

# Katamnese Ergebnisqualität Ambulanter Systemischer Therapie (EAST)

Eine Multizenter Studie in der  
deutschsprachigen Schweiz

Dr. Kai von Massenbach

Diese Qualitätssicherungsstudie wurde im Auftrag der  
Schweizerischen Gesellschaft für Systemische Therapie  
und Beratung (SGS) durchgeführt

März 2003

## Dank

Für das Gelingen der EAST Studie haben viele einen wichtigen Beitrag geleistet. Die Zenterleiter, die sich bereit erklärt haben, mit ihrem Team an der Studie teilzunehmen und die beteiligten Therapeut/innen haben mit den Falldokumentationen einen grossen Aufwand auf sich genommen und damit die Studie in dieser Form ermöglicht.

Herr Markus Stöcklin hat im Rahmen seiner Diplomarbeit an der Hochschule für Angewandte Psychologie (HAP) einen grossen Beitrag zur Realisierung der Katamnese geleistet, wofür wir ihm bestens danken.

Ein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Hugo Grünwald. Als Initiator der EAST-Studie hat er wesentlich zur Entstehung und zum Gelingen des Projektes beigetragen.

Die Kosten für die EAST Studie wurden durch die Mitglieder der SGS und durch Beiträge von Sponsoren finanziert.

Den Sponsoren gilt im Namen der SGS und aller Beteiligten ein Dank.

AHP (Schweiz) AG, Zug

CSS Versicherungen, Luzern

Desitin Pharma GmbH, Liestal

Eli Lilly (SIUSSE) SA, Vernier

Janssen-Cilag AG, Baar

Lundbeck (Schweiz) AG, Glattbrugg

Organon AG, Pfäffikon SZ

Solvay Pharma AG, Bern

# Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis .....	4
Abbildungsverzeichnis .....	6
Tabellenverzeichnis .....	7
1. Zusammenfassung .....	8
2. Einleitung .....	11
2.2 Zielsetzung der Katamnese .....	15
3. Methodik .....	16
3.1 Untersuchungsanordnung und Wahl der Instrumente .....	16
3.2 Stichprobe .....	17
3.2.1 Selektion der Therapeut/innen .....	17
3.2.2 Selektion der Patient/innen .....	18
3.2.3 Selektionsmechanismus und Erhebungszeitpunkte .....	19
3.3 Übersicht der Erhebungszeitpunkte für die Katamnese .....	22
3.4 Übersicht über den Erhebungsplan .....	23
3.5 Berechnungsarten der Wirksamkeit .....	24
3.5.1 Statistische Signifikanz .....	25
3.5.2 Effektstärken .....	25
3.5.3 Klinische Signifikanz .....	26
4. Ergebnisse .....	28
4.1 Stichprobe und Rücklauf .....	28
4.1.1 Vergleich der Katamnesegruppe mit den nicht erreichbaren Patient/innen .....	29
4.2 Selbstauskünfte in der Basisdokumentation (Bado) .....	32
4.2.1 Nachbehandlungen .....	32
4.2.2 Berufliche und Private Situation .....	34
4.3 Entwicklung im Bereich der Symptome und Beziehungen .....	36
4.3.1 Veränderungen in den Symptomen .....	36
4.3.2 Veränderungen in den Beziehungsdimensionen .....	39
4.4 Gesundheitszustand nach Therapieabschluss (SF-36) .....	40

4.4.1 Verteilung in den einzelnen Skalen des SF36 .....	41
4.5 Attribution der Veränderung der Lebensqualität .....	46
5. Diskussion und Ausblick .....	51
5.1 Zum methodischen Vorgehen .....	51
5.2 Zu den Ergebnissen .....	51
5.3 Dauer der Behandlungen .....	54
5.4 Vergleichbarkeit verschiedener Ansätze.....	55
Anhang.....	56
1.1 Instrumente .....	56
1.2 Tabellen .....	59
Literaturverzeichnis.....	63

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schematischer Ablauf von Fallmeldung und Erhebung für die Falldokumentation .....	21
Abbildung 2: Dauer in Monaten seit Therapieabschluss.....	23
Abbildung 3: Einteilung der Gruppen nach den Kriterien der klinischen Signifikanz.....	26
Abbildung 4: Unterschiede in der Behandlungsdauer der Gruppen.....	30
Abbildung 5: Unterstützung wegen gleicher Belastung.....	33
Abbildung 6: Unterstützung wegen einer anderen Belastung.....	34
Abbildung 7: Aktuelle Berufssituation (2 Nennungen möglich).....	34
Abbildung 8: Aktuelle familiäre Situation (2 Nennungen möglich) .....	35
Abbildung 9: Aktuelle Wohnsituation (2 Nennungen möglich) .....	35
Abbildung 10: Klinische Signifikanz Prä-Post (nur Katamnesegruppe).....	38
Abbildung 11: Klinische Signifikanz Prä-Nachbefragung .....	38
Abbildung 12: Beschreibung Gesundheitszustand allgemein.....	41
Abbildung 13: Vergleich mit Gesundheitszustand vor einem Jahr .....	41
Abbildung 14: Körperliche Funktionsfähigkeit (in Prozent) .....	42
Abbildung 15: Körperliche Rollenfunktion .....	43
Abbildung 16: Emotionale Rollenfunktion.....	43
Abbildung 17: Soziale Funktionsfähigkeit, Stärke der Beeinträchtigung.....	44
Abbildung 18: Soziale Funktionsfähigkeit, Häufigkeit der Beeinträchtigung .....	44
Abbildung 19: Ausmass an körperlichen Schmerzen.....	44
Abbildung 20: Behinderung im Alltag durch körperliche Schmerzen .....	45
Abbildung 21: Empfundene Vitalität.....	45
Abbildung 22: Einschätzung der Veränderung im körperlichen Empfinden .....	47
Abbildung 23: Attribution der Verbesserung im körperlichen Empfinden .....	47
Abbildung 24: Einschätzung der Veränderung in der emotionalen Befindlichkeit.....	48
Abbildung 25: Attribution der Verbesserung in der emotionalen Befindlichkeit .....	48
Abbildung 26: Einschätzung der Veränderung in Bezug auf die wichtigsten Beziehungen .....	49
Abbildung 27: Attribution der Verbesserung der wichtigsten Beziehungen .....	49
Abbildung 28: Attribution der Verschlechterung der wichtigsten Beziehungen.....	50

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Aufbau der Falldokumentation: Indikatoren und Untersuchungsverfahren der Ergebnisqualität .....	24
Tabelle 2:	Rücklauf für die Nachbefragung .....	28
Tabelle 3:	Anteil der Dokumentationen mit Katamnese.....	29
Tabelle 4:	Anteil der Dokumentationen mit Katamnese für den Beziehungsbogen.....	29
Tabelle 5:	Vergleich Katamnesegruppe und nicht erreichbare Patient/innen (SCL).....	31
Tabelle 6:	Vergleich Katamnesegruppe und nicht erreichbare Patient/innen (FB).....	31
Tabelle 7:	Ausfälle bei der Beantwortung der Basisdokumentation.....	32
Tabelle 8:	Vergleich der drei Messungen im SCL-90R .....	37
Tabelle 9:	Vergleich der drei Messungen in den Beziehungsdimensionen.....	39
Tabelle 10:	Gesundheitszustand zur Zeit der Nachbefragung SF36 .....	40
Tabelle 11:	Unterschiede in der Behandlungsdauer der Gruppen.....	59
Tabelle 12:	Gesundheitszustand allgemein .....	59
Tabelle 13:	Vergleich mit Gesundheitszustand vor einem Jahr .....	59
Tabelle 14:	Körperliche Funktionsfähigkeit .....	60
Tabelle 15:	Körperliche Rollenfunktion .....	60
Tabelle 16:	Emotionale Rollenfunktion.....	60
Tabelle 17:	Soziale Funktionsfähigkeit, Stärke der Beeinträchtigung.....	61
Tabelle 18:	Soziale Funktionsfähigkeit, Häufigkeit der Beeinträchtigung .....	61
Tabelle 19:	Ausmass an körperlichen Schmerzen.....	61
Tabelle 20:	Behinderung im Alltag durch körperliche Schmerzen .....	62
Tabelle 21:	Empfundene Vitalität.....	62

# 1. Zusammenfassung

Das 1998 in Kraft getretene Krankenversicherungsgesetz (KVG) verlangt die Überprüfung der Wirksamkeit von medizinischen Leistungen. Die Erbringer von Leistungen im Gesundheitswesen sind damit aufgefordert die Qualität ihrer Leistungen zu sichern.

Um den eigenen Ansprüchen und der Forderung nach Massnahmen zur Qualitätssicherung gerecht zu werden, hat die Schweizerische Gesellschaft für Systemische Therapie und Beratung (SGS) Ende 1998 diese Studie zur Überprüfung der „Ergebnisqualität Ambulanter Systemischer Therapie“ (EAST) in Auftrag gegeben. Ziel der Studie ist es die Wirksamkeit von ambulanter Systemtherapie im Mehrpersonen-Setting bei Patient/innen und Angehörigen zu überprüfen und zu Dokumentieren. Nach der Überprüfung der Wirksamkeit bis zum Abschluss der Therapie wurde entschieden, dass auch eine Nachbefragung durchgeführt werden soll.

Im Verlauf von zwei Jahren (1.1.1999 bis 31.12.2000) wurden von 32 Therapeut/innen 89 Fälle dokumentiert (Therapieverlauf mit zwei Messungen für Patient/innen und Angehörige). Um eine Fallselektion durch die Therapeut/innen zu verhindern, mussten alle Fälle, die bis zum Erreichen des Kontingentes in die Praxis kamen, mit einer Fallmeldung erfasst und der Projektleitung gemeldet werden. Insgesamt wurden 632 Fälle gemeldet, wovon gemäss den Aufnahmekriterien 103 dokumentiert werden sollten. Der Eingang von 89 vollständigen Dokumentationen entspricht einem Rücklauf von 86.4%. Unter Berücksichtigung der aufwändigen Falldokumentation und der breiten Verteilung der dokumentierenden Therapeut/innen ist dies ein sehr guter Rücklauf. Nach dem Entscheid für die Nachbefragung ergab eine Machbarkeitsuntersuchung, dass höchstens 63 der 89 Patient/innen für die Nachbefragung erreicht werden können. Von diesen 63 haben 36 einen auswertbaren Katamnesebogen zurückgesandt (57.1%). Unter Berücksichtigung, dass die Patient/innen lediglich angeschrieben wurden, ist dieser Rücklauf als gut einzuschätzen.

Alle Therapeut/innen haben entweder durch eine systemische Therapieausbildung (90%) oder eine systemische Weiterbildung eine fundierte Qualifikation als Systemtherapeut/innen. Dies war das zentrale Aufnahmekriterium für die Therapeut/innen. Als Grundausbildung haben die Therapeut/innen Medizin (39.3%) und Psychologie (25%) studiert oder eine Schule für Sozialarbeit abgeschlossen (21.4%)(Grünwald & von Massenbach, 2001).

Die Patient/innen in der Stichprobe entsprechen einem Querschnitt der Bevölkerung. Aufgrund der soziodemographischen Grössen zeigt sich, dass eine breite Streuung von Patient/innenmerkmalen in der Stichprobe repräsentiert ist. Eine Selektion von gut geeigneten Personen (jung, attraktiv, verbal gut kommunizierend, intelligent, hoher sozialer Status) kann ausgeschlossen werden. Damit stellen die untersuchten Behandlungen einen Teil der Grundversorgung dar (Grünwald & von Massenbach, 2001).

Die gestellten Hauptdiagnosen bei Therapiebeginn stellen ein Bild systemischer Praxis dar. Die Falldokumentationen zeigen eine breite Streuung bei den Eintrittsdiagnosen. Demnach wird die systemische Therapie bei einem breiten Bereich von psychiatrischen Diagnosen und Störungen eingesetzt. Man kann also in der ambulanten Praxis der Systemtherapie keine diagnosespezifische Konzentration feststellen. Ein grosser Teil der Behandlungen sind Paartherapien (78.7%). Psychopharmaka wurden in nur 14 von 89 Behandlungen eingesetzt (15.7%). Systemische Therapie findet also grösstenteils ohne Abgabe von Medikamenten statt. Dementsprechend sind die Effekte primär auf systemtherapeutische Interventionen zurückzuführen. Die durchschnittliche Anzahl von Therapiesitzungen liegt bei 10.9. 66% der Behandlungen liegen in einem Bereich von bis zu 10 verrechneten Therapiestunden. Die systemische Praxis ist also eine Praxis der Kurzzeit-Therapie. 16.9% der Patient/innen entscheiden sich, die Therapie abubrechen. Vergleicht man diesen Wert mit anderen Untersuchungen, so ist diese Quote niedrig. Bei 18% der Behandlungen sehen die Therapeut/innen als weitere Massnahmen eine weitere Psychotherapie. Diese Therapien werden abgeschlossen mit dem Ausblick auf eine Fortsetzung zu einem späteren Zeitpunkt oder in einem anderen Setting. Dies lässt auf ein sehr auf den Patienten eingehendes Vorgehen schliessen. Eine ausführliche Beschreibung der Behandlungen ist bei Grünwald & von Massenbach (2001) zu finden.

Zur Beurteilung der Nachhaltigkeit der Wirksamkeit werden normierte Fragebogen eingesetzt (SCL-90-R und FB). Die Veränderungen von Therapiebeginn bis zur Nachbefragung sind im Bereich der Symptome signifikant und liegen bei allen Skalen im Bereich mittlerer bis grosser Effektstärken. Die Beurteilung der einzelnen Therapieverläufe zeigt, dass 31% der Patient/innen als „geheilt“ und 28% als „gebessert“ eingestuft werden können. Im Vergleich zu anderen Studien ist das ein gutes Ergebnis. Der Anteil der „Gebesserten“ ist vergleichbar mit andern Untersuchungen und die Quote der „Geheilten“ liegt über ähnlichen Studien. Zwischen Therapieabschluss und Nachbefragung nehmen die



Belastungen leicht zu. Diese leichte Zunahme der Belastungen nach Therapieabschluss ist geringfügig und wurde auch schon in anderen Untersuchungen festgestellt.

Die Veränderungen in den Beziehungsdimensionen liegen im Bereich von kleinen und mittleren Effekten (Familienbögen FB). Die Beziehungen sind bei Therapiebeginn nur leicht gestört, wodurch es schwer ist, grosse Veränderungen zu erreichen. Ein Teil der Veränderungen in den Beziehungsdimensionen vollzieht sich erst nach dem Abschluss der Therapie. Dies bekräftigt die Vermutung aus der ersten Studie, dass die Veränderungen im Bereich der Beziehungen mehr Zeit in Anspruch nehmen, als in der relativ kurzen Dauer der untersuchten Therapien zur Verfügung stand.

Vergleicht man die Veränderungen in den verschiedenen Bereichen mit dem Verlaufsmodell von Howard (1993), so zeigen diese Ergebnisse einen Erfolg bezüglich allen drei Phasen. Die Zunahme an Wohlbefinden (Remoralisation) zeigt sich in der grossen Reduktion der Depressivität. Der zweite Schritt, die Veränderung in den wichtigsten Symptombereichen (Remediation) wird durch die Veränderungen in den Zusammenfassenden Skalen des SCL-90-R dokumentiert. In der dritten Phase stellt sich gemäss Howard eine verbesserte Bewältigung des Alltags ein (Rehabilitation). Positive Veränderungen in der dritten Phase können im Bereich der Arbeitsfähigkeit festgestellt werden. Die Verbesserungen in den Problembereichen sind auch der dritten Phase zuzuordnen (Grünwald & von Massenbach, 2001). Die Bestätigungen für Veränderungen in der dritten Phase waren bei Abschluss der Behandlungen nicht so prägnant, wie die in den beiden ersten Phasen. Die Ergebnisse der Nachbefragung bestätigen die Vermutung, dass die Veränderungen im Bereich der Beziehung mehr Zeit in Anspruch nimmt. Auch die nach dem Therapieabschluss folgenden Veränderungen in der beruflichen Situation verweisen auf eine Stabilisierung der Alltagsbewältigung.

Insgesamt kann man sagen, dass die dokumentierten Behandlungen wirksam sind und dass die Ergebnisse im Vergleich zu anderen Untersuchungen als gut beurteilt werden können. Berücksichtigt man die niedrige Anzahl der verrechneten Therapiestunden, so kann man bei diesen systemischen Behandlungen von einer sehr guten Wirtschaftlichkeit sprechen. Mit den Ergebnissen der Nachbefragung erweisen sich die untersuchten Behandlungen als wirksam und nachhaltig.

## 2. Einleitung

Der vorliegende Bericht über die Katamnese stellt eine Ergänzung zum Bericht über die Prä-Post-Untersuchung dar (Grünwald & von Massenbach, 2001).

### Ausgangslage

Das 1998 in Kraft getretene Krankenversicherungsgesetz (KVG) und die dazu gehörende Verordnung (KVV) schaffen die Grundlagen für Massnahmen zur Qualitätssicherung (QS) und Qualitätsförderung im Gesundheitswesen in der Schweiz. Art. 32 des KVG verlangt, dass Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) medizinischer Leistungen periodisch überprüft werden. Art. 58 legt fest, dass der Bundesrat wissenschaftliche Kontrollen zur Sicherung der Qualität anordnen kann, und Art. 77 der Verordnung verlangt gar, dass die Leistungserbringer Konzepte und Programme bezüglich Standards und Förderung der Qualität erarbeiten.

Neben diesen gesetzlichen Rahmenbedingungen sind ökonomische Gründe weiter ausschlaggebend, die zu einem Ansteigen von Qualitätssicherungsbemühungen im Rahmen von medizinischen und psychotherapeutischen Leistungserbringern festzustellen sind. Psychotherapie wird künftig als Dienstleistung im Rahmen eines Marktes im Gesundheitswesen gesehen. Vor dem Hintergrund steigender Kosten im Gesundheitswesen und der damit verbundenen Verknappung der zur Verfügung stehenden Mittel, werden vom Gesetzgeber auf Bundes- oder kantonaler Ebene zunehmend Qualitätssicherungsmassnahmen befürwortet und gefordert, auch mit dem Motiv verknappte Mittel gerecht zu verteilen. Erfahrungen aus den USA zeigen (Berger 1995, Laireiter 1995), dass Qualitätssicherungsmassnahmen nicht automatisch zu einer Reduktion der Kosten führen. Die Schwierigkeit Qualitätssicherungsmassnahmen in einem breiten Kontext von psychotherapeutischen Leistungsanbietern zu fordern, stösst neben ideologischen Motiven vor allem aufgrund fehlender Ressourcen häufig auf Widerstände. Trotzdem sind die einzelnen Psychotherapiemethoden, die für sich in Anspruch nehmen, zur Behandlung von psychischen Störungen wirksam zu sein, aufgefordert, Wirksamkeitsbelege zu liefern. Neben den wichtigen psychotherapeutischen Methoden wie Gestalt- oder Gesprächspsychotherapie sind aufgrund vorherrschender Praxis in der psychiatrisch/psychotherapeutischen Landschaft der Schweiz vor allem vier Psychotherapiemethoden weit verbreitet. Chronologisch geordnet ist neben der psychodynamisch orientierten Therapie der

Verhaltenstherapie und den humanistischen Therapieverfahren als Vierte zu unterscheidende Therapierichtung, die systemische Therapie, zu nennen. Die systemische Therapie kann für sich in Anspruch nehmen ein wichtiger Bestandteil psychiatrisch/psychotherapeutischer Praxis in der Schweiz auszumachen. Trotz dieses hohen Verbreitungsgrades systemischer Praxis hat es bislang noch wenig breit angelegte Praxisstudien gegeben, die als primäres Ziel hatten, unter naturalistischen Bedingungen die Wirksamkeit für systemische Therapie zu untersuchen. Zur Beurteilung der Wirksamkeit von Psychotherapiemethoden werden zwei methodische Grundrichtungen unterschieden:

- Efficacy-Studien sind vor allem gekennzeichnet durch Vorliegen von Kontrollgruppen, Randomisierung, und das Einhalten von Behandlungsmanualen im Sinne der Behandlungsintegrität mit einer spezifischen Methode. Die Stärke der Efficacy-Studie ist die hohe interne Validität.
- Effectivness-Studien sind im Gegensatz zu Efficacy-Studien gekennzeichnet durch natürliche Praxisbedingungen, keine Randomisierung von Störungsbildern, klinische Alltagsrealität, breite Streuung von Therapeut/innenvariablen in der Grundversorgung. Die Stärke der Effectivness-Studie ist die hohe ökologische oder externe Validität.

In diesem Sinne ist die vorliegende Studie als Effectivness-Studie anzusehen (Pinsoff und Wynne 1995, Shadish 1997). Neben den Stärken der Ansätze unterscheiden sich auch die Qualitätskriterien:

- Bei den Efficacy-Studien sind die Gleichhaltung der äusseren Bedingungen ein Qualitätskriterium der Studie (Homogenität).
- Bei den Effectivness-Studien hingegen ist ein möglichst unverfälschtes, natürliches Setting als Qualitätskriterium zu sehen. Die Untersuchung sollte im Rahmen von Grundversorgungsinstitutionen stattfinden mit einer breiten Streuung von unselektionierten Patient/innen, unterschiedlichen Therapeut/innen und Praxissituationen unter Alltagsbedingungen (Heterogenität).

Wenn man die Situation der systemischen Therapie in Bezug auf Wissenschaftlichkeit zurzeit anschaut, so lässt sich Folgendes feststellen:

Nach langjährigem Anmahnen und klarem Konstatieren von Wissenschaftlern verschiedenster Provenienz (Wynne, 1988; Meyer et al. 1991; Grawe et al. 1994; Heekerens, 1988; Ochs, 1997; von Schlippe & Schweizer, 1996; Schiepeck, 1999; Margraf, 2000)

kann folgendes Fazit gezogen werden: Es herrscht eine uneinheitliche Auffassung vonseiten der systemischen Therapeut/innen, wie Wirksamkeitsforschung betrieben werden sollte. Der Hauptunterschied der verschiedenen Auffassungen besteht darin, ob im Sinne der positivistisch ausgerichteten Wissenschaftslogik geforscht werden soll oder nicht. Immer wieder wird angemahnt, dass die lineare Ursache-Wirkungslogik der Komplexität der systemischen Theorie nicht entspricht. Alternative Forschungszugänge wie das Gewichten von Einzelfallanalysen oder mehr hermeneutisch verstehende Zugänge im Sinne einer qualitativen Forschung werden zwar versucht, haben aber nicht die Aussagekraft und die Zuschreibung von empirischen Wirksamkeitsbelegen, die der positivistischen Wissenschaftslogik entsprechen. Somit stellt die Entscheidung, ob man sich innerhalb einer positivistischen Wissenschaftslogik bewegt oder nicht, eine grundsätzliche Entscheidung dar. Entscheidung impliziert auch Entscheidungsfreiheit. Diese Entscheidungsfreiheit ist aufgrund neuester Entwicklungen fraglich. Es zeigt sich, dass wichtige wissenschaftliche Gremien die öffentliche Meinung prägen, was wissenschaftlich ist und was nicht. Diese Gremien orientieren sich ganz klar an der positivistischen Wissenschaftslogik, nach amerikanischem Vorbild (APA), die letztendlich das Ziel hat, empirisch gestützte Psychotherapieverfahren zu qualifizieren und andere, die diesen empirischen Nachweis nicht erbracht haben, auszuschliessen oder zu disqualifizieren. Die Logik der empirischen Evidenz basiert ganz auf Kontrollgruppenuntersuchungen in einem experimentellen Design. Dieser auch als Goldstandard bekannte Ansatz wird zu Grunde gelegt, wenn es um die empirische Evidenz von Psychotherapiemethoden geht.

Efficacy-Studien galten bislang als Hauptkriterium für die Zuschreibung von Wirksamkeit von Behandlungsmethoden. Aufgrund einer neueren Entscheidung des wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie zum gegenwärtigen Stand der systemischen Therapie wurden folgende Aussagen gemacht:

„Bei der systemischen Therapie ist die konzeptionelle Verbindung von Theorie und therapeutischer Praxis unzureichend. Entscheidend für die Bewertung jedoch ist, dass die Wirksamkeit der systemischen Therapie auch für einen eingeschränkten Anwendungsbereich derzeit nicht als nachgewiesen gelten kann. Die systemische Therapie kann daher derzeit nicht als wissenschaftlich anerkanntes Verfahren eingestuft werden (Margraf & Hoffmann, 2000).

Wenn Systemtherapie nach den Kriterien von Efficacy-Studien beurteilt werden sollte, müsste ihr derzeit die Wirksamkeitsanerkennung abgesprochen werden. Hingegen liegen im Bereich von Effectivness-Studien unter naturalistischen Bedingungen im englischen, amerikanischen und teilweise auch im deutschen Sprachraum mehrere Studien vor (Schiepeck, 2000). In diesen Studien zeigt sich, dass die Wirksamkeit systemischer Behandlungen mit anderen Therapien vergleichbar ist.

Die vorliegende Studie ist eine Effectivness-Studie. Dabei wird systemische Therapie unter Praxisbedingungen bei verschiedenen Dienstleistungsanbietern (Multizenter) in der Region der deutschsprachigen Schweiz untersucht. Das Kriterium systemische Therapie beinhaltet in dieser Studie die Ausrichtung auf systemisches Arbeiten im interpersonellen Setting. Als weiteres Kriterium gilt, dass die Therapeut/innen Mitglied der systemischen Gesellschaft der Schweiz sein mussten, und/oder der Stellenleiter Mitglied dieser Gesellschaft ist. Dementsprechend ist gewährleistet, dass die Therapeut/innen primär eine Grundausbildung in systemischer Therapie sowie ihre Grundpositionierung und Grundausrichtung systemisch ist. Eine breite Streuung in Bezug auf Arbeitssituation oder Arbeitsort ist ein weiteres Kriterium dieser Multizenter-Studie. So sind die einzelnen Therapeut/innen in Praxisgemeinschaften oder in angegliederten Praxisgemeinschaften von Ausbildungsinstituten nicht universitärer Art oder als Praktiker in Einzelpraxen tätig.

Aufgrund dieser unterschiedlichen Orte und Arbeitsbedingungen ist eine breite Streuung von systemischen Praxisbedingungen gegeben. Weiter wird eine breite Streuung in Bezug auf Diagnosen angestrebt. Alle Problemsituationen resp. Störungsbilder sollen Aufnahme in diese Studie finden. Einziges und wichtigstes Kriterium ist, dass eine psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung stattfindet (Auftragsart). Kontrollgruppenstudien sind gekennzeichnet durch eine starke Eingrenzung im Sinne einer Homogenisierung auf einzelne Störungsbilder. In dieser Studie hingegen wird diese Eingrenzung und Homogenisierung bewusst nicht angestrebt.

Zur Kontrolle von Selektionseffekten wird eine Quasi-Randomisierung eingesetzt, indem den Therapeut/innen Kontingente zugesprochen werden (z.B. 3 oder 4 Fälle), die er oder sie ab einem bestimmten Stichtag (Studienbeginn 1.1.1999) dokumentieren muss. Alle Fälle, die bis zur Erfüllung des Kontingentes in die Praxis kommen, müssen mit einer Fallmeldung registriert werden. Wenn die Einschlusskriterien erfüllt sind, muss die Behandlung in die Studie aufgenommen und dokumentiert werden.

Diese Multizenter-Studie erfüllt die Kriterien einer Effectivness-Studie. Es ist unseres Wissens erstmalig, dass landesweit im deutschsprachigen Raum systemische Praxis systematisch und intersubjektiv mit quantitativen Methoden auf Wirksamkeit hin überprüft wird. Nachdem Effectivness-Studien von vielen als äquivalent zu Efficacy-Studien angesehen und auch gefordert werden (Shadish, 1997, Seligmann, 1996), scheint uns die Frage ob Efficacy- oder Effectivness-Studie über-, neben- oder untergeordnet werden letztendlich eine politische Entscheidung zu sein. Diese Studie stellt einen Baustein dar, in der Überprüfung der Effektivität systemtherapeutischen Arbeitens unter Praxisbedingungen.

Die Schweizerische Gesellschaft für Systemische Therapie und Beratung (SGS) ist Auftraggeber dieser Studie. Die SGS ist ein Berufsverband für systemisch arbeitende Therapeut/innen aus den Berufsfeldern Medizin, Psychologie und Sozialarbeit. Der Beitritt zu dieser Organisation erfolgt über ein differenziertes und selektionierendes Aufnahme-prozedere. Neben einer systemtherapeutischen Grundausbildung werden praktische Erfahrungen gefordert.

## 2.2 Zielsetzung der Katamnese

Die zugrundeliegende Prä-Post Untersuchung beinhaltet eine breite Darstellung zur ambulanten systemischen Praxis. Es wird ein Abbild systemischer Praxis in der deutschsprachigen Schweiz geliefert. Neben Auftragsart, Diagnosen, Sitzungsfrequenz sowie wichtigste Problemstellungen interessiert vor allem die Frage der Effektivität. Es wird also die Frage geklärt werden, wer kommt in die systemische Praxis, wie wird behandelt, wie oft wird behandelt und mit welchen Ergebnissen wird behandelt. Dabei soll systemische Praxis unter naturalistischen Bedingungen evaluiert werden. Die Evaluation soll eine breite Streuung von Therapeut/innenerfahrungen, von Störungen der Patient/innen, von unterschiedlichen Praxisorten und Bedingungen berücksichtigen (Grünwald & von Massenbach, 2001).

Die Katamnese soll die Wirksamkeitsuntersuchung ergänzen und die Frage über Nachhaltigkeit von ambulanter systemischer Therapie klären.

### 3. Methodik

Im Forschungsdesign zur Wirksamkeitsuntersuchung war keine Katamnese vorgesehen. Um eine Nachbefragung zu realisieren, müssen die Patienten erneut befragt werden. Um festzustellen, ob das möglich ist, wurde der Katamnese eine kleine Machbarkeitsuntersuchung vorgeschaltet.

Ob eine Katamnese-Untersuchung sinnvoll ist, hängt von der Anzahl der verfügbaren Fälle ab. Die Dokumentationen der Fallnummern müssen vorhanden und die Patienten erreichbar sein. Um diese Voraussetzungen zu prüfen, wurde zuerst eine Umfrage bei den behandelnden Therapeut/innen gemacht. Erste Abklärungen ergaben im März 2002, dass voraussichtlich zwischen 43 und 63 Patient/innen erreicht werden können. Dies führte zur Entscheidung, die Nachbefragung durchzuführen.

#### 3.1 Untersuchungsanordnung und Wahl der Instrumente

Die Wahl der Instrumente wird durch das Untersuchungsdesign in der Wirksamkeitsstudie weitgehend vorgegeben. Da die Befragung nach Abschluss der Behandlungen erfolgt, beschränken sich die Masse in der Katamnese auf die Patientenperspektive.

Die Symptome und Beschwerden und deren Besserung werden auf der Basis von Selbstauskünften der Patient/innen mit standardisierten, messtheoretisch abgesicherten Fragebogen aus der klinischen Diagnostik erhoben.

1. Das Ausmass und die Veränderung von psychischen Beschwerden: Symptom-Checkliste 90-R (SCL-90-R) (Derogatis, 1977).
2. Das Ausmass und die Veränderung von Funktionalität durch soziale Beziehungen: Familienbogen (FB) (Cierpka & Frevert, 1994)

Ergänzend zu diesen beiden Instrumenten, die schon in der Prä-Post-Untersuchung verwendet werden, kommen folgende Instrumente zum Einsatz:

3. Fragebogen zum Gesundheitszustand SF-36 (Bullinger & Kirchberger, 1995): Erfassung allgemeiner Gesundheitskonzepte.
4. Fragebogen zur Veränderung bei Psychotherapie (FVP): Eigene Entwicklung zum Ausmass und zur Attribution der Therapiewirkung.

5. Basisdokumentation (Heuft & Senf, 1998): Lebenssituation seit Abschluss der Behandlung.

Der FVP und die eingesetzte Basisdokumentation ist im Anhang dargestellt.

### 3.2 Stichprobe

Das vorliegende Projekt soll die Ergebnisqualität systemischer ambulanter Psychotherapie in der Schweiz überprüfen und darstellen. Die Stichprobe soll daher Fälle aus der ganzen Schweiz umfassen. Diese Forderung steht im Konflikt mit der Mehrsprachigkeit der Schweiz. Die Erhebung von Fällen in allen drei Landessprachen durchzuführen, würde grosse methodische Schwierigkeiten (Übersetzungsvalidität) und einen enormen Aufwand mit sich bringen. Deshalb wird der geographische Raum des Projektes auf die deutschsprachige Schweiz begrenzt (Grünwald & von Massenbach, 2001).

Um die Stichprobe von Patient/innen zu bilden, die eine ambulante systemische Therapie beginnen, wird zuerst der Kreis der Therapeut/innen, die Falldokumentationen zu der Studie abgeben dürfen, eingegrenzt.

#### 3.2.1 Selektion der Therapeut/innen

Der grösste Teil (90%) der Therapeut/innen rekrutiert sich aus der Schweizerischen Gesellschaft für Systemische Therapie und Beratung (SGS). Die Mitgliedschaft der (SGS) wird erworben durch das Einreichen eines entsprechenden Dossiers mit Qualifikationsbelegen zur Ausübung der systemischen Therapie. Einzelne Therapeut/innen, die an der Untersuchung teilnehmen, sind über Gemeinschaftspraxen oder Zentren in die Studien eingestiegen, und sind nicht persönlich Mitglied der SGS. Diese Therapeut/innen sind vom jeweiligen Zentrumsleiter benannt worden und von diesem als Systemtherapeut/innen qualifiziert, was ihnen die Teilnahme an dieser Studie ermöglicht (weniger als 10 % der Therapeut/innen). Die Systemtherapeut/innen müssen über eine fundierte systemische Therapieausbildung, sowie über Praxiserfahrungen verfügen. Das Kriterium der Praxiserfahrungen ist nicht so angelegt, dass nur erfahrene Therapeut/innen in dieser Studie mitmachen dürfen (breite Streuung von Erfahrungsjahren). Die teilnehmenden Systemtherapeut/innen müssen ihre eigene Person, Ausbildung und therapeutischen Ansatz in Form einer Therapeut/innendokumentation festhalten.



Eines der folgenden Kriterien muss erfüllt sein, damit eine Therapeut/in an dieser Studie teilnehmen kann:

1. Systemtherapeutische Grundausbildung und/oder systemische Grundorientierung. Dies ist bei den Mitgliedern der SGS über das Aufnahmeverfahren gesichert.
2. Fortgeschrittene systemische Therapieausbildung und Arbeit in einer Institution unter Leitung eines erfahrenen und ausgebildeten Systemtherapeuten, welcher Mitglied der SGS ist.

Nach dem Entschluss der SGS, die Studie durchzuführen, wurden Therapeut/innen gesucht, die sich an dieser Studie beteiligen. Nach Informationsveranstaltungen zeigten zunächst fast 40 Systemtherapeut/innen Interesse an einer Teilnahme. Allen Therapeut/innen bzw. jeder Praxisgemeinschaft oder Zentrum wurden Kontingente zugesprochen. (12 Fälle für ein Zentrum, 3-4 Fälle pro Therapeut/in.) Der Therapeut/innenstamm von 38 Therapeut/innen reduzierte sich schon in der Anfangsphase auf 32 teilnehmende Systemtherapeut/innen.

Folgende Gründe führten zur Reduktion der teilnehmenden Therapeut/innen: Zeitgründe, Nichteignung der Untersuchungsverfahren für die jeweilige Patient/innengruppe, in Fragestellen des Untersuchungsvorgehens und Motivationsabfall. Verbindlich sind 32 Systemtherapeut/innen in die Studie eingestiegen. Diese 32 Systemtherapeut/innen werden in der Therapeut/innendokumentation dargestellt.

### 3.2.2 Selektion der Patient/innen

Die Selektion der Patient/innen erfolgt über die Therapeut/innen. Gemäss der Vereinbarung über die Teilnahme an der Studie haben die Therapeut/innen und die Zentren sich verpflichtet, alle neuen Fälle zu melden, bis das vereinbarte Kontingent der Falldokumentationen erfüllt ist.

Das Projekt EAST untersucht die Wirksamkeit systemischer ambulanter Therapie. Dieses Ziel bestimmt die beiden Hauptkriterien für den Einschluss in die Studie: Es muss ein Psychotherapieauftrag vorliegen und die Behandlung muss im Mehrpersonensetting stattfinden. Nicht alle Personen, die sich zu einem Gespräch anmelden, fallen in diese Kategorie. Andere Fälle können aus methodischen Gründen nicht aufgenommen werden. Im Folgenden

werden die Kriterien genannt nach denen entschieden wird, ob ein Fall in die Studie aufgenommen wird:

- Es liegt ein Psychotherapieauftrag vor
- Es werden zwei oder mehr Personen behandelt
- Es kann ein IP (identifizierter Patient) bestimmt werden, der mindestens 14 Jahre alt ist

Von der Studie ausgeschlossen werden folgende Fälle:

- Es handelt sich um eine Einzeltherapie
- Es kann kein IP bestimmt werden
- Es handelt sich nicht um eine Therapie (sondern um eine Abklärung, ein Gutachten etc.)
- Der IP ist jünger als 14 Jahre alt (der SCL-90-R ist für diese Altersklasse nicht normiert)
- Die Klienten sind mit der Verwendung der Daten nicht einverstanden

Der vorgesehene Umfang der Stichprobe umfasst 120 dokumentierte Fälle. Die Dokumentation und Erhebung der Fälle wird von 12 Zentren (vertreten mit je 10 bis 12 Fällen) vorgenommen. Ein Zentrum im Sinn dieses Projektes ist eine Institution oder eine Praxisgemeinschaft. Es ist auch möglich, dass sich mehrere Einzelpraxen für dieses Projekt zusammenschließen und so die notwendige Kapazität erreichen, um gemeinsam 10 bis 12 Fälle zu dokumentieren.

### 3.2.3 Selektionsmechanismus und Erhebungszeitpunkte

Die Zentren, die sich an der Studie beteiligen, bestimmen Therapeut/innen, die ihre Behandlungen für die Studie dokumentieren. Diese Therapeut/innen melden ab Beginn der Erhebung im Januar 1999 alle neuen Fälle, die sie bearbeiten mit einer Fallmeldung bei der Projektleitung an. In die Studie werden nur Fälle aufgenommen, für die eine Fallmeldung vorliegt. Mit diesem Vorgehen wird die Möglichkeit einer willkürlichen Fallselektion verhindert. Für den Erhebungszeitraum war ein Jahr vorgesehen. Im Verlauf der Erhebung zeigte sich, dass dieser Zeitraum zu eng bemessen ist. Um auf die gewünschte Anzahl Fälle zu kommen, wurde der Erhebungszeitraum auf zwei Jahre erweitert. Die letzten Fälle konnten Ende 2000 abgegeben werden.

Die erste Erhebung mit den diagnostischen Instrumenten soll so früh wie nur möglich geschehen, wenn möglich vor der ersten Therapiestunde, aber spätestens vor der vierten

Sitzung. Oft kann zum Zeitpunkt der Anmeldung noch nicht entschieden werden, ob es sich um eine Therapie handelt, und ob alle oben genannten Kriterien, für die Aufnahme in die Studie erfüllt sind. Daher wurde entschieden, dass die Fragebogen für die Prä-Erhebung auch dann auszufüllen sind, wenn die Entscheidung, ob es eine Therapie ist, nicht eindeutig beantwortet werden kann. In jedem Fall muss eine Fallmeldung ausgefüllt werden, auf der vermerkt wird, ob der Fall aufgenommen wird bzw. welches der Grund für den Ausschluss ist. Diese Fallmeldung muss an die Projektleitung gesandt werden, sobald entschieden ist, ob der Fall dokumentiert wird.

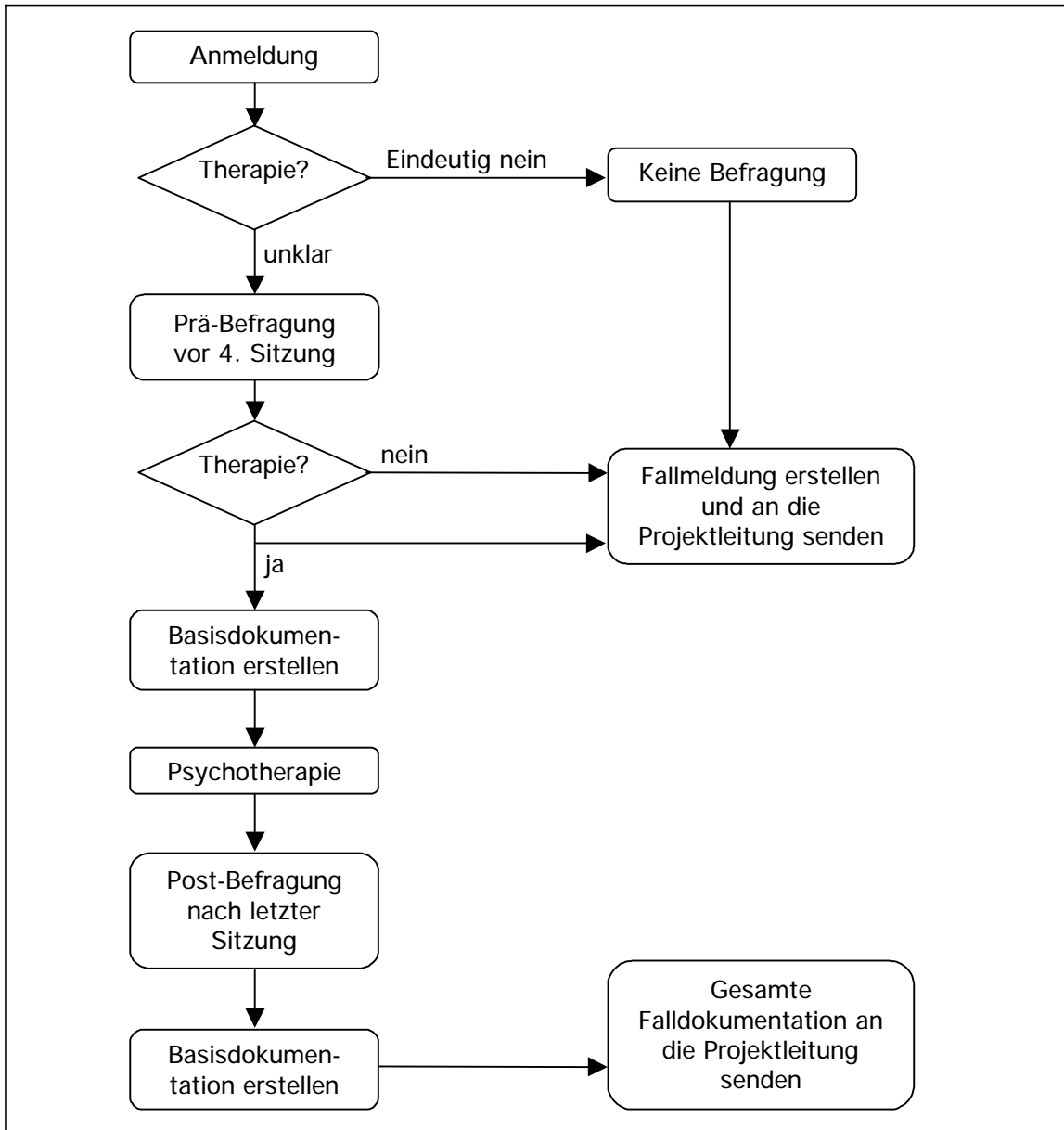


Abbildung 1: Schematischer Ablauf von Fallmeldung und Erhebung für die Falldokumentation

Die Basisdokumentation mit den Angaben über die persönlichen Umstände und Vorbehandlungen kann aus den Angaben während der ersten Sitzungen ausgefüllt werden. Sie wird nur ausgefüllt, wenn der Fall dokumentiert wird. Diese Angaben sind nicht sensibel in Bezug auf den Zeitpunkt der Erfassung, da nicht das aktuelle subjektive Empfinden im Zentrum steht.

Die Post-Befragung findet nach der letzten Sitzung statt. Die Instrumente zum Selbstrating werden im Rahmen des Abschlussgesprächs in der Praxis oder nach der letzten Sitzung zu

Hause beantwortet. Zu diesem Zeitpunkt wird auch eine Basisdokumentation erstellt, welche die Einschätzungen der Therapeut/innen enthält. Falls es sich beim Therapieende um einen Abbruch handelt, erstellen die Therapeut/innen eine Basisdokumentation für den Abschluss und versuchen die Patient/in dazu zu überzeugen, wenigstens den SCL-90-R zu beantworten.

Für die Katamnese werden nur die identifizierten Patienten (IP) befragt. Es kommen nur die 89 Patient/innen in Frage, für die in der Wirksamkeitsuntersuchung vollständige Daten vorhanden sind.

### 3.3 Übersicht der Erhebungszeitpunkte für die Katamnese

Es werden alle Therapeuten, die sich an der Wirksamkeitsstudie beteiligt haben, bezüglich einer weiteren Teilnahme angefragt. In der Machbarkeitsanalyse werden die Therapeuten gefragt, ob sie die Dokumentation der Patientennummern aufbewahrt haben und die Patientennummern noch zu den Personen zuordnen können, und ob sie glauben, dass die Personen erreichbar sind. Angeschrieben werden alle Patient/innen, deren Nummer noch zuordenbar ist und von denen vermutet wird, dass sie möglicherweise antworten.

Die Erhebungszeitpunkte ergeben sich aus dem Behandlungsverlauf und der Entscheidung, eine Katamnese durchzuführen. Die Erhebung der Prä-Post-Untersuchung ist im ersten EAST Bericht ausführlich beschrieben. Die Befragung für die Katamnese wurde im April 2002 durchgeführt.

Start der Dokumentation von Therapien:	Oktober 1998
Prä-Messung spätestens vor der 4. Sitzung	
Post-Messung nach der letzter Sitzung (Abschluss)	
Ende der Dokumentationsphase:	Dezember 2000
Katamnese Befragung:	April 2002

Durch dieses Vorgehen ergeben sich unterschiedliche Abstände zwischen dem Therapieabschluss und der Nachbefragung.

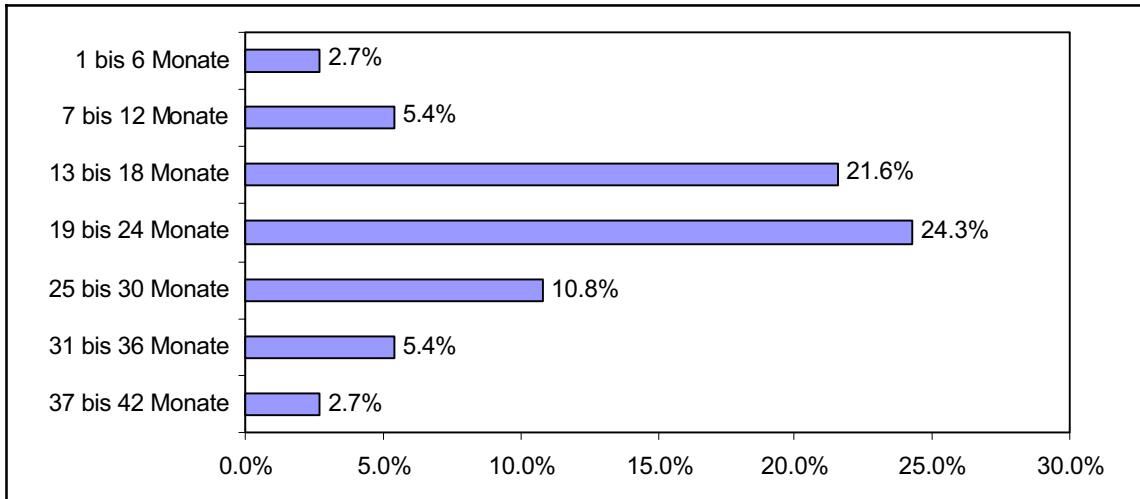


Abbildung 2: Dauer in Monaten seit Therapieabschluss<sup>1</sup>

Drei Behandlungen (8.1%) wurden in den letzten 12 Monaten vor der Katamneseerhebung abgeschlossen. Die meisten Katamnesen (17) wurden zwischen 13 bis 24 Monaten (45.9%) nach Abschluss der Behandlung durchgeführt. Für vier Behandlungen liegt der Therapieabschluss zwischen 25 bis 30 Monate zurück (10.8%). Bei weiteren vier Behandlungen ist der Zeitraum zwischen Abschluss und Nachbefragung länger als 31 Monate.

### 3.4 Übersicht über den Erhebungsplan

Die Patient/innen wurden in der Katamnese mit verschiedenen Instrumenten um eine Selbsteinschätzung ihrer bio/psycho/sozialen Situation einige Zeit nach dem Abschluss der systemischen Therapie gebeten. Zusammen mit den Daten der EAST-Studie ergibt dies für die diagnostischen Instrumente (SCL-90-R und FB) drei Messzeitpunkt. Die Ergebnisse ermöglichen eine Beurteilung der Wirksamkeit und lassen mit der Katamnese Aussagen über die Nachhaltigkeit zu.

<sup>1</sup> Die Dauer seit Therapieabschluss wird von den Patient/innen eingeschätzt. Ein/e Patient/in schätzt die Dauer auf 48 Monate ein. Diese Einschätzung kann nicht stimmen, und wird daher nicht dargestellt.

		Beginn der Therapie	Abschluss der Therapie	Katamnese
Fremdeinschätzung	nur IP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bado Eintritt</li> <li>• Diagnose (ICD-10)</li> <li>• CGI, GAF und GARF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bado Austritt</li> <li>• Diagnose (ICD-10)</li> <li>• CGI, GAF und GARF</li> </ul>	
	IP Und SY	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SCL-90-R</li> <li>• FB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SCL-90-R</li> <li>• FB</li> <li>• ZUF8/K (Patient/innen-zufriedenheit)</li> </ul>	
Selbsteinschätzung	Nur IP		<ul style="list-style-type: none"> <li>• VEV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SCL-90-R</li> <li>• FB</li> <li>• SF-36</li> <li>• FVP</li> <li>• Bado (Selbstauskunft)</li> </ul>

Tabelle 1: Aufbau der Falldokumentation:  
Indikatoren und Untersuchungsverfahren der Ergebnisqualität

In der Prä-Post-Untersuchung werden die Selbsteinschätzungen vom Patient/innen (IP) und von den Systemmitgliedern (SY) durchgeführt. Die Fremdeinschätzungen der Therapeut/innen werden nur für die Patient/innen (IP) vorgenommen und in der Basisdokumentation festgehalten. Für die Katamnese werden nur die Patient/innen befragt. Tabelle 1 fasst das Studiendesign und den Aufbau der Falldokumentation vom Beginn der Studie bis zur Katamnese zusammen.

### 3.5 Berechnungsarten der Wirksamkeit

Die Veränderungen in den Wirksamkeitsindikatoren werden mit der Hilfe von drei Verfahren beurteilt: Statistische Signifikanz, Effektstärken und die klinische Signifikanz.

### 3.5.1 Statistische Signifikanz

Die statistische Signifikanz besagt, ob ein Unterschied so gross ist, dass der Zufall als Erklärung für den Unterschied ausgeschlossen werden kann. Wenn das Restrisiko für einen zufälligen Unterschied unter 5% liegt, spricht man von signifikanten Unterschieden.

Weiter spricht man von sehr signifikanten Unterschieden wenn diese Risiko unter 1% und von hoch signifikanten Unterschieden wenn das Risiko unter 0.1% liegt. In den Tabellen im Ergebnisteil wird die übliche Symbolik verwendet (\* für das 5% Niveau, \*\* für das 1% Niveau und \*\*\* für das 0.1% Niveau).

Die statistische Signifikanz ist von der Grösse der Unterschiede, von der Streuung der Messwerte und von der Stichprobengrösse abhängig. Der Einfluss der Stichprobengrösse führt dazu, dass kleine Unterschiede in grossen Stichproben signifikant werden und grosse Unterschiede in kleinen Stichproben als nicht signifikant beurteilt werden müssen. Aus diesem Grund werden zur Beurteilung der Grösse der Unterschiede Effektstärken verwendet.

### 3.5.2 Effektstärken

Um Ergebnisse verschiedener Untersuchungen und verschiedener Messinstrumente vergleichen zu können, bedient man sich in der Therapieforschung vermehrt der Darstellung von Effektstärken. Effektstärken integrieren zwei Mittelwerte einer Messung, im vorliegenden Fall den Mittelwert einer klinischen Beurteilungsskala zu Therapiebeginn (prä) und den Mittelwert derselben Skala beim Abschluss der Behandlung (post). Die Differenz der beiden Mittelwerte wird an der Standardabweichung prä standardisiert (dividiert).

Aufgrund vieler Untersuchungen von verschiedenen Psychotherapien kann man mittlerweile recht gut Psychotherapieeffekte von unbehandelten Kontrollgruppen unterscheiden. Nach einer Metaanalyse von Wittmann & Matt (1986) sowie Grawe, Donati & Bernauer (1994) liegen Psychotherapieeffekte zwischen 0.4 und 1.1. Smith, Glas & Miller (1980) geben eine mittlere Schätzung von Psychotherapieeffekten mit dem Wert von 0.85 an. Nach Grawe, Donati & Bernauer (1994) sowie Hartmann & Herzog (1995) weisen die unbehandelten Kontrollgruppen einen Effekt von 0.1 auf (Spontanremission). Grundsätzlich ist bei Praxisstudien im Rehabilitations und Versorgungsbereich, welche nicht kontrollierten Studien entsprechen, von geringeren Effekten auszugehen. Kontrollgruppenstudien beinhalten oft zusätzlich ein besonderes Therapeut/innentraining und intensive Supervision.



Generell gelten Effekte grösser als 0.2 als kleine Effekte. Mittlere Effektstärken werden im Wertebereich von grösser als 0.4 angenommen. Grosse Effekte liegen im Wertebereich ab 0.8.

### 3.5.3 Klinische Signifikanz

Neben den allgemeinen statistischen Massnahmen für die Beurteilung der Veränderung von Gruppen (statistische Signifikanz und Effektstärken) werden für die Skalen des SCL-90-R auch die klinische Signifikanz berechnet.

Bei der Berechnung der klinischen Signifikanz wird für jeden Therapieverlauf beurteilt, ob eine Veränderung stattgefunden hat. Von einer signifikanten Veränderung wird ausgegangen, wenn der Unterschied zwischen den beiden Messungen grösser als der für das Instrument ermittelte Messfehler ist (Jacobson, N.S. & Truax, P., 1991). Wenn die Veränderungen im Bereich eines möglichen Messfehlers liegen werden die Behandlungen der Gruppe „Unverändert“ zugeordnet.

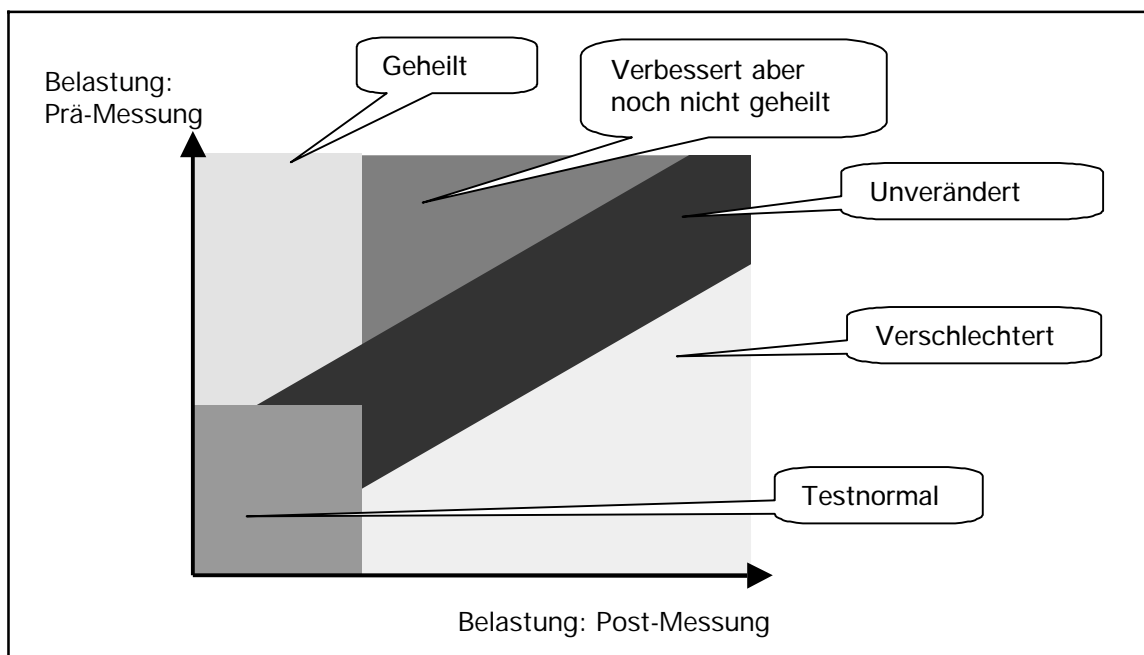


Abbildung 3: Einteilung der Gruppen nach den Kriterien der klinischen Signifikanz

Ein weiteres Beurteilungskriterium ist die Grenze zwischen Kranken und Gesunden. Diese Grenze wird aus der Verteilung der gesunden Normstichprobe und der Verteilung der Messwerte bei Therapiebeginn berechnet (Jacobson, N.S. & Truax, P., 1991). Wenn die Belastung sowohl zu Beginn als auch am Ende der Therapie unter der Schwelle des

Gesunden ist, so werden die Patient/innen als „Testnormal“ eingestuft. Das heisst, dass die bestehende Belastung mit dem gewählten Test nicht abgebildet werden kann.

Patient/innen die nach der Behandlung eine deutlich höhere Belastung aufweisen, die über der Grenze zum Gesunden liegt, werden der Gruppe „Verschlechtert“ zugeordnet. Die Patient/innen, die durch die Behandlung eine Verbesserung erfahren haben, werden weiter unterteilt. Wenn sie nach der Behandlung neu zu den Gesunden gezählt werden können, werden die Patient/innen als „Geheilt“ eingestuft. Die Gruppe, die zwar eine deutliche Verbesserung erlebt, aber auch nach der Behandlung nicht in den Bereich der Gesunden kommt, wird mit „Verbessert aber noch nicht geheilt“ bezeichnet (Abbildung 2).

Die fünf Gruppen können einfach mit Hilfe von Analogien umschrieben werden. Schauenberg & Strack (1998) haben eine gute deutschsprachige Einführung in dieses Konzept gegeben. Es werden Aussagen über Patient/innen gemacht, die sich von einem gestörten oder ungesunden Bereich in den wirklich „geheilten“ Bereich verändert haben, analog zu jemandem, der sich von Fieber mit 39° in den Bereich von 36° verändert hat. Dies wäre ein wirklich geheilter Patient(in). Es werden auch Aussagen über „verbesserte, aber noch nicht geheilte“ Patient/innen gemacht, analog zu Personen, bei denen sich das Fieber von 39° auf 37,5° verändert hat. Weiter werden Aussagen über „unveränderte“ Patient/innen gemacht, bei denen das Fieber geblieben ist. Bei Patient/innen, die „test-normal“ sind, hat sich auch nichts verändert. Diese Personen hatten kein Fieber und sind auch nach Abschluss der Therapie nicht Krank. Und schliesslich sind noch die Patient/innen, die sich „verschlechtert“ haben, bei denen das Fieber von 39° auf 40° angestiegen ist.

## 4. Ergebnisse

Im Ergebnisteil werden die Auswertungen der verschiedenen Datenquellen präsentiert.

Die Auswertungen sind detailliert mit Tabellen dokumentiert. Ein grosser Teil dieser Tabellen ist zu Gunsten der besseren Lesbarkeit in einen ausführlichen Anhang ausgegliedert. In den Abbildungen werden die fehlenden Werte nicht ausgewiesen.

### 4.1 Stichprobe und Rücklauf

Bei der Durchführung der Prä-Post Studie war noch keine Katamnese vorgesehen. Die Durchführung einer Katamnese wurde erst nach dem Abschluss der Prä-Post Untersuchung entschieden. Um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Katamnese gegeben sind, wurde zuerst eine Umfrage bei den teilnehmenden Therapeut/innen gemacht, ob sie noch über die Dokumentation der Fallnummern verfügen, und ob sie glauben, die Patient/innen erreichen zu können.

	Anzahl	Anteil %
Fälle in der Prä-Post Untersuchung	89	100
Fallnummer bekannt	66	74.1
Fallnummer nicht bekannt	4	4.5
Keine Antwort von Therapeut/in	19	21.3
Fallnummer bekannt aber IP nicht erreichbar	3	3.4
Für Katamnese angefragt	63	100
Auswertbare Antworten	36	57.1

Tabelle 2: Rücklauf für die Nachbefragung

Für die Nachbefragung wurden alle Patientennummern ausgewählt, bei denen die Therapeuten die Personen identifizieren konnten und sagten, dass die Personen sicher oder möglicherweise erreichbar sind. Diese 63 Patienten wurden für die Nachbefragung angeschrieben. Von den eingegangenen Fragebogen sind 36 auswertbar. Damit lassen sich Aussagen über die Nachhaltigkeit machen. Es muss aber überprüft werden, ob sich die Katamnesegruppe von der ursprünglichen Stichprobe unterscheidet.

	Anzahl	Anteil %
Ohne Katamnese	53	59.6
Mit Katamnese	36	40.4
Total	89	100.0

Tabelle 3: Anteil der Dokumentationen mit Katamnese

Für die Erfassung der Beziehungsqualität werden für Paare und Systeme unterschiedliche Versionen der Familienbogen eingesetzt. Der grosse Anteil der Paarbehandlungen in der Stichprobe zeigt sich auch in der Katamnese. Die fünf eingehenden Familienbogen für Systeme werden nicht ausgewertet.

Da sich die Familienbogen (FB-Z) auf eine „Beziehung zwischen bestimmten Dyaden“ (Cierpka & Frevert, 1994) beziehen werden bei den Familienbogen die Antworten der Patient/innen, die sich getrennt haben, von der Betrachtung in der Katamnese ausgeschlossen. Dies reduziert die Katamnesestichprobe beim Beziehungsbogen auf 29 (Tabelle 4).

	Anzahl	Anteil %
Ohne Katamnese	60	67.4
Mit Katamnese	29	32.6
Total	89	100.0

Tabelle 4: Anteil der Dokumentationen mit Katamnese für den Beziehungsbogen

#### 4.1.1 Vergleich der Katamnesegruppe mit den nicht erreichbaren Patient/innen

Bei dieser grossen Reduktion der ursprünglichen Stichprobe stellt sich die Frage, ob sich die beiden Stichproben unterscheiden. Bezüglich möglicher Unterschiede zwischen der Katamnesegruppe und der Gruppe der nicht Antwortenden interessieren vor allem die Intensität der Behandlung, die Belastung bei Beginn der Behandlung und eine mögliche Selbstselektion aufgrund der Zufriedenheit mit der Behandlung beim Therapieabschluss.

Die Patienten der Katamnesegruppe haben im Durchschnitt eine deutlich längere Behandlung mit deutlich mehr Sitzungen hinter sich als die nicht antwortenden Patienten (Abbildung 4, Unterschiede auf dem 1% Niveau signifikant).

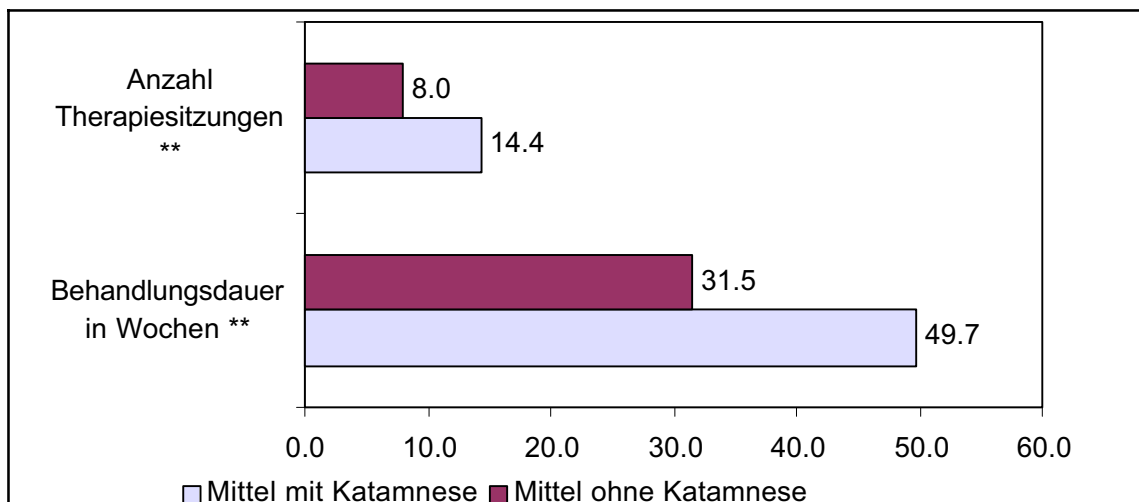


Abbildung 4: Unterschiede in der Behandlungsdauer der Gruppen

Die Katamnesegruppe wird im Durchschnitt während 49.7 Wochen mit 14.4 Sitzungen länger und mehr behandelt als die Patient/innen, die sich nicht an der Nachbefragung beteiligen. Die Therapien der nicht antwortenden Patient/innen wurden durchschnittlich nach 31.5 Wochen mit 8 Sitzungen abgeschlossen (Abbildung 4).

Bei den Skalen des SCL zeigt sich, dass die Gruppe, die für die Katamnese erreicht werden kann, in der Prä-Befragung höhere Werte erreicht als die Gruppe, die für die Katamnese nicht erreicht werden kann. Signifikant werden diese Unterschiede aber nur in den Skalen Ängstlichkeit und Phobische Angst. Nur in den Skalen Aggressivität und Paranoides Denken haben die Patient/innen ohne Katamnese bei Therapiebeginn leicht höhere Werte (Tabelle 5). In der Gesamtbelastung (Global Severity Index, GSI) unterscheidet sich die Katamnesegruppe bei Therapiebeginn jedoch kaum von der Gesamtstichprobe.

z-Werte Prä-Messung	Mittel	Mittel	p	sig
	mit Katamnese	ohne Katamnese		
Somatisierung	2.0	1.1	0.076	ns
Zwanghaftigkeit	2.2	1.6	0.116	ns
Unsicherheit	2.3	1.8	0.260	ns
Depressivität	3.2	2.7	0.338	ns
Ängstlichkeit	3.5	2.1	0.031	*
Aggressivität	1.9	2.2	0.463	ns
Phobische Angst	3.2	1.4	0.024	*
Paranoides Denken	1.8	1.9	0.672	ns
Psychotizismus	2.4	2.3	0.943	ns
Mittlere Belastung (GSI)	3.4	3.2	0.840	ns
Anzahl Beschwerden (PST)	2.0	1.5	0.098	ns
Stärke der Beschwerden (PSDI)	2.4	2.5	0.885	ns

Tabelle 5: Vergleich Katamnesegruppe und nicht erreichbare Patient/innen (SCL)

Bei den Familienbogen zeigt sich, dass die Patient/innen, die in der Katamnesegruppe sind, bei Therapiebeginn in allen Skalen deutlich (signifikant) niedrigere Werte hatten als die Patient/innen, die nicht in der Katamnese vertreten sind (Tabelle 6). Dabei ist zu beachten, dass alle Patient/innen, die sich getrennt haben, in der Gruppe ohne Katamnese sind.

z-Werte Prä-Messung	Mittel	Mittel	p	sig
	mit Katamnese	ohne Katamnese		
Aufgabenerfüllung	0.8	1.4	0.041	*
Rollenverhalten	0.7	1.7	0.003	**
Kommunikation	0.8	1.7	0.009	**
Emotionalität	0.6	1.6	0.018	*
Beziehungsaufnahme	0.9	2.2	0.001	**
Kontrolle	0.2	1.5	0.000	***
Übereinst. Werte u. Normen	0.9	1.7	0.002	**

Tabelle 6: Vergleich Katamnesegruppe und nicht erreichbare Patient/innen (FB)

Bezüglich der Zufriedenheit mit der Behandlung bei Behandlungsende zeigen sich keine Unterschiede zwischen der Katamnesegruppe und den nicht antwortenden Patienten. Beide

Gruppen geben bei Abschluss der Behandlungen eine durchschnittliche Zufriedenheit von 5.8 an (5 entspricht mittel zufrieden und 6 entspricht ziemlich zufrieden).

Zusammenfassend heisst das, die Patientengruppe mit Katamnese unterscheidet sich deutlich von der Gruppe ohne Katamnese. Die Patienten mit Katamnese kommen mit einer grösseren Symptombelastung in die Behandlung und bleiben länger in Behandlung als die Patienten, die sich nicht an der Katamnese beteiligen. Bezüglich der Zufriedenheit mit der Behandlung hingegen lassen sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen feststellen.

#### 4.2 Selbstauskünfte in der Basisdokumentation (Bado)

Die Basisdokumentation wird normalerweise vom Therapeuten ausgefüllt. Bei der Nachbefragung müssen die eher strukturellen Angaben von den Patienten selbst gemacht werden.

Die Kontrolle der eingegangenen Fragebogen der Basisdokumentation ergibt bei vier Fragen einen grossen Teil an unbeantworteten oder ausgelassenen Items. Tabelle 7 nennt die Items mit einem hohen Anteil fehlender Antworten, alle anderen Antworten bewegen sich im erwarteten Bereich. Betroffen sind vor allem Items bei den nach zeitlichen Abständen oder nach quantitativen Angaben (Arbeitsfähigkeit) gefragt wird. Die Items „Dauer in Monaten beschwerdefrei“ und das Item „Prozent der Arbeitsfähigkeit“ wurden wegen der geringen Beantwortung nicht ausgewertet und interpretiert. In der Regel wird die Basisdokumentation durch die Therapeut/innen geführt, die auf alle Daten der Behandlung in schriftlicher Form zurückgreifen können.

	Gültig	Gültig %	Fehlend	Total
Dauer in Monaten seit Therapieabschluss	28	77.8	9	36
Dauer in Monaten beschwerdefrei	10	27.8	26	36
Aktuelle Arbeitsfähigkeit	30	83.3	6	36
% der Arbeitsfähigkeit	15	41.7	21	36

Tabelle 7: Ausfälle bei der Beantwortung der Basisdokumentation

##### 4.2.1 Nachbehandlungen

Ein Augenmerk in der Basisdokumentation gilt den nach dem Abschluss der Therapie beanspruchten weiteren Behandlungen. Die Patienten werden gefragt, ob sie wegen den

gleichen oder anderen Beschwerden Unterstützung in Anspruch genommen haben. Dabei wird auch gefragt, ob sie keine Unterstützung in Anspruch genommen haben, obwohl dies notwendig gewesen wäre.

Die grösste Gruppe der Patient/innen (36.1%) nimmt keine Nachbehandlung in Anspruch. Aber es sind doch 22.2% der Patient/innen, die eine neue ambulante Behandlung antreten und 19.4% die sagen, dass sie Unterstützung gebraucht hätten, sich aber keine Hilfe geholt haben. 11.1% der Patienten suchen ihren Therapeuten für eine bis zwei Nachbesprechungen auf. Fast 20% nehmen eine weitere medikamentöse Behandlung in Anspruch. Ein Viertel der Patienten besucht wegen den gleichen Beschwerden den Hausarzt für eine körperliche Behandlung (Abbildung 5).

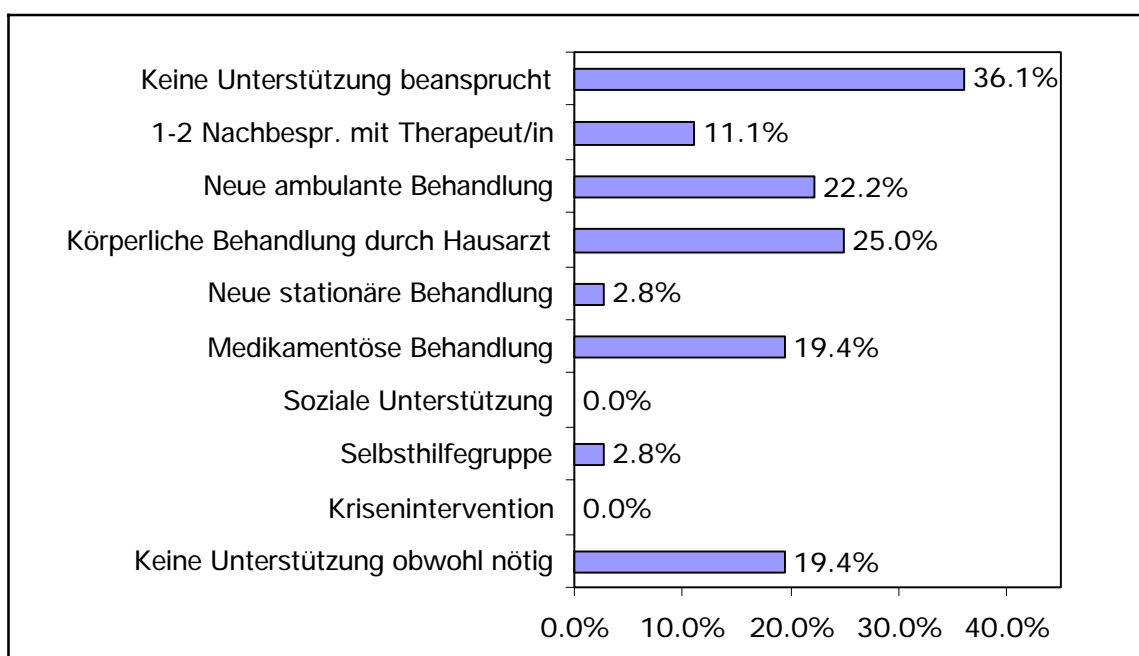


Abbildung 5: Unterstützung wegen gleicher Belastung

Die meisten Patient/innen (61.1%) haben keinen neuen Anlass, Unterstützung zu suchen. Nur 11.1% der Patienten gibt an wegen einer anderen Belastung eine ambulante Behandlung aufgesucht zu haben. Weitere 30.6% haben ihren Hausarzt wegen einer somatischen Behandlung aufgesucht (Abbildung 6).



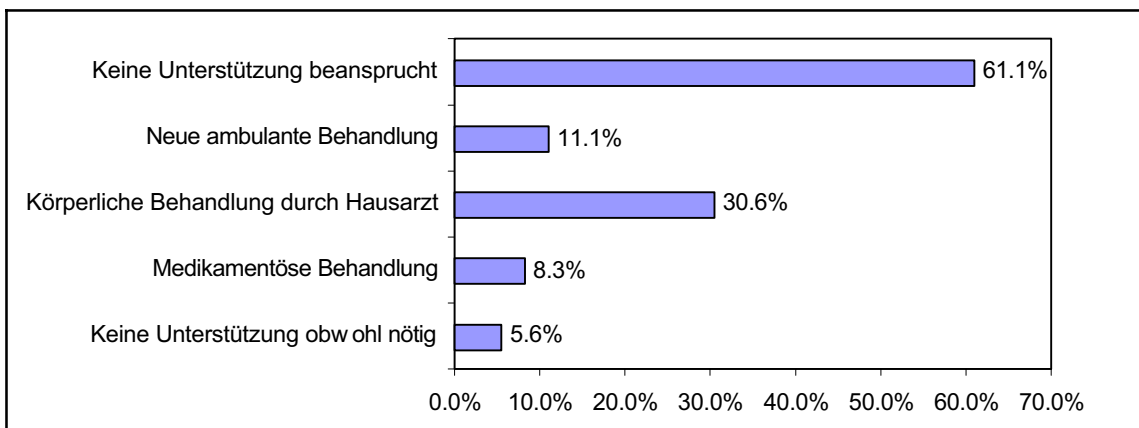


Abbildung 6: Unterstützung wegen einer anderen Belastung

Unabhängig davon, ob Hilfe aufgesucht wurde, geben 18 Patient/innen (50%) an, dass erneut alte oder neue Symptome aufgetreten sind. Die andere Hälfte der Patientinnen berichtet nicht von erneut aufgetretenen Symptomen.

#### 4.2.2 Berufliche und Private Situation

Insgesamt haben 47.2% der Patienten ihre berufliche Situation verändert. 5.6% geben an, neu erwerbstätig zu sein, 16.7% haben die Arbeitszeit erhöht und 22.2% haben den Arbeitsplatz gewechselt. Für die grösste Gruppe hingegen hat sich an der beruflichen Situation nichts verändert (52.8%).

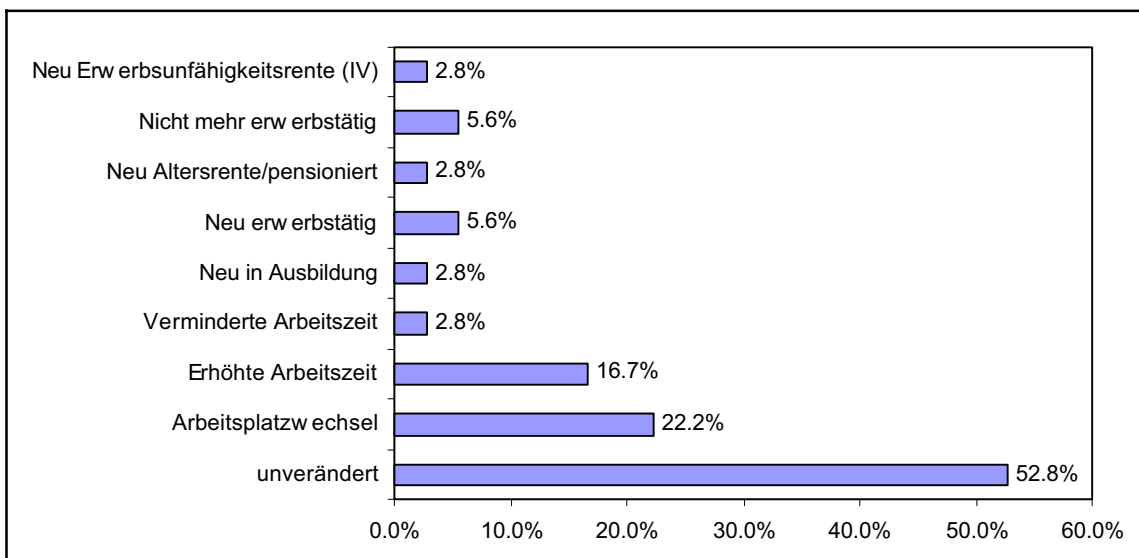


Abbildung 7: Aktuelle Berufssituation (2 Nennungen möglich)

Die aktuelle familiäre Situation hat sich für 69.4% der Patient/innen nicht verändert (vgl. Abbildung 8). Je 8.3% sind neu geschieden oder neu getrennt. 5.6% sind eine neue

Partnerschaft eingegangen oder sind wieder mit dem/der Partner/in (2 Fälle) zusammen. Bei einem/einer Patient/in (2.8%) ist ein weiteres Kind dazugekommen.

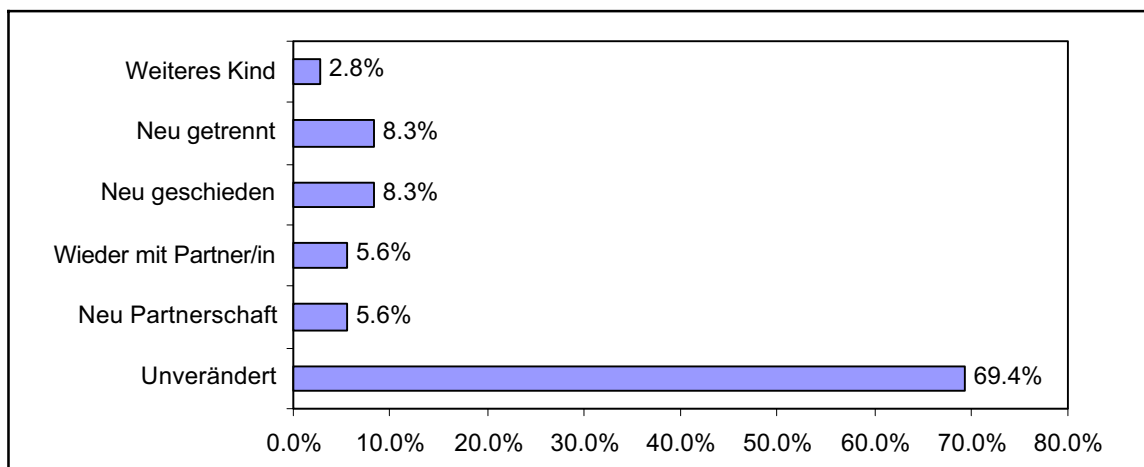


Abbildung 8: Aktuelle familiäre Situation (2 Nennungen möglich)

Die aktuelle Wohnsituation ist für die Mehrheit (58.3%) gleich geblieben. 11.1% wohnen neu in einer Wohngemeinschaft. 8.4% der Patienten wohnen neu oder wieder mit dem/der Partnern/in zusammen, eben so viele wohnen neu allein, neu mit Kindern oder haben ihre Wohnform auf andere Art verändert (Abbildung 9).

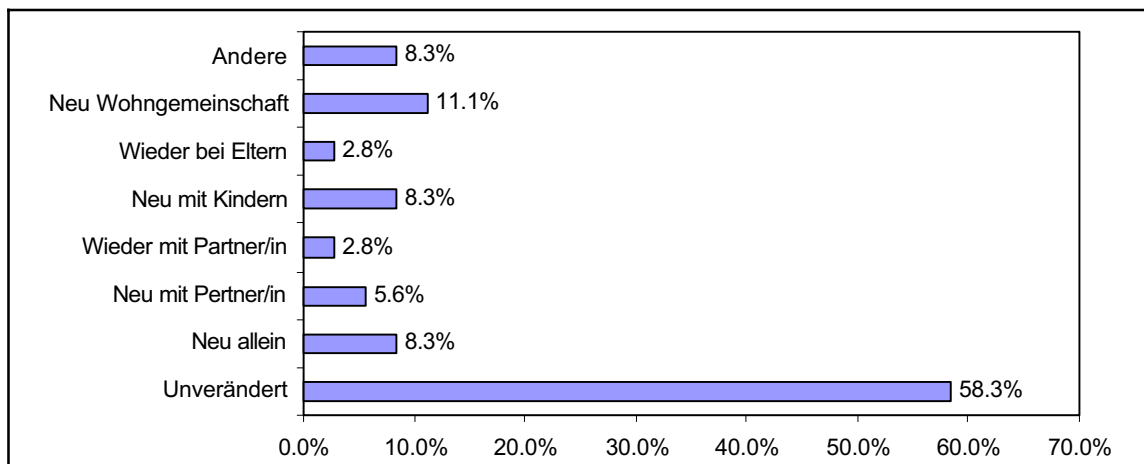


Abbildung 9: Aktuelle Wohnsituation (2 Nennungen möglich)

### 4.3 Entwicklung im Bereich der Symptome und Beziehungen

Für die Symptomcheckliste und die Familienbogen liegen die Angaben für drei Messzeitpunkte vor:

T1: bei Beginn der Therapie, Befragung spätestens vor der 4. Sitzung

T2: Bei Abschluss der Therapie

T3: Nachbefragung im April 2002

Für die Symptomcheckliste und die Familienbogen werden die z-Werte für die drei Messzeitpunkte angegeben. Aus den z-Werten kann man ablesen, wie das Befinden der Patienten im Vergleich zur Normstichprobe ist. Mit den Effektstärken wird eine Aussage über die Grösse der Unterschiede gemacht. Jeweils bei der Effektstärke wird auch angegeben, ob der Unterschied statistisch signifikant ist.

#### 4.3.1 Veränderungen in den Symptomen

Zwischen dem Therapieende und der Nachbefragung kommt es zu einem leichten erneuten Anstieg der Symptombelastung. Dieser leichte Anstieg fällt nur im Bereich Paranoides Denken ins Gewicht. Der erneute Anstieg im Bereich Paranoides Denken erreicht eine mittlere Effektstärke. Den Patient/innen geht es im Durchschnitt auch in dieser Dimension besser als vor der Behandlung. Die Verbesserung in diesem Bereich ist aber weniger stabil. In allen anderen Dimensionen bleiben die mittleren bis grossen Effekte erhalten.

Betrachtet man die gesamte Veränderung von Therapiebeginn bis zur Nachbefragung so sind die Unterschiede in fast allen Dimensionen signifikant und bewegen sich im Bereich mittlerer und grosser Effekte (Tabelle 8).

Die Beurteilung der durchschnittlichen Veränderungen lässt keine Schlüsse über das Ergebnis der einzelnen Therapien zu. Bei der globalen Beurteilung kann es sein, dass einige gut verlaufene Therapien eine Gruppe von schlechten Therapieverläufen verdecken. Mit der Berechnung der klinischen Signifikanz (Jacobson, N.S. & Truax, P., 1991. ) werden die Ergebnisse der einzelnen Therapieverläufe in den Vordergrund gerückt.

z-Werte und ES	z T1	z T2	z T3	ES 1-2	ES 2-3	ES 1-3
Somatisierung	2.1	0.4	1.0	0.6 ***	-0.2 *	0.4 **
Zwanghaftigkeit	2.3	0.6	0.9	0.9 ***	-0.1 ns	0.7 **
Unsicherheit	2.3	0.6	0.9	0.7 ***	-0.1 ns	0.6 **
Depressivität	3.3	0.9	1.3	0.9 ***	-0.2 ns	0.8 ***
Ängstlichkeit	3.5	1.2	1.2	0.7 ***	-0.0 ns	0.7 ***
Aggressivität	1.9	0.6	0.7	0.6 ***	-0.0 ns	0.6 **
Phobische Angst	3.2	0.9	0.9	0.6 ***	0.0 ns	0.6 ***
Paranoides Denken	1.7	0.4	1.1	0.7 ***	-0.4 **	0.3 ns
Psychotizismus	2.5	0.6	1.2	0.7 ***	-0.2 *	0.5 **
Mittlere Belastung (GSI)	3.4	1.0	1.4	0.9 ***	-0.2 ns	0.7 ***
Anzahl Beschwerden (PST)	2.0	0.9	1.1	0.8 ***	-0.2 ns	0.7 **
Stärke der Beschwerden (PSDI)	2.4	0.4	0.8	1.0 ***	-0.2 ns	0.8 ***

Tabelle 8: Vergleich der drei Messungen im SCL-90R

Klinische Signifikanz: Der Gesamtindex (GSI) der Symptomveränderung zeigt im Prä-Post Vergleich einen Wert von 22% wirklich geheilter Patient/innen. 36% sind verbessert aber noch nicht im Bereich von wirklich geheilt. Das heisst insgesamt verbessern sich 58% der Patient/innen in den systemisch ausgerichteten Psychotherapien (Abbildung 10).

Diese Werte sind geringfügig besser als in der Gesamtstichprobe und können als gute Resultate eingestuft werden. In einer vergleichbaren Untersuchung von Schauenberg & Strack (1998) wurden für ambulante Patient/innen (n= 180) 23% als geheilt, 13% als gebessert, 39% als unverändert, 19% als testnormal und 6% als verschlechtert beurteilt.

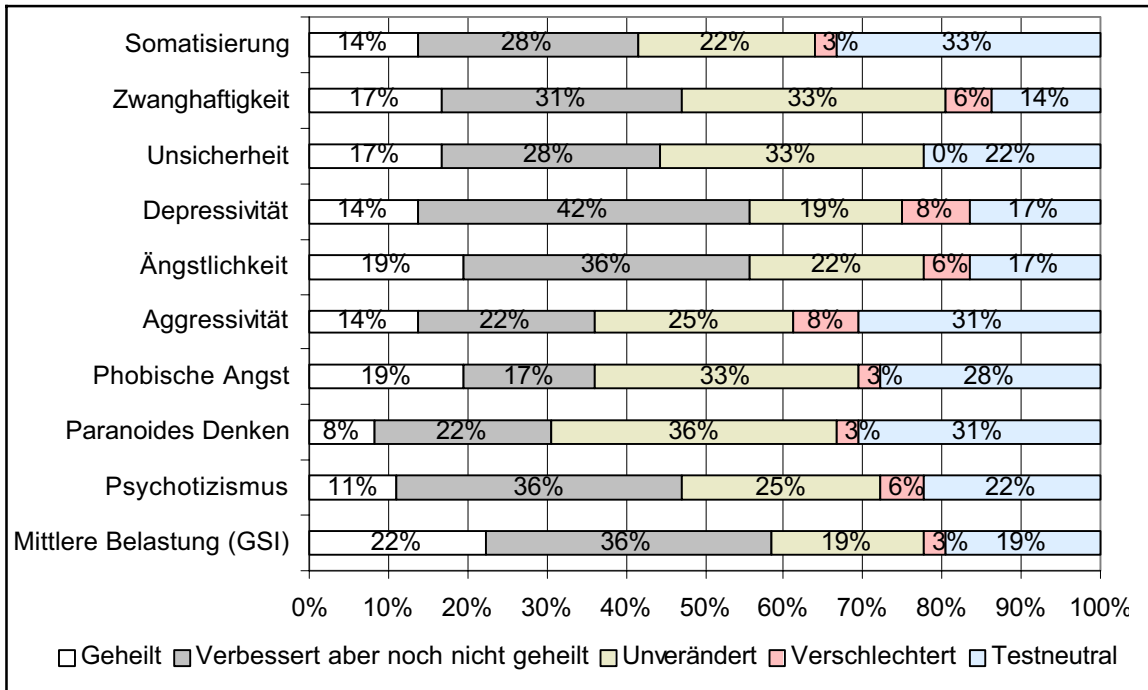


Abbildung 10: Klinische Signifikanz Prä-Post (nur Katamnesegruppe)

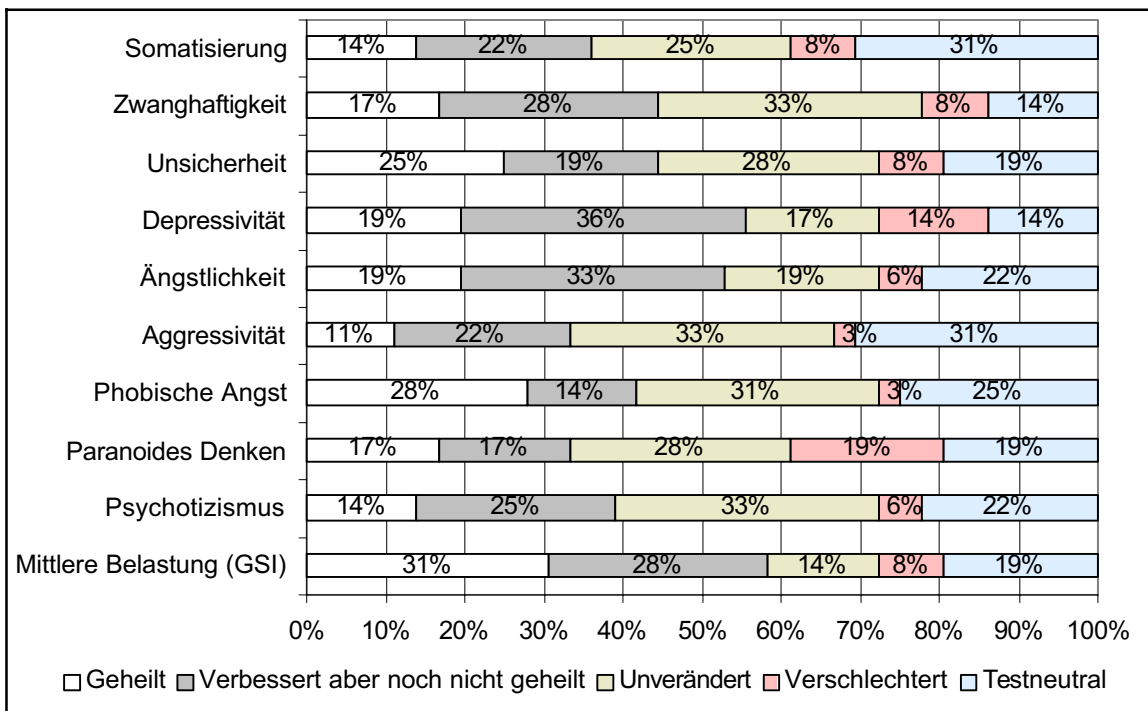


Abbildung 11: Klinische Signifikanz Prä-Nachbefragung

Berechnet man die klinische Signifikanz über die gesamte Beobachtungsperiode bis zur Katamnese, so zeichnet sich eine Konsolidierung der Verläufe ab. Die Gruppe der Geheilten und Verbesserten steigt leicht an von 58% auf 59%. Die Gruppe, deren Befinden sich

verschlechtert hat, steigt von 3% auf 8%. Die Gruppe derer, die sich bei Therapieende nicht verändert hatten, sinkt von 19% auf 14%. Nur die Gruppe der Testneutralen bleibt unverändert bei 19% (Abbildung 11).

#### 4.3.2 Veränderungen in den Beziehungsdimensionen

Die Patient/innen befinden sich im Vergleich zu einer gesunden Population im Grenzbereich und teilweise knapp ausserhalb einer gesunden Funktionalität. Die Katamnesegruppe ist bei Beginn der Therapie in den Beziehungsdimensionen weniger belastet als die Gruppe der nicht Antwortenden. Trotzdem zeichnen sich bei der Katamnesegruppe deutliche Veränderungen in den Beziehungsdimensionen ab.

Bis zum Ende der Therapie werden im Bereich der Aufgabenerfüllung und Rollenverhalten mittlere Veränderungen erreicht. In diesen Bereichen verliert sich ein Teil der Verbesserung bis zur Katamnese.

In den Bereichen Kommunikation, Emotionalität, Beziehungsaufnahme, Kontrolle und übereinstimmende Werte u. Normen findet zwischen Therapieende und Nachbefragung eine Verbesserung statt. Statisch kann bei den meisten Unterschieden der Zufall als Einfluss nicht ausgeschlossen werden. Nur beim Rollenverhalten ist die Veränderung bis zur Katamnese signifikant (Tabelle 9). Dennoch sollten diese Veränderungen Beachtung finden. Die Belastung in diesen Bereichen ist bei Therapiebeginn nicht hoch (keine grosse Störung), womit eine grosse Verbesserung kaum zu erreichen ist.

z-Werte und ES	z T1	z T2	z T3	ES 1-2	ES 2-3	ES 1-3
Aufgabenerfüllung	0.8	0.3	0.4	0.4 <sup>ns</sup>	-0.1 <sup>ns</sup>	0.3 <sup>ns</sup>
Rollenverhalten	0.7	0.2	0.3	0.5 <sup>ns</sup>	-0.1 <sup>ns</sup>	0.3 <sup>*</sup>
Kommunikation	0.8	0.6	0.5	0.3 <sup>ns</sup>	0.1 <sup>ns</sup>	0.4 <sup>ns</sup>
Emotionalität	0.6	0.4	0.3	0.3 <sup>ns</sup>	0.1 <sup>ns</sup>	0.4 <sup>ns</sup>
Beziehungsaufnahme	0.9	0.9	0.6	0.0 <sup>ns</sup>	0.2 <sup>ns</sup>	0.2 <sup>ns</sup>
Kontrolle	0.2	0.3	-0.2	-0.1 <sup>ns</sup>	0.4 <sup>ns</sup>	0.3 <sup>ns</sup>
Übereinstimmende Werte u. Normen	0.9	1.1	0.9	-0.2 <sup>ns</sup>	0.2 <sup>ns</sup>	0.1 <sup>ns</sup>

Tabelle 9: Vergleich der drei Messungen in den Beziehungsdimensionen

Gleichzeitig ist eine grosse Streuung in den Daten (grosse Varianz), was aufgrund der Berechnungsmethode die Effekstärke reduziert. Unter Berücksichtigung dieser Einflüsse kann man kleine, aber überdauernden Veränderungen in den Beziehungsdimensionen annehmen.

#### 4.4 Gesundheitszustand nach Therapieabschluss (SF-36)

Als Vergleich für die Ergebnisse des SF-36 werden die im Handbuch aufgeführten Daten der gesunden Normpopulation Gesamt-Deutschland herangezogen (Bullinger & Kirchberger, 1995). Für drei Skalen ergeben sich positive z-Werte, was bedeutet, dass die Werte der Katamnese-Gruppe höher sind als die der Normpopulation (Tabelle 10). Dies weist auf eine gute Lebensqualität in den Skalen körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Schmerzen und allgemeine Gesundheit hin. Der Unterschied ist jedoch nur für die allgemeine Gesundheit signifikant. In allen anderen Skalen weisen die Katamnese-Ergebnisse auf eine leicht schlechtere Lebensqualität hin. Nur für die Skalen Vitalität, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden sind die Werte signifikant. Allgemein zeigt sich, dass die körperbezogenen Skalen (Funktionsfähigkeit, Schmerzen und allg. Gesundheit) eher höhere Werte erreichen als die Skalen der emotionalen und sozialen Bereiche.

z-Werte Patient/innen	Mittel Kat.	Mittel Normpop.	Z-Wert	+ /-	Sig
Körperliche Funktionsfähigkeit	86.08	83.81	0.096	+	ns
Körperliche Rollenfunktion	75.00	81.24	-0.18	-	ns
Körperliche Schmerzen	78.16	77.15	0.036	+	ns
Allgemeine Gesundheit	74.28	66.21	0.383	+	*
Vitalität	54.58	61.79	-0.36	-	*
Soziale Funktionsfähigkeit	82.99	87.67	-0.24	-	ns
Emotionale Rollenfunktion	76.58	88.22	-0.41	-	*
Psychisches Wohlbefinden	66.78	72.81	-0.35	-	*

Tabelle 10: Gesundheitszustand zur Zeit der Nachbefragung SF36

Es zeigt sich ein recht Positives Bild. Körperlich sind die Patient/innen recht fit. Sozial und Emotional liegen Die Patient/innen in einem Bereich der nicht wesentlich unter dem Durchschnitt liegt.

#### 4.4.1 Verteilung in den einzelnen Skalen des SF36

Insgesamt beschreiben 78.3% der Patient/innen ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut bis ausgezeichnet, 21.6% empfinden ihn als weniger gut bis schlecht.

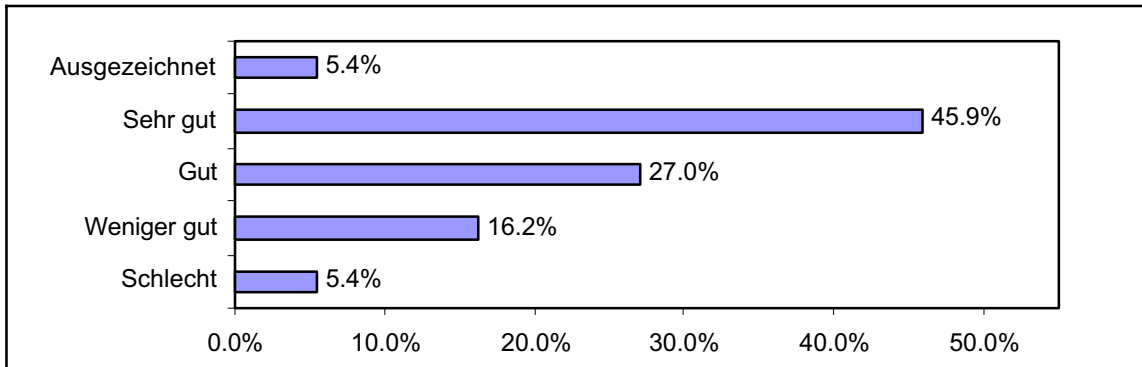


Abbildung 12: Beschreibung Gesundheitszustand allgemein

Den allgemeinen Gesundheitszustand beschreiben 5.4% der Patient/innen als ausgezeichnet. Der grösste Anteil, 45.9% erfreut sich einer sehr guten Gesundheit. Von 27% wird der Gesundheitszustand als gut empfunden. 16.2% fühlen sich weniger gut und 5.4% der Patient/innen geht es schlecht (Abbildung 12).

Im Vergleich mit vor einem Jahr, beurteilen 54% der Patient/innen ihren heutigen Gesundheitszustand als etwas besser bis viel besser. 21.6% fühlen sich viel besser, 32.4% beurteilen ihre derzeitige Gesundheit als etwas besser, 35.1% geben an, etwa gleich gesund zu sein wie vor einem Jahr. 10.8% der Patient/innen empfinden ihren Gesundheitszustand als derzeit etwas schlechter (Abbildung 13).

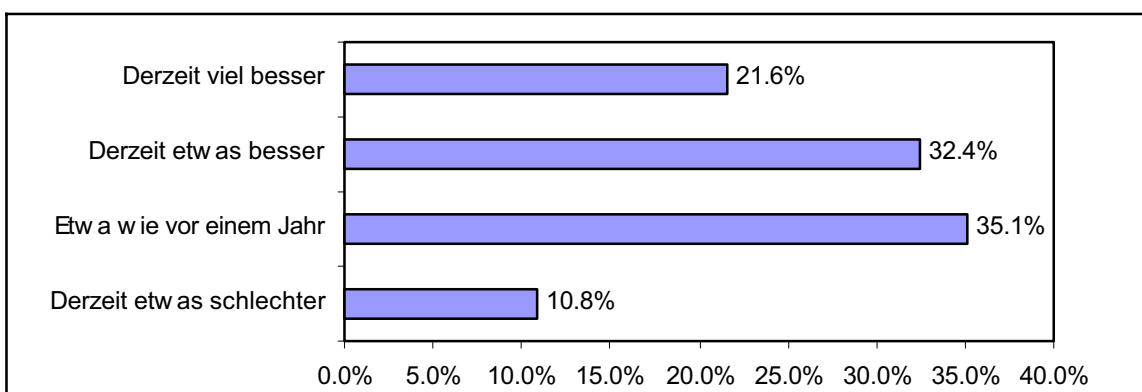


Abbildung 13: Vergleich mit Gesundheitszustand vor einem Jahr

Körperliche Funktionsfähigkeit: Zusammenfassend kann die körperliche Funktionsfähigkeit der Patient/innen überwiegend als überhaupt nicht oder nur sehr gering eingeschränkt



beurteilt werden. Bei den Items „sich beugen“, „knien“, „bücken“ (Beweglichkeit) und „anstrengende Tätigkeiten“, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben oder anstrengenden Sport treiben (Leistung), fühlten sich leicht mehr Patient/innen etwas eingeschränkt oder sogar stark eingeschränkt (Abbildung 15).

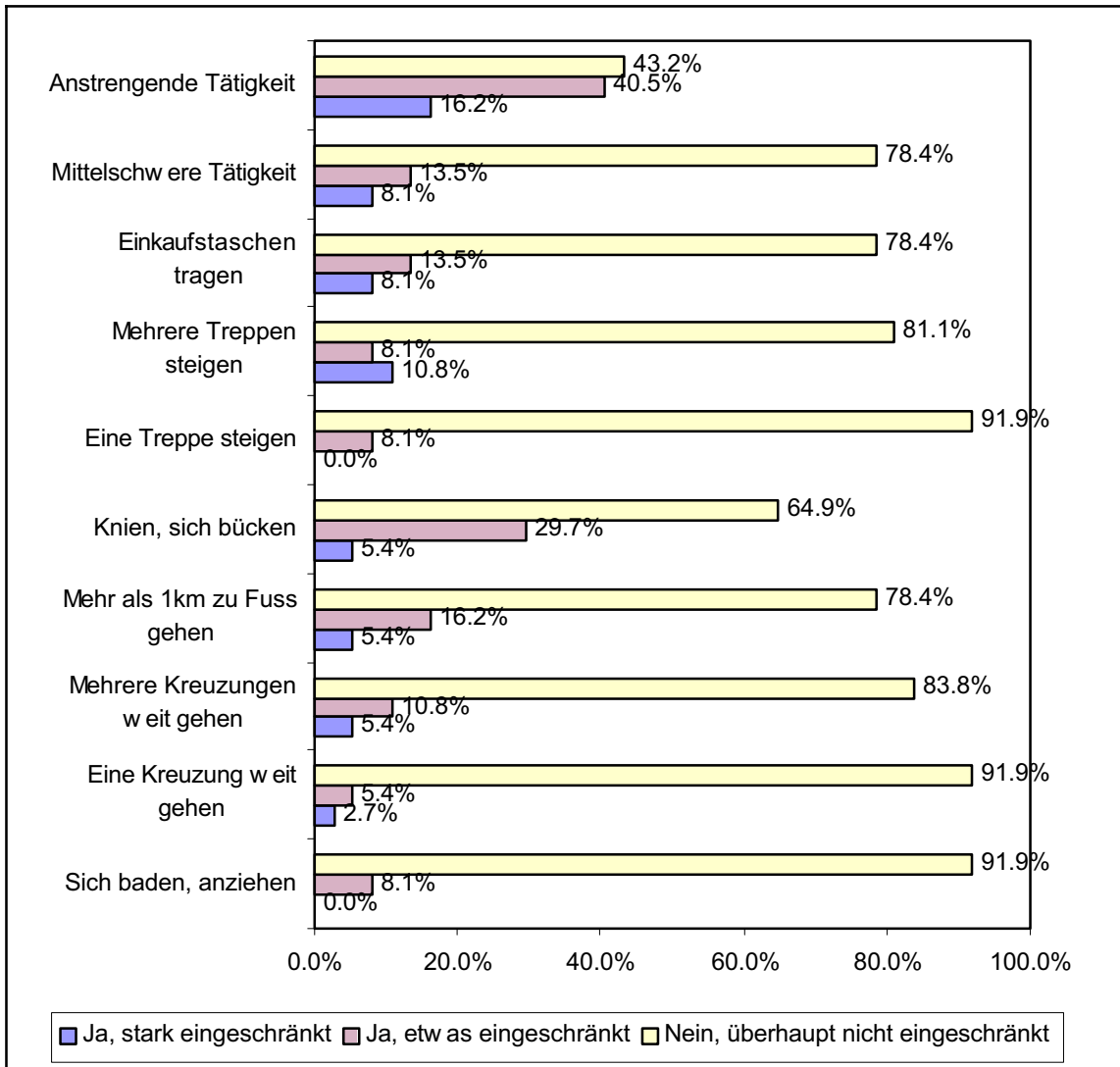


Abbildung 14: Körperliche Funktionsfähigkeit (in Prozent)

Körperliche Rollenfunktion: Im Durchschnitt haben 75% der Patient/innen keine Schwierigkeiten aufgrund ihrer körperlichen Gesundheit (Abbildung 15). 37.8% der Patient/innen haben in den letzten 4 Wochen aufgrund ihrer körperlichen Gesundheit weniger geschafft als sie wollten. 27% konnten nicht so lange wie üblich tätig sein. 18.9% hatten Schwierigkeiten bei der Ausführung und 16.2% konnten nur bestimmte Dinge tun.

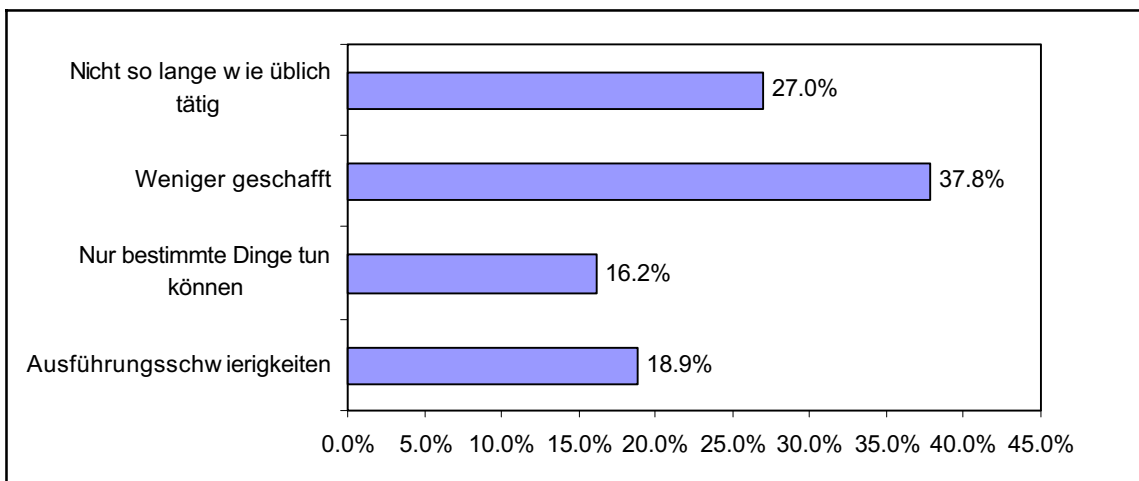


Abbildung 15: Körperliche Rollenfunktion

Emotionalen Rollenfunktion: In der emotionalen Rollenfunktion haben im Durchschnitt 76.6% der Patient/innen keine Schwierigkeiten. Aufgrund seelischer Probleme haben in den letzten 4 Wochen 35.1% der Patient/innen weniger geschafft als sie wollten. 21.6% konnten nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten und 13.5% konnten nicht so lange wie üblich tätig sein (Abbildung 16).

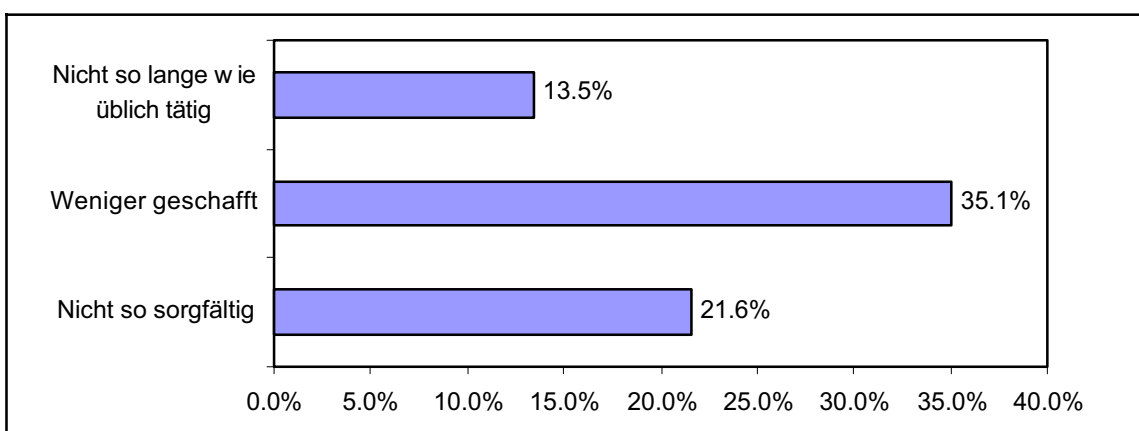


Abbildung 16: Emotionale Rollenfunktion

Soziale Funktionsfähigkeit: Die meisten Patient/innen sind in ihrer sozialen Funktionsfähigkeit überhaupt nicht oder nur selten beeinträchtigt. 56.8% der Patient/innen fühlten sich in den letzten 4 Wochen durch ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme überhaupt nicht beeinträchtigt in ihren Kontakten zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zu ihrem Bekanntenkreis. 29.7% gaben an, etwas beeinträchtigt gewesen zu sein und 13.5% fühlten sich mässig beeinträchtigt (Abbildung 17).

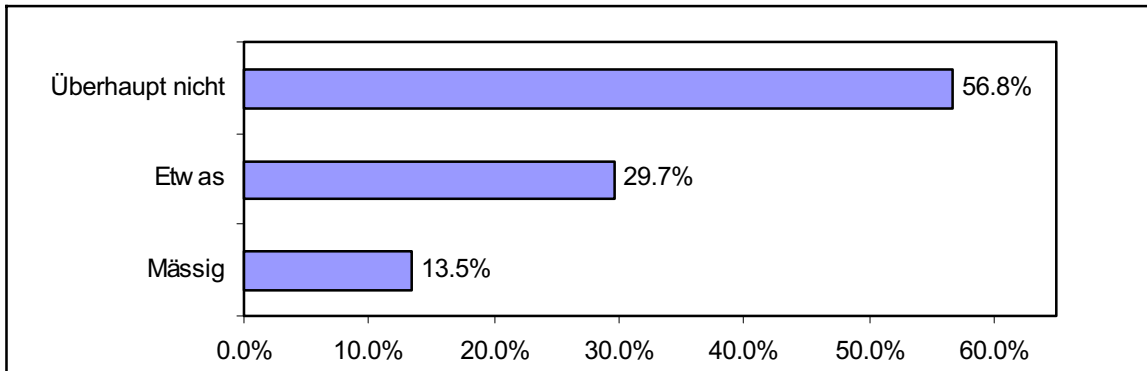


Abbildung 17: Soziale Funktionsfähigkeit, Stärke der Beeinträchtigung

Bezüglich der Häufigkeit der Beeinträchtigung geben 50% der Patient/innen an, in den letzten 4 Wochen nie wegen ihrer körperlichen Gesundheit oder seelischen Problemen im Kontakt zu anderen Menschen beeinträchtigt gewesen zu sein. 22.2% fühlten sich selten, 25% manchmal und 2.8% meistens beeinträchtigt (Abbildung 18).

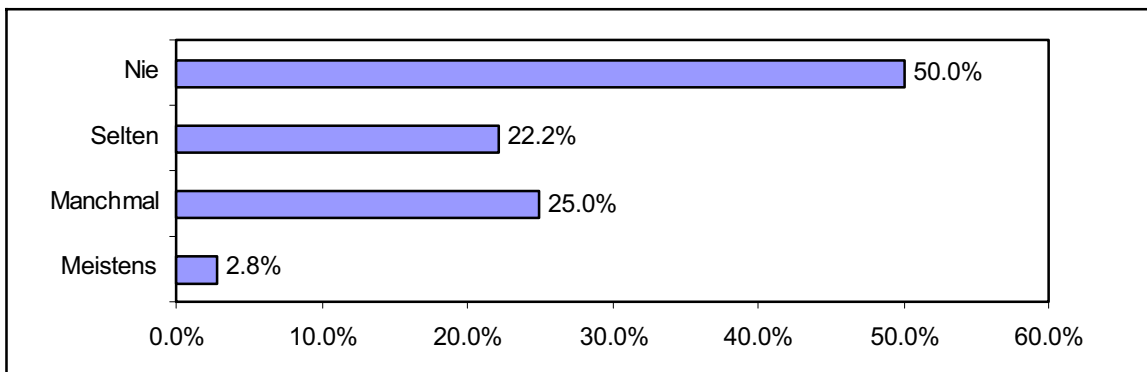


Abbildung 18: Soziale Funktionsfähigkeit, Häufigkeit der Beeinträchtigung

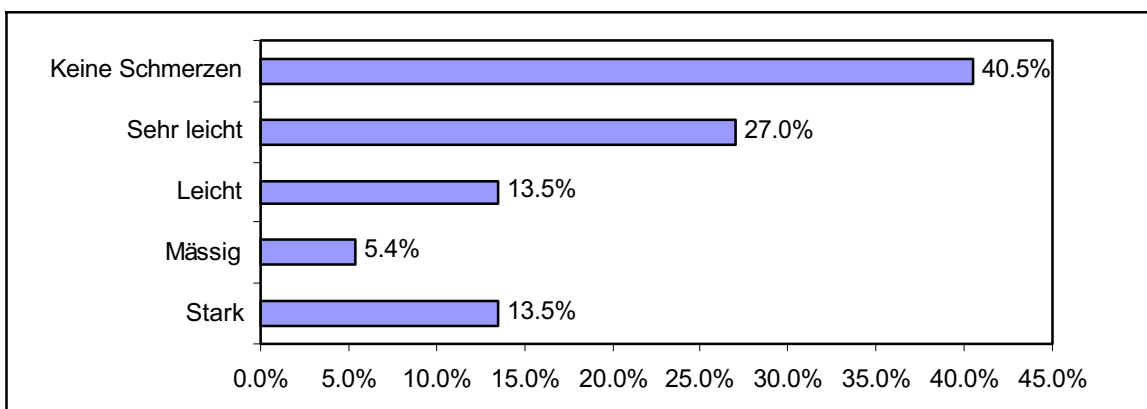


Abbildung 19: Ausmass an körperlichen Schmerzen

Schmerzen: 40.5% der Patient/innen hatten in den letzten 4 Wochen keine Schmerzen. 27% verspürten sehr leichte und 13.5% leichte Schmerzen. 5.4% empfanden ihre Schmerzen als mässig stark und 13.5% hatten starke Schmerzen (Abbildung 19).

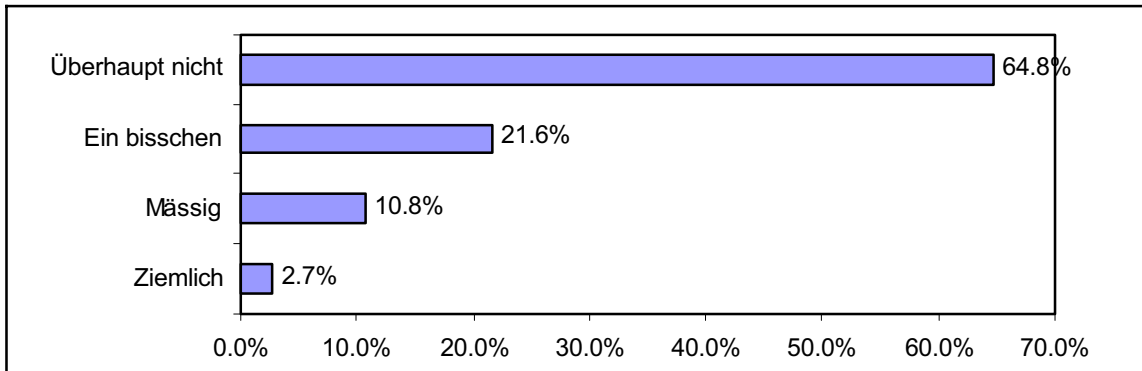


Abbildung 20: Behinderung im Alltag durch körperliche Schmerzen

Behinderung durch körperliche Schmerzen: Bei der Ausübung ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause oder im Beruf fühlten sich 64.8% der Patient/innen in den vergangenen 4 Wochen überhaupt nicht durch Schmerzen behindert. 21.6% gaben an, ein bisschen behindert gewesen zu sein. Die Behinderung empfanden 10.8% der Patient/innen als mässig und 2.7% fühlten sich ziemlich behindert (Abbildung 19 und Tabelle 17).

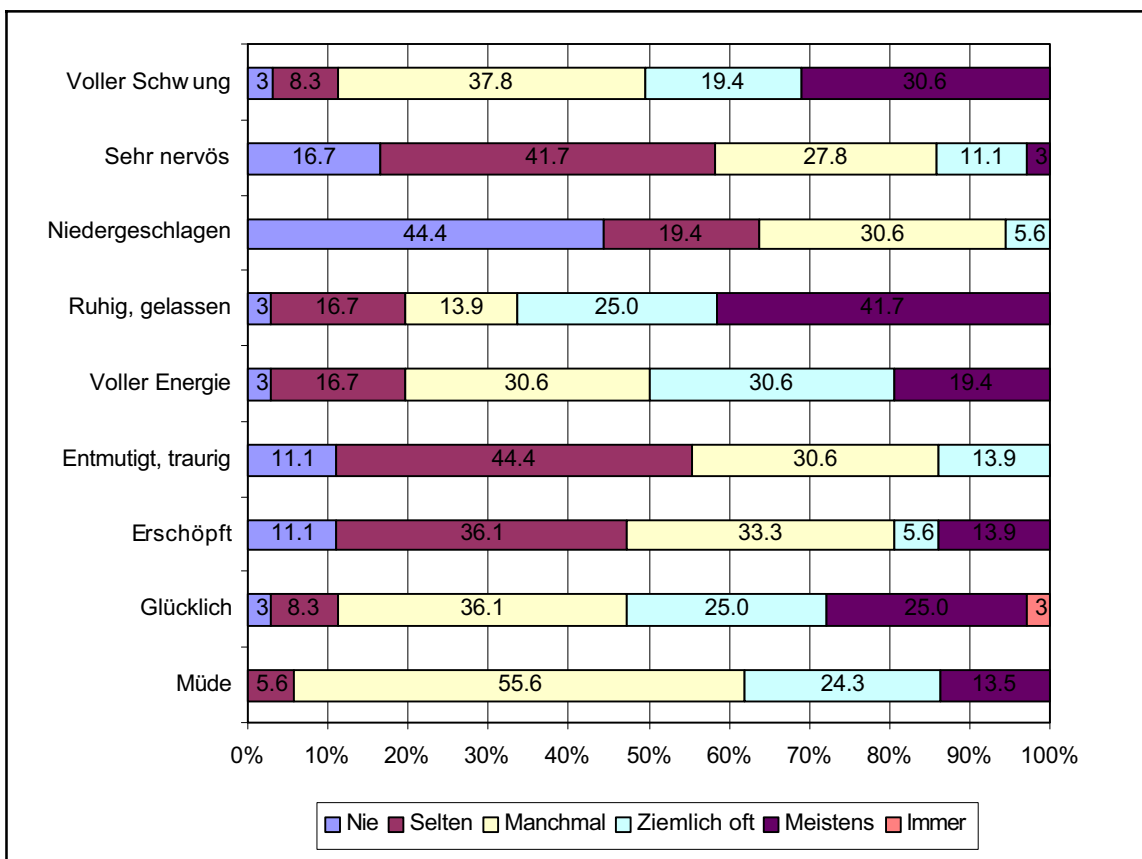


Abbildung 21: Empfundene Vitalität

Empfundene Vitalität: Nach ihrer Vitalität in den vergangenen 4 Wochen befragt (Abbildung 21), geben 50% der Patient/innen an, sich meistens oder ziemlich oft voller Schwung zu

fühlen. 38.9% hatte manchmal dieses Gefühl. 58,4% fühlen sich nie oder selten sehr nervös. Dementsprechend sind die meisten Patient/innen (66.7%) meistens oder ziemlich oft ruhig und gelassen. Auch viele Patient/innen geben an, nie oder selten niedergeschlagen zu sein (63.8%). 53% der Patient/innen sagen immer, meistens oder ziemlich oft glücklich zu sein. Die Hälfte der Patient/innen ist meistens oder ziemlich oft voller Energie. Dementsprechend geben 61.2% der Befragten an, selten oder manchmal müde zu sein und 47.2% sind nie oder selten erschöpft. Ein grosser Teil der Patient/innen ist nie oder selten entmutigt und traurig (55.5%).

#### 4.5 Attribution der Veränderung der Lebensqualität

Mit dem „Fragebogen zur Veränderung bei Psychotherapie“ (FVP) wird untersucht, auf welche Faktoren die Patienten die Veränderungen in der Lebensqualität zurückführen. In einer ersten Frage wird jeweils die Veränderung in einem Bereich eingeschätzt. Diese eingeschätzte Veränderung wird in den Folgefragen mit möglichen Einflussfaktoren in Verbindung gebracht. Als Einflüsse werden unterschieden: der Patient / die Patientin selbst, die Umgebung des Patienten / der Patientin und die Psychotherapie.

In allen Dimensionen (körperliche Befindlichkeit, emotionale Befindlichkeit und wichtigste Beziehungen) sehen die Patient/innen in erster Linie sich selbst als Verantwortlich für die Verbesserung und an zweiter Stelle die zurückliegende Psychotherapie.

Die hohe Attribution der Veränderungen auf sich selbst ist ein Zeichen für eine gute Selbstwirksamkeit. Dieses Ergebnis legt die Vermutung nahe, dass systemische Therapie die Selbstwirksamkeit und Selbstorganisation verbessert. Das würde einem Ziel der Systemischen Therapie entsprechen.

körperliche Befindlichkeit: Die meisten Patient/innen glauben, dass sich ihre körperliche Befindlichkeit seit Abschluss der Therapie verbessert hat (78.3%). Nur zwei Patient/innen glauben, dass es ihnen körperlich wenig oder viel schlechter geht (Abbildung 22).

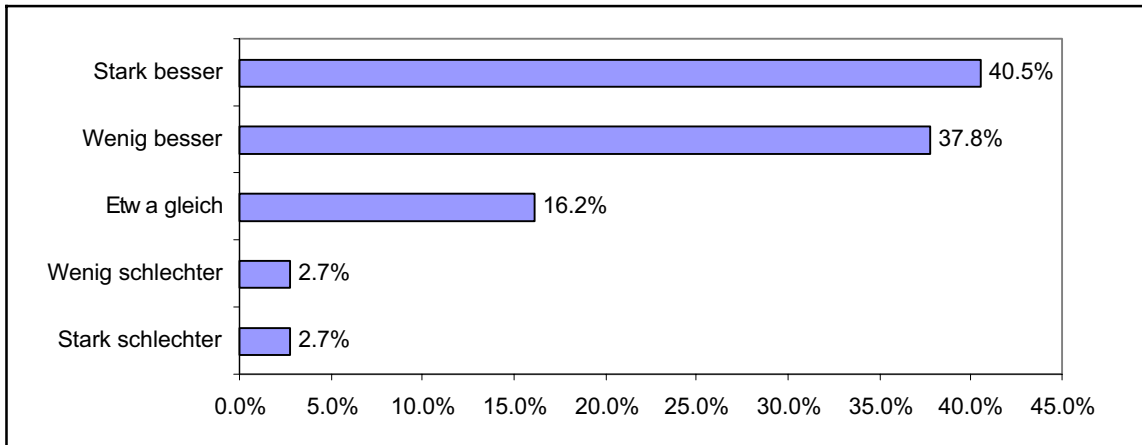


Abbildung 22: Einschätzung der Veränderung im körperlichen Empfinden

Die 28 Patient/innen, die eine Verbesserung wahrnehmen, sehen die Ursache für diese Verbesserung vor allem in der eigenen Person und etwas weniger ausgeprägt auch in der zurückliegenden Psychotherapie. Nur wenige Patient/innen führen die Verbesserung auf ihr Umfeld zurück (Abbildung 23).

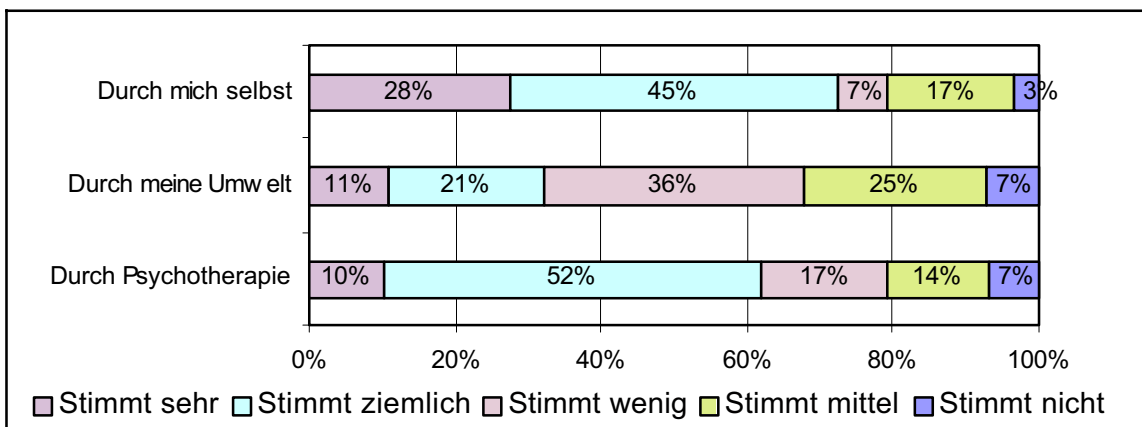


Abbildung 23: Attribution der Verbesserung im körperlichen Empfinden

Emotionale Befindlichkeit: Auch bei der emotionalen Befindlichkeit glauben die meisten Patient/innen, dass sich Ihre Befindlichkeit seit Abschluss der Therapie verbessert hat (80.6%). Nur eine Patient/innen glaubt, dass es ihm/ihr emotional wenig schlechter geht (Abbildung 24).

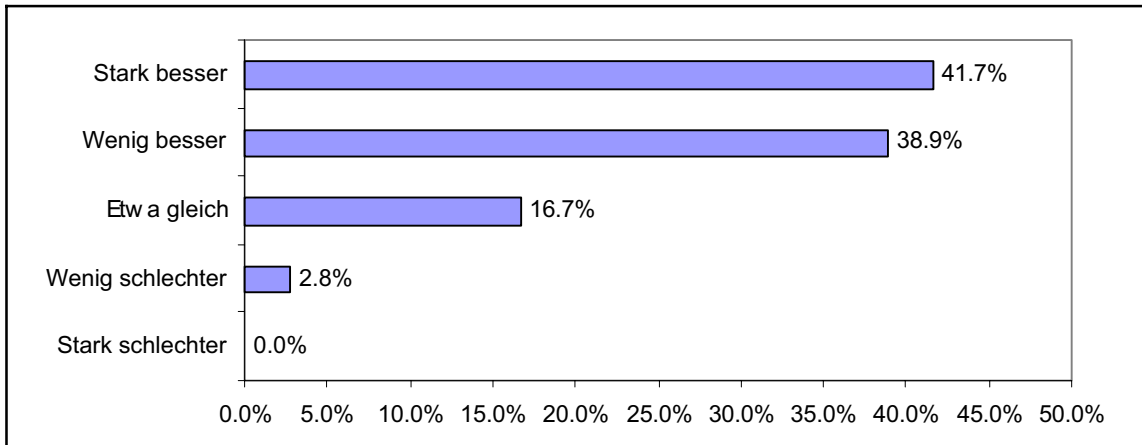


Abbildung 24: Einschätzung der Veränderung in der emotionalen Befindlichkeit

Die 29 Patient/innen, die eine Verbesserung im emotionalen Befinden wahrnehmen, sehen die Ursache für diese Verbesserung vor allem in der eigenen Person und etwas weniger ausgeprägt auch in der zurückliegenden Psychotherapie. Nur einige Patient/innen führen die Verbesserung auf ihr Umfeld zurück. (Abbildung 25).

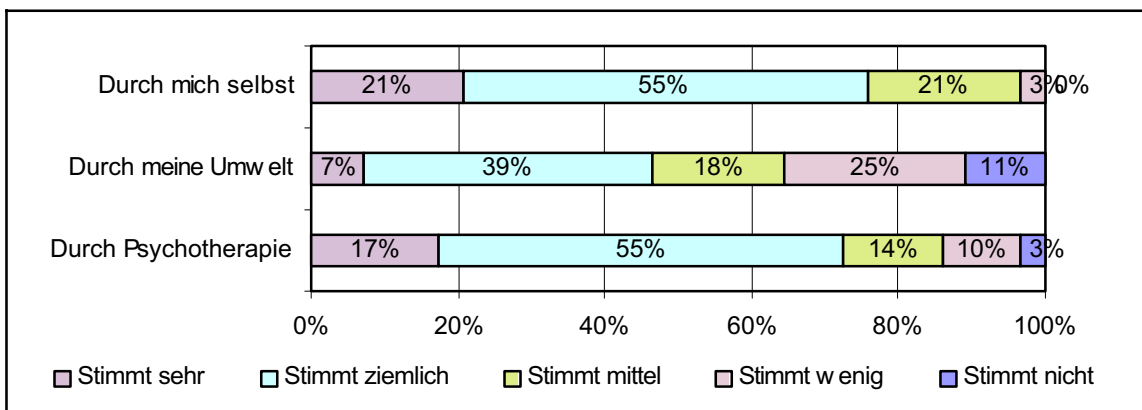


Abbildung 25: Attribution der Verbesserung in der emotionalen Befindlichkeit

Wichtigste Beziehungen: Bei den wichtigsten Beziehungen sieht ein grosser Teil der Patient/innen eine Verbesserung (72.9%). In diesem Bereich sind es jedoch 4 Patient/innen (10.8%), die mit ihren wichtigsten Beziehungen weniger zufrieden sind (Abbildung 26).

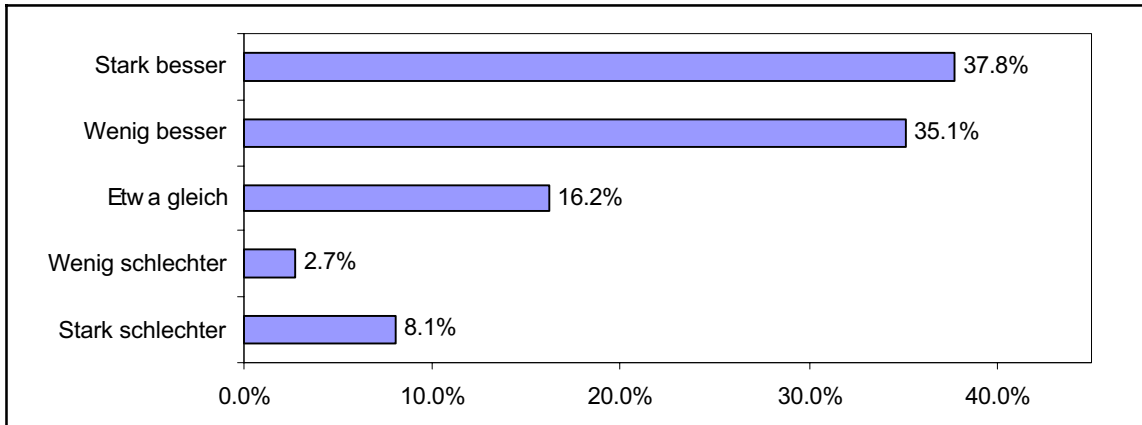


Abbildung 26: Einschätzung der Veränderung in Bezug auf die wichtigsten Beziehungen

Bei der Ursachenzuschreibung für die Verbesserung der wichtigsten Beziehungen sind die Patient/innen zurückhaltender als bei den Veränderungen im körperlichen und emotionalen Befinden. Trotzdem wiederholt sich das Bild. Die eigene Person wird als erster Ursachenfaktor gesehen, dahinter die zurückliegende Psychotherapie und nur bei wenigen Patient/innen spielt auch das Umfeld eine Rolle. (Abbildung 27)

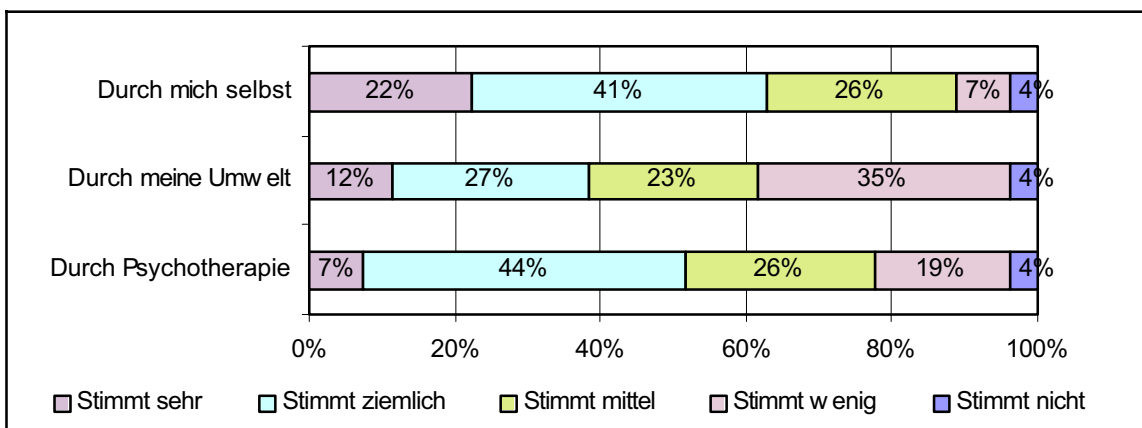


Abbildung 27: Attribution der Verbesserung der wichtigsten Beziehungen

Deutlich anders sieht die Ursachenzuschreibung bei den Patient/innen aus, die eine Verschlechterung der wichtigsten Beziehungen wahrnehmen. Wie die anderen sehen sie ihren eigenen Einfluss. Der Therapie schreiben sie hingegen nur einen kleinen Einfluss auf die Verschlechterung zu. Der Einfluss des Umfeldes wird leicht höher eingeschätzt als bei den Verbesserungen (Abbildung 28).



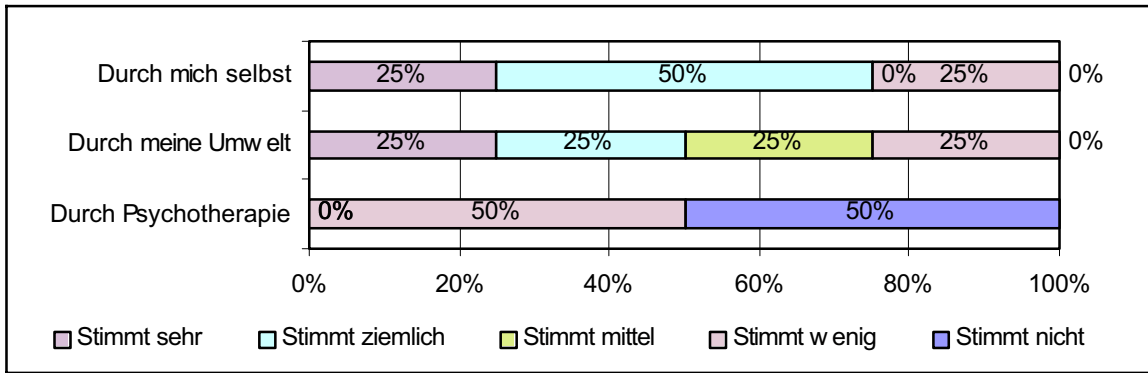


Abbildung 28: Attribution der Verschlechterung der wichtigsten Beziehungen

## 5. Diskussion und Ausblick

Abschliessend werden die Kernergebnisse und Erfahrungen aus der Untersuchung zusammengefasst und Empfehlungen für weitere Studien formuliert.

### 5.1 Zum methodischen Vorgehen

Das Vorgehen und die Methodik in der vorliegenden Praxisstudie orientieren sich an der Umsetzbarkeit im Rahmen der nicht institutionellen ambulanten Praxis. In dieser Beziehung hat sich gezeigt, dass eine systematische Überprüfung der Wirksamkeit von psychotherapeutischer Arbeit auch ausserhalb des institutionellen Rahmens möglich ist. Im Vergleich zum Bereich von institutionellen Angeboten ist das Verteilen und Einholen von Informationen und Dokumenten wesentlich schwieriger aber durchführbar.

Der für diese Katamnese entwickelte „Fragebogen zur Veränderung bei Psychotherapie FVP“ hat sich als gut beantwortbar bewährt. Aufschlussreich sind vor allem die Antworten im Bereich der Ursachenzuschreibungen. Die Gültigkeit der Einschätzung bezüglich der Veränderungen wird bei den Ergebnissen aufgegriffen. Der Fragebogen kann sicher nicht den Status eines Messinstrumentes beanspruchen, liefert aber im Bereich der Attributionen zusätzliche Informationen, die aus den anderen Instrumenten nicht gewonnen werden können.

Als Erfahrungswert zeigt sich, dass es sinnvoll ist, eine Katamnese einzuplanen, auch wenn noch nicht geklärt ist, ob eine Nachbefragung durchgeführt werden wird.

### 5.2 Zu den Ergebnissen

Aus dem Vergleich der Katamnesegruppe mit den nicht antwortenden Patient/innen kann angenommen werden, dass eine nicht geplante Selektion von längeren Behandlungen die ursprüngliche Stichprobe verändert hat. Man kann vermuten, dass die längere Behandlung zu einer höheren Bereitschaft führt, sich an der Katamnese zu beteiligen. Für die Vergleiche der drei Zeitpunkte wird die auf 36 Patient/innen reduzierte Stichprobe verwendet, die im Bereich der Symptome bei Beginn der Therapie stärker belastet ist.

Symptombelastung: Bei dieser stärker belasteten Gruppe zeigen sich mittlere bis grosse Effekte bei der Reduktion der Symptombelastung. Zwischen Therapieabschluss und Nachbefragung findet ein leichter Anstieg der Belastung statt. Dieser leichte Anstieg der

Belastung zwischen Therapieabschluss und Nachbefragung wird auch in anderen Untersuchungen beobachtet (Puschner, Haug, Häfner & Kordy, 2002; Feilen, 2002 ).

Dieser leichte Rückgang kann mit zwei möglichen Ursachen in Verbindung gebracht werden. Es kann sein, dass während einer effektiven Therapie selbst Patient/innen mit schwierigen Voraussetzungen in einen gesunden Bereich gelangen, den sie anschliessend ohne die therapeutische Unterstützung, nicht mehr halten können. Das würde bedeuten, dass diese Verschlechterung der Resultate in einigen Skalen des SCL-90-R sogar als Anzeichen für die Effektivität einer Therapie interpretiert werden kann.

Eine andere Erklärung greift den Moment der Erleichterung auf. Es kann sein, dass die Erleichterung durch die Reduktion der Belastung am Ende der Psychotherapie das Selbstempfinden so erhöht, dass die Patient/innen ihren Zustand überschätzen. Diese Überschätzung wird bis zur Katamnese durch eine realistische Selbsteinschätzung eingeholt.

Als zentrales Ergebnis bezüglich der Symptombelastung kann festgehalten werden, dass die untersuchten Systemischen Behandlungen wirksam sind und dass die Reduktion der Symptombelastungen nachhaltig ist. Die Effektestärken liegen im Bereich mittlerer und grosser Effekte. Aus den Analysen zur klinischen Signifikanz zeigt sich, dass bis zur Katamnese 31% der Patient/innen als geheilt gelten und weitere 28% sind verbessert aber noch nicht geheilt. Im Vergleich mit anderen Untersuchungen können diese Ergebnisse als gut eingestuft werden (Schauenberg & Strack, 1998).

Beziehungsdimensionen: Im Bereich der Beziehungsdimensionen der Familienbogen zeigt sich, dass die Katamnesegruppe bei Therapiebeginn weniger belastet ist als die Patient/innen, für die keine Katamnesedaten vorliegen. Trotz dieser geringeren Belastung bei Beginn zeichnen sich bis zum Therapieende deutlichere Verbesserungen ab als in der gesamten Stichprobe. Dieses Ergebnis widerspricht dem, was zu erwarten wäre und sollte in einer vertieften Analyse genauer betrachtet werden.

Gestützt auf das Verlaufsmodell von Howard (1993), wird in der ersten Untersuchung (Grünwald & von Massenbach, 2001) die Vermutung aufgestellt, dass die Veränderungen in den Beziehungsdimensionen mehr Zeit in Anspruch nehmen. Diese Vermutung wird durch die Katamnese gestützt. Im Vergleich der drei Messzeitpunkte zeigt sich, dass in einer Reihe von Dimensionen (Kommunikation, Emotionalität, Beziehungsaufnahme, Kontrolle und übereinstimmende Werte u. Normen) zwischen Therapieende und

Nachbefragung eine Verbesserung stattfindet. Diese Verbesserung nach Therapieabschluss würde in die dritte Phase im Modell von Howard passen, nach dem sich in der dritten Phase eine verbesserte Bewältigung des Alltags einstellt (Rehabilitation).

Die Patient/innen, für die Katamnesedaten vorliegen, sind bei Therapiebeginn in ihren Beziehungen weniger belastet als die Patientinnen der gesamten Stichprobe. Obwohl sie die Therapie in diesem Bereich mit einer geringeren Belastung beginnen, ist die Reduktion der Belastung deutlicher als in der gesamten Stichprobe. Bei der Auswertung der Familienbogen wurden alle Patient/innen ausgeschlossen, die sich getrennt haben oder neu geschieden sind. Dieses Zusammentreffen legt die Vermutung nahe, dass der Ausschluss der Patient/innen mit Trennung das Ergebnis im Bereich der Beziehungsveränderungen beeinflusst. Die Frage, welchen Einfluss eine Trennung während oder nach Abschluss einer Therapie auf das Ergebnis der Therapie hat, sollte Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.

Selbsteinschätzung: Die Patienten schätzen die Veränderung der Befindlichkeit seit Abschluss der Therapie zu positiv ein. Über 70% der Patient/innen geben an, dass sich das Befinden seit Abschluss sowohl körperlich als auch emotional stark oder wenig verbessert hat. Gleichzeitig findet in der Phase zwischen Therapieende und Nachbefragung eine leichte Zunahme der Symptome statt. Die Einschätzung der Verbesserung ist mit Vorsicht aufzunehmen. Es ist vermutlich mehr als ein Zeichen der Hoffnung und positiven Lebenseinstellung zu sehen, dass fast alle Patienten glauben, es gehe ihnen zum Zeitpunkt der Nachbefragung besser als bei Therapieabschluss (Alloy, L.B. & Abramson, L.Y., 1979).

Die Zuschreibungen der Verbesserung gehen in erster Linie auf die eigene Person und an zweiter Stelle auf die Therapie. Diese Einschätzung weist auf ein gutes Mass an Verantwortungsübernahme, eine internale Kontrollüberzeugung und eine hohe Selbstwirksamkeit hin. Gleichzeitig wird die Therapie bei den Verbesserungen als zweiter wichtiger Faktor anerkannt. Die vier Patient/innen, die mit den Beziehungen weniger zufrieden sind als bei Therapieende führen diese Verschlechterung vor allem auf sich selbst und das Umfeld zurück, nicht aber auf die zurückliegende Therapie.

Wie weit systemische Therapie die Selbstwirksamkeit verbessert, sollte Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.

Gesundheitszustand: Die Gesundheit zum Zeitpunkt der Nachbefragung kann als gut eingeschätzt werden. In den eher somatischen Skalen geht es den Patient/innen leicht besser als der Normstichprobe und im Bereich der emotionalen Befindlichkeit, der Beziehungen und der Vitalität liegen die Personen der Katamnese leicht tiefer als die Normstichprobe.

Lebensveränderung: Die Lebensverhältnisse haben sich zwischen Therapieabschluss und Nachbefragung stärker verändert als während der Therapie. Bei der im Durchschnitt sehr kurzen Dauer der Behandlungen ist es auch verständlich, dass sich in der nachfolgenden längeren Zeit mehr verändern kann. Die Veränderungen im Sinne einer Verbesserung zu werten ist nicht ganz einfach. Bei den Veränderungen in der beruflichen Situation geben 14.6% eine erhöhte Arbeitsfähigkeit an, was als Erfolg zu werten ist. Auch die 19.6% der Patient/innen, die den Arbeitsplatz wechseln, vermitteln das Bild einer aktiven Lebensgestaltung.

### 5.3 Dauer der Behandlungen

Mit der Katamnese ist die zentrale Frage der Nachhaltigkeit ambulanter systemischer Therapie beantwortet. Die guten Behandlungseffekte, die sich in der Prä-Post Untersuchung gezeigt haben, bleiben bestehen. In der zugrunde liegenden Prä-Post-Untersuchung wurde ausführlich auf die Behandlungen und auch auf die Behandlungsdauer eingegangen. „Eine Therapieform mit im Durchschnitt 10 Sitzungen und einer durchschnittlichen Dauer von 40 Wochen kann mit den hier erzielten Wirksamkeitsbelegen, als effiziente Therapieform beurteilt werden. 10 Sitzungen als Durchschnittswert für systemische Therapien im interpersonellen Setting besagt auch, dass systemische Praxis vor allem eine Praxis der Kurzzeittherapie ist.“ In der laufenden Diskussion um Qualität, Wirksamkeit und Effizienz von Psychotherapie bestehen auch Auseinandersetzungen über die „richtige Dauer“ von Psychotherapie.

Der Vergleich der Katamnesegruppe mit den Patient/innen, die nicht antworten, zeigt, dass die Katamnesegruppe bei Therapiebeginn im Bereich der Symptome stärker belastet ist und mit mehr Sitzungen über einen längeren Zeitraum behandelt wird. Die Behandlungen der Katamnesegruppe erreichen leicht höhere Effektstärken in der Reduktion der Symptome bis zum Abschluss der Behandlung.

In der Diskussion um die Behandlungsdauer sollte die Dauer und die Anzahl der Sitzungen immer zusammen mit der Belastung und der erreichten Belastungsreduktion betrachtet werden.

#### 5.4 Vergleichbarkeit verschiedener Ansätze

Die Ergebnisse von Untersuchungen zur Ergebnisqualität von Psychotherapie sollen auch wieder zurückfließen und die Diskussion über Behandlungsansätze und die Methodentwicklung befruchten. So muss es auch ein Ziel sein, die Ergebnisse so zu präsentieren, dass sie so leicht wie möglich verglichen werden können.

Die Effektstärken unterliegen bei der Berechnung einem Methodeneinfluss, der dazu führt, dass in homogenen Stichproben, wie sie typischerweise in Kontrollgruppen entstehen, gleich grosse Unterschiede höhere Effekte erreichen. Um diesen Berechnungsbias durch das Setting auszuschliessen, wäre es möglich, für die Berechnung der Effektstärken nicht die Standardabweichung der Stichprobe sondern der Normstichprobe zu verwenden. Das ist statistisch vielleicht etwas weniger korrekt, würde es aber erlauben, Effektstärken unterschiedlicher Studien zu vergleichen.

Um die Ergebnisse von unterschiedlichen Studien besser zu vergleichen, wäre es auch sinnvoll, die erzielten Veränderungen und die Dauer der Behandlung in einer Zahl zu verarbeiten. Um die unterschiedlichen Sitzungsfrequenzen von verschiedenen Richtungen zu berücksichtigen, müsste man vermutlich zwei Kennzahlen einsetzen: Effektstärke pro Anzahl Sitzungen und Effektstärke pro Anzahl Wochen Behandlungsdauer.

Vielleicht kann der Einsatz von erweiterten Kenngrößen einen Beitrag dazu leisten, dass sich die Qualitätssicherung von einem notwendigen Übel zu einer geschätzten Möglichkeit, die therapeutische Arbeit zu reflektieren, entwickelt.

# Anhang

## 1.1 Instrumente

Lebenssituation seit Abschluss der Behandlung

Dauer seit Abschluss der Therapie in Monaten: \_\_\_\_\_

Welche Unterstützungen haben Sie seit dem Abschluss der Behandlung in Anspruch genommen?

Wegen der gleichen Belastung die damals der Anlass für die Behandlung war. (Mehrere Angaben möglich)	Wegen einer anderen Belastung (Mehrere Angaben möglich)
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> 1 bis 2 Nachbesprechungen mit dem Therapeuten</li><li><input type="checkbox"/> Neue ambulante Behandlung (Psychotherapie, Psychiatrie)</li><li><input type="checkbox"/> Körperliche Behandlung durch den Hausarzt</li><li><input type="checkbox"/> Neue stationäre Behandlung (Psychotherapie, Psychiatrie)</li><li><input type="checkbox"/> Behandlung mit Medikamenten (Psychopharmaka)</li><li><input type="checkbox"/> Konsultierung von sozialen Unterstützungsdiensten (Beratungsstelle, Soziale Institution, Sozialdienst)</li><li><input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe, Laienhilfe</li><li><input type="checkbox"/> Krisenintervention</li><li><input type="checkbox"/> Keine, wäre aber nötig gewesen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Neue ambulante Behandlung (Psychotherapie, Psychiatrie)</li><li><input type="checkbox"/> Körperliche Behandlung durch den Hausarzt</li><li><input type="checkbox"/> Neue stationäre Behandlung (Psychotherapie, Psychiatrie)</li><li><input type="checkbox"/> Behandlung mit Medikamenten (Psychopharmaka)</li><li><input type="checkbox"/> Konsultierung von sozialen Unterstützungsdiensten (Beratungsstelle, Soziale Institution, Sozialdienst)</li><li><input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe, Laienhilfe</li><li><input type="checkbox"/> Krisenintervention</li><li><input type="checkbox"/> Keine, wäre aber nötig gewesen</li></ul>

Falls neue oder alte Symptome aufgetreten sind, wie lange waren Sie nach Therapieende beschwerdefrei? \_\_\_\_\_ Monate       Es sind keine Symptome aufgetreten.

Aktuelle berufliche Situation seit Therapieende (2 Nennungen möglich)
<input type="checkbox"/> unverändert <input type="checkbox"/> Arbeitsplatzwechsel <input type="checkbox"/> erhöhte Arbeitszeit <input type="checkbox"/> verminderte Arbeitszeit <input type="checkbox"/> neu in Ausbildung <input type="checkbox"/> neu erwerbstätig <input type="checkbox"/> neu Altersrente/pensioniert <input type="checkbox"/> neu geschützter Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> neu arbeitslos <input type="checkbox"/> nicht mehr erwerbstätig <input type="checkbox"/> neu Erwerbsunfähigkeitsrente (IV)

Aktuelle Arbeitsfähigkeit seit Therapieende
<input type="checkbox"/> unverändert <input type="checkbox"/> wieder arbeitsfähig <input type="checkbox"/> nicht mehr arbeitsfähig  Grad der Arbeitsfähigkeit in %  _____ %

Veränderung der familiären Situation seit Therapieende (max. 2 Nennungen):
<input type="checkbox"/> unverändert <input type="checkbox"/> neu Partnerschaft <input type="checkbox"/> wieder mit Partner/In <input type="checkbox"/> neu verheiratet <input type="checkbox"/> neu geschieden <input type="checkbox"/> neu getrennt <input type="checkbox"/> neu verwitwet <input type="checkbox"/> weiteres Kind <input type="checkbox"/> weiteres Geschwister

Veränderung der Wohnsituation seit Therapieende (max. 2 Nennungen):
<input type="checkbox"/> unverändert <input type="checkbox"/> neu allein <input type="checkbox"/> neu mit Partner/In <input type="checkbox"/> wieder mit Partner/In <input type="checkbox"/> neu mit Kindern <input type="checkbox"/> wieder bei Eltern <input type="checkbox"/> neu Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> neu institutionell geschützte Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> andere



Fragebogen zur Veränderung bei Psychotherapie FVP

Mit diesem Fragebogen möchten wir erfahren, wie sich Ihre Lebensqualität seit dem Abschluss Ihrer psychotherapeutischen Behandlung verändert hat und worauf Sie diese Veränderung zurück führen.

		stark schlechter (1)	wenig schlechter (2)	etwa gleich (3)	wenig besser (4)	stark besser (5)
1	Wie hat sich Ihre körperliche Befindlichkeit seit dem Abschluss Ihrer Behandlung verändert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Stimmt nicht (1)	Stimmt wenig (2)	Stimmt mittel (3)	Stimmt ziemlich (4)	Stimmt sehr (5)
2	Diese Veränderung führe ich auf mich selbst zurück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Diese Veränderung führe ich auf meine Umgebung zurück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Diese Veränderung führe ich auf die zurückliegende psychotherapeutische Behandlung zurück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		stark schlechter (1)	wenig schlechter (2)	etwa gleich (3)	wenig besser (4)	stark besser (5)
5	Wie hat sich Ihre seelische, emotionale Befindlichkeit seit dem Abschluss Ihrer Behandlung verändert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Stimmt nicht (1)	Stimmt wenig (2)	Stimmt mittel (3)	Stimmt ziemlich (4)	Stimmt sehr (5)
6	Diese Veränderung führe ich auf mich selbst zurück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Diese Veränderung führe ich auf meine Umgebung zurück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Diese Veränderung führe ich auf die zurückliegende psychotherapeutische Behandlung zurück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		stark schlechter (1)	wenig schlechter (2)	etwa gleich (3)	wenig besser (4)	stark besser (5)
9	Wie hat sich Ihre Zufriedenheit in Bezug auf Ihre wichtigsten Beziehungen verändert (Partner, Familie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Stimmt nicht (1)	Stimmt wenig (2)	Stimmt mittel (3)	Stimmt ziemlich (4)	Stimmt sehr (5)
10	Diese Veränderung führe ich auf mich selbst zurück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Diese Veränderung führe ich auf meine Umgebung zurück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Diese Veränderung führe ich auf die zurückliegende psychotherapeutische Behandlung zurück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 1.2 Tabellen

	Mittel mit Katamnese	Mittel ohne Katamnese	p	sig
Behandlungsdauer in Wochen	49.7	31.5	0.005	**
Anzahl Therapiesitzungen	14.4	8.0	0.001	**

Tabelle 11: Unterschiede in der Behandlungsdauer der Gruppen

	Anzahl	Anteil %	Anteil % der gültigen Werte
Ausgezeichnet	2	5.4	5.4
Sehr gut	17	45.9	45.9
Gut	10	27.0	27.0
Weniger gut	6	16.2	16.2
Schlecht	2	5.4	5.4
Total	37	100.0	100.0

Tabelle 12: Gesundheitszustand allgemein

	Anzahl	Anteil %	Anteil % der gültigen Werte
Derzeit viel besser	8	21.6	21.6
Derzeit etwas besser	12	32.4	32.4
Etwa wie vor einem Jahr	13	35.1	35.1
Derzeit etwas schlechter	4	10.8	10.8
Total	37	100.0	100.0

Tabelle 13: Vergleich mit Gesundheitszustand vor einem Jahr

	stark ein- geschränkt %	etwas ein- geschränkt %	überhaupt nicht einge- schränkt %
Anstrengende Tätigkeit	16.2	40.5	43.2
Mittelschwere Tätigkeit	8.1	13.5	78.4
Einkaufstaschen tragen	8.1	13.5	78.4
Mehrere Treppen steigen	10.8	8.1	81.1
Eine Treppe steigen	0	8.1	91.9
Knien, sich bücken	5.4	29.7	64.9
Mehr als 1km zu Fuss gehen	5.4	16.2	78.4
Mehrere Kreuzungen weit gehen	5.4	10.8	83.8
Eine Kreuzung weit gehen	2.7	5.4	91.9
Sich baden, anziehen	0	8.1	91.9

Tabelle 14: Körperliche Funktionsfähigkeit

Beeinträchtigung aus körperlichen Gründen	Ja		Nein	
	Anzahl	Anteil %	Anzahl	Anteil %
Nicht so lange wie üblich tätig sein	10	27.0	27	73.0
Weniger geschafft	14	37.8	23	62.2
Nur bestimmte Dinge tun können	6	16.2	31	83.8
Ausführungsschwierigkeiten	7	18.9	30	81.1

Tabelle 15: Körperliche Rollenfunktion

Beeinträchtigung aus emotionalen Gründen	Ja		Nein	
	Anzahl	Anteil %	Anzahl	Anteil %
Nicht so lange wie üblich tätig sein	5	13.5	32	86.5
Weniger geschafft	13	35.1	24	64.9
Nicht so sorgfältig	8	21.6	29	78.4

Tabelle 16: Emotionale Rollenfunktion

	Anzahl	Anteil %	Anteil % der gültigen Werte
Überhaupt nicht	21	56.8	56.8
Etwas	11	29.7	29.7
Mässig	5	13.5	13.5
Total	37	100.0	100.0

Tabelle 17: Soziale Funktionsfähigkeit, Stärke der Beeinträchtigung

	Anzahl	Anteil %	Anteil % der gültigen Werte
Nie	18	48.6	50.0
Selten	8	21.6	22.2
Manchmal	9	24.3	25.0
Meistens	1	2.7	2.8
Total	36	97.3	100.0
Fehlende Angabe	1	2.7	
Total	37	100.0	

Tabelle 18: Soziale Funktionsfähigkeit, Häufigkeit der Beeinträchtigung

	Anzahl	Anteil %	Anteil % der gültigen Werte
Keine Schmerzen	15	40.5	40.5
Sehr leicht	10	27.0	27.0
Leicht	5	13.5	13.5
Mässig	2	5.4	5.4
Stark	5	13.5	13.5
Total	37	100.0	100.0

Tabelle 19: Ausmass an körperlichen Schmerzen

	Anzahl	Anteil %	Anteil % der gültigen Werte
Überhaupt nicht	24	64.8	64.8
Ein bisschen	8	21.6	21.6
Mässig	4	10.8	10.8
Ziemlich	1	2.7	2.7
Total	37	100.0	100.0

Tabelle 20: Behinderung im Alltag durch körperliche Schmerzen

	Nie %	Selten %	Manchmal %	Ziemlich oft %	Meistens %	Immer %
Voller Schwung	2.8	8.3	38.9	19.4	30.6	0
Sehr nervös	16.7	41.7	27.8	11.1	2.8	0
Niedergeschlagen	44.4	19.4	30.6	5.6	0	0
Ruhig, gelassen	2.8	16.7	13.9	25.0	40.5	0
Voller Energie	2.8	16.7	30.6	30.6	19.4	0
Entmutigt, traurig	11.1	44.4	30.6	13.9	0	0
Erschöpft	11.1	36.1	33.3	5.6	13.9	0
Glücklich	2.8	8.3	36.1	25.0	25.0	2.8
Müde	0	5.6	55.6	24.3	13.5	0

Tabelle 21: Empfundene Vitalität

## Literaturverzeichnis

Alloy, L.B. & Abramson, L.Y. (1979): Judgement of contingency in depressed and nondepressed students: sadder but wiser?. *Journal of Experimental Psychology: General*, 108 (4), 441-485.

Anthenien, L. & Grünwald, H. St. (1996). Qualitätssicherung (QS) in der ambulanten psychiatrischen Grundversorgung: Drei Jahre Erfahrungen mit einem Praxismodell am Psychiatriezentrum Oberwallis, *Schweizerische Ärztezeitung*, 77 (35), 1393-1399.

Berger, M. (1995). Qualitätssicherung – eine Standortbestimmung. In H.J. Haug & R.

Binswanger, B. (1996). Qualitätskontrolle auf einer Psychotherapiestation: Installation und Ergebnisse einer Routinemessung des Interventionseffektes, Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich.

Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1995). Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handbuch für die deutschsprachige Fragebogenversion. Medical Outcomes Trust.

Cierpka, M. & Frevert, G. (1994). Die Familienbögen. Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Cording, C. (1995). Basisdokumentation und Ergebnisqualität. In W. Gaebel (Hrsg.). *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus*. (S. 173-182). Wien: Springer Verlag.

Dausch, B.M., Miklowitz, D.J. & Richards, J.A. (1996). Global assessment of relational functioning scale (GARF). II. Reliability and validity in a sample of families of bipolar patients. *Family Process*, 35, 175-189.

Derogatis, L.R. (1977). SCL-90 R. Administration, scoring and procedures manual for the r(evised) version. Johns Hopkins University (School of Medicin).

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hrsg). (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Verlag Hans Huber.

Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archive of General Psychiatry*, 33, 776, 771.

- Franke, G. (1995). SCL90R Die Symptom Checkliste von Derogatis. Göttingen: Beltz.
- Gaebel, W. (1995). Qualitätssicherung in der Psychiatrie: Konzept, Methodik, Durchführung, *Nervenarzt*, 66, 481-493.
- Garfield, S., Bergin, A. (Hg.) (1994). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis*. New York: Wiley.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Profession zur Konfession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. & Braun, U. (1994). Qualitätskontrolle in der ambulanten Praxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 242-267.
- Group for the Advancement of Psychiatry, Committee on the Family (1996). Global assessment of relational Functioning scale (GARF): I. Background and rationale. *Family Process*, 35, 155-172.
- Grünwald, H. St., et al. (1999). Ergebnisqualität systemische Therapie. In: *System Familie 12*: S.17-24, Wien: Springer-Verlag.
- Grünwald, H. St. & Anthienen, L. (1997). Qualitätssicherung in der ambulanten Psychiatrie: Ein Praxismodell am Psychiatriezentrum Oberwallis (PZO). *Psycho-scope*, 18 (2), 7-10.
- Grünwald, H. St. & von Massenbach, K. (2001). Ergebnisqualität Ambulanter Systemischer Therapie (EAST) – Eine multizenterstudie in der deutschsprachigen Schweiz. Online publiziert auf [www.orgalife.ch/east.html](http://www.orgalife.ch/east.html).
- Hannöver, W., Dogs, C.P. & Kordy, H. (2000). Patientenzufriedenheit – ein Mass für Behandlungserfolg? *Psychotherapeut*, 45, 292-300.
- Heekerens, H. P. (1988). Systemische Familientherapie auf dem Prüfstand. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 17 (2), 93-105.
- Heuft, G. & Senf, W. (Hrsg). (1998). *Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie; Das Manual zur Psy-BaDo*. Stuttgart; New York: Thieme.

Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S. & Martinovic, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61, 678-685.

Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.

Kiresuk, Th. & Shermann, R. E. (1968). Goal attainment scaling: a general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4, 443-453.

Kordy, H. & Lutz, W. (1995). Das Heidelberger Modell: Von der Qualitätskontrolle zum Qualitätsmanagement stationärer Psychotherapie durch EDV-Unterstützung. *Psychotherapie Forum*, 3, 197-206.

Laireiter, A.-R. (1995). Auf dem Weg zur Professionalität: Qualität und Qualitätssicherung für die Psychotherapie. *Psychotherapie Forum*, 3, 175-185.

Lutz, W., Stammer, H., Leeb, B., Dötsch, M., Bölle, M. & Kordy, H. (1996). Das Heidelberger Modell der Aktiven Internen Qualitätssicherung stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 41, 25-35.

Margraf, J., Hoffmann, S.O. (2000). In: *Systemische Therapie, System Familie*, 13: 77-83, Wien: Springer-Verlag.

McCrone, P., Thornicroft, G., Nathanel-James, D. & Ojurongbe, W. (1998). Predictors of mental health service costs for representative cases of psychosis in South London. *Psychological Medicine*.

McNair, D. M., Lorr, M. & Toppelman, L. F. (1971). *Manual for the profile of mood states*. San Diego, California: Educational and industrial testing service.

Meins, W., Jacobsen, G., Stratmann, Ch. (1995). Soziale Anpassung psychiatrischer Patienten: Evaluation einer modifizierten Version der GAF-Skala. *Psychiatrische Praxis*, 22, 206-208.



Ochs, M., von Schlippe, A. & Schweitzer-Rothers, J. (1997). Evaluationsforschung zur systemischen Paar- und Familientherapie. Methodik, Ergebnisse und Kritik von Sekundäranalysen. *Familiendynamik*, 22, 34-63.

Pinsof, W. M., & Wynne, L.C. (1995). The Efficacy of Marital and Family Therapy: *Journal of Marital and Family Therapy*, 21 (4).

Ruggeri, M. & Tansella, M. (1996). Individual patient outcomes. In H. Ch. Knudsen & G. Thornicroft (Eds.). *Mental health service evaluation*. (S. 281.295). Cambridge: University Press.

Schauenburg, H. & Strack, M. (1998). Die Symptom Checklist 90 R (SCL-90-R) zur Darstellung von statistisch- und klinisch-signifikanten Psychotherapieergebnissen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 47, 257-264.

Schiepek, G., (1999). *Die Grundlagen der systemischen Therapie: Theorie - Praxis – Forschung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schmidt, J., Lamprecht F. & Wittmann, W. W. (1989). Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 39, 248-255.

Schulte, D. (1993). Wie soll Psychotherapieerfolg gemessen werden? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22, 374-393.

Schulz, W., Hoyer, H. & Halweg, K. (1998). Qualitätssicherung ambulanter Psychotherapie: Erste Ergebnisse einer Evaluierung der Verhaltenstherapie-Ambulanz der Technischen Universität Braunschweig. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (1998). *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung*. Ein Werkstattbuch (S. 134-156). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie.

Seligmann, M.E.P. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy. The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50, 965-974.

Shadish, W.R., Ragsdale, K., Glaser, R. R. & Montgomery, L. M. (1997). Effektivität und Effizienz von Paar- und Familientherapie: *Familiendynamik*, 22 (1), 5-33.

Smith, M. Glass, G. & Miller, T. (1980). The benefit of Psychotherapy. Baltimore London John Hopkins Uni. Press.

Stieglitz, D. (Hrsg). Qualitätssicherung in der Psychiatrie, (S. 7-25). Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

von Schlippe, A., Schweitzer, J., (1996). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

Wetterling, T., Junghans, K. Müssigbrodt, H., Freyberger, H. J. & Dilling, H. (1997). Erfassung der Therapieergebnisse im Rahmen der Qualitätssicherung in einer psychiatrischen Klinik. Nervenarzt, 68, 742-751.

Wierzbicki, M. & Pekarik, G. (1993). A Metaanalyse of Psychotherapy dropout. Professional psychology: Research and practise, 24, 190-195.

Wittmann, W., Matt, G.E. (1986). Meta-Analyse als Integration von Forschungsergebnissen am Beispiel deutschsprachiger Arbeiten zur Effektivität von Psychotherapie. In: Psychologische Rundschau 37, 20-40.

Zerssen, D. (1986). Beschwerdeliste BL in Kollegium Internationale Psychiatrie Scalarum (Hrsg.), Internationale Skalen für Psychiatrie. Weinheim, Belp.

Zielke, M & Kopf-Mehnert, C. (1978). VEV, Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens. Beltz TEST.