Menschen mit einer Depression erhalten weniger als 1 % eine Psychotherapie, jeder vierte Erwachsene über 70 Jahre nimmt jedoch ein Psychopharmakon ein. 88,5 % der Älteren mit einer Angststörung suchten laut einer Studie von de Beurs et al. (1999) einen Allgemeinarzt auf, doch nur 2,6, % konsultierten einen Psychiater. Von den in der Berliner Altersstudie depressiv erkrankten über 70-Jährigen erhielten lediglich 6 % ein antidepressives Medikament, fast jeder zweite Untersuchungsteilnehmer wurde als nicht adäquat medikamentös therapiert eingeschätzt, kein Patient erhielt eine psychotherapeutische Behandlung (Linden et al., 1996, 1998).

Nach Heuft et al. (2006) schätzte Dilling 1981 bei einem Vortrag aufgrund einer Sekundäranalyse der Daten aus der Feldstudie in Oberbayern den psycho- und soziotherapeutischen Hilfsbedarf für 50- bis 65-Jährige auf 19 %, für über 65-Jährige auf 7 % bei einer geschätzten allgemeinen psychiatrischen Hilfestellung für beide Altersgruppen von 13 %. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Löcherbach et al., 2000) geht hingegen von nur 0,31 % der über 65-jährigen gesetzlich Versicherten aus, die ambulant psychotherapeutisch behandlungsbedürftig und -willig sind.

Umfragen unter niedergelassenen Psychotherapeuten und psychosomatischen Kliniken lassen jedoch die Schlussfolgerung zu, dass in der Realität die tatsächliche psychotherapeutische Versorgung älterer Patienten erheblich von diesen Bedarfsschätzungen abweicht. So zeigte eine Befragung psychosomatischer Kliniken (Lange et al. 1995) folgende Anteile Älterer an dem gesamten Patientengut:

50-59-Jährige	21,5 %
60-69-Jährige	5,2 %
über 70-Jährige	1,3 %.

Eine Umfrage unter niedergelassenen Nervenärzten ergab einen Anteil über 60-jähriger Patienten mit einer depressiven Erkrankung von 24,3 %, wobei von diesen nur 0,6 % psychotherapeutisch im Sinne einer Richtlinienpsychotherapie behandelt wurden. Es erfolgte bei diesen Patienten überwiegend lediglich eine syndrombezogene verbale Intervention im Sinne eines bis zu 20-minütigen Gesprächs, mit zunehmendem Alter erhielten die Patienten kaum noch Psychotherapie (Arolt & Schmidt, 1992).

Spricht man über den psychotherapeutischen Versorgungsbedarf, so weisen Baune & Arolt (2005) zurecht darauf hin, dass nicht die Diagnose allein der Prädiktor für den entsprechenden Versorgungsbedarf ist, sondern eine Funktion der Diagnose und der funktionellen Beeinträchtigung. Sie schlagen folgende Kriterien zur Schätzung des tatsächlich vorliegenden Versorgungsbedarfs vor:

1. Es sollte ein bestimmter Bereich der Funktionsfähigkeit einer Person von dem psychischen Problem betroffen sein;
2. das psychische Problem sollte objektivierbar, d. h. von der Person selbst und/oder von anderen beobachtbar sein;
3. für das umschriebene psychische Problem sollte eine effektive und akzeptable Behandlung bzw. Intervention verfügbar sein;
4. es sollte eine Übereinkunft zwischen dem Klienten und dem Anbieter in der Primärversorgung bzgl. der Umsetzung und Inanspruchnahme angebotener Versorgungsleistungen bestehen.

Neben dem objektiven Behandlungsbedarf auch die Behandlungsbereitschaft in Analysen zu berücksichtigen, erscheint sinnvoll und notwendig, zumal nicht alle Patienten, die aus fachlicher Sicht einer Psychotherapie bedürfen, hierfür auch motivierbar sind (Schepank, (1990). Schwierigkeiten bereitet also die Frage, inwieweit eine Diagnose mit Behandlungsbedarf gleichgesetzt werden kann (Wittchen & Jacobi, 2001), ebenso wie die Frage, was unter einer adäquaten bedarfsgerechten Versorgung zu verstehen ist (Psychotherapie, Pharmakotherapie oder deren Kombination?).

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stellte in seinem Gutachten zur Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit 2000/2001 fest, dass bedarfsgerechte Versorgung bislang durch das formale Kriterium des Verhältnisses Therapeut/Einwohner definiert ist, und forderte die Unterscheidung zwischen subjektivem (Wunsch nach Versorgung) und objektivem (fachlich und wissenschaftlich bestätigt) Behandlungsbedarf, welcher das prinzipielle Vorhandensein geeigneter Behandlungsverfahren

ren voraussetzt. Grundlage einer Objektivierung des Bedarfs seien Expertenschätzungen der Häufigkeit behandlungsbedürftiger und -williger Patienten.

Allgemein wird in Bezug auf psychische Erkrankungen von einer Über-, Unter- und Fehlversorgung ausgegangen, welche je nach Störungsbild unterschiedlich gewichtet ist. So ergeben sich dem Sachverständigenrat zufolge bei somatoformen und Suchterkrankungen weitaus schlechtere Behandlungsquoten als beispielsweise für Angststörungen oder Psychosen. In Bezug auf ältere depressive Patienten wird im Hinblick auf die gerontopsychiatrische und hausärztliche Behandlung von Versorgungsmängeln ausgegangen, welche sowohl durch ungenügendes geriatrisches bzw. gerontopsychiatrisches Fachwissen aber auch Uninformiertheit der Patienten und zu wenige Behandlungsangebote im (teil-)stationären und ambulanten Bereich bedingt sind. Auf psychosomatische bzw. psychotherapeutische Angebote nimmt der Rat jedoch leider keinen Bezug.

Doch auch die allgemeine Versorgungslage psychisch Kranker unter 65 Jahren ist unbefriedigend: Nach den Ergebnissen des Bundes-Gesundheitssurveys 1998/99 (Zusatzsurvey „Psychische Störungen“) werden selbst bei einem äußerst weit gefassten Behandlungsbegriff (mindestens ein Kontakt mit einer Institution des Gesundheitswesens vom Hausarzt bis zum Psychotherapeuten ohne Berücksichtigung von Art, Häufigkeit und Dauer) lediglich 36,4 % aller psychischen Störungen behandelt, so dass die Autoren von einer erheblichen Unterversorgung von Personen mit psychischen Erkrankungen ausgehen (Wittchen & Jacobi, 2001). Hierbei wiesen generalisierte Angststörungen, Panikstörungen und affektive Störungen wesentlich höhere Behandlungsquoten auf als somatoforme Störungen oder Substanzstörungen. Es wird geschätzt, dass lediglich 10 % aller Betroffenen eine nach dem heutigen Kenntnisstand adäquate Behandlung erhalten. Die Gründe hierfür sind vielfältig und reichen von einer geringen Versorgungsdichte insbesondere in ländlichen Regionen und den neuen Bundesländern über das Nicht-Erkennen der Diagnose bis hin zur Nicht-Aufnahme der Therapie trotz Zuweisung. Immer noch fehlen wichtige Basisdaten für die Planung einer bedarfsgerechten Versorgung, da z. B. unklar ist, inwieweit Ärzte (insbesondere Nervenärzte und Psychiater) psychotherapeutisch tätig sind (Fritze & Schmauß, 2001).

Auch jüngere Daten zeichnen ein ähnliches Bild: Experteninterviews u. a. mit Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten (Lützenkirchen, 2008) ergaben einen Anteil über 60-Jähriger in ambulanten Praxen von ca. 10 bis 20 % bei einem Bevölkerungsanteil dieser Altersgruppe von ca. 25 %. In ihrer Studie zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung mit über 1000 Personen, welche innerhalb der vergangenen sechs Jahre in psychotherapeutischer Behandlung waren, stellten Albani et al. (2010) fest, dass im Vergleich

zur Gesamtbevölkerung der Anteil über 60-Jähriger in der Untersuchungsstichprobe unterrepräsentiert ist. Auch im Sechsten Altenbericht an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wird 2010 festgestellt, dass anhand aktueller Daten weiterhin davon auszugehen ist, dass die psychotherapeutische Versorgung älterer Menschen nicht deren Behandlungsbedarf entspricht. Auch die Bundespsychotherapeutenkammer spricht in ihrer Pressemitteilung vom 08. Mai 2009 davon, dass Psychotherapie bei älteren Menschen über 60 Jahren kaum eine Rolle spiele. Es kann jedoch wie bereits erwähnt davon ausgegangen werden, dass die nächsten Generationen von Älteren aufgrund anderer Sozialisierungserfahrungen psychotherapeutische Behandlungen verstärkt nachfragen und einfordern werden.

Zu den Versorgungsangeboten für psychisch kranke ältere Menschen zählen neben dem niedergelassenen Arzt, der oftmals eine „gate-keeper“-Funktion inne hat, Alten- und Seniorenberatungsstellen, psychologische Beratungsstellen, psychotherapeutische Praxen, psychosomatische Kliniken, der psychiatrische Versorgungsbereich, geriatrische Kliniken sowie der Pflegesektor (Peters, 2006). Im stationären Versorgungsbereich werden psychotherapeutische Behandlungen im Akutkrankenhaus sowie in der Rehabilitation unterschieden.

4.1 gerontopsychiatrische Einrichtungen

In der Gerontopsychiatrie spielen psychotherapeutische Behandlungsangebote im engeren Sinne bis heute eine untergeordnete Rolle, der Schwerpunkt liegt eindeutig auf der Psychopharmakotherapie, wenngleich heutzutage gerade die Kombination von Psychotherapie und medikamentöser Behandlung als äußerst sinnvoll gilt und psychotherapeutische Elemente in der Gerontopsychiatrie zunehmen (Eikelmann & Reker, 2004). Peters (2006) sieht diese Gewichtung überwiegend in den weiterhin in der Psychiatrie vorherrschenden biologischen Erklärungsansätzen psychischer Erkrankungen sowie der unzureichenden personellen Ausstattung in der Gerontopsychiatrie begründet, welche die Möglichkeit psychotherapeutischer Angebote kaum zulässt, da potenziell als Psychotherapeuten tätigen Ärzten und Psychologen im Vergleich zu anderen Teilgebieten der Psychiatrie auf der Grundlage der Personalverordnung weniger Zeit pro Patient zu Verfügung steht (Seeger & Wedel-Freudenberg, 2000). Ebenso bedeutsam erscheint jedoch die Tatsache, dass in gerontopsychiatrischen Kliniken zahlreiche Patienten mit hirnorganischen Erkrankungen wie Demenzen, mit Psychosen sowie schweren Ausprägungsgraden von psychischen Erkran-

kungen (z. B. schwere Depressionen mit Suizidalität, psychotischen Symptomen bis hin zu Stupor) behandelt werden, welche aus diesen Gründen nicht zu einer psychotherapeutischen Behandlung im engeren Sinne in der Lage sind, sondern überwiegend beschützend-aktivierende Angebote sowie pharmakologische Betreuung benötigen.

Dennoch gibt es durchaus Gerontopsychiatrien, die Psychotherapie im engeren Sinne als Behandlungskomponente anbieten. Die Psychotherapiestation K1 der psychiatrischen Klinik Münsterlingen (Kanton Thurgau in der Schweiz) ist ein Beispiel für ein umfassendes psychotherapeutisches Angebot im Rahmen einer gerontopsychiatrischen Einrichtung (Bäurle, 1997, 2000). In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen existiert seit 1993 eine gerontopsychiatrische Abteilung mit psychotherapeutischen Angeboten speziell zur Behandlung älterer depressiver Patienten, welche aufgrund der Erfahrung eingerichtet wurde, dass bei einem raschen Anstieg des Anteils demenzkranker Patienten eine gemeinsame Betreuung mit depressiven Patienten nicht möglich war (Struwe, 2000). Ebenfalls seit 1993 bietet die Gerontopsychiatrie der Stiftung Tannenhof, Evangelische Nervenklinik, in Remscheid auf der Station GHH3 eine psychotherapeutische Behandlung für Ältere an (Schmid-Furstoss, 2000a). Die Gerontopsychiatrie der Klinik Nord-Ochsenzoll hält ebenfalls psychotherapeutische Angebote vor, sowohl verhaltenstherapeutisch als auch tiefenpsychologisch orientiert (Wächtler, 1999). In der gerontopsychiatrischen Abteilung des Ludwig-Noll-Krankenhauses in Kassel wird seit Mitte der 80er Jahre, damals u. a. initiiert von Schlesinger-Kipp, psychotherapeutisch insbesondere in Form von analytisch orientierter Gruppentherapie gearbeitet (Kipp, 1995).

In gerontopsychiatrischen Tageskliniken hingegen stellt die Psychotherapie neben all-gemeinspsychiatrischen und soziotherapeutischen Angeboten einen besonders wichtigen Bestandteil dar (Wächtler & Block, 1994), sicherlich auch, da die dort behandelten Patienten im Durchschnitt weniger stark beeinträchtigt und zumeist nicht demenzkrank sind. Mittlerweile existieren in Deutschland ca. 60 gerontopsychiatrische Tageskliniken (Wächtler et al., 2003), die fast alle neben anderen Angeboten psychotherapeutische Behandlung in Einzel- und Gruppentherapie anbieten, wobei depressive Patienten die am häufigsten behandelte Gruppe darstellen. Nach Wächtler (2007) ist mit dem aktuellen Angebot an gerontopsychiatrischen Tageskliniken der Bedarf jedoch bei weitem nicht gedeckt, da nach Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger (BAG) 4000 Behandlungsplätze angeboten werden müssten, aber aktuell lediglich etwa 630 Plätze vorgehalten werden, d. h. der Bedarf das sechs- bis siebenfache des Versorgungsangebots beträgt.

4.2 gerontopsychosomatische Einrichtungen

Die lange Zeit aufrecht erhaltene Altersgrenze in der Psychosomatik (vgl. Punkt 3.2) hatte zur Folge, dass ältere Patienten über 50 bzw. 60 Jahren eine indizierte psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung nicht in Anspruch nehmen konnten. Ihnen verblieb nur die Möglichkeit einer gerontopsychiatrischen oder ambulanten psychotherapeutischen Behandlung, welche beide eventuell nicht das optimale Angebot für den Patienten, das Störungsbild oder die Lebensumstände darstellten. Da niedergelassene Psychotherapeuten immer noch nur zu einem geringen Anteil Ältere behandeln (vgl. Punkt 4), ist auch diese Therapiemöglichkeit kaum eine echte Alternative zu einer psychosomatischen Behandlung. Seit die Altersgrenze in der Psychosomatik aufgehoben wurde, schlägt sich diese heute in den behandlungstherapeutischen Konzepten psychosomatischer Kliniken nicht mehr nieder und somit sind zumindest theoretisch auch älteren Patienten die Möglichkeiten einer psychosomatischen Behandlung eröffnet.

Als vermutlich erste universitäre Einrichtung entwickelte die Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik des Universitätsklinikums Essen ein stationäres Behandlungskonzept für Ältere (Heuft et al., 1995). Bis heute gibt es jedoch nur vereinzelte Publikationen über die stationäre Behandlung Älterer in psychosomatischen Kliniken (z. B. Heuft & Senf, 1992; Peters, 1992; Tonscheidt, 1992). Eine bundesweite Umfrage an 97 psychosomatischen Kliniken aus dem Jahr 1994 von Lange et al. (1995), welche im Jahr 2001 von Driesch et al. (2004) mit nahezu demselben Ergebnis wiederholt wurde (vgl. auch Wenker, 2010), ergab den größten Anteil älterer Patienten in psychosomatischen Rehabilitationskliniken. Die Gruppe der 50- bis 59-Jährigen hatte hier einen Anteil von 25 % an den Gesamtpatienten, 60- bis 69-Jährige waren mit 5,4 % vertreten, über 70-Jährige lediglich zu 2 %. In psychosomatischen Fachkliniken oder entsprechenden Abteilungen an Allgemein- oder Universitätskrankenhäusern war der Anteil älterer Patienten bereits deutlich geringer. Insgesamt lag der Anteil der über 50-jährigen Patienten am Gesamtklientel über alle Kliniken hinweg bei 21,5 %, wobei dieser Anteil mit steigendem Alter rapide abnimmt (50-59 Jahre: 16,3 %, 60-69 Jahre: 3,9 %, über 70 Jahre: 1,3 %). Lediglich 25,7 % der befragten Kliniken boten jedoch spezifische Angebote für ältere Menschen in Form altershomogener Gruppen oder Abteilungen bzw. Stationen.

Über eine eigene Recherche mit Hilfe des Klinikführers von Schauenburg et al. (2007) zu stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Einrichtungen in Deutschland sowie im Internet wurde u. a. mit telefonischer Nachfrage und der Bitte um Zusendung von Flyern versucht, alle psychosomatischen Kliniken zu ermitteln, die ältere Patienten behan-

deln und für diese altersspezifische Therapieangebote oder eigene altershomogene Abteilungen bzw. Stationen bereit halten. Es zeigten sich folgende Behandlungsvarianten für ältere Patienten an psychosomatischen Kliniken in Deutschland:

1. Behandlung aller Altersgruppen ohne spezifische Angebote für Ältere
2. Mischkonzept mit altersspezifischen Therapieangeboten
3. Abteilungen oder Stationen speziell für ältere Patienten

Zur erstgenannten Gruppen zählen die Psychosomatische Klinik der Henriettenstiftung in Hannover oder die Klinik für psychosomatische Medizin und Verhaltenstherapie in Windach, die alle Altersgruppen jedoch ohne spezifische altershomogene Angebote behandeln.

Kliniken, die im Rahmen eines Mischkonzeptes Ältere behandeln, haben in der Regel Angebote, die gemeinsam für ältere und jüngere Patienten zur Verfügung stehen, sowie zusätzlich altersspezifische Angebote ausschließlich für die älteren Patienten. Zu diesen Kliniken zählen: Segeberger Kliniken in Bad Segeberg, Gelderlandklinik in Geldern, Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie in Münster, Psychosomatische Fachklinik Kinzigtal in Gengenbach, Adula-Klinik in Oberstdorf, Schussentalklinik in Aulendorf, Kreisklinik Ebersberg, AHG Klinik für Psychosomatik in Bad Dürkheim, Rhein-Klinik in Bad Honnef.

Abteilungen bzw. Stationen für Ältere bieten: Klinik Schwedenstein in Pulsnitz, Kliniken Erlabrunn in Breitenbrunn, Parkland-Klinik in Bad Wildungen, Klinik am Hainberg in Bad Hersfeld, Rothaarklinik in Bad Berleburg, Sonnenberg Klinik in Stuttgart, Klinik Alpenblick in Isny, Klinikum Staffelstein, Psychosomatische Klinik in Bad Neustadt/Saale, Psychosomatische Tagesklinik für Ältere 55+ in Nürnberg.

Es handelt sich hierbei sowohl um Akuthäuser als auch Rehabilitationskliniken mit unteren Altersgrenzen von 50 (Bad Neustadt/Saale), 55 (Breitenbrunn, Isny, Nürnberg) oder auch 65 (Bad Staffelstein) Jahren. Eine obere Altersgrenze wurde von keiner der genannten Kliniken angegeben.

In der deutschsprachigen Schweiz existieren vier weitere Kliniken, die ältere Patienten versorgen, und zwar die Psychiatrische Klinik in Münsterlingen (erste Psychotherapiestation für Ältere in der Schweiz, ab 60 Jahren), die Klinik Littenheid (offene Kriseninterventions- und Psychotherapiestation für Ältere ab 55 Jahren), die Klinik Schlössli in Oetwil am See (Privatstation, Akutstation und Depressionsstation für Ältere ab 60 Jahren) sowie

die Klinik Schützen in Rheinfelden (psychosomatische Abteilung für Psychotherapie in der zweiten Lebenshälfte).

Weder in der Bundesrepublik noch in der Schweiz gab es bislang jedoch ein psychosomatisches Behandlungsangebot für Ältere in Form einer Tagesklinik. Die Psychosomatische Tagesklinik für Ältere 55+ am Klinikum Nürnberg stellt die erste Einrichtung dieser Art dar. In ihrer Internetrecherche fanden von Wietersheim et al. (2005) 30 psychosomatische Tageskliniken, von denen 18 näher zu therapeutischen Angeboten, Rahmenbedingungen sowie Indikationskriterien befragt wurden. Leider wurden keine Informationen bezüglich der Altersstruktur der Patienten oder eventuell vorliegender Altersgrenzen erhoben. Spezifische Therapieangebote für Ältere werden nach Wissen der Autorin in den psychosomatischen Tageskliniken jedoch nicht angeboten.

4.3 ambulante Psychotherapie

Nach Kuhlmeier (2009) gibt es bis dato keine zuverlässigen Daten zur psychotherapeutischen Versorgungslage älterer Patienten. Aus einem Patientenanteil über 60-Jähriger zwischen 0,2 und 0,9 % in der ambulanten Psychotherapie möchte Kuhlmeier jedoch nicht auf eine Unterversorgung schließen, da ältere Patienten kaum psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen wollten (Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer, 2009) – eine Vermutung, die jedoch durchaus in Frage gestellt werden kann.

Nach einer Studie von Maercker et al. (2005) mit Einwohnern der Stadt Zürich im Alter von 65 bis 96 Jahren haben ca. 5 % seit dem 65. Lebensjahr eine Psychotherapie ohne oder in Kombination mit einer Psychopharmakotherapie gemacht. Über 76-Jährige nahmen häufiger eine medikamentöse Behandlung in Anspruch als jüngere Alte. Als Prädiktoren für eine hohe Psychotherapiemotivation erwiesen sich der Leidensdruck und ein geringes Ausmaß der Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit. Diese Befunde entsprechen jedoch nicht den Ergebnissen anderer Studien, die häufig lediglich Werte um 1 % über 60-Jähriger in Psychotherapie finden (u. a. Linden et al., 1993). Nach einer Untersuchung der Gmünder Ersatzkasse (GEK, 2008) nimmt spätestens ab einem Alter von 60 Jahren die Häufigkeit von Psychotherapien steil ab, ab 75 Jahren sind psychotherapeutische Behandlungen äußerst selten, da vermutlich kaum noch Psychotherapien genehmigt, möglicherweise jedoch auch nicht beantragt werden. Auch Jacobi & Harfst (2011) stellen fest, dass nur für einen geringen Anteil der gesetzlich Versicherten mit der Diagnose einer

psychischen Störung nach der ICD-10 eine Psychotherapie beantragt ist und insbesondere Ältere hierbei benachteiligt sind.

Mehrere Studien untermauern die Hypothese, dass die tatsächliche Inanspruchnahme von Psychotherapie in einem deutlichen Gegensatz zum Ausmaß der Behandlungsbedürftigkeit steht. So waren bei den von niedergelassenen Psychotherapeuten behandelten Frauen lediglich 1,2 % über 65 Jahre alt, bei den Männern 0,52 % (Löcherbach et al., 2000). Zepf et al. (2001) konnten in ihrer bundesweiten Untersuchung zeigen, dass 2 % der Patienten in Psychotherapie 65 Jahre oder älter sind (immerhin 11 % entfallen auf die Gruppe der 55-bis 64-Jährigen), wobei Psychiater bzw. Nervenärzte und Verhaltenstherapeuten tendenziell etwas häufiger Ältere behandeln als Therapeuten anderer Berufs- bzw. Fachgruppen (tiefenpsychologischer oder psychoanalytischer Psychotherapeut, Fachärzte für psychotherapeutische Medizin oder mit Zusatztitel). Eine Befragung der Psychotherapeuten in Göttingen und Kassel (Schütte et al., 2003) kam zu dem Ergebnis, dass 4,5 % der Patienten älter als 60 Jahre waren, älter als 55 Jahre waren in einer früheren Untersuchung von 737 Psychotherapiepatienten lediglich 6,7 % (Heuft et al., 1992). Unter 1344 Anträgen zu einer längerfristigen Verhaltenstherapie wurden nur 0,2 % für Patienten über 65 Jahre gestellt (Linden et al., 1993). Nach Fichter (1990) liegt der Anteil über 60-Jähriger in der verhaltenstherapeutischen oder psychoanalytischen Kassenpsychotherapie bei 0,6 %. Ein großer Teil der Patienten wird zwar durch Krankenhäuser oder sozialpsychiatrische Dienste erreicht, bei einem niedergelassenen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten werden jedoch nur wenige behandelt.

Eine Befragung niedergelassener Psychotherapeuten (Zank & Niemann-Mirmehdi, 1998) ergab, dass zwei Drittel bereits über 60-Jährige vornehmlich in Einzeltherapie behandelt hatten. Tiefenpsychologisch/psychoanalytisch orientierte Psychotherapeuten konnten hier wesentlich mehr Therapieerfahrung mit Älteren vorweisen als Verhaltenstherapeuten, welche zudem weniger häufig altersspezifische Entwicklungsaufgaben und Problemstellungen wie beispielsweise Berentungskonflikte oder Verlusterfahrungen als Indikationen für die Psychotherapie benannten. Eine neuere Befragung niedergelassener Psychotherapeuten im Münsterland (Imai, 2007; Imai et al., 2008) ergab, dass ab dem 60. Lebensjahr der Anteil der Psychotherapiepatienten im Vergleich zu deren Bevölkerungsanteil deutlich unterrepräsentiert ist, was bei den 55- bis 59-Jährigen nicht der Fall war. Der prozentuale Anteil Älterer (11,7 % für die ≥ 55 -jährigen Patienten, 5,6 % für die ≥ 60 -Jährigen und 2,4 % bei den ≥ 65 -Jährigen) liegt allerdings höher als in früheren Studien beispielsweise von Linden (1993, s. o.).

Eine Studie der Psychotherapeutenkammer Berlin (Görgen & Engler, 2005) konnte zeigen, dass nur wenige ältere psychisch Kranke eine Psychotherapie in Anspruch nehmen. Es wurden 210 psychologische Psychotherapeuten in Berlin nach älteren Patienten ab 60 Jahren befragt, die im Jahr 2004 psychotherapeutisch behandelt wurden. Davon gaben gut zwei Drittel (67,6 %) an, Ältere behandelt zu haben. Die Altersverteilung der behandelten Patienten zeigt, dass überwiegend jüngere Alte in Psychotherapie kommen: 76,5 % der älteren Patienten waren zwischen 60 und 69 Jahre alt, 22,2 % zwischen 70 und 79 Jahren und nur 1,4 % 80 Jahre und älter. Überwiegend behandelt wurden Patienten mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (47,8 %) sowie affektiven Störungen (43,1 %).

Tabelle 3: Diagnosen bei älteren Patienten in ambulanter Psychotherapie (Mehrfachnennungen möglich)

Diagnosen	Anzahl	%
neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	240	47,8
affektive Störungen	217	43,1
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	14	2,8
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Symptomen oder Faktoren	10	2,0
psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	6	1,2
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	5	1,0
organische, einschließlich symptomatischer Störungen	2	0,4
nicht näher bezeichnete psychische Störungen	1	0,2
andere bzw. nicht näher bezeichnete Diagnosen	8	1,6
Gesamt	503	100,0

Aus *Kammerstudie. Ambulante psychotherapeutische Versorgung von psychosekranken Menschen sowie älteren Menschen in Berlin* (S. 27) von W. Görgen & U. Engler (2005). Heidelberg: Psychotherapeutenverlag.

Tabelle 4 zeigt die Zugangswege der behandelten älteren Patienten. Über die Hälfte (55,9 %) wurde von Facharzt- oder Allgemeinpraxen überwiesen, auf eigene Initiative (Selbstmeldung) kamen 17 % der Patienten, 17,5 % kamen auf Empfehlung des privaten Umfelds zu einem Psychotherapeuten.

Tabelle 4: Zugangswege der behandelten älteren Patienten (Mehrfachnennungen möglich)

Zugangswege	Anzahl	%
Facharztpraxen (Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, psychotherapeutische Medizin)	148	34,9
Allgemeinpraxen und andere Facharztpraxen	89	21,0
Empfehlung von Bezugspersonen (u. a. Angehörige/ Freunde/ Bekannte/Kollegen)	74	17,5
Selbstmeldung (ohne formale Überweisung)	72	17,0
andere Zugangswege, z. B. Beratungsstellen, Rehabilitationskliniken	15	3,5
psychiatrische Krankenhäuser	14	3,3
Institutsambulanzen	5	1,2
Allgemeinkrankenhäuser	3	0,6
Krisendienste	2	0,5
ambulante Pflegedienste	2	0,5
Gesamt	424	100,0

Aus *Kammerstudie. Ambulante psychotherapeutische Versorgung von psychosekranken Menschen sowie älteren Menschen in Berlin* (S. 23) von W. Görge & U. Engler (2005). Heidelberg: Psychotherapeutenverlag.

Nach Verbesserungsvorschlägen befragt, nannten die Psychotherapeuten am häufigsten eine Verbesserung des Stellenwertes der Alterspsychotherapie, gefolgt von einer Verbesserung des Informationsstandes sowohl von Betroffenen als auch Professionellen, Qualitätsverbesserung (Aus-/Fort-/Weiterbildung, Supervision) sowie Verbesserung der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen.

Hinze (1999) rät: „Psychoanalytiker sollten vermeiden, ihre Patienten nur aus umschriebenen Altersgruppen heraus zu wählen. Andernfalls verzichten sie auf eine Möglichkeit, ihre eigene Entwicklung und berufliche Kompetenz zu fördern und die psychoanalytische Erforschung des gesamten Lebenslaufes zu vertiefen. Gleichzeitig vergeben sie sich dadurch einen fruchtbaren Ansatz, um die psychotherapeutische Interaktion zu studieren“ (S. 89). Zumal, wie Maercker et al. (2004) vermuten, Ältere in psychotherapeutischer Behandlung möglicherweise „einfachere Patienten“ sind und vielleicht sogar erfolgreicher psychotherapeutisch behandelt werden können als jüngere Patienten, wofür nach Meinung der Autoren mehrere Aspekte sprechen: Erstens besteht bei Älteren ein besonders günstiges Verhältnis von guter psychischer Funktionsfähigkeit bei hoher Symptombelastung, zweitens weisen Ältere über 55 Jahren die geringste benötigte Therapiestundenzahl auf und drittens sind im Interaktionsverhalten (erfasst durch das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme) Konkurrenz/Streitsucht und Dominanz geringer ausgeprägt als bei Jüngeren, was sich günstig auf die Bildung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung auswirken könnte.

4.4 Beratung und Altenhilfe

Auch in psychologisch bzw. psychosozial orientierten Beratungsstellen sind Ältere deutlich unterrepräsentiert. Einrichtungen, die auf Demenzerkrankungen oder pflegende Angehörige spezialisiert sind, sprechen jüngere Alte, welche zumeist wenig Bedarf an äußeren Hilfen oder Sachberatung haben, sondern vielmehr Beratung bei psychischen Konfliktslagen suchen, wenig an. Diese wenden sich dann an allgemeine Ehe- und Lebensberatungsstellen oder Einrichtungen wie Pro Familia, welche einen immer stärkeren Zulauf Älterer feststellen, aber nicht auf diese Klientel spezialisiert sind (Peters, 2006). Eine Untersuchung an 441 Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen im Jahre 1993 ergab einen Anteil der 51- bis 60-Jährigen von 7,1 %, der über 60-Jährigen von 2 % (Klann & Hahlweg, 1994), wobei in Beratungsstellen mit konfessioneller Trägerschaft der Anteil Älterer höher lag (8,9 % bzw. 2,5 %). Ab einem Alter von 50 Jahren waren die Klienten der Beratungsstellen im Verhältnis zu ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung deutlich unterrepräsentiert. 2000 bis 2001 ergab eine repräsentative Befragung von Jugend-, Ehe- und Familienberatungen ein signifikant höheres durchschnittliches Lebensalter der Klienten als noch 1993, der Anteil jüngerer Alter hatte sich deutlich erhöht (Klann, 2002). Die Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen im Bistum Essen wiesen im Jahr 1997 einen Anteil über 55-Jähriger von 11,3 % auf (Vogt, 2001). Dennoch stellen Schnoor et al. (2009) fest, dass Menschen über 55 Jahre in allgemeinen Beratungsstellen unterrepräsentiert sind und führen als Erklärung neben Vorbehalten auf Seiten der Älteren auch die institutionellen Gegebenheiten an, da sich die Angebote der Beratungsstellen in der Regel nicht speziell an Ältere richten, welche auch in der Öffentlichkeitsarbeit nicht berücksichtigt werden. Bei Vogt (2001) findet sich eine detaillierte Beschreibung von Erfahrungen in der Beratung älterer Menschen, welche z. B. einen vergleichsweise geringen Beratungsumfang aufweisen und vielmehr an einer umgehenden Hilfe und schnellen Klärung aktueller Konflikte interessiert sind als an einer längerfristigen Begleitung. Psychologische Beratungsstellen, die sich speziell an diese Klientel wenden, existieren gegenwärtig jedoch kaum. Eine Internetrecherche ergab neben der bereits seit Jahrzehnten bestehenden Beratungsstelle für ältere Menschen und deren Angehörige in Tübingen u. a. eine psychologische Beratungsstelle für ältere Menschen in Heidelberg, welche seit Oktober 2010 besteht und als Modellprojekt des Netzwerks Altersforschung in Kooperation mit Prof. Kruse der Universität Heidelberg konzipiert ist. Erste Erfahrungen zeigen offensichtlich, dass das Beratungsangebot sehr gut angenommen wird. Auch in Norderstedt und an der Universität Zürich existieren Beratungsstellen, die sich speziell an ältere Menschen wenden.

5 Qualitätssicherung in der Psychotherapie

Qualitätssicherung als relativ neuer Zweig der Ergebnisforschung ist seit der Gesundheitsreform 1989 für alle Anbieter medizinischer Leistungen verpflichtend. Aufgrund eines gewachsenen Qualitätsbewusstseins bei Leistungsträgern, -erbringern und -nutzern sowie Sparzwängen bei knapper werdenden finanziellen Ressourcen ist seit Mitte der 80er Jahre eine Intensivierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen festzustellen (Kawski et al., 2003). Globales Ziel der Qualitätssicherung ist die Überprüfung und Verbesserung der Qualität gesundheitsbezogener Leistungen, darunter subsumieren sich neben der Schaffung von Transparenz auch die Erstellung von Kosten-Nutzen-Relationen sowie die Überprüfung der Effektivität von Behandlungsmaßnahmen (Nübling & Schmidt, 1998). Neben Basisdokumentationen wie der Psy-BaDo spielen hierbei auch evaluative Untersuchungen zur Prozess- und Ergebnisqualität eine bedeutende Rolle.

5.1 Evaluation im Gesundheitswesen

In den letzten Jahren hat die Evaluation im Gesundheitswesen – auch und gerade im psychotherapeutischen Versorgungsbereich – erheblich an Bedeutung gewonnen, wenngleich im Prinzip bereits seit dem detaillierten Studium Freuds einiger Einzelfälle versucht wird, die Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen zu evaluieren. Im Rahmen der Kostendiskussion, die seit längerer Zeit geführt wird, wurde zunehmend deutlich, dass Entscheidungsträger wissenschaftliche Nachweise von erfolgreichen Prozessen und Ergebnissen in der Psychotherapie fordern, wenn es um Subventionen, finanzielle Rahmenbedingungen und inhaltliche Schwerpunktsetzungen geht. Wobei hier nicht nur ein allgemeiner Wirksamkeitsnachweis gefordert wird, sondern Psychotherapie im Vergleich zu anderen Behandlungsmethoden gleichwertig oder überlegen sein sollte (Baltensperger & Grawe, 2001). Unter dem Stichwort „Gesundheitsökonomie“ werden von medizinischen Behandlungsmethoden zunehmend strengere Wirksamkeitsnachweise gefordert. Die dringend benötigte Versorgungsforschung wird seit dem Jahr 2000 durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) sowie Kranken- und Rentenversicherungen gefördert (Lauterberg, 2008; Übersicht bei Kordy, 2008), speziell das Forschungsprogramm „Psychotherapie“ des BMBF fördert multidisziplinäre Forschungsverbände zwischen 2006 und 2012 mit bis zu 25 Millionen Euro. Dennoch stellen Albani et al. (2010)

fest, dass die Versorgungsforschung „nach wie vor ein vernachlässigtes Feld sowohl in der somatischen als auch der psychotherapeutischen Medizin“ (S. 503) ist. Zu Recht ist zu fordern, dass jedes neue therapeutische Angebot auf dem Versorgungsmarkt einer Überprüfung im Hinblick auf Effektivität und Effizienz unterzogen wird. Auf die Evaluation als einen Teilaspekt der Versorgungsforschung, welche u. a. auch epidemiologische Forschung beinhaltet, wird im Folgenden näher eingegangen.

Nach Rossi et al. (1988) lassen sich bei der Evaluationsforschung folgende drei Hauptarten unterscheiden:

1. Analysen zur Programmentwicklung einschließlich der Konzeptualisierung und Ausarbeitung einer geplanten Interventionsmaßnahme
2. Evaluation im Sinne einer begleitenden Überwachung der Umsetzung und Ausführung eines Programms und
3. Evaluation zur Abschätzung von Programmwirkung und -nutzen

Eine Evaluation kann sich somit auf verschiedene Phasen beziehen, die ein Programm von der Konzeption über die Erprobung und Umsetzung bis hin zur Erforschung der möglichen Wirkungen durchläuft. Sämtliche Evaluationsstudien können hierbei sowohl extern von Wissenschaftlern, die von den Kostenträgern oder Nutzern unabhängig tätig sind, als auch intern von Wissenschaftlern, die der programmdurchführenden Organisation angehören, durchgeführt werden.

In der Evaluation sollten grundsätzlich einige Standards berücksichtigt werden, die sich auf die praktische Tätigkeit des Evaluierens beziehen. Der vorliegenden Arbeit wurden die Standards des „Joint Committee on Standards for Educational Evaluation“ (JCSEE, nachzulesen bei Schiffler & Hübner, 2000) zu Grunde gelegt, welche sich in folgende vier Gruppen unterteilen lassen:

1. Nutzen-Standards (Utility)

Diese Standards haben den Zweck, zu gewährleisten, dass eine Evaluation praktisch verwertbare Informationen liefert, die dem Auftraggeber helfen, eine Entscheidung zu treffen. Evaluationen sollten demnach informativ sein, zum richtigen Zeitpunkt, also wenn ein Wissensbedarf besteht, durchgeführt werden und die gewonnenen Informationen derart aufbereitet werden, dass es dem Nutzer möglich ist, davon zu profitieren. Hierzu gehören Standards wie beispielsweise die Klarheit des Berichts und Auswirkungen der Evaluation.

2. Machbarkeits- oder Durchführbarkeits-Standards (Feasibility)

Das Ziel dieser Standards ist es, dass eine Evaluation in Abstimmung mit den realen Gegebenheiten und unter Berücksichtigung der vorhandenen materiellen, finanziellen und zeitlichen Ressourcen durchgeführt wird. Denn bereits in der Planungsphase, vor allem bei der Ausarbeitung eines geeigneten Evaluationsplans, muss der Evaluator sich bewusst machen, dass seine Untersuchung in natürlicher Umgebung und nicht im Labor stattfindet. Zu bedenken sind hierbei zum Beispiel die politische Durchsetzbarkeit oder die Relation von Kosten zu Nutzen der Evaluation.

3. Standards für Anstand und ethisches Vorgehen (Propriety)

Hier steht der Schutz des Individuums im Mittelpunkt, da diese Standards gewährleisten sollen, dass keine unethischen oder ungesetzmäßigen Evaluationen durchgeführt werden. In diese Gruppe gehört neben der vollständigen und fairen Erhebung auch die Zugänglichkeit der Ergebnisse.

4. Genauigkeits-Standards (Accuracy)

Diese Standards zielen darauf ab, dass eine Evaluation so umfassend angelegt und so genau durchgeführt wird, dass sie verwertbare Informationen liefert, die auch methodisch „sauber“ sind. So ist hier nicht nur eine entsprechende Beschreibung und Dokumentation des Programms sowie der Ziele und Vorgehensweisen, sondern auch die Validität und Reliabilität der Information ebenso wie die systematische Fehlerkontrolle gemeint.

Da in der vorliegenden Arbeit eine Evaluation zur Abschätzung der Wirksamkeit des Programms (Effektivität) durchgeführt wurde, soll an dieser Stelle lediglich auf diesen Aspekt näher eingegangen werden.

Die Frage, ob ein Programm im Hinblick auf seine Zielsetzungen wirksam ist oder nicht, ist eine der wichtigsten der Evaluation im Gesundheitswesen. Denn ohne den wissenschaftlich fundierten Nachweis der Wirksamkeit eines Programms können nicht dessen Fortsetzung oder gar Ausweitung und Förderung gefordert werden (Rossi et al., 1988). Wirksamkeitsevaluation lässt sich wiederum in Prozessevaluation während der Programmdurchführung und Erfolgs- oder Ergebnisevaluation nach der Durchführung des Programms unterteilen. Zentrale Aufgabe der Wirksamkeitsevaluation ist es, Veränderungen zu ermitteln, die auf die durchgeführte Interventionsmaßnahme zurückzuführen sind. Hierbei gilt ein Programm nur dann als effektiv, wenn es eine Veränderung in der gewünschten Richtung bewirkt. Neben einer Legitimation der untersuchten Behandlung

spielt jedoch immer mehr auch die Absicherung therapierrelevanter Entscheidungen eine Rolle, beispielsweise als Nachweis, für welche Störungsbilder eine Behandlung indiziert ist und die größten Erfolgsaussichten hat.

Es ist notwendig, bestimmte Programmziele und Erfolgskriterien festzulegen, um zu überprüfen, ob und in welchem Umfang eine Interventionsmaßnahme Veränderungen zur Folge hat. Hierbei sollte möglichst ein Plan für die Datenerhebung aufgestellt werden, der es ermöglicht, etwaige Veränderungen eindeutig dem Programm und nicht etwa anderen Einflüssen zuzuschreiben. Gerade im Gesundheitswesen ist es jedoch oft nicht möglich, eine klassische experimentelle Versuchsanordnung mit Randomisierung durchzuführen, so dass in vielen Evaluationen nur ein quasi-experimentelles Design oder gar nur ein Prä-Post-Test anwendbar ist (Rossi et al., 1988).

Diese Diskussion bezüglich der Frage nach methodischen Standards begleitet die Evaluation von Psychotherapie seit Jahren, insbesondere aufgrund des „Diktats der Qualitätssicherung“ (Grawe, 2005, S. 4) und des Wettstreits der einzelnen Psychotherapieschulen im Zuge der Implementierung des Psychotherapeutengesetzes. Der mittlerweile vollzogene Wandel von einer eminenz- zu einer evidenzbasierten Psychotherapie (Zurhorst, 2003) ist als positives Ergebnis dieser Entwicklung herauszustellen. Die Absicht, die klinische individuelle Sicht des Therapeuten durch empirisch fundierte Studienergebnisse zu ergänzen, ist überaus wünschenswert. Die einseitige Fixierung auf randomisierte kontrollierte Studien (randomized controlled trial, RCT) als Goldstandard in der Psychotherapieforschung – obwohl das Konzept der evidenzbasierten Medizin keineswegs deckungsgleich mit RCTs ist – ist jedoch kritisch zu sehen. In Anlehnung an Studien in der Psychopharmakotherapie forderte der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie 2000 eine Orientierung an randomisierten kontrollierten Studien, wenngleich naturalistische Studien als Wirkungsnachweise bei der Beurteilung psychotherapeutischer Methoden und Verfahren zumindest anerkannt wurden. Der Gemeinsame Bundesausschuss forderte in der Verfahrensordnung von September 2005 einen möglichst der Evidenzstufe 1 entsprechenden Nachweis des Nutzens einer neuen medizinischen (also auch psychotherapeutischen) Intervention als Voraussetzung für deren sozialrechtliche Anerkennung (Fydrich & Schneider, 2007). Hierzu ist anzumerken, dass nach einem Bericht des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen im Jahre 1999 gerade einmal 4 % der ambulant und stationär erbrachten medizinischen Leistungen in Deutschland einem Anspruch auf belastbare Evidenz genügten, während 45 % lediglich einfacheren und die restlichen 51 % überhaupt keinem Evidenzkriterium für Wissenschaftlichkeit genügten (Zurhorst, 2003). Dass ärztliches und auch psychotherapeutisches Handeln auf einer wissenschaftlich

fundierten Basis stehen sollten, ist ein angemessenes Ziel, zumal nach wie vor große Widerstände seitens vieler Psychotherapeuten gegenüber Wirksamkeitsnachweisen bestehen. Dies führte allerdings oftmals dazu, dass Therapien ohne ausreichenden Wirkungsnachweis als unwirksam eingeschätzt wurden. Doch die Forderung nach RCTs als Goldstandard in der Psychotherapieevaluation gerät immer wieder in die Kritik, u. a. da die Versuchsbedingungen randomisiert-kontrollierter Studien der psychotherapeutischen Situation in der Praxis nicht angemessen seien und durch die Betrachtung von Psychotherapie als technische, manualisierbare Methode zur Veränderung von Menschen deren umfassende Tradition inklusive philosophischer und anthropologischer Aspekte negiert würde. Mittlerweile ist eine Diskussion im Gange, die mit scharfen Argumenten von Einzelpersonen, Verbänden, Ärzte- und Psychotherapeutenkammern geführt wird und in aller Deutlichkeit die Vorrangstellung von RCTs in Frage stellt.

Von unterschiedlichen Autoren (Drexler & Themessl-Huber, 2005; Tschuschke, 2005; Henningsen & Rudolf, 2000) immer wieder bemängelt wurden unter anderem:

- Die Stichprobengröße ist in den meisten Studien zu gering.
- Die Randomisierung und das Kontrollgruppendesign sind vielfach ethisch nicht vertretbar, eine Homogenität von Experimentalgruppe und Kontrollgruppe ist in der Praxis kaum erreichbar.
- Statistische Methoden werden angewendet, ohne dass notwendige statistische Voraussetzungen gegeben sind.
- Es besteht oftmals eine mangelnde Repräsentativität der Patienten, besonders im Hinblick auf Behandlungen in freier Praxis (meist Patienten an Ambulanzen großer Universitäten).
- Die Homogenität von Patientengruppen ist ebenso wie die Homogenität von Psychotherapie äußerst zweifelhaft.
- Experimentalvariable und kontextuelle Störvariablen sind oftmals untrennbar.
- Doppelblind-Studien in der Psychotherapie sind nicht realisierbar.
- Effektstärken werden oftmals überschätzt, da die Zahl der Ausschlusskriterien hoch korreliert mit den Effektstärken von Prä-Post-Messungen.

U. a. Fydrich & Schneider (2007) sowie Legewie (2000) führen als Probleme von RCTs im Konzept der Psychotherapieforschung zudem mehrere Punkte an, welche die Übertragung der Ergebnisse derartiger Studien auf die Alltagspraxis erheblich erschweren. So wählen unter realen Versorgungsbedingungen die meisten Patienten aktiv Therapieverfahren

ren und Therapeut, mit der Folge einer umfassenderen Motivation. Eine randomisierte Zuteilung zu verschiedenen Behandlungsbedingungen kann somit Auswirkungen auf die Compliance, die drop-out-Quote oder auch das Behandlungsergebnis haben. Die oftmals verwendete Wartekontrollbedingung oder Placebo- bzw. Nichtbehandlungsgruppen sind zudem ethisch schwer vertretbar. Der Einsatz von Therapiemanualen entspricht nicht der Realität, in der Psychotherapeuten sich den Erwartungen, Ressourcen, Einschränkungen der Patienten sowie den Rahmenbedingungen anpassen und dabei möglicherweise im Sinne einer Selbstkorrektur von ihrem ursprünglichen Konzept abweichen („Praxisshift“). Da in derartigen Studien in der Regel restriktive Ein- bzw. Ausschlusskriterien wie beispielsweise Komorbidität bestehen, sind die Stichproben in RCTs selten repräsentativ und entsprechen nicht der Mehrzahl der Patienten in realen Praxen. So werden durchschnittlich 70 % der im weitesten Sinne in Frage kommenden Patienten in derartigen Studien ausgeschlossen, um möglichst homogene Bedingungen herzustellen (Schauenburg, 2000). Außerdem liegt die Behandlungsdauer in RCTs aufgrund einer von vornherein festgelegten Stundenzahl zumeist unter den realen Behandlungszeiten in einer Praxis (Morrison et al., 2003). Zudem spielen unter realen Praxisbedingungen oftmals unerwartete, nicht messbare Behandlungserfolge eine bedeutsame Rolle. Legewie (2000) merkt des Weiteren kritisch an, dass in Studien erbrachte gruppenstatistische Wirkungsnachweise nicht unbedingt von Relevanz für den Einzelfall sind.

Tschuschke (2005) sieht in Anbetracht der von Revenstorf (2003, 2005) angeführten Vor- und Nachteile randomisierter kontrollierter Studien keine Daseinsberechtigung für RCTs in der Psychotherapieforschung, vgl. Tabelle 5.

Tabelle 5: Vor- und Nachteile randomisierter kontrollierter Studien

Nachteile	Vorteile
unvalide Messung	reliable Messung
irrepräsentative Stichproben	vermeintlich eliminierte Störvariablen
Scheitern der Randomisierung	statistische Signifikanz (die aber nicht ausreichend ist)
Vernachlässigung von Komorbiditäten	Störungsspezifität (was nicht der klinischen Wirklichkeit entspricht)
mangelnde klinische Relevanz	Standardisierung (Manualisierung; was ebenfalls nicht realer Praxis entspricht und auch nicht sinnvoll wäre)

Aus *Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. Fehlentwicklungen und Korrekturvorschläge* (S. 109) von V. Tschuschke, 2005. Psychotherapeutenjournal

Selbstverständlich wird in Studien zur Wirksamkeit beispielsweise einer psychotherapeutischen Behandlung immer die maximale Kontrolle von den Effekt möglicherweise beeinflussenden Faktoren angestrebt, um möglichst viele Alternativerklärungen ausschließen zu können – dies ist in randomisierten kontrollierten Studien naturgemäß eher möglich als in naturalistischen Untersuchungsdesigns. Andererseits vermitteln RCTs das Bild einer umfassenden Kontrolle aller möglichen Einflussvariablen sowie einer prinzipiell höheren internen Validität – doch beides ist eine Illusion. Kordy (2008) betont zwar, dass naturalistische Studien keineswegs „der methodische Zugang der Wahl“ (S. 248) sind, sondern einen Kompromiss darstellen, welcher nicht unbedingt Generalisierbarkeit und ökologische Validität garantiert. Umgekehrt gilt jedoch genauso, dass naturalistische Studien nicht grundsätzlich von geringerer Qualität sind. So warnt z. B. Wampold (2001) vor der einseitigen Fokussierung auf experimentelle Studien und befürwortet empirische Studien mit einer stärkeren Kontextbezogenheit. Deren externe ökologische Validität liegt in der Regel höher als in RCTs, die Resultate sind leichter generalisierbar.

Die Tendenz der wissenschaftlichen Diskussion in den letzten Jahren geht zunehmend in die Richtung „ökologisch-basierter Psychotherapie“ (Zurhorst, 2003) im Sinne sorgfältig angelegter naturalistischer Studien, welche die Bewertung psychotherapeutischer Verfahren auf eine breitere, der Wirklichkeit stärker angemessene Grundlage stellen und durchaus einem Level I-Niveau der EBM-Hierarchie entsprechen können (Tschuschke, 2005). Wobei nicht vergessen werden sollte, dass gerade diese Hierarchie, welche RCTs an die erste Stelle setzt, einer kritischen Überprüfung bedarf. So warnen Roth & Fonagy (2006, S. 18): „Quite deliberately, this privileges internal over external validity, and research priorities over clinical considerations. This hierarchy should not be misunderstood as indicating the clinical utility of different research designs; depending on the research question being asked, methodologies lower in the hierarchy may be completely appropriate“.

Doch auch Befürworter von RCTs äußern sich kritisch angesichts zahlreicher Mängel bei der Umsetzung dieses Prinzips in der therapeutischen Forschung. Vorschläge zu einer Weiterentwicklung von RCTs beispielsweise mit Berücksichtigung von Patientenpräferenzen, therapeutenabhängigen Variablen etc. liegen vor, finden bislang in der Praxis jedoch keine Anwendung (Henningsen & Rudolf, 2000).

Leichsenring & Rüter (2004) betonen, dass die Evidenz aus naturalistischen Studien nicht grundsätzlich von geringerer Qualität als aus RCTs sein muss und benennen u. a. folgende methodische Kriterien für eine gute versorgungsnahe Psychotherapieforschung mittels naturalistischer Studien mit hohem Evidenzgrad:

- prospektives Studiendesign
- möglichst klinisch repräsentative Problemstellungen und Behandlungen
- Einsatz von nicht-randomisierten Vergleichsbedingungen (Matching, Stichprobenschichtung nach relevanten Variablen)
- klare Ein- und Ausschlusskriterien für Patienten mit klar definierten und diagnostizierten Krankheitsbildern
- Nutzung reliabler und valider diagnostischer Methoden
- für die Teststärke angemessene Stichprobengröße
- Sicherung der internen Validität, beispielsweise durch zusätzliche Vergleichsgruppen
- möglichst blinde Beurteilung der Erfolgskriterien
- Prä-, Post- und Follow-up-Erhebungen
- Mitteilung von drop-out-Raten

Kächele (2006) befürwortet ein Stufenmodell, wie es in der pharmakologischen Forschung üblich ist:

1. Pilotstudien zur Klärung von Effekten, Risiken, Anwendbarkeit u. a. m.
2. Kontrollierte klinische Studien unter konstruierten Idealbedingungen
3. Erprobung der Intervention an speziellen Populationen
4. Evaluation im Rahmen des öffentlichen Gesundheitswesens
5. Erprobung unter realen Praxisbedingungen

Schmacke (2006) befürwortet die Integration von qualitativer und quantitativer Forschung, weist die vielfach vorgebrachten Argumente gegen den Goldstandard RCT zurück und betont, dass „sich die Psychotherapie ihren Platz in Gesamtkonzepten angemessener Versorgung ohne stärkere Berücksichtigung von RCTs“ (S. 208) nicht wird sichern können, zumal diese sich auch in der Erforschung komplexer sozialer Interventionen als praktikabel erwiesen hätten.

Es erscheint sinnvoll und notwendig, kein absolutes Urteil zu sprechen, sondern das Studiendesign der Fragestellung entsprechend zu wählen. Seligman (1995) macht deutlich, dass kontrollierte Wirksamkeitsstudien ihre Vorteile haben, gleichzeitig jedoch naturalistische Effektivitätsstudien ein ergänzender Weg sind, um die Veränderung von Patienten unter den realen Bedingungen in der klinischen Praxis zu untersuchen. Nachdem naturalistische Studien lange Zeit in ihren Vorteilen unterschätzt wurden, haben sie in jüngster Zeit durch das Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (2010) eine Aufwertung erfahren, indem RCTs und naturalistische Studiendesigns als gleichrangig eingestuft werden, verbunden mit der Formulierung methodischer Standards und der Definition von Evidenzstufen (Nübling, 2011b).

Auch in der vorliegenden Untersuchung wurde ein naturalistisches Studiendesign gewählt, welches in Anbetracht der wissenschaftlichen Diskussion und des Pilotcharakters der Studie gerechtfertigt erscheint, ganz im Dienste des Bemühens, die Wirksamkeit von Psychotherapie unter Versorgungsbedingungen mit Zahlen zu belegen (Ochs, 2009). Im Sinne einer maßgeschneiderten Evaluation (Rossi et al., 2004) wurde auf die richtige Passung zwischen Evaluation und Programm geachtet, um die im Vordergrund stehenden Fragen zu untersuchen. Zu Stärkung der Evidenz wurde auf eine multidimensionale, multimodale, multimethodale Erhebung (Schulte, 1993) mit mehreren Messzeitpunkten Wert gelegt.

Ebenfalls erwähnt werden müssen die bei einer klinikinternen Evaluation unvermeidlichen Grenzen, welche sich nicht nur aus der personellen und finanziellen Ausstattung der zu evaluierenden Klinik ergeben. Auch das übliche Kliniksetting bzw. der routinierte Behandlungsablauf sollten sowohl im Dienste der Patienten als auch der versorgungsnahen Forschung möglichst wenig beeinträchtigt bzw. verändert werden. Dies schließt experimentelle Versuchspläne, besonders kosten- und zeitintensive Assessments oder auch die personelle Inanspruchnahme von Mitarbeitern aus.

5.2 Outcome-Studien zur Psychotherapie im Alter

In der Geschichte der Psychotherapieforschung lassen sich einige Schwerpunkte, wenngleich keine lineare Entwicklung, erkennen, welche im Folgenden kurz skizziert werden sollen (nach Kordy & Kächele, 2003).

Am Beginn eines neuen Therapieansatzes stehen zumeist möglichst systematisch dokumentierte Einzelfallberichte erfolgreich behandelter Patienten, um Vorgehen und Wirkungsweise des psychotherapeutischen Vorgehens darzulegen. Dieser Anfangsphase folgt in der Regel die Forderung wissenschaftlicher Nachweise der Wirksamkeit von Psychotherapie, wie dies beispielsweise Eysenck (1952) in Bezug auf die Psychoanalyse in provokanter Art und Weise getan hat, indem er die These aufstellte, dass die Erfolgsraten von Psychotherapien nicht höher als Spontanremissionen seien. Die dadurch angestoßene Phase der Rechtfertigungsforschung erbrachte Nachweise für die Wirksamkeit und auch den monetären Nutzen psychotherapeutischer Behandlungen, gefolgt von zahlreichen Therapievergleichsstudien, welche sich wettbewerbsähnlich der Frage nach der wirksamsten Therapie widmeten. Lange Zeit beschränkten sich Evaluationen darauf, die bestehenden schulenspezifischen Therapiemethoden für sich und im Vergleich untereinander auf ihre Wirksamkeit zu untersuchen. Die durchgeführten, in Qualität und Ergebnis stark differierenden Studien kamen zu sehr unterschiedlichen Aussagen, vom Dodo-Bird-Verdikt, welches postuliert, dass alle untersuchten Therapieverfahren gleichermaßen effektiv seien (Luborsky et al., 1975), bis hin zu Grawe (et al., 2001), welcher aufgrund fehlender Wirksamkeitsnachweise zahlreiche Therapieverfahren als nicht wissenschaftlich einstufte. Es kam zu scharfen Auseinandersetzungen mit Diskussionen über methodische und inhaltliche Fehler bzw. Artefakte der durchgeführten Studien, welche die wissenschaftliche Fachwelt jahrelang beschäftigen sollten. In der Folge ergaben sich differenziertere Fragestellungen, beispielsweise welche Behandlung bei welchem Patienten mit seiner jeweils spezifischen Problemstellung zu welchem Ergebnis führt. Das Ergebnis langjähriger Wirksamkeitsforschung ist mittlerweile unumstritten: Psychotherapie wirkt. Zumindest für die drei therapeutischen Ansätze psychoanalytische Therapien, kognitiv-behaviorale Therapien und Gesprächspsychotherapie liegt mittlerweile eine große Anzahl an Wirksamkeitsnachweisen vor (Meyer et al., 1991). Andere Therapieverfahren mögen genauso wirksam sein, sind jedoch weitaus weniger erforscht, so dass fundierte Aussagen über deren Wirksamkeit nicht möglich sind.

Auch die Faktoren, welche einen Therapieerfolg bedingen, werden seit längerer Zeit intensiv erforscht mit immer wieder abweichender Gewichtung. Lambert & Barley (2002) gewichten beispielsweise folgendermaßen: 40 % Veränderungen außerhalb der Psychotherapie, 30 % unspezifische Wirkfaktoren wie therapeutische Beziehung oder Therapeuteneigenschaften, 15 % Erwartungseffekte, 15 % Therapietechniken.

Neuere Entwicklungen beschäftigen sich nunmehr überwiegend mit therapiebegleitenden Prozessevaluationen, welche bei niedergelassenen Psychotherapeuten (im Gegensatz zu Medizinem) unter Verweis auf die mangelnde Durchführbarkeit in Anbetracht der Komplexität des psychotherapeutischen Prozesses oftmals auf Widerstand treffen.

Drexler & Themessl-Huber (2005) betonen in diesem Zusammenhang die Gemeinsamkeiten von Evaluation und Psychotherapie sowie den Nutzen einer Evaluation zur Beurteilung von Leistungen, zur Entscheidungsfindung und zur Wissenserweiterung. Weitere vergleichsweise aktuelle Forschungsschwerpunkte sind Kosten-Nutzen-Analysen mit der Untersuchung von Dosis-Wirkungs-Zusammenhängen sowie als neuester Zweig der Ergebnisforschung die Qualitätssicherung (Kordy & Kächele, 2003). Der Schwerpunkt auf der Wirksamkeitsuntersuchung störungsspezifischer Therapien, welcher sich in den letzten Jahren deutlich herauskristallisiert hat, geht allerdings zu Lasten der Erforschung insbesondere von psychodynamischen Gruppenpsychotherapien, da diese in der Regel konzeptuell nicht störungsspezifisch angelegt sind (Strauß, 2001).

Gerade in der Psychotherapie und der psychosomatischen Medizin stellt die Ergebnisforschung eine besondere Herausforderung dar, da das Selbstverständnis als eine bio-psycho-soziale Medizin eine Vielschichtigkeit der Ergebnisse provoziert und den statistischen Nachweis psychotherapeutischer Behandlungsergebnisse erschwert. „Es galt und gilt zu präzisieren, was für welche Patienten unter welchen Bedingungen erreichbar ist – d. h. zu zeigen, inwiefern Psychotherapie bzw. Psychosomatische Medizin für wen ‚geeignet‘ ist“ (Kordy & Kächele, 2003, S. 555). Zentrale Frage jedweder Ergebnisforschung bleibt, welche Ergebnisse eine psychotherapeutische Behandlung mit sich bringt und wie diese erfasst werden können. Geeignete Ergebnisindikatoren und Bewertungsstrategien sind daher notwendig, zumal inhaltliche Aspekte zu Lasten messtheoretischer Überlegungen oftmals vernachlässigt werden. Eine multidimensionale, -methodale und -modale Datensammlung gilt mittlerweile als Standard, hinsichtlich der Bewertungsstrategien der Ergebnisse einer Wirksamkeitsuntersuchung gibt es jedoch unterschiedliche Ansichten.

Weit verbreitet ist der auf mittlere Effekte ausgelegte Prä-Post-Mittelwertvergleich mit dem Ziel statistischer Signifikanz, welche jedoch nicht klinische Bedeutsamkeit impliziert (Kordy & Kächele, 2003). Die statistisch signifikante Abnahme beispielsweise der subjektiven Beeinträchtigung eines Patienten durch bestimmte psychische Symptome ist somit als alleiniger Indikator für ein positives Therapieergebnis nicht ausreichend. Ein statistisch signifikanter Effekt ist jedoch die Grundvoraussetzung für praktische bzw. klinische Relevanz. Es stellt sich die Frage, inwiefern eine unter Therapie beobachtete Veränderung, welche hinreichend groß ist, so dass sie nicht durch Messungenauigkeiten oder den Zufall erklärt werden kann, praktische Bedeutung hat. Eine mögliche Definition klinischer Bedeutsamkeit ist die der Remission im Sinne eines gesunden bzw. weitestgehend symptomfreien Zustands („high end-state functioning“). Ein Therapieergebnis wird demnach nur dann auch als klinisch bedeutsam eingestuft, wenn die schließlich erreichten Skalenwerte ähnlich denen von „Gesunden“ sind. Kordy & Hannover (2000) empfehlen hierbei die Definition eines so genannten Zielintervalls, in dem die Skalenwerte der Mehrheit (z. B. 75 %) von befragten Nicht-Patienten liegen. Klinisch bedeutsam wäre dann ein Therapieergebnis, mit dem es dem Patienten nicht schlechter geht als drei Viertel der wenig beeinträchtigten Referenzgruppe von Nicht-Patienten.

Andere Definitionen sehen klinische Bedeutsamkeit bei einem über 50-prozentigen Rückgang der Ausgangssymptomatik oder bestimmen einen reliablen Veränderungswert (reliable change index, RCI), dessen Berechnung unter Verwendung von Testnormwerten eine Aussage trifft, ab welcher Größe eine Veränderung klinisch relevant ist (Hautzinger, 2007). Ausgangspunkt ist die Zuordnung einer Person zur Population der Gesunden oder der der Patienten aufgrund eines beobachteten Messwerts. Wird eine Person nun nach der Intervention aufgrund des Messwerts der jeweils anderen Gruppe zugeordnet, so wird diese Veränderung als klinisch bedeutsam betrachtet. Wünschenswert in einer Evaluationsstudie sind möglichst zahlreiche klinisch bedeutsame Veränderungen, welche jedoch gerade bei Patientenpopulationen mit gemischter Symptomatik selten sind (Kordy & Hannover, 2000).

Von einer seriösen Evaluation wird v. a. gefordert (Braun & Regli, 2000), dass das Ausmaß der Störung zu Beginn der Therapie, das Ausmaß der erreichten Veränderung, die Bereiche der Veränderung sowie positive und negative Nebenwirkungen der Therapie beachtet werden.

In Bezug auf die Alterspsychotherapie sind die Stadien systematisch dokumentierter Einzelfälle und der Legitimationsforschung, als es galt zu zeigen, dass Psychotherapie mit Älteren überhaupt wirksam und erfolgreich ist, mittlerweile überwunden.

Nach Heuft et al. (2006) sind folgende Behandlungserfolge auch bei Älteren grundsätzlich möglich:

- Verringerung der Symptomatik bzw. Symptomfreiheit
- Auseinandersetzung, Klärung, Bewältigung bzw. Anpassung in Bezug auf die eigene Alterssituation
- Stabilisierung
- Entwicklungsförderung

Da die Forschung die Psychotherapie mit Älteren jedoch viele Jahre lang stark vernachlässigt hat, existieren nur wenige qualitativ gute Studien, die sich mit dem Ergebnis von Psychotherapie bei Älteren beschäftigen. Zudem mangelt es an Katamnesen. Dies ist sicherlich auch darin begründet, dass die Psychotherapieforschung gerade in der Alterspsychotherapie vor spezifische Probleme gestellt wird, die sich im jungen und mittleren Erwachsenenalter nicht ergeben. So sind zahlreiche Messinstrumente wie Fragebögen oder Tests nicht differenziert für diese Altersgruppe normiert bzw. validiert, viele werden von älteren Patienten als zu anstrengend und belastend erlebt, die Erfolgsbeurteilung einer psychotherapeutischen Behandlung gestaltet sich – insbesondere im Hinblick auf längere Katamnesezeiträume – schwierig bei einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für zwischenzeitlich auftretende körperliche Erkrankungen oder Verluste wie Tod des Partners. Ein erreichter therapeutischer Erfolg kann somit bereits nach kurzer Zeit wieder in Frage gestellt werden (Heuft & Marschner, 1994).

Heuft et al. (2006) geben einen Überblick über Outcome-Studien zur Psychotherapie im Alter: Grundsätzlich ist die Datenlage bei verhaltenstherapeutischen Ansätzen deutlich besser als bei psychoanalytischen bzw. psychodynamischen Therapien, da die Behandlungsziele in einer Verhaltenstherapie weitaus besser operationalisierbar sind. Zur Langzeitpsychoanalyse existieren ca. ein Dutzend Studien mit und ohne Outcome-Prädiktion, Studien im kognitiv-behavioralen Bereich beziehen sich überwiegend auf die Behandlung älterer Depressiver, oftmals in einem spezifischen Kontext, z. B. die Arbeit mit blinden Patienten. Problematisch ist die zumeist schlechte methodische Qualität der Studien, sowohl hinsichtlich der Eingangskriterien der Patienten zur Therapie als auch bezüglich der Outcomekriterien. Die Rolle des körperlichen Alternsprozesses in der Psychotherapie (Körper als Organisator der Entwicklung, siehe Punkt 1.1) wurde bis dato in Studien ebenso wenig reflektiert wie die Bedeutung psychosozialer Rahmenbedingungen, der individuellen Bildungsgeschichte sowie der politischen Biografie (v. a. die beiden Weltkriege) der

älteren Patienten. Insgesamt zeigt die Übersicht, dass keine Effektivitätsunterschiede zwischen den einzelnen Verfahren bzw. Methoden bestehen und dass das Alter des Patienten per se nicht mit dem Therapieerfolg korreliert ist.

Nach Heuft et al. (2006) wurden im Hinblick auf gruppentherapeutische Angebote überwiegend Behandlungen von Depressionen und Angststörungen untersucht, wobei insbesondere kognitiv-behaviorale Verfahren evaluiert wurden. Wirksamkeitsunterschiede zwischen den einzelnen Verfahren zeigten sich hierbei nicht. Zur Wirksamkeit therapeutischer Interventionen auf das Befinden älterer Patienten über 55 bzw. 60 Jahren liegen insgesamt vier Metaanalysen vor, welche Studien mit einer Kontrollgruppe sowie mit Angaben über Effektstärken einbeziehen. Alle stimmen darin überein, dass die psychotherapeutische Intervention in ihrer Wirksamkeit der Kontrollbedingung überlegen ist, wenngleich mit unterschiedlichen Effektstärken. Die Meta-Analyse von Pinquart (1998) schloss die meisten Studien ein, allerdings wurde lediglich das Befinden als Effizienzkriterium berücksichtigt, nicht beispielsweise interpersonales Verhalten oder Lebensqualität. Im Ergebnis zeigten sich eine Besserung der selbst- und fremdbeurteilten Depression sowie eine Überlegenheit der Einzeltherapie im Vergleich zur Gruppentherapie in Bezug auf das selbstbeurteilte Befinden. Wie Burlingame et al. (2001) jedoch feststellen, „ist die Frage einer differenziellen Wirksamkeit von Einzel- und Gruppentherapie bei Älteren nicht abschließend zu beantworten“ (S. 311). Fremdbeurteilte Depressivität war im Gegensatz zum selbstbeurteilten Befinden alterskorreliert: Bei über 70-Jährigen fielen die Verbesserungen deutlicher aus als bei jüngeren Patienten. Kognitiv-behaviorale Verfahren erwiesen sich bei Pinquart als effizienter im Vergleich zu Verfahren anderer Schulrichtungen, kürzere Interventionen mit weniger als 18 Sitzungen (Mittelwert aller untersuchten Studien) zeigten stärkere Veränderungen als länger dauernde. Zudem waren Therapeuten mit Erfahrung im Umgang mit Älteren erfolgreicher. Burlingame et al. (2001) halten fest, dass ein gruppentherapeutischen Programm offensichtlich bei schwereren depressiven Störungen effektiv ist und Ältere mit einer Major Depression besser profitieren als Patienten mit einer dysthymen oder zylothymen Störung.

In ihrer Meta-Analyse der Jahre 1990 bis 2004 untersuchte Seeberg (2007), wie viel und mit welchen Ergebnissen über Gruppenpsychotherapie im Alter innerhalb der deutschen und angloamerikanischen Literatur berichtet wurde. Bei deutlich unterschiedlicher Qualität der einzelnen Studien arbeiteten immerhin zwei Drittel mit Kontrollgruppen, in Bezug auf tiefenpsychologische Gruppentherapien lagen jedoch keine Studien sondern lediglich Übersichtsarbeiten und Fallberichte vor. Außerdem war die methodische Qualität oftmals gering: Nur in Ausnahmefällen wurden demnach Effektstärken berechnet, die

Katamnesezeiträume waren kurz, die Fallzahlen klein, die Erfolgskriterien nicht genau operationalisiert.

Betrachtet man gezielt die Forschung zur psychosomatischen Behandlung Älterer, zeigt sich, dass bislang überwiegend Erfahrungsberichte publiziert wurden (u. a. Peters, 1992 zu einer psychoanalytisch ausgerichteten Behandlung; Tonscheidt, 1992 zu stationärer Verhaltenstherapie; Heuft & Senf, 1992 zu fokalthérapeutischer Behandlung), jedoch kaum evaluative Studien zur Beurteilung der Effektivität durchgeführt wurden. Lange et al. (2001) berichten von der stationären rehabilitativen Behandlung Älterer, welche für vier definierte Patientensubgruppen positive Behandlungsergebnisse einschließlich einer 1-Jahres-Katamnese ergab. Von der gerontopsychosomatischen Klinik in Bad Staffelstein wird ebenfalls eine Besserung der psychischen Beschwerden und der körperlichen Leistungsfähigkeit berichtet (Geyer et al., 2010). Wolf et al. (2011) beschreiben positive Behandlungsergebnisse und Katammesedaten bei über 60-Jährigen in stationärer gerontopsychosomatischer Behandlung.

Bei jeglicher Outcome-Forschung wäre es, wie Strauß (1992) formuliert hat, wünschenswert, wenn sich die Praktiker der Befunde empirischer Forschung ebenso vermehrt annehmen würden, wie die Forscher auf die Kenntnisse von Praktikern Bezug nehmen sollten, wenn es um die Interpretation von Forschungsbefunden geht. Allerdings wird wissenschaftlichen Ergebnissen der Psychotherapieforschung seitens der niedergelassenen Psychotherapeuten häufig nur wenig Beachtung geschenkt. In einer Untersuchung von Beelmann & Hamm (1999) nahmen 20 % diese nicht zur Kenntnis oder werteten sie ab. Tschuschke & Dies (1994) nennen differenziert mögliche Zwänge, Einschränkungen und Trugschlüsse, welche die notwendige Integration von Forschung in die klinische Praxis erschweren. Doch wie auch Czogalik (1999) feststellte: „Die Praxis braucht die Forschung. Sie braucht sie als ideologiekritische Instanz zu eigenen Therapiekonzepten und -entwürfen. Diese sind nämlich zumeist in einem alltagslogischen oder vorwissenschaftlichen Kalkül verankert, welches zudem – aus identitätspolitischen Gründen – gegen Veränderung ‚von Außen‘ abgedichtet wird“ (S. 171).

Teil II: Empirische Untersuchung – Evaluation der Psychosomatischen Tagesklinik für Ältere (PTK 55+)

6 Die Psychosomatische Tagesklinik für Ältere 55+

6.1 Der Anfang

Die Idee für die Gründung einer gerontopsychosomatischen Tagesklinik am Klinikum Nürnberg entstand aus Erfahrungen und Beobachtungen in einer geriatrischen Tagesklinik. Seit Gründung der Geriatrischen Tagesklinik (GTK) des Klinikums Nürnberg im April 1996 sind dort Mitarbeiter der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Rahmen des Konsiliar-/Liaisondienstes tätig. Obwohl eine Behandlung in der geriatrischen Klinik ursprünglich bei somatischen Erkrankungen im Alter wie Herz- Kreislauferkrankungen, Stoffwechselerkrankungen (wie z. B. Diabetes), neurologischen Erkrankungen (wie z. B. Morbus Parkinson) oder zerebrovaskulären Erkrankungen indiziert ist, weist ein im Laufe der Jahre stetig wachsender Anteil der Patienten psychische Komorbiditäten auf. Eine Datenanalyse der Patientendiagnosen ergab, dass im Zeitraum von Mitte 2006 bis Mitte 2008 70 % der Patienten in der Geriatrischen Tagesklinik die Diagnose einer psychischen Störung aufwiesen. Ca. 40 % litten unter einer Störung aus dem affektiven Formenkreis (zumeist Depression), 43 % wiesen als Diagnose eine Demenz oder zumindest eine leichte kognitive Störung auf. Nicht erfasst sind in den an der ICD-10 orientierten Diagnosen subsyndromale depressive Störungen, welche gerade bei den älteren Patienten oftmals eine Rolle im Therapiegeschehen der Tagesklinik spielen und zumindest aus präventiven Gesichtspunkten heraus teilweise ebenfalls behandlungsbedürftig scheinen. Obwohl der Behandlungsschwerpunkt in der GTK auf akuten körperlichen Erkrankungen liegt, sind mittlerweile 20 % der Einweisungsdiagnosen Diagnosen psychischer Art, darunter 69 % Demenzerkrankungen, 25 % Depressionen, jeweils 2 % Anpassungsstörungen und Angsterkrankungen sowie jeweils 1 % somatoforme Störungen und Suchterkrankungen. Bezogen auf alle Patienten, welche in die Datenanalyse eingingen, sind bei 7 % Depressionen, Angsterkrankungen und somatoforme Störungen aus Sicht des Einweisers der wesentliche Behandlungsgrund.

Dieser immer größer werdende Anteil von Patienten mit psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen kann in der GTK nicht zufriedenstellend behandelt werden. Außerdem können „jüngere Alte“ und körperlich vergleichsweise gesunde ältere Patienten kaum in die Strukturen der Tagesklinik eingebunden werden. Für vermehrte psychothera-

apeutische Einzelgespräche ist die personelle Ausstattung nicht ausreichend, die vorhandenen Gruppentherapien sind in der Regel für Patienten mit psychischen Erkrankungen als Diagnoseschwerpunkt zu unspezifisch.

Da psychosomatische Behandlungsplätze für diese spezielle Klientel älterer Patienten bis zum Jahre 2006 im Raum Nordbayern nicht existierten, wurde mit Gründung der Psychosomatischen Tagesklinik für Ältere (PTK) 55+ eine regionale Versorgungslücke geschlossen und darüber hinaus die bislang deutschland- und vermutlich europaweit erste und einzige derartige Einrichtung geschaffen. Dank einer engen Kooperation mit der Geriatrie (2. Medizinische Klinik) des Klinikums konnte die PTK 55+ als neuer Bestandteil der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum Nürnberg, welche bis dato bereits vielfältige therapeutische Angebote (Therapiegruppen jeweils für Patienten mit somatoformen Störungen, posttraumatischen Belastungsstörungen und akuten Krisen, zudem Konsiliar-/Liaisondienst) vorhielt, etabliert werden.

6.2 Das Konzept

6.2.1 Warum tagesklinisch?

Seit den 90er Jahren steigt die Anzahl tagesklinischer Einrichtungen im Bereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. Auch in der Psychiatrie, welche eine weit- aus längere teilstationäre Entwicklungsgeschichte vorweisen kann, steigt die Zahl der Behandlungsplätze (Zeeck, Hartmann et al., 2009). Die Behandlung in einer Tagesklinik weist grundsätzlich zwei Hauptvorteile auf:

Erstens:

Für die Krankenkassen ist sie aufgrund niedrigerer Pflegesätze deutlich günstiger als ein stationäres Behandlungsangebot, da die Patienten kein Bett belegen und nicht über die Nacht sowie das Wochenende betreut werden müssen. Da es für Kosteneinsparungen bei tagesklinischer im Vergleich zu stationärer Behandlung im psychosomatischen Bereich bislang keine Untersuchungen gibt, können nur Werte aus dem psychiatrischen Versorgungsbereich herangezogen werden. In einer deutschen Studie (Kallert et al., 2005) wurde hier eine Kostenersparnis der tagesklinischen im Vergleich zur stationären Behandlung von 22,1 % errechnet, in internationalen Studien liegen die Werte zwischen 20,9 % und 36,9 % (Marshall et al., 2001). Zeeck et al. (2003) weisen allerdings zu Recht darauf hin, dass es noch fraglich ist, ob die niedrigeren Pflegesätze in der Tagesklinik überhaupt die

Kosten des Personalbedarfs abdecken, welcher in einem teilstationären Setting aufgrund der in der Regel hohen Dichte an therapeutischen Angeboten kaum geringer als bei einer stationären Behandlung sein dürfte. Dies ist jedoch ein Problem, dem sich die jeweilige Klinik, nicht aber die Krankenkasse stellen muss.

Zweitens:

Eine tagesklinische Behandlung birgt therapeutische Vorteile: Durch die Tatsache, dass Patienten Nächte, Feiertage und Wochenenden zu Hause in ihrem gewohnten sozialen Umfeld verbringen, bleibt der Alltagsbezug erhalten, das „Käseglocken-Phänomen“, welches Patienten nach einem mehrwöchigen stationären Klinikaufenthalt bei der Rückkehr in den Alltag oftmals erleben, wird vermieden. Die in der Therapie gemachten Erfahrungen und Erkenntnisse können so direkt im Alltag angewandt und umgesetzt werden, das Ergebnis kann wiederum in den Therapieprozess eingebracht werden. Gerade Störungen, deren Symptome an alltägliche Auslösesituationen gekoppelt sind (wie beispielsweise oftmals Angststörungen), aber auch erlebte Beeinträchtigungen in interpersonalen Beziehungen können in einem tagesklinischen Setting mit konkretem Alltagsbezug sinnvoll behandelt werden. Zudem eröffnet eine Tagesklinik Möglichkeiten der intensiven Psychotherapie für Patienten, welche ein stationäres Angebot aufgrund äußerer Hindernisse (pflegebedürftige Kinder oder Eltern, Haustiere etc.) nicht wahrnehmen können, für die eine ambulante psychotherapeutische Behandlung jedoch nicht ausreichend wäre. Insbesondere ältere Menschen ziehen in der Regel eine tagesklinische Behandlung einer stationären Versorgung vor, um neben der Sicherheit des eigenen Heimes („im eigenen Bett schlafen“) die gerade im Alter oftmals zahlenmäßig geringeren sozialen und familiären Kontakte besser aufrecht erhalten zu können. Zudem empfinden Ältere die Tagesstruktur einer teilstationären Behandlung ebenso wie früher den Arbeitstag als hilfreichen Zeit- und Rhythmusgeber. Küchenhoff (1998) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Tagesklinik eine hohe Sozialverträglichkeit aufweist, da der Patient ähnlich wie bei einer festen Arbeitsstelle das Haus morgens verlässt und abends wiederkehrt, so dass das soziale Umfeld wie beispielsweise Nachbarn oder Freunde zumeist nichts von der psychotherapeutischen Behandlung bemerkt – ein Aspekt, der gerade auch für Ältere aufgrund der befürchteten Stigmatisierung von Bedeutung ist. Eine besondere Rolle spielt zudem die Tatsache, dass die Schwelle, sich auf eine Psychotherapie einzulassen, bei einem teilstationären Angebot wesentlich geringer ist und dadurch insbesondere bei Älteren die Ängste vor einer psychotherapeutischen Behandlung reduziert werden. Dennoch handelt sich um eine intensive Therapie, da das Therapieprogramm meist wenig Pausen lässt,

kaum Rückzugsmöglichkeiten vorhanden sind, intensive Gruppenprozesse entstehen und der Patient bzw. zumeist die Patientin zugleich Aufgaben in Haushalt und Familie erledigen muss (Wietersheim et al., 2005).

Die Therapie in der Psychosomatischen Tagesklinik 55+ stellt für die Patienten sowohl eine Alternative zu einer stationären Behandlung als auch im Sinne eines abgestuften Behandlungsplanes ein Folgeangebot nach einer stationären Behandlung vor der Entlassung in den Alltag bzw. in eine ambulante Psychotherapie dar.

6.2.2 Organisatorische und inhaltliche Rahmenbedingungen

Die PTK 55+ verfügt über neun Behandlungsplätze, wovon zwei als stationäre Plätze in Anspruch genommen werden können, d. h. die Patienten bleiben über Nacht in der Klinik, nehmen jedoch ebenso wie die übrigen Patienten am tagesklinischen Programm teil. Die Therapie findet montags bis freitags statt, es besteht Anwesenheitspflicht für die Patienten von 9.30 Uhr bis 16 Uhr. Die Gruppe steht weiblichen und männlichen Patienten offen, wobei der Frauenanteil mit ca. 80 % deutlich überwiegt. Die Behandlungsdauer liegt in der Regel zwischen vier und sechs Wochen, in begründeten Fällen bei bis zu acht Wochen. Ausnahmen stellen Kurzzeittherapien für Patienten mit einer stark ambivalenten Einstellung gegenüber der psychotherapeutischen Behandlung oder unklarem Krankheitsbild dar. In Form einer slow-open-group werden für zu entlassende Patienten neue Patienten aufgenommen, so dass sich eine beinahe wöchentlich wechselnde Gruppenzusammensetzung bei konstanter Gruppengröße ergibt. Die Indikation für eine Behandlung in der PTK 55+ wird im Rahmen eines prästationären Gesprächs („Vorgespräch“) geklärt. Hierbei ist im Sinne einer patientenzentrierten Perspektive maßgebend, ob das gruppentherapeutische Programm für den hilfesuchenden Patienten geeignet ist. Eine gruppentherapeutische Perspektive, ob der Patient in die zu seinem geplanten Aufnahmetermin gerade bestehende Gruppe passt, ist aufgrund der institutionellen Gegebenheiten und des Konzepts einer slow-open-group mit durchschnittlich zwei Entlassungen und Neuaufnahmen pro Woche nicht möglich. Es wird jedoch grundsätzlich darauf geachtet, dass männliche Patienten möglichst nicht allein unter Mitpatientinnen, sondern zumindest zu zweit sind; dies ist aufgrund des geringen Anteils an Männern jedoch oft nicht realisierbar, wenn eine zeitnahe Behandlung mit kurzer Wartezeit angestrebt wird.

Indikationen

Grundlegende Behandlungsvoraussetzungen sind ausreichende Fähigkeiten zur Reflexion und Introspektion, die Motivation für die Auseinandersetzung mit der Biografie und aktuellen Konflikten sowie die Bereitschaft und Fähigkeit, Einstellungen und Verhaltensweisen zu verändern. Tagesstrukturierung und Wiedereingliederung in den Alltag sind als Therapieziele nicht ausreichend.

Mögliche Indikationen für eine psychotherapeutische Behandlung in der PTK 55+ sind:

- Depressionen
- Angsterkrankungen
- Anpassungsstörungen (insbesondere depressive Reaktionen v. a. im Zusammenhang mit Verlusterlebnissen im Alter, pathologische Trauerreaktionen)
- somatoforme Störungen
- Störungen der Krankheitsverarbeitung
- Folgen psychischer Traumatisierung in früheren Lebensabschnitten (häufig Trauma-Reaktivierung im Alter)
- psychische Komorbiditäten (z. B. Depressionen, Angststörungen, Anpassungsstörungen) bei körperlichen Erkrankungen
- psychosomatische Diagnostik, sofern die organische Abklärung abgeschlossen ist
- leichte kognitive Störungen

Kontraindiziert ist eine Behandlung bei:

- Demenzen
- Psychosen
- Sucht (außer low-dose-Benzodiazepin-Abhängigkeit, abstinente Alkoholiker)
- akuter Suizidalität
- erheblich eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit bzw. mangelnder Fähigkeit, sich in gewissem Rahmen selbst zu versorgen
- notwendiger intensiver internistischer oder fachärztlicher Mitbehandlung, welche über die Möglichkeiten eines Konsils hinausgeht

Mitarbeiter

Der folgenden Tabelle sind die personelle Ausstattung inklusive Zuständigkeiten und Stellenanteilen zu entnehmen. Alle Mitarbeiter verfügen über Erfahrung in der Arbeit mit älteren Menschen bzw. haben entsprechende Weiterbildungen absolviert.

Tabelle 6: Personal in der PTK 55+ (Qualifikation, Zuständigkeit, Stellenanteil)

Therapeut	Qualifikation	Zuständigkeit	Stellenanteil
Ärztin	Tanztherapeutin, Weiterbildung in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie mit Älteren, in Ausbildung zur Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Medizinische Versorgung, Tanztherapie, Einzelpsychotherapie	0,65
Diplom-Psychologin	Analytische Paar-, Familien- und Sozialtherapeutin	Interaktionelle Gruppe, Stabilisierungsgruppe, Einzelpsychotherapie, Aufnahme- und Entlassdiagnostik	0,6
Pflegekraft	Stationsleitung, zahlreiche Weiterbildungen	Qigong, Entspannungstraining (Jacobson), Bezugspflegegruppe, Stationsgruppe, Kreative Bewegung, Medikamentenausgabe, Blutdruckmessung etc.	1,0
Gestaltungstherapeutin	Gestaltungstherapeutin	Gestaltungstherapie	0,2
Sozialpädagogin	Weiterbildungen im gerontologischen Bereich	Sozialberatung, kognitives Training, Gruppenbewegung	0,25

6.2.3 Therapieinhalte

Therapeutisches Grundverständnis

Der Behandlungsschwerpunkt in der Psychosomatischen Tagesklinik für Ältere 55+ liegt in der Gruppenpsychotherapie und in den Erfahrungen, die in der Patientengruppe außerhalb der Therapieangebote im Sinne einer therapeutischen Gemeinschaft (Hilpert & Schwarz, 1981) gemacht werden. Gearbeitet wird nach einem psychodynamischen bzw. tiefenpsychologisch fundierten Grundverständnis, ergänzt durch verhaltenstherapeutische

Elemente und Techniken anderer Therapieschulen. Im Sinne eines integrativen Behandlungskonzeptes, welches bis heute Grundlage der tiefenpsychologisch fundierten stationären Behandlung ist, wird davon ausgegangen, dass sich verschiedene Übertragungsanteile auch im teilstationären Setting mit seinen multiplen Beziehungen wiederfinden. Durch Mitteilung der Interaktionserfahrungen im Team kommt es zu einem komplexen, therapeutisch reflektierten Prozess, in welchem das gesamte klinische Feld als dynamische Einheit betrachtet wird. Dem Therapeuten kommt jedoch in der Arbeit mit Älteren eine weitaus aktivere Rolle zu, als dies ursprünglich im integrativen Konzept vorgesehen ist (Peters & Fels, 2002).

Die therapeutische Haltung ist von empathischer Einfühlung in das Erleben des Patienten und distanzierender Objektivierung geprägt, so dass sowohl eine Begegnung zwischen Patient und Therapeut auf gleicher Augenhöhe als auch ein ausreichendes Übertragungsangebot gewährleistet sind. Die Biografie der Patienten und die Psychogenese werden immer auch in einem historischen Kontext gesehen. Lebensgeschichtliche Erfahrungen, vor allem die Bewältigung von Belastungen und Krisen in früheren Lebensphasen, werden anerkannt und gehen in den psychotherapeutischen Prozess ein. Auch wenn bei der Indikationsstellung für die Behandlung der Blick auf Symptome, Krankheitsbilder und Beschwerden (Defizitansatz) gerichtet werden muss, ist die psychotherapeutische Behandlung selbst deutlich ressourcenorientiert. Sowohl beim Verständnis der Psychogenese als auch in der Behandlung findet das Konzept der Trauma-Reaktivierung im Alter besondere Beachtung. Die Nachsorge der Patienten wird bereits im Rahmen der Behandlung vorbereitet. Viele Patienten werden motiviert, die Psychotherapie in einem ambulanten einzel- oder gruppenpsychotherapeutischen Setting weiterzuführen.

Konzept

In einer relativ altershomogenen Gruppe haben die Patienten die Möglichkeit sich zu öffnen und über persönlich bedeutsame Themen zu sprechen – und dies mit weitaus weniger Zurückhaltung als in heterogenen Gruppen zusammen mit deutlich jüngeren Patienten. Durch den gemeinsamen biografischen Erfahrungshintergrund wird eine Identifikation mit der Gruppe oder zumindest einzelnen Gruppenmitgliedern erleichtert, die Integration neuer Patienten in die Gruppe ist weniger erschwert. Da trotz der Altershomogenität zwei Generationen älterer Patienten aufeinander treffen (Altersspanne Mitte 50 bis Mitte 80), sind neben Geschwisterübertragungen auch leichter Eltern-Kind-Übertragungen in der Gruppe möglich und therapeutisch nutzbar.

Das Konzept der PTK 55+ sieht im Dienste der Gruppenkohäsion vor, dass jeder Patient an jedem Gruppentherapieangebot teilnimmt, in Ausnahmefällen werden einzelne Patienten bei spezifischen Kontraindikationen von der Teilnahme an einer Gruppe befreit (z. B. bei der Gefahr einer tiefen Regression bei schwer traumatisierten Patienten). Es existieren feste Gruppenregeln (siehe Anhang 17.2), die den Patienten vermittelt werden und auf deren Einhaltung von den Therapeuten geachtet wird. Zentrale Werte des Konzepts der therapeutischen Gemeinschaft wie Ehrlichkeit und Offenheit, Gerechtigkeit im Geben und Nehmen, Vertrauen in die Heilkraft der Gemeinschaft, Gemeinschaftsgefühl, Vertrauen in die Macht von Wollen und Bewusstsein oder Verantwortung für sich selbst und andere werden den Patienten nahe gebracht. Auch einzelne Methoden wie Gemeinschaftssitzungen (hier Stationsgruppe), in denen das therapeutische Alltagsleben thematisiert wird, Kerngruppe (hier interaktionelle Gruppe) mit bis zu zehn Patienten, Gruppensitzung mit allen Patienten und Therapeuten sowie ein Patensystem zur Orientierungshilfe finden in der PTK 55+ Anwendung. Dreimal wöchentlich finden Teamsitzungen statt, in denen der Gruppenprozess reflektiert wird.

Therapiebausteine

Anhang 17.3 zeigt das zum Zeitpunkt der Studie aktuelle Therapieprogramm, bezogen auf eine Behandlungswoche. Wie in der (teil-)stationären psychosomatischen Behandlung bereits seit langer Zeit üblich, werden hierbei verschiedene Methoden kombiniert. Das Konzept umfasst sowohl gruppentherapeutische Angebote auf verbaler Ebene (z. B. interaktionelle Gruppe) als auch extraverbale kreative Angebote (z. B. Tanztherapie, Gestaltungstherapie), übende Verfahren (z. B. Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson) und Bewegungsangebote (Qigong, Kreative Bewegung, Gruppenbewegung). Hinzu kommt der pflegerisch-ärztlich versorgende Bereich mit medizinischen Maßnahmen und täglichem Kontakt zum Pflegepersonal. Die einzelnen gruppentherapeutischen Programme lassen sich wie folgt charakterisieren:

Interaktionelle Gruppe

In der interaktionellen Gruppe, welche tiefenpsychologisch fundiert angelegt ist, aber Elemente anderer theoretischer Richtungen einbindet, wird den Patienten im themenbezogenen Gruppengespräch die Möglichkeit gegeben, Verantwortung für eigene Bedürfnisse zu übernehmen, aber zugleich die Interessen anderer sowie äußere Umstände zu berücksichtigen. Ziel für den Patienten ist es, Veränderungsmöglichkeiten zu erkennen und das eigene Handeln zu überdenken. Die Gruppenatmosphäre ist geprägt von gegenseitiger

Wertschätzung und Akzeptanz. Die verbale Kommunikation wird ergänzt durch Gruppenübungen oder auch Rollenspiele.

Tanztherapie

Die Tanztherapie als körperorientiertes Verfahren stellt eine Behandlungsform dar, mit deren Hilfe das Selbst- und Körperkonzept verbessert werden kann. Weiterhin können mit dem Tanz im weitesten Sinne als wichtigem Kommunikationsmittel folgende Ziele angestrebt werden: Aktivierung und Entspannung, Bearbeitung intrapsychischer und interpersoneller Prozesse, Bewusstwerdung von vor-/unbewussten Inhalten, Förderung von Interaktion und sozialer Wahrnehmung, Entwicklung eines Zugehörigkeitsgefühls etc. Gerade für ältere Patienten, die oftmals Schwierigkeiten im verbalen Ausdruck von Gefühlen zeigen, stellt die Tanztherapie eine Möglichkeit dar, innere Empfindungen auf einem anderen Weg auszudrücken und sich durch ein gemeinsames Thema mit anderen verbunden zu fühlen (Bräuninger, 2000a, 2000b). Samberg (1988) berichtete bereits vor über zwei Jahrzehnten von positiven Erfahrungen in der Tanztherapie speziell mit älteren Patienten.

Gestaltungstherapie

In der Gestaltungstherapie als nonverbalem Verfahren stehen Erleben und Handeln im Vordergrund, nicht die verbale Kommunikation. Hierbei werden keine künstlerischen Kriterien als Maßstab angelegt, wovon jedoch viele ältere Patienten zunächst implizit ausgehen, da sie das Thema „Malen“ mit der leistungsbezogenen Bewertung aus dem Kunstunterricht ihrer Schulzeit verbinden. Doch der Schwerpunkt liegt „nicht in der technischen Fertigkeit, sondern in der Wahrnehmung, Konzentration, in der Erprobung der Konstruktionsfähigkeiten und verschiedenen Formen und Möglichkeiten der Zusammenarbeit in der Gruppe“ (Krebs-Roubicek, 1995, S. 226). Patienten mit Schwierigkeiten sich verbal auszudrücken oder im Gegenteil mit der Neigung zur intellektuellen Rationalisierung finden in der Gestaltungstherapie die Möglichkeit eines Zugangs zu Gefühlen und einen Weg, diese auszudrücken.

Stabilisierungsgruppe

In dieser Gruppe werden Imaginationsübungen nach Reddemann (2001) durchgeführt, welche ursprünglich für die Traumatherapie entwickelt wurden. An der Gruppe nehmen prinzipiell alle Patienten (also auch solche ohne traumatischen Erfahrungshintergrund) teil mit dem Ziel, aktive Techniken zur Selbststabilisierung, Entspannung und Symptomkontrolle zu erlernen.

Qigong

Die wöchentlich stattfindende Qigong-Gruppe stellt ein weiteres Bewegungsangebot im Therapieprogramm der PTK 55+ dar. Ziel dieses aus der Traditionellen Chinesischen Medizin stammenden Verfahrens ist es, Ruhe und Entspannung mit körperlicher Aktivität zu verbinden und durch die drei Komponenten „Bewegung“, „Atmung“ und „Aufmerksamkeit“ die Körperspannung zu regulieren. Die Übungen sollen dazu beitragen, innere Ruhe und Gelassenheit zu entwickeln, die Konzentration zu fördern, die Körperhaltung zu schulen, die körperliche Beweglichkeit zu erhöhen und das Körperbewusstsein zu stärken.

Entspannungsgruppe

Da die Erfahrung gezeigt hat, dass die Patienten der PTK 55+ Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson schneller erlernen und besser selbstständig anwenden können als Autogenes Training, wird im Therapieprogramm nunmehr ausschließlich diese Form der Entspannung angeboten. Ziel ist eine Schulung der Selbstwahrnehmung körperlicher An- und Entspannung und das Erlernen eines aktiven Entspannungsverfahrens, welches im Alltag gut eingesetzt werden kann.

Kreative Bewegung

Die so genannte Kreative Bewegung ermöglicht den Patienten, mit Hilfe von Musik eine lebendige Bewegungserfahrung zu machen und gemeinsam in der Gruppe Freude an körperlicher Bewegung zu entwickeln. Ziele sind eine Verbesserung der Körperwahrnehmung und die Entwicklung körperlich-seelischen Wohlbefindens.

Hirnleistungstraining

Da psychische Erkrankungen insbesondere im Alter häufig mit Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen einhergehen, werden in der Gruppe auf spielerische Art ohne Leistungsdruck kognitive Funktionen trainiert. Zudem handelt es sich um ein Angebot, das es den Patienten als Ergänzung der psychotherapeutischen Behandlung ermöglichen soll, Freude in der Gruppe zu erleben.

Bezugspflegegruppe

Die therapeutisch ressourcenorientiert angelegte Bezugspflegegruppe dient dazu, den sozialen Austausch in der Patientengruppe zu fördern und beispielsweise neue Patienten stärker einzubinden. Es sollen eine Reflexion der therapeutischen Inhalte angeregt und psychosomatische Zusammenhänge vermittelt werden.

Stationsgruppe

In der am Freitag stattfindenden Stationsgruppe werden für den Stationsalltag wichtige Organisationsstrukturen wie beispielsweise Änderungen im Therapieplan thematisiert. Patienten können Anliegen für Änderungswünsche vorbringen oder Lob bzw. Kritik mit-

teilen. Außerdem werden Patenschaften für die in der kommenden Woche neu aufzunehmenden Patienten besprochen. Ziel ist außerdem, dass sich jeder Patient kurz mit dem bevorstehenden Wochenende beschäftigt und sich möglichst eine Aktivität vornimmt, die gezielt für sein individuelles Wohlbefinden sorgt.

Gruppenbewegung

In dieser Gruppe werden leichte Übungen zur körperlichen Aktivierung und Koordination, beispielsweise als Sitztanz oder mit krankengymnastischen Geräten durchgeführt.

Medizinische Visite

Die Einzelvisite dient der symptombezogenen Untersuchung körperlicher Beschwerden sowie der Besprechung medizinischer Sachverhalte (Medikamente, Untersuchungsergebnisse etc.).

Chefarztvisite

Die Chefarztvisite findet in Form einer Gruppenvisite (Patienten-Innenkreis mit Chefarzt und Pflegekraft sowie Therapeuten-Außenkreis) statt und dient der wöchentlichen Ziehung einer Zwischenbilanz und der Reflexion der gesetzten Therapiewochenziele. Jeder Patient ist dazu angehalten, in Vorbereitung auf die Visite schriftlich einige wenige Gedanken zur vergangenen Therapiewoche darzulegen (Befindlichkeit, inhaltliche Schwerpunkte in der Therapie etc.) und sich für die kommende Woche ein bis zwei konkrete Ziele zu setzen.

Neben den Gruppenangeboten, die gleichrangig nebeneinander stehen, führt jeder Patient wöchentlich ein 50-minütiges oder zwei 25-minütige Einzelgespräche mit seinem Bezugstherapeuten. Diese dienen dazu, die in den Gruppen gemachten Erfahrungen zu reflektieren und einen roten Faden in der Behandlung zu verfolgen. Zudem können im Einzelgespräch schambesetzte Themen oder Traumata, welche u. a. aufgrund der Gruppenregeln (keine Gespräche über Traumata in der Gruppe) in der Gemeinschaft nicht angesprochen werden (können), thematisiert werden. Außerdem werden Wochenziele und deren Umsetzungsmöglichkeiten und -hindernisse erarbeitet. Jeder Patient hat während des Aufenthalts zusätzlich die Möglichkeit eines Paar-, Familien- oder Angehörigengesprächs, insofern dies therapeutisch sinnvoll erscheint. Weitere Gespräche finden in Krisensituationen statt, entweder mit dem Bezugstherapeuten oder der anwesenden Pflegekraft. Falls Patienten über ausgeprägte kognitive Defizite klagen oder diese im Laufe der Behandlung beobachtet werden, wird während des Aufenthalts eine ausführliche neuropsychologische Untersuchung durchgeführt, um eine beginnende demenzielle Erkrankung auszuschließen. Bei Bedarf erfolgt zudem eine Sozialberatung.

7 Untersuchungsdesign

7.1 Beschreibung des Forschungsvorhabens

7.1.1 Untersuchungsplan

„Zunächst einmal besteht eine große Kluft zwischen dem Eindruck, daß eine Behandlung erfolgreich gewesen ist und der Schwierigkeit, diesen Erfolg nachzuweisen“ (Göllner et al., 1978, S. 290). Genau dies soll jedoch mit der vorliegenden Studie versucht werden. Bis zu dieser evaluativen Untersuchung lagen keine Daten zur tagesklinischen Behandlung Älterer vor, welche für eine umfassende statistische Auswertung hätten genutzt werden können. Lediglich persönliche Erfahrungsberichte von Mitarbeitern und Patienten sowie einzelne Daten der klinikinternen Evaluation deuteten auf positive Effekte der Behandlung in der PTK 55+ hin.

Aus diversen Gründen (u. a. Pilotstudiencharakter, Nicht-Realisierbarkeit einer tatsächlichen Kontrollgruppe im klinischen Versorgungsalltag, Unmöglichkeit der Randomisierung) wurde für die vorliegende Untersuchung ein prospektives, naturalistisches Design mit einer Eigenwartegruppenbedingung verwendet, um die alltägliche klinische Praxis in einer psychosomatischen Tagesklinik für Ältere empirisch zu untersuchen. Als Kontrollbedingung diente also eine der Behandlung vorangestellte Wartephase. Zu den vier Messzeitpunkten Vorgespräch (t1), Aufnahme (t2), Entlassung (t3) und Auffrischtage (t4) wurden Daten auf symptombezogener, intrapsychischer und interpersonaler Ebene mittels psychodiagnostischem Interview, Fragebögen und psychometrischen Testverfahren erhoben. Die Wartezeit (t1 bis t2) entsprach in etwa der Therapiedauer (t2 bis t3), die Katamnese wurde sechs bis neun Monate nach Behandlungsende (t4) erhoben. Jeder Studienpatient durchlief also zunächst eine mehrwöchige Wartephase und anschließend eine durchschnittlich ebenso lange Therapie in der PTK 55+. Patienten, die die Behandlung nicht antraten oder vorzeitig abbrachen, wurden als drop-out gewertet und die Daten nach dem Intention-to-treat-Verfahren (last observation carried forward) behandelt.

Mit dem Design ist es möglich zu überprüfen, ob es bereits im Wartezeitraum (t1 bis t2) zu bedeutsamen Veränderungen gekommen ist und inwieweit sich Veränderungen während der Therapiephase (t2 bis t3) ergeben. Längerfristige Effekte können durch die Katamnese erfasst werden (Vergleich zwischen t2 bzw. t3 und t4).

Im Dienste der internen Validität

- wurde eine Wartekontrollbedingung eingeführt
- wurden bei den psychometrischen Testverfahren Parallelversionen verwendet, um Übungseffekte auszuschließen
- wurde die Fremdeinschätzung des Patienten immer durch dieselbe Person durchgeführt
- wurden die Testwerte nach dem Intention-to-treat-Verfahren behandelt.

Im Dienste der externen Validität

- wurden Patienten über die klinische Routine rekrutiert
- wurde keine Selektion nach klinischen Merkmalen durchgeführt (d. h. es wurden für die Untersuchung über die benannten Indikationen hinaus keine weiteren Kriterien beispielsweise zum Ausschluss spezifischer Störungsbilder eingeführt)
- wurde eine Vielzahl abhängiger Variablen auf mehreren Ebenen erhoben
- wurde eine Katamnese nach durchschnittlich acht Monaten durchgeführt.

Wenngleich durch die Nutzung einer Eigenwartegruppe unter den gegebenen Grenzen und Möglichkeiten zumindest eine Kontrollbedingung als Erweiterung eines einfachen Prä-Post-Designs eingeführt wurde, ist dennoch gezwungenermaßen vom Vorliegen mehrerer nicht kontrollierbarer Faktoren bzw. Störvariablen auszugehen, so dass eine kausale Interpretation von Veränderungen unter der Therapie nur eingeschränkt möglich ist.

7.1.2 Hypothesen

Ziel der Studie ist eine Evaluation des Therapieprogramms in der PTK 55+ im Hinblick auf seine Effektivität. Es soll untersucht werden, ob die psychotherapeutische Behandlung in der Psychosomatischen Tagesklinik für Ältere 55+ zu einer Verbesserung des psychischen Befindens (Angst und Depression), der Lebensqualität, der interpersonalen Beziehungen und der Körperbeschwerden der Patienten führen kann. Damit soll ein Beitrag zur Datenbasis in Bezug auf die psychosomatische Behandlung Älterer geleistet und erstmals eine empirische Grundlage für die Implementierung gerontopsychosomatischer Behandlungsangebote im teilstationären Bereich geschaffen werden.

Die Effekte der Behandlung wurden wie in der Psychotherapieevaluationsforschung gefordert (Kordy & Kächele, 2003) multidimensional, -modal und -methodal mit einem breiten Merkmalspektrum, verschiedenen Urteilsperspektiven und unterschiedlichen Datenquellen erfasst. Mittels Prä-Post-Vergleichen von Fragebogendaten zu den benannten Bereichen sowie von psychometrischen Testdaten wurden differenziert mögliche Veränderungen erfasst. Hinzu kommen eine globale Beurteilung des Therapieergebnisses durch Patient und Therapeut sowie eine Fremdeinschätzung des Patienten durch den Therapeuten auf mehreren Beurteilungsebenen. Zusätzlich wurden ausführlich aus Sicht des Patienten hilfreiche Faktoren für einen Therapieerfolg erfragt und die Behandlungszufriedenheit erfasst. Außerdem sollen durch die Untersuchung mögliche patienten-, krankheits- und therapiebezogene Prädiktoren für den Therapieerfolg identifiziert werden, um diese auch als mögliche Zuweisungskriterien für eine psychosomatische Behandlung bzw. zur Indikationsstellung im prästationären Bereich zu nutzen. Zur Erfassung des mittelfristigen Therapieerfolgs wurde eine Katamnese im Zeitrahmen von durchschnittlich acht Monaten nach der Entlassung durchgeführt.

Es sollen folgende Hypothesen überprüft werden:

Haupthypothese

- 1) Die psychotherapeutische Behandlung in der Psychosomatischen Tagesklinik für Ältere 55+ führt (im Vergleich zu einer Wartezeit ohne therapeutische Intervention) zu einer statistisch und klinisch signifikanten Verbesserung des psychischen Befindens (erfasst durch die HADS-Subskalen Angst und Depression) der Patienten.

Nebenhypothesen

- 2) Die Behandlung in der PTK 55+ führt im Vergleich zu einer Wartezeit ohne therapeutische Intervention zu einer statistisch und klinisch signifikanten Verbesserung der somatischen (möglicherweise somatoformen) Beschwerden der Patienten (erfasst durch die Kurzform des Gießener Beschwerdebogens, GBB-24).
- 3) Die Behandlung in der PTK 55+ führt im Vergleich zu einer Wartezeit ohne therapeutische Intervention zu einer statistisch und klinisch signifikanten Verbesserung der Lebensqualität der Patienten (erfasst durch den WHOQOL-OLD).

- 4) Die Behandlung in der PTK 55+ führt im Vergleich zu einer Wartezeit ohne therapeutische Intervention zu einer statistisch und klinisch signifikanten Verbesserung der interpersonalen Verhaltensweisen der Patienten (erfasst durch das Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme, IIP-C).
- 5) Die Behandlung in der PTK 55+ führt im Vergleich zu einer Wartezeit ohne therapeutische Intervention zu einer signifikanten Verbesserung der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit (erfasst durch ausgewählte Subtests des Nürnberger-Alters-Inventars, NAI-ZVT-G, NAI-LT).
- 6) Die Behandlung in der PTK 55+ führt im Vergleich zu einer Wartezeit ohne therapeutische Intervention zu einer signifikanten Verbesserung der Merkfähigkeitsleistung der älteren Patienten (erfasst durch die NAI-Wortliste).
- 7) Acht Monate nach Beendigung der Therapie sind weiterhin in allen untersuchten Bereichen statistisch und klinisch signifikante Verbesserungen im Vergleich zum Aufnahmezeitpunkt nachweisbar.
- 8) Es lassen sich therapie- und personenbezogene Prädiktoren des Therapieerfolgs identifizieren.
- 9) Durch die Behandlung in der PTK 55+ werden die Patienten motiviert, eine weiterführende Psychotherapie zu absolvieren, falls diese indiziert ist, und setzen die Therapieempfehlungen überwiegend um.
- 10) Durch die psychotherapeutische Behandlung in der PTK 55+ kommt es zu einer signifikant reduzierten Inanspruchnahme des Gesundheitswesens, erfasst durch die Anzahl an Arztbesuchen, ambulanten Untersuchungen und Krankenhausaufenthalten in einem Sechs-Monats-Zeitraum jeweils vor der Aufnahme und vor der Katamneseerhebung.

7.1.3 Überprüfung der Therapieeffekte

Zur Überprüfung der abhängigen Variablen wurden zu den einzelnen Messzeitpunkten folgende Verfahren eingesetzt (vgl. Tabelle 7):

Tabelle 7: Einsatz des Untersuchungsinstrumentariums zu den vier Messzeitpunkten

Verfahren	Vorg.	Aufn.	Entl.	Kat.
HADS-D	X	X	X	X
PHQ-D	X	X	X	X
GBB-24	X	X	X	X
WHOQOL-OLD	X	X	X	X
IIP-C	X	X	X	X
BSS	X	X	X	(X)
NAI (ZVT-G, LT-G, WL, NAR)	X	X	X	(X)
Stammdatenerhebung	X			
Inanspruchnahme des Gesundheitswesens		X		(X)
Entlassfragebogen			X	
Katamnesebogen				X

Anmerkungen. Vorg. = Vorgespräch, Aufn. = Aufnahme, Entl. = Entlassung, Kat. = Katamnese. X = Einsatz des Messinstruments, (X) = Einsatz des Messinstruments reglementiert durch die notwendige persönliche Anwesenheit des Patienten zum Katamnesezeitpunkt; HADS-D = Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version, PHQ-D = Gesundheitsfragebogen für Patienten, GBB-24 = Gießener Beschwerdebogen-Kurzform, WHOQOL-OLD = Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität Älterer, IIP-C = Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme – Deutsche Version, BSS = Beeinträchtigungs-Schwere-Score, NAI = Nürnberger-Alters-Inventar, ZVT-G = Zahlen-Verbindungstest, LT-G = Labyrinth-Test, WL = Wortliste, NAR = Nürnberger-Alters-Rating.

7.2 Schätzung der notwendigen Anzahl an Untersuchungsteilnehmern

Primäres Outcomemaß ist die Veränderung in der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) unter der Therapie von der Aufnahme zur Entlassung im Vergleich zur Veränderung während der Wartezeit vom Vorgespräch zur Aufnahme.

Berechnungen mit alten Datensätzen der klinikinternen Evaluation in den ersten beiden Jahren seit Bestehen der PTK 55+ haben gezeigt, dass unter der Therapie in der HADS-D Veränderungen zu beobachten sind, die einer Effektstärke von ca. $ES = .40$ entsprechen. Um einen solchen Effekt statistisch nachweisen zu können, ist bei einer Power von 80 % und Verwendung eines T-Tests für abhängige Stichproben (2-seitige Signifikanz mit einem α -Fehler von 5 %) bzw. Varianzanalyse der Einschluss von 65 Patienten in die statistische Analyse nötig. Angestrebt wurde eine Anzahl von ca. 100 Patienten, die nach definierten Kriterien in die Studie eingeschlossen werden können.

8 Studiendurchführung und Stichprobenbeschreibung

8.1 Ein- bzw. Ausschlusskriterien

Alle Patienten, die sich von September 2008 bis Januar 2010 zu einem prästationären Gespräch in der PTK 55+ vorstellten, wurden als potenzielle Studienpatienten betrachtet. Wer von der Therapeutin, welche alle Vorgespräche im Studienzeitraum führte, als für die Behandlung nicht geeignet eingeschätzt wurde bzw. trotz vorhandener Indikation eine Therapie ablehnte, wurde nicht zur Aufnahme vorgesehen und entfiel somit für die evaluative Untersuchung.

Ausgeschlossen wurden zudem Patienten, die lediglich zur Kurzzeittherapie in der Tagesklinik aufgenommen wurden, außerdem sogenannte Akutaufnahmen (d. h. Patienten, die ohne Wartezeit innerhalb weniger Tage nach dem Vorgespräch aufgenommen wurden) sowie Patienten mit schlechten Deutschkenntnissen, so dass eine valide Datenerhebung insbesondere im Hinblick auf die eingesetzten Fragebögen nicht garantiert war. In Ausnahmefällen verweigerten Patienten die Durchführung der Tests bzw. Beantwortung der Fragebögen oder waren aufgrund schwerer psychischer Beeinträchtigungen nicht dazu in der Lage, so dass diese ebenfalls von der Studienteilnahme ausgeschlossen wurden. Ein weiterer Ausschlussgrund war die Inanspruchnahme psychiatrischer oder psychosomatischer Behandlung in der Wartezeit (Ausnahme: bereits länger bestehende ambulante Psychotherapie oder nervenärztliche Behandlung).

8.2 Teilnahmergewinnung und Stichprobenentwicklung

Für die Durchführung der Studie wurden die bis dato angewandten Methoden der klinikinternen Evaluation modifiziert und im Dienste des Studienkonzeptes erweitert. Die vorhandenen Erhebungszeitpunkte Aufnahme, Entlassung und Auffrischttag wurden beibehalten, hinzu kam der Messzeitpunkt des Vorgesprächs. Zudem wurde das vor der Evaluationsstudie eingesetzte Fragebogenset verändert bzw. erweitert und um ein klinisches Interview sowie kognitive Leistungstests ergänzt. Alle Patienten, mit denen nach dem prästationären Gespräch eine Behandlung in der Tagesklinik vereinbart wurde und bei denen keine der oben benannten Ausschlusskriterien vorlagen, wurden in die Studie aufgenommen. Alle Studienteilnehmer wurden über Ablauf und Zweck der klinikinternen Evaluation informiert und erklärten sich damit einverstanden.

Die Untersuchungsstichprobe wurde im Detail wie folgt generiert:

Im Zeitraum von September 2008 bis Januar 2010 wurden insgesamt 202 Vorgespräche geführt, um die Indikation für eine Behandlung in der PTK 55+ zu klären. Von den 202 Patienten, die sich vorstellten, wurden insgesamt 148 (73 %) für geeignet befunden. Als nicht geeignet erwiesen sich 54 Patienten (27 %), von denen dennoch 4 Patienten in der PTK 55+ aufgenommen wurden. Bei zwei dieser Patienten wurde im Rahmen einer Kurzzeittherapie eine ausführliche neuropsychologische Untersuchung zur Abklärung eines Verdachts auf Vorliegen einer demenziellen Entwicklung durchgeführt, welche jeweils ein auffälliges Ergebnis erbrachte, so dass die Patienten in fachärztliche Weiterbehandlung zur medizinischen Diagnostik und Therapie vermittelt wurden. Bei den anderen zwei Patienten, welche im Vorgespräch als nicht geeignet eingeschätzt wurden, lag jeweils eine schwere depressive Episode vor, welche einer stationären psychiatrischen Behandlung bedurfte, die durch Vermittlung in die klinikumsinterne Depressionsstation der Psychiatrie eingeleitet wurde. Da es in beiden Fällen durch die psychiatrische Behandlung zu einer deutlichen Verbesserung der Depression kam, wurden die Patienten im Anschluss an den stationären psychiatrischen Aufenthalt im Sinne eines abgestuften Behandlungsplans in der PTK 55+ aufgenommen, um den Therapieerfolg zu festigen, eine weitere Verbesserung der psychischen Symptomatik zu erzielen und eine Rückkehr in den häuslichen Alltag zu erleichtern. Tabelle 8 ist zu entnehmen, weshalb 54 Patienten nicht in das Therapieprogramm der PTK 55+ aufgenommen wurden.

Tabelle 8: Gründe für Nicht-Eignung der Patienten in Anlehnung an die OPD

Grund für Nicht-Eignung (in Anlehnung an die OPD)	n	%
keine psychotherapeutisch behandelbare Erkrankung	16	29,6
innere Veränderungshemmnisse	6	22,2
keine/leichte psychische Störung	5	14,8
körperliche Einschränkungen	5	11,1
anderer Therapiefocus	12	9,3
äußere Hemmnisse	2	9,3
fehlende oder ambivalente Motivation	8	3,7
Gesamt	54	100

Zu den nicht psychotherapeutisch behandelbaren Erkrankungen, mit denen Patienten zum Vorgespräch überwiesen wurden bzw. welche erst im Verlauf des Vorgesprächs offensichtlich wurden, zählten: Demenzerkrankung (n = 7), schwere depressive Episode (n = 6), schwerer chronifizierter Verlauf (n = 2), wahnhafte Störung (n = 1). Diese Patienten wurden in die klinikumsinterne Geriatriische Tagesklinik (n = 6), in fachärztliche Behandlung (n = 5), in die Psychiatrie (n = 2) oder an den sozialpsychiatrischen Dienst (n = 1) verwiesen, 2 Patienten wurden zu einer Kurzzeittherapie aufgenommen, um durch eine neuropsychologische Untersuchung den Verdacht auf eine demenzielle Entwicklung zu überprüfen.

Andere Therapiefooci bestanden bei 12 Patienten in Form von: Fokus Arbeitsumfeld (n = 6), Fokus Schmerz (n = 3), Fokus Trauma (n = 2), Fokus Persönlichkeitsstörung (n = 1). Diese Patienten wurden in die entsprechenden hausinternen Gruppen der Psychosomatik (Burn-out-Gruppe, Traumatherapie-Gruppe) oder andere spezifische Therapieangebote (z. B. Schmerztherapie) vermittelt.

Die acht Patienten mit fehlender bzw. ambivalenter Therapiemotivation wurden wie folgt vermittelt: Geriatriische Tagesklinik (n = 3), hausinterne psychosomatische Diagnostik- und Kurzbehandlungsgruppe (n = 2), ambulante Psychotherapie (n = 2), Progressive Muskelentspannung und Ergotherapie (n = 1).

Die inneren Veränderunghemmnisse bei sechs Patienten, welche eine Behandlung in der PTK 55+ verhinderten, waren: mangelnde Reflexionsfähigkeit, Impulskontrollstörung, schwere narzisstische Störung bzw. schwere Persönlichkeitsstörung sowie unzureichende Deutschkenntnisse. Diese Patienten wurden an den Sozialpsychiatrischen Dienst, die Psychiatrische Institutsambulanz des Klinikums, die Geriatriische Tagesklinik oder eine ambulante Psychotherapie verwiesen.

Vier der fünf Patienten mit leicht ausgeprägter Symptomatik wurde eine ambulante Psychotherapie empfohlen, da eine intensive teilstationäre Behandlung nicht indiziert war.

Die fünf Patienten, die aufgrund körperlicher Einschränkungen nicht in der Lage gewesen wären, das Therapieprogramm der PTK 55+ zu absolvieren, wurden in die Geriatriische Tagesklinik vermittelt.

Bei den zwei Patienten, welche aufgrund äußerer Hemmnisse nicht für die Therapie geeignet waren, handelte es sich um einen Patienten, der zu weit entfernt wohnte und in eine wohnortnahe Psychotherapie vermittelt wurde und um einen Patienten, der für die Gruppe der PTK 55+ in Bezug auf Alter und therapierelevante Themen zu jung war und in die hausinterne Gruppe für jüngere Patienten vermittelt wurde.

Von den insgesamt 148 Patienten, welche für eine Behandlung in der PTK 55+ geeignet erschienen, lehnten 13 (9 %) eine Aufnahme ab. 9 Patienten standen einer psychotherapeutischen Behandlung äußerst skeptisch gegenüber und wollten diese nach dem Vorgespräch nicht in Anspruch nehmen. 2 Patienten wünschten eine sofortige Behandlung und waren zu der fünfwöchigen Wartezeit nicht bereit. Ein Patient konnte die Behandlung wegen der zu leistenden Versorgung von Familienangehörigen nicht antreten, ein Patient wünschte eine Behandlung in einer anderen Gruppe, obwohl aus therapeutischer Sicht eine Behandlung in der PTK 55+ indiziert war.

Die verbleibenden 135 Patienten erhielten einen verbindlichen Aufnahmetermin. Hinzu kamen zwei Patienten, die zur Kurzzeittherapie aufgenommen wurden sowie zwei Patienten, die nach dem Vorgespräch zunächst wie empfohlen einen stationären psychiatrischen Aufenthalt wahrnahmen und im Anschluss daran einen Aufnahmetermin in der PTK 55+ hatten. Diese 139 Patienten, welche für eine Behandlung in der PTK 55+ vorgesehen waren, wurden im Hinblick auf die Studieneinschlusskriterien überprüft. Ausgeschlossen wurden daraufhin insgesamt 15 Patienten (11 %): Zwei Patienten erfüllten die Wartezeitbedingung nicht, drei Patienten hatten so geringe Deutschkenntnisse, dass zwar ein Aufenthalt in der Tagesklinik sinnvoll erschien, ein ausreichendes Verständnis der eingesetzten Fragebögen jedoch nicht gewährleistet war. Die zwei Patienten, welche zur Kurzzeittherapie kamen, wurden ebenso aus der Studie ausgeschlossen wie jene zwei Patienten, welche in der Wartezeit einen Psychiatrieaufenthalt aufwiesen. Eine Patientin konnte wegen Analphabetismus die Fragebögen nicht ausfüllen, bei einer Patientin stellte sich bei der Aufnahme heraus, dass eine Angehörige die Fragebögen für das prästationäre Gespräch ausgefüllt hatte. Eine weitere Patientin war aufgrund einer ausgeprägten Visusminderung nicht in der Lage, die Fragebögen auszufüllen.

Insgesamt erfüllten somit 124 Patienten die Studieneinschlusskriterien, davon sagten 8 Patienten (7 %) jedoch kurzfristig den Aufnahmetermin aus folgenden Gründen ab: Bei zwei Patienten erhöhte sich die Skepsis gegenüber einer psychotherapeutischen Behandlung während der Wartezeit so sehr, dass sie die Behandlung nicht antreten wollten. Bei zwei Patienten kam es zu Veränderungen im sozialen Umfeld, welche eine tagesklinische Behandlung unmöglich machten. Ein Patient sagte die Behandlung ab, da er diese aufgrund einer deutlichen Verbesserung seiner psychischen Symptomatik nicht mehr als notwendig erachtete. Ein anderer Patient fühlte sich aufgrund einer deutlichen Verschlechterung der psychischen Symptomatik nicht in der Lage, zur Behandlung in die Tagesklinik zu kommen. Aufgrund einer Verschlechterung des körperlichen Zustands sagte ein weite-

rer Patient ab, ein Patient erhielt während der Wartezeit die Zusage für eine psychotherapeutische Behandlung in einer anderen Klinik.

Somit verblieben 116 Patienten, die alle Studieneinschlusskriterien erfüllten und zur Behandlung in der PTK 55+ aufgenommen wurden. 107 (92,2 %) dieser Patienten beendeten die Behandlung regulär, d. h. zum vorgesehenen Entlassungszeitpunkt, welcher vom Team in Rücksprache mit dem Patienten festgelegt wurde, insgesamt 9 Patienten (7,8 %) wurden vorzeitig entlassen. 5 Patienten (4 %) beendeten die Behandlung vorzeitig in beiderseitigem Einverständnis, d. h. sowohl aus Sicht des Patienten als auch des Therapeuten-teams der PTK 55+ war eine Fortsetzung der Behandlung nicht sinnvoll aus einem der folgenden Gründe: kein Einlassen auf (Gruppen-)Therapie möglich, Abstinenz bei Suchterkrankung nicht möglich, Verschlechterung des körperlichen Befindens, Trennung von Partner und Umzug während der Therapie. Drei Patienten (3 %) brachen die Behandlung auf eigenen Wunsch ab, da sie sich nicht auf die Therapie einlassen konnten, obwohl seitens der Klinik eine Fortsetzung der Behandlung befürwortet worden war. Eine Patientin (1 %) wurde bei Verschlechterung des körperlichen Zustands mit Verdacht auf Magenkarzinom, welcher sich in der Folge bestätigte, klinikumsintern verlegt.

Alle 107 Patienten, welche regulär entlassen worden waren, wurden zu einem Auffrischtag eingeladen, der mindestens sechs bis maximal neun Monate, im Durchschnitt acht Monate, nach der Entlassung des jeweiligen Patienten stattfand. Der Einladung folgten 70 Patienten (65 %), 37 Patienten (35 %) sagten aus diversen Gründen (Wetterverhältnisse, Krankenhausaufenthalte, andere Termine, nicht motiviert usw.) ab. Von diesen 37 Patienten, welche nicht am Auffrischtag teilnahmen, sandten 25 Patienten die Fragebögen zurück, so dass insgesamt von 95 Patienten (89 %) Katamnesedaten vorliegen. Von 12 Patienten (11 %) war trotz mehrfacher telefonischer Kontaktaufnahme keine Rückmeldung zu erhalten. Einen Überblick über die Generierung der Stichprobe gibt Abbildung 1.

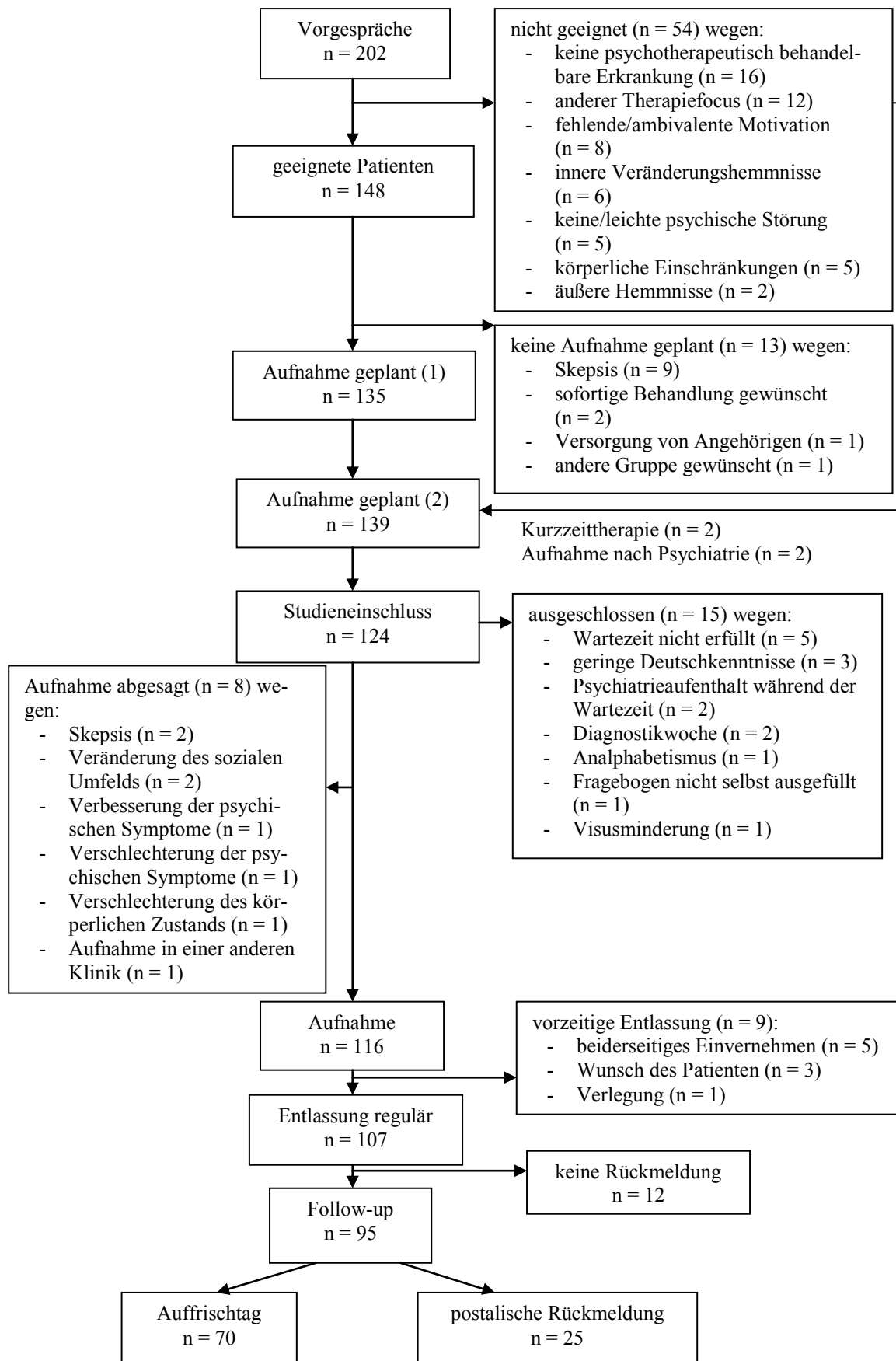


Abbildung 1: Flussdiagramm der Stichprobenentwicklung in Anlehnung an das CONSORT-Statement

8.3 Durchführung der Datenerhebung

Der Untersuchungszeitraum der gesamten Studie mit den vier Messzeitpunkten Vorgespräch, Aufnahme, Entlassung und Katamnese erstreckt sich von September 2008 bis Dezember 2010, die letzten Katamnese-daten wurden Anfang Dezember 2010 erhoben. Die Datengewinnung erfolgte nach einem festen Ablaufschema:

Kurz vor dem vereinbarten prästationären Gespräch wurde den Patienten das Fragebogen-set mit einem Anschreiben und der Bitte die ausgefüllten Bögen zu dem Termin mit-zubringen, postalisch zugeschickt. Zu dem Termin wurden ein klinisches Interview durch-geführt, die Stammdaten erhoben, Indikation und Motivation für eine Behandlung in der PTK 55+ geklärt, die Fragebögen auf fehlende Werte (missing data) kontrolliert, diesbe-züglich Fragen des Patienten erörtert, eine Fremdeinschätzung durch den Interviewer (während der gesamten Studiendauer dieselbe Person) sowie psychometrische Testverfah-ren durchgeführt.

Die Anamnese richtete sich wie von Laireiter (2000) empfohlen eng an der von Adler & Hemmeler (1992) modifizierte Vorgehensweise von Morgan & Engel (1969/1977) aus, welche folgende Schritte vorsieht:

1. Vorstellung, Begrüßung
2. Gestalten einer günstigen Situation
3. Landkarte der Beschwerden
4. jetziges Leiden
 - a. zeitliches Auftreten
 - b. Qualität
 - c. Intensität
 - d. Lokalisation und eventuelle Ausstrahlung
 - e. Zusammenhang mit anderen Beschwerden
 - f. Faktoren, die das Symptom verstärken oder mildern
 - g. Umstände, unter denen das Symptom auftritt
5. frühere Erkrankungen
6. Familienanamnese
7. psychische Entwicklung
8. soziale Anamnese
9. Systemübersicht
10. Beendigung des Gesprächs

Am ersten Behandlungstag erhielten die Patienten das Fragebogenset „Aufnahme“, am zweiten Behandlungstag wurden in einem Termin (während der gesamten Studiendauer mit derselben Person) fehlende Stammdaten ergänzt, Daten zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens in den vergangenen sechs Monaten erhoben, mögliche Studienausschlusskriterien überprüft, die Fragebögen auf fehlende Werte kontrolliert, diesbezüglich Fragen des Patienten erörtert sowie psychometrische Testverfahren durchgeführt. Zudem wurden psychische und körperliche Diagnosen sowie die aktuelle Medikation im Hinblick auf Psychopharmaka dokumentiert.

Am Tag vor der Entlassung erhielten die Patienten das Fragebogenset „Entlassung“, am letzten Behandlungstag wurden in einem Termin (während der gesamten Studiendauer mit derselben Person) die Fragebögen auf fehlende Werte kontrolliert, diesbezüglich Fragen des Patienten erörtert sowie psychometrische Testverfahren durchgeführt. Zudem wurde die Medikation im Hinblick auf Psychopharmaka zum Entlasszeitpunkt aktualisiert, die Patienten wurden für eine Teilnahme am Auffrischttag motiviert. Für jeden Patienten wurde eine Kurzzusammenfassung der Fragebogen- und Testergebnisse erstellt, welche dem ausführlichen Arztbrief beigelegt wurde.

Kurz vor dem Auffrischttag wurde allen eingeladenen Patienten das Fragebogenset „Kattamnese“ zugeschickt. Im Rahmen eines Einzelgesprächs während des Auffrischtags wurden Daten zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens in den vergangenen sechs Monaten erfasst, die Fragebögen auf fehlende Werte kontrolliert, diesbezüglich Fragen des Patienten erörtert sowie psychometrische Testverfahren durchgeführt. Patienten, die nicht am Auffrischttag teilnahmen, wurden gebeten, das Fragebogenset zurückzusenden bzw. in Einzelfällen zu einem poststationären Einzelgespräch eingeladen. Falls es zu keinem persönlichen Kontakt kam, musste auf die Fremdeinschätzung, die Durchführung der psychometrischen Testverfahren und Erhebung der Daten zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens verzichtet werden.

8.4 Beschreibung der Studienteilnehmer

Da vollständige Stammdaten nur für die 116 Patienten vorliegen, die die Einschlusskriterien erfüllten und zur Behandlung in der Tagesklinik aufgenommen wurden, beziehen sich sämtliche weitere Angaben und Berechnungen ausschließlich auf diese Stichprobe. Da bis dato kaum Daten zu der psychosomatischen Behandlung Älterer in altershomogenen Gruppen vorliegen und die PTK 55+ als teilstationäres Therapieangebot für Ältere bis zum heutigen Tag einmalig ist, folgt eine ausführliche Beschreibung der erhobenen Stammdaten.

Folgende Patienten- und Behandlungsmerkmale wurden detailliert erhoben (vgl. Tabelle 9):

Tabelle 9: erhobene Patienten- und Behandlungsmerkmale

Demografische Variablen	Krankheitsbezogene Merkmale	Therapiebezogene Merkmale
Geschlecht	Behandlungsempfeher	Behandlungsdauer
Alter	Überweisungsdiagnose	Fehltage
Herkunftsland	Beschwerdedauer in Bezug auf die Hauptdiagnose	Art der Therapiebeendigung
Migrationshintergrund	stationäre psychiatrische Vorbehandlung	Empfehlungen zur Nachsorge
Familienstand	stationäre psychotherapeut./ psychosomat. Vorbehandlung	Psychopharmaka
Lebens- u. Partnersituation	ambulante psychotherapeutische Vorbehandlung	
Kinderzahl	Therapiemotivation	
Schulabschluss	Suizidversuche in der Vorgeschichte	
Berufsabschluss	substanzgebundene/r Abusus bzw. Abhängigkeit	
letzte Berufstätigkeit	Hauptdiagnose	
aktuelle Tätigkeit	psychische Nebendiagnosen	
Haupteinnahmequelle	körperliche Nebendiagnosen	
Nettoeinkommen pro Person im Haushalt	Arztbesuche	
	ambulante Untersuchungen	
	Krankenhausaufenthalte	

8.4.1 demografische Variablen

Geschlecht und Alter

94 (81 %) aufgenommene Patienten waren weiblich, dementsprechend 22 (19 %) männlich. Das Durchschnittsalter betrug 62,8 Jahre (SD = 6,81) mit einem Minimum von 53 Jahren und einem Maximum von 82 Jahren. Der Median lag bei einem Lebensalter von 61 Jahren. Einen Überblick der genauen Altersverteilung gibt Abbildung 2. Knapp ein Fünftel der Patienten (n = 22, 19 %) war 70 Jahre oder älter, die überwiegende Mehrheit von 81 % (n = 94) befand sich zum Zeitpunkt der Behandlung zwischen dem 53. und 69. Lebensjahr.

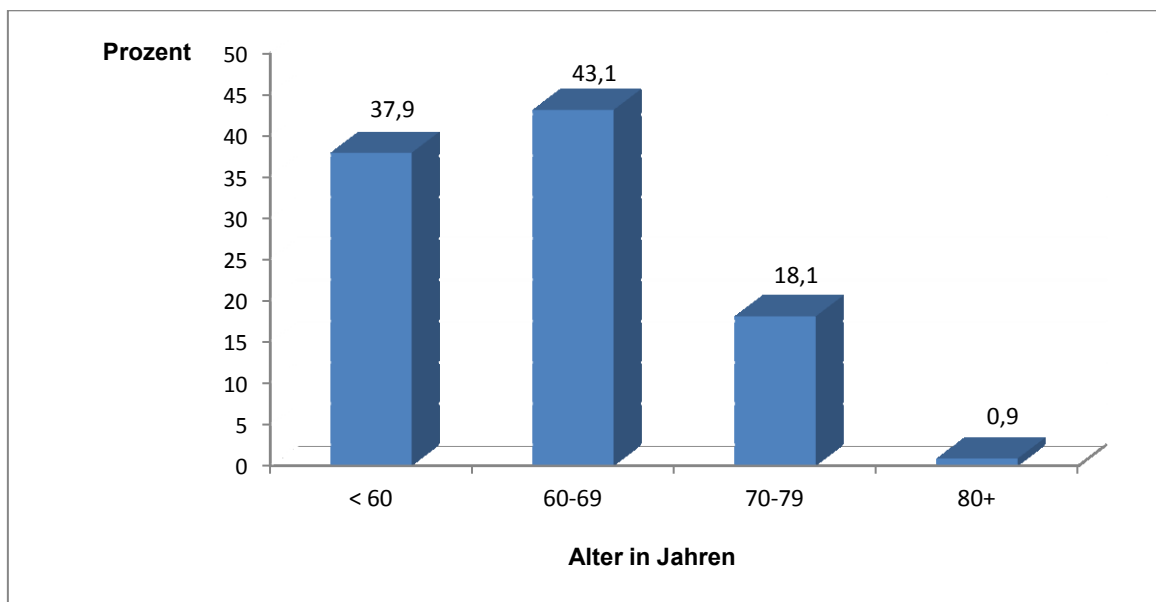


Abbildung 2: Altersverteilung

Herkunftsland

84 Patienten (72,4 %) waren auf dem Boden der heutigen Bundesrepublik Deutschland geboren, der andere Anteil von 32 Patienten (27,6 %) wies ein anderes Herkunftsland, zumeist jedoch deutsche Nationalität auf. So wurden 7 Patienten (6 %) im Sudetenland/Tschechien geboren, jeweils 6 Patienten (5,2 %) im ehemaligen Jugoslawien sowie in Schlesien/Polen. Des Weiteren wurden Patienten mit Herkunft aus Siebenbürgen, dem Banat, der Sowjetischen Besatzungszone SBZ/DDR, Frankreich, Griechenland, Lettland, Russland, Spanien oder der Türkei behandelt (n = 13 Patienten, 11,2 %), vgl. auch Tabelle 10.

Tabelle 10: Herkunftsländer der Patienten

Herkunftsland	n	%
Deutschland	84	72,4
Sudetenland/Tschechien	7	6,0
ehem. Jugoslawien (Slowenien, Kroatien, Bosnien)	6	5,2
Schlesien/Polen	6	5,2
Siebenbürgen/Rumänien	5	4,3
Banat	1	0,9
DDR/SBZ	1	0,9
Frankreich	1	0,9
Griechenland	1	0,9
Lettland	1	0,9
Russland	1	0,9
Spanien	1	0,9
Türkei	1	0,9

Migrationshintergrund

Zusätzlich zum Herkunftsland wurde der Migrationshintergrund der Patienten genau erfasst. So wurden 12 Patienten (10,3 %) im Rahmen des Zweiten Weltkriegs vertrieben bzw. mussten flüchten, 10 (8,6 %) wanderten aus ihrem Herkunftsland aus bzw. kamen als Gastarbeiter in die Bundesrepublik Deutschland und ebenso viele kamen als Um-, Aus- oder Übersiedler aus der ehemaligen DDR, Rumänien oder Russland nach Deutschland. Zum Zeitpunkt der Untersuchung lebten diese Patienten bereits für eine Dauer zwischen 8 und 65 Jahren in der Bundesrepublik.

Familienstand

Nahezu die Hälfte der Patienten (n = 57, 49,1 %) war zum Zeitpunkt der Behandlung verheiratet, davon zwei Personen in Trennung lebend. 25 Patienten (21,6 %) waren verwitwet, darunter 3 wieder in fester Partnerschaft lebend. 23 Patienten (19,8 %) waren geschieden, darunter 9 Personen wieder in fester Partnerschaft. 11 Patienten (9,5 %) waren ledig, davon lebte eine Person in einer festen Partnerschaft, vgl. auch Abbildung 3.

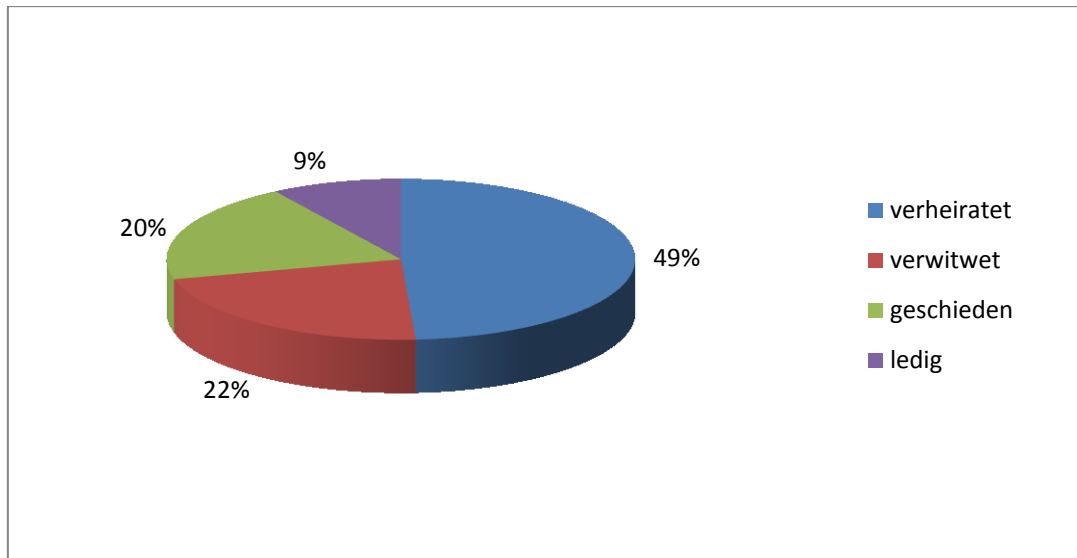


Abbildung 3: Familienstand der Patienten

Lebens- und Partnersituation

In Bezug auf die aktuelle Lebenssituation der Patienten ergab sich folgendes Bild: Die Hälfte ($n = 58$, 50 %) lebte mit einem Partner zusammen, 52 Patienten (44,8 %) lebten allein. Einige wenige Patienten lebten mit ihren Kindern in einem Haushalt ($n = 3$, 2,6 %), ebenso viele in einer anderen Wohnform (mit Eltern, in einer Wohngemeinschaft).

Betrachtet man die Partnersituation der untersuchten Patienten (Ehepartner und fester Nicht-Ehepartner) so zeigt sich, dass mehr als die Hälfte in einer festen Beziehung lebte ($n = 68$, 58,6 %). Ca. ein Drittel ($n = 35$, 30,2 %) hatte langfristig (länger als drei Jahre) keinen Partner, 13 Patienten (11,2 %) lebten überwiegend aufgrund von Verwitwung über einen kürzeren Zeitraum (weniger als drei Jahre) nicht mehr in einer Partnerschaft.

Kinderzahl

Die Kinderanzahl der Patienten lag im Durchschnitt bei 1,6 mit einer Spanne von 0 bis 7 Kindern. Ca. ein Fünftel war kinderlos ($n = 25$, 21,6 %), ein Viertel hatte ein Kind ($n = 31$, 26,7 %), ein Drittel ($n = 39$, 33,6 %) hatte zwei Kinder. Drei oder mehr Kinder hatten 21 Patienten (18,1 %).

Schulabschluss

Zwei Drittel der Patienten verfügten über einen Volks- bzw. Hauptschulabschluss ($n = 75$, 64,7 %), einen Realschulabschluss bzw. mittlere Reife hatte ein Fünftel der Patienten ($n = 25$, 21,6 %). 14 Patienten (12,1 %) hatten Abitur bzw. Fachabitur, ohne Schulabschluss waren 2 Patienten (1,7 %).

Berufsabschluss

Mehr als die Hälfte der Patienten hatte eine Lehre abgeschlossen ($n = 63, 54,3 \%$), 15 ($12,9 \%$) verfügten über den Meister als höchsten Berufsabschluss oder hatten eine Fachschule besucht. 10 Patienten ($8,6 \%$) hatten einen Hochschulabschluss, wohingegen ein Viertel der Patienten über keine abgeschlossene Berufsausbildung ($n = 28, 24,1 \%$) verfügte.

Letzte Berufstätigkeit

Nach ihrer letzten ausgeübten Berufstätigkeit befragt, machten die Patienten folgende Angaben (vgl. Tabelle 11):

Tabelle 11: zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit der Patienten

Tätigkeit	n	%
Angestellte/r Bürotätigkeit	38	32,7
Angestellte/r Sonstiges	22	19,0
Verkauf	17	14,7
Arbeiter/in	15	12,9
Angestellte/r Medizin/Pflege/Erziehung	9	7,7
leitende Position	7	6,0
Beamter/Beamtin	3	2,6
Hausfrau	3	2,6
selbstständig	1	0,9
betreute Tätigkeit	1	0,9

Aktuelle Tätigkeit

Ca. ein Drittel der Patienten ($n = 36, 31 \%$) war zum Zeitpunkt der Behandlung noch berufstätig, davon ca. 55% in Vollzeit, 45% in Teilzeit. Arbeitslos gemeldet waren 14 Patienten, dies entspricht einem Anteil von $12,1 \%$, ein Patient war anderweitig ohne Beschäftigung. Als Hausfrau bzw. Hausmann bezeichneten sich 4 Patienten ($3,4 \%$).

Nicht mehr im Erwerbsleben standen insgesamt 61 Patienten ($52,5 \%$): 50 Patienten ($43,1 \%$) waren in Alters- oder Frührente bzw. Pension, 8 Patienten ($6,9 \%$) bezogen Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeitsrente auf Dauer, 3 Personen ($2,6 \%$) auf Zeit, vgl. auch Abbildung 4.

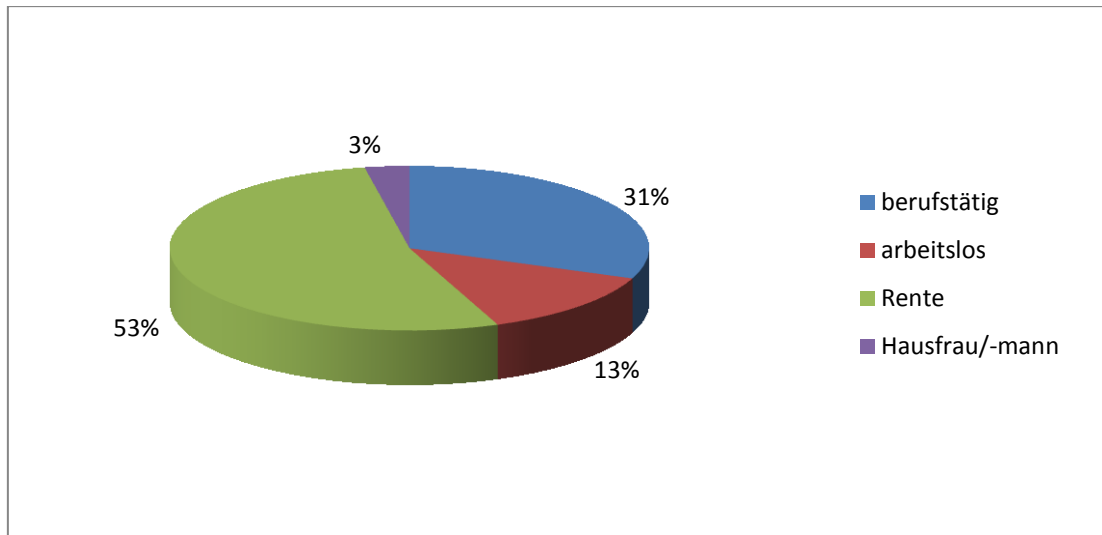


Abbildung 4: aktuelle Tätigkeit der Patienten

Haupteinnahmequelle

Nach ihrer aktuellen Haupteinnahmequelle befragt, gaben über zwei Drittel ($n = 80$, 69 %) an, von ihrer Arbeitstätigkeit oder Rente zu leben. 14 Patienten (12,1 %) lebten von Krankengeld, 11 Personen (9,5 %) gaben als Haupteinnahmequelle Ehegattenunterhalt an. Jeweils 5 Patienten (4,3 %) lebten von Arbeitslosengeld oder Hartz IV.

Nettoeinkommen des Haushalts

Über die Hälfte der Patientenhaushalte ($n = 62$, 53,4 %) hatte ein monatliches Einkommen von 1000 bis 1999 Euro zur Verfügung. Ein Fünftel ($n = 25$, 21,6 %) verfügte über 2000 bis 2999 Euro, 4 Patienten (3,5 %) hatten ein Einkommen von über 3000 Euro. Über ein monatliches Netto-Haushaltseinkommen von weniger als 1000 Euro verfügte ca. ein Fünftel ($n = 22$, 19 %) der Patienten.

8.4.2 krankheitsbezogene Merkmale

Empfehlung der PTK 55+

Um die Zugangswege der Patienten über den einweisenden Arzt hinaus zu erfassen, wurde jeder Patient befragt, woher er die Empfehlung für eine Behandlung in der PTK 55+ erhalten hatte (vgl. Tabelle 12). Einem Großteil ($n = 31$, 26,7 %) wurde von einem niedergelassenen Psychiater bzw. Neurologen oder der psychiatrischen Klinik des Klinikums Nürnberg ($n = 18$, 15,5 %) zu der Therapie geraten, ca. ein Fünftel der Patienten ($n = 25$, 21,6 %) wurde vom klinikumsinternen psychosomatischen Konsiliar-/Liaisondienst ver-

mittelt. Diese Patienten wurden von ärztlichen und psychologischen Kollegen aufgrund psychischer Symptome konsiliarisch auf verschiedenen Stationen des Klinikums betreut und mit der Empfehlung einer weiterführenden psychosomatischen Behandlung für Ältere nach dem akutstationären Aufenthalt versorgt, woraufhin ein prästationäres Gespräch erfolgte. Im Einzelnen wurden die Patienten auf folgenden Abteilungen gesehen: Aufnahmestation (n = 7), Gastroenterologie (n = 5), Geriatrie (n = 4), Kardiologie (n = 4), Neurologie (n = 4), Nephrologie (n = 1). Die weiteren Behandlungsempfeher sind Tabelle 12 zu entnehmen. Erwähnenswert erscheint, dass sich lediglich 5 Patienten (4,3 %) aus eigener Initiative um eine psychosomatische Behandlung bemühten, die anderen Patienten sind dementsprechend als überwiegend fremdmotiviert zu sehen; eventuell abgesehen von den 4 Patienten (3,4 %), die sich zur Wiederaufnahme vorstellten, welche möglicherweise ebenfalls eigenmotiviert waren.

Tabelle 12: Empfeher der Behandlung in der PTK 55+

Empfeher	n	%
Neurologe/Psychiater	31	26,7
psychiatrische Klinik (am Klinikum)	18	15,5
psychosomatischer Konsiliar-/Liaisondienst	25	21,6
ehemaliger Patient	7	6,0
Facharzt für Psychosomatische Medizin	5	4,3
eigene Initiative	5	4,3
Allgemeinarzt bzw. Hausarzt	4	3,4
psychosomatische Klinik	4	3,4
Wiederaufnahme	4	3,4
Beratungsstelle	3	2,6
Angehörige	3	2,6
psychologischer bzw. ärztlicher Psychotherapeut	2	1,7
Internist	2	1,7
sonstiger Facharzt	2	1,7
Arzt mit Zusatztitel Psychotherapie	1	0,9

Überweisungsdiagnose

Mehr als die Hälfte der Patienten (n = 63, 54,3 %) kam mit der Überweisungsdiagnose einer affektiven Störung, d. h. mit Ausnahme einer Patientin mit bipolarer Störung mit einer depressiven Episode, einer rezidivierenden depressiven Störung oder einer Dysthymia. 16 Patienten (13,8 %) stellten sich mit der Diagnose einer Angststörung vor, 14 Patienten (12,1 %) kamen mit der Diagnose einer somatoformen Störung zum Vorgespräch. Bei 4 Patienten (3,4 %) stellte der überweisende Arzt die Diagnose einer Anpassungs- bzw. Belastungsstörung, jeweils ein Patient (zusammen 2,6 %) wurde vermittelt wegen einer psychovegetativen Erschöpfung, eines Bandscheibenvorfalles sowie des Verdachts auf eine Demenz. Bei 16 Patienten (13,8 %) lag zum Zeitpunkt des Vorgesprächs keine Überweisungsdiagnose vor, vgl. Tabelle 13.

Tabelle 13: Überweisungsdiagnosen der Patienten

Überweisungsdiagnose	n	%
affektive Störung (F31-F34)	63	54,3
Angststörung (F40-F41)	16	13,8
somatoforme Störung (F45)	14	12,1
Anpassungs-/Belastungsstörung (F43)	4	3,4
Sonstiges	3	2,6
ohne	16	13,8

Beschwerdedauer

Im Durchschnitt litten die Patienten seit 135 Monaten (ca. 11 Jahren) an den in Bezug auf die Hauptdiagnose berichteten Beschwerden. Die Spanne lag hierbei zwischen einem Monat und 50 Jahren Beschwerdedauer seit Erstmanifestation. Bis zu einem Jahr lagen die Beschwerden bei 28 Patienten (24,1 %) vor, 37 Patienten (31,9 %) litten unter den Symptomen zwischen über einem und bis zu fünf Jahren. Über fünf bis 20 Jahre andauernde Beschwerden berichteten 28 Patienten (24,1 %), länger als 20 Jahre Beschwerdedauer gaben 23 Patienten (19,8 %) an (vgl. Abbildung 5).

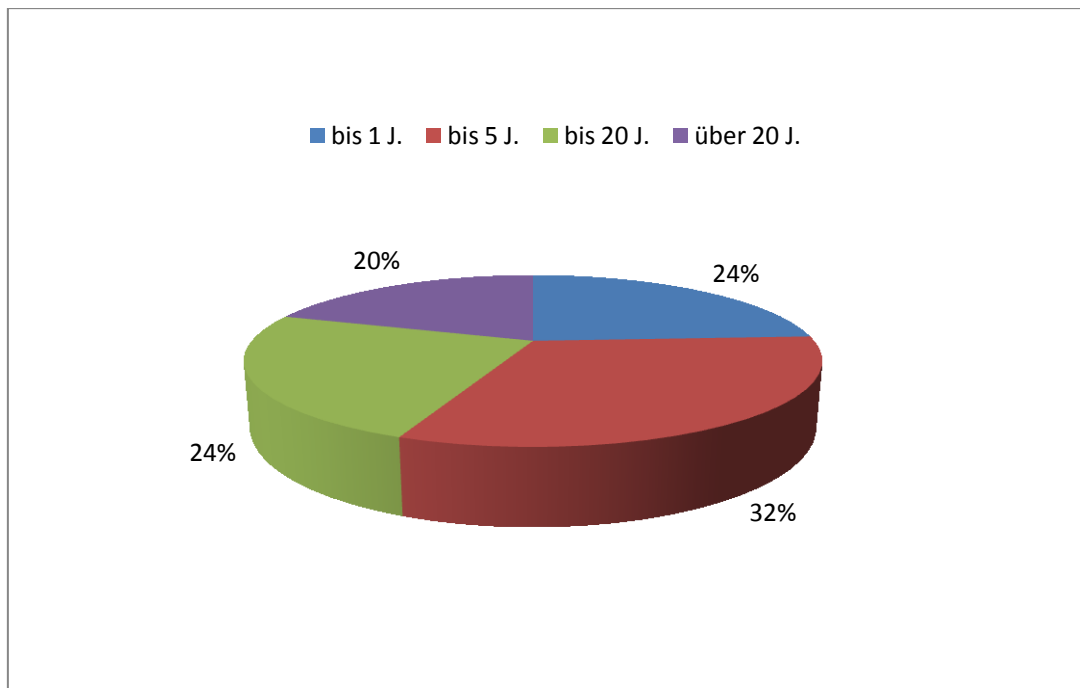


Abbildung 5: Beschwerdedauer in Bezug auf die Hauptdiagnose (angegeben in Jahren)

Psychiatrische und psychotherapeutische Vorerfahrung

Ca. ein Viertel der Patienten ($n = 32$, 27,6 %) war vor dem Aufenthalt in der PTK 55+ bereits stationär in einer psychiatrischen Klinik, darunter die Mehrheit von 21 Patienten (65,6 %) einmalig, 11 Patienten (34,4 %) zwei- bis achtmal. In Bezug auf alle Psychiatrieaufenthalte in der Vorgeschichte lag die durchschnittliche Gesamtdauer an diesbezüglicher Vorerfahrung bei 3,7 Monaten (Spannweite 2 Wochen bis 16 Monate).

Über ein Drittel der Patienten ($n = 45$, 38,8 %) hatte bereits eine oder mehrere psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen eines stationären Aufenthalts in einer psychosomatischen Klinik vorzuweisen. Davon waren 22 Patienten (48,9 %) im Laufe ihres Lebens einmal in stationärer Behandlung, 13 Patienten (28,9 %) hatten bereits zwei Aufenthalte hinter sich. 6 Patienten (13,3 %) waren dreimal in stationärer Behandlung, vier oder mehr Aufenthalte wiesen 3 Patienten (6,7 %) auf. Von einem Patienten lagen keine Angaben vor. Insgesamt verfügten diese Patienten über eine stationäre Psychotherapievorerfahrung von durchschnittlich 4 Monaten (Spannweite 2 Wochen bis 18 Monate).

Erfahrung mit teilstationärer Psychotherapie im Rahmen einer psychosomatischen Tagesklinik hatten 8 Patienten (6,9 %), darunter 5 Patienten, die bereits einmal in der PTK 55+ behandelt und erneut zur Therapie aufgenommen worden waren. Die Gesamtvorerfahrungsdauer mit teilstationärer psychotherapeutischer Behandlung dieser Patienten lag bei durchschnittlich 1,5 Monaten.

Die gute Hälfte der Patienten ($n = 60, 51,7\%$) befand sich bereits ein- oder mehrmals in ambulanter Psychotherapie, die Anzahl der vorbehandelnden Psychotherapeuten reicht von eins (65 % der Patienten) bis fünf. Unmittelbar vor der Aufnahme in der PTK 55+ befanden sich 27 Patienten (23,3 %) in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung, die entweder dann abgeschlossen war oder in der Mehrzahl der Fälle nach der tagesklinischen Behandlung fortgesetzt wurde.

Im Hinblick auf die Anzahl in Anspruch genommener Therapiesitzungen ergab sich folgendes Bild (vgl. Tabelle 14):

Tabelle 14: Stundenzahl ambulanter psychotherapeutischer Vorerfahrung

Stundenzahl	n	%
bis zu 5 h	7	11,7
6-25 h	17	28,3
26-160 h	21	35,0
161-300 h	7	11,7
über 300 h	3	5,0
unbekannt	5	8,3

Betrachtet man insgesamt die Vorerfahrung der Patienten in Bezug auf Psychotherapie (vs. psychiatrische Behandlung), sei es stationär, teilstationär oder ambulant, so zeigte sich, dass sich ca. zwei Drittel ($n = 75, 64,7\%$) bereits in psychotherapeutischer Behandlung befunden hatten.

Therapiemotivation

Nach dem Vorgespräch wurde von der interviewenden Therapeutin die vorhandene Therapiemotivation der Patienten auf einer fünfstufigen Skala (0 = nicht motiviert, 1 = kaum motiviert, 2 = etwas motiviert, 3 = motiviert, 4 = sehr motiviert) eingeschätzt.

Kaum für eine Behandlung der PTK 55+ motiviert zeigten sich 4 Patienten (3,4 %), als etwas motiviert wurden 33 Patienten (28,4 %) eingestuft. Der größte Anteil mit 43 Patienten (37,1 %) zeigte sich motiviert, sehr motiviert waren 36 Patienten (31,0 %), vgl. Abbildung 6. Die durchschnittliche Motivation liegt bei einem Wert von 2,96 (SD = 0,859).

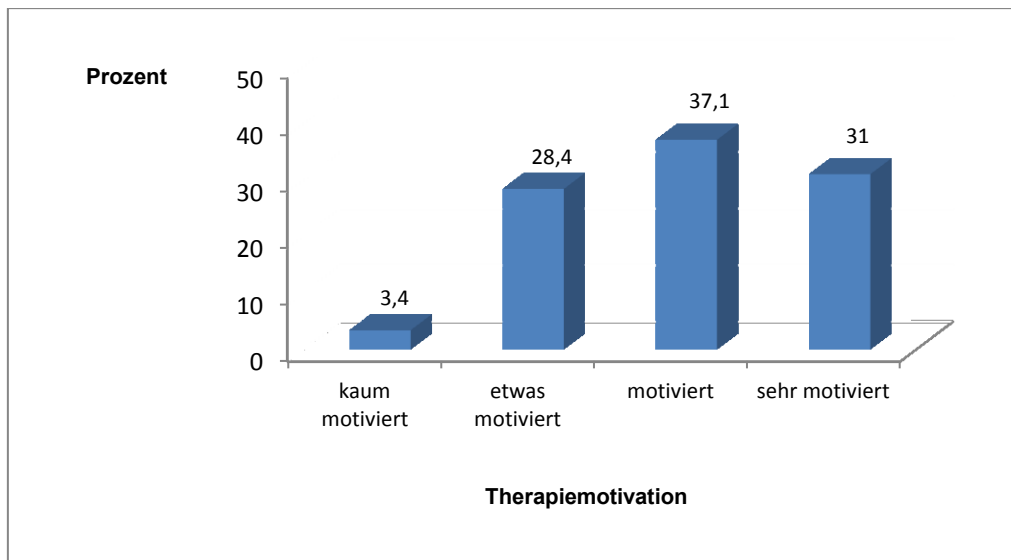


Abbildung 6: Therapiemotivation, fremdeingeschätzt beim prästationären Gespräch

Suizidversuch in Vorgeschichte

23 Patienten (19,8 %) gaben an, im Laufe ihres Lebens einen oder mehrere Suizidversuche verübt zu haben, darunter 2 Patienten innerhalb des letzten halben Jahres vor Aufnahme in der PTK 55+. Bei 18 Patienten (78,3 %) handelte es sich um einen einmaligen Versuch der Selbsttötung, 5 Patienten (21,8 %) gaben zwei oder drei Suizidversuche in der Vorgeschichte an.

Abusus und Abhängigkeit

Es wurden außerdem Abusus bzw. Abhängigkeit von Nikotin, Alkohol und Medikamenten sowohl für die Vergangenheit als auch für den aktuellen Zeitpunkt erfragt. Die Ergebnisse sind Abbildung 7 und Tabelle 15 zu entnehmen.

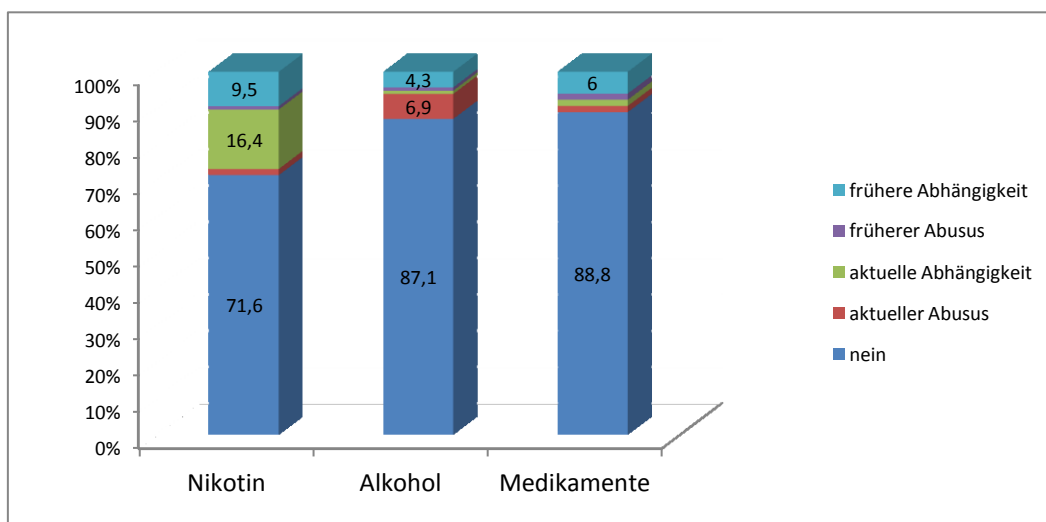


Abbildung 7: Abusus und Abhängigkeit in Bezug auf Nikotin, Alkohol und Medikamente

Tabelle 15: Abusus und Abhängigkeit in Bezug auf Nikotin, Alkohol und Medikamente (in %)

Suchtstoff	Kein/e Abusus/Abh.	Abusus aktuell	Abhängigkeit aktuell	Abusus früher	Abhängigkeit früher
Nikotin	71,6	1,7	16,4	0,9	9,5
Alkohol	87,1	6,9	0,9	0,9	4,3
Medikamente	88,8	1,7	1,7	1,7	6,0

Behandlungsform

Die Möglichkeit einer stationären Aufnahme mit Teilnahme am regulären tagesklinischen Therapieprogramm nutzten 12 Patienten (10,3 %).

Rentenverfahren

Noch berufstätig oder bereits berentet waren zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns 111 Patienten (95,7 %), bei 3 Patienten (2,6 %) lief gerade das Entscheidungsverfahren, 2 Patienten (1,7 %) hatten gerade einen Renten- bzw. Zeitrentenantrag gestellt.

Psychische Hauptdiagnose

Die vergebene Hauptdiagnose war bei jedem Patienten eine psychische Diagnose (Gruppe F nach ICD-10). Ein Drittel der Patienten (n = 38, 32,8 %) litt an einer affektiven Störung, genauer gesagt einer Depression. Bei der Mehrheit von 27 Patienten handelte es sich hierbei um eine rezidivierende depressive Störung, eine Patientin litt an einer bipolaren Störung und befand sich zum Behandlungszeitpunkt in einer mittelgradigen depressiven Episode. Ein Viertel der Patienten (n = 29, 25 %) litt an einer Angst- bzw. Zwangserkrankung, darunter 19 Patienten an einer Panikstörung, 5 Patienten wiesen eine Agoraphobie mit Panikstörung auf. Eine generalisierte Angststörung hatten 4 Patienten als Hauptdiagnose, eine Patientin litt unter einer Zwangserkrankung, die im Vordergrund des psychischen Beschwerdebilds stand. Ebenfalls ein Viertel (n = 29, 25 %) der Patienten wies als Hauptdiagnose eine somatoforme Störung auf, die sich bei genauerer Betrachtung wie folgt aufgliederten:

- anhaltende Schmerzstörung: 15 Patienten
- somatoforme autonome Funktionsstörung: 9 Patienten
- Somatisierungsstörung: 4 Patienten
- Sonstige: 1 Patient

Die Hauptdiagnose einer Persönlichkeitsstörung hatten 11 Patienten (9,5 %), 8 Patienten (6,9 %) wiesen eine Belastungs- (n = 3) oder Anpassungsstörung (n = 5) auf. Bei einer Patientin (0,9 %) standen psychogene Essattacken im Vordergrund des Beschwerdebilds, vgl. auch Abbildung 8.

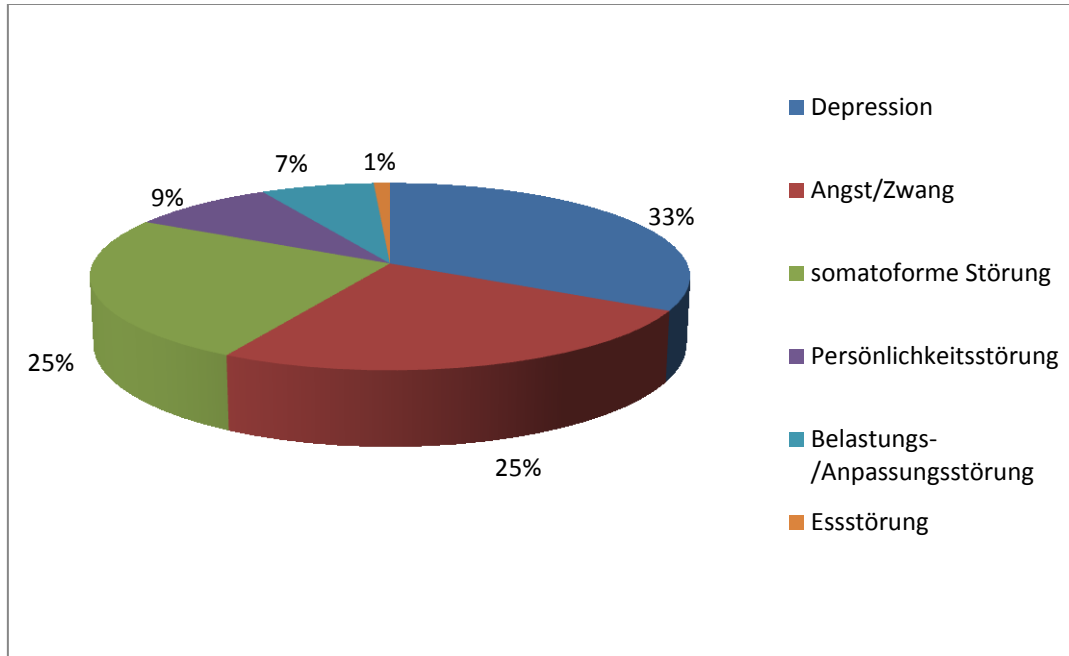


Abbildung 8: Verteilung der Hauptdiagnosen

Psychische Nebendiagnose

Durchschnittlich wiesen die Patienten neben der psychischen Hauptdiagnose noch 1,4 psychische Nebendiagnosen auf (SD = 1,256) mit einer Spanne von null bis zu sechs weiteren Diagnosen. Ein knappes Drittel (n = 35, 30,2 %) wies neben der Hauptdiagnose keine psychische Nebendiagnose auf, ein Viertel (n = 30, 25,9 %) hatte eine weitere Diagnose, 32 Patienten (27,6 %) zwei. Drei oder mehr psychische Nebendiagnosen fanden sich bei 19 Patienten (16,4 %).

Detailliert betrachtet fanden sich in den Nebendiagnosen anteilig folgende Störungen: Zu über einem Drittel (38,5 %) waren in den Nebendiagnosen affektive Störungen im Sinne von Depression bzw. Dysthymia vertreten, ein Viertel entfällt auf Suchterkrankungen (26,1 %). Angst- bzw. Zwangserkrankungen machten 18,6 % der psychischen Nebendiagnosen aus, somatoforme Störungen waren mit 5,6 % vertreten. Darüber hinaus fanden sich in geringen Anteilen Anpassungs- bzw. Belastungsstörungen (4,2 %), Persönlichkeitsstörungen (1,9 %), Essstörungen (1,9 %), hirnganische Störungen (1,3 %), dissoziative Störungen (1,3 %) sowie Schlafstörungen (0,6 %).

Körperliche Nebendiagnosen

Die Erhebung der körperlichen Nebendiagnosen ergab durchschnittlich 2,3 Diagnosen pro Patient (SD 1,599) mit einer Spanne von null bis acht. Keine körperliche Erkrankung hatten 11 Patienten (9,5 %), die knappe Hälfte mit 57 Patienten (49,1 %) wies eine oder zwei Nebendiagnosen auf. Unter drei bis fünf körperlichen Erkrankungen litten 45 Patienten (38,8 %), sechs Diagnosen oder mehr hatten 3 Patienten (2,6 %).

Detailliert betrachtet gliedern sich die Nebendiagnosen anteilig in folgende Gruppen auf:

25,4 % Herzerkrankungen (z. B. KHK) und Hypertonie

21,5 % endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (überwiegend Erkrankungen der Schilddrüse)

8,8 % Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

7,0 % Erkrankungen des Nervensystems

5,3 % Krankheiten des Ohres

4,4 % zerebrovaskuläre Erkrankungen

3,1 % bösartige Neubildungen

2,6 % Krankheiten des Auges

21,9 % Sonstiges (Krankheiten des Atmungssystems, der Niere, des Verdauungssystems usw.)

In Bezug auf die behandelte Patientenklientel zeigte sich, dass knapp die Hälfte ($n = 55$, 47,4 %) an Hypertonie litt, 46 Patienten (39,7 %) hatten eine endokrine, Ernährungs- oder Stoffwechselkrankheit (überwiegend Erkrankungen der Schilddrüse). 20 Patienten (17,2 %) litten unter Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems oder Bindegewebes, 16 (13,8 %) unter Erkrankungen des Nervensystems. 12 Patienten (10,3 %) wiesen eine Herzerkrankung auf, 10 Patienten (8,6 %) eine zerebrovaskuläre Erkrankung.

Anzahl der Arztbesuche im letzten halben Jahr

Um die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens zu erfassen, wurden die Patienten um eine Schätzung der Anzahl ihrer Arztbesuche im vergangenen halben Jahr vor der Aufnahme gebeten. Während dieses Zeitraums suchten die Patienten durchschnittlich 12,5-mal einen Arzt auf, die Spanne reicht hierbei von keinem bis zu 50 Arztbesuchen in sechs Monaten (von 2 Patienten lagen keine Angaben vor), vgl. Abbildung 9.

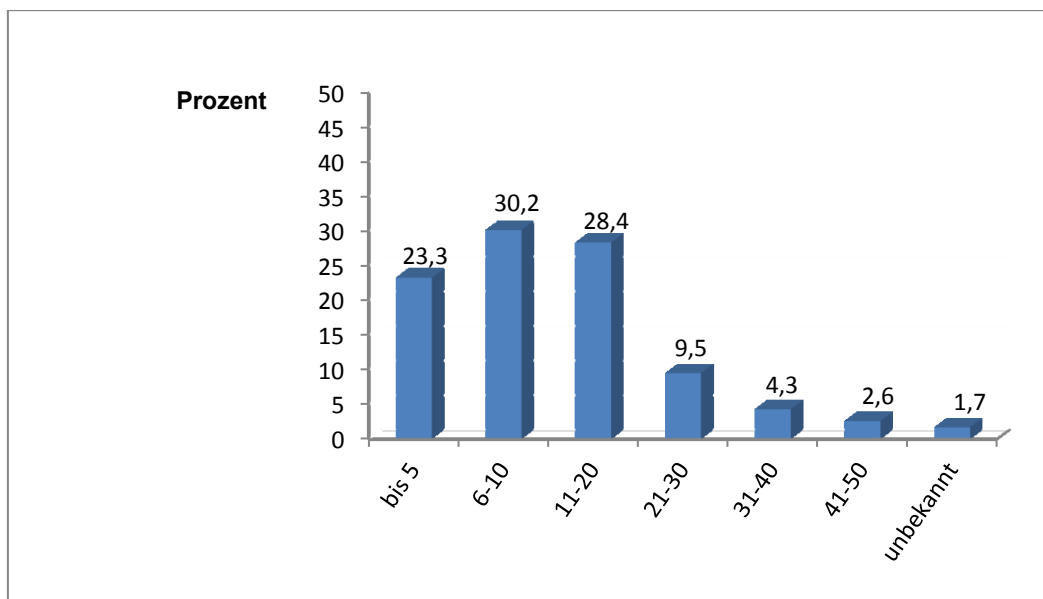


Abbildung 9: Anzahl der Arztbesuche in den sechs Monaten vor der Aufnahme in der PTK 55+

Fachrichtungen

Bis auf zwei Patienten war jeder Patient im vergangenen halben Jahr bei seinem Hausarzt. Darüber hinaus wurden diverse Fachärzte aufgesucht, deren Anteil an der Gesamtmenge der verschiedenen Fachrichtungen wie folgt ausfällt (2 unbekannt), vgl. Tabelle 16:

Tabelle 16: Fachrichtungen der aufgesuchten Ärzte (Anteil in %)

Fachrichtung	Anteil in %	Fachrichtung	Anteil in %
Hausarzt	24,9	Pneumologe	2,5
Orthopäde	15,8	Chirurg	1,1
Neurologe/Psychiater	15,0	Diabetologe	0,8
Internist	7,4	Gastroenterologe	0,5
Hals-Nasen-Ohrenarzt	5,7	Schmerz	0,5
Gynäkologe	5,5	Rheumatologe	0,5
Augenarzt	5,2	Phlebologe	0,5
Zahnarzt	4,1	Proktologe	0,3
Kardiologe	3,3	Onkologe	0,3
Hautarzt	2,7	Nephrologe	0,3
Urologe	2,7	Physikalische Medizin	0,3

64 Patienten (55,2 %) waren zusätzlich zu ihrem Hausarzt beim Orthopäden, die Hälfte (n = 58, 50 %) der Patienten suchte in dem benannten Zeitraum einen Neurologen bzw. Psychiater auf. Ein Viertel der Patienten (n = 28, 24,1 %) wurde beim Internisten vorstellig, ein Fünftel (n = 23, 19,8 %) beim Hals-Nasen-Ohrenarzt.

Folgende Fachärzte wurden ebenfalls von den Patienten aufgesucht (Anzahl der Patienten bzw. % in Klammern): Augenarzt (n = 21, 18,1 %), Gynäkologe (n = 19, 16,4 %), Zahnarzt (n = 15, 12,9 %), Kardiologe (n = 12, 10,3 %), Hautarzt (n = 10, 8,6 %), Urologe (n = 9, 7,8 %), Pneumologe (n = 9, 7,8 %), Chirurg (n = 4, 3,4 %), Diabetologe (n = 3, 2,6 %), Sonstige (Phlebologe, Gastroenterologe, Schmerztherapeut, Rheumatologe, Proktologe, Onkologe, Nephrologe; n = 12, 10,3 %), vgl. Abbildung 10.

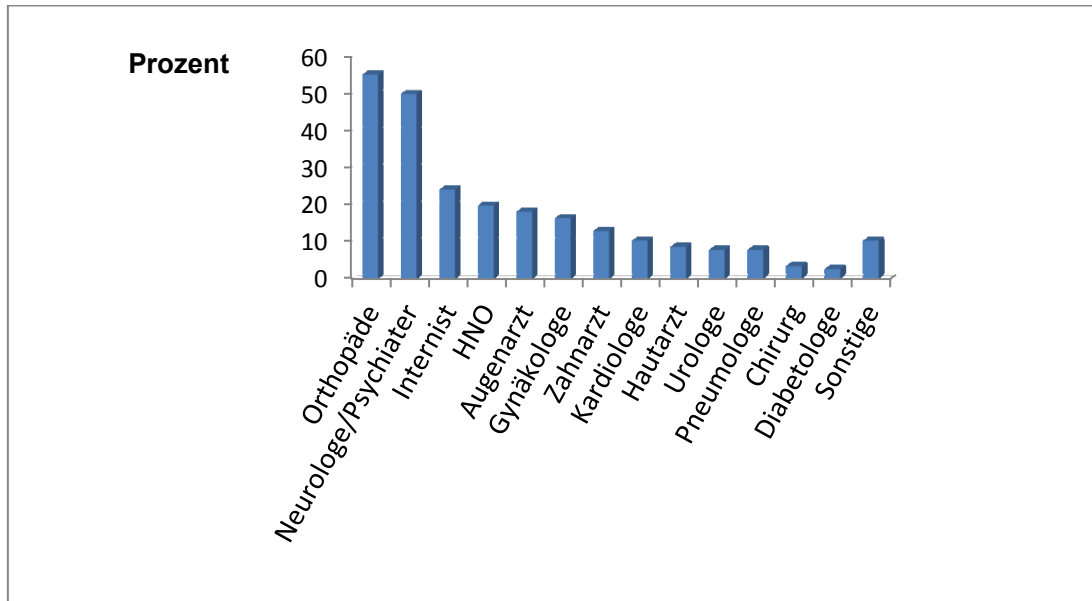


Abbildung 10: Verteilung der Patienten auf die verschiedenen Facharzttrichtungen

Ambulante Untersuchungen

Im Durchschnitt hatten die Patienten im vergangenen halben Jahr eine Untersuchung (Spannweite 0 bis 8). Bei der Mehrheit von 62 Patienten (53,4 %) wurde keine Untersuchung durchgeführt, bei ca. einem Fünftel (n = 22, 19 %) eine Untersuchung. Drei Untersuchungen oder mehr wurden bei 15 Patienten (12,9 %) durchgeführt, von 2 Patienten lagen keine Angaben vor.

Betrachtet man die ambulanten Untersuchungen detailliert, so ergibt sich folgendes Bild (vgl. Tabelle 17):

Tabelle 17: Anzahl und Art der ambulanten Untersuchungen in den sechs Monaten vor der Aufnahme in der PTK 55+

Untersuchung	n	%
keine	62	53,4
Röntgen	22	19,0
Ultraschall	12	10,3
Magen- und/oder Darmspiegelung	12	10,3
Computertomografie	9	7,8
Kernspin (MRT)	7	6,0
EKG	5	4,3
Schilddrüsenszintigrafie	4	3,4
Dopplersonografie	2	1,7
Lungenfunktionsuntersuchung	2	1,7
Herzschrittmacher	2	1,7
Herzkatheter	1	0,9
Nervenleitgeschwindigkeit	1	0,9

Krankenhausaufenthalte

Im vergangenen halben Jahr vor der Aufnahme in der PTK 55+ wies knapp die Hälfte der Patienten einen stationären Krankenhausaufenthalt auf (n = 57, 49,1 %). Der Großteil von 42 Patienten (36,2 %) war einmal im Krankenhaus, zwei oder mehr Krankenhausaufenthalte verzeichneten 15 Patienten (12,9 %). Durchschnittlich verbrachten die Patienten 2,1 Wochen im vergangenen halben Jahr im Krankenhaus (Spannweite 0 bis 28 Wochen). Ein Viertel der Patienten (n = 30, 25,9 %) lag bis zu zwei Wochen auf einer Akutstation, 11 Patienten (9,5 %) für eine Dauer von bis zu vier Wochen. Weitere 10 Patienten (8,6 %) verbrachten in dem erfragten Zeitraum zwischen sechs und acht Wochen in einer Klinik, 6 Patienten (5,2 %) bis zu 28 Wochen (2 unbekannt).

Die 57 Patienten, welche mindestens einen Krankenhausaufenthalt angaben, wurden nach eigenen Angaben aus folgenden Gründen stationär behandelt (1 unbekannt), vgl.

Tabelle 18:

Tabelle 18: Aufnahmegründe stationärer Krankenhausaufenthalte in den sechs Monaten vor der Aufnahme in der PTK 55+

Aufnahmegrund	n	%
Depression	14	24,5
Schmerzen	11	19,3
Herzbeschwerden	10	17,5
Magen-Darm-Beschwerden	7	12,3
Angst bzw. Panik	4	7,0
Blutdruckprobleme	4	7,0
Sonstiges (Schwindel, Atemprobleme etc.)	6	10,5

8.4.3 therapiebezogene Merkmale

Behandlungstage

Die durchschnittliche Behandlungsdauer aller Patienten lag bei 25 Behandlungstagen (bei stationär aufgenommenen Patienten wurden die Wochenenden nicht als Behandlungstage gezählt, da die Patienten am regulären tagesklinischen Programm von Montag bis Freitag teilnahmen) mit einer Spannweite von 2 bis 37 Tagen.

Die Patienten, welche nicht regulär entlassen wurden, da die Behandlung vorzeitig beendet wurde, wiesen eine Behandlungsdauer von durchschnittlich 11 Tagen auf (Spannweite 2 bis 20 Behandlungstage), die Patienten mit regulärer Entlassung waren hingegen durchschnittlich 27 Tage in Behandlung mit einem Minimum von 16 und einem Maximum von 37 Tagen.

Weniger als drei Wochen (15 Behandlungstage) behandelt wurden 5 Patienten (4,3 %), welche alle vorzeitig entlassen wurden. Bis zu vier Wochen (20 Behandlungstage) Behandlungsdauer wiesen 10 Patienten (8,6 %) auf, darunter 4 weitere Patienten mit nicht regulärer Entlassung. Ein Drittel (n = 38, 32,8 %) wurde bis zu fünf Wochen (25 Tage) behandelt, 42 Patienten (36,2 %) wiesen eine Behandlungsdauer von bis zu sechs Wochen (30 Tage) auf. Bis zu 35 Behandlungstage hatten 18 Patienten (15,5 %), 3 Patienten (2,6 %) blieben 36 bzw. 37 Tage, vgl. Abbildung 11.

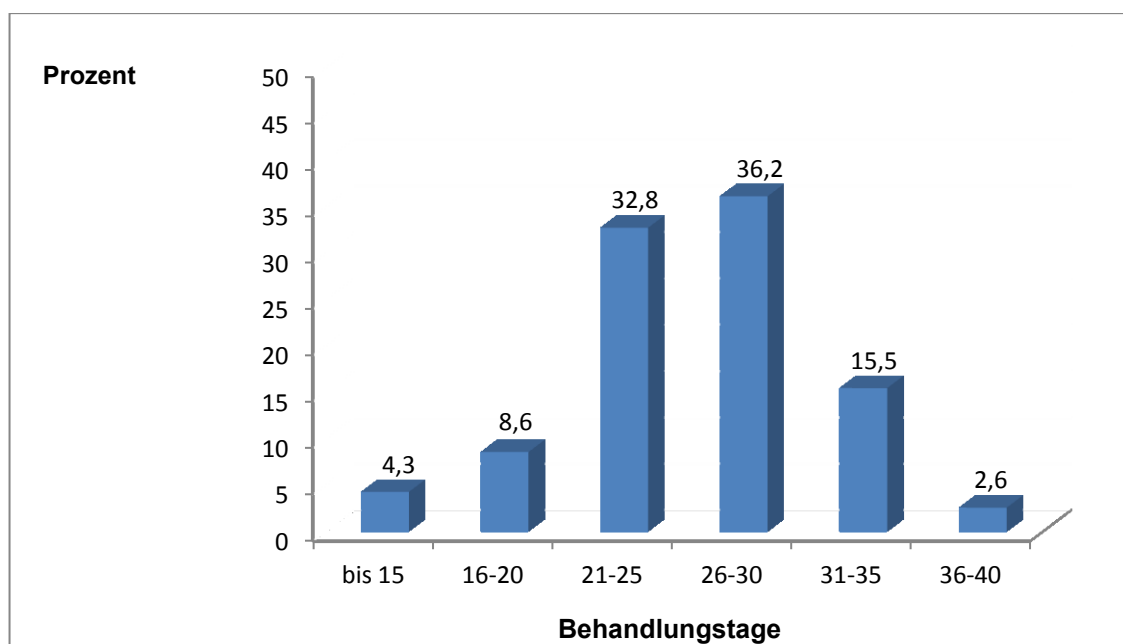


Abbildung 11: Behandlungsdauer: Verteilung der Behandlungstage

Fehltage

Im Durchschnitt fehlten die Patienten 0,4 Behandlungstage (Spannweite 0 bis 7 Tage), überwiegend aufgrund einer akuten körperlichen Erkrankung (z. B. Infekt) oder wichtiger Termine beispielsweise bei Behörden. Der Großteil der Patienten ($n = 97$, 83,6 %) fehlte keinen einzigen Behandlungstag, 14 Patienten (12,1 %) fehlten ein bis maximal zwei Tage während der Behandlung, 5 Patienten (4,3 %) fehlten drei bis maximal sieben Tage.

Art der Beendigung

107 Patienten (92,2 %) der Patienten beendeten die Behandlung regulär, d. h. zum vorgesehenen Entlassungszeitpunkt (festgelegt vom Team in Rücksprache mit dem Patienten). 5 Patienten (4,3 %) beendeten die Behandlung vorzeitig in beiderseitigem Einverständnis, d. h. sowohl aus Sicht des Patienten als auch des Therapeutenteams der PTK 55+ war eine Fortsetzung der Behandlung nicht sinnvoll aus einem folgender Gründe: Kein Einlassen auf (Gruppen-)Therapie möglich, Abstinenz bei Suchterkrankung nicht möglich, Verschlechterung des körperlichen Befindens, Trennung von Partner und Umzug während der Therapie. Drei Patienten (2,6 %) brachen die Behandlung aus eigenem Wunsch ab, da sie sich nicht auf die Therapie einlassen konnten, obwohl seitens der Klinik eine Fortsetzung der Behandlung befürwortet worden wäre. Eine Patientin (0,9 %) wurde bei Verschlechterung des körperlichen Zustands klinikumsintern verlegt.

Empfehlungen bei der Entlassung

Jedem Patienten wurden bei der Entlassung Empfehlungen bezüglich der weiteren Behandlung bzw. Nachsorge mit auf den Weg gegeben. Tabelle 19 ist zu entnehmen, welches Angebot wie vielen Patienten empfohlen wurde.

Tabelle 19: Nachsorgeempfehlungen bei der Entlassung (Mehrfachnennungen möglich)

Empfehlung	n	%
Einzelpsychotherapie	77	66,4
Hausarzt	63	54,3
Psychiatrische Institutsambulanz/ Psychiater/Neurologe	36	31,0
Freizeitangebote	35	30,2
Gruppenpsychotherapie	20	17,2
Selbsthilfegruppe	8	6,9
Beratungsstelle	6	5,2
psychosozialer Dienst	5	4,3
stationäre Psychotherapie	3	2,6
erneute teilstationäre Behandlung	3	2,6
Rentenantrag	3	2,6
stationärer psychiatrischer Aufenthalt	2	1,7
Geriatrische Tagesklinik	2	1,7
Arbeitsplatzwechsel	1	0,9
Intervallbehandlung	1	0,9
Sonstiges ¹	22	19,0

Psychopharmakologische Medikation bei der Aufnahme

Zu Beginn der Behandlung in der PTK 55+ nahmen insgesamt ca. zwei Drittel der Patienten (n = 79, 68,1 %) ein oder mehrere Psychopharmaka ein, bei Entlassung taten dies 92 Patienten (79,3 %). Im Einzelnen zeigte sich folgendes Bild (vgl. Tabelle 20):

¹ u. a. Paartherapie, Schmerztherapie, Suchtberatung/-klinik, Kunsttherapie, Tanztherapie, Frauennotruf

Tabelle 20: Psychopharmakologische Medikation bei Aufnahme und Entlassung

Psychopharmakon	Aufnahme		Entlassung	
	n	%	n	%
Antidepressivum	74	63,8	91	78,4
Tranquilizer	21	18,1	17	14,7
Neuroleptikum	7	6,0	6	5,2
Sonstiges (z. B. Antikonvulsivum)	7	6,0	7	6,0

Bei 11 der 74 Patienten, welche bereits bei der Aufnahme ein Antidepressivum einnahmen, wurde die Dosis erhöht, bei 6 Patienten konnte sie hingegen reduziert werden. Bei 55 Patienten wurde die Anfangsdosierung beibehalten, bei 2 Patienten wurde ummediziert. Neu angesetzt wurde während der Behandlung eine antidepressive Medikation bei 17 Patienten (14,7 %).

Auch in Bezug auf die Einnahme von Tranquilizern ergaben sich Veränderungen unter der Behandlung. Während bei 14 der 21 Patienten, die bei der Aufnahme einen Tranquilizer einnahmen, die Dosierung beibehalten wurde, konnte sie bei 2 Patienten reduziert, bei 5 Patienten komplett abgesetzt werden. Neu angesetzt wurde ein Tranquilizer bei einem Patienten.

Bei einem der 7 Patienten, welche zu Beginn der Therapie ein Neuroleptikum einnahmen, konnte dieses während der Behandlung abgesetzt werden.

8.5 Zusammenfassende Diskussion der Stichprobenmerkmale

Da die PTK 55+ in ihrer Form bislang einzigartig ist, ist es leider nur möglich, die Charakteristika der Stichprobe mit der Patientenklientel anderer psychosomatischer Tageskliniken im deutschsprachigen Raum zu vergleichen. Hier stellt sich allerdings das Problem, dass kaum eine Publikation eine ausführliche Stichprobenbeschreibung enthält, welche über die Angaben von Durchschnittsalter, Geschlechterverteilung und Hauptdiagnosen hinausgeht. Ein Vergleich wird zudem erschwert durch die Tatsache, dass sich die Tageskliniken untereinander nicht nur in der therapeutischen Ausrichtung (kognitiv-verhaltenstherapeutisch, tiefenpsychologisch, psychoanalytisch) sondern vielmehr auch konzeptionell und strukturell deutlich unterscheiden mit der Folge höchst unterschiedlicher Patientengruppen. Zumal viele Kliniken diagnosespezifische Therapiegruppen anbie-

ten und kaum eine derart heterogene Patientenklientel behandeln, wie dies in der PTK 55+ der Fall ist.

Mit einem Männeranteil von weniger als einem Fünftel (19 %) besteht eine deutliche Diskrepanz zu anderen Tageskliniken, welche einen Anteil von 24 % (Agarwalla & Küchenhoff, 2004), 25,2 % (Zeeck et al., 2002) über 30 % (Koçar, 2010) bis zu 34,7 % (Reisch et al., 2002) angeben. In der DINSTAP-Studie von Zeeck, Hartmann et al. (2009), welche u. a. 268 tagesklinische Behandlungsfälle an insgesamt neun Zentren untersuchte, ergab sich eine gemittelte Geschlechtsverteilung von 73,5 % Frauen und 26,5 % Männern. Bei einem typischen Geschlechterverhältnis von ein Viertel Männern zu drei Viertel Frauen, welches sich in der psychosomatischen Therapie oft findet, sind die männlichen Patienten in der PTK 55+ mit einem Anteil von weniger als einem Fünftel somit unterrepräsentiert. Es kann vermutet werden, dass gerade ältere Männer im Vergleich zu Frauen aufgrund einer negativeren Einstellung zur Psychotherapie weniger therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen (Mackenzie et al., 2006).

Der Anteil von Patienten, welche in Deutschland geboren wurden, ist mit 72,4 % vergleichbar mit der Tagesklinik Esslingen (Koçar, 2010) mit 70 %.

Die Quote der stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Vorerfahrung liegt mit 38,8 % auf vergleichbarem Niveau (Zeeck, Hartmann et al., 2009: 39,6 %).

Mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 25 Tagen (entspricht 5 Wochen) werden die Patienten in der PTK 55+ deutlich kürzer behandelt als dies in den meisten anderen Tageskliniken der Fall ist. Hier liegen die Behandlungsdauern bei durchschnittlich neun bis zehn Wochen, doch auch Aufenthalte von über 12 oder 16 Wochen im Durchschnitt werden berichtet (Zeeck, Hartmann et al., 2009; Zeeck et al., 2002; Koçar, 2010). Fünf Wochen entsprechen dem Minimum an Behandlungsdauer, welches in der Literatur benannt wird (Wietersheim et al., 2005).

Wie auch Wietersheim et al. (2005) feststellen, bestehen starke Unterschiede in der Verteilung der psychischen Hauptdiagnosen, da viele Tageskliniken störungsspezifische Therapiegruppen anbieten oder konzeptuelle Schwerpunkte haben. Große Diagnosegruppen sind im tagesklinischen Setting ebenso wie in der stationären psychosomatischen Behandlung Depressionen, Angststörungen, somatoforme Störungen sowie Persönlichkeitsstörungen.

Ein Vergleich der Hauptdiagnosen mit den Ergebnissen der DINSTAP-Studie (Zeeck, Hartmann et al., 2009) sowie der in diesem Rahmen ebenfalls durchgeführten Esslinger Studie (Koçar, 2010) ergab in der PTK 55+ einen vergleichsweise niedrigen Anteil an depressiven Störungen von 32,8 % (DINSTAP: 41,8 %; Esslingen: 40,0 %) sowie ver-

gleichsweise sehr viele Patienten (jeweils 25 %) mit der Hauptdiagnose einer Angststörung (DINSTAP: 11,9 %) oder einer somatoformen Störung (DINSTAP: 9,3 %, Esslingen: 13,3 %). Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sind in der PTK 55+ eher unterrepräsentiert (9,5 % vs. 13,1 % in DINSTAP), wohingegen der Anteil von Anpassungsstörungen vergleichbar ist (6,9 % vs. 6,7 %). Da die PTK 55+ kein spezifisches Therapieangebot für Essstörungen vorhält, findet sich in der Studienstichprobe lediglich eine Patientin mit einer entsprechenden Hauptdiagnose, wohingegen der durchschnittliche Anteil an essgestörten Patienten in psychosomatischen Tageskliniken bei 8,9 % (DINSTAP) liegt.

Fraglich bleibt, inwieweit die deutliche Abweichung in den Diagnoseanteilen konzeptspezifischen Besonderheiten, klinikinternen Gepflogenheiten bei der Vergabe von Haupt- und Nebendiagnosen oder aber auch dem Alter der Patienten geschuldet ist. Der deutlich geringere Anteil depressiver Störungen bei den älteren Patienten könnte beispielsweise durch eine überwiegend psychiatrische Behandlung dieses Störungsbildes in der Psychiatrie des Klinikums bedingt sein. Doch auch die Tatsache, dass sich, wie unter Punkt 1.3.1 erwähnt, im höheren Lebensalter gehäuft subsyndromale Depressionen und weniger schwer ausgeprägte depressive Störungen finden und die Erkennensrate gerade dieses Störungsbildes besonders gering ist, könnte eine Erklärung darstellen. Der vergleichsweise hohe Patientenanteil mit Angststörungen in der PTK 55+ ist möglicherweise durch ein mangelndes ambulantes und psychiatrisches Therapieangebot für Ältere bedingt. Doch auch die Zuweisung durch Mitarbeiter des Konsiliar-/Liaisondienstes, welche beispielsweise in der Notaufnahme des Klinikums vermeintliche Herzpatienten korrekterweise als Personen mit einer Angststörung identifizieren und in die Therapie vermitteln, könnte eine Rolle spielen.

Die Abbrecherquote ist in der Untersuchungsstichprobe mit 7,8 % sehr niedrig, insbesondere da nicht nur „späte Abbrecher“ wie beispielsweise in der DINSTAP-Studie berücksichtigt wurden (welche einen Therapieabbruch von 11,3 % ausweist, wobei nur Behandlungsdauern von mindestens drei Wochen berücksichtigt wurden). Andernfalls läge der Anteil in der DINSTAP-Studie vermutlich noch höher, wie beispielsweise bei Zeeck et al. (2002) in der Freiburger Tagesklinik mit 13,9 % Abbrechern oder bei Agarwalla & Küchenhoff (2004) mit 23 %. Über die Ursachen der sehr geringen Anzahl an Therapieabbrechern in der PTK 55+ kann wieder nur spekuliert werden: Neben einer guten Passung von Patienten und Therapieangebot, auch durch die Tatsache bedingt, dass das prästationäre Gespräch zur Indikationsstellung von einer Therapeutin der Tagesklinik durchgeführt und so bereits die therapeutische Beziehung gebahnt wurde, könnte auch die Tendenz älterer Patienten, eine Behandlung „durchzuziehen“ eine Rolle spielen. Dagegen

spricht jedoch die Tatsache, dass auch Patienten mit vergleichsweise geringer Therapiemotivation aufgenommen wurden. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass die Behandlungsdauer in der PTK 55+ vergleichsweise kurz ist und bei einer deutlich längeren Therapiedauer die Abbrecherquote durchaus ansteigen könnte. Zumal von Zwerenz et al. (2008) berichtet wird, dass ältere Patienten zu späteren Therapieabbrüchen neigen, welche angesichts der kurzen Behandlungsdauer in der PTK 55+ möglicherweise nicht zum Tragen kommen.

Mangels differenzierter Angaben in der Literatur können lediglich die Daten von Zeeck et al. (2002) aus der Freiburger Tagesklinik sowie aus der Esslinger Studie (Koçar, 2010) zum Vergleich bezüglich Partnerschaft, Wohnsituation und Schulbildung herangezogen werden. Die Patienten der PTK 55+ lebten demnach etwas häufiger in einer festen Partnerschaft (58,6 % vs. Freiburg: 52,3 %), in Bezug auf die Wohnsituation bestehen deutliche Unterschiede. Anders als bei jüngeren Patienten lebte niemand mehr in der Herkunftsfamilie, so dass ein vergleichsweise großer Anteil der Stichprobe alleine (44,8 % vs. 23,8 % in Freiburg) oder aber mit einem Partner (50 % vs. 28,5 %) lebte. Gravierende Unterschiede zeigen sich in der Schulbildung, welche sicherlich den unterschiedlichen Generationen zugeschrieben werden können. Während in der Freiburger Tagesklinik 15,2 % und in der Esslinger Studie 20 % einen Hauptschulabschluss vorwiesen, traf dies auf 64,7 % der Patienten in der PTK 55+ zu. Der Anteil an Patienten mit Abitur ist hingegen vergleichsweise gering (12,1 % vs. Freiburg: 37,7 %, Esslingen: 26,7 %).

Im Vergleich zur Untersuchung von Kappes (2005), welche ältere und jüngere Patienten in stationärer Psychotherapie untersuchte, wurden die Patienten in der PTK 55+ als etwas motivierter als die Älteren bei Kappes eingeschätzt (unter Verwendung derselben fünfstufigen Skala, 55+: Mittelwert 2,96, Kappes: 2,79). Der Anteil der sehr motivierten Patienten lag mit 31 % auch deutlich über dem bei Kappes mit 13,4 %. Da es sich hier ausschließlich um eine Fremdbeurteilung der initialen Therapiemotivation Älterer handelt, spielt für die positivere Einschätzung in der PTK 55+ vermutlich die jahrzehntelange Erfahrung der Urteilerin in der Arbeit mit Älteren eine Rolle, welche zum Abbau negativer Altersstereotypen auch in Bezug auf Psychotherapie und Änderungsbereitschaft beigetragen haben dürfte. Wird die Psychotherapiemotivation differenzierter erfasst, so zeigt sich, dass mit zunehmendem Alter offensichtlich sowohl der Anteil niedrig motivierter als auch hoch motivierter Patienten steigt (Peters et al., 2000).

Der durchschnittliche Wert von 25 Arztkontakten pro Jahr der im Mittel 63 Jahre alten Patienten entspricht ungefähr den Daten des GEK-Reports 2008 zur ambulant-ärztlichen Versorgung. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Daten der vorliegenden Untersu-

chung als „weiche Daten“ allein auf Angaben der Patienten beruhen, die GEK jedoch „harte Daten“ durch die Auswertung von Behandlungsfällen und Abrechnungsziffern zur Verfügung hat. Zur weiteren Diskussion siehe Punkt 11.4.

8.6 statistische Analyse der Stammdaten

Es wurden außerdem inhaltlich sinnvolle Zusammenhänge zwischen den Variablen der Stammdaten statistisch überprüft. Vermutet wurde, dass Patienten mit einer somatoformen Störung das Gesundheitssystem stärker in Anspruch nahmen als solche mit anderen Diagnosen. Operationalisiert wurde dies durch für die vergangenen sechs Monate erhobene Daten bezüglich Anzahl der Arztbesuche, Anzahl der aufgesuchten Fachrichtungen, Anzahl der ambulant durchgeführten Untersuchungen, Anzahl der Krankenhausaufenthalte und Dauer der Krankenhausaufenthalte. Entgegen den Erwartungen ergaben T-Tests für unabhängige Stichproben keinen signifikanten Zusammenhang der benannten Variablen mit der Diagnose einer somatoformen Störung.

Zusätzlich wurde mittels Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson überprüft, ob das Alter der Patienten (mit einer Spannweite von 53 bis 82 Jahren sind zwei Generationen in der Stichprobe vertreten) einen Zusammenhang aufweist mit der Anzahl der Arztbesuche, Anzahl der aufgesuchten Fachrichtungen, Anzahl der ambulant durchgeführten Untersuchungen, Anzahl der Krankenhausaufenthalte, Dauer der Krankenhausaufenthalte, Anzahl der Körperdiagnosen sowie der Therapiemotivation. Da im Sinne einer gerichteten Hypothese vermutet wurde, dass Ältere das Gesundheitssystem verstärkt in Anspruch nehmen, mehr körperliche Erkrankungen haben und gleichzeitig eine geringere Psychotherapiemotivation als Jüngere aufweisen, wurde eine einseitige Signifikanzprüfung vorgenommen. Diese ergab, dass ältere Patienten mehr körperliche Diagnosen aufwiesen ($r = .2, p < .05$), mehr Facharzttrichtungen aufsuchten ($r = .2, p < .05$), längere Krankenhausaufenthalte hatten ($r = .2, p < .05$) sowie als weniger für eine Psychotherapie motiviert eingeschätzt wurden als Jüngere ($r = .2, p < .01$). Die Korrelationen sind allerdings mit jeweils $r = .2$ gering.

8.7 deskriptive Analyse der drop-outs

Als drop-out wurde jeder Patient definiert, welcher die Therapie nicht zum regulären Entlasszeitpunkt beendete, sondern vorzeitig entlassen wurde. Eine Mindestzahl an Behandlungstagen zur Definition eines Therapieabbruchs wurde nicht festgelegt. Da die Therapieabbrecherquote mit 9 Patienten (7,8 %) äußerst niedrig ist, wird auf eine statistische Analyse verzichtet. Es folgen eine Beschreibung stammdatenbezogener Merkmale der Therapieabbrecher sowie ein deskriptiver Vergleich mit der Gesamtstichprobe.

Jeweils 3 Patienten (33,3 %) wurde die Behandlung in der PTK 55+ von einem Neurologen bzw. Psychiater oder dem Konsiliar-/Liaisondienst des Klinikums empfohlen, jeweils ein Patient (11,1 %) erhielt die Empfehlung von einem anderen Facharzt, einer Beratungsstelle und einer Psychosomatischen Klinik. Jeweils ein Patient (11,1 %) kam mit der Überweisungsdiagnose einer Demenz, einer Panikstörung oder einer Anpassungsstörung, 3 Patienten (33,3 %) wurden mit einer depressiven Störung vorgestellt, 2 Patienten (22,2 %) mit einer somatoformen Störung. Ein Patient (11,1 %) wurde ohne Überweisungsdiagnose vorgestellt.

6 der 9 Therapieabbrecher waren weiblich (66,7 %), 3 Patienten (33,3 %) männlich. Im Durchschnitt waren die Abbrecher 60,4 Jahre alt, alle deutscher Nationalität ohne Migrationshintergrund. 5 Patienten (55,6 %) waren verheiratet, 2 Patienten (22,2 %) geschieden sowie jeweils einer (11,1 %) ledig oder verwitwet. 4 Patienten (44,4 %) hatten keine Kinder, jeweils 2 Patienten (22,2 %) ein oder zwei Kinder, ein Patient (11,1 %) hatte drei Kinder. Ein Patient der Therapieabbrecher (11,1 %) wies als höchsten Schulabschluss das Abitur auf, die übrigen 8 Patienten (88,9 %) hatten Volks- bzw. Hauptschulabschluss. 6 Patienten (66,7 %) hatten eine Lehre absolviert, die übrigen 3 Patienten waren entweder ohne Berufsabschluss oder hatten die Fachschule bzw. Universität abgeschlossen. 4 der Therapieabbrecher (44,4 %) waren arbeitslos, die übrigen 5 Patienten waren in Voll- oder Teilzeit berufstätig, Hausfrau/Hausmann, in Altersrente oder bezogen Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente auf Dauer. Die Mehrheit von 5 Patienten (55,6 %) verfügte über ein durchschnittliches Haushaltseinkommen von 1000-1999 € monatlich, ein Patient (11,1 %) lebte von weniger als 1000 € Einkommen, 3 Patienten (33,3 %) hatten im Monat 2000-2999 € zur Verfügung.

Durchschnittlich litten die Patienten, welche die Therapie vorzeitig beendeten, seit 176 Monaten (das entspricht knapp 15 Jahren) an Symptomen bezogen auf die Hauptdiagnose. 3 Patienten (33,3 %) gaben eine Beschwerdedauer von unter einem Jahr an, 4 Patienten

(44,4 %) litten zwischen fünf und zwanzig Jahren unter Beschwerden, 2 Patienten (22,2 %) über 20 Jahre.

2 der 9 Therapieabbrecher (22,2 %) wurden in der Vorgeschichte bereits ein- oder zweimal stationär in der Psychiatrie behandelt, 4 Patienten (44,4 %) hatten bereits Vorerfahrung mit einer stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung. 6 Patienten (66,7 %) waren in der Vorgeschichte bereits in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung, ein Patient unmittelbar vor Aufnahme in der PTK 55+. Vorerfahrung mit einer Therapie in einer psychosomatischen Tagesklinik hatte niemand dieser Patienten.

Als etwas für eine Behandlung motiviert wurden beim Vorgespräch 2 Abbrecher (22,2 %) eingeschätzt, als motiviert 4 (44,4 %), als sehr motiviert 3 (33,3 %). In Bezug auf Substanzenabusus und -abhängigkeiten zeigte sich, dass 2 Patienten (22,2 %) als aktuell nikotinabhängig eingestuft wurden, ein Patient (11,1 %) als aktuell medikamentenabhängig. 2 Patienten (22,2 %) zeigten zudem aktuell einen Alkoholabusus. Alle Therapieabbrecher wurden tagesklinisch behandelt, ein laufendes Rentenverfahren war nicht bekannt.

4 Patienten (44,4 %) wiesen als psychische Hauptdiagnose eine Persönlichkeitsstörung auf, 3 Patienten (33,3 %) hatten als Hauptdiagnose eine depressive Störung, jeweils ein Patient (11,1 %) litt unter einer Anpassungsstörung oder einer somatoformen Störung. Durchschnittlich wiesen die Patienten zwei psychische Nebendiagnosen auf. Anteilig sind darunter folgende Störungsgruppen vertreten:

44,4 % Suchterkrankungen

27,8 % depressive Störungen

16,7 % somatoforme Störungen

5,6 % Angststörungen

5,6 % Essstörungen

Im Durchschnitt wiesen die Therapieabbrecher 1,6 körperliche Nebendiagnosen auf. 4 der 9 Patienten (44,4 %) litten unter Hypertonie, 3 Patienten litten unter einer endokrinen bzw. Stoffwechselerkrankung. Mit Erkrankungen des Verdauungssystems oder des Ohres waren jeweils 2 Patienten (22,2 %) vertreten, ein Patient litt unter einer Anämie, ein Patient unter einer Herzerkrankung.

Die Patienten, welche vorzeitig entlassen wurden und die Therapie abbrachen, wiesen eine Behandlungsdauer von 10,9 Tagen auf (Spannweite 2 bis 20 Behandlungstage). 3 Patienten (33,3 %) waren weniger als eine Woche (5 Behandlungstage) in Behandlung,

jeweils ein Patient (11,1 %) blieb weniger als 2 Wochen (10 Tage) bzw. 3 Wochen (15 Tage) in der PTK 55+. 4 Patienten (44,4 %) hielten sich zwischen 3 und 4 Wochen zur Behandlung in der Tagesklinik auf. 5 Patienten (4,3 %) beendeten die Behandlung vorzeitig in beiderseitigem Einverständnis, drei Patienten (2,6 %) brachen die Behandlung auf eigenen Wunsch ab, eine Patientin (0,9 %) wurde klinikumsintern verlegt (vgl. Punkt 8.2).

5 Patienten (55,6 %) wurde eine fortführende hausärztliche Behandlung empfohlen, 4 Patienten (44,4 %) wurde eine Einzelpsychotherapie angeraten. 2 Patienten (22,2 %) erhielten die Empfehlung, sich an einen niedergelassenen Neurologen oder Psychiater zu wenden, einem Patienten (11,1 %) wurde die Adresse einer Beratungsstelle ausgehändigt, einem Patienten (11,1 %) wurde die tagesklinische Behandlung in einer anderen Therapiegruppe der Psychosomatik des Klinikums empfohlen.

3 Patienten (33,3 %) nahmen während des Therapieaufenthalts ein Antidepressivum ein. Im Durchschnitt hatten die Therapieabbrecher in den vergangenen sechs Monaten vor Therapiebeginn 10,4-mal einen Arzt aufgesucht, darunter jeder zumindest seinen Hausarzt. 4 Patienten (44,4 %) hatten zudem einen Orthopäden aufgesucht, 3 Patienten (33,3 %) einen Neurologen bzw. Psychiater. Darüber hinaus wurden noch Ärzte diverser Fachrichtungen (HNO, Urologie, Pneumologie, Dermatologie, Phlebologie, Diabetologie, Ophthalmologie, Schmerztherapie) aufgesucht. Bei 3 Patienten (33,3 %) wurde eine ambulante Untersuchung, bei 2 Patienten (22,2 %) wurden zwei Untersuchungen durchgeführt. 5 Patienten (55,6 %) befanden sich in den sechs Monaten vor der Aufnahme zur stationären Behandlung im Krankenhaus, darunter ein Patient fünfmal. Insgesamt verbrachten diese Patienten zwischen einer halben Woche und sieben Wochen in einer Klinik wegen unterschiedlicher Beschwerden (Herzprobleme, Atemnot, Schmerzen, Magen-Darm-Probleme).

Wenngleich eine statistische Analyse von Merkmalen der Therapieabbrecher aufgrund der geringen Fallzahl nicht möglich ist, so fallen doch folgende Punkte ins Auge: Es haben mit 33,3 % verhältnismäßig viele Männer die Therapie vorzeitig beendet (Gesamtstichprobe: 19 % männlich), zudem finden sich unter den Abbrechern vergleichsweise viele Patienten im Status der Arbeitslosigkeit (44,4 %; Gesamtstichprobe: 12,1 %). Mit ca. 15 Jahren durchschnittlicher Beschwerdedauer lagen die Abbrecher zudem 4 Jahre über dem durchschnittlichen Wert der Gesamtstichprobe. Bedeutsame Unterschiede in der anfänglich eingeschätzten Therapiemotivation zeigten sich nicht. Es fanden sich allerdings vergleichsweise viele Patienten mit der Hauptdiagnose einer Persönlichkeitsstörung unter den Therapieabbrechern (44,4 % vs. 9,5 % in der Gesamtstichprobe).

Betrachtet man sich die psychischen Nebendiagnosen der Therapieabbrecher, so sind Suchterkrankungen mit 44,4 % (Gesamtstichprobe: 26,1 %) sowie somatoforme Störungen (16,7 % vs. 5,6 % in der Gesamtstichprobe) deutlich überrepräsentiert. Mit durchschnittlich 1,6 körperlichen Nebendiagnosen erschienen die Abbrecher zudem gesünder als die Gesamtstichprobe (2,3 Diagnosen), sie hatten in den vergangenen sechs Monaten vor Therapiebeginn mit durchschnittlich 10,4-mal auch seltener einen Arzt aufgesucht (Gesamtstichprobe 12,5-mal).

Zwerenz et al. (2008) berichten von verschiedenen Studien, welche als Risikofaktoren für einen Therapieabbruch u. a. geringere Erwerbstätigkeit, das Überwiegen von Persönlichkeitsstörungen und somatoformen Störungen sowie eine geringere körperliche Symptomatik identifiziert haben. Damit gehen die gefundenen Merkmale der Therapieabbrecher in der vorliegenden Studie konform. Andere Befunde wie beispielsweise eine niedrige Therapiemotivation, häufige psychosomatische bzw. psychotherapeutische Vorbehandlungen oder eine geringe Schulbildung als Risikofaktoren (Zwerenz et al., 2008) lassen sich anhand der Daten nicht replizieren.

8.8 Exkurs: Migrationshintergrund

Da in der Untersuchung im Gegensatz zur Psy-BaDo, einem mittlerweile verbreiteten Instrument der Qualitätssicherung zur Basis- und Ergebnisdokumentation in der Psychotherapie (Heuft & Senf, 1998a), auch der Migrationshintergrund erfasst wurde, lag ein Vergleich der 32 Patienten mit Migrationshintergrund (27,6 %) mit den 84 Patienten (72,4 %), welche in der Bundesrepublik Deutschland geboren und aufgewachsen sind, nahe.

Dabei fällt auf, dass Migrationspatienten häufiger vom Konsiliar-/Liaisondienst des Klinikums in die Therapie der PTK 55+ vermittelt wurden (25 % vs. 20 %), jedoch seltener von einem Nervenarzt (19 % vs. 30 %). Sie wurden auch deutlich häufiger ohne eine spezifische Überweisungsdiagnose zum prästationären Gespräch angemeldet (22 % vs. 11 %). In Bezug auf Partner- und Lebenssituation zeigten sich keine besonderen Unterschiede. Die Migrationspatienten waren wesentlich häufiger ohne Berufsabschluss (44 % vs. 17 %), jedoch aktuell nicht häufiger im Stand der Arbeitslosigkeit. Mit 84 % hatten diese Patienten jedoch häufiger ein Haushaltseinkommen unter 2000 € als Patienten ohne Migrationshintergrund (71 %). Migrationspatienten befanden sich in der Vorgeschichte bereits häufiger in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung (59 % vs. 49 %) und waren auch direkt vor der Aufnahme in der PTK 55+ häufiger in Einzeltherapie (34 % vs.

19 %). In der Therapiemotivation zeigten sich keine Unterschiede. In Bezug auf die Hauptdiagnose zeigten sich bei Patienten mit Migrationshintergrund mehr Belastungs- und Anpassungsstörungen (12 % vs. 5 %) und weniger Persönlichkeitsstörungen (3 % vs. 12 %). Depressive Störungen, Angststörungen und somatoforme Störungen sind in beiden Gruppen ähnlich vertreten. Patienten mit Migrationshintergrund hatten etwas weniger psychische (1 vs. 1,5), aber mehr körperliche Nebendiagnosen (2,7 vs. 2,2) und hatten vor der Therapie häufiger einen Arzt aufgesucht (14-mal vs. 12-mal). Die Empfehlungsrate für Einzelpsychotherapie am Ende der Behandlung unterscheidet sich nicht, jedoch wurde Patienten mit Migrationshintergrund seltener eine Gruppenpsychotherapie empfohlen (9 % vs. 20 %). Diese Patienten erhielten häufiger die Empfehlung, sich ambulant bei einem Nervenarzt vorzustellen (38 % vs. 29 %), Kontakt mit dem psychosozialen Dienst aufzunehmen (9 % vs. 2 %) oder Freizeitangebote zu nutzen (41 % vs. 26 %). Unterschiede zeigten sich auch in der Medikation. So nahmen Patienten mit Migrationshintergrund bereits zu Beginn der Therapie häufiger ein Antidepressivum (75 % vs. 60 %) oder einen Tranquilizer (25 % vs. 16 %) ein.

9 Untersuchungsinstrumentarium

9.1 Übersicht

Der Auswahl der einzelnen Messinstrumente lagen mehrere Überlegungen bezüglich verschiedener Kriterien zugrunde. Grundprinzip ist der Einsatz einer multimethodalen Diagnostik, welche in der Psychotherapieforschung mittlerweile als Standard zu sehen ist, mit einer zentralen Funktion der Selbst- und Fremdbeurteilung sowohl auf Symptom- als auch auf Verhaltensebene. Vorrangige Bedeutung hatten bei der Auswahl neben Prämissen wie ausreichenden Gütekriterien und möglichst vorhandener Altersnormierung die Änderungsensitivität und Eignung der eingesetzten Fragebögen und Tests für die spezifische Patientenklientel der PTK 55+. Auf Basis der bereits bei klinikinternen Evaluationen gewonnenen Erfahrungen konnte davon ausgegangen werden, dass es sich bei den Teilnehmern der Studie um Patienten in einem Alter von ca. 50 bis 80 Jahren handeln würde, die größtenteils keine Vorerfahrung mit Fragebögen oder Tests haben, eventuell über altersbedingte sensomotorische Einschränkungen verfügen und zudem aufgrund einer psychischen Erkrankung in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt sind. Aus dem Pool vorhandener Messinstrumente zur Erfassung von Depressivität, Angst, somatischen Beschwerden, kognitiver Leistungsfähigkeit, Lebensqualität, interpersonaler Beziehungen, psychogener Beeinträchtigung und Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis wurden daher Fragebögen und Tests ausgewählt, die im Hinblick auf Inhalt, Verständlichkeit, Lesbarkeit und Bearbeitungsdauer ältere Patienten nicht überfordern. Es wurde zudem versucht, einen Konsens zu finden zwischen dem Prinzip „weniger, aber das gezielt“ und der Ausführlichkeit klinisch-psychologischer Diagnostik, welche von Evaluationsstudien gefordert wird. Zudem sollten die ausgewählten Verfahren möglichst nahe die therapiespezifischen Inhalte der psychotherapeutischen Behandlung (z. B. den gruppentherapeutischen Schwerpunkt in der PTK 55+) und die überwiegend in der Tagesklinik behandelten Störungsbilder bzw. Symptomkomplexe erfassen.

Die so entwickelte Ideal- bzw. Wunschvorstellung eines Untersuchungsinstrumentariums wurde sodann im Hinblick auf die Umsetzbarkeit in der Realität eines teilstationären Klinikalltags und den Gegebenheiten bzw. Erfordernissen der Gesamtklinik überprüft und entsprechend modifiziert. In Zuge dessen wurde beispielsweise auf das geplante Goal Attainment Scaling (GAS) zur Erfassung des Erreichens individueller Therapieziele verzichtet, da eine methodisch saubere Erhebung mit entsprechender Schulung der Einzeltherapeuten aus organisatorischen, insbesondere zeitbedingten Gründen nicht möglich war.

Auch die national und international sehr gebräuchliche Symptom-Checkliste SCL-90-R (Franke, 1995) wurde nicht Bestandteil des Untersuchungsinstrumentariums, da die Vorerfahrungen aus der klinikinternen Evaluation gezeigt hatten, dass ältere Patienten bei der Beantwortung der SCL-90-R sowohl aus Gründen der Belastbarkeit (relativ umfangreicher Fragebogen mit 90 Items) als auch des inhaltlichen Verständnisses bzw. der Akzeptanz (beispielsweise der enthaltenen Fragen zu paranoidem Denken) große Schwierigkeiten aufwiesen. Der Gesundheitsfragebogen für Patienten PHQ-D (Löwe et al., 2002), welcher als globales Screening-Instrument der häufigsten psychischen Störungen konzipiert ist und daher für die vorliegende Untersuchung als nur bedingt geeignet eingeschätzt wurde, wurde dennoch verwendet, da er bereits vor Beginn der vorliegenden Studie Bestandteil der klinikinternen Evaluation war und dies beibehalten werden sollte. Aufgrund des Pilotstudiencharakters wurde den benannten Auswahlkriterien Inhalt, Gütekriterien, Normierung, Änderungssensitivität und Anwendung bei älteren Patienten Vorrang vor der Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit anderen Untersuchungen eingeräumt, so dass auch weniger gebräuchliche Testverfahren eingesetzt wurden.

9.2 Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D)

Zur Messung der primären Outcome-Variable wurde die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in der deutschen Version (Herrmann et al., 1995) eingesetzt. Es handelt sich hierbei um einen kurzen Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität, der insbesondere für den Einsatz in der somatischen Medizin entwickelt wurde. Die HADS-D enthält insgesamt 14 Items (jeweils sieben pro Subskala) mit vierfach gestuften itemspezifischen Antwortmöglichkeiten (0 bis 3 Punkte). Es liegen geschlechts- und altersdifferenzierte Normwerte vor.

Die HADS-D wurde ausgewählt, da sie psychische Symptome aus zwei Bereichen differenziert und vergleichsweise zeitökonomisch erfasst. Beispielsweise das Beck-Depressions-Inventar (Hautzinger et al., 1994, 2006) als häufig eingesetztes Verfahren erschien in Anbetracht der Vielzahl der eingesetzten Fragebögen als zu lang, die Geriatric Depression Scale (Yesavage et al., 1983) als zu wenig differenziert. Ein weiterer Vorteil des Einsatzes der HADS-D ist bei einer „vergleichsweise geringfügigen psychopathologischen Diktion der Items“ (Herrmann et al., 1995, S. 10) die zu erwartende hohe Akzeptanz

seitens der Patienten, die zum Teil nicht über psychotherapeutische Vorerfahrung verfügen und dem Einsatz von Fragebögen – wie die bisherigen Erfahrungen in der PTK 55+ zeigten – sehr skeptisch gegenüber stehen. Da die Items nicht auf eine ausgeprägte pathologische Symptomatik abzielen, sind die Skalen sensitiver für mildere Ausprägungen von Angst und Depressivität, so dass ein „Boden-Effekt“ vermieden werden kann (Hinz & Schwarz, 2001). Die Autoren weisen darauf hin, dass „sich die HADS-D für Verlaufsmessungen und damit für die Evaluation von Behandlungseffekten eignen“ sollte (Herrmann et al., 1995, S. 33) – für die vorliegende Untersuchung eine unabdingbare Eigenschaft, zumal auch eine reliable Erfassung individueller Veränderungen möglich ist (Hinz et al., 2009). Zudem handelt es sich bei der HADS-D um ein Instrument, welches bei Erfassung der Depressivität auf Fragen nach körperlichen Beschwerden wie beispielsweise Ermüdbarkeit oder Appetitverlust verzichtet und somit nicht das Risiko falsch hoher Werte bei älteren, oftmals unter körperlichen Erkrankungen leidenden Patienten besteht.

9.3 Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

Der Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D) von Löwe et al. (2002) ist die autorisierte deutsche Version des „PRIME MD Patient Health Questionnaire“ (PHQ), welcher als Screening-Verfahren zur Erkennung und Diagnostik der häufigsten psychischen Störungen entwickelt wurde. Die in der vorliegenden Studie eingesetzte Kompletversion mit 78 Items erfasst relativ zeitökonomisch somatoforme Störungen, depressive Störungen, Angststörungen, Essstörungen sowie Alkoholmissbrauch. Weitere Items messen die psychosoziale Funktionsfähigkeit, Stressoren, kritische Lebensereignisse und für Frauen Menstruation, Schwangerschaft und Geburt.

Da der PHQ-D sowohl in der klinischen Praxis als auch in der Forschung, sowohl zur Erstdiagnostik als auch zur Verlaufsbeurteilung von psychischen Störungen eingesetzt werden kann und zudem ein weit verbreitetes und anerkanntes Instrument darstellt, welches Bestandteil der klinikinternen Evaluation ist, wurde er in das Untersuchungsinstrumentarium der Studie aufgenommen. Ebenfalls positiv zu vermerken ist, dass die Depressionsskala des PHQ-D eine gute Änderungssensitivität ausweist und somit zur Messung von Therapieeffekten geeignet ist (Löwe et al., 2004). Auf der Basis einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung existieren Vergleichswerte zumindest für das Depressions- und Panikmodul (Rief et al., 2004). Löwe et al. (2002) weisen darauf hin, dass aufgrund des Selbstratingkonzepts des PHQ-D „die Fragebogendiagnosen auf ihre Rich-

tigkeit im Gespräch mit dem Patienten überprüft werden“ (S. 5) müssen und geklärt werden sollte, „ob der Patient die Fragebogenitems richtig verstanden hat“ (S. 5). Dies wurde in der vorliegenden Untersuchung entsprechend gewährleistet.

9.4 Gießener Beschwerdebogen – Kurzform (GBB-24)

Zur Erfassung von Körperbeschwerden wurde der Gießener Beschwerdebogen in seiner Kurzform, dem GBB-24, eingesetzt (Brähler et al., 2008). Diese wurde „auf Wunsch von ForscherInnen konzipiert, die ein ökonomisches Instrument für Forschungsfragestellungen benötigen oder auch für die Qualitätssicherung“ (Brähler et al., 1994, S. 83). Mittlerweile wird die ursprüngliche Version mit 57 Items kaum noch eingesetzt, die Kurzform erlangte breite Akzeptanz und wurde anhand einer bevölkerungsrepräsentativen Erhebung aus dem Jahr 2001 komplett neu normiert. Nach Angaben der Autoren ist der GBB-24 gut geeignet, um ein quantifizierbares Maß der Beschwerdelage eines Patienten in verschiedenen Bereichen zu erhalten. Mit Hilfe von 24 Items werden in dem Fragebogen subjektive Einzelbeschwerden erfasst, die sich den vier verschiedenen Beschwerdekomplexen (Skalen) „Erschöpfungsneigung“, „Magenbeschwerden“, „Gliederschmerzen“ und „Herzbeschwerden“ zuordnen lassen (jeweils sechs Items pro Skala). Die Summe der einzelnen Skalenergebnisse ergibt einen Gesamtwert für den sogenannten „Beschwerdedruck“.

Da der Gießener Beschwerdebogen speziell für die Erfassung von Körperbeschwerden im Rahmen psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung entwickelt wurde (Brähler et al., 1994) und mit der Kurzform GBB-24 eine zeitökonomische Variante vorliegt, erschien deren Einsatz im Rahmen der vorliegenden Studie sinnvoll und gerechtfertigt, auch wenn bei einer Verbreitung des GBB überwiegend im deutschsprachigen Raum die internationale Vergleichbarkeit beeinträchtigt ist. In der dritten, überarbeiteten und neu normierten Fassung des GBB-24 (Brähler et al., 2008) stehen alters- und geschlechtsspezifische Normen für die Allgemeinbevölkerung und Patienten zur Verfügung. Andere Verfahren zur Erfassung von Körperbeschwerden bzw. somatoformen Beschwerden wie beispielsweise das weit verbreitete Screening für Somatoforme Störungen SOMS (Rief et al., 1997) wurden insbesondere aufgrund ihrer deutlich längeren Durchführungsdauer nicht eingesetzt.

9.5 WHOQOL-OLD

Zur Erfassung der Lebensqualität wurde der speziell für Ältere entwickelte Fragebogen WHOQOL-OLD (Power et al., 2005; Winkler, Matschinger et al., 2006) eingesetzt. Dieser entstand im Rahmen des WHOQOL-Projektes, einer Zusammenarbeit von 22 Forschungszentren aus verschiedenen Kulturkreisen unter Schirmherrschaft der WHO, mit dem Ziel ein Instrumentarium zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität zu entwickeln, das an die spezifischen Bedürfnisse älterer Menschen angepasst ist. Die Forschergruppe um Ines Conrad, vormals Winkler, stellte den WHOQOL-OLD freundlicherweise für die vorliegende Evaluationsstudie zur Verfügung. Die insgesamt 24 Items lassen sich den sechs sogenannten Facetten „Sinnesfunktionen“, „Autonomie“, „Aktivitäten in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft“, „soziale Partizipation (Teilhabe)“, „Tod und Sterben“ sowie „Intimität“ zuordnen (vgl. Anhang 17.8). Nach Aussage der Autoren (Winkler, Matschinger et al., 2006) erlaubt das zugrunde liegende multidimensionale Konzept „eine differenzierte Beurteilung der subjektiven Lebensqualität im Alter“ (S. 67) und erschien damit für die vorliegende Studie mit ausschließlich älteren Patienten und der im Vordergrund stehenden Erfassung intraindividuelle Veränderungen trotz der bisher fehlenden Normierung als geeignet. Es liegen jedoch zumindest Vergleichswerte für ältere pflegende Angehörige Demenzkranker sowie für nichtpflegende ältere Menschen (über 60 Jahre) vor (Winkler, Kilian et al., 2006).

Anderweitige Fragebögen zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität erschienen für die Studie aus zwei Gründen wenig geeignet. Zum einen wurden diese Fragebögen nicht speziell für die Messung der Lebensqualität im Alter entwickelt, so dass in der Regel mehrere Items enthalten sind, die auf eine Vielzahl älterer Personen nicht zutreffen und aus diesem Grund nicht beantwortet werden können (beispielsweise Fragen nach Sexualität und Partnerschaft, die insbesondere ältere Frauen, die zu zwei Dritteln verwitwet und alleinstehend sind, nicht betreffen). Zum anderen lassen die weit verbreiteten Fragebögen wie beispielsweise der SF-36 (Bullinger & Kirchberger, 1998) spezifische Aspekte, die die Lebensqualität im Alter entscheidend beeinflussen können, wie z. B. die nur noch begrenzt zur Verfügung stehende Lebenszeit und damit verbunden die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod, völlig außer Acht.

9.6 Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme – Deutsche Version, Kurzform (IIP-C)

Da die psychotherapeutische Behandlung in der PTK 55+ einen gruppentherapeutischen Schwerpunkt hat, wurde das Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme in der deutschen Version (Horowitz et al., 2000) eingesetzt. Das IIP in seiner Originalversion (Horowitz et al., 1988) wurde als Fragebogen entwickelt, um spezifische problematische Verhaltensweisen im zwischenmenschlichen Bereich als Selbstbeschreibung zu erfassen und darüber hinaus zu prüfen, inwieweit sich diese im Verlauf einer psychotherapeutischen Behandlung verändern. Somit liegt der Schwerpunkt dieses Inventars nicht nur auf einer Status- sondern auch auf einer Prozessdiagnostik und erschien damit für die vorliegende Untersuchung als sehr geeignet. Das IIP-C ist zudem in seiner Anwendung nicht auf eine bestimmte psychotherapeutische Richtung begrenzt und sowohl in Einzeltherapien als auch insbesondere in Gruppentherapien einsetzbar. Nach Gunzelmann et al. (2000) ist das Inventar auch für die Anwendung bei älteren Personen gut geeignet.

Theoretischer Ursprung des IIP ist die interpersonale Theorie von Sullivan (1953), auf deren Basis Leary (1957) das sogenannte Circumplex-Modell interpersonalen Verhaltens entwickelte. Das von Horowitz et al. (1988) veröffentlichte Inventory of Interpersonal Problems wurde 1978 von Strauß und Kordy ins Deutsche übertragen und von Brähler et al. (1999) an einer umfassenden repräsentativen Stichprobe normiert. „Die gute theoretische Einbettung des IIP in die interpersonale Theorie und der Wunsch nach möglichst maximaler Vergleichbarkeit mit der englischsprachigen Version“ (Horowitz et al., 2000, S. 14) waren der Grund, weshalb auf eine Neukonstruktion des IIP für die deutsche Version verzichtet wurde.

Die in der Studie verwendete Kurzform des IIP-C enthält insgesamt 64 Items, jeweils acht pro Subskala. Beantwortet werden die Items auf einer fünfstufigen Likert-Skala. Die acht Skalen werden in Orientierung an den Inhalten der sie definierenden Items wie folgt charakterisiert: zu autokratisch/dominant (PA), zu streitsüchtig/konkurrierend (BC), zu abweisend/kalt (DE), zu introvertiert/sozial vermeidend (FG), zu selbstunsicher/unterwürfig (HI), zu ausnutzbar/nachgiebig (JK), zu fürsorglich/freundlich (LM) und zu expressiv/aufdringlich (NO). Zur genaueren Beschreibung der Subskalen siehe Anhang 17.10.

9.7 Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)

Beim Beeinträchtigungs-Schwere-Score (Schepank, 1995) handelt es sich um ein theorieunabhängiges Expertenrating-Verfahren, mit dem eingeschätzt wird, wie schwer ein Mensch durch seine psychogene Symptomatik insgesamt beeinträchtigt ist und in welchem der drei Bereiche körperliche, psychische und sozialkommunikative Beeinträchtigung dies bevorzugt der Fall ist. Nicht beurteilt werden im BSS psychotische Symptome sowie nicht-psychogene, also primär somatische Körperbeschwerden. Die Einschätzung erfolgt jeweils auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 0 (gar nicht) bis 4 (extrem), es werden die einzelnen Skalenwerte sowie der Summenwert über alle drei Dimensionen betrachtet. Im Manual wird betont, dass der BSS keine obere Altersgrenze kennt und nach kurzer Trainingsphase leicht erlernbar ist. Allerdings weisen Schneider et al. (1997) auf Besonderheiten bzw. Schwierigkeiten in der Anwendung bei älteren Patienten hin, da sich beispielsweise die Abgrenzung psychogener Beschwerden von Beschwerden, welche durch eine somatische Erkrankung bedingt sind, bei multimorbiden Älteren wesentlich schwieriger gestaltet. Die Anwendung ist mit maximal drei Minuten äußerst zeitökonomisch, die Interraterreliabilität ist hoch. Für die vorliegende Untersuchung von Bedeutung sind die hohe Spezifität und Sensibilität für Veränderungen. Der BSS wird sowohl in der klinischen Praxis als auch in der Grundlagenforschung sowie der Therapieeffektvergleichs- und Katamneseforschung eingesetzt. Er ist zudem Bestandteil der Psy-BaDo-PTM (von Heymann et al., 2003), einer Basisdokumentation für den Bereich Psychosomatik und Psychotherapie, die an die Psy-BaDo von Heuft und Senf (1998a) angegliedert wurde. Diese wird seit Jahren in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum Nürnberg eingesetzt.

In der vorliegenden Untersuchung erfolgte eine Einschätzung des BSS für die letzten sieben Tage (BSS-7, Punktprävalenz). Es wird im Manual darauf hingewiesen, dass der Therapeut darauf achten sollte, die prä-Ratings tatsächlich zu Therapiebeginn und die post-Ratings am Ende der Behandlung zu erstellen. Dies wurde entsprechend realisiert.

9.8 Nürnberger-Alters-Inventar (NAI)

Die dieser Untersuchung vorangegangene therapiebegleitende Evaluation seit Gründung der PTK 55+ hatte gezeigt, dass sich unter der Behandlung nicht nur Veränderungen in psychischen Parametern, sondern gerade bei den älteren Patienten auch Verbesserungen im kognitiven Bereich zeigten. Aus diesem Grund wurden in der vorliegenden Studie mehrere Testverfahren aus dem Nürnberger-Alters-Inventar (Oswald & Fleischmann, 1999) eingesetzt, die unterschiedliche kognitive Funktionen erfassen.

Beim Nürnberger-Alters-Inventar handelt es sich um ein speziell für das höhere Lebensalter konzipiertes Testinventar, das wesentliche Bereiche der kognitiven Leistungsfähigkeit, des Verhaltens, der Befindlichkeit und des Selbstbildes von Personen des höheren Lebensalters erfasst. Es liegen Normwerte aus repräsentativ quotierten Altersgruppen vor, die einzelnen Subtests können unabhängig voneinander eingesetzt werden. Für die vorliegende Untersuchung wurden von den 18 eigenständigen Untertests des NAI der Zahlen-Verbindungs-Test-G, der Labyrinth-Test, die Wortliste sowie das Nürnberger-Alters-Rating verwendet.

9.8.1 Zahlen-Verbindungs-Test (ZVT-G)

Da im Rahmen einer psychischen Erkrankung, insbesondere einer depressiven Störung, das kognitive Tempo oftmals beeinträchtigt ist, wurde der Zahlen-Verbindungs-Test eingesetzt. Der ZVT-G ermöglicht die Messung des allgemeinen kognitiven Leistungstempos, wobei die individuelle Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit über ein sehr breites kognitives Leistungsspektrum hinweg bestimmt werden kann. In Anlehnung an das Intelligenzmodell von Catell erfasst der Test die „fluide“ und damit altersabhängige Leistungskomponente. Der ZVT-G ermöglicht eine Differenzierung von normalen und pathologischen Alterungsprozessen und kann ebenso bei Veränderungsmessungen eingesetzt werden, da er in der Lage ist, therapieinduzierte Effekte abzubilden (Oswald & Fleischmann, 1999). Bei dem ZVT-G handelt es sich um ein zeitökonomisch einsetzbares Paper-pencil-Verfahren, bei dem der Patient die Aufgabe hat, zweimal 30 Zahlen möglichst schnell in korrekter Zählfolge mit einem Stift zu verbinden. Als Testscore dient die mittlere Bearbeitungszeit der beiden Testmatrizen.

9.8.2 Labyrinth-Test (LT-G)

Dieser Untertest des Nürnberger-Alters-Inventars dient der Erfassung des kognitiven Tempos, der visuellen Informationsaufnahme und -organisation sowie der Planungsfunktionen mit Hilfe einer komplexen Paper-pencil-Aufgabe. Obwohl dieser Test überwiegend in der neuropsychologischen Diagnostik eingesetzt wird, wurde er in der vorliegenden Untersuchung angewandt, da sich in den Voruntersuchungen mit Prä-Post-Vergleichen bei Aufnahme und Entlassung deutliche (und im Vergleich zum Zahlen-Verbindungs-Test stärker ausgeprägte) Veränderungen unter einer psychotherapeutischen Behandlung gezeigt hatten. Die Aufgabe besteht darin, möglichst schnell den Weg aus dem Inneren eines Labyrinths nach außen zu finden, als Testwert dient die dafür benötigte Zeit.

9.8.3 Wortliste

Da insbesondere ältere Patienten mit psychischen Erkrankungen oftmals über Einschränkungen der Merkfähigkeit klagen, wurde die Wortliste aus dem Nürnberger-Alters-Inventar in das Untersuchungsinstrumentarium aufgenommen. Ziel dieses Tests ist es, „die Güte der Wiedergabe von Worten aus dem kurzfristigen Gedächtnis mittels eines Reproduktionsmaßes zu erfassen sowie die Konsolidierung verbaler Gedächtnisinhalte bei einem Behaltenszeitraum von 20-30 Minuten mittels eines Wiedererkennungstests zu überprüfen“ (Oswald & Fleischmann, 1999, S. 148). Zur Erfassung der kurzfristigen Gedächtnisleistung dient eine Wortliste mit acht standardisierten zweisilbigen Substantiven, die der Patient nach der Vorgabe unmittelbar frei reproduzieren soll (Wortliste Freie Reproduktion, WLFR). Nach einer Zeitspanne von 20 bis 30 Minuten werden zur Erfassung der mittelfristigen Behaltensleistung die anfänglich vorgegebenen Wörter zusammen mit acht Distraktoren vorgegeben, wobei der Patient die ursprünglich genannten Wörter wiederzuerkennen hat (Wortliste Wiedererkennen, WLWE). Als Testwert dient bei der Freien Reproduktion die Anzahl korrekt wiedergegebener Wörter, beim Wiedererkennen die Differenz aus korrekt und irrtümlich wiedererkannten Wörtern. Es kann ein Gesamtwert aus den Ergebnissen beider Testteile gebildet werden.

9.8.4 Nürnberger-Alters-Rating (NAR)

Beim Nürnberger-Alters-Rating handelt es sich um ein ökonomisches Verhaltensrating mit neun bipolaren, siebenstufigen Beschreibungsdimensionen, die durch gegensätzliche Eigenschaftsbegriffe gekennzeichnet sind (aktiv/passiv, heiter/traurig, selbstsicher/verunsichert, flexibel/rigide, konzentriert/unkonzentriert, gelassen/reizbar, interessiert/uninteressiert, kontaktfreudig/kontaktarm, unbefangen/vorsichtig). Die Summe der einzelnen Dimensionen ergibt einen Gesamtwert der Verhaltenseinschätzung. Konzipiert wurde das NAR ursprünglich zur intraindividuellen Verhaltensbeurteilung der Testperson durch den Testleiter über mehrere Dimensionen und Testungen hinweg. In der vorliegenden Untersuchung wurde das NAR eingesetzt, um eine Verhaltensbeurteilung der Patienten durch den Therapeuten zu gewinnen, welcher das Rating jeweils zu den vier Messzeitpunkten nach einem Einzelkontakt mit dem jeweiligen Patienten ausfüllte.

9.9 Nürnberger Entlassfragebogen

Zum Entlassungszeitpunkt erhielt jeder Patient zusätzlich zu dem oben beschriebenen Fragebogenset einen speziell an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum Nürnberg entwickelten Entlassungsfragebogen, der folgende Elemente enthält (vgl. Anhang 17.15):

1. Bewertung des Aufenthalts im Hinblick auf Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis, Veränderung durch die Psychotherapie, Zurechtkommen nach Entlassung, weiterer Bedarf an Psychotherapie, geplante weiterführende Behandlung
2. Bewertung möglicher hilfreicher Einflussfaktoren: Zusammensein mit anderen auf Station, Gespräch mit Mitpatienten/Angehörigen/Pflegepersonal, Einzelpsychotherapie, Gruppentherapie, Möglichkeit des Rückzugs von Problemen draußen, ständige Anwesenheit einer Ansprechperson
3. Mögliche Erfahrungen in der Therapie, z. B. psychosomatische Zusammenhänge erkennen, sich selbst besser verstehen, Methoden für zu Hause kennenlernen, von Mitpatienten akzeptiert werden, mit Problemen besser zurechtkommen, soziale Kontakte knüpfen etc.
4. Bewertung der einzelnen Therapieangebote nach Schulnotensystem
5. Veränderungsvorschläge
6. Globaleinschätzung des Behandlungsergebnisses auf einer Visuellen Analogskala

9.10 Katamnesefragebogen

Zum Katamnesezeitpunkt erhielt jeder Patient einen speziell an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum Nürnberg entwickelten Fragebogen, der wesentliche Elemente des Entlassfragebogens erneut aufgreift (vgl. Anhang 17.16):

1. Bewertung des Aufenthalts im Hinblick auf Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis, Veränderung durch die Psychotherapie, Zurechtkommen nach Entlassung, weiterer Bedarf an Psychotherapie
2. Mögliche Erfahrungen in der Therapie, z. B. psychosomatische Zusammenhänge erkennen, sich selbst besser verstehen, Methoden für zu Hause kennenlernen, von Mitpatienten akzeptiert werden, mit Problemen besser zurechtkommen, soziale Kontakte knüpfen etc.
3. Inanspruchnahme von Hilfen in der Zeit nach der Behandlung (Ehemaligentreffen, Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie, ambulante neurologische/psychiatrische Behandlung, Selbsthilfegruppe, stationäre Behandlung, soziale Kontakte/Freizeitaktivitäten)

10 Ergebnisse

Alle statistischen Datenauswertungen und Analysen wurden mit dem Statistikprogramm SPSS für Windows, Version 14.0, durchgeführt. Nach dem Intention-to-treat-Verfahren gingen alle Patienten, welche zur Therapie aufgenommen wurden, in die Datenanalyse mit ein. Die fehlenden Werte aller Patienten, die die Behandlung zwischen Aufnahme und Entlassung abbrachen, wurden nach dem Prinzip des „last observation carried forward“ ersetzt.

Im Rahmen der gruppenstatistischen Auswertung wurde nach statistisch signifikanten Veränderungen über die vier Messzeitpunkte Vorgespräch, Aufnahme, Entlassung und Katamnese gesucht. Zudem wurden zur Einschätzung der Größe der Testeffekte per Hand die Effektstärken berechnet, indem nach Cohen (1988) der jeweilige Mittelwert der Differenzen durch die Streuung dieser Differenzen dividiert wurde, beide Messwerte waren dem SPSS-Output des T-Tests für abhängige Stichproben zu entnehmen. Es wurde zur Interpretation die Einteilung nach Cohen (1988) in kleine ($d \geq 0,2$), mittlere ($d \geq 0,5$) und große ($d \geq 0,8$) Effekte verwendet.

Für alle intervallskalierten Variablen wurden die Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten mit Varianzanalysen nach dem allgemeinen linearen Modell mit Messwiederholungen berechnet. Hierfür wurde die Voraussetzung der Normalverteilung durch den Kolmogorov-Smirnoff-Test mit Liliefors-Korrektur überprüft. Da die ANOVA gegenüber der Verletzung der Normalverteilung weitgehend unempfindlich ist (Bortz, 1999), wurde jedoch auch bei nichtvorhandener Normalverteilung dieses Verfahren benutzt, um Gruppenunterschiede zu ermitteln (Anhang 17.17 ist eine Auflistung sämtlicher Variablen zu entnehmen, welche nach Kolmogorov-Smirnoff mit $p < .05$ normalverteilt sind). Es wurde nach Olson (1976) die Pillai Spur verwendet. Alle Hypothesen wurden auf dem Signifikanzniveau $p < .05$ getestet. Für alle dichotomen Variablen wurden der Cochran's Q-Test bzw. der Chi-Quadrat-Test von McNemar berechnet.

Neben der gruppenstatistischen Auswertung durch den Vergleich von Mittelwerten wurde auch die individuelle Veränderung von Patienten unter der Therapie analysiert. Hierfür wurde die klinische Bedeutsamkeit der Veränderungen von der Aufnahme zur Entlassung und Aufnahme zur Katamnese anhand des Reliable Change Index (RCI) nach Jacobson & Truax (1991) überprüft. Nach Lienert & Raatz (1994) ergibt sich eine statistisch bedeutsame Differenz von Prä- und Postwerten bei zweiseitiger Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 %, wenn $RCI \geq 1,96$.

Verwendet wurde die Formel nach Christensen & Mendoza (1986):

$$RCI = \frac{x_1 - x_2}{\sqrt{2(SE)^2}}, \text{ wobei } x_1 = \text{Prätestwert, } x_2 = \text{Posttestwert, } SE = s_1 \sqrt{1 - r_{tt}}$$

mit s_1 = Standardabweichung der Prätestwerte und r_{tt} = Retestrelia­bilität.

Mit Ausnahme des WHOQOL, welcher sich noch in der Normierungsphase befindet und für den noch keine Angaben zu Gütekriterien vorliegen, konnten für alle Testverfahren RCI-Werte berechnet werden. Da im Manual des PHQ-D keine Reliabilitäten angegeben sind, wurde für den PHQ-9 die Berechnung der Restestrelia­bilität von Kroenke, Spitzer & Williams (2001) verwendet, welche einen Wert von .84 angeben und zudem den Cut-off für Vorliegen einer Major Depression bei ≥ 10 Punkte ansetzen. Die Retestrelia­bilität des PHQ-15 liegt nach van Ravesteijn et al. (2002) bei .60. Die Retestrelia­bilität für den Gesamtwert des IIP liegt nach Schreiber-Willnow (2010, S. 104) bei .94. Da für den Gießener Beschwerdebogen geschlechtsspezifische Reliabilitäten vorliegen, wurde der RCI dementsprechend für männliche und weibliche Patienten getrennt berechnet. Für die Fremdbeurteilungsverfahren NAI-NAR und BSS wurden die in den Manualen benannten Interraterrelia­bilitäten verwendet.

10.1 Veränderungen vom Vorgespräch bis zur Entlassung

Da für die ersten drei Messzeitpunkte ohne Katamnese eine höhere Anzahl an vollständigen Datensätzen ($n = 116$ bzw. 115) vorliegt, wurden die Veränderungen einschließlich der Katamnese separat berechnet.

10.1.1 gruppenstatistische Analyse

In Tabelle 21 sind die Mittelwerte und Standardabweichungen der ersten drei Messzeitpunkte Vorgespräch, Aufnahme und Entlassung sowie die Kennwerte der Varianzanalysen (F-Wert, Freiheitsgrade df , Signifikanz p , Schätzer der Effektstärke η^2) abgebildet.

Tabelle 21: Ergebnisse der Varianzanalyse über die ersten drei Messzeitpunkte

Variable	Mittelwert±Standardabweichung			ANOVA			
	Vorgespräch	Aufnahme	Entlassung	F	df	p	Eta ²
HADS-D	12,7±4,4	12,3±4,5	9,1±4,8	43,64	2, 114	< .001	0,43
HADS-A	13,4±4,0	12,5±4,2	10,0±4,7	41,10	2, 114	< .001	0,42
PHQ-D							
15	14,9±4,9	13,7±5,4	12,3±5,7	18,85	2, 114	< .001	0,25
9	15,0±5,5	13,7±5,7	10,3±5,6	33,34	2, 114	< .001	0,37
psy. Fkt.	2,3±0,7	2,0±0,9	1,2±0,9	72,84	2, 114	< .001	0,56
Stress	9,1±4,0	8,5±4,1	6,8±4,4	31,21	2, 114	< .001	0,35
GBB-24							
Erschöpfung	13,2±6,5	12,3±6,3	10,6±6,3	16,28	2, 114	< .001	0,22
Magen	6,9±4,6	6,2±4,9	5,0±4,9	12,03	2, 114	< .001	0,17
Herz	8,1±5,2	7,7±5,2	6,6±5,1	8,25	2, 114	< .001	0,13
Glieder	12,2±6,0	12,1±6,0	11,0±6,3	7,54	2, 114	< .001	0,12
Besch.druck	40,4±18,1	38,4±18,0	33,2±18,8	18,34	2, 114	< .001	0,24
WHOQOL							
Sinn	14,0±3,7	14,2±3,8	15,2±3,6	10,11	2, 114	< .001	0,15
Autonomie	12,7±3,2	12,4±3,2	13,6±3,2	13,70	2, 114	< .001	0,19
Aktivitäten	11,3±2,9	11,2±2,8	12,4±2,7	18,60	2, 114	< .001	0,25
Soz. Part.	11,5±2,8	11,5±3,0	13,0±2,8	28,07	2, 114	< .001	0,33
Tod	11,9±4,5	12,3±4,7	12,7±4,3	3,84	2, 114	.024	0,06
Intimität	12,6±4,0	12,3±3,6	13,2±3,7	7,84	2, 114	< .001	0,12
IIP-C							
PA	0,96±0,6	0,94±0,5	0,85±0,5	3,41	2, 114	.036	0,06
BC	1,27±0,7	1,26±0,6	1,23±0,7	0,34	2, 114	.715	0,01
DE	1,59±0,8	1,61±0,8	1,46±0,8	4,31	2, 114	.016	0,07
FG	1,90±0,9	1,90±0,9	1,78±0,9	3,49	2, 114	.034	0,06
HI	2,26±0,9	2,33±0,9	2,16±0,9	4,59	2, 114	.012	0,08
JK	2,10±0,8	2,13±0,8	2,10±0,8	0,30	2, 114	.744	0,01
LM	2,17±0,7	2,14±0,7	2,13±0,7	0,40	2, 114	.675	0,01
NO	1,38±0,7	1,30±0,6	1,28±0,7	2,62	2, 114	.077	0,04
gesamt	1,70±0,6	1,70±0,5	1,62±0,5	3,78	2, 114	.026	0,06
BSS							
psychisch	3,1±0,6	3,1±0,7	2,3±0,7	54,25	2, 114	< .001	0,49
körperlich	2,8±0,8	2,7±0,7	1,9±0,7	69,08	2, 114	< .001	0,55
soz.kom.	2,0±0,8	2,1±0,8	1,5±0,9	26,68	2, 114	< .001	0,32
gesamt	7,9±1,5	7,9±1,5	5,7±2,0	79,88	2, 114	< .001	0,58
NAI							
ZVT-G	24,8±9,5	25,0±11,2	22,9±7,4	5,21	2, 113	.007	0,08
Labyrinth	39,8±21	38,8±20,5	33,9±14,4	5,92	2, 113	.004	0,10
Wortliste	10,2±2,6	10,8±2,7	11,3±2,8	11,88	2, 113	< .001	0,17
NAR	39,0±6,2	40,1±6,3	33,0±7,8	60,09	2, 114	< .001	0,51

Anmerkungen. F = F-Wert, df = Freiheitsgrade, p = Signifikanz, Eta² = Schätzer der Effektstärke; psy.

Fkt. = psychosoziale Funktionsfähigkeit PHQ-D, Stress = Stresssummenwert PHQ-D,

Besch.druck = Beschwerdedruck GBB-24, Soz.Part. = Soziale Partizipation WHOQOL-OLD, PA = zu autokratisch/dominant, BC = zu streitsüchtig/konkurrierend, DE = zu abweisend/kalt, FG = zu introvertiert/sozial vermeidend, HI = zu selbstunsicher/unterwürfig, JK = zu ausnutzbar/nachgiebig, LM = zu fürsorglich/freundlich, NO = zu expressiv/aufdringlich, soz.kom. = sozialkommunikativ BSS.

Tabelle 22 gibt zudem die nach Cohen (1988) berechneten einzelnen Effektstärken für die Zeiträume Vorgespräch-Aufnahme und Aufnahme-Entlassung wieder.

Tabelle 22: Effektstärken für die Zeiträume Vorgespräch-Aufnahme und Aufnahme-Entlassung

Verfahren	ES _{V-A}	ES _{A-E}
HADS-D	0,2	0,8
HADS-A	0,4	0,7
PHQ-D		
15	0,3	0,3
9	0,3	0,7
psych. Funkt.	0,4	0,8
Stresssummenwert	0,2	0,6
GBB-24		
Erschöpfungsneigung	0,2	0,4
Magenbeschwerden	0,2	0,3
Herzbeschwerden	0,1	0,3
Gliederschmerzen	0	0,3
Beschwerdedruck	0,2	0,5
WHOQOL-OLD		
Sinnesfunktionen	0,1	0,4
Autonomie	-0,1	0,5
Aktivitäten	-0,1	0,6
Soziale Partizipation	0	0,6
Tod	0,2	0,2
Intimität	-0,1	0,4
IIP-C		
PA	0	0,2
BC	0	0,1
DE	0	0,3
FG	0	0,2
HI	-0,1	0,3
JK	-0,1	0,1
LM	0,1	0
NO	0,2	0
gesamt	0	0,3
BSS		
psychisch	0,1	0,9
körperlich	0,1	1,0
sozialkommunikativ	0,1	0,7
gesamt	0	1,1
NAI		
ZVT-G	0	0,3
Labyrinth	0,1	0,3
Wortliste	0,2	0,2
NAR	-0,2	1,0
über alle Verfahren gemittelte ES	0,1	0,5

Anmerkungen. Die Effektstärken wurden gepolt, so dass positive Werte eine Veränderung in die klinisch gewünschte Richtung im Sinne einer Symptomreduzierung bzw. Verbesserung von Kompetenzen bedeuten. V-A = Vorgespräch-Aufnahme, A-E = Aufnahme-Entlassung, psych. Funkt. = psychosoziale Funktionsfähigkeit PHQ-D, PA = zu autokratisch/dominant, BC = zu streitsüchtig/konkurrierend, DE = zu abweisend/kalt, FG = zu introvertiert/sozial vermeidend, HI = zu selbstunsicher/unterwürfig, JK = zu ausnutzbar/nachgiebig, LM = zu fürsorglich/freundlich, NO = zu expressiv/aufdringlich.

HADS-A/D

In der Subskala Depressivität zeigt sich über den Faktor Zeit ein hoch signifikanter ($p < .001$) Rückgang der Symptomatik. Hier findet zwischen Vorgespräch und Aufnahme keine Veränderung statt, unter der Therapie ist jedoch ein signifikanter Rückgang der Symptomatik mit einer Effektstärke von 0,8 zu verzeichnen.

In der Subskala Ängstlichkeit zeigt sich über den Faktor Zeit ein hoch signifikanter ($p < .001$) Rückgang der Symptomatik. Ein Vergleich der Haupteffekte zeigt, dass bereits vom Vorgespräch zur Aufnahme und dann unter der Therapie von der Aufnahme zur Entlassung eine signifikante Veränderung zu verzeichnen ist. Der Effekt zwischen Aufnahme und Entlassung ist mit $ES = 0,7$ größer als in der Wartezeit mit $ES = 0,4$.

PHQ-D

Im PHQ-15 als Skalensummenwert somatischer Symptome besteht ein hoch signifikanter ($p < .001$) Rückgang der Symptomatik über die Zeit. Ein Vergleich der Haupteffekte zeigt, dass bereits vom Vorgespräch zur Aufnahme und dann unter der Therapie von der Aufnahme zur Entlassung eine signifikante Veränderung zu verzeichnen ist. Die Effektstärken sind mit jeweils 0,3 identisch.

Im PHQ-9 als Maß depressiver Symptome besteht ebenfalls ein hoch signifikanter ($p < .001$) Rückgang der Symptomatik über die drei Messzeitpunkte. Im Vergleich der Haupteffekte zeigt sich, dass bereits vom Vorgespräch zur Aufnahme und dann unter der Therapie von Aufnahme zu Entlassung eine signifikante Veränderung zu verzeichnen ist. Der Effekt zwischen Aufnahme und Entlassung ist mit $ES = 0,7$ größer als in der Wartezeit zwischen den ersten beiden Messzeitpunkten mit $ES = 0,3$.

Eine Abnahme der subjektiven Einschränkung der psychosozialen Funktionsfähigkeit ist über die Messzeitpunkte hoch signifikant ($p < .001$), sowohl zwischen Vorgespräch und Aufnahme ($ES = 0,4$) als auch zwischen Aufnahme und Entlassung ($ES = 0,8$) kommt es zu einer signifikanten Veränderung.

Der Stresssummenwert reduziert sich ebenfalls hoch signifikant ($p < .001$) über die drei Messzeitpunkte. Vom Vorgespräch zur Aufnahme und unter der Therapie von Aufnahme zu Entlassung ist eine signifikante Veränderung zu verzeichnen. Der Effekt zwischen Aufnahme und Entlassung ist mit $ES = 0,8$ größer als in der Wartezeit mit $ES = 0,4$.

Da mehrere Ergebniswerte des PHQ in dichotomer Form angegeben sind (ja/nein), wurde zur Beurteilung der Verlaufseffekte über die verschiedenen Messzeitpunkte der Cochran's Q-Test verwendet, welcher die Erweiterung des Tests nach McNemar auf k abhängige Stichproben darstellt. Da der Cochran's Q-Test jedoch keine differenzierte

Aussage zulässt, zwischen welchen Messzeitpunkten signifikante Unterschiede in den Verteilungen der dichotomen Variablen auftreten, wurden anschließend paarweise post-hoc-Vergleiche zwischen den Erhebungszeitpunkten anhand des McNemar-Tests gerechnet.

Mit den benannten Verfahren wurde die Veränderung folgender Ergebniswerte im PHQ überprüft:

- somatoformes Syndrom ja/nein
- major depressives Syndrom ja /nein
- andere depressive Syndrome ja /nein
- Paniksyndrom ja/nein
- andere Angstsyndrome ja/nein

Tabelle 23 gibt neben den Testwerten den prozentualen Anteil der Patienten wieder, welche beim jeweiligen Messzeitpunkt laut dem PHQ unter dem entsprechenden Syndrom litten.

Tabelle 23: PHQ-D: somatoformes Syndrom, major depressives Syndrom, andere depressive Syndrome, Paniksyndrom, andere Angstsyndrome zu den ersten drei Messzeitpunkten

PHQ-D	Vorgespräch	Aufnahme	Entlassung	Q (df, n)	p
somatoformes Syndrom (%)	71 %	66 %	47 %	29,73 (2, 116)	< .001
major depr. Syndrom (%)	62 %	56 %	33 %	35,82 (2, 116)	< .001
andere depr. Syndrome (%)	16 %	18 %	16 %	0,19 (2, 116)	n.s.
Paniksyndrom (%)	43 %	39 %	33 %	4,54 (2, 116)	n.s.
andere Angstsyndr. (%)	49 %	38 %	21 %	29,09 (2, 116)	< .001

Anmerkungen. df = Freiheitsgrade, n = Anzahl der Personen, p = Signifikanz

Die paarweise Überprüfung mit dem Chi-Quadrat-Test von McNemar ergab, dass sich die Verteilungen in den Variablen somatoformes Syndrom, major depressives Syndrom und andere Angstsyndrome über die drei Messzeitpunkte, darunter immer jeweils von der Aufnahme zur Entlassung signifikant ($p < .001$) verändern. In Bezug auf andere Angst-

syndrome ist bereits vom Vorgespräch zur Aufnahme eine signifikante Veränderung ($p < .05$) festzustellen. In den benannten Parametern zeigt sich, dass sich der Anteil an Patienten, bei denen vom Vorliegen eines depressiven bzw. Angstsyndroms ausgegangen werden muss, über die Zeit deutlich reduziert. Keine signifikanten Veränderungen ergeben sich bezüglich des Vorliegens anderer depressiver Symptome sowie des Paniksyndroms.

Gießener Beschwerdebogen

In der Gesamtskala als Maß des Beschwerdedrucks findet sich ein hochsignifikanter ($p < .001$) Rückgang der Symptomatik über die Zeit, allerdings sowohl zwischen Vorgespräch und Aufnahme ($ES = 0,2$) als auch zwischen Aufnahme und Entlassung ($ES = 0,5$).

In allen vier Subskalen (Erschöpfungsneigung, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen, Herzbeschwerden) zeigt sich ein hochsignifikanter ($p < .001$) Rückgang der Symptomatik über die Zeit. Nur in der Subskala Erschöpfungsneigung ist eine signifikante Veränderung bereits zwischen Vorgespräch und Aufnahme zu sehen ($ES = 0,2$), in den anderen Subskalen wird die Veränderung nur zwischen Aufnahme und Entlassung signifikant ($ES = 0,3$ bis $0,4$).

WHOQOL-OLD

In allen Skalen (Sinnesfunktionen, Autonomie, Aktivitäten, soziale Partizipation, Tod, Intimität) zeigt sich eine signifikante Veränderung über alle drei Messzeitpunkte in Richtung einer höheren Lebensqualität. Keine signifikante Änderung zeigt sich jeweils vom Vorgespräch zur Aufnahme, signifikant ist jedoch die Veränderung unter der Therapie von der Aufnahme zur Entlassung (ES zwischen $0,2$ und $0,6$).

Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme

Im Hinblick auf den Gesamtwert des IIP ist eine signifikante Veränderung ($p < .05$) über alle Messzeitpunkte zu verzeichnen, im paarweisen Vergleich signifikant zwischen Aufnahme und Entlassung ($ES = 0,3$), nicht jedoch zwischen Vorgespräch und Aufnahme.

Signifikante Veränderungen ($p < .05$) über alle Messzeitpunkte zeigten sich in den Subskalen PA (zu autokratisch/dominant), DE (zu abweisend/kalt), FG (zu introvertiert/sozial vermeidend) und HI (zu selbstunsicher/unterwürfig), nicht signifikant änderten sich die Werte der Subskalen BC (zu streitsüchtig/konkurrierend), JK (zu ausnutzbar/nachgiebig), LM (zu fürsorglich/freundlich) und NO (zu expressiv/aufdringlich).

Ein Vergleich der Haupteffekte zwischen den einzelnen Messzeitpunkten zeigt, dass in den Subskalen PA, DE und FG die signifikante Veränderung von Aufnahme zu Entlas-

sung (ES = 0,2 bis 0,3), nicht jedoch zwischen Vorgespräch und Aufnahme, stattfindet. In der Subskala HI ist zwar die Veränderung von Aufnahme zu Entlassung statistisch signifikant (ES = 0,3), nicht jedoch zwischen Vorgespräch und Entlassung, da zwischen Vorgespräch und Aufnahme eine tendenzielle Verschlechterung der Werte zu verzeichnen ist (ES = -0,1). In der Subskala NO findet eine statistisch signifikante Veränderung vom Vorgespräch zur Aufnahme (ES = 0,2) statt, nicht jedoch zwischen den Messzeitpunkten Aufnahme und Entlassung (ES = 0).

Korrigiert man allerdings das Signifikanzniveau nach Bonferroni (eine Division des Alphaniveaus von $p = .05$ durch die Anzahl der Subtests ergäbe ein Signifikanzniveau von $p = .006$), so wird die Veränderung in den Subskalen nicht signifikant.

Beeinträchtigungs-Schwere-Score

Sowohl im Gesamtwert als auch in den Subskalen nimmt die Beeinträchtigungsschwere über alle Messzeitpunkte hoch signifikant ($p < .001$) ab. Die signifikante Veränderung findet immer zwischen Aufnahme und Entlassung (ES = 0,7 bis 1,1), nicht zwischen Vorgespräch und Aufnahme statt (ES = 0 bis 0,1).

Nürnberger-Alters-Inventar

Im Zahlen-Verbindungs-Test ZVT-G ist eine signifikante Veränderung ($p < .05$) über die Messzeitpunkte zu verzeichnen. Der paarweise Vergleich zeigt, dass signifikante Veränderungen von Aufnahme zu Entlassung (ES = 0,3), nicht jedoch zwischen Vorgespräch und Aufnahme stattfinden (ES = 0).

Dasselbe gilt für Veränderungen über die Messzeitpunkte im Labyrinth-Test mit vergleichbaren Effektstärken.

In der Wortliste ist ebenfalls eine signifikante Veränderung ($p < .001$) über die Messzeitpunkte zu verzeichnen. Allerdings zeigt der Vergleich der Haupteffekte, dass signifikante Veränderungen zwischen Vorgespräch und Aufnahme (ES = 0,2) sowie zwischen Vorgespräch und Entlassung, nicht jedoch zwischen Aufnahme und Entlassung stattfinden (ES = 0,2).

Im Nürnberger-Alters-Rating NAR ist eine hochsignifikante ($p < .001$) positivere Fremdeinschätzung über die Messzeitpunkte festzustellen. Die Veränderung ist jeweils signifikant zwischen Vorgespräch und Entlassung sowie Aufnahme und Entlassung (ES = 1,0).

10.1.2 Analyse individueller Veränderungen

Wie oben bereits beschrieben wurde neben der statistischen Signifikanz auch die klinische Bedeutsamkeit des Therapieerfolgs bestimmt.

Tabelle 24 gibt an, wie groß unter Berücksichtigung des Reliable Change Index (RCI) die individuelle Prä-Post-Differenz mindestens sein muss, um von einer klinisch signifikanten Veränderung des einzelnen Patienten sprechen zu können. Zur größeren Anschaulichkeit werden die Differenzwerte ohne Vorzeichen dargestellt, d. h. der Patient muss sich mindestens um die benannte Differenz in der jeweiligen Variable in die gewünschte klinisch günstige Richtung (in der Regel werden niedrigere Werte angestrebt mit Ausnahme des WHOQOL und der Wortliste) verändert haben, um von klinischer Relevanz sprechen zu können. Außerdem ist die Anzahl der Patienten ersichtlich, welche sich von der Aufnahme zur Entlassung in der jeweiligen Variable klinisch signifikant gebessert haben, d. h. den Differenzwert mindestens erreicht haben. Zudem wird der Anteil der Patienten dargestellt, welche sich klinisch signifikant um die benannte Differenz verschlechtert haben.

Grundsätzlich zu bedenken ist, dass aufgrund der Heterogenität der Stichprobe zahlreiche Patienten in den einzelnen Verfahren bereits zu Beginn der Therapie Werte im unauffälligen Bereich hatten (s. u.), so dass eine klinische Verbesserung per se nicht möglich war.

Tabelle 24: klinisch signifikante Veränderungen zwischen Aufnahme und Entlassung nach dem Reliable Change Index

Verfahren	Aufnahme-Entlassung (n = 116, ♂22, ♀94)			
	r	Differenz	verbessert n (%)	verschlechtert n (%)
HADS-D	.72	7 Pkt.	25 (22 %)	0
HADS-A	.73	6 Pkt.	20 (17 %)	1 (1 %)
PHQ-D				
9	.84	7 Pkt.	30 (26 %)	3 (3 %)
15	.60	10 Pkt.	6 (5 %)	1 (1 %)
GBB-24				
Erschöpfung	.77	9 Pkt.	0	0
Magen	.84	7 Pkt.	13 (14 %)	2 (2 %)
Glieder	.68	9 Pkt.	1 (5 %)	0
Herz	.77	7 Pkt.	6 (6 %)	2 (2 %)
Beschw.druck	.83	7 Pkt.	0	0
	.82	8 Pkt.	5 (5 %)	1 (1 %)
	.76	8 Pkt.	0	1 (5 %)
	.85	6 Pkt.	9 (10 %)	2 (2 %)
	.78	27 Pkt.	0	0
	.86	19 Pkt.	10 (11 %)	0
IIP-C				
PA	.88	0,5 Pkt.	22 (19 %)	11 (9 %)
BC	.81	0,75 Pkt.	10 (9 %)	3 (3 %)
DE	.84	0,85 Pkt.	10 (9 %)	2 (2 %)
FG	.85	1,02 Pkt.	4 (3 %)	2 (2 %)
HI	.88	0,91 Pkt.	10 (9 %)	3 (3 %)
JK	.90	0,69 Pkt.	9 (8 %)	11 (9 %)
LM	.86	0,75 Pkt.	8 (7 %)	10 (9 %)
NO	.84	0,69 Pkt.	4 (3 %)	6 (5 %)
gesamt	.94	0,37 Pkt.	13 (11 %)	7 (6 %)
BSS				
psychisch	.79	1 Pkt.	68 (59 %)	4 (3 %)
körperlich	.70	1 Pkt.	79 (68 %)	5 (4 %)
soz.kom.	.81	1 Pkt.	64 (55 %)	9 (8 %)
gesamt	.90	1 Pkt.	91 (78 %)	7 (6 %)
NAI				
ZVT-G	.95	8s	13 (12 %)	2 (2 %)
Labyrinth	.83	24s	14 (12 %)	3 (3 %)
Wortliste	.65	5 Wörter	8 (7 %)	5 (4 %)
NAR	.77	5 Pkt.	79 (68 %)	6 (5 %)

Anmerkungen. r = Reliabilität, Beschw.druck = Beschwerdedruck GBB-24, soz.kom. = sozialkommunikativ
 BSS, PA = zu autokratisch/dominant, BC = zu streitsüchtig/konkurrierend, DE = zu abweisend/kalt, FG = zu
 introvertiert/sozial vermeidend, HI = zu selbstunsicher/unterwürfig, JK = zu ausnutzbar/nachgiebig,
 LM = zu fürsorglich/freundlich, NO = zu expressiv/aufdringlich.

Um von einer klinisch signifikanten Verbesserung der Symptomatik im Sinne eines Reliable Change Index $\geq 1,96$ sprechen zu können, müssen sich die Werte der Patienten in der Stichprobe in der HADS-Subskala Ängstlichkeit von der Aufnahme zur Entlassung um 6 Punkte verändern. Demnach haben sich bis zur Entlassung 20 Patienten (17 %) kli-

nisch bedeutsam gebessert, 1 Patient (1 %) hat sich verschlechtert. Betrachtet man die Patienten, welche einen $RCI \geq 1,96$ haben und den Cut-off von 8 Punkten (s. u.) unterschreiten, so trifft dies bei der Entlassung auf 12 Patienten (10 %) zu. 5 Patienten (4 %) konnten sich aufgrund niedriger Ausgangswerte unter der klinisch erforderlichen Differenz per se nicht bedeutsam verbessern, 17 Patienten (15 %) lagen bereits bei der Aufnahme unter dem Cut-off.

In der Subskala Depressivität verbesserten sich unter der Therapie 25 Patienten (22 %) um die klinisch signifikante Differenz von 7 Punkten. Dieses Kriterium und die Unterschreitung des Cut-off erfüllten 16 Patienten (14 %). Bei 14 Patienten (12 %) lagen die Ausgangswerte bereits unter 7 Punkten, 18 Patienten (16 %) hatten bei der Aufnahme Werte im unauffälligen Bereich.

Im PHQ-9, welcher das Vorliegen depressiver Symptome misst, hatten sich im Vergleich zur Aufnahme nach dem RCI 30 Patienten (26 %) bei der Entlassung verbessert, gleichzeitig den Cut-off von 10 Punkten unterschritten 16 Patienten (14 %). Klinisch signifikant verschlechtert haben sich 3 Patienten (3 %). 14 Patienten (12 %) konnten sich aufgrund niedriger Ausgangswerte nicht um die Differenz verbessern, 29 Patienten (25 %) hatten bereits bei der Aufnahme Werte im klinisch unauffälligen Bereich.

Das Vorliegen somatoformer Symptome, gemessen mit dem PHQ-15, änderte sich von Aufnahme zu Entlassung signifikant bei 6 Patienten (5 %) in die klinisch günstige Richtung, ein Patient (1 %) hat sich verschlechtert. Zu berücksichtigen ist, dass eine relativ hohe Anzahl von 26 Patienten (22 %) aufgrund zu niedriger Ausgangswerte nicht die Möglichkeit hatte, sich klinisch zu verbessern.

Veränderungen in den berichteten Körperbeschwerden, erfasst durch den GBB, werden für männliche und weibliche Patienten getrennt berichtet (Begründung s. o.). Im Gesamtwert Beschwerdedruck zeigte sich bei keinem der 22 Männer zum Entlasszeitpunkt eine klinisch signifikante Verbesserung, jedoch auch keine Verschlechterung. Allerdings hatte ca. ein Drittel ($n = 8$, 36 %) zu niedrige Ausgangswerte, um sich überhaupt um die erforderliche Differenz verbessern zu können. Bei den weiblichen Patienten zeigten sich 10 Personen (11 %) bei der Entlassung klinisch bedeutsam gebessert, niemand hat sich über den Zeitraum verschlechtert, 12 Patientinnen (13 %) hatten für eine klinische Verbesserung bereits zu niedrige Ausgangswerte. Eine Betrachtung der Subskalen ergibt Verbesserungen insbesondere in den Bereichen Erschöpfungsneigung und Herzbeschwerden sowie eine geringe Anzahl an Patienten, welche sich unter der Therapie bedeutsam verschlechtert haben.

Im IIP-Gesamtwert verbesserten sich 13 Patienten (11 %) klinisch signifikant um die bedeutsame Differenz von 0,37 Punkten von der Aufnahme zur Entlassung. 7 Patienten (6 %) haben sich verschlechtert, bei 3 Patienten (3 %) lagen die Aufnahmewerte unter der klinischen Differenz. In den Subskalen liegt der Anteil der verbesserten Patienten zwischen 3 und 19 %, verschlechtert haben sich zwischen 2 und 9 %.

Die psychogene Gesamtbeeinträchtigung, eingeschätzt nach dem BSS, hatte sich bei der Entlassung bei 91 Patienten (78 %) signifikant verbessert, bei 7 Patienten (6 %) verschlechtert. Unter gleichzeitiger Berücksichtigung des Cut-off von 5 Punkten hatten sich bei Entlassung 25 Patienten (22 %) verbessert. In den Unterskalen haben sich zwischen 55 und 68 % der Patienten bedeutsam verbessert, 3 bis 8 % haben sich verschlechtert.

Die Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, gemessen mit dem ZVT-G und dem Labyrinth-Test, verbesserte sich von Aufnahme zur Entlassung bei 13 bzw. 14 Patienten (12 %). 2 bzw. 3 Patienten haben sich bedeutsam in die klinisch ungünstige Richtung verändert.

Die Merkfähigkeit (NAI-Wortliste) verbesserte sich klinisch bedeutsam bei 8 Patienten (7 %) und verschlechterte sich bei 5 Patienten (4 %). 79 Patienten (68 %) wurden bei der Entlassung im NAR als signifikant weniger stark beeinträchtigt beurteilt, 6 Patienten (5 %) wurden bedeutsam schlechter eingeschätzt als bei der Aufnahme.

Für die Verfahren HADS, PHQ, BSS sowie Wortliste, Zahlen-Verbindungs-Test und Labyrinth-Test aus dem NAI werden in den Testmanualen Cut-off-Werte als Richtlinie angegeben, wann vom Vorliegen einer pathologischen Symptomatik auszugehen ist. Es wird unterteilt in „unauffällig“, „grenzwertig“ und „auffällig“ (vgl. Tabelle 25).

Tabelle 25 : Cut-off-Werte für HADS-A/D, PHQ-9, BSS und NAI

Verfahren	Cut-off			
HADS-A/D	0-7: unauffällig, 8-10: grenzwertig, ≥ 11 : auffällig			
PHQ-9	≥ 10 : Major Depression			
BSS gesamt	≥ 5			
Wortliste	< 9			
ZVT-G	Alter	unauffällig	Grenzbereich	pathologisch
	55-69 J.	$< 29s$	29-36s	$> 36s$
	70-79 J.	$< 33s$	33-43s	$> 43s$
	80-95 J.	$< 45s$	45-59s	$> 59s$
Labyrinth-Test	55-69 J.	$< 49s$	49-60s	$> 60s$
	70-79 J.	$< 69s$	69-88s	$> 88s$
	80-95 J.	$< 101s$	101-130s	$> 130s$

Tabelle 26 ist der Patientenanteil in % in den jeweiligen Bereichen für die Messzeitpunkte Aufnahme und Entlassung zu entnehmen.

Tabelle 26: Patientenanteile im unauffälligen und pathologischen Bereich im Vergleich von Aufnahme und Entlassung, beurteilt nach dem Cut-off

Testverfahren	unauffällig		Grenzbereich		auffällig	
	A	E	A	E	A	E
HADS-D	16 %	40 %	18 %	22 %	66 %	38 %
HADS-A	15 %	33 %	15 %	23 %	70 %	44 %
PHQ-9	25 %	46 %	---	---	75 %	54 %
BSS gesamt	2 %	23 %	---	---	98 %	77 %
NAI						
ZVT-G	76 %	79 %	15 %	13 %	9 %	8 %
Labyrinth	84 %	90 %	9 %	7 %	7 %	3 %
Wortliste	81 %	84 %	---	---	19 %	16 %

Anmerkungen. A = Aufnahme, E = Entlassung

Es zeigt sich, dass der Anteil der Patienten, die in der HADS-Skala Depressivität als auffällig zu beurteilen sind, vom Zeitpunkt der Aufnahme mit 66 % zur Entlassung mit 38 % deutlich abgenommen hat. Dementsprechend hat sich der Anteil an Patienten, die in diesem Bereich als unauffällig einzuschätzen sind, von 16 % (Aufnahme) auf 40 % (Entlassung) erhöht.

In Bezug auf die Subskala Ängstlichkeit HADS-A zeigt sich unter der Therapie ebenfalls ein Rückgang des Patientenanteils mit auffälligen Werten von 70 % auf 44 %. Im Gegenzug hat sich der Anteil der Patienten, welche Werte im Grenzbereich oder im unauffälligen Bereich aufwiesen, von der Aufnahme zur Entlassung erhöht.

Im PHQ-9 ergaben sich zum Aufnahmezeitpunkt bei 75 % der Patienten Hinweise auf das Vorliegen einer Major Depression. Bei der Entlassung betrug dieser Anteil noch 54 %.

Nahezu alle Patienten (98 %) wurden nach dem BSS bei der Aufnahme als psychogen deutlich beeinträchtigt eingeschätzt, bei der Entlassung galt dies noch für 77 %.

In den Testverfahren zur Überprüfung der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit (ZVT-G, Labyrinth-Test) zeigte sich bei der Aufnahme mit 9 bzw. 7 % nur ein geringer Anteil an auffälligen Patienten, welcher sich zur Entlassung hin noch etwas reduzierte auf 8 bzw. 3 %. Die Merkfähigkeit (gemessen mit der Wortliste) war zu Beginn der Behandlung bei 19 % deutlich beeinträchtigt, bei der Entlassung lag der Anteil noch bei 16 %.

10.1.3 Prädiktoren des unmittelbaren Therapieerfolgs

Um mögliche Prädiktoren des Therapieergebnisses zu bestimmen, wurden lineare Regressionsanalysen berechnet. Als Erfolgsmaß der Veränderung von der Aufnahme zur Entlassung sowie zur Katamnese wurden Residual Gain Scores (RSG) bestimmt. Hierfür wurden zunächst in einer linearen Regression der Präwert als unabhängige Variable und der Postwert als abhängige Variable verwendet, d. h. der Messwert bei Entlassung bzw. Katamnese wurde aus dem Wert bei der Aufnahme vorhergesagt. Die Residuen, also die Abweichung des tatsächlichen Postwerts von dem durch die Regressionsgleichung vorhergesagten Wert, stellen die Residual Gain Scores dar. Sie geben somit an, wie sehr sich ein Patient zwischen den Messzeitpunkten verändert hat im Vergleich zu den für Patienten in dieser Stichprobe mit diesem Ausgangswert erwarteten Veränderungen. Tabelle 27 sind Minimum und Maximum der RSG zu entnehmen. Außerdem ist der prozentuale Anteil an Patienten zu entnehmen, welche einen Residual Gain Score kleiner Null aufweisen. Da in allen Verfahren außer dem WHOQOL und der Wortliste höhere Werte eine stärkere Symptomausprägung anzeigen, bedeutet ein negativer Residual Gain Score abgesehen von den zwei benannten Ausnahmen, dass sich der jeweilige Patient unter Berücksichtigung seines Aufnahmewerts stärker als bei der Stichprobe erwartet verbessert hat. Bei der Entlassung hatten je nach Variable zwischen 31 und 65 % der Patienten einen niedrigeren d. h. klinisch günstigeren Wert, als dies in der Stichprobe zu erwarten gewesen wäre. RGS wurden einfachen Prä-Post-Differenzen als Maß des Therapieerfolgs vorgezogen, da dadurch das Problem der Regression zur Mitte wirksam angegangen wird.

Tabelle 27: Residual Gain Scores bei der Entlassung

Variable	RSG Entlassung		
	Minimum	Maximum	< 0 in %
HADS-D	-11	9	48 %
HADS-A	-10	7	52 %
PHQ-D			
15	-9	10	51 %
9	-12	13	53 %
GBB-24			
Erschöpfung	-12	11	52 %
Magen	-7	10	58 %
Herz	-10	10	51 %
Glieder	-12	10	50 %
Beschwerdedruck	-32	26	52 %
WHOQOL-OLD			
Sinn	-7	7	48 %
Autonomie	-7	9	48 %
Aktivitäten	-6	6	50 %
Soz. Part.	-4	9	58 %
Tod	-6	9	53 %
Intimität	-5	7	53 %
IIP-C			
PA	-0,97	1,06	50 %
BC	-1,41	1,13	47 %
DE	-1,96	1,25	47 %
FG	-1,14	1,45	47 %
HI	-1,64	1,92	48 %
JK	-1,53	1,81	53 %
LM	-1,41	1,44	51 %
NO	-1,12	1,06	51 %
gesamt	-0,95	0,93	43 %
BSS			
psychisch	-2	2	49 %
körperlich	-2	2	31 %
soz.kom	-2	2	41 %
gesamt	-5	4	47 %
NAI			
ZVT-G	-19	27	62 %
Labyrinth	-22	45	65 %
Wortliste	-8	5	46 %
NAR	-15	20	58 %

Anmerkungen. Soz.Part. = Soziale Partizipation, PA = zu autokratisch/dominant, BC = zu streitsüchtig/konkurrierend, DE = zu abweisend/kalt, FG = zu introvertiert/sozial vermeidend, HI = zu selbstunsicher/unterwürfig, JK = zu ausnutzbar/nachgiebig, LM = zu fürsorglich/freundlich, NO = zu expressiv/aufdringlich, soz.kom. = sozialkommunikativ BSS.

Mit den errechneten RGS als neuem Kriterium wurden zu jeder Variable Regressionen mit folgenden aufgrund inhaltlicher Überlegungen ausgewählten Parametern als möglichen Prädiktoren des Therapieerfolgs berechnet: Alter, Therapiemotivation, Behandlungsdauer sowie Beeinträchtigungsschwere bei der Aufnahme (erfasst durch den BSS-Gesamtwert). Verwendet wurde die „Vorwärts-Methode“ als Möglichkeit der schrittweisen Variablenauswahl, in der zunächst der beste Prädiktor, der mit der Zielvariable am höchsten korreliert, in das Modell aufgenommen wird und anschließend die nächstbesten Prädiktoren, bereinigt um den Einfluss des ersten Prädiktors, bis keine Variable mehr einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung leistet.

Die Ergebnisse der Regressionsanalysen sind in den folgenden Tabellen 28 bis 38 aufgeführt. R^2 gibt hierbei den Anteil an erklärter Varianz durch das Regressionsmodell an, B sind die Regressionskoeffizienten, Beta die standardisierten Regressionskoeffizienten. Prädiktoren, die nicht in der Tabelle auftauchen, wurden im Modell mangels Beitrag zur Varianzaufklärung ausgeschlossen. Es werden nur die Testvariablen berichtet, für die sich in den Regressionsanalysen signifikante Prädiktoren ergaben.

Tabelle 28: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS HADS-Angst

Prädiktor	R^2	B	Beta	p	Toleranz	VIF
Konstante		2,183		< .05		
Therapiemotivation	0,04	-,738	-,201	< .05	1,0	1,0

4 % der Varianz des Therapieerfolgs in der Subskala Ängstlichkeit, gemessen bei der Entlassung, lassen sich durch die Therapiemotivation des Patienten erklären. Je größer die Therapiemotivation, desto größer die Veränderung im Sinne einer Symptomverbesserung.

Tabelle 29: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS GBB_Magenbeschwerden

Prädiktor	R^2	B	Beta	p	Toleranz	VIF
Konstante		2,415		< .05		
Therapiemotivation	0,045	-,817	-,213	< .05	1,0	1,0

Knapp 5 % der Varianz des Therapieerfolgs in der GBB-Subskala Magenbeschwerden lassen sich ebenfalls durch die Therapiemotivation des Patienten erklären. Je größer die Therapiemotivation, desto größer die Veränderung im Sinne einer Symptomverbesserung.

Tabelle 30: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS GBB_Herzbeschwerden

Prädiktor	R ²	B	Beta	p	Toleranz	VIF
Konstante		2,216		< .05		
Therapiemotivation	0,044	-,749	-,211	< .05	1,0	1,0

In der Subskala Herzbeschwerden werden durch die Therapiemotivation 4 % der Varianz erklärt. Auch hier gilt: Je größer die Therapiemotivation, desto größer die Veränderung im Sinne einer Symptomverbesserung.

Tabelle 31: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS GBB_Beschwerdedruck

Prädiktor	R ²	B	Beta	p	Toleranz	VIF
Konstante		9,001		< .01		
Therapiemotivation	0,065	-3,044	-,255	< .01	1,0	1,0

Im Gesamtwert des Gießener Beschwerdebogens, dem sogenannten Beschwerdedruck, erklären sich knapp 7 % der Varianz durch die Therapiemotivation. Je größer die Therapiemotivation, desto größer die Veränderung in die klinisch günstige Richtung.

Tabelle 32: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS WHOQOL_Sinn

Prädiktor	R ²	B	Beta	p	Toleranz	VIF
Konstante		5,152		< .05		
Alter	0,05	-,082	-,224	< .05	1,0	1,0

Nur in der Subskala Sinnesfunktionen erklärt das Alter als signifikanter Prädiktor eine Varianz von 5 %. Je älter der Patient ist, desto geringer ist die Verbesserung unter der Therapie.

Tabelle 33: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS IIP_HI

Prädiktor	R ²	B	Beta	p	Toleranz	VIF
Konstante		,989		< .05		
Alter	0,035	-,016	-,187	< .05	1,0	1,0

In den Skalen des IIP leistete lediglich in der Subskala HI das Alter mit 4 % einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung. Je älter der Patient, desto größer die positive Veränderung unter der Therapie.

Tabelle 34: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS BSS_gesamt

Prädiktor	R ²	B	Beta	p	Toleranz	VIF
Konstante		2,337		< .001		
Behandlungsdauer	0,098	-,092	-,314	< .001	1,0	1,0

Die Varianz in der Veränderung des Gesamt-Beeinträchtigungs-Schwere-Scores erklärt sich zu ca. 10 % durch die Behandlungsdauer. Je länger ein Patient behandelt wurde, desto größer ist die Verbesserung der psychogenen Beeinträchtigung unter der Therapie.

Tabelle 35: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS BSS_psychisch

Prädiktor	R ²	B	Beta	p	Toleranz	VIF
Konstante		1,392		< .05		
Alter	0,045	-,022	-,211	< .05	1,0	1,0
Konstante		2,222		< .001		
Alter	0,097	-,025	-,234	< .01	,990	1,010
Behandlungsdauer		-,027	-,230	< .05	,990	1,010

Im Bereich der psychischen Beeinträchtigung werden knapp 5 % signifikant durch das Alter des Patienten erklärt, weitere 5 % durch die Behandlungsdauer. Es gilt: Je älter der Patient und je länger die Behandlungsdauer, desto stärker ist der Therapieerfolg im Sinne einer geringeren Beeinträchtigung im Vergleich von Aufnahme und Entlassung.

Tabelle 36: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS BSS_körperlich

Prädiktor	R ²	B	Beta	p	Toleranz	VIF
Konstante		,854		< .001		
Behandlungsdauer	0,095	-,034	-,308	< .001	1,0	1,0
Konstante		,165		n.s.		
Behandlungsdauer	0,139	-,036	-,325	< .001	,993	1,007
BSS gesamt (prä)		,093	,210	< .05	,993	1,007

Im Hinblick auf die körperliche Beeinträchtigung erklärt die Behandlungsdauer zum Zeitpunkt der Aufnahme knapp 10 % der Varianz, weiterer signifikanter Prädiktor ist der BSS-Gesamtwert bei der Aufnahme mit einer zusätzlichen Varianzaufklärung von 4 %. Es gilt: Je länger die Behandlungsdauer und je geringer die anfängliche Gesamtbeeinträchtigung, desto größer der individuelle Therapieerfolg.

Tabelle 37: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS BSS_sozialkommunikativ

Prädiktor	R ²	B	Beta	p	Toleranz	VIF
Konstante		,775		< .05		
Behandlungsdauer	0,054	-,031	-,232	< .05	1,0	1,0

Die Varianz in der sozialkommunikativen Beeinträchtigung wird zu 5 % durch die Behandlungsdauer erklärt. Je länger die Behandlungsdauer, desto stärker ist der Therapieerfolg im Sinne einer geringeren Beeinträchtigung im Vergleich von Aufnahme und Entlassung.

Tabelle 38: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS NAI_NAR

Prädiktor	R ²	B	Beta	p	Toleranz	VIF
Konstante		8,290		< .001		
Behandlungsdauer	0,093	-,327	-,306	< .001	1,0	1,0

In der Fremdeinschätzungsskala NAR klärt die Behandlungsdauer 9 % der Varianz auf. Je länger der Patient in Behandlung war, desto positiver die Veränderung im NAR.

10.2 Katamnese: Veränderungen vom Vorgespräch bis zum Follow-up

10.2.1 gruppenstatistische Analyse

Insgesamt lagen (je nach Verfahren) von 69 bis 94 Patienten vollständige Daten über alle vier Messzeitpunkte vor. Eine erneute Varianzanalyse über Vorgespräch, Aufnahme, Entlassung und Katamnese in dieser selektierten Stichprobe ergab keine wesentlichen Veränderungen zu den Ergebnissen bezüglich der ersten drei Messzeitpunkte. Die Haupteffekte entsprechen bis auf wenige Ausnahmen, welche bei dem jeweiligen Verfahren berichtet

werden, jenen der ersten Varianzanalyse mit der Gesamtstichprobe. Es werden daher lediglich die Veränderungen im Hinblick auf die Katamnese erläutert.

In Tabelle 39 sind die Mittelwerte und Standardabweichungen nunmehr über alle vier Messzeitpunkte sowie die Kennwerte der Varianzanalysen (F-Wert, Freiheitsgrade df, Signifikanz p, Schätzer der Effektstärke Etaquadrat) abgebildet. Im Vergleich zu Tabelle 21 ergeben sich nur geringfügige Abweichungen.

Tabelle 39: Ergebnisse der Varianzanalyse über alle vier Messzeitpunkte

Variable	Mittelwert ± Standardabweichung				ANOVA			
	Vorgespräch	Aufnahme	Entlassung	Katamnese	F	df	p	Eta ²
HADS-D	12,6±4,5	12,2±4,4	8,8±4,9	10,1±4,8	25,67	3, 91	< .001	0,46
HADS-A	13,6±4,2	12,4±4,3	9,7±4,8	10,1±4,8	31,58	3, 91	< .001	0,51
PHQ-D								
15	14,8±4,9	13,5±5,3	11,8±5,2	12,2±5,6	18,03	3, 91	< .001	0,37
9	14,8±5,6	13,5±5,8	9,9±5,5	10,8±6,1	23,42	3, 91	< .001	0,44
psy. Fkt.	2,3±0,7	1,7±0,8	1,1±0,9	1,1±1,0	74,57	3, 91	< .001	0,71
Stress	8,9±4,0	8,3±4,3	6,6±4,6	7,3±4,3	18,74	3, 91	< .001	0,38
GBB-24								
Erschöpfung	13,1±6,8	12,2±6,4	10,3±6,2	10,5±6,7	12,42	3, 91	< .001	0,29
Magen	6,7±4,5	5,7±4,6	4,3±4,4	5,3±4,5	10,95	3, 91	< .001	0,27
Herz	8,1±5,2	7,5±4,9	6,2±4,6	6,5±5,0	7,96	3, 91	< .001	0,21
Glieder	12,3±6,1	12,2±6,1	10,9±6,1	6,3±11,2	6,08	3, 91	< .001	0,17
Besch.druck	40,1±18,4	37,6±17,6	31,7±18,0	33,6±18,0	15,49	3, 91	< .001	0,34
WHOQOL								
Sinn	13,8±3,8	14,1±3,9	15,3±3,6	15,0±3,8	8,65	3, 91	< .001	0,2
Autonomie	12,8±3,2	12,4±3,2	13,7±3,2	13,3±3,2	8,15	3, 91	< .001	0,21
Aktivitäten	11,5±3,0	11,2±3,0	12,6±2,8	11,8±2,8	12,16	3, 91	< .001	0,29
Soz. Part.	11,8±2,9	11,5±3,0	13,3±2,8	13,0±2,8	23,98	3, 91	< .001	0,44
Tod	11,8±4,5	12,4±4,6	12,8±4,1	12,7±4,6	3,25	3, 91	.025	0,10
Intimität	12,6±3,9	12,3±3,6	13,3±3,7	13,0±3,7	4,32	3, 91	.007	0,13
IIP-C								
PA	0,97±0,6	0,96±0,5	0,87±0,5	0,83±0,5	3,56	3, 90	.017	0,11
BC	1,27±0,7	1,25±0,6	1,23±0,7	1,17±0,6	1,07	3, 90	.364	0,04
DE	1,61±0,8	1,63±0,8	1,48±0,8	1,44±0,8	3,78	3, 90	.013	0,11
FG	1,89±1,0	1,92±1,0	1,81±0,9	1,74±0,9	2,31	3, 90	.082	0,07
HI	2,27±0,9	2,36±1,0	2,20±1,0	2,14±1,0	2,48	3, 90	.066	0,08
JK	2,15±0,8	2,18±0,8	2,17±0,7	2,03±0,8	1,89	3, 90	.137	0,06
LM	2,18±0,7	2,17±0,7	2,18±0,7	2,02±0,8	2,66	3, 90	.053	0,08
NO	1,44±0,7	1,31±0,6	1,35±0,7	1,25±0,7	3,60	3, 90	.017	0,11
gesamt	1,72±0,6	1,72±0,5	1,66±0,6	1,58±0,6	4,25	3, 90	.007	0,12
BSS								
psychisch	3,1±0,7	3,0±0,6	2,2±0,8	1,8±1,0	48,90	3, 67	< .001	0,69
körperlich	2,8±0,8	2,7±0,7	1,8±0,7	1,4±1,0	51,08	3, 67	< .001	0,70
soz.kom	1,9±0,8	2,0±0,8	1,3±0,8	1,0±0,8	31,76	3, 67	< .001	0,59
gesamt	7,7±1,6	7,7±1,5	5,3±1,8	4,2±2,4	71,41	3, 67	< .001	0,76
NAI								
ZVT-G	24,5±8,7	25,0±10,5	22,7±7,5	23,5±9,3	3,39	3, 66	.023	0,13
Labyrinth	39,4±21,4	37,8±19,2	32,3±12,3	36,3±14,0	3,28	3, 66	.026	0,13
Wortliste	10,3±2,5	10,8±2,6	11,4±3,1	12,1±2,4	18,85	3, 66	< .001	0,46
NAR	37,9±6,0	39,5±6,1	32,0±7,6	31,4±8,6	38,07	3, 66	< .001	0,63

Anmerkungen. F = F-Wert, df = Freiheitsgrade, p = Signifikanz, Eta² = Schätzer der Effektstärke; psy.

Fkt. = psychosoziale Funktionsfähigkeit PHQ, Stress = Stresssummenwert PHQ, Besch.druck = Beschwerdedruck GBB, Soz. Part. = Soziale Partizipation WHOQOL-OLD, PA = zu autokratisch/dominant, BC = zu streitsüchtig/konkurrierend, DE = zu abweisend/kalt, FG = zu introvertiert/sozial vermeidend, HI = zu selbstunsicher/unterwürfig, JK = zu ausnutzbar/nachgiebig, LM = zu fürsorglich/freundlich, NO = zu expressiv/aufdringlich, soz.kom. = sozialkommunikativ BSS.

Tabelle 40 gibt die Effektstärken für die Veränderungen von der Entlassung zur Katamnese sowie von der Aufnahme zur Katamnese an.

Tabelle 40: Effektstärken für die Zeiträume Entlassung-Katamnese und Aufnahme-Katamnese

Verfahren	ES _{E-K}	ES _{A-K}
HADS-D	-0,3	0,5
HADS-A	-0,1	0,6
PHQ-D		
15	-0,1	0,3
9	-0,1	0,6
psych. Fkt.	0	0,8
Stress	-0,2	0,3
GBB-24		
Erschöpfungsneigung	0	0,3
Magenbeschwerden	-0,2	0,1
Gliederschmerzen	-0,1	0,2
Herzbeschwerden	-0,1	0,3
Beschwerdedruck	-0,2	0,3
WHOQOL-OLD		
Sinnesfunktionen	-0,1	0,3
Autonomie	-0,1	0,3
Aktivitäten	-0,3	0,2
Soziale Partizipation	-0,1	0,7
Tod	0	0,1
Intimität	-0,1	0,2
IIP-C		
PA	0,1	0,3
BC	0,1	0,2
DE	0,1	0,3
FG	0,1	0,3
HI	0,1	0,3
JK	0,2	0,2
LM	0,3	0,2
NO	0,2	0,1
gesamt	0,2	0,4
BSS		
psychisch	0,5	1,2
körperlich	0,5	1,3
sozialkommunikativ	0,4	1,2
gesamt	0,6	1,6
NAI		
ZVT-G	-0,1	0,3
Labyrinth	-0,3	0,1
Wortliste	0,3	0,5
NAR	0,1	1,0
über alle Verfahren gemittelte ES	0	0,5

Anmerkungen. E-K = Entlassung-Katamnese, A-K = Aufnahme-Katamnese, psych. Fkt. = psychosoziale Funktionsfähigkeit PHQ-D, PA = zu autokratisch/dominant, BC = zu streitsüchtig/konkurrierend, DE = zu abweisend/kalt, FG = zu introvertiert/sozial vermeidend, HI = zu selbstunsicher/unterwürfig, JK = zu ausnutzbar/nachgiebig, LM = zu fürsorglich/freundlich, NO = zu expressiv/aufdringlich.

HADS-A/D

In der Subskala Depressivität zeigt sich über den Faktor Zeit ein hoch signifikanter ($p < .001$) Rückgang der Symptomatik. Die unter der Therapie gebesserte Symptomatik (s. o.) verschlechtert sich von der Entlassung zur Katamnese wieder signifikant ($p < .01$, $ES = -0,3$), sie ist jedoch weiterhin signifikant geringer ausgeprägt als zum Zeitpunkt des Vorgesprächs oder der Aufnahme ($ES = 0,5$).

In der Subskala Ängstlichkeit zeigt sich über den Faktor Zeit ein hoch signifikanter ($p < .001$) Rückgang der Symptomatik. Zwischen Entlassung und Katamnese kam es zu keiner weiteren signifikanten Veränderung ($ES = -0,1$).

PHQ

Im PHQ-15 als Skalensummenwert somatischer Symptome besteht ein hoch signifikanter ($p < .001$) Rückgang der Symptomatik. Zwischen Entlassung und Katamnese findet keine weitere signifikante Veränderung der Symptomatik statt ($ES = -0,1$).

Im PHQ-9 als Maß depressiver Symptome besteht ebenfalls ein hoch signifikanter ($p < .001$) Rückgang der Symptomatik über die vier Messzeitpunkte inklusive Katamnese. Zwischen Entlassung und Katamnese findet keine weitere signifikante Veränderung der Symptomatik statt ($ES = 0,1$).

Eine Abnahme der subjektiven Einschränkung der psychosozialen Funktionsfähigkeit ist auch über die vier Messzeitpunkte hoch signifikant ($p < .001$), von der Entlassung zur Katamnese zeigt sich keine Veränderung ($ES = 0$).

Der Stresssummenwert reduziert sich ebenfalls hoch signifikant ($p < .001$) über die Messzeitpunkte. Während sich zwischen den ersten drei Messzeitpunkten signifikante Veränderungen im Sinne einer Reduktion zeigen, erhöht sich der Wert von der Entlassung zur Katamnese allerdings wieder signifikant ($p < .05$, $ES = -0,2$).

Ebenso wie im Vergleich der Veränderungen über die ersten drei Messzeitpunkte zeigen sich auch bei Einschluss des vierten Messzeitpunkts, der Katamnese acht Monate nach der Entlassung, signifikante Veränderungen über die Zeit in Bezug auf das Vorliegen eines somatoformen Syndroms, eines major depressiven Syndroms und anderer Angstsyndrome. Während sich der Patientenanteil mit einem somatoformen Syndrom von der Entlassung bis zur Katamnese nicht verändert, ist beim major depressiven Syndrom ebenso wie bei den anderen Angstsyndromen wieder ein Anstieg zwischen dem dritten und vierten Messzeitpunkt zu verzeichnen. Im Gegensatz zur Analyse der ersten drei Messzeitpunkte zeigt sich nun auch eine signifikante Veränderung in Bezug auf das Vorliegen ei-

nes Paniksyndroms, da sich der Patientenanteil von der Entlassung zur Katamnese weiter reduziert hat (vgl. Tabelle 41).

Tabelle 41: PHQ-D: somatoformes Syndrom, major depressives Syndrom, andere depressive Syndrome, Paniksyndrom, andere Angstsyndrome zu den vier Messzeitpunkten

PHQ-D	V	A	E	K	Q (df, n)	p
somatoformes Syndrom (%)	71 %	66 %	43 %	44 %	41,58 (3, 94)	< .001
major depr. Syndrom (%)	61 %	53 %	29 %	39 %	35,59 (3, 94)	< .001
andere depr. Syndrome (%)	16 %	18 %	16 %	15 %	0,40 (3, 94)	n.s.
Paniksyndrom (%)	45 %	38 %	31 %	26 %	13,42 (3,94)	< .01
andere Angstsyndr. (%)	50 %	36 %	19 %	27 %	34,82 (3, 94)	< .001

Anmerkungen. V = Vorgespräch, A = Aufnahme, E = Entlassung, K = Katamnese, df = Freiheitsgrade, n = Anzahl der Personen, p = Signifikanz

Gießener Beschwerdebogen

In allen vier Subskalen (Erschöpfungsneigung, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen, Herzbeschwerden) zeigt sich ein hochsignifikanter ($p < .001$) Rückgang der Symptomatik über die Zeit. In den Subskalen Erschöpfungsneigung, Gliederschmerzen und Herzbeschwerden sowie der Gesamtskala verändern sich die Werte von der Entlassung zur Katamnese nicht signifikant ($ES = -0,1$ bis 0). In der Subskala Magenbeschwerden ist jedoch zwischen diesen Messzeitpunkten ein signifikanter Symptomanstieg zu verzeichnen ($p < .05$, $ES = -0,2$).

WHOQOL-OLD

In allen Skalen (Sinnesfunktionen, Autonomie, Aktivitäten, soziale Partizipation, Tod, Intimität) zeigt sich eine signifikante Veränderung in Richtung einer höheren Lebensqualität über alle vier Messzeitpunkte. Im Gegensatz zur ersten Varianzanalyse zeigt sich nunmehr in der Subskala Tod keine signifikante Veränderung mehr zwischen Aufnahme und Entlassung.

In Bezug zum vierten Messzeitpunkt zeigen sich unterschiedliche Ergebnisse. Auf den Subskalen Sinn, Autonomie, Intimität, soziale Partizipation und Tod ergeben sich keine signifikanten Veränderungen von der Entlassung zur Katamnese. In der Subskala Aktivität-

ten ändert sich die Lebensqualität in diesem Bereich allerdings signifikant in die klinisch ungünstige Richtung ($p < .01$, $ES = -0,3$).

Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme

Signifikante Veränderungen ($p < .05$) über alle Messzeitpunkte zeigten sich neben der Gesamtskala in den Subskalen PA (zu autokratisch/dominant), DE (zu abweisend/kalt), und NO (zu expressiv/aufdringlich), nicht signifikant änderten sich dementsprechend die Werte der Subskalen BC (zu streitsüchtig/konkurrierend), FG (zu introvertiert/sozial vermeidend), HI (zu selbstunsicher/unterwürfig), JK (zu ausnutzbar/nachgiebig) und LM (zu fürsorglich/freundlich).

Ein Vergleich der Haupteffekte zwischen den einzelnen Messzeitpunkten zeigt folgende Veränderungen in den einzelnen Subskalen:

PA: signifikante Veränderungen von Vorgespräch zu Entlassung und Katamnese sowie Aufnahme zur Katamnese ($ES = 0,3$).

BC: keine signifikanten Veränderungen

DE: signifikante Veränderungen von Vorgespräch zu Katamnese, Aufnahme zu Entlassung und Aufnahme zu Katamnese ($ES = 0,3$).

FG: signifikante Veränderung von Aufnahme zu Katamnese ($ES = 0,3$)

HI: keine signifikanten Veränderungen

JK: signifikante Veränderungen von Aufnahme und Entlassung zu Katamnese ($ES = 0,3$)

LM: signifikante Veränderungen von Vorgespräch, Aufnahme ($ES = 0,2$) und Entlassung ($ES = 0,3$) zu Katamnese

NO: signifikante Veränderungen von Vorgespräch zu Aufnahme und Katamnese

Korrigiert man allerdings das Signifikanzniveau nach Bonferroni (eine Division des Alphaniveaus von $p = .05$ durch die Anzahl der Subtests ergäbe ein Signifikanzniveau von $p = .006$), so wird die Veränderung in den Subskalen nicht signifikant.

In der Gesamtskala des IIP bestehen zwischen allen drei ersten Messzeitpunkten und der Katamnese signifikante Veränderungen in die gewünschte Richtung ($ES_{E-K} = 0,2$, $ES_{A-K} = 0,4$).

Beeinträchtigungs-Schwere-Score

Sowohl in den Subskalen als auch im Gesamtwert nimmt die Beeinträchtigungsschwere über alle Messzeitpunkte hoch signifikant ($p < .001$) ab. Die signifikante Veränderung findet immer zwischen den Zeitpunkten Vorgespräch-Entlassung, Vorgespräch-

Katamnese, Aufnahme-Entlassung, Aufnahme-Katamnese (ES = 1,2 bis 1,6), Entlassung-Katamnese (ES = 0,4 bis 0,6), nicht zwischen Vorgespräch und Aufnahme statt.

Nürnberger-Alters-Inventar

Im Zahlen-Verbindungs-Test ZVT-G ist eine signifikante Veränderung ($p < .05$) über alle vier Messzeitpunkte zu verzeichnen. Der paarweise Vergleich zeigt, dass signifikante Veränderungen von Vorgespräch zu Entlassung und Katamnese sowie Aufnahme zu Entlassung und Katamnese (ES = 0,3) stattfinden.

Im Labyrinth-Test ergaben sich signifikante Veränderungen von Vorgespräch und Aufnahme zur Entlassung, nicht jedoch zur Katamnese, da sich zwischen Entlassung und Katamnese die Werte signifikant in die negative Richtung veränderten (ES = -0,3).

In der Wortliste ist ebenfalls eine signifikante Veränderung ($p < .001$) über alle Messzeitpunkte zu verzeichnen. Signifikante Veränderungen finden statt zwischen Vorgespräch und Entlassung sowie Katamnese, Aufnahme und Katamnese (ES = 0,5), Entlassung und Katamnese (ES = 0,3).

Im Nürnberger-Alters-Rating NAR ist eine hoch signifikante ($p < .001$) positivere Fremdeinschätzung über die Messzeitpunkte festzustellen. Während sich die Einschätzung vom Vorgespräch zur Aufnahme signifikant verschlechtert ($p < .05$), ist eine signifikante Verbesserung ($p < .001$) zwischen den Zeitpunkten Vorgespräch-Entlassung, Vorgespräch-Katamnese, Aufnahme-Entlassung und Aufnahme-Katamnese (ES = 1,0) festzustellen. Keine Veränderungen finden zwischen Entlassung und Katamnese statt (ES = 0,1).

10.2.2 Analyse individueller Veränderungen

Tabelle 42 gibt die minimale klinisch relevante individuelle Prä-Post-Differenz sowie den Anteil der Patienten an, welche sich nach dem Reliable Change Index (RCI) bei der Katamnese im Vergleich zur Aufnahme klinisch signifikant verbessert oder verschlechtert haben.

Da die Manuale von NAI und HADS unterschiedliche Reliabilitäten je nach Zeitspanne zwischen den Testwiederholungen angeben, ergeben sich kleine Unterschiede der klinisch bedeutsamen Differenz bei Aufnahme-Katamnese im Vergleich zu Aufnahme-Entlassung (s. o. Tabelle 24).

Tabelle 42: klinisch signifikante Veränderungen zwischen Aufnahme und Katamnese nach dem Reliable Change Index

Verfahren	Aufnahme-Katamnese (n = 94, ♂: n = 14, ♀: n = 80, bzw. NAI, BSS: n = 70)			
	r	Differenz	verbessert n (%)	verschlechtert n (%)
HADS-D	.70	7 Pkt.	16 (17 %)	1 (1 %)
HADS-A	.70	7 Pkt.	17 (18 %)	0
PHQ-D				
9	.84	7 Pkt.	21 (22 %)	0
15	.60	10 Pkt.	13 (14 %)	3 (3 %)
GBB-24				
Erschöpfung	♂ .77	9 Pkt.	2 (14 %)	0
	♀ .84	7 Pkt.	15 (19 %)	4 (5 %)
Magen	♂ .68	9 Pkt.	1 (7 %)	0
	♀ .77	7 Pkt.	8 (10 %)	2 (3 %)
Glieder	♂ .83	7 Pkt.	0	0
	♀ .82	8 Pkt.	6 (8 %)	1 (1 %)
Herz	♂ .76	8 Pkt.	1 (7 %)	0
	♀ .85	6 Pkt.	10 (13 %)	3 (4 %)
Beschw.druck	♂ .78	27 Pkt.	1 (7 %)	0
	♀ .86	19 Pkt.	12 (15 %)	2 (3 %)
IIP-C				
PA	.88	0,5 Pkt.	18 (19 %)	13 (14 %)
BC	.81	0,75 Pkt.	9 (10 %)	3 (3 %)
DE	.84	0,85 Pkt.	10 (11 %)	5 (5 %)
FG	.85	1,02 Pkt.	7 (8 %)	2 (2 %)
HI	.88	0,91 Pkt.	15 (16 %)	5 (5 %)
JK	.90	0,69 Pkt.	18 (19 %)	5 (5 %)
LM	.86	0,75 Pkt.	19 (20 %)	7 (7 %)
NO	.84	0,69 Pkt.	4 (4 %)	8 (9 %)
gesamt	.94	0,37 Pkt.	24 (26 %)	7 (7 %)
BSS				
psychisch	.79	1 Pkt.	50 (71 %)	1 (1 %)
körperlich	.70	1 Pkt.	53 (76 %)	1 (1 %)
soz.kom.	.81	1 Pkt.	51 (73 %)	2 (2 %)
gesamt	.90	1 Pkt.	64 (91 %)	0
NAI				
ZVT-G	.90	11s	4 (6 %)	1 (1 %)
Labyrinth	.66	33s	2 (3 %)	0
Wortliste	.66	5 Wörter	7 (10 %)	0
NAR	.77	5 Pkt.	49 (70 %)	5 (5 %)

Anmerkungen. r = Reliabilität, Beschw.druck = Beschwerdedruck GBB-24, soz.kom. = sozialkommunikativ
 BSS, PA = zu autokratisch/dominant, BC = zu streitsüchtig/konkurrierend, DE = zu abweisend/kalt, FG = zu
 introvertiert/sozial vermeidend, HI = zu selbstunsicher/unterwürfig, JK = zu ausnutzbar/nachgiebig,
 LM = zu fürsorglich/freundlich, NO = zu expressiv/aufdringlich.

In der Subskala Depressivität beträgt der Anteil an Patienten mit signifikanter Verbesserung um 7 Punkte nach dem RCI bei Einbeziehung des Follow-up 17 %, unter gleichzeitiger Berücksichtigung des Cut-off 11 %. 1 Patient (1 %) hat sich bedeutsam verschlechtert.

Um von einer klinisch signifikanten Verbesserung der Symptomatik im Sinne eines Reliable Change Index $\geq 1,96$ sprechen zu können, müssen sich die Werte der Patienten in der Stichprobe in der Subskala Ängstlichkeit der HADS von Aufnahme zur Katamnese um 7 Punkte verändern. Demnach haben sich bis zur Katamnese ein halbes Jahr nach der Therapie 18 % der Patienten klinisch bedeutsam gebessert, niemand hat sich verschlechtert. Betrachtet man die Patienten, welche einen RCI $\geq 1,96$ haben und den Cut-off von 8 Punkten unterschreiten, so trifft dies bei der Katamnese auf 10 Patienten (11 %) zu.

Im PHQ-9, welcher das Vorliegen depressiver Symptome misst, haben sich im Vergleich zur Aufnahme nach dem RCI bei der Katamnese 22 % verbessert. Gleichzeitig den Cut-off von 10 Punkten unterschritten bei der Katamnese 15 Patienten (16 %), kein Patient hat sich verschlechtert.

In Bezug auf das Vorliegen somatoformer Symptome, gemessen mit dem PHQ-15, ist zum Zeitpunkt der Katamnese eine klinisch bedeutsame Verbesserung der Symptomatik bei 14 % der Patienten festzustellen, 3 Patienten (3 %) haben sich über den Zeitraum bedeutsam verschlechtert.

Veränderungen in den berichteten Körperbeschwerden, erfasst durch den GBB, werden für männliche und weibliche Patienten erneut getrennt berichtet. Im Gesamtwert Beschwerdedruck zeigt sich in der Katamnese bei einem männlichen Patienten (7 %) eine klinisch signifikante Verbesserung, niemand hat sich verschlechtert. Bei den weiblichen Patienten zeigten sich 15 % bei der Katamnese klinisch bedeutsam gebessert, 2 Patientinnen (3 %) haben sich verschlechtert. Eine Betrachtung der Subskalen ergibt Verbesserungen insbesondere in den Bereichen Erschöpfungsneigung und Herzbeschwerden.

Im IIP-Gesamtwert verbesserten sich 24 Patienten (26 %) klinisch signifikant, 7 Patienten (7 %) haben sich verschlechtert. In den Subskalen liegen die Besserungsraten zwischen 4 und 20 %, verschlechtert haben sich zwischen 2 und 14 %.

Die psychogene Gesamtbeeinträchtigung, eingeschätzt nach dem BSS, hat sich ein halbes Jahr nach der Entlassung bei 91 % verbessert, bei keinem Patienten verschlechtert. In den Unterskalen verbesserten sich 71 bis 76 %, 1 bis 2 % verschlechterten sich. Unter gleichzeitiger Berücksichtigung des Cut-off von 5 Punkten haben sich bei der Katamnese 36 Patienten (51 %) verbessert.

Die Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, gemessen mit dem ZVT-G und dem Labyrinth-Test, ist bei der Katamnese bei 6 bzw. 3 % klinisch bedeutsam gebessert, ein bzw. kein Patient hat sich verschlechtert.

Die Merkfähigkeit (NAI-Wortliste) veränderte sich zur Katamnese bei 10 % der Patienten bedeutsam in die klinisch günstige Richtung, kein Patient verschlechterte sich in diesem Bereich.

70 % der Patienten wurden bei der Katamnese im NAR signifikant positiver beurteilt, 5 % hatten sich nach dieser Einschätzung verschlechtert.

Für die Verfahren HADS, PHQ, BBS sowie Wortliste, Zahlen-Verbindungs-Test und Labyrinth-Test aus dem NAI kann wieder die Verteilung auffälliger Patienten anhand des Cut-off bestimmt werden (siehe Tabelle 43).

Tabelle 43: Patientenanteile im unauffälligen und pathologischen Bereich im Vergleich von Aufnahme und Katamnese, beurteilt nach dem Cut-off

Testverfahren	unauffällig		Grenzbereich		auffällig	
	A	K	A	K	A	K
HADS-D	16 %	30 %	18 %	20 %	66 %	50 %
HADS-A	15 %	31 %	15 %	31 %	70 %	38 %
PHQ-9	25 %	46 %	---	---	75 %	54 %
BSS gesamt	2 %	53 %	---	---	98 %	47 %
NAI						
ZVT-G	76 %	81 %	15 %	13 %	9 %	6 %
Labyrinth	84 %	88 %	9 %	9 %	7 %	3 %
Wortliste	81 %	93 %	---	---	19 %	7 %

Anmerkungen. A = Aufnahme, K = Katamnese

Es zeigt sich, dass der Anteil der Patienten, die in der HADS-D als auffällig zu beurteilen sind, vom Zeitpunkt der Aufnahme mit 66 % zur Katamnese mit 50 % etwas abnimmt. Dementsprechend hat sich der Anteil an Patienten, die in diesem Bereich als unauffällig einzuschätzen sind von 16 % bei der Aufnahme auf 30 % bei der Katamnese erhöht.

In Bezug auf die Subskala Ängstlichkeit HADS-A zeigt sich ebenfalls ein Rückgang des Patientenanteils mit auffälligen Werten von 70 % auf 38 %. Im Gegenzug hat sich der Anteil der Patienten, welche Werte im Grenzbereich aufweisen, deutlich erhöht.

Im PHQ-9 ergeben sich zum Aufnahmezeitpunkt bei 75 % der Patienten Hinweise auf das Vorliegen einer Major Depression. Bei der Katamnese beträgt dieser Anteil noch 54 %.

Nahezu alle Patienten (98 %) werden nach dem BSS bei Aufnahme als psychogen deutlich beeinträchtigt eingeschätzt. Bei der Katamnese gilt dies noch für 47 %.

In den Testverfahren zur Überprüfung der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit (ZVT, Labyrinth-Test) zeigt sich bei der Aufnahme mit 9 bzw. 7 % nur ein geringer Anteil an auffälligen Patienten, welcher sich ein halbes Jahr später noch etwas reduziert hat auf 6 bzw. 3 %. Die Merkfähigkeit (gemessen mit der Wortliste) ist zu Beginn der Behandlung bei 19 % deutlich beeinträchtigt, dieser Anteil sinkt zur Katamnese auf 7 % ab.

10.2.3 Prädiktoren des mittelfristigen Therapieerfolgs

Zur Bestimmung möglicher Prädiktoren des Therapieergebnisses im Sinne der Veränderung von der Aufnahme zur Katamnese, wurden erneut lineare Regressionsanalysen mit Residual Gain Scores berechnet.

Tabelle 44 sind Minimum und Maximum der RSG zu entnehmen. Außerdem ist der prozentuale Anteil an Patienten zu entnehmen, welche einen Residual Gain Score kleiner Null (Erläuterung s. o.) aufweisen.

Tabelle 44: Residual Gain Scores bei der Katamnese

Variable	RSG Katamnese		
	Minimum	Maximum	< 0 in %
HADS-D	-9	9	46 %
HADS-A	-11	8	45 %
PHQ			
15	-13	8	50 %
9	-11	10	51 %
GBB			
Erschöpfung	-16	11	46 %
Magen	-7	11	56 %
Herz	-8	8	54 %
Glieder	-11	10	48 %
Beschwerdedruck	-31	30	48 %
WHOQOL-OLD			
Sinn	-8	8	46 %
Autonomie	-6	10	49 %
Aktivitäten	-7	8	53 %
Soz. Part.	-3	5	57 %
Tod	-6	11	53 %
Intimität	-7	8	51 %
IIP			
PA	-0,86	0,88	55 %
BC	-1,14	1,44	50 %
DE	-2,00	1,17	51 %
FG	-1,79	1,87	50 %
HI	-2,26	2,33	54 %
JK	-1,50	1,88	51 %
LM	-1,42	1,64	42 %
NO	-1,20	1,26	53 %
gesamt	-1,07	0,86	44 %
BSS			
psychisch	-2	2	40 %
körperlich	-2	2	50 %
soz.kom	-1	2	43 %
gesamt	-5	4	46 %
NAI			
ZVT-G	-19	30	59 %
Labyrinth	-29	38	57 %
Wortliste	-5	3	41 %
NAR	-15	18	51 %

Anmerkungen. Soz. Part. = Soziale Partizipation, PA = zu autokratisch/dominant, BC = zu streitsüchtig/konkurrierend, DE = zu abweisend/kalt, FG = zu introvertiert/sozial vermeidend, HI = zu selbstunsicher/unterwürfig, JK = zu ausnutzbar/nachgiebig, LM = zu fürsorglich/freundlich, NO = zu expressiv/aufdringlich, soz.kom. = sozialkommunikativ BSS.

Eine Regressionsanalyse erbrachte folgende Ergebnisse (vgl. Tabelle 45 bis 51):

Tabelle 45: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS HADS-Angst

Prädiktor	R ²	B	Beta	p	Toleranz	VIF
Konstante		-4,574		< .05		
BSS gesamt (prä)	0,055	,587	,234	< .05	1,0	1,0

Die Varianz des zum Zeitpunkt der Katamnese bestimmten Therapieerfolgs in der HADS-Skala Ängstlichkeit erklärt sich zu 6 % aus dem Gesamt-Beeinträchtigungsschwere-Score bei der Aufnahme. Je stärker die Patienten zu Beginn der Therapie beeinträchtigt sind, desto geringer ist der Therapieerfolg ein halbes Jahr nach der Entlassung.

Im Gegensatz zum bei der Entlassung gemessenen Therapieerfolg spielt die anfängliche Therapiemotivation des Patienten bei der Erfolgsmessung ein halbes Jahr nach der Entlassung keine Rolle mehr.

Tabelle 46: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS WHOQOL_Aktivitäten

Prädiktor	R ²	B	Beta	p	Toleranz	VIF
Konstante		-5,204		< .05		
Alter	0,054	,083	,233	< .05	1,0	1,0

Tabelle 47: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS WHOQOL_Sinn

Prädiktor	R ²	B	Beta	p	Toleranz	VIF
Konstante		5,690		< .05		
Alter	0,05	-,090	-,224	< .05	1,0	1,0

In den WHOQOL-Subskalen Aktivitäten und Sinnesfunktionen leistet das Alter einen signifikanten Erklärungsbeitrag der Varianz von jeweils 5 %. Es gilt: Je älter der Patient, desto größer ist die aktivitätsbezogene Verbesserung der Lebensqualität, desto kleiner jedoch die Verbesserung im Bereich der Sinnesfunktionen.

Tabelle 48: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS BSS_psychisch

Prädiktor	R ²	B	Beta	p	Toleranz	VIF
Konstante		-,975		< .05		
Therapiemotivation	0,073	,324	,270	< .05	1,0	1,0

Tabelle 49: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS BSS_körperlich

Prädiktor	R ²	B	Beta	p	Toleranz	VIF
Konstante		-,851		< .05		
Therapiemotivation	0,064	,282	,252	< .05	1,0	1,0

In der psychischen und körperlichen Beeinträchtigungsskala des BSS erklärt die anfängliche Therapiemotivation 7 bzw. 6 % der Varianz. Je motivierter der Patient zu Beginn der Therapie war, desto geringer war die individuelle Verbesserung.

Tabelle 50: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS NAI_Labyrinth-Test

Prädiktor	R ²	B	Beta	p	Toleranz	VIF
Konstante		16,191		< .05		
BSS gesamt (prä)	0,063	-2,111	-,252	< .05	1,0	1,0

6 % der Varianz des Residual Gain Scores im Labyrinth-Test erklärt sich durch den Gesamt-Beeinträchtigungs-Schwere-Score bei der Aufnahme. Je stärker die Patienten zu Beginn beeinträchtigt waren, desto mehr verbesserten sie sich im Labyrinth-Test.

Tabelle 51: Regressionsanalyse: Vorhersage von RGS NAI_Wortliste

Prädiktor	R ²	B	Beta	p	Toleranz	VIF
Konstante		-2,168		< .05		
Therapiemotivation	0,083	,719	,288	< .05	1,0	1,0

In Bezug auf die Merkfähigkeit (Wortliste) liefert die Therapiemotivation einen signifikanten Erklärungsbeitrag der Varianz von 8 %. Je stärker die Patienten motiviert waren, desto mehr hatte sich die Merkfähigkeit bei der Katamnese verbessert.

10.2.4 Analyse der drop-outs bzw. Nicht-Antwörter

Von den 107 Patienten, welche zum Auffrischttag eingeladen wurden, erschienen 70 persönlich, 25 Patienten schickten auf dem Postweg die zuvor zugesandten Fragebögen zurück. Von den restlichen 12 Patienten (dies entspricht 11,2 %), war trotz mehrfacher telefonischer Aufforderung keine Rückmeldung zu erhalten. Aufgrund der geringen Fallzahl erfolgt keine statistische Analyse, sondern eine kurze Beschreibung der „Nicht-Antwörter“, ob und inwiefern sich diese Patienten von den 95 Patienten, welche eine Rückmeldung gaben („Antworter“), in den Stamm- und Testdaten unterscheiden.

Stammdaten

5 Patienten (41,7 %) der Nicht-Antwörter wurde die Behandlung in der PTK 55+ von einer psychiatrischen Klinik empfohlen, jeweils zwei Patienten (16,7 %) erhielten die Empfehlung von ihrem Hausarzt bzw. kamen aus eigener Initiative. Jeweils ein Patient (8,3 %) kam auf Empfehlung eines Neurologen bzw. Psychiaters, eines Facharztes für Psychotherapeutische Medizin bzw. eines sonstigen Facharztes. 9 Patienten (75 %) wurden mit der Diagnose einer depressiven Störung überwiesen, 2 Patienten (16,7 %) kamen mit einer Angststörung, ein Patient (8,3 %) mit der Diagnose „psychovegetative Erschöpfung“.

8 der 12 Patienten ohne Rückmeldung waren weiblich (66,7 %), 4 Patienten (33,3 %) männlich. Im Durchschnitt waren diese Patienten 62 Jahre alt, alle deutscher Nationalität, ein Patient mit Migrationshintergrund. Jeweils 4 Patienten (33,3 %) waren verheiratet oder in einer festen Partnerschaft, 3 Patienten (25 %) waren ledig, ein Patient (8,3 %) verwitwet. 4 Patienten (33,3 %) hatten keine Kinder, 3 Patienten (25 %) hatten jeweils ein Kind, jeweils 2 Patienten (16,7 %) zwei oder drei Kinder, ein Patient (8,3 %) hatte vier Kinder. Ein Patient (8,3 %) wies als höchsten Schulabschluss das Abitur auf, 7 Patienten (58,3 %) hatten die Mittlere Reife, die übrigen 4 Patienten (33,3 %) hatten einen Volks- bzw. Hauptschulabschluss. 8 Patienten (66,7 %) hatten eine Lehre absolviert, jeweils 2 Patienten (16,7 %) hatten die Fachschule oder Universität abgeschlossen. 5 Patienten (41,7 %) waren vollzeitig berufstätig, 4 Patienten (33,3 %) bereits in Rente bzw. Pension. 2 Patienten (16,7 %) waren arbeitslos, ein Patient (8,3 %) erwerbsunfähig. 10 Patienten (83,3 %) verfügten über ein durchschnittliches Haushaltseinkommen von bis zu 1999 € monatlich, die übrigen 2 Patienten (16,7 %) hatten im Monat 2000-3999 € zur Verfügung.

Durchschnittlich litten die 12 Patienten seit 98 Monaten (das entspricht ca. 8 Jahren) an Symptomen bezogen auf die Hauptdiagnose. 4 Patienten (33,3 %) gaben eine Beschwerdedauer von unter einem Jahr an, 6 Patienten (50 %) litten zwischen drei und zwanzig Jahren unter Beschwerden, 4 Patienten (16,7 %) über 20 Jahre. 7 der 12 Patienten ohne Information zur Katamnese (58,3 %) wurden in der Vorgeschichte bereits ein- bis sechsmal stationär in der Psychiatrie behandelt, 4 Patienten (33,3 %) hatten bereits Vorerfahrung mit einer stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung. 3 Patienten (25 %) waren in der Vorgeschichte bereits in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung, zwei Patienten unmittelbar vor Aufnahme in der PTK 55+. Vorerfahrung mit einer Therapie in einer psychosomatischen Tagesklinik hatte niemand dieser Patienten.

Als kaum bis etwas für eine Behandlung motiviert wurden beim Vorgespräch 4 Patienten (33,3 %) eingeschätzt, als motiviert bzw. sehr motiviert jeweils ebenfalls 4 (33,3 %). In Bezug auf Substanzenabusus und -abhängigkeit zeigte sich, dass 4 Patienten (33,3 %) als aktuell nikotinabhängig und jeweils ein Patient (8,3 %) als aktuell alkohol- bzw. medikamentenabhängig eingestuft wurden.

5 Patienten (41,6 %) hatten als Hauptdiagnose eine depressive Störung, jeweils 3 Patienten (25 %) litten unter einer Angststörung bzw. einer somatoformen Störung, ein Patient (8,3 %) wies als Hauptdiagnose eine Persönlichkeitsstörung auf. Durchschnittlich wiesen die 12 Patienten zwei psychische Nebendiagnosen auf. Anteilig sind darin folgende Störungsgruppen vertreten:

33,3 % Suchterkrankungen

33,3 % depressive Störungen

29,2 % Angststörungen

4,2 % Posttraumatische Belastungsstörung

Im Durchschnitt wiesen die 12 Patienten außerdem zwei körperliche Nebendiagnosen auf. 8 der 12 Patienten (66,7 %) litten unter Hypertonie, 3 Patienten (25 %) hatten in der Vergangenheit einen Hirninfarkt erlitten, jeweils 2 Patienten (16,7 %) litten unter einer endokrinen bzw. Stoffwechselerkrankung oder einer Erkrankung des Nervensystems.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 28,8 Tage. 10 Patienten (83,3 %) nahmen während des Therapieaufenthalts ein Antidepressivum ein. Im Durchschnitt hatten die Patienten in den vergangenen sechs Monaten vor Therapiebeginn 10,4-mal einen Arzt aufgesucht, darunter jeder zumindest seinen Hausarzt. 8 Patienten (66,7 %) hatten zudem einen Neurologen bzw. Psychiater aufgesucht, 4 Patienten (33,3 %) einen Orthopäden.

Des Weiteren wurden noch Ärzte diverser Fachrichtungen (HNO, Dermatologie, Ophthalmologie etc.) aufgesucht. Bei 3 Patienten (25 %) wurden eine oder mehrere ambulante Untersuchungen durchgeführt. 7 Patienten (58,3 %) befanden sich in den sechs Monaten vor der Aufnahme zur stationären Behandlung im Krankenhaus. Insgesamt verbrachten diese Patienten zwischen einer Woche und sieben Wochen in einer Klinik wegen unterschiedlicher Beschwerden (Panikattacken, Depression, Suizidversuch).

Betrachtet man die 12 Patienten, von denen keine Rückmeldung zur Katamnese zu erhalten war, und vergleicht diese mit den anderen 95 Patienten, welche zum Auffrischttag erschienen oder zumindest die Fragebögen ausgefüllt zurückschickten, fällt Folgendes auf:

Mit 33 % sind die männlichen Patienten bei den Nicht-Antwortern überrepräsentiert (Antworte: 16 %), ebenso Berufstätige (42 % vs. 31 % der Antwort). Mit 41,7 % (Antworte: 13,7 %) sind vergleichsweise viele Patienten vertreten, welche die Behandlungsempfehlung von einer psychiatrischen Klinik erhalten hatten. Dementsprechend hatte mehr als die Hälfte (58,3 %, Antworte: 24,2 %) mindestens einen stationären Aufenthalt in der Psychiatrie vorzuweisen, lediglich 25 % (Antworte: 53,7 %) waren in der Vergangenheit in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung.

Mit ca. 8 Jahren durchschnittlicher Beschwerdedauer lagen die Nicht-Antworte zudem drei Jahre unter dem durchschnittlichen Wert der Antwort (11 Jahre). Bedeutsame Unterschiede in der anfänglich eingeschätzten Therapiemotivation zeigten sich nicht.

Die Nicht-Antworte wiesen mit über zwei psychischen Nebendiagnosen mehr als die Antwort (eine psychische Nebendiagnose) auf, erschienen jedoch körperlich etwas gesünder (2 Nebendiagnosen vs. 2,5 Nebendiagnosen bei den Antwort). Sie hatten in den vergangenen sechs Monaten vor Therapiebeginn mit durchschnittlich 10,4-mal auch seltener einen Arzt aufgesucht (Antwort 13-mal). Außerdem wiesen die Nicht-Antworte mit knapp 29 Tagen eine längere Behandlungsdauer auf (vs. 26 Tagen bei den Antwort).

Testdaten

Um mögliche Unterschiede in Bezug auf den Therapieerfolg zwischen den 95 Antwort und 12 Nicht-Antwort bei der Katamnese zu erkennen, wurden die Mittelwertdifferenzen von Aufnahme und Entlassung zunächst einer deskriptiven Analyse unterzogen. Hierbei fiel auf, dass die Nicht-Antworte in allen Variablen mit Ausnahme des IIP geringere Veränderungen im positiven Sinne einer Verbesserung unter der Therapie zeigen. Ein trotz der geringen Anzahl an Nicht-Antwort durchgeführter T-Test für verbundene Stichproben ergab in folgenden Variablen signifikant ($p < .05$) geringere Verbesserungen der Nicht-Antworte: HADS-A, PHQ-15, BSS-körperlich, WHOQOL-soziale Partizipation.

Nimmt man die Residual Gain Scores als Therapieerfolgsmaß zeigen sich in den Variablen PHQ-15, GBB-Beschwerdedruck, WHOQOL-Aktivitäten und WHOQOL-soziale Partizipation statistisch signifikante Unterschiede zwischen Antwortern und Nicht-Antwortern.

Betrachtet man die Entlasswerte der beiden Gruppen, so ist festzustellen, dass die Nicht-Antworter zum Zeitpunkt der Entlassung in allen Variablen stärkere Symptomausprägungen bzw. schlechtere Fremdbeurteilungswerte aufwiesen als die Antworter. Signifikant ($p < .05$) werden diese Unterschiede, ebenfalls mit einem T-Test für verbundene Stichproben berechnet, für die Variablen PHQ-15, PHQ-9, GBB-Magenbeschwerden, GBB-Beschwerdedruck, WHOQOL-soziale Partizipation, BSS-sozialkommunikativ.

Es kann demzufolge davon ausgegangen werden, dass die Patienten, welche keine Rückmeldung zum Zeitpunkt der Katamnese gaben, insgesamt und insbesondere in Bezug auf somatische Beschwerden und soziale Einbindung weniger von der Therapie profitierten und zum Entlasszeitpunkt eine stärker ausgeprägte Symptomatik aufwiesen. Da es sich mit nur 12 Patienten aber lediglich um 11 % der Gesamtstichprobe der regulär entlassenen Patienten handelt, ist nicht davon auszugehen, dass der zum Zeitpunkt der Katamnese gemessene Therapieerfolg stark verzerrt wird im Sinne einer zu positiven Einschätzung.

Die Werte der 9 von ursprünglich 116 Patienten, welche die Therapie aus diversen Gründen (siehe Punkt 8.2) vorzeitig beendet hatten, wurden nach dem Intention-to-treat-Verfahren (last observation carried forward) behandelt und gingen in sämtliche Analysen über die ersten drei Messzeitpunkte mit ein.

Eine deskriptiv vergleichende Betrachtung der Aufnahmewerte von Therapieabbrechern mit den Werten der Patienten, welche die Therapie zum regulären Entlasszeitpunkt beendeten, ergab Folgendes: Die Abbrecher zeigten bei der Aufnahme tendenziell mehr somatische Beschwerden (statistisch signifikant sind nur die im GBB erfassten Magenbeschwerden), eher niedrigere Werte im IIP, höhere Werte im Bereich der Lebensqualität sowie eine stärkere psychogene Beeinträchtigung erfasst durch den BSS.

10.3 Veränderungen von der Entlassung bis zur Katamnese

Mittelwertvergleiche

Betrachtet man die Veränderung der Mittelwerte in den einzelnen Variablen über die vier Messzeitpunkte (vgl. Abbildungen 12 bis 18), so ist erkennbar, dass sich die Symptomatik vom Vorgespräch zur Aufnahme bereits leicht und von der Aufnahme zur Entlassung deutlich verbessert hat (vgl. auch die Effektstärken). In dem halben Jahr zwischen der Entlassung und dem Follow-up verschlechterten sich die Werte wieder leicht, lagen jedoch in allen Variablen deutlich unter dem Wert bei der Aufnahme. Ausnahmen stellen hier das IIP und der BSS sowie die Wortliste dar, da es in diesen Verfahren zwischen Entlassung und Katamnese zu einer weiteren Verbesserung kam.

Die Ergebnisse der durchgeführten Varianzanalysen (vgl. Punkt 10.2.1) zeigen, dass es in der Mehrzahl der Variablen in dem halben Jahr nach der Entlassung zu keiner signifikanten Verschlechterung kam, sondern sich der Wert beim Follow-up nicht signifikant vom Wert bei der Entlassung unterschied. In einigen Parametern veränderte sich die Symptomatik jedoch wieder in die negative Richtung. So lag die Depressivität, gemessen mit der Subskala der HADS, beim Follow-up wieder höher als bei der Entlassung, der Stresssummenwert im PHQ hat sich ebenfalls wieder erhöht. Bei der Katamnese berichteten die Patienten wieder vermehrt Magenbeschwerden (Subskala GBB) und zeigten nach dem WHOQOL-OLD weniger lebensqualitätsbezogene Aktivität. Zudem hat sich der Wert im Labyrinth-Test zwischen dem dritten und vierten Messzeitpunkt wieder verschlechtert. Signifikante Verbesserungen zwischen Entlassung und Follow-up zeigten sich im IIP-Gesamtwert, dem BSS-Gesamtwert sowie der Wortliste aus dem NAI.

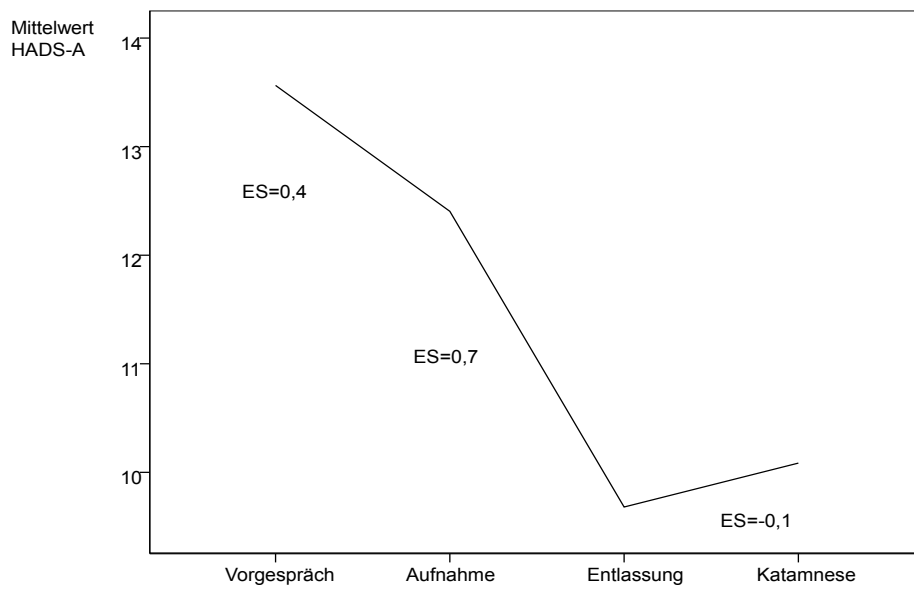


Abbildung 12: grafische Darstellung der Mittelwertveränderung über die vier Messzeitpunkte in der Skala HADS-Ängstlichkeit

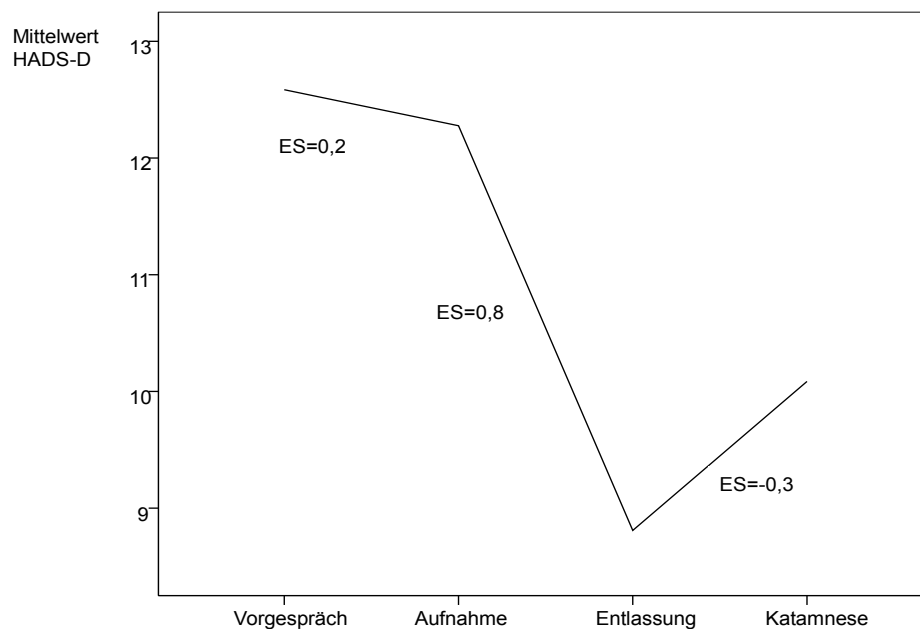


Abbildung 13: grafische Darstellung der Mittelwertveränderung über die vier Messzeitpunkte in der Skala HADS-Depressivität

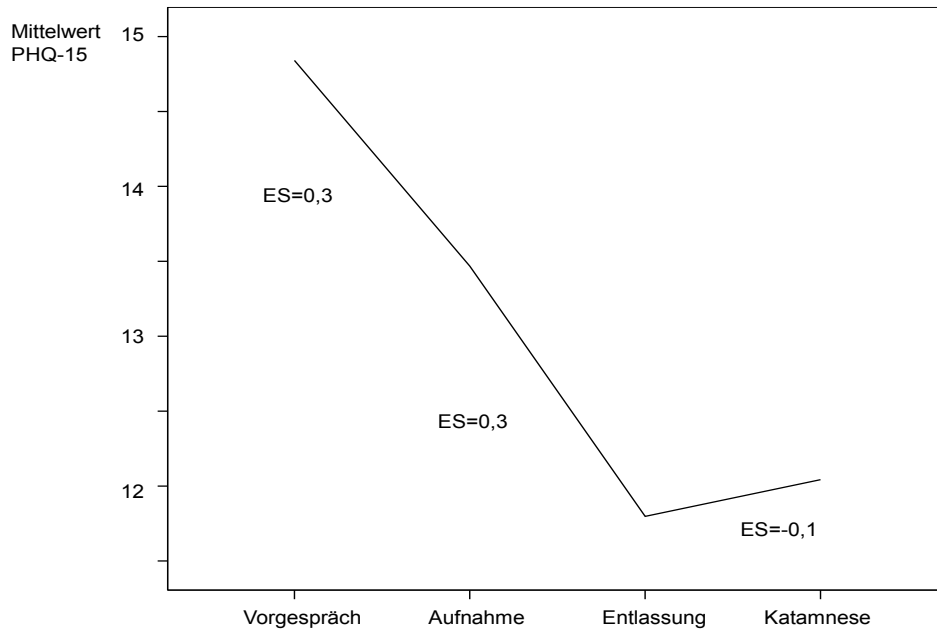


Abbildung 14: grafische Darstellung der Mittelwertveränderung über die vier Messzeitpunkte im PHQ-15

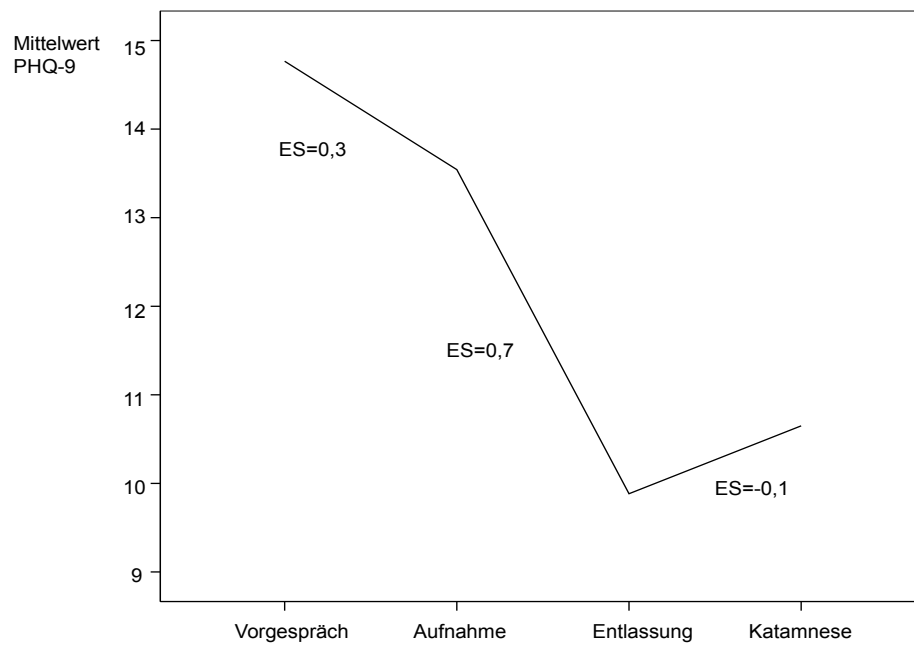


Abbildung 15: grafische Darstellung der Mittelwertveränderung über die vier Messzeitpunkte im PHQ-9

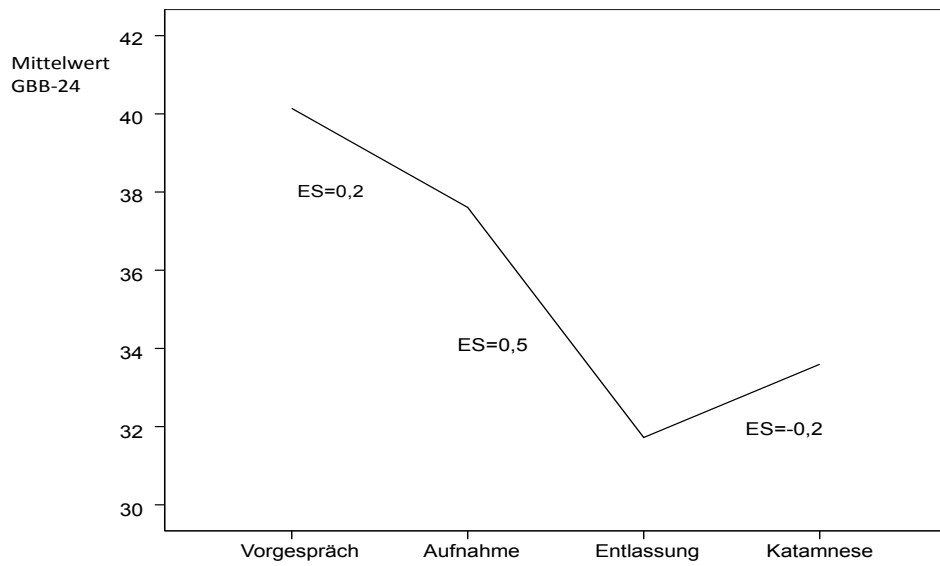


Abbildung 16: grafische Darstellung der Mittelwertveränderung über die vier Messzeitpunkte im GBB-Beschwerdedruck

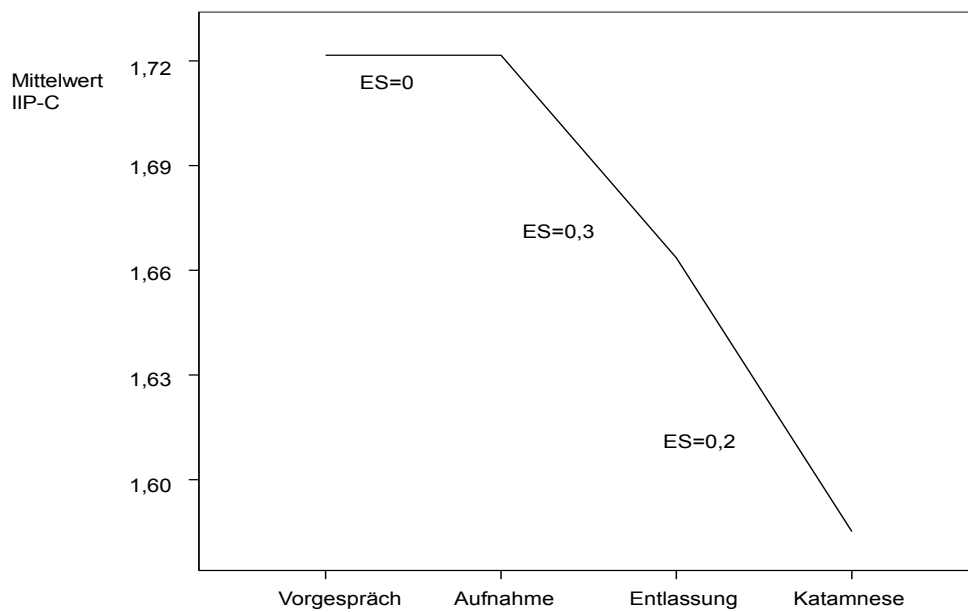


Abbildung 17: grafische Darstellung der Mittelwertveränderung über die vier Messzeitpunkte im IIP-C (Gesamtwert)

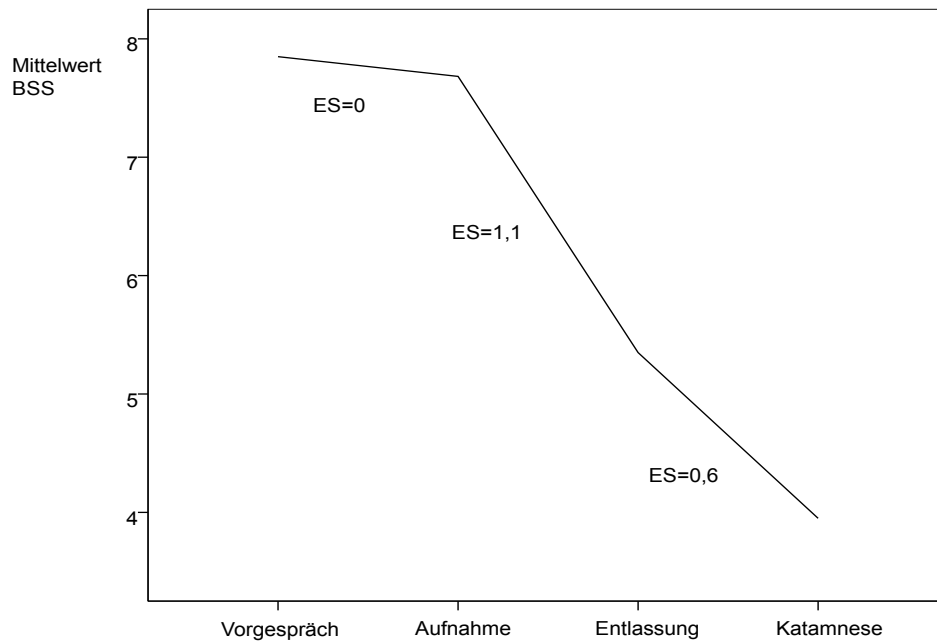


Abbildung 18: grafische Darstellung der Mittelwertveränderung über die vier Messzeitpunkte im BSS (Gesamtwert)

Klinische Signifikanz

Stellt man in Bezug auf Entlassung und Katamnese den Anteil der Patienten gegenüber, welche sich im Vergleich zur Aufnahme klinisch signifikant in den einzelnen Variablen verbessert haben, so ergibt sich folgendes Bild (vgl. Tabelle 52):

In der HADS-Subskala Depressivität zeigten sich beim Follow-up mit 17 % weniger Patienten klinisch gebessert als noch bei der Entlassung (22 %). In der Subskala Ängstlichkeit besteht hingegen keine Veränderung.

Im PHQ-9 (Erfassung depressiver Symptomatik) hat sich der Anteil klinisch gebesserter Patienten von 26 % auf 22 % reduziert. Im PHQ-15 ist hingegen ein deutlicher Zuwachs beim Follow-up zu erkennen: Mit 14 % im Vergleich zu 5 % bei der Entlassung hatten deutlich mehr Patienten klinisch signifikant weniger somatoforme Beschwerden als bei der Aufnahme.

Im Gesamtbeschwerdedruck des GBB zeigt sich ebenfalls ein Anstieg von 11 % auf 15 %, wobei insbesondere in der Subskala Erschöpfung mehr klinisch gebesserte Patienten beim Follow-up zu finden sind.

Im IIP fällt auf, dass zum Zeitpunkt der Entlassung nur bei 11 % eine klinisch bedeutende Verbesserung vorliegt, zum Zeitpunkt der Katamnese hingegen bei 26 %. Insbesondere in den Subskalen FG (zu introvertiert/sozial vermeidend), HI (zu selbstunsi-

cher/unterwürfig), JK (zu ausnutzbar/nachgiebig) und LM (zu fürsorglich/freundlich), welche auch die höchsten Mittelwerte bei der Aufnahme aufwiesen, ist eine Veränderung von der Entlassung zur Katamnese erkennbar.

Der Anteil an Patienten mit klinisch bedeutsam gebesserter psychogener Beeinträchtigung (BSS) liegt beim Follow-up ebenfalls höher als bei der Katamnese.

Im NAI zeigt sich in Bezug auf die Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit (ZVT-G, Labyrinth-Test) hingegen eine Abnahme.

Tabelle 52: klinisch signifikante Veränderungen im Vergleich von Aufnahme-Entlassung und Aufnahme-Katamnese nach dem Reliable Change Index

Verfahren	Aufnahme-Entlassung (n = 116, ♂22, ♀94)			Aufnahme-Katamnese (n = 94, ♂14, ♀80, bzw. NAI, BSS: n = 70)		
	r	Differenz	n (%)	r	Differenz	n (%)
HADS-D	.72	7 Pkt.	25 (22 %)	.7	7 Pkt.	16 (17 %)
HADS-A	.73	6 Pkt.	20 (17 %)	.7	7 Pkt.	17 (18 %)
PHQ-D						
9	.84	7 Pkt.	30 (26 %)	.84	7 Pkt.	21 (22 %)
15	.60	10 Pkt.	6 (5 %)	.6	10 Pkt.	13 (14 %)
GBB-24						
Erschöpfung	.77	9 Pkt.	0	.77	9 Pkt.	2 (14 %)
	.84	7 Pkt.	13 (14 %)	.84	7 Pkt.	15 (19 %)
Magen	.68	9 Pkt.	1 (5 %)	.68	9 Pkt.	1 (7 %)
	.77	7 Pkt.	6 (6 %)	.77	7 Pkt.	8 (10 %)
Glieder	.83	7 Pkt.	0	.83	7 Pkt.	0
	.82	8 Pkt.	5 (5 %)	.82	8 Pkt.	6 (8 %)
Herz	.76	8 Pkt.	0	.76	8 Pkt.	1 (7 %)
	.85	6 Pkt.	9 (10 %)	.85	6 Pkt.	10 (13 %)
Beschw.druck	.78	27 Pkt.	0	.78	27 Pkt.	1 (7 %)
	.86	19 Pkt.	10 (11 %)	.86	19 Pkt.	12 (15 %)
IIP-C						
PA	.88	0,5 Pkt.	22 (19 %)	.88	0,5 Pkt.	18 (19 %)
BC	.81	0,75 Pkt.	10 (9 %)	.81	0,75 Pkt.	9 (10 %)
DE	.84	0,85 Pkt.	10 (9 %)	.84	0,85 Pkt.	10 (11 %)
FG	.85	1,02 Pkt.	4 (3 %)	.85	1,02 Pkt.	7 (8 %)
HI	.88	0,91 Pkt.	10 (9 %)	.88	0,91 Pkt.	15 (16 %)
JK	.90	0,69 Pkt.	9 (8 %)	.90	0,69 Pkt.	18 (19 %)
LM	.86	0,75 Pkt.	8 (7 %)	.86	0,75 Pkt.	19 (20 %)
NO	.84	0,69 Pkt.	4 (3 %)	.84	0,69 Pkt.	4 (4 %)
gesamt	.94	0,37 Pkt.	13 (11 %)	.94	0,37 Pkt.	24 (26 %)
BSS						
psychisch	.79	1 Pkt.	68 (59 %)	.79	1 Pkt.	50 (71 %)
körperlich	.70	1 Pkt.	79 (68 %)	.70	1 Pkt.	53 (76 %)
soz.kom.	.81	1 Pkt.	64 (55 %)	.81	1 Pkt.	51 (73 %)
gesamt	.90	1 Pkt.	91 (78 %)	.90	1 Pkt.	64 (91 %)
NAI						
ZVT-G	.95	8s	13 (12 %)	.90	11s	4 (6 %)
Labyrinth	.83	24s	14 (12 %)	.66	33s	2 (3 %)
Wortliste	.65	5 Wörter	8 (7 %)	.66	5 Wörter	7 (10 %)
NAR	.77	5 Pkt.	79 (68 %)	.77	5 Pkt.	49 (70 %)

Anmerkungen. r = Reliabilität, Beschw.druck = Beschwerdedruck GBB, soz.kom. = sozialkommunikativ
 BSS, PA = zu autokratisch/dominant, BC = zu streitsüchtig/konkurrierend, DE = zu abweisend/kalt, FG = zu
 introvertiert/sozial vermeidend, HI = zu selbstunsicher/unterwürfig, JK = zu ausnutzbar/nachgiebig,
 LM = zu fürsorglich/freundlich, NO = zu expressiv/aufdringlich.

Cut-off

Betrachtet man die Schwere der Symptomatik beurteilt nach dem Cut-off, so zeigt sich im Vergleich von Entlassung und Katamnese Folgendes (vgl. Tabelle 53): In der Subskala Depressivität HADS-D nimmt der Anteil von Patienten mit auffälligen Werten von der Entlassung bis zur Katamnese von 38 % auf 50 % deutlich zu, in der Subskala Ängstlichkeit hingegen von 44 % auf 38 % leicht ab. Im PHQ-9 zeigten sich keine Veränderungen, im BSS ist der Anteil psychogen deutlich beeinträchtigter Patienten bei der Katamnese mit 47 % wesentlich geringer als noch bei der Entlassung mit 77 %. In der NAI-Wortliste waren beim Follow-up deutlich weniger Patienten eingeschränkt als noch bei der Entlassung.

Tabelle 53: Patientenanteile im unauffälligen und pathologischen Bereich im Vergleich von Aufnahme, Entlassung und Katamnese, beurteilt nach dem Cut-off

Verfahren	unauffällig			Grenzbereich			auffällig		
	A	E	K	A	E	K	A	E	K
HADS-D	16 %	40 %	30 %	18 %	22 %	20 %	66 %	38 %	50 %
HADS-A	15 %	33 %	31 %	15 %	23 %	31 %	70 %	44 %	38 %
PHQ-9	25 %	46 %	46 %	---	---	---	75 %	54 %	54 %
BSS gesamt	2 %	23 %	53 %	---	---	---	98 %	77 %	47 %
NAI									
ZVT-G	76 %	79 %	81 %	15 %	13 %	13 %	9 %	8 %	6 %
Labyrinth	84 %	90 %	88 %	9 %	7 %	9 %	7 %	3 %	3 %
Wortliste	81 %	84 %	93 %	---	---	---	19 %	16 %	7 %

Anmerkungen. A = Aufnahme, E = Entlassung, K = Katamnese

Prädiktoren

Ein Vergleich der Prädiktoren des kurz- und mittelfristigen Therapieerfolgs zeigt folgende Unterschiede:

Die anfänglich beurteilte Therapiemotivation sagt einen Teil der Symptomverbesserung zum Zeitpunkt der Entlassung in mehreren Variablen voraus. So geht eine höhere Therapiemotivation mit stärkeren Symptomverbesserungen in der HADS-Skala Ängstlichkeit, den GBB-Subskalen Magenbeschwerden und Herzbeschwerden sowie dem Gesamtbeschwerdedruck einher. Dies ist beim mittelfristigen Therapieerfolg, erfasst durch die Katamnese, nicht mehr der Fall. Hier zeigte sich im Gegenteil ein negativer Zusammenhang: Die Patienten, welche bereits im prästationären Gespräch als höher motiviert eingeschätzt wurden, wurden beim Follow-up im Hinblick auf die psychische und körperliche Beeinträchtigung (erfasst durch den BSS) als weniger gebessert beurteilt.

Der Prädiktor Behandlungsdauer spielt nur in Bezug auf das kurzfristige Therapieergebnis eine Rolle. Je länger die Patienten in Behandlung waren, desto größer war eine Verbesserung der psychogenen Beeinträchtigung (sowohl in den Subskalen als auch im Gesamtwert des BSS). Dies trifft auch auf die Fremdeinschätzungsskala NAR zu.

Bei der Betrachtung des Alters als möglichem Prädiktor der Therapieerfolgs zeigt sich, dass bei der Entlassung ein höheres Lebensalter mit positiven Veränderungen in der psychischen Beeinträchtigung (Subskala BSS) und in der IIP-Subskala HI (zu selbstunsicher/unterwürfig) einhergeht, dies ist beim Follow-up nicht mehr der Fall. Sowohl kurz- als auch mittelfristig geht ein höheres Alter jedoch mit weniger Veränderungen in der Lebensqualitätsfacette Sinnesfunktionen des WHOQOL-OLD einher. Dies trifft bei der Katamnese auch auf die Facette der Aktivitäten zu.

Die Gesamtschwere der psychogenen Beeinträchtigung (BSS) spielt für die mittelfristige (nicht jedoch die kurzfristige) Veränderung der Ängstlichkeit (HADS-A) eine Rolle: Je stärker ein Patient bei der Aufnahme beeinträchtigt war, desto weniger Symptomverbesserung war bei der Katamnese festzustellen.

10.4 Beurteilung der Therapie aus Patientensicht

Sowohl bei der Entlassung als auch zur Katamnese wurden die Patienten mittels eines Fragebogens zu einer umfassenden Beurteilung der Therapie in der PTK 55+ aufgefordert.

10.4.1 Entlassfragebogen

Allen Patienten wurde bei der Entlassung der sogenannte Nürnberger Entlassfragebogen vorgelegt, so dass von 107 Patienten Daten der Befragung vorliegen.

Es wurde eine fünffach gestufte Likert-Skala verwendet mit folgender Wertzuordnung: 0 = überhaupt nicht, 1 = sehr wenig, 2 = etwas, 3 = stark, 4 = sehr stark.

Zufriedenheit

Knapp zwei Drittel der Patienten ($n = 68$, 63,5 %) gaben an, mit dem Ergebnis der Behandlung stark oder sehr stark zufrieden zu sein. Etwas zufrieden waren 35 Patienten (32,7 %), 4 Patienten (3,7 %) waren mit dem Ergebnis nicht oder nur sehr wenig zufrieden, vgl. Abbildung 19. Der Skalenmittelwert liegt bei 2,8.

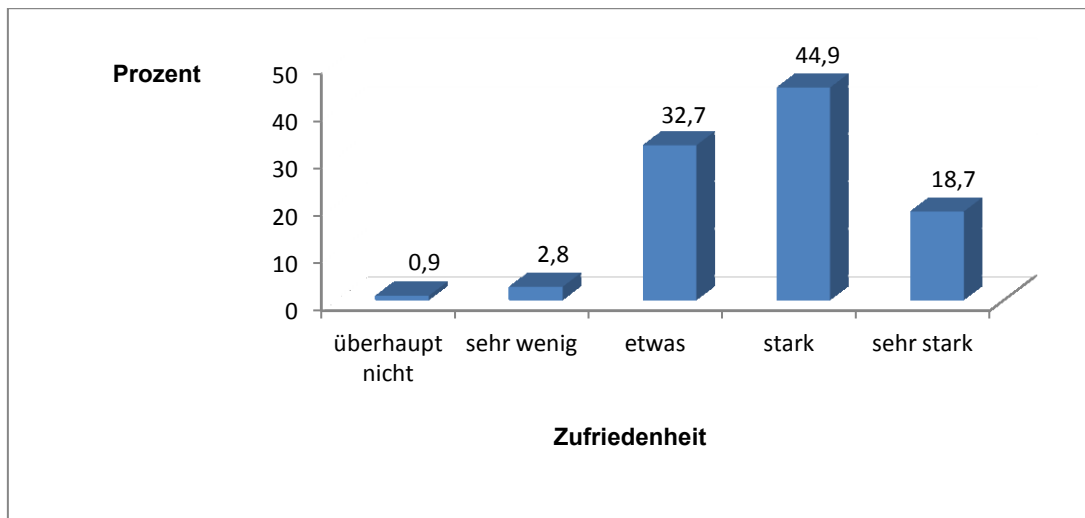


Abbildung 19: Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis bei der Entlassung

Veränderung durch Psychotherapie

Die Mehrheit von 67 Patienten (62,6 %) gab in dem Fragebogen an, sich durch die Psychotherapie etwas verändert zu haben. Als stark oder sehr stark verändert erlebten sich 32 Patienten (29,9 %), überhaupt nicht oder sehr wenig verändert hatten sich nach eigenen Angaben 8 Patienten (7,5 %), vgl. Abbildung 20. Der Skalenmittelwert liegt bei 2,3.

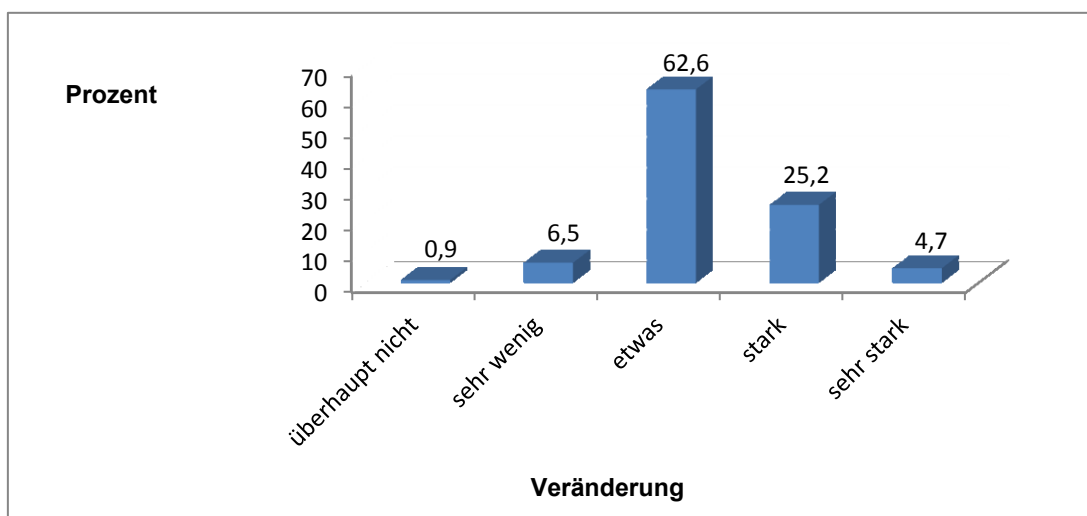


Abbildung 20: erlebte Veränderung durch die Psychotherapie bei der Entlassung

Zurechtkommen nach Entlassung

Fast die Hälfte der Patienten ($n = 49$, 45,8 %) glaubte, nach der Entlassung gut oder sehr gut zurechtkommen. Ebenso viele Patienten (45,8 %) beantworteten diese Frage mit „etwas“, 9 Patienten (8,4 %) gingen davon aus, nur sehr wenig nach der Entlassung zurechtkommen, vgl. Abbildung 21. Der Skalenmittelwert liegt bei 2,4.

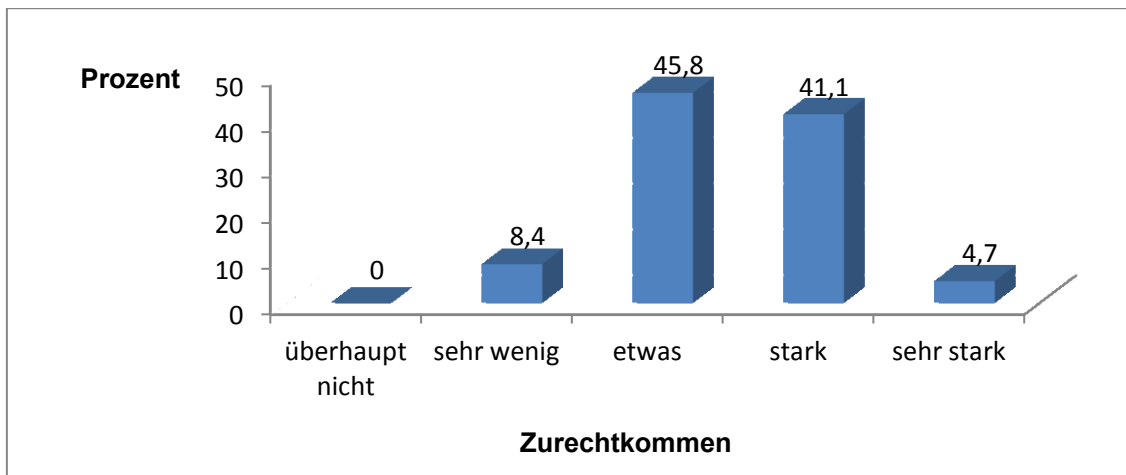


Abbildung 21: Zurechtkommen nach der Entlassung

Weitere psychotherapeutische Hilfe

Über die Hälfte der Patienten ($n = 63$, 58,9 %) gab an, nach der Entlassung weiterhin sehr stark oder stark psychotherapeutische Hilfe zu benötigen. Knapp ein Drittel ($n = 31$, 29,0 %) beantwortete diese Frage mit „etwas“, 6 Patienten (5,6 %) gaben an, nur noch sehr wenig auf psychotherapeutische Hilfe angewiesen zu sein. 7 Patienten (6,5 %) benötigten nach der Behandlung nach eigener Einschätzung keine weitere Psychotherapie, vgl. Abbildung 22. Der Skalenmittelwert liegt bei 2,6.

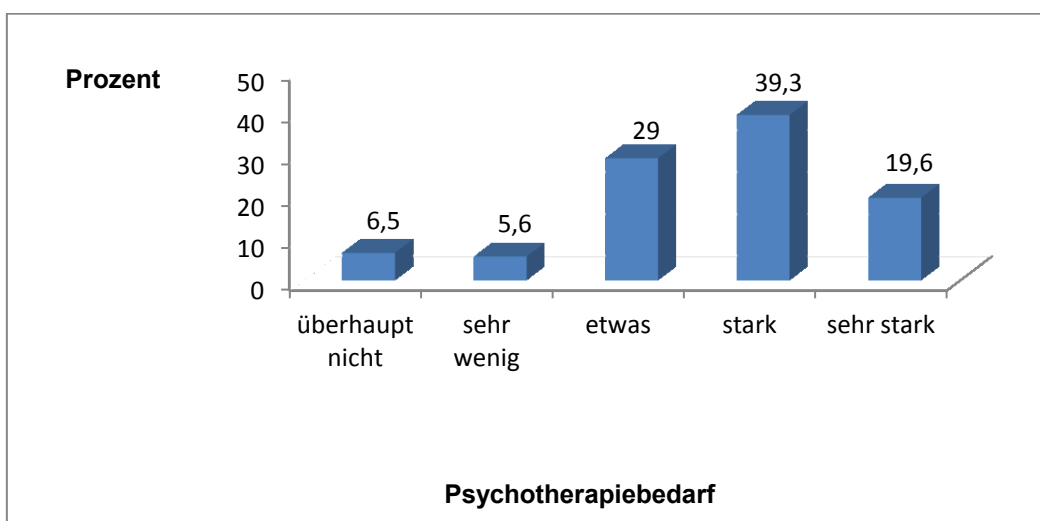


Abbildung 22: Psychotherapiebedarf nach der Entlassung

Die überwiegende Mehrheit der Patienten ($n = 85$, 79,4 %) plante bei der Entlassung eine weiterführende ambulante Psychotherapie (Einzel- oder Gruppentherapie), 2 Patienten (1,9 %) wollten eine stationäre Therapie versuchen.

Eine Berechnung der Korrelation nach Pearson zur Erfassung möglicher Zusammenhänge der Itembeantwortung mit dem Lebensalter der Patienten ergab, dass innerhalb der Stichprobe Ältere im Vergleich zu Jüngeren eher der Ansicht waren, nach der Entlassung zurechtzukommen ($r = .3$, $p < .01$) und weniger psychotherapeutische Hilfe zu benötigen ($r = .3$, $p < .01$).

Der Nürnberger Entlassfragebogen sieht zudem eine Bewertung einzelner Wirkfaktoren der psychotherapeutischen Behandlung vor, wie hilfreich diese von den Patienten eingeschätzt wurden (1 = sehr hilfreich, 2 = hilfreich, 3 = ausreichend hilfreich, 4 = wenig hilfreich, 5 = gar nicht hilfreich, 6 = eher hinderlich). Bewertet werden konnten: das Zusammensein mit anderen Patienten in der Tagesklinik, die Erfahrungen in den Gruppentherapien, die Einzelpsychotherapie, Pflegergespräche, Gespräche mit Angehörigen, die Möglichkeit des Rückzugs von den Problemen draußen, die ständige Anwesenheit einer Ansprechperson (Pfleger), Gespräche mit Mitpatienten.

Die beste Bewertung mit einer Durchschnittsnote von 1,70 erhielt hierbei die Einzeltherapie, gefolgt von dem Zusammensein mit anderen (1,73) und den Erfahrungen in den Gruppentherapien (1,77). Gleich gut bewertet wurden die ständige Anwesenheit einer Ansprechperson sowie die Gespräche mit Mitpatienten (1,93), gefolgt von Pflegergesprächen (2,04) und der Möglichkeit des Rückzugs (2,17). Mit Abstand am wenigsten hilfreich während der mehrwöchigen Therapie erlebten die Patienten Gespräche mit Angehörigen (2,96).

Zudem wurden die Patienten gebeten, an den Aufenthalt in der PTK 55+ zurückzudenken und anzugeben, inwieweit die folgenden Aussagen auf sie zutreffen. Auch hier wurde eine fünffach gestufte Likert-Skala verwendet mit folgender Wertzuordnung:

0 = überhaupt nicht, 1 = sehr wenig, 2 = etwas, 3 = stark, 4 = sehr stark.

Deutlich mehr als die Hälfte der Patienten (61,5 %) stimmte der Aussage „Ich habe viel über psychosomatische Zusammenhänge erfahren.“ stark oder sehr stark zu (vgl. Abbildung 23). Der Skalenmittelwert liegt bei 2,7.

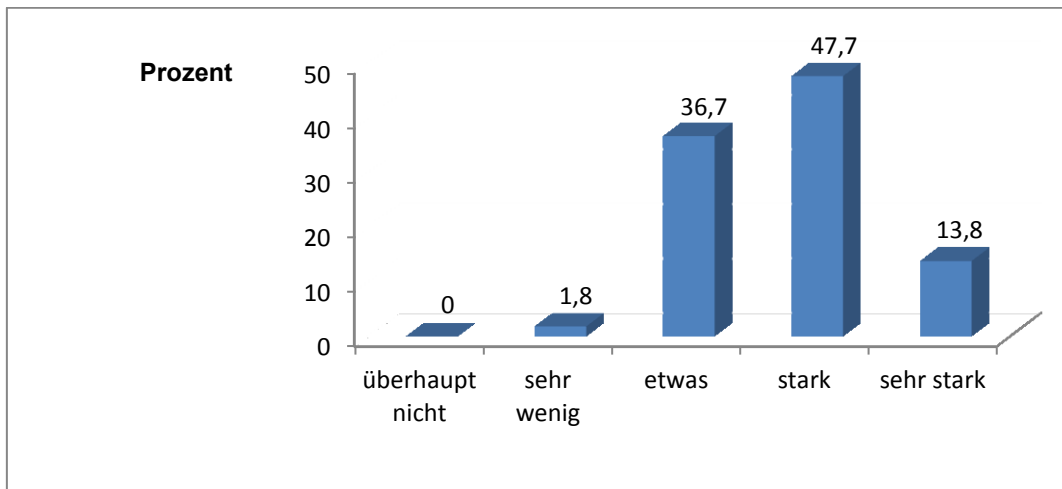


Abbildung 23: „Ich habe viel über psychosomatische Zusammenhänge erfahren.“ (Entlassung)

59,6 % konnten sich nach der Behandlung etwas besser selbst verstehen, stark oder sehr stark empfanden dies 33,1 % der Patienten (vgl. Abbildung 24). Der Skalenmittelwert liegt bei 2,3.

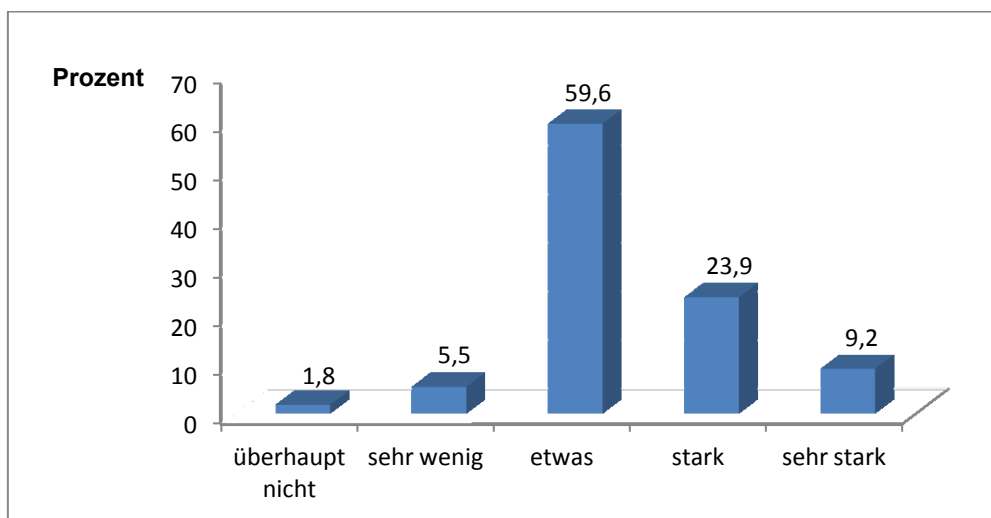


Abbildung 24: „Ich kann mich selbst besser verstehen.“ (Entlassung)

85,3 % stimmten der Aussage „Ich wurde von den Mitpatienten so akzeptiert wie ich bin.“ stark bis sehr stark zu (vgl. Abbildung 25). Der Skalenmittelwert liegt bei 3,1.

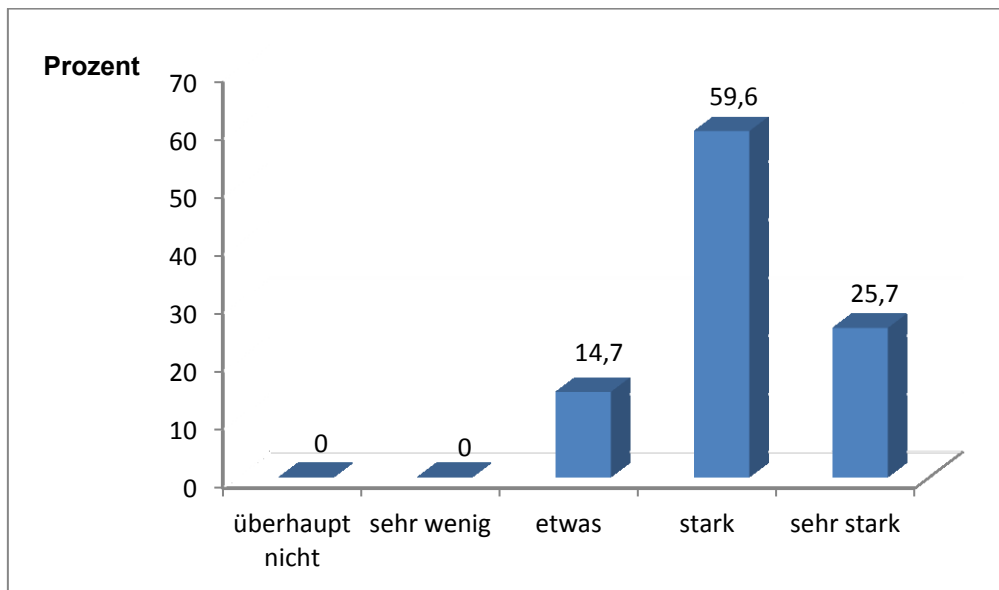


Abbildung 25: „Ich wurde von den Mitpatienten so akzeptiert wie ich bin.“ (Entlassung)

78,9 % der Patienten stimmten der Aussage „Ich habe die Erfahrung gemacht, dass ich mit meinen Problemen nicht alleine bin.“ stark oder sehr stark zu (vgl. Abbildung 26). Der Skalenmittelwert liegt bei 3,2.

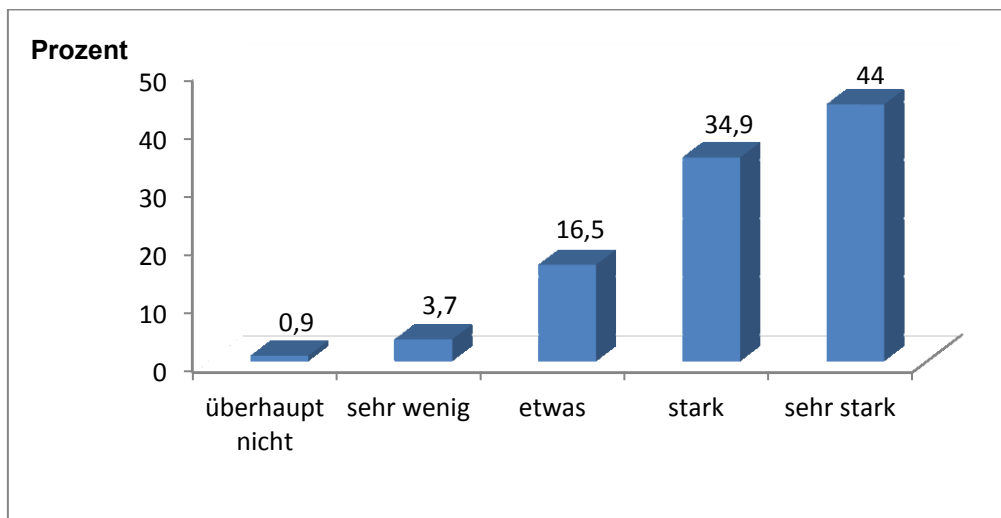


Abbildung 26: „Ich habe die Erfahrung gemacht, dass ich mit meinen Problemen nicht alleine bin.“ (Entlassung)

Zwei Drittel (67,9 %) stimmten der Aussage „Ich habe neue Erfahrungen in der Gruppentherapie gemacht.“ stark bis sehr stark zu (vgl. Abbildung 27). Der Skalenmittelwert liegt bei 2,9.

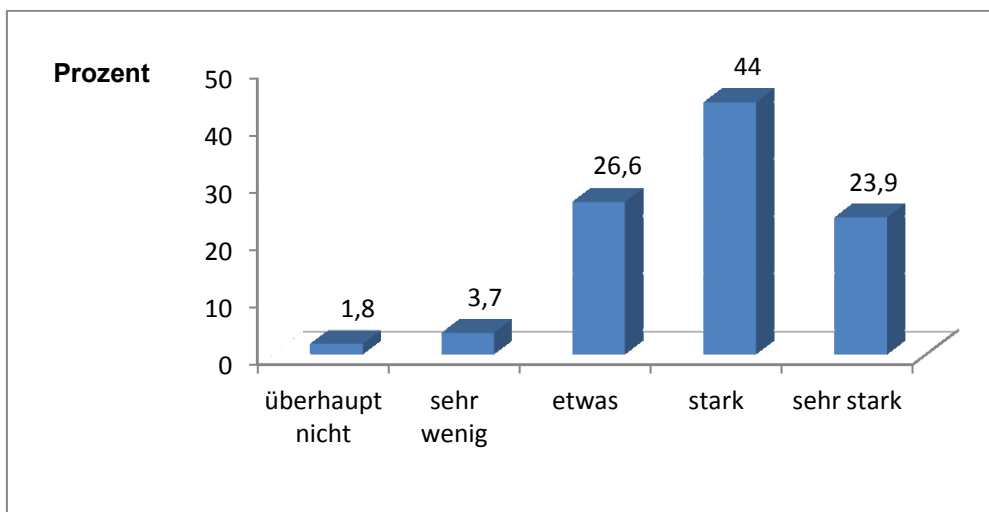


Abbildung 27: „Ich habe neue Erfahrungen in der Gruppentherapie gemacht.“ (Entlassung)

Die Mehrheit der Patienten (62,4 %) hatte nach der Entlassung das Gefühl, mit den Problemen, welche zur Behandlung führten, besser zurechtzukommen. Stark oder sehr stark erlebten dies 30,2 % (vgl. Abbildung 28). Der Skalenmittelwert liegt bei 2,3.

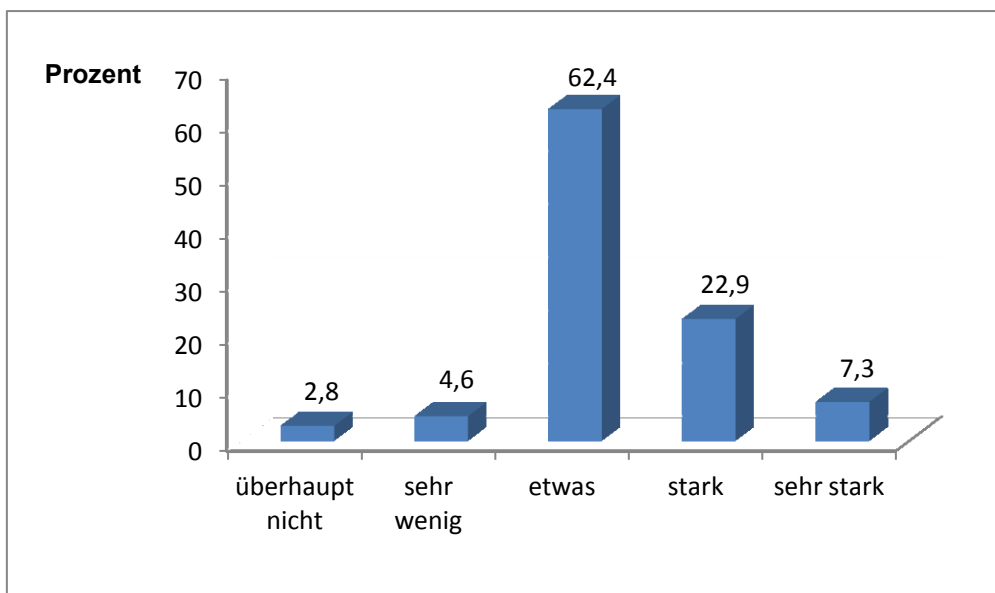


Abbildung 28: „Ich komme mit meinen Problemen, mit denen ich in die Klinik kam, besser zurecht.“ (Entlassung)

Nahezu alle Patienten (98,2 %) hatten mindestens etwas das Gefühl, in der Therapie Methoden kennengelernt zu haben, die sie auch zu Hause anwenden können (vgl. Abbildung 29). Der Skalenmittelwert liegt bei 2,7.

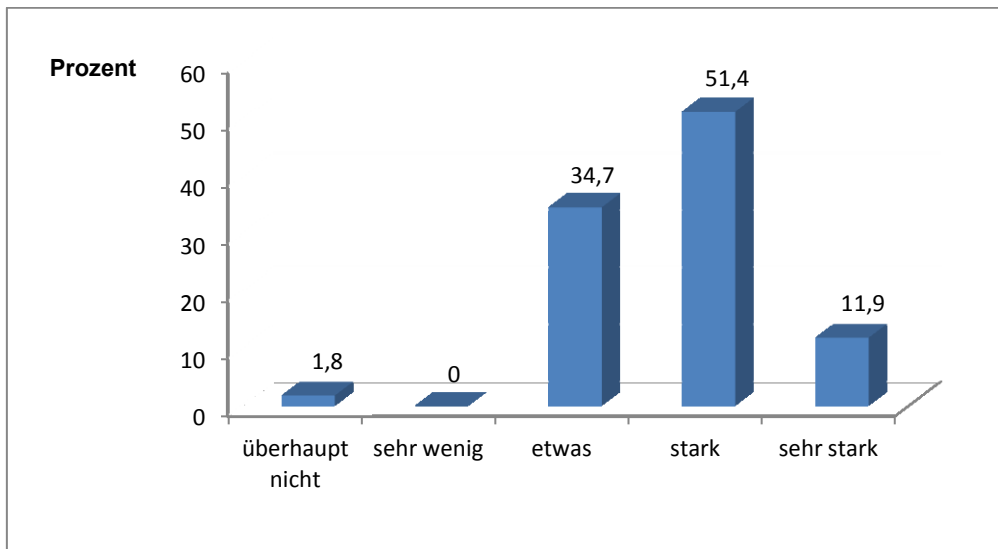


Abbildung 29: „Ich habe Methoden kennengelernt, die ich auch zu Hause anwenden kann.“ (Entlassung)

Ca. die Hälfte (48,6 %) der Patienten hatte zumindest etwas das Gefühl, soziale Kontakte geknüpft zu haben, die auch nach der Behandlung genutzt werden können. Stark oder sehr stark stimmten dieser Aussage 37,6 % zu (vgl. Abbildung 30). Der Skalenmittelwert liegt bei 2,3.

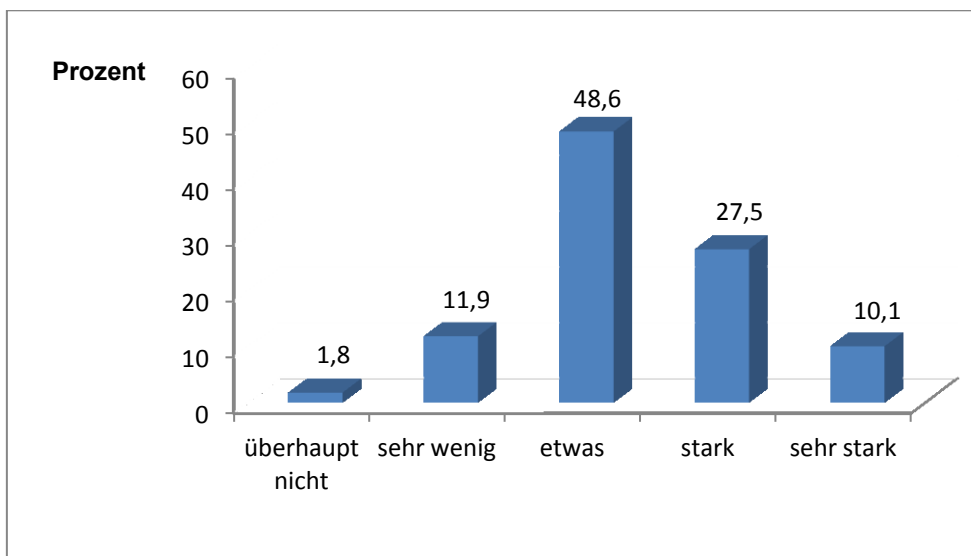


Abbildung 30: „Ich konnte soziale Kontakte knüpfen, die ich auch nach der Behandlung nutzen kann.“ (Entlassung)

Wiederkommen/Weiterempfehlung

103 Patienten (96,3 %) würden nach den Erfahrungen in der PTK 55+ noch einmal in die Klinik zur Behandlung kommen, 4 Patienten (3,7 %) gaben an, dass sie sich dort nicht noch einmal behandeln lassen würden. Die Weiterempfehlungsrate liegt bei 99,1 %, ein Patient (0,9 %) gab an, die Klinik nicht an Angehörige oder Freunde zu empfehlen.

Visuelle Analogskala

Die Patienten wurden zudem gebeten, auf einer Visuellen Analogskala von 0 bis 10 (0 = nicht geholfen, 10 = sehr geholfen) anzugeben, wie Ihnen die Behandlung in der PTK 55+ insgesamt geholfen hat. Der Mittelwert liegt hier bei einem Wert von 6,5 (Minimum 0, Maximum 10).

14 Patienten (13,1 %) kreuzten einen Wert zwischen 0 und unter 5 an, genau die Mitte der Skala mit einem Wert von 5 wählten 22 Patienten (20,6 %). Zwei Drittel der Patienten (n = 71, 66,4 %) wählten somit einen Wert jenseits der Mitte in Richtung „sehr geholfen“.

Ebenso wurde der Therapeut des Patienten um eine Einschätzung auf der Visuellen Analogskala gebeten. Der Mittelwert lag hier bei einem Wert von 6,3 (Minimum 0,4, Maximum 9,8). Einen Wert zwischen 0 und unter 5, also im unteren Teil der Skala, vergab der Therapeut bei 35 Patienten (32,7 %), die übrigen 72 Patienten (67,3 %) erhielten Werte jenseits der Mitte.

Die durchschnittliche Einschätzung des Therapieerfolgs bei Entlassung durch den Therapeuten unterscheidet sich nicht signifikant von der Einschätzung des Patienten (T-Test, $p = .254$), die Korrelation beträgt .41 ($p < .001$).

10.4.2 Katamnesefragebogen

Im Rahmen des Auffrischtags sechs bis neun Monate (durchschnittlich acht Monate) nach der Entlassung wurden die Patienten gebeten, einen Katamnesefragebogen auszufüllen, in dem rückblickend die Behandlung in der PTK 55+ beurteilt werden sollte. Es liegen vollständige Angaben von 94 Patienten vor. Es wurde ebenso wie im Entlassfragebogen eine fünffach gestufte Likert-Skala verwendet.

Zufriedenheit

Mehr als die Hälfte der Patienten ($n = 54$, 57,4 %) gab an, mit dem Ergebnis der Behandlung stark oder sehr stark zufrieden zu sein. Etwas zufrieden waren 33 Patienten (35,1 %), 7 Patienten (7,4 %) waren mit dem Ergebnis nicht oder nur sehr wenig zufrieden (vgl. Abbildung 31). Der Skalenmittelwert liegt bei 2,7.

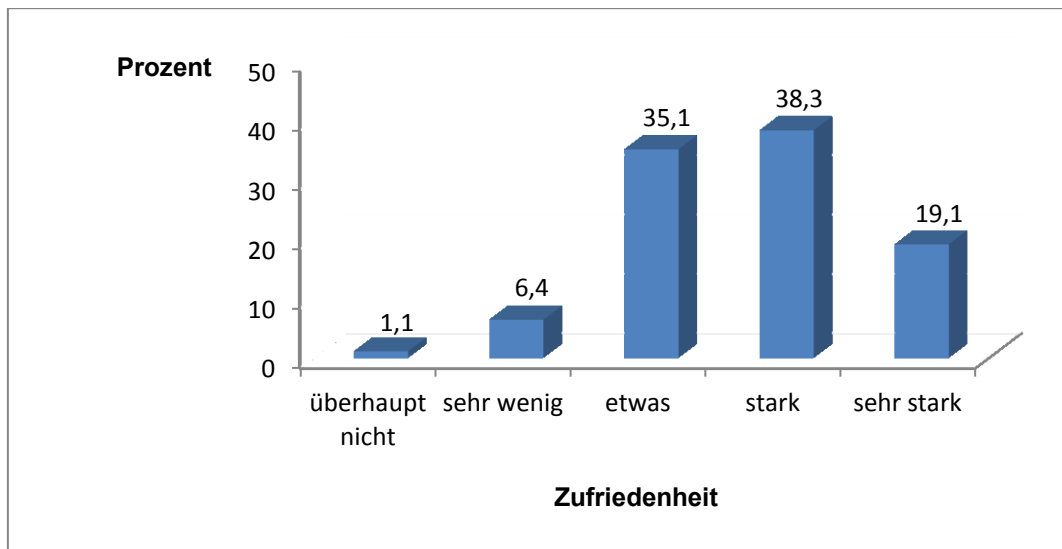


Abbildung 31: Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis beim Follow-up

Veränderung durch Psychotherapie

Der Großteil 53 Patienten (56,4 %) der Patienten gab in dem Fragenbogen an, sich durch die Psychotherapie etwas verändert zu haben. Als stark oder sehr stark verändert erlebten sich 25 Patienten (26,6 %), überhaupt nicht oder sehr wenig verändert hatten sich nach eigenen Angaben 16 Patienten (17,0 %), vgl. Abbildung 32. Der Skalenmittelwert liegt bei 2,1.

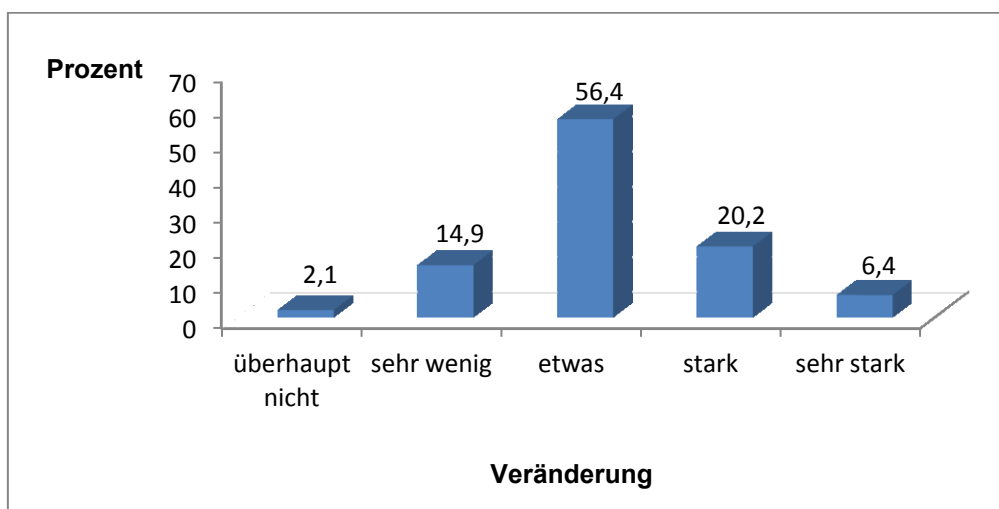


Abbildung 32: erlebte Veränderung durch die Psychotherapie beim Follow-up

Zurechtkommen nach Entlassung

Ca. ein Drittel der Patienten ($n = 38$, 40,4 %) gab an, nach der Entlassung gut oder sehr gut zurechtgekommen zu sein. 47 Patienten (50,0 %) beantworteten diese Frage mit „etwas“, 8 Patienten (8,5 %) kamen den Angaben entsprechend nach der Entlassung kaum, ein Patient (1,1 %) gar nicht zurecht, vgl. Abbildung 33. Der Skalenmittelwert liegt bei 2,4.

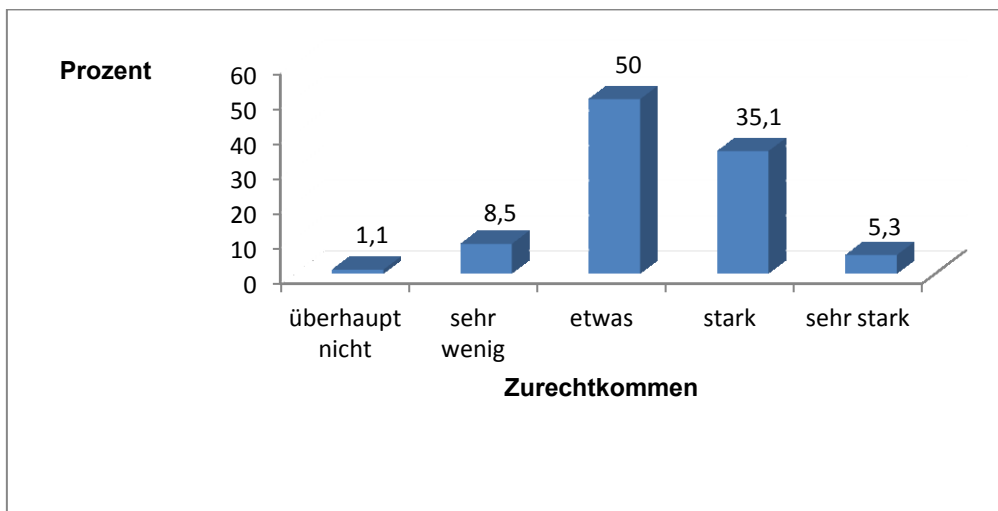


Abbildung 33: Zurechtkommen nach der Entlassung im Rückblick beim Follow-up

Weitere psychotherapeutische Hilfe

Die Hälfte der Patienten ($n = 47$, 50,0 %) gab zum Zeitpunkt der Katamnese an, weiterhin sehr stark oder stark psychotherapeutische Hilfe zu benötigen. Ein Viertel ($n = 27$, 28,7 %) beantwortete diese Frage mit „etwas“, 11 Patienten (11,7 %) gaben an, nur noch sehr wenig auf psychotherapeutische Hilfe angewiesen zu sein. 9 Patienten (9,6 %) benötigten sechs bis neun Monate nach der Behandlung nach eigener Einschätzung keine weitere Psychotherapie (vgl. Abbildung 34). Der Skalenmittelwert liegt bei 2,3.

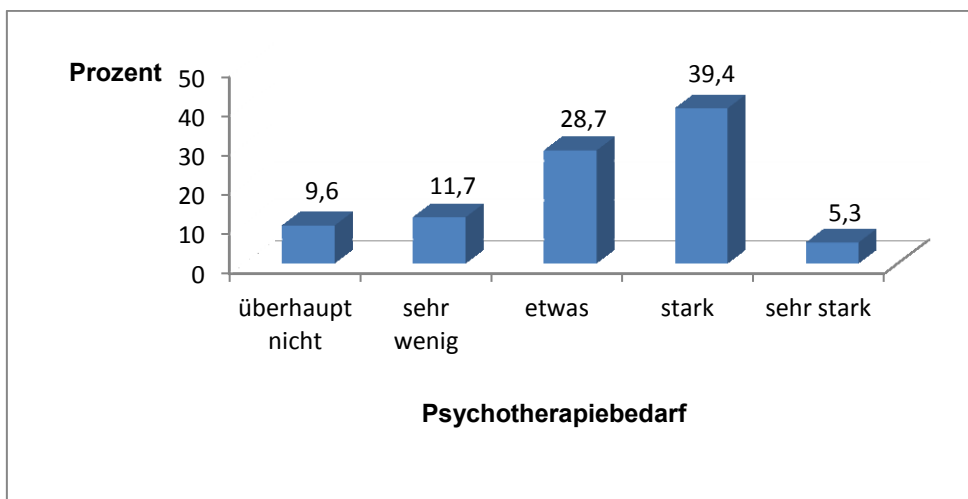


Abbildung 34: Psychotherapiebedarf beim Follow-up

Ebenso wie im Entlassfragebogen wurden die Patienten erneut gebeten, an den Aufenthalt in der PTK 55+ zurückzudenken und anzugeben, inwieweit die folgenden Aussagen auf sie zutreffen:

Zwei Drittel der Patienten (67 %) stimmten der Aussage „Ich habe viel über psychosomatische Zusammenhänge erfahren.“ stark oder sehr stark zu (vgl. Abbildung 35). Der Skalenmittelwert liegt bei 2,8.

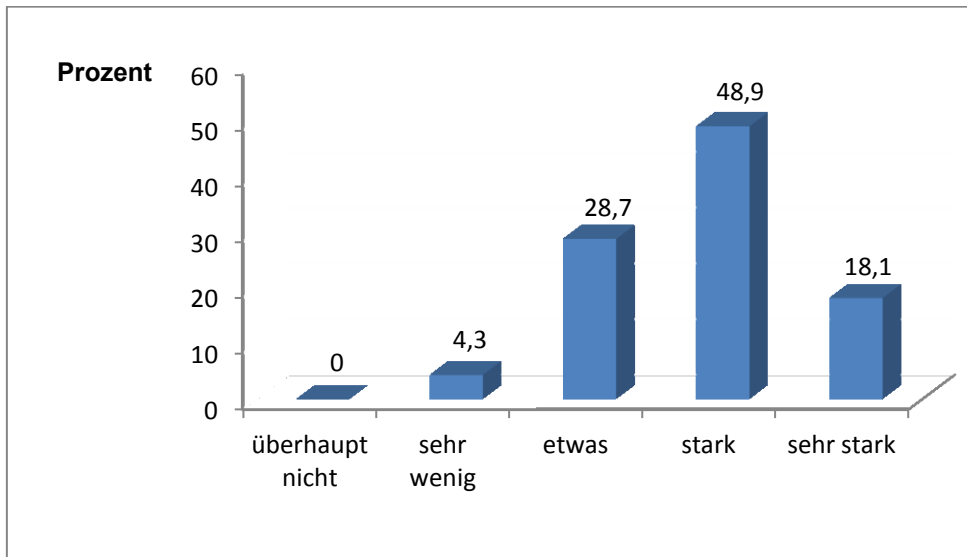


Abbildung 35: „Ich habe viel über psychosomatische Zusammenhänge erfahren.“ (Follow-up)

51,1 % konnten sich nach der Behandlung etwas besser selbst verstehen, stark oder sehr stark empfanden dies 41,5 % der Patienten (vgl. Abbildung 36). Der Skalenmittelwert liegt bei 2,4.

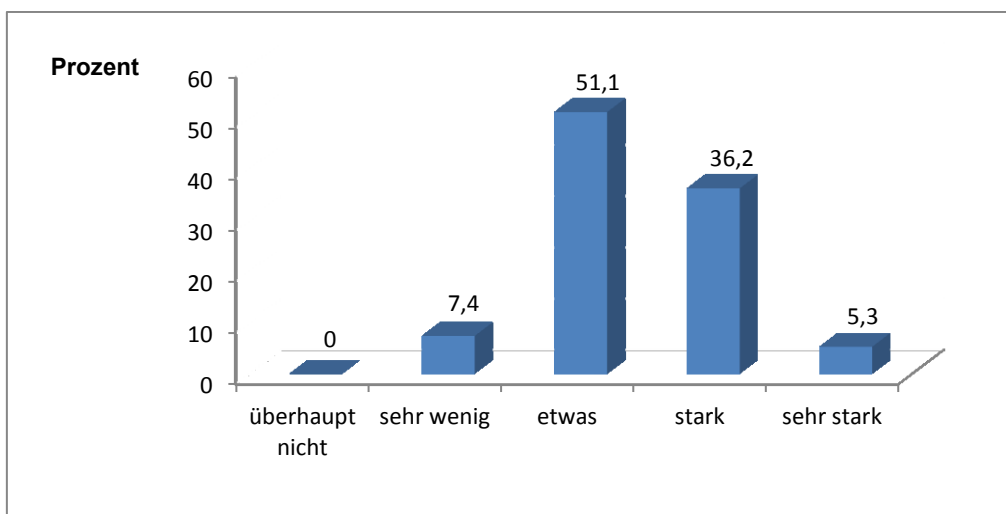


Abbildung 36: „Ich kann mich selbst besser verstehen.“ (Follow-up)

80,9 % stimmten der Aussage „Ich wurde von den Mitpatienten so akzeptiert wie ich bin.“ stark bis sehr stark zu (vgl. Abbildung 37). Der Skalenmittelwert liegt bei 3,0.

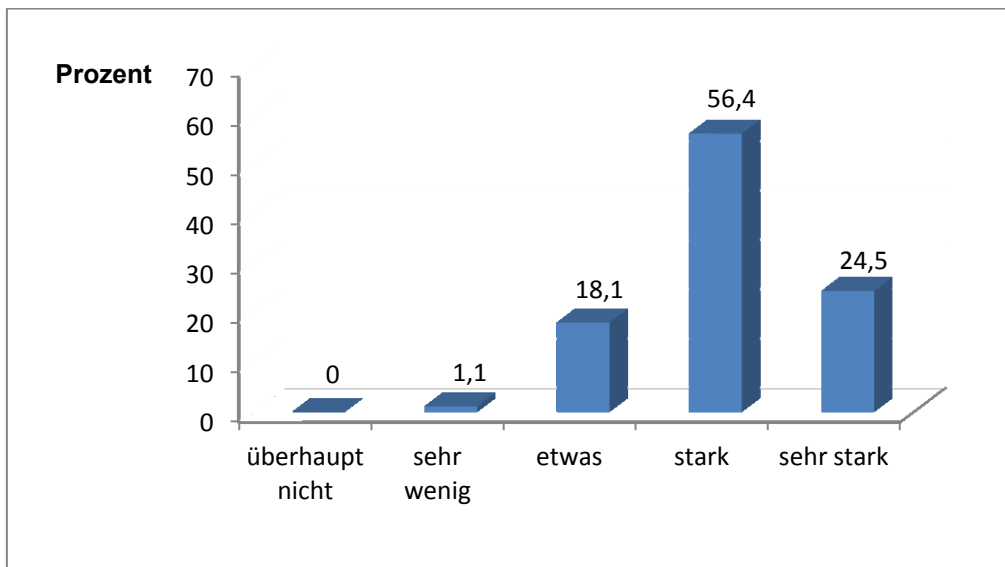


Abbildung 37: „Ich wurde von den Mitpatienten so akzeptiert wie ich bin.“ (Follow-up)

81,9 % der Patienten stimmten der Aussage „Ich habe die Erfahrung gemacht, dass ich mit meinen Problemen nicht alleine bin.“ stark oder sehr stark zu (vgl. Abbildung 38). Der Skalenmittelwert liegt bei 3,2.

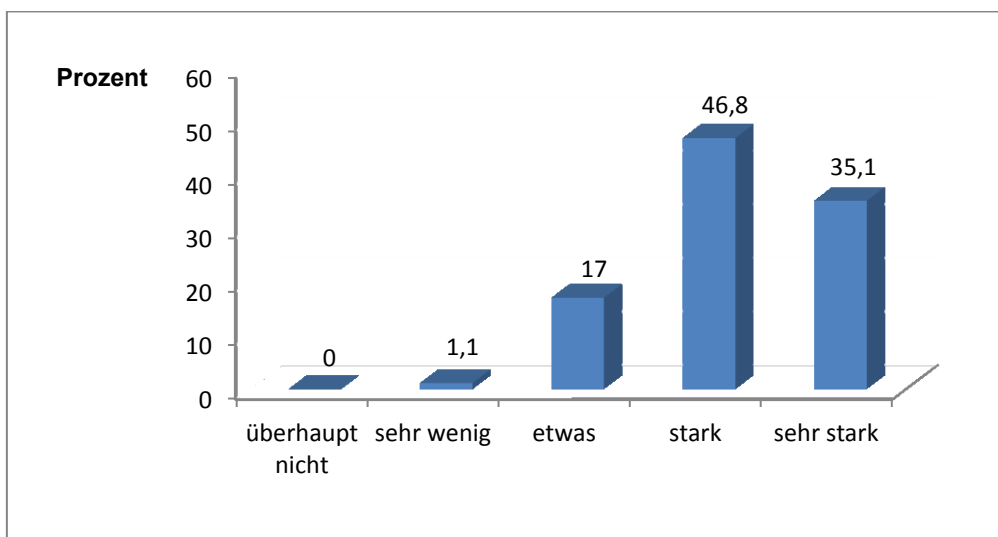


Abbildung 38: „Ich habe die Erfahrung gemacht, dass ich mit meinen Problemen nicht alleine bin.“ (Follow-up)

Zwei Drittel (65,9 %) stimmten der Aussage „Ich habe neue Erfahrungen in der Gruppentherapie gemacht.“ stark bis sehr stark zu (vgl. Abbildung 39). Der Skalenmittelwert liegt bei 2,8.

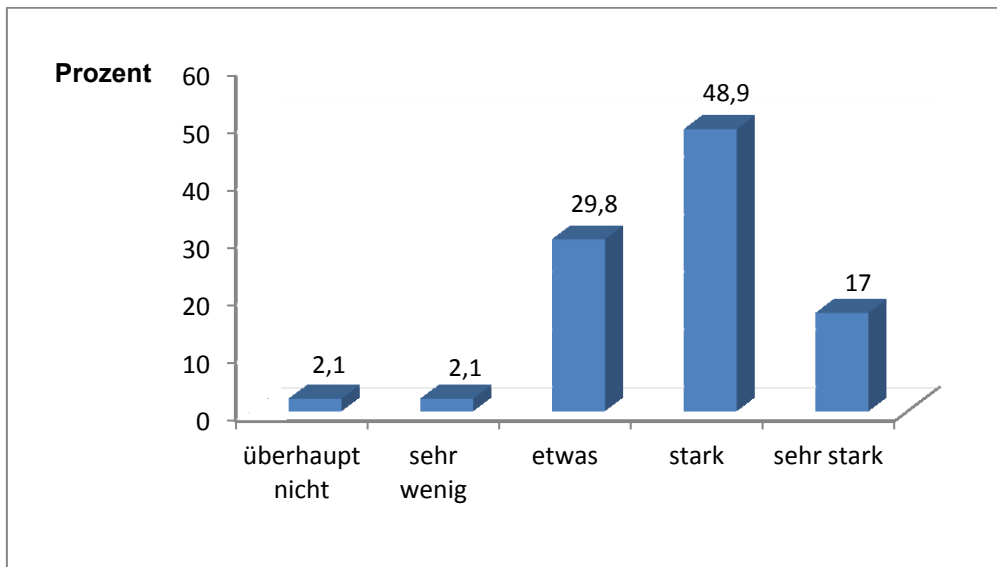


Abbildung 39: „Ich habe neue Erfahrungen in der Gruppentherapie gemacht.“ (Follow-up)

Die Hälfte der Patienten (50 %) hatte bei der Katamnese das Gefühl, mit den Problemen, welche zur Behandlung führten, besser zurechtzukommen. Stark oder sehr stark erlebten dies 42,6 % (vgl. Abbildung 40). Der Skalenmittelwert liegt bei 2,4.

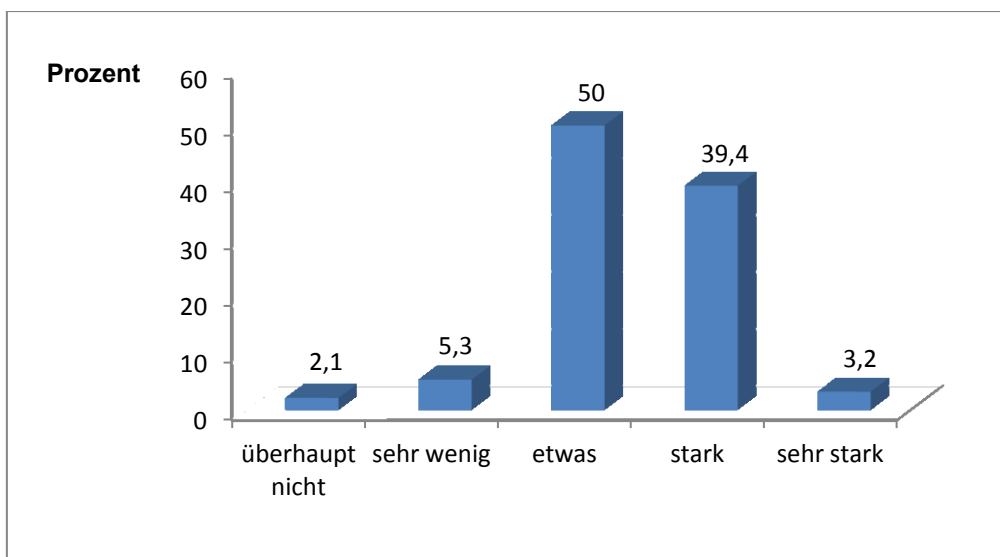


Abbildung 40: „Ich komme mit meinen Problemen, mit denen ich in die Klinik kam, besser zurecht.“ (Follow-up)

Fast alle Patienten (91,5 %) hatten auch beim Follow-up mindestens etwas das Gefühl, in der Therapie Methoden kennengelernt zu haben, die sie auch zu Hause anwenden können (vgl. Abbildung 41). Der Skalenmittelwert liegt bei 2,4.

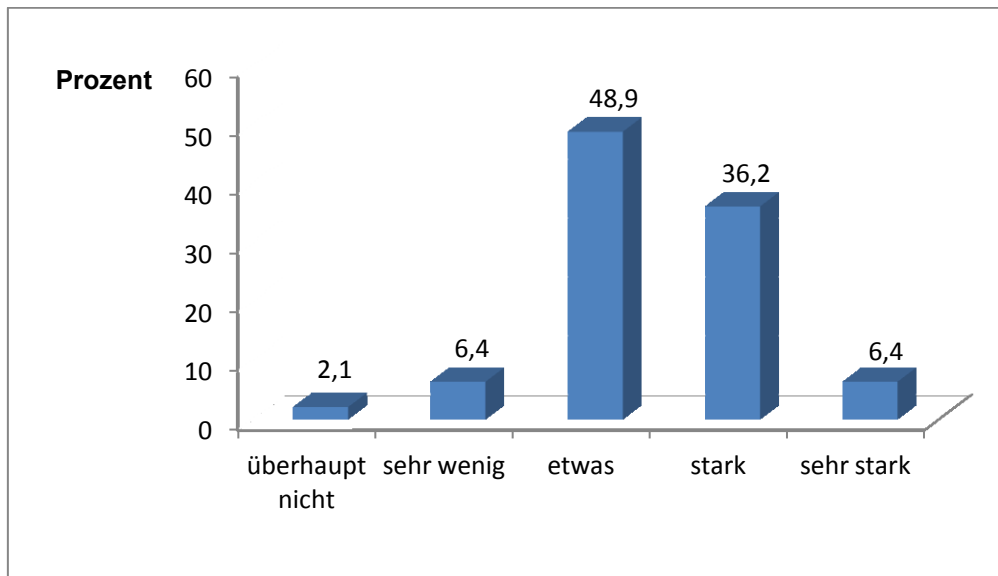


Abbildung 41: „Ich habe Methoden kennengelernt, die ich auch zu Hause anwenden kann.“ (Follow-up)

Fast die Hälfte (46,8 %) der Patienten hatte zumindest etwas das Gefühl, soziale Kontakte geknüpft zu haben, die auch nach der Behandlung genutzt werden konnten. Stark oder sehr stark stimmten dieser Aussage 21,3 % zu (vgl. Abbildung 42). Der Skalenmittelwert liegt bei 1,8.

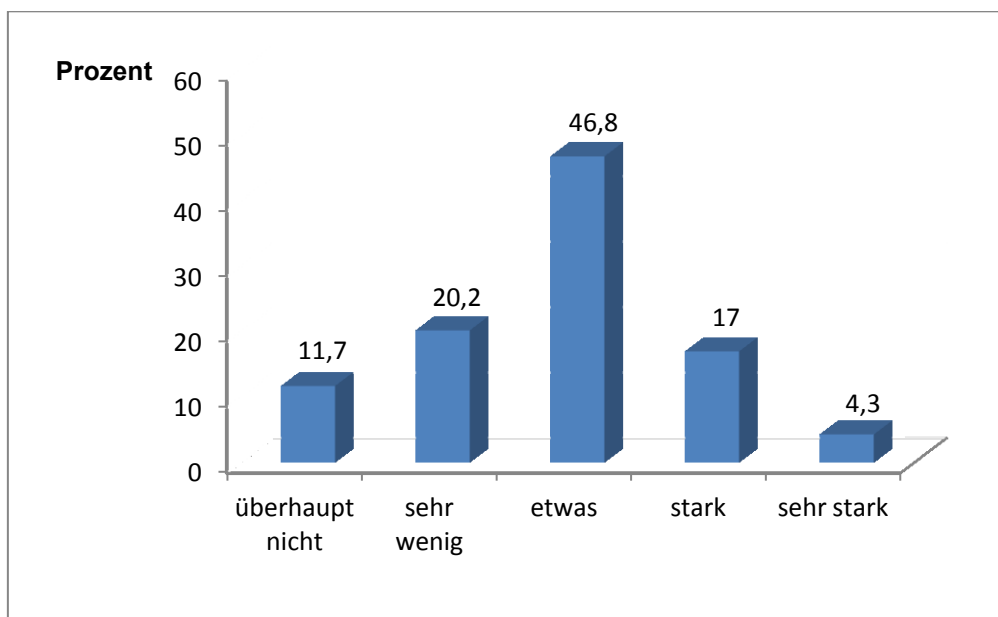


Abbildung 42: „Ich konnte soziale Kontakte knüpfen, die ich auch nach der Behandlung nutzen kann.“ (Follow-up)

10.4.3 Veränderungen in der Beurteilung von der Entlassung bis zur Katamnese

Mit T-Tests für verbundene Stichproben wurden die Angaben der Patienten aus dem Entlassfragebogen mit jenen aus dem Katamnesebogen auf mögliche Veränderungen hin verglichen.

In folgenden Bereichen zeigte sich keine signifikant andere Einschätzung bei der Entlassung und acht Monate später (Vergleich der Skalenmittelwerte): Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis, erlebte Veränderung durch die Psychotherapie, Zurechtkommen nach der Entlassung. Der Anteil der Patienten, welche mit dem Behandlungsergebnis überhaupt nicht oder sehr wenig zufrieden waren, erhöht sich jedoch von der Entlassung mit 3,7 % zur Katamnese mit 7,5 %. Beim Follow-up erlebten sich auch deutlich mehr Patienten (17 %) als nicht oder wenig verändert als noch bei der Entlassung (7,4 %). Es zeigte sich aber eine signifikant unterschiedliche Bewertung der Frage, inwieweit zum Befragungszeitpunkt weitere psychotherapeutische Hilfe von den Patienten benötigt wurde: Zur Katamnese am Auffrischtage berichteten die Patienten, nunmehr weniger auf therapeutische Hilfe angewiesen zu sein als ein halbes Jahr früher unmittelbar nach der Entlassung (T-Test, $p < .05$, MW 2,6 \Rightarrow 2,3).

Auch im Hinblick auf die zu bewertenden therapiebezogenen Aussagen ergaben sich in folgenden Bereichen keine signifikanten Veränderungen:

„Ich habe viel über psychosomatische Zusammenhänge erfahren.“

„Ich kann mich selbst besser verstehen.“

„Ich wurde von den Mitpatienten so akzeptiert wie ich bin.“

„Ich habe die Erfahrung gemacht, dass ich mit meinen Problemen nicht alleine bin.“

„Ich habe neue Erfahrungen in der Gruppentherapie gemacht.“

„Ich komme mit meinen Problemen, mit denen ich in die Klinik kam, besser zurecht.“

Signifikante Veränderungen ($p < .001$) in der Einschätzung zeigten sich jedoch in den beiden Aussagen:

„Ich habe Methoden kennengelernt, die ich auch zu Hause anwenden kann.“

„Ich konnte soziale Kontakte knüpfen, die ich auch nach der Behandlung nutzen kann.“

So stimmten die Patienten beim Follow-up acht Monate nach ihrer Entlassung diesen Aussagen weniger zu, da sich offenbar in diesem Zeitraum gezeigt hatte, dass sie weniger Methoden zu Hause anwenden konnten und weniger soziale Kontakte erhalten blieben, als bei der Entlassung erwartet. Patienten, die regelmäßig an Ehemaligentreffen teilnahmen, beantworteten die Frage nach Sozialkontakten signifikant positiver als Patienten, die keine weiteren Kontakte mit Mitpatienten pflegten (punktbiseriale Korrelation $r = .4$, $p < .001$).

10.4.4 Analyse der Nicht-Antwörter

Die 12 Patienten, welche keine Rückmeldung zur Katamnese gaben, wurden als Nicht-Antwörter mit den 94 Antwortern deskriptiv verglichen, ob sich in den Angaben des Entlassfragebogens bedeutsame Unterschiede zeigten.

Bei der Entlassung hatten sich die Nicht-Antwörter im Vergleich zu den Antwortern etwas weniger zufrieden mit dem Behandlungsergebnis gezeigt (Skalenmittelwert 2,5 vs. 2,8) und glaubten weniger gut zurechtzukommen (2,0 vs. 2,5). Mit einer durchschnittlichen Note von 2,2 (vs. 1,6) bewerteten diese 12 Patienten die Einzeltherapie etwas schlechter als die Vergleichsstichprobe, die Möglichkeit des Rückzugs in der Klinik von den Problemen wurde hingegen als hilfreicher eingeschätzt (1,9 vs. 2,2). Mit dem Gesamtergebnis der Psychotherapie, gemessen über eine Visuelle Analogskala, waren die Nicht-Antwörter etwas weniger zufrieden (5,7 vs. 6,6).

10.5 Exploratorische Analysen

10.5.1 Definition und gruppenstatistische Analyse eines globalen Therapieerfolgsmaßes

Da im Untersuchungsinstrumentarium kein globales Maß für den Therapieerfolg enthalten ist, wurde, um einen besseren Überblick über die allgemeine klinische Verbesserung unter der Therapie zu erhalten, ein neues Kriterium eingeführt. Im Hinblick auf die behandelten Störungsbilder betreffend sehr heterogene Patientenklientel wurde überprüft, wie viele Patienten sich in mindestens einer der Variablen HADS-A/D, PHQ-9, PHQ-15 oder GBB-Beschwerdedruck nach dem Reliable Change Index klinisch signifikant verbesserten. Diese werden im Folgenden als „Responder“ bezeichnet. Patienten, welche sich in keiner der benannten Variablen signifikant verbesserten, gelten demnach als Non-

Responder. Da sich für die Zeiträume von Aufnahme zu Entlassung und Aufnahme zu Katamnese unterschiedliche Daten ergeben, werden diese getrennt betrachtet.

Aufnahme-Entlassung

45 der 116 Patienten (39 %) der Untersuchungsstichprobe verbesserten sich klinisch signifikant mindestens in HADS-A, HADS-D, PHQ-9, PHQ-15 oder GBB-Beschwerdedruck. Diese 45 Responder wurden mit den 71 Non-Respondern im Hinblick auf demografische, krankheits- und therapiebezogene Variablen verglichen.

Ein T-Test für unabhängige Stichproben ergab keinen signifikanten Unterschied in Bezug auf das Lebensalter, auch hinsichtlich des Vorliegens eines Migrationshintergrunds, überprüft mit dem Chi-Quadrat-Test, unterscheiden sich die Responder nicht von den Non-Respondern. Betrachtet man rein deskriptiv Schul- und Berufsabschluss sowie die aktuelle Tätigkeit der Patienten beider Gruppen, fallen folgende Unterschiede ins Auge:

Unter den Respondern finden sich mit 38 % etwas mehr Patienten, welche als Schulabschluss mindestens die Mittlere Reife oder Abitur vorwiesen (Non-Responder: 31 %). Dieser Unterschied schlägt sich jedoch nicht im Berufsabschluss nieder, hier wiesen beide Gruppen ähnliche Werte auf. In Bezug auf die aktuelle Tätigkeit sind unter den Respondern mehr Hausfrauen bzw. -männer zu finden (7 % vs. 1 %) und weniger Patienten im Stand der Rente bzw. Pension (36 % vs. 48 %). Im Hinblick auf Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit zeigen sich keine besonderen Unterschiede (vgl. Tabelle 54).

Tabelle 54: Schul- und Berufsabschluss sowie die aktuelle Tätigkeit im Vergleich von Respondern und Non-Respondern bei der Entlassung

Variable	Responder	Non-Responder
Schulabschluss		
Volks-/Hauptschule	60 %	68 %
Mittlere Reife/Realschule	29 %	17 %
(Fach-)Abitur	9 %	14 %
ohne	2 %	1 %
Berufsabschluss		
Lehre	56 %	54 %
Meister/Fachschule	13 %	13 %
FH/Universität	7 %	10 %
ohne	24 %	24 %
Aktuelle Tätigkeit		
berufstätig	33 %	30 %
berentet	36 %	48 %
arbeitslos	13 %	11 %
Hausfrau/-mann	7 %	1 %

Eine Analyse der krankheitsbezogenen Variablen ergab folgende Unterschiede:

Im Vergleich finden sich bei den Respondern mehr Patienten, die vom Hausarzt (7 % vs. 1 %) oder einer Beratungsstelle (7 % vs. 0 %) geschickt wurden. Ebenso sind Patienten stärker vertreten, welche von ehemaligen Patienten (9 % vs. 4 %) oder Angehörigen (4 % vs. 1 %) in die Therapie vermittelt wurden oder zur Wiederaufnahme kamen (7 % vs. 1 %). Auffällig ist, dass sich unter den Non-Respondern mit 21 % (vs. 7 % bei den Respondern) besonders viele Patienten finden, welche von einer psychiatrischen Klinik geschickt wurden. Keine besonders großen Unterschiede zeigen sich bei der Zuweisung durch andere Fachärzte, Psychotherapeuten, den Konsiliar-/Liaisondienst und psychosomatische Kliniken (vgl. Tabelle 55).

Tabelle 55: Behandlungsempfeher im Vergleich von Respondern und Non-Respondern bei der Entlassung

Behandlungsempfeher	Responder	Non-Responder
Hausarzt	7 %	1 %
Nervenarzt	24 %	28 %
Psychiatrie	7 %	21 %
Beratungsstelle	7 %	0 %
eigene Initiative	2 %	6 %
ehemaliger Patient	9 %	4 %
Angehörige	4 %	1 %
Wiederaufnahme	7 %	1 %
andere Fachärzte	7 %	9 %
Psychotherapeuten	2 %	1 %
Konsiliar-/Liaisondienst	20 %	22 %
psychosomatische Klinik	4 %	3 %

Auch in Bezug auf die Hauptdiagnose finden sich deutliche Gruppenunterschiede. Bei den Respondern litten wesentlich mehr Patienten unter einer depressiven Störung (42 % vs. 27 %), hingegen deutlich weniger unter somatoformen Störungen (18 % vs. 29 %) und Anpassungs- oder Belastungsstörungen (2 % vs. 10 %). Im Hinblick auf Angst- und Zwangserkrankungen sowie Persönlichkeitsstörungen ergeben sich keine gravierenden Unterschiede (vgl. Tabelle 56).

Tabelle 56: Hauptdiagnosen im Vergleich von Respondern und Non-Respondern bei der Entlassung

Hauptdiagnose	Responder	Non-Responder
Depression	42 %	27 %
Angst/Zwang	27 %	24 %
somatoforme Störung	18 %	29 %
Anpassungs-/Belastungsstörung	2 %	10 %
Persönlichkeitsstörung	9 %	10 %
Sonstiges	2 %	0 %

Auch in der Anzahl psychischer und körperlicher Nebendiagnosen unterschieden sich Responder nicht signifikant von Non-Respondern. Jedoch sind die verschiedenen Störungsbilder in den Nebendiagnosen leicht unterschiedlich verteilt (Mehrfachnennung möglich). Anpassungs- und Belastungsstörungen hatten mit 9 % ebenso wie Persönlichkeitsstörungen mit 4 % einen größeren Anteil an den Nebendiagnosen bei den Respondern im Vergleich zu den Non-Respondern, bei denen hingegen Angst- bzw. Zwangserkrankungen etwas häufiger vertreten waren (vgl. Tabelle 57).

Tabelle 57: Nebendiagnosen im Vergleich von Respondern und Non-Respondern bei der Entlassung

Nebendiagnose	Responder	Non-Responder
Depression	39 %	39 %
Angst/Zwang	16 %	20 %
somatoforme Störung	5 %	6 %
Anpassungs-/Belastungsstörung	9 %	2 %
Persönlichkeitsstörung	4 %	1 %
Suchterkrankung	26 %	26 %
Sonstiges	2 %	7 %

Ein T-Test für unabhängige Stichproben (vgl. Anhang 17.18) zeigte, dass die Patienten, welche sich mindestens in einer der Variablen von Aufnahme zur Entlassung klinisch signifikant verbessert hatten, zum Zeitpunkt des prästationären Vorgesprächs eine signifikant höhere durchschnittliche Therapiemotivation aufwiesen (3,3 vs. 2,8 Punkte). Als motiviert bis sehr motiviert wurden 87 % der Responder und 57 % der Non-Responder eingeschätzt. Die Responder blieben zudem signifikant längere Zeit in Behandlung (3 Tage). Der Unterschied in der Beschwerdedauer zwischen Respondern und Non-Respondern fällt ins Auge, wird jedoch nicht signifikant (vgl. Tabelle 58).

In Bezug auf stationäre psychiatrische Voraufenthalte ergab sich nach dem Chi-Quadrat-Test kein signifikanter Unterschied zwischen Respondern und Non-Respondern. In beiden Gruppen wiesen ähnlich viele Patienten mindestens einen Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik auf.

Ein signifikanter Unterschied ($p < .01$) besteht jedoch im Hinblick auf stationäre Aufenthalte in einer psychosomatischen Klinik. Mehr als die Hälfte der als therapeutisch erfolgreich definierten Responder (56 %) befand sich bereits mindestens einmal in stationärer psychotherapeutischer Behandlung. Demgegenüber hatten lediglich 28 % der Non-Responder diese therapeutische Vorerfahrung. Ein ebenfalls signifikanter Unterschied ($p < .05$) zwischen Respondern und Non-Respondern ergab sich zudem im Hinblick auf die Vorerfahrung mit ambulanter Psychotherapie. 64 % der als erfolgreich beurteilten Patienten waren in ihrem Leben bereits bei einem Psychotherapeuten in Behandlung gewesen, demgegenüber stehen 44 % bei den Non-Respondern (vgl. Anhang 17.19).

Keine signifikanten Unterschiede ergaben sich im Hinblick auf die Anzahl der Arztbesuche, ambulanten Untersuchungen und Krankenhausaufenthalte im vergangenen halben Jahr. Die Non-Responder verbrachten mit 3 Wochen jedoch signifikant mehr Zeit in stationärer Behandlung als die Responder mit einer Woche Krankenhausaufenthaltsdauer ($T = 2,13$, $df = 105,497$, $p < .05$).

Der Anteil an Patienten, die bei der Aufnahme ein psychopharmakologisches Medikament einnahmen, ist bei Respondern (69 %) und Non-Respondern (68 %) nahezu identisch, bei der Entlassung liegt der Anteil bei den Respondern mit 84 % etwas höher (76 %), dieser Unterschied ist jedoch nicht statistisch signifikant.

Tabelle 58: Therapiemotivation, Behandlungs- und Beschwerdedauer, psychotherapeutische Vorerfahrung und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens im Vergleich von Respondern und Non-Respondern bei der Entlassung

Variable	Responder	Non-Responder
Therapiemotivation		
nicht motiviert (0 Pkt.)	0 %	0 %
kaum motiviert (1 Pkt.)	2 %	4 %
etwas motiviert (2 Pkt.)	11 %	39 %
motiviert (3 Pkt.)	42 %	34 %
sehr motiviert (4 Pkt.)	45 %	23 %
Mittelwert	3,3 Pkt.	2,8 Pkt.
Behandlungsdauer	27 Tage	24 Tage
Beschwerdedauer	167 Monate (ca. 14 Jahre)	115 Monate (ca. 10 Jahre)
Vorerfahrung		
stationär psychiatrisch	27 %	28 %
stationär psychosomatisch	56 %	28 %
ambulante Psychotherapie	64 %	44 %
Versorgungssystem		
Arztbesuche	12 pro Halbjahr	13 pro Halbjahr
ambulante Untersuchungen	1 pro Halbjahr	1 pro Halbjahr
<u>Krankenhausaufenthalte</u>		
Anzahl	0,6 pro Halbjahr	1 pro Halbjahr
Dauer	1 Woche pro Halbjahr	3 Wochen pro Halbjahr
<u>Psychopharmaka</u>		
Aufnahme	69 %	68 %
Entlassung	84 %	76 %

Aufnahme-Katamnese

Für 94 Patienten konnte auch zum Zeitpunkt der Katamnese bestimmt werden, ob in einer der Variablen HADS, PHQ und GBB eine klinisch signifikante Verbesserung im Vergleich zur Aufnahme vorlag. Dies traf auf 42 Patienten (44,7 %) zu. Diese Responder wurden ebenfalls mit den 52 Non-Respondern zum Katamnesezeitpunkt im Hinblick auf demografische, krankheits- und therapiebezogene Variablen verglichen.

Ein T-Test für unabhängige Stichproben ergab keinen signifikanten Unterschied in Bezug auf das Lebensalter, auch hinsichtlich des Vorliegens eines Migrationshintergrunds, überprüft mit dem Chi-Quadrat-Test, unterschieden sich die Responder nicht von den Non-Respondern. Betrachtet man Schul- und Berufsabschluss sowie die aktuelle Tätigkeit der Patienten beider Gruppen, fallen folgende Unterschiede ins Auge:

Unter den Respondern finden sich mit 29 % weniger Patienten, welche als Schulabschluss mindestens die Mittlere Reife oder Abitur aufwiesen (Non-Responder: 35 %).

Mit 21 % waren jedoch deutlich weniger Responder ohne eine abgeschlossene Berufsausbildung (35 % bei den Non-Respondern). In Bezug auf die aktuelle Tätigkeit ist bei den Respondern der Anteil an Berufstätigen mit 38 % deutlich höher als bei den Non-Respondern (25 %), im Gegenzug sind im Vergleich weniger Patienten aus der Gruppe der klinisch Gebesserten berentet (41 vs. 52 %) oder im Status der Arbeitslosigkeit (5 % vs. 14 %).

Tabelle 59: Schul- und Berufsabschluss sowie die aktuelle Tätigkeit im Vergleich von Respondern und Non-Respondern beim Follow-up

Variable	Responder	Non-Responder
Schulabschluss		
Volks-/Hauptschule	72 %	61 %
Mittlere Reife/Realschule	14 %	23 %
(Fach-)Abitur	14 %	12 %
ohne	0 %	4 %
Berufsabschluss		
Lehre	60 %	44 %
Meister/Fachschule	12 %	14 %
FH/Universität	7 %	7 %
ohne	21 %	35 %
Aktuelle Tätigkeit		
berufstätig	38 %	25 %
berentet	41 %	52 %
arbeitslos	5 %	14 %
Hausfrau/-mann	5 %	2 %

Eine Analyse der krankheitsbezogenen Variablen ergab folgende Unterschiede:

Im Vergleich finden sich bei den Respondern mehr Patienten, die vom Nervenarzt geschickt wurden (33 % vs. 25 %), bei den Non-Respondern sind hingegen mehr Patienten vertreten, welche die Behandlungsempfehlung von der Psychiatrie (17 % vs. 10 %) oder dem Konsiliar-/Liaisondienst (25 % vs. 21 %) erhielten. Kaum Unterschiede zwischen den Gruppen ergaben sich bei den anderen Empfehlern (vgl. Tabelle 60).

Tabelle 60: Behandlungsempfeher im Vergleich von Respondern und Non-Respondern bei der Entlassung

Behandlungsempfeher	Responder	Non-Responder
Nervenarzt	33 %	25 %
Psychiatrie	10 %	17 %
Konsiliar-/Liaisondienst	21 %	25 %
eigene Initiative	2 %	4 %
Angehörige	2 %	4 %
Hausarzt	2 %	2 %
andere Fachärzte	7 %	6 %
Wiederaufnahme	5 %	4 %
Beratungsstelle	2 %	2 %
psychosomatische Klinik	5 %	2 %

Auch in Bezug auf die Hauptdiagnose finden sich deutliche Gruppenunterschiede. Bei den Respondern litten wesentlich mehr Patienten unter einer depressiven Störung (36 % vs. 29 %), hingegen nur wenig häufiger unter somatoformen Störungen (29 % vs. 25 %) und Anpassungs- oder Belastungsstörungen (0 % vs. 12 %). Im Hinblick auf Angst- und Zwangserkrankungen sowie Persönlichkeitsstörungen ergaben sich keine gravierenden Unterschiede (vgl. Tabelle 61).

Tabelle 61: Hauptdiagnosen im Vergleich von Respondern und Non-Respondern beim Follow-up

Hauptdiagnose	Responder	Non-Responder
Depression	36 %	29 %
Angst/Zwang	29 %	27 %
somatoforme Störung	29 %	25 %
Anpassungs-/Belastungsstörung	0 %	12 %
Persönlichkeitsstörung	7 %	6 %
Sonstiges	0 %	2 %

Auch in der Anzahl psychischer und körperlicher Nebendiagnosen unterscheiden sich Responder nicht signifikant von Non-Respondern. Jedoch sind die verschiedenen Störungsbilder in den Nebendiagnosen leicht unterschiedlich verteilt (Mehrfachnennung möglich). Depressive und somatoforme Störungen haben mit 45 bzw. 8 % einen größeren Anteil an den Nebendiagnosen bei den Respondern im Vergleich zu den Non-Respondern, bei denen Suchterkrankungen mit 23 % häufiger vertreten sind (vgl. Tabelle 62).

Tabelle 62: Nebendiagnosen im Vergleich von Respondern und Non-Respondern beim Follow-up

Nebendiagnose	Responder	Non-Responder
Depression	45 %	40 %
Angst/Zwang	20 %	19 %
somatoforme Störung	8 %	3 %
Anpassungs-/Belastungsstörung	4 %	6 %
Persönlichkeitsstörung	4 %	2 %
Suchterkrankung	14 %	23 %
Sonstige	4 %	8 %

Ein T-Test für unabhängige Stichproben ergab keinen signifikanten Unterschied in der ursprünglichen Therapiemotivation sowie der Behandlungs- und Beschwerdedauer zwischen Respondern und Non-Respondern. Es fanden sich leichte Unterschiede in Bezug auf die psychiatrische und psychotherapeutische Vorerfahrung, welche jedoch statistisch nicht signifikant sind. Im Hinblick auf die Inanspruchnahme des Versorgungssystems (Anzahl der Arztbesuche, ambulanten Untersuchungen und Krankenhausaufenthalte sowie psychopharmakologische Medikation) ergaben sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede (vgl. Tabelle 63).

Tabelle 63: Therapiemotivation, Behandlungs- und Beschwerdedauer, psychotherapeutische Vorerfahrung und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens im Vergleich von Respondern und Non-Respondern beim Follow-up

Variable	Responder	Non-Responder
Therapiemotivation		
Nicht motiviert (0 Pkt.)	0 %	0 %
Kaum motiviert (1 Pkt.)	2 %	4 %
Etwas motiviert (2 Pkt.)	24 %	33 %
Motiviert (3 Pkt.)	45 %	31 %
Sehr motiviert (4 Pkt.)	29 %	32 %
Mittelwert	3,0 Pkt.	2,9 Pkt.
Behandlungsdauer	27 Tage	26 Tage
Beschwerdedauer	150 Monate (ca. 13 Jahre)	126 Monate (ca. 11 Jahre)
Vorerfahrung		
Stationär psychiatrisch	31 %	19 %
Stationär psychosomatisch	45 %	35 %
Ambulante Psychotherapie	57 %	52 %
Versorgungssystem		
Arztbesuche	13 pro Halbjahr	13 pro Halbjahr
Ambulante Untersuchungen	1 pro Halbjahr	1 pro Halbjahr
<u>Krankenhausaufenthalte</u>		
Anzahl	1 pro Halbjahr	0,7 pro Halbjahr
Dauer	2 Wochen pro Halbjahr	2 Wochen pro Halbjahr
<u>Psychopharmaka</u>		
Aufnahme	74 %	67 %
Entlassung	86 %	81 %

Mittels Chi-Quadrat-Test wurde zudem untersucht, ob sich die Responder bei der Katamnese von den Non-Respondern in der Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie bzw. nervenärztlicher Behandlung nach dem Aufenthalt in der PTK 55+ unterschieden. Es zeigte sich, dass mit 26,2 % die Responder signifikant häufiger in ambulanter Gruppenpsychotherapie waren als die Non-Responder mit 9,6 %. Dieser Effekt zeigte sich nicht bei ambulanter Einzeltherapie. Diese nahmen 33,3 % der Responder, aber 50 % der Non-Responder nach der Behandlung in Anspruch (vgl. Anhang 17.20).

18 der 94 Patienten (19,1 %), für die Katamneseunterlagen vorlagen, hatten sich zum Zeitpunkt der Entlassung noch nicht klinisch verbessert, aber zum Zeitpunkt der Katamnese, wenn man als Bezugspunkt die Aufnahme wählt. 5 dieser Patienten (27,7 %) waren im Anschluss an die PTK 55+ in Einzeltherapie, 3 Patienten (16,7 %) in Gruppentherapie, 7 Patienten (38,9 %) zumindest in nervenärztlicher Behandlung. 3 Patienten (16,7 %) nahmen keines dieser Nachsorgeangebote in Anspruch.

16 der 94 Patienten (17 %) hatten sich bei Entlassung verbessert, nicht mehr jedoch zum Zeitpunkt der Katamnese. 5 dieser Patienten (31,3 %) waren im Anschluss an die PTK 55+ in Einzeltherapie, 3 Patienten (18,8 %) in Gruppentherapie, 4 Patienten (25 %) zumindest in nervenärztlicher Behandlung. 4 Patienten (25 %) nahmen keines dieser Nachsorgeangebote in Anspruch.

Vergleich der Responder zu den Zeitpunkten Entlassung und Katamnese

Schließt man die Katamnese in die Analyse mit ein, liegen die Daten von 89 % der entlassenen Patienten vor, so dass mit einem wenn auch geringen Selektionsbias gerechnet werden muss und ein Vergleich der Responder zum Entlasszeitpunkt mit den Respondern bei der Katamnese nur bedingt möglich ist.

Es fällt auf, dass unter den acht Monate nach der Entlassung klinisch gebesserten Patienten mehr Berufstätige und weniger Arbeitslose vertreten sind als bei den Respondern zum Entlasszeitpunkt. Im Gegensatz zur Entlassung waren die mittelfristig gebesserten Patienten nun zu einem größeren Anteil von einem Nervenarzt in die Behandlung geschickt worden. Auffällig ist außerdem, dass sich der Patientenanteil bei Respondern und Non-Respondern in Bezug auf die Hauptdiagnose somatoforme Störung von der Entlassung zur Katamnese verändert hat. Während bei der Entlassung nur 18 % der als erfolgreich definierten Patienten diese Diagnose aufwiesen, trifft dies auf 29 % der zum Katamnesezeitpunkt klinisch gebesserten Patienten zu. Im Hinblick auf die Nebendiagnosen erscheint interessant, dass bei der Entlassung Responder und Non-Responder gleich häufig Suchterkrankungen aufwiesen, bei der Katamnese jedoch unter den Nicht-

Erfolgreichen Suchterkrankungen wesentlich häufiger vertreten waren als bei den mittelfristig Erfolgreichen. Für den mittelfristigen Erfolg spielen die ursprüngliche Therapiemotivation, die Behandlungsdauer sowie die psychotherapeutische Vorerfahrung im Gegensatz zum unmittelbaren Therapieerfolg bei der Entlassung keine Rolle mehr.

10.5.2 Beurteilung der Therapie aus Patientensicht: Vergleich mit jüngeren Patienten

Da der Nürnberger Entlassfragebogen auch in den zwei psychosomatischen Therapiegruppen (A- und B-Gruppe) für jüngere Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen bzw. somatoformen Störungen und Angststörungen, welche am Klinikum Nürnberg bestehen, verwendet wird, konnten die Ergebnisse der Befragung in der PTK 55+ (107 Patienten) mit den Angaben 81 jüngerer Patienten verglichen werden. Die Patienten der Vergleichsgruppe waren im Durchschnitt 39 Jahre alt mit einer Standardabweichung von 11 Jahren (Spannweite 20 bis 61 Jahre). Im Folgenden sind die Ergebnisse der Älteren und Jüngeren gegenüber gestellt.

Zufriedenheit

Knapp zwei Drittel der Patienten in der PTK 55+ ($n = 68$, 63,3 %) gaben an, mit dem Ergebnis der Behandlung stark oder sehr stark zufrieden zu sein. Bei den Jüngeren trifft dies auf ca. die Hälfte ($n = 41$, 51,3 %) zu. In der Untersuchungsstichprobe waren lediglich 4 Patienten (3,7 %) mit dem Ergebnis nicht oder nur sehr wenig zufrieden, in der A-/B-Gruppe waren dies 12 Patienten (15 %), vgl. Abbildung 43.

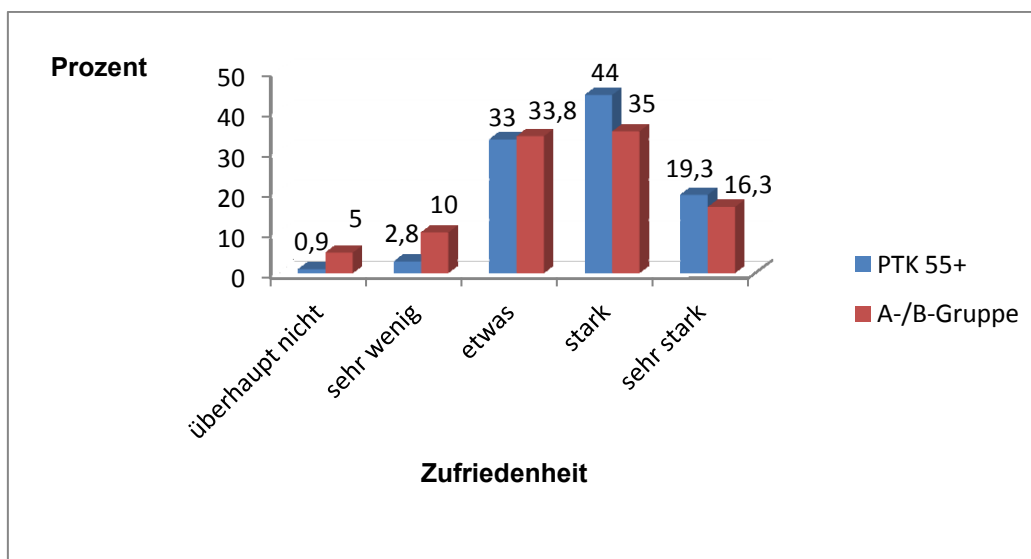


Abbildung 43: Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis bei der Entlassung im Vergleich der Stichprobe mit zwei anderen Therapiegruppen

Veränderung durch Psychotherapie

Als stark oder sehr stark verändert erlebten sich 32 der PTK 55+-Patienten (29,9 %), in der Vergleichsgruppe waren dies 28 Patienten (34,6 %). Überhaupt nicht oder sehr wenig verändert hatten sich nach eigenen Angaben 8 ältere Patienten (7,5 %), aber 17 jüngere (21,3 %), vgl. Abbildung 44.

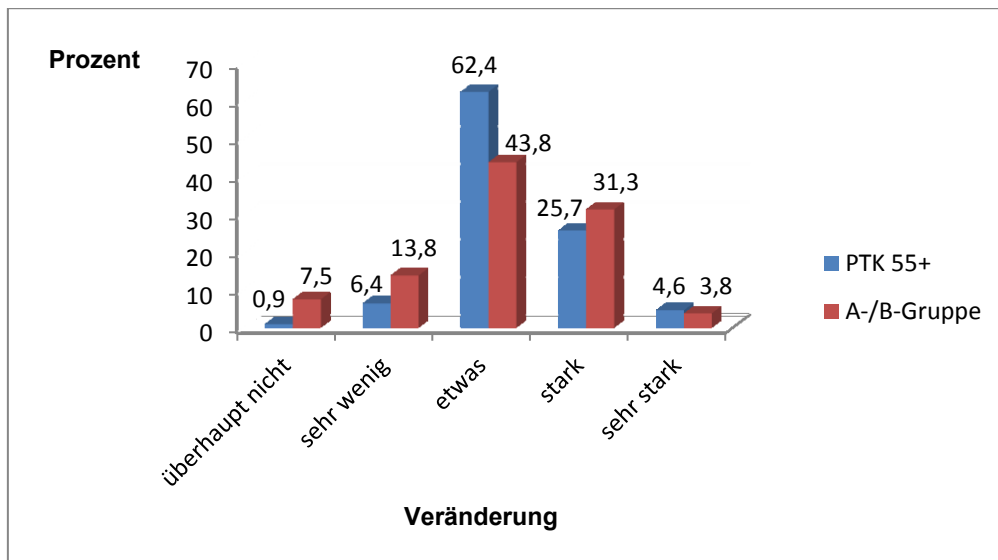


Abbildung 44: erlebte Veränderung durch die Psychotherapie bei der Entlassung im Vergleich der Stichprobe mit zwei anderen Therapiegruppen

Zurechtkommen nach Entlassung

Fast die Hälfte der Patienten der Stichprobe ($n = 49$, 45,8 %) glaubte, nach der Entlassung gut oder sehr gut zurechtkommen. Dies traf auf 34 Patienten (43,6 %) aus der A- und B-Gruppe zu. 9 ältere Patienten (8,4 %) gingen davon aus, nur sehr wenig oder überhaupt nicht nach der Entlassung zurechtkommen, bei den Jüngeren liegt der Anteil mit 20 Patienten (25,6 %) wesentlich höher, vgl. Abbildung 45.

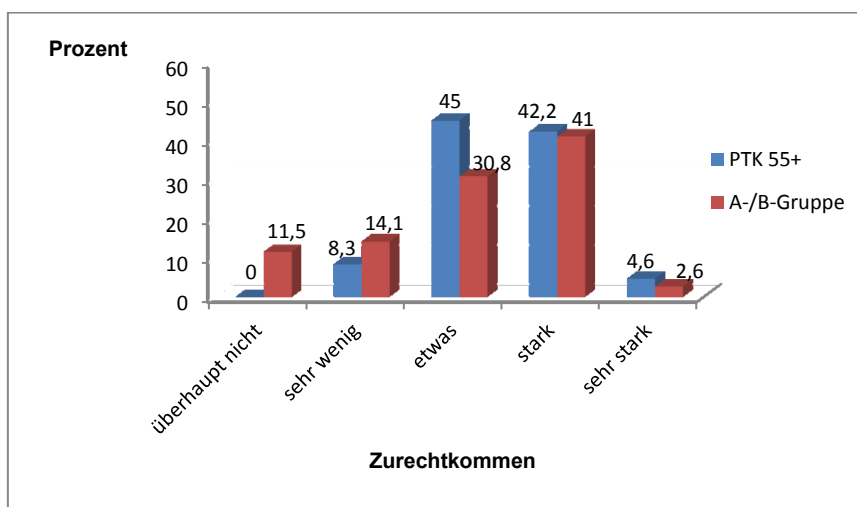


Abbildung 45: Zurechtkommen nach der Entlassung im Vergleich der Stichprobe mit zwei anderen Therapiegruppen

Weitere psychotherapeutische Hilfe

Über die Hälfte der Patienten in der PTK 55+ (n = 63, 58,9 %) gab an, nach der Entlassung weiterhin sehr stark oder stark psychotherapeutische Hilfe zu benötigen. Dies galt für 40 Patienten (50,7 %) der Vergleichsgruppe. Als überhaupt nicht oder nur noch sehr wenig auf Psychotherapie angewiesen empfanden sich bei der Entlassung 13 Patienten (12,1 %) der Älteren und 13 Patienten (16,5 %) der Jüngeren, vgl. Abbildung 46.

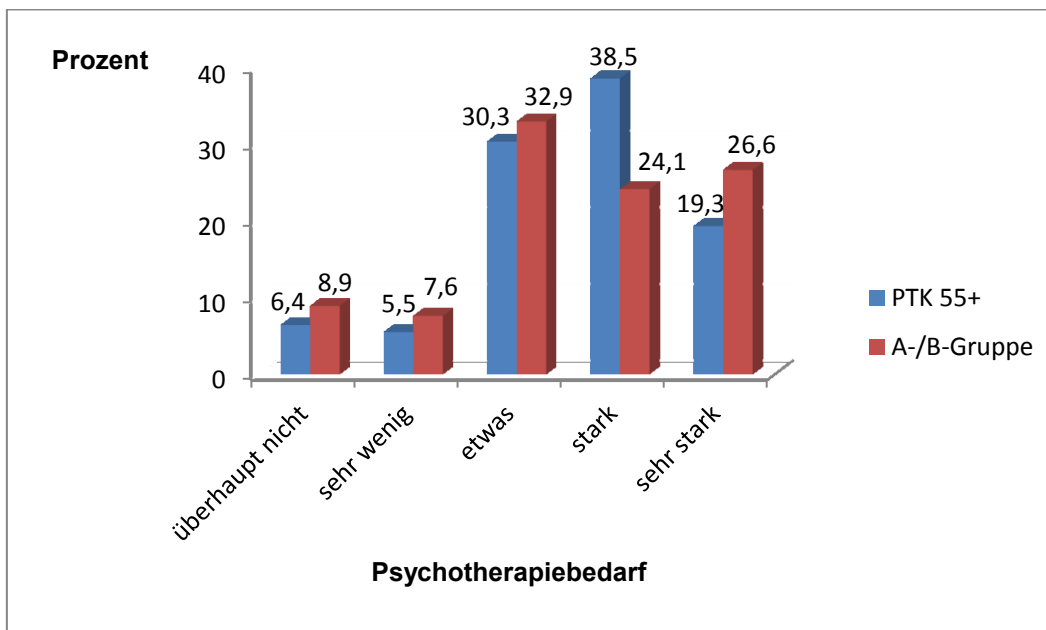


Abbildung 46: Psychotherapiebedarf nach der Entlassung im Vergleich der Stichprobe mit zwei anderen Therapiegruppen

Es wurden außerdem T-Tests für unabhängige Stichproben berechnet, um die Skalenmittelwerte der Untersuchungsstichprobe mit denen der Patienten aus der A-/B-Gruppe zu vergleichen. Es zeigte sich, dass die Patienten der PTK 55+ statistisch signifikant zufriedener mit dem Behandlungsergebnis waren und eher davon ausgingen, nach der Entlassung zurechtzukommen (vgl. Tabelle 64).

Tabelle 64: Ergebnisse des Mittelwertvergleichs mittels T-Test für die Skalen „Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis“, „erlebte Veränderung durch die Psychotherapie“, „Zurechtkommen nach der Entlassung“ und „weiterer Psychotherapiebedarf nach der Entlassung“ im Vergleich der Stichprobe mit zwei anderen Therapiegruppen

Skala	Mittelwert \pm Standardabweichung		T-Test		
	PTK 55+	A-/B-Gruppe	T	df	p
Zufriedenheit	2,8 \pm 0,82	2,5 \pm 1,04	-2,17	145,157	< .05
Veränderung	2,3 \pm 0,69	2,1 \pm 0,95	-1,33	136,933	n.s.
Zurechtkommen	2,4 \pm 0,71	2,1 \pm 1,06	-2,48	125,487	< .05
Weitere Hilfe	2,6 \pm 1,07	2,5 \pm 1,22	-0,41	186	n.s.

Anmerkungen. Skala: 0 = überhaupt nicht, 1 = sehr wenig, 2 = etwas, 3 = stark, 4 = sehr stark, T = T-Wert, df = Freiheitsgrade, p = Signifikanz

Der Nürnberger Entlassfragebogen sieht zudem eine Bewertung einzelner Wirkfaktoren der psychotherapeutischen Behandlung vor, wie hilfreich diese von den Patienten eingeschätzt wurden (1 = sehr hilfreich, 2 = hilfreich, 3 = ausreichend hilfreich, 4 = wenig hilfreich, 5 = gar nicht hilfreich, 6 = eher hinderlich). Bewertet werden konnten: das Zusammensein mit anderen Patienten in der Tagesklinik, die Erfahrungen in den Gruppentherapien, die Einzelpsychotherapie, Pflegergespräche, Gespräche mit Angehörigen, die Möglichkeit des Rückzugs von den Problemen draußen, die ständige Anwesenheit einer Ansprechperson (Pfleger), Gespräche mit Mitpatienten. Es fällt auf, dass die Patienten der A- und B-Gruppe über alle Wirkfaktoren hinweg schlechtere Noten vergaben als die Patienten aus der PTK 55+. Abgesehen von der Note für die Einzeltherapie unterscheiden sich alle Werte im T-Test für unabhängige Stichproben signifikant ($p < .05$) voneinander. Die beste Bewertung erhält sowohl bei Jüngeren als auch bei Älteren die Einzeltherapie, die schlechteste entfällt auf Angehörigengespräche (vgl. Tabelle 65).

Tabelle 65: Patientenbewertung einzelner Wirkfaktoren der psychotherapeutischen Behandlung im Vergleich der Stichprobe mit zwei anderen Therapiegruppen

Wirkfaktor	Durchschnittsnote	
	PTK 55+	A-/B-Gruppe
Zusammensein mit Mitpatienten	1,72	2,43
Erfahrung in den Gruppentherapien	1,76	2,37
Einzeltherapie	1,70	1,78
Gespräche mit Pflegekraft	2,04	2,82
Gespräche mit Angehörigen	2,95	3,46
Rückzug von den Problemen draußen	2,17	2,27
ständige Anwesenheit einer Ansprechperson	1,93	2,50
Gespräche mit Mitpatienten	1,93	2,37

Anmerkungen. Skala: 1 = sehr hilfreich, 2 = hilfreich, 3 = ausreichend hilfreich, 4 = wenig hilfreich, 5 = gar nicht hilfreich, 6 = eher hinderlich.

Ordnet man die Wirkfaktoren nach ihrer Bedeutsamkeit für die Patienten hierarchisch an, so fallen folgende Unterschiede auf:

Der Rückzug von Problemen wird bei den Patienten der Vergleichsgruppe (welche gemischt tagesklinisch und stationär behandelt wurden) als deutlich hilfreicher bewertet, dahingegen empfinden die Älteren vor allem das Zusammensein mit den Mitpatienten als hilfreich. Die Einzel- und die Gruppentherapie nehmen sowohl in der Untersuchungsstichprobe als auch in der Vergleichsgruppe denselben Stellenwert ein (vgl. Tabelle 66).

Tabelle 66: hierarchische Ordnung der Patientenbewertung einzelner Wirkfaktoren der psychotherapeutischen Behandlung im Vergleich der Stichprobe mit zwei anderen Therapiegruppen

PTK 55+	A-/B-Gruppe
1. Einzeltherapie	1. Einzeltherapie
2. Zusammensein mit Mitpatienten	2. Rückzug von den Problemen draußen
3. Erfahrung in den Gruppentherapien	3. Erfahrung in den Gruppentherapien Gespräche mit Mitpatienten
4. Ständige Anwesenheit einer Ansprechperson Gespräche mit Mitpatienten	4. Zusammensein mit Mitpatienten
5. Gespräche mit Pflegekraft	5. Ständige Anwesenheit einer Ansprechperson
6. Rückzug von den Problemen draußen	6. Gespräche mit Pflegekraft
7. Gespräche mit Angehörigen	7. Gespräche mit Angehörigen

10.5.3 Besonderheiten bei Patienten mit Migrationshintergrund

Ein Vergleich der Testdaten der 32 Patienten mit Migrationshintergrund mit den 85 Patienten deutscher Herkunft ergab zum Zeitpunkt der Aufnahme nur geringe Mittelwertunterschiede in den einzelnen Variablen. Statistisch signifikant ($p < .05$) mittels T-Test für unabhängige Stichproben sind lediglich die körperliche Beeinträchtigung im BSS sowie die Merkfähigkeit, gemessen mit der Wortliste, und das kognitive Tempo, erfasst durch den Zahlen-Verbindungs-Test. Migrationspatienten waren bei der Aufnahme körperlich stärker beeinträchtigt und wiesen eine schlechtere Merkfähigkeit sowie ein geringeres kognitives Tempo auf.

Betrachtet man die Mittelwertdifferenzen von der Aufnahme zur Entlassung, zeigt sich eine signifikant geringere Verbesserung von Patienten mit Migrationshintergrund in den IIP-Subskalen BC und DE, jedoch eine größere Verbesserung der körperlichen Beein-

trächtigung sowie der Lebensqualitätssubskala Intimität im Vergleich zu Patienten deutscher Herkunft. Eine Betrachtung der Residual Gain Scores als Erfolgsmaß erbrachte identische Ergebnisse, abgesehen von der körperlichen Beeinträchtigung, in der sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen mehr zeigten, wenn der höhere Präwert der Patienten mit Migrationshintergrund berücksichtigt wird.

10.5.4 Inanspruchnahme des Gesundheitswesens

Sowohl bei der Aufnahme als auch beim Follow-up wurden die Patienten zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im zurückliegenden halben Jahr, erfasst durch die Anzahl der Arztbesuche, die Anzahl ambulanter Untersuchungen sowie die Anzahl und Dauer stationärer Krankenhausaufenthalte, befragt. Dadurch ist ein Vergleich der Daten für die sechs Monate vor der Aufnahme in die PTK 55+ und ca. sechs Monate nach der Entlassung möglich. Vollständige Angaben liegen von insgesamt 68 Patienten vor, dies entspricht 58,6 % der Ausgangsstichprobe.

Eine Gegenüberstellung der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens ergibt folgendes Bild (vgl. Abbildung 47):

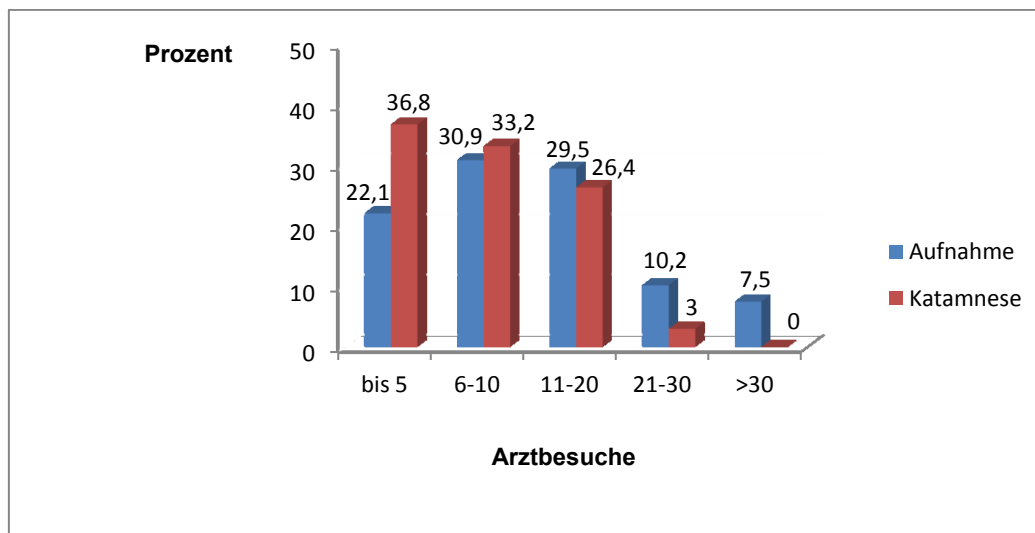


Abbildung 47: Anzahl der Arztbesuche in den sechs Monaten vor der Aufnahme und vor der Katamnese

Ein Vergleich der sechs Monate vor der Aufnahme und derselben Zeitspanne vor der Katamnese ergab eine signifikante Reduzierung der Anzahl an Arztbesuchen von 13 Besuchen im Halbjahr auf durchschnittlich 8,5 ($n = 68$, T-Test, $p < .001$). Die nach Cohen berechnete Effektstärke liegt bei 0,5. 44 Patienten (65 %) waren im halben Jahr nach der

Therapie seltener beim Arzt als zuvor, 6 Patienten (9 %) gingen gleich häufig zum Arzt, bei 18 Patienten (26 %) erhöhte sich die Anzahl der Arztbesuche im Sechs-Monats-Zeitraum nach der Entlassung. Insbesondere der Anteil der Patienten, welche häufiger als zwanzigmal im Halbjahr beim Arzt waren, hat sich deutlich reduziert.

Ein Vergleich der Patientenangaben, welche Fachärzte vor und nach der Therapie aufgesucht wurden, zeigt Folgendes (vgl. Abbildung 48):

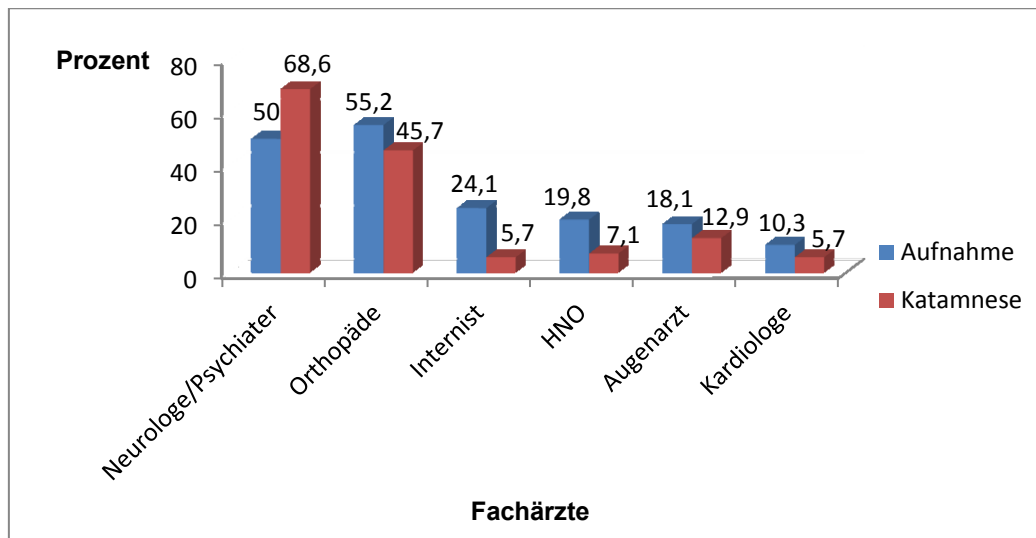


Abbildung 48: Verteilung der Patienten auf die verschiedenen Facharzttrichtungen im Vergleich des Zeitraums von sechs Monaten vor der Aufnahme und vor der Katamnese

Während vor der Therapie 50 % der Patienten mindestens einmal einen Nervenarzt aufgesucht hatten, waren dies beim Follow-up 68,6 %. Alle anderen Fachärzte wurden in den sechs Monaten vor der Katamnese von weniger Patienten aufgesucht als vor der Therapie. Insbesondere beim Internisten und dem HNO-Arzt ist ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen.

Die Anzahl der ambulanten Untersuchungen verringerte sich im Vergleich ebenfalls von 1,1 auf 0,7; dieser Befund ist jedoch nicht signifikant ($n = 68$, T-Test, $p = .082$). Die Effektstärke beträgt 0,2. 21 Patienten (31 %) hatten in den sechs Monaten nach der Entlassung weniger Untersuchungen, bei 33 Patienten (49 %) zeigte sich keine Veränderung, 14 Patienten (20 %) hatten nach der Therapie mehr Untersuchungen als zuvor.

Es ist jedoch ein signifikanter Rückgang der Anzahl an Krankenhausaufenthalten pro Patient von 0,8 auf 0,1 festzustellen ($n = 68$, T-Test, $p < .001$), die Effektstärke beträgt 0,5. Zudem verkürzte sich die Gesamtdauer der akutstationären Aufenthalte eines Halbjahres signifikant von 1,7 auf 0,3 Wochen ($n = 68$, T-Test, $p < .001$) mit einer Effektstärke von 0,5. 30 Patienten (44 %) waren in den sechs Monaten nach der Entlassung seltener im

Krankenhaus, 32 Patienten (47 %) wiesen dieselbe Anzahl an Krankenhausaufenthalten auf, 6 Patienten (9 %) waren nach der Therapie häufiger stationär in einer Klinik.

Eine Überprüfung mittels T-Tests für unabhängige Stichproben ergab in der drop-out-Analyse, dass sich die Patienten, von denen zum Follow-up Daten zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erhoben werden konnten, im Hinblick auf Anzahl der Arztbesuche und Untersuchungen, Anzahl und Dauer der Krankenhausaufenthalte vor der Therapie nicht von den Patienten unterschieden, welche lediglich bei der Aufnahme Angaben gemacht hatten, zur Katamneseerhebung jedoch nicht erschienen waren.

10.5.5 Therapieerfolg und Patientenzufriedenheit

Da in der vorliegenden Untersuchung die Patientenzufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis lediglich mit einer globalen Frage („Wie zufrieden sind Sie mit dem Ergebnis der Behandlung?“) und einer Visuellen Analogskala erfasst wurde, soll keine ausführliche Analyse berichtet werden. Die Berechnung von Korrelationen des Zufriedenheitswerts mit den Prä-Post-Differenzen sowie den Entlasswerten in den Skalen HADS, PHQ, GBB (Gesamtwert) und BSS (Gesamtwert) ergab insgesamt niedrige signifikante ($p < .05$) Korrelationsmaße von $r = -0,2$ bis $-0,3$ für die Differenzwerte und etwas höhere Zusammenhangsmaße für die absoluten Entlasswerte von $r = -0,3$ bis $-0,4$. Dasselbe Ergebnis zeigt sich bei der von den Patienten erlebten Veränderung („Wie stark haben Sie sich Ihrer Meinung nach durch die psychotherapeutische Behandlung verändert?“). Bei der Katamnese fanden sich keine signifikanten Zusammenhänge mehr zwischen der erneut erfragten Behandlungszufriedenheit und den Prä-Post-Differenzen bzw. dem Symptommiveau beim Follow-up. Es ergaben sich jedoch Korrelationen von $-0,3$ bis $-0,4$ zwischen der erlebten Veränderung und den Katamnese- bzw. Differenzwerten.

Die Daten der vorliegenden Untersuchung wurden zudem dahingehend ausgewertet, ob sich die klinischen Responder von den Non-Respondern unterscheiden. Berücksichtigt wurden die zwei Fragen aus dem Entlass- bzw. Katamnesebogen zur Zufriedenheit („Wie zufrieden sind Sie mit dem Ergebnis der Behandlung?“) und Veränderung („Wie stark haben Sie sich Ihrer Meinung nach durch die psychotherapeutische Behandlung verändert?“) mit einer Skala von 0 bis 4 (siehe Punkt 10.4.1 bzw. 10.4.2) sowie die Einschätzung des Therapeuten und des Patienten auf einer Visuellen Analogskala (0 bis 10).

Tabelle 67 ist zu entnehmen, dass die Responder bei der Entlassung statistisch signifikant zufriedener mit dem Behandlungsergebnis waren und angaben, sich stärker verändert

zu haben. Auch auf der Visuellen Analogskala wurde das Behandlungsergebnis sowohl von dem Therapeuten als auch dem Patienten bei den Respondern signifikant positiver eingeschätzt.

Tabelle 67: Ergebnisse des Mittelwertvergleichs mittels T-Test für die Skalen „Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis“ und „erlebte Veränderung durch die Psychotherapie“ bei der Entlassung im Vergleich von Respondern und Non-Respondern

	Mittelwert±Standardabweichung		T-Test		
	Responder	Non-Responder	T	df	p
Zufriedenheit	3,1±0,7	2,6±0,8	-2,911	105	< .005
Veränderung	2,5±0,7	2,1±0,6	-2,874	105	< .005
VAS Patient	7,2±1,9	6,1±2,0	-3,037	105	< .005
VAS Therapeut	7,2±2,3	5,6±2,5	-3,409	105	< .001

Anmerkungen. Skala Zufriedenheit/Veränderung: 0 = überhaupt nicht, 1 = sehr wenig, 2 = etwas, 3 = stark, 4 = sehr stark; VAS = Visuelle Assoziationsskala mit 0 = nicht geholfen, 10 = sehr geholfen; T = T-Wert, df = Freiheitsgrade, p = Signifikanz

Zum Zeitpunkt der Katamnese ergibt sich ein anderes Bild: Die beim Follow-up im Vergleich zur Aufnahme klinisch gebesserten Patienten unterschieden sich in ihrer Beurteilung bezüglich der Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis und der erreichten Veränderung durch die Psychotherapie nicht mehr von den Non-Respondern. Die nun nicht mehr signifikant verschiedenen Mittelwerte lassen sich auf im Vergleich zur Entlassung leicht reduzierte Werte bei den Respondern zurückführen. Obwohl also auch beim Follow-up klinisch relevante Verbesserungen festzustellen waren, waren diese Patienten nun etwas weniger mit dem Behandlungsergebnis zufrieden.

10.6 Nachsorge

Jedem Patienten wurde bei der Entlassung eine Therapieempfehlung zur Nachsorge ausgesprochen, welche eines oder mehrere der folgenden Angebote umfasste: Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie, ambulante neurologische oder psychiatrische Behandlung bzw. Psychiatrische Institutsambulanz, stationäre psychiatrische Behandlung, stationäre psychosomatische Behandlung, Nutzung spezifischer Freizeitangebote. Im Rahmen der Katamnese ein halbes Jahr nach der Entlassung wurden die Patienten mittels eines Fragebogens um Auskunft gebeten, welche der dort benannten Nachsorgeangebote sie in Anspruch nahmen. Dadurch konnte erhoben werden, wie viele Patienten die bei Ende der

Behandlung ausgesprochene Empfehlung auch in die Tat umgesetzt hatten. Die Daten beziehen sich auf die 94 der 107 regulär entlassenen Patienten, welche am Auffrischttag teilnahmen oder zumindest die Fragebögen postalisch zurücksandten (vgl. Tabelle 68).

68 dieser Patienten (72 %) wurde Einzelpsychotherapie empfohlen. 32 Patienten, dies entspricht 47 % der Patienten, welche diese Empfehlung erhalten hatten, gaben ein halbes Jahr nach der Entlassung an, in ambulanter Psychotherapie bei einem ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten zu sein. Insgesamt waren unmittelbar vor der Behandlung in der PTK 55+ 24 der 94 Patienten (26 %) in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung, acht Monate nach der Entlassung absolvierten 52 Patienten (57 %) eine Einzel- oder Gruppenpsychotherapie.

21 Patienten (22 %) wurde eine Gruppenpsychotherapie empfohlen, diese nahmen 11 Patienten (52 %) im Anschluss an die Behandlung in der PTK 55+ in Anspruch.

Die Empfehlung einer stationären psychosomatischen Behandlung wurde von den betreffenden 2 Patienten (2 %) nicht umgesetzt.

Die Empfehlung einer stationären psychiatrischen Behandlung wurde von den betreffenden 2 Patienten (2 %) ebenfalls nicht umgesetzt.

Der Besuch einer Selbsthilfegruppe wurde 8 Patienten (9 %) empfohlen, doch nur ein Patient (13 %) besuchte ein halbes Jahr später eine derartige Gruppe.

27 Patienten (29 %) wurde empfohlen, die Psychiatrische Institutsambulanz oder einen Psychiater bzw. Neurologen aufzusuchen. Diese Empfehlung setzten 22 Patienten (82 %) in die Tat um.

Die Empfehlung einer anschließenden Behandlung in der Geriatrischen Tagesklinik bei körperlicher Morbidität setzten die 2 betreffenden Patienten um.

34 Patienten (36 %) wurden spezifische Freizeitangebote empfohlen. Bei der Katamnese gaben 9 Patienten (26 %) an, diese zu nutzen.

Tabelle 68: Umsetzung der Nachsorgeempfehlungen

Empfehlung	empfohlen	umgesetzt
Einzelpsychotherapie	72 %	47 %
Gruppenpsychotherapie	22 %	52 %
stationäre Behandlung	4 %	0
Selbsthilfegruppe	9 %	13 %
Nervenarzt bzw. PIA	29 %	82 %
Geriatrische Tagesklinik	2 %	100 %
Freizeitangebote	36 %	26 %

Teil III: Diskussion und Ausblick

11 Interpretation der Ergebnisse

11.1 Wirksamkeit der Behandlung

Ziel der Studie war es, das Behandlungsangebot in der Psychosomatischen Tagesklinik für Ältere PTK 55+ anhand unterschiedlicher Parameter in einem naturalistischen Studiendesign unter realen Versorgungsbedingungen zu evaluieren. Neben den Effekten der Behandlung sollten zudem mögliche Prädiktoren des Therapieerfolgs identifiziert und Hinweise auf Indikationskriterien gefunden werden. Im Hinblick auf die spärliche Datenlage zur psychotherapeutischen Behandlung Älterer war es weiterhin ein Anliegen der Untersuchung, umfassende soziodemografische Daten über die spezifische Klientel Älterer in der Psychosomatik zu berichten.

Studien haben immer wieder gezeigt, dass es sich bei älteren Patienten keinesfalls um eine homogene Gruppe handelt, sondern die Varianzen in solchen Stichproben zumeist größer sind als bei jüngeren Patienten (z. B. Lange et al., 2001; Peters, 2000a, Peters et al., 2000). Aus diesem Grund ist es erheblich schwieriger, in einer Untersuchung wie der vorliegenden Studie Mittelwertveränderungen statistisch signifikant nachzuweisen und ausreichend hohe Effektstärken zu erreichen, welche in naturalistischen Studien tendenziell geringer als in randomisierten kontrollierten Untersuchungen ausfallen (Tritt et al., 2003). Aus diesem Grund bildeten beispielsweise Lange et al. (2001) in ihrer Studie zur Untersuchung stationärer Behandlungsergebnisse Älterer in der Rehabilitation bei schwachen Effekten in der Gesamtstichprobe Subgruppen zur differenzierten Analyse und erreichten dadurch höhere Effektstärken. Außerdem weisen Burlingame et al. (2001) darauf hin, dass Komorbidität das Behandlungsergebnis von Gruppen schmälert und störungsspezifische Behandlungsansätze oftmals sinnvoll erscheinen. In der vorliegenden Untersuchung wurden trotz der Heterogenität der Stichprobe die Prä-Post-Unterschiede über die gesamte Patienten Klientel berechnet, um eine allgemeine Aussage über die Behandlungseffekte in der PTK 55+ treffen zu können.

Folgende Haupthypothese stand im Mittelpunkt: Die psychotherapeutische Behandlung in der Psychosomatischen Tagesklinik für Ältere führt (im Vergleich zu einer Wartezeit ohne therapeutische Intervention) zu einer statistisch und klinisch signifikanten Verbesserung des psychischen Befindens der Patienten. Als primäre Outcome-Variable diente hierzu die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) mit den beiden Subskalen zur

Erfassung von Ängstlichkeit und Depressivität. Die Ergebnisse der durchgeführten Varianzanalysen zeigen, dass sowohl die depressive als auch die ängstliche Symptomatik unter der Therapie deutlich abnimmt und auch bei der Katamnese signifikant unter dem Ausgangswert bei der Aufnahme liegt. Für den Zeitraum von Aufnahme bis Entlassung liegen die Effektstärken im mittleren bis hohen Bereich (HADS-A: 0,7, HADS-D: 0,8), bei der Katamnese im mittleren Bereich (0,6 bzw. 0,5). Ein Vergleich der Veränderungen unter der Therapie mit jenen in der Wartezeit ohne therapeutische Intervention zeigt bereits vor der Aufnahme in der Tagesklinik eine Reduktion der Ängstlichkeit, der Effekt ist mit 0,4 jedoch deutlich geringer als bei der Entlassung ($ES = 0,7$). Es ist davon auszugehen, dass es sich bei den geringfügigen Verbesserungen in der Wartezeit um einen Erwartungseffekt handelt, da die Patienten nach dem prästationären Gespräch die feste Zusage für einen Behandlungsplatz sowie einen Termin zur Aufnahme erhalten hatten und dieses Wissen auf Hilfe offensichtlich bereits die bestehende Ängstlichkeit reduziert. Dass mit der HADS keine manifesten Angststörungen nach der ICD-Klassifikation sondern mildere Symptomausprägungen erfasst werden, unterstützt diese Annahme. Die Reduktion der Ängstlichkeit, welche unter der Therapie erreicht wurde, zeigt sich auch acht Monate nach der Entlassung beim Follow-up stabil, die Werte sind signifikant geringer als zum Zeitpunkt des prästationären Gesprächs oder der Aufnahme. In Äquivalenz zu diesem Ergebnis zeigt sich auch im PHQ eine Reduktion anderer Angstsyndrome bereits ohne Therapie, welche allerdings etwas geringer als später unter der Therapie ausfällt. Beim Follow-up hat sich der Patientenanteil mit Angstsyndromen hingegen wieder erhöht. Die Häufigkeit manifester Panikstörungen, erfasst durch den PHQ, verändert sich über die ersten drei Messzeitpunkte nicht. Da sich in der Zeit nach der Entlassung der Patientenanteil mit einer Panikstörung jedoch weiter verringert, ist der Effekt über alle vier Messzeitpunkte einschließlich der Katamnese signifikant. Ein halbes Jahr nach der Therapie erfüllten mit 26 % wesentlich weniger Patienten die PHQ-Kriterien für eine Panikstörung als noch beim prästationären Gespräch (45 %).

Im Hinblick auf die Depressivität zeigt sich in der primären Outcome-Variable HADS kein Effekt in der Wartezeit, so dass die hohe Veränderung in klinisch günstiger Richtung unter der Therapie in erster Linie auf die Behandlung zurückgeführt werden kann. Wenngleich sich die Symptomatik bis zur Katamnese wieder verschlechtert (auf die Erfassung der milden Symptomatik in der HADS wurde im Zusammenhang mit Ängstlichkeit bereits hingewiesen), sind die Patienten dennoch auch über ein halbes Jahr nach Beendigung der Therapie in der PTK 55+ signifikant weniger depressiv als bei der Aufnahme. Dieser Befund spricht ebenfalls für positive Behandlungseffekte. In Übereinstimmung mit der

HADS nimmt auch die im PHQ-9 erfasste depressive Symptomatik über die vier Messzeitpunkte deutlich ab, die Verbesserung in der Wartezeit ($ES = 0,3$) liegt weit unter der während der Therapie ($ES = 0,7$), die erreichte Veränderung besteht bei der Katamnese fort. Der Anteil der Patienten, welche nach dem PHQ vermutlich an einem major depressiven Syndrom litten, reduziert sich unter der Therapie ebenfalls deutlich von 53 % bei der Aufnahme auf 29 % bei der Entlassung, steigt bei der Katamnese allerdings wieder etwas an auf 39 %. Dass auch hier die Veränderungen in der Wartezeit (Vorgespräch: 61 % mit Major Depression) wesentlich geringer als unter der Therapie sind, spricht wiederum für das Vorliegen positiver Effekte, welche auf die Behandlung zurückgeführt werden können.

Die Haupthypothese kann somit als bestätigt angesehen werden, das psychische Befinden der Patienten verbessert sich unter der Therapie statistisch signifikant und deutlich mehr als in der Wartephase ohne therapeutische Intervention. Die Effektstärken liegen im mittleren bis hohen Bereich. Im Hinblick auf die Heterogenität der Stichprobe sind bei der Betrachtung der klinischen Signifikanz, beurteilt nach dem Reliable Change Index und dem Cut-off, geringere Veränderungen zu erwarten, da zahlreiche Patienten, beispielsweise solche mit der Hauptdiagnose einer somatoformen Störung, bereits bei der Aufnahme unauffällige Werte im Hinblick auf Ängstlichkeit und Depressivität aufwiesen und sich daher per definitionem nicht klinisch verbessern konnten. In Bezug auf die Entlassung liegen die klinischen Besserungsraten der Depressivität nach dem Reliable Change Index bei 22 %, bei der Katamnese noch bei 17 %. Haben bei der Aufnahme 66 % der Patienten Werte im pathologischen Bereich der HADS-D, so trifft dies bei der Entlassung noch auf 38 %, bei der Katamnese allerdings wieder auf 50 % zu. Im PHQ-9 reduziert sich der Anteil klinisch auffälliger Patienten von 75 % bei der Aufnahme auf 54 % bei der Entlassung und bleibt zur Katamnese hin stabil.

Im Bereich Ängstlichkeit liegen die Besserungsraten nach dem RCI bei 17 % (Entlassung) bzw. 18 % (Katamnese). Klinisch auffällige Werte im Bereich Ängstlichkeit hatten bei der Aufnahme 70 % der Patienten, bei der Entlassung noch 44 %, bei der Katamnese 38 %. Anders als bei der Depressivität scheint sich die Angstsymptomatik nach Beendigung der Therapie noch weiter zu reduzieren. Insgesamt zeigt sich, dass die erreichten klinisch relevanten Verbesserungen auch acht Monate nach der Entlassung noch nachweisbar sind; die geringere Stabilität der Therapieerfolge im Bereich depressiver Symptomatik steht im Einklang mit dem oftmals episodenhaften Verlauf depressiver Störungen.

Als Nebenfragestellung wurden Hypothesen formuliert, welche eine Verbesserung unter der Behandlung in den Bereichen somatische bzw. somatoforme Beschwerden, Lebensqualität, interpersonale Verhaltensweisen und Kognition (Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit, Merkfähigkeit) postulieren. Aufgrund der hohen Anzahl an Parametern ist nur eine vorsichtige Interpretation möglich. In allen erfassten Bereichen zeigt sich jedoch durchgängig ein signifikanter Rückgang der Symptomatik, der sich im Einzelnen wie folgt darstellt:

Somatische Beschwerden wurden mit dem Gießener Beschwerdebogen erfasst, zudem stehen die Daten aus dem PHQ-15 als Indikator somatoformer Beschwerden sowie die kategoriale Einteilung im PHQ bezüglich des Vorliegens eines somatoformen Syndroms zur Verfügung. Es fällt auf, dass sich die von den Patienten im GBB berichteten körperlichen Beschwerden bereits in der Wartezeit reduzieren, wenngleich der Effekt mit einer Stärke von 0,2 deutlich geringer ist als unter der Therapie ($ES = 0,5$). Ähnlich wie im Bereich Ängstlichkeit kann auch hier wieder von einem Erwartungseffekt ausgegangen werden, wobei eine genauere Betrachtung der Subskalen nahe legt, dass diese Symptomverbesserung ohne therapeutische Intervention überwiegend auf eine Reduktion der Erschöpfung zurückgeht. Offensichtlich erleben sich die Patienten, haben sie erst einmal den Schritt in die Tagesklinik bewältigt, als weniger erschöpft im Vergleich zu der Zeit vor dem prästationären Gespräch als erstem Messzeitpunkt. Die deutlichen Unterschiede im Effekt legen den Schluss nahe, dass die Verbesserungen zwischen Aufnahme und Entlassung auf die Therapie zurückzuführen sind. Der PHQ-15 als Summenwert zeigt ähnlich wie im GBB sowohl Verbesserungen in der Wartezeit als auch unter der Therapie. Betrachtet man hingegen das strengere Kriterium im PHQ, ob nach Maßgabe von Anzahl und Ausprägung der körperlichen Symptomatik vermutlich ein somatoformes Syndrom vorliegt, so zeigt sich, dass zwar bereits bei der Aufnahme weniger Patienten (66 %) die Kriterien erfüllten als noch beim Vorgespräch (71 %), eine signifikante Reduktion des Patientenanteils mit einem somatoformen Syndrom ist jedoch erst im Vergleich von der Aufnahme zur Entlassung (43 %) festzustellen. Die Tatsache, dass sich bei der 8-Monats-Katamnese keine Verschlechterung der körperlichen Symptomatik im Vergleich zu den anderen Messzeitpunkten feststellen lässt, spricht für die Stabilität der Therapieerfolgs. Eine Ausnahme stellen die in einer Subskala erfassten Magenbeschwerden dar, wobei es sich jedoch um einen Zufallsbefund mit einem schwachen Effekt handeln könnte. Der mittelfristige Therapieerfolg ist umso erfreulicher, als dass gerade bei älteren Patienten, welche im Vergleich zu Jüngeren in der Regel mehr körperliche Erkrankungen und eine

erhöhte Vulnerabilität aufweisen, das Risiko einer Verschlechterung des körperlichen Befindens über einen Zeitraum von acht Monaten höher ist.

Klinisch bedeutsame Verbesserungen der somatischen Symptomatik bei der Entlassung wiesen im GBB lediglich 11 % der weiblichen Patienten, wobei die Verbesserungen überwiegend in den Bereichen Erschöpfung und Herzbeschwerden zu verzeichnen sind, und niemand der zahlenmäßig allerdings schwächer vertretenen männlichen Patienten auf. Die Mittelwerte bei der Aufnahme unterschieden sich jedoch nicht, Männer und Frauen berichteten im Durchschnitt gleich starke somatische Symptome, allerdings hatten mit 36 % wesentlich mehr männliche Patienten (Frauen: 13 %) so niedrige Ausgangswerte, dass eine klinische Verbesserung per se nicht möglich war. Interessant im Hinblick auf die weitere Forschung ist dennoch die sich durch diesen Befund ergebende Frage, ob sich die Körperbeschwerden von Männern durch eine psychotherapeutische Behandlung weniger beeinflussen lassen als bei weiblichen Patienten. Zwar fanden sich bei Bleichhardt et al. (2005) in der Gruppe der Responder mehr Frauen als unter den Non-Respondern, doch nach Heider (2007) zeigte sich in der Mehrzahl der Studien kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem Therapieerfolg.

Bei der Katamnese liegen die klinischen Besserungsraten etwas höher mit 15 % bei den Frauen und 7 % bei den Männern, was jedoch auf einen Bias zurückgeführt werden könnte, da die Nicht-Antwörter der Follow-up-Erhebung sich in Bezug auf somatische Beschwerden unter der Therapie weniger verbesserten und eine höhere Symptomatik bei der Entlassung aufwiesen (vgl. Punkt 10.2.4).

Ein weiterer Blick auf den PHQ zeigt, dass sich die Patienten bei der Entlassung als weniger stark in ihrer psychosozialen Funktionsfähigkeit beeinträchtigt erlebten und sich der Stresssummenwert reduzierte. Es sind zwar bereits Verbesserungen in der Wartezeit festzustellen, der Effekt ist mit $ES = 0,4$ jedoch nur halb so groß wie für die Veränderung unter der Therapie ($ES = 0,8$), was ebenfalls wieder die Behandlung als ursächlich für die Verbesserung vermuten lässt.

In fünf der sechs Facetten der Lebensqualität, welche mit dem WHOQOL-OLD erfasst wurden, zeigen sich ebenfalls unter der Therapie Verbesserungen mit Effektstärken von 0,4 bis 0,6, in der Wartezeit sind hingegen keine Veränderungen festzustellen ($ES = -0,1$ bis 0,1). Die Zufriedenheit mit den Sinnesfunktionen, die erlebte Autonomie, Aktivitäten in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, die soziale Teilhabe und Intimität mit anderen Menschen sind bei der Entlassung deutlich höher – ein Effekt, der mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die Therapie zurückgeführt werden kann. Im Hinblick auf die Katamnese blei-

ben die Effekte stabil, mit Ausnahme einer Verschlechterung im Bereich der Aktivitäten (ES = -0,3).

Auch die interpersonalen Verhaltensweisen verändern sich positiv unter der Therapie, nicht jedoch in der Wartezeit, so dass auch in diesem Bereich eine Kausalattribution nahe liegt. Die Effektstärke ist vergleichsweise schwach, dies steht jedoch in Übereinstimmung mit der Forschung, welche für Veränderungen auf der Verhaltensebene im Vergleich zu Symptomverbesserungen in der Regel nur geringe und selten mittlere Effektstärken nachweisen konnte (u. a. Franke et al., 2005; Davies-Osterkamp et al., 1996). Es fällt jedoch auf, dass sich in dem Zeitraum nach der Therapie bis zur Katamnese noch weitere Veränderungen in klinisch günstiger Richtung einstellten, da die erreichte Verbesserung interpersonaler Kompetenzen ihre Wirkung trotz des tagesklinischen Settings, welches bereits während der Therapie Transfermöglichkeiten in den Alltag ermöglicht, offensichtlich erst nach der Therapie im Alltagsleben der Patienten vollständig entfaltete. Auch diese Tatsache ist bereits aus der Forschung bekannt (Strauß & Burgmeier-Lohse, 1994; Franke et al., 2005). Eine Interpretation der acht Subskalen gestaltet sich in Anbetracht der Vielzahl kritisch, zumal die Effekte nach einer Bonferroni-Korrektur nicht signifikant werden. Die klinische Besserungsrate im Gesamtwert des IIP ist bei der Entlassung mit 11 % noch vergleichsweise gering, liegt bei der Katamnese jedoch mit 26 % mehr als doppelt so hoch, was ebenfalls für bedeutsame Effekte spricht, die erst nach der Therapie eintreten.

Besonders große Effekte (ES = 0,7 bis 1,1) zeigen sich in der fremdeingeschätzten Gesamtbeeinträchtigungsschwere, welche unter der Therapie deutlich abnimmt. Vergleichbare Effekte sind auch aus anderen Untersuchungen bekannt (u. a. Franz, Janssen et al., 2000). Da in der Wartezeit ohne Intervention keine signifikanten Veränderungen zu verzeichnen sind, liegt wieder der Rückschluss nahe, die Verbesserungen auf die Behandlung in der Tagesklinik zurückzuführen. Bei der Katamnese wurden die Patienten als noch weniger beeinträchtigt als bei der Entlassung eingeschätzt, die Effekte liegen im mittleren Bereich (ES = 0,4 bis 0,6).

In der zweiten Fremdeinschätzung durch das NAR, welches eher das Verhalten des Patienten in der Gesprächssituation beurteilt, zeigt sich vom prästationären Gespräch bis zur Aufnahme sogar eine Verschlechterung, unter der Therapie dann eine deutliche Verbesserung (ES = 1,0), welche bis zur Katamnese stabil bleibt.

Auch die Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit verbessert sich unter der Therapie, nicht jedoch in der Wartezeit. Die Effekte liegen zwar im niedrigen Bereich (ES = 0,3), dennoch ergeben sich dadurch Hinweise, dass die psychotherapeutische Behandlung durchaus auch einen Einfluss auf die Kognition der Patienten hat. Die klinischen Besse-

rungsraten sind jedoch äußerst gering, da sich der Großteil der Patienten bereits vor der Therapie im normalen Wertebereich befand und hier von einem Deckeneffekt auszugehen ist. Eine direkte Korrelation zwischen den Verbesserungen beispielsweise im Bereich der Depressivität und der Kognition ist nicht vorhanden. Im Hinblick auf die Merkfähigkeit ist keine Verbesserung nachzuweisen, welche auf die Therapie zurückgeführt werden könnte.

Insgesamt können die Nebenhypothesen, welche eine Verbesserung von somatischen Beschwerden, der Lebensqualität, interpersonaler Verhaltensweisen sowie der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit postulieren, als bestätigt angesehen werden. Lediglich die Hypothese einer nachweisbaren Verbesserung der Merkfähigkeit wird zurückgewiesen. Da in allen Bereichen, in denen sich Verbesserungen unter der Therapie zeigten, diese auch bei der Katamnese noch nachweisbar waren, ist auch die Hypothese eines mittelfristig anhaltenden Therapieerfolgs über acht Monate bestätigt. Die Tatsache, dass die erreichten Verbesserungen in allen Variablen nahezu stabil bleiben oder sich sogar noch vergrößern, könnte durchaus auch eine Besonderheit der tagesklinischen Behandlung darstellen, da durch die unmittelbare Einbindung und Anwendung von Therapieinhalten im Alltag des Patienten der nach vollstationären Behandlungen häufige Einbruch vermieden werden kann. Da gerade bei Älteren die erreichten Besserungen durch Erkrankungen oder Verluste stärker gefährdet sind als bei jüngeren Patienten, ist die Stabilität der Therapieerfolgs über acht Monate umso bemerkenswerter.

Mangels einer echten Kontrollgruppe besteht trotz der deutlichen Unterschiede in den Effektstärken der Veränderungen während der Warte- bzw. Therapiezeit, welche eine Kausalinterpretation als Therapieeffekte nahelegen, die Möglichkeit, dass es sich bei den Veränderungen in den einzelnen Bereichen um Spontanremissionen bzw. -besserungen handelt, welche nicht auf die Behandlung zurückgeführt werden können. Grundsätzlich ist anzumerken, dass spontane Heilungsverläufe in der Regel mehr Zeit in Anspruch nehmen dürften als die durchschnittlich fünf Wochen Wartezeit und die ebenso lange Therapiedauer. Gegen spontane Verbesserungen spricht auch die bei der Mehrheit der Patienten vorliegende sehr lange Beschwerdedauer: Nur ein Viertel litt weniger als ein Jahr unter den auf die Hauptdiagnose bezogenen Symptomen, die durchschnittliche Beschwerdedauer liegt bei 11 Jahren. Dies deutet auf einen chronischen Krankheitsverlauf bei vielen Patienten hin, so dass eine Spontanremission just während der Therapie, nicht aber zuvor in der Wartezeit, äußerst unwahrscheinlich ist. Auch die Ergebnisse der Wirksamkeitsforschung, welche sich nach der provokanten These von Eysenck (vgl. Punkt 5.2) intensiv mit der Frage von Spontanremissionen beschäftigt hat, zeigen, dass bei Patienten in Psychotherapie wesentlich höhere Verbesserungsraten auftreten als in demselben Zeitraum

bei unbehandelten Patienten (McNeilly & Howard, 1991). So stellen Tschuschke et al. (2000) fest: „Spontane Verbesserungen bei behandlungsbedürftigen psychischen Störungen treten ohne psychotherapeutische Interventionen offenbar entscheidend seltener auf, als dies von Eysenck unterstellt wurde“ (S. 94). Dennoch soll im Folgenden zumindest kurz die Möglichkeit einer Spontanverbesserung als Erklärung der Ergebnisse diskutiert werden.

Betrachtet man die Spontanremissionsraten der in der Stichprobe am häufigsten vertretenen psychischen Erkrankungen, so zeigt sich folgendes Bild: Es ist bekannt, dass der Verlauf von Panikstörungen insgesamt ungünstig ist, sofern diese nicht behandelt werden. So zeigten in der Münchner Follow-up-Studie nur 14,3 % der Probanden mit einer Panikstörung nach sieben Jahren eine Spontanremission (Wittchen, 1991). In der vorliegenden Studie veränderte sich der Patientenanteil, welche nach dem PHQ den dringenden Verdacht auf das Vorliegen einer Panikstörung hatten, von 45 % beim prästationären Gespräch auf 26 % bei der Katamnese. Dies entspricht einem Rückgang von 19 % in weniger als einem Jahr. Es sollte allerdings erwähnt werden, dass unter der Therapie der Anteil nur um 7 % reduziert werden konnte, dies entspricht den Veränderungen in der Wartezeit. Somit erscheint es zumindest fraglich, ob die Therapie überhaupt einen relevanten Einfluss auf Panikstörungen hat. Allerdings ist das Ergebnis im PHQ auch nicht gleichzusetzen mit der Diagnose einer Panikstörung, die beispielsweise aufgrund eines klinischen Interviews wie z. B. dem SKID vergeben werden kann. Da die Behandlung in der PTK 55+ tiefenpsychologisch ausgerichtet ist, erscheint es insgesamt jedoch auch inhaltlich plausibel, dass sich die Symptomatik einer Panikstörung nur wenig verändert, größere Besserungsraten wären bei einer spezifischen Verhaltenstherapie zu erwarten.

In Bezug auf depressive Störungen ist zwar bekannt, dass sich die einzelnen Episoden oft selbst limitieren und eine Spontanheilung nach mehreren Monaten nicht unwahrscheinlich ist, es besteht unbehandelt jedoch gleichzeitig ein hohes Chronifizierungs- und Rezidivrisiko. Die Prognosen zum Krankheitsverlauf fallen sehr unterschiedlich aus. So gibt es Hinweise, dass ein Viertel der älteren Depressiven nach zwei Jahren komplett remittiert war, ebenso viele jedoch dauerhaft krank blieben (Kipp, 2007). In der vorliegenden Untersuchung reduzierte sich der Patientenanteil mit einem major depressiven Syndrom nach dem PHQ unter der Therapie signifikant von 53 % auf 29 %, wohingegen die Veränderung in der Wartezeit nicht bedeutsam ist. Eine spontane Veränderung ist daher unwahrscheinlich, zumal diese mehr Zeit in Anspruch nehmen dürfte als die fünf Wochen Therapiedauer.

Somatische Symptome, welche nicht medizinisch erklärbar sind, sind weit verbreitet und stellen kein stabiles Merkmal dar, sind bei Patienten mit einer somatoformen Störung und komorbider Depression jedoch offensichtlich zeitlich stabiler (Steinbrecher & Hiller, 2011). Zwar erfassen der GBB und der PHQ-15 somatische Symptome ohne zu differenzieren, ob es für diese eine organische Erklärung gibt, es kann jedoch anhand des hohen Patientenanteils von 25 % mit einer somatoformen Störung davon ausgegangen werden, dass die in den Fragebögen berichteten Beschwerden überwiegend somatoformer Natur sind. Der signifikante Rückgang der im GBB berichteten Beschwerden während der fünf-wöchigen Therapie, nicht jedoch während der Wartezeit, ist aufgrund der anzunehmenden Stabilität der Symptomatik kaum auf spontane Veränderungen zurückführbar. Dementsprechend verringerte sich der Patientenanteil mit einem somatoformen Syndrom nach dem PHQ signifikant von 66 % auf 43 % zwischen Aufnahme und Entlassung. Die nicht bedeutsame Veränderung in der Wartezeit und die Stabilität bis zur Katamnese stehen spontanen Veränderungen als Erklärung dieses Ergebnisses entgegen.

In einer Studie zum Spontanverlauf psychogener Beeinträchtigung über einen Zeitraum von 11 Jahren konnten Franz, Häfner et al. (2000) zeigen, dass die Werte im BSS über den Verlauf eher anstiegen, lediglich 23,1 % der Probanden konnten sich verbessern. Zu diesem Befund einer hohen individuellen Zeitstabilität psychogener Beeinträchtigung passen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung, welche keine Veränderung in der Wartezeit, aber große Effekte unter der Therapie nachweisen konnte. Von Spontanremissionen ist daher nicht auszugehen, wenngleich ein möglicher bias berücksichtigt werden muss, da es sich bei der Raterin nicht um eine externe Person, sondern um eine Therapeutin des Teams handelte.

11.2 Prädiktoren des Therapieerfolgs

Die Suche nach möglichen Prädiktoren des Therapieerfolgs mittels Regressionsanalysen ergab nur wenige Faktoren, welche auch nur einen vergleichsweise geringen Anteil der Varianz des Therapieerfolgs erklären. Die beim prästationären Gespräch eingeschätzte Therapiemotivation zeigte sich in mehreren Variablen als Prädiktor des unmittelbaren Therapieerfolgs bei der Entlassung – ein Zusammenhang besteht mit Veränderungen im Bereich Ängstlichkeit, vor allem jedoch mit den von den Patienten berichteten Körperbeschwerden. Patienten, welche zu Beginn eine höhere Therapiemotivation aufwiesen, zeigten auch stärkere Verbesserungen von ängstlichen und somatischen Symptomen.

Die Varianzaufklärung ist mit 4 bis 7 % jedoch deutlich geringer als beispielsweise bei Peters et al. (2000), welche mit einer Varianzaufklärung von 29 % zeigen konnten, dass insbesondere bei älteren Patienten die initiale Therapiemotivation von Bedeutung für den Therapieerfolg ist. Eine Verringerung der psychischen Beeinträchtigung sowohl insgesamt als auch in den einzelnen Bereichen des BSS geht einher mit der Behandlungsdauer – je länger ein Patient behandelt wurde, desto größer war der Therapieerfolg in diesem Bereich. Ein Kausalzusammenhang kann anhand der Daten nicht bestimmt werden, es liegt jedoch die Vermutung nahe, dass den Patienten, die aus Beurteilungssicht des Teams von der Therapie profitierten, eine längere Behandlungsdauer zugestanden wurde, um möglicherweise noch weitere Verbesserungen zu erreichen. Der umgekehrte Schluss, dass die Verbesserung durch die verlängerte Therapiedauer erreicht wurde, ist ebenfalls möglich, erscheint jedoch unwahrscheinlich, da aus der Forschung bekannt ist, dass die größten Veränderungen bereits früh in einer Psychotherapie geschehen (Aufwand-Wirkungsbeziehung nach Howard et al., 1986).

Mit einer Spannweite von 53 bis 82 Jahren sind in der Stichprobe zwei Generationen vertreten. Das Lebensalter zeigt sich als relevanter Prädiktor der Veränderungen in der Gesamtbeeinträchtigungsschwere und der IIP-Skala HI (zu selbstunsicher/unterwürfig). Je älter der Patient ist, desto größer sind die Verbesserungen in den zwei Bereichen. Da die Varianzaufklärung gering ist, soll dieser Befund nicht näher interpretiert werden. Die Tatsache jedoch, dass sich in zwei Variablen ein positiver Zusammenhang von Therapieerfolg und Lebensalter innerhalb dieser Gruppe älterer Patienten ergab und darüber hinaus in den anderen Variablen des Therapieerfolgs das Alter der Patienten offensichtlich keine bedeutende Rolle spielt, spricht dafür, dass auch hochaltrige Patienten von Psychotherapie profitieren und steht damit im Einklang mit Erfahrungsberichten aus der Literatur. Fliege et al. (2002) stellten in ihrer Prädiktorenanalyse des Behandlungsergebnisses stationärer psychosomatischer Therapie fest, dass „alte Menschen in gleichem Maße von der stationären psychosomatischen Behandlung wie jüngere“ (S. 54) profitieren und dem Alter keine prognostische Bedeutung zukommt.

Im Hinblick auf den mittelfristigen Therapieerfolg, erfasst durch die Katamnese, zeigte sich, dass Patienten, welche zu Beginn der Therapie insgesamt stärker psychisch beeinträchtigt waren, weniger Verbesserungen im Bereich Ängstlichkeit aufwiesen. Dieser Zusammenhang zeigte sich jedoch nicht in anderen untersuchten Bereichen wie zum Beispiel Depressivität oder somatischen Beschwerden. Dass gerade die älteren Patienten der Stichprobe eine größere Verbesserung der aktivitätsbezogenen Lebensqualität zum Zeitpunkt des Follow-up berichten, soll ebenfalls kurz erwähnt werden. Dass Ältere weniger Verbes-

serungen in der Beeinträchtigung durch Sinnesfunktionen wahrnehmen, erscheint inhaltlich schlüssig.

Die Tatsache, dass die untersuchten Variablen Alter, Therapiemotivation, Behandlungsdauer sowie Beeinträchtigungsschwere bei der Aufnahme kaum bzw. nicht mit dem Therapieerfolg in Zusammenhang stehen und insgesamt nur sehr wenig Varianz aufklären, verdeutlicht die Schwierigkeit, relevante Prädiktoren des Behandlungserfolgs zu identifizieren. Dies stellten Eckert & Strauß (1993) bereits vor etlichen Jahren fest: „Das Scheitern bei der Suche nach einfachen, objektiv zu erfassenden Patientenmerkmalen, die es erlauben, schon vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung eine zutreffende Prognose über den zu erwartenden Erfolg bzw. Mißerfolg abzugeben, hat in der empirischen Psychotherapieforschung Tradition“ (S. 228). Es ist anzunehmen, dass andere Faktoren wie beispielsweise die Qualität der therapeutischen Beziehung eine wesentlich höhere prognostische Bedeutung für das Behandlungsergebnis haben (Strauß & Burgmeier-Lohse, 1994; Orlinsky et al., 2004). Außerdem ist davon auszugehen, dass gerade bei einem gruppenpsychotherapeutischen Behandlungsansatz Wirkfaktoren interpersoneller Natur eine Rolle spielen, also beispielsweise Patienten mit einer erhöhten *psychological mindedness* besonders profitieren (Piper et al., 1994; Tschuschke, 1999). Aber auch Faktoren wie zunehmende Kohäsion, positives Erleben aktiverer Gruppenmitglieder, soziale Integration etc. (Strauß et al., 1998) oder die Bindungssicherheit (Sachse & Strauß, 2002) sind offensichtlich von Bedeutung. Insgesamt zeigt die psychotherapeutische Forschung, dass es kaum möglich ist, eine zutreffende Prognose über den zu erwartenden Therapieerfolg zu treffen, da eine Vielzahl an Faktoren (Therapeuten- und Patientenfaktoren, Beziehungsfaktoren etc.), welche teilweise wiederum in Wechselwirkung stehen, das Therapieergebnis beeinflussen können (Orlinsky et al., 2004). Die prädiktive Bedeutung soziodemografischer Variablen ist gering, Prädiktoren, die in einem theoretisch begründeten inhaltlichen Zusammenhang mit den Anforderungen einer Psychotherapie stehen, kommt eine größere Bedeutung zu (Strauß & Eckert, 2001).

Für die klinische Praxis sind Kriterien hilfreich, welche die Indikationsstellung für eine gruppenpsychotherapeutische Behandlung erleichtern, um möglichst Patienten in eine Gruppentherapie aufzunehmen, welche geeignet sind und eine hohe Wahrscheinlichkeit für einen Therapieerfolg aufweisen. Mattke (2011) berichtet, die Publikation von Strauß & Mattke (2012) vorwegnehmend, sowohl klinisch relevante Aufnahmekriterien wie interpersonale Probleme, Kontaktfähigkeit oder positive vergangene Gruppenerfahrungen als auch mögliche Ausschlusskriterien wie eine sehr hohe Anzahl interpersonaler Konflikte, mangelnde Sozialkontakte oder selbstschädigende Verhaltensweisen. Vor diesem Hinter-

grund könnte die differenzielle Indikationsstellung für eine psychodynamisch orientierte Gruppentherapie erleichtert werden.

11.3 Response und Non-Response

Aufgrund der Heterogenität der Stichprobe ist der Anteil an Patienten, welche sich in einer Variable nach dem Reliable Change Index klinisch signifikant verbessert haben, vergleichsweise gering. In einem globalen Maß wie dem Beeinträchtigungs-Schwere-Score BSS sind daher wesentlich höhere klinische Besserungsraten zu verzeichnen. Um das Konstrukt Therapieerfolg in einem weiter gesteckten Rahmen zu erfassen, wurden Patienten als klinische Responder definiert, sobald sie sich in mindestens einer der Variablen HADS-A/D, PHQ-9, PHQ-15 oder GBB-Beschwerdedruck klinisch bedeutsam unter der Therapie verbessert hatten. Anhand dieser Parameter sollten die Symptome der Patienten aus den drei größten Störungsgruppen Depressionen, Angststörungen und somatoforme Störungen zu erfassen sein. Mit dieser Definition ergaben sich klinische Besserungsraten von 39 % bei der Entlassung und 45 % bei der Katamnese, welche allerdings im Hinblick auf ihre Größenordnung nur schwer beurteilt werden können, da in Publikationen kaum Angaben zur klinischen Signifikanz zu finden sind. Franz, Janssen et al. (2000) berichten von einer klinisch bedeutsamen Verbesserung im GSI nach stationärer Psychotherapie bei 37 % der Patienten. Allerdings lag die Behandlungsdauer in dieser Studie mit 127 Tagen über fünfmal höher als in der PTK 55+. Aus der psychotherapeutischen Tagesklinik Basel wird berichtet, dass 45,6 % der Patienten bei der Entlassung klinisch gebessert bzw. symptomfrei sind (Agarwalla & Küchenhoff, 2004). In Anbetracht der vergleichsweise sehr kurzen Behandlungsdauer in der PTK 55+, deren Therapie sich bei den meisten Patienten lediglich als der erste Schritt einer psychotherapeutischen Behandlung definiert, ist der Anteil an Patienten, welche sich klinisch relevant verbessert haben, durchaus als hoch zu betrachten. Allerdings ist an dem Konzept der klinischen Signifikanz zu kritisieren, dass Patienten unter einer psychischen Erkrankung leiden können, auch wenn ihre Werte im funktionalen Bereich liegen. Möglicherweise ist dieser Patientenanteil gerade bei Älteren größer.

Im Sinne einer patientenorientierten Versorgungsforschung stellen jedoch gerade die Non-Responder eine interessante Gruppe dar, um mögliche Variablen zu identifizieren, welche die Non-Responder von den Respondern unterscheiden und in der Folge diese Patienten möglicherweise zukünftig einer anderen Behandlung zuzuweisen oder auch in der

Therapie korrigierend einzugreifen. Allerdings finden sich in der Literatur kaum Daten zum Non-Response in der Psychotherapie. In ihrer Studie zu Non-Response in der psychosomatischen Akutbehandlung fanden Reuter et al. (2011) unter den Non-Respondern vor allem Patienten mit Persönlichkeitsstörungen oder somatoformen Störungen, zudem eher abweisende und introvertierte Personen sowie Patienten, welche häufiger arbeitslos oder in Ausbildung sowie seltener in Rente waren. Keine Unterschiede fanden die Autoren hinsichtlich Geschlecht, Alter, Familienstand, Schulabschluss oder anderer Diagnosen. Wenngleich in der vorliegenden Untersuchung andere Testverfahren verwendet wurden, der klinische Therapieerfolg über die Zusammenfassung mehrerer Variablen definiert wurde und anhand des vorliegenden Datensatzes eine statistische Auswertung kaum möglich war, so zeigt sich in Übereinstimmung mit den Ergebnissen von Reuter et al. (2011), dass unter den Non-Respondern ebenfalls mehr Patienten mit der Hauptdiagnose einer somatoformen Störung sind, allerdings deutlich weniger Personen mit einer Depression. Interessant ist der Befund, dass sich unter den Non-Respondern erstaunlich viele Patienten finden, welche von der Psychiatrie in die PTK 55+ vermittelt wurden, aber offensichtlich nicht wie gewünscht von der Behandlung profitieren konnten. Möglicherweise handelte es sich hierbei um Patienten mit einem chronifizierten Erkrankungsverlauf oder auch einem schwereren Ausprägungsgrad der psychischen Störung. Die bloße Tatsache eines stationären psychiatrischen Aufenthalts in der Vorgeschichte spielt hierbei keine Rolle, ein wesentlicher Unterschied scheint jedoch in der psychotherapeutischen Vorerfahrung zu liegen. Non-Responder hatten wesentlich seltener bereits Erfahrung mit einer ambulanten Psychotherapie oder auch einem stationären Aufenthalt in einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Klinik gemacht. Es kann vermutet werden, dass es diesen Patienten schwerer fällt, sich auf die Therapie in der PTK 55+ einzulassen und sie daher weniger auf der Symptomebene profitieren. Der Befund, dass die Non-Responder weniger motiviert waren, deckt sich mit dem Ergebnis der Regressionsanalysen, welche die Therapiemotivation als einen Prädiktor des unmittelbaren Therapieerfolgs identifiziert haben.

Patienten, welche zum Katamnesezeitpunkt als Responder definiert werden konnten, wurden häufiger von einem Nervenarzt, die Non-Responder häufiger von einer psychiatrischen Klinik in die PTK 55+ verwiesen. Interessant ist die Tatsache, dass sich im Gegensatz zur Entlassung nunmehr keine Unterschiede bezüglich somatoformer Störungen als Hauptdiagnose oder der psychotherapeutischen Vorerfahrung ergaben. Unter den Non-Respondern sind bei der Katamnese allerdings wesentlich mehr Patienten vertreten, welche in der Nebendiagnose eine Suchterkrankung aufwiesen – möglicherweise ein Faktor, der die Stabilität eines Therapieerfolgs negativ beeinflusst. Es fällt auf, dass die Responder

im Anschluss an die Behandlung in der PTK 55+ häufiger eine ambulante Gruppentherapie aufsuchten, welche möglicherweise zum Erhalt des Therapieerfolgs beitragen konnte. Dieser Effekt war für eine ambulante Einzeltherapie nicht nachweisbar, welche die Non-Responder sogar häufiger als die Responder in Anspruch nahmen. Es ist in Anbetracht der geringen Fallzahl nicht auszuschließen, dass es sich bei den beschriebenen Effekten lediglich um Zufallsbefunde handelt, eine weitere Forschung zu diesen Ergebnissen ist daher wünschenswert.

Neben den Therapieerfolgen sollen jedoch auch negative Effekte der psychotherapeutischen Behandlung an dieser Stelle kurz diskutiert werden. Definiert wurde eine klinisch relevante Verschlechterung bei der Entlassung in der vorliegenden Untersuchung nach dem RCI, wenn die danach berechnete kritische Differenz in klinisch ungünstiger Richtung überschritten wurde. Im Bereich der Ängstlichkeit (HADS-A) hat sich lediglich ein Patient (1 %) klinisch relevant verschlechtert, im Hinblick auf die erfasste Depressivität liegen die klinischen Verschlechterungsraten bei 0 (HADS-D) bzw. 3 % (PHQ-9). Die berichteten Körperbeschwerden verschlimmerten sich bei 0 (GGB-Beschwerdedruck) bzw. 1 % (PHQ-15), in den einzelnen Bereichen (GGB-Subskalen) bei 1 bis 5 %. Etwas höhere Verschlechterungsraten sind in den interpersonalen Verhaltensweisen und der Gesamtbeeinträchtigungsschwere mit jeweils 6 % festzustellen. Im zweiten Fremdurteil NAR liegt die Rate bei 5 %, die Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit verschlechterte sich bei 2 (ZVT-G) bzw. 3 % (Labyrinth-Test).

Da insbesondere bei Älteren die Beendigung einer Therapie aufgrund der immanenten Verlustthematik eine besondere Rolle spielt, stellt sich die Frage, inwieweit die berichteten klinischen Verschlechterungsraten tatsächlich eine negative Therapiefolge darstellen oder vielmehr eine Momentaufnahme des Patientenbefindens bei der Entlassung sind. Nach Eindruck der Therapeuten zeigten viele Patienten in den Tagen vor der Entlassung eine Verschlechterung der Befindlichkeit, welche in Zusammenhang mit dem nahenden Therapieende gestellt wurde und die Einschätzung der eigentlich erreichten Verbesserungen möglicherweise beeinflusst hat. Allerdings darf nicht übersehen werden, dass Verschlechterungen unter Therapiebedingungen häufiger auftreten als in nicht behandelten Kontrollgruppen, was darauf hindeutet, dass Psychotherapie bei einem kleinen Prozentsatz an Patienten negative Effekte haben kann (Strauß & Eckert, 2001; Lambert & Ogles, 2004). Die berichteten klinisch bedeutsamen Verschlechterungsraten in der vorliegenden Studie von 0 bis 6 % liegen im erwartungsgemäßen Bereich (Lambert & Ogles, 2004).

11.4 Veränderung des Inanspruchnahmeverhaltens von Gesundheitsleistungen

Aus der Forschung (u. a. Rice & Miller, 1998; Wittchen, 2002; Gustavsson et al., 2011) ist mittlerweile hinlänglich bekannt, dass zumindest einige, wenn nicht die meisten psychischen Erkrankungen enorme direkte und insbesondere indirekte Kosten durch die erhöhte Inanspruchnahme von (auch nicht störungsspezifischen) Leistungen des Gesundheitssystems und durch die Verringerung von Arbeitsproduktivität verursachen. Wenngleich die erhöhte Anzahl von Tagen der Arbeitsunfähigkeit bei der Stichprobe mit lediglich 31 % Berufstätigen eine eher untergeordnete Rolle spielt, so sind die Kosten der in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen durchaus von Bedeutung. Beispielsweise gibt es Hinweise, dass Patienten mit psychischen Erkrankungen eine längere Krankenhausverweildauer bei der Behandlung aufgrund körperlicher Erkrankungen aufweisen (Friedrich et al., 2002).

Jacobi et al. (2004) konnten in ihrer Auswertung der Daten des Bundesgesundheits surveys 1998/99 (Zusatzsurvey „psychische Störungen“) anhand einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe zeigen, dass eine aktuelle psychische Erkrankung mit einer deutlich erhöhten Inanspruchnahme allgemeiner Gesundheitsleistungen sowie einem erheblichen Ausmaß an Ausfalltagen assoziiert ist. Die Autoren schlussfolgern auch aufgrund der vorhandenen Literatur, dass Personen mit psychischen Störungen u. a. aus Unkenntnis zunächst ungerichtet Hilfe bei ihnen bekannten Ärzten suchen, diese die psychische Störung oftmals nicht erkennen, nur die somatischen Symptome behandeln und zudem eine Vielzahl der Betroffenen unter einer somatoformen Störung leidet. Die Tatsache, dass sich remittierte Fälle kaum noch von Personen unterscheiden, welche in ihrem Leben bislang nicht unter einer psychischen Störung gelitten hatten, spricht laut den Autoren dafür, dass eine psychische Erkrankung keineswegs dauerhaft hohe Kosten im Gesundheitswesen verursachen muss. Hessel et al. (2005) berichten anhand einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung, dass gerade Personen mit somatoformen Beschwerden sehr häufig das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen.

Mittlerweile liegen mehrere Studien zu Patientenchproben vor, die nahe legen, dass durch eine psychotherapeutische Intervention sowohl direkte als auch indirekte Gesundheitskosten wesentlich gesenkt werden können (u. a. Jacobi, 2001; Weidhaas, 2001). Bei Jacobi (2001) findet sich eine differenzierte Aufstellung verschiedener Kosten-Nutzen-Analysen ambulanter und stationärer Psychotherapie. In Bezug auf Kosten-Nutzen-

Aspekte in der psychosomatischen Rehabilitation berichtet Zielke (1999) von enormen Kosteneinsparungen über einen zweijährigen Katamnesezeitraum durch verminderte Arbeitsunfähigkeitskosten, geringere Krankenhauskosten, Reduktion der Arztbesuche sowie weniger Ausgaben für Medikamente nach einer psychosomatischen Behandlung und stellt fest: „Angesichts dieser Kosten-Nutzen-Verhältnisse kann es sich unser Gesundheitssystem eigentlich nicht mehr leisten, psychische und psychosomatische Krankheiten nicht adäquat zu behandeln“ (S. 367). Wie unter Punkt 4 allerdings bereits diskutiert, ist auch noch zum gegenwärtigen Zeitpunkt von einer Unter- und Fehlversorgung auszugehen. Auch Lamprecht (1996) berichtet von einem Kostenreduktionseffekt nach einer ambulanten Psychotherapie, wobei interessanterweise „bei älteren Patienten über 55 Jahren die deutlichsten Kostenreduktionseffekte zu sehen waren“ (S. 288). Fliege et al. (2006) berichten ebenfalls von selteneren und kürzeren Krankenhausbehandlungen nach einer psychosomatischen Behandlung. Gerade in der Psychosomatik ist ein wesentliches Behandlungsziel auch die Verringerung organbezogener Diagnostik und Behandlung bei psychogenen Erkrankungen.

Auch die Daten der Stichprobe zeigen eine deutlich verminderte Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems nach der Therapie in der PTK 55+. Es werden die Angaben von Zielke (1999) zu den Ergebnissen einer umfangreichen multizentrischen Kostenstudie über die stationäre Verhaltenstherapie von psychosomatischen Störungen und Zielke et al. (2004) über verhaltensmedizinische Behandlung und Rehabilitation im Langzeitverlauf für einen Vergleich herangezogen. Die Daten der neueren Untersuchung weichen hierbei nur geringfügig von den Ergebnissen aus früheren Jahren ab. Aufgrund des unterschiedlichen Settings, der anderen therapeutischen Ausrichtung sowie eines längeren Erhebungszeitraumes ist die Vergleichbarkeit mit der Studie in der PTK 55+ jedoch eingeschränkt.

Zielke (1999) berichtet von 42 Praxiskontakten im Jahr vor der fachpsychotherapeutischen Behandlung (Zielke et al., 2004: 40 Kontakte), wobei insbesondere jüngere Patienten eine hohe Kontaktfrequenz aufwiesen. Mit durchschnittlich 13 Arztbesuchen im Halbjahr liegen die (älteren) Patienten der PTK 55+ deutlich darunter. Diese Rate entspricht in etwa den Angaben von Nanke & Rief (2003), welche 16 Arztkontakte von Patienten mit somatoformen Störungen in einer hausärztlichen Praxis berichten. Während bei Zielke (1999) die Fachärzte der Inneren Medizin an zweiter Stelle liegen, gefolgt von den Nervenärzten, suchten die Patienten der Studienstichprobe am häufigsten den Orthopäden, gefolgt von Nervenärzten und mit deutlichem Abstand Internisten auf. Es kann vermutet werden, dass bei älteren Patienten orthopädische Probleme aufgrund altersbedingter Er-

scheinungen wie Arthrose etc. in den Vordergrund rücken und diese Arztbesuche nur zu einem geringen Anteil auf somatoforme Beschwerden zurückgeführt werden können. Dennoch ist nach der psychotherapeutischen Behandlung in der Tagesklinik ein Rückgang der Besuche beim Orthopäden festzustellen. Es fällt jedoch auf, dass insbesondere der Anteil an Patienten, welche sich beim Internisten vorstellten, nach der Therapie deutlich von 24 % auf knapp 6 % gesunken ist. Dies legt die Vermutung nahe, dass sich gerade beim internistischen Facharzt viele Patienten mit einer körperlichen Symptomatik vorstellten, welche offensichtlich überwiegend psychogen bedingt war. Insbesondere unentdeckte somatoforme Störungen, aber auch nicht erkannte Angststörungen mit Herz- oder Atembeschwerden oder depressive Störungen, welche sich bei Älteren oft in körperlichen Symptomen äußern, dürften diese Patienten zum Internisten geführt haben. Die Tatsache, dass alle Facharzttrichtungen nach der Behandlung der PTK 55+ von weniger Patienten aufgesucht werden, passt zu dem Befund aus der Forschung, dass in allen medizinischen Teilbereichen ein bestimmter Patientenanteil an medizinisch unklaren körperlichen Beschwerden leidet (Nanke & Rief, 2003).

Erfreulich ist die Tatsache, dass im Gegenzug nach der Entlassung mit knapp 70 % deutlich mehr Patienten einen Nervenarzt aufgesucht hatten als vor der Therapie (50 %). Somit kann von einer Zunahme an adäquater, störungsspezifischer fachärztlicher Behandlung ausgegangen werden. Es fällt weiterhin auf, dass sich gerade der Patientenanteil der „high utilizer“ mit mehr als 20 Arztbesuchen im Halbjahr von knapp 18 % auf 3 % reduziert hat. Es ist ebenfalls ein Trend zu weniger ambulanten Untersuchungen feststellbar, welcher Kosteneinsparungspotenzial beinhaltet. Sowohl die Anzahl als auch die Dauer der stationären Krankenhausaufenthalte sind nach der psychotherapeutischen Behandlung deutlich geringer. Vergleicht man die Daten mit Zielke (1999), so fällt auf, dass die Patienten der Untersuchungsstichprobe mit insgesamt 1,7 Wochen (entspricht 12 Tagen) Krankenhaustagen im Halbjahr wesentlich öfter stationär behandelt wurden als die Patienten bei Zielke (1999) mit ca. 17 Krankenhaustagen bzw. 11 Tagen (Zielke et al., 2004) in den zwei Jahren (!) vor der psychosomatischen Behandlung. Der Rückgang auf 0,3 Wochen (entspricht 2 Tagen) nach der Therapie verdeutlicht auch hier mögliche Einsparungen an Behandlungskosten.

Auch wenn diese Reduktion der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der vorliegenden Untersuchung nicht monetär beziffert werden kann, ist doch in Übereinstimmung mit der benannten Literatur von einer wesentlichen Senkung der Gesundheitskosten nach der psychotherapeutischen Intervention auszugehen. Während für die psychiatrische teilstationäre Behandlung bereits Kostenanalysen vorliegen (z. B. Albers, 1999),

ist dies für die tagesklinische Behandlung im psychosomatischen Bereich allerdings noch nicht der Fall. Besonders erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass es sich bei der Behandlung in der PTK 55+ mit durchschnittlich 25 Behandlungstagen um eine vergleichsweise kurze Therapie handelt, welche aufgrund des teilstationären Settings mit niedrigeren Tagessätzen zudem kostengünstiger ist als eine stationäre psychosomatische Behandlung (vgl. Punkt 6.2). Die Untersuchungen von Zielke mit einem Katamnesezeitraum von zwei Jahren legen nahe, dass es sich auch in der Untersuchungsstichprobe, welche die Gesundheitsleistungen allerdings lediglich für ein halbes Jahr erfasst, um eine relativ stabile Reduktion der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens handeln dürfte. Auch Baltensperger & Grawe (2001) berichten von Studien, welche stabile Reduktionseffekte gefunden haben und Kosteneinsparungen für zwei bis fünf Jahre nach der Psychotherapie berichten. Gerade bei älteren Patienten ist jedoch aufgrund zunehmender Multimorbidität und körperlichen Erkrankungen im Alter damit zu rechnen, dass sich die Gesundheitskosten schnell wieder erhöhen könnten – zunächst vielleicht aufgrund einer somatischen Erkrankung, dann aber möglicherweise auch wegen zusätzlicher psychischer Symptome. Eine entsprechende Komorbidität beispielsweise von Depressivität und Ängstlichkeit bei koronarer Herzerkrankung (Merswolken et al., 2008; Schüßler & Heuft, 2008), Major Depression nach behandlungsbedürftiger Koronarerkrankung (Katon et al., 2009) oder Depression und Angst nach Herzinfarkt (Cully et al., 2009) ist bekannt. Untersuchungen zum langfristigen Kosten-Nutzen-Verhältnis von Psychotherapie bei Älteren liegen bis dato jedoch nicht vor.

Es bleibt zu erwähnen, dass die Interpretierbarkeit der Daten eingeschränkt ist, da lediglich von 58,6 % der Ausgangsstichprobe Daten zu Gesundheitsleistungen für den Zeitraum vor und nach der Psychotherapie vorliegen. Es ist somit theoretisch eine systematische Verzerrung möglich, dass z. B. die Patienten, von denen zum Katamnesezeitpunkt keine Angaben vorlagen, da sie nicht am Auffrischttag teilnahmen, keine Reduktion der in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen aufwiesen und somit eine positive Überschätzung des Effekts vorliegt. Allerdings zeigte die Datenanalyse, dass sich diese Patienten ohne Rückmeldung zur Katamnese ($n = 46$) vor der Therapie nicht von den Teilnehmern am Follow-up ($n = 68$) unterschieden: Sie waren ebenso häufig beim Arzt, hatten dieselbe Anzahl an Untersuchungen und Krankenhausaufenthalten und nicht signifikant verschiedene Verweildauern im stationären Akutkrankenhaus, so dass eine positive Verzerrung sehr unwahrscheinlich ist. Auch im Hinblick auf die Anzahl psychischer und körperlicher Nebendiagnosen unterschieden sich die Patientengruppen nicht, so dass nicht unbedingt vermutet werden kann, dass Patienten wegen Erkrankungen, die zur Inan-

spruchnahme von Gesundheitsleistungen führten, nicht am Auffrischttag teilnahmen und dadurch eine Verzerrung der Effekte entstand. Beide Gruppen scheinen nicht unterschiedlichen Populationen zu entstammen.

Da keine objektiven Krankenkassendaten zu Gesundheitsleistungen der einzelnen Patienten zur Verfügung stehen, sondern die Werte allein auf Angaben der Patienten beruhen, besteht zudem die Gefahr von Erinnerungsfehlern. Allerdings ist davon auszugehen, dass Arztbesuche, Untersuchungen und Krankenhausaufenthalte in ihrer Häufigkeit und Dauer aufgrund von Vergessen eher unter- als überschätzt wurden. Zudem kann spekuliert werden, dass die Daten bei der Katamnesebefragung aufgrund des deutlicher definierten Zeitrahmens besser erinnert und weniger unterschätzt wurden als bei der Aufnahme – dies impliziert eine noch stärkere Reduktion des Inanspruchnahmeverhaltens in der Realität. Zudem ist es sehr wahrscheinlich, dass die reduzierte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auf die Therapie und nicht auf spontane Zufallsveränderungen zurückzuführen ist, da es keine Hinweise auf eine Reduktion ohne störungsspezifische Behandlung gibt. So berichten Baltensperger & Grawe (2001) in ihrer Überblicksarbeit zu Kosten-Nutzen-Analysen von Studien, welche das Inanspruchnahmeverhalten von Patienten nach einer Psychotherapie mit Personen, die keine Psychotherapie erhalten hatten, vergleichen. Sie konnten zeigen, dass die Anzahl ambulanter Arztkontakte von psychotherapeutisch behandelten Personen abnahm, wohingegen nur medizinisch behandelte Patienten eine vermehrte Nutzung aufwiesen. Dies legt nahe, die in der Untersuchung nachgewiesene Reduktion des Inanspruchnahmeverhaltens kausal auf die Psychotherapie zurückzuführen.

11.5 Nachsorge

Betrachtet man die Daten, wie viele Patienten die spezifischen Nachsorgeempfehlungen, welche bei der Entlassung ausgesprochen wurden, bis zum Follow-up umgesetzt hatten, so findet sich eine vergleichsweise hohe Zahl an Patienten, welche innerhalb der acht Monate des Katamnesezeitraums eine Psychotherapie begonnen hatten. Knapp die Hälfte der Patienten mit der Empfehlung für eine Einzeltherapie gab beim Auffrischttag an, einen Therapieplatz gefunden und bereits mindestens eine Sitzung absolviert zu haben. Über die Hälfte der Patienten mit der Empfehlung für eine Gruppenpsychotherapie hatte diese ebenfalls umgesetzt. Da nicht systematisch erhoben wurde, warum Patienten trotz Empfehlung nicht in Psychotherapie waren, kann keine Aussage getroffen werden, inwiefern geringe Motivation seitens des Patienten, mangelnde Verfügbarkeit an Therapieplätzen bei Therapeuten

oder gar Vorbehalte von Behandlern gegenüber der Therapie mit Älteren hierbei eine Rolle spielten. Zumindest hinsichtlich der gruppentherapeutischen Empfehlung ist jedoch bekannt, dass die Teilnahme einiger Patienten von der Gruppentherapeutin aufgrund von Nicht-Eignung abgelehnt wurde.

Rumpold et al. (2004) berichten aus verschiedenen Studien eine Compliance-Rate zwischen 49 und 63 % an Patienten, welche nach einer Überweisung tatsächlich eine Psychotherapie begonnen haben. Die vorliegende Studie geht mit 57 % an Patienten in weiterführender Therapie damit konform, allerdings wurde lediglich bei der Empfehlung einer Gruppenpsychotherapie ein konkreter Kontakt vermittelt, um einen Einzelpsychotherapieplatz mussten sich die Patienten in Eigeninitiative bemühen. Nach einer stationären psychosomatischen Behandlung nehmen nach Höflich et al. (2007) zwischen 60 und 80 % der Patienten eine ambulante Psychotherapie in Anspruch, der Patientenanteil der PTK 55+ ist diesbezüglich etwas geringer.

Die Empfehlung, einen Nervenarzt bzw. die Psychiatrische Institutsambulanz aufzusuchen, wurde am häufigsten (über 80 %) von den Patienten umgesetzt, vermutlich aufgrund der Niederschwelligkeit des Angebots. Die zwei Patienten ausgesprochene Empfehlung, sich in der Geriatrischen Tagesklinik des Klinikums behandeln zu lassen, wurde zu einhundert Prozent umgesetzt. Die Tatsache, dass es sich um eine Tagesklinik auf demselben Klinikumsgelände handelt, in der zudem zwei Therapeutinnen der PTK 55+ tätig sind, dürfte hierbei eine Rolle gespielt haben. Ist mehr Eigeninitiative wie beispielsweise bei der Suche nach Möglichkeiten der aktiven Freizeitgestaltung gefordert, liegt die Quote der Umsetzung der Empfehlung mit ca. einem Viertel deutlich niedriger.

11.6 Beurteilung der Therapie aus Patientensicht

Fast zwei Drittel der Patienten in der PTK 55+ waren mit dem Behandlungsergebnis zufrieden oder sehr zufrieden. Dies entspricht den Daten von Peters (1992), der bei einer Nachbefragung zur stationären Therapie Älterer einen Anteil von knapp 64 % der Patienten berichtet, welche zufrieden bis sehr zufrieden waren. Nicht oder nur sehr wenig zufrieden waren bei Peters (1992) ca. 15 %, in der Untersuchungsstichprobe hingegen nur knapp 4 %. Allerdings sind unzufriedene Patienten, zumindest in ihrer unmittelbaren Beurteilung, vermutlich auch aufgrund von sozialer Erwünschtheit eher eine Seltenheit.

Hannöver et al. (2000) stellen fest, dass das Konstrukt der Patientenzufriedenheit zwar kontrovers diskutiert wird, insgesamt jedoch wenig erforscht ist. Geiser et al. (2002) fas-

sen zusammen, dass Patienten zu global positiven Beurteilungen tendieren, die gefundenen Korrelationen nicht konsistent sind und oftmals ein positiver Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit der therapeutischen Beziehung, nicht jedoch der Veränderung in psychometrischen Skalen besteht. In ihrer Studie konnten die Autoren zeigen, dass die Erfolgsbewertung der Psychotherapie weniger mit der Prä-Post-Differenz der Symptomatik, sondern vielmehr mit dem bei der Entlassung erreichten absoluten Symptommiveau zusammenhängt. Allerdings zeigen sich oftmals auch Patienten mit einem wenig positiven Therapieverlauf zufrieden mit dem Behandlungsergebnis (Hannöver et al., 2000).

Insgesamt sind die in der vorliegenden Untersuchung gefundenen Zusammenhänge von der Zufriedenheit mit dem Therapieerfolg (sowohl durch absolute als auch durch Differenzwerte erfasst) bei der Entlassung als eher gering zu bewerten, beim Follow-up zeigten sich keine signifikanten Korrelationen. Die Frage nach den erlebten Veränderungen durch die Psychotherapie bildet die Veränderung auf der Symptomebene zum Katamnesezeitpunkt aber offensichtlich zumindest im Rückblick mit zeitlichem Abstand zur Therapie besser ab als die globale Frage der Ergebnisbeurteilung. Offensichtlich nehmen die Patienten also durchaus adäquat die Veränderungen der Symptomatik wahr, ohne dass sich dies direkt in ihrer Einschätzung des Therapieerfolgs niederschlagen würde.

Wenngleich eine hohe Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis sehr häufig ist, so zeigt der Vergleich mit jüngeren Psychosomatikpatienten aus derselben Klinik doch deutliche Unterschiede. So sind die Älteren signifikant zufriedener und zuversichtlicher, nach der Entlassung aus der Klinik gut zurechtzukommen, wenngleich sie etwas häufiger angeben, noch Bedarf an Psychotherapie zu haben. Während zwei Drittel der Älteren mit dem Therapieergebnis zufrieden oder sehr zufrieden waren, traf dies bei den Jüngeren auf ca. die Hälfte zu. In der erlebten Veränderung durch die Psychotherapie unterscheiden sich beide Gruppen nicht, Jüngere scheinen jedoch entweder eher große oder aber nur sehr geringe persönliche Veränderungen wahrzunehmen, während Ältere hier zur Mitte tendieren. Die Patienten der PTK 55+ bewerteten zudem die zu beurteilenden Wirkfaktoren in der Regel positiver als die jüngeren Vergleichspatienten. Anders als bei Peters (2000c) und Peters et al. (2002), welche berichten, dass Ältere im Vergleich zu jüngeren Patienten die Gruppentherapie als Bestandteil eines stationären Angebots oftmals als weniger hilfreich bewerten, ergaben sich in der Stichprobe positivere Bewertungen als bei Jüngeren, im Ranking der Bedeutsamkeit für die Therapie liegt in beiden Gruppen die Gruppentherapie auf dem dritten Platz. Eine bedeutende Rolle dürfte hierbei spielen, dass im Behandlungskonzept der PTK 55+ keine Einzelanwendungen beispielsweise physiotherapeutischer Art vorgesehen sind, welche in der Regel von Älteren als sehr hilfreich bewertet werden.

Durch diesen Mangel an dyadischen Kontakten, welche nach Peters (2000c) und Peters et al. (2002) gerade von älteren Patienten bevorzugt werden, sind diese mehr oder weniger gezwungen, sich auf das Gruppengeschehen einzulassen. So werden Einzelkontakte (Gespräche mit einer Pflegekraft) im Ranking auch erst an fünfter Stelle genannt.

Wenngleich Unterschiede der therapeutischen Qualität in den verglichenen Behandlungsgruppen nicht ausgeschlossen werden können, deutet der Befund doch auf eine allgemein größere Zufriedenheit von älteren Patienten mit dem Ergebnis einer Psychotherapie hin. Dies stimmt überein mit dem subjektiven Eindruck des Behandlerteams, welches gerade Ältere als äußerst dankbare Patienten erlebt. Weitere Forschung ist auch zu dieser Fragestellung wünschenswert.

Interessant erscheint außerdem, dass sich die globale Einschätzung des Therapieerfolgs durch den Patienten nicht signifikant von der Einschätzung des Therapeuten unterscheidet, da nach Burlingame et al. (2001) in der Mehrzahl der Studien zu gruppenpsychotherapeutischer Behandlung Älterer die Behandlungseffekte vom Therapeuten höher eingeschätzt werden als vom Patienten selbst.

11.7 Vergleich mit anderen Studien zur Effektivität psychosomatischer Behandlung

Da kaum evaluative Studien zu gerontopsychosomatischen Behandlungsprogrammen vorliegen, ist eine Einordnung der Ergebnisse insgesamt erschwert, zumal die verwendeten Untersuchungsinstrumentarien ebenso wie die klinischen Settings häufig divergieren. Studien zur teilstationären Behandlung Älterer existieren bislang nicht, so dass lediglich ein Vergleich mit den Ergebnisberichten über stationäre gerontopsychosomatische Behandlungen möglich ist. Die Effektstärken in der vorliegenden Untersuchung liegen beispielsweise deutlich über den schwachen Effekten in den Symptomskalen des PSKB (Psychischer und sozialkommunikativer Befundbogen), welche Lange et al. (2001) in ihrer Untersuchung stationärer gerontopsychosomatischer Behandlung in der Rehabilitation für die Gesamtstichprobe fanden. Von der gerontopsychosomatischen Abteilung des Klinikums Staffelstein (Geyer et al., 2010) werden für das Beck-Depressions-Inventar-II hingegen hohe Effektstärken größer 1 berichtet, allerdings handelte es sich dort um eine im Hinblick auf die behandelten Störungsbilder wesentlich homogenere Stichprobe mit überwiegend depressiven Patienten. Am besten für einen Vergleich geeignet erscheint die Studie von

Wolf et al. (2011), in welcher Therapieergebnisse einschließlich Katamnese bei über 60-Jährigen in stationärer gerontopsychosomatischer Behandlung berichtet werden. Bei der Therapie handelt es sich um ein altersgemischtes Setting, die Behandlungsdauer liegt nach Angaben der Autoren bei 59 Tagen und ist damit mehr als doppelt so hoch wie in der PTK 55+ (25 Tage). Die Angaben der Patienten in der Katamnesebefragung zur Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis sind in beiden Studien ähnlich: Bei Wolf et al. (2011) empfanden 63,1 % die Behandlung als ziemlich oder sehr hilfreich, in der PTK 55+ waren 57,4 % mit dem Behandlungsergebnis stark oder sehr stark zufrieden. In der PTK 55+ waren 7,4 % der Patienten zum Katamnesezeitpunkt nicht oder nur sehr wenig zufrieden, bei Wolf et al. (2011) gaben 8,6 % an, dass die Behandlung nicht geholfen oder gar geschadet habe. In der von den Autoren verwendeten SCL 90-R zeigten sich in den Skalen (u. a. Depressivität, Ängstlichkeit und Somatisierung) rückläufige Werte von der Aufnahme zur Entlassung, welche auch bei der Katamnese (10 bzw. 22 Monate, durchschnittlich 15 Monate) stabil blieben, die Symptombelastung (GSI) reduzierte sich deutlich mit einer Effektstärke von $ES = 0,86$ (Aufnahme-Entlassung) bzw. $0,84$ (Aufnahme-Katamnese). Wenngleich in der vorliegenden Studie zur Evaluation der PTK 55+ andere Verfahren als bei Wolf et al. (2011) verwendet wurden, so weisen die Ergebnisse doch in dieselbe Richtung: Die Werte verändern sich unter der Behandlung signifikant in die klinisch günstige Richtung und dieser Therapieerfolg hält auch bei der Katamnese an. Dies ist als weiterer Beleg der Wirksamkeit psychosomatischer Behandlung bei Älteren anzusehen. Dennoch fallen einige Unterschiede im Vergleich der beiden Studien auf: Bei Wolf et al. (2011) sind die Effektstärken etwas höher und der Katamnesezeitraum ist beinahe doppelt so lang wie in der Untersuchung der PTK 55+. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Patienten in der vorliegenden Stichprobe mit 135 Monaten eine weitaus höhere Erkrankungsdauer seit Erstmanifestation aufwiesen als diejenigen bei Wolf et al. (2011) mit 68 Monaten und in der PTK 55+ zudem wesentlich kürzer behandelt wurden. Unterstellt man annähernd ähnliche Therapieerfolge bei beiden berichteten Behandlungsformen, so stellt sich die Frage, ob das Kosten-Nutzen-Verhältnis in der PTK 55+ mit einer wesentlich günstigeren, da kürzeren und tagesklinischen Behandlung nicht bedeutend besser als bei einer stationären psychosomatischen Behandlung ist.

12 Besonderheiten in der tagesklinischen psychosomatischen Behandlung Älterer

Grundsätzlich gilt es in der psychotherapeutischen Behandlung Älterer mögliche alterskorrelierte Einschränkungen bzw. Besonderheiten zu beachten. Hierzu zählt beispielsweise die Berücksichtigung einer geringeren körperlichen Leistungsfähigkeit sowohl bei der Gestaltung des Therapieplans als auch insbesondere in den körperbetonten Therapieverfahren (Tanztherapie, Qigong etc.), aber auch die Beachtung einer möglichen Schwerhörigkeit in der Kommunikation, weniger im Einzelkontakt als vielmehr in der Gruppe. Diesem Umstand wurde sowohl im Hinblick auf die therapeutischen Inhalte als auch durch Ruhepausen im Therapieplan Rechnung getragen. Während Zeeck et al. (2003) keine grundsätzlichen Unterschiede im Schweregrad der psychischen Erkrankung bei tagesklinischen und stationären Patienten fanden, ist im Hinblick auf die Gerontopsychosomatik davon auszugehen, dass sich die älteren Patienten in einer Tagesklinik in einem besseren körperlichen Allgemeinzustand befinden. Darauf deutet zumindest ein Vergleich der Daten mit den Patientencharakteristika aus der Gerontopsychosomatik in Bad Staffelstein (Geyer et al., 2010) hin. Für diese stationären Patienten werden durchschnittlich 7,9 organische Diagnosen berichtet, in der tagesklinischen Stichprobe liegt der Wert hingegen bei lediglich 2,3 Diagnosen pro Patient. Dennoch zeigte sich auch bei den Patienten der Tagesklinik eine geringere körperliche Leistungsfähigkeit, so dass v. a. die bewegungstherapeutischen Angebote dahingehend angepasst wurden.

Darüber hinaus sollen im Folgenden einige Erfahrungen aus der PTK 55+ berichtet werden, welche mögliche Besonderheiten der spezifischen Klientel Älterer offensichtlich machen.

Bei der Mehrzahl der behandelten Personen handelt es sich um zumeist von Ärzten „geschickte“ Patienten. Selbst Patienten, die bereits eine Psychotherapie absolviert haben, stellen sich meist erst dann wieder in der Klinik für Psychosomatik vor, wenn der behandelnde Arzt ihnen dies empfiehlt. Dementsprechend ist die Therapiemotivation im Sinne einer Veränderungsmotivation zunächst bei vielen Patienten eher gering. Die Psychotherapie wird vor allem deshalb begonnen, da ein ausgeprägter Leidensdruck besteht. So wird von vielen Patienten zu Beginn der Therapie die Symptomreduktion als vorrangiges Therapieziel angegeben. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass auch wenn die Patienten nicht aus Eigeninitiative zum prästationären Gespräch kommen, sie zunächst eine sehr ambivalente Einstellung zur Psychotherapie an den Tag legen oder kaum Verständnis für psychosoma-

tische Zusammenhänge zeigen, sie sich zumeist für die Behandlung motivieren lassen und in der Therapie engagiert mitarbeiten. Eine bedeutsame Rolle spielt hierbei sicherlich, dass das prästationäre Gespräch immer von einem Therapeuten der PTK 55+ geführt wird, welcher dem Patienten dann auch in der Therapie wieder begegnet. In Übereinstimmung mit Radebold & Bäurle (2000), welche feststellen, dass „gerade sich öfter im Erstkontakt eher ablehnend verhaltende über 60-jährige ... später engagierte Mitarbeit (wie auch umgekehrt!)“ (S. 18) zeigen, macht auch das Team in der PTK 55+ immer wieder die Erfahrung, dass gerade auch Patienten mit einer ambivalenten bis ablehnenden Haltung zur Psychotherapie, einer geringen Reflexionsfähigkeit oder einem kaum ausgeprägten psychosomatischen Grundverständnis von der Therapie profitieren können. Es fällt allerdings auf, dass Patienten, die bisher keine Psychotherapie absolviert haben, oft nur sehr diffuse, nicht selten auch falsche Vorstellungen von Psychotherapie haben. So erwarten diese Patienten konkrete Ratschläge und Lösungen von den Therapeuten. Ein Fokus der Therapie ist deshalb in den ersten beiden Wochen oft, mit den Patienten realistische Therapieziele zu entwickeln und ihnen zu vermitteln, dass sie Verantwortung für sich übernehmen müssen, um von der Therapie profitieren zu können. In der Regel gelingt dies aber gut, da die Patienten von den Mitpatienten, die bereits länger in der Klinik sind, solche grundlegenden Haltungen vermittelt bekommen.

Selbst Patienten, welche sich aus Sicht der Therapeuten kaum auf das Gruppengeschehen einlassen konnten und sich während der gesamten Behandlungsdauer überwiegend passiv verhielten, zeigten bei der Entlassung bisweilen eine erstaunliche Verbesserung auf der Symptomebene. Es kann nur vermutet werden, dass sie doch innerlich sehr beteiligt waren und möglicherweise insbesondere die Gemeinschaft in der Gruppe zum Behandlungserfolg dieser Patienten beigetragen hat.

Von den Patienten als besonders hilfreich wird erlebt, dass sie sich in einer Gruppe von Menschen befinden, die Ähnliches erleben – nämlich Ängste, Depressionen oder somatoforme Beschwerden. In ihrem sozialen Umfeld treffen sie, gerade in der älteren Generation, noch häufig auf Unverständnis oder erhalten wenig sinnvolle Ratschläge. Nicht selten machen Patienten in der Therapie erstmals in ihrem Leben die Erfahrung so akzeptiert zu werden, wie sie sind. Dieses Erleben verhindert allerdings häufig, dass Konflikte mit Mitpatienten wahrgenommen werden. Vielmehr tendiert die Patientengruppe oft über längere Zeiträume zum Harmonisieren. Psychodynamisch steht hinter dieser Konfliktvermeidung bei vielen Patienten eine ausgeprägte Verlustangst oder auch Angst vor Ablehnung.

Auch in Bezug auf inhaltliche Themen in der Psychotherapie fallen Besonderheiten auf. Während bei jüngeren Psychotherapiepatienten andere Lebensthemen aktuell sind und andere Entwicklungsaufgaben anstehen, sind es bei älteren Patienten sehr häufig das Akzeptieren von Einschränkungen und der Umgang mit Verlusten. Neben dem Verlust nahestehender Menschen durch Tod sind dies vor allem krankheitsbedingte körperliche Einschränkungen (Mobilität, Leistungsfähigkeit, Sensorik) oder der Verlust der Arbeit verbunden mit extrem reduzierten Chancen auf eine Wiederaufnahme der Berufstätigkeit und finanziellen Einschränkungen (z. B. durch Bezug von Arbeitslosengeld und Hartz IV verbunden mit der Notwendigkeit Ersparnisse aufzubrechen und Lebens- oder Rentenversicherungen auflösen zu müssen). Die genannten Verluste führen bei vielen Patienten zu Sinnkrisen oder ausgeprägten Selbstwertstörungen. Auch das Älter- bzw. Altwerden an sich stellt für viele Patienten ein zentrales Thema dar, häufig verbunden mit Angst vor dem Verlust von Selbstständigkeit. Auch eine negativ gefärbte Lebensbilanz kann zur psychischen Dekompensation führen. Deshalb dienen Einzel- und Gruppentherapie u. a. der Selbstwertstabilisierung, dem Aufbau von Kompensationsstrategien und dem Entwickeln realistischer neuer Zukunftsperspektiven.

Die persönlichen Erfahrungen in der PTK 55+ zeigen zudem, dass die älteren Patienten oftmals eine höhere Dosis an Einzeltherapie fordern und das einmal wöchentlich stattfindende 50-minütige Einzelgespräch als zu wenig empfinden. Die dyadische Beziehung im Einzelgespräch wird von den Patienten offensichtlich als besonders hilfreich erlebt. Der besondere Stellenwert, den Patienten der Einzelpsychotherapie zumessen, ergibt sich vermutlich aus der intensiven Zuwendung und der „Exklusivität“ der therapeutischen Beziehung in diesem Setting. Dem entgegenstehend erachtet das Team in der Tagesklinik das Maß an Einzelpsychotherapie für ausreichend, da es sich um ein gruppentherapeutisches Konzept handelt und mehrere Gespräche die Gefahr beinhalten würden, dass sich das therapeutische Geschehen aus der Gruppe weg in den Einzelkontakt verlagert. Aus psychotherapeutischer Sicht dienen die Einzelgespräche vor allem der Vertiefung der Gruppenpsychotherapie. Hier werden v. a. Themen angesprochen, die scham- oder schuldbesetzt sind, mögliche Traumatisierungen können zur Sprache kommen oder es werden individuelle Themen bearbeitet, die in den Gruppentherapien angeklungen sind. Außerdem werden der Therapieverlauf verfolgt (insbesondere die Veränderung der Symptomatik mit wöchentlicher Erhebung des psychopathologischen Befundes) und die Nachsorge besprochen.

Eine weitere Erfahrung aus der Psychotherapie mit Älteren in der Tagesklinik besteht darin, dass gerade körperorientierte Verfahren wie beispielsweise die Tanztherapie von den Patienten sehr gut angenommen werden, da sie die Möglichkeit bieten, auf nonverbaler Ebene miteinander in Kontakt zu treten, die Körperwahrnehmung zu verändern und einen Bezug zum psychischen Erleben herzustellen. Da bei sehr vielen, beispielsweise depressiven Patienten somatoforme Beschwerden auftreten, welche oft zu einem ausgeprägten Leidensdruck führen und somit das entscheidende Beziehungsangebot in der psychotherapeutischen Beziehung darstellen, gehören insgesamt mehrere körperbezogene Therapieangebote zum Programm der Psychosomatischen Tagesklinik für Ältere. Die Gruppen Qigong und Kreative Bewegung wirken auf den ersten Blick für viele Patienten weniger „psychotherapeutisch“ als z. B. die Interaktionelle Gruppe und werden u. a. deshalb besonders gern besucht. In der Gruppe „Kreative Bewegung“ wird den Patienten ein Zugang zu den lebensbejahenden und spielerischen Persönlichkeitsanteilen nahegebracht, im Qigong können Patienten, denen z. B. die Entspannung in der PME nur schwer gelingt, innere Anspannung und Unruhe in der Bewegung reduzieren und erleben dies als sehr hilfreich.

Die Gestaltungstherapie als weiteres nonverbales Verfahren stellt mit zwei Sitzungen pro Woche (mit je 125 Minuten) eine der zentralen therapeutischen Maßnahmen dar und ist bei zahlreichen Patienten hoch angstbesetzt. Gerade bei älteren Patienten kann davon ausgegangen werden, dass in der Schule im Kunstunterricht Leistung auch beim Malen gefordert wurde und viele Patienten in ihrer Kindheit dementsprechend negative, nicht selten kränkende Erfahrungen gemacht haben, die in der Therapiesituation aktualisiert werden, so dass die Patienten unter Leistungsdruck geraten. Aus diesem Grund wollen sie „schöne“ Bilder malen und schämen sich, wenn ihnen das in ihren Augen nicht gelingt. Dennoch schaffen es die meisten Patienten, die anfänglichen Ängste abzubauen und sich auf eine tiefere Auseinandersetzung mit inneren Themen auf gestalterischem Weg einzulassen, u. a. indem vorrangig an den Themen „Leistungsorientierung“ und „Perfektionismus“ gearbeitet wird, bevor andere Themen in den Fokus gestellt werden.

Ein weiterer Erfahrungswert, der an dieser Stelle berichtet werden soll, ist der hohe Stellenwert von Psychoedukation. Allerdings hat sich ein wöchentliches psychoedukatives Angebot als Informationsvermittlung zu einzelnen Krankheitsbildern nicht bewährt, da die älteren Patienten dies zumeist als abstrakte Informationsvermittlung erleben, nur wenig Bezug zu ihren Beschwerden herstellen können oder Schwierigkeiten haben, die Aufmerksamkeit über die Gruppendauer zu halten, insbesondere, wenn sie das jeweilige Thema nicht persönlich betrifft. Es hat sich vielmehr als sinnvoll und notwendig heraus ge-

stellt, sowohl in den Gruppentherapien (v. a. Interaktionelle Gruppe, Bezugspflegegruppe, kognitives Training) als auch bei Bedarf in den Einzelgesprächen psychoedukative Elemente einzubauen, sobald das aktuelle Thema dies ergibt oder Fragen auftauchen.

Außerdem fällt in der Behandlung Älterer auf, dass diese oftmals keine ausschließlich psychotherapeutische Behandlung wünschen, sondern auch medizinische Maßnahmen oder physikalische Anwendungen einfordern. In der PTK 55+ werden Anwendungen wie Massagen oder Krankengymnastik jedoch nur in sehr seltenen Ausnahmefällen gewährt, wenn eine dringende medizinische Indikation vorliegt. Andernfalls werden die Patienten auf die Möglichkeit einer ambulanten Behandlung dieser Art verwiesen. Dieses strikte Vorgehen dient der Entwicklung eines psychosomatischen Grundverständnisses, in welchem weniger der somatische als vielmehr der psychische Anteil von Erkrankungen im Vordergrund steht. Die Erfahrung hat das Team gelehrt, dass physikalisch orientierte Anwendungen während des Aufenthalts in der PTK 55+ nicht nur das somatische Krankheitsmodell mancher Patienten stärken, sondern auch im Sinne einer ungünstigen Gruppendynamik den psychotherapeutischen Prozess behindern. Auch der klare Hinweis an die Patienten, dass bereits vor Beginn der Behandlung körperliche Beschwerden medizinisch abgeklärt sein müssen, dient dem Verständnis des psychogenen Anteils somatischer Symptome. Da insbesondere Ältere eher eine beschwerdeorientierte denn eine problemorientierte Behandlung wünschen (Peters et al., 2000), erscheint es umso wichtiger, in der Therapie die psychotherapeutischen Elemente in den Vordergrund zu stellen und eine Verschiebung des Fokus auf die somatisch-physikalische Behandlung zu vermeiden.

Auch die von Radebold & Bäurle (2000) berichtete Besonderheit, dass Ältere bisweilen nicht korrekt medizinisch diagnostiziert sind und unberechtigterweise eine psychische Genese körperlicher Beschwerden angenommen wird, lässt sich anhand der Erfahrungen in der PTK 55+ bestätigen. In den vergangenen Jahren wurde von der Ärztin in der Tagesklinik bei mehreren Patienten eine körperliche Erkrankung erkannt, welche für die vermeintlich psychogenen Beschwerden zumindest in großen Teilen verantwortlich war. Ein weiteres Problem in der Therapie stellen immer wieder beginnende demenzielle Entwicklungen dar, welche erst im Rahmen der tagesklinischen Behandlung, die ein hohes Maß an Selbstständigkeit fordert, offensichtlich werden und zumeist eine tiefergehende Auseinandersetzung des Patienten mit intrapsychischen Themen erschweren.

Auch die für Ältere besondere Bedeutung der Therapiebeendigung (Heuft et al., 2006) zeigt sich in der PTK 55+: Sowohl der zu entlassende Patient als auch die bestehende Gruppe der Mitpatienten, welche ein Mitglied verliert, offenbaren oftmals eine starke affektive Beteiligung. Gerade in der letzten Therapiewoche treten bei Patienten häufig

Symptome erneut oder verstärkt auf. Psychodynamisch lässt sich dies meist durch den bevorstehenden Abschied aus der Klinik und von den Mitpatienten, zu denen oft engere emotionale Bindungen eingegangen worden sind, erklären. Dadurch kann das Thema des Verlassenwerdens oder Alleinseins, das viele Patienten in die Therapie mitbringen und das im Rahmen des Älter- und Altwerdens zwangsläufig eine zentralere Position einnimmt, intensiv bearbeitet werden. Aber auch die Angst, zu Hause nicht zurechtzukommen („Käseglocken-Phänomen“), kann ursächlich für die zeitweilige Verschlechterung sein. Auch an diesem Punkt der Behandlung können durch gezielte Psychoedukation Ängste reduziert werden. Das Angebot, bei Bedarf erneut in der PTK 55+ behandelt werden zu können, erleben nahezu alle Patienten als sehr entlastend, wengleich sich nur sehr wenige zur Wiederaufnahme vorstellen.

Weiterhin sei erwähnt, dass das Team der PTK 55+ insbesondere die Älteren als äußerst dankbare Patienten erlebt, welche sowohl das Bemühen jedes Einzelnen als auch das spezifische Wissen (beispielsweise hinsichtlich geriatrischer Krankheitsbilder, Zeitgeschichte etc.), über welches jeder Therapeut verfügen sollte, der mit älteren Patienten arbeitet, sehr honorieren. Schwierigkeiten mit der umgekehrten Übertragungssituation, welche sich bisweilen auch in Zweifeln an der Kompetenz des jüngeren Therapeuten äußern können, zeigen sich hingegen kaum. Im Vergleich zu jüngeren Patienten fällt jedoch auf, dass viele ältere Patienten stärker, zumindest zu Beginn der Therapie, auf den Therapeuten als „Respektsperson“ und „fachliche Autorität“ fixiert sind und sich vor allem von ihm Unterstützung, Rat usw. erhoffen. Erst wenn diese Erwartung als unrealistisch aufgelöst werden kann, gehen die Patienten vermehrt emotional tragfähige Beziehungen mit ihren Mitpatienten ein. Gegenüber dem Therapeuten gelingt es den meisten Patienten eine positive Übertragungsbeziehung aufzubauen (Elternübertragung). Hierbei spielt es keine Rolle, ob der Therapeut jung oder im mittleren Erwachsenenalter ist. Bei jüngeren Therapeuten entwickelt sich parallel zur regulären Übertragung nicht selten eine Großeltern-Enkel-Übertragung, von denen die Patienten durch die vom Therapeuten vermittelte Wertschätzung und Empathie emotional sehr profitieren können. Gegenüber Therapeuten im mittleren Erwachsenenalter entstehen oft Eltern-Kind-Übertragungen, die es ermöglichen, konflikthafte Beziehungen zu den eigenen Kindern zu bearbeiten.

Aufgrund des niedrigen Anteils männlicher Patienten (20 %) lässt es sich leider oftmals nicht vermeiden, dass sich lediglich ein oder zwei Männer unter den ansonsten weiblichen Mitpatienten der Gruppe befinden. Bei der Aufnahmeplanung wird versucht, dies zu vermeiden und möglichst drei männliche Gruppenmitglieder zu haben, dafür zu anderen Zeiten eine reine Frauengruppe – dies gelingt jedoch nur selten. Befindet sich nur ein Mann in

der Gruppe, nimmt dieser meist eine Sonderrolle ein, indem er von den Frauen besondere Aufmerksamkeit erfährt. Dies kann zu einer Steigerung des Selbstwertgefühles beitragen, bei manchen Patienten führt dies aber auch zu einer Verunsicherung oder Beschämung. Auch wenn die Gruppendynamik je nach Männeranteil unterschiedlich ist und ein höherer Männeranteil günstiger erscheint, konnte nicht festgestellt werden, dass Männer grundsätzlich weniger profitieren, wenn sie allein oder zu zweit in der Gruppe sind. Bei reinen Frauengruppen zeigt die Erfahrung, dass Partnerschaftsprobleme oder auch Sexualität in der Gruppe eher thematisiert werden.

Die weitestgehend altershomogene Zusammensetzung der Gruppe mit maximal zwei Generationen hat sich gerade auch im Hinblick auf die Gruppenkohäsion bewährt, da zwischen den Patienten ein intensiver Austausch vor dem Hintergrund gemeinsamer lebens- und zeitgeschichtlicher Erfahrungen gepflegt wird.

Insgesamt sind die Erfahrungen in der tagesklinischen psychotherapeutischen Behandlung Älterer sehr positiv und es ist umso erfreulicher, dass die Effektivität durch die vorliegende Untersuchung auch empirisch belegt werden kann.

13 Kritische Anmerkungen

Die vorliegende Studie weist neben einigen Stärken trotz sorgfältiger Planung und inhaltlicher Vorbereitung auch Mängel auf, welche eine Interpretation und Generalisierung der Ergebnisse erschweren.

Als eine Stärke der Untersuchung ist das nah an der Versorgungspraxis orientierte naturalistische Studiendesign zu sehen, welches mit einer hohen externen Validität einen Einblick in die psychosomatische Behandlung Älterer in einer Tagesklinik ermöglicht. In diesem Zusammenhang ist positiv zu erwähnen, dass die Studie weit über einen Erfahrungsbericht hinausgeht und das einfache Prä-Post-Design um eine Eigenwartegruppe ergänzt wurde. Außerdem wurde durch die Acht-Monats-Katamnese der mittelfristige Therapieerfolg erfasst, welcher im Vergleich zum unmittelbaren Therapieergebnis bei der Entlassung wesentlich stärker zu gewichten ist, da das Ziel psychotherapeutischer Behandlung nicht in erster Linie eine kurzfristige Symptomreduktion, sondern eine lang andauernde Verbesserung des psychischen Befindens ist.

Eine weitere Stärke ist in der umfassenden und breit gestreuten Datenerhebung zu sehen, welche im Bereich der soziodemografischen Daten über die Basisdokumentation der Psy-BaDo hinausgeht. Über eine große Anzahl an verschiedenen Messinstrumenten wurde nicht nur die sehr heterogene Symptomatik der Patientenklientel mit unterschiedlichen Diagnosen und Störungsbildern von der Depression über Angststörungen bis hin zu somatoformen Beschwerden erfasst, sondern es wurden darüber hinaus die Lebensqualität und die Kognition sowie aufgrund des gruppentherapeutischen Schwerpunkts auch interpersonale Verhaltensweisen untersucht. Als zusätzliche inhaltliche Stärke der Studie ist die Erfassung der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems anzuführen, welche den Blick über den Psychotherapieerfolg hinaus auf relevante Auswirkungen in der Krankenversorgung lenkt.

Positiv ist zudem die umfassende Datenauswertung zu sehen, welche exploratorische Analysen mit einschließt und neben den üblichen gruppenstatistischen Vergleichen auch die individuelle Veränderung im Sinne einer klinisch relevanten Veränderung berücksichtigt. Gerade die RCI-Methode wird nach Angaben mehrerer Autoren (u. a. Lambert & Ogles, 2009; Hiller & Schindler, 2010) in der Psychotherapieforschung weiterhin viel zu selten verwendet. Von Belang für die Interpretation der Ergebnisse und eine Stärke der Studie sind zudem die geringen drop-out-Raten und der hohe Patientenanteil bei der Katamnese.

Wie Petermann & Schüßler (2010) in ihrem Überblick zum Status der Psychotherapieforschung im deutschen Sprachraum anmerken, verwenden viele Effektivens-Studien nur einfache Prä-Post-Designs, oftmals ohne Follow-up-Untersuchungen oder Angaben zur klinischen Signifikanz, zudem seien kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsformen überrepräsentiert. Die genannten Vorteile der vorliegenden Studie stehen dieser Kritik entgegen.

Dennoch hat die Untersuchung einige methodische und inhaltliche Schwächen. Durch die naturalistische Herangehensweise ist die interne Validität im Vergleich zu Untersuchungen mit randomisierten Kontrollgruppen nach dem RCT-Standard begrenzt. Da mehrere Größen neben dem Treatment die Untersuchungsergebnisse bzw. die festgestellten Veränderungen in den einzelnen Variablen beeinflussen können, gestaltet sich eine kausale Interpretation der Ergebnisse schwierig. Insbesondere sogenannte historische Einflüsse spielen hierbei eine Rolle, da der zeitliche Einfluss auf mögliche Veränderungen durch die Eigenwartegruppe nur bedingt kontrollierbar ist. So könnte beispielsweise kritisch argumentiert werden, dass spontane Veränderungen in einem Zeitraum, der über den durch die Wartebedingung kontrollierten Zeitrahmen hinausgeht, auftreten, welche nicht durch die anschließende Therapie bedingt sind. Wenngleich eine Kausalattribution schwierig ist, wird durch die Verwendung eines Eigenwartegruppensignals jedoch zumindest die Möglichkeit geschaffen, eine Stichprobe unter den zwei Bedingungen Wartezeit und Therapie zu beobachten und aus den festgestellten Unterschieden Schlussfolgerungen zu ziehen, welche die vorhandenen Effekte auf die Therapie zurückführen lassen.

Auch im Hinblick auf das gewählte Untersuchungsinstrumentarium ist zu kritisieren, dass weder ein globales Therapieerfolgsmaß noch eine Zielerreichungsskala zur Erfassung individueller Therapieziele verwendet wurden. In der Planungsphase der Studie wurden diese Aspekte durchaus diskutiert, dann jedoch aus Gründen der Praktikabilität im Klinikalltag, welcher den Einsatz einer Goal Attainment Scale (GAS) aus personellen Kapazitätsgründen verwehrt, oder auch der Belastbarkeit der Patientenklientel, welche beispielsweise mit dem Ausfüllen der Symptom-Checkliste SCL-90-R nach Derogatis überfordert gewesen wäre, wieder verworfen. Da Therapieerfolg viele Facetten hat, erscheint es ohnehin fraglich, inwieweit ein übergreifender Gesamtindex aussagekräftig gewesen wäre.

Aufgrund der ausgeprägten Heterogenität der Stichprobe erschien es gerechtfertigt, vergleichsweise viele Erfolgsmaße zur Erfassung sehr unterschiedlicher Parameter einzusetzen. Wie bereits unter Punkt 9 beschrieben, standen bei der Auswahl der Fragebogen, Tests und Fremdbeurteilungsverfahren neben den Gütekriterien der einzelnen Testverfah-

ren spezifische Besonderheiten in der Anwendung bei älteren Patienten wie deren reduzierte Belastbarkeit im Vordergrund. Aus diesem Grund wurden auch Instrumente verwendet, welche im Vergleich mit anderen Studien aus dem Bereich der Evaluationsforschung weniger gebräuchlich sind (z. B. Gießener Beschwerdebogen, Nürnberger-Alters-Inventar), im Gegenzug wurde auf andere Verfahren wiederum verzichtet (z. B. SCL-90-R, Screening für somatoforme Störungen SOMS). Aus diesem Grund ist die Vergleichbarkeit mit anderen Studien insgesamt eingeschränkt. Da es sich bei der vorliegenden Untersuchung jedoch um die bislang erste und einzige Studie zur Evaluation teilstationärer psychosomatischer Behandlung mit Älteren handelt, sind per se kaum Vergleichsmöglichkeiten gegeben, wenn überhaupt lediglich mit der tagesklinischen Behandlung jüngerer oder der stationären Therapie älterer Patienten. Mit der Hospital Anxiety and Depression Scale HADS-D und dem Gesundheitsfragebogen für Patienten PHQ-D wurden jedoch zumindest zwei Verfahren eingesetzt, die vergleichsweise häufig verwendet werden.

Allgemein sind einer Generalisierung der Ergebnisse Grenzen gesetzt, da sich psychosomatische teilstationäre Einrichtungen in Deutschland im Hinblick auf strukturelle, behandlungsbezogene und auch patientenspezifische Merkmale zumeist deutlich voneinander unterscheiden.

14 Ausblick und Forschungsbedarf in der Zukunft

Die vorliegende Untersuchung leistet einen Beitrag zur insgesamt dürftigen Forschungslage sowohl in Bezug auf die psychosomatische Behandlung Älterer als auch im Hinblick auf die teilstationäre Therapie in der Psychosomatik. Sie zeigt jedoch auch den großen Bedarf an weiterführenden Studien zu diesem spezifischen Bereich auf. Beispielsweise steht die Analyse von Prozessmerkmalen im teilstationären Setting, allgemein und insbesondere im Hinblick auf ältere Patienten, noch aus, ebenso wie Untersuchungen in Tageskliniken mit längeren Katamnesezeiträumen. Zur empirischen Absicherung der oben beschriebenen Befunde dieser evaluativen Studie benötigt es zudem randomisiert kontrollierte Untersuchungen, welche sich neben der Effektivität auch der differenziellen Indikationsstellung von teilstationärer und stationärer Behandlung gerade bei Älteren annehmen. Gibt es über die bereits bekannten Indikationskriterien für eine teilstationäre Behandlung noch weitere Merkmale? Auch vergleichende Untersuchungen zu Unterschieden in der Behandlung älterer und jüngerer Patienten in der Psychosomatik fehlen bislang weitestgehend. Ein Vergleich der Behandlungseffekte von älteren Patienten in altershomogenen Gruppen mit denen von Älteren, welcher in Kliniken mit Mischkonzept behandelt werden, ist ebenfalls von Interesse. Kosten-Nutzen-Analysen erscheinen sowohl aus dem Blickwinkel des Versorgungssystems als auch der Klinik selbst ebenfalls erforderlich, um anhand harter Daten auch den monetären Nutzen einer teilstationären Behandlung Älterer zu ermitteln. Schlussendlich ist auch die Erforschung möglicher Prädiktoren des Therapieerfolgs noch bei weitem nicht ausreichend, weder im Hinblick auf Patientenmerkmale noch bezüglich therapeutischer Variablen. Gerade die Identifizierung relevanter Prädiktoren ist jedoch für die Entwicklung zukünftiger therapeutischer Programme aber auch die individuelle Zuweisung des einzelnen Patienten zu der am meisten erfolgversprechenden Therapie erforderlich. Auch die sogenannten Non-Responder, welche nicht auf die Therapie ansprechen, wurden in der Forschung bislang kaum beachtet. Bezüglich des Migrationshintergrunds, welcher gerade bei dieser Generation älterer Patienten mit der Erfahrung von Flucht und Vertreibung eine Besonderheit darstellt, ergaben sich interessante Beobachtungen beispielsweise im Hinblick auf das Vorliegen somatoformer Beschwerden oder die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens, welche sich für eine intensivere Erforschung lohnen dürften, da es bislang nur wenig Studien mit teils divergenten Ergebnissen gibt (z. B. Csöff et al., 2010; Mewes et al., 2010).

Doch nicht nur der Forschung stellen sich in der Zukunft viele interessante Aufgaben, auch in der klinischen Praxis ist es an der Zeit, eine Versorgungslücke zu schließen. Bei dieser Gelegenheit sei angemerkt, dass das Angebot an ambulanter Gruppentherapie, insbesondere bezüglich altershomogener psychotherapeutischer Gruppen für Ältere, weit hinter dem Versorgungsbedarf zurückliegt, obwohl es mittlerweile genügend Evidenz für die Wirksamkeit von Gruppen gibt (z. B. Burlingame et al., 2004), positive Erfahrungsberichte aus der ambulanten Gruppenpsychotherapie Älterer vorliegen (Kemper, 1995) und gerade die Gruppentherapie als ökonomische Behandlungsform angesichts der Ressourcenallokation im Gesundheitssystem weit verbreitet sein müsste. Doch wie auch Strauß (2011) feststellt, ist es „nach wie vor ein recht geringer Anteil der Psychotherapeuten, der ambulant gruppenpsychotherapeutisch arbeitet, obwohl sehr viel mehr dies eigentlich könnten bzw. dazu berechtigt wären“ (S. 1). Hierzu merkt van Haren (2011) an, dass die ambulante Gruppenpsychotherapie möglicherweise weiter verbreitet ist, aber seitens der Therapeuten nicht mit den kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet wird, andererseits aber auch Patienten oftmals gezielt für eine Gruppenpsychotherapie motiviert werden müssen, da zumeist zunächst eine Einzeltherapie im Fokus der Suche steht. Auch niederschwellige supportive Gruppentherapieangebote, wie sie beispielsweise die Psychosomatische Ambulanz der Medizinischen Klinik Heidelberg anbietet (Wild et al., 2010), stellen eine sinnvolle Erweiterung des psychotherapeutischen Angebots für Ältere dar.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sprechen für die Wirksamkeit teilstationärer Behandlung bei Älteren, die Notwendigkeit dieses Settings mit seinen spezifischen Besonderheiten ist bereits für die Psychosomatik im Allgemeinen unumstritten. Die Erfahrungen in der PTK 55+ zeigen, dass viele Patienten nicht in psychotherapeutische Behandlung gekommen wären, wenn es diese Tagesklinik nicht geben würde, da die Hürden für eine stationäre Behandlung (oftmals aus organisatorischen Gründen, aber auch aufgrund der höheren Hemmschwelle) ebenso wie für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung (aufgrund langer Wartezeiten oder auch einer geringen Therapiemotivation) oftmals sehr hoch sind. Die Autorin ist gespannt, wo die zweite psychosomatische Tagesklinik für Ältere eröffnen wird!

15 Zusammenfassung

2006 wurde mit der Psychosomatischen Tagesklinik für Ältere PTK 55+ am Klinikum Nürnberg die erste und bislang einzige Einrichtung dieser Art eröffnet. Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Wirksamkeit der Behandlung nachzuweisen und darüber hinaus Informationen über Einflussfaktoren auf die Effektivität der psychosomatischen Behandlung von älteren Patienten zu gewinnen. Zudem soll ein Beitrag zu der nach wie vor sehr spärlichen Datenlage über Ältere in der Psychosomatik geleistet werden.

In einem naturalistischen Studiendesign mit einer Eigenwartegruppe wurden an einer klinischen Stichprobe mit 116 Patienten anhand einer Fragebogenbatterie und psychometrischen Tests Daten beim prästationären Gespräch, zu Therapiebeginn, bei der Entlassung aus der Klinik sowie acht Monate nach dem teilstationären Aufenthalt gewonnen. Es wurden hierbei Depressivität, Ängstlichkeit, Körperbeschwerden, interpersonales Verhalten, Lebensqualität und kognitive Parameter anhand diverser Instrumente (u. a. HADS, PHQ, GBB, IIP) erfasst. Zudem erfolgte eine ausführliche Erhebung soziobiografischer Daten und der Patientenzufriedenheit.

Die Hauptfragestellung der Untersuchung war, ob die psychotherapeutische Behandlung in der Psychosomatischen Tagesklinik für Ältere 55+ im Vergleich zu einer Wartezeit ohne therapeutische Intervention zu einer statistisch und klinisch signifikanten Verbesserung des psychischen Befindens (Ängstlichkeit und Depressivität) der Patienten führt. Die Nebenfragestellungen beziehen sich auf mögliche Verbesserungen in den anderen benannten Bereichen, den mittelfristigen Therapieerfolg bei der Katamnese, Prädiktoren des Therapieerfolgs sowie mögliche Effekte auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.

Die durchgeführten Varianzanalysen zeigen, dass sich in nahezu allen Variablen signifikante Verbesserungen unter der Therapie ergaben, kaum jedoch in der Wartezeit ohne Intervention. Die Effektstärken für Veränderungen zwischen Aufnahme und Entlassung sind deutlich höher als für die Zeit zwischen dem prästationären Gespräch und der Aufnahme. Bei der Acht-Monats-Katamnese sind die erreichten Therapieerfolge weiterhin vorhanden.

Zudem ließ sich eine signifikant reduzierte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach der psychosomatischen Behandlung nachweisen: Die Anzahl von Arztbesuchen, ambulanten Untersuchungen und Krankenhausaufenthalten, erfasst für einen Zeitraum von sechs Monaten vor und nach der Therapie, verringerte sich signifikant. Die klinische Sig-

nifikanz der Veränderungen wurde anhand des Reliable Change Index überprüft. Es konnten insgesamt nur wenig Prädiktoren des Therapieerfolgs identifiziert werden, welche jeweils nur einen geringen Varianzanteil aufklären. Das Lebensalter steht jedoch nicht in Zusammenhang mit dem kurz- bzw. mittelfristigen Therapieergebnis. Es zeigten sich außerdem Hinweise auf häufiger vorliegende somatoforme Störungen und geringere psychotherapeutische Vorerfahrung bei Non-Respondern.

Die Ergebnisse zeigen trotz einiger methodischer Schwächen der Untersuchung, dass die psychosomatische teilstationäre Behandlung Älterer erfolgreich ist. Eine Erweiterung dieses spezifischen psychotherapeutischen Angebots für Ältere ist wünschenswert, um die bestehende Versorgungslücke zu verkleinern.

16 Literaturverzeichnis

- Abraham, K. (1920). Zur Prognose psychoanalytischer Behandlungen in vorgeschrittenem Lebensalter. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 6, 113–117.
- Adam, C. (1998). *Depressive Störungen im Alter. Epidemiologie und soziale Bindungen*. Weinheim: Juventa.
- Adams, W.L., Garry, P.J., Rhyne, R., Hunt, W.C., Goodwin, M.S. & Goodwin, J.S. (1990). Alcohol intake in the healthy elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 211-216.
- Adams, W.L., Yuan, Z., Barboriak, J.J. & Rimm, A.A. (1993). Alcohol-related hospitalisations of elderly people. *Journal of the American Medical Association*, 270, 1222-1225.
- Adler, R.H. & Hemmeler, W. (1992). *Anamnese und Körperuntersuchung*. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Adler, R.H., Herrmann, J.M., Köhle, K., Langewitz, W., Schonecke, O.W., Uexküll, von T. & Wesiack, W. (Hrsg.). (2003). *Uexküll. Psychosomatische Medizin*. München: Urban & Fischer.
- Agarwalla, P. & Küchenhoff, J. (2004). Teilstationäre Psychotherapie – Ergebnisse, Kattamnese, Einflussfaktoren. *Psychotherapeut*, 49, 261-271.
- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G. & Brähler, H. (2010). Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. Teil 1: Versorgungssituation. *Psychotherapeut*, 55, 503-514.
- Albers, M. (1999). Kosten und Nutzen der tagesklinischen Behandlung. In B. Eikelmann, T. Reker & M. Albers (Hrsg.), *Die psychiatrische Tagesklinik* (S. 113-120). Stuttgart: Thieme.
- Alonso, J., Codony, M., Kovess, V., Angermeyer, M.C., Katz, S.J., Haro, J.M. et al. (2007). Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *British Journal of Psychiatry*, 190, 299–306.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.). (2006). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Huber.
- Arolt, V. & Schmidt, E.H. (1992). Differentielle Typologie und Psychotherapie depressiver Erkrankungen im hohen Lebensalter – Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung in Nervenarztpraxen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 5, 17-24.
- Backes, G. (2002). Alter(n) und Lebenslagen im sozialen Wandel. In M. Peters & J. Kipp (Hrsg.), *Zwischen Abschied und Neubeginn. Entwicklungskrisen im Alter* (S. 53-71). Gießen: Psychosozial-Verlag.

- Baier, B., Romero, B. & Förstl, H. (2002). Psychopharmakologie und Psychotherapie. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (S. 125-140). Berlin: Springer.
- Baltensperger, C. & Grawe, K. (2001). Psychotherapie unter gesundheitsökonomischem Aspekt. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 30, 10-21.
- Baltes, M.M. & Carstensen, L.L. (1996). Gutes Leben im Alter: Überlegungen zu einem prozessorientierten Metamodell erfolgreichen Alterns. *Psychologische Rundschau*, 47, 199-215.
- Baltes, P.B. (1997). Die unvollendete Architektur der menschlichen Ontogenese: Implikation für die Zukunft des vierten Lebensalters. *Psychologische Rundschau*, 48, 191-210.
- Baltes, P.B. & Lindenberger, U. (1988). On the range of cognitive plasticity in old age as a function of experience: 15 years of intervention research. *Behavior Therapy*, 19, 283-300.
- Baltes, P.B., Mittelstrass, J. & Staudinger, U. (Hrsg.). (1994). *Alter und Altern. Ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie*. Berlin: de Gruyter.
- Barmer GEK (Hrsg.). (2010). *Barmer GEK Gesundheitsreport 2010*. Berlin.
URL: <http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Infothek/Studien-und-Reports/Gesundheitsreport-2010/Gesundheitsreport-2010-PDF.property=Data.pdf>
- Barmer GEK (Hrsg.). (2011). *Barmer GEK Arzneimittelreport 2011*. St. Augustin: Asgard.
URL: <http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2011/110615-Arzneimittelreport-2011/PDF-Arzneimittelreport-2011.property=Data.pdf>
- Barsky, A.J., Orav, E.J. & Bates D.W. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry* 62, 903-910.
- Baune, B.T. & Arolt, V. (2005). Psychiatrische Epidemiologie und Bevölkerungsmedizin. *Nervenarzt*, 76, 633-646.
- Bäurle, P. (1997). Patientenzentrierte Methodenvielfalt auf der gerontopsychiatrischen Psychotherapiestation K1 Münsterlingen (Schweiz). In H. Radebold, R.D. Hirsch, J. Kipp, R. Kortus, G. Stoppe, B. Struwe & C. Wächtler (Hrsg.), *Depressionen im Alter* (S. 299-301). Darmstadt: Steinkopff.
- Bäurle, P. (2000). Das Konzept der Psychotherapiestation K1 Münsterlingen. In P. Bäurle, H. Radebold, R.D. Hirsch, K. Studer, U. Schmid-Furstoss & B. Struwe (Hrsg.), *Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen* (S. 35-43). Bern: Huber.
- Bäurle, P., Kipp, J., Peters, M., Radebold, H., Trilling, A. & Wormstall, H. (Hrsg.). (2005). *Psychotherapie im Alter. Heft 1, Gruppentherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

- Bäurle, P., Kipp, J., Peters, M., Radebold, H., Trilling, A. & Wormstall, H. (Hrsg.). (2007). *Psychotherapie im Alter. Heft 4, Depressionen*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Bäurle, P., Radebold, H., Hirsch, R.D., Studer, K., Schmid-Furstoss, U. & Struwe, B. (Hrsg.). (2000). *Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen*. Bern: Huber.
- Bechtler, H. (2000). *Gruppenpsychotherapie mit älteren Menschen*. München: Ernst Reinhardt.
- Beckert-Zieglschmid, C. & Born, A. (2009). Demografischer Wandel in Psychiatrie und Psychotherapie – Relevanz des Altersbezuges. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 59, 423-427.
- Beekmann, A.T., Copeland, J.R. & Prince, M.J. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *British Journal of Psychiatry*, 174, 307-311.
- Beelmann, A. & Hamm, G. (1999). Zur Verwendung der Psychotherapieforschung in der Praxis: Rezeption, Bedeutung, Kritik und Erwartungen. In H. Petzold & M. Märtens (Hrsg.), *Wege zu effektiven Psychotherapien. Band 1* (S. 63-80). Opladen: Leske und Budrich.
- Beese, F. (Hrsg.). (1978). *Stationäre Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bents, H., Frank, R. & Rey, E.-R. (Hrsg.). (1996). *Erfolg und Mißerfolg in der Psychotherapie*. Regensburg: Roderer.
- Beurs, E. de, Beekmann, A.T., Balkom, A.J. van, Deeg, D.J., Dyck, R. van & Tilburg, W. van (1999). Consequences of anxiety in older persons: its effect on disability, well-being and use of health services. *Psychological Medicine*, 9, 583–593.
- Bion, W.R. (1990). *Lernen durch Erfahrung* (E. Krejci, Übers.). Frankfurt/Main: Suhrkamp. (Original erschienen 1962: Learning from Experience)
- Bleichhardt, G., Timmer, B. & Rief, W. (2005). Prädiktoren für den direkten und längerfristigen Therapieerfolg bei Patienten mit somatoformen Störungen nach verhaltenstherapeutischer Behandlung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 53, 40-58.
- Boerner, R.J. (2004). Angst im Alter. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 72, 564-573.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (5. Auflage). Berlin: Springer.
- Brähler, E., Hinz, E. & Scheer, J.W. (1994). *Der Gießener Beschwerdebogen. Handbuch*. Bern: Hans Huber.
- Brähler, E., Hinz, E. & Scheer, J.W. (2008). *GBB-24. Der Gießener Beschwerdebogen. Manual* (3., überarbeitete und neu normierte Auflage). Bern: Hans Huber.

- Brähler, E., Horowitz, L.M., Kordy, H., Schumacher, J. & Strauß, B. (1999). Zur Validierung des Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP) – Ergebnisse einer Repräsentativbefragung in Ost- und Westdeutschland. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 49, 422-431.
- Braun, U. & Regli, D. (2000). Psychotherapie-Evaluation in der Praxis. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie* (S. 459-475). Wien: Springer.
- Bräuninger, I. (2000a). Tanztherapie in der Gerontopsychiatrischen Tagesklinik bei Patienten mit Angststörungen. In C. Kretschmar, R.D. Hirsch, M. Haupt, R. Ihl, R. Kortus, G. Stoppe, & C. Wächtler (Hrsg.), *Angst – Sucht – Anpassungsstörungen im Alter* (S. 202-206). Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Band 1. Düsseldorf.
- Bräuninger, I. (2000b). Tanztherapie mit Menschen in der zweiten Lebenshälfte: Möglichkeiten der Angst- und Suchtbewältigung. In P. Bäurle, H. Radebold, R.D. Hirsch, K. Studer, U. Schmid-Furstoss & B. Struwe (Hrsg.), *Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen* (S. 136-141). Bern: Hans Huber.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Burlingame, G.M., MacKenzie, K.R. & Strauß, B. (2001). Zum aktuellen Stand der Gruppenpsychotherapieforschung: 1. Allgemeine Effekte von Gruppenpsychotherapien und Effekte störungsspezifischer Gruppenbehandlungen. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 37, 299-318.
- Burlingame, G.M., MacKenzie, K.R. & Strauß, B. (2004). Small-group treatment: evidence for effectiveness and mechanisms of change. In M. Lambert (ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (fifth edition). (S. 647-696). New York: Wiley.
- Christensen, L. & Mendoza, J.L. (1986). A method of assessing change in a single subject: An alteration of the RC index. *Behavior Therapy*, 17, 305-308.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Copeland, J.R., Beekmann, A.T., Dewey, M.E., Hooijer, C., Jordan, A., Lawlor, B.A. et al. (1999). Depression in Europe. Geographical distribution among older people. *British Journal of Psychiatry*, 174, 312-321.
- Csef, H. (1995). Vom „funktionellen Syndrom“ zur „somatoformen Störung“. *Fortschritte der Medizin*, 113, 257-277.
- Csef, H. (2001). Funktionelle (somatoforme) Störungen beim internistischen Hausbesuch. *Internist*, 42, 1476-1487.
- Csöff, R.M., Macassa, G. & Lindert, J. (2010). Körperliche Beschwerden bei älteren Migranten in Deutschland. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 58, 199-206.

- Cully, J.A., Johnson, M., Moffett, M.L., Khan, M. & Deswal, A. (2009). Depression and anxiety in ambulatory patients with heart failure. *Psychosomatics*, 50, 592-598.
- Currin, J.B., Hayslip, B., Schneider, L.J. & Kooken, R.A. (1998). Cohort differences in attitudes toward mental health services among older persons. *Psychotherapy*, 35, 506-518.
- Czogalik, D. (1999). Methoden der Psychotherapieforschung – Möglichkeiten und Grenzen. In H. Petzold & M. Märtens (Hrsg.), *Wege zu effektiven Psychotherapien. Band 1* (S. 151-174). Opladen: Leske und Budrich.
- Davies-Osterkamp, S., Strauß, B. & Schmitz, N. (1996). Interpersonal problems as predictors of symptom related treatment outcome in longterm psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 6, 164-176.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.). (2005). *Substanzbezogene Störungen im Alter*. Hamm.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). (2001). *Gerontopsychiatrie und Alterspsychotherapie in Deutschland. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung*. (Bd. 4). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Dilling, H. & Weyerer, S. (1984). Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung bei Erwachsenen und Jugendlichen. In H. Dilling, S. Weyerer & R. Castell (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung* (S. 1-122). Stuttgart: Enke.
- Dilling, H., Weyerer, S. & Castell, R. (Hrsg.). (1984). *Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung*. Stuttgart: Enke.
- Drexler, A. & Themessl-Huber, M. (2005). Sind Psychotherapeuten heimliche Evaluatoren? *Psychotherapeut*, 50, 186-194.
- Driesch, G., Wenker, M., Schneider, G. & Lange, C. (2004, März). *Stationäre Behandlung von Patienten zwischen 50 und 99 Jahren in psychosomatisch-psychotherapeutischen Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken – eine Erhebung in 136 Kliniken*. Vortrag auf der 10. Wissenschaftlichen Arbeitstagung Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie, Münster.
- Dykieriek, P. & Schramm, E. (2000). Interpersonelle Psychotherapie zur Behandlung von Altersdepressionen. In P. Bäurle, H. Radebold, R.D. Hirsch, K. Studer, U. Schmid-Furstoss & B. Struwe (Hrsg.), *Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen* (S. 95-100). Bern: Hans Huber.
- Eckert, J. & Strauß, B. (1993) Zusammenhänge zwischen interpersonalen Problemen und dem Behandlungsergebnis nach stationärer Gruppenpsychotherapie: 1. Einleitung und Überblick. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 29, 227-236.
- Eikermann, B. & Reker, T. (Hrsg.). (2004). *Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Eikermann, B., Reker, T. & Albers, M. (Hrsg.). (1999). *Die psychiatrische Tagesklinik*. Stuttgart: Thieme.

- Ellis, A. (1990). Treating the widowed client with Rational-Emotiv Therapy (RET). *The Psychotherapy Patient*, 6, 105-111.
- Elschenbroich, G. (2000). Funktionelle Entspannung mit älteren Menschen. In P. Baurle, H. Radebold, R.D. Hirsch, K. Studer, U. Schmid-Furstoss & B. Struwe (Hrsg.), *Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen* (S. 130-135). Bern: Hans Huber.
- Erikson, E.H. (1988). *Der vollständige Lebenszyklus* (W. Klüwer, Übers.). Frankfurt/Main: Suhrkamp. (Original erschienen 1982: The life cycle completed)
- Ernst, C. & Angst, J. (1995). Depression in old age. Is there a real decrease in prevalence? A review. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 245, 272-287.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 16, 319-324.
- Feuerlein, W. (1995). Abhängigkeit im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 8, 153-162.
- Fichter, M.M. (1990). *Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung*. Berlin: Springer.
- Fiedler, P. (1996). *Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. Psychologische Psychotherapie in der Praxis*. Göttingen: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Filipp, S.-H. & Mayer, A.-K. (1999). *Bilder des Alters. Altersstereotype und die Beziehungen zwischen den Generationen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fliege, H., Rogalinski, A., Schmid, G., Kocalevent, R.-D., Lohmann, R., Danzer, G. & Klapp, B.F. (2006). Evaluation stationärer psychosomatischer Behandlung anhand subjektiver und objektiver Kriterien. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 52, 64-81.
- Fliege, H., Rose, M., Bronner, E. & Klapp, B.F. (2002). Prädiktoren des Behandlungsergebnisses stationärer psychosomatischer Therapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52, 47-55.
- Forstmeier, S. & Maercker, A. (2007). Psychotherapie im Alter. *Psychotherapeutenjournal*, 6, 340-352.
- Foulkes, S.H. (1974). *Gruppenanalytische Psychotherapie* (I. Pfeiffer, Übers.). München: Kindler. (Original erschienen 1948: Introduction to Group-Analytic Psychotherapy)
- Franke, G.H. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test.
- Franke, G.H., Hoffmann, T. & Frommer, J. (2005). Entspricht die Symptomverbesserung vier Wochen nach Behandlungsbeginn dem Erfolg in der Ein-Jahres-Katamnese? Eine Studie zur stationären psychodynamischen Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 51, 360-372.

- Franz, M., Häfner, S., Lieberz, K., Reister, G. & Tress, W. (2000). Der Spontanverlauf psychogener Beeinträchtigung in einer Bevölkerungsstichprobe über 11 Jahre. *Psychotherapeut*, 45, 99-107.
- Franz, M., Janssen, P., Lensche, H., Schmidtke, V., Tetzlaff, M., Martin, K. et al. (2000). Effekte stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie - eine Multizenterstudie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 46, 242-258.
- Freud, S. (1905). *Über Psychotherapie*. Gesammelte Werke, Band 5 (S. 13-26). Frankfurt: Fischer.
- Freud, S. (1924). *Aus der Geschichte einer infantilen Neurose*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Friedan, B. (1997). *Mythos Alter*. Hamburg: Rowohlt.
- Friedrich, H.C., Hartmann, M., Bergmann, G. & Herzog, W. (2002). Psychische Komorbidität bei internistischen Krankenhauspatienten. Prävalenz und Einfluss auf die Liegedauer. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52, 323-328.
- Fritze, J. & Schmauß, M. (2001). Psychiatrische Versorgung in Deutschland: Personalprobleme? *Nervenarzt*, 72, 824-827.
- Fydrich, T. & Schneider, W. (2007). Evidenzbasierte Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 52, 55-68.
- Garner, J. (2003). Psychotherapies and older adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 537-548.
- Geiser, F., Bassler, M., Bents, H., Carls, W., Joraschky, P., Michelitsch, B. et al. (2002). Bewertung des Therapieerfolgs durch Patienten mit Angststörungen nach stationärer Psychotherapie. *Nervenarzt*, 73, 59-64.
- GEK (Hrsg.). (2008). *GEK-Report ambulant – ärztliche Versorgung 2008. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Erkrankungen und zukünftige Ausgaben*. St. Augustin: Asgard.
- Gerlinghoff, M., Backmund, H., Franzen, U., Gorzewski, B. & Fenzel, T. (1997). Strukturiertes tagesklinisches Therapie-Programm für Eßstörungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 47, 12-20.
- Geyer, S., Daiber, S. & Rauh, E. (2010, November). *Charakteristika und Wirksamkeit einer gerontopsychosomatischen Behandlung*. Posterpräsentation auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN, Berlin.
- Göllner, R., Volk, W. & Ermann, M. (1978). Analyse von Behandlungsergebnissen eines 10jährigen Katamneseprogramms. In F. Beese (Hrsg.), *Stationäre Psychotherapie* (S. 288-310). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Görgen, W. & Engler, U. (2005). *Kammerstudie. Ambulante psychotherapeutische Versorgung von psychosekranken Menschen sowie älteren Menschen in Berlin*. Heidelberg: Psychotherapeutenverlag.
- Grawe, K. (2005). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal*, 1, 4-11.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (2001). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession* (5. unveränd. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Gunzelmann, T., Schumacher, J. Strauß, B. & Brähler, E. (2000). Interpersonale Probleme älterer Menschen. *Psychotherapeut*, 45, 153-164.
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E. et al., (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 718-779.
- Haag, G. & Bayen, U.J. (1990). Verhaltenstherapie mit Älteren. In R.D. Hirsch (Hrsg.), *Psychotherapie im Alter* (S. 55-72). Bern: Hans Huber.
- Häfner, H. (1986). *Psychische Gesundheit im Alter*. Stuttgart: G. Fischer.
- Hager, W., Patry, J.-L. & Brezing, H. (Hrsg.). (2000). *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen. Standards und Kriterien: Ein Handbuch*. Bern: Hans Huber.
- Hannöver, W., Dogs, C.P. & Kordy, H. (2000). Patientenzufriedenheit – ein Maß für Behandlungserfolg? *Psychotherapeut*, 45, 292-300.
- Haren, W. van (2011). Überlegungen zur Gruppenpsychotherapie. *Psychotherapeut*, 56, 549-550.
- Hautzinger, M. (1993). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depression im Alter. In H.-J. Möller & A. Rohde (Hrsg.), *Psychische Krankheit im Alter* (S. 413-418). Berlin: Springer.
- Hautzinger, M. (1994). Behandlungskonzepte der Verhaltenstherapie. In H. Radebold & R.D. Hirsch (Hrsg.), *Altern und Psychotherapie* (S. 63-72). Bern: Hans Huber.
- Hautzinger, M. (1997). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen im Alter. In H. Radebold, R.D. Hirsch, J. Kipp, R. Kortus, G. Stoppe, B. Struwe & C. Wächtler (Hrsg.), *Depressionen im Alter* (S. 60-68). Darmstadt: Steinkopff.
- Hautzinger, M. (2000). *Depression im Alter*. Weinheim: Beltz.
- Hautzinger, M. (2002). Depressive Störungen. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (S. 141-165). Berlin: Springer.
- Hautzinger, M. (2007). Psychotherapieforschung. In C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen* (S. 61-73). Heidelberg: Springer.

- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1994). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Bern: Hans Huber.
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2006). *BDI-II. Beck-Depressions-Inventar. Revision*. Frankfurt/Main: Harcourt Test Services.
- Havemann-Reinecke, U., Weyerer, S. & Fleischmann, H. (Hrsg.). (1998). *Alkohol und Medikamente, Missbrauch und Abhängigkeit im Alter*. Göttingen: Hogrefe.
- Heider, J. (2007). *Wer profitiert? Patientenseitige Prädiktoren für den Therapieerfolg in der ambulanten kognitiv-behavioralen Psychotherapie bei Patienten mit multiplen somatoformen Symptomen*. Dissertation, Universität Koblenz-Landau.
URL: http://kola.opus.hbz-nrw.de/volltexte/2008/211/pdf/Dissertation_Heider.pdf.
- Heigl-Evers, A. (1978). *Konzepte der analytischen Gruppenpsychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Helmchen, H., Baltes, M.M., Geiselman, B., Kanowski, S., Linden, M., Reischies, F.M. et al. (1996). Psychische Erkrankungen im Alter. In K.U. Mayer & P.B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 185-219). Berlin: Akademie Verlag.
- Helmchen, H. & Kanowski, S. (2001). Gerontopsychiatrie in Deutschland. Gegenwärtige Entwicklung und zukünftige Anforderungen. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Gerontopsychiatrie und Alterspsychotherapie in Deutschland. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung*. (Bd. 4). (S.12-113). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Helmchen, H., Linden, M. & Rüger, U. (Hrsg.). (1982). *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Berlin: Springer.
- Henningsen, P., Hartkamp, N., Loew, T., Sack, M., Scheidt, C.E. & Rudolf, G. (2002). *Somatoforme Störungen – Leitlinien und Quellentexte*. Stuttgart: Schattauer.
- Henningsen, P. & Rudolf, G. (2000). Zur Bedeutung der Evidenced-based Medicine für die Psychotherapeutische Medizin. *Psychotherapie, Psychosomatische Medizin, Medizinische Psychologie*, 50, 366–375.
- Herrmann, C., Buss, U. & Snaith, R.P. (1995). *HADS-D Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version. Testdokumentation und Handanweisung*. Bern: Huber.
- Hessel, A., Geyer, M., Gunzelmann, T., Schumacher, J. & Brähler, E. (2003). Somatoforme Beschwerden bei über 60-Jährigen in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36, 287-296.
- Hessel, A., Geyer, M., Hinz, A. & Brähler, E. (2005). Inanspruchnahme des Gesundheitssystems wegen somatoformer Beschwerden – Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 51, 38-56.
- Heuft, G. (1990). Zukünftige Forschungsperspektiven einer psychoanalytischen Gerontopsychosomatik – Persönlichkeit und Alternsprozess. *Zeitschrift für Gerontologie*, 23, S. 262-266.

- Heuft, G. (1994). Persönlichkeitsentwicklung im Alter - ein psychoanalytisches Entwicklungsparadigma. *Zeitschrift für Gerontologie*, 27, 116-121.
- Heuft, G. (1995). Der Zusammenhang zwischen lebenslanger Entwicklung und Ausbildung akuter funktioneller Körpersymptome im Alter. In G. Heuft, A. Kruse, H.G. Nehen & H. Radebold (Hrsg.), *Interdisziplinäre Gerontopsychosomatik* (S. 20-30). München: MMV Medizin Verlag Vieweg.
- Heuft, G. (1998). Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 48, 232-242.
- Heuft, G. (1999). Verhaltenstherapeutische Verfahren bei älteren und alten Patienten. In G. Heuft & M. Teising (Hrsg.), *Alterspsychotherapie - Quo vadis?* (S. 41-47). Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Heuft, G., Hoffmann, S. O., Mans, E.J., Mentzos, S. & Schüßler, G. (1997). Das Konzept des Aktualkonflikts und seine Bedeutung für die Therapie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 43, 1-14.
- Heuft, G., Kruse, A., Nehen, H.G. & Radebold, H. (Hrsg.). (1995). *Interdisziplinäre Gerontopsychosomatik*. München: MMV Medizin Verlag Vieweg.
- Heuft, G., Kruse, A. & Radebold, H. (2006). *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie*. München: Ernst Reinhardt.
- Heuft, G. & Marschner, C. (1994). Psychotherapeutische Behandlung im Alter - State of the art. *Psychotherapeut*, 39, 205-219.
- Heuft, G., Nehen, H.G., Kruse, A. & Schneider, G. (2000). Funktionelle Störungen bei älteren Menschen. *Deutsches Ärzteblatt*, 97, 2310-2313.
- Heuft, G., Rudolf, G. & Öri, C. (1992). Ältere Patienten in psychosomatisch-psychotherapeutischen Institutionen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 38, 358-370.
- Heuft, G. & Schneider, G. (1999). Zur psychoanalytischen Entwicklungspsychologie des höheren und hohen Alters. In G. Heuft & M. Teising (Hrsg.), *Alterspsychotherapie - Quo vadis?* (S. 17-28). Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Heuft, G. & Senf, W. (1992). Stationäre fokaltheraeutische Behandlung Älterer - Konzeption und erste Ergebnisse. *Zeitschrift für Gerontologie*, 25, 380-385.
- Heuft, G. & Senf, W. (1998a). *Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psy-BaDo*. Stuttgart: Thieme.
- Heuft, G. & Senf, W. (1998b). Psychotherapeutische Behandlung psychosomatisch erkrankter älterer Patienten. In A. Kruse (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie. Band 2: Intervention* (S. 168-180). Göttingen: Hogrefe.
- Heuft, G. & Teising, M. (Hrsg.). (1999). *Alterspsychotherapie - Quo vadis?* Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

- Heymann, F. von, Zaudig, M. & Tritt, K. (2003). Die diagnosebezogene Behandlungsdauer in der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Medizin: eine homogene Größe? Erste Ergebnisse der Multicenter-Basisdokumentation (Psy-BaDo-PTM) als Grundlage qualitätssichernder Maßnahmen in der stationären Psychosomatik. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 62, 209-221
- Hiller, W. & Schindler, A. (2010). Response und Remission in der Psychotherapieforschung. *Zeitschrift für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*, 61, 170-176.
- Hilpert, H.R. & Schwarz, R. (1981). Entwicklung und Kritik des Konzeptes der therapeutischen Gemeinschaft. In H. Hilpert, R. Schwarz & F. Beese (Hrsg.), *Psychotherapie in der Klinik* (S. 9-39). Berlin: Springer.
- Hinz, A. & Schwarz, R. (2001). Angst und Depression in der Allgemeinbevölkerung. Eine Normierungsstudie zur Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 51, 193-200.
- Hinz, A., Zweynert, U., Kittel, J., Igl, W. & Schwarz, R. (2009). Veränderungsmessung mit der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): Änderungssensitivität und Änderungsreliabilität. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 59, 394-400.
- Hinze, E. (1987). Übertragung und Gegenübertragung in der psychoanalytischen Behandlung älterer Patienten. *Psyche*, 41, 238-253.
- Hinze, E. (1999). Die psychoanalytische Behandlung von Älteren. In R.D. Hirsch (Hrsg.), *Psychotherapie im Alter* (S. 83-89). Bern: Hans Huber.
- Hirsch, R.D. (Hrsg.). (1992). *Altern und Depressivität*. Bern: Huber.
- Hirsch, R.D. (1995). Autogenes Training. In N. Jovic & A. Uchtenhagen (Hrsg.), *Psychotherapie und Altern* (S. 163-176). Zürich: Fachverlag AG.
- Hirsch, R.D. (1997). Übertragung und Gegenübertragung in der Psychotherapie mit alten Menschen. In E. Wenglein (Hrsg.), *Das dritte Lebensalter. Psychodynamik und Psychotherapie mit älteren Menschen* (S. 68-94). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hirsch, R.D. (Hrsg.). (1999a). *Psychotherapie im Alter*. Bern: Hans Huber.
- Hirsch, R.D. (1999b). Weiterbildungsanforderungen für Alterspsychotherapeuten. In G. Heuft & M. Teising (Hrsg.), *Alterspsychotherapie – Quo vadis?* (S. 152-167). Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Hirsch, R.D. (2000a). Anforderungen an eine Weiterbildung für Psychotherapie mit alten Menschen. In P. Bäurle, H. Radebold, R.D. Hirsch, K. Studer, U. Schmid-Furstoss & U. Struwe (Hrsg.), *Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen* (282-289). Bern: Hans Huber.

- Hirsch, R.D. (2000b). Nichtpharmakologische Therapie bei Angststörungen im Alter. In C. Kretschmar, R.D. Hirsch, M. Haupt, R. Ihl, R. Kortus, G. Stoppe & C. Wächtler (Hrsg.), *Angst – Sucht – Anpassungsstörungen im Alter* (S. 66-81). Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Band 1. Düsseldorf.
- Hochgerner, M. & Wildberger, E. (2000). *Was heilt in der Psychotherapie? Überlegungen zur Wirksamkeitsforschung und Methodenspezifische Denkweisen*. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Hoffmann, F., Pfannkuche, M. & Glaeske, G. (2008). Hochverbrauch von Zolpidem und Zopiclon. *Nervenarzt*, 79, 67-72.
- Höflich, A., Matzat, J., Meyer, F., Knickenberg, R.J., Bleichner, F., Merkle, W. et al. (2007). Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen und Psychotherapie im Anschluss an eine stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 57, 213-220.
- Hohagen, F., Rink, K., Käppler, C., Schramm, E., Riemann, D., Weyerer, S. & Berger, M. (1993). Prevalence and treatment of insomnia in general practice. A longitudinal study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 242, 329-336.
- Holtermann, K. & Lechner, U. (2000). Musiktherapie mit älteren Menschen. In P. Bäurle, H. Radebold, R.D. Hirsch, K. Studer, U. Schmid-Furstoss & B. Struwe (Hrsg.), *Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen* (S. 142-148). Bern: Hans Huber.
- Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., Bauer, B.A., Ureno, G. & Villasenor, V.S. (1988). Inventory of Interpersonal Problems: psychometric properties and clinical applications. *Journal of clinical and consulting Psychology*, 56, 885-892.
- Horowitz, L.M., Strauß, B. & Kordy, H. (2000). *IIP-D. Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme - Deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test.
- Howard, K. I., Kopta, S.M., Krause, M.S. & Orlinsky, D.E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.
- Imai, T. (2007). *Versorgungsrealität älterer Menschen in ambulanter Richtlinien-Psychotherapie am Beispiel des Münsterlandes*. Dissertation, Universitätsklinikum Münster.
URL: http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=984485449&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=984485449.pdf
- Imai, T., Telger, K., Wolter, D. & Heuft, G. (2008). Versorgungssituation älterer Menschen hinsichtlich ambulanter Richtlinien-Psychotherapie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41, 486-496.
- Imhof, A.E. (1981). *Die gewonnenen Jahre. Von der Zunahme unserer Lebensspanne seit dreihundert Jahren oder von der Notwendigkeit einer neuen Einstellung zu Leben und Sterben*. München: Beck.

- Jacobi, F. (2001). *Kosten-Effektivitäts- und Kosten-Nutzen-Analyse psychologischer Angstbehandlung*. Dissertation, Technische Universität Dresden.
URL: <http://www.qucosa.de/fileadmin/data/qucosa/documents/966/1024939677062-1825.pdf>
- Jacobi, F. & Harfst, T. (2011). Zum Behandlungsbedarf an klinisch-psychologischen Interventionen. *Report Psychologie*, 36, 111-113.
- Jacobi, F., Höfler, M., Meister, W. & Wittchen, H.-U. (2002). Prävalenz, Erkennens- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen. *Nervenarzt*, 73, 651-658.
- Jacobi, F., Klose, M. & Wittchen, H.-U. (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 47, 736-744.
- Jacobson, E. (2006). *Entspannung als Therapie. Progressive Relaxation in Theorie und Praxis* (Erstauflage 1990). Stuttgart: Klett Cotta.
- Jacobson, N., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Johannsen, J. (1994). Systemische Therapie. In H. Radebold & R.D. Hirsch (Hrsg.), *Altern und Psychotherapie* (S. 125-132). Bern: Hans Huber.
- Johannsen, J. (1999). Systemische Therapie mit Älteren - Quo vadis? In G. Heuft & M. Teising (Hrsg.), *Alterspsychotherapie – Quo vadis?* (S. 48-62). Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Jorm, A.F. (2000). Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span. *Psychological Medicine*, 30, 11-22.
- Jovic, N. & Uchtenhagen, A. (Hrsg.). (1995). *Psychotherapie und Altern*. Zürich: Fachverlag AG.
- Jung, C.G. (1967). Seele und Tod. In C.G. Jung, *Die Dynamik des Unbewussten*. Gesammelte Werke, Band 8 (S. 461-474). Zürich: Rascher & Cie. AG.
- Junkers, G. (1995). *Klinische Psychologie und Psychosomatik des Alterns*. Stuttgart: Schattauer.
- Kächele, H. (2006). Wirksamkeitsnachweise - das Bessere ist der Feind des Guten. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 140.
- Kallert, T., Schönherr, R., Schnippa, S., Matthes, C., Glöckner, M. & Schützwohl, M. (2005). Direkte Kosten akutenpsychiatrischer tagesklinischer Behandlung: Ergebnisse aus einer randomisierten kontrollierten Studie. *Psychiatrische Praxis*, 32, 132-141.
- Kammer für Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Land Berlin (Hrsg.). (2003). *Zur Wissenschaftlichkeit von Psychotherapieverfahren – Dokumentation einer Podiumsdiskussion der Psychotherapeutenkammer Berlin*. Berlin.

- Kappes, S. (2005). *Individuelle Therapieziele bei über 60jährigen Patienten in stationärer Psychotherapie im Vergleich mit 30-50jährigen Patienten und den Therapiezielen der sie behandelnden Therapeuten*. Dissertation, Universitätsklinikum Münster.
URL: http://miami.uni-muenster.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-2896/diss_kappes.pdf
- Katon, W., Russo, J., Lin, E., Heckbert, S.R., Ciechanowski, P., Ludman, E.J. & von Korff, M. (2009). Depression and Diabetes: Factors associated with major depression at five-year Follow-up. *Psychosomatics*, 50, 570-579.
- Kawski, S., Koch, U. & Schulz, H. (2003). Qualitätssicherung der Psychotherapie. In R.H. Adler, J.M. Herrmann, K. Köhle, W. Langewitz, O.W. Schonecke, T. von Uexküll & W. Wesiack (Hrsg.), *Uexküll. Psychosomatische Medizin* (S. 379-386). München: Urban & Fischer.
- Kemper, J. (1992). Psychotherapeutische Versorgung Alternder in einer Nervenarztpraxis. *Zeitschrift für Gerontologie*, 25, 356-359.
- Kemper, J. (1995). Psychodynamische Gruppentherapie Alternder - Ergebnisse einer katamnestischen Studie. In G. Heuft, A. Kruse, H.G. Nehen & H. Radebold (Hrsg.), *Interdisziplinäre Gerontopsychosomatik* (S. 253-269). München: MMV Medizin Verlag Vieweg.
- Kessler, C., Birnbaum, H., Bromet, E., Hwang, I., Sampson, N. & Shahly, V. (2010). Age differences in major depression: Results from the National Comorbidity Surveys Replication (NCS-R). *Psychological Medicine*, 40, 225-237.
- Kipp, J. (1995). Stationäre Gruppentherapie mit depressiven Menschen im Alter. In N. Jovic & A. Uchtenhagen (Hrsg.), *Psychotherapie und Altern* (S. 249-260). Zürich: Fachverlag AG.
- Kipp, J. (2007). Schwierigkeiten der Depressionstherapie im Alter - eine Übersicht. In P. Bäurle, J. Kipp, M. Peters, H. Radebold, A. Trilling & H. Wormstall (Hrsg.), *Psychotherapie im Alter, Heft 4, Depressionen* (S. 27-37). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Kipp, J. & Peters, M. (2005). Praxis der Gruppentherapie mit älteren Menschen - eine Übersicht. In P. Bäurle, J. Kipp, M. Peters, H. Radebold, A. Trilling & H. Wormstall (Hrsg.), *Psychotherapie im Alter, Heft 1, Gruppentherapie* (S. 11-29). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Klann, N. (2002). *Institutionelle Beratung – ein erfolgreiches Angebot. Von den Beratungs- und Therapieschulen zur klientenorientierten Intervention*. Freiburg i.Br.: Lambertus.
- Klann, N. & Hahlweg, K. (1994). *Bestandsaufnahme in der Institutionellen Ehe-, Familien- und Lebensberatung*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Band 48.2. Stuttgart: Kohlhammer.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B. & Chevron, E. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.

- Knesebeck, O. von dem, Bönte, M., Siegrist, J., Marceau, L., Link, C. & McKinlay, J. (2010). Diagnose und Therapie einer Depression im höheren Lebensalter – Einflüsse von Patienten- und Arztmerkmalen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 60, 98-103.
- Knight, B.G. (1996). Overview of psychotherapy with the elderly: the contextual, cohort-based, maturity-specific challenge model. In Zarit, S.H. & Knight, B.G. (Eds.), *A guide to psychotherapy and aging* (pp 17-34). Washington DC: American Psychological Association.
- Koçar, C. (2010). *Indikation und Verlauf tagesklinischer und stationärer psychosomatischer Behandlung. Eine Untersuchung am Beispiel der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin Esslingen*. Dissertation, Universität Ulm.
URL: http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=1010723979&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=1010723979.pdf
- Kordy, H. (2008). Psychosoziale Versorgungsforschung. *Psychotherapeut*, 53, 245-253.
- Kordy, H. & Hannover, W. (2000). Die Evaluation von Psychotherapie und das Konzept der „Klinisch bedeutsamen Veränderungen“. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie* (S. 477-495). Wien: Springer.
- Kordy, H. & Kächele, H. (2003). Ergebnisforschung in der Psychotherapie und Psychosomatik. In R.H. Adler, J.M. Herrmann, K. Köhle, W. Langewitz, O.W. Schonecke, T. von Uexküll & W. Wesiack (Hrsg.), *Uexküll. Psychosomatische Medizin* (S. 555-564). München: Urban & Fischer.
- Kratz, B., Pantel, J., Weimer, D., Jüchtern, J.C., Lehr, U., Oster, P. & Schröder, J. (2000). Der Zusammenhang von Angststörungen und körperlichem Gesundheitszustand in einer Stichprobe von 60-64-Jährigen – Ergebnisse der Interdisziplinären Langzeitstudie des Erwachsenenalters (ILSE). In C. Kretschmar, R.D. Hirsch, M. Haupt, R. Ihl, R. Kortus, G. Stoppe & C. Wächtler (Hrsg.), *Angst – Sucht – Anpassungsstörungen im Alter* (159-163). Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Band 1. Düsseldorf.
- Krebs-Roubicek, E.-M. (1995). Gestaltende Psychotherapie mit alten Menschen. In N. Jovic & A. Uchtenhagen (Hrsg.), *Psychotherapie und Altern* (S. 226-249). Zürich: Fachverlag AG.
- Kretschmar, C., Hirsch, R.D., Haupt, M., Ihl, R., Kortus, R., Stoppe, G. & Wächtler, C. (2000). *Angst – Sucht – Anpassungsstörungen im Alter*. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Band 1. Düsseldorf.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L. & Williams, J.B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606-613.
- Kruse, A. (1994). Alter im Lebenslauf. In P. Baltes, J. Mittelstrass & U. Staudinger (Hrsg.), *Alter und Altern. Ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie* (S. 331-355). Berlin: de Gruyter.
- Kruse, A. (Hrsg.). (1998). *Psychosoziale Gerontologie, Band 2: Intervention*. Göttingen: Hogrefe.

- Kruse, A. (2002). *Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien*. Band 146. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung. Baden-Baden: Nomos.
- Kruse, A., Gaber, E., Heuft, G., Oster, P., Re, S. & Schulz-Nieswandt, F. (2002). *Gesundheit im Alter*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 10. Berlin: Verlag Robert Koch-Institut.
- Kruse, A. & Schmitt, E. (1995). Die psychische Situation hilfe- und pflegebedürftiger älterer Menschen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 8, 273-288.
- Kruse, J., Schmitz, N., Wöller, W., Heckrath, C. & Tress, W. (2004). Warum übersieht der Hausarzt die psychischen Störungen seiner Patienten? Determinanten der hausärztlichen Identifikation psychischer Störungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 54, 45-51.
- Kubat, H. & Bahro, M. (2001). Ressourcenaktivierung bei depressiven älteren Patienten. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 69, 10-18.
- Küchenhoff, J. (1998). *Teilstationäre Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Kuhlmeier, A. (2009, Mai). *Psychische Störungen – Versorgungsbedarf bei älteren Menschen*. Vortrag auf dem Symposium der Bundespsychotherapeutenkammer „Psychotherapie im Alter“, Berlin.
- Kurz, A. (1999). Warum werden Altersdepressionen oft nicht erkannt und oft nicht adäquat therapiert? In G. Laux & W.E. Müller (Hrsg.), *Altersdepression: Erkennen und Behandeln*. (S. 9-19). Neu-Isenburg: LinguaMed.
- Laireiter, A.-R. (Hrsg.). (2000). *Diagnostik in der Psychotherapie*. Wien: Springer.
- Laireiter, A.-R. & Vogel, H. (Hrsg.). (1998). *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – Ein Werkstattbuch*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Lambert, M.J. (ed.). (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (fifth edition). New York: Wiley.
- Lambert, M.J. & Barley, D.E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 17-32). Oxford: University Press.
- Lambert, M.J. & Ogles, B.M. (2004). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M.J. Lambert (ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (fifth edition) (S. 139-193). New York: Wiley.
- Lambert, M.J. & Ogles, B.M. (2009). Using clinical significance in psychotherapy outcome research: The need for a common procedure and validity data. *Psychotherapy Research*, 19, 493-501.

- Lamprecht, F. (1996). Die ökonomischen Folgen von Fehlbehandlungen psychosomatischer und somatopsychischer Erkrankungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 46, 283-291.
- Lange, C., Peters, M. & Radebold, H. (1995). Zur Versorgung älterer Patienten in Psychosomatischen Kliniken. In G. Heuft, A. Kruse, H.G. Nehen & H. Radebold (Hrsg.), *Interdisziplinäre Gerontopsychosomatik* (S. 243-252). München: MMV Medizin-Verlag Vieweg.
- Lange, C., Peters, M., Radebold, H., Schneider, G. & Heuft, G. (2001). Behandlungsergebnisse stationärer psychosomatischer Rehabilitation Älterer. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34, 387-394.
- Lauterberg, J. (2008). Versorgungsforschung im psychosozialen Feld aus dem Blickwinkel der gesetzlichen Krankenversicherung. *Psychotherapeut*, 53, 254-259.
- Laux, G. & Müller, W.E. (Hrsg.). (1999). *Altersdepression: Erkennen und Behandeln*. Neu-Isenburg: LinguaMed.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald Press.
- Legewie, H. (2000). Psychotherapie unter Rationalisierungsdruck. *psychomed*, 2, 108-116.
- Leichsenring, F. & Rüger, U. (2004). Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidenced Based Medicine (EBM). Randomisierte kontrollierte Studien vs. naturalistische Studien. Gibt es nur einen Goldstandard? *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 50, 203-217.
- Lieb, B., Rosien, M., Bonnet, U. & Scherbaum, N. (2008). Alkoholbezogene Störungen im Alter – Aktueller Stand zu Diagnostik und Therapie. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 76, 75-85.
- Lienert, G.A. & Ratz, U. (1994). *Testaufbau und Testanalyse* (5., völlig neubearbeitete und erweiterte Auflage). Weinheim: Beltz.
- Linden, M.E. (1953). Group psychotherapy with institutionalized senile women: study in gerontologic human relations. *International Journal of Group Psychotherapy*, 3, 150-170.
- Linden, M., Förster, R., Oel, M. & Schlötelborg, R. (1993). Verhaltenstherapie in der kasernenärztlichen Versorgung: Eine versorgungsepidemiologische Untersuchung. *Verhaltenstherapie*, 3, 101-111.
- Linden, M., Gilber, R., Horgas, A.L. & Steinhagen-Thiessen, E. (1996). Die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfen im hohen Alter. In K.U. Mayer & Baltes P.B. (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 475-496). Berlin: Akademie-Verlag.
- Linden, M., Kurtz, G., Baltes, M.M., Geiselman, B., Lang, F.R., Reischies, F.M. & Helmchen, H. (1998). Depression bei Hochbetagten – Ergebnisse der Berliner Altersstudie. *Nervenarzt*, 69, 27-37.

- Lindesay, J. (1991). Phobic disorders in the elderly. *British Journal of Psychiatry*, *159*, 531-541.
- Linster, H.W. (1994). Behandlungskonzept der Gesprächspsychotherapie. In H. Radebold & R.D. Hirsch (Hrsg.), *Altern und Psychotherapie* (S. 73-81). Bern: Hans Huber.
- Linster, H.W. (1999). Gesprächspsychotherapie mit älteren Menschen. In R.D. Hirsch (Hrsg.), *Psychotherapie im Alter* (S. 90-102). Bern: Huber.
- Löcherbach, P., Henrich, T., Kemmer, H., Kinstler, H.-J., Knopp-Vater, M., Riekmann, N. et al. (2000). *Indikatoren zur Ermittlung des ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs*. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 125. Baden-Baden: Nomos.
- Löwe, B., Kroenke, K., Herzog, W., & Gräfe, K. (2004). Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Journal of Affective Disorders*, *81*, 61-66.
- Löwe, B., Spitzer, R.L., Zipfel, S. & Herzog, W. (2002). *PHQ-D Gesundheitsfragebogen für Patienten. Manual Komplettversion und Kurzform*. ©Pfizer.
- Luborsky, L., Singer, B., Luborsky, L. (1975) Comparative studies of psychotherapies: is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry* *32*, 995–1008.
- Lützenkirchen, A. (2008). *Depression im Alter. Soziale Arbeit und ambulante Versorgungsstruktur*. Frankfurt/Main: Mabuse.
- Mackenzie, C.S., Gekoski, W.L. & Knox, V.J. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health services. *Aging & Mental Health*, *10*, 574–582.
- MacLennan, B.W., Saul, S. & Weiner, M. (Eds.). (1988). *Group psychotherapies for the elderly*. Madison: International Universities Press.
- Maercker, A. (2000). Psychotherapie (Verhaltenstherapie) von Angststörungen im Alter. *Nervenheilkunde*, *3*, 3-5.
- Maercker, A. (Hrsg.). (2002a). *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*. Berlin: Springer.
- Maercker, A. (2002b). Posttraumatische Belastungsstörungen und komplizierte Trauer. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (S. 245-282). Berlin: Springer.
- Maercker, A. (2002c). Psychologie des höheren Lebensalters. Grundlagen der Alterspsychotherapie und klinischen Gerontopsychologie. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (S. 1-58). Berlin: Springer.
- Maercker, A. (2003). Alterspsychotherapie. *Psychotherapeut*, *48*, 132-149.

- Maercker, A., Enzler, A., Grimm, G., Helfenstein, E. & Ehlert, U. (2005). Inanspruchnahme und Psychotherapiemotivation in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe über 65jähriger – Ergebnisse der Zürcher Altersstudie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 55, 177-182.
- Maercker, A., Nitsche, I., Schuster, P. & Boos, A. (2004). Ambulante Psychotherapie Älterer: Sind ältere Psychotherapiepatienten „einfachere“ Patienten? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37, 265-271.
- Main, T.F. (1946). The hospital as a therapeutic institution. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 10, 66-70.
- Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A., Creed, F., Sledge, W., Kluiters, H. et al. (2001). Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Health Technology Assessment*, 5, 1-75.
- Mattke, D. (2011). Psychodynamische Gruppentherapie. *Psychotherapeut*, 56, 437-448.
- Mayer, K.U. & Baltes, P.B. (Hrsg.). (1996). *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie-Verlag.
- McNeilly, C.L. & Howard, K.I. (1991). The effects of psychotherapy: a reevaluation based on dosage. *Psychotherapy Research*, 1, 74-78.
- Melchinger, H. (1993). Verordnungspraxis von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 69, 3-9.
- Merswolken, M., Albert, W., Orth-Gomér, K., Pauschinger, M. & Deter, H.-C. (2008). Depressivität und Ängstlichkeit bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung: Spontanverlauf und Ergebnisse einer psychotherapeutischen Pilotstudie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 54, 381-392.
- Mewes, R., Rief, W., Martin, A., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2010). Somatoforme Symptome, Angst und Depression bei Migranten aus der Türkei, aus Osteuropa und aus der ehemaligen Sowjetunion. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58, 165-171.
- Meyer, A.E., Richter, R., Grawe, K., Graf v.d. Schulenburg, M., Schulte, B. (1991). *Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapiegesetzes* (im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit). Bonn: Bundesministerium.
- Michaelis, W. (Hrsg.). (2001). *Der Preis der Gesundheit*. Landsberg/Lech: Ecomed.
- Mitteilungen der Bundespsychotherapeutenkammer (2009). *Psychotherapeutenjournal*, 2, 165-169.
- Molgaard, C.A., Nakamura, C.M., Stanford, E.P., Peddecord, K.M. & Morton, D.J. (1990). Prevalence of alcohol consumption among older persons. *Journal of Community Health*, 15, 239-251.

- Möller, H.-J. & Rohde, A. (1993). (Hrsg.). *Psychische Krankheit im Alter*. Berlin: Springer.
- Morgan, W.L. jr. & Engel, G.L. (1977). *Der klinische Zugang zum Patienten* (S. Ambühl, T. Mayer, F. Probst, C. Ruef, J. Knuchel, Übers.). Bern: Hans Huber. (Original erschienen 1969: The clinical approach to the patient)
- Morrison, K.H., Bradley, R. & Westen, D. (2003). The external validity of controlled clinical trials of psychotherapy for depression and anxiety: a naturalistic study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 109-132.
- Müller, C. (1982). Psychotherapie in der Alterspsychiatrie. In H. Helmchen, M. Linden & U. Rieger (Hrsg.), *Psychotherapie in der Psychiatrie* (S. 298-302). Berlin: Springer.
- Mundle, G., Wormstall, H. & Mann, K. (1997). Die Alkoholabhängigkeit im Alter. *Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 43, 201-206.
- Nanke, A. & Rief, W. (2003). Zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei Patienten mit somatoformen Störungen. *Psychotherapeut*, 48, 329-335.
- Norcross, J.C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work*. Oxford: University Press.
- Nübling, R. (2011a). Psychotherapeutische Versorgungsforschung - Versorgungsforschung in der Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 1, 57-61.
- Nübling, R. (2011b). Über den Tellerrand hinaus. Taugen naturalistische Studien als Goldstandard für psychotherapeutische Versorgungsforschung? *Projekt Psychotherapie* 3, 21-24.
- Nübling, R. & Schmidt, J. (1998). Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Grundlagen, Realisierungsansätze, künftige Aufgaben. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung - Ein Werkstattbuch* (S. 49-74). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Ochs, M. (2009). Methodenvielfalt in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 120-130.
- Olson, C.L. (1976). On choosing a test statistic in multivariate analysis of variance. *Psychological Bulletin*, 83, 579-586.
- Orlinsky, D.E., Rønnestad, M.H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. In M.J. Lambert (ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (fifth edition) (S. 307-398). New York: Wiley.
- Oswald, W.D. & Fleischmann, U.M. (1999). *Nürnberger-Alters-Inventar (NAI) Testmanual und Textband* (4. Auflage). Göttingen: Hogrefe.

- Oswald, W.D., Rupprecht, R. & Gunzelmann, T. (1998). Effekte eines einjährigen Gedächtnis-, Kompetenz- und psychomotorischen Trainings auf Leistungsfähigkeit im höheren Lebensalter. In A. Kruse (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie, Band 2: Intervention* (S. 94-107). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. & Schüßler, G. (2010). Zum Status der Psychotherapieforschung im deutschen Sprachraum - Eine bibliometrische Analyse dreier deutschsprachiger Zeitschriften. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 56, 297-313.
- Peters, M. (1992). Psychotherapie Älterer in einer psychoanalytisch ausgerichteten Psychosomatischen Klinik. *Zeitschrift für Gerontologie*, 25, 360-364.
- Peters, M. (2000a). Aspekte der Psychotherapiemotivation Älterer und Möglichkeiten ihrer Förderung. In P. Bäurle, H. Radebold, R.D. Hirsch, K. Studer, U. Schmid-Furstoss & B. Struwe (Hrsg.), *Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen* (S. 25-33). Bern: Hans Huber.
- Peters, M. (2000b). Psychotherapie mit älteren Menschen in der Psychotherapeutischen / Psychosomatischen Klinik - strukturelle und konzeptionelle Aspekte. In P. Bäurle, H. Radebold, R.D. Hirsch, K. Studer, U. Schmid-Furstoss & B. Struwe (Hrsg.), *Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen* (S. 44-50). Bern: Hans Huber.
- Peters, M. (2000c). Zum Stellenwert von Einzel- und Gruppentherapie in der tiefenpsychologischen stationären Behandlung Älterer. In P. Bäurle, H. Radebold, R.D. Hirsch, K. Studer, U. Schmid-Furstoss & B. Struwe (Hrsg.), *Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen* (S. 116-122). Bern: Hans Huber.
- Peters, M. (2006). *Psychosoziale Beratung und Psychotherapie im Alter*. Göttingen: Vadenhoeck & Ruprecht.
- Peters, M. & Fels, A. (2002). „...denn Gefühle altern nicht“ – Übertragungsprozesse in der stationären Behandlung Älterer. In M. Peters & J. Kipp (Hrsg.), *Zwischen Abschied und Neubeginn. Entwicklungskrisen im Alter* (S. 239-255). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Peters, M. & Kipp, J. (Hrsg.). (2002). *Zwischen Abschied und Neubeginn. Entwicklungskrisen im Alter*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Peters, M. & Koch-Straube, U. (Hrsg.). (2009). *Psychotherapie im Alter, Heft 1, Beratung*. Gießen: Psychosozialverlag.
- Peters, M. & Lange, C. (1994). Katamnestiche Ergebnisse zur stationären psychotherapeutischen Behandlung über 60jähriger Patienten. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 7, 47-56.
- Peters, M., Lange, C. & Radebold, H. (2000). Psychotherapiemotivation älterer Patienten in der Rehabilitationsklinik – Eine empirische Studie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 46, 259-272.
- Peters, M., Radebold, H. & Hübner, S. (2002). Stationäre Gerontopsychosomatik: Ergebnisse zum Behandlungsaufwand und Behandlungserleben. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 15, 33-45.

- Petzold, H.G. (1979). Der Gestaltansatz in einer integrativen psychotherapeutischen, soziotherapeutischen und agogischen Arbeit mit alten Menschen. In H.G. Petzold & E. Bubolz (Hrsg.), *Psychotherapie mit alten Menschen* (S. 261-294). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. & Bubolz, E. (1979). (Hrsg.). *Psychotherapie mit alten Menschen*. Paderborn: Junfermann
- Petzold, H.G. & Märtens, M. (1999). (Hrsg.). *Wege zu effektiven Psychotherapien. Band 1*. Opladen: Leske und Budrich.
- Pinquart, M. (1998). Wirkungen psychosozialer und psychotherapeutischer Interventionen auf das Befinden im Alter - Ergebnisse von Metaanalysen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31, 120-126.
- Piper, W.E., Joyse, A.S., Azim, H.F. & Rosie, J.S. (1994). Patient characteristics and success in day treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 381-386.
- Power, M., Quinn, K., Schmidt, S. & The WHOQOL-OLD Group (2005). Development of the WHOQOL-OLD module. *Quality of Life Research*, 14, 2197-2214.
- Pritz, A. (1990). *Kurzgruppenpsychotherapie: Struktur, Verlauf und Effektivität von autogenem Training, progressiver Muskelentspannung und analytisch fundierter Kurzgruppenpsychotherapie*. Berlin: Springer.
- Puccini, D. (2008). Erfahrungsbericht über die psychotherapeutische Behandlung einer 61-jährigen Frau. In H. Wormstall (Hrsg.), *Psychotherapie im Alter*, Heft 4 (S. 491-502). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Quinn, K.M., Laidlaw, K. & Murray, L.K. (2009). Older peoples' attitudes to mental illness. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 33-45.
- Radebold, H. (1976). Psychoanalytische Gruppentherapie mit älteren und alten Patienten (II. Mitteilung über spezifische Aspekte). *Zeitschrift für Gerontologie*, 9, 128-142.
- Radebold, H. (1979). Psychosomatische Probleme in der Geriatrie. In Uexküll T. von (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin* (S. 728-744). München: Urban und Schwarzenberg.
- Radebold, H. (1983). (Hrsg.). *Gruppenpsychotherapie im Alter*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Radebold, H. (1990a). Alterspsychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland - Bestandsaufnahme und Perspektive. In R.D. Hirsch (Hrsg.), *Psychotherapie im Alter* (S. 33-42). Bern: Huber.
- Radebold, H. (1990b). Zur Indikationsstellung der Psychotherapie bei über 50-60jährigen. In W. Schneider (Hrsg.), *Indikationen zur Psychotherapie: Anwendungsbereiche und Forschungsprobleme* (S. 115-132). Weinheim: Beltz.
- Radebold, H. (1992a). *Psychodynamik und Psychotherapie Älterer*. Berlin: Springer.

- Radebold, H. (1992b). Psychotherapeutische Zielsetzungen für Ältere. *Zeitschrift für Gerontologie*, 25, 349-355.
- Radebold, H. (1994a). Freuds Ansichten über die Behandelbarkeit Älterer. *Zeitschrift für Psychoanalytische Theorie und Praxis*, 9, 247-259.
- Radebold, H. (1994b). Gruppenpsychotherapie. In H. Radebold & R.D. Hirsch (Hrsg.), *Altern und Psychotherapie* (S. 105-111). Bern: Hans Huber.
- Radebold, H. (2000a). Die Entdeckung des Körpers - Zentrale Aufgabe der Alternspsychotherapie. In P. Bäurle, H. Radebold, R.D. Hirsch, K. Studer, U. Schmid-Furstoss & U. Struwe (Hrsg.), *Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen* (S. 195-199). Bern: Hans Huber.
- Radebold, H. (2000b). Supervisionsaspekte. In P. Bäurle, H. Radebold, R.D. Hirsch, K. Studer, U. Schmid-Furstoss & U. Struwe (Hrsg.), *Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen* (S. 219-222). Bern: Hans Huber.
- Radebold, H. & Bäurle, P. (2000). Indikationen, Kontraindikationen und Behandlungsgrenzen. In P. Bäurle, H. Radebold, R.D. Hirsch, K. Studer, U. Schmid-Furstoss & U. Struwe (Hrsg.), *Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen* (S. 15-24). Bern: Hans Huber.
- Radebold, H., Bechtler, H. & Pina, I. (1989). *Therapeutische Arbeit mit älteren Menschen*. Freiburg: Lambertus.
- Radebold, H. & Hirsch, R.D. (Hrsg.). (1994). *Altern und Psychotherapie*. Bern: Hans Huber.
- Radebold, H., Hirsch, R.D., Kipp, J., Kortus, R., Stoppe, G., Struwe, B. & Wächtler, C. (Hrsg.). (1997). *Depressionen im Alter*. Darmstadt: Steinkopff.
- Radebold, H., Rassek, M., Schlesinger-Kipp, G. & Teising, M. (1987). *Zur psychotherapeutischen Behandlung älterer Menschen*. Freiburg: Lambertus.
- Radebold, H. & Schlesinger-Kipp, G. (Hrsg.). (1982). *Familien- und paartherapeutische Hilfen bei älteren und alten Menschen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Radebold, H. & Schlesinger-Kipp, G. (1983). Gruppenpsychotherapie und Gruppenarbeit im Alter. Ein Literaturbericht. In H. Radebold (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie im Alter* (S. 12-63). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Radebold, H. & Schweizer, R. (2001). *Der mühselige Aufbruch: Eine Psychoanalyse im Alter*. München: Reinhardt.
- Ravesteijn, H. van, Wittkamp, K., Lucassen, P., Lisdonk, E. van de, Hoogen, H. van den, Weert, H. van et al. (2009). Detecting somatoform disorders in primary care with the PHQ-15. *Annals of Family Medicine*, 7, 232-238.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger, M. & Wilke, E. (2007). *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. Heidelberg: Springer.
- Reisch, T., Thommen, M., Csontos, Z. & Tschacher, W. (2002). Die Berner Psychotherapie-Tagesklinik. Evaluation und Einordnung in die psychiatrische Versorgungskette. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52, 56-63.
- Reuter, L., Hartmann, A., Sitta, P., Zeeck, A., Unterbrink, T., Wetzler-Burmeister, E. & Scheidt, C.E. (2011, März). *Non-Response in der psychosomatischen Akutbehandlung*. Posterpräsentation auf dem Deutschen Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Essen.
- Revenstorf, D. (2003). Das Kuckucksei - Zur Unangemessenheit der Kriterien der Wissenschaftlichkeit in der gegenwärtigen Therapieforschung. In Kammer für Psychologische Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Land Berlin (Hrsg.), *Zur Wissenschaftlichkeit von Psychotherapieverfahren – Dokumentation einer Podiumsdiskussion der Psychotherapeutenkammer Berlin* (S. 10-14). Berlin.
- Revenstorf, D. (2005). Das Kuckucksei. Über das pharmakologische Modell in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 10, 22-31.
- Rice, D.P. & Miller, L.S. (1998). Health economics and cost implications of anxiety and other mental disorders in the United States. *British Journal of Psychiatry*, 173 (suppl. 34), 4-9.
- Riedel-Heller, S.G., Luppá, M. & Angermeyer, M.C. (2004). Psychiatrische Epidemiologie in Deutschland. Stand der Forschung. *Psychiatrische Praxis*, 31, 288-297.
- Rief, W. (1996). Erfolg und Mißerfolg in der Behandlung von Personen mit somatoformen Störungen. In H. Bents, R. Frank & E.-R. Rey (Hrsg.), *Erfolg und Mißerfolg in der Psychotherapie* (S. 98-105). Regensburg: Roderer.
- Rief, W., Hiller, W. & Heuser, J. (1997). *SOMS – Das Screening für Somatoforme Störungen (Manual zum Fragebogen)*. Bern: Hans Huber.
- Rief, W., Nanke, A., Klaiberg, A., Brähler, E. (2004). Base rates for panic and depression according to the Brief Patient Health Questionnaire: a population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 82, 271-276.
- Riehl-Emde, A. (2002). Paartherapie - warum nicht auch für ältere Paare? *Familiendynamik*, 27, 43-73.
- Riehl-Emde, A. (2011). Paartherapie im Alter: Für wen? Warum? Mit welchem Ziel? – Behandlungskonzept und Ergebnisse einer Spezialambulanz für ältere Paare. In G. Stoppe (Hrsg.), *Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen* (S. 243-251). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Ritchie, K., Artero, S., Beluche, I., Ancelin, M.-L., Mann, A., Dupuy, A.-M. et al. (2004). Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. *British Journal of Psychiatry*, 184, 147-152.

- Robins, L.N. & Regier, D.A. (1991). *Psychiatric disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: The Free Press.
- Rosenmayr, L. (1983). *Die späte Freiheit. Das Alter – ein Stück bewusst gelebten Lebens*. Berlin: Severin & Siedler.
- Rossi, P.H., Freeman, H.E. & Hofman, G. (1988). *Programm-Evaluation: Einführung in die Methoden angewandter Sozialforschung*. Stuttgart: Enke.
- Rossi, P.H., Lipsey, M.W. & Freeman, H.E. (2004). *Evaluation: A systematic approach* (7th ed.). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Roth, A. & Fonagy, P. (2006). *What works for whom? Second revised edition: a critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford.
- Roth, M. (1993). Klinische und neurobiologische Perspektiven bei der Untersuchung psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. In H.J. Möller & A. Rohde (Hrsg.), *Psychische Krankheit im Alter* (S. 14-31). Berlin: Springer.
- Ruffler, G. (1953). Principles on the psychoanalytic therapy of somatic patients. *Psyche*, 7, 521-560.
- Rumpold, G., Janecke, N., Smrekar, U., Schübler, G. & Doering, S. (2004). Prädiktoren des Überweisungserfolgs einer psychotherapeutischen Klinikambulanz und des späteren Therapieverlaufs. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50, 171-189.
- Rusch, B.-D. (2003). *Psychotherapie – Eine Untersuchung der GfK Marktforschung*. Baierbrunn: Wort & Bild. vgl auch Apothekenumschau 8A/03, 30-35.
- Sachse, J. & Strauß, B. (2002). Bindungscharakteristika und Behandlungserfolg nach stationärer psychodynamischer Gruppentherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52, 134-140.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001). *Gutachten zur „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“*, Band III, Über-, Unter- und Fehlversorgung. Baden-Baden: Nomos.
- Samberg, S. (1988). Dance therapy groups for the elderly. In B.W. MacLennan, S. Saul & M. Weiner (Eds.), *Group psychotherapies for the elderly* (pp. 233-243). Madison: International Universities Press.
- Schaub, T. & Linden, M. (2000). Epidemiologie und Differentialdiagnose von Angststörungen im Alter. In C. Kretschmar, R.D. Hirsch, M. Haupt, R. Ihl, R. Kortus, G. Stoppe & C. Wächtler (Hrsg.), *Angst – Sucht – Anpassungsstörungen im Alter*. (S. 24-41). Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Band 1. Düsseldorf.
- Schauenburg, H. (2000). „Strength through diversity“ – wo steht die Psychotherapieforschung heute? *Psychotherapeut*, 45, 380-381.

- Schauenburg, H., Hildenbrand, G., Koch, U., Mattke, D., Neun, H. & Rüdell, H. (2007). *Klinikführer Stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Einrichtungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Schepank, H. (Hrsg.). (1990). *Verläufe - Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute*. Berlin: Springer.
- Schepank, H. (1995). *Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS). Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung*. Weinheim: Beltz.
- Schiffler, A. & Hübner, S. (2000). Allgemeine Standards für die Evaluationspraxis. Die Standards des „Joint Committee on Standards for Educational Evaluation“ und ihre Anwendung auf praktische Aspekte bei der Evaluation von psychologischen Interventionsmaßnahmen. In W. Hager, J.-L. Patry & H. Brezing (Hrsg.), *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen. Standards und Kriterien: Ein Handbuch* (S. 141-152). Bern: Hans Huber.
- Schlesinger-Kipp, G. (1984). Psychische Erkrankungen im Alter – Symptom der Familie? *fragmente*, 10, 171-185.
- Schmacke, N. (2006). Evidenzbasierte Medizin und Psychotherapie: die Frage nach den angemessenen Erkenntnismethoden. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 56, 202-209.
- Schmid-Furstoss, U. (1997). Stationäre Psychotherapie im Alter als Bestandteil gerontopsychiatrischer Regelversorgung in der Stiftung Tannenhof. In H. Radebold, R.D. Hirsch, J. Kipp, R. Kortus, G. Stoppe, B. Struwe & C. Wächtler (Hrsg.), *Depressionen im Alter* (S. 298-299) Darmstadt: Steinkopff.
- Schmid-Furstoss, U. (2000a). Das Konzept der Station GHH3 in Remscheid. In P. Bäurle, H. Radebold, R.D. Hirsch, K. Studer, U. Schmid-Furstoss & B. Struwe (Hrsg.), *Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen* (S. 51-55). Bern: Hans Huber.
- Schmid-Furstoss, U. (2000b). Ressourcenorientierte stationäre Gruppenpsychotherapie. In P. Bäurle, H. Radebold, R.D. Hirsch, K. Studer, U. Schmid-Furstoss & U. Struwe (Hrsg.), *Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen* (S. 110-115). Bern: Hans Huber.
- Schneider, G. & Heuft, G. (2011). Organisch nicht erklärbare somatoforme Beschwerden und Störungen im Alter: ein systematischer Literaturüberblick. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 57, 115-140.
- Schneider, G., Heuft, G., Senf, W. & Schepank, H. (1997). Die Adaptation des Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) für die Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 43, 261-279.
- Schneider, G., Kruse, A., Nehen, H.G. & Heuft, G. (2002). Einfluß von Biographie und psychosozialen Faktoren auf den lebensaltersbezogenen psychischen Durcharbeitungsprozess bei erkrankten alten Menschen – die ELDERMEN-Studie. In M. Peters & J. Kipp (Hrsg.), *Zwischen Abschied und Neubeginn. Entwicklungskrisen im Alter* (199-210). Gießen: Psychosozial-Verlag.

- Schneider, W. (Hrsg.). (1990). *Indikationen zur Psychotherapie: Anwendungsbereiche und Forschungsprobleme*. Weinheim: Beltz.
- Schnoor, H., Weidemann, B. & Fabri, D. (2009). Menschen im dritten Lebensalter als Zielgruppe psychosozialer Beratung. Eine Erhebung ihrer Beratungsanliegen in Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen sowie Kliniken für psychosomatische Medizin. In M. Peters & U. Koch-Straube (Hrsg.), *Psychotherapie im Alter, Heft 1, Beratung* (S. 91-102). Gießen: Psychosozialverlag.
- Schoepf, D., Heun, R., Weiffenbach, O., Herrmann, S. & Maier, W. (2003). 4-Wochen-Prävalenz somatoformer Störungen und assoziierte psychosoziale Beeinträchtigung. *Nervenarzt*, 74, 245-251.
- Schreiber-Willnow, K. (2010). *Körper-, Selbst- und Gruppenerleben in der stationären Konzentrativen Bewegungstherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Schulte, D. (1993). Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? Überblicksarbeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22, 374-393.
- Schultz, J.H. (2003). *Das autogene Training: konzentrierte Selbstentspannung. Versuch einer klinisch-praktischen Darstellung* (Erstauflage: 1932). Stuttgart: Thieme.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T., Dirmaier, J., Watzke, B. & Koch, U. (2006). Versorgungsforschung in der psychosozialen Medizin. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 49, 175-187.
- Schüßler, G. & Heuft, G. (2008). Weiterbildung CME: Angst und Depression bei körperlicher Erkrankung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 54, 354-367.
- Schüßler, G. & Petermann, F. (2011). Status der psychosomatischen Forschung im deutschsprachigen Bereich. *Psychotherapeut*, 56, 409-416.
- Schütte, I., Peschken, O. & Friedrich, H. (2003). *Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungssituation für Erwachsene und Kinder/Jugendliche in den KV-Bezirken Göttingen und Kassel*. Göttingen: Cuvillier.
- Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft. Bericht der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.* (2010). Berlin.
URL: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/sechster-altenbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>
- Seeberg, A.-K. (2007). *Gruppenpsychotherapie im Alter - Eine Meta-Analyse der Jahre 1990-2004*. Dissertation, Universität Münster.
URL: http://miami.uni-muenster.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-4162/diss_seeberg.pdf
- Seeger, N. & Wedel-Freudenberg, U. (2000). Erschwerte Rahmenbedingungen für die Psychotherapie in der Gerontopsychiatrie. In P. Bäurle, H. Radebold, R.D. Hirsch, K. Studer, U. Schmid-Furstoss & U. Struwe (Hrsg.), *Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen* (S. 290-293). Bern: Hans Huber.

- Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Snell, F.I. & Padin-Rivera, E. (1997). Group treatment for older veterans with post-traumatic stress disorders. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 35, 10-16.
- Sorocco, S. & Lauderdale, K.H. (2011). *Cognitive behavior therapy with older adults*. New York: Springer Publishing Company.
- Soyka, M., Queri, S., Küfner, H. & Rösner, S. (2005). Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentenabhängige? *Nervenarzt*, 76, 72-77.
- Speer, D.C., Williams, J., West, H. & Dupree, L. (1991). Older adult users of outpatient mental health services. *Community Mental Health Journal* 27, 69-76.
- Steinbrecher, N. & Hiller, W. (2011). Überprüfung der zeitlichen Stabilität medizinisch nicht erklärter Beschwerden und somatoformer Störungen vor dem Hintergrund unterschiedlicher Diagnosekonzepte. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 61, 356-363.
- Steinhagen-Thiessen, E., Gerok, W., Borchelt, M. (1994). Innere Medizin und Geriatrie. In P. Baltes, J. Mittelstrass & U. Staudinger (Hrsg.), *Alter und Altern. Ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie* (S. 125-150). Berlin: de Gruyter.
- Stoppe, G. (Hrsg.). (2011). *Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Strauß, B. (1992). Empirische Untersuchungen zur stationären Gruppenpsychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 28, 125-149.
- Strauß, B. (2001). Abschied vom Dodo-Vogel: Störungsspezifische versus allgemeine Therapie aus Sicht der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 51, 425-429.
- Strauß, B. (2011). Gruppenpsychotherapie – Besser als ihr Ruf? *Psychotherapeut*, 56, 1-2.
- Strauß, B. & Burgmeier-Lohse, M. (1994). *Stationäre Langzeitgruppenpsychotherapie*. Heidelberg: Asanger.
- Strauß, B. & Eckert, J. (2001). Schäden und negative Folgen von Gruppenpsychotherapien. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 37, 45-67.
- Strauß, B., Kriebel, R. & Mattke, D. (1998). Probleme der Qualitätssicherung in der stationären Gruppenpsychotherapie. *Psychotherapeut*, 43, 18-25.
- Strauß, B. & Mattke, D. (Hrsg.). (2012, im Druck). *Lehrbuch der Gruppenpsychotherapie*. Berlin: Springer.
- Strotzka, H. (1978). Psychotherapie alter Menschen. In H. Strotzka (Hrsg.), *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen* (S 471-474). München: Urban & Schwarzenberg.

- Struwe, B. (2000). Stationäre Behandlung depressiver älterer Menschen in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen. In P. Bäurle, H. Radebold, R.D. Hirsch, K. Studer, U. Schmid-Furstoss & B. Struwe (Hrsg.), *Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen* (S.56-64). Bern: Hans Huber.
- Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Thilo, H.J. (1996). Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie mit älteren Patienten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 29, 438-445.
- Tonscheidt, S. (1992). Stationäre Verhaltenstherapie bei depressiven älteren Patienten. *Zeitschrift für Gerontologie*, 25, 365-368.
- Trabert, W. (1998). Klinik der Alkoholabhängigkeit im Alter. In U. Havemann-Reinecke, S. Weyerer & H. Fleischmann (Hrsg.), *Alkohol und Medikamente, Missbrauch und Abhängigkeit im Alter* (S. 97-105). Freiburg i. Br.: Lambertus-Verlag.
- Trilling, A. & Peters, M. (2005). Gruppenangebote für ältere Menschen - ein Allheilmittel? *Psychotherapie im Alter*, 2, 45-57.
- Tritt, K., von Heymann, F., Loew, T.H., Benker, B., Bleichner, F., Buchmüller, R. et al. (2003). Patienten in stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlung: Patientencharakterisierung und Behandlungsergebnisse anhand der Psy-Bado-PTM. *Psychotherapie*, 8, 244-251.
- Tross, S. & Blum, J.E. (1988). A review of group therapy with the older adult: practice and research. In B.W. MacLennan, S. Saul & M. Weiner (Eds.), *Group psychotherapies for the elderly* (pp. 3-29). Madison: International Universities Press.
- Tschuschke, V. (1999). Gruppenpsychotherapie - die „dritte Säule“ der psychotherapeutischen Versorgung? *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 35, 114-144.
- Tschuschke, V. (2005). Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. Fehlentwicklungen und Korrekturvorschläge. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 106-115.
- Tschuschke, V., Catina, A., Beckh, T. & Salvini, D. (1992). Wirkfaktoren in stationärer analytischer Gruppenpsychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 42, 91-101.
- Tschuschke, V. & Dies, R.R. (1994). Der Mythos von den zwei Welten: Praxis und Forschung brauchen einander. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 30, 227-250.
- Tschuschke, V., Kächele, H. & Hölzer, M. (2000). Gibt es unterschiedlich effektive Formen der Psychotherapie? In M. Hochgerner & E. Wildberger (Hrsg.). *Was heilt in der Psychotherapie? Überlegungen zur Wirksamkeitsforschung und methodenspezifische Denkweisen* (S. 90-127). Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Uexküll, T. von (Hrsg.). (1979). *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Vogt, M. (2001). *Partnerschaft im Alter als neues Arbeitsfeld psychosozialer Beratung*. Freiburg: Lambertus.

- Wächtler, C. (1999). Psychotherapie in der stationären Gerontopsychiatrie. In G. Heuft & M. Teising (Hrsg.), *Alterspsychotherapie – Quo vadis?* (S. 92-97). Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Wächtler, C. (2000). Der alte Süchtige im Versorgungssystem. In C. Kretschmar, R.D. Hirsch, M. Haupt, R. Ihl, R. Kortus, G. Stoppe & C. Wächtler (Hrsg.), *Angst – Sucht – Anpassungsstörungen im Alter* (S. 223-233). Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Band 1. Düsseldorf.
- Wächtler, C. (2007, März). *30 Jahre Gerontopsychiatrische Tageskliniken in Deutschland – Entwicklung und altersspezifische Modifikationen*. Vortrag anlässlich des 3. Symposiums der Bayerischen Tageskliniken: „Spezialisierung der tagesklinischen Therapien nach Alter und Erkrankung“, Würzburg.
- Wächtler, C. & Block, U. (1994). Alterspsychotherapie in der Tagesklinik. In H. Radebold & R.D. Hirsch (Hrsg.), *Altern und Psychotherapie* (S. 143-153). Bern: Hans Huber.
- Wächtler, C., Jacob, U. & Helmig, S. (2003). *Die gerontopsychiatrischen Tageskliniken in der Bundesrepublik Deutschland - eine Informationsbroschüre*. Hamburg: Eigendruck Klinikum Nord.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. New York: Routledge.
- Weidhaas, H.J. (2001). Werden durch Psychotherapie Kosten im Gesundheitswesen eingespарт? In W. Michaelis (Hrsg.), *Der Preis der Gesundheit* (S. 106-113). Landsberg/Lech: Ecomed.
- Wenker, M. (2010). *Stationäre Versorgung von Patienten zwischen 50 und 99 Jahren in psychosomatischen/psychotherapeutischen Kliniken und Abteilungen*. Dissertation, Universität Münster.
URL: http://miami.uni-muenster.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-5557/diss_wenker.pdf
- Wernicke, T.F. & Linden, M. (1997). Pharmakotherapie von Depressionen im Alter - Die Berliner Altersstudie. In H. Radebold, R.D. Hirsch, J. Kipp, R. Kortus, G. Stoppe, B. Struwe & C. Wächtler (Hrsg.), *Depressionen im Alter* (S. 152-153). Darmstadt: Steinkopff.
- Wernicke, T.F., Linden, M., Gilberg, R. & Helmchen, H. (2000). Ranges of psychiatric morbidity in the old and the very old - results from the Berlin Aging Study (BASE). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250, 111-119.
- Wetterling, T., Backhaus, J. & Junghanns, K. (2002). Sucht im Alter. *Nervenarzt*, 73, 861-866.
- Weyerer, S. (2011). Nicht nur Demenz: Häufigkeit psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. In G. Stoppe (Hrsg.), *Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen* (S. 9-18). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Weyerer, S. & Bickel, H. (2007). *Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Weyerer, S., Schäufele, M., Eifflaender-Gorfer, S., Köhler, L., Maier, W., Haller, F. et al. (2009). At-risk alcohol drinking in primary care patients aged 75 years and older. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 1376-1385.
- Weyerer, S., Schäufele, M. & Zimmer, A. (1998). Epidemiologie des Psychopharmakagebrauchs im höheren Alter. In U. Havemann-Reinecke, S. Weyerer H. & Fleischmann (Hrsg.), *Alkohol und Medikamente, Missbrauch und Abhängigkeit im Alter* (S. 38-49). Freiburg i. Br.: Lambertus-Verlag.
- Wietersheim, J. von, Zeeck, A. & Küchenhoff, J. (2005). Status, Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung in psychosomatischen Tageskliniken. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 55, 79-83.
- Wild, B., Hausmanns, J., Hoevels, R., Herzog, W. & Schlehofer, B. (2010). Psychotherapeutische Gruppenintervention für Patienten in der zweiten Lebenshälfte. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 60, 479-484.
- Winkler, I., Kilian, R., Matschinger, H., & Angermeyer, M.C. (2006). Lebensqualität älterer pflegender Angehöriger von Demenzkranken. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 19, 17-24.
- Winkler, I., Matschinger, H., Angermeyer, M.C. & The WHOQOL-OLD Group (2006). Der WHOQOL-OLD. Ein Fragebogen zur interkulturellen Erfassung der Lebensqualität im Alter. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 56, 63-69.
- Wisocki, P.A. (2002). Angststörungen. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (167-194). Berlin: Springer.
- Wissenschaftlicher Beirat WBP (2010). *Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie - Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie*. Version 2.8 vom 20.09.2010. download: <http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.1.78>
- Wittchen, H.-U. (1991). Der Langzeitverlauf unbehandelter Angststörungen: Wie häufig sind Spontanremissionen? *Verhaltenstherapie*, 1, 273-282.
- Wittchen, H.U. (2002). Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety*, 16, 162-171.
- Wittchen, H.U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 44, 993-1000.
- Wittchen, H.U. & Jacobi, F. (2004). *Angststörungen*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Wittchen, H.U., Winter, S., Höfler, M., Spiegel, B., Ormel, H., Müller, N. & Pfister, H. (2000). Häufigkeit und Erkennensrate von Depressionen in der hausärztlichen Praxis. *Fortschritte der Medizin*, 118 (Sonderheft I), 22-30.
- Wolf, A., Hertel, G., Schreiber-Willnow, K., Heuft, G. & Vandieken, R. (2011). Outcome und Katamnese stationärer psychosomatischer Krankenhaus-Behandlungen über 60-Jähriger. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 57, 251-260.

- Wolfersdorf, M. & Schüler, M. (2005). *Depression im Alter. Diagnostik, Therapie, Angehörigenarbeit, Fürsorge, Gerontopsychiatrische Depressionsstationen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wolfersdorf, M., Schüler, M. & Le Pair, A. (2000). Klinische Psychotherapie mit älteren depressiven Patienten. In P. Bäurle, H. Radebold, R.D. Hirsch, K. Studer, U. Schmid-Furstoss & U. Struwe (Hrsg.), *Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen* (S. 150-161). Bern: Hans Huber.
- Wolter, D.K. (2005). Zur Problematik der Benzodiazepinverordnung im Alter – Teil 1. *Geriatric Journal*, 1, 34-38.
- Yalom, I.D. (1996). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie – Ein Lehrbuch*. München: Pfeiffer.
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & Leirer V.O. (1983). Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.
- Zank, S. (2002). Einstellungen alter Menschen zur Psychotherapie und Prädiktoren der Behandlungsbereitschaft bei Psychotherapeuten. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 23, 181-193.
- Zank, S. & Niemann-Mirmehdi, M. (1998). Psychotherapie im Alter: Ergebnisse einer Befragung von Psychotherapeuten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 27, 75-77.
- Zeeck, A., Hartmann, A., Küchenhoff, J., Weiß, H., Sammet, I., Gaus, E. et al. (2009). Differentielle Indikationsstellung stationärer und teilstationärer Psychotherapie: die DINSTAP-Studie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 59, 354-363.
- Zeeck, A., Herzog, T. & Hartmann, A. (2004). Day clinic or inpatient care for severe bulimia nervosa? *European Eating Disorders Review*, 12, 79-86.
- Zeeck, A., Herzog, T., Kuhn, K., Hartmann, A., Scheidt, C. & Wirsching, M. (2002). Teilstationäre Psychotherapie – Settingbesonderheiten am Beispiel der Freiburger Tagesklinik. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 52, 492-499.
- Zeeck, A., Scheidt, C., Hartmann, A. & Wirsching, M. (2003). Stationäre oder teilstationäre Psychotherapie? *Psychotherapeut*, 48, 420-425.
- Zeeck, A., Weber, S., Sandholz, A., Wetzler-Burmeister, E., Wirsching, M. & Hartmann, A. (2009). Inpatient versus day clinic treatment for bulimia nervosa: a randomized trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 152-160.
- Zepf, S., Mengele, U. & Hartmann, S. (2003). Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53, 152-162.
- Zepf, S., Mengele, U., Marx, A. & Hartmann, S. (2001). *Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

- Zielke, M. (1999). Kosten-Nutzen-Aspekte in der Psychosomatischen Rehabilitation. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 49, 361-367.
- Zielke, M., Borgart, E.-J., Carls, W., Herder, F., Lehenhagen, J., Leidig, S. et al. (2004). *Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomie verhaltensmedizinischer Psychosomatik in der Klinik*. Lengerich: Pabst.
- Zivian, M.T., Gekoski, W., Larsen, W. & Hatchette, V. (1994). Psychotherapy for the elderly: public opinion. *Psychotherapy*, 31, 492-502.
- Zivian, M.T., Larsen, W., Knox, V.J., Gekoski, W. & Hatchette, V. (1992). Psychotherapy for the elderly: psychotherapists' preferences. *Psychotherapy*, 29, 668-674.
- Zurhorst, G. (2003). Eminenz-basierte, evidenz-basierte oder ökologisch-basierte Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 2, 97-104.
- Zwerenz, R., Knickenberg, R.J. & Beutel, M.E. (2008). Behandlungsabbrüche in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 54, 241-262.

17 Anhang

17.1 15 Regeln für gesundes Älterwerden (A. Kruse)¹

1. Regel: Seien Sie in allen Lebensaltern körperlich, geistig und sozial aktiv

Suchen Sie nach Aufgaben, die Sie ansprechen und herausfordern. Beachten Sie, dass Sie durch Ihr Verhalten schon in jungen Jahren entscheidend dazu beitragen, ob Sie ein hohes Alter bei erhaltener Gesundheit, Aktivität und Selbstständigkeit erreichen.

2. Regel: Leben Sie in allen Lebensaltern gesundheitsbewusst

Achten Sie also auf ausreichende Bewegung und ausgewogene Ernährung, vermeiden Sie Nikotin und andere Suchtmittel, gehen Sie verantwortlich mit Alkohol und Medikamenten um und versuchen Sie, langanhaltende körperliche und seelische Überlastungen zu vermeiden.

3. Regel: Nutzen Sie Vorsorgemaßnahmen

So können drohende Krankheiten frühzeitig erkannt und eine Behandlung rechtzeitig eingeleitet werden. Ergreifen Sie selbst die Initiative und sprechen Sie mit Ihrem Arzt darüber, was Sie für die Erhaltung Ihrer Gesundheit tun und auf welche Weise Sie zu einem gesunden Altwerden beitragen können.

4. Regel: Es ist nie zu spät, den eigenen Lebensstil zu verändern

Man kann in jedem Alter anfangen, ein gesundheitsbewusstes und körperlich, geistig sowie sozial aktives Leben zu führen. Durch die positive Veränderung des Lebensstils können Sie auf bereits eingetretene Risikofaktoren – wie zum Beispiel Stoffwechselstörungen, Bluthochdruck und Übergewicht – einwirken und deren schädliche Einflüsse auf das Alter verringern.

5. Regel: Bereiten Sie sich auf Ihr Alter vor

Setzen Sie sich rechtzeitig mit der Frage auseinander, wie Sie Ihr Leben im Alter gestalten möchten. Bereiten Sie sich gedanklich auf Veränderungen in Ihrem Leben (zum Beispiel auf den Berufsaustritt) vor. Fragen Sie sich, mit welchen Chancen und Anforderungen diese Veränderungen verbunden sind und wie Sie diese nutzen bzw. wie Sie auf diese antworten können.

¹ Die "Regeln für gesundes Älterwerden" wurden von Prof. Dr. Andreas Kruse, Heidelberg, im Auftrag der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. anlässlich des Weltgesundheitstages 1999 "Aktiv leben – gesund alt werden" entwickelt.

URL: http://www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/Gesundheit/BAGSO_informiert_15_Regeln_Kruse_01.pdf

17.2 Gruppenregeln in der PTK 55+

Allgemeine Regeln

1. Kein Alkohol und keine Drogen

Da es sich bei der Behandlung in unserer Klinik um eine Maßnahme handelt, die Ihrer Gesundheit dient, ist eine Behandlungsvoraussetzung, dass Sie auf selbstschädigende Verhaltensweisen verzichten, d. h.

- 1.1 Während der Behandlungszeit ist jeglicher Konsum von Alkohol und Drogen untersagt. Dies gilt auch für die Abende und Wochenenden. Wir behalten uns unangekündigte Kontrollen vor.
- 1.2 Der Zigarettenkonsum wird deutlich reduziert. Sie nehmen die Möglichkeit zur Raucherentwöhnungsberatung wahr.
- 1.3 Bitte achten Sie darauf, dass im Speiseraum keine alkoholhaltigen Speisen oder Getränke stehen (z. B. Süßigkeiten mit Alkohol wie viele Schokoriegel und Waffelschnitten, auch manche Fertigmöhlen). Verwenden Sie kein Rumaroma u.ä. zum Backen, da alles vermieden werden sollte, das an Alkohol erinnert.
- 1.4 Auf dem Tisch im Speiseraum sind Süßigkeiten und Kuchen nur zu besonderen Anlässen (Abschied oder Geburtstag eines Gruppenmitgliedes) gestattet. Damit soll es Patienten, denen der angemessene Umgang mit Süßem schwer fällt, die abnehmen wollen oder die unter Diabetes leiden, erleichtert werden, nicht mehr zu essen als gut ist.

2. Keine Speisen und Getränke im Gruppenraum

Während der Gruppensitzungen sollten Sie auf Ablenkungen wie Essen, Trinken, Kaugummikauen, Lutschen von Bonbons (Ausnahme: medizinisch verordnet) usw. verzichten. Deshalb ist es nicht gestattet, Getränke mit in den Gruppenraum mitzunehmen (auch kein Wasser). Ein weiterer Grund für das Getränkeverbot ist der gegenüber Flüssigkeiten sehr empfindliche Teppichboden.

Gruppenregeln

1. Verschwiegenheit

Diskrete Verschwiegenheit nach außen ist nötig, damit Vertrauen wachsen kann. Was in der Gruppe (und auch in den Pausengesprächen) besprochen wird, ist streng vertraulich.

Sprich mit niemandem darüber.

2. Jeder ist sein eigener Chef (Selbstverantwortlichkeit)!

Bestimme, wann du reden willst. Sprich oder schweige, wann du es willst. Die Gruppe darf von niemandem einen Gesprächsbeitrag erzwingen.

Übernimm Verantwortung für das, was du sagst oder nicht sagst.

Kümmere Dich selbstständig darum, dass Du zu allen Terminen erscheinst.

3. Störungen haben Vorrang

Wenn Dich etwas ärgert oder Du gedanklich mit etwas anderen beschäftigt bist, kannst Du nicht mehr ungestört am Gespräch teilnehmen, sondern schaltest ab. Auf eine Störung, die nicht deutlich benannt wird, können andere auch nicht angemessen reagieren. Deshalb sprich es stets an!

4. Rücksicht nehmen

Richte deshalb Deine Wahrnehmung auch auf andere Gruppenmitglieder, respektiere diese in ihrer Individualität und Selbstverantwortung!

5. Seitengespräche haben Vorrang

Kurze Seitenbemerkungen sind manchmal sehr entlastend. Es ärgert und stört aber, wenn mit dem Nachbarn geredet wird. Aber Seitengespräche würden nicht geschehen, wenn sie nicht wichtig wären.

Sprich laut vor der Gruppe aus, was Dich beschäftigt! Die wichtigsten Beiträge sind oft die ganz spontanen - auch wenn sie manchmal unsinnig erscheinen.

6. Nur einer redet zur gleichen Zeit

Jeder muss dafür sorgen, dass nur einer spricht.

7. Es gibt keine Grüppchen mit Geheimnissen

Außerhalb der Gruppensitzungen ist es nicht gestattet, ÜBER Mitpatienten zu sprechen.

Was Gruppenmitglieder außerhalb der Gruppe besprechen, sollte prinzipiell dann auch in der Gruppe berichtet/erläutert werden.

8. Pünktlichkeit

Erscheine pünktlich zu allen Gruppen- und Einzelterminen. Achte vor allem auf den Ausgang der Einzeltermine und des Gruppenplanes. Gib die Verantwortung dafür nicht an Deine Mitpatienten oder die Therapeuten ab.

Sorge dafür, dass Du alles, was Du benötigst dabei hast, so dass Du die Gruppe nicht noch einmal verlassen musst.

9. Gruppe nicht verlassen

Verlasse die Gruppe nicht, auch wenn es Dir schwer fällt. Sorge deshalb dafür, dass du vorher alles Wichtige erledigst (z. B. Toilette).

Solltest Du besondere Gründe haben, wegen derer Du evtl. die Gruppe verlassen musst, informiere die Gruppe und den Therapeuten (z. B. „ich habe heute eine Wassertablette genommen, es kann sein, dass ich raus muss.“)

10. Beachte Deine Körpersignale

Unser Körper hilft uns, Gefühle wahrzunehmen. Außerdem ist er oftmals ehrlicher als unser Verstand. Wir können uns in aller Regel gut auf ihn verlassen.

11. Sage klar, was Du willst und Sorge für Dich

Sprich Wünsche direkt an, z. B. „Ich würde gern das Fenster öffnen, ist das für Euch in Ordnung?“

Sorge dafür, dass Du Dich in der Gruppen möglichst wohl fühlen kannst: hole Dir z. B. eine Decke oder Fußbank.

12. Gefühle aussprechen

Bei jedem Miteinanderreden stellen sich unvermeidlich Gefühle ein, und wir sollten nicht vermeiden, sie zu äußern. Denn mit ausgesprochenen Gefühlen können wir besser umgehen. Das schafft Klarheit (für sich selbst und für die anderen).

13. Sprich nicht über Traumata

Bitte sprich weder in Gruppe noch außerhalb mit Deinen Mitpatienten über schwere Traumatisierungen aus Deiner Kindheit oder Jugend. Man weiß heute, dass das Wiederholen und das damit oft verbundene Wiedererleben dem Betroffenen eher schadet als hilft.

14. Sag dem anderen, was Dir an ihm gefällt

Das tut jedem gut und stärkt das Selbstbewusstsein. Anerkennung ist besser als Belehrung, denn jeder von uns möchte akzeptiert werden und braucht das Gefühl, von anderen angenommen zu sein, um sich selbst besser annehmen zu können.

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Medikamentenausgabe Blutdruckmessung				
Gestaltungstherapie 10.00 – 12.00 Uhr	Tanztherapie 10.15 – 11.45 Uhr	Interaktionale Gruppe 10.00 – 11.00 Uhr	Gestaltungstherapie 10.00 – 12.00 Uhr	Medizinische Visite 9.45 – 10.15 Uhr Haus 8
				Interaktionale Gruppe 10.45 – 12.00 Uhr
Mittagessen 12.00 – 13.00 Uhr	Mittagessen 12.00 – 13.00 Uhr	Mittagessen 12.00 – 13.00 Uhr	Mittagessen 12.00 – 13.00 Uhr	Mittagessen 12.00 – 13.00 Uhr
Stabilisierungsgruppe 13.00 – 14.00 Uhr	Hirnleistungstraining 13.15 – 13.45 Uhr	selbstständige Erarbeitung der Therapieziele		Entspannungsgruppe 13.00 – 13.45 Uhr
	Gruppenbewegung 14.00 – 14.45 Uhr		Bezugspflegegruppe 14.00 – 14.45 Uhr	
Qi Gong 14.15 – 15.00 Uhr	Entspannung 15.00 – 15.45 Uhr	Chefarztvisite 14.30 – 15.00 Uhr		Stationsgruppe 14.15 – 14.45 Uhr
Hirnleistungstraining 15.15. – 15.45 Uhr		Medizinische Visite	Kreative Bewegung 15.10 – 16.00 Uhr	

HADS-D

Name, Vorname _____

Geburtsdatum: _____

Datum : _____ Code-Nummer: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie werden von uns wegen körperlicher Beschwerden untersucht und behandelt. Zur vollständigen Beurteilung Ihrer vermuteten oder bereits bekannten Erkrankungen bitten wir Sie im vorliegenden Fragebogen um einige persönliche Angaben. Man weiß heute, dass körperliche Krankheit und seelisches Befinden oft eng zusammenhängen. Deshalb beziehen sich die Fragen ausdrücklich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung.

Die Beantwortung ist selbstverständlich freiwillig. Wir bitten Sie jedoch, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich **in der letzten Woche** am ehesten zutrif. Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage und lassen Sie bitte keine Frage aus! Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint! Alle Ihre Antworten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich fühle mich angespannt oder überreizt

- meistens
 oft
 von Zeit zu Zeit/gelegentlich
 überhaupt nicht

Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst

- fast immer
 sehr oft
 manchmal
 überhaupt nicht

Ich kann mich heute noch so freuen wie früher

- ganz genau so
 nicht ganz so sehr
 nur noch ein wenig
 kaum oder gar nicht

Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend

- überhaupt nicht
 gelegentlich
 ziemlich oft
 sehr oft

Bitte wenden!

Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte

- ja, sehr stark
- ja, aber nicht allzu stark
- etwas, aber es macht mir keine mich Sorgen
- überhaupt nicht darum

Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen

- ja, so viel wie immer
- nicht mehr ganz so viel
- inzwischen viel weniger
- überhaupt nicht

Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf

- einen Großteil der Zeit
- verhältnismäßig oft
- von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft
- nur gelegentlich/nie

Ich fühle mich glücklich

- überhaupt nicht
- selten
- manchmal
- meistens

Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen

- ja, natürlich
- gewöhnlich schon
- nicht oft
- überhaupt nicht

Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren

- ja, stimmt genau
- ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte
- möglicherweise kümmere ich zu wenig darum
- Ich kümmere mich so viel wie früher

Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein

- ja, tatsächlich sehr
- ziemlich
- nicht sehr
- überhaupt nicht

Ich blicke mit Freude in die Zukunft

- ja, sehr
- eher weniger als früher
- viel weniger als früher
- kaum bis gar nicht

Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand

- ja, tatsächlich sehr oft
- ziemlich oft
- nicht sehr oft
- überhaupt nicht

Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernseh-sendung freuen

- oft
- manchmal
- eher selten
- sehr selten

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage, so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

Name: _____ Alter: _____ Geschlecht: weiblich männlich Datum: _____

1 Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 4 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
a. Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Über- haupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Bei- nahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

3 Fragen zum Thema „Angst“

	NEIN	JA
a. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 5.		
b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Treten manche dieser Anfälle <u>völlig unerwartet</u> auf – d. h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 Denken Sie bitte an Ihren letzten schlimmen Angstanfall.

	NEIN	JA
a. Bekamen Sie schlecht Luft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Haben Sie geschwitzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Hatten Sie das Gefühl zu ersticken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Hatten Sie Hitzewallungen oder Kälteschauer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Fühlten Sie sich schwindelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Spürten Sie ein Kribbeln oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Zitterten oder bebten Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Hatten Sie Angst, Sie würden sterben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage
a. Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn „Überhaupt nicht“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 6.			
b. Gefühle der Unruhe, sodass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Leichte Ermüdbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Muskelverspannungen, Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Lesen oder beim Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

6 Fragen zum Thema „Essen“	NEIN	JA	
a. Haben Sie öfter das Gefühl, Sie könnten nicht kontrollieren, wie viel und was Sie essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Essen Sie öfter – in einem Zeitraum von 2 Stunden – Mengen, die andere Leute als <u>ungewöhnlich groß</u> bezeichnen würden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn „NEIN“ bei a oder b, gehen Sie bitte zu Frage 9.			
c. Ist dies während der letzten 3 Monate im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vorgekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7 Haben Sie während der letzten 3 Monate <u>öfter eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen</u> unternommen, um eine <u>Gewichtszunahme zu vermeiden</u> ?	NEIN	JA	
a. Sich selbst zum Erbrechen gebracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Mehr als die doppelte empfohlene Dosis eines Abführmittels eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Gefastet, d. h. mindestens 24 Stunden lang nichts gegessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Mehr als eine Stunde Sport getrieben mit dem ausschließlichen Ziel, nicht zuzunehmen, wenn Sie wie oben beschrieben (6a oder 6b) gegessen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8 Wenn Sie bei einer oder mehrerer dieser Maßnahmen, die eine Gewichtszunahme vermeiden sollen, „JA“ angekreuzt haben, kam eine davon im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vor?	NEIN	JA	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9 Trinken Sie manchmal Alkohol (einschließlich Bier oder Wein)?	NEIN	JA	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 11.			
10 Ist bei Ihnen im Laufe der letzten 6 Monate <u>mehr als einmal eine der folgenden Situationen eingetreten</u> ?	NEIN	JA	
a. Sie haben Alkohol getrunken, obwohl Ihnen ein Arzt angeraten hat, aus gesundheitlichen Gründen mit dem Trinken aufzuhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Sie haben bei der Arbeit, in der Schule, bei der Versorgung der Kinder oder bei der Wahrnehmung anderer Verpflichtungen Alkohol getrunken, waren angetrunken oder „verkatert“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Sie sind der Arbeit, der Schule oder anderen Verpflichtungen fern geblieben oder sind zu spät gekommen, weil Sie getrunken hatten oder „verkatert“ waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Sie hatten Schwierigkeiten, mit anderen auszukommen, weil Sie getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Sie sind Auto gefahren, nachdem Sie mehrere Gläser Alkohol bzw. zu viel getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11 Wenn eines oder mehrere der bisher in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:			
Überhaupt nicht erschwert	Etwas erschwert	Relativ stark erschwert	Sehr stark erschwert
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

12 Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
a. Sorgen über Ihre Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sorgen über Ihr Gewicht oder Ihr Aussehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Wenig oder kein sexuelles Verlangen oder Vergnügen beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Schwierigkeiten mit dem Ehepartner, Lebensgefährten, Freundin/Freund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Belastung durch die Versorgung von Kindern, Eltern oder anderen Familienangehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Stress bei der Arbeit oder in der Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Finanzielle Probleme oder Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Niemanden zu haben, mit dem man Probleme besprechen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Etwas Schlimmes, das vor kurzem passiert ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Gedanken an schreckliche Ereignisse von <u>früher</u> oder Träume darüber – z. B. die Zerstörung des eigenen Heimes, ein schwerer Unfall, körperliche Gewalt oder eine sexuelle Handlung unter Zwang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13 Sind Sie im letzten Jahr geschlagen, getreten oder anderweitig von jemandem körperlich verletzt worden oder hat Sie jemand zu einer ungewünschten sexuellen Handlung gezwungen?

	NEIN	JA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14 Was belastet Sie zur Zeit in Ihrem Leben am meisten?

15 Nehmen Sie Medikamente gegen Angst, Depressionen oder Stress?

	NEIN	JA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16 Nur für Frauen: Fragen zum Thema Monatsblutung, Schwangerschaft und Geburt

a. Wodurch wird Ihre Monatsblutung am besten beschrieben?

	Monats- blutung ist unverändert	Keine Monats- blutung aufgrund von Schwanger- schaft oder kürzlicher Geburt	Monatsblutung ist unregelmäßig geworden bzw. Dauer, Abstand oder Stärke haben sich verändert	Keine Monatsblutung seit mindestens einem Jahr	Monatsblutung bei Hormontherapie (Einnahme von Östrog- nen) oder Verhütung durch die Pille
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Haben Sie in der Woche vor dem Beginn Ihrer Monatsblutung <u>ausgeprägte</u> Probleme mit Ihrer Stimmung – z. B. Depressionen, Angst, Reizbarkeit, Aggressivität oder Stimmungsschwankungen?				NEIN (oder trifft nicht zu)	JA
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Wenn „JA“: Verschwinden diese Probleme am Ende Ihrer Monatsblutung wieder?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Haben Sie während der letzten 6 Monate ein Kind geboren?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Hatten Sie während der letzten 6 Monate eine Fehlgeburt?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Haben Sie Schwierigkeiten, schwanger zu werden?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 Deutsche Übersetzung und Validierung des „Patient Health Questionnaire (PHQ)“ durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg. (Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999). © 2002 Pfizer

G B B - 24

Auf dieser Seite ist eine größere Anzahl von Beschwerden aufgeführt. Überlegen Sie bitte, an welchen dieser Beschwerden Sie leiden. Machen Sie ein Kreuz in die entsprechende Spalte. Die Beschwerden, die Sie nicht haben, erhalten natürlich ein Kreuz in der „nicht“-Spalte.

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Name/Code:

Ich fühle mich durch folgende Beschwerden belästigt:	nicht	kaum	einigermaßen	erheblich	stark
01. Schwächegefühl					
02. Herzklopfen, -jagen oder -stolpern					
03. Druck- oder Völlegefühl im Bauch					
04. Übermäßiges Schlafbedürfnis					
05. Gelenk- oder Gliederschmerzen					
06. Schwindelgefühl					
07. Kreuz- oder Rückenschmerzen					
08. Nacken- oder Schulterschmerzen					
09. Erbrechen					
10. Übelkeit					
11. Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals					
12. Aufstoßen					
13. Sodbrennen					
14. Kopfschmerzen					
15. Rasche Erschöpfbarkeit					
16. Müdigkeit					
17. Gefühl der Benommenheit					
18. Schweregefühl					
19. Mattigkeit					
20. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust					
21. Magenschmerzen					
22. Anfallsweise Atemnot					
23. Druckgefühl im Kopf					
24. Anfallsweise Herzbeschwerden					

ID

Instruktionen

In diesem Fragebogen werden Sie nach Ihren Gedanken und Gefühlen zu bestimmten Aspekten Ihrer Lebensqualität befragt und es werden Fragen aufgegriffen, die für Sie als älteres Mitglied der Gesellschaft von Bedeutung sein könnten.

Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wenn Sie sich bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sind, wählen Sie bitte die Antwortkategorie, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft. Oft ist dies die Kategorie, die Ihnen als erstes in den Sinn kommt.

Bitte beantworten Sie alle Fragen auf der Grundlage Ihrer eigenen Beurteilungskriterien, Hoffnungen, Freuden und Interessen. Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen an Ihr Leben **während der vergangenen zwei Wochen**.

Zum Beispiel könnte eine Frage lauten:

Wie sehr machen Sie sich Sorgen darüber, was die Zukunft noch bringen könnte?

Überhaupt nicht 1	Ein wenig 2	Mittelmäßig 3	Ziemlich 4	Äußerst 5
----------------------	----------------	------------------	---------------	--------------

Bei dieser Frage sollen Sie das Feld ankreuzen, das am besten ausdrückt, wie sehr Sie sich während der vergangenen zwei Wochen um Ihre Zukunft Sorgen gemacht haben. Wenn Sie sich also "ziemlich" Sorgen um Ihre Zukunft gemacht haben, kreuzen Sie das Feld mit der Zahl 4 an, wenn Sie sich gar keine Sorgen um Ihre Zukunft gemacht haben, kreuzen Sie das Feld mit der Zahl 1 an. Bitte lesen Sie jede Frage, überlegen Sie, wie Sie sich in den vergangenen zwei Wochen gefühlt haben und kreuzen Sie die Zahl auf der Skala an, die für Sie am ehesten zutrifft.

Wir danken Ihnen für Ihre Hilfe

In den folgenden Fragen geht es darum, **wie stark** Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben, zum Beispiel Entscheidungsfreiheit und Gefühle der Kontrolle in Ihrem Leben. Wenn Sie diese Dinge äußerst stark erlebt haben, dann kreuzen Sie die Zahl in dem Feld "Äußerst" an. Wenn Sie diese Dinge überhaupt nicht erlebt haben, dann kreuzen Sie die Zahl in dem Feld "Überhaupt nicht" an. Wenn Sie ausdrücken möchten, dass Ihre Antwort zwischen "Überhaupt nicht" und "Äußerst" liegt, dann kreuzen Sie die Zahl in einem Feld an, das zwischen diesen beiden Extrempunkten liegt. Die Fragen beziehen sich auf die vergangenen zwei Wochen.

F25.1 Wie sehr beeinflussen Beeinträchtigungen Ihrer Sinnesfunktionen (z.B. Hören, Sehen, Schmecken, Riechen, Tasten) Ihr tägliches Leben?

Überhaupt nicht 1	Ein wenig 2	Mittelmäßig 3	Ziemlich 4	Äußerst 5
----------------------	----------------	------------------	---------------	--------------

F25.3 Wie sehr beeinträchtigt das Nachlassen von z.B. Hören, Sehen, Schmecken, Riechen, Tasten Ihre Fähigkeit an Aktivitäten teilzunehmen?

Überhaupt nicht 1	Ein wenig 2	Mittelmäßig 3	Ziemlich 4	Äußerst 5
----------------------	----------------	------------------	---------------	--------------

F26.1 Wie viel Freiraum haben Sie, um Ihre eigenen Entscheidungen zu treffen?

Überhaupt keinen 1	Wenig 2	Mäßig viel 3	Ziemlich viel 4	Äußerst viel 5
-----------------------	------------	-----------------	--------------------	-------------------

F26.2 In welchem Umfang können Sie Ihre Zukunft beeinflussen?

Überhaupt nicht 1	Ein wenig 2	Mittelmäßig 3	Ziemlich 4	Äußerst 5
----------------------	----------------	------------------	---------------	--------------

F26.4 Glauben Sie, dass die Menschen in Ihrer Umgebung Ihre Unabhängigkeit respektieren?

Überhaupt nicht 1	Ein wenig 2	Mittelmäßig 3	Ziemlich 4	Äußerst 5
----------------------	----------------	------------------	---------------	--------------

F29.2 Wie sehr machen Sie sich darüber Sorgen, wie Sie sterben werden?

Überhaupt nicht 1	Ein wenig 2	Mittelmäßig 3	Ziemlich 4	Äußerst 5
----------------------	----------------	------------------	---------------	--------------

F29.3 Wie sehr fürchten Sie sich davor, keinen Einfluss darauf zu haben, wie Sie sterben werden?

Überhaupt nicht 1	Ein wenig 2	Mittelmäßig 3	Ziemlich 4	Äußerst 5
----------------------	----------------	------------------	---------------	--------------

F29.4 Haben Sie Angst vor dem Sterben?

Überhaupt nicht 1	Ein wenig 2	Mittelmäßig 3	Ziemlich 4	Äußerst 5
----------------------	----------------	------------------	---------------	--------------

F29.5 Wie sehr fürchten Sie sich davor, dass Ihr Tod von Schmerzen begleitet sein könnte?

Überhaupt nicht 1	Ein wenig 2	Mittelmäßig 3	Ziemlich 4	Äußerst 5
----------------------	----------------	------------------	---------------	--------------

In den folgenden Fragen geht es darum, **wie vollständig** Sie während der vergangenen zwei Wochen in der Lage waren, bestimmte Dinge zu tun, zum Beispiel so oft aus dem Haus gehen können, wie Sie wollen. Wenn Sie vollständig in der Lage waren, diese Dinge zu tun, kreuzen Sie die Zahl in dem Feld "Völlig" an. Wenn Sie überhaupt nicht in der Lage waren, diese Dinge zu tun, so kreuzen Sie die Zahl in dem Feld "Überhaupt nicht" an. Wenn Sie ausdrücken möchten, dass Ihre Antwort zwischen "Überhaupt nicht" und "Völlig" liegt, dann kreuzen Sie eine Zahl an, die zwischen diesen beiden Extrempunkten liegt. Die Fragen beziehen sich auf die vergangenen zwei Wochen.

F25.4 Inwieweit sind Ihre Möglichkeiten sich mit Anderen zu unterhalten durch Probleme mit Ihren Sinnesfunktionen (z.B. Hören, Sehen) eingeschränkt?

Überhaupt nicht 1	Eher nicht 2	Halbwegs 3	Überwiegend 4	Völlig 5
----------------------	-----------------	---------------	------------------	-------------

F26.3 In welchem Umfang sind Sie in der Lage die Dinge zu tun, die Sie gern tun wollen?

Überhaupt nicht 1	Eher nicht 2	Halbwegs 3	Überwiegend 4	Völlig 5
----------------------	-----------------	---------------	------------------	-------------

F27.3 Inwieweit sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, weiterhin im Leben etwas zu erreichen, zufrieden?

Überhaupt nicht 1	Eher nicht 2	Halbwegs 3	Überwiegend 4	Völlig 5
----------------------	-----------------	---------------	------------------	-------------

F27.4 Haben Sie das Gefühl, dass Sie im Leben die Anerkennung bekamen, die Sie verdient haben?

Überhaupt nicht 1	Eher nicht 2	Halbwegs 3	Überwiegend 4	Völlig 5
----------------------	-----------------	---------------	------------------	-------------

F28.4 Haben Sie im Allgemeinen genug zu tun?

Überhaupt nicht 1	Eher nicht 2	Halbwegs 3	Überwiegend 4	Völlig 5
----------------------	-----------------	---------------	------------------	-------------

In den folgenden Fragen geht es darum, **wie zufrieden, glücklich oder gut** Sie sich während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben. Zum Beispiel hinsichtlich Ihrer Teilnahme am Gemeindeleben oder hinsichtlich dessen, was Sie im Verlauf Ihres Lebens erreicht haben. Entscheiden Sie, wie zufrieden oder unzufrieden Sie mit jedem dieser Aspekte Ihres Lebens sind und kreuzen Sie die Zahl an, die am besten mit Ihrem Gefühl übereinstimmt. Die Fragen beziehen sich auf die vergangenen zwei Wochen.

F27.5 Wie zufrieden sind Sie mit dem, was Sie im Leben erreicht haben?

Sehr unzufrieden 1	Unzufrieden 2	Weder zufrieden noch unzufrieden 3	Zufrieden 4	Sehr zufrieden 5
-----------------------	------------------	--	----------------	---------------------

F28.1 Wie zufrieden sind Sie mit der Art und Weise, wie Sie Ihre Zeit nutzen?

Sehr unzufrieden 1	Unzufrieden 2	Weder zufrieden noch unzufrieden 3	Zufrieden 4	Sehr zufrieden 5
-----------------------	------------------	--	----------------	---------------------

F28.2 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Maß an Aktivität?

Sehr unzufrieden 1	Unzufrieden 2	Weder zufrieden noch unzufrieden 3	Zufrieden 4	Sehr zufrieden 5
-----------------------	------------------	--	----------------	---------------------

F28.7 Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, an öffentlichen Aktivitäten teilnehmen zu können?

Sehr unzufrieden 1	Unzufrieden 2	Weder zufrieden noch unzufrieden 3	Zufrieden 4	Sehr zufrieden 5
-----------------------	------------------	--	----------------	---------------------

F27.1 Wie glücklich sind Sie bei dem Gedanken an Dinge, die Sie noch erwarten können?

Sehr unglücklich 1	Relativ unglücklich 2	Weder glücklich noch unglücklich 3	Relativ glücklich 4	Sehr glücklich 5
-----------------------	-----------------------------	--	---------------------------	---------------------

F25.2 Wie beurteilen Sie Ihre Sinnesfunktionen (z.B. Hören, Sehen, Schmecken, Riechen, Tasten)?

Sehr schlecht 1	Schlecht 2	Mittelmäßig 3	Gut 4	Sehr gut 5
--------------------	---------------	------------------	----------	---------------

Die folgenden Fragen beziehen sich auf alle **innigen Beziehungen**, die Sie haben. Bitte beantworten Sie diese Fragen in Bezug auf eine/n Ihnen nahestehende/n Partner/in oder eine andere Ihnen nahestehende Person, mit der Sie mehr als mit jeder anderen Person in Ihrem Leben Vertrautheit teilen.

F30.2 Inwieweit erfahren Sie in Ihrem Leben ein Gefühl von Gemeinschaft?

Überhaupt nicht 1	Ein wenig 2	Mittelmäßig 3	Ziemlich 4	Äußerst 5
----------------------	----------------	------------------	---------------	--------------

F30.3 Inwieweit erfahren Sie Liebe in Ihrem Leben?

Überhaupt nicht 1	Ein wenig 2	Mittelmäßig 3	Ziemlich 4	Äußerst 5
----------------------	----------------	------------------	---------------	--------------

F30.4 Inwieweit haben Sie die Möglichkeit, anderen Menschen Ihre Liebe zu geben?

Überhaupt nicht 1	Eher nicht 2	Halbwegs 3	Überwiegend 4	Völlig 5
----------------------	-----------------	---------------	------------------	-------------

F30.7 Inwieweit haben Sie die Möglichkeit, die Liebe anderer Menschen zu erfahren?

Überhaupt nicht 1	Eher nicht 2	Halbwegs 3	Überwiegend 4	Völlig 5
----------------------	-----------------	---------------	------------------	-------------

Haben Sie noch Anmerkungen zu dem Fragebogen?

Vielen Dank für Ihre Hilfe

17.8: Die Facetten des WHOQOL-OLD

Sinnesfunktionen

Diese Facette untersucht die Sinnesfunktionen und inwieweit Veränderungen im Sehen, Hören, Riechen, Schmecken, Appetit und Tastsinn die Lebensqualität einer Person beeinflussen. Obwohl ältere Erwachsene in einem oder mehreren dieser Bereiche eingeschränkt sein können, konzentriert sich diese Facette eher auf das Funktionieren dieser als auf ihre Einschränkungen. Die Facette geht nicht von eingeschränkten Sinnesfunktionen bei einer Person aus, fragt jedoch danach, ob die Funktionsfähigkeit Einfluss darauf hat, inwieweit sich eine Person an täglichen Aktivitäten beteiligen kann oder die Freude an diesen Aktivitäten verringert wird.

Die Facette bezieht sich außerdem auf den Grad der Zufriedenheit von Personen mit ihren Sinnesfunktionen, unabhängig vom momentanen Zustand. Eingeschränkte Funktionen können weniger Unzufriedenheit hervorrufen, wenn ältere Erwachsene sich erfolgreich an das Nachlassen der Sinne angepasst haben. Außerdem bezieht sich die Facette auf das Gefühl der Vereinsamung, von dem der Verlust der Sinnesfunktionen begleitet sein könnte, und den möglichen Verlust körperlichen Kontakts mit Anderen im Leben älterer Menschen.

Autonomie

Diese Facette erfasst Fragen der Unabhängigkeit, Kontrolle (allgemein sowie das Einkommen betreffend), Entscheidungsfreiheit und -fähigkeit und den Einfluss dieser Faktoren auf die Lebensqualität eines Individuums. Diese Facette bezieht sich ebenfalls auf die Vorstellung, dass einige ältere Erwachsene weniger Unabhängigkeit und Kontrolle bezüglich ihres täglichen Lebens aufgrund nachlassender kognitiver und körperlicher Fähigkeiten haben. Außerdem werden die Gefühle, die mit verlorengegangenen Fähigkeiten im späteren Leben einhergehen können, erfasst.

Diese Facette bezieht sich auch auf Fragen der Würde. Antworten auf diese Frage könnten sich auf eine gestiegene Abhängigkeit von anderen Menschen in der Pflege und bei Aktivitäten des täglichen Lebens oder in einem breiteren Kontext auf das Verhalten in der Gesellschaft gegenüber älteren Menschen beziehen.

Aktivitäten in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft

Diese Facette erfasst die Anerkennung für in der Vergangenheit Erreichtes und die Zufriedenheit mit dem im Verlauf des Lebens Erreichten. Somit wird eine Möglichkeit gegeben auf das Leben zurückzublicken. Gleichzeitig wird anerkannt, dass eine ältere Person in Form verschiedener alternativer Arbeiten und ehrenamtlicher Tätigkeiten auch noch einen Beitrag für die Gesellschaft leisten kann. Erreichtes ist jedoch nicht speziell definiert, und es muss beachtet werden, dass wichtige Ereignisse wie Kinder und Enkelkinder zu bekommen sowie eine erfolgreiche Anpassung an den Ruhestand ebenfalls als beachtenswerte Leistung für ältere Menschen in Betracht gezogen werden sollten.

Die Facette fragt ebenfalls nach Möglichkeiten, die eine Person hat, um sich mit Anderen an Vergangenes zu erinnern, sowie nach Gedanken und Gefühlen über die Zukunft. Die Personen werden auch ermutigt zu überdenken wie Andere ihre Leistungen schätzen, was ebenfalls einen bedeutenden Einfluss auf die Erklärung der eigenen Erfolge im Leben einer Person haben kann.

Soziale Partizipation (Teilhabe)

Diese Facette erfasst die Meinungen einer Person im Hinblick auf die Nutzung ihrer Zeit und inwieweit sie in der Lage ist, sich für Dinge einzusetzen, die ihr wichtig erscheinen. Einige ältere Menschen haben unter Umständen weniger Einfluss auf die alltäglichen Aktivitäten, die sie betreffen.

Vorstellungen zur Zeiteinteilung werden ebenfalls untersucht sowie die Zufriedenheit damit, im späteren Leben aktiv zu bleiben. Es wird davon ausgegangen, dass viele ältere Erwachsene im Ruhestand sind. Die Facette bezieht sich auf die Umgestaltungen in der Zeiteinteilung nach einer solchen Veränderung und den möglichen Einfluss auf die Lebensqualität. Außerdem erfasst die Facette Möglichkeiten und Fähigkeiten eines Menschen, weiterhin aktiv im Leben zu bleiben und sich als Teil der Gemeinschaft zu fühlen. Die Facette erkennt jedoch, dass der Gewinn an zusätzlicher Freizeit positiv oder negativ sein kann in Abhängigkeit von den individuellen Lebensumständen.

Tod und Sterben

Diese Facette erfasst die Einstellungen zum Tod und die Einsicht in die Unvermeidbarkeit und die Sinnhaftigkeit des Todes im Gesamtzusammenhang der menschlichen Existenz. Für einige Menschen kann der Tod eine positive Bedeutung haben, er kann den Übergang vom Leben auf der Erde zu einem besseren Leben oder einem Leben nach dem Tod darstellen, oder er kann als Erleichterung betrachtet werden aufgrund von Leiden, Verzweiflung, Schmerz oder Kummer am Ende des Daseins. Die negativen Aspekte beinhalten übermäßige Angst vor dem Tod und die Angst davor, die Kontrolle über das Sterben zu verlieren. Diese Facette beachtet ebenfalls die Einstellungen und Gefühle einer Person zum Tod von nahe stehenden Menschen. Die Vorstellung eines vorzeitigen Todes, z. B. der Tod einer Person durch einen Unfall, und der damit verbundene Schock bei Anderen gehört ebenfalls hierher. Möglicherweise ist es für eine Person schwieriger einen solchen Vorfall zu verstehen und ihn deshalb als ungerecht zu sehen und nicht akzeptieren zu können.

Intimität

Diese Facette untersucht die Möglichkeiten eines Menschen, körperliche Nähe und Zärtlichkeit mit einem Partner oder einer anderen nahestehenden Person zu erfahren, mit der sie mehr als mit einer anderen Person Vertrautheit teilen kann.

Es wird die Annahme überprüft, dass Sexualität im späteren Leben an Bedeutung verliert. Nichtsdestotrotz werden enge und vertraute Beziehungen als ein wichtiger Faktor im Leben betrachtet. Die Facette erkennt dabei, dass einigen Menschen in ihrem Leben diese Vertrautheit fehlt trotz eines Partners und untersucht den möglichen Einfluss auf die Lebensqualität. Außerdem wird die Zufriedenheit mit dem Maß an Intimität im Leben einer Person erfasst unter der Berücksichtigung, dass dies nicht für jede Person einen wichtigen Bestandteil des Lebens darstellt.

IIP-C

Name/Code-Nr. _____

Beruf _____

Geburtsdatum _____

Testdatum _____

Nachfolgend finden Sie eine Liste von Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit Beziehungen zu anderen berichtet werden. Bitte lesen Sie diese Liste durch und überlegen Sie, ob die einzelnen Schwierigkeiten für Sie ein Problem darstellten und zwar bezogen auf irgendeine Person, die in Ihrem Leben eine bedeutsame Rolle spielte. Kreuzen Sie bitte für jedes Problem die Ziffer an, die beschreibt, wie sehr Sie darunter gelitten haben.

Beispiel						
Wie sehr haben Sie unter diesem Problem gelitten?						
Es fällt mir schwer ...		nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
		0	1	2	3	4
0.	mit meinen Angehörigen zurechtzukommen					

Teil I. Die nachstehenden Aspekte können im Umgang mit anderen schwierig sein.

Es fällt mir schwer ...

	nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
1. anderen Menschen zu vertrauen	0	1	2	3	4
2. anderen gegenüber „Nein“ zu sagen	0	1	2	3	4
3. mich Gruppen anzuschließen	0	1	2	3	4
4. bestimmte Dinge für mich zu behalten	0	1	2	3	4
5. andere wissen zu lassen, was ich will	0	1	2	3	4
6. jemandem zu sagen, daß er mich nicht weiter belästigen soll	0	1	2	3	4
7. mich fremden Menschen vorzustellen	0	1	2	3	4
8. andere mit anstehenden Problemen zu konfrontieren	0	1	2	3	4
9. mich gegenüber jemand anderem zu behaupten	0	1	2	3	4
10. andere wissen zu lassen, daß ich wütend bin	0	1	2	3	4
11. eine langfristige Verpflichtung gegenüber anderen einzugehen	0	1	2	3	4
12. jemandem gegenüber die „Chef-Rolle“ einzunehmen	0	1	2	3	4
13. anderen gegenüber aggressiv zu sein, wenn die Lage es erfordert	0	1	2	3	4
14. mit anderen etwas zu unternehmen	0	1	2	3	4
15. anderen Menschen meine Zuneigung zu zeigen	0	1	2	3	4
16. mit anderen zurechtzukommen	0	1	2	3	4
17. die Ansichten eines anderen zu verstehen	0	1	2	3	4
18. meine Gefühle anderen gegenüber frei heraus zu äußern	0	1	2	3	4
19. wenn nötig, standfest zu sein	0	1	2	3	4
20. ein Gefühl von Liebe für jemanden zu empfinden	0	1	2	3	4
21. anderen Grenzen zu setzen	0	1	2	3	4

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PA	BC	DE	FG	HI	JK	LM	NO

Es fällt mir schwer ...

3

	nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
22. jemand anderen in seinen Lebenszielen zu unterstützen	0	1	2	3	4
23. mich anderen nahe zu fühlen	0	1	2	3	4
24. mich wirklich um die Probleme anderer zu kümmern	0	1	2	3	4
25. mich mit jemand anderem zu streiten	0	1	2	3	4
26. alleine zu sein	0	1	2	3	4
27. jemandem ein Geschenk zu machen	0	1	2	3	4
28. mir auch gegenüber den Menschen Ärger zu gestatten, die ich mag	0	1	2	3	4
29. die Bedürfnisse eines anderen über meine eigenen zu stellen	0	1	2	3	4
30. mich aus den Angelegenheiten anderer herauszuhalten	0	1	2	3	4
31. Anweisungen von Personen entgegenzunehmen, die mir vorgesetzt sind	0	1	2	3	4
32. mich über das Glück eines anderen Menschen zu freuen	0	1	2	3	4
33. andere zu bitten, mit mir etwas zu unternehmen	0	1	2	3	4
34. mich über andere zu ärgern	0	1	2	3	4
35. mich zu öffnen und meine Gefühle jemand anderem mitzuteilen	0	1	2	3	4
36. jemand anderem zu verzeihen, nachdem ich ärgerlich war	0	1	2	3	4
37. mein eigenes Wohlergehen nicht aus dem Auge zu verlieren, wenn jemand anderes in Not ist	0	1	2	3	4
38. fest und bestimmt zu bleiben, ohne mich darum zu kümmern, ob ich die Gefühle anderer verletze	0	1	2	3	4
39. selbstbewußt zu sein, wenn ich mit anderen zusammen bin	0	1	2	3	4

PA
 BC
 DE
 FG
 HI
 JK
 LM
 NO

Teil II. Die nachstehenden Aspekte kann man im Übermaß tun.

	nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
40. Ich streite mich zuviel mit anderen	0	1	2	3	4
41. Ich fühle mich zu sehr für die Lösung der Probleme anderer verantwortlich	0	1	2	3	4
42. Ich lasse mich zu leicht von anderen überreden	0	1	2	3	4
43. Ich öffne mich anderen zu sehr	0	1	2	3	4
44. Ich bin zu unabhängig	0	1	2	3	4
45. Ich bin gegenüber anderen zu aggressiv	0	1	2	3	4
46. Ich bemühe mich zu sehr, anderen zu gefallen	0	1	2	3	4
47. Ich spiele zu oft den Clown	0	1	2	3	4
48. Ich lege zuviel Wert darauf, beachtet zu werden	0	1	2	3	4
49. Ich vertraue anderen nicht	0	1	2	3	4
50. Ich bin zu sehr darauf aus, andere zu kontrollieren	0	1	2	3	4
51. Ich stelle zu oft die Bedürfnisse anderer über meine eigenen	0	1	2	3	4
52. Ich versuche zu sehr, andere zu verändern	0	1	2	3	4
53. Ich bin zu leichtgläubig	0	1	2	3	4
54. Ich bin anderen gegenüber zu großzügig	0	1	2	3	4
55. Ich habe vor anderen zuviel Angst	0	1	2	3	4
56. Ich bin anderen gegenüber zu mißtrauisch	0	1	2	3	4
57. Ich beeinflusse andere zu sehr, um zu bekommen, was ich will	0	1	2	3	4
58. Ich erzähle anderen zu oft persönliche Dinge	0	1	2	3	4
59. Ich streite zu oft mit anderen	0	1	2	3	4
60. Ich halte mir andere zu sehr auf Distanz	0	1	2	3	4
61. Ich lasse mich von anderen zu sehr ausnutzen	0	1	2	3	4
62. Ich bin vor anderen Menschen zu verlegen	0	1	2	3	4
63. Die Not eines anderen Menschen berührt mich zu sehr	0	1	2	3	4
64. Ich möchte mich zu sehr an anderen rächen	0	1	2	3	4

PA
 BC
 DE
 FG
 HI
 JK
 LM
 NO

17.10: Subskalen des IIP-C

Die Skala **PA (zu autokratisch/dominant)** beschreibt das Gefühl, anderen gegenüber zu aggressiv und kontrollieren zu sein, zu unabhängig. Personen mit hohen Skalenwerten haben den Eindruck, andere zu sehr verändern und manipulieren zu wollen und erleben Schwierigkeiten dabei, die Standpunkte anderer zu verstehen und Anordnungen anderer zu akzeptieren.

Die Skala **BC (zu streitsüchtig/konkurrierend)** setzt sich aus Items zusammen, die folgende interpersonale Probleme tangieren: Schwierigkeiten, anderen zu vertrauen, andere zu unterstützen und sich um deren Probleme zu kümmern, eigene Bedürfnisse gegenüber denen anderer zurückzustellen, sich mit anderen zu freuen. Personen mit hohen Werte in dieser Skala meinen, zu sehr Auseinandersetzungen mit anderen zu suchen, zu misstrauisch und zu streitsüchtig zu sein.

Die Skala **DE (zu abweisend/kalt)** beschreibt die Schwierigkeit, eine Verpflichtung anderen gegenüber einzugehen, Gefühle zu zeigen, mit anderen zurecht zu kommen, Liebe und sich anderen nahe zu fühlen, jemandem etwas zu schenken, zu verzeihen und das Problem, anderen gegenüber kalt zu sein.

Die Skala **FG (zu introvertiert/sozial vermeidend)** enthält interpersonale Eigenschaften, die dem Konstrukt der Introversion zuzuordnen sind: Schwierigkeiten, sich Gruppen anzuschließen, sich selbst anderen darzustellen und zu öffnen, Freundschaften zu schließen, Gefühle offen auszudrücken, auf andere zuzugehen, Angst und Scheu vor anderen Menschen.

Die Skala **HI (zu selbstunsicher/unterwürfig)** markiert den negativen Pol der Dominanzdimension des interpersonalen Kreismodells: Sie beschreibt Probleme dabei, die eigenen Bedürfnisse zu zeigen, sich abzugrenzen, selbstsicher aufzutreten und andere auf Probleme hinzuweisen, Anweisungen zu geben, aggressiv zu sein, standhaft und selbstsicher zu sein.

Die Skala **JK (zu ausnutzbar/nachgiebig)** beschreibt die Schwierigkeit „nein“ zu sagen, anderen gegenüber Ärger zu zeigen und zu empfinden, zu streiten, ferner die Angst, andere zu verletzen, das Gefühl sich zu leicht überreden zu lassen und zu leichtgläubig zu sein.

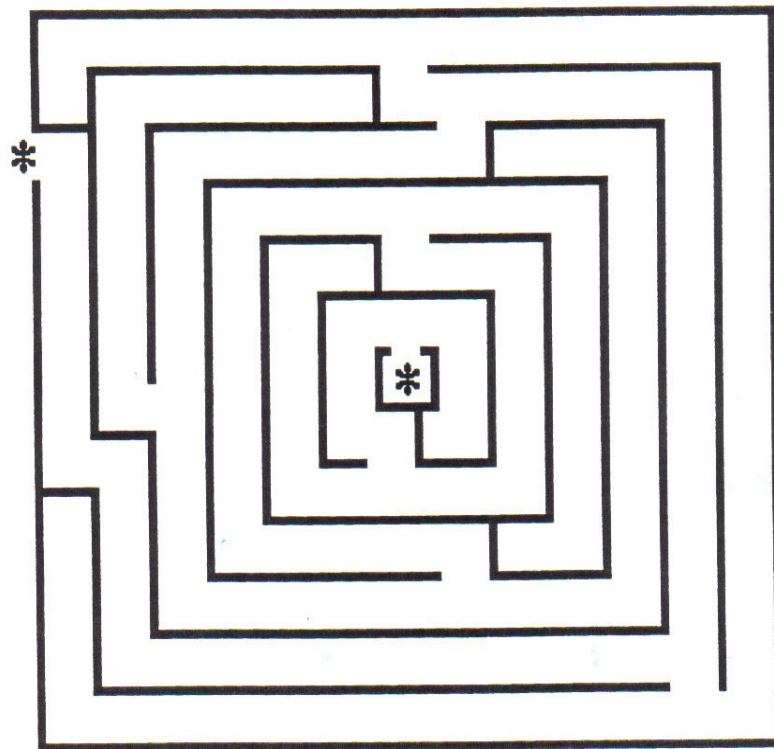
Die Skala **LM (zu fürsorglich/freundlich)** wird durch Items konstituiert, die beschreiben, dass ein Mensch Schwierigkeiten hat, anderen Grenzen zu setzen, einer Person, die gemocht wird, gegenüber wütend zu sein, eigene Bedürfnisse über die anderer zu stellen. Daneben drücken sie das Gefühl aus, anderen zu sehr gefallen zu wollen und zu vertrauen, und sich zu sehr von den Problemen anderer leiten zu lassen.

Die Skala **NO (zu expressiv/aufdringlich)** beschreibt das Gefühl, vor anderen nichts geheim halten zu können, nicht alleine sein zu können sich aus den Angelegenheiten anderer herauszuhalten, sich für andere zu sehr verantwortlich zu fühlen, zu offen und gesprächig zu sein sowie andere amüsieren und Beachtung finden zu müssen.

INITIALEN (NAME)	NUMMER	DATUM	NAI	T1-C
			ZAHLEN-VERBINDUNGS-TEST G	

19	21	22	27	26
20	18	23	25	28
17	15	1	24	29
		ANFANG		
16	13	14	2	30
12	9	7	3	4
10	11	8	6	5

INITIALEN (NAME)	NUMMER	DATUM	NAI LABYRINTH-TEST G	C
------------------	--------	-------	--------------------------------	----------



INITIALEN (NAME)	NUMMER	DATUM	NAI WORTLISTE	C																																																									
FREIE REPRODUKTION (unmittelbar nach Vorgabe)			Bitte ankreuzen																																																										
<p><i>"Die folgende Aufgabe heißt Wortliste. Ich werde Ihnen eine Wortliste mit acht Wörtern vorlesen. Wenn ich fertig bin, sollen Sie alle diese Wörter wiederholen. Bitte hören Sie jetzt genau zu!"</i></p> <p>Vorlesen der Wörter im Tempo ein Wort je 2 Sekunden. Gegebenenfalls die Testperson auffordern, nicht laut nachzusprechen.</p> <p>Unmittelbar anschließend: <i>"Jetzt Sie ...!"</i></p> <p>Nach längerer Unterbrechung der Wiedergabe: <i>"Fällt Ihnen noch ein Wort ein?"</i></p> <p>Testwert ist die Anzahl korrekt wiedergegebener Worte. Die Nennungen synonyme Begriffe (z.B. "Baby" für "Säugling") zählt als richtige Antwort.</p> <p>Fehlerhafte Nennungen:</p>			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Wohnung</td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Körper</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Erde</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Säugling</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Ofen</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Insekt</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Flasche</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Prüfung</td><td></td><td></td></tr> <tr><td colspan="3" style="padding: 2px;">Testwert WLFR: (Summe)</td></tr> </table>		Wohnung			Körper			Erde			Säugling			Ofen			Insekt			Flasche			Prüfung			Testwert WLFR: (Summe)																																
Wohnung																																																													
Körper																																																													
Erde																																																													
Säugling																																																													
Ofen																																																													
Insekt																																																													
Flasche																																																													
Prüfung																																																													
Testwert WLFR: (Summe)																																																													
Nach etwa 30 Minuten:			Bitte ankreuzen																																																										
WIEDERERKENNEN (verzögert)																																																													
<p><i>"Heute ganz am Anfang habe ich Ihnen eine Liste mit Wörtern vorgelesen."</i></p> <p><i>Ich werde Ihnen jetzt eine zweite Liste mit Wörtern vorlesen. Wenn Sie ein Wort vorhin schon gehört haben, sollen Sie "JA" sagen, wenn nicht, sollen Sie "NEIN" sagen."</i></p> <p>Vorgabe des ersten Wortes: <i>"Haben Sie dieses Wort vorhin schon gehört?"</i></p> <p>Fortsetzung der Vorgabe möglichst ohne Zwischenfragen.</p> <p>Kann sich die Testperson nicht entscheiden: <i>"Auch wenn Sie sich nicht ganz sicher sind: Was meinen Sie, kam dieses Wort bereits vor oder kam es noch nicht vor?"</i></p> <p>Sämtliche Antworten werden durch Ankreuzen festgehalten. Als Gedächtnismaß wird die Anzahl korrekter "JA"-Antworten in der linken Spalte ermittelt. Als Fehlermaß dient die Anzahl der "JA"-Antworten in der rechten Spalte.</p> <p>Testwert: Korrekte "JA"-Antworten - fehlerhafte "JA"-Antworten (linke - rechte Spaltensumme).</p>			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Erde</td><td style="padding: 2px;">JA</td><td style="padding: 2px;">NEIN</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Klavier</td><td style="padding: 2px;">NEIN</td><td style="padding: 2px;">JA</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Körper</td><td style="padding: 2px;">JA</td><td style="padding: 2px;">NEIN</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Feuer</td><td style="padding: 2px;">NEIN</td><td style="padding: 2px;">JA</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Pudding</td><td style="padding: 2px;">NEIN</td><td style="padding: 2px;">JA</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Wohnung</td><td style="padding: 2px;">JA</td><td style="padding: 2px;">NEIN</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Geschrei</td><td style="padding: 2px;">NEIN</td><td style="padding: 2px;">JA</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Säugling</td><td style="padding: 2px;">JA</td><td style="padding: 2px;">NEIN</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Geißel</td><td style="padding: 2px;">NEIN</td><td style="padding: 2px;">JA</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Himmel</td><td style="padding: 2px;">NEIN</td><td style="padding: 2px;">JA</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Ofen</td><td style="padding: 2px;">JA</td><td style="padding: 2px;">NEIN</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Sprache</td><td style="padding: 2px;">NEIN</td><td style="padding: 2px;">JA</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Prüfung</td><td style="padding: 2px;">JA</td><td style="padding: 2px;">NEIN</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Flasche</td><td style="padding: 2px;">JA</td><td style="padding: 2px;">NEIN</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Wiege</td><td style="padding: 2px;">NEIN</td><td style="padding: 2px;">JA</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Insekt</td><td style="padding: 2px;">JA</td><td style="padding: 2px;">NEIN</td></tr> <tr><td colspan="3" style="padding: 2px;">Summe der 'JA'-Antworten</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;"></td><td style="padding: 2px;">k:</td><td style="padding: 2px;">f:</td></tr> <tr><td colspan="3" style="padding: 2px;">Testwert WLWE: k - f:</td></tr> </table>		Erde	JA	NEIN	Klavier	NEIN	JA	Körper	JA	NEIN	Feuer	NEIN	JA	Pudding	NEIN	JA	Wohnung	JA	NEIN	Geschrei	NEIN	JA	Säugling	JA	NEIN	Geißel	NEIN	JA	Himmel	NEIN	JA	Ofen	JA	NEIN	Sprache	NEIN	JA	Prüfung	JA	NEIN	Flasche	JA	NEIN	Wiege	NEIN	JA	Insekt	JA	NEIN	Summe der 'JA'-Antworten				k:	f:	Testwert WLWE: k - f:		
Erde	JA	NEIN																																																											
Klavier	NEIN	JA																																																											
Körper	JA	NEIN																																																											
Feuer	NEIN	JA																																																											
Pudding	NEIN	JA																																																											
Wohnung	JA	NEIN																																																											
Geschrei	NEIN	JA																																																											
Säugling	JA	NEIN																																																											
Geißel	NEIN	JA																																																											
Himmel	NEIN	JA																																																											
Ofen	JA	NEIN																																																											
Sprache	NEIN	JA																																																											
Prüfung	JA	NEIN																																																											
Flasche	JA	NEIN																																																											
Wiege	NEIN	JA																																																											
Insekt	JA	NEIN																																																											
Summe der 'JA'-Antworten																																																													
	k:	f:																																																											
Testwert WLWE: k - f:																																																													
Wortliste - Summenwert			WLSUM: WLFR + WLWE																																																										

INITIALEN (NAME)	NUMMER	DATUM	NAR				C																																																																																	
							NÜRNBERGER-ALTERS-RATING																																																																																	
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse; width: 80%;"> <tr> <td style="width: 15%;">passiv</td> <td style="width: 5%;">1</td> <td style="width: 5%;">2</td> <td style="width: 5%;">3</td> <td style="width: 5%;">4</td> <td style="width: 5%;">5</td> <td style="width: 5%;">6</td> <td style="width: 5%;">7</td> <td style="width: 15%;">aktiv</td> </tr> <tr> <td>heiter/fröhlich</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>traurig/verstimmt</td> </tr> <tr> <td>selbstsicher</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>verunsichert</td> </tr> <tr> <td>flexibel</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>rigide</td> </tr> <tr> <td>konzentriert</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>unkonzentriert</td> </tr> <tr> <td>reizbar</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>gelassen</td> </tr> <tr> <td>interessiert</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>uninteressiert</td> </tr> <tr> <td>kontaktfreudig</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>kontaktarm</td> </tr> <tr> <td>vorsichtig/ ängstlich</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>unbefangen</td> </tr> </table>								passiv	1	2	3	4	5	6	7	aktiv	heiter/fröhlich	1	2	3	4	5	6	7	traurig/verstimmt	selbstsicher	1	2	3	4	5	6	7	verunsichert	flexibel	1	2	3	4	5	6	7	rigide	konzentriert	1	2	3	4	5	6	7	unkonzentriert	reizbar	1	2	3	4	5	6	7	gelassen	interessiert	1	2	3	4	5	6	7	uninteressiert	kontaktfreudig	1	2	3	4	5	6	7	kontaktarm	vorsichtig/ ängstlich	1	2	3	4	5	6	7	unbefangen
passiv	1	2	3	4	5	6	7	aktiv																																																																																
heiter/fröhlich	1	2	3	4	5	6	7	traurig/verstimmt																																																																																
selbstsicher	1	2	3	4	5	6	7	verunsichert																																																																																
flexibel	1	2	3	4	5	6	7	rigide																																																																																
konzentriert	1	2	3	4	5	6	7	unkonzentriert																																																																																
reizbar	1	2	3	4	5	6	7	gelassen																																																																																
interessiert	1	2	3	4	5	6	7	uninteressiert																																																																																
kontaktfreudig	1	2	3	4	5	6	7	kontaktarm																																																																																
vorsichtig/ ängstlich	1	2	3	4	5	6	7	unbefangen																																																																																
Zur Auswertung beiliegende Schablone verwenden							Testwert:	NAR																																																																																
							(Max. 63)	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>																																																																																

17.15: Nürnberger Entlassfragebogen[©]

Liebe Patientin, lieber Patient!

Die Zeit Ihrer Behandlung bei uns geht zu Ende. Wir bitten Sie, uns eine Rückmeldung über den Aufenthalt bei uns in der Psychosomatischen Klinik zu geben. Ihre Kritik ist uns genauso willkommen wie Ihr Lob oder Vorschläge zur Veränderung des Therapieangebotes. Vielen Dank!

I. Teil: Wie bewerten Sie Ihren Aufenthalt?

Bitte machen Sie bei den vorgegebenen Antworten ein Kreuz – und zwar bei der Aussage, die für Sie am ehesten zutrifft.

1. Wenn Sie an Ihren Aufenthalt zurückdenken, wie zufrieden sind Sie mit dem Ergebnis der Behandlung?

- überhaupt nicht
- sehr wenig
- etwas
- stark
- sehr stark

2. Wie stark haben Sie sich Ihrer Meinung nach durch die psychotherapeutische Behandlung verändert?

- überhaupt nicht
- sehr wenig
- etwas
- stark
- sehr stark

3. Wie gut, glauben Sie, werden Sie nach Ihrer Entlassung im großen und ganzen zurecht kommen?

- überhaupt nicht
- sehr wenig
- etwas
- gut
- sehr gut

4. Wie sehr benötigen Sie zum jetzigen Zeitpunkt weitere psychotherapeutische Hilfe?

- überhaupt nicht
- sehr wenig
- etwas
- stark
- sehr stark

5. Planen Sie eine weiterführende psychotherapeutische Behandlung?

- nein
- ja, ambulant
- ja, weitere stationäre/tagesklinische Behandlung

wenn ja, welche?

6. Was war für Sie rückwirkend während des mehrwöchigen Aufenthaltes insgesamt am hilfreichsten?

Bitte vergeben Sie Noten von 1 bis 6. Sie können eine Note auch mehrfach vergeben!

1 = sehr hilfreich 2 = hilfreich 3 = ausreichend hilfreich
4 = wenig hilfreich 5 = gar nicht hilfreich 6 = eher hinderlich

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Das Zusammensein mit anderen auf der Station/ in der Tagesklinik | <input type="checkbox"/> Gespräche mit Angehörigen |
| <input type="checkbox"/> Die Erfahrungen in der Gruppentherapie | <input type="checkbox"/> Die Möglichkeit des Rückzugs von den Problemen draußen |
| <input type="checkbox"/> Die Einzelpsychotherapie | <input type="checkbox"/> Die ständige Anwesenheit einer Ansprechperson (Schwester/Pfleger) |
| <input type="checkbox"/> Schwestern/Pflegergespräche | <input type="checkbox"/> Gespräche mit Mitpatienten |

II. Teil: Wenn Sie an Ihren Aufenthalt zurückdenken: Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu?

1. Ich habe viel über psychosomatische Zusammenhänge erfahren.
 - überhaupt nicht
 - sehr wenig
 - etwas
 - stark
 - sehr stark

2. Ich kann mich selbst besser verstehen.
 - überhaupt nicht
 - sehr wenig
 - etwas
 - stark
 - sehr stark

3. Ich wurde von den Mitpatienten so akzeptiert wie ich bin.
 - überhaupt nicht
 - sehr wenig
 - etwas
 - stark
 - sehr stark

4. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass ich mit meinen Problemen nicht allein bin.
 - überhaupt nicht
 - sehr wenig
 - etwas
 - stark
 - sehr stark

5. Ich habe neue Erfahrungen in der Gruppentherapie gemacht.
 - überhaupt nicht
 - sehr wenig
 - etwas
 - stark
 - sehr stark

6. Ich komme mit meinen Problemen, mit denen ich in die Klinik kam, besser zurecht.
 - überhaupt nicht
 - sehr wenig
 - etwas
 - stark
 - sehr stark

7. Ich habe Methoden kennen gelernt, die ich auch zu Hause anwenden kann.

- überhaupt nicht
- sehr wenig
- etwas
- stark
- sehr stark

8. Ich konnte soziale Kontakte knüpfen, die ich auch nach der Behandlung nutzen kann.

- überhaupt nicht
- sehr wenig
- etwas
- stark
- sehr stark

III. Teil: Wie hilfreich waren einzelne Therapieelemente?

Wir würden gerne wissen, wie hilfreich die einzelnen angebotenen Therapieformen, die wir auf der nächsten Seite aufgeführt haben, für Sie waren. Bitte geben Sie den einzelnen Therapieangeboten eine Note, wenn Sie diese Therapie erhalten haben (ansonsten bitte durchstreichen):

1 = sehr hilfreich 2 = hilfreich 3 = ausreichend hilfreich
4 = wenig hilfreich 5 = gar nicht hilfreich 6 = eher hinderlich

Sie können eine Note auch mehrfach an einzelne Therapieangebote vergeben!

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Einzelspsychotherapie | <input type="checkbox"/> Gespräche mit Schwestern und Pflegern |
| <input type="checkbox"/> Interaktionelle Gesprächsgruppentherapie | <input type="checkbox"/> Entspannungsübungen (Jacobson, AT) |
| <input type="checkbox"/> Imaginationsgruppe | <input type="checkbox"/> Qigong |
| <input type="checkbox"/> Themenzentrierte Burn-out-Gruppe | <input type="checkbox"/> Hirnleistungstraining |
| <input type="checkbox"/> Gespräche mit Schwestern/Pfleger | <input type="checkbox"/> Gruppengymnastik/ Sporttherapie/Bewegungsbad |
| <input type="checkbox"/> Kunst- u. Gestaltungstherapie | <input type="checkbox"/> Partner-/Familiengespräche |
| <input type="checkbox"/> Kreative Bewegung | <input type="checkbox"/> Psychosomatikschulung |
| <input type="checkbox"/> Stationsgruppe am Freitag | |
| <input type="checkbox"/> Soziales Kompetenztraining | |
| <input type="checkbox"/> Wahrnehmungsgruppe | |
| <input type="checkbox"/> Medizinische Sprechstunde | |
| <input type="checkbox"/> Traumaexposition (EMDR) | |
| <input type="checkbox"/> Wöchentliche Visite (Chefarzt, Oberarzt, Pflorgeteam) | |
| <input type="checkbox"/> Stabilisierungsgruppe | |

IV. Teil: Was soll sich an unserem Angebot ändern?

1. Wenn wir an unserem Stationskonzept und unserem Angebot an Therapie etwas ändern sollten, wie sollte dies Ihrer Meinung nach sein? Markieren Sie bitte in der jeweiligen Spalte, ob ein Therapieangebot „weniger“, „ausreichend“ oder „mehr“ angeboten werden sollte.

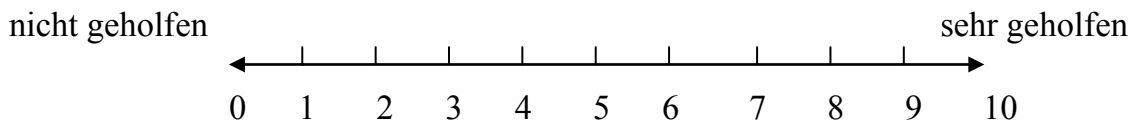
	mehr	ausreichend	weniger
<input type="checkbox"/> Medizinische Behandlung u. Diagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gespräche mit den Pflegern u. Schwestern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Einzeltherapie durch Einzeltherapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Interaktionelle Gruppentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Imaginationsgruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Burn-out-Gruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kreative Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kunst-und Gestaltungstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Entspannungsübungen (Jacobson, AT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Qigong	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hirnleistungstraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gymnastik, Sporttherapie, Bewegungsbad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychosomatikschulung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Partner- und Familiengespräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Stabilisierungsgruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Falls Sie einen Veränderungsvorschlag haben, der in der letzten Frage noch nicht erfasst ist, bitten wir Sie, diesen aufzuschreiben:

V. Teil: Wie hilfreich war Ihre Behandlung?

1. Sie haben jetzt an Hand der Fragen sicher Ihre Behandlung bei uns noch einmal vor Ihrem inneren Auge vorbei ziehen lassen. Nach all Ihren Überlegungen noch einmal die Frage an Sie: Wie hat die Behandlung in unserer Psychosomatischen Klinik insgesamt geholfen?

Machen Sie bitte einen Strich an der Stelle der Linie, die gefühlsmäßig Ihren Gesamteindruck am besten ausdrückt.



2. Würden Sie nach den Erfahrungen in unserer Psychosomatischen Klinik noch einmal zu uns zu einer Behandlung kommen?

ja nein

3. Würden Sie nach den Erfahrungen in unserer Psychosomatischen Klinik einem Angehörigen/ Freund empfehlen, in unsere Klinik zur Behandlung zu kommen ?

ja nein

17.16 Katamnesebogen

Liebe Frau /Herr ...

Wir bitten Sie nach ca. einem Jahr, uns eine Rückmeldung über den Aufenthalt bei uns zu geben. Ihre Kritik ist uns genauso willkommen wie Ihr Lob oder Vorschläge zur Veränderung unseres Therapieangebotes.

I. Teil: Wie bewerten Sie rückblickend Ihren Aufenthalt?

Bitte machen Sie bei den vorgegebenen Antworten ein Kreuz bei der Aussage, die für Sie am ehesten zutrifft.

1. Wenn Sie an Ihren Aufenthalt zurückdenken, wie zufrieden sind Sie mit dem Ergebnis der stationären oder tagesklinischen Behandlung in unserer Klinik?

- überhaupt nicht
- sehr wenig
- etwas
- stark
- sehr stark

2. Wie stark haben Sie sich Ihrer Meinung nach durch die psychotherapeutische Behandlung verändert?

- überhaupt nicht
- sehr wenig
- etwas
- stark
- sehr stark

3. Wie gut sind Sie nach Ihrer Entlassung im großen und ganzen zurecht gekommen?

- überhaupt nicht
- sehr wenig
- etwas
- stark
- sehr stark

4. Wie sehr benötigen Sie zum jetzigen Zeitpunkt weitere psychotherapeutische Hilfe?

- überhaupt nicht
- sehr wenig
- etwas
- stark
- sehr stark

II. Teil: Wenn Sie an Ihren Aufenthalt zurückdenken: Welche der folgenden Aussagen trifft auf Sie zu?

1. Ich habe viel über psychosomatische Zusammenhänge erfahren.
 - überhaupt nicht
 - sehr wenig
 - etwas
 - stark
 - sehr stark

2. Ich kann mich selbst besser verstehen.
 - überhaupt nicht
 - sehr wenig
 - etwas
 - stark
 - sehr stark

3. Ich wurde von den Mitpatienten so akzeptiert wie ich bin.
 - überhaupt nicht
 - sehr wenig
 - etwas
 - stark
 - sehr stark

4. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass ich mit meinen Problemen nicht allein bin.
 - überhaupt nicht
 - sehr wenig
 - etwas
 - stark
 - sehr stark

5. Ich habe neue Erfahrungen in der Gruppentherapie gemacht.
 - überhaupt nicht
 - sehr wenig
 - etwas
 - stark
 - sehr stark

6. Ich komme mit meinen Problemen, mit denen ich in die Klinik kam, besser zu-
recht.
 - überhaupt nicht
 - sehr wenig
 - etwas
 - stark
 - sehr stark

7. Ich habe Methoden kennen gelernt, die ich auch zu Hause anwenden kann.

- überhaupt nicht
- sehr wenig
- etwas
- stark
- sehr stark

8. Ich konnte soziale Kontakte knüpfen, die ich auch nach der Behandlung nutzen kann.

- überhaupt nicht
- sehr wenig
- etwas
- stark
- sehr stark

III. Teil: Inanspruchnahme von Hilfen in der Zeit nach der Behandlung

1. Ich nehme an regelmäßigen Treffen ehemaliger Patienten aus der Psychosomatischen Klinik teil

ja nein

2. Ich bin in psychotherapeutischer Einzelbehandlung.

ja nein

3. Ich gehe in eine psychotherapeutische Gruppe.

ja nein

4. Ich gehe in die Psychiatrische Institutsambulanz oder zu einem niedergelassenen Nervenarzt.

ja nein

5. Ich besuche eine Selbsthilfegruppe (z. B. AA, AL-ANON, EA, Kreuzbund o.ä.)

ja nein

6. Ich wurde **nach** der Behandlung im Klinikum Nürnberg erneut in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Klinik stationär behandelt.

ja nein

Wenn ja, wo?..... Wie lange?

7. Ich nutze vermehrt andere Möglichkeiten für soziale Kontakte (z. B. Seniorenclub, Altenakademie).

ja nein

Wenn ja, was?.....

8. Sonstiges:.....

ja nein

Anhang 17.17: Variablen mit Normalverteilung nach Kolmogorov-Smirnoff

Vorgespräch	Aufnahme	Entlassung	Katamnese
NAR	NAR		NAR
HADS-A	HADS-A, HADS-D	HADS-D	LT
PHQ 15	PHQ 15	PHQ 15	PHQ 9 Stresssummenwert
GBB Glieder Beschwerdedruck	GBB Erschöpfung Beschwerdedruck	GBB Glieder Beschwerdedruck	GBB Erschöpfung Beschwerdedruck
WHOQOL Aktivitäten Intimität			WHOQOL Autonomie Tod Intimität
IIP BC, DE	IIP BC, DE, FG, NO, gesamt	IIP BC, DE, FG, LM, NO, gesamt	IIP BC, DE, FG, LM, NO

Anhang 17.18: Ergebnis des T-Tests für unabhängige Stichproben (Responder und Non-Responder bei der Entlassung) in Bezug auf Therapiemotivation und Behandlungsdauer

	„Responder“		„Non-Responder“		T	df	p
Therapiemotivation	MW 3,3	SD 0,8	MW 2,8	SD 0,9	-3,471	114	< .001
Behandlungsdauer	MW 27	SD 4,5	MW 24	SD 6,7	-2,795	114	< .01

Anhang 17.19: Ergebnisse der Chi-Quadrat-Tests (Responder vs. Non-Responder bei der Entlassung) in Bezug auf psychiatrische und psychotherapeutische Vorerfahrung

Stationärer Aufenthalt in der Psychiatrie

			Stat. Psychiatrie		Gesamt
			nein	ja	
Erfolgreich	nein	Anzahl	51	20	71
		%	71,8 %	28,2 %	100,0 %
	ja	Anzahl	33	12	45
		%	73,3 %	26,7 %	100,0 %
Gesamt		Anzahl	84	32	116
		%	72,4 %	27,6 %	100,0 %

Chi-Quadrat 0,03; p = n.s.

Phi -0,02

Stationärer Aufenthalt in der Psychosomatik

			stat. Psychotherapie		Gesamt
			nein	ja	
erfolgreich	nein	Anzahl	51	20	71
		%	71,8 %	28,2 %	100,0 %
	ja	Anzahl	20	25	45
		%	44,4 %	55,6 %	100,0 %
Gesamt		Anzahl	71	45	116
		%	61,2 %	38,8 %	100,0 %

Chi-Quadrat 8,7; p < .01

Phi 0,3

Ambulante Psychotherapie

			ambulante PT		Gesamt
			nein	ja	
erfolgreich	nein	Anzahl	40	31	71
		%	56,3 %	43,7 %	100,0 %
	ja	Anzahl	16	29	45
		%	35,6 %	64,4 %	100,0 %
Gesamt		Anzahl	56	60	116
		%	48,3 %	51,7 %	100,0 %

Chi-Quadrat 4,8; p < .05

Phi 0,2

Anhang 17.20: Ergebnisse der Chi-Quadrat-Tests (Responder vs. Non-Responder bei der Katamnese) in Bezug auf die Inanspruchnahme von Einzel- und Gruppenpsychotherapie

Gruppenpsychotherapie

			Gruppenpsychotherapie		Gesamt
			nein	ja	
erfolgreich	nein	Anzahl %	47 90,4 %	5 9,6 %	52 100,0 %
	ja	Anzahl %	31 73,8 %	11 26,2 %	42 100,0 %
Gesamt		Anzahl %	78 83,0 %	16 17,0 %	94 100,0 %

Chi-Quadrat 4,5; $p < .05$

Phi 0,2

Einzelpsychotherapie

			Katamnese Einzelpsychotherapie		Gesamt
			nein	ja	
erfolgreich	nein	Anzahl %	26 50,0 %	26 50,0 %	52 100,0 %
	ja	Anzahl %	28 66,7 %	14 33,3 %	42 100,0 %
Gesamt		Anzahl %	54 57,4 %	40 42,6 %	94 100,0 %

Chi-Quadrat 2,6; $p = n.s.$

Phi -0,2

Ehrenwörtliche Erklärung

In Kenntnis der Promotionsordnung der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften erkläre ich hiermit, die von mir eingereichte Dissertation selbst angefertigt und alle Quellen und Hilfsmittel im Text als solche angegeben zu haben. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Über den wissenschaftlichen Austausch mit meinem Betreuer Herrn Prof. Bernhard Strauß und anderen Personen des Klinikums Nürnberg (Prof. Söllner, Kollegen etc.) hinaus wurde in keiner Phase der Studiendurchführung und Herstellung des Manuskripts entgeltliche oder unentgeltliche Hilfe durch Dritte geleistet. Dritte haben weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen. Kein Teil dieser Dissertation und keine andere Abhandlung wurden an einer anderen Hochschule bzw. anderen Fakultät als Dissertation eingereicht. Darüber hinaus versichere ich, dass ich an keiner anderen Hochschule bzw. Fakultät ein laufendes Promotionsverfahren anhängig habe und dieses auch in der Vergangenheit nicht der Fall war. Ich versichere, dass ich nach bestem Wissen die reine Wahrheit gesagt und nichts verschwiegen habe.

Nürnberg, den 10.05.2012

Christina Wunner