

Endbericht

—

Evaluierung der Gruppenbehandlungen im Rahmen des Projekts fit2work klinisch-psychologische und psychotherapeutische Behandlung (1.4.2016 bis 31.12.2017)

Reinhold Jagsch

Institut für Angewandte Psychologie:
Gesundheit, Entwicklung und Förderung

Fakultät für Psychologie
Universität Wien

Wien, März 2018

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Beteiligung an der Evaluation	4
3. Darstellung der Ausgangssituation (Stichprobe der Ersttestung)	5
3.1. Vergleich soziodemographischer Charakteristika.....	5
3.2. Vergleich krankheitsspezifischer Charakteristika	6
4. Ergebnisse zur Veränderungsmessung sowie zur Behandlungszufriedenheit	8
4.1. Veränderungen in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und im Gesundheitsverhalten	8
4.2. Veränderungen bezüglich der validierten klinischen Fragebögen	10
4.3. Bewertung der Behandlungszufriedenheit mittels HAQ	12
5. Zusammenfassung.....	12
Literatur.....	17
Anhang A. Abbildungen.....	18
Anhang B. Tabellen	22

1. Einleitung

Ergänzend zu den Einzelbehandlungen im Rahmen des Programms fit2work wurden ab dem Jahr 2015 Gruppenbehandlungen etabliert, die nach einer Pilotphase im Rahmen des dritten Förderjahres evaluiert werden sollen. Eingerichtet wurden zwei unterschiedliche Gruppensettings, einerseits die „psychosoziale und Reha-Jahresgruppe“ (im Weiteren bezeichnet als „Reha-Gruppe/PS“) und andererseits eine Gruppe mit „Gruppentraining Soziale und Emotionale Kompetenz“ (im Weiteren bezeichnet als SEK-Gruppe). Die Jahresgruppe umfasste 42 Gruppeneinheiten zu je 90 Minuten in wöchentlicher Abfolge oder 22 Gruppeneinheiten zu je 180 Minuten (14tägig) und wurde in der Regel als halboffene Gruppe geführt. Das Gruppentraining zu sozialer und emotionaler Kompetenz umfasste 25 Gruppeneinheiten zu je 120 Minuten, fand wöchentlich statt und war eine geschlossene Gruppe. Zusätzlich wurden zwei Schmerzbewältigungsgruppen in Form von geschlossenen Gruppen angeboten, die wöchentlich 120 Minuten dauerten und insgesamt 15 Treffen beinhalteten. Aufgrund der eingeschränkten Anzahl an Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurden die Schmerzbewältigungsgruppen im Rahmen der Analyse der Reha-Gruppe/PS zugeordnet. Im Zeitraum 2016/2017 fanden in Wien, Kärnten Niederösterreich, Oberösterreich und Salzburg unter der Leitung von Klinischen Psychologinnen und Psychologen oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten insgesamt acht Reha-Gruppen/PS (inklusive der zwei Schmerzbehandlungsgruppen) und vier SEK-Gruppen statt.

Die verwendeten Erhebungsinstrumente der Evaluation waren die gleichen Fragebögen wie diejenigen der Einzelbehandlung und der Pilotstudie Gruppenbehandlungen und wurden den Klientinnen und Klienten zu Beginn und nach Abschluss der Intervention vorgelegt (Jagsch, 2017, 2018). Ziel der Evaluation des aktuellen Projekts war, die Effektivität der Gruppenbehandlung allgemein sowie die differenzielle Wirksamkeit der beiden Gruppenformen (Reha-Gruppe/PS vs. SEK-Gruppe) im Sinne einer Ergebnisevaluation zu prüfen. Im Gegensatz zur Evaluation des

Pilotprojekts konnte ein Vergleich der Settings (wöchentlich vs. 14-tägig) nicht durchgeführt werden, da die diesbezüglichen Zahlen der Klientinnen und Klienten extrem ungleich verteilt waren ($n=59$ für wöchentlich vs. $n=9$ für 14-tägig).

2. Beteiligung an der Evaluation

Insgesamt haben 89 Klientinnen und Klienten im vorgesehenen Zeitraum in den Jahren 2016 und 2017 eine Gruppenbehandlung abgeschlossen. Von diesen sind 85 ausgefüllte Fragebogensets der Ersttestung (Beginn der Behandlung) und 68 Fragebogensets der Erst- sowie Abschlusstestung beim Evaluatorenteam der Fakultät für Psychologie der Universität Wien eingelangt. Die Quote der Beteiligung an der Evaluation der Ersttestung beträgt demnach 95.5%, die der umfassenden Erst- und Abschlusstestung 76.4%. Die einzelnen Teilmengen und deren Überschneidungen sind zusammengefasst in Abbildung 1 dargestellt. Ergänzend haben die Behandlerinnen und Behandler zu 75 Klientinnen und Klienten (84.3%) im Rahmen der Onlinebefragung ihre Beurteilungen zu Beginn der Behandlung abgegeben und zu 68 Klientinnen und Klienten (76.4%) zu Behandlungsabschluss.

Die Anzahl der Fragebogensets je abgehaltener Gruppe als Datengrundlage für die Evaluation war überaus heterogen und lag bei einer Spannweite von fünf bis zehn für die Ersterhebung und bei einer Spannweite von zwei bis neun für die Gesamterhebung von Erst- und Abschlusstestung. Die Verteilung der Klientinnen und Klienten nach Gruppe lag bei der Ausgangssituation bei $n=51$ für die Reha-Gruppe/PS und $n=34$ für die SEK-Gruppe und für die übergreifende Analyse bei $n=39$ für die Reha-Gruppe/PS und $n=29$ für die SEK-Gruppe. Die Irrtumswahrscheinlichkeit wurde für alle Analysen auf $p < .05$ gesetzt und um Effektstärkemaße ergänzt. Für den univariaten Zwei-Gruppenvergleich kommt Cohen's d zum Einsatz (<0.20 kein Effekt, 0.21 bis 0.50 kleiner Effekt, 0.51 bis 0.80 mittlerer Effekt, >0.80 großer Effekt), für die Varianzzerlegung im Allgemeinen Linearen Modell für Messwertwiederholung (Mixed ANOVA) partielles η^2 ($<.010$ kein Effekt, .011 bis .060 kleiner Effekt, .061 bis .140 mittlerer Effekt, $>.140$ großer Effekt).

3. Darstellung der Ausgangssituation (Stichprobe der Ersttestung)

3.1. Vergleich soziodemographischer Charakteristika

Die Stichprobe der Klientinnen und Klienten der Ersttestung lässt sich folgendermaßen charakterisieren: Der Großteil war weiblich ($n=55$, 64.7%), das Durchschnittsalter lag bei 43.62 Jahren ($SD=9.74$; Range 21–57). Der vorherrschende Zivilstatus war ledig ($n=38$, 45.8%), gefolgt von verheiratet ($n=26$, 31.3%), geschieden ($n=18$, 21.7%) und verwitwet ($n=1$, 1.2%; 2 Missing Data (MD)). Betrachtet man den Bildungsstand, so fielen die meisten Klientinnen und Klienten in die Kategorie „Berufsschule/Lehre“ ($n=36$, 42.9%), gefolgt von der Kategorie „Akademiker“ ($n=15$, 17.9%). Bezüglich der soziodemographischen Charakteristika unterschieden sich die Behandlungsgruppen weder in der Geschlechterproportion ($Chi^2(1)=0.215$, $p=.643$) noch im Grad der Ausbildung ($Chi^2(4)=2.455$, $p=.653$) noch im Alter ($t(83)=0.844$, $p=.401$). Es zeigten sich allerdings statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen im Familienstand ($Chi^2(3)=9.078$, $p=.028$, $d=0.70$). Klientinnen und Klienten der Reha-Gruppe/PS waren signifikant öfter verheiratet als diejenigen der SEK-Gruppe, die überdurchschnittlich öfter ledig waren.

Was die berufsspezifischen Daten anlangt, waren insgesamt 55 Klientinnen und Klienten (64.7%) zum Zeitpunkt der Ersterhebung arbeitslos, von denen etwa zwei Drittel auf Nachfrage angaben, aufgrund von psychischen Beschwerden arbeitslos geworden zu sein. Die Durchschnittsdauer der Arbeitslosigkeit wurde mit 18.07 Monaten ($SD=26.63$; Median=6.5 Monate, Spannweite 1–102 Monate) angegeben. In Bezug auf die arbeitslosenspezifischen Daten zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen in der Häufigkeit ($Chi^2(1)=0.859$, $p=.354$) und in der Dauer ($U=94.500$, $p=.466$) der Arbeitslosigkeit. Fragt man hingegen nach dem Grund der Arbeitslosigkeit, so gaben Klientinnen und Klienten der SEK-Gruppe mit 88.2% überdurchschnittlich öfter psychische Beschwerden an, als dies diejenigen der Reha-Gruppe/PS taten (52.0%; $Chi^2(1)=5.979$, $p=.014$, $d=0.81$).

3.2. Vergleich krankheitsspezifischer Charakteristika

Von insgesamt 75 der 85 Klientinnen und Klienten lagen aus den Angaben der Behandlerinnen und Behandler Daten zu Diagnosen vor (Diagnosestellung laut International Classification of Diseases, ICD-10; Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 2015). Den Angaben zufolge konnten drei Gruppen von Primär Diagnosen unterschieden werden: Störungen aus der F4-Sektion (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) standen an erster Stelle ($n=41$, 54.7%), gefolgt von Affektiven Störungen (F3-Diagnosen; $n=38$, 50.7%). Die dritte Gruppe entsprach der Diagnose Z73 (Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung, im engeren Sinne Burnout; $n=8$, 10.7%). Der Anteil der Klientinnen und Klienten mit Mehrfachdiagnosen ($n=14$, 18.7%) lag deutlich unter demjenigen mit lediglich einer einzigen Diagnose. Zwischen den beiden Gruppen konnten keine Unterschiede bezüglich des Diagnosespektrums erhoben werden.

Die Frage, wie lange die Erstdiagnose zurückliegt, wurde sehr unterschiedlich beantwortet. Die Minimaldauer lag bei einem Monat, die Maximaldauer bei 432 Monaten, der Median lag bei 10 Monaten. Ähnlich inhomogen war das Antwortmuster der Klientinnen und Klienten bezüglich der Latenz vom Wahrnehmen der ersten Symptome bis zur Stellung der Erstdiagnose. Der Median lag bei 12 Monaten (Spannweite 1–408). Bezüglich dieser beiden Zeitmaße ließen sich keine Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen ausmachen (Dauer seit Erstdiagnose: $U=554.000$, $p=.443$, Latenzzeit bis zur Erstdiagnose: $U=393.000$, $p=.994$).

Zu Variablen, die die Belastungen der Behandlungspopulation vor Beginn der Behandlung charakterisieren, lassen sich folgende Befunde nennen: Von den Klientinnen und Klienten, die zur Zeit des Beginns der Behandlung in einem aufrechten Arbeitsverhältnis waren, gaben 50.0% an, mindestens einmal in den letzten drei Monaten im Krankenstand gewesen zu sein. Insgesamt 46 der befragten Klientinnen und Klienten (55.4%, 2 MD) antworteten, Medikamente wegen psychischer Beschwerden einzunehmen, 58.5% hatten im Zeitraum der letzten drei Monate mindestens einmal einen Arzt aufgesucht (Spannweite: 1 bis 20 Besuche), 61.2% ließen in diesem Zeitraum medizinische Untersuchungen vornehmen (Spannweite: 1 bis 15

Untersuchungen), und 16.2% hatten in den zurückliegenden drei Monaten Krankenaufenthalte (Spannweite: 1 bis 5 Aufenthalte). Die Auswirkungen der psychischen Beschwerden auf die täglichen Aktivitäten, die auf einer Skala von 0 (kein Einfluss) bis 10 (maximaler Einfluss) abgefragt wurden, erbrachte für die Erhebung zu Beginn der Behandlung einen mittleren Wert von 5.36 (SD=2.74) für die Gesamtstichprobe. Vergleicht man diese abgefragten Maße zwischen den Behandlungsgruppen, so konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden, weder für die Variablen Krankenstände ($Chi^2(1)=0.000$, $p=1.000$), Arztbesuche ($Chi^2(1)=0.513$, $p=.320$), Inanspruchnahme medizinischer Untersuchungen ($Chi^2(1)=0.002$, $p=.963$), Krankenhausaufenthalte ($Chi^2(1)=1.207$, $p=.272$), Medikamenteneinnahme ($Chi^2(1)=0.005$, $p=.944$) noch für die Selbstbewertung der psychischen Belastung ($t(82)=0.797$, $p=.428$).

Durch Vorgabe der Fragebogenverfahren Beck-Depressions-Inventar (BDI-II; Hautzinger, Keller & Kühner, 2006) sowie des Brief Symptom Inventory (BSI-53; Franke, 2000) wurde die Stärke der psychischen Beeinträchtigung vor Beginn der Erhebung erhoben. Bezüglich Stärke der Depression zeigte sich für die Gesamtstichprobe ein Summenscore von 24.76 (SD=11.37, Range 0–46), der als Indikator für eine mittelschwere Form einer depressiven Verstimmung bewertet werden kann. Der Globalwert des BSI (GSI) erbrachte mit einem mittleren *T*-Wert von 69.45 (SD=11.44, Range 35–80) für die Gesamtstichprobe zu Beginn der Behandlung einen Score, der etwa zwei Standardabweichungen vom theoretischen Mittelwert von 50 abweicht (Scores über $T=63$ gelten als behandlungsbedürftig). Mittels Online-Erhebung bewerteten die Behandlerinnen und Behandler die Funktionsfähigkeit ihrer Klientinnen und Behandler mittels Global Assessment of Functioning (GAF-Skala¹), die einen Mittelwert von 55.49 (SD=9.17, Range 35–75) erbrachte, ein Wert, der laut international geltendem wissenschaftlichen Konsens „moderaten Funktionsschwierigkeiten“ entspricht. Der Gruppenvergleich zeigte keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen, weder im BDI-II

¹ Fremdeinschätzungsskala von 1 bis 100 für Funktionsfähigkeit in Fertigkeiten des täglichen Lebens

($t(81)=0.492$, $p=.624$) noch im GSI ($t(80)=0.028$, $p=.977$) noch in der GAF-Skala ($t(67.509)=-1.939$, $p=.057$). Auch der Vergleich der neun Subskalen des BSI-53 erbrachte keine signifikanten Unterschiede.

Zusammenfassend kann zur Charakterisierung der Ausgangsstichprobe gesagt werden, dass es sich generell um eine stark belastete und behandlungsbedürftige Population handelt (Depressions-Score, Globalwert des BSI). Für die differentielle Überprüfung der Effektivität der Behandlungsgruppen war die Ausgangslage als gleich einzustufen, da sich die beiden Gruppen weder in soziodemographischen, arbeitsbezogenen noch in krankheitsbezogenen Variablen gravierend unterschieden. Die Unterschiede im Familienstand sowie bei der Beurteilung des Grundes für die Arbeitslosigkeit erwiesen sich zwar als statistisch signifikant, aber für die weitere Analyse nicht als bedeutsam.

4. Ergebnisse zur Veränderungsmessung sowie zur Behandlungszufriedenheit

4.1. Veränderungen in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und im Gesundheitsverhalten

Bezüglich der verschiedenen Formen der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wurden im Rahmen der Abschlusserhebung massive Änderungen berichtet, wobei in allen vier untersuchten Variablen Arztbesuche, medizinische Untersuchungen, Krankenhausaufenthalte und Medikamenteneinnahme positive Ergebnisse zu verzeichnen waren. Tabelle 1 (Anhang B) zeigt die Änderungen für die Gesamtstichprobe kompakt zusammengefasst im Überblick. Unterschiedlich hohe Fallzahlen ergeben sich durch unvollständige Beantwortung einzelner Items zum Fragenkomplex. Zwischen den Behandlungsgruppen konnten keine signifikanten Unterschiede erhoben werden, weder für die Veränderungen der Variable Arztbesuche ($Chi^2(2)=3.592$, $p=.166$) noch bezüglich der Veränderungen der medizinischen Untersuchungen ($Chi^2(2)=4.507$, $p=.105$), der Krankenhausaufenthalte ($Chi^2(2)=1.002$, $p=.606$) oder der Medikamenteneinnahme ($Chi^2(2)=1.286$, $p=.526$).

Die Frage nach generellen Veränderungen im Gesundheitsverhalten während der Zeit

der Behandlung beantworteten 50 Klientinnen und Klienten (74.6%, 1 MD) als positiv. Tabelle 2 (Anhang B) zeigt die Bewertungen für die einzelnen Bereiche Sport, Bewegung, Ernährung und Rauchverhalten im Überblick. Auch hier überwiegen die positiven Bewertungen in allen abgefragten Teilbereichen, einzig in der Frage Rauchverhalten zeigt die Kategorie „keine Änderung“ die höchsten Häufigkeiten, bedingt auch dadurch, dass der Großteil Nichtraucher war. 19 der arbeitstätigen Klientinnen und Klienten (65.5%, 1 MD) berichteten zudem von einer allgemeinen Verbesserung ihrer Leistungsfähigkeit durch die Behandlung, 15 (51.7%, 1 MD) von einer Reduktion der Krankenstände. In den abgefragten Variablen konnten keine Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen festgestellt werden (Sport: $Chi^2(2)=0.344$, $p=.842$; Bewegung: $Chi^2(2)=3.100$, $p=.212$; Ernährung: $Chi^2(2)=0.176$, $p=.916$; Rauchverhalten: $Chi^2(2)=0.467$, $p=.792$; Leistungsfähigkeit: $Chi^2(1)=0.815$, $p=.367$; Krankenstände: $Chi^2(1)=0.024$, $p=.876$).

Betrachtet man den Bereich Arbeit und Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess, so zeigte sich zu Beginn der Behandlung ein ungleiches Verhältnis von in Arbeit stehenden und arbeitslosen Klientinnen und Klienten im Verhältnis von etwa 2:1. Mittels McNemar-Test wurden die „Wechsler“ von ohne Arbeit vor der Behandlung in Richtung Arbeit nach der Behandlung denjenigen gegenübergestellt, deren Wechsel sich in die gegenläufige Richtung vollzog. Der Vergleich von Ersttestung und Zweittestung zeigte, dass acht vorher arbeitslose Klientinnen und Klienten zwischenzeitlich ein neues Arbeitsverhältnis aufgenommen hatten, dem standen aber fünf gegenüber, die in der Zwischenzeit ihren Arbeitsplatz verloren hatten ($p=.581$). Getrennt nach Behandlungsgruppen war für die Reha-Gruppe/PS das Verhältnis von „positiven“ und „negativen“ Wechslern 3:3 ($p=1.000$) und für die SEK-Gruppe 5:2 ($p=.453$).

Bei der Analyse der Frage, inwieweit sich die psychischen Beschwerden auf die Leistungsfähigkeit im Beruf auswirken, zeigte sich für die Reha-Gruppe/PS (auf der Skala von 0 bis 10) eine Verbesserung der Scores um 0.93 Punkte (SD=1.90), im Bereich der SEK-Gruppe um lediglich 0.14 Punkte (SD=2.85). Der statistische Vergleich zeigte

einen nicht signifikanten Effekt für die Behandlungsdauer ($F(1, 19)=1.063, p=.316, \eta^2=.053$), einen nicht signifikanten Effekt für die Behandlungsgruppe ($F(1, 19)=0.259, p=.617, \eta^2=.013$) sowie eine nicht signifikante Wechselwirkung zwischen Behandlungsdauer und -gruppe ($F(1, 19)=0.571, p=.459, \eta^2=.029$). Im Zusammenhang mit diesem Ergebnis muss aber auf die Einschränkung der statistischen Power hingewiesen werden, da diese Analyse lediglich mit der kleinen Teilgruppe der in Arbeit stehenden Klientinnen und Klienten durchgeführt wurde, wobei etwa ein Drittel dieses Item nicht beantwortet hat (9 MD).

Analog zur Bewertung des Einflusses der Beschwerden auf die Leistungsfähigkeit wurden die Klientinnen und Klienten auch gebeten, den Einfluss der Beschwerden auf die normalen täglichen Aktivitäten mittels dieser elfstufigen Skala (0 = überhaupt kein Einfluss, 10 = halten mich vollkommen von meinen Aktivitäten ab) einzuschätzen. Bei der Analyse dieser Frage zeigte sich für die Reha-Gruppe/PS eine Verbesserung der Scores um 1.05 Punkte (SD=2.75) und im Bereich der SEK-Gruppe um 0.89 Punkte (SD=3.14). Der statistische Vergleich zeigte einen signifikanten Effekt für die Behandlungsdauer ($F(1, 62)=6.822, p=.011, \eta^2=.099$), einen nicht signifikanten Effekt für die Behandlungsgruppe ($F(1, 62)=3.251, p=.076, \eta^2=.050$) sowie eine nicht signifikante Wechselwirkung zwischen Behandlungsdauer und -gruppe ($F(1, 62)=0.051, p=.822, \eta^2=.001$).

Abschließend wurden die Klientinnen und Klienten nach einer Gesamtbeurteilung der Behandlung befragt. Der Großteil ($n=61, 92.4\%$) bewertete die Behandlung als sehr bzw. eher hilfreich, lediglich fünf Klientinnen und Klienten (7.6%) betrachteten die Behandlung als nicht hilfreich. Zwischen den Behandlungsgruppen zeigte sich diesbezüglich ein signifikanter Unterschied ($\chi^2(2)=7.997, p=.018, d=0.74$). Während alle Klientinnen und Klienten der SEK-Gruppe das Training als hilfreich bewerteten, taten dies fünf Personen (13.2%) der Reha-Gruppen/SP nicht.

4.2. Veränderungen bezüglich der validierten klinischen Fragebögen

Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse des Gruppenvergleichs (Reha-Gruppe/PS vs. SEK-Gruppe)

in den zwei Fragebögen BDI-II und BSI-53 im Längsschnitt (Erst- und Abschlusserhebung) im Überblick. Zur Verdeutlichung sind in der Tabelle signifikante Resultate grau hinterlegt und mit entsprechenden Effektstärken (partielles η^2) versehen. Zusätzlich ergänzt und veranschaulicht wird Tabelle 3 durch drei Abbildungen, die die Ergebnisse der Subskalen des BSI-53 und des Globalwerts zum Zeitpunkt der Ersterhebung (prä-Status, Abbildung 2), die entsprechenden Verbesserungen über die Zeit (Differenz aus t1 und t2, daher die positive Ausrichtung, Abbildung 3) sowie die Ergebnisse nach Abschluss (post-Status, Abbildung 4) für den Gruppenvergleich aufzeigen.

Die allgemeine Wirksamkeit der Behandlung wird durch die signifikanten Verbesserungen über die Behandlungsdauer hinweg (Probability für den Haupteffekt Zeit) für alle untersuchten Variablen, ausgenommen BSI7 (Phobische Angst), belegt. Die differentielle Wirksamkeit kann im Ergebnis der Signifikanz der Wechselwirkung von Gruppe und Zeit abgelesen werden. Das würde im Rahmen dieser Studie bedeuten, dass sich die beiden Behandlungsgruppen bei gleichem Ausgangsniveau in der Abschlusserhebung signifikant unterscheiden. Das war bei keinem der beiden validierten Fragebögen (BDI-II, BSI-53) der Fall, auch nicht in den Subskalen des BSI-53. Auffällig erscheint jedoch der signifikante Gruppeneffekt in der Bestimmung des GAF-Scores ($F(1, 66)=8.387, p=.005, \eta^2=.113$), d.h. dass die Behandlerinnen und Behandler der SEK-Gruppe den Grad der Funktionsfähigkeit ihrer Klientinnen und Klienten höher einschätzten, als dies die Behandlerinnen und Behandler der Reha-Gruppe/PS taten (siehe Tabelle 3).

Interessant für den Gruppenvergleich ist auch, wenn man für den BSI-53 das Kriterium der Behandlungsbedürftigkeit ($T\text{-Wert}>63$) für die Klientinnen und Klienten heranzieht: Ausgenommen die Subskala Aggressivität/Feindseligkeit, deren Wert in der Gesamtpopulation dieser Studie nicht substantiell erhöht ist, überschreitet vor Studienbeginn jede Subskala der Reha-Gruppe/PS das Kriterium für Behandlungsbedürftigkeit, für die SEK-Gruppe sechs der neun Subskalen (siehe Abbildung 2). Durch die Effekte der Behandlungen ist es gelungen, dass nach der

Intervention die Scores aller Subskalen unter den vorgegebenen Cutoff-Wert² von $T=63$ gedrückt werden konnten, und das sowohl für die SEK- wie auch für die Reha-Gruppe/PS (siehe Abbildung 4).

4.3. Bewertung der Behandlungszufriedenheit mittels HAQ

Mit der Selbstbeurteilungsform des Helping Alliance Questionnaire (HAQ; Bassler, Potratz & Krauthauser, 1995) wurde die Zufriedenheit mit der Behandlung in den zwei Subskalen Beziehungs- und Erfolgswufriedenheit sowie der Gesamtwufriedenheit verglichen. Da dieses Instrument in einer Selbstbeurteilungsform für die Klientinnen und Klienten wie auch in einer Fremdbeurteilungsform für die Behandlerinnen und Behandler vorgegeben wurde, war es möglich, die beiden Einschätzungen (Selbst vs. Fremd) für die beiden Behandlungsformen miteinander zu vergleichen. Die Ergebnisse in Tabelle 4 zeigen, dass in keinem der drei Zufriedenheitsindikatoren ein signifikantes Ergebnis gefunden werden konnte, weder für den Beurteilungs- noch für den Gruppeneffekt. Da für dieses Instrument keine Normen vorliegen, wurde für jede einzelne Skala der Wertebereich auf 1 bis 6 standardisiert. Aus den Ergebnissen lässt sich ersehen, dass jeder einzelne angeführte Mittelwert im oberen Bereich der Skala (Minimum der angeführten Mittelwerte: 4.58; Maximum der angeführten Mittelwerte: 5.51) gelagert ist, d.h. dass sowohl die Klientinnen und Klienten als auch die Behandlerinnen und Behandler der beiden Gruppenformen im Durchschnitt mit dem Behandlungsprozess sehr zufrieden waren.

5. Zusammenfassung

Im Rahmen von Gruppenbehandlungen wurden zwei unterschiedliche Formen (Reha/PS- vs. SEK-Gruppen) im Kontext dieses Studienprojekts miteinander verglichen. Insgesamt haben 89 Klientinnen und Klienten den Behandlungsprozess abgeschlossen, von denen 85 Fragebogensets zu Beginn der Behandlung (96%) und 68 von Beginn und Abschluss (76%) für die Analyse vorlagen. Ergänzend lagen Beurteilungen aus 75 Online-Fragebögen (84%) zu Beginn und 68 (76%) nach dem Behandlungsprozess

² Trennwert, bei dessen Überschreitung Behandlungsbedürftigkeit angenommen wird

durch die Behandlerinnen und Behandler vor.

Im Mittelpunkt der Evaluierung stand die Frage, ob die Interventionen, die im Rahmen der beiden Behandlungsformen angeboten wurden, das Befinden der Klientinnen und Klienten insgesamt signifikant verbessern können. Operationalisiert wurde „Befinden“ im Rahmen dieses Projekts durch die Testverfahren BDI-II (Depression), BSI-53 (psychische Beeinträchtigung) sowie durch die GAF-Skala (Global Assessment of Functioning), beim BSI-53 durch einen globalen Summenwert (Global Severity Index, GSI) bzw. durch die Ergebnisse der insgesamt neun Subskalen des Tests. Zusätzlich wurden als Outcome-Variablen die Items des Fragebogens zur Erfassung des krankheitsspezifischen Status miteinbezogen, die Fragen zur Arbeitsfähigkeit und zum Gesundheitszustand und deren Veränderungen zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten beinhalten. Im Rahmen der Abschlusstestung wurde auch nach der Zufriedenheit mit dem Interventionsprozess gefragt, befragt wurden dabei sowohl die Klientinnen und Klienten als auch die Behandlerinnen und Behandler.

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

Zwischen den Behandlungsgruppen konnten keine signifikanten Unterschiede bezüglich der soziodemographischen Variablen Geschlecht, Alter oder Ausbildungsniveau gefunden werden, lediglich die Variable Familienstand wies ein signifikantes Ergebnis auf. Ledige Klientinnen und Klienten waren überdurchschnittlich öfter in der

SEK-Gruppe, verheiratete hingegen öfter in der Reha-Gruppe/PS zu finden. Bezüglich gesundheitsbezogener Variablen konnten keine statistischen Unterschiede erhoben werden. Im arbeitsbezogenen Kontext gaben Klientinnen und Klienten der SEK-Gruppe überdurchschnittlich öfter psychische Beschwerden als Grund für die Arbeitslosigkeit an, als dies diejenigen der Reha-Gruppe/PS taten. Keine Unterschiede ergaben sich für die Bereiche Diagnosegruppen und Anzahl der komorbiden Störungen, auch in den Fragebögen konnten keine Unterschiede in der Ausgangstestung festgestellt werden.

Die Veränderungsmessung erbrachte für die klinischen Fragebögen eindeutige und konsistente Ergebnisse: Mehrheitlich konnten, ausgenommen Subskala BSI7 (Phobische Angst), signifikante Verbesserungen durch die Behandlung mit hohen Effektstärken festgestellt werden, Gruppeneffekte sowie Interaktionen hingegen waren nicht signifikant. Interpretiert werden kann dieses Ergebnis dahingehend, dass in beiden Fragebögen bzw. deren Subskalen starke Verbesserungen durch die Behandlungen (meist $p < .001$, meist hohe Effektstärken von $Eta^2 > .140$) zu verzeichnen waren. Im Fall der psychischen Beeinträchtigungen (BSI) lagen die Verbesserungen im Bereich von etwa 3 bis knapp 10 T-Wert-Punkten, also Verbesserungen im Bereich von einer Drittel bis fast einer ganzen Standardabweichung. Alle Mittelwerte der Subskalen, die vor der Intervention über dem Cutoff-Wert ($T=63$) für Behandlungsbedürftigkeit lagen, fanden sich nach der Abschlusserhebung unter diesem. Zweitens, dass sich die beiden Behandlungsgruppen in keinem der zwei Fragebögen (bzw. seinen Subskalen) signifikant voneinander unterschieden, d.h. dass die beiden Interventionen gleich gute Ergebnisse erbrachten (Haupteffekt Gruppe), und drittens, dass keine differentielle Wirksamkeit (Wechselwirkungen) vorhanden waren. Ein vom Gesamtbild abweichendes Ergebnis erbrachte die Beurteilung der Funktionsfähigkeit mittels GAF-Skala: Obwohl die jeweiligen Behandlerinnen und Behandler die Funktionsfähigkeit für beiden Gruppen nach der Behandlung signifikant besser beurteilten als vorher, waren die diesbezüglichen Beurteilungen für die SEK-Gruppe grundlegend besser als diejenigen für die Reha-Gruppe/PS. Da keine analoge Einschätzung der Funktionsfähigkeit durch die Klientinnen und Klienten selbst erhoben

wurde, lässt sich nicht eindeutig sagen, ob dieser Unterschied auf eine gesicherte objektive Grundlage zurückzuführen ist oder ob die Behandlerinnen und Behandler der beiden Gruppenformen unterschiedliche Einschätzungen auf lediglich subjektiver Basis vorgenommen haben. Untermuert wird dieser differentielle Effekt aber dadurch, dass die Klientinnen und Klienten der beiden Behandlungsgruppen sich in der Beurteilung darin, ob die Behandlung hilfreich war, ebenfalls unterschieden: Während alle Klientinnen und Klienten der SEK-Gruppe darin übereinstimmten, gaben 13% derjenigen der Reha-Gruppe/PS keine positive Beurteilung ab.

Obwohl sich im klinischen Bereich bzw. im Bereich der psychischen Beeinträchtigungen große Veränderungen über die Zeit zeigten, war das unmittelbar nach Abschluss der Behandlung in Bezug auf die Frage nach der Beschäftigungssituation nicht der Fall. Obwohl der Saldo der Wechsler ein positiver war (acht Klientinnen und Klienten, die zu Beginn arbeitslos waren, hatten nach Abschluss der Behandlung wieder einen Job gefunden, während fünf in der Zwischenzeit arbeitslos geworden waren), zeigte sich beim überwiegenden Großteil keine Änderung im Status Beschäftigung, d.h. dass auch nach Abschluss der Behandlung weiterhin knapp zwei Drittel ohne Arbeit waren. Das übergeordnete Ziel einer beruflichen Reintegration scheint unmittelbar nach der Intervention nicht direkt erreichbar zu sein, immerhin scheinen aber die Grundlagen dafür geschaffen zu werden.

In ihrer Gesamtheit erwiesen sich die Gruppenbehandlungen als erfolgreich, im gesundheitsbezogenen Bereich zeigten sich große Veränderungen im Sinne einer umfassenden Reduktion der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen:

- Reduktion von Krankenhausaufenthalten (bei 47%), von Arztbesuchen (bei 44%), von ärztlichen Untersuchungen (bei 41%) und von Einnahme von Psychopharmaka (bei 34%),
- Positive Veränderungen im Bewegungsverhalten (bei 82%), im Sportverhalten (bei 54%) und im Ernährungsverhalten (bei 48%),
- Verbesserung der allgemeinen Leistungsfähigkeit durch die Behandlung (66%)

Zusätzlich zu diesen Beurteilungen der Veränderung zeigten die Ergebnisse des

Fragebogens Helping Alliance Questionnaire (HAQ), dass sowohl die Beziehungs- als auch die Erfolgswufriedenheit nach Beendigung der Intervention hoch ausgeprägt waren, und zwar auf beiden Seiten. Sowohl die Klientinnen und Klienten, aber auch die Behandlerinnen und Behandler waren mit dem Behandlungsprozess hoch zufrieden.

Als Limitation der Studie muss angeführt werden, dass der Einschluss der beiden Schmerzbewältigungsgruppen durchaus problematisch zu sehen ist, da dadurch die Heterogenität in einer der Vergleichsgruppen vergrößert wurde. Der Form nach wurden sie der Reha-Gruppe/PS zugeordnet, von ihrer Klientel, ihren Interventionszielen und vom Setting her unterschieden sie sich aber von dieser deutlich. Sie wurden zwar in wöchentlicher Frequenz geführt, allerdings gab es insgesamt nur 15 Sitzungen zu je 120 Minuten. Allerdings war die Stichprobengröße der Schmerzbewältigungsgruppen für sich gesehen zu klein, als dass ein Drei-Gruppenvergleich sinnvoll gewesen wäre.

Literatur

- Bassler, M., Potratz, B. & Krauthauser, H. (1995). Der "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut*, 40, 23–32.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. & Schulte-Markwort, M. (Hrsg.) (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien* (10. überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Franke, G. H. (2000). *BSI: Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) – deutsche Version: Manual*. Göttingen: Beltz Test.
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2006). *BDI-II; Beck Depressions-Inventar Revision*. Frankfurt am Main: Harcourt Test Services.
- Jagsch, R. (2017). *Endbericht – Evaluierung des Pilotprojekts Gruppenbehandlungen im Rahmen von fit2work*. Unveröffentlichter Bericht für das Sozialministeriumservice Österreich und das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
- Jagsch, R. (2018). *Endbericht – Evaluierung der Einzelbehandlungen im Rahmen des Projekts fit2work klinisch-psychologische und psychotherapeutische Behandlung 3. Förderjahr*. Unveröffentlichter Bericht für das Sozialministeriumservice Österreich und das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.

Anhang A. Abbildungen

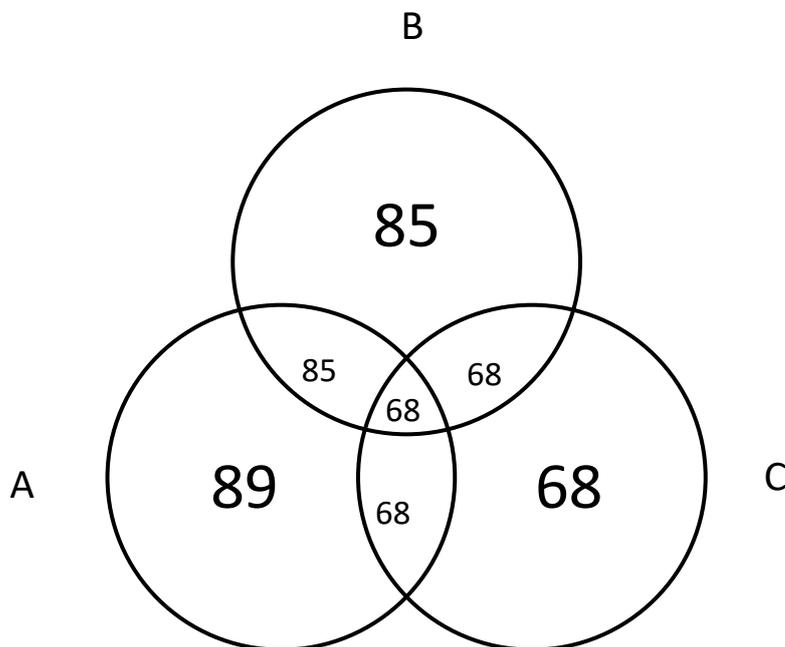


Abbildung 1. Venn-Diagramm zu den zum Zeitpunkt des Endberichts vorhandenen Datensätzen.

Anmerkung. A Anzahl der Klientinnen und Klienten mit abgeschlossener Gruppenbehandlung, B Fragebogensets der Klientinnen und Klienten zu Behandlungsbeginn, C Fragebogensets der Klientinnen und Klienten zu Behandlungsende

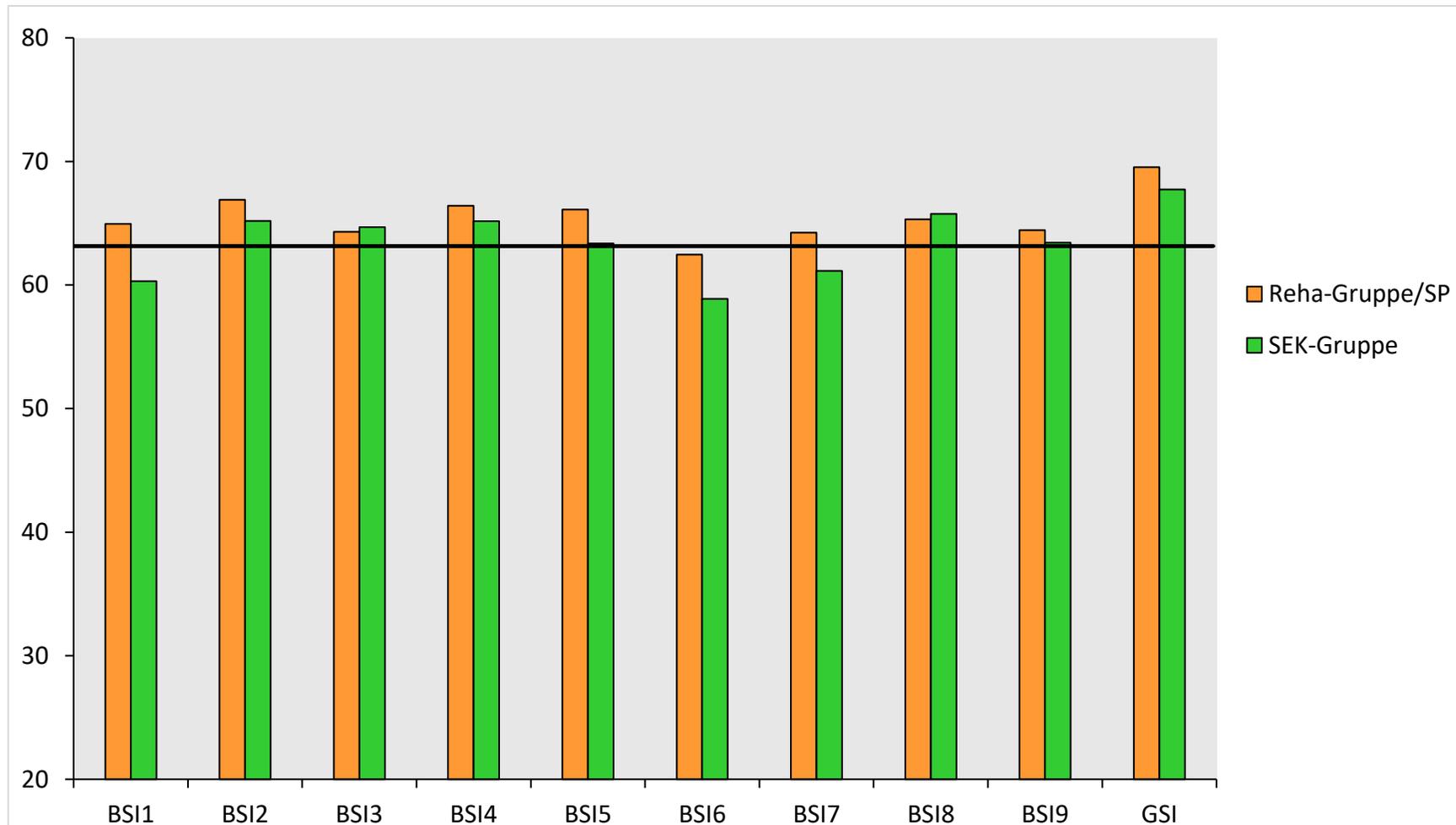


Abbildung 2. Vergleich der zwei Behandlungsgruppen im Brief Symptom Inventory (BSI) zu Behandlungsbeginn. Entsprechend den Angaben des BSI-Manuals weist ein T-Wert ab 63 (waagrechte Linie) auf Behandlungsbedürftigkeit hin.

Anmerkung. BSI1=Somatisierung, BSI2=Zwanghaftigkeit, BSI3=Unsicherheit im Sozialkontakt, BSI4=Depressivität, BSI5=Ängstlichkeit, BSI6=Aggressivität/Feindseligkeit, BSI7=Phobische Angst, BSI8=Paranoides Denken, BSI9=Psychotizismus, GSI=Globalwert (Global Severity Index), SEK=Gruppentraining Soziale und Emotionale Kompetenz

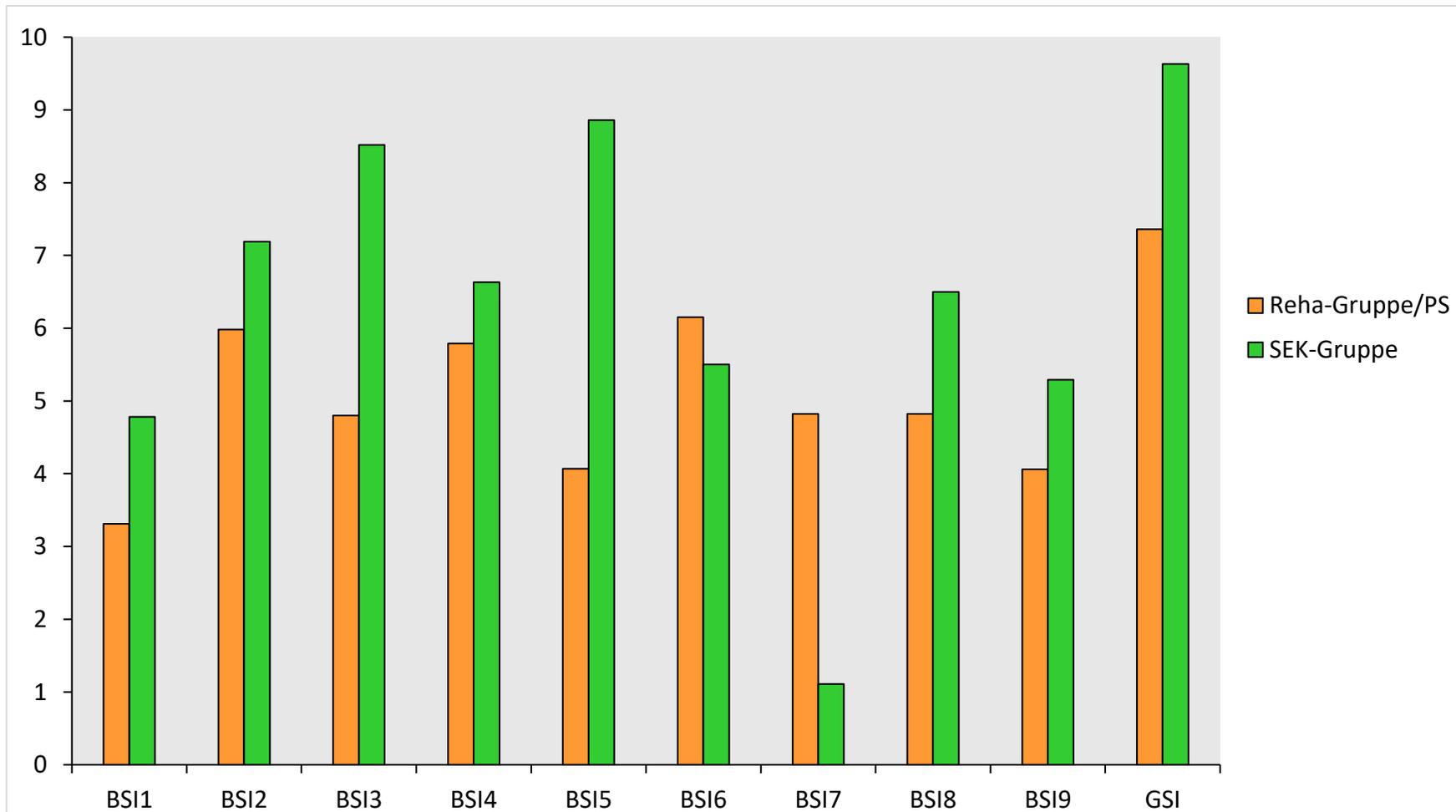


Abbildung 3. Vergleich der Verbesserungen (Differenzen in T-Werten) im Brief Symptom Inventory (BSI) zwischen den zwei Behandlungsgruppen.
Anmerkung. BSI1=Somatisierung, BSI2=Zwanghaftigkeit, BSI3=Unsicherheit im Sozialkontakt, BSI4=Depressivität, BSI5=Ängstlichkeit, BSI6=Aggressivität/Feindseligkeit, BSI7=Phobische Angst, BSI8=Paranoides Denken, BSI9=Psychotizismus, GSI=Globalwert (Global Severity Index)
 SEK=Gruppentraining Soziale und Emotionale Kompetenz

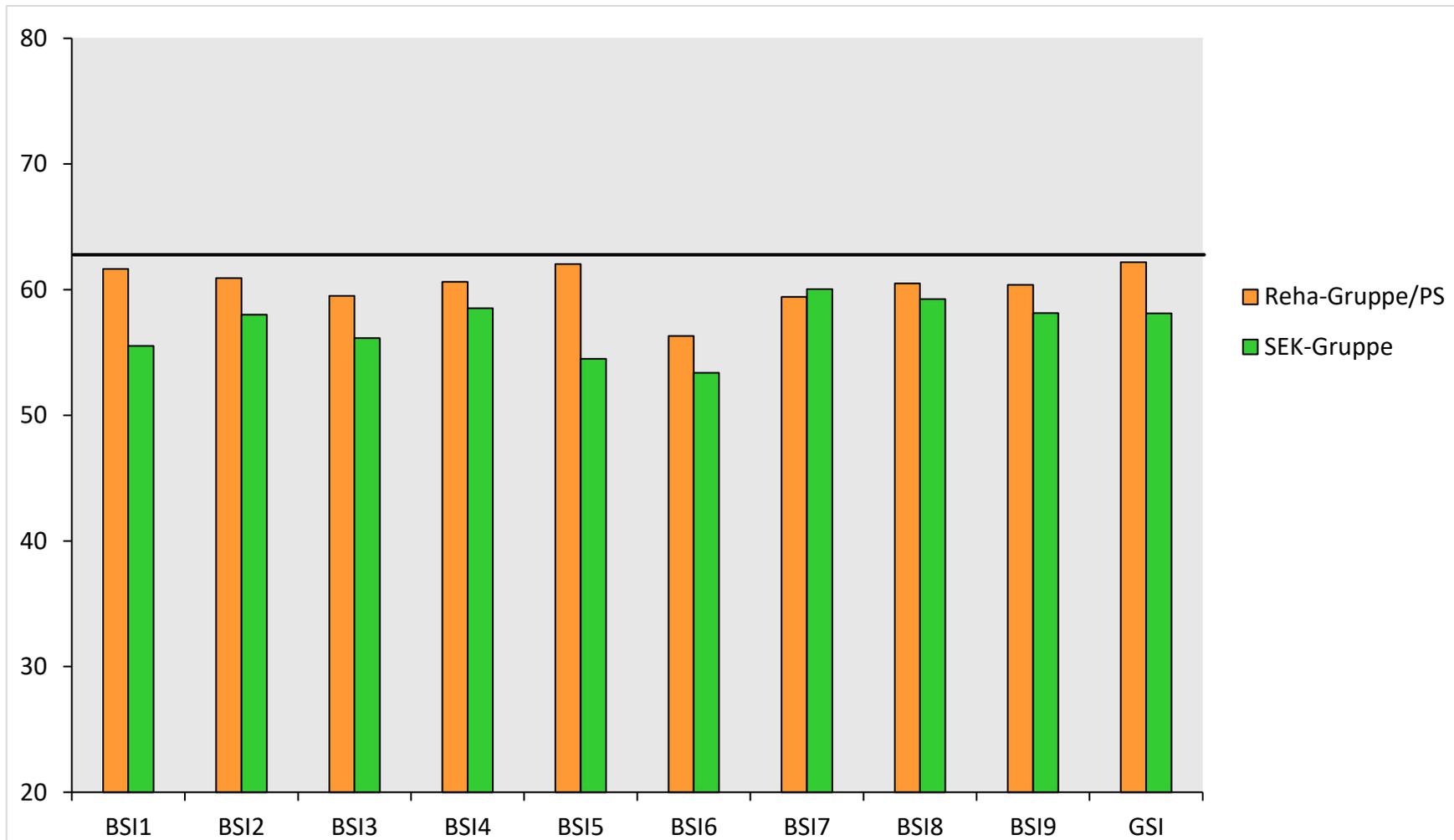


Abbildung 4. Vergleich der zwei Behandlungsgruppen im Brief Symptom Inventory (BSI) zu Behandlungsende. Entsprechend den Angaben des BSI-Manuals weist ein T-Wert ab 63 (waagrechte Linie) auf Behandlungsbedürftigkeit hin.

Anmerkung. BSI1=Somatisierung, BSI2=Zwanghaftigkeit, BSI3=Unsicherheit im Sozialkontakt, BSI4=Depressivität, BSI5=Ängstlichkeit, BSI6=Aggressivität/Feindseligkeit, BSI7=Phobische Angst, BSI8=Paranoides Denken, BSI9=Psychotizismus, GSI=Globalwert (Global Severity Index) SEK=Gruppentraining Soziale und Emotionale Kompetenz

Anhang B. Tabellen

Tabelle 1. *Absolute und relative Veränderungen in Variablen der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen*

Art der Änderung <i>n</i> (%)	Ärztliche Untersuchungen	Arztbesuche wegen psychischer Probleme	Krankenhausaufenthalte	Medikamenteneinnahme
Abnahme	23 (41.1%)	24 (43.6%)	25 (47.2%)	19 (33.9%)
keine	29 (51.8%)	27 (49.1%)	26 (49.0%)	32 (57.2%)
Zunahme	4 (7.1%)	4 (7.3%)	2 (3.8%)	5 (8.9%)

Tabelle 2. *Absolute und relative Veränderungen im Bereich des Gesundheitsverhaltens*

Art der Änderung <i>n</i> (%)	Sportverhalten	Bewegungsverhalten	Ernährungsverhalten	Rauchverhalten
positiv	27 (54.0%)	41 (82.0%)	24 (48.0%)	6 (12.2%)
keine	17 (34.0%)	5 (10.0%)	22 (44.0%)	38 (77.6%)
negativ	6 (12.0%)	4 (8.0%)	4 (8.0%)	5 (10.2%)

Tabelle 3. Vergleich der Evaluationsergebnisse zwischen Reha-Gruppe/PS und SEK-Gruppe vor der und nach Abschluss der Behandlung

	Reha-Gruppe/PS		SEK-Gruppe							
	t1 M (SD)	t2 M (SD)	t1 M (SD)	t2 M (SD)	p_z	Eta^2_z	p_B	Eta^2_B	p_{z*B}	Eta^2_{z*B}
BDI-II	24.78 (10.32)	16.84 (13.46)	22.14 (9.50)	13.11 (9.79)	<.001	.369	.210	.025	.698	.002
GAF-Score	53.95 (10.70)	64.88 (13.01)	58.18 (6.92)	74.46 (13.13)	<.001	.568	.005	.113	.071	.049
BSI (T-Werte)										
Somatisierung	64.95 (12.98)	61.64 (14.55)	60.30 (13.23)	55.52 (12.74)	.007	.108	.081	.047	.614	.004
Zwanghaftigkeit	66.90 (11.50)	60.92 (13.79)	65.19 (8.43)	58.00 (11.72)	<.001	.251	.371	.013	.672	.003
Unsicherheit im Sozialkontakt	64.31 (10.82)	59.51 (13.78)	64.67 (11.24)	56.15 (13.50)	<.001	.219	.577	.005	.240	.021
Depressivität	66.41 (9.70)	60.62 (11.76)	65.15 (10.25)	58.52 (12.64)	<.001	.233	.485	.008	.768	.001
Ängstlichkeit	66.10 (13.27)	62.03 (12.70)	63.36 (11.21)	54.50 (13.40)	<.001	.215	.124	.036	.067	.051
Aggressivität/ Feindseligkeit	62.46 (11.77)	56.31 (13.36)	58.89 (11.97)	53.39 (11.04)	<.001	.177	.213	.024	.834	.001
Phobische Angst	64.23 (13.61)	59.41 (13.48)	61.15 (10.97)	60.04 (13.82)	.056	.056	.674	.003	.228	.023
Paranoides Denken	65.31 (10.18)	60.49 (12.25)	65.75 (9.98)	59.25 (12.63)	<.001	.199	.870	.000	.553	.005
Psychotizismus	64.44 (11.69)	60.38 (12.91)	63.43 (11.33)	58.14 (11.59)	.002	.133	.529	.006	.678	.003
GSI	69.54 (11.41)	62.18 (16.47)	67.74 (10.81)	58.11 (16.63)	<.001	.253	.336	.014	.536	.006

Anmerkung. p_z Probability für Haupteffekt Zeit, p_B Probability für Haupteffekt Behandlungsgruppe, p_{z*B} Interaktion für Zeit *
Behandlungsgruppe
SEK=Gruppentraining Soziale und Emotionale Kompetenz

Tabelle 4. Vergleich der Ergebnisse im Helping Alliance Questionnaire (HAQ) im Gruppenvergleich (Reha-Gruppe/PS vs. SEK-Gruppe) zwischen Beurteilungen der Klientinnen und Klienten (=selbst) und der Behandlerinnen und Behandler (fremd)

	Reha-Gruppe/PS		SEK-Gruppe							
	selbst M (SD)	fremd M (SD)	selbst M (SD)	fremd M (SD)	p_B	Eta^2_B	p_G	Eta^2_G	p_{B*G}	Eta^2_{B*G}
HAQ										
Beziehungszufriedenheit	5.21 (0.64)	5.25 (0.50)	5.51 (0.52)	5.24 (0.51)	.162	.033	.213	.026	.063	.057
Erfolgsweltzufriedenheit	4.58 (0.84)	4.88 (0.77)	4.90 (0.72)	4.90 (0.76)	.169	.032	.330	.016	.169	.032
Gesamtzufriedenheit (1=sehr unzufrieden bis 6=sehr zufrieden)	4.93 (0.64)	5.08 (0.60)	5.23 (0.57)	5.08 (0.59)	.967	.000	.240	.023	.070	.055

Anmerkung. p_B Probability für Haupteffekt Beurteilung (selbst vs. fremd), p_G Probability für Haupteffekt Gruppe (Reha/PS vs. SEK), p_{z*B} Interaktion für Beurteilung * Gruppe

SEK=Gruppentraining Soziale und Emotionale Kompetenz