

Endbericht

—

Evaluierung des fit2work-Projekts Kunsttherapie „Zwischenzeit“ (1.3.2018 bis 28.2.2019)

Reinhold Jagsch

Institut für Angewandte Psychologie:
Gesundheit, Entwicklung und Förderung

Fakultät für Psychologie
Universität Wien

Wien, Februar 2019

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Inhaltsverzeichnis | 1 |
| Abstract | 2 |
| 1. Einleitung | 4 |
| 2. Methoden | 4 |
| 2.1. Zu prüfende Fragestellungen | 4 |
| 2.2. Erhebungsinstrumente | 5 |
| 2.2.1. Fragebogen zur Erfassung des krankheitsspezifischen Status | 5 |
| 2.2.2. Beck-Depressions-Inventar BDI-II (Hautzinger, Keller & Kühner, 2006) | 6 |
| 2.2.3. Brief Symptom Inventory BSI-53 (Franke, 2000) | 6 |
| 2.2.4. Zufriedenheit mit Behandlung und Beziehung: Helping Alliance Questionnaire HAQ (Bassler, Potratz & Krauthauser, 1995) | 8 |
| 2.3. Statistische Analyse | 8 |
| 3. Darstellung der Stichprobe | 9 |
| 3.1. Soziodemographische Charakteristika | 10 |
| 3.2. Krankheitsspezifische Charakteristika | 10 |
| 4. Ergebnisse zur Veränderungsmessung und zur Behandlungszufriedenheit | 12 |
| 4.1. Veränderungen in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und im Gesundheitsverhalten | 12 |
| 4.2. Veränderungen in den validierten klinischen Fragebögen | 14 |
| 4.3. Vergleich der Behandlungszufriedenheit mittels HAQ | 14 |
| 5. Diskussion | 15 |
| Literatur | 18 |
| Anhang A. Abbildungen | 19 |
| Anhang B. Tabellen | 21 |

Abstract

Theoretischer Hintergrund. Im Bereich des Projekts fit2work wurden bislang ausschließlich Behandlungen von klinischen Psychologinnen und Psychologen und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durchgeführt und bezüglich Wirksamkeit miteinander verglichen. Für die spezifische Gruppe von Klientinnen und Klienten mit aufrechtem Arbeitsverhältnis, aber anhaltenden Belastungssituationen durch Stress und Burnout-Gefährdung bzw. mit Burnout-Diagnose wurde das Behandlungsangebot Kunsttherapie „Zwischenzeit“ entwickelt, das im Rahmen eines Pilotprojekts evaluiert werden soll.

Methode. Insgesamt nahmen 68 Personen, die durch das Case Management von fit2work zugewiesen wurden, an diesem Pilotprojekt teil und erhielten durchschnittlich acht Einheiten kunsttherapeutische Behandlung im Einzelsetting. Die Klientinnen und Klienten bearbeiteten zu Beginn der Behandlung eine Testbatterie, die Fragebögen zu Depression (Beck-Depressions-Inventar, BDI-II), zur psychischen Beeinträchtigung (Brief Symptom Inventory, BSI-53) und einen Fragebogen zum arbeits- und gesundheitsbezogenen Status enthielt. Nach Abschluss der Behandlung wurden sie gebeten, diese Testbatterie noch einmal auszufüllen und die Zufriedenheit der Behandlung mittels Helping Alliance Questionnaire (HAQ) zu beurteilen. Ergänzt wurde die subjektive Einschätzung der Klientinnen und Klienten durch die Fremdeinschätzung der Behandlerinnen und Behandler.

Ergebnisse. Insgesamt konnten vollständige Datensätze von 55 Klientinnen und Klienten in den prä/post-Vergleich einbezogen werden sowie 56 Datensätze für den Vergleich der Selbst- und Fremdbeurteilung der Klientinnen und Klienten bzw. Behandlerinnen und Behandler. In den klinischen Skalen des BSI-53 lagen die Klientinnen und Klienten vor dem Beginn der Intervention übergreifend über dem Cutoff-Wert¹ für Behandlungsbedürftigkeit, nach Abschluss der Behandlung in keiner einzigen der Subskalen. Die Verbesserungen erwiesen sich in allen Bereichen als hoch signifikant mit moderaten bis hohen Effektstärken. Auch die Modelle für die Depressionsstärke und die Wirkungsanalysen für die Angaben von

¹ Trennwert, bei dessen Überschreitung Behandlungsbedürftigkeit angenommen wird

Beeinträchtigung von Leistungsfähigkeit in Beruf und Alltag erbrachten analoge Effektkonstellationen. Die Interventionsmaßnahmen führten übergreifend zu bedeutsamen Reduktionen der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, es konnten Reduktionen bei Arztbesuchen, bei ärztlichen Untersuchungen, bei Krankenhausaufenthalten und bei der Einnahme von Medikamenten verzeichnet werden, das Gesundheitsverhalten (Sport, Bewegung, Ernährung) konnte positiv beeinflusst werden. Behandlungszufriedenheit mit den Teilkomponenten Beziehungs- und Erfolgswufriedenheit fiel bei allen am Behandlungsprozess Beteiligten hoch aus, die Selbstbeurteilung der Klientinnen und Klienten war aber in allen Teilbereichen signifikant höher als die Einschätzung der Behandlerinnen und Behandler.

Schlussfolgerungen. Das neue Behandlungsangebot Kunsttherapie „Zwischenzeit“ erwies sich für die spezifische Behandlungspopulation der Burnout-Gefährdeten bzw. Klientinnen und Klienten mit Burnout-Diagnose als hoch wirksam. Die Interventionen konnten zu hoch signifikanten Reduktionen in den klinischen Skalen und den Belastungen auf individueller Ebene führen, wie auch auf gesamtgesellschaftlicher Ebene zu einer starken Reduktion der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Gleichzeitig wurden bedeutsame Verbesserungen im arbeits- und gesundheitsbezogenen Bereich berichtet, verbunden mit einer hohen Behandlungs- und Erfolgswufriedenheit sowohl auf Seiten der Klientinnen und Klienten als auch auf Seiten der Behandlerinnen und Behandler.

1. Einleitung

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

Als neues Pilotprojekt im Rahmen von fit2work zielt „Zwischenzeit“ als frühzeitige Intervention auf Personen ab, die noch in einem aufrechten Arbeitsverhältnis stehen, die aber von Burnout betroffen bzw. Burnout-gefährdet sind. Ziel des kunsttherapeutischen Ansatzes ist die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit, psychische Stabilisierung, Steigerung von Selbstwirksamkeit sowie Kompetenzerwerb. Im Rahmen der Kunsttherapie wird kreatives Tun kombiniert mit Reflexion im begleitenden Gespräch, um vorhandene Ressourcen zu mobilisieren. Angeboten wird Kunsttherapie in acht Einheiten im Einzelsetting (je zwei Mal 45 Minuten), wobei die ersten vier Sitzungen in wöchentlichen Abständen aufeinander folgen. Danach kann bei Bedarf das Gruppensetting über maximal vier Wochen (à 4 Stunden) genutzt werden. Zusätzlich werden bei Bedarf zur Stabilisierung der Behandlungsergebnisse drei weitere Einzelsitzungen in monatlichen Abständen angeboten.

2. Methoden

2.1. Zu prüfende Fragestellungen

Ziel der Evaluation des fit2work-Pilotprojekts Kunsttherapie „Zwischenzeit“ ist es, die Wirksamkeit der Maßnahme im Sinne einer Ergebnisevaluation zu prüfen. Basis für diesen

Vergleich bilden alle Klientinnen und Klienten, die alle vorab festgelegten Behandlungseinheiten regulär absolviert und die vorgesehenen Fragebögen zu beiden Zeitpunkten (Behandlungsbeginn, Behandlungsabschluss) ausgefüllt haben und deren Bögen an das Evaluationsteam retourniert wurden (Completer-Analyse). Gleichzeitig werden auch Daten der Behandlerinnen und Behandler in die Analyse miteinbezogen, die die dafür vorgesehenen Instrumente der Fremderhebung bearbeitet haben. Folgende Fragestellungen sollen auf Basis der erhobenen empirischen Daten geprüft werden:

1. Veränderungen definierter Outcome-Variablen (Depression, psychische Beeinträchtigung, arbeitsbezogene und gesundheitsbezogene Variablen) im prä/post-Vergleich (vor und nach Abschluss der Behandlung)
2. Vergleich der Behandlungszufriedenheit von Klientinnen und Klienten und Behandlerinnen und Behandler

2.2. Erhebungsinstrumente

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

2.2.1. Fragebogen zur Erfassung des krankheitsspezifischen Status

Dieser Fragebogen dient dazu, einerseits soziodemographische (Alter, Geschlecht, Familienstand, höchste abgeschlossene Ausbildung, aktuelles Arbeitsverhältnis etc.) und

andererseits arbeits- und krankheitsspezifische Daten der Klientinnen und Klienten (Zeitpunkt der Diagnosestellung, Beurteilung der Schwere der psychischen Belastung für den Bereich Arbeit und alltägliche Tätigkeiten, Umfang der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems vor Aufnahme in die aktuelle Behandlung, Einnahme von Medikamenten etc.) zu erheben. Die Fremdbeurteilungsform andererseits dient dazu, die Anzahl der Sitzungen zu erheben, die Bereiche der Beeinträchtigungen zu beschreiben und den Behandlungsfortschritt einzuschätzen.

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

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

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

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

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

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

Der Fragebogen enthält insgesamt neun Subskalen:

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

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

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

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

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

2.3. Statistische Analyse

Zur Beschreibung der Stichprobe werden deskriptivstatistisch für kontinuierliche Daten Mittelwert (*M*), Standardabweichung (*SD*) und Spannweite (Minimum; Maximum) verwendet, für nicht normalverteilte Daten der Median, Häufigkeitsdaten werden mittels

absoluten und relativen Häufigkeiten beschrieben. Für behandlungsspezifische Mittelwertvergleiche kamen inferenzstatistisch t -Tests für abhängige Stichproben zur Anwendung, ebenso für den Vergleich der Behandlungszufriedenheit aus Sicht der Selbst- (Klientinnen und Klienten) und Fremdbeurteilung (Behandlerinnen und Behandler). Um einer Kumulation des Alphafehlers entgegenzuwirken, kam bei signifikanten Ergebnissen die Alphafehler-Korrektur nach Bonferroni-Holm zum Einsatz.

Für alle statistischen Analysen wurde ein Signifikanzniveau von $p < .05$ festgelegt. Aufgrund der Tatsache, dass Angaben im Sinne des ausschließlichen Anführens von Kennwerten zur Absicherung statistischer Signifikanz bei größeren Stichproben ($N > 30$) zu verzerrten Ergebnissen führen kann, empfiehlt es sich, zusätzlich Kennwerte der inhaltlichen Relevanz (Effektstärken) ergänzend angegeben (Bortz & Döring, 2006). Diese haben den Vorteil, dass deren Ausmaß unabhängig von der vorhandenen Stichprobengröße interpretiert werden kann. Für Vergleiche von zwei Zeitpunkten bzw. Stichproben wird Cohen's d verwendet (Cohen, 1988). Für diese Art der Effektstärke gilt:

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

3. Darstellung der Stichprobe

Insgesamt haben am fit2work-Pilotprojekt Kunsttherapie „Zwischenzeit“ 68 Klientinnen und Klienten teilgenommen, von denen zumindest eines der beiden Fragebogensets ausgefüllt wurde. Beim Evaluatorenteam der Fakultät für Psychologie der Universität Wien sind 65 ausgefüllte Fragebogensets (95.6%) der Ersttestung (Beginn der Behandlung) eingelangt. Die Zahl an ausgefüllten Fragebogensets der Zweittestung, also nach Ende der abgeschlossenen Behandlung, die uns übermittelt wurden, betrug 58 (85.3%). Die gemeinsame Schnittmenge an Fragebogensets von Erst- und Abschlusstestungen umfasste insgesamt 55 Datensätze (80.9%). Von Seiten der Kunsttherapeutinnen und Kunsttherapeuten lagen insgesamt 61

Fremdbeurteilungen von Klientinnen und Klienten nach Abschluss der Behandlung vor (89.7%). Die gemeinsame Schnittmenge der Klientinnen und Klienten der Abschlussbefragung und der dazugehörigen Fremdbeschreibung durch die Kunsttherapeutinnen und Kunsttherapeuten am Ende der Behandlung betrug 56 (82.4%). Die einzelnen Teilmengen und deren relevante Überschneidungen sind zusammengefasst in Abbildung 1 (Anhang A) dargestellt.

3.1. Soziodemographische Charakteristika

Die Stichprobe der Klientinnen und Klienten der Ersttestung lässt sich folgendermaßen charakterisieren: Der Großteil war weiblich (n=52, 80.0%), das Durchschnittsalter lag bei 44.86 Jahren (SD=8.59, Range 22–59). Die vorherrschenden Zivilstati waren verheiratet (n=24, 38.7%) und ledig (n=24, 38.7%), gefolgt von geschieden (n=13, 21.0%) und verwitwet (n=1, 1.6%), von drei Personen fehlten Informationen für diese Variable. Das Bildungsniveau war relativ hoch, 44 Personen (68.8%) hatten Matura, davon 26 einen Universitätsabschluss (40.7%).

Alle Klientinnen und Klienten waren berufstätig und arbeiteten in unterschiedlichen Berufssparten. Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit betrug 34.31 Stunden (SD=7.62), wobei der minimal angegebene Wert bei 8 und der maximal angegebene bei 43 Stunden lag. Gefragt danach, ob die aktuelle Tätigkeit der durch die Ausbildung erlangten Qualifikation entspricht, antworteten 45 Klientinnen und Klienten (71.4%) mit ja, 18 (28.6%) hingegen abschlägig mit nein. Vier Klientinnen und Klienten (6.3%) gaben sogar an, dass sie aufgrund der Kombination aus psychischen und körperlichen Beschwerden umgeschult werden mussten.

3.2. Krankheitsspezifische Charakteristika

Diagnostiziert wurde Burnout(-gefährdung) primär durch Ärztinnen und Ärzte (53.2%) oder durch klinische Psychologinnen und Psychologen (24.2%), manchmal erst bedingt durch die Teilnahme an der fit2work-Maßnahme. Die Frage, wann Burnout oder Burnout-Gefährdung festgestellt wurde, wurde von den Klientinnen und Klienten sehr unterschiedlich

beantwortet. Die Minimaldauer lag bei einem Monat, die Maximaldauer bei 175 Monaten, der Median lag bei sechs Monaten. Ähnlich heterogen war das Antwortmuster der Klientinnen und Klienten bezüglich der Latenz vom Wahrnehmen der ersten Symptome bis zur Stellung der Diagnose, der Median lag bei 12 Monaten (Spannweite 1–156).

Zu Variablen, die die Belastungen der Behandlungspopulation vor Beginn der Behandlung charakterisieren, lassen sich folgende Befunde nennen: 57.3% der Klientinnen und Klienten gaben an, ein- bis fünfmal in den letzten drei Monaten im Krankenstand gewesen zu sein, 23.0% sogar noch häufiger, lediglich 19.7% waren in diesem Zeitraum nicht im Krankenstand. Insgesamt 41 der befragten Klientinnen und Klienten (68.3%) antworteten, verschreibungspflichtige Medikamente einzunehmen, 96.6%, hatten im Zeitraum der letzten drei Monate mindestens einmal eine Ärztin oder einen Arzt aufgesucht (Spannweite: 1 bis 30 Besuche), 90.6% ließen in diesem Zeitraum medizinische Untersuchungen vornehmen (Spannweite: 1 bis 30 Untersuchungen), und 26.8% hatten in den zurückliegenden drei Monaten einen Krankenaufenthalt. Die Auswirkungen der psychischen und körperlichen Beschwerden auf die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz, die auf einer Skala von 0 (kein Einfluss) bis 10 (maximaler Einfluss) abgefragt wurden, erbrachten für die Erhebung zu Beginn der Behandlung einen mittleren Wert von 7.33 (SD=2.32; Spannweite 2–10). Der analoge Wert der Befragung dazu, inwieweit sich die Beschwerden auch auf die normalen täglichen Aktivitäten auswirken, lag mit einem Mittelwert von 6.53 (SD=2.29; Spannweite 0–10) nur wenig darunter.

Durch Vorgabe der Fragebogenverfahren Beck-Depressions-Inventar (BDI-II) sowie des Brief Symptom Inventory (BSI-53) wurde die Stärke der psychischen Beeinträchtigung vor Beginn der Erhebung erhoben. Bezüglich Stärke der Depression zeigte sich für die Gesamtstichprobe ein Summenscore von 26.16 (SD=10.78; Range 7–56), 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 71.00 (SD=8.26; Range 51–80) für die Gesamtstichprobe zu Beginn der Behandlung einen Score, der mehr als zwei Standardabweichungen vom theoretischen Mittelwert von 50 abweicht (Scores über *T*=63 gelten als behandlungsbedürftig).

Zusammenfassend kann zur Charakterisierung der Ausgangsstichprobe gesagt werden, dass es sich um eine stark belastete und behandlungsbedürftige Population handelt. Alle Klientinnen und Klienten sind zwar aktuell berufstätig, aber extrem stark und in der Regel schon über einen Zeitraum von durchschnittlich einem halben Jahr Burnout-gefährdet, bzw. wurde Burnout bereits diagnostiziert. Erste Warnsymptome sind in der Regel bereits vor etwa einem Jahr aufgetreten. Aufgrund der Beschwerden haben die Klientinnen und Klienten in der jüngeren Vergangenheit eine große Anzahl an Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen müssen, etwa zwei Drittel der Klientinnen und Klienten nehmen regelmäßig Medikamente ein. Die validierten Fragebögen geben bei etwa einem Drittel der Stichprobe Hinweise auf das Vorhandensein einer ausgeprägten Depression und bei etwa 80% auf das Vorhandensein psychischer Beeinträchtigungen mit Indikation für Behandlungsbedürftigkeit.

4. Ergebnisse zur Veränderungsmessung und zur Behandlungszufriedenheit

Die mittlere Anzahl der von den Klientinnen und Klienten wahrgenommenen Behandlungseinheiten betrug 8.18 (SD=2.23), wobei das Minimum bei zwei und das Maximum bei 13 Einheiten lag. Die Klientinnen und Klienten konnten bei Bedarf ergänzend auch Behandlungen im Gruppensetting bekommen. Laut Unterlagen haben dieses Angebot aber nur sechs (9.8%) und damit zu wenige Personen genutzt, um eine zusätzliche differenzielle Auswertung im Rahmen der Veränderungsmessung vorzunehmen.

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 Ergebnisse zugunsten einer

Reduktion zu verzeichnen waren. Tabelle 1 (Anhang B) zeigt die Änderungen für die Gesamtstichprobe kompakt zusammengefasst im Überblick. Unterschiedlich hohe Fallzahlen ergeben sich durch eine unterschiedlich hohe Anzahl von Missing Data bei der Beantwortung der einzelnen Items zum Fragenkomplex.

Die Frage nach generellen Veränderungen im Gesundheitsverhalten während der Zeit der Behandlung beantworteten 42 Personen (75.0%) als positiv. Tabelle 2 (Anhang B) zeigt die Bewertungen für die einzelnen Bereiche Sport, Bewegung, Ernährung und Rauchverhalten im Überblick. Wenn Änderungen eingetreten sind, überwiegen eindeutig diejenigen in die positive Richtung. Insbesondere in der Frage bezüglich Rauchverhalten zeigt aber die Kategorie „keine Änderung“ aber die höchsten Häufigkeiten, bedingt vornehmlich dadurch, dass ein Großteil Nichtraucher war. 41 der Klientinnen und Klienten (80.4%) berichteten von einer allgemeinen Verbesserung ihrer Leistungsfähigkeit durch die Behandlung, 21 (44.7%) von einer Reduktion der Krankenstände.

Bei der Analyse der Frage, inwieweit sich die psychischen Beschwerden auf die Leistungsfähigkeit im Beruf auswirken, zeigte sich für die Klientinnen und Klienten der kunsttherapeutische Behandlung (auf der Skala von 0 bis 10) eine mittlere Verbesserung der Scores um 1.62 Punkte (SD=3.12). Der statistische Vergleich zeigte einen hoch signifikanten Effekt für die Dauer der Behandlung mit mittlerer Effektstärke ($t(46)=3.556, p=.001, d=0.57$). 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. Die kunsttherapeutische Behandlung zeigte im prä/post-Vergleich eine durchschnittliche Verbesserung der Scores um 2.64 Punkte (SD=3.24). Der statistische Auswertung ermittelte hier einen hoch signifikanten Effekt für die Dauer der Behandlung mit hoher Effektstärke ($t(51)=5.871, p<.001, d=1.04$).

Abschließend wurden die Klientinnen und Klienten nach einer Gesamtbeurteilung der Behandlung befragt. Der Großteil (n=55, 98.2%) bewertete die Behandlung als sehr bzw. eher hilfreich, lediglich ein Mal (1.8%) wurde die Kategorie „eher nicht hilfreich“ angekreuzt.

Zwei Klientinnen und Klienten machten keine Angabe dazu.

4.2. Veränderungen in den validierten klinischen Fragebögen

Tabelle 3 (Anhang B) zeigt die Ergebnisse der zwei Fragebögen im Überblick. Im BDI-II zeigte sich für die Klientinnen und Klienten der kunsttherapeutischen Behandlung eine Reduktion der Depressionswerte um 14.31 Punkte (SD=10.00). Der statistische Vergleich erbrachte einen hoch signifikanten Effekt für die Dauer der Behandlung mit großer Effektstärke ($t(53)=10.518, p<.001, d=1.32$). Im Globalwert des BSI-53 zeigte sich für die Klientinnen und Klienten der Kunsttherapie eine Reduktion des *T*-Werts um 12.63 Punkte (SD=11.88). Die statistische Auswertung zeigte auch hier einen hoch signifikanten Effekt für die Dauer der Behandlung mit hoher Effektstärke ($t(53)=7.812, p<.001, d=1.06$). Jede einzelne der neun Subskalen des BSI zeigte im Zeitvergleich eine hoch signifikante Verbesserung mit zumindest moderater Effektstärke (lediglich Subskala 7 (Phobische Angst) lag knapp unter dem dafür notwendigen Schwellenwert von $d>0.50$). Damit weisen die Hauptindikatoren der beiden klinischen Fragebögen ein übereinstimmendes Ergebnismuster in dem Sinne auf, dass Klientinnen und Klienten nach Behandlungsende hoch signifikante Verbesserungen aufzeigten.

Um diese Ergebnisse für die einzelnen Subskalen des BSI-53 weiter zu verdeutlichen, sind in Abbildung 2 (Anhang A) alle *T*-Werte der neun Subskalen und des Globalwerts zu Behandlungsbeginn und -abschluss dargestellt. Alle gemittelten *T*-Werte überschritten vor der Behandlung den Schwellenwert für Behandlungsbedürftigkeit. Für jede einzelne Skala ist in der aktuellen Analyse zu erkennen, dass alle gemittelten *T*-Werte nach der Behandlung unter dem Wert für Behandlungsbedürftigkeit liegen.

4.3. Vergleich der Behandlungszufriedenheit mittels HAQ

Der HAQ wurde, wie bereits ausgeführt, nach Abschluss der Behandlung in der Selbstbeurteilungsform den Klientinnen und Klienten und in der Fremdbeurteilungsform den Behandlerinnen und Behandlern vorgegeben. In allen drei Zufriedenheitsindikatoren zeigten sich hoch signifikante Unterschiede insofern, als die Klientinnen und Klienten sowohl

die Beziehungs- als auch die Erfolgsszufriedenheit und daher auch die Gesamtzufriedenheit besser einschätzten als deren Behandlerinnen und Behandler. Erfolgs- und Gesamtzufriedenheit zeigen dabei moderate Effektstärken, die Unterschiede im Bereich der Beziehungszufriedenheit sogar hohe Effektstärken.

Da für dieses Instrument keine Normen vorliegen, wurde für jede einzelne Skala der Wertebereich auf 1 bis 6 standardisiert. Aus Tabelle 4 (Anhang B) lässt sich ersehen, dass jeder einzelne angeführte Mittelwert, sowohl jene der Klientinnen und Klienten als auch jene der Behandlerinnen und Behandler, im oberen Bereich der Skala (Minimum der angeführten Mittelwerte: 5.01; Maximum der angeführten Mittelwerte: 5.75) gelagert ist.

5. Diskussion

Nach Abschluss des fit2work-Pilotprojekts Kunsttherapie „Zwischenzeit“ lagen von 65 Klientinnen und Klienten vollständige Datensets der Ersttestung (Beginn der Behandlung) und von insgesamt 58 solche der Abschlusserhebung vor. Insgesamt 55 Klientinnen und Klienten füllten die Fragebogensets zu beiden Zeitpunkten aus und bildeten damit die Basis für den prä/post-Vergleich. Von Seiten der Behandlerinnen und Behandler langten insgesamt 61 Fragebögen ein, wovon 56 für die statistische Analyse des Vergleichs Selbst- und Fremdbeurteilung verwendet werden konnten.

Im Mittelpunkt der Evaluierung stand die Frage, ob die kunsttherapeutischen Interventionen das Befinden der Klientinnen und Klienten insgesamt signifikant verbessern können. Operationalisiert wurde „Befinden“ im Rahmen dieses Projekts durch die Testverfahren BDI-II (Depression) und BSI (psychische Beeinträchtigung), beim BSI durch einen globalen Summenwert (Global Severity Index, GSI) bzw. durch die Ergebnisse der insgesamt neun Subskalen des Tests. Die Signifikanzprüfung musste durch den direkten Vergleich der Testdaten der beiden Zeitpunkte erfolgen, da für die Evaluierung keine unbehandelte Kontrollgruppe zur Verfügung stand. Andererseits weisen die beiden Verfahren Werte für die Einstufung „klinisch relevante Ausprägung“ auf (entweder in Form von Cutoff- oder von T-Werten), sodass die Evaluationsergebnisse direkt durch den zeitlichen Vergleich der Daten

ablesbar werden bzw. auf statistische Signifikanz geprüft werden können.

Zusätzlich wurden als Outcome-Variablen die Items des Fragebogens zur Erfassung des krankheitsspezifischen Status miteinbezogen, die Fragen zur Arbeitsfähigkeit und zum Gesundheitszustand und deren Veränderungen zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten miterhoben haben. Im Rahmen der Abschlusstestung wurde auch nach der Zufriedenheit mit dem Interventionsprozess gefragt, befragt wurden sowohl die Klientinnen und Klienten als auch die Behandlerinnen und Behandler.

Die Veränderungsmessung im Rahmen der klinischen Fragebögen erbrachte eindeutige und konsistente Ergebnisse: Übergreifend konnte ein hoch signifikanter Effekt für die Dauer der Behandlung mit moderaten bis hohen Effektstärken gefunden werden. Interpretiert werden kann dieses Ergebnis dahingehend, dass in beiden Fragebögen und deren Subskalen große Verbesserungen über die Zeit (in jedem Fall $p < .001$, teilweise mit hohen Effektstärken von $d > 0.80$) zu verzeichnen waren. Bei den psychischen Beeinträchtigungen (BSI) lagen alle Verbesserungen im Bereich von etwa 6 bis 12.5 *T*-Wert-Punkten, also Verbesserungen von gut einer halben bis mehr als einer ganzen Standardabweichung. Alle Mittelwerte der Subskalen, die vor der Intervention über dem Schwellenwert ($T=63$) für Behandlungsbedürftigkeit lagen, fanden sich nach der Abschlusserhebung unter diesem.

Für das Gesamtkollektiv der Klientinnen und Klienten des fit2work-Pilotprojekts Kunsttherapie „Zwischenzeit“ zeigten sich Veränderungen im Sinne einer umfassenden Reduktion der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, wobei insbesondere folgende Punkte zu nennen sind:

- Verbesserung der beruflichen Leistungsfähigkeit (bei 80%), Reduktion der Krankenstände (bei 45%),
- Reduktion von Krankenhausaufenthalten (bei 50%), von Arztbesuchen (bei 43%), von ärztlichen Untersuchungen (bei 48%) und von Einnahme von Medikamenten (bei 40%),
- Positive Veränderungen im Bewegungsverhalten (bei 62%), im Sportverhalten (bei 48%) und im Ernährungsverhalten (bei 44%),
- 93% schätzten die kunsttherapeutische Behandlung als „sehr hilfreich“ ein, 5% als

„eher hilfreich“.

Zusätzlich zu den Verbesserungen im Befinden zeigten die Ergebnisse des Fragebogens Helping Alliance Questionnaire (HAQ), dass sowohl die Beziehungs- als auch die Erfolgswufriedenheit nach Beendigung der Intervention hoch ausgeprägt war, und zwar auf beiden Seiten: Sowohl die Klientinnen und Klienten als auch die Behandlerinnen und Behandler waren mit dem Behandlungsprozess sehr zufrieden. Interessant dabei ist die Tatsache, dass im direkten Vergleich die Zufriedenheit der Klientinnen und Klienten in allen Teilbereichen signifikant stärker ausgeprägt war als diejenige der Behandlerinnen und Behandler.

Literatur

- Bassler, M., Potratz, B. & Krauthauser, H. (1995). Der "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut*, 40, 23–32.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human und Sozialwissenschaftler* (4. Auflage). Berlin: Springer.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale: Erlbaum.
- Franke, G. H. (2000). *BSI: Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) – deutsche Version: Manual*. Göttingen: Beltz Test.
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2006). *BDI-II; Beck Depressions-Inventar Revision*. Frankfurt am Main: Harcourt Test Services

Anhang A. Abbildungen

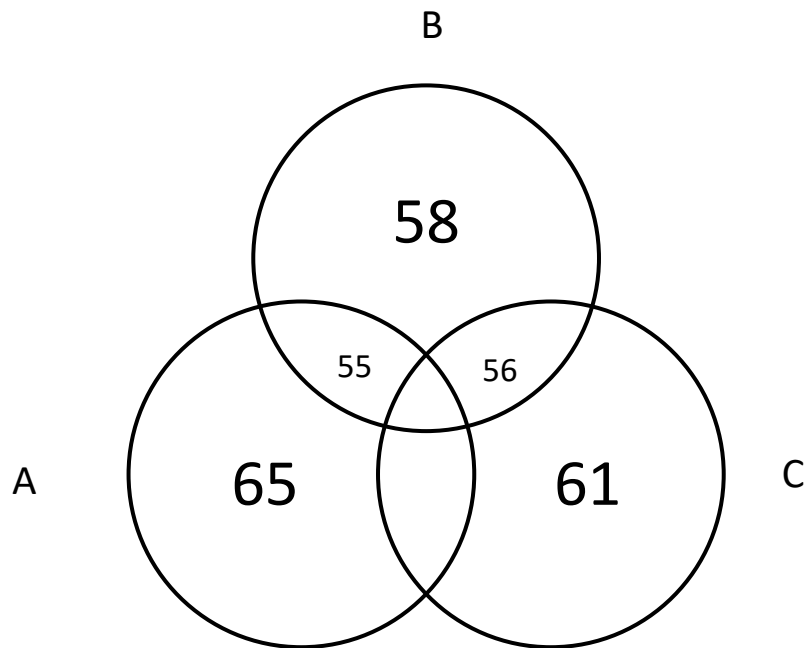


Abbildung 1. Venn-Diagramm für die Anzahl der vorliegenden Datensätze.

Anmerkung. A Fragebogensets der Klientinnen und Klienten zu Behandlungsbeginn, B Fragebogensets der Klientinnen und Klienten zu Behandlungsende, C Fragebogensets der Behandlerinnen und Behandler zu Behandlungsende

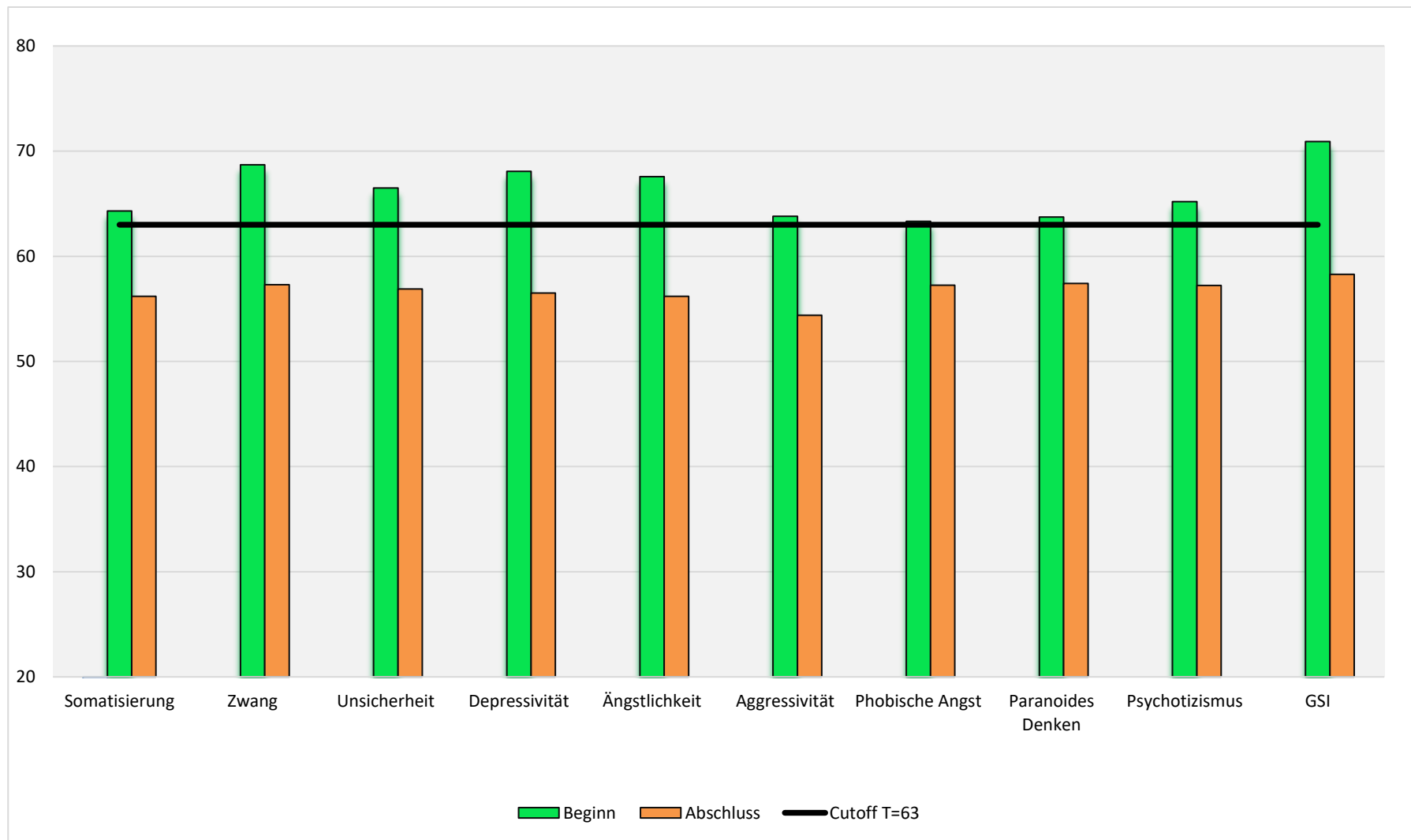


Abbildung 2. Vergleich der Ergebnisse im Brief Symptom Inventory (BSI): Behandlungsbeginn mit Behandlungsabschluss. Entsprechend den Angaben des BSI-Manuals weist ein T-Wert ab 63 (waagrechte Linie) auf Behandlungsbedürftigkeit hin.

Anmerkung. GSI=Globalwert (Global Severity Index)

Anhang B. Tabellen

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

| Art der Änderung n (%) | Ärztliche Untersuchungen | Arztbesuche wegen psychischer Probleme | Krankenhausaufenthalte | Medikamenteneinnahme |
|---------------------------|--------------------------|--|------------------------|----------------------|
| Abnahme | 24 (48.0%) | 22 (43.1%) | 21 (50.0%) | 19 (39.6%) |
| keine | 23 (46.0%) | 26 (51.0%) | 21 (50.0%) | 22 (45.8%) |
| Zunahme | 3 (6.0%) | 3 (5.9%) | 0 (0.0%) | 7 (14.6%) |

Tabelle 2. Absolute und relative Veränderungen im Bereich des Gesundheitsverhaltens

| Art der Änderung n (%) | Sportverhalten | Bewegungsverhalten | Ernährungsverhalten | Rauchverhalten |
|---------------------------|----------------|--------------------|---------------------|----------------|
| positiv | 25 (48.1%) | 33 (62.3%) | 23 (44.2%) | 3 (6.0%) |
| keine | 27 (51.9%) | 19 (35.8%) | 28 (53.9%) | 46 (92.0%) |
| negativ | 0 (0.0%) | 1 (1.9%) | 1 (1.9%) | 1 (2.0%) |

Tabelle 3. Vergleich der Evaluationsergebnisse zu Beginn (t0) und nach Abschluss der Behandlung (t1) in den klinischen Fragebögen BDI-II und BSI-53

| | Beginn M (SD) | Abschluss M (SD) | p | d |
|-------------------------------|------------------|---------------------|-------|------|
| BDI-II | 26.44 (11.35) | 12.13 (10.20) | <.001 | 1.32 |
| BSI (T-Werte) | | | | |
| Somatisierung | 64.30 (10.90) | 56.19 (11.13) | <.001 | 0.74 |
| Zwanghaftigkeit | 68.70 (9.61) | 57.30 (11.49) | <.001 | 1.07 |
| Unsicherheit im Sozialkontakt | 66.50 (10.28) | 56.88 (12.08) | <.001 | 0.85 |
| Depressivität | 68.07 (9.14) | 56.50 (11.81) | <.001 | 1.08 |
| Ängstlichkeit | 67.58 (10.58) | 56.19 (12.56) | <.001 | 0.97 |
| Aggressivität/Feindseligkeit | 63.80 (10.10) | 54.39 (11.20) | <.001 | 0.88 |
| Phobische Angst | 63.33 (12.89) | 57.26 (11.88) | <.001 | 0.49 |
| Paranoides Denken | 63.74 (11.01) | 57.42 (12.15) | <.001 | 0.54 |
| Psychotizismus | 65.21 (12.05) | 57.23 (12.86) | <.001 | 0.64 |
| Global Severity Index | 70.91 (8.60) | 58.28 (13.62) | <.001 | 1.06 |

Anmerkungen. BDI Beck-Depressions-Inventar, BSI Brief Symptom Inventory

Tabelle 4. Vergleich der Selbst- (Klientinnen und Klienten) und Fremdbeurteilung (Behandlerinnen und Behandler) nach Abschluss der Behandlung (t1) im Helping Alliance Questionnaire (HAQ)

| | Selbstbeurteilung M (SD) | Fremdbeurteilung M (SD) | <i>p</i> | <i>d</i> |
|--|-----------------------------|----------------------------|----------|----------|
| HAQ | | | | |
| Beziehungszufriedenheit | 5.75 (0.39) | 5.29 (0.51) | <.001 | 1.01 |
| Erfolgszufriedenheit | 5.37 (0.63) | 5.01 (0.72) | <.001 | 0.54 |
| Gesamtzufriedenheit | 5.58 (0.45) | 5.16 (0.58) | <.001 | 0.79 |
| (Wertebereich jeweils von 1=sehr unzufrieden bis 6=sehr zufrieden) | | | | |

Anmerkung. HAQ Helping Alliance Questionnaire

