

Festschrift

1. Weltkonferenz für Heileurythmie

Goetheanum, Dornach
30. April bis 6. Mai 2008

Substanz

Verwandlung

Prozess

Der Erdenleib ergreifen –
dem Weltenwort begegnen

IMPRESSUM

Herausgeber:
Medizinische Sektion am Goetheanum
und
Forum / Netzwerk Heileurythmie

Redaktion:
Michaela Glöckler
Angelika Jaschke

Lektorat:
Katharina Offenborn
WORTgetreu
www.wortgetreu.com

Umschlaggestaltung:
Karl Lierl
www.lierl.de

Buchgestaltung und Layout:
David Laidlaw
STARS Grafix
www.starsgrafix.com

Katharina Offenborn

Druck:
Kooperative Dürnau GmbH & Co
Graphischer Betrieb KG
Im Winkel 11
88422 Dürnau

Bezugsadresse:
Medizinische Sektion am Goetheanum
Postfach
CH-4143 Dornach
eMail: sekretariat@medsektion-goetheanum.ch

© Copyright 2008 by Medizinische Sektion am Goetheanum
Alle Rechte vorbehalten

INHALT

Editorial (A. Jaschke)	7
Eindrücke (H. Houben)	9
Highlights (E. Leiste)	15

Vorträge:

Vom Wesen der Heileurythmie als Herzorgan der Anthroposophischen Medizin (M. Glöckler)	17
Impulsreferat zum 1. Vortrag (M. Girke)	38
Impulsreferat zum 2. Vortrag (G. Merker, S. Sebastian)	57
Impulsreferat zum 3. Vortrag (S. von Lorentz)	71
Impulsreferat zum 4. Vortrag (S. Grande)	84
Impulsreferat zum 5. Vortrag (D. Ritchie)	100
Impulsreferat zum 6. Vortrag (W. Keller Roth)	118
Heileurythmie bei chronischen Erkrankungen (H. Hamre)	130
Tonheileurythmie-Demonstration (A. Bäschlin, E. Streit)	143
Das Herz auf den Schwingen der Kunst (M. Moser)	156
Eurythmie und ihre Wirkungen auf Substanzen (T. Baumgartner)	173

Arbeitsgruppen-Berichte:

Berichte (A): Arbeit an den Vorträgen des Heileurythmiekurses	196
Berichte (B): Gemeinsame Arbeit von Arzt und HeileurythmistIn	206
Berichte (C): Aus der Praxis	228
Lilli Koch (E. Leiste)	256
„gesundheit aktiv“ Bericht (H. Loewer)	258
Feedback-Auswertung	262
Zu den Finanzen (A. Jaschke)	264
Nachklang (E. Leiste)	266
Festschrift-Dozentenliste	268
Adressen und Links von europäischen Referenten	272
Internationale Adressen für Heileurythmie	275

HEILEURYTHMIE BEI CHRONISCHEN ERKRANKUNGEN: EINE VIERJÄHRIGE PROSPEKTIVE KOHORTENSTUDIE

*Überarbeitete Fassung eines Vortrags
von Dr. med. Harald J. Hamre
gehalten am 5. Mai 2008*

Die Anthroposophische Medizin Outcomes-Studie (AMOS)

Für ihre Anerkennung im 21. Jahrhundert braucht die Heileurythmie wissenschaftliche Studien zum Nachweis ihres Nutzens. Eine Gelegenheit für eine solche Studie ergab sich im Jahr 1997, als eine deutsche Krankenkasse ein Modellprojekt ins Leben rief, welches die Kostenerstattung anthroposophischer Therapien beinhaltete. Das Modellprojekt umfasste auch eine Forschungsstudie zur Heileurythmie und zu anderen anthroposophischen Therapien, die Anthroposophische Medizin Outcomes-Studie, abgekürzt AMOS [1;2].

Die AMOS-Studie wurde in Deutschland von unserer Arbeitsgruppe am Institut für angewandte Erkenntnistheorie und medizinische Methodologie in Freiburg durchgeführt, in Zusammenarbeit mit einer Forschergruppe am Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie an der Charité in Berlin.

AMOS umfasste ambulante Patienten im Alter von 1-75 Jahren, die eine neue anthroposophische Behandlung wegen verschiedener chronischer Erkrankungen erhielten. Die evaluierten Therapieformen waren Anthroposophische Kunsttherapie, Rhythmische Massage, Anthroposophisch-ärztliche Therapie (das heißt Beratungsgespräche und anthroposophische Arzneimittel) und Heileurythmie. Die Patienten wurden im Zeitraum von 1998 bis 2005 aufgenommen. Die Follow-up-Befragung dauert vier Jahre, so dass das Patienten-Follow-up derzeit noch nicht für alle Patienten abgeschlossen ist. Insgesamt wurden 1.642 Patienten in die AMOS-Studie aufgenommen. 841 davon hatten Heileurythmie als Studienbehandlung. In dieser Präsentation werden die ersten 419 Heileurythmie-Patienten beschrieben, die bis März 2001 aufgenommen worden waren [3;4].

Soziodemografische Charakteristika der Heileurythmie-Patienten der AMOS-Studie

Die 419 Patienten kamen aus 13 der 16 deutschen Bundesländer. Die Patienten wurden von 94 anthroposophischen Ärzten aufgenommen und von

118 Heileurythmisten behandelt. Drei Viertel der Patienten wurden von Allgemeinärzten aufgenommen, während die restlichen Patienten von Kinderärzten (10% der Patienten), Internisten (5%) oder anderen Fachärzten (10%) aufgenommen wurden. Die Mehrheit der Patienten waren Kinder oder Erwachsene mittleren Alters.

Unter den Erwachsenen war der Anteil weiblicher Patienten mit 71% etwas höher als in Hausarztpraxen in Deutschland (52%) [5]. Im Verhältnis zur Bevölkerung in Deutschland hatten die erwachsenen Patienten ein höheres Ausbildungsniveau und weniger Arbeiter. Bei den Heileurythmie-Patienten gab es weniger Raucher als in der Bevölkerung. Sehr wenig Heileurythmie-Patienten konsumierten täglich Alkohol. Auch waren die Patienten weniger häufig übergewichtig als die deutsche Bevölkerung. Ähnlich wie in der Bevölkerung war dagegen der Anteil derer, die regelmäßig Sport trieben. Ähnlich war auch der Anteil Alleinlebender, Niedrigverdiener und Arbeitsloser. Ähnlich wie in der Gesamtbevölkerung kamen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit und Schwerbehinderung bei den Patienten selten vor. Insgesamt unterschieden sich somit die Heileurythmie-Patienten in einigen Punkten von der Gesamtbevölkerung und in anderen Punkten waren sie ähnlich.

Krankheitszustand der Patienten bei Studienaufnahme

Die Hauptindikation für die Heileurythmie wurde nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10) klassifiziert. Die häufigsten Indikationen für Heileurythmie waren psychische Erkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen und Atemwegserkrankungen. Hier gab es einige große Unterschiede zum Diagnosespektrum in deutschen Hausarztpraxen [6]. In deutschen Hausarztpraxen war der registrierte Kontaktgrund nur in 5% der Konsultationen eine psychische Erkrankung, während 32% der Heileurythmie-Patienten wegen einer psychischen Erkrankung behandelt wurden. Umgekehrt sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen in deutschen Hausarztpraxen häufig (18%), kamen aber nur selten unter den Heileurythmie-Patienten vor (4%). Die Häufigkeit von Muskel-Skelett-Erkrankungen war in deutschen Hausarztpraxen (20%) ähnlich wie unter den Heileurythmie-Patienten (23%).

Die häufigsten Einzeldiagnosen waren Rückenschmerzen oder Ischias (8% der Heileurythmie-Patienten), Nacken-Schulter-Arm-Schmerzen (8%), Depression (6%), Erschöpfung (6%), Emotionale Störung des Kindesalters (4%), Kopfschmerzen / Migräne (3%) und Asthma (3%). Bei Studienaufnahme hatten 80% der Patienten eine lange andauernde Krankheit von mehr als einem Jahr Dauer.

Durchführung der Heileurythmie

Zwischen 94% und 97% der Patienten, die bei Studienaufnahme zur Heileurythmie überwiesen wurden, erhielten diese Therapie auch. Ein Drittel der Patienten hatte die erste Heileurythmie-Behandlung innerhalb einer Woche nach Studienaufnahme, ein Drittel wartete zwischen einer Woche und einem Monat und ein Drittel wartete länger als ein Monat, bevor sie mit der Heileurythmie begannen. Die Hälfte der Patienten hatten zwischen 12 und 23 Therapieeinheiten, ungefähr ein Drittel der Patienten hatten zwischen sechs und elf Therapieeinheiten und einige Patienten hatten mehr als 23 Therapieeinheiten (14% der Patienten) oder weniger als sechs Therapieeinheiten (5%).

Heileurythmie wird oft zusammen mit anderen Behandlungen eingesetzt. In den ersten sechs Studienmonaten wendeten mehr als zwei Drittel der Heileurythmie-Patienten Anthroposophische Arzneimittel an, während nur 1% der Patienten Anthroposophische Kunsttherapie erhielt. Für Patienten mit psychischen Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen oder Kopfschmerzsyndromen wurde die Anwendung von konventionellen Therapien wie Psychopharmaka, Analgetika, Psychotherapie oder Physiotherapie analysiert. In den ersten sechs Studienmonaten erhielt ein Drittel der Patienten eine diagnoserelevante konventionelle Therapie, während zwei Drittel keine solche Therapie hatten.

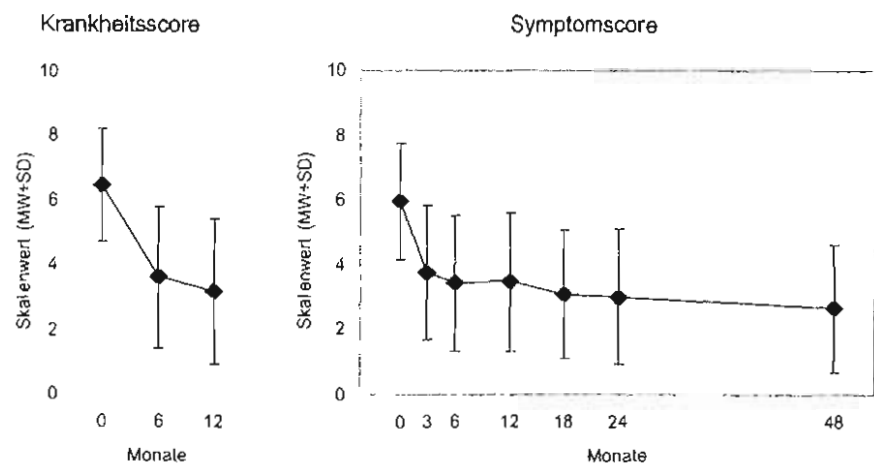


Abbildung 1: Krankheitsscore, Symptomscore (Mittelwert). Skalenwert von 0 (nicht vorhanden) bis 10 (schwerst möglich)

Entwicklung der Krankheitssymptomatik unter Heileurythmie

Bei Studienaufnahme haben die Ärzte den *Krankheitsscore*, d. h. den globalen Schweregrad der Krankheitssymptomatik, dokumentiert und zwar auf einer Skala von 0 (nicht vorhanden) bis 10 Punkten (schwerst möglich). Dieser Krankheitsscore lag am Anfang bei den meisten Patienten zwischen 5 und 8 Punkten; der Durchschnittswert lag bei 6,5 Punkten bei Studienaufnahme und verbesserte sich auf 3,6 Punkte nach sechs Monaten und 3,2 Punkte nach 12 Monaten (Abbildung 1).

Entsprechend der Einschätzung der Ärzte schätzen die Patienten den *Symptomscore*, d. h. den Schweregrad von bis zu sechs ihrer wichtigsten Krankheitssymptome. Dieser Symptomscore lag bei Studienaufnahme bei den meisten Patienten zwischen 5 und 8 Punkten. Während der ersten sechs Monate verbesserte sich der durchschnittliche Symptomscore von 6,0 Punkten auf 3,4 Punkte; diese Verbesserung blieb während des vierjährigen Beobachtungszeitraums erhalten.

Diese Verbesserungen können natürlich zum Teil auch andere Ursachen als die Heileurythmie haben, z. B. andere Therapien. Jedoch haben wir Krankheits- und Symptomscore bei Patienten, die keine konventionelle Therapie für ihre Haupterkrankung erhielten, analysiert, und diese Patienten hatten eine ähnliche Verbesserung.

Eine eingehendere Analyse alternativer Ursachen für die Besserung wurde bei AMOS-Patienten mit Heileurythmie und anderen anthroposophischen Therapien durchgeführt. Die Analyse zeigt, dass Begleittherapien zusammen mit Patientendropout, Spontanbesserung und "Regression to the mean" (Regression zur Mitte) zusammen höchstens 37% der Verbesserung des Krankheitsscores erklären konnten [7].

Wir kehren nun zu den Heileurythmie-Patienten, alleine betrachtet, zurück. Eine Untergruppe, die wegen *Depression* behandelt wurde, zeigte deutliche und anhaltende Verbesserungen ihrer depressiven Symptome [8;9]. Eine andere Untergruppe, die wegen *Lendenwirbelsäulensyndroms* behandelt wurde, zeigte anhaltende Verbesserungen der Rückenfunktionen und der Rückenschmerzen.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Bei Erwachsenen wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität anhand des *SF-36-Fragebogens zum Gesundheitszustand* dokumentiert, ein Selbstbeurteilungs-Fragebogen mit 36 Fragen [10]. SF bedeutet "Short Form" (deutsch „Kurzform“); der Original-Fragebogen hatte mehr Fragen.

der Arbeit oder bei anderen alltäglichen Tätigkeiten durch psychische Gesundheitsprobleme wie Depressivität oder Angst. Diese Skala verbesserte sich um mehr als 30 Punkte.

Die *SF-36-Subskala Soziale Funktionsfähigkeit* misst die Beeinträchtigung normaler Kontakte zu Familie, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis durch körperliche oder emotionale Probleme. Diese Skala verbesserte sich um beinahe 20 Punkte.

Die *SF-36-Subskala Psychisches Wohlbefinden* misst negative Zustände wie Nervosität und Depression und positive Zustände wie Glückseligkeit und Ruhe. Diese Skala verbesserte sich um ungefähr 15 Punkte und erreichte einen ähnlichen Durchschnittswert wie in der Bevölkerung.

Die *SF-36-Subskala Körperliche Schmerzen* misst die Intensität der Schmerzen und die Beeinträchtigung von Alltagstätigkeiten durch Schmerzen. Diese Skala verbesserte sich auch um ca. 15 Punkte.

Die *SF-36-Subskala Vitalität* misst sowohl positive Zustände wie sich voller Schwung oder voller Energie fühlen, als auch negative Zustände wie sich erschöpft und müde fühlen. Diese Skala verbesserte sich um mehr als 15 Punkte.

Die *SF-36 Subskala Allgemeine Gesundheitswahrnehmung* verbesserte sich um ungefähr 10 Punkte.

Die Informationen dieser acht Subskalen des SF-36-Fragebogens werden

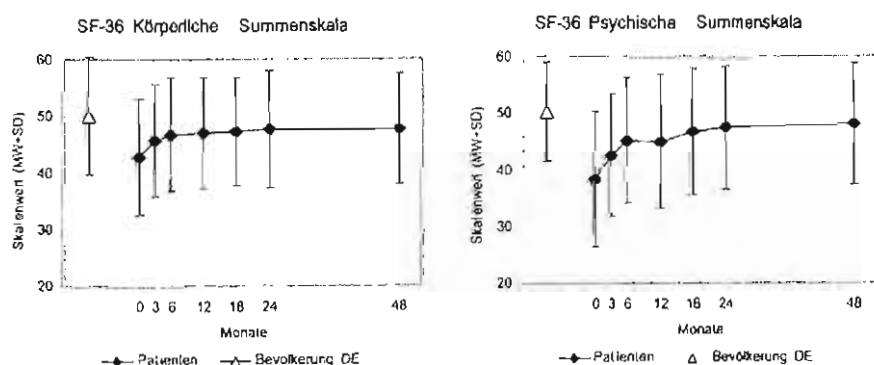


Abbildung 3: SF-36 Körperliche und Psychische Summenskala (Mittelwert + Standardabweichung). Höhere Skalenerwartungswerte bedeuten besseren Gesundheitszustand. Patienten und deutsche Bevölkerungsstichprobe (Bevölkerung DE), standardisiert für Alter und Geschlecht.

oft in zwei Summenskalen zusammengefasst (Abbildung 3). Diese Summenskalen sind standardisiert so dass der durchschnittliche Skalenerwartungswert in der amerikanischen Bevölkerung bei 50 Punkten liegt, mit einer Standardabweichung von 10. Die Werte in der deutschen Bevölkerung sind ähnlich. Die *SF-36 Körperliche Summenskala* verbesserte sich um etwa fünf Punkte. Die *SF-36 Psychische Summenskala* verbesserte sich sukzessive bis zum letzten Follow-up nach vier Jahren; insgesamt gab es eine starke Verbesserung von fast zehn Punkten.

Bei älteren Kindern und Jugendlichen wurde die Lebensqualität mittels des *KINDL-Fragebogens* gemessen [11]. Während der ersten sechs Monate zeigte der *KINDL-Gesamtscore* eine geringfügige aber signifikante Verbesserung. Diese Verbesserung blieb bis zum letzten Beobachtungszeitpunkt, in diesem Fall nach zwei Jahren, erhalten. Bei Kleinkindern wurde die Lebensqualität mit dem *KITA-Fragebogen* [12] gemessen, der zwei Skalen umfasst, welche sich beide signifikant verbesserten: *KITA-Psychosoma* und *KITA-Alltag*.

Wir fassen zusammen: die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde in verschiedenen Altersgruppen gemessen, wobei sich alle Zielparameter während des Follow-ups verbesserten.

Größenordnung der Verbesserung unter Heileurythmie und anderen anthroposophischen Therapien, im Vergleich zu Verbesserungen unter anderen Therapien

Eine weitere Forschungsfrage ist: Wie groß ist diese Verbesserung, im Vergleich zu Verbesserungen unter anderen Therapien? Diese Fragestellung wurde in einem systematischen vergleichenden Review untersucht [13]. Analysiert wurden erwachsene AMOS-Patienten, die Heileurythmie oder eine andere anthroposophische Therapie erhielten. Diese Patienten wurden verglichen mit Patienten aus anderen Studien mit den gleichen Diagnosen: Asthma, Depression, Lendenwirbelsäulensyndrom, Halswirbelsäulensyndrom oder Migräne. Bei den Vergleichsgruppen lagen die Werte der SF-36-Subskalen oder SF-36-Summenskalen nach 3, 6 oder 12 Monaten vor – wie in AMOS.

Es gab 84 auswertbare Vergleichsgruppen mit insgesamt 16.167 Patienten. Weil für jede Gruppe jeweils mehrere SF-36-Skalen vorlagen, konnten insgesamt 517 Vergleiche durchgeführt werden. Die Vergleichsgruppen waren behandelt mit Arzneimitteln, Chirurgie, Physiotherapie, anderen physikalischen Therapien, Schulungsprogrammen oder anderen Therapien.

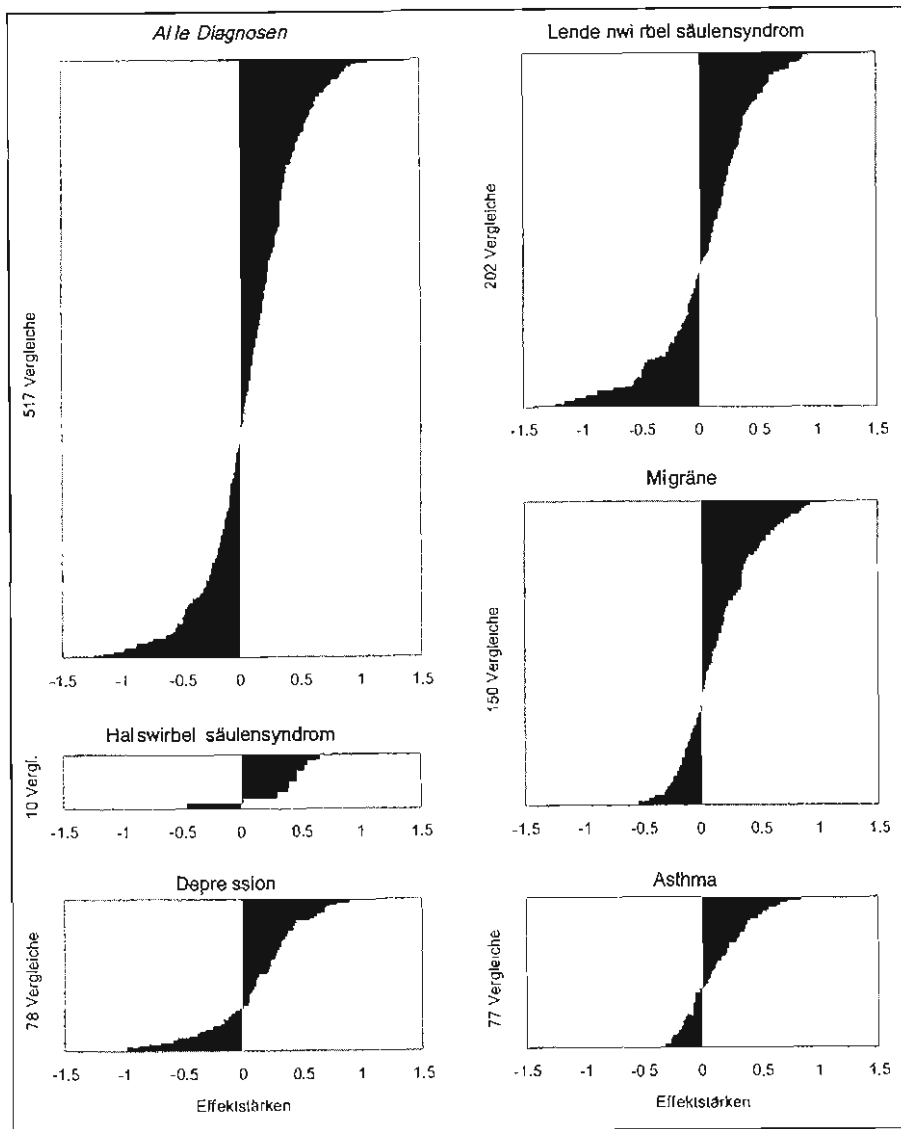


Abbildung 4: Vergleiche von AMOS-Diagnosegruppen (die Heileurythmie oder eine andere anthroposophische Therapie erhielten) mit Vergleichsgruppen, bezogen auf die Verbesserungen aller SF-36-Sub- und -Summenskalen, in Effektstärken berechnet und in zunehmender Größe geordnet. Dargestellt für alle Diagnosen und getrennt für jede Diagnose (insgesamt n = 517 Vergleiche). Positive Effektstärken bedeuten größere Verbesserung in AMOS-Diagnosegruppe als in Vergleichsgruppe.

In Abbildung 4 sind die Ergebnisse dargestellt, einmal für alle Diagnosen zusammengefasst und einmal für jede Diagnose getrennt. Die Diagnose *Halswirbelsäulensyndrom* (Abbildung 4, links in der Mitte) hatte die geringste Anzahl Vergleiche. Zwei Vergleichsgruppen ermöglichten insgesamt zehn Vergleiche verschiedener SF-36-Skalen. Bei Acht der Vergleiche hatte die AMOS-Gruppe bessere Ergebnisse. Dies bedeutet, dass bei acht Vergleichen AMOS-Patienten mit Halswirbelsäulensyndrom stärker ausgeprägte Verbesserungen der SF-36-Skalen hatten, im Vergleich zu anderen Patienten mit Halswirbelsäulensyndrom. Diese Vergleiche werden dargestellt mit Balken, die nach rechts gehen. Ein Vergleich zeigte praktisch keinen Unterschied, und in einem Vergleich hatte die Vergleichsgruppe bessere Ergebnisse, was mit einem Balken, der nach links geht, dargestellt wird.

Für die Diagnose *Asthma* waren 77 Vergleiche möglich (Abbildung 4, rechts unten). Die meisten Vergleiche hatten eine Effektstärke unter eine halbe Standardabweichung. Dies wird als eine geringe Effektstärke angesehen [14;15]. Die Unterschiede zwischen AMOS-Patienten und den Vergleichsgruppen waren also überwiegend gering. Andererseits hatten die AMOS-Patienten bei der Mehrheit der Vergleiche bessere Ergebnisse als die Vergleichsgruppen. Dieses Muster zugunsten AMOS war etwas stärker ausgeprägt bei den Diagnosen *Depression* (Abbildung 4, links unten) und *Migräne* (Abbildung 4, rechts in der Mitte). Die Diagnose *Lendenwirbelsäulensyndrom* hatte die größte Anzahl der Vergleiche, insgesamt 202. In Abbildung 4, links oben sind *alle fünf Diagnosen* zusammen analysiert mit insgesamt 517 Vergleichen. Die meisten Vergleiche zeigten geringe Unterschiede.

Eine andere Art, Effektstärken zu betrachten, ist zu prüfen, wie häufig ein Unterschied von mindestens 0,2 Standardabweichungen besteht [14;15]. In 41% der Vergleiche bestand ein solcher Unterschied zugunsten von AMOS. Bei 41% gab es nur minimale Unterschiede von weniger als 0,2 Standardabweichungen. Und bei 18% der Vergleiche gab es einen Unterschied von mindestens 0,2 Standardabweichungen zugunsten der Vergleichsgruppen. Somit ist die anthroposophische Therapie in diesem systematischen vergleichenden Review gut abgeschnitten.

Einschätzungen des Therapieerfolges und der Therapiezufriedenheit

Bei der 6-Monats-Befragung der AMOS-Studie bewerteten die Heileurythmie-Patienten den *Erfolg der durch die anthroposophischen Ärzte verordneten Therapie* auf einer Skala von 0 (gar nicht geholfen) bis 10 (sehr gut

geholfen). Die meisten Bewertungen lagen bei 8 Punkten (30% der Patienten), 9 Punkten (14%) oder 10 Punkten (19%). Die Patienten bewerteten auch ihre *Zufriedenheit mit der gesamten Therapie* auf einer Skala von 0 (sehr unzufrieden) bis 10 (sehr zufrieden). Auch hier lagen die meisten Bewertungen bei 8 Punkten (23% der Patienten), 9 Punkten (15%) oder 10 Punkten (36%). Die *Wirksamkeit der Heileurythmie* wurde sowohl von den Patienten als auch von den Ärzten unabhängig voneinander bewertet. Dabei wurden 86% der Patientenbewertungen und 80% der Arztbewertungen mit „sehr wirksam“ oder „wirksam“ angegeben.

Krankheitskosten in der AMOS-Studie

Die *Krankheitskosten* in der AMOS-Studie wurden auch untersucht [16;17]. Wir haben die Kosten der anthroposophischen und der konventionellen Therapien, der stationären Krankenhaus- und Kuraufenthalte und der Arbeitsunfähigkeitstage untersucht. Verglichen mit dem Studienvorjahr stiegen die durchschnittlichen Kosten bei den Heileurythmie-Patienten im ersten Studienjahr um 11% an, während die Kosten im zweiten Studienjahr um 12% sanken.

Nebenwirkungen durch Heileurythmie

Nebenwirkungen durch die Heileurythmie wurden bei 13 der 419 Patienten (3%) berichtet, bei drei Patienten hatte die dokumentierte Nebenwirkung eine schwere Intensität. Keine Nebenwirkung war schwerwiegend und kein Patient brach die Heileurythmie wegen Nebenwirkungen ab.

Schlussfolgerung

Zusammenfassend können wir sagen: In der AMOS-Studie erfuhren Patienten, die Heileurythmie erhielten, eine nachhaltige Verbesserung der Krankheitssymptome und der Lebensqualität; die Patientenzufriedenheit war hoch; die Krankheitskosten stiegen nicht wesentlich an und die Heileurythmie wurde gut vertragen.

Danksagung

Die AMOS-Studie wurde durch die Software-AG Stiftung und die Innungskrankenkasse Hamburg finanziert, mit zusätzlicher Förderung durch die Deutsche BKK, die Betriebskrankenkasse des Bundesverkehrsministeriums, die Dr. Hauschka Stiftung, die Förderstiftung Anthroposophische Medizin, die Mahle Stiftung und die Zukunftsstiftung Gesundheit. Unser besonderer Dank gilt den teilnehmenden Ärzten, Therapeuten und Patienten.

Literatur

1. Hamre HJ, Becker-Witt C, Glockmann A, Ziegler R, Willich SN, Kiene H. *Anthroposophic therapies in chronic disease: The Anthroposophic Medicine Outcomes Study (AMOS)*. Eur J Med Res 2004; 9(7):351-360.
2. Hamre HJ, Becker-Witt C, Glockmann A, Ziegler R, Willich SN, Kiene H. *Anthroposophische Therapien bei chronischen Erkrankungen: Die Anthroposophische Medizin Outcomes-Studie (AMOS)*. Der Merkurstab 2004; 57(6):419-429.
3. Hamre HJ, Witt CM, Glockmann A, Ziegler R, Willich SN, Kiene H. *Eurythmy therapy in chronic disease: a four-year prospective cohort study*. BMC Public Health 2007; 7(61):doi:10.1186/1471-2458-7-61.
4. Hamre HJ, Witt CM, Glockmann A, Ziegler R, Willich SN, Kiene H. *Heileurythmie bei chronischen Erkrankungen: eine vierjährige prospektive Kohortenstudie*. Der Merkurstab. Im Druck.
5. Kerek-Bodden H, Koch H, Brenner G, Flatten G. *Diagnosespektrum und Behandlungsaufwand des allgemeinärztlichen Patientenkollektivs. Ergebnisse des ADT-Panels des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung*. Z aerztl Fortb Qual sich 2000; 94(1):21-30.
6. Linden M, Maier W, Achberger M, Herr R, Helmchen H, Benkert O. *Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland: Ergebnisse aus einer Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO)*. Der Nervenarzt 1996; 67(3):205-215.
7. Hamre HJ, Glockmann A, Kienle GS, Kiene H. *Combined bias suppression in single-arm therapy studies*. J Eval Clin Pract 2008;doi:10.1111/j.1365-2753.2007.00903.x.
8. Hamre HJ, Witt CM, Glockmann A, Ziegler R, Willich SN, Kiene H. *Anthroposophic therapy for chronic depression: a four-year prospective cohort study*. BMC Psychiatry 2006; 6(57):doi:10.1186/1471-244X-6-57.
9. Hamre HJ, Witt CM, Glockmann A, Ziegler R, Willich SN, Kiene H. *Anthroposophische Therapie bei chronischer Depression: eine vierjährige prospektive Kohortenstudie*. Der Merkurstab 2007; 60(3):208-220.

Literatur

10. Bullinger M, Kirchberger I. *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe-Verlag; 1998, 155 S.
11. Bullinger M, von Mackensen S, Kirchberger I. *KINDL - ein Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern*. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 1994; 2(1):64-77.
12. Wittorf M. *KITA - Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kleinkindern zwischen 1 und 6 Jahren*. Dissertation. Berlin: Institut für Arbeits-, Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Fakultät Charité der Humboldt-Universität zu Berlin; 2001, 46 S.
13. Hamre HJ, Glockmann A, Troger W, Kienle GS, Kiene H. *Assessing the order of magnitude of outcomes in single-arm cohorts through systematic comparison with corresponding cohorts: an example from the AMOS study*. BMC Med Res Methodol 2008; 8(11):doi:10.1186/1471-2288-8-11.
14. Cohen J. *A power primer*. Psychological Bulletin 1992; 112(1):155-159.
15. McDowell I, Newell C. *Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires*. 2. Aufl. New York - Oxford: Oxford University Press; 1996, 523 S.
16. Hamre HJ, Witt CM, Glockmann A, Ziegler R, Willich SN, Kiene H. *Health costs in anthroposophic therapy users: a two-year prospective cohort study*. BMC Health Serv Res 2006; 6(65):doi:10.1186/1472-6963-6-65.
17. Hamre HJ, Witt CM, Glockmann A, Ziegler R, Willich SN, Kiene H. *Krankheitskosten unter anthroposophischer Therapie: Ergebnisse einer zweijährigen prospektiven Kohortenstudie*. Der Merkurstab 2007; 60(2): 138-147.