

Ergebnisqualität Ambulanter Systemischer Therapie (EAST)

Eine Multizenter Studie in der
deutschsprachigen Schweiz

Dr. Hugo S. Grünwald

Dr. Kai von Massenbach

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

November 2001

Dr. Hugo S. Grünwald

HAP Hochschule für Angewandte Psychologie

Minervastrasse 30

8032 Zürich

Dr. Kai von Massenbach

Orgalife

Grossackerstrasse 79

8041 Zürich

Der Bericht ist online publiziert auf:

www.systemis.ch

Dank

Für das Gelingen der vorliegenden 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.

Für das Sammeln, Registrieren, Anmahnen und Ordnen der Fallmeldungen, der Therapeut/innenbogen, der Basisdokumentationen und der Messinstrumente gebührt Sabina Mei Grünwald ein besonderer Dank. Ihre Sorgfalt hat mit dazu beigetragen, dass die Rücklaufquote und damit die Aussagekraft so erfreulich ausgefallen ist.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis	7
1. Zusammenfassung	10
2. Einleitung	13
2.2 Zielsetzungen	17
3. Methodik	19
3.1 Untersuchungsvorgehen.....	19
3.2 Stichproben	20
3.2.1 Selektion der Therapeut/innen	20
3.2.2 Selektion der Patient/innen.....	21
3.2.3 Selektionsmechanismus und Erhebungszeitpunkte	22
3.3 Untersuchungsanordnung und Wahl der Instrumente.....	25
3.4 Übersicht über den Erhebungsplan.....	27
3.5 Berechnungsarten der Wirksamkeit	28
3.5.1 Statistische Signifikanz.....	28
3.5.2 Effektstärken	29
3.5.3 Klinische Signifikanz.....	29
4. Ergebnisse	32
4.1 Stichprobe und Rücklauf	32
4.1.1 Rücklauf der Therapeut/innenbögen.....	32
4.1.2 Fallmeldungen: Ein Einblick in den Praxisalltag.....	32
4.1.3 Rücklauf der Fallmeldungen.....	34
4.2 Beschreibung der Therapeut/innen.....	34
4.3 Beschreibung der Behandlungen.....	36
4.4 Beschreibung der Patient/innen	42
4.5 Behandlungsergebnisse.....	43
4.5.1 Probleme und Diagnose bei Behandlungsbeginn.....	44

4.5.2	Veränderung der Situation und der Probleme.....	49
4.5.3	Veränderungen der Symptome und Belastungen.....	52
4.5.3.1	Fremdbeurteilung.....	52
4.5.3.2	Patient/inneneinschätzung der Ergebnisqualität.....	54
4.5.4	Zufriedenheit der Patient/innen.....	60
4.6	Veränderungen bei den Systemmitgliedern.....	61
5.	Diskussion und Ausblick.....	68
5.1	Zum methodischen Vorgehen.....	68
5.2	Zur Dokumentation.....	69
5.3	Zu den Behandlungen.....	70
5.4	Zu den Ergebnissen.....	70
Anhang.....		73
1.	Beschreibung der Untersuchungsinstrumente.....	73
1.1	Selbsteinschätzung mittels Fragebogen (Patient/innen- und Angehörigeneinschätzung).....	73
1.1.1	Symptomcheckliste SCL-90-R.....	73
1.1.2	Familienbogen (FB).....	76
1.1.3	Veränderungsfragebogen für Erleben und Verhalten (VEV).....	79
1.1.4	Patient/innenzufriedenheit ZUF8/K.....	80
1.2	Fremdeinschätzung mittels Ratingverfahren (Therapeut/inneneinschätzung).....	80
1.2.1	GAF (Global Assessment Scale of Functioning).....	80
1.2.2	Clinical Global Impression (CGI).....	81
1.2.3	Global Assessment of Relationship Functioning Scale (GARF).....	81
2.	Tabellen.....	83
2.1	Tabellen mit den Therapeut/innendaten.....	83
2.2	Angaben zu den Behandlungen.....	87
2.3	Patient/innen Daten.....	93
2.4	Behandlungsergebnisse.....	96
2.4.1	Fremdratings.....	99
2.4.2	Selbstrating.....	99
Literaturverzeichnis.....		105

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schematischer Ablauf von Fallmeldung und Erhebung für die Falldokumentation	24
Abbildung 2: Einteilung der Gruppen nach den Kriterien der klinischen Signifikanz.....	30
Abbildung 3: Abgeschlossene Grundausbildung der Therapeut/innen.....	35
Abbildung 4: Zulassung.....	36
Abbildung 5: Aufnahmezweck.....	37
Abbildung 6: Setting gemäss eingegangener Dokumentation.....	37
Abbildung 7: Therapiesetting gemäss Angaben der Therapeut/innen	38
Abbildung 8: Methodische Ausrichtung der Behandlung innerhalb der systemischen Psychotherapie.....	39
Abbildung 9: Einsatz von Psychopharmaka.....	39
Abbildung 10: Anzahl der verrechneten Therapiestunden	40
Abbildung 11: Modus Therapieabschluss und Falldokumentation.....	41
Abbildung 12: Massnahmen der Weiterbehandlung	41
Abbildung 13: Höchste Berufsausbildung.....	43
Abbildung 14: Zivilstand der Patient/innen	43
Abbildung 15: Hauptproblembereiche.....	44
Abbildung 16: Suizidalität.....	45
Abbildung 17: Veränderung der familiären Situation	50
Abbildung 18: Veränderung der Wohnsituation.....	50
Abbildung 19: Durchschnittliche Veränderung in den problemrelevanten Lebensbereichen (Wertebereich –2 Verschlechterung bis + 2 Verbesserung)	51
Abbildung 20: Effektstärken bei den Fremdeinschätzungen	53
Abbildung 21: Effektstärken bei den SCL Skalen	56
Abbildung 22: Anteil der Patient/innen, die als geheilt, verbessert oder verschlechtert eingestuft werden (in Prozent)	57
Abbildung 23: Zufriedenheit mit der Behandlung.....	61
Abbildung 24: Systemmitglieder in den Behandlungen	61
Abbildung 25: Anteil der Angehörigen, die als geheilt, verbessert oder verschlechtert eingestuft werden.....	64
Abbildung 26: Zufriedenheit mit der Behandlung (Systemmitglieder)	67

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Aufbau der Falldokumentation: Indikatoren und Untersuchungsverfahren der Ergebnisqualität	28
Tabelle 2:	Gliederung der Fallmeldungen	33
Tabelle 3:	Rücklauf der Fälle, die von den beteiligten Zentren gemeldet wurden	34
Tabelle 4:	Behandlungsdauer	40
Tabelle 5:	Hauptdiagnose bei Beginn	46
Tabelle 6:	Hauptdiagnose bei Beginn: Die wichtigsten Diagnose-Gruppen	47
Tabelle 7:	Nebendiagnose bei Beginn	48
Tabelle 8:	Nebendiagnose bei Beginn: Die wichtigste Diagnose-Gruppe	49
Tabelle 9:	Veränderung der Arbeitsfähigkeit (Anzahl Patient/innen)	51
Tabelle 10:	Angaben für Beginn und Ende bei den Fremdeinschätzungen	53
Tabelle 11:	Wirksamkeit der Therapien gemäss den Fremdeinschätzungen	53
Tabelle 12:	Angaben für Beginn und Ende bei den Selbsteinschätzungen	55
Tabelle 13:	Mittlere Veränderungen in der Symptombelastung (SCL)	55
Tabelle 14:	Anteil der Patient/innen, die als geheilt, verbessert oder verschlechtert eingestuft werden	58
Tabelle 15:	Mittlere Veränderung in den Familienbogen Zweierbeziehung (FBZ)	59
Tabelle 16:	Mittlere Veränderung in den Familienbogen Allgemein (FBA)	60
Tabelle 17:	Angaben für Beginn und Ende bei den Selbsteinschätzungen (Systemmitglieder)	62
Tabelle 18:	Mittlere Veränderungen in der Symptombelastung (SCL) - Systemmitglieder	63
Tabelle 19:	Anteil der Angehörigen, die als geheilt, verbessert oder verschlechtert eingestuft werden	65
Tabelle 20:	Mittlere Veränderung in den Familienbögen Zweierbeziehung	66
Tabelle 21:	Mittlere Veränderung in den Familienbögen Allgemein	66
Tabelle 22:	Die neun Skalen des SCL-90-R und ihre inhaltliche Beschreibung	76
Tabelle 23:	Die sieben Skalen der Familienbögen	79
Tabelle 24:	Muttersprache der Therapeut/innen	83
Tabelle 25:	Geschlecht der Therapeut/innen	83
Tabelle 26:	Alter und Anzahl Kinder der Therapeut/innen	83
Tabelle 27:	Abgeschlossene Grundausbildung	84
Tabelle 28:	Abgeschlossene Therapieausbildungen	84
Tabelle 29:	Psychotherapeutische Weiterbildungen	85
Tabelle 30:	Abgeschlossene Therapieausbildungen (Anzahl und Dauer seit Abschluss)	85
Tabelle 31:	Berufliche Zulassung (Therapeut/innen)	85

Tabelle 32:	Beruflicher Status (Therapeut/innen).....	86
Tabelle 33:	Berufserfahrung (Therapeut/innen)	86
Tabelle 34:	Tätigkeitsbereiche (Therapeut/innen)	86
Tabelle 35:	Arbeitsweise der Therapeut/innen: Setting	87
Tabelle 36:	Arbeitsweise der Therapeut/innen: Therapeutische Richtung	87
Tabelle 37:	Therapie aufgrund Eigeninitiative.....	87
Tabelle 38:	Aufnahmemodus	88
Tabelle 39:	Aufnahmeweise.....	88
Tabelle 40:	Anteil ambulante Psychotherapie	88
Tabelle 41:	Behandlungsmodus	89
Tabelle 42:	Wievielte Aufnahme	89
Tabelle 43:	Übernahme	89
Tabelle 44:	Überweisende Stelle.....	90
Tabelle 45:	Begleitende somatische Behandlung	90
Tabelle 46:	Therapiesetting gemäss eingegangener Dokumentation	91
Tabelle 47:	Therapiesetting gemäss Angaben der Therapeut/innen	91
Tabelle 48:	Angewandte Therapiemethode	91
Tabelle 49:	Pharmakotherapie	92
Tabelle 50:	Komplikationen	92
Tabelle 51:	Modus Therapieabschluss und Beendigung der Falldokumentation.....	92
Tabelle 52:	Massnahmen der Weiterbehandlung	93
Tabelle 53:	Alter der Patient/innen.....	93
Tabelle 54:	Geschlecht der Patient/innen	93
Tabelle 55:	Muttersprache der Patient/innen	94
Tabelle 56:	Nationalität der Patient/innen.....	94
Tabelle 57:	Höchste Schulbildung der Patient/innen.....	94
Tabelle 58:	Höchste Berufsausbildung der Patient/innen	95
Tabelle 59:	Zivilstand der Patient/innen	95
Tabelle 60:	Partnersituation der Patient/innen bei Therapiebeginn.....	95
Tabelle 61:	Wohnsituation der Patient/innen bei Therapiebeginn	96
Tabelle 62:	Kinder der Patient/innen.....	96
Tabelle 63:	Hauptproblembereiche bei Therapiebeginn.....	96
Tabelle 64:	Suizidalität der Patient/innen	97
Tabelle 65:	Veränderung der familiären Situation	97
Tabelle 66:	Veränderung der Wohnsituation.....	98
Tabelle 67:	Veränderung in den Problemrelevanten Lebensbereichen	98
Tabelle 68:	Arbeitsfähigkeit bei Therapie Ende	98

Tabelle 69:	Vollständigkeit der CGI Werte.....	99
Tabelle 70:	Vollständigkeit der GAF Werte.....	99
Tabelle 71:	Vollständigkeit der GARF Werte.....	99
Tabelle 72:	Vollständigkeit der SCL Bogen.....	99
Tabelle 73:	Art der eingesetzten Familienbögen.....	100
Tabelle 74:	Vollständigkeit der Familienbögen für Zweierbeziehung.....	100
Tabelle 75:	Vollständigkeit der Familienbögen für Familiensysteme.....	100
Tabelle 76:	Berechnung der Grenze zwischen Kranken und Gesunden für den SCL.....	101
Tabelle 77:	Zufriedenheit mit der Behandlung (Patient/innen).....	101
Tabelle 78:	Anzahl der Systemmitglieder in den Behandlungen.....	102
Tabelle 79:	Vollständigkeit der SCL Bogen (Systemmitglieder).....	102
Tabelle 80:	Art der eingesetzten Familienbögen (Systemmitglieder).....	102
Tabelle 81:	Vollständigkeit der Familienbögen für Zweierbeziehung (Systemmitglieder).....	102
Tabelle 82:	Vollständigkeit der Familienbögen für Familiensysteme (Systemmitglieder).....	103
Tabelle 83:	Berechnung der Grenze zwischen „Kranken“ und Gesunden für den SCL bei den Systemmitgliedern.....	103
Tabelle 84:	Zufriedenheit mit der Behandlung (Angehörige).....	104

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.

Im Verlauf von zwei Jahren (1.1.1999 bis 31.12.2000) wurden von 32 Therapeut/innen 89 Fälle Dokumentiert. 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.

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%).

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.

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.

Die Wirksamkeit der Behandlungen wird auf der Ebene von Lebensveränderung, Veränderung von Symptomen und Belastungen und aufgrund der Einschätzung der Therapeut/innen beurteilt. Die Wohnsituation und die Partnersituation bleibt bei über 70% der Patient/innen unverändert. Neun Patient/innen sind bei Therapiebeginn zu 80 bis 100% Arbeitsunfähig. Am Ende der Behandlung sind sieben dieser neun Personen wieder arbeitsfähig. Bei der Einschätzung der Problembereiche sind in fast allen Bereichen mittlere Verbesserungen zu beobachten. Die kleinsten Veränderungen finden im Bereich der sozialen Bedingungen statt. Dieses Bild entspricht der Realität, dass sich die sozialen Bedingungen nur langsam und schwer beeinflussen lassen, dies obwohl sieben Personen neu wieder arbeitsfähig sind. In der Therapeut/inneneinschätzung sind die Verbesserungen in allen Skalen (klinischer Eindruck, Funktionsniveau und Funktionsniveau der Beziehungen) gross. Die Effektstärken¹ liegen bei 0.8 und 1.

Zur Beurteilung der Behandlungsergebnisse aus der Patient/innenperspektive werden normierte Fragebogen eingesetzt (SCL-90-R und FB). Der Anteil von auswertbaren

¹ Ab 0.8 spricht man von grossen Effekten.

Instrumenten ist mit über 90% hoch und lässt generalisierbare Aussagen zu. Bei den Patient/innen sind die Veränderungen im Bereich der Symptome signifikant und liegen bei allen Skalen im Bereich mittlerer bis grosser Effektstärken. Die Beurteilung der einzelnen Therapieverläufe zeigt, dass 22.5% der Patient/innen als „geheilt“ und 32.5% als „gebessert“ eingestuft werden können. Im Vergleich zu anderen Studien ist das ein gutes Ergebnis. Der Anteil der „geheilten“ ist vergleichbar mit andern Untersuchungen und die Quote der „gebesserten“ liegt über ähnlichen Studien. Die Veränderungen im Bereich der Beziehungen sind klein (Familienbögen FB). Die Beziehungen sind bei Therapiebeginn nur leicht gestört, wodurch es schwer ist, grosse Veränderungen zu erreichen. Dieses Ergebnis legt den Schluss nahe, dass es in der Systemtherapie neben den Beziehungsveränderungen weitere Wirkfaktoren geben muss.

Die Untersuchung ist so angelegt, dass neben den Veränderungen bei den Patient/innen auch die Veränderungen der Angehörigen beurteilt werden können. Die Angehörigen sind bei Therapiebeginn weniger belastet, als die Patient/innen, die Symptombelastungen liegen dennoch deutlich über den Normalwerten. Die Effekte bei den Angehörigen liegen im Bereich kleiner Effekte, sind aber in den meisten Skalen des SCL-90-R signifikant. Man kann also eindeutig sagen, dass die Angehörigen auch von den Therapien profitieren.

Vergleicht man die Veränderungen in den verschiedenen Bereichen mit dem Verlaufsmodell von Howard (1996), 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. Die Verbesserungen, die der dritten Phase angehören sind nicht so prägnant, wie die in den beiden ersten Phasen.

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.

2. Einleitung

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 drei Psychotherapiemethoden weit verbreitet. Chronologisch geordnet ist neben der psychodynamisch orientierten Therapie und der Verhaltenstherapie als Dritte zu unterscheidende Therapiemethode, 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 Effectiveness-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 Zielsetzungen

Diese Studie soll ein Abbild systemischer Praxis in der deutschsprachigen Schweiz liefern. Neben Auftragsart, Diagnosen, Sitzungsfrequenz sowie wichtigste Problemstellungen interessiert vor allem die Frage der Effektivität. Es soll 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. Die Methodenintegrität, d.h. die Ausrichtung und tatsächliche Anwendung der systemischen Therapie wurde indirekt über eine Therapeut/innen- bzw. Patient/innendokumentation für jeden Einzelfall erhoben. Systemische Praxis definiert sich nicht nur im interpersonellen Setting, sondern auch zunehmend unter dem Begriff „systemische Einzeltherapie“. Die systemische Einzeltherapie wurde in dieser Studie bewusst nicht berücksichtigt. Der Grund liegt darin, dass systemische Therapie im interpersonellen Setting untersucht werden soll. Neben den Veränderungen der Patient/innen sollen auch die Angehörigen auf Wirksamkeit untersucht werden. Eine der Grundannahmen systemischen Arbeitens ist, dass systemische Therapie eine Systemveränderung bewirken sollte, und dass dementsprechend neben den Patienten auch die Systemmitglieder positive Veränderungen erleben sollten. Aufgrund dieser

Überlegung wird nur das interpersonelle (Mehrpersonen-Setting) in diese Untersuchung aufgenommen.

3. Methodik

Im Abschnitt zur Methodik wird das Untersuchungsvorgehen, die Auswahl der Stichproben und die verwendeten Instrumente kurz umrissen. Eine ausführliche Beschreibung der Instrumente befindet sich im Anhang.

3.1 Untersuchungsvorgehen

Es handelt sich um eine Zwei-Punkte-Messung (Prä/Post-Design). Zu Beginn der Behandlung werden aufgrund ausgewählter Ergebnisindikatoren Einschätzungen aus Sicht der Patient/innen und der Angehörigen sowie aus Sicht der Therapeut/innen vorgenommen. Ideal wäre die Einschätzung nach der ersten Sitzung zu fordern, real ist aber eine Einschätzung auch nach der zweiten bzw. der dritten Sitzung noch möglich (Praxisbedingungen). Die Einschätzungen erfolgen entweder in der Praxis selbst oder durch Mitgabe der Fragebogen zu Hause. Die Therapeut/innen haben die Behandlung zu dokumentieren. Wichtigste Basisdokumentationsvariablen werden aus Therapeut/innensicht verlangt (ICD10-Diagnose, Alter, Geschlecht, Anzahl Sitzungen). Während der Behandlung erfolgt keine Einschätzung.

Die Behandlungsintegrität wird bei Abschluss der Behandlung durch eine Therapeut/inneneinschätzung überprüft. Die Therapeut/innen müssen den eigenen psychotherapeutischen Ansatz generell angeben sowie die Teilmethoden innerhalb des systemischen Ansatzes benennen. Zusätzlich müssen für jeden Fall die angewendeten Methoden dokumentiert werden.

Bei Abschluss der Behandlungen erfolgt wiederum eine Selbsteinschätzung durch die Patient/innen und die Angehörigen (Selbsteinschätzungen) und eine Therapeut/inneneinschätzung (Fremdeinschätzung). Die Selbsteinschätzungen erfolgen direkt nach Abschluss der Behandlungen, entweder in der Praxis oder postalisch zu Hause. Die Therapeut/inneneinschätzung erfolgt ebenfalls nach Abschluss der Behandlungen. Die Patient/innen und Angehörigen werden vor der Befragung über Sinn und Zweck der Studie informiert und müssen eine Einverständniserklärung unterzeichnen, welche die Therapeut/innen zur Weitergabe anonymisierter Daten berechtigt.

3.2 Stichproben

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.

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

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.

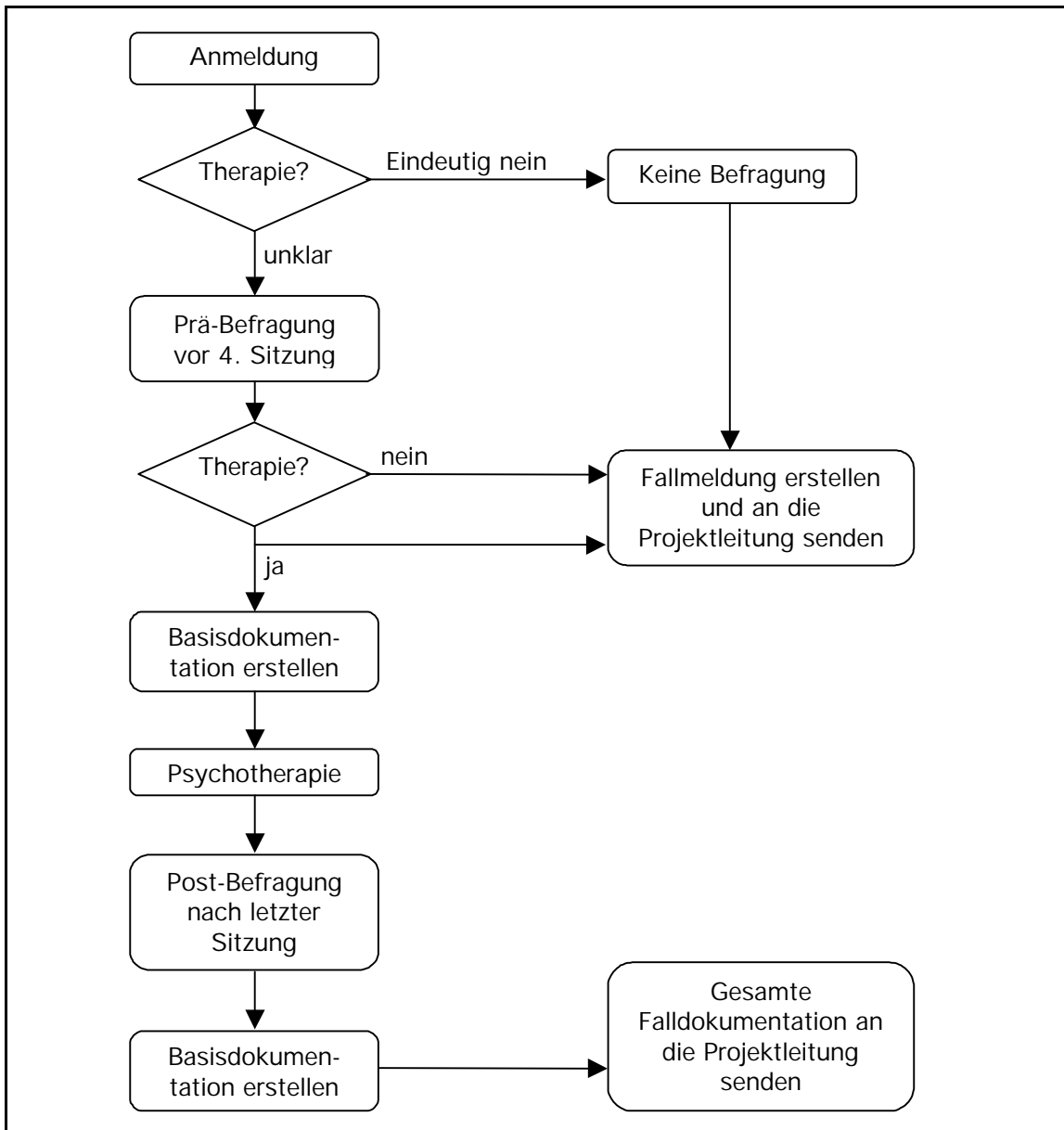


Abbildung 1: Schematischer Ablauf von Fallmeldung und Erhebung für die Falldokumentation

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.

3.3 Untersuchungsanordnung und Wahl der Instrumente

Die Auswahl der Qualitätsindikatoren und Messinstrumente zur Ermittlung der Ergebnisqualität oder Wirksamkeit systemischer Therapie orientiert sich an den Erfahrungen aus drei Bereichen:

- Psychotherapieforschung (Grawe, Caspar & Ambühl, 1990; Howard, Lueger, Mailing & Martinovic, 1993; Grawe und Braun, 1994)
- Psychiatrische Outcome-Forschung (Bruggeri & Tansella, 1996; Eichenberger, 1997)
- Qualitätsmanagementsprojekte im Kontext der Psychiatrie (Kordy und Lutz, 1995; Lutz, Stammer, Leeb, Doetsch, Boelle und Kordy, 1996; Cording, 1995; Gaebel, 1995; Binswanger, 1996; Anthenien und Grünwald, 1996.)

Um Psychotherapieerfolg zu messen, gibt es verschiedene Basistheorien, die als Grundlage zur Herleitung von Wirksamkeitsindikatoren dienen können:

- Nach der Basistheorie von Schulte (1993) ist Psychotherapieerfolg auf den Ebenen der Symptomveränderung, der Ebene der ätiologischen Begründbarkeit der jeweiligen psychotherapeutischen Schule und auf der Ebene von Auswirkungen, die psychische Krankheiten haben, zu messen. Dementsprechend sind psychotherapeutische Schulen aufgerufen, Symptomveränderungen zu messen sowie Veränderungen in den wichtigsten Ursachezuschreibungsparametern und Veränderungen im Alltag, d.h. in der Lebensqualität festzustellen.
- Das empirisch abgestützte Dreiphasenmodell von Howard (1996) dient als Grundlage für viele Qualitätssicherungsstudien. Howard (1996) beschreibt, dass die psychische Genesung von psychischer drei unterschiedlichen Phasen verläuft. Eine erste Phase im Gesundungsprozess von psychisch Kranken ist die Zunahme an Wohlbefinden (Remoralisation). Als zweiten Schritt nennt Howard eine Verbesserung in den wichtigsten Symptombereichen (Remediation). In der dritten Phase stellt sich eine verbesserte Bewältigung des Alltags ein (Rehabilitation).

Diese beiden Modelle (Schulte, 1993; Howard, 1996) bilden die Grundlage für das Design mit den dazugehörigen Indikatoren und Fragebogen für die vorliegende Studie.

Effektivitätsstudien oder auch Qualitätsicherungsstudien sollten dem Grundsatz der Multiperspektivität und Multidimensionalität entsprechen. Multiperspektivität besagt, dass sowohl Therapeut/innen- wie Patient/inneneinschätzungen vorliegen sollte. Multidimensionalität meint, dass auf mehreren Dimensionen, wie von Schulte und Howard vorgeschlagen, unterschiedliche Indikatoren gemessen werden (Effektebenen). Im Rahmen dieses Prä-Post-Untersuchungsdesigns werden folgende Ergebnisqualitäts-Indikatoren gewählt.

Patient/innenperspektive

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)
3. Retrospektive Beurteilung von Veränderung im Verhaltens- und Erlebensbereich durch die Patient/innen: Veränderungen im Erleben und Verhalten (VEV) (Zielke, 1978).
4. Die Zufriedenheit der Patient/innen und Angehörigen mit der Behandlung: Fragebogen zur Patient/innenzufriedenheit (ZUF8) (Schmidt, Lamprecht & Wittmann, 1989).

Therapeut/innenperspektive

Durch die behandelnde Fachperson werden die Diagnosen erstellt und folgende weitere Indikatoren der Wirksamkeit oder Ergebnisqualität zum psychiatrischen Status der Patient/innen eingeschätzt.

1. Die Diagnose nach ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, WHO)
2. Der Schweregrade der Erkrankung: Clinical Global Impression (CGI)

3. Die allgemeine Funktionsfähigkeit der Patient/innen: Global Assessment of Functioning (GAF)
4. Die Funktionsfähigkeit der Beziehungen: Global Assessment of Relational Functioning Scale (GARF)

Eine detaillierte Beschreibung der Instrumente und der erhobenen Dimensionen ist im Anhang wiedergegeben.

3.4 Übersicht über den Erhebungsplan

Die Selbsteinschätzungen werden 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. Tabelle 1 fasst das Studiendesign und den Aufbau der Falldokumentation zusammen.

		Beginn der Therapie	Abschluss der Therapie
Fremd- einschätzung	nur IP	<ul style="list-style-type: none"> • Basisdokumentation Eintritt • Diagnose (ICD-10) • CGI, GAF und GARF 	<ul style="list-style-type: none"> • Basisdokumentation Austritt • Diagnose (ICD-10) • CGI, GAF und GARF
	IP Und SY	<ul style="list-style-type: none"> • Psychische Beschwerden (SCL-90-R) • Funktionalität Beziehungen (FB) 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychische Beschwerden (SCL-90-R) • Funktionalität Beziehungen (FB) • Patient/innenzufriedenheit (ZUF8/K)
Selbsteinschätzung	Nur IP		<ul style="list-style-type: none"> • Veränderung im Erleben und Verhalten (VEV)

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

3.5 Berechnungsarten der Wirksamkeit

Die Veränderungen in den Wirksamkeitsindikatoren werden mit der Hilfe von drei Verfahren beurteilt: Statistische Signifikanz, Effektstärken und die klinischen 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.² Wenn die Veränderungen im Bereich eines möglichen Messfehlers liegen werden die Behandlungen der Gruppe „Unverändert“ zugeordnet.

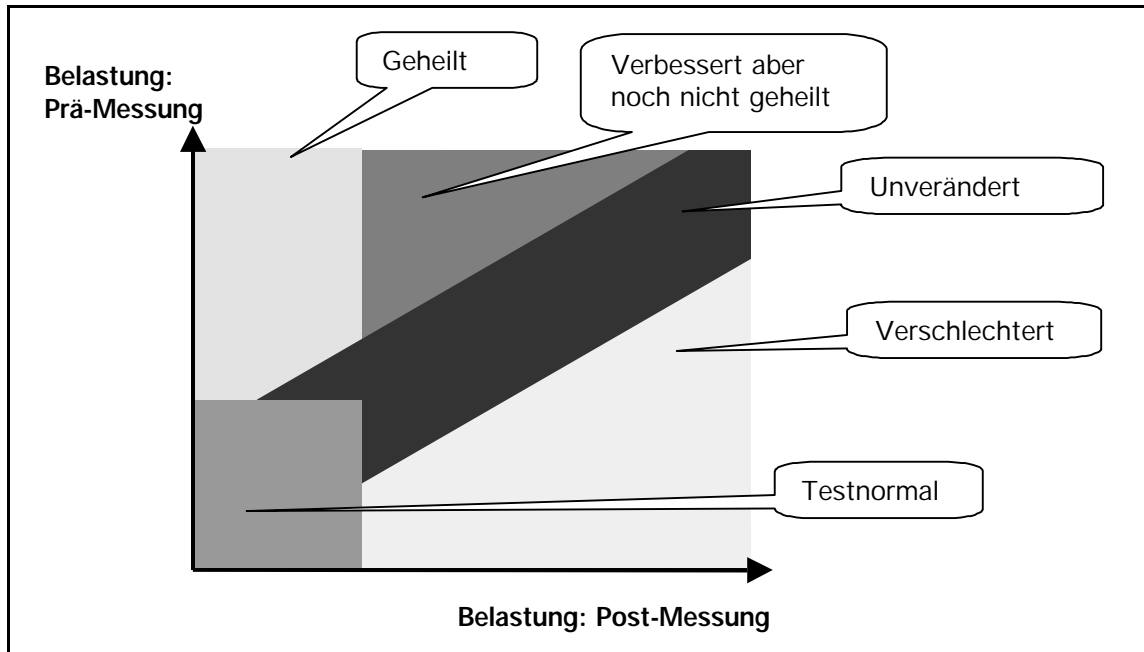


Abbildung 2: Einteilung der Gruppen nach den Kriterien der klinischen Signifikanz

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.³ 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 dahin gehend eingeteilt. 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).

² Jacobson, N.S. & Truax, P., 1991.

³ Jacobson, N.S. & Truax, P., 1991.

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. Zur besseren Verständlichkeit werden die Vergleiche zu anderen Studien und die Interpretationen gleich mit den Ergebnissen wiedergegeben.

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. Zu allen Abbildungen sind die vollständigen Tabellen im Anhang wiedergegeben.

4.1 Stichprobe und Rücklauf

Die gesamte Dokumentation umfasst Therapeut/innenbogen, Fallmeldungen und Falldokumentationen.

4.1.1 Rücklauf der Therapeut/innenbögen

Von den 32 Therapeut/innen, die mit Falldokumentationen in die Studie eingestiegen sind, haben 28 den Therapeut/innenbogen ausgefüllt und zurückgesandt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 87.5%. Rückschlüsse auf die Zusammensetzung und Qualifikation der Therapeut/innen sind dementsprechend möglich.

4.1.2 Fallmeldungen: Ein Einblick in den Praxisalltag

Die Fallmeldungen wurden in der Studie zur Kontrolle der Stichprobe eingesetzt. Als Nebenergebnis erlauben sie einen Einblick den Praxisalltag systemischer Therapie.

Das Kinderspital in Biel wollte auch an der Studie teilnehmen. In den ersten Monaten der Erhebung zeigte sich, dass alle bis dahin neu aufgenommen Patient/innen unter 14 Jahre alt waren. Weil der SCL-90-R erst ab 14 Jahren normiert IST, können diese jungen Patient/innen nicht in die Dokumentation für diese Studie aufgenommen werden. Aus diesem Grund hat sich das Kinderspital kurz nach Beginn der Dokumentationsphase aus der Untersuchung zurückgezogen. Die Fallmeldungen des Kinderspitals werden nicht in die Aufstellung aufgenommen. Tabelle 2 gibt die Angaben in den Fallmeldungen wieder.

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil %</i>
Zu dokumentierende systemische Paar oder Familientherapie	103	16.3	18.2
System muss erst aufgebaut werden	51	8.1	9.0
Es kann kein IP bestimmt werden	21	3.3	3.7
IP ist unter 14 Jahre alt	85	13.4	15.0
Therapien mit systemischem mehrpersonen Setting	260	41.1	45.9
Systemische Einzeltherapie	129	20.4	22.8
Psychotherapie, aber kein systemisches Vorgehen gewählt	3	0.5	0.5
Therapien mit anderem Setting	132	20.9	23.3
Abklärung	46	7.3	8.1
Gutachten	50	7.9	8.8
Beratung und/oder Information	59	9.3	10.4
Stützende sozialpsychiatrische Betreuung	19	3.0	3.4
Keine Therapie	174	27.5	30.7
Fallmeldungen die Aufschlüsse über Fallzusammensetzung erlauben	566	89.6	100.0
Klienten mit Verwendung der Daten nicht einverstanden	27	4.3	
Patient/in ist fremdsprachig	13	2.1	
Andere Gründe	26	4.1	
Gesamt	632	100.0	

Tabelle 2: Gliederung der Fallmeldungen

Betrachtet man nur die Fallmeldungen, die einen Aufschluss über die Zusammensetzung der Arbeit in den Praxen erlauben, so zeigt sich, dass 45.9% der Fälle Therapien in systemischen Settings sind. Weitere 23.3% der Fälle entfallen auf Therapien in einem anderen Setting, wobei der grosse Teil (22.8%) auf systemische Einzeltherapien entfällt. Insgesamt sind fast 70% der Fälle im Bereich der therapeutischen Arbeit. Die Restlichen 30.7% der Fälle setzen sich aus Beratungen, Gutachten, Abklärungen und stützender Betreuung zusammen (Tabelle 3).

4.1.3 Rücklauf der Fallmeldungen

Bei der Konzeption der Studie wurde die Stichprobe auf 120 dokumentierte Fälle angesetzt. Die im methodischen Teil erläuterten Schwierigkeiten führten dazu, dass dieses Ziel angepasst werden musste.

<i>Zentrum</i>	<i>Fallmeldungen</i>	<i>Dokumentiert</i>
Bern (PG)	12	12
Bern (Zentrum für Systemtherapie)	6	6
Biel (Kinderspital)	0	0
Brig (Psychiatrie Zentrum Oberwallis)	9	6
Bülach (PG)	8	7
Luzern (PG)	11	6
Männedorf (PG)	7	7
Zürich (Institut für systemische Entwicklung und Fortbildung, IEF)	26	26
Zürich (PG)	14	13
Einzelne	18	6
Total	103	89

Tabelle 3: Rücklauf der Fälle, die von den beteiligten Zentren gemeldet wurden

Wenn man den begründeten Ausstieg des Kinderspitals von der geplanten Stichproben-grösse abzieht, hätten 108 Fälle Dokumentiert werden sollen. Die Zahl von 103 gemel-deten Fällen liegt nur geringfügig darunter. Von diesen 103 gemeldeten Fällen wurden 89 dokumentiert und fliessen in die Studie ein (vgl. Tabelle 3). Bezogen auf die 103 gemeldeten Fälle entspricht das einem Rücklauf von 86.4%, was in Anbetracht des grossen Aufwandes für die Dokumentation und der weit gestreuten Erhebungsorte als sehr gut beurteilt werden kann.

4.2 Beschreibung der Therapeut/innen

Alle Therapeut/innen sind Schweizer Bürger und 92.9% haben Deutsch als Muttersprache. 19 der 28 Therapeut/innen sind Männer, was mit 67.9% deutlich mehr als die Hälfte ist. Die Therapeut/innen sind zwischen 33 und 60 Jahre alt (Mittel 47,1 Jahre, vgl. Tabellen 24 bis 26 im Anhang).

Ausbildung

Als Grundausbildung hat die Mehrheit der Therapeut/innen Medizin oder Psychologie studiert (64.3%). Die Gruppe der Therapeut/innen, die aus dem Bereich der Sozialarbeit stammt ist mit 21.4% fast ebenso gross, wie die Gruppe der Psychologen (vgl. Abbildung 3 und Tabelle 27).

25 Therapeut/innen (fast 90%) haben eine systemische Therapieausbildung, weitere 42.9% (12) haben eine Weiterbildung in systemischer Psychotherapie. Zwei Personen machen keine Angaben über die Art der Therapieausbildung. Der Abschluss der ersten Therapieausbildung liegt im Durchschnitt 13 Jahre zurück und 13 Therapeut/innen haben mehr als eine Therapieausbildung abgeschlossen.

Im Bereich der therapeutischen Grundausbildung sind die tiefenpsychologisch/ psychoanalytische Therapie, die Verhaltenstherapie und die Hypnose mit je vier bis fünf Abschlüssen am wichtigsten. Bei den Weiterbildungen steht die Hypnose mit 12 Nennungen an erster Stelle, gefolgt von Verhaltenstherapie (6) und Gesprächstherapie (5) mit fünf und sechs Therapeut/innen (vgl. Tabellen 28 bis 30).

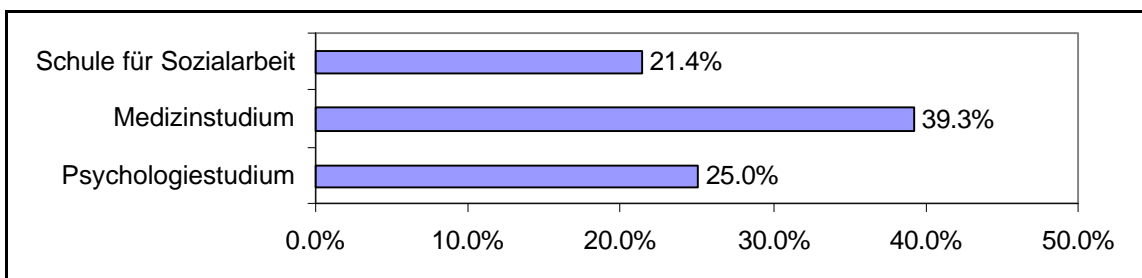


Abbildung 3: Abgeschlossene Grundausbildung der Therapeut/innen⁴

Beruf und Erfahrung

20 der 28 Therapeut/innen verfügen über eine Praxisbewilligung, 11 davon sind zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen. Diejenigen, welche über eine Zulassung verfügen, haben diese im Durchschnitt schon seit 11 Jahren (Abbildung 4).

24 Therapeut/innen (85.7%) haben den beruflichen Status von Selbständigerwerbenden, neun davon sind gleichzeitig auch angestellt. Die Berufserfahrung seit Beginn der

⁴ 7 haben ein anderes Hochschulstudium und 3 eine andere Grundausbildung, vgl. Tabelle 28.

Therapieausbildung liegt zwischen 3 und 26 Jahren. Im Durchschnitt blicken die Therapeut/innen auf 14 Jahre therapeutische Tätigkeit zurück (Tabellen 31 bis 33).

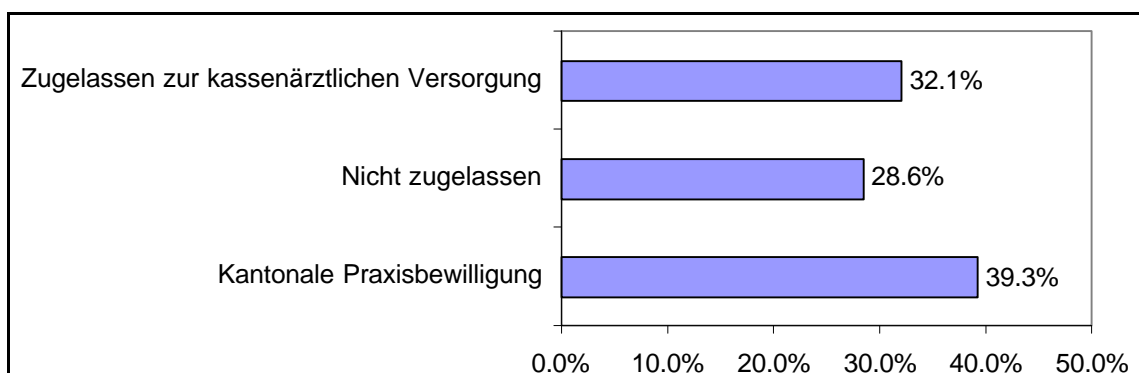


Abbildung 4: Zulassung

96.4% der Therapeut/innen geben an, mit Erwachsenen zu arbeiten und 85.7% von den Therapeut/innen arbeitet mit Kindern und Jugendlichen. Man kann also sagen, dass die Mehrheit sowohl mit Erwachsenen als auch mit Kindern und Jugendlichen arbeitet. Nur ein Teil der Therapeut/innen (35.7%) gibt an, auch mit Senior/innen zu arbeiten (Tabelle 34).

Arbeitsweise

Bei den Angaben über die Art der Arbeitsweise zeigt sich, dass das am häufigsten eingesetzte Setting die Paartherapie ist. 82% der Therapeut/innen geben an, dass sie häufig oder immer mit diesem Setting arbeiten. An zweiter Stelle steht das Mischsetting (71.4%), das heisst, oft wird, je nach Situation, mit unterschiedlichen Systemzusammensetzungen gearbeitet. Bei den verwendeten Therapiemethoden zeigt sich, dass innerhalb der systemischen Arbeit die beiden Richtungen interaktionell/strukturellstrategisch (71.4%) und konstruktivistisch (64.5%) am meisten eingesetzt werden. Ebenfalls wichtig ist die wachstumsorientierte Arbeit (50%), seltener wird lernorientiert (35.7%) oder geschichtlich/analytisch (25%) gearbeitet. Methodische Anleihen werden bei der Verhaltenstherapie (21.4%) und der Gesprächstherapie (14.3%) gemacht (Tabellen 35 und 36).

4.3 Beschreibung der Behandlungen

Die meisten Therapien werden aufgrund eigener Initiative der Patient/innen begonnen (84.2%). Bei einer Behandlung handelt es sich um einen Notfall, alle anderen Behandlungen können im Standard-Aufnahmefall begonnen werden. Bei fast 20% der Therapien wird der Aufnahmefall bei Beginn der Therapie mit Beratung (10%) und Krisenintervention

(9%) umschrieben. Eine Umwandlung des Auftrages während der Arbeit kommt in der Praxis häufig vor. Bei Abschluss der Therapien werden alle Behandlungen als ambulante Psychotherapie eingestuft, bis auf eine Behandlung, in der eine kombinierte Behandlung stationär-ambulant durchgeführt wurde (Tabellen 37 bis 41).

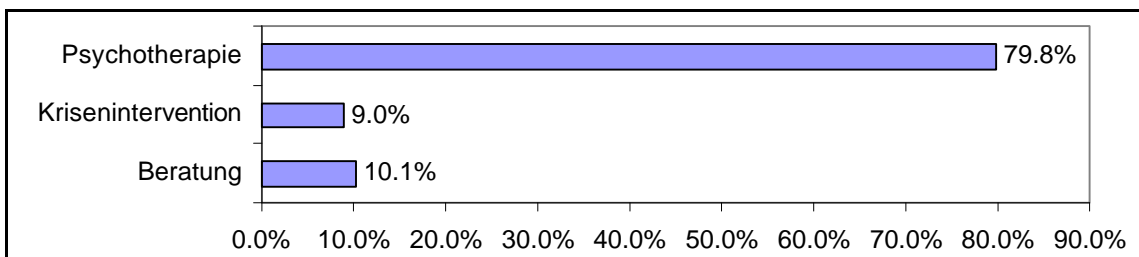


Abbildung 5: Aufnahmezweck

Bei rund 90% der Patient/innen handelt es sich bei der aktuellen Behandlung um die erste Aufnahme im Zentrum bzw. in der Praxisgemeinschaft. Knapp 30% werden vom Hausarzt überwiesen. Bei 13.5% der Patient/innen wird begleitend eine somatische Behandlung durchgeführt (Tabellen 42 bis 45).

Die Analyse der eingegangenen Fragebogen zeigt, dass das häufigste Setting die Paartherapie ist (83.1%). Es kommt aber auch vor, dass das Paar durch weitere Systemmitglieder begleitet wird. Zählt man alle Behandlungen, in denen die Patient/innen (IP) mit dem Partner erscheinen als Paartherapie, so sind 87.5% der Behandlungen Paartherapien (Abbildung 6, Tabelle 46).

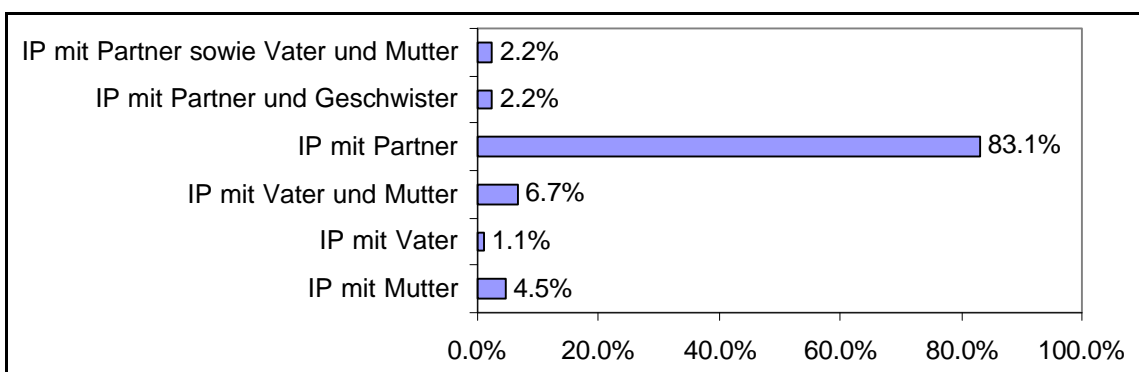


Abbildung 6: Setting gemäss eingegangener Dokumentation

Die Therapeut/innen können das angewandte Setting mit zwei Angaben beschreiben. Vergleicht man das Setting gemäss der eingegangenen Falldokumentationen mit den Angaben der Therapeut/innen zeigen sich kleine Unterschiede (Abbildung 7, Tabelle 47). Diese Unterschiede stehen im Zusammenhang mit dem phasenspezifischen Vorgehen in

den Therapien. Je nach Therapiephase und Situation kann es sinnvoll sein, unterschiedliche Therapiesettings zu kombinieren. Dies kommt häufig vor und ist ein Merkmal systemischen Arbeitens. So ergeben sich in unterschiedlichen Phasen verschiedene Settings. Die Falldokumentation erfasst das Setting zu Beginn der Behandlung. Die Therapeut/innen wurden gebeten alle zu Beginn befragten Personen auch bei Abschluss der Therapie wieder zu befragen.

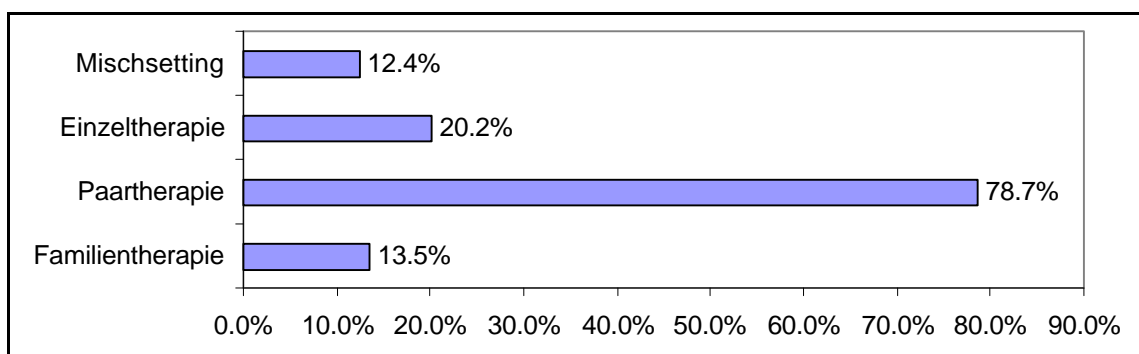


Abbildung 7: Therapiesetting gemäss Angaben der Therapeut/innen⁵

Das methodische Vorgehen innerhalb der Behandlungen wird von den Therapeut/innen vor allem als interaktionell, strukturell-strategisch (42.9%) und konstruktivistisch (38.1%) beschrieben. Ebenfalls häufige methodische Ausrichtungen der Therapien sind Wachstum-Prozessorientierte (25%), Lernorientierte (17.9%) und gemischte (21.4%) Vorgehensweisen. Selten ist die geschichtlich / analytische Ausrichtung (2.4%) in den Therapien (Abbildung 8; Tabellen 48).

Die Angaben zum Vorgehen in den Behandlungen zeigen, dass die Behandlungsintegrität mit den verschiedenen systemischen Ansätzen in den Behandlungen gegeben ist.

⁵ Die Anteile berechnen sich mit der Basis 89 (Alle Falldokumentationen).

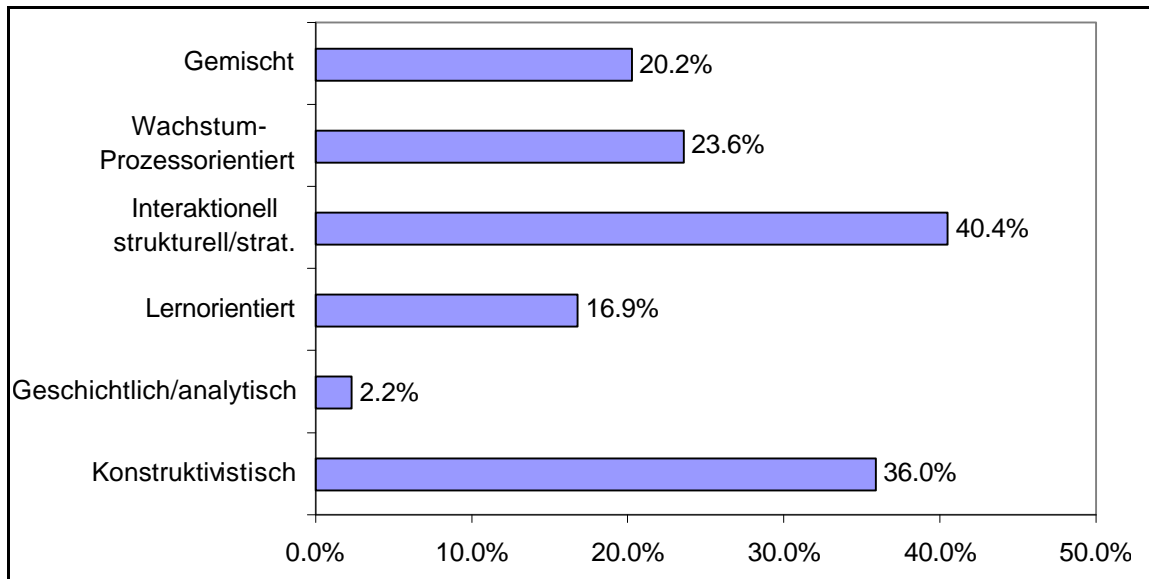


Abbildung 8: Methodische Ausrichtung der Behandlung innerhalb der systemischen Psychotherapie⁶

Psychopharmaka wurden in nur 14 der 89 Therapien eingesetzt (15.7%, vgl. Abbildung 9 und Tabellen 49). Ein grosser Teil der Therapien wird ohne Psychopharmaka durchgeführt. Dementsprechend sind mögliche Effekte von systemischer Therapie primär auf systemtherapeutische Interventionen zurückzuführen.

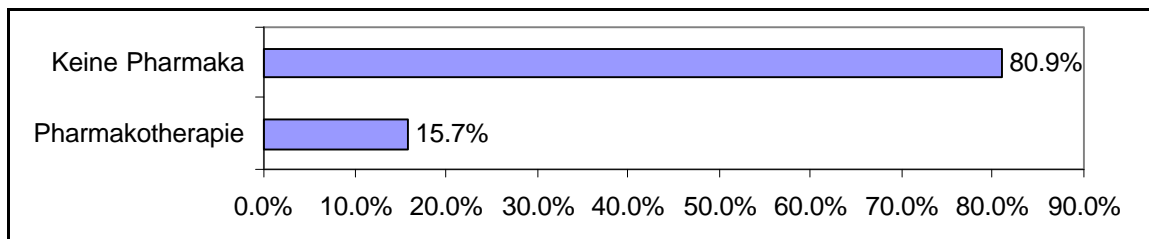


Abbildung 9: Einsatz von Psychopharmaka

Die Therapien umfassen im Durchschnitt knapp 11 Therapiesitzungen und erstrecken sich über fast 40 Wochen. Neben diesen niedrigen Durchschnittswerten fällt die grosse Streuung auf. Die kürzeste Therapie umfasst nur zwei Sitzungen, die längste Behandlung erstreckt sich über die gesamte Projektlaufzeit⁷ (Tabelle 4).

⁶ Es sind zwei Nennungen möglich. Die Anteile berechnen sich mit der Basis 89 (Alle Falldokumentationen) vgl. Tabelle 42.

⁷ Die Vermutung liegt nahe, dass die Post-Erhebung für diese Therapie wegen dem Abschluss der Projektlaufzeit vorgenommen wurde. Dies ist aber nicht der Fall. Die Behandlung wurde regulär abgeschlossen.

Systemtherapeutische Praxis ist demnach eine Praxis der Kurzzeit-Therapie. Einerseits ist die Anzahl der Therapiestunden relativ gering, andererseits sind die Zeiträume im mittelfristigen Bereich anzusiedeln. Diese Masse stehen weitgehend in einem Zusammenhang mit der systemischen Therapiemethodik, die nach dem Prinzip der ökonomischen Intervention zum rechten Zeitpunkt vorzugehen versucht und zwischen den einzelnen Sitzungen dem System Möglichkeit zu Eigenentwicklungen überlässt.

	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Sd</i>
Behandlungsdauer in Wochen	85	2	126.0	39.6	30.1
Anzahl Therapiesitzungen	75	2	41.0	10.9	8.0
Anzahl verrechnete Therapiestunden	88	1	34.0	9.7	7.4

Tabelle 4: Behandlungsdauer

Betrachtet man die Verteilung der Therapiedauer, so sieht man, dass die kurzen Behandlungen deutlich überwiegen (Abbildung 10). Rund 66% der Behandlungen liegen im Bereich bis zu 10 verrechneten Therapiestunden. Bei der längsten Behandlung werden 34 Therapiestunden verrechnet.

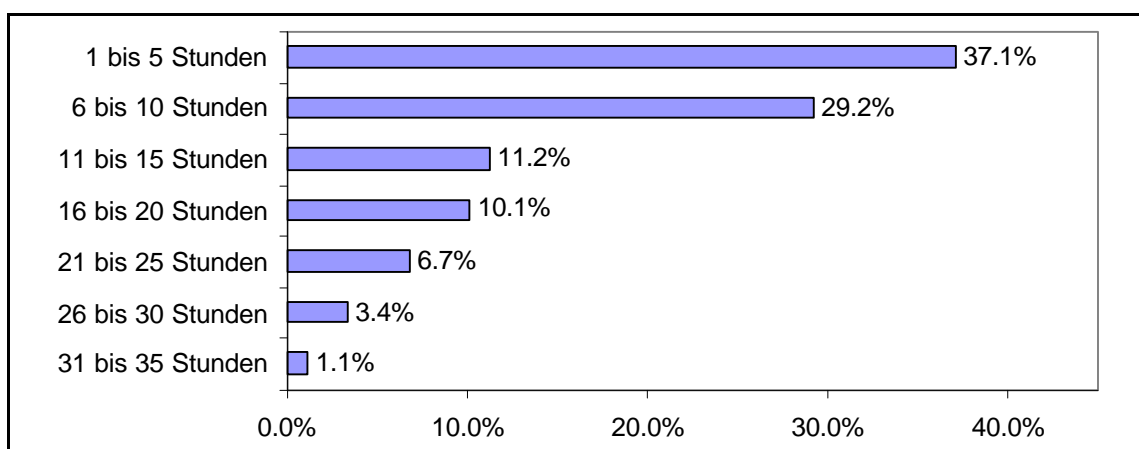


Abbildung 10: Anzahl der verrechneten Therapiestunden

Bei den meisten Therapien haben sich keine Komplikationen ereignet (86.5%). In einem Fall wird von einem Suizidversuch berichtet (Tabelle 50). Die meisten Therapien werden regulär abgeschlossen (70.8%), bei weiteren 6.7% wird die Falldokumentation vorzeitig abgeschlossen, damit der Fall in die Studie aufgenommen werden kann. 15 Patient/innen entscheiden sich die Therapie abzubrechen (16.9%) und weitere 4 entscheiden sich für einen Therapieunterbruch (4.5%, vgl. Abbildung 11 und Tabellen 51).

Eine Therapieabbruchrate von 16.9% ist klein. Nach Wierzbicki und Pekarik (1993) befindet sich die Quote von Dropout-Raten im ambulanten Setting bei 46,86 %. Dieses Ergebnis hängt allerdings von der Definitionsart ab, was Therapieabbruch im engeren Sinn bedeutet. Garfield & Bergin (1994) ermitteln Dropout-Raten zwischen 30 und 60 %. Eine Dropout-Rate, die tiefer als 20 % ist, muss in jedem Fall als sehr gutes Resultat gewertet werden.

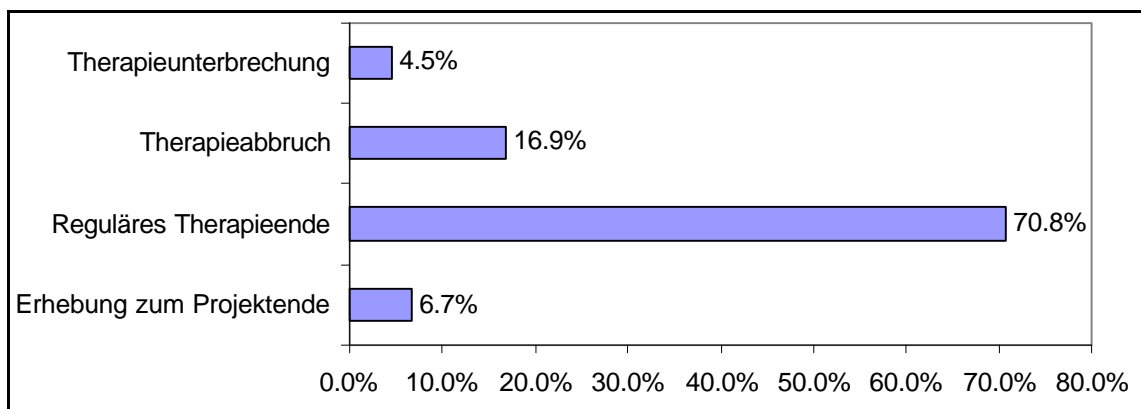


Abbildung 11: Modus Therapieabschluss und Falldokumentation

Nach Abschluss der Therapie wird bei 62 Patient/innen entschieden, keine Massnahmen zur weiteren Behandlung einzuleiten (69.7%). Bei 16 Patient/innen erachten die Therapeut/innen weitere psychotherapeutische Massnahmen für angebracht (18%).

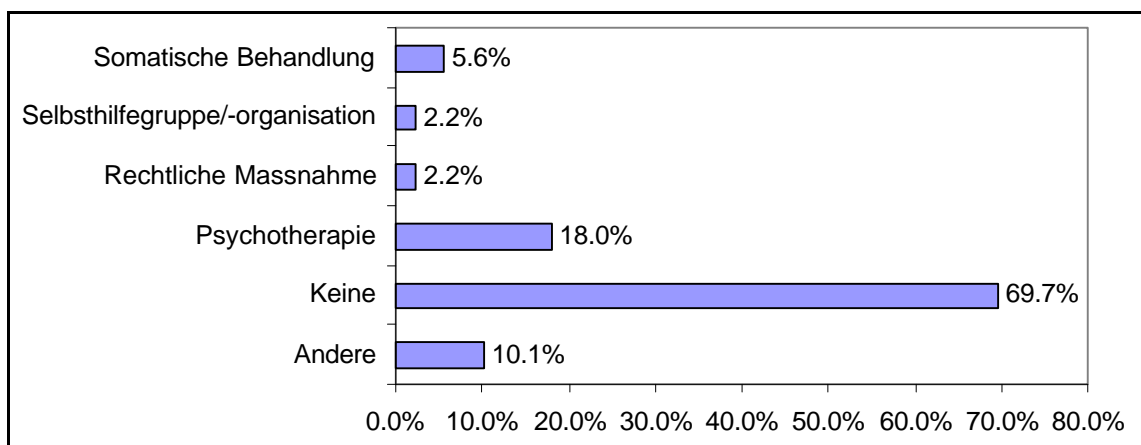


Abbildung 12: Massnahmen der Weiterbehandlung ⁸

In weiteren 5 Fällen ist eine somatische Behandlung angezeigt. Zwei Patient/innen unterliegen der Auflage einer rechtlichen Massnahme. Und weitere zwei Patient/innen werden sich einer Selbsthilfegruppe anschliessen (Abbildung 12; Tabelle 52).

⁸ Es sind wei Nennungen möglich.

Die 18% der Fälle, bei denen Psychotherapie als weitere Massnahme angegeben wird, können dahin gehend interpretiert werden, dass Therapeut/in und System gemeinsam einen vorübergehenden Abschluss im Sinne der Akzeptanz des Kundenwunsches für sinnvoll halten. Grundsätzlich schätzt der Therapeut aber eine Weiterbehandlung im Sinne einer Weiterführung der Psychotherapie als möglich und sinnvoll oder wünschenswert ein.

4.4 Beschreibung der Patient/innen

Die in der Studie vertretenen Patient/innen sind bezüglich Alter und Geschlecht breit gestreut. Die Patient/innen sind im Durchschnitt 37 Jahre alt. Der jüngste Patient(in) ist 14⁹ der älteste 72 Jahre alt. Männer und Frauen sind zu je 50% in der Stichprobe vertreten. Dass gleichviel Männer und Frauen in der Studien sind, ist untypisch. Ein grosser Teil der Therapien sind Paartherapien, was einen Einfluss auf die Zusammensetzung der Stichprobe hat (Tabellen 53 und 54).

Entsprechend der Konzentration auf die deutschsprachige Schweiz sind fast 90% der Patient/innen deutscher Muttersprache. Ebenfalls fast 90% der Patient/innen sind Schweizer/innen (Tabellen 55 und 56).

Die grösste Gruppe der Patient/innen (36%) hat eine Berufslehre abgeschlossen, weitere 25% haben eine Ausbildung an einer Universität oder Fachhochschule vollendet. Rund 20% der Patient/innen verfügt über keine oder eine geringe berufliche Ausbildung (Abbildung 13; Tabellen 57 und 58).

Aufgrund der Verteilung dieser soziodemographischen Grössen kann gefolgert werden, dass sich eine breite Streuung von Patient/innenmerkmalen in dieser Stichprobe befinden. Eine Selektion im Sinne der YAVIS-Patient/innen (jung, attraktiv, verbal gut kommunizierend, intelligent, hoher sozialer Status) kann ausgeschlossen werden. Damit stellen diese Systemtherapien einen Teil der psychotherapeutischen Grundversorgung dar.

⁹ Jüngere Patienten konnten wegen der Normierung des SCL-90-R nicht in die Studie aufgenommen werden.

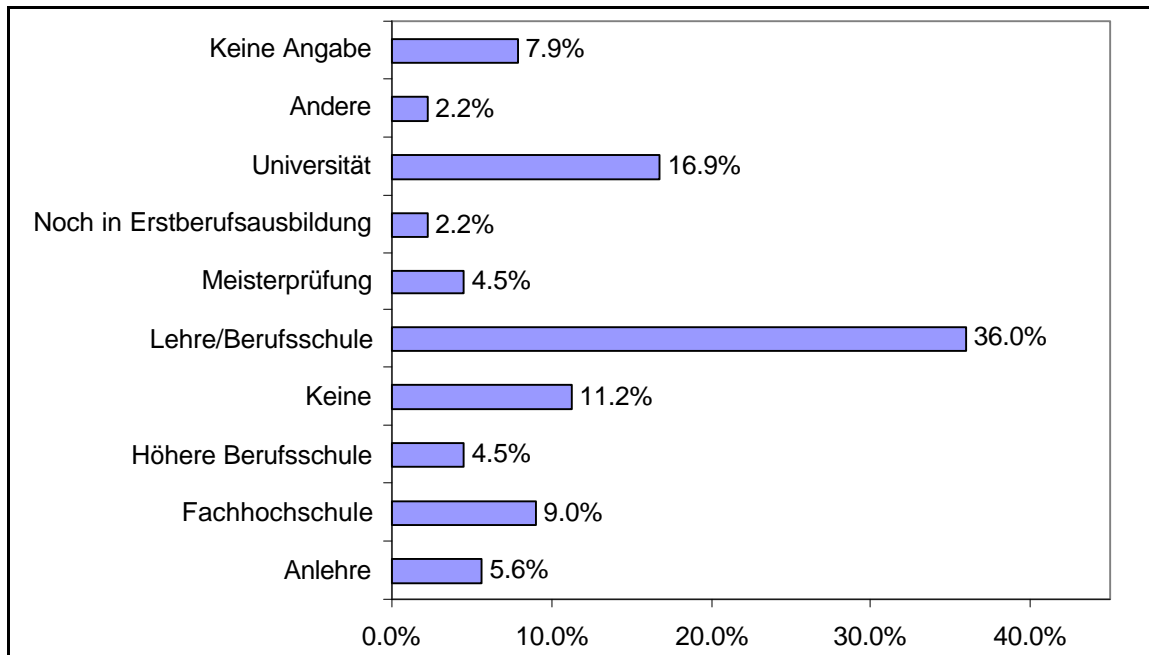


Abbildung 13: Höchste Berufsausbildung

Die Mehrheit der Patient/innen lebt in einer Partnerschaft (86.5%) und die meisten sind verheiratet (67.4%, vgl. Abbildung 14, Tabelle 59 und 60).

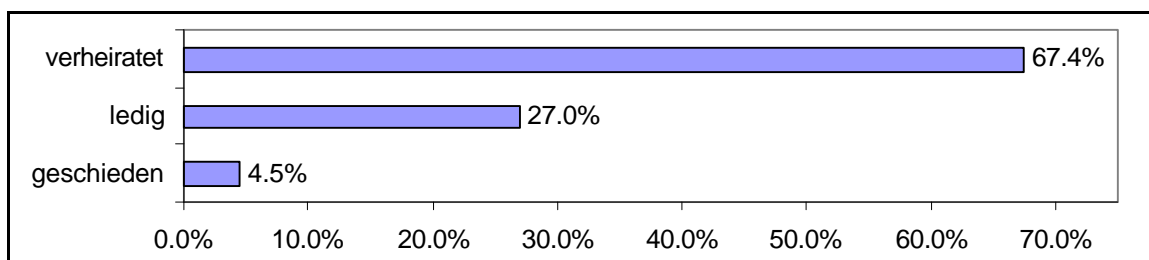


Abbildung 14: Zivilstand der Patient/innen

Ebenfalls die Mehrheit wohnt mit dem Partner zusammen (77.5%). Einige der Patient/innen, die mit dem Partner zusammen leben, wohnen gleichzeitig bei den Eltern. Im Durchschnitt haben die Patient/innen 1.4 Kinder, meistens sind dies eigene Kinder (Tabellen 59 bis 62).

4.5 Behandlungsergebnisse

Bei der Beschreibung der Behandlungsergebnisse wird von der Situation beim Behandlungsbeginn ausgegangen. Die Veränderungen werden einerseits qualitativ anhand der Veränderung der Lebensumstände beschrieben, aber auch quantitativ bewertet. Die quantitative Bewertung stützt sich einerseits auf die Beurteilung durch die Therapeut/innen und andererseits auf die Ergebnisse der Selbsteinschätzung.

4.5.1 Probleme und Diagnose bei Behandlungsbeginn

Beim Eintritt werden die Therapeut/innen gebeten, die problemrelevanten Lebensbereiche einzuschätzen. Es zeigt sich, dass viele Patient/innen in mehr als einem Bereich starke Probleme haben (19.1%). Bei den anderen Patient/innen, bei denen sich ein Hauptproblembereich zeigt, steht das Thema „Familie“ im Vordergrund (62.9%). Bei einigen Patient/innen stehen die Themen „Beruf“ oder „Freizeit“ im Vordergrund. Sehr selten sind es Probleme mit den „sozialen Bedingungen“ und der „sozialen Anpassung“ (Abbildung 15, Tabelle 63).

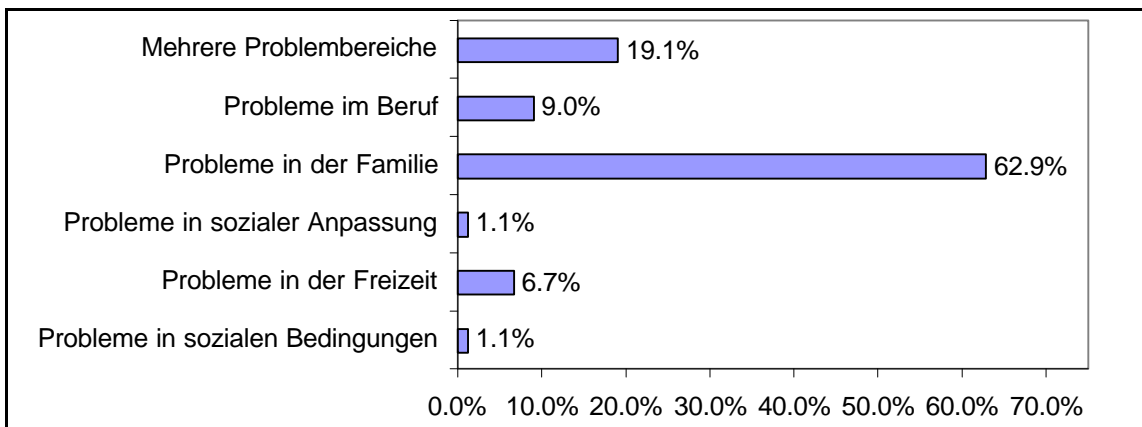


Abbildung 15: Hauptproblembereiche

Bei der Einschätzung der Suizidgefährdung zeigt sich, dass nur ein/e Patient/in als Suizidgefährdet eingeschätzt wird. Bei weiteren 11 Patient/innen (12.4%) ist es für die Therapeut/innen unsicher, ob ein Suizidrisiko besteht (Fraglich). Für die Mehrheit der Patient/innen (84.3%) wird keine Suizidgefährdung angenommen (Abbildung 16; Tabelle 64).

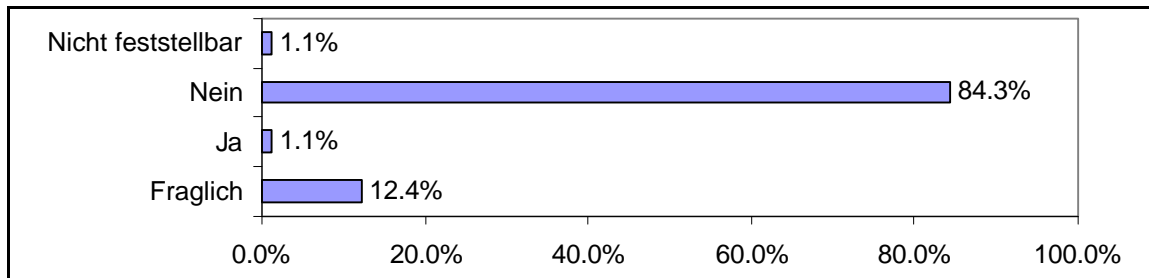


Abbildung 16: Suizidalität

Diagnose

Die Diagnosen wurden entweder von den Therapeuten/innen alleine oder im Team eingeschätzt. Neben Psychiater/innen und Psycholog/innen befanden sich auch Sozialarbeiter/innen in dieser Studie. Es sind dies Sozialarbeiter/innen mit langjähriger psychotherapeutischer Praxis, welche in Praxisgemeinschaften in enger Kooperation mit Psychiatern und/oder klinischen Psychologen arbeiten.

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
F1: Verhaltensstörungen durch Psychotrope Substanzen	4	4.5	4.8
F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	2	2.2	2.4
F3: Affektive Störungen	20	22.5	24.1
F4: Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	38	42.7	45.8
F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	3	3.4	3.6
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	4	4.5	4.8
F7: Intelligenzminderung	1	1.1	1.2
F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	3	3.4	3.6
Z6: Probleme im sozialen Umfeld und den Lebensumständen	8	9.0	9.6
Total	83	93.3	100.0
Keine Angabe	6	6.7	
Total	89	100.0	

Tabelle 5: Hauptdiagnose bei Beginn

Die Auswertung der Hauptdiagnosen bei Beginn zeigt folgendes Bild (Tabelle 5): Insgesamt sind alle Diagnosekategorien von F1 bis F9 vertreten. Hauptgewicht haben die Diagnosekategorien F4 (Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen) mit 46% und F3 (affektive Störungen) mit 24% der Fälle, was in einer ambulanten Studie zu erwarten ist. In kleinerem Ausmass wurde aber auch die Diagnose Essstörungen (3), Persönlichkeitsstörungen (4) und Störungen durch psychotrope Substanzen (4) gestellt.

Innerhalb der Kategorien F3 und F4 ergaben sich bei zwei Störungsgruppen eine leichte Häufung (Tabelle 6), nämlich F32 (einfache depressive Episode, 16%) und F43 (Anpassungsstörung, Belastungsreaktion, 28%). Weiter werden folgende Hauptdiagnosen gestellt: phobische Störung (3), Angststörung (3), somatoforme Störung (2), sowie andere neurotische Störungen F48 (6; vgl. Tabelle 6).

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
F32: Depressive Episode	13	14.6	15.7
F33: Rezidivierende depressive Episode	6	6.7	7.2
F34: Anhaltende affektive Störung	1	1.1	1.2
F40: Phobische Störung	3	3.4	3.6
F41: Andere Angststörung	3	3.4	3.6
F42: Zwangsstörung	1	1.1	1.2
F43: Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	23	25.8	27.7
F45: Somatoforme Störungen	2	2.2	2.4
F48: Andere neurotische Störungen	6	6.7	7.2
Total	58	65.2	69.9

Tabelle 6: Hauptdiagnose bei Beginn: Die wichtigsten Diagnose-Gruppen

Gemäss diesem Bild, wird die Systemtherapie in der Praxis bei einem breiten Spektrum von psychiatrischen Diagnosen und Störungen eingesetzt. Gleichzeitig ist dies auch das Bild, das in einer Praxisstudie mit heterogener Stichprobe zu erwarten ist.

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
F1: Verhaltensstörungen durch Psychotrope Substanzen	3	3.4	7.7
F3: Affektive Störungen	4	4.5	10.3
F4: Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	3	3.4	7.7
F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	5	5.6	12.8
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	7	7.9	17.9
F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	2	2.2	5.1
Z6: Probleme im sozialen Umfeld und den Lebensumständen	14	15.7	35.9
Z7: Beratungersuchen	1	1.1	2.6
Total	39	43.8	100.0
Keine Angabe	50	56.2	
Total	89	100.0	

Tabelle 7: Nebendiagnose bei Beginn

Bei den Nebendiagnosen wird vor allem die Kategorie Z6 (Störungen im sozialen Umfeld) häufig angewendet (Tabelle 7). Dies weist daraufhin, dass Systemtherapeut/innen primär das Symptomverhalten kategorisieren und die Z6 Kategorie wahrscheinlich noch zusätzlich im Sinne einer ätiologischen Zuschreibung diagnostizieren (Tabelle 8).

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
Z61: Probleme durch negative Kindheitserlebnisse	2	2.2	5.1
Z62: Andere Probleme bei der Erziehung eines Kindes	1	1.1	2.6
Z63: Andere Probleme in der engeren Bezugsgruppe, einschliesslich familiärer Umstände	11	12.4	28.2
Total	14	15.7	35.9

Tabelle 8: Nebendiagnose bei Beginn: Die wichtigste Diagnose-Gruppe

4.5.2 Veränderung der Situation und der Probleme

Betrachtet man die Veränderungen in den Lebensumständen, so stehen die Bereiche Beziehung, Wohnen und Arbeit im Vordergrund. Die häufigste Veränderung in den Beziehungen ist die Trennung (13.5%) oder Scheidung (4.5%). Bei den meisten Patient/innen bleibt die Beziehungssituation jedoch unverändert (71.9%). Einige Patient/innen sind wieder mit ihrem Partner zusammen (2.2%) oder sind eine neue Partnerschaft eingegangen (2.2%). Ebenfalls eine seltene Veränderung ist, dass ein weiteres Kind in die Beziehung gekommen ist (2.2%). Berücksichtigt man die kurze durchschnittliche Dauer der Therapien, stellt sich die Frage, in wieweit die Geburt von weiteren Kindern mit der Therapie in Verbindung gebracht werden kann. Eine dieser Therapien hat 13 Wochen, die andere 84 Wochen gedauert (Abbildung 17; Tabellen 65).

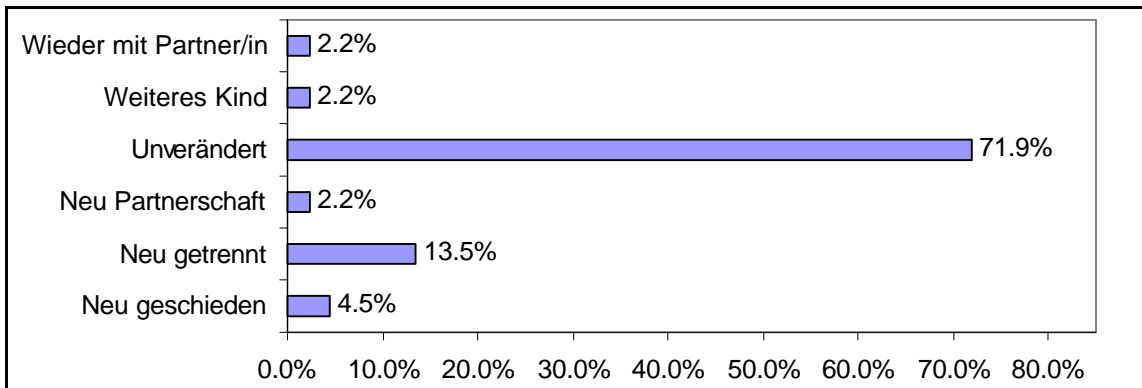


Abbildung 17: Veränderung der familiären Situation

Die Veränderungen in der Wohnsituation spiegeln die Veränderungen im Bereich der Beziehungen. Einige Patient/innen leben neuerdings allein (13.5%), je 2.2% leben wieder mit dem Partner oder sind mit einem Partner zusammengezogen und bei einem grossen Teil hat sich an der Wohnsituation nichts geändert (74.2%, vgl. Abbildung 18 und Tabellen 66).

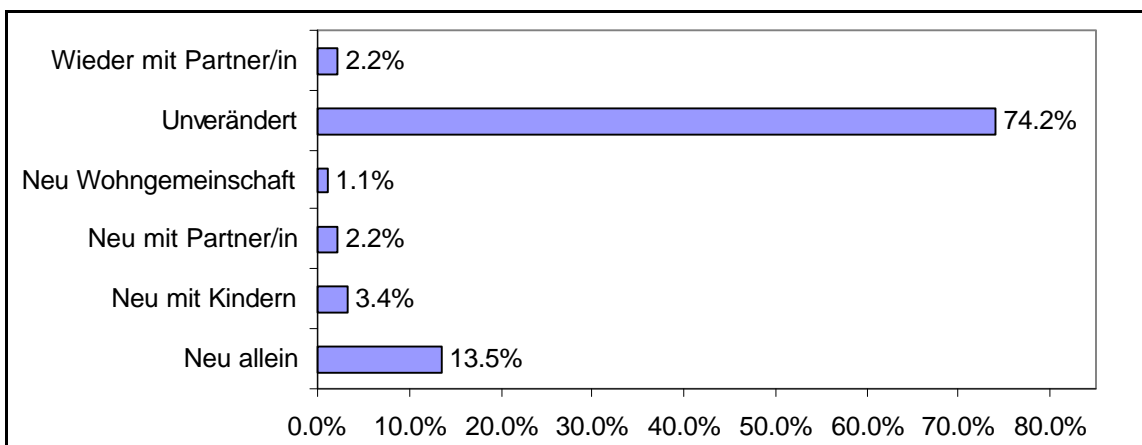


Abbildung 18: Veränderung der Wohnsituation

Bei den Meisten Patient/innen kann im Bereich der Arbeitsfähigkeit keine Veränderung beobachtet werden. Die genauere Betrachtung zeigt, dass 75 Patient/innen (84.3%) zu Beginn der Therapie nicht arbeitsunfähig waren. Von diesen werden aber trotzdem am Ende der Therapie 8 als „wieder arbeitsfähig“ eingeschätzt. Dies lässt darauf schliessen, dass diese 8 Patient/innen während der Behandlung vorübergehend arbeitsunfähig waren. Von den 9 Patient/innen die zu Beginn der Therapie zu 80-100% arbeitsunfähig waren sind bei Abschluss der Therapie 7 wieder arbeitsfähig (77.8%, vgl. Tabelle 9).

Arbeitsunfähigkeit bei Beginn	Arbeitsfähigkeit bei Ende		Total
	unverändert	wieder arbeitsfähig	
Keine Arbeitsunfähigkeit	67	8	75
Arbeitsunfähigkeit 80 bis 100%	2	7	9
Total	69	15	84

Tabelle 9: Veränderung der Arbeitsfähigkeit (Anzahl Patient/innen)

Die Therapeut/innen beurteilen am Ende der Behandlungen die Veränderungen in den problemrelevanten Lebensbereichen. Dabei zeigt sich, dass sowohl Verbesserungen als auch Verschlechterungen vorkommen. Die durchschnittliche Veränderung macht jedoch deutlich, dass die Verbesserungen überwiegen. Die durchschnittlich grössten Verbesserungen werden im Bereich der Probleme in der Familie gesehen. Ebenfalls deutliche Verbesserungen zeichnen sich in den Lebensbereichen Beruf, Freizeit und im Bereich der sozialen Anpassung ab. Die Veränderungen im Bereich der sozialen Bedingungen werden etwas geringer eingeschätzt (Abbildung 19; Tabelle 67).

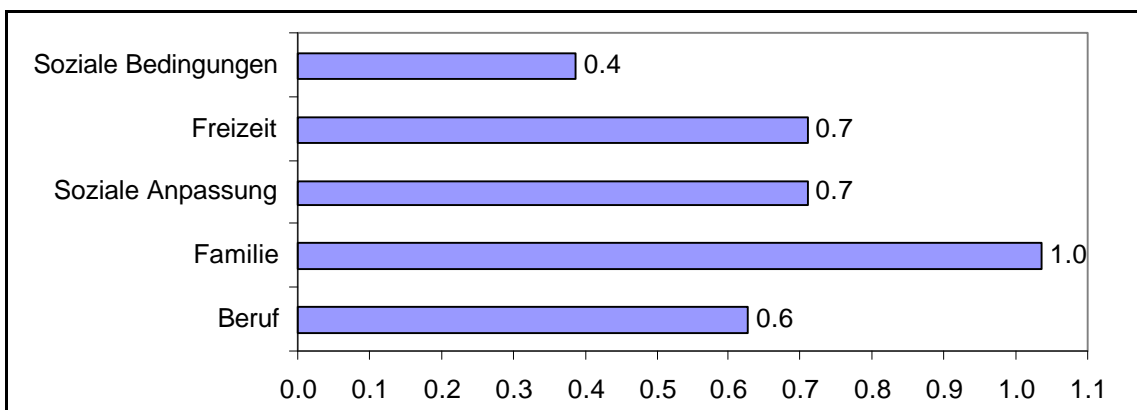


Abbildung 19: Durchschnittliche Veränderung in den problemrelevanten Lebensbereichen (Wertebereich –2 Verschlechterung bis +2 Verbesserung)

Diese Form der Therapeut/inneneinschätzung ist mit dem Vorgehen beim Goalattainment-scaling aus Therapeut/innensicht (GAS) vergleichbar. Die Therapeut/innen sind nach Vollendung der Therapie aufgefordert in fünf Bereichen eine Veränderungseinschätzung mit Bezug auf die Problemstellung bei Therapiebeginn abzugeben. Indirekt wird somit eine Einschätzung aus Sicht der Therapeut/innen im Hinblick auf die Zielerreichung verlangt. Insgesamt zeigen sich überall positive Veränderungen im psychosozialen Kontext. Nicht nur im Bereich der familiären Beziehungen sehen die Therapeut/innen eine Veränderung, son-

dern auch im Freizeitverhalten, in der sozialen Anpassung, im Beruf und im Bereich der sozialen Bedingungen.

4.5.3 Veränderungen der Symptome und Belastungen

Für die Messung der Wirksamkeit der Behandlungen werden sowohl Fremdurteile durch die behandelnden Therapeut/innen als auch Selbsteinschätzungen mit Hilfe von normierten Fragebogen eingesetzt.

4.5.3.1 Fremdbeurteilung

Es werden drei Beurteilungsskalen zur Erfassung der Fremdurteile eingesetzt:

1. Der Schweregrade der Erkrankung: Clinical Global Impression (CGI)
2. Die allgemeine Funktionsfähigkeit der Patient/innen: Global Assessment of Functioning (GAF)
3. Die Funktionsfähigkeit der Beziehungen: Global Assessment of Relational Functioning Scale (GARF)

Die Skalen sind im Anhang ausführlich beschrieben.

Datenqualität

Bevor die Ergebnisse dargestellt werden, wird die Qualität der vorliegenden Daten beurteilt. Die Datenqualität für den GAF-Wert und GARF-Wert ist mit über 95% vorhandener Werte gut. Aus diesen Angaben lassen sich verallgemeinerbare Aussagen gewinnen. Beim CGI liegen die gültigen Werte unter 90% (Tabellen 10 und 69 bis 71). Falls die Auswertungen für den CGI und den GAF zu abweichenden Ergebnissen führen, ist den Aussagen aus dem GAF mehr Gewicht zu schenken.

	Anzahl	Anteil %
CGI	78	87.6
GAF	86	96.6
GARF	85	95.5

Tabelle 10: Angaben für Beginn und Ende bei den Fremdeinschätzungen

Ergebnisse der Fremdbeurteilung

In allen Massen der Fremdeinschätzungen sind die Behandlungen wirksam. Die Unterschiede zwischen den Beurteilungen zu Beginn und am Ende der Therapien sind signifikant und weisen hohe Effektstärken aus. Das heisst die Veränderungen sind statistisch überzufällig und gross (Abbildung 20; Tabelle 11).

	Mittel prä	SD prä	Mittel post	Mittlere Veränderung	Effektstärke	sig.
CGI	4.3	1.6	2.7	1.5	1.0	***
GAF	60.7	13.3	74.3	13.7	1.0	***
GARF	53.8	16.2	67.0	13.2	0.8	***

Tabelle 11: Wirksamkeit der Therapien gemäss den Fremdeinschätzungen

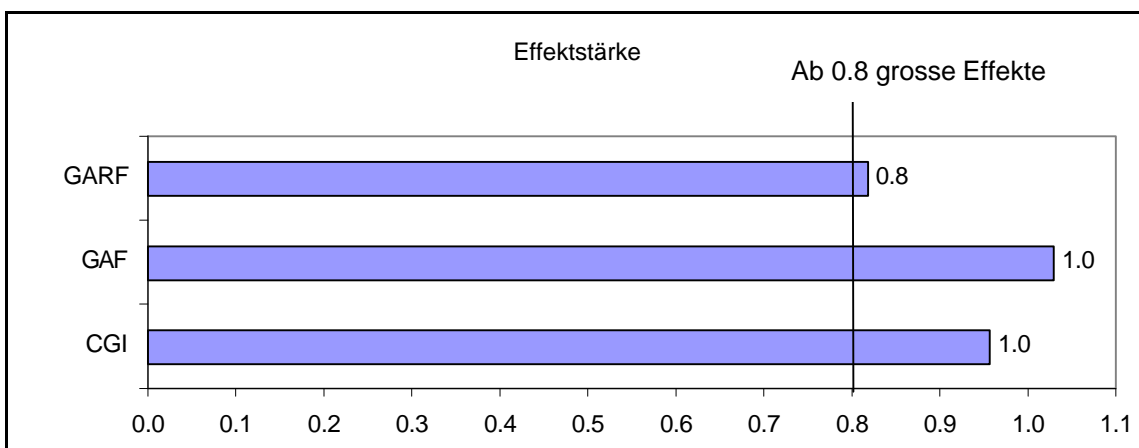


Abbildung 20: Effektstärken bei den Fremdeinschätzungen

Bei der klinischen Einschätzung (CGI) findet die mittlere Veränderung im Bereich von „leicht bis mässig Krank“ zu „ein Grenzfall psychischer Erkrankung“ statt. Die Einschätzung der Veränderung im Funktionsniveau (GAF) liegt in einem ähnlichen Bereich. Die Verbesserung des Funktionsniveaus ist von „mässig ausgeprägte oder leichte Symptome“ zu „vorüber-

gehende Symptome oder normale Reaktionen auf psychosozialen Stress“. Dieser Bereich der Veränderung entspricht dem, was in einer ambulanten Stichprobe zu erwarten ist. Wären die Belastungen zu Beginn der Therapie höher, wäre die Möglichkeit einer ambulanten Behandlung in Frage gestellt.

Die Veränderung in der Funktionsfähigkeit der Beziehungen ist geringer und findet auf einem Niveau stärkerer Beeinträchtigung statt. Die mittlere Veränderung in der Funktionsfähigkeit der Beziehungen ist von „unbefriedigende und dysfunktionale Beziehungen dominieren deutlich“ zu „das Beziehungssystem funktioniert nicht voll befriedigend“ (Tabelle 11).

4.5.3.2 Patient/inneneinschätzung der Ergebnisqualität

Zur Beurteilung der Ergebnisqualität werden neben den Fremdmassen zwei Selbstbeurteilungsinstrumente eingesetzt. Der SCL (SCL-90-R: Symptom Check List)¹⁰ und die Familienbögen¹¹. Bei den Familienbögen werden zwei verschiedene Versionen eingesetzt; eine für Paarbeziehungen (FBZ) und eine für Familiensysteme (FBA).

Der VEV (Fragebogen zur Veränderung von Erleben und Verhalten) hat sich in der vorliegenden Studie nicht bewährt und wird nicht ausgewertet. In einer ähnlich gelagerten Praxisstudie (Psychotherapiezentrum Oberwallis 1998) hat sich dieses Instrument bewährt. In dem Setting wurden die Patient/innen allerdings von einer Qualitätssicherungs-Assistentin angeleitet. In der vorliegenden Untersuchung ist dieses Instrument ohne Anleitung in der Vollversion (42 Items) abgegeben worden. Es hat sich gezeigt, dass dieses Instrument ohne Anleitung und Erklärung für eine Untersuchung in einer Praxissituation zu komplex und zu schwer verständlich ist (Frage-Art, negativ gepolte Fragen, doppelte Verneinung). Der Rücklauf des VEV ergab eine unbefriedigende Datenqualität. Einerseits sind die Fragebogen nicht vollständig oder missverständlich ausgefüllt, andererseits sind die Daten nicht plausibel. Wir haben uns daher entschlossen diesen Fragebogen nicht in die Auswertung aufzunehmen. Gemäss Mitteilungen von Mitarbeitern des Psychologischen Institutes der Universität Bern (K. Grawe) existiert eine verkürzte vereinfachte Form mit weniger Items (27), welche in der Praxis besser anwendbar sei.

¹⁰ Franke, G., 1995.

¹¹ Cierpka, M. & Frevert, G., 1994.

Datenqualität

Bei der Beurteilung der Datenqualität der Selbsteinschätzungsinstrumente muss beachtet werden, dass das Beibringen der Fragebogen zum Ende der Therapie bei Therapieabbruch mit Schwierigkeiten verbunden ist. 16.9% der Therapien wurden abgebrochen. Der Anteil von vollständigen Datensätzen von rund 90% ist somit als Erfolg zu betrachten (Tabellen 12 und 72 bis 75).

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>
SCL	81	91.0
Familienbogen Zweierbeziehung	66	90.4
Familienbogen allgemein	15	100.0

Tabelle 12: Angaben für Beginn und Ende bei den Selbsteinschätzungen

Ergebnisse der Selbstbeurteilung SCL-90-R

Z-Werte Patient/innen	<i>N</i>	<i>Mittel prä</i>	<i>Mittel post</i>	<i>Mittlere Veränderung</i>	<i>Effektstärke</i>	<i>Sig</i>
Somatisierung	81	1.5	0.3	1.2	0.5	***
Zwanghaftigkeit	81	1.9	0.5	1.3	0.7	***
Unsicherheit	81	1.9	0.7	1.3	0.6	***
Depressivität	81	2.9	1.0	2.0	0.8	***
Ängstlichkeit	81	2.7	1.0	1.7	0.6	***
Aggressivität	81	2.0	0.9	1.1	0.5	***
Phobische Angst	81	2.1	0.6	1.5	0.4	***
Paranoides Denken	81	1.8	0.6	1.2	0.6	***
Psychotizismus	80	2.0	0.7	1.2	0.5	***
Mittlere Belastung (GSI)	80	2.9	1.0	1.9	0.8	***
Anzahl Beschwerden (PST)	81	1.7	0.7	1.0	0.7	***
Stärke der Beschwerden (PSDI)	80	2.1	0.5	1.6	0.9	***

Tabelle 13: Mittlere Veränderungen in der Symptombelastung (SCL)

Betrachtet man die Ebene der Symptombelastung, so zeigt sich, dass die Patient/innen bei Therapiebeginn im Bereich Depressivität und Ängstlichkeit hohe Belastungen mitbringen. Auch insgesamt (GSI) sind die Patient/innen stark belastet. Hoch heisst, dass die Werte

deutlich über den Werten der Normstichprobe liegen.¹² Auch nach der Behandlung sind die Werte noch höher als in einer gesunden Population, aber sie sind wesentlich niedriger als zu Beginn der Therapie. Die Veränderungen sind in allen Dimensionen signifikant und weisen mittlere bis hohe Effektstärken auf (Abbildung 21; Tabelle 13).

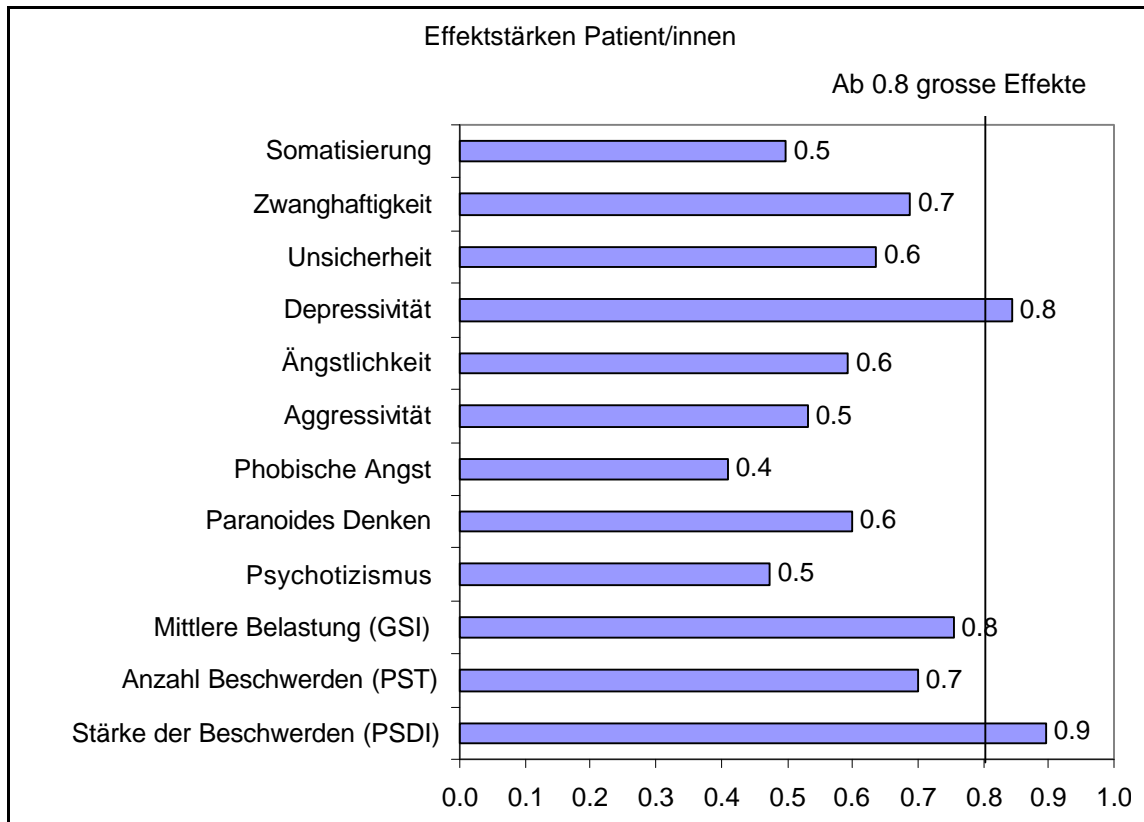


Abbildung 21: Effektstärken bei den SCL Skalen

Auf der Ebene der gesamten Stichprobe können die Behandlungen im Bereich der Symptombelastung als sehr wirksam eingeschätzt werden.

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 Signifikanz¹³ werden die Ergebnisse der einzelnen Therapieverläufe in den Vordergrund gerückt.

¹² Ein Z-Wert von 3 wird in einer Population von Gesunden mit einer Wahrscheinlichkeit von 0.1% Prozent erreicht.

¹³ Jacobson, N.S. & Truax, P., 1991. Die Berechnung der Grenze zwischen Kranken und Gesunden ist in Tabelle 76 dokumentiert.

Der Gesamtindex (GSI) der Symptomveränderung zeigt einen Wert von 23% wirklich geheilten Patient/innen. 33% sind verbessert aber noch nicht im Bereich von wirklich geheilt. Das heisst insgesamt verbessern sich 56% der Patient/innen in den systemisch ausgerichteten Psychotherapien (Abbildung 22; Tabelle 14).

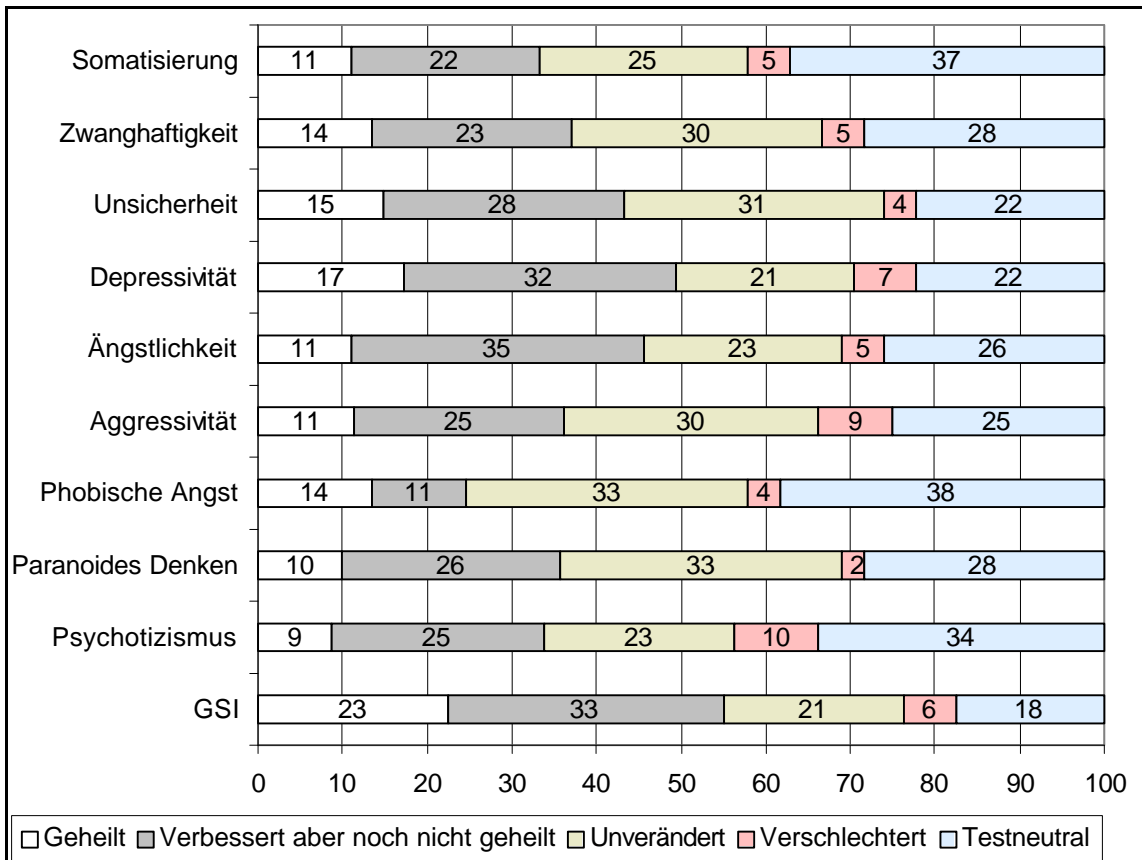


Abbildung 22: Anteil der Patient/innen, die als geheilt, verbessert oder verschlechtert eingestuft werden (in Prozent)

Diese Werte 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. Die hier vorliegenden Resultate liegen in diesem Bereich und höher. Der Anteil an verbesserten aber noch nicht geheilten Personen liegt wesentlich höher als in der Vergleichsstichprobe aus der oben genannten Studie (13 % versus 33 %).

	<i>Geheilt</i>	<i>Verbessert aber noch nicht geheilt</i>	<i>Unverändert</i>	<i>Testneutral</i>	<i>Verschlechtert</i>
Somatisierung	11.1%	22.2%	24.7%	37.0%	4.9%
Zwanghaftigkeit	13.6%	23.5%	29.6%	28.4%	4.9%
Unsicherheit	14.8%	28.4%	30.9%	22.2%	3.7%
Depressivität	17.3%	32.1%	21.0%	22.2%	7.4%
Ängstlichkeit	11.1%	34.6%	23.5%	25.9%	4.9%
Aggressivität	11.3%	25.0%	30.0%	25.0%	8.8%
Phobische Angst	13.6%	11.1%	33.3%	38.3%	3.7%
Paranoides Denken	9.9%	25.9%	33.3%	28.4%	2.5%
Psychotizismus	8.8%	25.0%	22.5%	33.8%	10.0%
GSI	22.5%	32.5%	21.3%	17.5%	6.3%

Tabelle 14: Anteil der Patient/innen, die als geheilt, verbessert oder verschlechtert eingestuft werden

Ergebnisse der Selbstbeurteilung FB Zweierbeziehung

Die Patient/innen befinden sich im Vergleich zu einer gesunden Population im Grenzbereich und teilweise knapp ausserhalb einer gesunden Funktionalität. Die Z-Werte bei der Prä-Messung von grösser als 1 geben Hinweise auf dysfunktional wahrgenommenes Paarbeziehungsverhalten. Man muss aber sagen, dass die Dysfunktionalität aus Sicht der Indexpatient/innen nicht gravierend ist. Da bei Therapiebeginn nur eine geringe Dysfunktionalität besteht, können in diesem Bereich auch nur geringe Veränderungen erwartet werden. Das Bild bei der Post-Messung zeigt dann auch, dass in diesem Bereich nur leichte Veränderungen zu beobachten sind. Die Effektstärken bewegen sich nur in zwei Skalen (Rollenverhalten und Kommunikation) im Bereich von kleinen Effekten (Tabelle 15).

Folgende Aussagen sind somit möglich: Systemisch behandelte Patient/innen im Paarsetting oder Zwei-Personen-Setting sind zu Beginn der Psychotherapie im Beziehungsverhalten nicht gravierend belastet. Sie befinden sich knapp im Grenzbereich zwischen funktionalem und dysfunktionalem Beziehungsverhalten. Trotzdem sind sie aber symptomatisch stark belastet.

Dies wirft die Frage auf, ob der angenommene Zusammenhang zwischen dysfunktionaler Beziehung und Symptomentwicklung sowie Symptombelastung aufrecht erhalten werden

kann. Die Resultate dieser Studie weisen auf jeden Fall nicht darauf hin. Aus der Psychotherapieforschung ist bekannt, dass sich Beziehungsveränderungen erst nach einer gewissen Zeit vollziehen. Howard (1993) nimmt an, dass sich zuerst das Wohlbefinden, dann die Symptome und zuletzt die Lebensbewältigung als auch die Bewältigung im Beziehungsbereich verändern.

Es ist deshalb anzunehmen, dass in systemischer Therapie neben dem Wirkfaktor Beziehungsveränderung weitere wichtige Hauptwirkfaktoren einen Einfluss haben. Zu denken ist in erster Linie an den Wirkfaktor der Ressourcenorientierung, der auch in Konzepten von Grawe enthalten ist und empirisch in mehreren Studien als ein Hauptwirkfaktor von Psychotherapie bestätigt wurde.

Z-Werte Patient/innen	N	Mittel Prä	Mittel Post	Mittlere Veränderung	ES	Sig
Aufgabenerfüllung	66	1.0	0.9	0.2	0.1	ns
Rollenverhalten	66	1.2	1.0	0.3	0.2	*
Kommunikation	66	1.3	1.1	0.2	0.2	ns
Emotionalität	66	1.1	1.0	0.1	0.1	ns
Beziehungsaufnahme	66	1.6	1.6	0.0	0.0	ns
Kontrolle	66	1.0	1.0	0.0	0.0	ns
Übereinst. Werte u. Normen	66	1.4	1.5	0.1	0.1	ns

Tabelle 15: Mittlere Veränderung in den Familienbogen Zweierbeziehung (FBZ)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Indexpatient/innen zu Beginn der Therapie im Bereich der Beziehungsfunktionalität wenig dysfunktional sind und dass nach diesen systemischen Therapien wenig Veränderungen in der Beziehungsfunktionalität festgestellt werden können. Es ist anzunehmen, dass neben der Beziehungsveränderung andere Wirkfaktoren zur Wirksamkeit systemischer Therapie beitragen.

Ergebnisse der Selbstbeurteilung FB Allgemein

Zur Beurteilung des Mehrpersonen-Settings werden die Familienbögen Allgemein eingesetzt. Hier zeigt sich im Gegensatz zu den Familienbögen im Zwei-Personen-Setting ein leicht anderes Bild. Die Patient/innen nehmen zu Beginn der Therapie eine höhere Dysfunktionalität wahr, als im Zwei-Personen-Setting und die Veränderungen nach Abschluss der Therapie sind dementsprechend grösser (Effektstärken). Mittlere Effekte

ergeben sich im Bereich der Kommunikation. Weitere mittlere Effektstärken liegen in den Bereichen Emotionalität und Verbesserung der affektiven Beziehungsaufnahme. Kleine Effektstärken ergeben sich im Bereich von verbesserter Aufgabenerfüllung und Rollenverhalten.

Z-Werte Patient/innen	N	Mittel Prä	Mittel Post	Mittlere Veränderung	ES	Sig
Aufgabenerfüllung	15	1.6	1.2	0.4	0.3	ns
Rollenverhalten	15	0.5	0.4	0.2	0.2	ns
Kommunikation	15	1.5	0.7	0.7	0.5	ns
Emotionalität	15	1.4	0.8	0.6	0.4	ns
Beziehungsaufnahme	15	1.9	1.2	0.7	0.4	ns
Kontrolle	15	0.7	0.6	0.1	0.1	ns
Übereinst. Werte u. Normen	15	1.6	1.4	0.1	0.1	ns

Tabelle 16: Mittlere Veränderung in den Familienbogen Allgemein (FBA)

Zusammenfassend zeigt sich, dass systemische Therapie im Mehr-Personen-Setting Verbesserung in der Beziehungsqualität bewirkt. Die Dysfunktionalität ist bei den Patient/innen zu Beginn einer Therapie im Mehr-Personen-Setting grösser als im Zwei-Personen-Setting. Im Mehrpersonen-Setting sind die Veränderungen durch systemisch orientierte Psychotherapie, gemessen mit diesen Familienbögen, grösser sind als im Zwei-Personen-Setting. Ob sich die Unterschiede in den Effekten zwischen Mehr-Personen- und Zwei-Personen-Setting darauf zurückführen lassen, dass das Zwei-Personen-Setting zu Beginn wenig Dysfunktionalität aufweist oder auf eine besonders gute Eignung und Effektivität der systemischen Vorgehensweise im Mehr-Personen-Setting, lässt sich in dieser Studie nicht schlüssig klären.

4.5.4 Zufriedenheit der Patient/innen

Bei Abschluss der Behandlung werden die Patient/innen nach der Zufriedenheit mit der Behandlung gefragt. Die Zufriedenheit wird mit einer siebenstufigen Skala über vier Fragen ermittelt. Die Stufen 1 bis 3 werden zusammengefasst und mit „Unzufrieden“ bezeichnet. Über 50% der Patient/innen sind sehr oder ziemlich zufrieden mit der Behandlung (Skalenwerte 6 und 7). Weitere 21.3% der Behandelten sind „mittel zufrieden“ oder „einigermassen zufrieden“. 7.9% geben mit den unteren Skalenwerten von 1 bis 3 an, dass

sie mit der Behandlung nicht zufrieden sind. Die restlichen 15 Patient/innen machen bezüglich der Zufriedenheit mit der Behandlung keine Angaben (Abbildung 23; Tabelle 77).

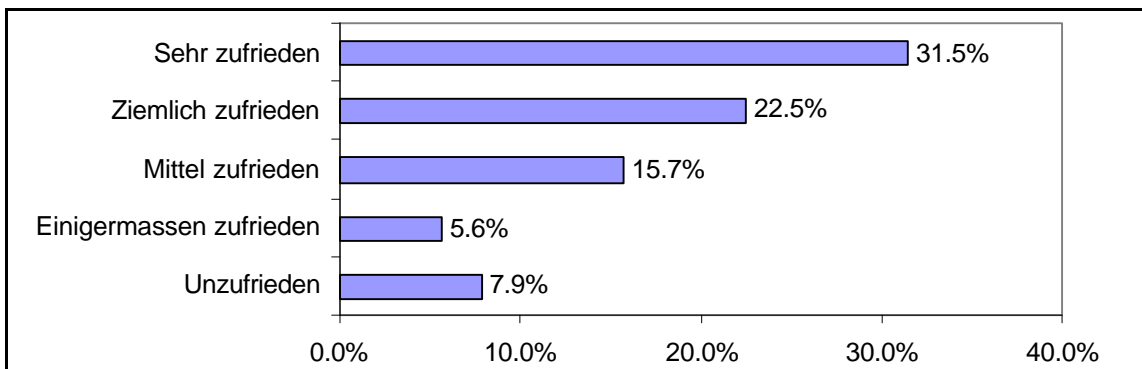


Abbildung 23: Zufriedenheit mit der Behandlung

Die hohen Zufriedenheitswerte entsprechen Werten aus anderen vergleichbaren Studien. Die Patient/innenzufriedenheit korreliert wenig mit Behandlungserfolg (Hannöver, Dogs & Kordy, 2000), stellt aber einen weiteren wichtigen Indikator der generellen Ergebnisqualität dar.

4.6 Veränderungen bei den Systemmitgliedern

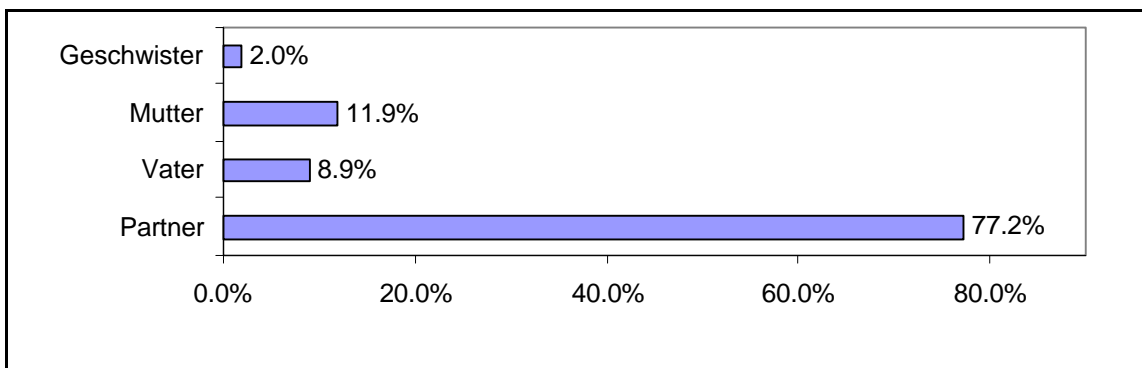


Abbildung 24: Systemmitglieder in den Behandlungen

Bei den beschriebenen Behandlungen werden Paare und Systeme behandelt, bei denen neben den identifizierten Patient/innen (IP) auch weitere Systemmitglieder an den Behandlungen teilnehmen. Die beteiligten Personen werden auch gebeten die Selbsteinschätzungsbogen auszufüllen. Insgesamt liegen für 101 Systemmitglieder Daten vor. Der grösste Teil der beteiligten Systemmitglieder sind Partner (77.2%). Weitere 20.8% sind Väter (8.9%) und Mütter (11.9%). Lediglich 2% der Systemmitglieder entfällt auf Geschwister (Abbildung 24; Tabelle 78).

Datenqualität für die Befragung der Systemmitglieder

Der Anteil der vollständigen Daten bei den Systemmitgliedern liegt leicht unter der Quote bei den Patient/innen. Bedenkt man den Umstand, dass es während der Therapien zu einigen Trennungen gekommen ist, so ist diese leicht niedrigere Quote im Bereich dessen, was zu erwarten ist (Tabelle 20 und 79 bis 82).

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>
SCL	88	87.1
Familienbogen Zweierbeziehung	62	84.9
Familienbogen allgemein	25	92.6

Tabelle 17: Angaben für Beginn und Ende bei den Selbsteinschätzungen (Systemmitglieder)

Ergebnisse der Selbstbeurteilung SCL-90-R

Die Systemmitglieder haben im Bereich der Symptombelastung erhöhte Werte.¹⁴ Die Belastung der Systemmitglieder liegt deutlich unter der Belastungen der Patient/innen. Es zeigt sich deutlich, dass auch die Systemmitglieder von der Behandlung profitieren, jedoch in geringerem Ausmass als die Patient/innen. Die Veränderungen in den Zusammenfassenden Skalen und den meisten Einzelskalen sind signifikant. Das Ausmass der Veränderung ist jedoch gering (Tabelle 18).

¹⁴ Ein Z-Werte von 1 wird in einer gesunden Population mit einer Wahrscheinlichkeit von 15.9% erreicht oder überschritten.

Z-Werte Angehörige	N	Mittel <i>prä</i>	Mittel <i>post</i>	Mittlere Veränderung	Effekt- stärke	Sig
Somatisierung	85	0.3	0.1	0.2	0.2	ns
Zwanghaftigkeit	85	0.5	0.2	0.3	0.2	**
Unsicherheit	85	0.6	0.2	0.4	0.3	**
Depressivität	85	1.1	0.6	0.5	0.2	**
Ängstlichkeit	85	0.8	0.4	0.5	0.3	**
Aggressivität	85	1.2	0.6	0.7	0.1	**
Phobische Angst	85	0.4	0.2	0.1	0.2	ns
Paranoides Denken	85	0.8	0.5	0.3	0.2	*
Psychotizismus	85	0.6	0.3	0.3	0.2	*
Mittlere Belastung (GSI)	85	1.0	0.5	0.5	0.2	**
Anzahl Beschwerden (PST)	85	0.6	0.3	0.3	0.3	**
Stärke der Beschwerden (PSDI)	84	0.7	0.4	0.4	0.0	**

Tabelle 18: Mittlere Veränderungen in der Symptombelastung (SCL) - Systemmitglieder

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Veränderungen der Symptombelastung bei den Systemmitgliedern mit kleinen Effektstärken in positiver Richtung gehen. Systemische Therapie bewirkt neben den starken Verbesserungen bei den Patient/innen auch positive Veränderungen bei den Systemmitgliedern.

Zur Beurteilung des Gewinns für die einzelnen Systemmitglieder werden die Angehörigen nach der klinischen Signifikanz in Gruppen eingeteilt (Abbildung 25; Tabelle 19). Bei der klinischen Signifikanz für die Systemmitglieder ist zu beachten, dass die Personen bei Behandlungsbeginn weniger belastet sind als die Patient/innen. Das führt dazu, dass die Grenze zwischen dieser „etwas belasteten Gruppe“ und den Gesunden näher bei den Gesunden liegt.¹⁵ Das heisst, die Systemmitglieder müssen näher an die „normalen“ Werte kommen, um als Gesund zu gelten.

¹⁵ Die Berechnung der Grenze zwischen den „Gesunden“ und den „Kranken“ ist in Tabelle 83. dokumentiert.

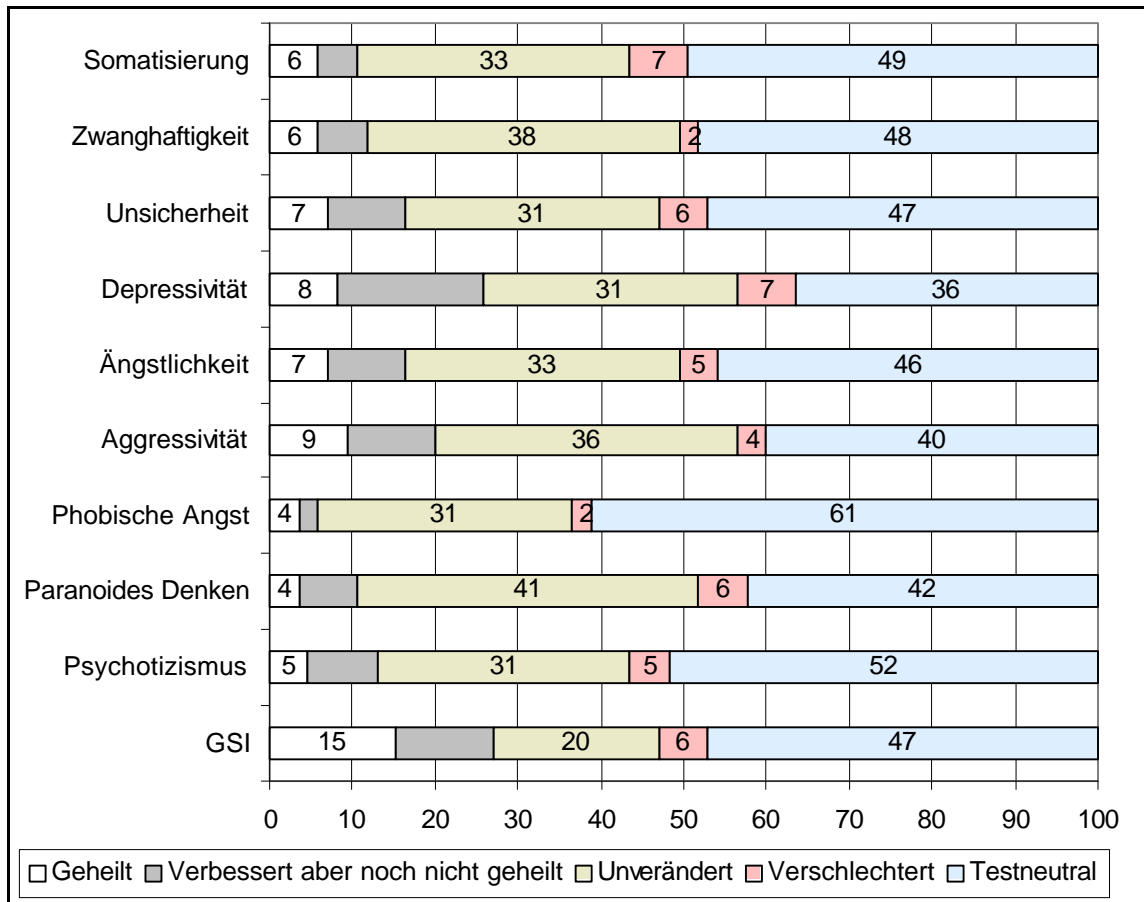


Abbildung 25: Anteil der Angehörigen, die als geheilt, verbessert oder verschlechtert eingestuft werden

Der Hohe Anteil der Angehörigen, die im Bereich „Testneutral“ liegen spiegelt die bereits bei Behandlungsbeginn niedrige Belastung der Systemmitglieder. Der hohe Anteil an Testneutralen ist zu erwarten, da viele Systemmitglieder sich nicht in einem symptomatologisch auffälligen Bereich bewegen.

Trotzdem haben sich 15% der Systemmitglieder nach systemischer ambulanter Therapie von einem Symptom belasteten, gestörten Bereich in einen symptomatologisch nicht mehr gestörten gesunden Bereich entwickelt. Als verbessert, aber noch nicht geheilt können 11.8% der Systemmitglieder eingestuft werden. Zusammen haben sich fast 30% der Angehörigen entweder in einen geheilten oder in einen verbesserten Bereich entwickelt.

Dieses Resultat ist insofern bedeutsam, weil es deutlich macht, dass die Systemmitglieder bei systemischen Therapien ebenfalls profitieren.

	<i>Geheilt</i>	<i>Verbessert aber noch nicht geheilt</i>	<i>Unverändert</i>	<i>Verschlechtert</i>	<i>Testneutral</i>
Somatisierung	5.9%	4.7%	32.9%	7.1%	49.4%
Zwanghaftigkeit	5.9%	5.9%	37.6%	2.4%	48.2%
Unsicherheit	7.1%	9.4%	30.6%	5.9%	47.1%
Depressivität	8.2%	17.6%	30.6%	7.1%	36.5%
Ängstlichkeit	7.1%	9.4%	32.9%	4.7%	45.9%
Aggressivität	9.4%	10.6%	36.5%	3.5%	40.0%
Phobische Angst	3.5%	2.4%	30.6%	2.4%	61.2%
Paranoides Denken	3.5%	7.1%	41.2%	5.9%	42.4%
Psychotizismus	4.7%	8.2%	30.6%	4.7%	51.8%
GSI	15.3%	11.8%	20.0%	5.9%	47.1%

Tabelle 19: Anteil der Angehörigen, die als geheilt, verbessert oder verschlechtert eingestuft werden

Ergebnisse der Selbstbeurteilung FB Zweierbeziehung

Wie zu erwarten, sind die Werte bei den Familienbögen im Zwei-Personen-Setting der Angehörigen zu Beginn der Therapie im nicht dysfunktionalen Bereich. Dementsprechend sind nach Abschluss der Therapie keine oder wenig Veränderungen festzustellen. Einzig im Bereich Aufgabenerfüllung zeigt sich eine positive Veränderung mit einer mittleren Effektstärke und einer statistischen Signifikanz auf dem 5% Niveau. Angehörige im Zwei-Personen-Setting nehmen offenbar nach Abschluss der Therapie eine verbesserte Erfüllung der Aufgaben und Problemlösung innerhalb des Paar oder Zwei-Personen-Systems wahr. Die Effekte weisen allgemeine in eine positive Richtung, bei geringer wahrgenommener Dysfunktionalität zu Beginn der Therapie (Tabelle 20).

Z-Werte Angehörige	N	Mittel Prä	Mittel Post	Mittlere Veränderung	ES	Sig
Aufgabenerfüllung	62	1.1	0.7	0.3	0.3	*
Rollenverhalten	62	0.9	0.7	0.2	0.2	ns
Kommunikation	62	1.1	1.0	0.1	0.1	ns
Emotionalität	62	1.1	1.0	0.1	0.1	ns
Beziehungsaufnahme	62	1.5	1.3	0.2	0.1	ns
Kontrolle	62	1.2	0.9	0.3	0.2	ns
Übereinst. Werte u. Normen	62	1.3	1.4	0.0	0.0	ns

Tabelle 20: Mittlere Veränderung in den Familienbögen Zweierbeziehung

Ergebnisse der Selbstbeurteilung FB Allgemein

Auch bei den allgemeinen Familienbögen zeigt sich das Bild, dass die Angehörigen zu Beginn der Therapie nur wenig Dysfunktionalität wahrnehmen. Nach Abschluss der Therapie weisen sämtliche Skalen in eine Richtung von positiver Veränderung. Einzig die Skala verbesserte Emotionalität weist eine kleine Effektstärke auf (signifikant auf dem 5% Niveau, vgl. Tabelle 21).

Z-Werte Angehörige	N	Mittel Prä	Mittel Post	Mittlere Veränderung	ES	Sig
Aufgabenerfüllung	62	1.1	0.9	0.2	0.1	ns
Rollenverhalten	62	0.5	0.4	0.1	0.1	ns
Kommunikation	62	1.3	1.0	0.3	0.2	ns
Emotionalität	62	1.3	0.8	0.4	0.3	*
Beziehungsaufnahme	62	1.4	1.2	0.2	0.1	ns
Kontrolle	62	0.8	0.6	0.2	0.2	ns
Übereinst. Werte u. Normen	62	1.0	1.0	0.0	0.0	ns

Tabelle 21: Mittlere Veränderung in den Familienbögen Allgemein

Zufriedenheit der Angehörigen

36.5% der Angehörigen sind sehr zufrieden mit der Behandlung, weitere 18.8% sind ziemlich zufrieden und 21.1% mittel oder einigermaßen zufrieden. Nur 2.4% der

Angehörigen sind mit der Behandlung nicht zufrieden und 21.2% machen diesbezüglich keine Angaben (Abbildung 26; Tabelle 84).

Vergleicht man die Angaben der Angehörigen mit den Aussagen der Patient/innen, so stellt man fest, dass die Angehörigen mit den Behandlungen zufriedener sind als die Patient/innen.

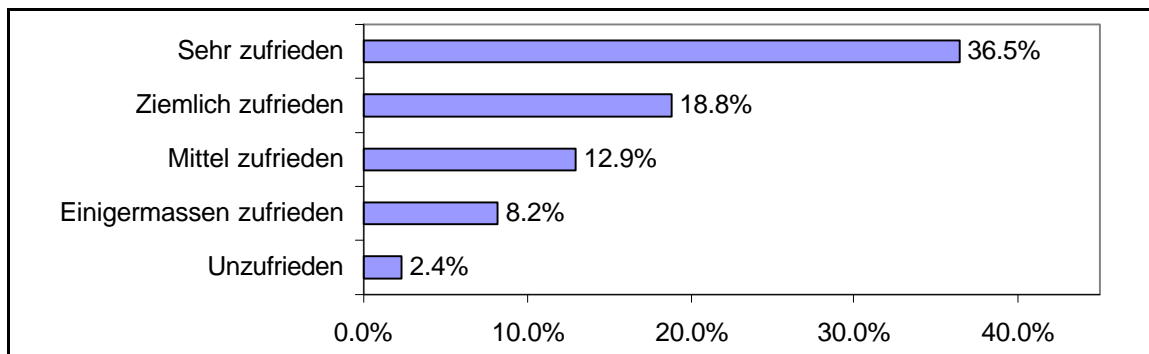


Abbildung 26: Zufriedenheit mit der Behandlung (Systemmitglieder)

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 Untersuchungsdesign wurde so gewählt, weil neben den Effekten bei den Patient/innen, auch die Effekte bei den Angehörigen festgestellt werden sollten. Dieser erhöhten Komplexität des Untersuchungsgegenstandes ist in dieser Studie entsprochen worden und erwies sich als machbar. Das hier gewählte methodische Vorgehen mit einem relativ hohen Aufwand an Dokumentation und Messinstrumenten verbunden. Eine weitere Rahmenbedingung ist, dass alle Therapeuten und Therapeutinnen in der Grundversorgung tätig sind (nicht im universitären Rahmen).

Die alleinige Ausrichtung auf die Patient/innen würde bei entsprechender Untersuchungs- ausrichtung neben dem interpersonellen Setting auch das Einzelsetting der systemisch orientierten Psychotherapie als Beurteilungsgegenstand zulassen. Fragestellungen künftiger Forschungen unter Praxisbedingungen des systemischen Arbeitens könnten sein:

- a) Wirksamkeit **systemischer Einzeltherapie** unter Praxisbedingungen
- b) Wirksamkeit systemischer Arbeit bei **einzelnen Störungsgruppen** unter Praxisbedingungen

Das hier gewählte Vorgehen in Bezug auf Stichprobenauswahl und Feststellung der Methodenintegrität stellt aus unserer Sicht ein Vorgehen dar, das unter Praxisbedingungen angemessen und vertretbar ist.

Zu den Untersuchungsinstrumenten sind folgende Anmerkungen zu machen. Die Eignung der Familienbögen für Wirksamkeitsstudien ist aus unserer Sicht in Frage gestellt. In diesem Bereich ist zu prüfen, ob andere Instrumente kurzfristige Effekte von Beziehungsveränderungen besser abbilden. Der VEV (Veränderung von Erleben und Verhalten) hat sich unter Praxisbedingungen als nicht geeignet erwiesen. Die Langversion mit 42 Items, wie sie hier in dieser Untersuchung verwendet wurde, ergab aufgrund von Rückmeldungen und

entsprechender Sichtung der Antworten, dass dieses Instrument ohne entsprechende ausführliche Anleitung nicht angemessen verstanden und ausgefüllt wird.

Aufgrund der theoretischen Orientierung der systemischen Therapie sollte die Einschätzung von Ressourcenveränderungen in solche Untersuchungen aufgenommen werden. Entsprechende Fragebogen sind in Entwicklung und sollten bei künftigen Untersuchungen mit verwendet werden.

Künftige Untersuchungen sollten primär das gesamte Spektrum System orientierten Arbeitens im interpersonellen wie auch im Einzelpersonen-Setting berücksichtigen. Dabei ist neben der generellen Wirksamkeit die Frage der spezifischen Wirksamkeit bei einzelnen Störungsbildern unter Praxisbedingungen weiter zu untersuchen.

Zur Überprüfung der Langzeiteffekte, der hier untersuchten Kurzzeittherapien, sollte aufbauend eine Katamnesestudie durchgeführt werden.

5.2 Zur Dokumentation

Diese Studie soll ein breites Abbild systemischer ambulanter Praxis in der deutschsprachigen Schweiz geben. Diese Praxisstudien ist bewusst auf Heterogenität in den zu behandelnden Störungsgruppen angelegt. Es zeigt sich, dass systemische Therapie im interpersonellen Setting bei einem breiten Spektrum von klinischen Störungen angewendet wird. Gleichzeitig zeigt sich ein Schwerpunkt bei den Diagnosengruppen affektive Störungen und neurotische Belastungsreaktionen (F3-/F4-Gruppen). Diese Häufung von F3 und F4 Diagnosen entspricht dem ambulanten Setting.

Die Rücklaufquote kann mit 86.4% als sehr hoch bewertet werden. Rücklaufquoten in vergleichbaren ambulanten Psychotherapiestudien unter Praxisbedingungen bewegen sich deutlich unter dem hier erreichten Wert. Rücklaufquoten von über 70 % gelten im Bereich von Praxisstudien bereits als gut.

Ein weiteres wichtiges Resultat ist, dass die bei dieser Studie mitmachenden Therapeut/innen eine Dropout-Rate haben, die weit unter dem gängigen Durchschnitt im ambulanten Setting ist. Eine Dropout-Rate von tiefer als 20 % (in dieser Studie 16,8 %) belegt eindrücklich, dass diese systemisch arbeitenden Therapeut/innen eine hohe Compliance haben. Offenbar haben sie eine hohe Kontextsensibilität entwickelt, um

therapeutische Systeme zu errichten, um mit ihnen Veränderungen zu initiieren und entsprechend geplante Therapieabschlüsse machen zu können.

5.3 Zu den Behandlungen

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.

Der Verlauf der Veränderungen kann mit dem Dreiphasenmodell von Howard (1993) in Beziehung gesetzt werden. Gemäss Howard bewegt sich das Wohlbefinden nach durchschnittlich acht Sitzungen und die Symptome nach durchschnittlich 28 Sitzungen in den Normalbereich.

Die festgestellten, guten Effektstärken der Symptomveränderung bei den Indexpatient/innen zeigen sich in dieser Studie nach durchschnittlich 10 Sitzungen. Setzt man dieses Ergebnis mit dem Howard-Modell in Beziehung, so kann der systemisch orientierten Vorgehensweise Effizienz zugestanden werden.

Die Dauer von durchschnittlich 40 Wochen belegt das ökonomische Prinzip der systemischen Therapie. Es wird versucht Interventionen im richtigen Zeitpunkt und nach dem Grundgedanken minimaler Intervention mit maximaler Wirkung zur Begünstigung von autoorganisatorischen Prozessen einzusetzen.

5.4 Zu den Ergebnissen

Die multidimensionale Erfassung und Überprüfung systemisch orientierter ambulanter Therapie zeigt eine generelle Wirksamkeit dieser Behandlungen.

Die Selbsteinschätzungen der Indexpatient/innen auf der Symptomebene zeigen mit den hier erreichten Effektstärken und Werten der klinischen und statistischen Signifikanz die durch die systemische Psychotherapie hervorgerufene Wirkung. Die erreichten Effekte können nicht durch Zufall oder Spontanremission erklärt werden.

Auch bei den Angehörigen sind überzufällige Symptomveränderungen zu beobachten, allerdings nicht im gleichen Effektstärkenbereich wie bei den Indexpatient/innen. Für die

systemische Arbeit ist es wichtig und gut zu wissen, dass systemische Therapie nicht nur bei Indexpatient/innen positive Veränderungen im Symptombereich hervorruft, sondern auch bei ihren Angehörigen und diese dementsprechend auch davon profitieren.

Im Bereich der Veränderungen auf der Beziehungsebene sind die hier gefundenen Resultate nicht gross. Aufgrund der Erfahrungen von Howard bei der Entwicklung des Dreiphasenmodells muss man dazu anfügen, dass Veränderungen im Beziehungserleben und Veränderungen in Beziehungsmustern langwierigere Prozesse sind als Symptomveränderungen. Howard stellt durchschnittlich erst nach über 50 Sitzungen Veränderungen in der Lebensqualität und im aktuellen Funktionieren in der näheren Umwelt fest. Trotzdem zeigen die hier gefundenen Effekte und die Richtung der Effekte, dass systemische Therapie auf der Beziehungsebene positive Veränderungen hervorruft. Es ist anzunehmen, dass diese Effekte bei einer entsprechenden Behandlungsdauer deutlicher zu Tage treten würden. Bei der Interpretation der kleinen Effekte im Bereich der Beziehungsveränderung muss beachtet werden, dass die Beziehungen bei Therapiebeginn nur geringfügig beeinträchtigt sind. Aus diesem Grund sind grosse Effekte nicht zu erwarten.

Neben den Selbsteinschätzungen wurde die Wirksamkeit auch durch die Therapeut/innen beurteilt. Generell sind sämtliche Fremdeinschätzungen (klinischer Eindruck, soziales Funktionsniveau, Funktionsniveau der Beziehungen, Problemveränderungen in den wichtigsten Problemen) mit guten bis sehr guten Effektstärken positiv zu beurteilen.

Die Veränderung der Indikatoren Klinischer Eindruck, soziales Funktionsniveau und Beziehungsfunktionsniveau bewegen sich alle im Bereich hoher Effektstärken. Bei den Einschätzungen durch die Therapeut/innen muss mit Verzerrungseffekten durch die Erwünschtheit von positiven Effekten gerechnet werden. Die Effekte sind jedoch so gross, dass der Abzug von einem möglichen Einfluss das Ergebnis nicht massgeblich verändert.

Der Indikator „Funktionalität der Beziehung“ zeigt in der Fremdeinschätzung eine gute Effektstärke. Dies steht im Gegensatz zu den Selbstratings der Patient/innen und Angehörigen. Dieser Unterschied zwischen der Selbst- und der Fremdeinschätzung könnte ein Hinweis sein, dass das hier verwendete Untersuchungsinstrument (Familienbögen) zur Feststellung kurzfristiger Veränderungen auf der Beziehungsebene zu wenig sensitiv ist und dementsprechend in weiteren Untersuchungen durch ein anderes Instrument ausgewechselt werden sollte (z.B. Inventar Interpersoneller Probleme: IIP-64).

Generell zeigen die Ergebnisse, dass systemisch orientierte Therapie im ambulanten interpersonellen Setting bei einem breiten Bereich von Störungen effektiv ist. Die Effektivität wird nicht nur bei Patient/innen belegt, sondern es zeigt sich auch eine klare Tendenz, dass Angehörige von solchen Psychotherapien direkt profitieren.

Die hier gefundenen Ergebnisse sind im internationalen Kontext mit anderen Praxisstudien vergleichbar. In Anbetracht der wenigen aufgewendeten Therapiestunden (10) muss den untersuchten systemischen Behandlungen neben der Effektivität auch Effizienz zugeschrieben werden.

Anhang

1. Beschreibung der Untersuchungsinstrumente

Für die Selbsteinschätzung werden normierte Fragebogen eingesetzt. Die Fremdeinschätzungen durch die Therapeut/innen erfolgt mit Hilfe von Fremdratingskalen.

1.1 Selbsteinschätzung mittels Fragebogen (Patient/innen- und Angehörigeneinschätzung)

1.1.1 Symptomcheckliste SCL-90-R¹⁶

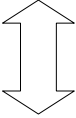
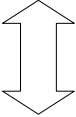
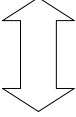
Die Symptom-Checkliste SCL-90-R misst mittels einem Selbstraitingverfahren die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch neunzig vorgegebene Fragen zu körperlichen und psychischen Symptome der Person in einem Zeitfenster von sieben Tagen. Die Auswertung bietet einen Überblick über die Symptome der Person in Bezug auf neun Skalen und drei globale Kennwerte, die Auskunft über das Antwortverhalten über alle Items geben: Der GSI (global severity index) misst die „mittlere psychische Belastung“. Der PSDI (positive symptom distress index) misst die Intensität der Beschwerden. Der PST (positive symptom total) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.

Die SCL-90-R ist konzeptuell zwischen Befindlichkeitsmessung (states) und Persönlichkeitsmessung (traits) anzusiedeln. Am stärksten korrelieren ihre Skalen mit Befindlichkeitsskalen wie der Beschwerdenliste (Zerssen, 1986) oder dem Profile of Mood States (McNair et al., 1971). Verglichen mit dem Freiburger Persönlichkeitsinventar korrelieren die meisten SCL-Skalen mit den Skalen „Beanspruchung“ und „Körperliche Beschwerden“.

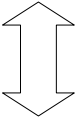
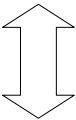
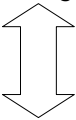
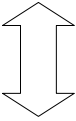
Bei HIV-Patient/innen erreichen die Korrelationen Werte bis 0.80 (Depressivität und Ängstlichkeit). Werden aus den Werten der 90 Items Hauptkomponenten extrahiert, so erfasst die erste etwa die Hälfte der durch alle 9 Faktoren erklärte Varianz. Bei einer Stichprobe von Gesunden oder Psychotherapiepatient/innen beschreibt die erste Hauptkomponente die Dimension „Unsicherheit im Sozialkontakt“. Die 9 Faktoren erklären bei Gesunden 33.8 % und bei Psychotherapiepatient/innen 49.8 % der Gesamtvarianz.

¹⁶ Symptom Check List: Derogatis, L.R., 1977 deutsche Version: Franke, G., 1995

Der Vorteil dieses Fragebogens liegt darin, dass er international sehr verbreitet ist und gute Aussichten hat, Teil einer psychotherapeutischen Kernbatterie zu werden, an der von der Society for Psychotherapy Research gearbeitet wird (Grawe & Braun, 1994). Der SCL-90-R kommt heute international praktisch in allen QS-Studien zur Anwendung.

Skala	Bereich	Inhalt
Somatisierung	<p>Einfache körperliche Belastung</p>  <p>Funktionelle Störungen</p>	Symptome mit hoher Prävalenz bei Störungen mit funktioneller Ätiologie: Kopfschmerzen, Ohnmachts und Schwindelgefühle, Herz und Brustschmerzen, Kreuzschmerzen, Übelkeit, Magenverstimmungen, Muskelschmerzen, Schwierigkeiten beim Atmen, Hitzewallungen oder Kälteschauer, Taubheit, Kribbeln oder Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen, das Gefühl, einen Klumpen (Kloss) im Hals zu haben, Schweregefühl in Armen und Beinen.
Zwanghaftigkeit	<p>Leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen</p>  <p>Ausgeprägte Zwangssymptome</p>	Gedächtnis und Konzentrationsschwierigkeiten, Leere im Kopf, Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit, die Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, das Gefühl, dass es schwer fällt, etwas anzufangen, der Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, zwanghafte Wiederholung derselben Tätigkeiten, Schwierigkeiten, sich zu entscheiden.
Unsicherheit im Sozialkontakt	<p>Leichte soziale Unsicherheit</p>  <p>Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit</p>	Minderwertigkeitsgefühle, das Gefühl, das man von anderen nicht verstanden oder gemocht wird, Scham, Verlegenheit, Verletzlichkeit in Gefühlsdingen.

Fortsetzung

Skala	Bereich	Inhalt
Depressivität	Traurigkeit  Schwere Depression	Energielosigkeit, Verlangsamung, Neigung zum Weinen, Selbstmordgedanken, Selbstvorwürfe, sich viele Sorgen machen, Befürchtung, erappt zu werden, Einsamkeitsgefühle, Verminderung des sexuellen Interesses, das Gefühl, sich für nichts zu interessieren, Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft, das Gefühl, wertlos zu sein.
Ängstlichkeit	Körperlich spürbare Nervosität  Tiefe Angst	Nervosität, inneres Zittern, gespannt oder aufgeregt sein, plötzliches Erschrecken ohne Grund, Herzklopfen, so starke Ruhelosigkeit, dass man nicht stillsitzen kann, das Gefühl, dass etwas Schlimmes passieren wird.
Aggressivität	Reizbarkeit und Unausgeglichenheit  Starke Aggressivität	Leicht reizbar oder verärgert sein, unkontrollierte Gefühlsausbrüche, Bedürfnis laut zu schreien, Drang, jemanden anzugreifen oder ihm Schmerzen zuzufügen, Drang, Dinge zu zerbrechen.
Phobische Angst	Leichtes Gefühl von Bedrohung  Massive phobische Angst	Furcht vor offenen Plätzen, vor Fahrten in öffentlichen Verkehrsmitteln, Befürchtungen, wenn man allein aus dem Haus geht, Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil man durch diese erschreckt wird, Abneigung gegen Menschenmengen, Furcht in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen.

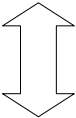
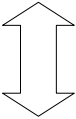
Skala	Bereich	Inhalt
Paranoides Denken	Misstrauen Minderwertigkeitsgefühle  Starkes paranoides Denken	Das Gefühl, dass andere an den eigenen Schwierigkeiten schuld sind, das Gefühl, dass man den meisten Leuten nicht trauen kann, das Gefühl, von anderen beobachtet zu werden, oder dass andere über einen reden, Ideen oder Anschauungen haben, die anderen mit einem nicht teilen, mangelnde Anerkennung der eigenen Leistungen durch andere.
Psychotizismus	Mildes Gefühl der Isolation und Entfremdung  Dramatische Evidenz einer Psychose	Der Eindruck, dass man andere Personen nie so richtig nahe fühlen kann, Einsamkeitsgefühle in Gesellschaft, der Gedanke, dass irgendetwas mit dem Verstand oder mit dem Körper nicht in Ordnung ist, die Idee, dass irgendjemand die Macht über die eigenen Gedanken hat, dass man Stimmen hört, die sonst keiner hört, oder dass Gedanken auftauchen, die nicht die eigenen sind.

Tabelle 22: Die neun Skalen des SCL-90-R und ihre inhaltliche Beschreibung¹⁷

1.1.2 Familienbogen (FB)¹⁸

Die Familienbogen sind ein familiendiagnostisches Instrument zur Erfassung von Stärken und Problemen in „familialen Lebensformen“. Die wahrgenommenen Familienprobleme und –Ressourcen werden auf einer vierstufigen Ratingskala von 0 (stimmt überhaupt nicht) bis 3 (stimmt genau) eingeschätzt. Das Testsystem besteht aus drei Modulen, wovon für diese Untersuchung je nach Zusammensetzung des Therapiesystems eines der zwei folgenden Module verwendet wurde:

¹⁷ In Anlehnung an Franke, G., 1995

¹⁸ Cierpka, M. & Frevert, G., 1994

Der *Familienbogen Zweierbeziehung (FBZ)* untersucht die Beziehung zwischen bestimmten Dyaden. Er enthält 28 Items für 7 Skalen. Dieser Fragebogen wird bei Paartherapien eingesetzt.

Der *Familienbogen Allgemein (FBA)* fokussiert auf die Familie als System. Er enthält zusätzlich zu den 28 Items wie im FBZ 12 Items für die Kontrollskalen „soziale Erwünschtheit“ und „Abwehr“.

Niedrige T-Werte (< 50), Stärke	Hohe T-Werte (> 60), Probleme
<p>Aufgabenerfüllung</p> <p>Flexibilität und Anpassungsfähigkeit in Bezug auf entwicklungsbedingte Anforderungen.</p> <p>Funktionale Muster der Aufgabenerfüllung werden selbst in Stresssituationen beibehalten.</p> <p>Die Festlegung von Aufgaben erfolgt in Übereinstimmung mit den anderen Familienmitgliedern und Alternativlösungen werden gesucht und ausprobiert.</p>	<p>Unfähigkeit, auf Veränderungen im familiären Lebenszyklus angemessen zu reagieren.</p> <p>Probleme bei der Festlegung von (bestimmten) Aufgaben, bei der Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten oder bei der Verwirklichung von Veränderungen.</p> <p>Kleine Stresssituationen können eine Krise verstärken.</p>
<p>Rollenverhalten</p> <p>Die Rollen sind gut in den Familienverband eingefügt: Die Familienmitglieder verstehen, was von ihnen erwartet wird. Sie sind damit einverstanden, die ihnen zugeteilten Aufgaben zu erledigen, und tun dies auch.</p> <p>Die Familienmitglieder passen sich neuen Rollen an, die im Verlauf der Familienentwicklung gefordert werden.</p>	<p>Die Rollen sind ungenügend in den Familienverband eingefügt. Es herrscht mangelnde Übereinstimmung in Bezug auf die Rollenerwartungen.</p> <p>Unfähigkeit, sich an neue Rollen, die im Verlauf des familiären Lebenszyklus gefordert werden, anzupassen.</p>

Fortsetzung

Niedrige T-Werte (< 50), Stärke	Hohe T-Werte (> 60), Probleme
<p>Kommunikation</p> <p>Die Kommunikation stellt einen ausreichenden Informationsaustausch sicher.</p> <p>Die Mitteilungen sind direkt und klar verständlich.</p> <p>Verwirrungen können geklärt werden.</p>	<p>Mangelnder Informationsaustausch unter den Familienmitgliedern.</p> <p>Die Verständigung in der Familie ist ungenügend, verschoben oder verdeckt.</p> <p>Unfähigkeit bei Verwirrung eine Klärung zu erreichen.</p>
<p>Emotionalität</p> <p>Die Interaktion zeichnet sich durch eine grosse Bandbreite des Gefühlsausdrucks bei angemessener Intensität aus.</p> <p>Adäquater Ausdruck von Gefühlen in Bezug auf eine Situation.</p>	<p>Die Interaktion zeichnet sich durch einen unzulänglichen Ausdruck von Gefühlen und/oder eine unangemessene Intensität aus.</p> <p>Unterdrückung oder Übertreibung von Gefühlen in Bezug auf eine Situation.</p>
<p>Affektive Beziehungsaufnahme: Empathie</p> <p>Die gegenseitige Fürsorge der Familienmitglieder führt zu einer Erfüllung von emotionalen Bedürfnissen (z.B. Sicherheit) und fördert eine autonome Lebensgestaltung.</p> <p>Die Beziehungen wirken wachstumsfördernd und unterstützend.</p>	<p>Fehlen von Empathie unter den Familienmitgliedern oder Zeigen von Interesse ohne jegliches Gefühl.</p> <p>Die Beziehungen können narzisstisch oder in einem extremen Mass symbiotisch sein.</p> <p>Die Familienmitglieder zeigen Unsicherheit und einen Mangel an Autonomie.</p>

Niedrige T-Werte (< 50), Stärke	Hohe T-Werte (> 60), Probleme
<p>Kontrolle</p> <p>Die Formen der Beeinflussung lassen zu, dass das Familienleben in einer mit den Vorstellungen aller Familienmitglieder vereinbarten Art und Weise abläuft.</p> <p>Das Kontrollverhalten ist vorhersagbar und trotzdem flexibel genug, Spontaneität wird in einem bestimmten Rahmen zugelassen.</p> <p>Kontrollversuche wirken konstruktiv, lehrreich und wachstumsfördernd.</p>	<p>Die Formen der Beeinflussung gestatten es der Familie nicht, die Anforderungen des täglichen Familienlebens zu meistern.</p> <p>Das Kontrollverhalten ist äusserst genau vorhersagbar (keine Spontaneität) oder es kann chaotisch sein.</p> <p>Kontrollversuche wirken destruktiv oder beschämend.</p> <p>Der Kontrollstil kann zu starr oder zu unstrukturiert („laisser-faire“) sein.</p> <p>Das Kontrollverhalten ist gekennzeichnet durch offene oder verdeckte Machtkämpfe.</p>
<p>Werte und Normen</p> <p>Übereinstimmung und Kohärenz im familiären Wertesystem.</p> <p>Die Familienmitglieder können den vorhandenen Spielraum nutzen.</p>	<p>Mangelnde Übereinstimmung und Kohärenz in familiären Wert- und Normvorstellungen.</p> <p>Der vorhandene Spielraum ist unangemessen.</p>

Tabelle 23: Die sieben Skalen der Familienbögen

1.1.3 Veränderungsfragebogen für Erleben und Verhalten (VEV)¹⁹

Der Veränderungsfragebogen für Erleben und Verhalten (VEV) misst die dynamischen Aspekte menschlichen Erlebens und Verhaltens von Klienten nach Beendigung einer klientenzentrierten Psychotherapie.

Der Fragebogen enthält 42 Veränderungsfragen. Der Klient beantwortet die Fragen zum subjektiv wahrgenommenen Zustand auf einer siebenstufigen Likert Skala durch einen rückschauenden Schätzungsprozess. 28 Items sind negativ formuliert (eine Zustimmung bedeutet Verschlechterung).

¹⁹ Zielke & Kopf-Mehnert, 1978

Insgesamt erfassen die Items einen bipolaren Veränderungsfaktor, der als „Veränderung des Erlebens und Verhaltens“ mit den Polen „Entspannung, Gelassenheit, Optimismus“ und „Spannung, Unsicherheit, Pessimismus“ bezeichnet wird. Die Veränderung wird in Bezug auf unterschiedliche Situationen erfragt:

- Allgemeine Erlebensweisen (ruhiger, heiterer, freier, schlechter mit sich auskommen)
- Verhalten in sozialen Situationen (unabhängiger von anderen, ruhiger im Umgang mit anderen, stärkere Isolation, freieres Sprechen, schlechter Kontakt aufnehmen)
- Verhalten und Erleben in Leistungssituationen (eher wissen, was man tun will, Schwierigkeiten gelassener entgegensehen, weniger Ausdauer und schneller aufgeben, den Aufgaben nicht mehr gewachsen sein, keine Angst, zu versagen).

Die Auswertung ermöglicht neben der Dokumentation einzelner Veränderungsaussagen die Berechnung eines Gesamtwertes. Dieser zeigt, in welche Richtung und mit welcher Stärke sich ein Klient nach einer abgeschlossenen Therapie in seinem Verhalten und Erleben verändert hat.

1.1.4 Patient/innenzufriedenheit ZUF8/K

Der ZUF8/K ist eine Kurzversion ausgehend von Customer satisfaction 8 (CS8) von Attkison. Der ZUF8 wurde auf Deutsch adaptiert und validiert im Rahmen der Zauberberg-Studie (Schmidt et al. 1989). Der ZUF8 wird in Qualitätssicherungsstudien der Psychiatrie, vor allem in Deutschland breit eingesetzt. Es handelt sich um ein brauchbares praktikables und trennscharfes Instrument zur Ermittlung der Patient/innenzufriedenheit mit acht Fragen. In der vorliegenden Studie wurden nur die vier trennschärfsten Items verwendet.

1.2 Fremdeinschätzung mittels Ratingverfahren (Therapeut/inneneinschätzung)

1.2.1 GAF (Global Assessment Scale of Functioning)

Die Global Assessment Scale of Functioning (GAF, Deutsch: Skala zur Globalbeurteilung des Funktionsniveaus) stellt die Achse V des DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, deutsche Bearbeitung: Wittchen, Koehler & Zauding, 1989) dar und ist eine Weiterentwicklung der Global Assessment Scale von Endicott, Spitzer, Fleiss & Cohen (1976). Sie erlaubt den Therapeut/innen eine Fremdeinschätzung bei den Patient/innen (IP) zum psychosozialen Funktionsniveau bzw. zur sozialen Anpassung bei

Therapiebeginn und –ende. Beurteilt wird die psychische, soziale und berufliche Leistungsfähigkeit des IP mit einem hypothetischen Kontinuum zwischen seelischer Gesundheit und Krankheit, Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen (oder Umgebungsbedingten) Einschränkungen werden nicht miteinbezogen. Die Einstufung erfolgt auf einer Skala von 1 (Krankheit) bis 90 (Gesundheit).

Die GAF-Skala wurde für psychiatrische Patient/innen entwickelt. Sie beschreibt im unteren Wertebereich (< 30) einen Grad der Beeinträchtigung, der mit einer ambulanten Behandlung unvereinbar ist (Scheidt et al., 1998). Ein GAF-Wert von 50 wird häufig als Grenzwert für die Notwendigkeit einer professionellen, psychosozialen Unterstützung angesehen (Wetterling et al., 1997). Meins, Jacobsen & Stratmann (1995) schlagen einen Grenzwert von 70/71 vor, um zwischen normalen und pathologischem Funktionsniveau zu trennen.

Aufgrund einer epidemiologischen Studie in London an Patient/innen mit einer funktionellen Psychose berichten McCrone et al. (1998), dass der GAF-Wert einen guten Prädiktor für die Häufigkeit und die Intensität der psychiatrischen Betreuung darstellt, welche die Patient/innen in Anspruch nehmen.

1.2.2 Clinical Global Impression (CGI)

Der CGI ist eine vom National Institute of Mental Health entwickelte Skala, welche in kurzer Zeit eine Einschätzung des allgemeinen klinischen Eindrucks von psychiatrischen Patient/innen ermöglicht. Die deutsche Bearbeitung wurde vom Collegium Internationale Psychiatricae Sclorum (CIPS) entwickelt. Die Werte der Skala bewegen sich von 1 (nicht beurteilbar) bis 8, Patient(in) gehört zu den extrem schwer Kranken.

1.2.3 Global Assessment of Relationship Functioning Scale (GARF)

Der GARF ist eine Skala zur Messung der Funktionsfähigkeit von Beziehungen. Ähnlich wie der GAF soll eine Einschätzung aus Therapeut/innensicht von einer Skala von 0 – 100 abgegeben werden. Operationalisierungen von Funktionsfähigkeit werden mit 10er Schritten vorgenommen. Die Therapeut/inneneinschätzung mit dem GARF soll als Fremdeinschätzung äquivalent zur Selbsteinschätzung der Familienbogen erfolgen. Der GARF ist mittlerweile ein Einschätzverfahren für Funktionsfähigkeit von Beziehungen, das innerhalb der Psychiatrie breit angewandt ist und Bestandteil des DSM IV Diagnose-Systems ist (APA, American Psychiatric Association). Mit der GARF-Skala kann die Funktionsfähigkeit

einer Familie oder anderer, andauernden Beziehungen eingeschätzt werden. Auf einem hypothetischen Kontinuum zwischen einem kompetenten, optimalen Funktionieren bis zu einem zerbrochenen, nicht funktionsfähigen System soll eine Einschätzung gemacht werden. Die Ermittlung des Wertes der GARF-Skala erfolgt unter der Berücksichtigung des Gesamteindrucks und folgenden drei Beziehungsdimensionen:

- Problemlösung: Eingeschätzt werden Fähigkeiten beim Erreichen von Zielen, der Bewältigung von Regeln, Routinetätigkeiten; der Umgang mit Stressbelastungen, Kommunikationsfähigkeiten und Fähigkeiten zur Konfliktlösung.
- Organisation: Aufrechterhaltung von interpersonellen Rollen und Grenzen eines Beziehungssystems, Funktionieren in Hierarchien, Koalitionen und Verteilung von Macht, Kontrolle und Verantwortung.
- Emotionales Klima: Färbung und Bereich von Gefühlen, Qualität der Sorge um Andere, der Empathie, des Sicheinlassens und der Bindung/Verbindlichkeit, gemeinsames Wertesystem, gegenseitige Verantwortung, Respekt und Beachtung, Qualität der sexuellen Beziehung. Das Rating soll für die aktuelle Episode abgegeben werden.

Die Fremdeinschätzung durch die Therapeut/innen wird nicht speziell geschult. Es wird vorausgesetzt, dass diese Ratings im klinischen Alltag zur Routineanwendung gehören.

2. Tabellen

2.1 Tabellen mit den Therapeut/innendaten

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
andere	1	3.6	3.6
deutsch	26	92.9	92.9
englisch	1	3.6	3.6
Total	28	100.0	100.0

Tabelle 24: Muttersprache der Therapeut/innen

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
männlich	19	67.9	67.9
weiblich	9	32.1	32.1
Total	28	100.0	100.0

Tabelle 25: Geschlecht der Therapeut/innen

	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Sd</i>
Alter	27	33	60	47.1	6.8
Anzahl Kinder	28	0	4	1.9	1.5

Tabelle 26: Alter und Anzahl Kinder der Therapeut/innen

<i>Zwei Nennungen möglich</i>	<i>Anzahl Nennungen</i>	<i>Anteil %²⁰</i>
Psychologiestudium	7	25.0
Medizinstudium	11	39.3
anderes Hochschulstudium	2	7.1
Schule für Sozialarbeit	6	21.4
andere	3	10.7
Total	26	92.9

Tabelle 27: Abgeschlossene Grundausbildung

<i>Zwei Nennungen möglich</i>	<i>Anzahl Nennungen</i>	<i>Anteil %²¹</i>
Verhaltenstherapie	4	14.3
Tiefenpsychologisch/psychoanalytische Therapie	5	17.9
Gesprächstherapie	2	7.1
Integrative Therapie	1	3.6
Systemische Therapie	25	89.3
Hypnose	4	14.3
Körpertherapie	2	7.1
Therapeut/innen die Angaben gemacht haben	26	92.9

Tabelle 28: Abgeschlossene Therapieausbildungen

²⁰ Es sind zwei Nennungen möglich. Die Anteile berechnen sich mit der Basis 28 (Alle Therapeut/innen).

²¹ Es sind zwei Nennungen möglich. Die Anteile berechnen sich mit der Basis 28 (Alle Therapeut/innen).

<i>Zwei Nennungen möglich</i>	<i>Anzahl Nennungen</i>	<i>Anteil %²²</i>
Verhaltenstherapie	6	21.4
Tiefenpsychologisch/psychoanalytische Therapie	2	7.1
Gesprächstherapie	5	17.9
Gestalttherapie	1	3.6
Integrative Therapie	2	7.1
Systemische Therapie	12	42.9
Hypnose	12	42.9
Psychodrama	3	10.7
Störungsspezifische Therapie	1	3.6
andere	3	10.7
Therapeut/innen die Angaben gemacht haben	27	96.4

Tabelle 29: Psychotherapeutische Weiterbildungen

	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Sd</i>
Abschluss der ersten Therapieausbildung seit wievielen Jahren	26	0	25	13.3	7.1
Anzahl der abgeschlossenen Therapieausbildungen	27	0	3	1.6	0.8

Tabelle 30: Abgeschlossene Therapieausbildungen (Anzahl und Dauer seit Abschluss)

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>
Kantonale Praxisbewilligung	11	39.3
Nicht zugelassen	8	28.6
Zugelassen zur kassenärztlichen Versorgung	9	32.1
Total	28	100.0

Tabelle 31: Berufliche Zulassung (Therapeut/innen)

²² Es sind zwei Nennungen möglich. Die Anteile berechnen sich mit der Basis 28 (Alle Therapeut/innen).

<i>Zwei Nennungen möglich</i>	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %²³</i>
angestellt	13	46.4
selbständig	24	85.7
Psychotherapeut/in in Ausbildung	2	7.1
Therapeut/innen die Angaben gemacht haben	28	100.0

Tabelle 32: Beruflicher Status (Therapeut/innen)

	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Sd</i>
Berufserfahrung seit Beginn der Therapieausbildung in Jahren	27	3	26	14.1	6.8

Tabelle 33: Berufserfahrung (Therapeut/innen)

<i>Zwei Nennungen möglich</i>	<i>Anzahl Nennungen</i>	<i>Anteil %²⁴</i>
Erwachsene	27	96.4
Kinder und Jugendliche	24	85.7
Senior/innen	10	35.7
Therapeut/innen die Angaben gemacht haben	28	100.0

Tabelle 34: Tätigkeitsbereiche (Therapeut/innen)

²³ Es sind zwei Nennungen möglich. Die Anteile berechnen sich mit der Basis 28 (Alle Therapeut/innen).

²⁴ Es sind zwei Nennungen möglich. Die Anteile berechnen sich mit der Basis 28 (Alle Therapeut/innen).

Häufigkeit der Arbeitsweise in den verschiedenen Settings	<i>Häufig</i>		<i>Immer</i>		<i>Häufig oder immer</i>	
	<i>Anzahl</i>	<i>%</i>	<i>Anzahl</i>	<i>%</i>	<i>Anzahl</i>	<i>%</i>
Einzeltherapie	18	64.3	0	0.0	18	64.3
Gruppentherapie	1	3.6	0	0.0	1	3.6
Paartherapie	21	75.0	2	7.1	23	82.1
Familientherapie	14	50.0	2	7.1	16	57.1
Mischsetting	16	57.1	4	14.3	20	71.4

Tabelle 35: Arbeitsweise der Therapeut/innen: Setting

Häufigkeit der Arbeitsweise mit den verschiedenen Methoden	<i>Häufig</i>		<i>Immer</i>		<i>Häufig oder immer</i>	
	<i>Anzahl</i>	<i>%</i>	<i>Anzahl</i>	<i>%</i>	<i>Anzahl</i>	<i>%</i>
Verhaltenstherapie	6	21.4	0	0.0	6	21.4
Tiefenpsychologisch/ psychoanalytische Therapie	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Gesprächstherapie	4	14.3	0	0.0	4	14.3
Gestalttherapie	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Systemisch konstruktivistisch	12	42.9	6	21.4	18	64.3
Systemisch geschichtlich/analytisch	7	25.0	0	0.0	7	25.0
Systemisch lernorientiert	8	28.6	2	7.1	10	35.7
Systemisch interaktionell/ strukturell-strategisch	16	57.1	4	14.3	20	71.4
Systemisch wachstumsorientiert	7	25.0	7	25.0	14	50.0

Tabelle 36: Arbeitsweise der Therapeut/innen: Therapeutische Richtung

2.2 Angaben zu den Behandlungen

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
Ja	75	84.3	86.2
Nein	12	13.5	13.8
Total	87	97.8	100.0
keine Angabe	2	2.2	
Total	89	100.0	

Tabelle 37: Therapie aufgrund Eigeninitiative

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
Notfall	1	1.1	1.1
Standard	87	97.8	98.9
Total	88	98.9	100.0
keine Angabe	1	1.1	
Total	89	100.0	

Tabelle 38: Aufnahmemodus

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
Beratung	9	10.1	10.2
Krisenintervention	8	9.0	9.1
Psychotherapie	71	79.8	80.7
Total	88	98.9	100.0
Keine Angabe	1	1.1	
Total	89	100.0	

Tabelle 39: Aufnahmezweck

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
Ja	85	95.5	98.8
Nein	1	1.1	1.2
Total	86	96.6	100.0
Keine Angabe	3	3.4	
Total	89	100.0	

Tabelle 40: Anteil ambulante Psychotherapie

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
Ambulant	87	97.8	98.9
Kombiniert stationär-ambulant	1	1.1	1.1
Total	88	98.9	100.0
Keine Angabe	1	1.1	
Total	89	100.0	

Tabelle 41: Behandlungsmodus

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
1	79	88.8	95.2
2	2	2.2	2.4
3	1	1.1	1.2
4	1	1.1	1.2
Total	83	93.3	100.0
Keine Angabe	6	6.7	
Total	89	100.0	

Tabelle 42: Wievielte Aufnahme

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
Ja	26	29.2	30.2
Nein	60	67.4	69.8
Total	86	96.6	100.0
keine Angabe	3	3.4	
Total	89	100.0	

Tabelle 43: Übernahme

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
andere psychiatrische Klinik: stationär	1	1.1	2.2
andere psychosoziale Institution, Beratungsstelle	2	2.2	4.4
eigene Institution	1	1.1	2.2
Freunde	1	1.1	2.2
Hausarzt/ärztin	26	29.2	57.8
keine	2	2.2	4.4
Kreisspital	1	1.1	2.2
nicht feststellbar	1	1.1	2.2
Patient/in selbst	1	1.1	2.2
Psychiater/in	2	2.2	4.4
Psychologe/in	5	5.6	11.1
psychologische/r Psychotherapeut/in	2	2.2	4.4
Total	45	50.6	100.0
keine Angabe	44	49.4	
Total	89	100.0	

Tabelle 44: Überweisende Stelle

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
ja	12	13.5	13.8
keine	75	84.3	86.2
Total	87	97.8	100.0
keine Angabe	2	2.2	
Total	89	100.0	

Tabelle 45: Begleitende somatische Behandlung

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
IP mit Mutter	4	4.5	4.5
IP mit Vater	1	1.1	1.1
IP mit Vater und Mutter	6	6.7	6.7
IP mit Partner	74	83.1	83.1
IP mit Partner und Geschwister	2	2.2	2.2
IP mit Partner sowie Vater und Mutter	2	2.2	2.2
Total	89	100.0	100.0

Tabelle 46: Therapiesetting gemäss eingegangener Dokumentation

<i>Zwei Nennungen möglich</i>	<i>Anzahl Nennungen</i>	<i>Anteil %²⁵</i>
Familientherapie	12	13.5
Paartherapie	70	78.7
Einzeltherapie	18	20.2
Mischsetting	11	12.4
Keine Angabe	2	2.2
Total	89	100.0

Tabelle 47: Therapiesetting gemäss Angaben der Therapeut/innen

<i>Zwei Nennungen möglich</i>	<i>Anzahl Nennungen</i>	<i>Anteil %²⁶</i>
Konstruktivistisch	32	36.0
Geschichtlich/analytisch	2	2.2
Lernorientiert	15	16.9
Interaktionell/strukturell/strat.	36	40.4
Wachstum Prozessorientiert	21	23.6
Gemischt	18	20.2
Keine Angabe	5	5.6
Total	89	100.0

Tabelle 48: Angewandte Therapiemethode

²⁵ In Prozent der dokumentierten Fälle (Basis 89).

²⁶ In Prozent der dokumentierten Fälle (Basis 89).

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
ja	14	15.7	16.3
nein	72	80.9	83.7
Total	86	96.6	100.0
keine Angabe	3	3.4	
Total	89	100.0	

Tabelle 49: Pharmakotherapie

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
andere	4	4.5	4.8
keine	77	86.5	91.7
nicht feststellbar	2	2.2	2.4
Suizidversuch	1	1.1	1.2
Total	84	94.4	100.0
keine Angabe	5	5.6	
Total	89	100.0	

Tabelle 50: Komplikationen

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
Projektende, Therapie wird weitergeführt	6	6.7	6.7
Anderes	1	1.1	1.1
Reguläres Therapieende	63	70.8	70.8
Therapieabbruch	15	16.9	16.9
Therapieunterbrechung	4	4.5	4.5
Total	89	100.0	100.0

Tabelle 51: Modus Therapieabschluss und Beendigung der Falldokumentation

<i>Zwei Nennungen möglich</i>	<i>Anzahl Nennungen Anteil %²⁷</i>	
Andere	9	10.1
Keine	62	69.7
Psychotherapie	16	18.0
Rechtliche Massnahme	2	2.2
Selbsthilfegruppe/organisation	2	2.2
Somatische Behandlung	5	5.6
Keine Angabe	4	4.5
Anzahl Therapien mit einer Angabe	89	100.0

Tabelle 52: Massnahmen der Weiterbehandlung

2.3 Patient/innen Daten

	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Sd</i>
Alter bei Therapiebeginn	88	14	72.0	37.2	11.2

Tabelle 53: Alter der Patient/innen

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>
männlich	45	50.6
weiblich	44	49.4
Total	89	100.0

Tabelle 54: Geschlecht der Patient/innen

²⁷ In Prozent der Falldokumentationen (Basis 89).

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>
andere	5	5.6
deutsch	80	89.9
englisch	1	1.1
französisch	1	1.1
italienisch	2	2.2
Total	89	100.0

Tabelle 55: Muttersprache der Patient/innen

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>
A	1	1.1
CH	79	88.8
D	2	2.2
E	1	1.1
GB	1	1.1
I	1	1.1
andere	4	4.5
Total	89	100.0

Tabelle 56: Nationalität der Patient/innen

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
Fachhochschulreife	6	6.7	7.1
Matura/Abitur	26	29.2	30.6
Noch in Schule	6	6.7	7.1
Primarschule/Hauptschule	15	16.9	17.6
Sekundarschule/mittlere Reife	32	36.0	37.6
Total	85	95.5	100.0
Keine Angabe	4	4.5	
Total	89	100.0	

Tabelle 57: Höchste Schulbildung der Patient/innen

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
Anlehre	5	5.6	6.1
Fachhochschule	8	9.0	9.8
Höhere Berufsschule	4	4.5	4.9
Keine	10	11.2	12.2
Lehre/Berufsschule	32	36.0	39.0
Meisterprüfung	4	4.5	4.9
Noch in Erstberufsausbildung	2	2.2	2.4
Universität	15	16.9	18.3
Andere	2	2.2	2.4
Total	82	92.1	100.0
Keine Angabe	7	7.9	
Total	89	100.0	

Tabelle 58: Höchste Berufsausbildung der Patient/innen

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
keine Angaben	1	1.1	1.1
geschieden	4	4.5	4.5
ledig	24	27.0	27.0
verheiratet	60	67.4	67.4
Total	89	100.0	100.0

Tabelle 59: Zivilstand der Patient/innen

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
alleine lebend	5	5.6	5.6
nicht feststellbar	6	6.7	6.7
Partnerschaft	77	86.5	86.5
wechselnde Partner/innen	1	1.1	1.1
Total	89	100.0	100.0

Tabelle 60: Partnersituation der Patient/innen bei Therapiebeginn

<i>Zwei Nennungen möglich</i>	<i>Anzahl Nennungen</i>	<i>Anteil%</i>
bei anderen Verwandten	2	2.2
bei Eltern	58	65.2
mit (Ehe)Partner/in	69	77.5
Wohngemeinschaft	2	2.2
Patient/innen mit Angaben	82	92.1

Tabelle 61: Wohnsituation der Patient/innen bei Therapiebeginn

	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Sd</i>
Anzahl Kinder gesamt	89	0	7.0	1.4	1.3
Anzahl eigene Kinder	89	0	7.0	1.3	1.3
Anzahl Geschwister	85	0	6.0	1.7	1.5
Eigene Position in der Geschwister Reihe	83	0	7.0	1.7	1.3

Tabelle 62: Kinder der Patient/innen

2.4 Behandlungsergebnisse

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
Probleme in sozialen Bedingungen	1	1.1	1.1
Probleme in der Freizeit	6	6.7	6.7
Probleme in sozialer Anpassung	1	1.1	1.1
Probleme in der Familie	56	62.9	62.9
Probleme im Beruf	8	9.0	9.0
Mehrere Hauptproblembereiche	17	19.1	19.1
Total	89	100.0	100.0

Tabelle 63: Hauptproblembereiche bei Therapiebeginn

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
fraglich	11	12.4	12.5
ja	1	1.1	1.1
nein	75	84.3	85.2
nicht feststellbar	1	1.1	1.1
Total	88	98.9	100.0
keine Angabe	1	1.1	
Total	89	100.0	

Tabelle 64: Suizidalität der Patient/innen

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
neu geschieden	4	4.5	4.7
neu getrennt	12	13.5	14.0
neu Partnerschaft	2	2.2	2.3
unverändert	64	71.9	74.4
weiteres Kind	2	2.2	2.3
wieder mit Partner/in	2	2.2	2.3
Total	86	96.6	100.0
keine Angabe	3	3.4	
Total	89	100.0	

Tabelle 65: Veränderung der familiären Situation

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
neu allein	12	13.5	14.0
neu mit Kindern	3	3.4	3.5
neu mit Partner/in	2	2.2	2.3
neu Wohngemeinschaft	1	1.1	1.2
unverändert	66	74.2	76.7
wieder mit Partner/in	2	2.2	2.3
Total	86	96.6	100.0
keine Angabe	3	3.4	
Total	89	100.0	

Tabelle 66: Veränderung der Wohnsituation

<i>Veränderung Problem</i>	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>Sd</i>
im Beruf	86	2.0	2.0	0.6	0.9
in der Familie	86	2.0	2.0	1.0	1.1
in sozialer Anpassung	86	2.0	2.0	0.7	0.9
in der Freizeit	86	2.0	2.0	0.7	0.9
in den sozialen Bedingungen	85	2.0	2.0	0.4	0.9
Problem andere	81	2.0	0.0	0.0	0.2
Valid N (listwise)	81				

Tabelle 67: Veränderung in den Problemrelevanten Lebensbereichen

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
unverändert	70	78.7	82.4
wieder arbeitsfähig	15	16.9	17.6
Total	85	95.5	100.0
keine Angabe	4	4.5	
Total	89	100.0	

Tabelle 68: Arbeitsfähigkeit bei Therapie Ende

2.4.1 Fremdratings

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
Beide Angaben fehlen	1	1.1	1.1
Nur Angabe für Therapiebeginn	7	7.9	7.9
Nur Angabe für Therapie Ende	3	3.4	3.4
Angaben für Beginn und Ende	78	87.6	87.6
Total	89	100.0	100.0

Tabelle 69: Vollständigkeit der CGI Werte

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
Nur Angabe für Therapiebeginn	2	2.2	2.2
Nur Angabe für Therapie Ende	1	1.1	1.1
Angaben für Beginn und Ende	86	96.6	96.6
Total	89	100.0	100.0

Tabelle 70: Vollständigkeit der GAF Werte

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
Nur Angabe für Therapiebeginn	2	2.2	2.2
Nur Angabe für Therapie Ende	2	2.2	2.2
Angaben für Beginn und Ende	85	95.5	95.5
Total	89	100.0	100.0

Tabelle 71: Vollständigkeit der GARF Werte

2.4.2 Selbstrating

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
Nur Angabe für Therapiebeginn	8	9.0	9.0
Angaben für Beginn und Ende	81	91.0	91.0
Total	89	100.0	100.0

Tabelle 72: Vollständigkeit der SCL Bogen

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
FB-Zweierbeziehung	73	82.0	83.0
FB -Allgemein	15	16.9	17.0
Total	88	98.9	100.0
System	1	1.1	
Total	89	100.0	

Tabelle 73: Art der eingesetzten Familienbögen

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
Nur Angabe für Therapiebeginn	7	9.6	9.6
Angaben für Beginn und Ende	66	90.4	90.4
Total	73	100.0	100.0

Tabelle 74: Vollständigkeit der Familienbögen für Zweierbeziehung

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
Angaben für Beginn und Ende	15	100.0	100.0

Tabelle 75: Vollständigkeit der Familienbögen für Familiensysteme

Z-Werte Patient/innen	<i>Mittel krank</i>	<i>sd krank</i>	<i>Mittel gesund</i>	<i>sd gesund</i>	<i>Grenze</i>
Somatisierung	0.8	0.7	0.35	0.3	0.48
Zwanghaftigkeit	1.2	0.7	0.47	0.38	0.71
Unsicherheit	1.1	0.8	0.41	0.38	0.66
Depressivität	1.5	0.9	0.4	0.38	0.73
Ängstlichkeit	1.1	0.9	0.29	0.32	0.51
Aggressivität	1.0	0.7	0.31	0.34	0.53
Phobische Angst	0.6	0.8	0.14	0.22	0.24
Paranoides Denken	1.0	0.7	0.35	0.37	0.57
Psychotizismus	0.7	0.6	0.18	0.24	0.31
Mittlere Belastung (GSI)	1.1	0.6	0.33	0.25	0.54
Anzahl Beschwerden (PST)	46.8	20.0	23.1	13.64	32.71
Stärke der Beschwerden (PSDI)	1.9	0.5	1.22	0.3	1.45

Tabelle 76: Berechnung der Grenze zwischen Kranken und Gesunden für den SCL

<i>Zufriedenheit (Skalenwerte)</i>	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
Unzufrieden (1 bis 3)	7	7.9	9.5
Einigermassen zufrieden (4)	5	5.6	6.8
Mittel zufrieden (5)	14	15.7	18.9
Ziemlich zufrieden (6)	20	22.5	27.0
Sehr zufrieden (7)	28	31.5	37.8
Total	74	83.1	100.0
System	15	16.9	
Total	89	100.0	

Tabelle 77: Zufriedenheit mit der Behandlung (Patient/innen)

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
Partner	78	77.2	77.2
Vater	9	8.9	8.9
Mutter	12	11.9	11.9
Geschwister	2	2.0	2.0
Total	101	100.0	100.0

Tabelle 78: Anzahl der Systemmitglieder in den Behandlungen

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
Nur Angabe für Therapiebeginn	13	12.9	12.9
Angaben für Beginn und Ende	88	87.1	87.1
Total	101	100.0	100.0

Tabelle 79: Vollständigkeit der SCL Bogen (Systemmitglieder)

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
FB-Zweierbeziehung	73	72.3	73.0
FB-Allgemein	27	26.7	27.0
Total	100	99.0	100.0
System	1	1.0	
Total	101	100.0	

Tabelle 80: Art der eingesetzten Familienbögen (Systemmitglieder)

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
Nur Angabe für Therapiebeginn	11	15.1	15.1
Angaben für Beginn und Ende	62	84.9	84.9
Total	73	100.0	100.0

Tabelle 81: Vollständigkeit der Familienbögen für Zweierbeziehung (Systemmitglieder)

	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
Nur Angabe für Therapiebeginn	2	7.4	7.4
Angaben für Beginn und Ende	25	92.6	92.6
Total	27	100.0	100.0

Tabelle 82: Vollständigkeit der Familienbögen für Familiensysteme (Systemmitglieder)

<i>Z-Werte Angehörige</i>	<i>Mittel krank</i>	<i>sd krank</i>	<i>Mittel gesund</i>	<i>sd gesund</i>	<i>Grenze</i>
Somatisierung	0.4	0.5	0.35	0.3	0.38
Zwanghaftigkeit	0.6	0.6	0.47	0.38	0.54
Unsicherheit	0.6	0.6	0.41	0.38	0.50
Depressivität	0.8	0.7	0.4	0.38	0.55
Ängstlichkeit	0.6	0.6	0.29	0.32	0.38
Aggressivität	0.7	0.8	0.31	0.34	0.44
Phobische Angst	0.2	0.4	0.14	0.22	0.17
Paranoides Denken	0.6	0.6	0.35	0.37	0.46
Psychotizismus	0.3	0.4	0.18	0.24	0.23
Mittlere Belastung (GSI)	0.6	0.5	0.33	0.25	0.41
Anzahl Beschwerden (PST)	31.8	19.8	23.1	13.64	26.63
Stärke der Beschwerden (PSDI)	1.4	0.4	1.22	0.3	1.31

Tabelle 83: Berechnung der Grenze zwischen „Kranken“ und Gesunden für den SCL bei den Systemmitgliedern

<i>Zufriedenheit (Skalenwerte)</i>	<i>Anzahl</i>	<i>Anteil %</i>	<i>Anteil % der gültigen Werte</i>
Unzufrieden (1 bis 4)	9	10.6	13.4
Mittel zufrieden (5)	11	12.9	16.4
Ziemlich zufrieden (6)	16	18.8	23.9
Sehr zufrieden (7)	31	36.5	46.3
Total	67	78.8	100.0
System	18	21.2	
Total	85	100.0	

Tabelle 84: Zufriedenheit mit der Behandlung (Angehörige)

Literaturverzeichnis

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.

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-I 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 SymptomCheckliste 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.

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.

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 Qualitäts-sicherung 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., Nathaniel-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 Validitäts-untersuchungen. *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.