

## **Zwischenbericht**

**Evaluierung von klinisch-psychologischen Behandlungen  
im Einzel- und Kombinationssetting mit Kunsttherapie im  
Rahmen von fit2work  
6. Fördervertrag (1.1.2020 bis 31.12.2020)**

Reinhold Jagsch

Institut für Klinische und Gesundheitspsychologie

Fakultät für Psychologie  
Universität Wien

Wien, März 2021

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung .....</b>	<b>2</b>
<b>2. Aktuelle Beteiligung an der Evaluation .....</b>	<b>3</b>
<b>3. Darstellung der Ausgangssituation (Stichprobe der Ersttestung) .....</b>	<b>4</b>
3.1. Vergleich soziodemographischer Charakteristika .....	4
3.2. Vergleich krankheitsspezifischer Charakteristika.....	4
<b>4. Erste Ergebnisse zur Veränderungsmessung sowie zur Behandlungszufriedenheit6</b>	
4.1. Veränderungen in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und im Gesundheitsverhalten .....	7
4.2. Veränderungen bezüglich der validierten klinischen Fragebögen.....	8
4.3. Bewertung der Behandlungszufriedenheit mittels HAQ.....	9
<b>5. Zusammenfassung.....</b>	<b>9</b>
<b>Literatur.....</b>	<b>11</b>
<b>Anhang A. Abbildungen.....</b>	<b>12</b>
<b>Anhang B. Tabellen .....</b>	<b>15</b>

## 1. Einleitung

Der vorliegende Zwischenbericht gibt einen Überblick über die aktuellen Evaluierungsergebnisse der klinisch-psychologischen Behandlung im Einzel- und im Kombinationssetting im Rahmen von fit2work. Die Einzelbehandlung umfasste in der Regel 30 Behandlungseinheiten klinisch-psychologischer Behandlung. Einer definierten Teilgruppe von Klientinnen und Klienten, die zwar im Berufsleben steht, aber stark von Burnout-Gefährdung bedroht ist, wurde zusätzlich zu 18 Einheiten klinisch-psychologischer Einzelbehandlung ein Kontingent von 12 Einheiten Kunsttherapie angeboten. Die geplanten Gruppenbehandlungen konnten aufgrund der Corona-Pandemie nicht durchgeführt werden, den Klientinnen und Klienten wurden alternativ Einzelbehandlungen angeboten. Allgemeines Ziel der Evaluation ist es, die Effektivität der Maßnahme zu überprüfen, d.h. eine Evaluierung im Sinne einer Ergebnisevaluation (Outcome Evaluation) durchzuführen. Aufbau und Konzept, Erhebungsinstrumente sowie Auswertungsmethoden entsprechen weitgehend jenen der vorangegangenen Evaluationen (Jagsch, 2015, 2018, 2020). Die Gruppengröße der betreuten Klientinnen und Klienten wurde im Jahr 2020 mit 360 Teilnehmerinnen und Teilnehmern (davon 40 in Kombination mit Kunsttherapie) für die klinisch-psychologische Einzelbehandlung festgelegt (ursprünglich waren auch 130 Klientinnen und Klienten für die Gruppenbehandlung geplant). Im Unterschied zu früheren Evaluationen wurden die Behandlungen ausschließlich durch Klinische Psychologinnen und Psychologen (zum Teil mit Doppelqualifikation Psychotherapie) durchgeführt, die Behandlungen im Rahmen der Kunsttherapie durch eine Reihe von Diplomierten Kunsttherapeutinnen. Aus organisatorischen Gründen konnten die kunsttherapeutischen Behandlungen nicht in allen Fällen parallel mit den klinisch-psychologischen Einzelbehandlungen gestartet werden, sondern teilweise auch davor oder danach.

Die Darstellung der Ergebnisse im vorliegenden Zwischenbericht erfolgt wieder, wie gewünscht, in kurzer und prägnanter Weise, in diesem Sinne erfolgt die inhaltliche Darstellung punktuell knapp im Fließtext, die ergänzenden Abbildungen und Tabellen finden sich zusammengefasst in den Anhängen.

## 2. Aktuelle Beteiligung an der Evaluation

Aktuell sind insgesamt 188 ausgefüllte Fragebogensets der klinisch-psychologischen Ersttestung (Beginn der Behandlung) beim Evaluatorenteam der Fakultät für Psychologie der Universität Wien eingelangt, 168 von Klientinnen und Klienten der Einzel- und 20 von jenen der Kombinationsbehandlung mit Kunsttherapie. Von Seiten der Klinischen Psychologinnen und Psychologen liegen dazu aktuell 151 Online-Fremdbeurteilungen der Klientinnen und Klienten vor, das entspricht einer Quote von 80.3%. Davon beziehen sich 134 auf die Einzel- (Quote: 79.8%) und 17 auf die Kombinationsbehandlung (Quote: 85.0%). Von der Abschlusstestung sind aktuell insgesamt 92 Fragebogenbatterien eingelangt, davon 90 gematchte Sets, davon wiederum der Großteil (n=74) von der Einzelbehandlung sowie 16 von der Kombinationsbehandlung. Die Anzahl der eingelangten Fragebogensets der Diplomierten Kunsttherapeutinnen am Ende der Behandlung liegt aktuell bei n=12 und kann daher bei der Zwischenauswertung noch keine Berücksichtigung finden. Für eine Übersicht der vorläufig in die Evaluation einbezogenen Population siehe das Venn-Diagramm in Abbildung 1.

Für den Zwischenbericht wurde nach etwa der Hälfte der Studiendauer als Stichtag für den Einschluss der Fragebögen der 19. März 2021 gewählt, um die benötigten Vorarbeiten (Verknüpfung der selbst- und fremdberichteten Daten, Data Cleaning, Erstellung von Summenscores, Transformation der Rohdaten des BSI) für die Datenanalyse durchführen und so die Darstellung der Ergebnisse zum Termin der Abgabe des Zwischenberichts gewährleisten zu können. Da die aktuellen Gruppengrößen der Abschlusserhebung der beiden Teilgruppen der Einzel- (n=168) und der Kombinationsbehandlung (n=20) extrem ungleich verteilt sind, ist zum jetzigen Stand der Erhebung eine umfassende differentielle Gesamtevaluierung nicht möglich, berichtete Unterschiede bezüglich Ausgangslage sind aufgrund der geringen Stichprobengröße der Kombinationsbehandlung und der daraus eingeschränkten statistischen Power mit äußerster Vorsicht zu interpretieren. Aus diesem Grund konzentriert sich der vorliegende Zwischenbericht bezüglich Veränderungsmessung ausschließlich auf die Einzelbehandlung, da für diese zum jetzigen Zeitpunkt bereits

eine ausreichend große Anzahl an Fragebogensets vorliegt (n=74).

### **3. Darstellung der Ausgangssituation (Stichprobe der Ersttestung)**

#### **3.1. Vergleich soziodemographischer Charakteristika**

Die Gesamtstichprobe der Klientinnen und Klienten der Ersttestung lässt sich folgendermaßen charakterisieren: Der Großteil der Klientel ist weiblich (n=124, 66.0%), das Durchschnittsalter liegt bei 44.40 Jahren (SD=10.08; Range 20–63). Der vorherrschende Zivilstatus ist ledig (n=76, 41.1%), gefolgt von verheiratet (n=72, 38.9%), geschieden (n=34, 18.4%) und verwitwet (n=3, 1.6%). Vom Bildungsstand her herrscht als abgeschlossene Ausbildung „Berufsschule/Lehre“ vor (n=58, 31.2%). Unterschiede zur vorläufigen Gesamtfallzahl von 188 ergeben sich durch Missing Data bei der Beantwortung der einzelnen Items. Bezüglich der soziodemographischen Charakteristika unterscheiden sich die beiden Behandlungsformen nicht; weder in der Geschlechterproportion, im Alter, im Zivilstatus noch nach dem Grad der Ausbildung konnten statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Behandlungsformen gefunden werden ( $p>.05$ ).

Was die berufsspezifischen Daten anlangt, waren insgesamt 121 Klientinnen und Klienten (64.4%) zum Zeitpunkt der Ersterhebung arbeitslos, von denen etwa 60% auf Nachfrage angaben, aufgrund von psychischen Beschwerden arbeitslos geworden zu sein. Die Durchschnittsdauer der Arbeitslosigkeit wurde mit 18.02 Monaten (SD=26.51; Median=8 Monate, Spannweite 1–124 Monate) angegeben. In Bezug auf diese Daten zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den zwei Behandlungsformen, weder in der Häufigkeit noch im Grund noch in der Dauer der Arbeitslosigkeit ( $p>.05$ ).

#### **3.2. Vergleich krankheitsspezifischer Charakteristika**

Von allen Klientinnen und Klienten lagen Daten zu Diagnosen nach der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) vor. Der Anteil der Klientinnen und Klienten mit Mehrfachdiagnosen lag dabei bei 53.2% (n=100), die restlichen 88 Klientinnen und Klienten (46.8%) hatten lediglich eine einzige

Diagnose. Den Angaben zufolge können drei Hauptgruppen von Diagnosen psychischer Störungen unterschieden werden: Störungen aus der F4-Sektion (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen,  $n=117$ , 62.2%) stehen an erster Stelle, gefolgt von Affektiven Störungen (F3-Diagnosen,  $n=99$ , 52.7%) und Störungen bezüglich Z73 (Probleme bei der Lebensbewältigung, Burnout,  $n=23$ , 12.2%). Es konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Klientinnen und Klienten der zwei Behandlungsformen eruiert werden, weder bezüglich der Häufigkeit an Mehrfachdiagnosen noch bezüglich der Häufigkeit der F3- und F4-Diagnosen ( $p>.05$ ). Die Frage, wie lange die Erstdiagnose zurückliegt, wurde sehr unterschiedlich beantwortet. Die angegebene Minimaldauer lag bei einem Monat, die Maximaldauer bei 304 Monaten, der Median bei 16 Monaten. Ähnlich inhomogen war das Antwortmuster bezüglich der Latenz vom Wahrnehmen der ersten Symptome bis zur erfolgten Stellung der Diagnose. Der Median lag bei 12 Monaten (Spannweite 0–540). Auch bezüglich dieser beiden Zeitmaße ließen sich keine Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsformen nachweisen ( $p>.05$ ).

Zu Variablen, die die Belastungen der Population zu Behandlungsbeginn charakterisieren, lassen sich folgende Befunde nennen: Von den Klientinnen und Klienten, die zur Zeit des Beginns der Behandlung in einem aufrechten Arbeitsverhältnis waren, gaben 55.0% an, mindestens einmal in den letzten drei Monaten im Krankenstand gewesen zu sein. Insgesamt 92 aller befragten Klientinnen und Klienten (50.0%) antworteten, Medikamente wegen psychischer Beschwerden einzunehmen, 59.2%, hatten im Zeitraum der letzten drei Monate mindestens einmal einen Arzt aufgesucht (Spannweite: 1 bis 20 Besuche), 55.6% ließen in diesem Zeitraum medizinische Untersuchungen vornehmen (Spannweite: 1 bis 8 Untersuchungen), und 5.6% hatten in den zurückliegenden drei Monaten Krankenhausaufenthalte (Spannweite: 1 bis 2 Aufenthalte). Die Auswirkungen der psychischen Beschwerden auf die täglichen Aktivitäten, die auf einer Skala von 0 (kein Einfluss) bis 10 (maximaler Einfluss) abgefragt wurden, zeigten zu Beginn der Behandlung einen mittleren Wert von 5.89 ( $SD=2.40$ ) für die Gesamtstichprobe. Vergleicht man diese abgefragten Maße (Krankenstände, Medikamenteneinnahme, Arztbesuche, medizinische

Untersuchungen, Krankenhausaufenthalte, Auswirkungen der psychischen Beschwerden) zwischen den Behandlungsformen, so konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden ( $p > .05$ ).

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 abgefragt. Bezüglich Stärke der Depression zeigte sich für die Gesamtstichprobe ein durchschnittlicher Summenscore von 25.03 ( $SD=11.451$ , Range 0–52), der als Indikator für eine mittelschwere Form einer depressiven Verstimmung interpretiert werden kann. Der Globalwert des BSI (GSI) erbrachte mit einem mittleren  $T$ -Wert von 69.78 ( $SD=11.51$ , Range 21–80) für die Gesamtstichprobe zu Beginn der Behandlung einen Score, der fast zwei Standardabweichungen vom theoretischen Mittelwert von 50 abweicht (Scores über  $T=63$  gelten als behandlungsbedürftig). Mittels Online-Erhebung bewerteten die Klinischen Psychologinnen und Psychologen die Funktionsfähigkeit ihrer Klientinnen und Klienten mittels GAF-Skala<sup>1</sup> (Global Assessment of Functioning; Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003), die einen Mittelwert von 54.75 ( $SD=8.90$ , Range 35–80) erbrachte, ein Wert, der laut international geltender wissenschaftlicher Konvention „moderaten Funktionsschwierigkeiten“ entspricht. Die vorläufigen Gruppenvergleiche zeigten in keinem der drei klinischen Instrumente statistisch signifikante Unterschiede zwischen den zwei Behandlungsformen, allerdings konnte beim Gesamtwert des Brief Symptom Inventory (GSI) ein tendentiell signifikantes Ergebnis zulasten der Kombinationsbehandlung beobachtet werden ( $t(29.315)=1.987$ ,  $p=.056$ ). Der Mittelwert der Kombinationsbehandlung lag mit 73.32 ( $SD=7.65$ ) fast 4  $T$ -Wert-Punkte höher als derjenige der Einzelbehandlung ( $M=69.37$ ,  $SD=11.83$ ).

#### **4. Erste Ergebnisse zur Veränderungsmessung sowie zur Behandlungszufriedenheit**

Da zum Zeitpunkt des Zwischenberichts vorerst noch eine zu geringe Anzahl von

---

<sup>1</sup> Fremdeinschätzungsskala von 1 bis 100 für die Funktionsfähigkeit in Fertigkeiten des täglichen Lebens

gematchten Fragebogensets aller Ebenen der Behandlung (Beginn und Abschluss in Selbst- und Fremdbeurteilung, letztere durch Klinische Psychologinnen und Psychologen sowie durch Diplomierte Kunsttherapeutinnen) vorliegt, wird der Schwerpunkt auf die Einzelbehandlung gelegt, für die als einzige ausreichend Datenmaterial für die statistische Analyse vorliegt. Insgesamt konnten dafür 74 verbundene Fragebogensets von Erst- und Abschlusstestung einbezogen werden. Zusätzlich zur Veränderungsmessung zu Depressionsstärke und zur Stärke der psychischen Beeinträchtigung können auch vorläufige Analysen zur Behandlungszufriedenheit (Helping Alliance Questionnaire HAQ; Bassler, Potratz & Krauthauser, 1995), die aber nur im Rahmen der Abschlusserhebung abgefragt wurde, präsentiert werden.

#### **4.1. Veränderungen in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und im Gesundheitsverhalten**

Bezüglich der verschiedenen Formen der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wurden im Rahmen der Abschlusserhebung bedeutsame Änderungen berichtet, wobei in allen vier untersuchten Variablen (Arztbesuche, medizinische Untersuchungen, Krankenhausaufenthalte und Medikamenteneinnahme) positive Effekte zu verzeichnen waren. Tabelle 1 zeigt die Änderungen für die Klientinnen und Klienten der Einzelbehandlung kompakt zusammengefasst im Überblick. Unterschiedlich hohe Fallzahlen ergeben sich durch unvollständige Beantwortung einzelner Items zum Fragenkomplex. Die Frage nach generellen Veränderungen im Gesundheitsverhalten während der Zeit der Behandlung beantwortete der Großteil der befragten Klientinnen und Klienten (98.2%) der zum jetzigen Zeitpunkt vorliegenden Stichprobe der Einzelbehandlung als positiv. Tabelle 2 zeigt die Bewertungen für die einzelnen Bereiche Sport, Bewegung, Ernährung und Rauchverhalten im Überblick. Auch hier überwiegen die positiven Bewertungen in den abgefragten Teilbereichen, insbesondere bei Sport und Bewegungsverhalten. Im Bereich Rauchverhalten zeigt die Kategorie „keine Änderung“ die höchsten Häufigkeiten, bedingt auch dadurch, dass der Großteil Nichtraucher war. Der



überwiegende Teil der bisherig befragten Klientinnen und Klienten in Arbeit (88.9%) berichtete zudem von einer allgemeinen Verbesserung ihrer Leistungsfähigkeit durch die erfolgte Einzelbehandlung.

#### **4.2. Veränderungen bezüglich der validierten klinischen Fragebögen**

Im BDI-II zeigte sich für die Klientinnen und Klienten der klinisch-psychologischen Einzelbehandlung eine Reduktion der Depressionswerte um 10.39 Punkte ( $SD=9.37$ ), d.h. eine hoch signifikante Verbesserung der Symptomatik ( $t(70)=9.346$ ,  $p<.001$ ). Während der Ausgangswert vor der Behandlung als Indikator einer mittelschweren Depression kategorisiert werden kann, kann der Durchschnittswert nach Abschluss der Behandlung als unauffällig interpretiert werden.

In der GAF-Skala kam es für die Klientinnen und Klienten der klinisch-psychologischen Einzelbehandlung zu einer signifikanten Zunahme des Mittelwertes um 13.92 Punkte ( $SD=11.34$ ), der Wert stieg von 54.94 ( $SD=9.19$ ) zu Beginn (moderate Störung) auf 68.86 ( $SD=13.00$ ) am Ende der Behandlung (leichte Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit) an ( $t(64)=-9.901$ ,  $p<.001$ ).

Um die Ergebnisse für die einzelnen Subskalen des BSI-53 zu verdeutlichen, sind in Abbildung 2 alle  $T$ -Werte ( $M=50$ ,  $SD=10$ ) aller neun Subskalen und des Globalwerts vor und nach der klinisch-psychologischen Einzelbehandlung dargestellt. Vier der gemittelten  $T$ -Werte erreichten oder überschritten vor der Behandlung den Cutoff-Wert<sup>2</sup> für Behandlungsbedürftigkeit ( $T>63$ ). Für jeden dieser vier anfangs überhöhten gemittelten  $T$ -Werte wurde nach abgeschlossener Behandlung jeweils ein Wert unter dem Cutoff für Behandlungsbedürftigkeit erzielt. Abbildung 3 zeigt die durchschnittlichen Verbesserungen (Differenz aus  $t_1$  und  $t_2$ , daher die positive Ausrichtung) in jeder der neun Subskalen und im Gesamtwert GSI, die Verbesserungen liegen alle im Bereich von einer halben bis zu einer ganzen Standardabweichung, was einer bedeutsamen Änderung entspricht.

---

<sup>2</sup> Trennwert, bei dessen Überschreitung Behandlungsbedürftigkeit angenommen wird

### **4.3. Bewertung der Behandlungszufriedenheit mittels HAQ**

Mittels HAQ wurde die Zufriedenheit mit der Behandlung in den zwei Subskalen Beziehungs- und Erfolgswufriedenheit sowie der Gesamtwufriedenheit aus der Selbstsicht der Klientinnen und Klienten mit der Außensicht der jeweiligen Klinischen Psychologinnen und Psychologen verglichen. Die Beurteilungen zeigen, dass die Behandlerinnen und Behandler die Zufriedenheit im Rahmen des therapeutischen Beziehungsgefüges konservativer als das Behandlungsgegenüber einschätzen, wenngleich auf deutlich hohem Zufriedenheitslevel. Bezüglich der Zufriedenheit mit dem Erfolg der Behandlung gibt es keinen signifikanten Unterschied, beide Seiten zeigen ein hohes Zufriedenheitsmaß (siehe Tabelle 3).

## **5. Zusammenfassung**

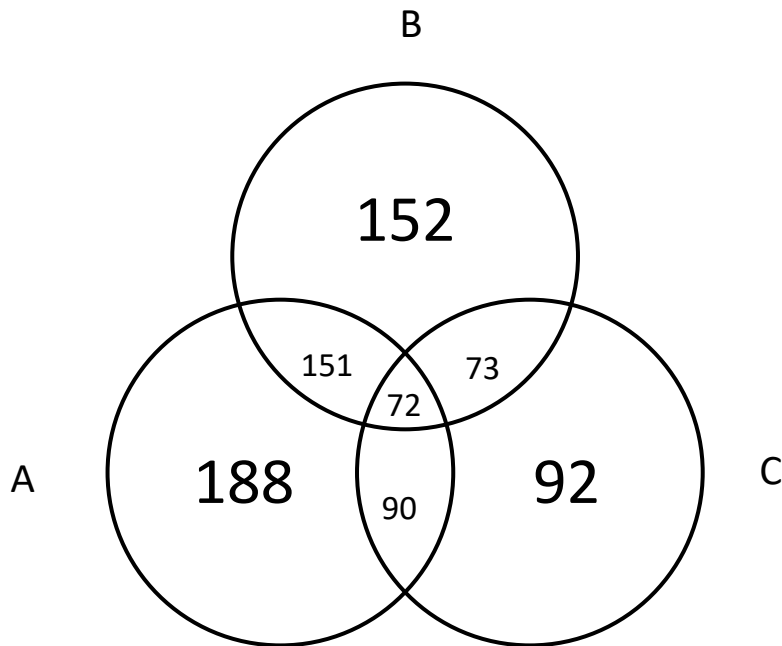
Aus evaluatorischer Sicht lassen sich die Ergebnisse der vorläufigen Analysen folgendermaßen kurz zusammenfassen: Bei den Klientinnen und Klienten von fit2work handelt es sich insgesamt um eine belastete und behandlungsbedürftige Population. Was die Teilstichproben der beiden Behandlungsformen betrifft, lässt sich zeigen, dass sich diese wenig bis gar nicht in den soziodemographischen Charakteristika und auch nicht in den krankheitsbezogenen Aspekten unterscheiden, was die Ausgangswerte in Depressionsstärke und im Funktionsniveau angeht, lediglich bei der psychischen Belastung gibt es diskrete Anzeichen dafür, dass die Klientinnen und Klienten der Kombinationsbehandlung tendenziell ein höheres Ausmaß an Symptomen zeigen. Da dieses Ergebnis aber aktuell auf Basis einer kleinen Stichprobengröße zustande gekommen ist, muss es als vorläufig gesehen und sehr vorsichtig interpretiert werden. Bei den anderen Schweregrad-Parametern wie Einnahme von Psychopharmaka, bei Arztbesuchen und medizinischen Untersuchungen oder Krankenhausaufenthalten hingegen zeigten sich keine Unterschiede zwischen den beiden Teilstichproben. Vorläufige Analysen zur Veränderungsmessung bei der Teilgruppe der klinisch-psychologischen Einzelbehandlung zeigen, dass bedeutsame Veränderungen über den Behandlungsverlauf hinweg konstatiert werden können, was die Ergebnisse der mittels Fragebogen erhobenen klinischen Parameter betrifft: Es können statistisch signifikante

Verbesserungen im Bereich der depressiven Symptomatik, der Funktionsfähigkeit sowie in allen Subskalen, die psychische Beeinträchtigung abbilden, berichtet werden. Zusätzlich können bedeutsame Veränderungen im Sinne einer umfassenden Reduktion der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Abnahmen bei Arztbesuchen, Untersuchungen und Krankenhausaufenthalten) sowie Reduktionen im Bereich der Einnahme von Psychopharmaka aufgezeigt werden. Die vorläufigen Ergebnisse belegen weiters bedeutsame Verbesserungen im Gesundheitsverhalten im Sinne von mehr Sport, mehr Bewegung und Veränderung Richtung gesünderer Ernährungsweise.

## Literatur

- Bassler, M., Potratz, B. & Krauthauser, H. (1995). Der "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut*, 40, 23–32.
- 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. (2015). *Endbericht – Evaluierung des arbeitsbezogenen Therapieerfolgs der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen des Projekts „fit2work“*. Unveröffentlichter Forschungsbericht.
- Jagsch, R. (2018). *Endbericht – Evaluierung der Einzelbehandlungen im Rahmen des Projekts fit2work klinisch-psychologische und psychotherapeutische Behandlung 3. Förderjahr (1.1.2016 bis 31.12.2017)*. Unveröffentlichter Forschungsbericht.
- Jagsch, R. (2020). *Endbericht – Evaluierung Einzel- versus Gruppenbehandlungen fit2work klinisch-psychologische und psychotherapeutische Behandlung im 4. Förderjahr (1.1.2017 bis 31.12.2019)*. Unveröffentlichter Forschungsbericht.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen. DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.

## Anhang A. Abbildungen



*Abbildung 1.* Venn-Diagramm zu den zum Zeitpunkt des Zwischenberichts vorliegenden Datensätzen der Stichprobe.

*Anmerkung.* A Klinisch-psychologische Fragebogensets der Klientinnen und Klienten zu Behandlungsbeginn, B Online-Fragebogensets der Klinischen Psychologinnen und Psychologen zu Behandlungsbeginn, C Klinisch-psychologische Fragebogensets der Klientinnen und Klienten zu Behandlungsende.

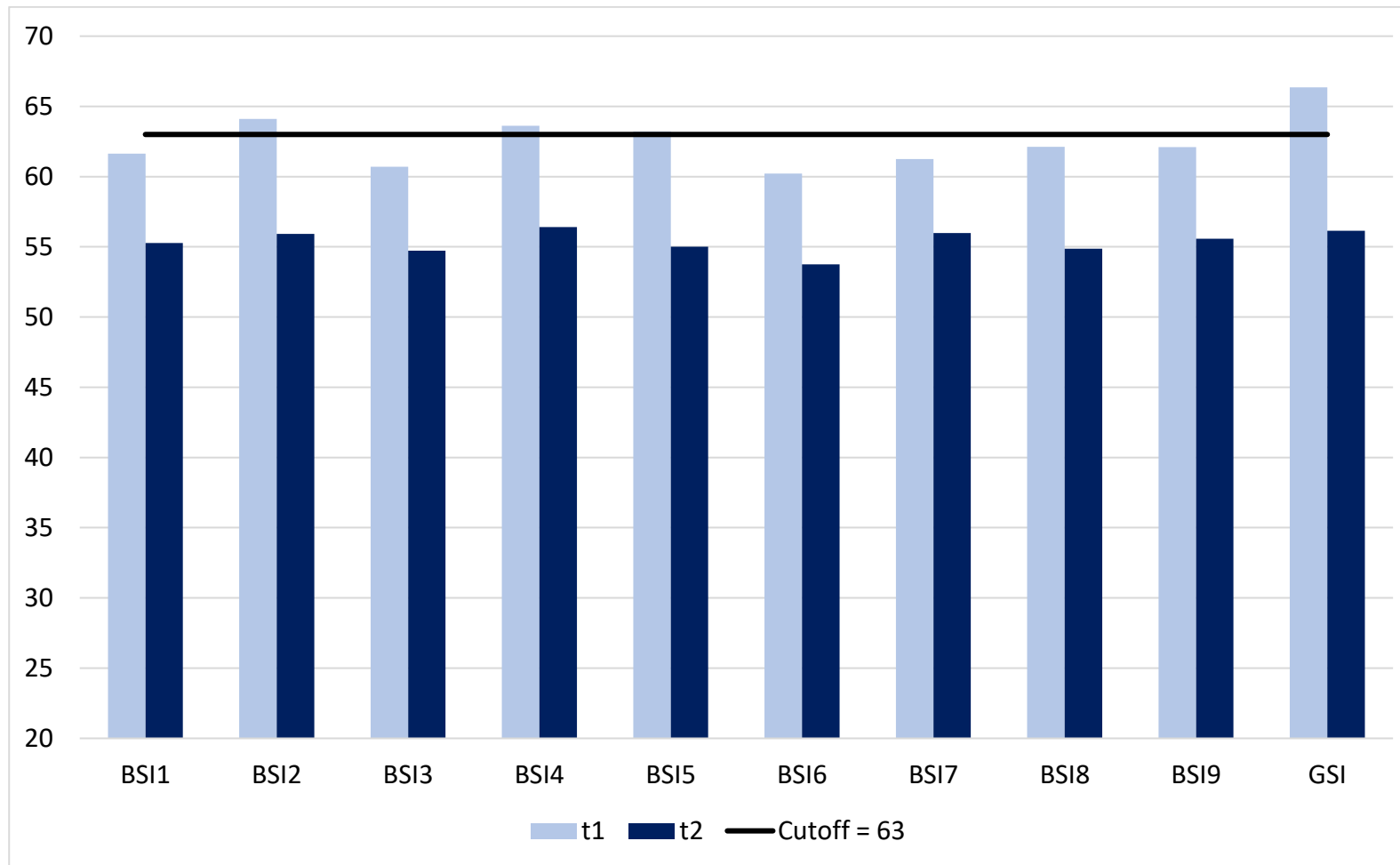


Abbildung 2. Brief Symptom Inventory (BSI): Vergleich von Behandlungsbeginn (t1) und -ende (t2) für die Einzelbehandlung.

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)

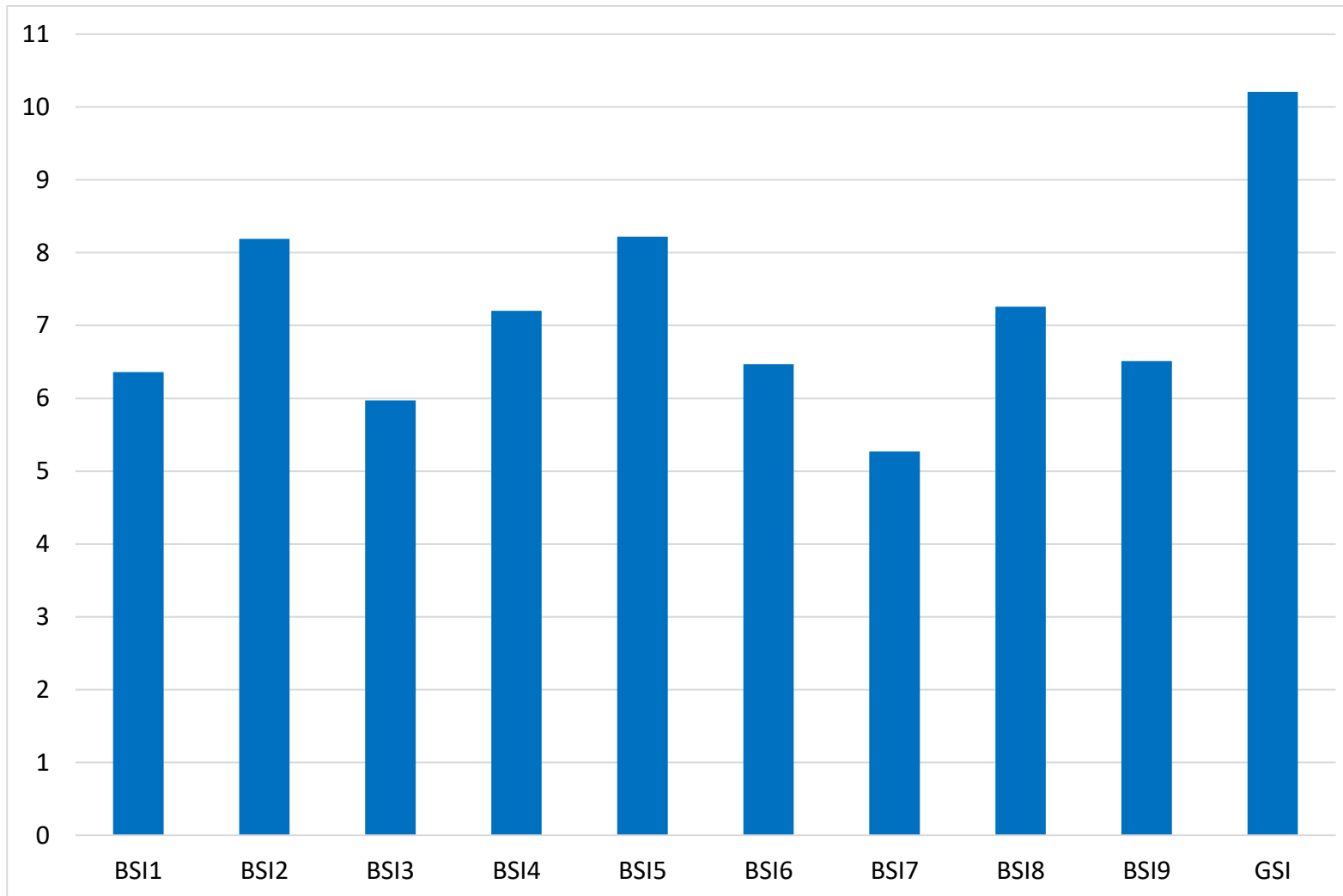


Abbildung 3. Verbesserungen (Differenzen t1-t2 der T-Werte) im Brief Symptom Inventory (BSI) für die Einzelbehandlung.

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)

## Anhang B. Tabellen

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

Art der Änderung n (%)	Ärztliche Untersuchungen	Arztbesuche wegen psychischer Probleme	Krankenhausaufenthalte	Medikamenteneinnahme
Abnahme	29 (48.3%)	25 (43.1%)	12 (60.0%)	16 (40.0%)
keine	28 (46.7%)	30 (51.7%)	8 (40.0%)	19 (47.5%)
Zunahme	3 ( 5.0%)	3 ( 5.2%)	0 ( 0.0%)	5 (12.5%)

Tabelle 2. *Absolute und relative Veränderungen im Bereich des Gesundheitsverhaltens von Klientinnen und Klienten der Einzelbehandlung*

Art der Änderung n (%)	Sportverhalten	Bewegungsverhalten	Ernährungsverhalten	Rauchverhalten
positiv	30 (53.6%)	47 (83.9%)	27 (48.2%)	7 (16.3%)
keine	23 (41.0%)	8 (14.3%)	29 (51.8%)	35 (81.4%)
negativ	3 ( 5.4%)	1 ( 1.8%)	0 ( 0.0%)	1 ( 2.3%)



Tabelle 3. Vergleich der Ergebnisse im Helping Alliance Questionnaire (HAQ) zwischen den Angaben der Klientinnen und Klienten der Einzelbehandlung (Selbstbewertung) und denen der Klinischen Psychologinnen und Psychologen (Fremdbewertung)

	selbst M (SD)	fremd M (SD)	t	p
<b>HAQ</b>				
Beziehungszufriedenheit	5.77 (0.33)	5.52 (0.47)	3.810	<.001
Erfolgszufriedenheit	5.24 (0.72)	5.05 (0.65)	1.977	.054
Gesamtzufriedenheit	5.53 (0.44)	5.30 (0.51)	3.361	.001
(Wertebereich jeweils von 1=sehr unzufrieden bis 6=sehr zufrieden)				