Stephanie Bauer

Ergebnismonitoring und Feedback: Mittel zur Optimierung stationärer Psychotherapie?

Dissertation
zur
Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Sozialwissenschaften
in der Fakultät
für Sozial- und Verhaltenswissenschaften
der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

2004

Gedruckt mit Genehmigung der
Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften
der Universität Tübingen

Hauptberichterstatter:	Prof. Dr. Martin Hautzinger
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. Horst Kächele
Dekan:	Prof. Dr. Andreas Boeckh
Tag der mündlichen Prüfung:	09.11.2004

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich herzlich allen Personen danken, die an der Entstehung der vorliegenden Arbeit beteiligt waren.
An erster Stelle gilt dieser Dank Herrn Prof. Dr. Martin Hautzinger und Herrn Prof. Dr. Horst Kächele für ihre Bereitschaft, die Begutachtung der Arbeit zu übernehmen und für das Angebot, jederzeit für Fragen zur Verfügung zu stehen.
Herrn Dr. Hans Kordy möchte ich dafür danken, dass er mich während meiner Tätigkeit an der Forschungsstelle für Psychotherapie immer unterstützt und gefördert hat. Er war maßgeblich an der Planung der Studie beteiligt und hat die Arbeit durch viele anregende Diskussionen und konstruktive Rückmeldungen bereichert. Er hat es mir auch ermöglicht, im Rahmen eines Gastaufenthaltes bei Prof. Dr. Michael J. Lambert an der Brigham Young University (Utah, USA) vieles über die Praxis von Ergebnismonitoring und Qualitätsmanagement zu lernen.
Für die Möglichkeit, die Studie in der Sonnenberg Klinik durchzuführen möchte ich Herrn PD Dr. Michael Hölzer danken, ohne dessen Unterstützung die Untersuchung in dieser Form nicht möglich gewesen wäre. Großer Dank geht an die Therapeuten und Behandlungsteams der Sonnenberg Klinik für ihre Bereitschaft, an der Studie teilzunehmen und für viele anregende Diskussionen in den Teamsitzungen. Barbara Faulhaber danke ich für ihre Hilfe bei der Datenerhebung und für die sorgfältige Dokumentation.
Bei Anke Efthimiou und Lutfi Arikan möchte ich mich für die Hilfe bei allen aufgetretenen technischen Problemen bedanken. Anke Efthimiou danke ich außerdem herzlich für ihre Unterstützung (nicht nur) in Fragen zur formalen Gestaltung der Arbeit. Anja Haegele-Hornig und Jutta Hagel danke ich für das sorgfältige und kompetente Korrekturlesen des Manuskriptes.
Schließlich möchte ich mich besonders bedanken bei Herrn Dr. Changiz Mohiyeddini, der während meines Studiums mein Interesse am wissenschaftlichen Arbeiten geweckt hat, mich seither stets an seinem Wissen und seinen Kenntnissen teilhaben ließ und mir auch für diese Arbeit viele wertvolle Anregungen gegeben hat.

Stuttgart, im August 2004

Inhaltsverzeichnis

Danksagung 3
Inhaltsverzeichnis 4
Abbildungsverzeichnis 7
Tabellenverzeichnis 8
Abstract 11

I. Einleitung 12

II. Hintergrund 14

1. Qualitätssicherung in der Psychotherapie 14
1.1 Begriffsbestimmung 14
1.2 Gesetzliche Grundlagen 14
1.3 Relevanz von Qualitätssicherung in der Psychotherapie 17
1.4 Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Anforderungen und Umsetzung 19
1.4.1 Anforderungen an Qualitätssicherungsprogramme 19
1.4.2 Das Stuttgart-Heidelberger Modell der aktiven internen Qualitätssicherung 22
1.5 Qualitätszirkel 24
1.6 Zusammenfassung Kapitel 1 31

2. Von Qualitätssicherung zu aktivem Qualitätsmanagement 32
2.1 Gesundheitsökonomie als Teil der Qualitätssicherung 35
2.2 Ergebnismonitoring und Qualitätsmanagement 36
2.3 Therapieresponse 38
2.4 Qualitätsmanagement und Feedback 42
2.5 Zusammenfassung Kapitel 2 46

3. Qualitätsmanagement, Psychotherapieforschung und klinische Praxis 47
3.1 „Qualitätssicherung der Qualitätssicherung“ 47
3.2 Angewandte Psychotherapieforschung 48
3.2.1 Phasen der Psychotherapieforschung 48
3.2.2 Wirksamkeit und Effektivität 49
3.2.3 Gestufte Behandlungskonzepte 52
3.3 Wissenschaft und klinische Praxis 54
3.4 Zusammenfassung Kapitel 3 56

4. Einordnung der Arbeit in den aktuellen Forschungsstand 57

III. Fragestellung 59

IV. Datenbasis und Methodik 61

1. Datenerhebung 61

2. Datenbasis: Messzeitpunkte und Erhebungsinstrumente 61
2.1 Patienten- und Therapeutenfragebögen 61
2.1.1 Akzeptanzfragebögen 65
2.2 Globale Erfolgsmaße 65

3. Intervention 66
3.1 Entwicklung des Feedbacksystems 66
3.2 Studiendesign 73
3.2.1 Phasen der Studie 73
3.2.2 Vergleichsgruppen 75

4. Datenbasis: Stichprobe 76
4.1 Einschlusskriterien 76
4.2 Stichprobenbeschreibung 76
4.2.1 Soziodemografische Angaben 76
4.2.2 Diagnosen 78
4.2.3 Beeinträchtigung zu Therapiebeginn 78
4.2.4 Veränderungen in der ersten Behandlungsphase 82

5. Datenauswertung 85

V. Ergebnisse 87

1. Akzeptanz 87
1.1 Feedback nach der Entlassung 87
1.2 Rückmeldung nach der Zwischenerhebung 88
1.2.1 Akzeptanz der Rückmeldung 88
1.2.2 Akzeptanz der Behandlungsempfehlung 90
1.2.3 Zustimmung zur empfohlenen Behandlungsdauer 91

2. Einfluss der Intervention auf die Behandlungsergebnisse 93
2.1 Beeinflusst Feedback zur Zwischenerhebung die psychische und physische Beeinträchtigung bei Entlassung? 93
2.2 Beeinflusst Feedback zur Zwischenerhebung die Auffälligkeitsrate? 100
2.3 Beeinflusst Feedback zur Zwischenerhebung die Rate klinisch bedeutsamer Veränderung? 103

3. Einfluss der Intervention auf die Behandlungsdauer 106
3.1 Beeinflusst Feedback zur Zwischenerhebung die Behandlungsdauer? 106
3.2 Beeinflusst Feedback zur Zwischenerhebung die Verteilung von Ressourcen? 106
3.3 Beschleunigt Feedback zur Zwischenerhebung die Entlassung mit verbessertem Befinden? 114
3.3.1 Entlassung mit reliabel verbessertem psychischen Befinden 114
3.3.2 Entlassung mit positivem Behandlungsergebnis 117

VI. Diskussion 121

1. Diskussion der Ergebnisse 122

2. Stärken und Limitierungen der Studie 132

3. Schlussfolgerung und Ausblick 135

VII. Literaturverzeichnis 139

VIII. Anhang 153

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Bewertungsalgorithmus nach dem Stuttgart-Heidelberger Modell 23

Abb. 2: Standardisierte Ergebnisrückmeldung (Seite 1) 27

Abb. 3: Standardisierte Ergebnisrückmeldung (Seite 2) 28

Abb. 4: Formblatt zur Diskussion im Qualitätszirkel 29

Abb. 5: Psychische Beeinträchtigung (EB-45) von Respondern und Nonrespondern zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten 69

Abb. 6: Körperliche Beeinträchtigung (GBB) von Respondern und Nonrespondern zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten 70

Abb. 7: Behandlungsdauer in den Phasen mit und ohne Feedback in Abhängigkeit vom Zustand zur Zwischenerhebung (funktional vs. nonfunktional; EB-45) 108

Abb. 8: Behandlungsdauer in den Phasen mit und ohne Feedback in Abhängigkeit vom Zustand zur Zwischenerhebung (auffällig vs. nicht auffällig) 111

Abb. 9: Dauer bis zur Entlassung in reliabel verbessertem Zustand (GSI) (Phase 3 vs. 3-K) 116

Abb. 10: Dauer bis zur Entlassung in reliabel verbessertem Zustand (GSI) (Phase 4 vs. 4-K) 117

Abb. 11: Dauer bis zur Entlassung in nicht auffälligem Zustand (Phase 3 vs. 3-K) 119

Abb. 12: Dauer bis zur Entlassung in nicht auffälligem Zustand (Phase 4 vs. 4-K) 120

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Definition von Über-, Unter- und Fehlversorgung 36
Tab. 2: Inhalt der Patientenfragebögen zu den verschiedenen Messzeitpunkten 62
Tab. 3: Inhalt der Therapeutenfragebögen zu den verschiedenen Messzeitpunkten 62
Tab. 4: Auffälligkeitsrate bei Entlassung in Abhängigkeit von Response/ Nonresponse 67
Tab. 5: Beeinträchtigung bei Entlassung in Abhängigkeit von Response/ Nonresponse 68
Tab. 6: Soziodemographische Angaben 77
Tab. 7: Hauptdiagnosen nach ICD-10 78
Tab. 8: Beeinträchtigung zu Therapiebeginn 79
Tab. 9: Initiale Beeinträchtigung in Relation zur Norm 81
Tab. 10: Beeinträchtigung zur Zwischenerhebung 83
Tab. 11: Veränderungen in der Beeinträchtigung in der ersten Behandlungs phase (Aufnahme-Zwischenerhebung) 84
Tab. 12: Übereinstimmung zwischen klinischem Eindruck und Entlassungs-rückmeldung 87
Tab. 13: Übereinstimmung zwischen klinischem Eindruck und Rückmeldung nach der Zwischenerhebung 88
Tab. 14: Übereinstimmung zwischen klinischem Eindruck und Rückmeldung (Einzelskalen) 89
Tab. 15: Einschätzung der Relevanz der im Feedback enthaltenen Informationen 89
Tab. 16: Einschätzung der Nutzbarkeit der im Feedback enthaltenen Informationen 90
Tab. 17: Zustimmung zur Behandlungsempfehlung 90
Tab. 18: Hauptgründe für weiteren Behandlungsbedarf aus Therapeuten-perspektive 91
Tab. 19: Geschätzte und tatsächliche Behandlungsdauer (Tage) in Abhängigkeit von der Behandlungsempfehlung 92
Tab. 20: Zusammenhang zwischen prognostizierter, tatsächlicher und vom Therapeuten geschätzter Dauer (Korrelation nach Pearson) 92
Tab. 21: Beeinträchtigung bei Entlassung in Abhängigkeit vom Zustand zur Zwischenerhebung (funktional vs. nonfunktional; EB-45) 95

Tab. 22: Einfluss der Faktoren „Rückmeldung (ja – nein)“ und „Zustand zur Zwischenerhebung (funktional - nonfunktional; EB-45)“ auf das Behandlungsergebnis (SCL-90-R GSI, EB-45, GBB und BSS) in Phase 3/3-K 96

Tab. 23: Einfluss der Faktoren „Rückmeldung (ja – nein)“ und „Zustand zur Zwischenerhebung (funktional - nonfunktional; EB-45)“ auf das Behandlungsergebnis (SCL-90-R GSI, EB-45, GBB und BSS) in Phase 4/4-K 97

Tab. 24: Beeinträchtigung bei Entlassung in Abhängigkeit vom Zustand zur Zwischenerhebung (auffällig vs. nicht auffällig) 98

Tab. 25: Einfluss der Faktoren „Rückmeldung (ja – nein)“ und „Zustand zur Zwischenerhebung (auffällig - nicht auffällig)“ auf das Behandlungsergebnis (SCL-90-R GSI, EB-45, GBB und BSS) in Phase 3/3-K 99

Tab. 26: Einfluss der Faktoren „Rückmeldung (ja – nein)“ und „Zustand zur Zwischenerhebung (auffällig vs. nicht auffällig)“ auf das Behandlungsergebnis (SCL-90-R GSI, EB-45, GBB und BSS) in Phase 4/4-K 100

Tab. 27: Auffälligkeitsraten bei Entlassung 101

Tab. 28: Auffälligkeitsrate bei Entlassung in Abhängigkeit vom Zustand zur Zwischenerhebung (funktional vs. nonfunktional; EB-45) 102

Tab. 29: Auffälligkeitsrate bei Entlassung in Abhängigkeit vom Zustand zur Zwischenerhebung (auffällig vs. nicht auffällig) 103

Tab. 30: Klinisch signifikante Veränderung im GSI der SCL-90-R (Phase 1 und 2) 103

Tab. 31: Klinisch signifikante Veränderung im GSI der SCL-90-R (Feedback- vs. Vergleichsgruppen) 104

Tab. 32: Klinisch signifikante Veränderung im Gesamtscore des EB-45 (Phase 1 und 2) 105

Tab. 33: Klinisch signifikante Veränderung im Gesamtscore des EB-45 (Feedback- vs. Vergleichsgruppen) 105

Tab. 34: Behandlungsdauer (Tage) in den verschiedenen Phasen 106

Tab. 35: Behandlungsdauer (Tage) in Abhängigkeit vom Status zur Zwischenerhebung (funktional vs. nonfunktional; EB-45) 107

Tab. 36: Einfluss der Faktoren „Rückmeldung (ja – nein)“ und „Zustand zur Zwischenerhebung (funktional - nonfunktional; EB-45)“ auf die Behandlungsdauer 107

Tab. 37: Behandlungsdauer in den verschiedenen Phasen der Studie in Abhängigkeit vom Status zur Zwischenerhebung (auffällig vs. nicht auffällig) 109

Tab. 38: Einfluss der Faktoren „Rückmeldung (ja – nein)“ und „Zustand zur Zwischenerhebung (auffällig - nicht auffällig)“ auf die Behandlungsdauer 110

Tab. 39: Zusammenhang zwischen Beeinträchtigung zur Zwischenerhebung und Behandlungsdauer (Korrelation nach Pearson) 112

Tab. 40: Prognostizierte und tatsächliche Behandlungsdauer (Tage) in den verschiedenen Phasen 113

Tab. 41: Zusammenhang zwischen prognostizierter und tatsächlicher Behandlungsdauer in den verschiedenen Phasen (Korrelation nach Pearson) 113

Tab. 42: Überlebenszeiten der Behandlungsdauer (Tage) in den verschiedenen Studienphasen (Log Rank Statistik; Ereignis = Entlassung mit reliabler Verbesserung [SCL-90-R GSI]) 114

Tab. 43: Vergleich der Faktorstufen (Log-Rank Statistik; Ereignis = Entlassung mit reliabler Verbesserung [SCL-90-R GSI]) 115

Tab. 44: Überlebenszeiten der Behandlungsdauer (Tage) in den verschiedenen Studienphasen (Log Rank Statistik; Ereignis = Entlassung in nicht auffälligem Zustand) 117

Tab. 45: Vergleich der Faktorstufen (Log Rank Statistik; Ereignis = Entlassung in nicht auffälligem Zustand) 118

Abstract

Hintergrund: Der Anspruch moderner Qualitätsmanagementsysteme ist es, durch das Monitoring des Gesundungsverlaufes eines Patienten und regelmäßiges Feedback an den behandelnden Therapeuten zu einer Optimierung der Therapieergebnisse und zu einer Steigerung der Kosten-Effektivität der Behandlungen beizutragen.

Zielsetzung: Auf Grundlage des Stuttgart-Heidelberger Modells war es Ziel der vorliegenden Arbeit, ein Qualitätsmanagementsystem für die stationäre psychotherapeutische Versorgung zu entwickeln, seine Akzeptanz durch die Therapeuten sowie seine Effekte auf die Therapieergebnisse und die Therapiedauer zu überprüfen.

Methode: Das System wurde in vier Phasen (Baseline, Ergebnisrückmeldung und zwei Formen der Zwischenrückmeldung) implementiert. Zwischen Januar 2000 und Dezember 2003 wurden in der Sonnenberg Klinik in Stuttgart Daten von insgesamt 704 stationär behandelten Patienten erhoben. Die Rückmeldungen wurden regelmäßig im Rahmen von Qualitätszirkeln in den einzelnen Abteilungen diskutiert und zwischen den Sitzungen in schriftlicher Form an die Therapeuten gegeben.

Ergebnisse: Die Akzeptanz des entwickelten Systems durch die therapeutischen Teams erwies sich als sehr gut. Die erwarteten positiven Effekte der Rückmeldungen auf die Therapieergebnisse wurden jedoch nicht gefunden. In Hinblick auf die Behandlungsdauer zeigte sich hingegen ein Einfluss des Feedbacks: Patienten, zu deren Zustand die Therapeuten eine Rückmeldung mit einer Empfehlung bzgl. der Behandlungsdauer erhielten, wurden im Mittel 22 Tage kürzer behandelt als die Patienten der Vergleichsgruppe.

Diskussion: Die Ergebnisse zeigen, dass die Zwischenrückmeldung zu einer stärkeren Orientierung am individuellen Behandlungsbedarf und zu einer Steigerung der Effizienz der Behandlung beitragen konnte. Die Befunde besitzen damit wichtige Implikationen für Patienten, Leistungsanbieter und Kostenträger.

I. Einleitung

Wesentliche Ziele von Qualitätssicherung werden in der Schaffung bzw. Erhöhung von Transparenz, in der Überprüfung der Effektivität sowie der Wirtschaftlichkeit von therapeutischen Maßnahmen gesehen. Qualitätssicherung in der Psychotherapie soll dabei primär die Interessen des Konsumenten jeglicher therapeutischer Angebote wahren (Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen). Aus einer gesundheitsökonomischen Perspektive, welche vor dem Hintergrund explodierender Kosten im Gesundheitswesen verlangt, mit knapper werdenden Ressourcen die vorhandene Versorgungsqualität aufrechtzuerhalten bzw. zu optimieren, wird darüber hinaus die unmittelbare Bedeutung von qualitätssichernden Maßnahmen für Leistungsanbieter (klinik-/institutsinterne Optimierung der Versorgung) und Kostenträger (Kosteneinsparung bzw. effizientere Nutzung von Ressourcen) evident.

Um den Anforderungen gerecht zu werden, richten sich aktuelle Forschungsaktivitäten im Bereich der Qualitätssicherung auf die Erweiterung von etablierten Qualitätssicherungssystemen durch Verlaufsmessungen, die ein Monitoring des Psychotherapieverlaufes und entsprechende Rückmeldungen über den Behandlungsverlauf an die Therapeuten zum Ziel haben. Dabei sollen die Dokumentation des individuellen Behandlungsfortschritts und die frühzeitige Identifikation von negativen Entwicklungen die Optimierung des Behandlungsprozesses ermöglichen, indem Therapeuten adaptiv auf (nicht) eingetretene Veränderungen reagieren.

Den aus dieser Forschungsrichtung resultierenden Befunden wird enorme Relevanz sowohl für die Konsumenten (Patienten) als auch für die Leistungserbringer und Kostenträger psychotherapeutischer Behandlungen beigemessen (Lambert et al., 2001).

Dabei wurde bislang fast vollständig darauf verzichtet, die Auswirkung der Integration eines Qualitätsmanagementsystems in den klinischen Alltag systematisch zu überprüfen. Kann man im Verlauf der Therapie relevante, auf empirischen Daten beruhende, Informationen an Therapeuten zurückmelden? Werden diese Informationen von den Praktikern tatsächlich als relevant erachtet? Werden sie in die therapeutische Arbeit einbezogen? Und vor allem: Werden Behandlungser-

gebnisse und Behandlungsdauer positiv beeinflusst, wenn die Therapeuten über den Gesundungsverlauf ihrer Patienten informiert werden?
Die vorliegende Arbeit adressiert diese Aspekte, indem sie die Entwicklung eines Feedbacksystems, seine stufenweise Implementierung in die klinische Routine sowie seine Evaluation beschreibt.

II. Hintergrund

1. Qualitätssicherung in der Psychotherapie

1.1 Begriffsbestimmung

Gemäß des Gutachtens 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen befassen sich Methoden der Qualitätssicherung bzw. des Qualitätsmanagements „mit der Art und Weise, wie vorhandene Einrichtungen, Verfahren, Maßnahmen und Dienstleistungen zum gesundheitlichen Wohl des Patienten verbessert und wie mögliche versorgungsbedingte Schäden vermieden werden können“ (S. 58.).

Hieraus wird deutlich, dass das gesundheitliche Wohl des Patienten im Zentrum sämtlicher Qualitätssicherungsmaßnahmen stehen muss. Entsprechend sollten Programme zunächst auf Ebene der individuellen Behandlung ansetzen und erst im zweiten Schritt übergeordnete Vergleiche (z. B. von Institutionen) anstreben (Lutz, 1997). Letztendlich zielt Qualitätssicherung jedoch darauf ab, Fehlversorgung, aber auch Unter- und Überversorgung im Gesundheitssystem abzubauen bzw. zu vermeiden.

Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementsysteme tangieren folglich zwei unterschiedliche Ebenen; die Ebene des individuellen Patienten und die Ebene der Versorgung als ganzer: Einerseits sollen sie dazu beitragen, dass Behandlungen zu einem positiven Ergebnis führen, bzw. Risiken für negative Ergebnisse minimieren. Andererseits werden die zur Verfügung stehenden Ressourcen knapper und es ist Ziel, mit limitierten Mitteln eine Gesamtversorgung auf möglichst hohem Niveau zu gewährleisten.

1.2 Gesetzliche Grundlagen

Ein gesetzlicher Rahmen für Qualitätssicherungsmaßnahmen im Gesundheitswesen wurde durch das WHO-Programm „Gesundheit 2000“ geschaffen, das die Mitgliedstaaten dazu verpflichtete, bis zum Jahre 1990 effektive Verfahren der Sicherstellung und ständigen Verbesserung ihres Gesundheitswesens zu entwickeln. In der Folge haben viele Industrienationen gesetzliche Regelungen zur Qualitätssicherung erlassen (Selbmann, Pietsch-Breitfeld, Blumenstock & Geraedts, 1994). In Deutschland wurde Qualitätssicherung mit dem Gesundheitsreformgesetz (1989) und dem Gesundheitsstrukturgesetz (1993) festgeschrieben

(Fünftes Sozialgesetzbuch). In der Erweiterung der Sozialgesetzgebung im Jahr 2000 wurde explizit festgelegt, dass alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen sowohl zur Sicherung und Weiterentwicklung der von ihnen erbrachten Leistungen als auch zur Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung verpflichtet sind. Ferner sind Krankenhäuser und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen angehalten, einrichtungsintern qualitätssichernde Maßnahmen einzuführen und weiter zu entwickeln (Hauser, 2001). Das Gesetz soll eine Versorgung auf möglichst hohem Niveau und unter Berücksichtigung des gegenwärtigen Forschungsstandes gewährleisten. Insgesamt ist durch vier Paragraphen geregelt, wie Qualitätssicherung in Einrichtungen, die über Versorgungsverträge zur Behandlung zugelassen sind, zu erfolgen hat (Schmidt & Nübling, 1995). Die Qualitätskontrollen sollen sich dabei sowohl auf die Strukturqualität als auch auf die Prozess- und Ergebnisqualität beziehen. „Strukturqualität" bezeichnet z. B. die Organisation und Ausstattung der Einrichtung und die Qualifikation der beschäftigten Fachkräfte. Unter „Prozessqualität" wird die Qualität der diagnostischen und therapeutischen Prozesse verstanden und „Ergebnisqualität" bezieht sich auf den Erfolg der Behandlung, d.h. auf die erzielten Effekte der therapeutischen Maßnahmen (Fiegenbaum, Tuschen & Florin, 1997; Grawe & Braun, 1994; Schulte, 1993). Darüber hinaus wurde gesetzlich geregelt, nach welchen Verfahrens- und Prüfgrundsätzen die Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen erfolgen sollen. Die Aspekte Wirtschaftlichkeit, Qualität und Leistungsfähigkeit werden dabei gleichrangig behandelt. Während „Qualität" sich für den Bereich der psychotherapeutischen Versorgung vor allem auf die drei genannten Aspekte (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) bezieht, wird „Wirtschaftlichkeit" u.a. anhand betriebswirtschaftlicher Größen der Einrichtung und der Kosteneffizienz der Behandlungen beurteilt. „Leistungsfähigkeit" bezieht sich schließlich darauf, inwiefern die Leistungsnehmer (Patienten) mit einem angemessenen Angebot an Dienstleistungen versorgt werden.

Die Realisierung dieser gesetzlichen Bestimmungen soll gemäß eines umfangreichen Regelwerkes (Normen der DIN ISO 9000-Reihe) erfolgen, welches von der ISO (International Organization for Standardization) als branchenübergreifende Normen für Qualitätsmanagementsysteme verfasst und mittlerweile von zahlreichen Ländern übernommen wurde (Pinter et al., 1995).

Dieses Regelwerk enthält Richtlinien und Anweisungen, die bei der Entwicklung von Qualitätssicherungssystemen in Dienstleistungsbetrieben zu beachten sind. Diese müssen an die Eigenschaften und speziellen Herausforderungen des Gesundheitswesens angepasst werden (Fiegenbaum et al., 1997; Pinter et al., 1995).

In der Folge der gesetzlichen Festschreibung von Qualitätssicherungsmaßnahmen im Gesundheitswesen wurde versucht, Systeme zu deren Zertifizierung zu entwickeln. Unter „Zertifizierung" versteht man dabei die Bestätigung eines Leistungsstandards einer Einrichtung durch eine außenstehende Institution (Härter, Linster & Stieglitz, 2003).

Inzwischen existieren verschiedene Verfahren, wie Aktivitäten im Bereich „Qualitätssicherung" auf Grundlage von definierten Richtlinien zertifiziert werden können. Beispiele stellen Bewertungsmodelle der European Foundation of Quality Management (EFQM), der Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) und der DIN EN ISO 9000-Reihe dar (Schubert & Ebner, 2001). Diese Modelle wurden teilweise in der Industrie entwickelt, was ihre Anpassung für das Gesundheitswesen schwierig gestaltete. In Deutschland wurden Forderungen laut, ein speziell für Krankenhäuser konzipiertes System zu entwickeln, woraufhin von der Bundesärztekammer, den gesetzlichen Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Deutschen Pflegerat eine Arbeitsgemeinschaft („Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus"; KTQ) gegründet wurde. Das entwickelte Konzept besteht aus einem Strukturerhebungsbogen und einer Selbstbewertung anhand eines sechs Kategorien (Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Sicherheit im Krankenhaus, Informationswesen, Krankenhausführung, Qualitätsmanagement) umfassenden Katalogs. Die Selbstbewertung wird durch die Einschätzungen von speziell ausgebildeten, unabhängigen Visitoren ergänzt. Fällt deren Beurteilung positiv aus, kann die Einrichtung ein Zertifikat erwerben. Seit dem Jahr 2003 können nun auch Krankenhäuser für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie nach diesem System zertifiziert werden.

Fiegenbaum et al. (1997) vermuten, dass die Möglichkeit, durch externe Auditoren einer neutralen Stelle ein Zertifikat zu erhalten, welches bestätigt, dass alle relevanten Richtlinien bei der Entwicklung und Implementierung eines Qualitäts-

sicherungsprogramms eingehalten wurden, zunehmend zu Wettbewerbsvorteilen von Einrichtungen führen wird, die sich regelmäßig zertifizieren lassen, da Patienten, Kostenträger und Behörden solchen Einrichtungen vermutlich mehr Vertrauen entgegen bringen.

1.3 Relevanz von Qualitätssicherung in der Psychotherapie

Als Gründe für die steigende Bedeutung des Themas „Qualitätssicherung" im Gesundheitswesen lassen sich neben den o.g. gesetzlichen Bestimmungen eine Reihe von Aspekten anführen (vgl. Laireiter, 1995):

Allgemeine gesundheitspolitische Aspekte:

Bereits seit Beginn des 20. Jahrhunderts gibt es Bemühungen und Initiativen, das internationale Gesundheitswesen und damit die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu verbessern. Diese Bestrebungen nahmen mit der Gründung der WHO professionelle Formen an und führten mit der Implementierung des Programms „Gesundheit 2000" zur ersten internationalen Rahmenvereinbarung in Hinblick auf qualitätssichernde Maßnahmen im Gesundheitswesen.

Ökonomische Aspekte:

Die vielenorts thematisierte Kostenexplosion im Gesundheitswesen (z. B. Baltensperger & Grawe, 2001) bestimmt die Suche nach Möglichkeiten, selbige einzudämmen bzw. die Qualität der Versorgung mit den vorhandenen Ressourcen aufrecht zu erhalten bzw. zu optimieren. Qualitätssicherungsprogramme sollen diese Suche unterstützen, indem sie u.a. Hinweise auf die Kosteneffizienz unterschiedlicher Behandlungsmaßnahmen liefern. Bisherige Ergebnisse internationaler Vergleiche von Gesundheitssystemen deuten darauf hin, dass das deutsche Gesundheitswesen bzgl. der Zielerreichung im gehobenen Mittelfeld liegt, dafür jedoch einen unverhältnismäßig hohen Mittelaufwand benötigt. Nach dem Gutachten des Sachverständigenrates (2000/2001) spricht dies zumindest theoretisch für ein erhebliches Rationalisierungspotenzial.

Patientenschutz und Patientenrechte:

„Qualitätssicherung muss an erster Stelle gesundheitlichen Nutzen stiften und Patienten vor vermeidbaren versorgungsbedingten Schäden bewahren" (Sachverständigenrat 2000/2001, S. 58). Die Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen soll den Schutz der Interessen und Rechte des Patienten, der Anspruch auf die bestmögliche Versorgung hat, gewährleisten. Neben der Erwartung, dass

Patienten von der kontinuierlichen Qualitätsüberprüfung profitieren, entsteht durch die Einführung von Qualitätssicherungsprogrammen eine größere Transparenz, die es Konsumenten (Patienten) ermöglicht, sich beispielsweise im Vorfeld einer Behandlung zu informieren (Fiegenbaum et al., 1997).

Berufsrechtliche und berufsethische Aspekte:
Qualitätssicherung ist auch durch berufsethische Regeln zu begründen, die z. B. durch den BDP (Bund Deutscher Psychologen; 1986) und die APA (American Psychological Association; 1992) formuliert wurden. Diesen Kodizes zufolge sind Praktiker rechtlich und ethisch dazu verpflichtet, sich am aktuellen Stand der Psychotherapieforschung zu orientieren. Ferner müssen sie bereit sein, ihre therapeutische Arbeit auf der Basis von Qualitätskontrollen fortlaufend zu überprüfen und ggf. zu verbessern (Fiegenbaum et al., 1997).

Versorgungspolitische Aspekte:
Auch Leistungsträger (z. B. Krankenkassen) haben die Verpflichtung, die Verteilung der vorhandenen Gelder unter der Berücksichtigung von Qualitätsgesichtspunkten vorzunehmen. Die Kostenübernahme soll für Behandlungen erfolgen, die effektiv und ökonomisch vertretbar sind.

Wissenschaftliche Aspekte:
Es wurde wiederholt gefordert, dass die Wirkungen (und Nebenwirkungen) von psychotherapeutischen Behandlungen vergleichbar mit denen von pharmakologischen Interventionen untersucht werden sollten (Baumann & Reinecker-Hecht, 1986). Medikamente durchlaufen vor ihrer endgültigen Zulassung einen umfangreichen Forschungsprozess, der vier Phasen umfasst: die Labor- oder präklinische Phase, die hypothesengenerierende Phase, die hypothesentestende Phase und die Routineüberwachungsphase (Linden, 1987). Die zentrale Phase des Qualitätssicherungsprozesses stellt die kontinuierliche Überprüfung und ggf. Korrektur der Ergebnisse einer Intervention in der Routineversorgung dar (Selbmann, 1995).

Forschungspolitische Aspekte:
Im Gegensatz zu traditionellen Studien in der Psychotherapieforschung haben Untersuchungen im Bereich der Qualitätssicherung einen stärker anwendungsbezogenen Aspekt, da sie direkte Auswirkungen auf die klinische Praxis haben

(Richter, 1994). In diesem Sinne könnte Forschung im Bereich Qualitätssicherung auch zu einer Annäherung zwischen Wissenschaft und Praxis beitragen.

Trotz der genannten Aspekte, die die Notwendigkeit der Entwicklung und Einführung von Qualitätssicherungsprogrammen aus unterschiedlichen Perspektiven belegen und trotz der beschriebenen Gesetzeslage gibt es in Deutschland bislang keine einheitlichen Richtlinien zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Noch ist es den Leistungserbringern im wesentlichen selbst überlassen, auf welche Art und Weise sie der Auflage zur Qualitätssicherung nachkommen. Fiegenbaum et al. (1997) nennen zwei Gründe, warum die gesetzlichen Vorschriften in der psychotherapeutischen Praxis zunächst nur zögerlich zur Kenntnis genommen wurden: zum einen die Skepsis, ob die Qualität von Psychotherapie überhaupt messbar ist und zum anderen die Sorge, durch qualitätssichernde Systeme externer Kontrolle zu unterliegen. Viele Leistungserbringer befürchten, dass das therapeutische Geschehen unter dem Etikett „Qualitätssicherung" von den Kostenträgern in Hinblick auf ökonomische Aspekte kontrolliert werden soll (Kordy, Hannöver & Bauer, 2003).
Der Druck, die dramatisch gestiegenen Kosten im Gesundheitswesen zu begrenzen und gleichzeitig die Effizienz und Effektivität von Behandlungen nachzuweisen bzw. zu verbessern, ist allen westlichen Industrienationen gemeinsam (Andrews, 1995; Beutler, 2001). Die unterschiedlichen versorgungs- und (gesundheits)politischen Rahmenbedingungen beeinflussen dabei nachhaltig die Aktivitäten sowohl im Bereich der Qualitätssicherung als auch im Bereich der Psychotherapieforschung. Entsprechend muss bei der Beurteilung der zu beschreibenden Modelle stets der spezifische Kontext berücksichtigt werden, in welchem sie konzipiert und entwickelt wurden.

1.4 Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Anforderungen und Umsetzung

1.4.1 Anforderungen an Qualitätssicherungsprogramme

Um dem Anspruch einer Verbesserung der Versorgungsqualität gerecht zu werden, muss der Versorgungsalltag kontinuierlich beobachtet werden und es muss überprüft werden, inwiefern das Beobachtete bestimmten Anforderungen genügt (Grawe & Braun, 1994; Kordy & Kächele, 1996). Diese Prüfungen sollen Probleme aufdecken und die Grundlage für deren Lösung schaffen. Bereiche, die

derartigen Überprüfungen unterzogen werden, sind sowohl die konkrete Arbeit des Behandlers (Mikroperspektive) als auch das gesamte Umfeld dieses Handelns (Makroperspektive). In diesem Sinne können Qualitätssicherungsprogramme als ganzheitliche Systeme angesehen werden, die alle zentralen Aspekte einer Institution umfassen (Fiegenbaum et al., 1997; Grawe & Braun, 1994; Schmidt & Nübling, 1994). Unter der Perspektive, dass das Wohl des Patienten im Mittelpunkt der Qualitätssicherung steht (s. Begriffsbestimmung), sollten Programme jedoch zunächst auf der Mikroebene, d.h. bei der individuellen Behandlung, ansetzen und sich erst im zweiten Schritt der Makroebene, d.h. dem Vergleich verschiedener Stationen, Institutionen etc., widmen (Lutz, 1997).

Einen theoretischen Rahmen liefert das Modell der problemorientierten Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (Selbmann, 1990, 1992, 1993). Grundlage ist die kontinuierliche Beobachtung und Erfassung relevanter Indikatoren. Diese werden regelmäßig mit zuvor bestimmten Standards verglichen (Ist-Soll-Vergleich), um Fehler oder Schwachstellen zu identifizieren (Problemerkennung), welche durch ein Auffälligkeitssignal angezeigt werden. Dieser Problemidentifikation folgt eine Problemanalyse, um die Angemessenheit des Signals zu prüfen und ggf. den Problemlösungsprozess zu initiieren. Dieser Prozess wird so lange durchlaufen bis die Überprüfung seiner Effektivität bestätigt, dass die angestrebten Verbesserungen erreicht wurden.

Das Modell verdeutlicht die Notwendigkeit, vor der Entwicklung eines Qualitätssicherungssystems, Standards und Kriterien zu definieren, anhand derer die Qualität einer Behandlung beurteilt wird. Hier liegt ein oft zitiertes Problem der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen im allgemeinen (Selbmann, 1993; Selbmann et al., 1994) und in der Psychotherapie im speziellen, da diese Größen letztendlich festlegen, was unter der zu sichernden „Qualität“ zu verstehen ist. Vor der Definition sollte deshalb zunächst ein einheitliches und allgemein gültiges Verständnis von „Kriterien und Standards“ sicher gestellt werden.

Nach Donabedian (1982) sind unter *Kriterien* diejenigen Phänomene zu verstehen, die erhoben oder gemessen werden, um die Qualität zu bestimmen. Neben Anforderungen an die Testgüte dieser Indikatoren (Reliabilität, Validität, Änderungssensitivität) sollen die gewählten Kriterien für den jeweiligen Versorgungsbereich relevant, auf die spezifischen Behandlungsziele abgestimmt und für die Beteiligten transparent sein. Ferner müssen auch Aspekte wie die Wirtschaftlichkeit

eines Verfahrens, die Qualifikation bzw. Kompetenz des Personals und die Akzeptanz der gewählten Kriterien Berücksichtigung finden. Nachdem entsprechende Kriterien definiert wurden, erfolgt die Bestimmung der Qualität, indem die gemessene Ausprägung oder Erreichung dieser Kriterien vor dem Hintergrund bestimmter *Standards* bewertet wird. Standards definieren den Toleranzbereich, innerhalb dessen keine Qualitätsverbesserung notwendig ist, d.h. sie bestimmen einerseits, was unter guter Qualität zu verstehen ist und legen andererseits fest, wo Auffälligkeiten oder Hinweise auf mangelnde Qualität vorliegen (Selbmann, 1990) und definieren so die Grenze zwischen akzeptabler und nicht mehr akzeptabler Versorgungsgüte (Rückert & Linster, 1998). Idealerweise werden Standards auf Grundlage empirischer Daten definiert, indem z. B. Durchschnittswerte einer als „typisch" erachteten Institution zugrunde gelegt werden. In Ermangelung derartiger Informationen werden in der Praxis häufig sog. normative Standards, die von Experten beispielsweise über Konsensuskonferenzen entwickelt wurden, verwendet (Kaltenbach, 1993).

Um Vergleichsgrößen zu bestimmen, anhand derer sich die Qualität von gesundheitsbezogenen Leistungen bestimmen lässt, wurden vielerorts Modellprojekte initiiert. In den letzten Jahren entstanden gezielte Initiativen zur Qualitätssicherung in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens, so auch im Bereich der stationären Versorgung psychischer Störungen (Härter et al., 2003). Modelle wurden bislang u.a. für die medizinische Rehabilitation (Koch & Tiefensee, 1998; Vogel & Neuderth, 2003), die Psychiatrie (Berger & Gaebel, 1997; Hoyer, Bermejo & Härter, 2003; Stieglitz et al., 1998) und die Psychotherapie (Herzog, Stein & Wirsching, 2000; Kordy & Lutz, 1995; Laireiter & Vogel, 1998) vorgeschlagen.

Als allgemeine Richtlinie für den Anspruch, dem ein Qualitätssicherungssystem im Bereich der Psychotherapie genügen sollte, wurden vier Eigenschaften postuliert (z. B. Kordy et al., 2003):

1. Erfassung der Therapieergebnisse auf individueller Ebene mit Hilfe von standardisierten psychometrischen Instrumenten zu mindestens zwei Messzeitpunkten (prä – post)
2. Bewertung der Ergebnisse unter Berücksichtigung angemessener Standards
3. Rückmeldung der Ergebnisse an die behandelnden Personen
4. Integrierbarkeit des Systems in den therapeutischen Alltag.

Ein System, das diesen Aspekten gerecht wird, geht weit über ein standardisiertes Dokumentationssystem wie z. B. die Psy-BaDo (Heuft & Senf, 1998) hinaus, indem es nicht nur systematisch und kontinuierlich Behandlungsdaten sammelt, sondern diese standardisiert auswertet und in komprimierter Form an die beteiligten Behandler zurückmeldet und dadurch ein Lernen an den Daten ermöglicht.
In den vergangenen Jahren wurden einige Programme zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie entwickelt, die die beschriebenen Anforderungen erfüllen (vgl. Laireiter & Vogel, 1998). Als Beispiele seien das Berner Modell (Grawe & Braun, 1994) und das Briger Modell (Anthenien & Grünwald, 1996) genannt. Ausführlicher soll im folgenden das Stuttgart-Heidelberger Modell der Qualitätssicherung (Kordy et al., 2003; Kordy & Bauer, 2003; Kordy & Hannöver, 1998; Kordy, Hannöver & Bauer, 2002; Kordy, Hannöver & Richard, 2001; Kordy & Lutz, 1995; Lutz et al., 1996) vorgestellt werden, welches Bestandteil der vorliegenden Arbeit ist.

1.4.2 Das Stuttgart-Heidelberger Modell der aktiven internen Qualitätssicherung

Das Stuttgart-Heidelberger Modell wurde bereits an anderer Stelle ausführlich beschrieben, so dass hier lediglich auf die zentralen und für diese Arbeit wichtigen Komponenten eingegangen werden soll. Für weitergehende Informationen sei auf die Arbeiten von Kordy und Lutz (1995) sowie Kordy und Hannöver (1998) verwiesen.
Das der Datenerhebung zu Beginn und Ende der Behandlung zugrunde liegende Qualitätssicherungsinventar wird ausführlich unter IV.2.1 dargestellt. Es erfasst mit im Bereich der Psychotherapieforschung üblichen Skalen aus Patienten- und Therapeutenperspektive die Bereiche des psychischen, des körperlichen sowie des sozialen und interpersonalen Befindens des Patienten.
Der Fokus im Stuttgart-Heidelberger Modell liegt auf der sog. Ergebnisqualität (Donabedian, 1966). Da es bislang keine allgemein anerkannten empirischen Standards für diese Ergebnisqualität in der Psychotherapie gibt, wurden von Wissenschaftlern und klinischen Praktikern in Konsensuskonferenzen normative Standards erarbeitet, d.h. es wurde festgelegt, was unter einem „guten Ergebnis“ einer psychotherapeutischen Behandlung zu verstehen ist, und wie sich dies messen und abbilden lässt. Geleitet wurden die Diskussionen vor allem von der Devise „Jeder Mangel ist ein Schatz“ (Berwick, 1989), d.h. von dem Anspruch,

mit dem zu entwickelnden System Behandlungen identifizieren zu können, die hinter den Erwartungen zurück geblieben sind und diese Informationen denjenigen zur Verfügung zu stellen, die sie für zukünftige Fälle nutzen können.
Nach einer Erprobungsphase wurde der erarbeitete Konsens in Form eines Bewertungsalgorithmus fixiert, welcher das Kernstück des Modells darstellt (Abbildung 1).
Nach diesem Algorithmus wird jeder einzelne Behandlungsverlauf als „sehr gut", „gut" oder „auffällig" bewertet, indem sowohl bestimmte Schlüsselfragen (sog. Keyitems) geprüft als auch die Veränderungen von Therapiebeginn bis Therapieende in den einzelnen psychometrischen Skalen berücksichtigt werden.

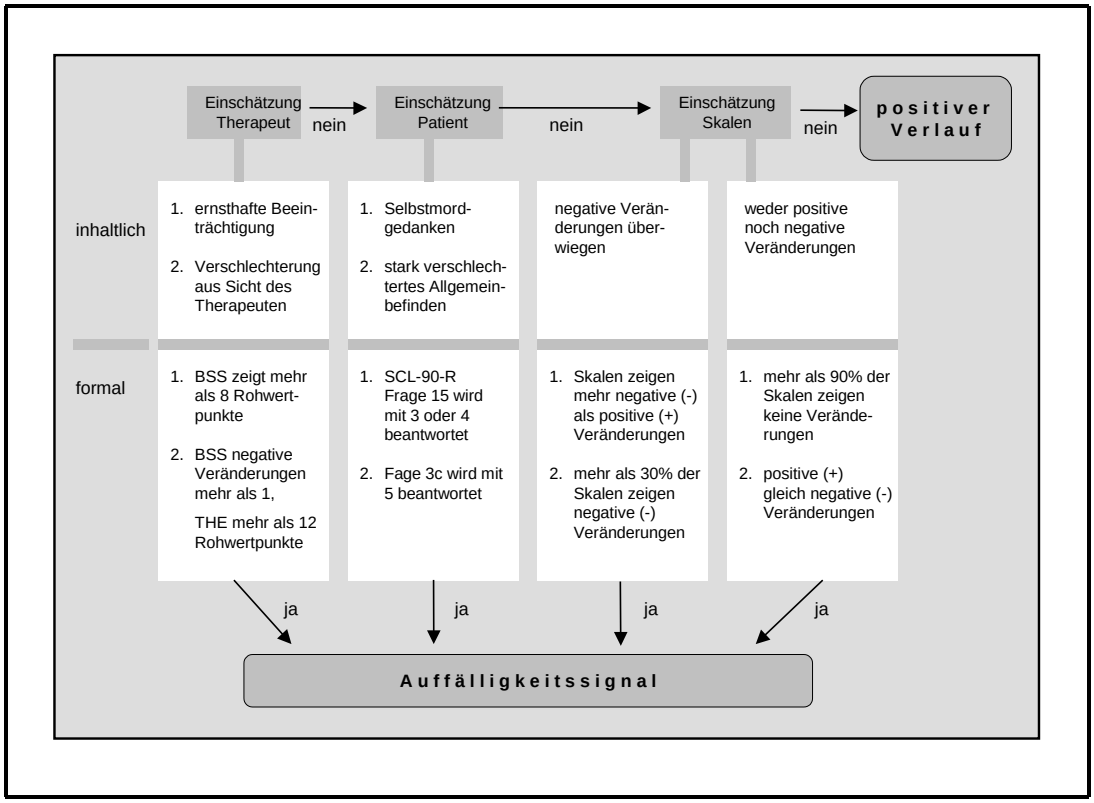


Abbildung 1: Bewertungsalgorithmus nach dem Stuttgart-Heidelberger Modell

Abbildung 1 zeigt, dass Schlüsselfragen, die ein Auffälligkeitssignal auslösen, z. B. vom Patienten zum Zeitpunkt seiner Entlassung berichtete Suizidgedanken oder ein verglichen mit dem Aufnahmezeitpunkt stark verschlechtertes Befinden (Selbst- oder Therapeutenangabe) sind.
Die Analyse der Ergebnisse der psychometrischen Instrumente orientiert sich am Konzept der „klinisch bedeutsamen Veränderung" (Jacobson & Truax, 1991;

Kordy & Hannöver, 2000). Für jede einzelne Skala wird entsprechend bestimmt, ob sich die Beeinträchtigung des Patienten in diesem Bereich im Vergleich zum Therapiebeginn verbessert oder verschlechtert hat. Reicht die Anzahl der positiv veränderten Skalen nicht aus oder überwiegen die negativ veränderten Skalen gilt das Behandlungsergebnis ebenfalls als auffällig. Gleiches gilt, wenn die überwiegende Zahl der Skalen als unverändert bewertet wurden.
Zusammenfassend wird ein Behandlungsergebnis demnach als „auffällig" bewertet, wenn zum Zeitpunkt der Entlassung a) deutlicher Behandlungsbedarf existiert, b) stärkere Beeinträchtigung vorliegt als bei Aufnahme oder c) das Befinden des Patienten sich nicht hinreichend gebessert hat.
Die Bewertung der einzelnen Behandlungsverläufe wird den behandelnden Therapeuten auf zwei Formblättern zurückgemeldet. Die als „auffällig" klassifizierten Verläufe werden darüber hinaus, in der Annahme, dass diese Behandlungen nicht zu einem zufriedenstellenden Ergebnis geführt haben, in sog. Qualitätszirkeln mit dem therapeutischen Team besprochen (Abschnitt II.1.5). Über dieses kontinuierliche Feedback sollen Optimierungs- und Entscheidungsprozesse für die klinische Routine in Gang gesetzt werden (Kordy & Hannöver, 1998), die langfristig zu einer Verbesserung der Ergebnisqualität beitragen sollen.
Geht man mit Lambert (2001) davon aus, dass das Stuttgart-Heidelberger Modell „illustrates a system that has developed directly out of the best practices of psychotherapy outcome research and also shows that the push for quality improvement is not limited to the United States or to a particular insurance system" (p. 149), kann das Modell als gelungene Umsetzung der genannten Anforderungen an ein Qualitätssicherungsprogramm angesehen werden.

1.5 Qualitätszirkel

Wie andere Termini, die sich im Bereich der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen eingebürgert haben, entstammen auch der Begriff und das Konzept der Qualitätszirkel dem Industrie- und Dienstleistungssektor. Bereits seit Mitte der Siebziger Jahre gelten Qualitätszirkel dort als erfolgversprechendes Konzept.
Im Gesundheitswesen lassen sich Qualitätszirkel folgendermaßen definieren (Härter, Tausch & Berger, 1998, S. 20): „Im Gesundheitswesen versteht man unter einem Qualitätszirkel den freiwilligen Zusammenschluss einer Gruppe von in der Patienten-/Klientenversorgung beteiligten Berufen. Ziel ist es, unter Koor-

dination eines geschulten Moderators den eigenen Tätigkeitsbereich zu analysieren, ihn bezüglich formulierter Qualitätskriterien zu bewerten und daraus qualitätsverbessernde Maßnahmen zu entwickeln." Im Qualitätszirkel sollen also konkrete Verbesserungsmaßnahmen für die Praxis entwickelt, umgesetzt und evaluiert werden. Sie dienen der kontinuierlichen Überprüfung der eigenen Tätigkeit und einem auf den Erfahrungen der Teilnehmenden aufbauenden kontinuierlichen Lernprozess. Voraussetzung ist die Bereitschaft der Teilnehmer, das eigene Wissen und Können selbstkritisch einzuschätzen (Tausch & Härter, 2003).

Als Kernfaktoren von Veränderungsprozessen im Qualitätszirkel werden die Beteiligung aller an der Problemfindung und –lösung (Partizipation) und an der gemeinsamen Verabredung von Maßnahmen zur Umsetzung in die Praxis gesehen (Russell, Addington-Hall, Avery, Bamford & Barton, 1992a, 1992b).

Es wird ferner angenommen, dass Qualitätszirkel die Motivation der Teilnehmer steigern, was sich in einem Anstieg der Produktivität bemerkbar machen soll. Darüber hinaus wird eine stärkere Identifikation der Mitarbeiter mit ihrer Arbeit und größeres Engagement erwartet (Güntert & Horisberger, 1991). Es wird jedoch auch darauf hingewiesen, dass bei der Implementierung von Qualitätszirkeln Faktoren wie Akzeptanz, Engagement, Zeit und Geduld von großer Wichtigkeit sind (Antoni, 1988).

Wenngleich der Begriff „Qualitätszirkel" im Bereich der Psychotherapie relativ neu ist, sind traditionelle Konzepte wie Fallkonferenzen oder Supervisionen von ihrer Zielsetzung her durchaus mit qualitätssichernden Maßnahmen und Qualitätszirkeln vergleichbar. Auch sie dienen der regelmäßigen Kontrolle, der Verbesserung der Behandlungsqualität und der Korrektur im Falle der Identifikation von Mängeln.

In zwei Punkten gehen Qualitätszirkel, wie sie im Rahmen von Qualitätssicherungsprogrammen durchgeführt werden, jedoch über diese Veranstaltungen hinaus:

1. Bei Qualitätszirkeln soll nicht nur der vom Toleranzbereich abweichende Einzelfall diskutiert werden, sondern es soll darüber hinaus für zukünftige Fälle gelernt werden, indem besonders auf Systematiken im Sinne von „(Wie) kann das, was diesen Fall auffällig macht, beim nächsten Fall vermieden werden?" geachtet wird.
2. Im Unterschied zu üblichen kasuistischen Supervisionen werden in Qualitätszirkeln im Rahmen von Qualitätssicherungsprogrammen Fälle Gegenstand

der Diskussion, die nach einer standardisierten Evaluation diskussionswürdig erscheinen. Durch die Verwendung empirischer Daten stehen für die Diskussion Informationen aus zwei verschiedenen Quellen (klinischer Eindruck und empirische Daten) zur Verfügung.

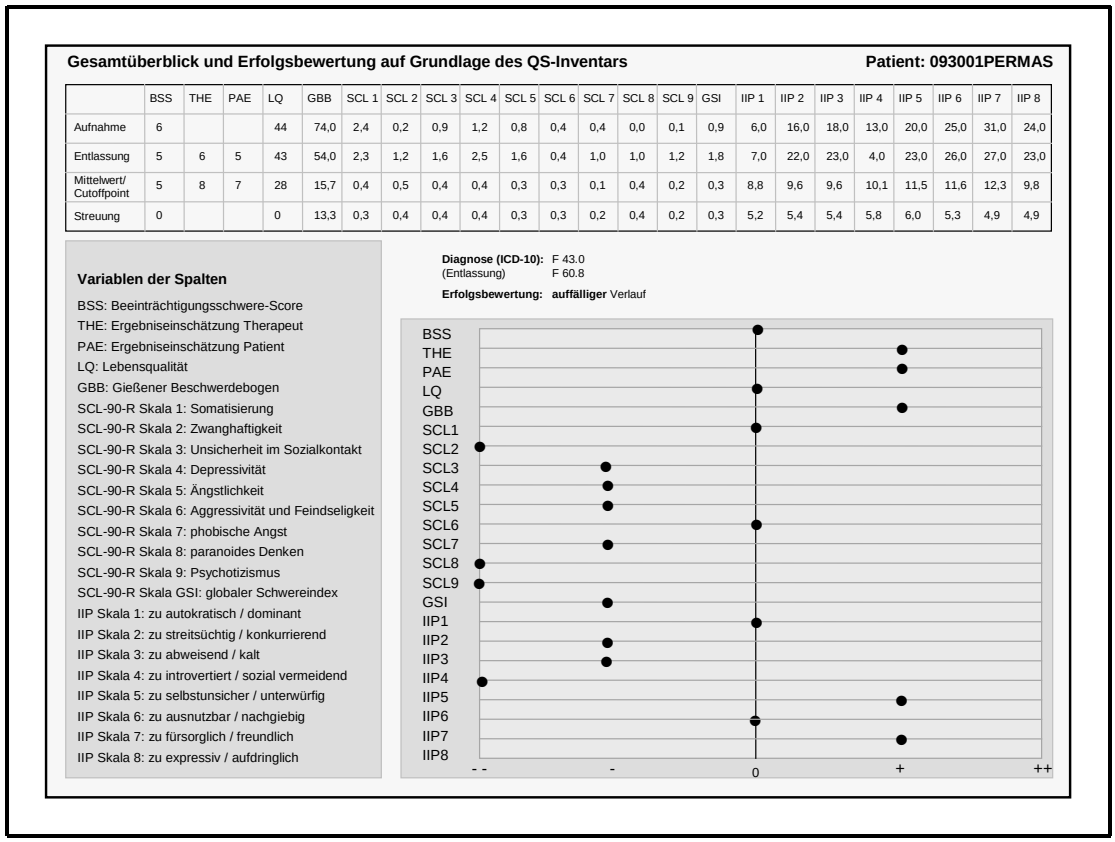
Den postulierten qualitätssteigernden Wirkungen von Qualitätszirkeln steht jedoch gegenüber, dass es bislang kaum empirische Studien gibt, die diese Frage thematisiert haben und über deskriptive Datensätze und empirische Erfahrungsberichte hinaus gehen (Bahrs, 1997; Dunkelberg, 1998; Tischler, 1997).

Entsprechend der unterschiedlichen Ebenen auf denen Qualitätssicherungsprogramme ansetzen, können auch Qualitätszirkel unterschiedliche Adressaten einschließen. Je nach Ebene eignen sich natürlich auch verschiedene empirische Kriterien zur Verwendung in diesen Qualitätszirkeln.

Da sich die vorliegende Arbeit mit Qualitätssicherung nach dem Stuttgart-Heidelberger Modell, d.h. mit einem primär internen Qualitätssicherungsprogramm befasst, soll an dieser Stelle nur auf die Konzeption von Qualitätszirkeln in der internen Qualitätssicherung eingegangen werden (für den Unterschied zwischen internen und externen Maßnahmen s. II.2.). Nach dem Stuttgart-Heidelberger Modell können Qualitätszirkel auf zwei Ebenen durchgeführt werden: zum einen auf Ebene der individuellen Behandlung und zum anderen auf Ebene übergeordneter Vergleiche von verschiedenen Stationen oder Jahrgängen.

Ansatzpunkt: Individuelle Behandlung

In den Qualitätszirkeln auf dieser ersten Ebene werden individuelle Behandlungsverläufe mit allen an der Behandlung Beteiligten besprochen, d.h. optimalerweise mit dem gesamten therapeutischen Team. Dazu wurde im Rahmen des Stuttgart-Heidelberger Modells ein Konzept entwickelt, wie die Resultate der unter II.1.3.2 beschriebenen Einzelfallbewertung, d.h. die empirischen Informationen, an die Behandelnden zurück gemeldet werden können. Abbildungen 2 und 3 zeigen die beiden Rückmeldeblätter am Beispiel einer als „auffällig" bewerteten Behandlung. Der ersten Seite (Abbildung 2) können alle erfassten Skalenwerte zu Beginn und Ende der Behandlung sowie die der Bewertung zugrunde liegenden Referenzwerte entnommen werden. Ferner sind die Gesamtbewertung und die Diagnose des Patienten dargestellt.



Gesamtüberblick und Erfolgsbewertung auf Grundlage des QS-Inventars **Patient: 093001PERMAS**

	BSS	THE	PAE	LQ	GBB	SCL 1	SCL 2	SCL 3	SCL 4	SCL 5	SCL 6	SCL 7	SCL 8	SCL 9	GSI	IIP 1	IIP 2	IIP 3	IIP 4	IIP 5	IIP 6	IIP 7	IIP 8
Aufnahme	6			44	74,0	2,4	0,2	0,9	1,2	0,8	0,4	0,4	0,0	0,1	0,9	6,0	16,0	18,0	13,0	20,0	25,0	31,0	24,0
Entlassung	5	6	5	43	54,0	2,3	1,2	1,6	2,5	1,6	0,4	1,0	1,0	1,2	1,8	7,0	22,0	23,0	4,0	23,0	26,0	27,0	23,0
Mittelwert/ Cutoffpoint	5	8	7	28	15,7	0,4	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3	0,1	0,4	0,2	0,3	8,8	9,6	9,6	10,1	11,5	11,6	12,3	9,8
Streuung	0			0	13,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2	0,4	0,2	0,3	5,2	5,4	5,4	5,8	6,0	5,3	4,9	4,9

Variablen der Spalten

BSS: Beeinträchtigungsschwere-Score
THE: Ergebniseinschätzung Therapeut
PAE: Ergebniseinschätzung Patient
LQ: Lebensqualität
GBB: Gießener Beschwerdebogen
SCL-90-R Skala 1: Somatisierung
SCL-90-R Skala 2: Zwanghaftigkeit
SCL-90-R Skala 3: Unsicherheit im Sozialkontakt
SCL-90-R Skala 4: Depressivität
SCL-90-R Skala 5: Ängstlichkeit
SCL-90-R Skala 6: Aggressivität und Feindseligkeit
SCL-90-R Skala 7: phobische Angst
SCL-90-R Skala 8: paranoides Denken
SCL-90-R Skala 9: Psychotizismus
SCL-90-R Skala GSI: globaler Schwereindex
IIP Skala 1: zu autokratisch / dominant
IIP Skala 2: zu streitsüchtig / konkurrierend
IIP Skala 3: zu abweisend / kalt
IIP Skala 4: zu introvertiert / sozial vermeidend
IIP Skala 5: zu selbstunsicher / unterwürfig
IIP Skala 6: zu ausnutzbar / nachgiebig
IIP Skala 7: zu fürsorglich / freundlich
IIP Skala 8: zu expressiv / aufdringlich

Diagnose (ICD-10): F 43.0
(Entlassung) F 60.8

Erfolgsbewertung: **auffälliger** Verlauf

Abbildung 2: Standardisierte Ergebnisrückmeldung (Seite 1)

Wie Abbildung 2 zu entnehmen ist, steht im Zentrum der Rückmeldung die grafische Darstellung der Veränderungsbewertung, aus welcher hervor geht, in welchen Bereichen sich das Befinden des Patienten verglichen mit dem Beginn der Behandlung verbessert oder verschlechtert hat bzw. auf welchen Skalen keine Veränderungen festgestellt wurden. Die zweite Seite der Rückmeldung (Abbildung 3) beinhaltet zusätzliche Informationen zur therapeutischen Beziehung aus Patienten- und Therapeutenperspektive sowie zur Patientenzufriedenheit und zur Behandlungsdauer. Ferner wird hier dargestellt, welche Aspekte des Befindens sich aus Sicht des Patienten besonders verbessert bzw. verschlechtert haben.

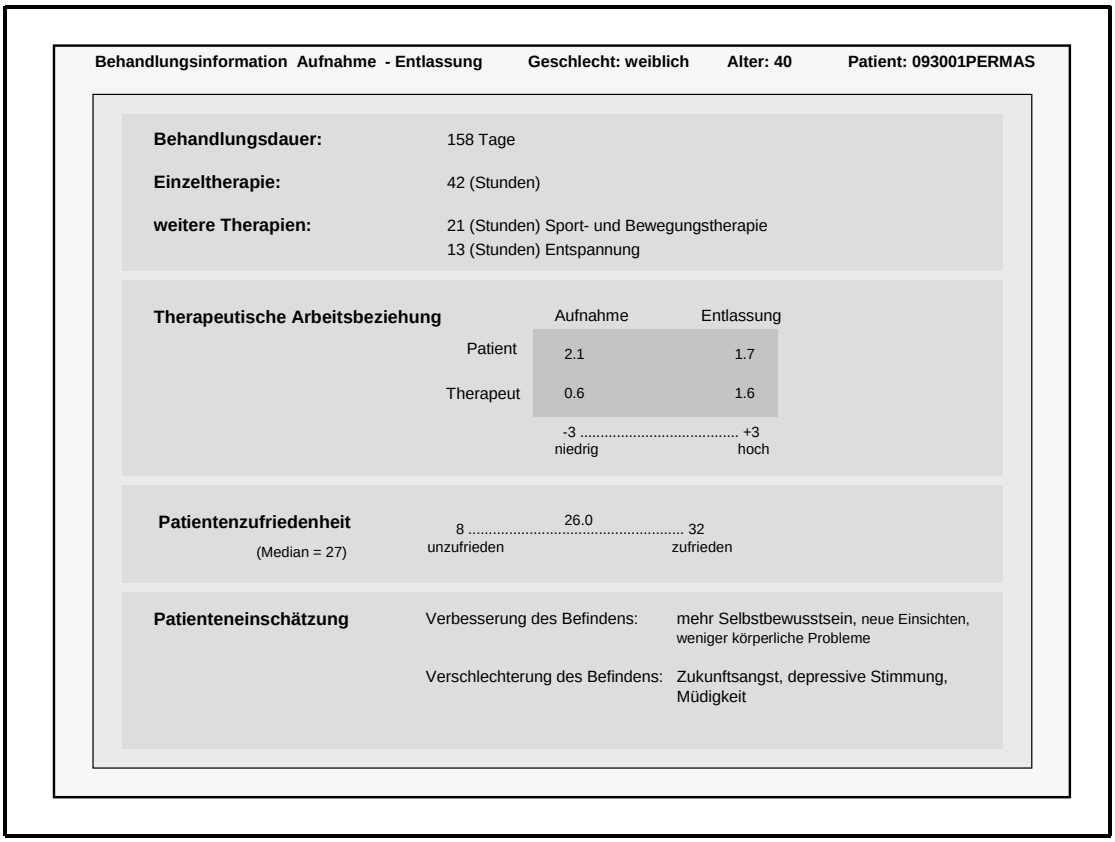


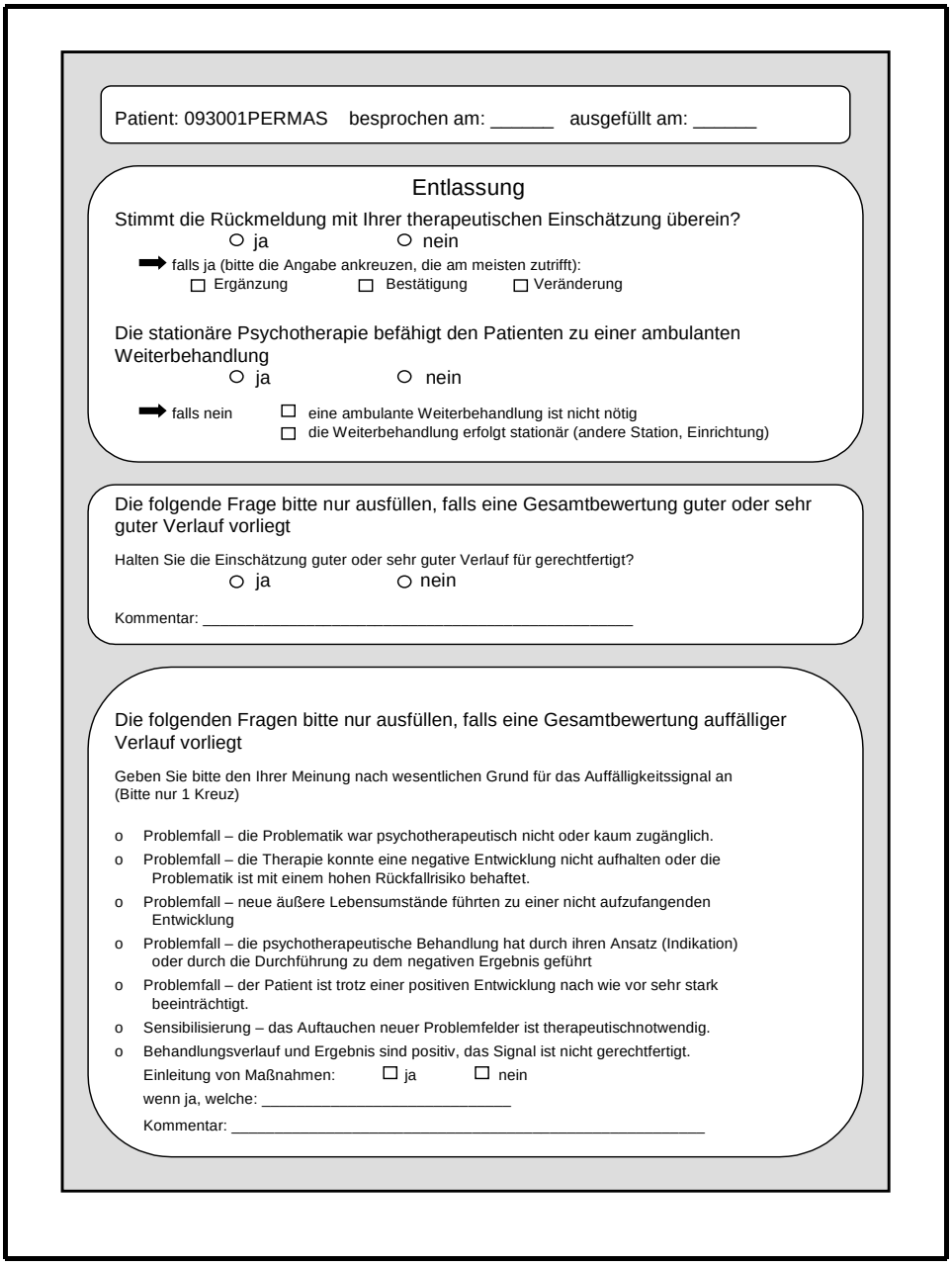
Abbildung 3: Standardisierte Ergebnisrückmeldung (Seite 2)

Auf Grundlage dieser Rückmeldeblätter werden im Qualitätszirkel die empirischen Informationen zu einem Behandlungsverlauf dargestellt und mit dem therapeutischen Team diskutiert. Dabei schildern die Behandelnden die wichtigsten Informationen zum Patienten und zum Behandlungsverlauf aus ihrer Perspektive und geben an, inwieweit sie der standardisierten Bewertung zustimmen.

Um diese Zustimmung bzw. Ablehnung durch die Therapeuten systematisch zu erfassen, wurde ein Bewertungsbogen entworfen (Abbildung 4), auf dem die behandelnden Therapeuten die einzelnen Rückmeldungen beurteilen und kommentieren.

Für die Akzeptanz des Systems sprechen die Ergebnisse einer Studie (Kordy et al., 2002), in der die Ergebnisbewertungen von 554 Behandlungen einbezogen wurden. Die Ergebnisse belegen, dass die Therapeuten der standardisierten Bewertung in 87% der Fälle zustimmten. Bei den als „gut“ bzw. „sehr gut“ bewerteten Behandlungen (n = 424) lag die Zustimmungsrate höher (91%) als bei den als

„auffällig“ bewerteten (85%). Weitergehende Analysen ergaben jedoch, dass die zuständigen Behandler nur bei 8% der auffälligen Verläufe angaben, dass das Behandlungsergebnis aus ihrer Sicht gut war.



Patient: 093001PERMAS besprochen am: _____ ausgefüllt am: _____

Entlassung

Stimmt die Rückmeldung mit Ihrer therapeutischen Einschätzung überein?

○ ja ○ nein

➡ falls ja (bitte die Angabe ankreuzen, die am meisten zutrifft):

☐ Ergänzung ☐ Bestätigung ☐ Veränderung

Die stationäre Psychotherapie befähigt den Patienten zu einer ambulanten Weiterbehandlung

○ ja ○ nein

➡ falls nein ☐ eine ambulante Weiterbehandlung ist nicht nötig

☐ die Weiterbehandlung erfolgt stationär (andere Station, Einrichtung)

Die folgende Frage bitte nur ausfüllen, falls eine Gesamtbewertung guter oder sehr guter Verlauf vorliegt

Halten Sie die Einschätzung guter oder sehr guter Verlauf für gerechtfertigt?

○ ja ○ nein

Kommentar: _____

Die folgenden Fragen bitte nur ausfüllen, falls eine Gesamtbewertung auffälliger Verlauf vorliegt

Geben Sie bitte den Ihrer Meinung nach wesentlichen Grund für das Auffälligkeitssignal an (Bitte nur 1 Kreuz)

o Problemfall – die Problematik war psychotherapeutisch nicht oder kaum zugänglich.

o Problemfall – die Therapie konnte eine negative Entwicklung nicht aufhalten oder die Problematik ist mit einem hohen Rückfallrisiko behaftet.

o Problemfall – neue äußere Lebensumstände führten zu einer nicht aufzufangenden Entwicklung

o Problemfall – die psychotherapeutische Behandlung hat durch ihren Ansatz (Indikation) oder durch die Durchführung zu dem negativen Ergebnis geführt

o Problemfall – der Patient ist trotz einer positiven Entwicklung nach wie vor sehr stark beeinträchtigt.

o Sensibilisierung – das Auftauchen neuer Problemfelder ist therapeutischnotwendig.

o Behandlungsverlauf und Ergebnis sind positiv, das Signal ist nicht gerechtfertigt.

Einleitung von Maßnahmen: ☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche: _____

Kommentar: _____

Abbildung 4: Formblatt zur Diskussion im Qualitätszirkel

Die Informationen aus den Bewertungsbögen werden regelmäßig ausgewertet und die Ergebnisse werden in Qualitätszirkel auf der nächst höheren Ebene einbezogen.

Ansatzpunkt: Vergleich zwischen Stationen oder Jahrgängen

Auch Qualitätszirkel auf dieser Ebene haben die Verbesserung der Versorgungsqualität zum Ziel und verwenden dazu empirische Daten. Es werden jedoch nicht Daten von Einzelfällen für die Diskussionsrunden heran gezogen, sondern Auswertungen auf Gruppenebene. Ziel ist es, die Arbeit, z. B. einer Station, über einen längeren Zeitraum oder im Vergleich zu anderen Stationen oder Einrichtungen zu betrachten. Für die Darstellung relevanter Kriterien (z. B. Auffälligkeits- oder Zufriedenheitsraten) über einen längeren Zeitraum eignen sich z. B. sog. „Quality-Control-Charts", die anhand eines definierten Toleranzbereiches (dem sog. „Action Limit") zeigen, ab welchem Niveau Diskussionsbedarf bzgl. der Entwicklung der Auffälligkeits- oder Unzufriedenheitsraten besteht (z. B. Kordy et al., 2003). Es kann in den Qualitätszirkeln jedoch auch um die Frage gehen, inwiefern für bestimmte Gruppen (z. B. Diagnose- oder Risikogruppen) definierte Standards erreicht werden (Kächele & Kordy, 1992). Auch auf dieser Ebene sind Qualitätszirkel Bestandteil des internen Qualitätssicherungsprogramms. Bislang fehlen jedoch für viele Fragestellungen geeignete empirisch gesicherte Standards.

1.6 Zusammenfassung Kapitel 1

Als Argumente für die Einführung von Qualitätssicherungsprogrammen im Bereich der Psychotherapie werden neben dem Schutz des Patienten und gesundheitspolitischen, gesetzlichen sowie versorgungspolitischen Aspekten zunehmend auch ökonomische Gründe angeführt (Laireiter & Vogel, 1998). Es wird angenommen, dass eine effektive und zugleich effiziente Weiterentwicklung des Gesundheitssystems nur durch die Einführung und Einhaltung von Qualitätssicherungsprogrammen erreichbar ist (Richter, 1994). Im Bereich der Psychotherapie fehlen bislang verbindliche Richtlinien, wie der Forderung nach Qualitätssicherung nachzukommen ist. Übereinstimmung besteht dahin gehend, dass geeignete Standards zu definieren sind, anhand derer individuelle Behandlungsergebnisse, erfasst mittels standardisierter psychometrischer Instrumente, bewertet werden können. Die Bewertungen sollen an das therapeutische Team zurück gemeldet und in Qualitätszirkeln diskutiert werden. Als wichtige Voraussetzungen für die Implementierung eines Qualitätssicherungssystems gelten seine leichte Integrierbarkeit in den klinischen Alltag und seine Akzeptanz durch das therapeutische Team. Grundlage der vorliegenden Arbeit ist das Stuttgart-Heidelberger Modell der Qualitätssicherung (Kordy & Lutz, 1995).

2. Von Qualitätssicherung zu aktivem Qualitätsmanagement

Hinsichtlich der Ausrichtung und Durchführung von Qualitätssicherungsprogrammen wird zwischen internen und externen Maßnahmen unterschieden. *Externe Qualitätssicherung* wird dabei oft mit Qualitätskontrolle gleich gesetzt. Diese kann beispielsweise durch Dachorganisationen von Krankenhäusern, durch Kostenträger oder durch übergeordnete Organisationen der Leistungserbringer vorgenommen werden (Häussler, 1990). *Interne Qualitätssicherung* bezeichnet hingegen Maßnahmen, die von den Einrichtungen selbst durchgeführt werden.

In Folge der gesetzlichen Festschreibung von Qualitätssicherung im Gesundheitswesen wurden zunächst in verschiedenen Bereichen externe Maßnahmen implementiert (Selbmann, 1990, Pietsch-Breitfeld, Scheibe & Allhoff, 1990; Eichhorn, Koester & Selbmann, 1989). Diese Programme verwenden meist empirische Standards, die einen Toleranzbereich festlegen, außerhalb dessen von „Auffälligkeit" gesprochen wird. Die einzelne Einrichtung wird an diesem Standard gemessen, erhält jedoch nur anonymisierte Informationen über die anderen einbezogenen Institutionen. Die Teilnahme ist i.d.R. freiwillig. Es erfolgt eine externe Beratung, aber die Implementierung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung liegt alleine in der Verantwortlichkeit der Einrichtung (Kaltenbach, 1993; Selbmann et al., 1994).

Solche externen Qualitätssicherungsmaßnahmen wurden in verschiedener Hinsicht kritisiert. Zum einen seien sie zu wenig verbreitet, woraus eine entsprechend mangelhafte Informationsbasis resultiere (Kaltenbach, 1993). Zum anderen seien die Datenerhebungen oft nicht standardisiert und die einzelnen Teilnehmer (Kliniken) und Patientenklientel nicht vergleichbar, wodurch die Ergebnisse kaum interpretierbar und Rückschlüsse auf die Qualität der Versorgung kaum zulässig seien (Park et al., 1990). Gleichzeitig bestanden Befürchtungen der Leistungserbringer, dass die externen Kontrollsysteme dazu genutzt werden könnten, aus ökonomischen Überlegungen in die therapeutische Routine einzugreifen (Kordy et al., 2003). Schließlich wurde die fehlende Bemühung kritisiert, eingeführte Programme zu evaluieren (Kaltenbach, 1993; Selbmann et al., 1994).

Entsprechend wenig Auswirkungen hatten die Befunde dieser externen Maßnahmen auf die Arbeit in den einzelnen Einrichtungen. Die Hoffnung, dass sie *interne* Qualitätssicherungsprozesse in Gang bringen würden, erfüllte sich nicht. Selbmann et al. (1994) schlussfolgern aus diesen Erfahrungen, dass rein extern durchgeführte

Qualitätssicherungsmaßnahmen wenig erfolgversprechend sind. Vielmehr scheint es unumgänglich, dass einem externen Programm interne Bemühungen und Aktivitäten voraus gehen. Auch nach Berwick (1989) ist es wichtig, zwischen Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung zu unterscheiden. Traditionelle Programme im Gesundheitswesen neigen seiner Meinung nach stark zu externer Inspektion und Kontrolle, was niedrige Motivation der Beteiligten mit sich bringe.

Diese Überlegungen wurden bei der Entwicklung des Stuttgart-Heidelberger Modells berücksichtigt und führten zu dem Ansatz aktiver interner Qualitätssicherung, auf die dann erst in einem zweiten Schritt externe Vergleiche (z. B. Klinikvergleiche) aufgesetzt werden können. Ziel war von Beginn an, die therapeutischen Leistungserbringer nicht zu passiv Betroffenen werden zu lassen, sondern sie aktiv an der Entwicklung und den Nutzungsmöglichkeiten der Qualitätssicherung zu beteiligen (Kordy et al., 2003). Durch die Rückmeldung auf Einzelfallebene erhalten die Therapeuten Informationen über erzielte Erfolge, aber auch über Behandlungen, die hinter den Erwartungen zurück geblieben sind. In den Qualitätszirkeln werden diese Informationen genutzt, um Strategien für zukünftige Behandlungen zu erarbeiten. Eine zentrale Annahme des Stuttgart-Heidelberger Modells ist folglich, dass über das kontinuierliche Feedback Optimierungs- und Entscheidungsprozesse für die klinische Routine in Gang gesetzt werden (Kordy & Hannöver, 1998), die die Ergebnisqualität langfristig verbessern. Für diese Annahme liegen jedoch bislang keine empirischen Befunde vor.

Eine Schwäche traditioneller Qualitätssicherungsprogramme im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung (auch des Stuttgart-Heidelberger Modells) besteht darin, dass die standardisierten Behandlungsbewertungen erst nach der Entlassung der Patienten zur Verfügung stehen. Wie beschrieben werden die Daten von Patienten und Therapeuten i.d.R. zu Beginn und Ende einer Behandlung erhoben, die Veränderung zwischen den Messzeitpunkten wird bewertet und den therapeutischen Teams zurück gemeldet. Entsprechend sind die Bewertungen zwar geeignet, Behandlungsverläufe als „auffällig“ zu identifizieren, d.h. die Behandlungsqualität zu überprüfen und eventuelle Mängel in der Versorgung aufzudecken, sie haben aber keinen Einfluss auf die Behandlung des Patienten an welchem die Daten erhoben wurden, da die Informationen erst nach Therapieende vorliegen (Lueger, 1998).

Diese Kritik entspricht der generellen Feststellung, dass Maßnahmen der Qualitätssicherung zu statisch auf den Erhalt eines Qualitätsniveaus ausgerichtet sind und vor allem der Notwendigkeit einer aktiven Gestaltung und Planung von Qualität und Qualitätsstandards zu wenig gerecht werden (Laireiter, 1998). Entsprechend setzt sich zunehmend das Konzept des Qualitätsmanagements durch (Lauterbach & Schrappe, 2001). Qualitätsmanagement dient nur u.a. der Qualitätskontrolle. Der Kontrollfunktion übergeordnet ist hier der Gedanke, Qualität „prospektiv" zu erreichen, d.h. primär einen kontinuierlichen Prozess zur Annäherung an einen Zustand optimaler Qualität zu verfolgen. Diesbezüglich wird die beschriebene, in erster Linie ergebnisorientierte, Qualitätssicherung um prozessorientiertes Vorgehen im Qualitätsmanagement erweitert (Rückert & Linster, 1998). *Ziel* von Qualitätsmanagement ist es, erreichbare Qualität tatsächlich zu verwirklichen. Wo dies gelungen ist, wird man sich bemühen, diesen Zustand zu erhalten, d.h. man strebt eine Qualitätssicherung an (Härter et al., 2003).

Um in der psychotherapeutischen Versorgung Informationen bereit stellen zu können, die direkt für die individuelle Behandlung nutzbar sind, wurden Qualitätssicherungssysteme in jüngerer Zeit dahingehend erweitert, dass Datenerhebungen nicht mehr nur prä und post, sondern auch im Verlauf der Therapie durchgeführt werden. Von diesen Verlaufsmessungen (dem sog. Ergebnismonitoring) und der Rückmeldung der erhobenen Informationen an die Behandler verspricht man sich wesentliche Vorteile:

1. Verbesserung der Versorgungsqualität: Die behandelnden Therapeuten können flexibel und direkt auf die zurück gemeldeten Informationen reagieren, d.h. das therapeutische Vorgehen kann an Veränderungen angepasst werden, die sich während der Behandlung ergeben (adaptive Indikation). Dadurch soll es möglich werden, frühzeitig negativen Entwicklungen entgegen zu wirken (Lambert, 2001).
2. Verbesserung der Akzeptanz: Die zur Verfügung gestellten Informationen besitzen direkte Relevanz für die Behandlung eines sich aktuell in Therapie befindenden Patienten. Es ist also anzunehmen, dass ein derart erweitertes System besser von den Praktikern akzeptiert wird. An existierenden Modellen wird kritisiert, dass der mit der Qualitätssicherung verbundene Mehraufwand in Diskrepanz zur geringen Wirkung der Rückmeldung auf das therapeutische Vorgehen stehe (Palm, 2003; Piechotta, 2003).

3. Flexible Zuweisung von Ressourcen: Wie erwähnt, werden die Entwicklungen im Bereich der Qualitätssicherung in jüngster Zeit verstärkt auch von ökonomischen Forderungen bestimmt. Durch Ergebnismonitoring soll eine Abschätzung des individuellen Behandlungsbedarfs (z. B. in Hinblick auf die Behandlungsdauer) möglich werden.

Insgesamt soll unter Einsatz von Ergebnismonitoring eine aktive Steuerung der Versorgung möglich sein. Ziel ist dabei nicht eine reine Kosteneinsparung, sondern die Verbesserung der Versorgungsqualität unter gleichzeitiger Berücksichtigung von gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Forderungen (O'Donohue, Ferguson & Cummings, 2002).

2.1 Gesundheitsökonomie als Teil der Qualitätssicherung

Generell wird in Bezug auf Qualitätsdefizite im Gesundheitssystem zwischen Unterversorgung, Überversorgung und Fehlversorgung unterschieden. In der Vergangenheit war der Bereich der Fehlversorgung nahezu der alleinige Schwerpunkt von qualitätssichernden Maßnahmen. Die Bereiche Unter- und Überversorgung können erst durch gesundheitsökonomische Ansätze adressiert werden (Lauterbach, 2001). Insofern werden Methoden der Gesundheitsökonomie zunehmend auch als Methoden der Qualitätssicherung und nicht als eine Alternative oder gar als Gegensatz zu ihnen gesehen.

Die Begriffe Unter-, Über- und Fehlversorgung wurden vom Sachverständigenrat in seinem Gutachten 2000/2001 wie in Tabelle 1 dargestellt definiert. Unter *Unterversorgung* wird demnach die Verweigerung einer Versorgung trotz eines individuellen, professionell, wissenschaftlich und gesellschaftlich anerkannten Bedarfs verstanden. *Überversorgung* stellt hingegen eine Versorgung über die Bedarfsdeckung hinaus dar, d.h. eine Versorgung mit nicht indizierten Leistungen oder mit Leistungen ohne hinreichend gesicherten Netto-Nutzen. Unter *Fehlversorgung* wird schließlich jede Versorgung verstanden, durch die ein vermeidbarer Schaden entsteht.

Tabelle 1: Definition von Über-, Unter- und Fehlversorgung

	Leistung wird fachgerecht erbracht	*Leistung wird nicht fachgerecht erbracht*	*Leistung wird nicht erbracht*
nur objektiver, kein subjektiver Bedarf	bedarfsgerechte Versorgung	Fehlversorgung	(latente) Unterversorgung
subjektiver und objektiver Bedarf	bedarfsgerechte Versorgung	Fehlversorgung	Unterversorgung (ggf. Fehlversorgung)
nur subjektiver, kein objektiver Bedarf	Überversorgung (ggf. Fehlversorgung)	Überversorgung und Fehlversorgung	bedarfsgerechte Versorgung

Zunehmend ist es der Fall, dass die in der klinischen Praxis durchgeführten Behandlungen von dem Vorgehen abweichen, welches ohne finanzielle Restriktionen zu erwarten wäre. In dem Umfang, in dem dies geschieht, d.h. in dem Behandlungsleistungen trotz Nachfrage und zugleich festgestelltem objektivem Bedarf nicht bereit gestellt werden, spricht man von einer „Rationierung" im Gesundheitssystem.

2.2 Ergebnismonitoring und Qualitätsmanagement

Die Entwicklung in Richtung eines aktiven Qualitätsmanagements war in den USA schon vor einigen Jahren zu beobachten (Beutler, 2001). Maßgeblich wurde sie von Managed Care Organisationen mitbeeinflusst. Zunehmend machen sie Ergebnismonitoring in der psychotherapeutischen Praxis zur Bedingung (Stricker, Troy & Shueman, 2000). Die Organisationen haben großen Einfluss auf Art und Umfang von Psychotherapie, die dem einzelnen Patienten zugänglich ist (Lambert, Huefner & Nace, 1997). Sie haben u.a. die Aufgabe, die direkten Kosten von psychotherapeutischen Behandlungen, aber auch diejenigen von nicht oder nicht erfolgreich behandelten psychischen Erkrankungen zu schätzen und Aussagen über Kosten-Nutzen-Effekte von Psychotherapie zu machen (Woody & Kihlstrom, 1997). Entsprechend groß ist das Interesse der Managed Care Organisationen an Fragen der Effektivität und Effizienz von psychotherapeutischen Maßnahmen. Fokus wird dabei zunehmend auf die einzelne Behandlung im Sinne von „Wie viel Therapie braucht ein ganz bestimmter Patient?" gelegt. Die Beantwortung dieser Frage setzt longitudinale Datenerhebung und ein Monitoring des Gesundungsverlaufs voraus.

Das erste Outcome-Management-System (COMPASS) wurde von Howard und Kollegen in Zusammenarbeit mit einem Managed Care Unternehmen (Integra, Inc.)

entwickelt (Howard et al., 1993). Die empirischen Grundlagen des Modells stellen das Dosis-Response Modell (Howard, Kopta, Krause & Orlinsky, 1986) und das Phasenmodell der Psychotherapie (Howard, Lueger, Maling & Martinovich, 1993) dar. Das Versicherungsunternehmen setzt das System zum Monitoring und Behandlungsmanagement in der psychotherapeutischen Versorgung ein und stellt im Gegenzug die erhobenen Daten den Wissenschaftlern zur Weiterentwicklung der zugrunde liegenden Modelle zur Verfügung. Das Erhebungsinventar (das sog. Outpatient Tracking System; Howard et al., 1993), das wiederholt im Verlauf der Behandlung von Patienten und Therapeuten ausgefüllt wird, erfasst die drei Dimensionen des Phasenmodells (Remoralisierung, Remediation, Rehabilitation) sowie einen Gesamtindex zur psychischen Gesundheit (aus Patienten- und Therapeutenperspektive). Ein Computerprogramm ermöglicht die Datenorganisation und die Abbildung der beobachteten Verläufe. Zur Bewertung der Eingangsbeeinträchtigung, des Gesundungsverlaufs über die Zeit und des Therapieergebnisses wurden eine Reihe von Leitlinien formuliert (Lueger, 1993). Diese geben Handlungsanweisungen und sollen Reflexionsprozesse anregen, wenn sich z. B. zu bestimmten Zeitpunkten die nach dem Phasenmodell zu erwartenden Veränderungen nicht nachweisen lassen.

Das COMPASS-System war das erste Qualitätsmanagementprogramm mit welchem versucht wurde, Entscheidungen über die Finanzierung von Psychotherapie durch Monitoring und empirisch gestützte Entscheidungsregeln zu unterstützen. Einige Jahre nach seiner Einführung wurden die mit dem System gesammelten longitudinalen Behandlungsdaten genutzt, um Modelle zur Frage der Prädizierbarkeit von individuellen Behandlungsverläufen (sog. Expected Treatment Response (ETR) Modelle; Howard, Moras, Brill, Martinovich & Lutz, 1996) zu entwickeln. Diese Modelle sollen es Behandlern und Kostenträgern ermöglichen, den bei einem Patienten beobachteten Gesundungsverlauf mit dem aufgrund der erhobenen empirischen Daten zu erwartenden Verlauf zu vergleichen.

Aufbauend auf den ETR Modellen wurde ein neues Outcome-Management-System entwickelt (Grissom, Lyons & Lutz, 2002). Das zentrale Erhebungs- und Steuerungsinstrument (Treatment Evaluation and Management; TEaM) befindet sich derzeit in der Erprobungsphase und soll nach deren Abschluss in der Routineversorgung eingesetzt werden.

Generell gilt, dass bisherigen Monitoringsystemen die implizite Annahme zugrunde liegt, dass die im Verlauf der Therapie beobachteten Veränderungen prognostisch wichtige Informationen für den weiteren Behandlungsverlauf und das Therapieergebnis darstellen. Diese Annahme wird oft abgeleitet aus dem Konzept der Therapieresponse. So wird beispielsweise angenommen, dass die sog. „rapid response" (Wilson, 1999) einen günstigen Prädiktor für den Erfolg oder Misserfolg einer Behandlung darstellt (z. B. Haas, Hill, Lambert & Morrell, 2002).

2.3 Therapieresponse

Therapieresponse kann allgemein definiert werden als „eine Reduktion der Symptomatik, die anzeigt, dass der Patient sich auf dem Wege der Besserung befindet. Sie besteht in einer Art Zwischenzustand zwischen vollem Syndrom und minimaler Symptomatik, der unter dem Einfluss von Therapie eingetreten ist" (Richard, 2001, S. 18). Ein Vorschlag zur Konzeptualisierung von Therapieresponse wurde von Frank et al. (1991) formuliert, die ein an Symptomschwere und –dauer orientiertes Schema zur Verwendung der Begriffe „Remission" (partial and full remission), „Rückfall" (relapse), „Heilung" (recovery) und „Wiederauftreten einer Störung" (recurrence) vorschlagen. Unter Response wird diesem Schema zufolge der Beginn der partiellen Remission unter stattfindender Behandlung verstanden. Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass sich die Begriffe Response und Nonresponse im weiteren stets auf die Veränderungen zwischen Aufnahme und einer Erhebung während der Therapie und nicht, wie in zahlreichen anderen Studien (vgl. Hautzinger, de Jong-Meyer, Treiber, Rudolf & Thien, 1996) auf den Zustand zu Behandlungsende beziehen.

Auch ohne Monitoringsysteme und Behandlungsempfehlungen auf Basis von Qualitätsmanagementprogrammen reagieren Therapeuten in der Praxis natürlich auf eintretende oder ausbleibende Veränderungen (Response/Nonresponse) im Gesundungsverlauf ihres Patienten. Änderungen der Behandlungsstrategie können beispielsweise auch durch Supervisionen initiiert werden. Die Anpassung des therapeutischen Vorgehens im Verlauf einer Behandlung (adaptive Indikation) setzt voraus, dass der behandelnde Therapeut den bisherigen Verlauf der Behandlung in Hinblick auf seine Bedeutung für den weiteren Therapieverlauf bewertet (Richard, 2001). Das heißt, der Therapeut entscheidet aufgrund seiner

subjektiven Prognose über Beibehaltung oder Änderung seiner Behandlungsstrategie. Schulte (1996) spricht in diesem Zusammenhang von Vorausplanung und Verlaufsanpassung während der Behandlung. In zwei Studien wurde jedoch ermittelt, dass Therapeuten das Ergebnis einer individuellen Behandlung nur sehr unpräzise abschätzen können (Meyer & Schulte, 2002; Schulte, Künzel, Pepping & Schulte-Bahrenberg, 1991), so dass es ratsam scheint, die subjektive Einschätzung des Therapieverlaufs durch den Behandler mit objektiven Informationen zu ergänzen (Meyer & Schulte, 2002; Schulte, 1996).

Doch auch empirische Daten besitzen an dieser Stelle zunächst nur begrenzten Informationswert: Bislang gibt es kaum gesicherte Befunde darüber, welche Ereignisse oder Entwicklungen während einer Behandlung von prognostischer Bedeutung für den weiteren Therapieverlauf sind. Auch ist weitgehend ungeklärt, zu welchem Zeitpunkt welche Veränderungen zu erwarten sind.

Verschiedene schulenübergreifende Therapiemodelle liefern zwar einen theoretischen Erklärungsrahmen für das Konzept der Therapieresponse, erlauben es aber mehrheitlich kaum, konkrete, empirisch überprüfbare Hypothesen abzuleiten. Eine Ausnahme stellen das „Generic Model of Psychotherapy" (Orlinsky & Howard, 1987) und das Phasenmodell der Psychotherapie (Howard et al., 1993) dar, in denen zwei Formen des Ansprechens auf Psychotherapie (auf Ebene des Wohlbefindens und auf Ebene der Symptombelastung) sowie Annahmen bezüglich des Zeitpunktes ihres Eintretens postuliert werden. Durch den im Dosis-Response Modell angenommenen loglinearen Zusammenhang zwischen Sitzungsanzahl und Besserungsrate (vgl. II.3.2.2) wird deutlich, dass auch hier zumindest implizit davon ausgegangen wird, dass ein frühes Ansprechen auf die Behandlung entscheidend für das Ergebnis ist. Patienten, die nicht während der ersten Sitzungen deutliche Verbesserungen zeigen, haben dem Modell zufolge nur eine geringe Chance, diese in späteren Phasen der Therapie noch zu erreichen.

Die meisten der longitudinalen Studien, die sich mit der Frage der Bedeutsamkeit von Therapieresponse für den Behandlungserfolg beschäftigen, untersuchten Patientenpopulationen mit depressiven Erkrankungen. Die Befunde von Dew et al. (1997) und de Jong-Meyer, Hautzinger, Rudolf, Strauß und Frick (1996) zeigen, dass sich die Symptomverläufe von erfolgreich und nicht erfolgreich behandelten Depressionspatienten dahingehend unterschieden, dass die erfolgreich behan-

delten Patienten schon nach der ersten Behandlungsphase (nach zwei bis vier Wochen) Verbesserungen im Sinne einer Therapieresponse zeigten, während dies für nicht erfolgreich behandelte Patienten nicht der Fall war. Auch Tang und DeRubeis (1999) fanden, dass depressive Patienten, die während der ersten zehn Therapiesitzungen „plötzliche" substantielle Symptomverbesserungen (sog. „sudden gains") zeigten, deutlich mehr von einer kognitiv verhaltenstherapeutischen Behandlung profitierten und auch zum Katamnesezeitpunkt weniger beeinträchtigt waren als Patienten, die diese frühen Veränderungen nicht gezeigt hatten. Die Ergebnisse dieser kontrollierten Untersuchung konnten von Stiles et al. (2003) in einer naturalistischen Studie unter Alltagsbedingungen repliziert werden.

Auch in der medikamentösen Behandlung von Depressionen konnte nachgewiesen werden, dass das frühe Ansprechen auf die Therapie ein prognostisch günstiger Faktor für den Behandlungserfolg darstellt (Quitkin et al., 1996): Die Erfolgschancen von Patienten, die in den ersten vier Wochen nicht auf die Behandlung ansprachen, unterschieden sich nicht von denen einer Kontrollgruppe (Placebo), woraus die Autoren schlussfolgern, dass im Falle von Nonresponse nach vier Wochen eine Änderung in der Behandlungsstrategie (evtl. Gabe eines anderen Medikaments) ratsam sein könnte.

In einer Studie mit Bulimiepatientinnen fanden Olmsted, Kaplan, Rockert und Jacobson (1996) einen Zusammenhang zwischen der Symptomveränderung während den ersten drei Wochen der Therapie und dem weiteren Gesundungsverlauf. Den Ergebnissen zufolge erlitten nur 15% der Patientinnen, die schnelle initiale Verbesserungen bezüglich ihres Bingeing-Verhaltens zeigten, innerhalb von zwei Jahren einen Rückfall. Dagegen lag die Quote bei Patientinnen, deren Symptome sich anfänglich nicht oder nur langsam verbesserten bei 55%.

Zusammenfassend unterstützen die genannten Untersuchungen die Annahme, dass das Ansprechen oder Nichtansprechen auf eine Behandlung von Bedeutung für den weiteren Gesundungsverlauf und das Therapieergebnis ist. Dennoch bleibt festzuhalten, dass der großen Aufmerksamkeit, die dem Konzept der Therapieresponse entgegen gebracht wurde, lediglich eine schwache empirische Basis gegenüber steht und auch bzgl. der Mechanismen frühen Ansprechens noch erheblicher Klärungsbedarf besteht (de Jong-Meyer & Hautzinger, 1996). Die Ursache hierfür liegt u.a. darin, dass entsprechende Untersuchungsdesigns longi-

tudinal angelegt sein müssen, womit ein vergleichsweise großer Zeit-, Kosten- und Organisationsaufwand verbunden ist.

Entgegen der genannten Studien fanden Percevic und Kordy (2002) und Percevic, Lambert und Kordy (2004) keinen Zusammenhang zwischen der Veränderung in der Anfangsphase der Therapie und deren weiteren Verlauf. Es zeigte sich vielmehr in verschiedenen Stichproben in unterschiedlichen Settings (stationär und ambulant) und Versorgungssystemen (deutsch und US-amerikanisch), dass frühe und spätere Veränderungsraten bei Symptomverläufen praktisch voneinander unabhängig waren und sich als sog. „Irrfahrt" („Random Walk") beschreiben ließen. Patienten, die zu Beginn der Behandlung keine Verbesserung ihres Befindens berichteten (Nonresponder), hatten im weiteren Verlauf die gleiche Chance sich zu verbessern wie Responder. Im Mittel war diese Verbesserung bei Nonrespondern sogar größer als bei Respondern. Dennoch zeigten die Responder insgesamt bessere Therapieergebnisse. Percevic und Kordy (2002) interpretieren diesen Befund dahin gehend, dass offenbar die Zeit, die die Nonresponder in Therapie verbrachten, nicht ausreichte um sich auf das Niveau der initialen Responder zu verbessern.

Diese Befunde stellen die Annahmen des Dosis-Response Modells in Frage: Es konnten keine Hinweise für die angenommene Verlangsamung der Verbesserung im Verlauf der Therapie gefunden werden, d.h. der „Nutzen" späterer Sitzungen für den Therapieerfolg unterschied sich nicht von dem der früheren. Die Implikationen aus diesen Ergebnissen für die Praxis des Qualitätsmanagements sind offensichtlich: Informationen über frühe Verbesserungen oder Abweichungen von erwarteten Verbesserungen sind insofern als Feedback ungeeignet, als sie keinen prädiktiven Wert für den weiteren Verlauf besitzen. Entsprechend wäre es nicht gerechtfertigt, Therapeuten im Falle von Nonresponse Änderungen in der Behandlungsstrategie zu raten. Die auf Basis des Irrfahrtsmodells formulierte Strategie für ein kontinuierliches Ergebnismonitoring sieht hingegen vor, die zum jeweiligen Messzeitpunkt erfasste Beeinträchtigung eines Patienten (d.h. Informationen über den aktuellen Zustand) an den Therapeuten zurück zu melden und in Abhängigkeit von der Entfernung zu einem definierten Zielbereich (funktionaler Bereich) die Fortsetzung der Therapie bzw. die baldige Beendigung zu empfehlen. Erste empirische Befunde zu dieser Strategie deuten auf eine Verbesserung des Outcomes bei gleichzeitiger Verkürzung der Behandlungsdauer hin (Percevic et al., 2004).

Im Gegensatz zu diesen Befunden wird das Monitoring der Behandlung in amerikanischen Qualitätsmanagementsystemen, wie erwähnt, dahin gehend genutzt, dass die Beobachtung eines Nichtansprechens auf Therapie oder die Feststellung negativer Veränderungen zu der Empfehlung führt, Änderungen im therapeutischen Vorgehen vorzunehmen (z. B. Lambert, Hansen & Finch, 2001; Lambert et al., 2002a; Lueger, 1993).

2.4 Qualitätsmanagement und Feedback

Trotz der generellen Annahme, dass sich Rückmeldungen an das therapeutische Team im Verlauf der Therapie günstig auf das Behandlungsergebnis auswirken, fehlen bislang weitgehend Untersuchungen, die nachweisen, dass die vermittelten Informationen tatsächlich von Relevanz sind und dass sich das entsprechende Feedbacksystem tatsächlich positiv auf die Behandlungsqualität auswirkt. So liegen beispielsweise keine Studien zur Überprüfung der Effektivität von im Rahmen des beschriebenen COMPASS-Systems entwickelten Behandlungsempfehlungen vor.

Eine erste Studie zur Frage „Does feedback on patient progress improve outcomes?“ wurde von Lambert et al. (2001) durchgeführt. Es wurde angenommen, dass Patienten, für die gemäß der Bewertungsregeln das Risiko eines negativen Therapieergebnisses bestand und deren Therapeuten entsprechende Informationen zurück gemeldet wurden, besser abschneiden würden als vergleichbare Patienten einer Kontrollgruppe, für die kein Feedback gegeben wurde. Die Stichprobe bestand aus 609 ambulanten Klienten einer universitären psychologischen Beratungsstelle, die in jeder Sitzung mit dem Ergebnisfragebogen (EB-45; Lambert, Hannöver, Nisslmüller, Richard & Kordy, 2002b; Lambert et al., 1996a, 1996b), einem Instrument zur Erfassung der psychischen Beeinträchtigung, befragt wurden. Die behandelnden Therapeuten erhielten zur Hälfte ihrer Patienten eine Rückmeldung über den Verlauf von deren EB-Gesamtscore. Diese beinhaltete eine Verlaufsgrafik, einen von vier farbigen Punkten und einen verbalen Kommentar. Der farbige Punkt gab dabei Auskunft über die Veränderung des Patienten relativ zu seinem Eingangszustand und stand gleichzeitig für eine Empfehlung für die weitere Behandlung. Dem Therapeuten wurde dadurch zurückgemeldet, ob das Befinden des Patienten sich im erwarteten Ausmaß verbessert bzw. ob sich der Gesamtscore bereits im Normalbereich befindet. Die Bewertungsregeln berücksichtigen die

Eingangsbeeinträchtigung, die Veränderung zwischen ihr und der in der aktuellen Sitzung beobachteten Beeinträchtigung und die Anzahl der Therapiesitzungen.
Für die Analysen wurden die Patienten der Experimental- und der Kontrollgruppe jeweils in zwei Gruppen aufgeteilt; in solche, die nie kritische Rückmeldung (d. h. keinen roten oder gelben Punkt) erhielten und in „Signalfälle", d.h. solche, für die mindestens einmal im Verlauf eine derartiges Feedback vergeben wurde.
Die zentralen Ergebnisse der Studie lassen sich wie folgt zusammen fassen:

1. Patienten, die als Signalfälle klassifiziert wurden und für die die Therapeuten Feedback erhielten, erzielten bessere Behandlungsergebnisse als die entsprechenden Patienten der Kontrollgruppe. Für die andere Patientengruppe (keine Signalfälle) konnte dieser Effekt nicht gefunden werden.
2. Patienten, die als Signalfälle klassifiziert wurden und zu deren Verlauf die Therapeuten eine Rückmeldung erhielten, wurden länger behandelt als Patienten, die ebenfalls Signalfälle, aber ohne Feedback waren.
3. Umgekehrt war die Behandlungsdauer in der Gruppe kein Signalfall/ Feedback kürzer als in der Gruppe kein Signalfall/kein Feedback.

Lambert et al. (2001) schließen aus diesen Befunden, dass sich die Rückmeldung stärker auf das Behandlungsergebnis von Risikopatienten auswirkt und zu einer effizienteren Verteilung von Ressourcen, im Sinne einer Verlängerung der Therapie bei Risikopatienten und einer Verkürzung bei Nicht-Risikopatienten, beitragen kann. Da in der Gesamtfeedbackstichprobe die Verkürzung der Behandlungen überwog, erachten die Autoren auch die Relevanz der Studie für Leistungsanbieter und Versicherungen als gegeben.
Einige Aspekte der Studie sind jedoch kritisch zu hinterfragen. Der wesentlichste Kritikpunkt ist in der Begründung der Entscheidungsregeln zu sehen, aus welcher nicht klar hervor geht, auf welche Art und Weise die vier unterschiedlichen Bewertungen zustande kommen. Auch die kommentierten Empfehlungen, die mit dem Feedback an die Therapeuten gegeben werden (z. B. dass wegen einer drohenden negativen Entwicklung eine Änderung der therapeutischen Strategie in Erwägung gezogen werden sollte) basieren nicht auf empirisch gesicherten Befunden. Darüber hinaus beruhen die Daten ausschließlich auf der selbstberichteten Belastung der Patienten, die zudem lediglich über den Summenscore eines einzigen Instrumentes erhoben wurde. Schließlich handelte es sich bei der Stichprobe um studentische Klienten einer Beratungsstelle, die eine vergleichsweise

geringe Beeinträchtigung aufweisen und nicht mit Patienten vergleichbar sind, die sich in ambulante oder stationäre psychotherapeutische Behandlung begeben (Lambert et al., 1996b).

Es stellt sich entsprechend die Frage, inwiefern sich ähnliche Effekte in Untersuchungen mit anderen Stichproben und Settings und in anderen Versorgungssystemen finden lassen.

Angesichts der beschriebenen ersten Hinweise auf die Effektivität von Feedback nach einem alternativen Ansatz (Percevic et al., 2004) gilt es darüber hinaus zu klären, welche Rolle der Inhalt der Feedbacknachrichten spielt, d.h. inwiefern die gefundenen Effekte tatsächlich durch die Botschaft und nicht beispielsweise durch die zusätzliche Aufmerksamkeit, die der Gesundungsverlauf eines Patienten durch die Tatsache der Rückmeldung erhält, zustande kommen.

Aufbauend auf der beschriebenen Untersuchung und deren Replikation (Lambert et al., 2002a) erweiterten Lambert und Kollegen ihr Feedbacksystem durch die Entwicklung sog. „Clinical Support Tools" (Whipple et al., 2003). Ausgangspunkt war die Beobachtung, dass das Feedback zwar zu einer Verbesserung der Behandlungsergebnisse von Risikopatienten führte, diese die Therapie aber häufig dennoch nicht mit zufrieden stellendem Ergebnis beendeten. Whipple et al. (2003) schließen daraus, „that a strengthened feedback manipulation is necessary if a better psychotherapy outcome is desired for clients predicted to have a poor treatment response" (p. 59). Das ursprüngliche Feedback wurde ergänzt durch ein Schema, das den Therapeuten Hinweise auf die mögliche Ursache des vermeintlich negativen Therapieverlaufs geben soll. Die Therapeuten sind angehalten, Aspekte wie die therapeutische Arbeitsbeziehung, die Therapiemotivation, das soziale Netz des Patienten und die Möglichkeit der Medikamentengabe in Betracht zu ziehen. Je nachdem welchen dieser Faktoren ein Therapeut für eine bestimmte, als Signalfall identifizierte Behandlung aufgrund seines klinischen Eindrucks als relevant erachtet, sollte er den Patienten zusätzliche Fragebögen ausfüllen lassen, um seine Vermutung zu überprüfen. Sollte sich diese bestätigen, werden dem Therapeuten bestimmte Richtlinien zur Verfügung gestellt, wie er z. B. versuchen kann, die Motivation des Patienten zu erhöhen. Whipple et al. (2003) finden in ihrer Studie einen zusätzlichen Effekt dieser „Clinical Support Tools": Vergleichbar den früheren Ergebnissen (Lambert et al., 2002a) beendeten sog. Risikopatienten, zu welchen die Therapeuten Feedback erhielten, die

Therapie in einem besseren Zustand als vergleichbare Patienten, zu welchen keine Rückmeldung gegeben wurde. Innerhalb der Feedback-Bedingung zeigten diejenigen Patienten bessere Ergebnisse, zu deren Behandlung die Therapeuten Gebrauch von den Support Tools gemacht hatten. Dabei muss jedoch einschränkend berücksichtigt werden, dass der Gebrauch dieser zusätzlichen Instrumente freiwillig war und die Patienten nicht randomisiert dieser Bedingung zugewiesen wurden. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass die Patienten, bei deren Behandlung der Therapeut die Option der Support Tools nutzte, im Durchschnitt 4,5 Sitzungen länger behandelt wurden als diejenigen, bei denen von dieser Möglichkeit kein Gebrauch gemacht wurde. Die besseren Ergebnisse könnten also ebenso gut durch die Verlängerung der Behandlung zustande gekommen sein.

2.5 Zusammenfassung Kapitel 2

Qualitätsmanagementsysteme sollen durch die Durchführung von Verlaufsmessungen (Ergebnismonitoring) und die kontinuierliche Rückmeldung ihrer Ergebnisse traditionellen Programmen in mehrfacher Hinsicht überlegen sein: Zum einen wird eine bessere Akzeptanz seitens der therapeutischen Teams angenommen, da Informationen über sich noch in Therapie befindende Patienten zurück gemeldet werden. Zum anderen verspricht man sich einen stärkeren Einfluss auf die Behandlungsqualität, da ein Therapeut adaptiv auf die zurück gemeldeten Informationen reagieren kann. Schließlich soll durch die Möglichkeit, den individuellen Behandlungsbedarf besser abschätzen zu können, auch eine Optimierung der Ressourcenzuweisung möglich werden.
Erste Untersuchungen deuten auf positive Effekte von Rückmeldungen im Verlauf der Behandlung hin. Die Mehrzahl der vorliegenden Modelle geht in diesem Zusammenhang von der Bedeutung der Therapieresponse aus und nimmt an, dass sich Rückmeldungen über Response bzw. Nonresponse günstig auswirken. Tatsächlich ist bislang jedoch ungeklärt, worauf die beobachteten Effekte zurück zu führen sind. Ist es wichtig, welche Informationen zurück gemeldet werden? Ist es relevant, ob eine Handlungsempfehlung ausgesprochen wird? Oder reicht es möglicherweise, die Aufmerksamkeit der Behandelnden auf den Gesundungsverlauf eines Patienten zu lenken? Da diese und ähnliche Fragen bisher weitgehend unangesprochen und ungeklärt blieben, konnte auch die Angemessenheit der bislang in der Praxis verwendeten Feedbackbotschaften noch nicht belegt werden.

3. Qualitätsmanagement, Psychotherapieforschung und klinische Praxis

Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementsysteme werden im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und klinischer Praxis entwickelt (Lambert et al.,1997). Idealerweise basieren sie einerseits auf empirischen Befunden und sind andererseits Gegenstand von Evaluationsstudien und werden gleichzeitig den Anforderungen gerecht, die ihr Einsatz in der Routineversorgung stellt (Lutz, Lowry, Kopta, Einstein & Howard, 2001). Im Folgenden sollen die Berührungspunkte der drei Bereiche Qualitätsmanagement, Psychotherapieforschung und klinische Praxis beschrieben werden. Im einzelnen wird auf die wissenschaftliche Überprüfung von Qualitätsmanagementsystemen, die Einordnung entsprechender Untersuchungen in den Kontext der Psychotherapieforschung sowie auf das Verhältnis zwischen Wissenschaft und Praxis eingegangen.

3.1 „Qualitätssicherung der Qualitätssicherung"

Wenngleich die Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Psychotherapie seit nunmehr über zehn Jahren gefordert wird (Laireiter, 1994; 1995; Kordy, 1992; Richter, 1994), ist bei vielen Programmen nach wie vor weitgehend ungeklärt, inwiefern die Maßnahmen ihr Ziel, d.h. die Verbesserung der Versorgung, erfüllen. Der Forderung nach Einführung von qualitätssichernden Maßnahmen steht also ein Defizit an empirischen Informationen bezüglich ihrer Effektivität gegenüber.

In der internationalen Literatur gibt es mittlerweile Hinweise, dass einzelne Qualitätsmanagementmethoden (z. B. die unter II.2.4 beschriebenen Feedback-Maßnahmen) unter bestimmten Bedingungen zu einer Verbesserung der Ergebnisqualität beitragen (Percevic et al., 2004). Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen fordert in seinem Gutachten (2000/2001) der „Qualitätssicherung der Qualitätssicherung" (S. 63) einen höheren Stellenwert einzuräumen, da es insbesondere für den deutschen Kontext kaum gesicherte Belege für die Wirksamkeit von Qualitätssicherungsmethoden gäbe. Dementsprechend gibt es bisher auch keine Empfehlung eines bestimmten Systems oder einer bestimmten Methode durch den Sachverständigenrat. Das aktuelle Gutachten weist darauf hin, dass Qualitätssicherungsmaßnahmen wie

alle anderen Maßnahmen oder Technologien im Gesundheitswesen „auf ihre Wirkung und Kostenangemessenheit vor und während ihres Einsatzes im Sinne einer Präevaluation und Reevaluation zu überprüfen“ (S. 58) sind.
Die Evaluation kann dabei durch Effektivitäts- und Effizienzanalysen erfolgen (Selbmann et al., 1994). In dieser Hinsicht kann Forschung zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie als ein Beispiel für angewandte Psychotherapieforschung gelten.

3.2 Angewandte Psychotherapieforschung

3.2.1 Phasen der Psychotherapieforschung

Der Bereich der angewandten Psychotherapieforschung stellt die aktuellste Phase der Psychotherapieforschung dar. Die ihr voraus gegangene Entwicklung lässt sich nach Kordy und Kächele (1996) in aufeinander aufbauende Phasen unterteilen (in Analogie zum Zulassungsverfahren bei Medikamenten):

1. Zu Beginn steht die Innovation, der kontrollierte Validierungsschritte und die Suche nach Wirkmechanismen sowie schließlich die Überprüfung in der Praxis folgen. Übertragen auf den Bereich der Psychotherapie und ihrer wissenschaftlichen Untersuchung ist die *erste Phase* dieses Prozesses vor allem durch Einzelfallberichte (z. B. von Freud und Breuer) geprägt.
2. Die *zweite Phase* (die sog. „Rechtfertigungsphase“) ist gekennzeichnet durch Studien, deren Ziel der Beleg der Wirksamkeit von Psychotherapie ist (für einen Überblick s. Kordy & Kächele, 1996; Lambert & Bergin, 1994). Die bekannten Metaanalysen von Grawe, Donati und Bernauer (1994) sowie von Smith, Glass und Miller (1980) können beispielsweise dieser Phase zugeordnet werden.
3. Den Belegen, dass Psychotherapie „generell wirksam“ ist, folgten Untersuchungen der *dritten Phase* der Psychotherapieforschung, in der nach spezifischen Wirkfaktoren gesucht wurde. Prominentestes Beispiel ist das „Generic Model of Psychotherapy“ (Orlinsky & Howard, 1987).
4. Die Übertragung der Ergebnisse auf die Routineversorgung stellt schließlich den Übergang zur *vierten Phase*, der angewandten Psychotherapieforschung dar, welche auf die Optimierung der psychotherapeutischen Versorgung zielt.

Forschungsaktivitäten innerhalb dieses Bereichs beziehen sich u.a. auf qualitätssichernde Maßnahmen, sowie auf Versorgungssystemforschung im allgemeinen und Kosten-Nutzen-Analysen im speziellen.

3.2.2 Wirksamkeit und Effektivität

In jeder der vier Phasen herrschen bestimmte forschungsmethodische Ansätze vor. In Phase 1 waren dies vor allem systematische Kasuistiken. In den Phasen 2 und 3 wurden Studien primär in Form randomisierter klinischer Experimente durchgeführt. Diese untersuchen die Wirksamkeit einer bestimmten Behandlungs- oder Therapiemethode, d.h. die Effekte einer bestimmten (z. B. psychotherapeutischen oder medikamentösen) Intervention.

In der Regel werden in diesen Studien eine oder mehrere Experimental- (Treatment-) Gruppen mit einer oder mehreren Kontroll- und/oder Vergleichsgruppen verglichen (Nathan, Stuart & Dolan, 2000). Die zentrale Frage dieser Studiendesigns ist, ob die beobachteten Unterschiede in der abhängigen Variable (z. B. Symptomschwere) auf den Einfluss der unabhängigen Variable (z. B. eine Therapiemethode) zurückzuführen sind. Um möglichst homogene Gruppen zu untersuchen, werden in Wirksamkeitsstudien strenge Ein- und Ausschlusskriterien formuliert. Häufig werden nur Patienten mit einer einzigen, klar diagnostizierbaren Störung in definierter Stärke einbezogen. Um äquivalente Gruppen in Hinblick auf unkontrollierbare Einflussgrößen zu erhalten, werden die untersuchten Personen den Treatment- und Kontrollbedingungen randomisiert zugewiesen. Darüber hinaus wird in Wirksamkeitsstudien zu psychotherapeutischen Behandlungen die zu untersuchende Therapiemethode üblicherweise von geschulten Therapeuten in enger Anlehnung an ein entsprechendes Therapiemanual und über eine definierte Anzahl von Behandlungsstunden durchgeführt (Nathan et al., 2000).

Der Hauptvorteil von Wirksamkeitsstudien ist in der hohen internen Validität zu sehen. Kritikpunkte beziehen sich im Wesentlichen auf Aspekte der externen Validität. Ein- und Ausschlusskriterien, aber auch die exakt nach Therapiemanualen durchgeführte Behandlung schwächen die Generalisierbarkeit und die Übertragbarkeit von Ergebnissen aus Wirksamkeitsstudien auf die Praxis der Psychotherapie.

Mit der Entwicklung hin zur angewandten Psychotherapieforschung verschob sich der Forschungsschwerpunkt zur Untersuchung der Effekte von Psychotherapie unter Praxisbedingungen (z. B. Strupp & Howard, 1992; Kächele & Kordy, 1992; Grawe & Braun, 1994; Howard, Orlinsky & Lueger, 1995). Solche Effektivitäts-

studien schließen i.d.R. große Stichproben von Patienten ein, die weder in Hinblick auf ihre Diagnose noch bezüglich komorbider Erkrankungen, Krankheitsdauer oder anderer Kriterien vorausgewählt werden. Die gefundenen Effekte (von Therapien in „real-world settings") sind dabei i.d.R. deutlich geringer als in Wirksamkeitsstudien, die unter „optimalen" Bedingungen durchgeführt werden. Die Betonung der externen geht in Effektivitätsstudien zu Lasten der internen Validität. Effektivitätsuntersuchungen erlauben aufgrund ihrer Konzeption keine kausalen Schlussfolgerungen.

Forschungsaktivitäten im Bereich der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements sind insofern der Effektivitätsforschung zuzurechnen, als Einrichtungen aufgefordert sind, die Qualität ihrer in der Alltagsroutine angewendeten Behandlungsmaßnahmen nachzuweisen bzw. zu sichern und zu optimieren. Qualitätssicherungsstudien untersuchen dementsprechend häufig die gesamte Klientel einer Klinik unabhängig von Aspekten wie beispielsweise Diagnose, Komorbiditäten, Medikation, Art und Umfang der in Anspruch genommenen Therapien und Behandlungen.

Nachdem in zahlreichen Studien nachgewiesen wurde, dass Psychotherapie sowohl unter kontrollierten als auch unter Praxisbedingungen wirkt, richtete sich das wissenschaftliche Interesse nicht zuletzt aufgrund des steigenden Drucks, Kosten einzusparen, zunehmend auf die Frage „Wie viel Therapie ist genug?". Viel Beachtung fand in diesem Zusammenhang die Metaanalyse von Howard et al. (1986) an 15 Stichproben (N = 2431). Die Autoren schlugen als Resultat dieser Untersuchung das sog. Dose-Response Model vor, welches eine loglineare Beziehung zwischen Anzahl der Therapiestunden („dose") und der Wahrscheinlichkeit für Therapieerfolg („response") postuliert. Aus ihrem Modell leiten Howard et al. (1986) ab, dass es 15% der Patienten bereits vor der ersten Therapiesitzung besser geht. 50% sollen sich bis zur achten, 75% bis zur 26. und 85% bis zur 52. Sitzung verbessern.

Ergebnisse aus Wirksamkeits- und Effektivitätsstudien beziehen sich stets auf Gruppen von Patienten. Unabhängig vom Untersuchungsdesign gibt es i.d.R. große Varianz in den Therapieergebnissen (Lyons & Howard, 1991) und beträchtliche Überlappungen der Verteilungen von Patienten- und Kontrollgruppenwerten (Howard, Krause & Vessey, 1994), so dass Aussagen über die Erfolgschancen einer bestimmten Behandlung für einen bestimmten Patienten

kaum bzw. nur sehr ungenau möglich sind. Gerade diese Information ist aber das entscheidende für den Praktiker, der weniger am „Durchschnittspatienten" als am Behandlungserfolg seiner einzelnen Patienten interessiert ist. Für ihn ist es natürlich wichtig, die Gründe für den (Miss)Erfolg der abgeschlossenen Behandlungen zu kennen. Ebenso wichtig, wenn nicht wichtiger ist für ihn jedoch die Frage, ob die von ihm durchgeführte Therapie bei dem sich derzeit in Behandlung befindenden Patienten zum Erfolg führen wird.

Einen Versuch, solche Informationen verfügbar zu machen, unternimmt die Forschungslinie der sog. „Patient-focused Research" (Lambert, 2001). Als ein Beispiel sei in diesem Zusammenhang der von Howard et al. (1996) begründete Ansatz des „Patient-Profiling" genannt (für einen Überblick s. Leon, Kopta, Howard & Lutz, 1999). Wie unter II.2.2 beschrieben, wurde das Modell von Howards Arbeitsgruppe in Kooperation mit einem Managed Care Unternehmen entwickelt und bildet seit einiger Zeit die Grundlage eines Qualitätsmanagementsystems. Diese Zusammenarbeit zwischen wissenschaftlichen Einrichtungen und Kostenträgern stellt im amerikanischen Raum keine Ausnahme mehr dar (Lambert et al., 1997; Lambert & Ogles, 2004; Stricker et al., 2000) und ist ein Beleg dafür, dass neuere Entwicklungen der Psychotherapieforschung auch von ökonomischen Forderungen mitbestimmt werden (O'Donohue et al., 2002). Aus wissenschaftlicher Perspektive interessant sind dabei die großen Stichproben, die neben Therapieverlaufs- und Outcome-Studien auch Kosten-Nutzen-Analysen ermöglichen. Allerdings sind dieser Art der Forschung klare Grenzen gesetzt: In der Regel kann wenig Einfluss auf die Datenerhebung genommen werden, so dass sich konkrete Untersuchungsdesigns kaum realisieren lassen. Ferner ist eine Beeinflussung der Ergebnisse durch das gesundheitspolitische Umfeld, in welchem die Untersuchungen stattfinden bzw. durch die Kontrollmöglichkeit durch die Managed Care Organisation nicht auszuschließen (Lambert et al., 1997).

Positiv ist jedoch, dass die Ergebnisse der wissenschaftlichen Arbeit hier direkten Eingang in die psychotherapeutische Versorgung finden. Aktuelle Entwicklungen gehen in eben diese Richtung und haben zum Ziel, Brücken zwischen Wissenschaft und Versorgungssystemen zu schlagen. Hierdurch soll gewährleistet werden, dass Fortschritte in der Forschung auch tatsächlich den Patienten in der Routineversorgung zugute kommen (NIMH, 1999). Die verschiedenen (in)direkt an der psychotherapeutischen Versorgung beteiligten Parteien (Kostenträger,

Krankenversicherungen, Therapeuten, Patienten) verfolgen dabei zumindest teilweise unterschiedliche Interessen. Dies gilt insbesondere in Hinblick auf finanzielle Rahmenbedingungen und weniger für das Interesse an einer möglichst guten Versorgungsqualität. Voraussetzung für letztere ist eine Verständigung zwischen Forschung und Praxis, die vor allem aus Sicht der Praktiker bislang nicht bzw. nicht genügend gelungen ist. Dies mag erklären, dass auch hinsichtlich Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementprogrammen ein Phänomen besteht, welches in der Literatur seit nunmehr zwei Jahrzehnten unter dem Slogan „Kluft zwischen Wissenschaft und Praxis“ (s. II.3.3) diskutiert wird.

3.2.3 Gestufte Behandlungskonzepte

Wie beschrieben, belegen eine Vielzahl von Untersuchungen die generelle Wirksamkeit von psychotherapeutischen Maßnahmen. Diese Befunde bedeuten jedoch nicht, „that […] we have mastered the problem of how to get the right treatment to the right patient at the right time” (Haaga, 2000, p. 547).

Nicht alle Patienten profitieren von derselben Art und derselben Intensität einer Behandlung. Dies gilt diagnoseübergreifend. Exemplarisch seien die Behandlungsmöglichkeiten für Depression (Hautzinger, 1998, 2000, 2003) und Essstörungen (Murray et al., 2003) genannt. Das Spektrum vorhandener Therapiekonzepte ist breit. Während einigen Patienten bereits mit niederschwelligen Angeboten, wie z. B. Selbsthilfeprogrammen, geholfen werden kann, benötigen andere viel intensivere Unterstützung bis hin zu stationärer Therapie in spezialisierten Einrichtungen (Haaga, 2000). Nicht zuletzt gibt es auch Betroffene, denen mit vorhandenen therapeutischen Mitteln bislang nicht oder kaum geholfen werden kann oder denen diese sogar schaden (Mohr, 1995).

Vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen besteht die Herausforderung in der Patientenversorgung darin, jedem Patienten soviel Behandlung (im Sinne von Expertise, Intensität, Dauer, etc.) zur Verfügung zu stellen, wie er zur Gesundung benötigt, jedoch darauf zu achten, dass dabei keine „unnötigen“ Ressourcen verbraucht werden (Haaga, 2000).

Diesen Überlegungen zufolge ist es plausibel, dass aktuelle Bestrebungen der Psychotherapieforschung sich vermehrt auf die Entwicklung sog. „Stepped Care“ Modelle richten: Diese Modelle haben eine Optimierung der Abstimmung zwischen den individuellen Bedürfnissen eines Patienten und der Art, Intensität und Dauer der psychotherapeutischen Behandlung zum Ziel (für einen Überblick s.

Special Section des Journal of Clinical and Consulting Psychology zu Stepped Care Models, 2000). Um wirksame Behandlungen möglichst vielen Patienten zur Verfügung stellen zu können, sollte berücksichtigt werden, dass „for every dollar that is wasted, someone, somewhere, receives lower quality care than they need. If certain persons can benefit by a book, self-help group, or videotape, that is what they should receive" (Hayes, 1998, p.6). Entsprechend sind Befürworter dieser neuen Versorgungsmodelle der Ansicht, sofern dies aus therapeutischer Perspektive vertretbar ist, zunächst weniger intensive, kostengünstigere Maßnahmen anzuwenden und (kosten)intensivere Behandlungsformen erst in einem zweiten Schritt einzusetzen, wenn einem Patienten auf der ersten Stufe nicht oder nicht ausreichend geholfen werden konnte (Newman, 2000; Sobell & Sobell, 2000).

Forschungsaktivitäten im Bereich der Stepped Care stehen bislang noch am Anfang. Für verschiedene Störungsbilder wurden bereits erste Vorschläge formuliert; beispielsweise für Panikstörungen (Otto, Pollak & Maki, 2000), Generalisierte Angststörungen (Newman, 2000), Alkoholmissbrauch (Sobell & Sobell, 2000) und Essstörungen (Wilson, Vitousek & Loeb, 2000).

Voraussetzung für die Anwendung derartiger Modelle ist jedoch die Beantwortung wichtiger Fragen: Welche Behandlungsmaßnahmen sind für eine bestimmte Erkrankung wirksam? Welche Kosten sind mit verschiedenen Behandlungsalternativen verbunden? Was ist die optimale Abfolge verschiedener Behandlungsmaßnahmen? Wann sollte zu einer intensiveren oder weniger intensiven Behandlung gewechselt werden?

Die Bedeutung der beschriebenen Entwicklungen für den Bereich des Qualitätsmanagements ist offensichtlich: Stepped Care Modelle sollen zu einer größeren Kosteneffizienz in der psychotherapeutischen Versorgung beitragen, indem a) Patienten jede Form und jeden Umfang der für sie notwendigen therapeutischen Hilfe bekommen, jedoch nicht mehr und b) im Falle der Nichtwirksamkeit einer Behandlungsform frühzeitig zu einer anderen gewechselt wird. Insgesamt führt ein Vorgehen im Sinne der Stepped Care damit zu einer stärkeren Individualisierung der Behandlungsplanung, indem im Einzelfall adaptiv auf die (Nicht-)Wirksamkeit bestimmter Therapiemaßnahmen reagiert wird. Für die Anwendung derartiger Strategien ist eine regelmäßige Verlaufsbeobachtung (Monitoring), welche die Voraussetzung dafür schafft, dass man Zeitpunkte für den Übergang von einer Behandlungsstufe zur nächsten identifizieren kann, unerlässlich.

3.3 Wissenschaft und klinische Praxis

Quasi von Beginn an wurde die Psychotherapie-Outcome-Forschung kritisiert, zu theoretisch und zu wenig relevant für die Praxis zu sein (z. B. Cohen, Sargent & Sechrest, 1986; Morrow-Bradley & Elliott, 1986; Persons, 1991; für einen historischen Überblick s. Orlinsky & Russell, 1994 sowie Strupp & Howard, 1992).

So wurde beispielsweise auf die mangelnde externale Validität von Wirksamkeitsstudien hingewiesen: Zum einen stellen die Studienpatienten i.d.R. eine stark selegierte Stichprobe dar, die selten repräsentativ für die psychotherapeutische Klientel ist. Darüber hinaus entspricht die Durchführung einer Behandlung unter Studienbedingungen (z. B. hinsichtlich Gruppengröße, Stundenanzahl, manualgeleitetem Vorgehen, Therapeutenschulungen) selten dem, was Kliniken und Praktiker in der Realität leisten können. Die Studien werden unter möglichst optimalen Bedingungen durchgeführt, die sich jedoch erheblich von den realen Gegebenheiten unterscheiden.

Auch die Entwicklung in der Psychotherapieforschung von Wirksamkeits- hin zu Effektivitätsstudien und der Nachweis, dass Psychotherapie nicht nur unter Labor- sondern auch unter Alltagsbedingungen wirksam ist, konnte nur bedingt zu einem besseren Dialog zwischen Wissenschaft und Forschung beitragen (Calhoun, Moras, Pilkonis & Rehm, 1998; DeRubeis & Crits-Cristoph, 1998; Kazdin & Weisz, 1998). Bedenken beziehen sich insbesondere darauf, dass methodische, praktische und finanzielle Einschränkungen, die bestimmen, was in der Psychotherapieforschung möglich ist, direkte (negative) Konsequenzen für die klinische Praxis mit sich bringen (Goldfried & Wolfe, 1998). Ferner kommt immer wieder die Skepsis zum Ausdruck, dass Standards und Methoden in der Psychotherapie in zu großem Ausmaß von denjenigen bestimmt würden, die kaum klinische Erfahrungen besitzen (z. B. Fensterheim & Raw, 1996).

Immer wieder wurde deshalb gefordert, Kliniker stärker in die Entwicklung von Studiendesigns einzubeziehen (Beutler, Kim, Davison, Karno & Fisher, 1996; Goldfried & Wolfe, 1996; Wiens, Brazil, Fuller & Solomon, 1995).

Von wissenschaftlicher Seite wird zuweilen eingeräumt, dass die Verbreitung der empirischen Ergebnisse mit Schwierigkeiten verbunden ist: „A frequent source of irritation that researchers express toward practicing clinicians is that they are not good consumers of our research findings. What we too rarely consider is the

possibility that this might have something to do with our product and how it is packaged." (Goldfried & Wolfe, 1998, p. 147).

Besondere Bedenken auf Seiten der klinischen Praxis betreffen neuerdings die möglichen Auswirkungen der Versorgungssystemforschung auf die praktische Arbeit. Es wird befürchtet, dass eine zunehmende Orientierung an Aspekten der Kosteneffizienz dazu führt, dass angemessene und notwendige Leistungen nicht mehr erbracht werden können (Woody & Kihlstrom, 1997).

Entsprechend stark stehen auch Qualitätsmanagementsysteme in der Diskussion. Mehr noch als in anderen Bereichen der Psychotherapieforschung ist im Bereich des Qualitätsmanagements jedoch ein Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis unverzichtbar. Beispielhaft kann in dieser Forschungslinie der Beitrag von Lueger (2002) genannt werden, der unter dem Titel „Practice-informed research and research-informed psychotherapy" zwei Studien beschreibt, die einen Schritt in Richtung eines besseren Verständnisses unternommen haben und in großen Stichproben der Frage nachgegangen sind, welche Feedbackinformationen Psychotherapeuten im Rahmen des Qualitätsmanagements als relevant erachten (Barkham et al., 2001; Bickman et al., 2000). Den Befunden dieser Studien zufolge zeigten sich Kliniker vor allem an der Eingangsbeeinträchtigung, der therapeutischen Beziehung, an Rückmeldungen über Veränderungen während der Behandlung sowie am Therapieergebnis in bezug auf bestimmte Therapieziele und an Follow-up-Daten interessiert.

An dieser Stelle kann resümiert werden, dass die Integration von Qualitätsmanagementmaßnahmen in den klinischen Alltag, welche Anstrengungen und Ressourcen erfordert, nur dann erfolgreich sein kann, wenn alle Beteiligten ihr zustimmen. Auch nach Meinung des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ist es essentiell, dass entsprechende Programme Akzeptanz bei Leistungserbringern, Patienten und Kostenträgern erfahren. Es wird angenommen, dass Motivation und Akzeptanz der Beteiligten eine wichtige Voraussetzung sind, damit qualitätssichernde Maßnahmen ihre Wirkung überhaupt entfalten können. Idealerweise werden die verschiedenen Parteien bereits bei der Konzeption und Entwicklung eines Programms einbezogen.

3.4 Zusammenfassung Kapitel 3

Vor der Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems in die klinische Routine sollte die Überprüfung seiner Effektivität stehen, d.h. es sollte nachgewiesen werden, dass der mit seiner Einführung für eine Einrichtung verbundene (organisatorische, zeitliche und finanzielle) Mehraufwand zu rechtfertigen ist. Entsprechende Forschungsaktivitäten sind dem Bereich der angewandten Psychotherapieforschung zuzurechnen.
Neben dem Nachweis, dass ein bestimmtes Qualitätsmanagementsystem effektiv ist, bzw. zur Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen kann, ist es essentiell, dass es Akzeptanz durch die beteiligten Praktiker erfährt, was letztendlich die Voraussetzung dafür ist, dass Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementmaßnahmen in der Routineversorgung (wirksam) durchgeführt werden können. Die Verständigung zwischen Wissenschafts- und Praxisseite im Bereich der angewandten Psychotherapieforschung gestaltet sich jedoch mitunter schwierig, so dass es einen Kompromiss zu finden gilt, zwischen dem, was von wissenschaftlicher Seite notwendig und von praktischer Seite machbar erscheint.

4. Einordnung der Arbeit in den aktuellen Forschungsstand

Dass Qualitätsmanagementsysteme dazu beitragen können aus „jedem Mangel einen Schatz“ (Berwick, 1989) zu machen, setzt voraus, dass die Botschaften, die in die Praxis zurück gemeldet werden, valide sind, rechtzeitig zur Verfügung gestellt werden sowie von denen, die sie nutzen können, angenommen und zum Wohl des Patienten umgesetzt werden.

In Deutschland stehen Forschungsaktivitäten im Bereich des Qualitätsmanagements in der Psychotherapie derzeit noch am Anfang. Bislang existieren in der Praxis nahezu ausschließlich Qualitätssicherungssysteme, die lediglich prä-post-Erhebungen verwenden.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde ein erster Schritt in Richtung eines aktiven Qualitätsmanagementsystems unternommen, indem das beschriebene Stuttgart-Heidelberger Modell durch eine Zwischenmessung im Verlauf der Behandlung ergänzt wurde. Den therapeutischen Teams konnten damit Informationen über die erste Behandlungsphase der einzelnen Patienten zur Verfügung gestellt werden.

Dabei wurden zwei unterschiedliche Formen des Feedbacks während der Behandlung eingesetzt, die beide auf Grundlage der empirischen Datenbasis der betreffenden Klinik entwickelt wurden: Zum einen wurden Veränderungsbewertungen an die therapeutischen Teams zurück gemeldet, d.h. auf Annahmen der Relevanz von Therapieresponse basierende Informationen. Zum anderen kam eine Form des Feedbacks zum Einsatz, die Annahmen des Random-Walk Modells berücksichtigt und darüber hinaus prognostische Informationen bezüglich der Behandlungsdauer enthielt.

Damit kann neben der Frage der generellen Effektivität dieser Rückmeldeformen ein Aspekt adressiert werden, den bisherige Studien unbeantwortet ließen, nämlich ob die Validität der Informationen, die den Therapeuten mit dem Feedback zurück gemeldet werden, entscheidend ist oder ob Feedbackeffekte alleine durch die vermehrte Aufmerksamkeit, die ein Fall durch die Tatsache der Rückmeldung bei den Therapeuten erhält, zustande kommen.

Die Arbeit beschreibt die stufenweise Implementierung des entwickelten Systems in die Alltagspraxis. Im Gegensatz zum Vorgehen in bisher beschriebenen Untersuchungen wurde die Ein- und Durchführung des Programms kontinuierlich betreut, indem regelmäßig Qualitätszirkel mit den einzelnen Behandlungsteams

durchgeführt wurden, so dass ein enger Austausch zwischen therapeutischer und wissenschaftlicher Seite gewährleistet war. Die Hauptfragestellungen der Untersuchung beziehen sich auf die Akzeptanz der unterschiedlichen Feedbackformen durch die therapeutischen Teams sowie auf ihren Einfluss auf die Behandlungsergebnisse und die Aufenthaltsdauer der Patienten. Letzterem Aspekt kommt besondere Bedeutung zu, da sich die Qualität der psychotherapeutischen Versorgung zwar in erster Linie nach ihrer Effektivität, aber zunehmend auch nach ihrer Finanzierbarkeit bzw. nach ihrer Effizienz bemisst.

III. Fragestellung

1. Akzeptanz

Im ersten Schritt wird überprüft, in welchem Ausmaß die unterschiedlichen Formen der Rückmeldung, die an die therapeutischen Teams gegeben wurden, Akzeptanz durch die Kliniker erfahren. Dazu wurde die Übereinstimmung des klinischen Eindrucks mit den im Feedback enthaltenen Informationen erfragt. Ferner wurde erfasst, in welchem Ausmaß die teilnehmenden Therapeuten die zurück gemeldeten Informationen als relevant erachteten und inwiefern sie annahmen, diese für die weitere Behandlung nutzen zu können.

2. Einfluss der Intervention auf die Behandlungsergebnisse

Es wird angenommen, dass sich die Rückmeldung zur Zwischenerhebung positiv auf das Therapieergebnis auswirkt. Dazu wird der Einfluss der Rückmeldung auf drei Indikatoren des Outcomes untersucht: das Ausmaß der psychischen und physischen Beeinträchtigung bei Entlassung, die Auffälligkeitsrate bei Entlassung sowie die Rate klinisch signifikanter Veränderung. Es wird angenommen, dass Patienten, zu denen die Therapeuten Feedback erhalten, die Behandlung mit geringerer psychischer und physischer Beeinträchtigung beenden, dass ihr Entlassungszustand häufiger als klinisch signifikant verbessert klassifiziert wird und dass die Behandlung seltener als „auffälliger Verlauf“ bewertet wird als dies für Patienten, zu denen die Therapeuten keine Rückmeldung erhalten, der Fall ist. Dabei wird erwartet, dass sich die Rückmeldung stärker auf die Ergebnisse derjenigen Behandlungsfälle auswirkt, in denen Patienten zur Zwischenerhebung als Nonresponder identifiziert wurden bzw. deren Befinden zur Zwischenerhebung im nonfunktionalen Bereich lag.

3. Einfluss der Intervention auf die Behandlungsdauer

Es wird erwartet, dass sich die Rückmeldung zur Zwischenerhebung auf die Behandlungsdauer auswirkt. Dabei werden in Abhängigkeit vom Zustand zur Zwischenerhebung unterschiedliche Effekte der Rückmeldung angenommen: Patienten, die zur Zwischenerhebung als Nonresponder klassifiziert wurden, bzw. deren Zustand zur Zwischenerhebung als nonfunktional bewertet wurde, sollen in den Feedbackgruppen länger behandelt werden als vergleichbare Patienten in den

Nichtfeedbackgruppen. Hingegen wird eine kürzere Aufenthaltsdauer von Patienten erwartet, deren Zustand als funktional bewertet wurde, wenn der Therapeut eine Rückmeldung erhält. Insgesamt wird demzufolge eine Umverteilung von Ressourcen (im Sinne der Behandlungsdauer) erwartet.

IV. Datenbasis und Methodik

1. Datenerhebung

Die Studie wurde im Zeitraum von Januar 2000 bis Dezember 2003 in Zusammenarbeit mit der Sonnenberg Klinik Stuttgart durchgeführt. Die Klinik hat 102 Betten und ist ein Plankrankenhaus nach §108 2. SGB V im Gebiet „Psychotherapeutische Medizin“ mit der Sonderfunktion „Krankenhaus für analytische Psychotherapie“ und ist spezialisiert auf die Durchführung psychoanalytischer Langzeittherapien. Sie besteht aus zwei Behandlungsbereichen; dem Bereich Psychotherapie und dem Bereich Psychosomatik. In jedem Bereich gibt es sieben Abteilungen mit sechs bis zehn Behandlungsplätzen. In einigen Abteilungen wird dabei nach störungsspezifischen Konzepten behandelt (z. B. Abteilung für Angststörungen, Abteilung für Persönlichkeitsstörungen, Abteilung für Essstörungen).
Die Daten der vorliegenden Studie wurden im Rahmen des durch die Forschungsstelle für Psychotherapie in der Klinik einzuführenden Qualitätssicherungsprogramms erhoben. Durch die räumliche Nähe zwischen Klinik und Forschungsstelle, die sich in benachbarten Gebäuden befinden, war ein schneller Informationsfluss zwischen den Einrichtungen gewährleistet.

2. Datenbasis: Messzeitpunkte und Erhebungsinstrumente

2.1 Patienten- und Therapeutenfragebögen

Die Patienten wurden zum Zeitpunkt der Aufnahme, vier Wochen danach (Zwischenerhebung) sowie bei der Entlassung befragt. Darüber hinaus wurde eine katamnestische Befragung sechs Monate nach der Entlassung durchgeführt. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten eingesetzten Instrumente aus Sicht der Patienten.

Tabelle 2: Inhalt der Patientenfragebögen zu den verschiedenen Messzeitpunkten

	A	ZE	E	K
Soziodemografische Angaben	•			
Krankheitsanamnestische Angaben	•			
Symptom-Checkliste SCL-90-R (Franke, 1995)	•		•	•
Inventar Interpersonaler Probleme IIP (Horowitz, Strauß, Kordy, 2000)	•		•	•
Gießener Beschwerdebogen GBB (Brähler & Scheer, 1995)	•	•	•	•
Ergebnisfragebogen EB-45 (Lambert et al., 2002b)	•	•	•	•
Patientenzufriedenheit ZUF-8 (Schmidt, Lamprecht & Wittmann, 1989)		•	•	•
Helping Alliance Questionnaire HAQ (Bassler, Potratz & Krauthauser, 1995)	•	•	•	•
Fragebogen zur Lebenszufriedenheit FLZ (Fahrenberg, Myrtek, Wilk & Kreutel, 1986)	•	•	•	•
Veränderungseinschätzung des Befindens relativ zum Behandlungsbeginn PAE (Forschungsstelle, 1995)		•	•	•

Anmerkungen. A = Aufnahme, ZE = Zwischenerhebung, E = Entlassung, K = Katamnese.

Die Einschätzung der Therapeuten wurde zum Zeitpunkt der Aufnahme und der Entlassung erfasst. Der Inhalt der Therapeutenbögen ist in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Inhalt der Therapeutenfragebögen zu den verschiedenen Messzeitpunkten

	A	E
Diagnose nach ICD-10 (WHO; 1993)	•	•
Krankheitsanamnestische Angaben (Krankheitsdauer und –schwere; frühere Behandlungen)	•	
Krankheitsbezogene Angaben (Überweisungsweg, Arbeitsunfähigkeit, etc.)	•	
Medikation	•	•
Therapieziele und Motivation des Patienten	•	•
Beeinträchtigungsschwerescore BSS (Schepank, 1995)	•	•
Helping Alliance Questionnaire HAQ (Alexander & Luborsky, 1986)	•	•
Veränderungseinschätzung des Befindens relativ zum Behandlungsbeginn THE (Forschungsstelle, 1995)		•

Anmerkungen. A = Aufnahme, E = Entlassung

Die Mehrzahl der verwendeten Instrumente sind Standardverfahren im Bereich der Psychotherapieforschung und der Qualitätssicherung, zu denen umfangreiche Normierungs- und Validierungsstudien vorliegen. Skalenwerte wurden nur dann berechnet, wenn mindestens 80% der Einzelitems beantwortet wurden.
Im einzelnen deckt das Erhebungsinventar folgende Bereiche ab:

a) Psychische Beeinträchtigung

Die psychischen Beschwerden wurden mittels der deutschen Übersetzung der Symptom-Checkliste (SCL-90-R; Derogatis, 1986; deutsche Bearbeitung von Franke, 1995) erfasst. Die SCL-90-R umfasst 90 Items mit fünfstufigem Antwortformat (1 = überhaupt nicht / 5 = sehr stark), die zu neun Unterskalen (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, soziale Unsicherheit, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, phobische Angst, paranoides Denken, Psychotizismus) zusammen gefasst werden. Ferner lassen sich mehrere allgemeine Indizes berechnen, wovon der gebräuchlichste der „Globale Schwereindex" (GSI) ist, welcher die mittlere Belastung über alle 90 Items ausdrückt.
Speziell für die wiederholte Erfassung der psychischen Beeinträchtigung im Verlauf der Therapie wurde das „Outcome-Questionnaire" (OQ-45) entwickelt (Lambert et al., 1996b). In der vorliegenden Arbeit kam dessen deutsche Übersetzung, der Ergebnisfragebogen (EB-45; Lambert et al., 2002b), zum Einsatz. Der Bogen besteht aus 45 Items (fünfstufige Antwortskala; 1 = nie / 5 = immer), aus denen sich drei Unterskalen bilden lassen: Die Skala „Symptombelastung" (SYM) besteht aus 25 Items und erfasst die aktuelle psychische Belastung des Patienten. Über 11 Items wird die Skala „Interpersonale Beziehungen" (INT) gebildet und 9 Fragen erfassen die „Soziale Integration" (SOZ) des Patienten. Zusätzlich wird über die Summe aller 45 Items die Gesamtbeeinträchtigung des Patienten abgebildet.
Aus Perspektive der Therapeuten wurde die Belastung des Patienten über den Beeinträchtigungsschwerescore (BSS; Schepank, 1995) erfasst. Auf den drei Subskalen körperliche Beeinträchtigung, Beeinträchtigung im psychischen Bereich und sozialkommunikative Beeinträchtigung werden Werte zwischen 0 (keine Beeinträchtigung) und 4 (extreme Beeinträchtigung) vergeben. Die Summe über die drei Bereiche drückt die Gesamtbeeinträchtigung aus.

b) Körperliche Beeinträchtigung

Die körperlichen Beschwerden bzw. die psychosomatische Bedingtheit körperlicher Symptome wurden mit der Kurzform des Gießener Beschwerdebogens (GBB-24; Brähler & Scheer, 1995) erfasst. Diese besteht aus 24 Items, die zu einem Summenwert zusammen gefasst werden. Das Antwortformat ist fünfstufig (1 = nie / 5 = fast immer).

c) Beeinträchtigung im interpersonalen Bereich

Neben der Subskala „Interpersonale Beziehungen" des EB-45 (s.o.) wurde die deutsche Übersetzung des Inventars Interpersonaler Probleme (IIP; Horowitz et al., 2000) zur Erfassung von Problemen im interpersonalen Bereich verwendet. Der Fragebogen umfasst 64 Items, die zu acht Summenskalen (autokratisch/dominant, streitsüchtig/konkurrierend, abweisend/kalt, introvertiert/sozial vermeidend, selbstunsicher/unterwürfig, ausnutzbar/nachgiebig, fürsorglich/freundlich, expressiv/aufdringlich) zusammengefasst werden. Die Fragen werden auf einem fünfstufigen Antwortformat beantwortet (0 = nicht / 4 = sehr).

d) Lebensqualität

Die Lebensqualität der Patienten wurde mit dem Fragebogen zur Erfassung der Lebenszufriedenheit (FLZ; Fahrenberg et al., 1986) erhoben. Dieser erfragt die Zufriedenheit bezüglich acht zentraler Lebensbereiche (Gesundheit, Familie, soziales Umfeld, Beruf, etc.) mittels siebenstufiger Items (1 = sehr zufrieden / 7 = sehr unzufrieden). Der Summenwert der acht Items dient zur Gesamteinschätzung der Lebenszufriedenheit.

e) Qualität der therapeutischen Beziehung

Die therapeutische Arbeitsbeziehung wurde aus Patienten- und Therapeutenperspektive mit der deutschen Übersetzung des Helping-Alliance Questionnaire (HAQ; Alexander & Luborsky, 1986; deutsche Bearbeitung von Bassler et al., 1995) erfasst. Die Patienten beantworten dazu elf, die Therapeuten neun sechsstufige Items (-3 = sehr unzutreffend / +3 = sehr zutreffend). Der Mittelwert drückt die Gesamtzufriedenheit mit der therapeutischen Beziehung aus.

f) Zufriedenheit

Die Zufriedenheit der Patienten mit der erhaltenen Behandlung wurde mittels des Fragebogens zur Erfassung der Patientenzufriedenheit (Schmidt et al., 1989) erhoben. Dieser stellt die deutsche Fassung des Client Satisfaction Questionnaire

(CSC; Atkisson & Zwick, 1983) dar. Die Kurzform ZUF-8 enthält acht Items, die die Zufriedenheit mit der stationären Behandlung auf einer vierstufigen Skala (1 = sehr unzufrieden / 4 = sehr zufrieden) erfasst. Der Summenwert drückt die Gesamtzufriedenheit eines Patienten aus.

Neben den genannten Instrumenten, die die Beeinträchtigung der Patienten zu den einzelnen Erhebungszeitpunkten erfassen, wurde der Fragebogen „Direkte Veränderungseinschätzung" eingesetzt, um Veränderungen zwischen zwei Zeitpunkten aus Sicht des Patienten und des Therapeuten zu erfassen. Dabei wurde die Veränderung in sieben Bereichen (seelisches Befinden, körperliches Befinden, berufliche Situation, soziale Situation, private Situation, Selbstwert, Leistungsfähigkeit) auf einer fünfstufigen Skala (1 = sehr verschlechtert / 5 = sehr verbessert) beurteilt. Der Summenwert über die Einzelbereiche drückt die Gesamtbeurteilung der wahrgenommenen Veränderung aus. Die Perspektive des Patienten (PAE) wurde zur Zwischenerhebung, Entlassung und Katamnese jeweils relativ zum Behandlungsbeginn erhoben. Die Therapeuten bewerteten die Veränderungen zum Zeitpunkt der Entlassung (THE).

2.1.1 Akzeptanzfragebögen

Um die Akzeptanz der Intervention bei den Therapeuten zu erfassen, füllten diese zu jeder erhaltenen Rückmeldung einen Fragebogen aus. Zur Erfassung der Zustimmung zum Feedback nach der Entlassung kam der Bogen zum Einsatz, der im Rahmen des Stuttgart-Heidelberger Modells entwickelt wurde (vgl. II.1.4). Zu den Rückmeldungen nach der Zwischenerhebung beantworteten die Therapeuten ebenfalls, inwiefern sie dieser Bewertung zustimmten. In Phase 4 gaben sie darüber hinaus an, inwiefern sie der Empfehlung bzgl. der Weiterbehandlung zustimmten und in welchen Bereichen sie weiteren Behandlungsbedarf sahen. Ferner wurden sie um eine Einschätzung der Therapiedauer gebeten, die sie für realistisch bzw. für notwendig erachteten. Je ein Exemplar der verschiedenen Akzeptanzfragebögen befindet sich in Anhang A.

2.2 Globale Erfolgsmaße

Nach den unter II.1.3.2 beschriebenen Bewertungsregeln wurden die Informationen, die zum Zeitpunkt der Aufnahme und Entlassung mittels der einzelnen Fragebögen erhoben wurden, sowie die Veränderungen zwischen den Erhebungen, zu einem globalen Erfolgsmaß kombiniert. Als Resultat wird jede einzelne Be-

handlung als „sehr gut", „gut" oder „auffällig" bewertet. In die Bewertung zu Behandlungsende werden Informationen aus SCL-90-R, GBB, IIP, FLZ, PAE sowie BSS und THE einbezogen.

Die Bewertungsroutine wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit zur Entwicklung des Feedbacksystems auf die Veränderungen zwischen Aufnahme und Zwischenerhebung übertragen. Auf Basis des reduzierten Fragebogens, den die Patienten nach den ersten vier Wochen der Behandlung ausfüllen, liegt somit auch eine globale Beurteilung der ersten Behandlungsphase basierend auf GBB sowie den vier Subskalen des EB-45 und PAE vor.

3. Intervention

3.1 Entwicklung des Feedbacksystems

Die Daten von 263 Patienten, die in den ersten beiden Phasen der Studie erhoben wurden, wurden genutzt, um zwei unterschiedliche Formen der Rückmeldung nach der Zwischenerhebung zu entwickeln.

(1) Rückmeldung basierend auf Response/Nonresponse

Wie beschrieben gehen nahezu sämtliche bislang vorliegende Qualitätsmanagementsysteme davon aus, dass ausbleibende positive Veränderungen zu Beginn der Behandlung mit einem erhöhten Risiko für ein negatives Behandlungsergebnis assoziiert sind. Diese Annahme wurde anhand der Daten der ersten beiden Phasen der Studie überprüft. Dazu wurde die Stichprobe in zwei Gruppen unterteilt: Diejenigen Patienten, deren Verlauf nach den ersten vier Behandlungswochen gemäß des Stuttgart-Heidelberger Modells als „auffällig" bewertet wurde, wurden als „Nonresponder" angesehen, da bei ihnen zur Zwischenerhebung entweder keine Veränderungen oder negative Entwicklungen verglichen mit der Aufnahmeerhebung festgestellt wurden (für die Konzeption des Auffälligkeitssignals s. II.1.3.2). Die übrigen Patienten wurden als Responder angesehen, da bei ihnen in der ersten Behandlungsphase eine positive Entwicklung beobachtet wurde. 55.5% der Patienten (n = 127) wurden nach der Zwischenerhebung als Nonresponder klassifiziert, 45.5% (n = 102) als Responder. Bei 34 Patienten war eine Bewertung aufgrund unvollständiger Informationen nicht möglich.

Um zu überprüfen, ob Patienten, die nach der ersten Behandlungsphase als Nonresponder klassifiziert wurden, ein erhöhtes Risiko für ein negatives Behandlungsergebnis besitzen, wurden Responder und Nonresponder in Hinblick auf die

Auffälligkeitsrate bei Entlassung sowie ihre Beeinträchtigung in den erfassten Einzelbereichen verglichen.

Tabelle 4 zeigt die Auffälligkeitsraten bei Entlassung, welche sich signifikant zwischen Respondern und Nonrespondern unterschieden (χ^2 (1) = 13.76, p < .01). Der Odds Ratio Wert zeigt, dass Nonresponder verglichen mit Respondern ein dreifach erhöhtes Risiko für ein als auffällig bewertetes Behandlungsergebnis besitzen.

Tabelle 4: Auffälligkeitsrate bei Entlassung in Abhängigkeit von Response/Nonresponse

	Auffälligkeit		OR (95%-KI)	χ^2	df	p
	ja	nein				
Responder	23.4%	76.6%	3.06 (1.68; 5.57)	13.76	1	.00
Nonresponder	48.3%	51.7%				

Anmerkungen. OR = Odds Ratio, KI = Konfidenzintervall.

Dieser Befund, demzufolge Nonresponder die Therapie in schlechterem Zustand beenden als Responder, bestätigt sich, wenn man die psychische, physische und soziale/interpersonale Beeinträchtigung der Gruppen zu Entlassung betrachtet (Bei Aufnahme unterschieden sich die Gruppen in keinem der erhobenen Parameter. Für die Beschreibung der initialen Beeinträchtigung der Patienten in den verschiedenen Phasen der Studie s. III.4.2.3): In einer multivariaten Varianzanalyse mit der Zwischensubjektvariable „Zustand zur Zwischenerhebung" (Response/Nonresponse) und den neun Ergebnisparametern (s.u.) als Messwiederholungsvariable ergaben sich für beide Variablen signifikante Haupteffekte (Haupteffekt Messwiederholung: Wilks' λ = .04, F (8, 122) = 363.98, p < .001; Haupteffekt „Zustand zur Zwischenerhebung": F(1, 129) = 21.66, p < .001), die allerdings in einem signifikanten Interaktionseffekt aufgehen (Wilks' λ = .79, F (8, 122) = 4.11, p < .001). Demnach unterscheidet sich die Beeinträchtigung in den Ergebnisparametern in Abhängigkeit vom Zustand zur Zwischenerhebung.

Zur Lokalisierung der Effekte wurden t-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt (Tabelle 5). Um der α-Fehler-Kumulierung entgegenzuwirken, wurde das Signifikanzniveau von p ≤ .05 gemäß der Anzahl der Analysen (n = 9) korrigiert (Bonferroni-Korrektur, vgl. Bortz, 1999).

Tabelle 5: Beeinträchtigung bei Entlassung in Abhängigkeit von Response/Nonresponse

Skala	ZE-Status	M (SD)	Median	N	t	df	p
SCL-90-R GSI	Nonresponder	1.13 (0.63)	0.99	206	4.49	204	<.001
	Responder	0.76 (0.57)	0.60				
EB-45 SYM	Nonresponder	45.93 (16.45)	45.00	199	5.90	197	<.001
	Responder	32.54 (15.39)	33.00				
EB-45 INT	Nonresponder	17.38 (6.41)	17.00	199	1.95	197	<.05
	Responder	15.64 (6.14)	16.00				
EB-45 SOZ	Nonresponder	14.55 (5.47)	14.00	180	3.15	178	<.001
	Responder	12.02 (5.20)	11.00				
EB-45 TOTAL	Nonresponder	77.45 (24.96)	76.00	199	5.03	197	<.001
	Responder	59.80 (24.29)	60.00				
PAE	Nonresponder	21.48 (4.58)	22.00	170	3.15	168	<.001
	Responder	19.44 (3.76)	20.00				
GBB	Nonresponder	28.74 (15.76)	25.00	202	4.46	200	<.001
	Responder	18.99 (15.05)	17.00				
FLZ	Nonresponder	31.98 (9.97)	31.50	172	4.08	170	<.001
	Responder	26.03 (8.97)	24.00				
BSS	Nonresponder	4.44 (1.95)	4.00	220	3.32	218	<.001
	Responder	3.59 (1.82)	3.00				

Anmerkungen. ZE-Status = Zustand zur Zwischenerhebung. GSI = Globaler Schwereindex, EB-45 = Ergebnisfragebogen, SYM = Symptombelastung, INT = Interpersonale Beziehungen, SOZ = Soziale Integration, PAE = Direkte Veränderungseinschätzung, GBB = Gießener Beschwerdebogen, FLZ = Fragebogen zur Lebenszufriedenheit, BSS = Beeinträchtigungsschwerescore.

Die Ergebnisse der Mittelwertvergleiche zeigen, dass diejenigen Patienten, die zur Zwischenerhebung als Nonresponder klassifiziert worden waren, in allen erfassten Parametern bei Entlassung signifikant mehr Belastung zeigten als diejenigen, die als Responder eingestuft worden waren (mit Ausnahme der Beeinträchtigung im interpersonalen Bereich (EB-45 INT), für welche sich jedoch bei Verzicht auf die Bonferroni-Korrektur ebenfalls ein signifikanter Befund zeigt). Nonresponder berichteten demnach mehr psychische (SCL-90-R GSI, EB-45 SYM) und körperliche Beschwerden (GBB) und gaben eine geringere Lebenszufriedenheit (EB-45 SOZ, FLZ) an. Ferner berichteten sie weniger Verbesserungen ihres Befindens (PAE) als die als Responder klassifizierten Patienten und wurden auch aus Perspektive der behandelnden Therapeuten (BSS) als stärker beeinträchtigt beschrieben.

Abbildungen 5 und 6 zeigen exemplarisch die von Respondern und Nonrespondern berichtete psychische und körperliche Beeinträchtigung zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten.

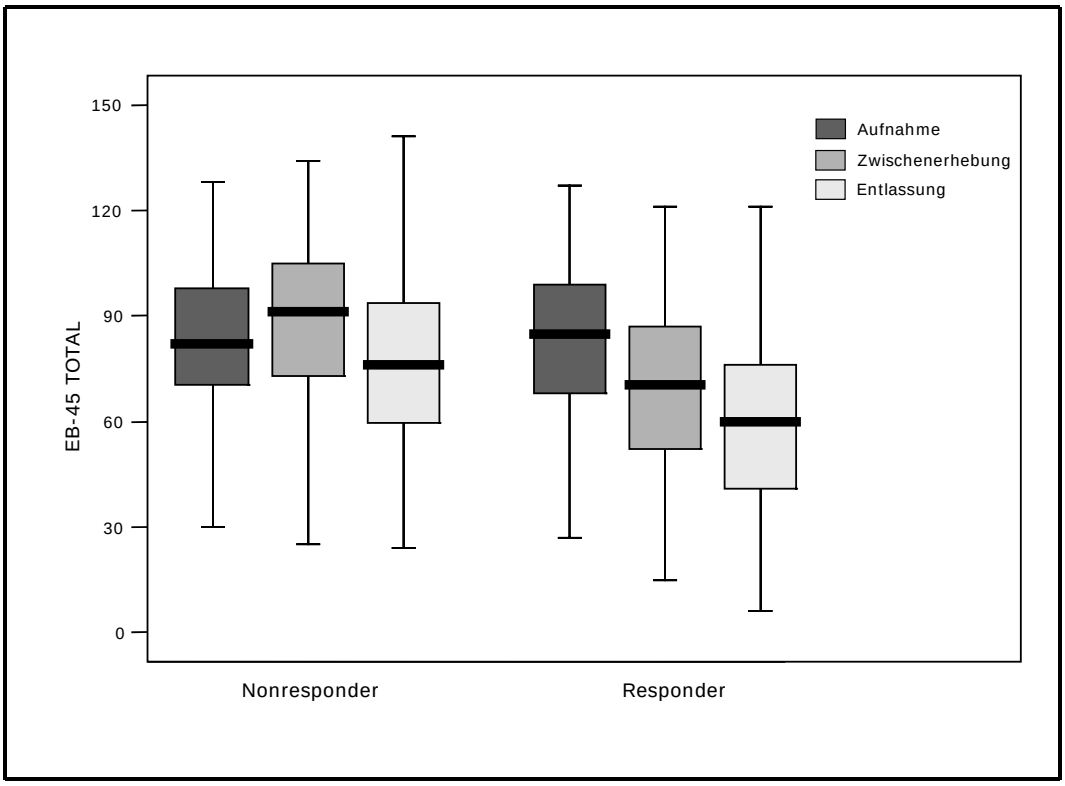


Abbildung 5: Psychische Beeinträchtigung (EB-45) von Respondern und Nonrespondern zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten

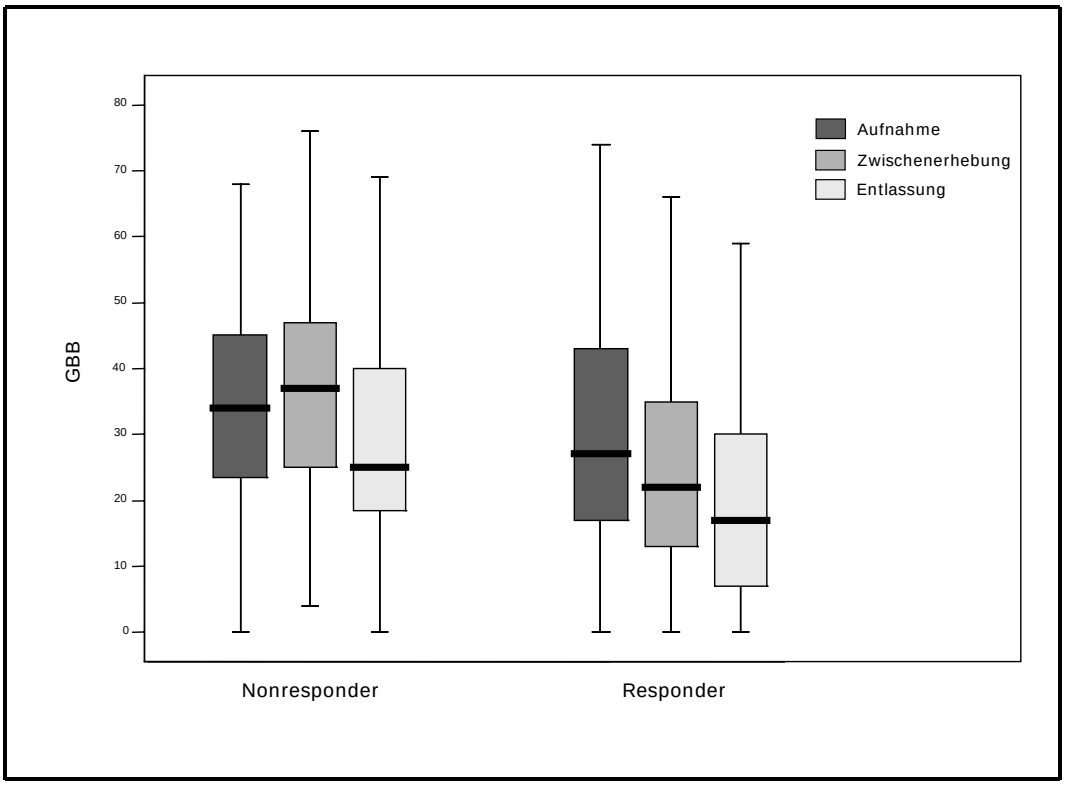


Abbildung 6: Körperliche Beeinträchtigung (GBB) von Respondern und Nonrespondern zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten

Basierend auf diesen Befunden wurde den Therapeuten als erste Form des Feedbacks während der Behandlung die beschriebenen Informationen über Response bzw. Nonresponse zurück gemeldet (Phase 3 der Studie).

(2) Rückmeldung mit Behandlungsempfehlung basierend auf dem Beeinträchtigungsstatus zur Zwischenerhebung

Wie beschrieben besteht für Nonresponder ein erhöhtes Risiko, die Behandlung in schlechterem Zustand zu beenden als Responder. Jedoch zeigen bereits die in Abbildungen 5 und 6 dargestellten Befunde, dass sich das Befinden beider Gruppen nach der Zwischenerhebung im Mittel verbessert. Allerdings erreichen die Nonresponder bis zur Entlassung nicht das gleiche Beeinträchtigungsniveau wie die Responder. Die Ursache hierfür könnte schlicht darin bestehen, dass für Patienten, die anfänglich keine oder negative Veränderungen zeigten (Nonresponder), die Zeit nach der Zwischenerhebung nicht mehr ausreichte, um die Behandlung genauso (un)beeinträchtigt zu beenden wie die initialen Responder.
In Anlehnung an die Überlegungen von Percevic und Kordy (2002) wurde der Zusammenhang zwischen den Veränderungsraten in der ersten Phase der Be-

handlung (Aufnahme bis Zwischenerhebung) und im weiteren Therapieverlauf (Zwischenerhebung bis Entlassung) untersucht (Bauer & Kordy, 2002). Kurz zusammengefasst ergab sich folgendes Bild: Für die erfassten Parameter der psychischen, physischen und interpersonalen Beeinträchtigung lagen die Zusammenhänge lediglich zwischen $r\ (216) = -.20$ und $r\ (212) = -.26$. Da diese Korrelationen auf wiederholten Messungen (mit nicht perfekt reliablen Instrumenten) beruhen, ist ein Effekt der sog. „Regression zur Mitte" (vgl. Bortz, 1999) nicht ausgeschlossen. Damit wären die tatsächlichen Zusammenhänge der Veränderungsraten noch niedriger als diese Schätzungen. Die beobachteten Zusammenhänge sind demnach so gering, dass es nicht möglich war, die Veränderung im Befinden eines Patienten in der ersten Therapiephase als Prädiktor für die weitere Entwicklung oder das Behandlungsergebnis anzusehen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass für Responder und für Nonresponder die gleiche Wahrscheinlichkeit besteht, sich in der zweiten Behandlungsphase (nach der Zwischenerhebung) in ihrem seelischen und körperlichen Befinden zu verbessern. Die Befunde stimmen überein mit Ergebnissen einer Studie (Percevic & Kordy, 2002), in der Patienten derselben Klinik während ihres Aufenthaltes im monatlichen Abstand befragt wurden. Es zeigte sich, dass die Gesundungsverläufe nach dem ersten Behandlungsmonat einem linearen Trend in Richtung der Symptomabnahme folgen.

In der hier untersuchten Stichprobe erwiesen sich auch die Einflüsse des Ausmaßes der zu Beginn der Behandlung berichteten Beschwerden (Patienten- und Therapeutenangabe) sowie von Informationen wie beispielsweise Diagnose, Erkrankungsdauer, Vorbehandlungen, Alter oder soziodemografische Angaben auf das Behandlungsergebnis als gering, d.h. es konnten keine bedeutsamen Risikoindikatoren für ein negatives Ergebnis identifiziert werden (vgl. Bauer & Kordy, 2002). Die genannten Befunde hatten entsprechende Implikationen für das zu entwickelnde Feedbacksystem:

a) Es ist nicht sinnvoll, zum Zeitpunkt der Zwischenerhebung eine Prognose bzgl. des Therapieoutcomes an die Therapeuten zurückzumelden, da sich der Gesundungsverlauf von Nonrespondern nach der Zwischenerhebung nicht von demjenigen von Respondern unterschied.
b) Es ist nicht sinnvoll, zum Zeitpunkt der Zwischenerhebung eine Empfehlung bzgl. einer Änderung der Behandlungsstrategie auszusprechen.

Es stellt sich die Frage, welche Aussagen bzgl. der weiteren Behandlung auf Basis der dargestellten Befunde, nach denen nicht die anfänglichen Veränderungen, sondern vielmehr der nach vier Wochen erreichte Zustand prognostische Bedeutung besitzt, zulässig sind. Die Ergebnisse legen zwei Schlussfolgerungen nahe: 1. Die Symptomatik der behandelten Patienten nimmt im Mittel ab und 2. Der Behandlungsdauer muss ein wichtiger Stellenwert bei der Rückmeldung eingeräumt werden. Demnach ist der Abstand, den das Befinden des Patienten von einem als „gesund" (oder „unbeeinträchtigt" oder „funktional") definierten Bereich aufweist, als wichtigste Informationskomponente einer Rückmeldung zu betrachten.

Entsprechend beinhaltete die auf Grundlage dieser Ergebnisse konzipierte Rückmeldung in Ergänzung zum bereits oben beschriebenen Feedback über die Veränderungen in der ersten Behandlungsphase Informationen zu zwei Aspekten: Erstens, ob das Befinden eines Patienten bereits zur Zwischenerhebung im funktionalen Bereich liegt und zweitens, wie weit die Beeinträchtigung des Patienten vom funktionalen Bereich entfernt ist bzw. wie lange die Behandlung fortgesetzt werden müsste, damit der funktionale Bereich erreicht wird. Diese Dauer wurde über eine lineare Regressionsgleichung unter Verwendung der in den ersten beiden Phasen der Studie geschätzten Veränderungsgeschwindigkeit geschätzt und den Therapeuten mit dem entsprechenden Konfidenzintervall berichtet. Zusätzlich wurde eine Empfehlung bzgl. der weiteren Behandlung gegeben, indem für Patienten, die den funktionalen Bereich nicht erreicht hatten eine Fortsetzung der Behandlung empfohlen wurde. Für diejenigen, die sich zur Zwischenerhebung als unbeeinträchtigt beschrieben hatten, wurde geraten, die baldige Beendigung der Behandlung zu erwägen.

Selbstverständlich signalisiert das Erreichen des hier definierten „funktionalen Bereiches" lediglich das Erreichen eines sehr groben und gewissermaßen minimalen Zieles. Auch die Schätzung der notwendigen Behandlungsdauer kann angesichts der bestehenden Messfehlerproblematik nicht sehr präzise sein. Es sei ausdrücklich darauf hingewiesen und dies wurde auch den therapeutischen Teams vor Beginn der Feedbackeinführung vermittelt, dass es nicht Ziel der Rückmeldung war, den Entlassungszeitpunkt zu prognostizieren oder gar zu bestimmen. Vielmehr sollte die Rückmeldung dazu dienen, den Therapeuten einen Hinweis zu geben, wie weit ein Patient vom Zielbereich entfernt ist. Mit dem

Ziel, zu einer flexibleren Verteilung von Ressourcen (d.h. der Behandlungszeit) beizutragen, so dass Patienten, die weiter vom Zielbereich entfernt sind, mehr Zeit bekommen und diejenigen, die dichter daran sind bzw. ihn bereits erreicht haben, weniger.

Als Maß für die Beeinträchtigung wurde in der vorliegenden Studie der Gesamtscore des EB-45 verwendet. Der „funktionale Bereich" wurde bestimmt, indem ein Trennwert zwischen der Patientenpopulation und der zur Normierung der deutschen Übersetzung des Instrumentes erhobenen Bevölkerungsstichprobe (Lambert et al., 2002b) berechnet wurde. Der Score, der den funktionalen vom nonfunktionalen Bereich trennt, lag bei 63 Punkten und entspricht damit dem Wert, der von Lambert et al. (1996b) auch für die amerikanischen Studien ermittelt wurde (für die Berechnung des Cutoffs s. IV.4.2.3).

3.2 Studiendesign

3.2.1 Phasen der Studie

Das Qualitätsmanagementprogramm, das Gegenstand dieser Arbeit ist, wurde so konzipiert, dass sich das gewählte Vorgehen, im Falle seiner Bewährung in gleicher Form in die klinische Alltagsroutine implementieren lassen sollte. Seine Einführung erfolgte in vier Phasen, die im Folgenden beschrieben werden. Die berichteten Zeiträume der Phasen beziehen sich jeweils auf das Aufnahmedatum der Patienten. Je ein Exemplar der verwendeten Rückmeldebögen befindet sich in Anhang B.

Phase 1: Baseline

Von Januar bis September 2000 wurden von Patienten und Therapeuten Daten erhoben. In dieser Phase wurden keine Rückmeldungen gegeben. Es liegen Daten von 207 Patienten vor.

Phase 2: Ergebnisrückmeldung nach dem Stuttgart-Heidelberger Modell

In Phase 2 (September 2000 bis Juni 2001) wurde das Qualitätssicherungskonzept nach dem Stuttgart-Heidelberger Modell (vgl. II.1.3.2) in der Klinik eingeführt. In den einzelnen Stationen fanden regelmäßig Qualitätszirkel statt, in denen die Behandlungen der entlassenen Patienten anhand der standardisierten Ergebnisevaluation (Abbildungen 2 und 3) vorgestellt und mit den therapeutischen Teams diskutiert wurden.

Zu jeder besprochenen Behandlung füllte der behandelnde Therapeut abschließend einen Fragebogen aus, inwiefern er den in der Rückmeldung enthaltenen Informationen zustimmte. Es liegen Daten von 106 Patienten vor.

Phase 3: Zwischenrückmeldung basierend auf Response/Nonresponse

In Phase 3 (Juli 2001 bis Juli 2002) wurden in den Qualitätszirkeln zusätzlich zu den Behandlungen der entlassenen Patienten die Veränderungen von der Aufnahme bis zur Vierwochenerhebung von Patienten, die sich noch in Behandlung befanden, besprochen. Grundlage dieser Besprechungen waren die Veränderungsbewertungen, die nach dem Bewertungsalgorithmus des Stuttgart-Heidelberger Modells berechnet wurden und den Therapeuten Informationen über Response/Nonresponse des Patienten lieferten. Auch in diesen Besprechungen füllten die Therapeuten zu jeder Rückmeldung einen Fragebogen aus, der erfasste, ob und inwiefern ihre klinische Einschätzung mit diesem Feedback übereinstimmte. Ferner wurde erfasst, inwiefern die Therapeuten die Informationen als relevant erachteten und annahmen sie für die weitere Behandlung nutzen zu können.

Da nur dann ein Effekt der Zwischenrückmeldung zu erwarten ist, wenn sie den Therapeuten zeitnah zur Verfügung gestellt wird und es aus organisatorischen Gründen nicht möglich war, jeden einzelnen Fall mit dem jeweiligen Team zu besprechen, erhielten die Therapeuten in den Phasen zwischen den Besprechungen die Rückmeldung zu den Zwischenerhebungen in schriftlicher Form. Das heißt, sie bekamen die beiden standardisierten Rückmeldebögen sowie einen schriftlichen Kommentar zu den darauf abgebildeten Veränderungen und den Akzeptanzfragebogen mit der Bitte, diesen ausgefüllt zurück zu geben. Es liegen Daten von 109 Patienten vor.

Phase 4: Zwischenrückmeldung mit Behandlungsempfehlung

In der vierten Phase (Oktober 2002 bis Oktober 2003) wurde die Zwischenrückmeldung aus Phase 3 ergänzt durch Informationen, die sich auf die weitere Behandlungsplanung bezogen: Zum einen bekamen die Therapeuten in Abhängigkeit vom aktuellen Zustand des Patienten eine Empfehlung, die Therapie fortzusetzen oder eine baldige Beendigung zu erwägen. In erstem Fall erhielten sie darüber hinaus eine Prognose bzgl. des weiteren Behandlungsbedarfs, d.h. eine Schätzung bzgl. der Zeit, die der Patient voraussichtlich benötigen würde, um den funktionalen Bereich zu erreichen. Auch in dieser Phase erhielten die Thera-

peuten in den Phasen zwischen den Besprechungen die Rückmeldung in schriftlicher Form und wurden gebeten, einen entsprechenden Akzeptanzfragebogen zu jeder Rückmeldung auszufüllen. Es wurden außerdem weiterhin die Behandlungen der entlassenen Patienten besprochen. Es liegen Daten von 104 Patienten vor.

3.2.2 Vergleichsgruppen

Ein randomisiertes Studiendesign ließ sich aufgrund des zu erwartenden organisatorischen Aufwandes von Seiten der Klinik nicht realisieren. Um die Effekte der Rückmeldung zu untersuchen, wurden für die Phasen 3 und 4 Vergleichsgruppen gebildet. Diese bestehen aus Patienten, die im selben Zeitraum behandelt wurden wie die Patienten der entsprechenden Interventionsgruppe und die den Zwischenerhebungsbogen rechtzeitig ausgefüllt und abgegeben haben, deren Daten jedoch aufgrund eines der folgenden Gründe nicht für die Rückmeldung an die Therapeuten genutzt wurden:

a) Verzögerung beim Rücklauf der Bögen aus der Klinik in die Forschungsstelle (z. B. wegen Urlaub oder Krankheit der zuständigen Klinikmitarbeiterin),
b) Verzögerung bei der Dateneingabe und Datenauswertung in der Forschungsstelle, die eine zeitnahe Rückmeldung verhinderten oder
c) Abwesenheit eines Therapeuten, so dass eine zeitnahe Rückmeldung ihn nicht erreicht hätte.

Für die beiden Vergleichsgruppen zu Phase 3 und 4 liegen Daten von 121 bzw. 104 Patienten vor. Im Folgenden werden diese Patientengruppen mit 3-K bzw. 4-K bezeichnet.

4. Datenbasis: Stichprobe

4.1 Einschlusskriterien

Entsprechend des naturalistischen Designs der Untersuchung gab es keine Ein- oder Ausschlusskriterien. Alle im Erhebungszeitraum in die Klinik aufgenommenen Patienten, die die Qualitätssicherungsfragebögen ausfüllten, wurden in die Studie einbezogen. Voraussetzung für den Einschluss in die Untersuchung waren das Vorliegen des Fragebogens „Patient Aufnahme" sowie das „rechtzeitige" Ausfüllen des Zwischenerhebungsbogens durch den Patienten. Letzteres bedeutete, dass der Patient den Bogen nach 28 ± 7 Tagen seines stationären Aufenthaltes ausfüllte und abgab. Ausgeschlossen wurden entsprechend Patienten, die einen der ersten beiden Bögen nicht oder zu spät ausfüllten oder deren Behandlung bereits vor Ablauf der ersten vier Wochen endete oder durch eine Verlegung unterbrochen wurde.

4.2 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt wurden 704 Patienten in die Untersuchung einbezogen, die wie oben beschrieben in sechs verschiedene Gruppen (1 bis 4 sowie 3-K und 4-K) eingeteilt waren. Im folgenden wird ein Überblick über die soziodemographischen Angaben, die Diagnoseverteilungen sowie die Beeinträchtigung der Patienten zu Beginn der Behandlung und nach der ersten Therapiephase gegeben. Es wurde überprüft, ob und inwiefern sich die Patienten in den verschiedenen Phasen der Studie voneinander unterschieden, um eventuelle Einflüsse in den Analysen zu berücksichtigen.

4.2.1 Soziodemografische Angaben

Tabelle 6 zeigt die soziodemografischen Merkmale der Gesamtstichprobe sowie die Verteilung der Merkmale in den einzelnen Gruppen. Die Unterschiede zwischen den Gruppen wurden mittels einfaktorieller Varianzanalysen und Chi-Quadrat-Tests auf Signifikanz überprüft. Im Durchschnitt waren die Patienten zum Erhebungszeitpunkt knapp 35 Jahre alt (SD = 12, Min = 18, Max = 79). Zwischen den verschiedenen Gruppen zeigten sich keine Unterschiede ($F(5,693) = 1.51$, n.s.). Auch bezüglich der Geschlechterverteilung unterschieden sich die Gruppen nicht ($\chi^2(5) = 7.36$, n.s.). Die Gesamtstichprobe besteht zu 71% aus Frauen. Mit 63% ist die Mehrzahl der Patienten ledig. 23% sind verheiratet, 4% leben getrennt und

10% sind geschieden. Es bestanden keine Unterschiede zwischen den Einzelgruppen bezüglich des Familienstandes ($\chi^2(20) = 24.29$, n.s.). Auch in Hinblick auf Schulbildung und Berufsabschluss unterschieden sich die Gruppen nicht voneinander ($\chi^2(20) = 16.93$, n.s. bzw. $\chi^2(30) = 41.53$, n.s.). Die Mehrzahl der Patienten verfügt über einen gymnasialen Schulabschluss (43%). 30% der Patienten haben eine Lehre abgeschlossen und 23% besitzen einen Universitäts- oder Fachhochschulabschluss.

Tabelle 6: Soziodemographische Angaben

Phase (N)	1 (157)	2 (106)	3 (109)	3-K (121)	4 (104)	4-K (107)	gesamt (704)
Alter [M (SD)]	34.62 (11.76)	36.78 (13.20)	33.80 (11.12)	35.21 (11.36)	36.10 (12.30)	32.98 (12.61)	34.89 (12.12)
Geschlecht [%]							
weiblich	66.0	66.0	73.8	78.5	74.5	70.8	71.4
männlich	34.0	34.0	26.2	21.5	25.5	29.2	28.6
Familienstand [%]							
ledig	65.0	52.9	69.2	65.3	55.4	67.6	62.8
verheiratet	21.7	29.8	18.7	21.5	24.8	19.0	22.5
getrennt lebend	4.9	7.7	0.9	4.1	4.0	4.8	4.4
geschieden	7.0	9.9	11.2	8.3	15.8	8.6	9.8
verwitwet	1.4	0.0	0.0	0.8	0.0	0.0	0.4
Schulabschluss [%]							
Hauptschule	20.6	18.3	22.6	14.9	19.4	19.8	19.2
Realschule	22.7	39.4	30.2	29.8	35.9	31.1	31.0
Gymnasium	46.1	38.5	40.6	49.6	38.8	42.5	43.0
noch in Schule	4.3	1.0	2.8	2.5	1.9	3.8	2.8
Sonstiges	6.4	2.9	3.8	3.3	3.9	2.8	4.0
Berufsabschluss [%]							
Lehre	27.1	31.6	29.6	34.5	29.3	33.6	30.9
Meister/Fachschule	15.8	10.2	15.2	11.5	13.1	7.5	12.3
FH/Universität	21.8	31.6	23.5	29.2	17.2	15.9	23.1
noch in Ausbildung	11.3	7.1	14.3	7.1	8.1	12.1	10.0
ohne Abschluss	15.0	9.2	7.1	8.0	19.2	21.5	13.4
Sonstiges	9.0	10.2	10.2	9.7	13.1	9.3	10.2

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung.

4.2.2 Diagnosen

Zu Aufnahme und Entlassung diagnostizierten die Therapeuten die Symptomatik der Patienten nach ICD-10. Tabelle 7 beschreibt die Erstdiagnosen, die von den Therapeuten bei Aufnahme der Patienten vergeben wurden. Am häufigsten kamen Diagnosen aus den Hauptgruppen Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6; 29%) und Affektive Störungen (F3; 29%) vor. Die Diagnoseverteilung zwischen den einzelnen Gruppen unterschied sich signifikant ($\chi^2(15) = 29.17$, $p < .05$). Die Kategorie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) erwies sich in Phase 1 als signifikant unterrepräsentiert und die der Neurotischen-, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) war in Phase 2 bedeutsam überrepräsentiert. Es bestanden jedoch keine Unterschiede zwischen den Patienten in Phase 3 und 4 und der jeweiligen Vergleichsgruppe ($\chi^2(3) = 1.08$, n.s. bzw. $\chi^2(3) = 3.00$, n.s.).

Tabelle 7: Hauptdiagnosen nach ICD-10

	F 3	F 4	F 5	F 6
Phase 1 (n = 157)	32.9%	31.4%	17.9%	17.9%
Phase 2 (n = 106)	25.2%	37.9%	13.6%	23.3%
Phase 3 (n = 109)	24.8%	21.9%	15.2%	38.1%
Phase 3-K (n = 121)	29.3%	23.3%	15.5%	31.9%
Phase 4 (n = 104)	24.5%	28.4%	8.8%	38.2%
Phase 4-K (n = 107)	32.7%	22.4%	18.7%	26.2%
gesamt (n = 704)	28.5%	27.6%	15.2%	28.7%

Anmerkungen. F 3 = Affektive Störungen, F 4 = Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen, F 5 = Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren, F 6 = Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.

4.2.3 Beeinträchtigung zu Therapiebeginn

Tabelle 8 gibt einen Überblick über die initiale Beeinträchtigungsschwere der Patienten in den verschiedenen Instrumenten.

Tabelle 8: Beeinträchtigung zu Therapiebeginn

	Phase 1 (n = 157)	Phase 2 (n = 106)	Phase 3 (n = 109)	Phase 3-K (n = 121)	Phase 4 (n = 104)	Phase 4-K (n = 107)	gesamt (n = 704)
SCL-90-R GSI [M (SD)]	1.23 (0.66)	1.32 (0.63)	1.33 (0.62)	1.18 (0.57)	1.29 (0.60)	1.25 (0.63)	1.26 (0.62)
EB-45 [M (SD)]							
SYM	47.79 (16.32)	49.48 (13.13)	49.27 (15.05)	47.14 (14.09)	47.72 (14.22)	49.23 (14.77)	48.37 (14.70)
INT	18.56 (6.62)	17.51 (5.91)	17.93 (6.42)	18.03 (6.23)	18.36 (7.04)	18.90 (7.02)	18.23 (6.54)
SOZ	15.95 (5.27)	14.55 (4.56)	16.08 (4.59)	15.22 (5.06)	15.22 (4.53)	15.35 (5.24)	15.42 (4.92)
TOTAL	82.23 (24.52)	81.35 (19.86)	82.88 (21.86)	80.26 (21.26)	81.12 (21.29)	83.12 (23.76)	81.82 (22.22)
GBB [M (SD)]	30.35 (17.02)	34.10 (17.23)	29.71 (15.38)	30.43 (16.00)	33.38 (16.45)	30.74 (15.71)	31.34 (16.36)
BSS [M (SD)]	6.74 (1.64)	6.79 (1.67)	6.88 (1.65)	6.50 (1.72)	6.84 (1.55)	6.52 (1.60)	6.71 (1.64)
FLZ [M (SD)]	35.18 (9.23)	36.21 (7.65)	35.58 (9.64)	34.13 (7.96)	34.13 (7.96)	36.40 (8.72)	35.40 (8.62)
IIP [M (SD)]							
IIP1 autokratisch	8.40 (5.15)	8.27 (4.55)	7.67 (5.06)	8.62 (5.52)	8.31 (4.88)	7.61 (4.82)	8.17 (5.03)
IIP2 streitsüchtig	10.31 (5.46)	10.23 (5.06)	10.19 (5.34)	9.44 (4.84)	9.54 (5.15)	10.40 (5.26)	10.02 (5.19)
IIP3 abweisend	12.17 (6.82)	11.27 (6.76)	12.33 (5.99)	11.34 (6.14)	11.96 (6.36)	11.87 (6.25)	11.84 (6.40)
IIP4 introvertiert	16.51 (7.61)	15.99 (7.25)	16.97 (7.76)	15.15 (7.70)	16.24 (7.38)	16.41 (7.54)	16.21 (7.55)
IIP5 unterwürfig	17.77 (7.88)	17.49 (7.28)	19.53 (7.41)	18.22 (7.06)	18.31 (7.59)	18.99 (7.56)	18.33 (7.49)
IIP6 ausnutzbar	16.90 (6.36)	17.21 (5.88)	19.01 (5.89)	17.37 (5.30)	17.33 (5.81)	18.02 (6.13)	17.60 (5.94)
IIP7 fürsorglich	16.65 (5.95)	16.59 (6.06)	18.18 (5.75)	17.44 (5.34)	18.04 (6.00)	17.29 (5.71)	17.33 (5.82)
IIP8 expressiv	11.34 (5.62)	11.66 (5.77)	11.54 (5.40)	11.79 (5.11)	12.15 (5.46)	11.50 (5.64)	11.64 (5.49)

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung. GSI = Globaler Schwereindex, EB-45 = Ergebnisfragebogen, SYM = Symptombelastung, INT = Interpersonale Beziehungen, SOZ = Soziale Integration, GBB = Gießener Beschwerdebogen, BSS = Beeinträchtigungsschwerescore, FLZ = Fragebogen zur Lebenszufriedenheit, IIP = Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme.

In keinem der erfassten Aspekte wurden in den durchgeführten einfaktoriellen Varianzanalysen Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt, d.h. die Patienten in den verschiedenen Gruppen unterschieden sich zu Beginn der Behandlung weder in Hinblick auf ihr psychisches Befinden (SCL-90-R GSI: $F(5,679) = 0.99$, n.s.; EB-45 TOTAL: $F(5,678) = 0.28$, n.s.; BSS: $F(5,665) = 1.06$, n.s.) noch hinsichtlich ihrer Beeinträchtigung im körperlichen (GBB: $F(5,660) = 1.29$, n.s.) oder sozialen/interpersonalen Bereich (EB-45 INT: $F(5,667) = 0.61$, n.s.; EB-45 SOZ: $F(5,656) = 1.40$, n.s.; IIP1: $F(5,677) = 0.75$, n.s.; IIP2: $F(5,676) = 0.73$, n.s.; IIP3: $F(5,673) = 0.52$, n.s.; IIP4: $F(5,674) = 0.78$, n.s.; IIP5: $F(5,671) = 1.15$, n.s.; IIP6: $F(5,676) = 1.91$, n.s.; IIP7: $F(5,676) = 1.52$, n.s.; IIP8: $F(5,677) = 0.30$, n.s.) oder bezüglich ihrer allgemeinen Lebenszufriedenheit (FLZ: $F(5,656) = 1.40$, n.s.).
Zur Beurteilung der Beeinträchtigung der Patienten wurden unter Verwendung der Patientendaten und verfügbarer Normdaten Cutoff-Werte berechnet, die die Wertebereiche der einzelnen Skalen in einen funktionalen und einen nonfunktionalen Bereich unterteilen. Die Berechnung der Trennwerte erfolgte gemäß des Vorschlags von Jacobson und Truax (1991) mittels der Formel

$$C = [(SD_P M_N) + (SD_N M_P)] / (SD_P + SD_N)$$

wobei M_P und SD_P Mittelwert und Standardabweichung der Patientenstichprobe und M_N und SD_N die entsprechenden Kennwerte der Normstichprobe bezeichnen.
Tabelle 9 zeigt für die einzelnen Skalen den Anteil der Patienten, die die Behandlung im funktionalen bzw. nonfunktionalen Bereich begannen. Die deutlichste Beeinträchtigung zeigte sich im Bereich der psychischen Symptomatik. Gemessen mit der Gesamtskala GSI der SCL-90-R, lagen in der Gesamtstichprobe zu Beginn der Behandlung 86% der Patienten im nonfunktionalen Bereich. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ($\chi^2(5) = 2.63$, n.s.). Gemessen mit dem Gesamtscore des EB-45 betrug der Anteil der Patienten, die die Therapie im nonfunktionalen Bereich begannen in der Gesamtstichprobe 81%, wobei wiederum kein bedeutsamer Unterschied zwischen den Gruppen bestand ($\chi^2(5) = 0.97$, n.s.). Dieser Anteil geht größtenteils auf die Unterskala „Symptombelastung“ zurück, auf der 79% der Patienten der Gesamtstichprobe als im nonfunktionalen Bereich liegend klassifiziert wurden (keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen; $\chi^2(5) = 2.25$, n.s.). Auf den beiden anderen Unterskalen zeigte sich eine etwas geringere Beeinträchtigung: Während 75% der Patienten

auf der Skala „soziale Integration“ im nonfunktionalen Bereich lagen, waren es in Hinblick auf die interpersonalen Beziehungen nur 65%. Bezüglich keiner der beiden Skalen unterschieden sich die Gruppen signifikant voneinander (für SOZ: $\chi^2(5) = 5.83$, n.s.; für INT: $\chi^2(5) = 4.97$, n.s.). Die geringsten Beschwerden wurden zu Beginn der Behandlung im Bereich der körperlichen Beeinträchtigung festgestellt. Fast die Hälfte der Patienten (48%) zeigte zu Therapiebeginn GBB-Werte, die sich nicht von denen einer gesunden Population unterscheiden. Zwischen den einzelnen Gruppen bestanden keine signifikanten Unterschiede ($\chi^2(5) = 3.87$, n.s.). Bei der simultanen Betrachtung der verschiedenen Parameter zeigt sich, dass lediglich 36 Patienten der Gesamtstichprobe (5%) zu Therapiebeginn auf allen sechs Skalen Werte im Normbereich aufwiesen.

Tabelle 9: Initiale Beeinträchtigung in Relation zur Norm

Phase (N)	1 (157)	2 (106)	3 (109)	3-K (121)	4 (104)	4-K (107)	gesamt (704)
SCL-90-R GSI							
funktional	17.4%	11.7%	13.8%	15.8%	11.5%	15.2%	14.5%
nonfunktional	82.6%	88.3%	86.2%	84.2%	88.5%	84.8%	85.5%
EB-45 SYM							
funktional	23.4%	18.4%	17.6%	23.1%	20.2%	19.0%	20.6%
nonfunktional	76.6%	81.6%	82.4%	76.9%	79.8%	81.0%	79.4%
EB-45 INT							
funktional	29.2%	42.4%	37.4%	35.3%	34.3%	33.3%	34.9%
nonfunktional	70.8%	57.6%	62.6%	64.7%	65.7%	66.7%	65.1%
EB-45 SOZ							
funktional	25.0%	31.3%	17.6%	27.5%	28.0%	23.8%	25.5%
nonfunktional	75.0%	68.7%	82.4%	72.5%	72.0%	76.2%	74.5%
EB-45 TOTAL							
funktional	19.4%	17.5%	17.6%	21.5%	20.4%	18.1%	19.2%
nonfunktional	80.6%	82.5%	82.4%	78.5%	79.6%	81.9%	80.8%
GBB							
funktional	47.6%	42.6%	54.3%	48.7%	44.9%	52.0%	48.3%
nonfunktional	52.4%	57.4%	45.7%	51.3%	55.1%	48.0%	51.7%

Anmerkungen. GSI = Globaler Schwereindex, EB-45 = Ergebnisfragebogen, SYM = Symptombelastung, INT = Interpersonale Beziehungen, SOZ = Soziale Integration, GBB = Gießener Beschwerdebogen.

4.2.4 Veränderungen in der ersten Behandlungsphase

In Tabelle 10 ist die Beeinträchtigung der Patienten in den verschiedenen psychometrischen Instrumenten zum Zeitpunkt der Zwischenerhebung dargestellt. Ferner werden die Auffälligkeitsraten und der Anteil der Patienten, deren psychisches Befinden zu diesem Zeitpunkt als im funktionalen Bereich liegend bewertet wurde, dargestellt.

Mittels einfaktorieller Varianzanalysen und Chi-Quadrat-Tests wurde überprüft, ob sich die Gruppen hinsichtlich ihrer Beeinträchtigung zur Zwischenerhebung unterschieden. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Patienten in den verschiedenen Phasen der Studie weder in Hinblick auf ihr psychisches Befinden (EB-45 SYM: $F(5,658) = 0.49$, n.s.) noch bezüglich ihrer körperlichen oder sozialen/interpersonalen Beeinträchtigung (EB-45 INT: $F(5,647) = 1.21$, n.s.; EB-45 SOZ: $F(5,592) = 1.44$, n.s.) unterschieden. Auch in der subjektiven Einschätzung der Veränderungen im Vergleich zur Aufnahme fanden sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen (PAE: $F(5,554) = 2.03$, n.s.).

Ebenso wenig unterschieden sich die Anteile der Patienten, deren Veränderung bis zur Zwischenerhebung als „auffällig" bewertet wurde (Nonresponder; $\chi^2(5) = 3.02$, n.s.) sowie diejenigen, deren Zustand als im funktionalen Bereich liegend klassifiziert wurde ($\chi^2(5) = 6.19$, n.s.) signifikant voneinander.

Tabelle 10: Beeinträchtigung zur Zwischenerhebung

	Phase 1 (n = 157)	Phase 2 (n = 106)	Phase 3 (n = 109)	Phase 3-K (n = 121)	Phase 4 (n = 104)	Phase 4-K (n = 107)	gesamt (n = 704)
EB-45 [M (SD)]							
SYM	47.52 (16.37)	49.36 (15.07)	50.36 (13.89)	48.18 (13.77)	48.07 (15.82)	48.09 (15.09)	48.54 (15.16)
INT	17.80 (6.47)	16.92 (6.56)	18.12 (5.97)	18.83 (6.55)	17.50 (6.66)	18.49 (6.07)	17.97 (6.40)
SOZ	14.98 (5.33)	14.06 (5.74)	15.53 (4.34)	14.83 (4.74)	14.00 (4.62)	14.23 (5.07)	14.65 (5.00)
TOTAL	79.57 (25.41)	79.54 (23.45)	83.33 (20.71)	81.34 (22.03)	79.11 (23.83)	80.47 (22.17)	80.56 (23.05)
GBB [M (SD)]	30.62 (16.94)	32.73 (17.00)	31.28 (15.81)	30.69 (14.97)	32.50 (16.23)	29.86 (16.49)	31.23 (16.22)
PAE [M (SD)]	22.83 (2.71)	22.25 (3.39)	23.18 (4.51)	23.21 (3.22)	23.80 (2.71)	23.01 (2.72)	23.05 (3.30)
Auffälligkeits-rate	54.1%	57.3%	55.7%	61.7%	52.5%	51.6%	55.6%
funktionaler Bereich (EB-45)	25.2%	24.7%	17.6%	18.2%	28.8%	25.5%	23.2%

Anmerkungen. GSI = Globaler Schwereindex, EB-45 = Ergebnisfragebogen, SYM = Symptombelastung, INT = Interpersonale Beziehungen, SOZ = Soziale Integration, GBB = Gießener Beschwerdebogen, PAE = Direkte Veränderungseinschätzung.

Der Vergleich der Aufnahme- und Zwischenerhebungswerte in den einzelnen Skalen zeigt, dass sich auf Mittelwertebene kaum Veränderungen abbilden lassen. Dieser Befund ist jedoch bedingt durch erhebliche Schwankungen in die positive wie in die negative Richtung (Tabelle 11).

Tabelle 11: Veränderungen in der Beeinträchtigung in der ersten Behandlungsphase (Aufnahme-Zwischenerhebung)

		GBB	EB-45 SYM	EB-45 INT	EB-45 SOZ	EB-45 TOTAL
Phase 1	M	0.13	0.72	0.80	0.80	3.03
	SD	10.99	8.77	4.54	3.70	13.58
	Min	-35.00	-17.00	-15.00	-9.00	-39.00
	Max	+35.00	+28.00	+15.00	+13.00	+47.00
Phase 2	M	1.61	0.42	0.60	0.45	2.47
	SD	11.38	10.13	4.64	4.02	15.88
	Min	-31.00	-22.00	-9.00	-8.00	-37.00
	Max	+39.00	+34.00	+16.00	+10.00	+51.00
Phase 3	M	-1.16	-1.06	-0.23	0.66	-0.37
	SD	10.12	9.96	4.91	3.42	14.60
	Min	-23.00	-29.00	-12.00	-7.00	-42.00
	Max	+35.00	+22.00	+15.00	+9.00	+33.00
Phase 3-K	M	-0.17	-0.98	-0.81	0.55	-1.08
	SD	10.47	9.48	4.73	4.52	15.15
	Min	-42.00	-32.00	-15.00	-18.00	-59.00
	Max	+23.00	+25.00	+11.00	+14.00	+47.00
Phase 4	M	0.53	-0.35	0.92	1.12	1.85
	SD	10.42	11.12	4.74	4.02	16.19
	Min	-29.00	-36.00	-9.00	-10.00	-55.00
	Max	+31.00	+26.00	+13.00	+14.00	+42.00
Phase 4-K	M	1.33	1.39	0.66	1.39	3.88
	SD	10.64	9.20	4.93	4.59	15.27
	Min	-26.00	-33.00	-14.00	-8.00	-41.00
	Max	+45.00	+31.00	+16.00	+17.00	+50.00
Gesamt	M	0.32	0.00	0.30	0.81	1.57
	SD	10.68	9.76	4.77	4.05	15.10
	Min	-42.00	-36.00	-15.00	-18.00	-59.00
	Max	+45.00	+34.00	+16.00	+17.00	+51.00

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Min = Minimum, Max = Maximum. GBB = Gießener Beschwerdebogen, EB-45 = Ergebnisfragebogen, SYM = Symptombelastung, INT = Interpersonale Beziehungen, SOZ = Soziale Integration.

5. Datenauswertung

Die statistische Datenauswertung erfolgte mit den Programmpaketen SPSS Version 11 und S-Plus Version 4.5. Die Darstellungsform der statistischen Kennwerte folgt den aktuellen Empfehlungen (z. B. Deutsche Gesellschaft für Psychologie, 1997).

Wie beschrieben wurden die Rückmeldungen in Phase 3 bzw. 4 in Abhängigkeit von den Veränderungen in der ersten Behandlungsphase (Phase 3) bzw. in Abhängigkeit vom Zustand zur Zwischenerhebung (Phase 4) formuliert. In den statistischen Analysen wurden die Informationen aus der Zwischenerhebung entsprechend jeweils auf zwei Arten einbezogen, indem die Stichproben zum einen aufgrund der Veränderungsbewertung (auffällig/Nonresponse vs. nicht auffällig/Response) und zum anderen aufgrund des aktuellen Beeinträchtigungsstatus (funktional vs. nonfunktional) unterteilt wurden.

Zur Berechnung der Raten reliabler bzw. klinisch signifikanter Veränderungen zwischen Aufnahme- und Entlassungswerten wurde das von Jacobson und Truax (1991) vorgeschlagene Konzept der klinischen Signifikanz verwendet, da vergleichende Studien keine Überlegenheit eines alternativen Ansatzes belegen konnten (Bauer, Lambert & Nielsen, 2004; McGlinchey, Atkins & Jacobson, 2002). Um als klinisch signifikant verändert klassifiziert zu werden, sind zwei Kriterien zu erfüllen: Das Befinden eines Patienten muss sich zwischen beiden Zeitpunkten a) in statistisch bedeutsamem (reliablem) Ausmaß ändern und b) aus einem für Patienten typischen (nonfunktionalen) Bereich in einen für Nichtpatienten typischen (funktionalen) Bereich wechseln, d.h. ein Cutoff (für die Berechnung s. IV.4.2.3) zwischen nonfunktionalem und funktionalem Bereich muss überschritten werden. Entsprechend kann der Zustand eines Patienten als klinisch signifikant verbessert (beide Kriterien sind erfüllt), als reliabel verbessert oder verschlechtert (nur Kriterium a ist erfüllt) oder als unverändert (kein Kriterium ist erfüllt) bewertet werden. Die Veränderungsraten wurden für den GSI der SCL-90-R und den Gesamtscore des EB-45 berechnet. Die Unterschiede zwischen den Gruppen wurden mittels Kontingenztafelanalysen (Chi-Quadrat-Tests) analysiert. Ebenso wurden die Unterschiede in den Auffälligkeitsraten bei Entlassung auf statistische Signifikanz überprüft.

Die Untersuchung des Einflusses der beiden Rückmeldeformen auf die Beeinträchtigungsschwere bei Entlassung und die Behandlungsdauer erfolgte mittels zweifaktoriel-

ler univariater Varianzanalysen (Rückmeldung [ja/nein] x Zwischenerhebungszustand [auffällig/nicht auffällig bzw. funktinal/nonfunktional]).

Um zu analysieren, inwiefern sich die Rückmeldung nach der Zwischenerhebung auf die Dauer bis zur Entlassung mit einem reliabel verbesserten psychischen Befinden bzw. mit einem positiv bewerteten Behandlungsergebnis auswirkt, wurden Survival- (Überlebens-) Analysen (Kaplan-Meier) durchgeführt. Um die Gleichheit der Überlebensverteilungen für die verschiedenen Phasen der Studie zu testen, wurden Log-Rank Statistiken verwendet.

V. Ergebnisse

1. Akzeptanz

1.1 Feedback nach der Entlassung

In Phase 2 der Studie wurden Rückmeldungen zu 106 Patienten mit den therapeutischen Teams diskutiert. Für 99 Patienten lagen auswertbare Akzeptanzfragebögen der Therapeuten vor. Gefragt nach der Übereinstimmung zwischen klinischem Eindruck und den Rückmeldungen, gaben die Therapeuten in 85% der Fälle an, dass sie der Bewertung zustimmten. Sie sahen dabei in der Rückmeldung vor allem eine Bestätigung ihrer therapeutischen Einschätzung (79%). Als Ergänzung der eigenen Sichtweise wurde das Feedback in 18% der Fälle erachtet. Lediglich in 3% der Fälle gaben die Therapeuten an, dass die Rückmeldung ihre Sichtweise verändert habe.

Betrachtet man die Zustimmungsraten getrennt für bei der Entlassung als auffällig und als nicht auffällig bewerteten Behandlungen (Tabelle 12), zeigt sich, dass die Übereinstimmung zwischen klinischem Urteil und Rückmeldung bei den als auffällig bewerteten Fällen deutlich geringer war als bei den als nicht auffällig bewerteten ($\chi^2(1) = 7.81$, $p < .01$).

Tabelle 12: Übereinstimmung zwischen klinischem Eindruck und Entlassungsrückmeldung

Entlassungsrückmeldung	Zustimmung	Ablehnung
auffällig (n = 39)	71.4%	28.6%
nicht auffällig (n = 60)	93.0%	7.0%
gesamt (n = 99)	84.8%	15.2%

Bei den als auffällig klassifizierten Behandlungen wurden die Therapeuten zusätzlich gefragt, worauf das Auffälligkeitssignal ihrer Meinung nach zurückzuführen ist. In der Mehrzahl der Fälle wurde als Ursache genannt, dass der Patient nach wie vor sehr stark beeinträchtigt sei (37%) und dass eine Sensibilisierung im Sinne des Auftauchens neuer Problemfelder stattgefunden habe (29%). Lediglich bei 11% der als auffällig bewerteten Therapien schätzten die Therapeuten den Behandlungsverlauf als positiv ein und hielten das Auffälligkeitssignal für nicht gerechtfertigt.

1.2 Rückmeldung nach der Zwischenerhebung

1.2.1 Akzeptanz der Rückmeldung

In Phase 3 und 4 der Studie wurden Rückmeldungen zu 109 bzw. 104 Behandlungen an die Therapeuten gegeben. Zu 106 bzw. 102 Bewertungen liegen Akzeptanzfragebögen der Therapeuten vor.

Im Vergleich der beiden Phasen zeigt sich, dass die Zustimmung der Therapeuten zu den Rückmeldungen in Phase 3 höher ist als in Phase 4 (Tabelle 13): Während die Therapeuten in Phase 3 der Bewertung in 80% der Fälle zustimmten, galt dies in Phase 4 nur für 66% der Fälle ($\chi^2(1) = 5.56$, $p < .05$). Dieser Unterschied geht zurück auf die signifikant größere Zustimmung zu auffällig bewerteten Verläufen in Phase 3 (86% vs. 68% in Phase 4, $\chi^2(1) = 5.09$, $p < .05$). In Hinblick auf die als nicht auffällig klassifizierten Fälle unterscheiden sich die Zustimmungsraten zwischen beiden Phasen nicht signifikant voneinander ($\chi^2(1) = 1.41$, n.s.).

Tabelle 13: Übereinstimmung zwischen klinischem Eindruck und Rückmeldung nach der Zwischenerhebung

	Rückmeldung	Zustimmung	Ablehnung
Phase 3	auffällig	86.0%	14.0%
	nicht auffällig	73.9%	26.1%
	gesamt	80.2%	19.8%
Phase 4	auffällig	67.9%	32.1%
	nicht auffällig	62.5%	37.5%
	gesamt	65.7%	34.3%

In beiden Phasen wurden die Rückmeldungen, denen die Therapeuten zustimmten, mehrheitlich als Bestätigung des klinischen Eindrucks gesehen (73% in Phase 3, 68% in Phase 4). In 27% bzw. 32% der Fälle sahen die Therapeuten in ihr eine Ergänzung ihrer eigenen Einschätzung.

Tabelle 14 gibt ein differenzierteres Bild zur Übereinstimmung zwischen Rückmeldung und klinischem Eindruck getrennt für die einzelnen zurück gemeldeten Skalen.

Tabelle 14: Übereinstimmung zwischen klinischem Eindruck und Rückmeldung (Einzelskalen)

Skala	Phase 3 (n = 106)	Phase 4 (n = 102)	χ^2	df	p
GBB	72.0%	62.8%	1.65	1	.13
EB-45 SYM	84.0%	67.9%	6.19	1	.01
EB-45 INT	72.0%	60.3%	2.65	1	.07
EB-45 SOZ	74.5%	48.7%	12.10	1	.00
EB-45 TOTAL	77.4%	64.1%	3.68	1	.04
PAE	70.2%	44.9%	11.29	1	.00

Anmerkungen. GBB = Gießener Beschwerdebogen, EB-45 = Ergebnisfragebogen, SYM = Symptombelastung, INT = Interpersonale Beziehungen, SOZ = Soziale Integration, PAE = Direkte Veränderungseinschätzung.

Für alle Skalen zeigen sich höhere Akzeptanzraten in Phase 3. Die deutlichsten Unterschiede finden sich für die Unterskala „Soziale Integration" (EB-45 SOZ) sowie für die direkte Veränderungseinschätzung des Patienten (PAE).
Dieser Unterschied zwischen Phase 3 und 4 zeigt sich auch bei den Fragen nach der Relevanz ($\chi^2(3) = 14.41$, $p < .01$) und Nutzbarkeit ($\chi^2(3) = 11.60$, $p < .01$) der im Feedback enthaltenen Informationen (Tabellen 15 und 16). Während die Therapeuten eine Relevanz in Phase 3 lediglich in 4% der Fälle „überhaupt nicht" gegeben sahen, lag die Rate in Phase 4 bei 12%. Ferner gaben die Therapeuten in Phase 3 in 12% der Fälle an, die Informationen als „sehr relevant" zu erachten. Hingegen war dies in Phase 4 nur in 1% der Rückmeldungen der Fall.

Tabelle 15: Einschätzung der Relevanz der im Feedback enthaltenen Informationen

Relevanz[a]	Phase 3 (n = 106)	Phase 4 (n = 102)
überhaupt nicht	3.8%	11.8%
ein wenig	51.4%	51.0%
ziemlich	32.4%	36.3%
sehr	12.4%	1.0%

Anmerkung. [a] Die entsprechende Frage im Akzeptanzfragebogen lautete: „Enthält diese Zwischenrückmeldung für Sie relevante Informationen?"

Ähnliche Unterschiede werden in Hinblick auf die Frage, inwiefern die Therapeuten die im Feedback enthaltenen Informationen für die weitere Behandlung nutzen können, deutlich: Mit „überhaupt nicht" antworteten in Phase 3 11%, in Phase 4 hingegen 19%.

Tabelle 16: Einschätzung der Nutzbarkeit der im Feedback enthaltenen Informationen

Nutzbarkeit [a]	Phase 3 (n = 106)	Phase 4 (n = 102)
überhaupt nicht	10.6%	18.6%
ein wenig	50.0%	46.1%
ziemlich	30.8%	35.3%
sehr	8.7%	0.0%

Anmerkung. [a] Die entsprechende Frage im Akzeptanzfragebogen lautete: „Werden Sie diese Zwischenrückmeldung für die weitere Behandlung nutzen können?"

1.2.2 Akzeptanz der Behandlungsempfehlung

In 29% der Fälle (n = 30) wurde den Therapeuten in der Rückmeldung in Phase 4 empfohlen, eine baldige Beendigung der stationären Behandlung zu erwägen, in 71% wurde die Fortsetzung der Klinikbehandlung geraten. Gefragt danach, inwiefern sie der Empfehlung bzgl. der Weiterbehandlung zustimmen, geben die Therapeuten in 77% der Fälle an, der Einschätzung zuzustimmen (Tabelle 17). Diese Rate geht auf eine quasi vollständige Zustimmung (99%) im Falle der empfohlenen stationären Weiterbehandlung zurück. Bei der Empfehlung einer baldigen Beendigung der stationären Therapie zeigt sich hingegen eine Zustimmung von lediglich 12%. Insgesamt sehen die Therapeuten demnach zum Zeitpunkt der Rückmeldung bei fast allen Patienten weiteren stationären Behandlungsbedarf.

Tabelle 17: Zustimmung zur Behandlungsempfehlung

Empfehlung	Zustimmung	Ablehnung
Weiterbehandlung (n = 74)	98.6%	1.4%
baldige Beendigung (n = 30)	12.0%	88.0%
gesamt (n = 104)	76.8%	23.2%

Der Bedarf an weiterer stationärer Behandlung ist jedoch auch aus therapeutischer Perspektive bei denjenigen Patienten ausgeprägter, für die eine Fortsetzung der stationären Therapie empfohlen war (Tabelle 18). Es zeigt sich, dass die Therapeuten in der Gruppe für die eine baldige Beendigung des stationären Aufenthaltes geraten wurde, sowohl im psychischen als auch im körperlichen und interpersonalen Bereich seltener Behandlungsbedarf sahen als in der Gruppe für die eine stationäre Weiterbehandlung empfohlen wurde. Die Stabilisierung des erreichten Zustandes wurde in beiden Gruppen gleich häufig als Grund für die Fortsetzung der Klinikbehandlung genannt.

Tabelle 18: Hauptgründe für weiteren Behandlungsbedarf aus Therapeutenperspektive

Grund	Empfehlung		χ^2	df	p
	Weiter-behandlung	Beendi-gung			
psychische Beeinträchti-gung	95.2%	66.7%	11.57	1	.00
körperliche Beeinträchti-gung	63.5%	38.9%	3.48	1	.06
soziale/interpersonale Be-einträchtigung	82.5%	61.1%	3.72	1	.06
Stabilisierung des Zustan-des	31.7%	33.3%	0.90	1	.56

1.2.3 Zustimmung zur empfohlenen Behandlungsdauer

Tabelle 19 gibt einen Überblick über die prognostizierte und tatsächliche Behandlungsdauer sowie die von den Therapeuten für notwendig bzw. realistisch gehaltene Dauer. Es zeigt sich, dass die Therapeuten im Durchschnitt eine kürzere Behandlungsdauer für diejenigen Patienten als notwendig erachten, für die im Feedback eine baldige Beendigung der stationären Therapie empfohlen wurde ($M = 61$ ($SD = 38$) vs. $M = 94$ ($SD = 27$); $t(59) = 3{,}62$, $p < .01$).

Tabelle 19: Geschätzte und tatsächliche Behandlungsdauer (Tage) in Abhängigkeit von der Behandlungsempfehlung

	Empfehlung		
	Weiter-behandlung (n = 74)	Beendi-gung (n = 30)	gesamt (n = 104)
prognostizierte Dauer (Zwischenerhebung – Entlassung)	113.31 (72.42)	0.00 (0.00)	80.63 (79.86)
tatsächliche Dauer (Zwischenerhebung - Entlassung)	107.18 (56.27)	52.00 (41.42)	91.58 (57.95)
notwendige Dauer aus Therapeutensicht[a] (Zwischenerhebung - Entlassung)	93.59 (27.26)	61.20 (37.73)	85.62 (32.97)
realistische Dauer aus Therapeutensicht[b] (Zwischenerhebung - Entlassung)	79.56 (32.62)	48.55 (28.47)	71.98 (34.12)

Anmerkungen. [a] und [b] beziehen sich auf die Angaben der Therapeuten auf die Frage „Wie lange sollte der Patient aus Ihrer Sicht noch in stationärer Behandlung bleiben?" [a]„Notwendig sind aus meiner Sicht noch xy Tage", [b]„Realistisch sind aus meiner Sicht noch xy Tage".

Der Zusammenhang zwischen der empfohlenen Aufenthaltsdauer und der von den Therapeuten für notwendig gehaltenen Behandlungszeit beläuft sich auf $r = .46$ (Tabelle 20).

Tabelle 20: Zusammenhang zwischen prognostizierter, tatsächlicher und vom Therapeuten geschätzter Dauer (Korrelation nach Pearson)

	prognostizierte Dauer (Zwischenerhebung – Entlassung)
tatsächliche Dauer (Zwischenerhebung - Entlassung)	.36**
notwendige Dauer aus Therapeutensicht [a] (Zwischenerhebung - Entlassung)	.46**
realistische Dauer aus Therapeutensicht [b] (Zwischenerhebung - Entlassung)	.39**

Anmerkungen. ** $p < .01$. [a] und [b] beziehen sich auf die Angaben der Therapeuten auf die Frage „Wie lange sollte der Patient aus Ihrer Sicht noch in stationärer Behandlung bleiben?" [a]„Notwendig sind aus meiner Sicht noch xy Tage", [b]„Realistisch sind aus meiner Sicht noch xy Tage".

2. Einfluss der Intervention auf die Behandlungsergebnisse

2.1 Beeinflusst Feedback zur Zwischenerhebung die psychische und physische Beeinträchtigung bei Entlassung?

Tabelle 21 gibt einen Überblick über die Beeinträchtigung der Patienten in den einzelnen Phasen zu Behandlungsende. Außerdem sind die Werte getrennt dargestellt für Patienten, die sich zur Zwischenerhebung im funktionalen Bereich befanden und für diejenigen, deren Zustand als nonfunktional klassifiziert wurde.

Einfaktorielle Varianzanalysen ergaben, dass sich die Beeinträchtigung der Patienten in den verschiedenen Phasen der Untersuchung zu Behandlungsende nicht bedeutsam unterschied. Dies gilt sowohl für psychische (SCL-90-R GSI: $F(5,588) = 0.89$, n.s.; EB-45: $F(5,573) = 0.55$, n.s.) als auch für körperliche (GBB: $F(5,573) = 1.58$, n.s.) Beschwerden sowie die Einschätzung der Beeinträchtigung durch den Therapeuten (BSS: $F(5,637) = 1.09$, n.s.).

Auch getrennte Vergleiche für Patienten, deren Beeinträchtigung zur Zwischenerhebung im funktionalen bzw. im nonfunktionalen Bereich lag, ergaben keine Unterschiede zwischen den Gruppen (funktionaler Bereich: SCL-90-R GSI: $F(5,126) = 1.36$, n.s.; EB-45: $F(5,122) = 0.76$, n.s.; GBB: $F(5,118) = 1.02$, n.s.; BSS: $F(5,138) = 2.10$, n.s.; nonfunktionaler Bereich: SCL-90-R GSI: $F(5,460) = 1.27$, n.s.; EB-45: $F(5,419) = 0.92$, n.s.; GBB: $F(5,421) = 2.03$, n.s.; BSS: $F(5,460) = 1.27$, n.s.).

Um die Unterschiede zwischen Gruppe 3 und 4 und den jeweiligen Vergleichsgruppen zu überprüfen, wurden zweifaktorielle univariate Varianzanalysen durchgeführt (Tabellen 22 und 23). Für die Parameter SCL-90-R GSI, EB-45 und GBB ergaben sich sowohl für den Vergleich der Phasen 3 und 3-K als auch für den Vergleich der Phasen 4 und 4-K signifikante Haupteffekte des Faktors „Zustand zur Zwischenerhebung“: Die Patienten, deren Beeinträchtigung zur Zwischenerhebung als im funktionalen Bereich liegend bewertet wurde, berichteten zum Zeitpunkt der Entlassung geringere Beschwerden bezüglich ihres psychischen und physischen Befindens als diejenigen, die zur Zwischenerhebung Beeinträchtigungen in relevantem Ausmaß angegeben hatten. Für die Einschätzung der Beeinträchtigung aus Therapeutensicht (BSS) zeigte sich kein entsprechender Einfluss des Zustandes zur Zwischenerhebung.

Für keinen der Parameter konnte ein signifikanter Haupteffekt des Faktors „Rückmeldung“ gefunden werden. Demnach unterschieden sich die Patienten in den Rückmeldephasen (3 bzw. 4) bezüglich ihrer Beeinträchtigung zur Entlassung nicht von denjenigen zu deren Gesundungsverlauf die Therapeuten keine Rückmeldung erhielten (3-K bzw. 4-K). Ferner wurden keine signifikanten Interaktionseffekte festgestellt.

Tabelle 21: Beeinträchtigung bei Entlassung in Abhängigkeit vom Zustand zur Zwischenerhebung (funktional vs. nonfunktional; EB-45)

Phase	ZE-Status	Beeinträchtigung bei Entlassung							
		SCL-90-R GSI		EB-45		GBB		BSS	
1	funktional nonfunktional	0.41 (0.31) 1.09 (0.63)	gesamt 0.92 (0.64)	40.87 (14.48) 77.85 (24.67)	gesamt 68.28 (27.70)	9.55 (9.69) 26.42 (15.84)	gesamt 22.27 (16.26)	3.11 (1.98) 4.34 (1.93)	gesamt 4.02 (2.01)
2	funktional nonfunktional	0.54 (0.43) 1.20 (0.55)	gesamt 1.03 (0.59)	47.17 (17.12) 78.72 (20.23)	gesamt 70.75 (23.79)	13.90 (10.06) 31.49 (14.63)	gesamt 27.43 (15.56)	3.13 (1.42) 4.39 (1.79)	gesamt 4.09 (1.79)
3	funktional nonfunktional	0.65 (0.39) 1.07 (0.63)	gesamt 1.00 (0.62)	46.88 (16.84) 73.81 (19.71)	gesamt 69.14 (21.73)	15.44 (9.52) 25.03 (14.22)	gesamt 23.40 (13.97)	4.58 (1.95) 4.22 (1.66)	gesamt 4.28 (1.71)
3-K	funktional nonfunktional	0.43 (0.38) 0.95 (0.59)	gesamt 0.86 (0.59)	46.06 (19.42) 72.78 (22.73)	gesamt 68.20 (24.31)	13.35 (8.54) 23.08 (12.98)	gesamt 21.46 (12.84)	3.91 (2.22) 4.16 (1.81)	gesamt 4.12 (1.89)
4	funktional nonfunktional	0.47 (0.44) 1.14 (0.59)	gesamt 0.95 (0.63)	41.75 (15.81) 73.83 (22.30)	gesamt 64.44 (25.23)	12.39 (7.78) 28.85 (15.11)	gesamt 24.23 (15.34)	3.96 (1.62) 4.75 (1.60)	gesamt 4.52 (1.64)
4-K	funktional nonfunktional	0.36 (0.33) 1.11 (0.62)	gesamt 1.00 (0.62)	47.81 (17.99) 75.98 (21.63)	gesamt 68.59 (24.09)	12.94 (10.34) 26.33 (14.77)	gesamt 22.56 (14.88)	3.75 (1.92) 3.98 (1.99)	gesamt 3.92 (1.96)

Anmerkungen. ZE-Status = Status zur Zwischenerhebung. Eingetragen sind Mittelwerte (Standardabweichungen).

Tabelle 22: Einfluss der Faktoren „Rückmeldung (ja – nein)“ und „Zustand zur Zwischenerhebung (funktional - nonfunktional; EB-45)“ auf das Behandlungsergebnis (SCL-90-R GSI, EB-45, GBB und BSS) in Phase 3/3-K

		Quelle	df	mittlere Quadrate	F	p
Phase 3/3-K	SCL-90-R GSI	*between subjects*				
		Rückmeldung	1	0.82	2.44	.12
		ZE-Status	1	6.41	19.12	.00
		Rückmeldung*ZE-Status	1	0.07	0.21	.65
		within subjects	198	0.34		
	EB-45	*between subjects*				
		Rückmeldung	1	25.03	0.06	.81
		ZE-Status	1	20830.97	47.96	.00
		Rückmeldung*ZE-Status	1	0.31	0.01	.98
		within subjects	199	434.34		
	GBB	*between subjects*				
		Rückmeldung	1	111.19	0.66	.42
		ZE-Status	1	2557.54	15.23	.00
		Rückmeldung*ZE-Status	1	0.14	0.01	.98
		within subjects	192	167.92		
	BSS	*between subjects*				
		Rückmeldung	1	4.34	1.33	.25
		ZE-Status	1	0.10	0.03	.86
		Rückmeldung*ZE-Status	1	3.20	0.98	.32
		within subjects	222	3.27		

Anmerkungen. ZE-Status = Status zur Zwischenerhebung. GSI = Globaler Schwereindex, EB-45 = Ergebnisfragebogen, GBB = Gießener Beschwerdebogen, BSS = Beeinträchtigungsschwerescore.

Tabelle 23: Einfluss der Faktoren „Rückmeldung (ja – nein)“ und „Zustand zur Zwischenerhebung (funktional - nonfunktional; EB-45)“ auf das Behandlungsergebnis (SCL-90-R GSI, EB-45, GBB und BSS) in Phase 4/4-K

		Quelle	df	mittlere Quadrate	F	p
Phase 4/4-K	SCL-90-R GSI	*between subjects*				
		Rückmeldung	1	0.14	0.44	.51
		ZE-Status	1	15.15	49.05	.00
		Rückmeldung*ZE-Status	1	0.04	0.13	.72
		within subjects	145	0.31		
	EB-45	*between subjects*				
		Rückmeldung	1	469.60	1.10	.30
		ZE-Status	1	25267.67	58.99	.00
		Rückmeldung*ZE-Status	1	106.57	0.25	.62
		within subjects	139	428.32		
	GBB	*between subjects*				
		Rückmeldung	1	28.13	0.15	.70
		ZE-Status	1	6464.42	35.04	.00
		Rückmeldung*ZE-Status	1	68.64	0.37	.54
		within subjects	142	184.49		
	BSS	*between subjects*				
		Rückmeldung	1	7.60	2.40	.12
		ZE-Status	1	8.25	2.61	.11
		Rückmeldung*ZE-Status	1	2.48	0.78	.38
		within subjects	152	3.16		

Anmerkungen. ZE-Status = Status zur Zwischenerhebung. GSI = Globaler Schwereindex, EB-45 = Ergebnisfragebogen, GBB = Gießener Beschwerdebogen, BSS = Beeinträchtigungsschwerescore.

Tabelle 24 zeigt die Beeinträchtigung der Patienten in den verschiedenen Phasen zur Entlassung in Abhängigkeit von der Bewertung als „auffällig“ (Nonresponder) bzw. „nicht auffällig“ (Responder) zum Zeitpunkt der Zwischenerhebung.

Weder für Patienten, die bei der Zwischenerhebung als „auffällig“, noch für diejenigen, deren Entwicklung als „nicht auffällig“ bewertet wurden, ergaben sich in einfaktoriellen Varianzanalysen Unterschiede in der Entlassungsbeeinträchtigung zwischen den verschiedenen Phasen (Nonresponder: SCL-90-R GSI: $F(5,297) = 1.36$, n.s.; EB-45: $F(5,287) = 1.17$, n.s.; GBB: $F(5,291) = 1.79$, n.s.; BSS: $F(5,320) = 0.34$, n.s.; Responder: SCL-90-R GSI: $F(5,241) = 1.27$, n.s.; EB-45: $F(5,240) = 0.75$, n.s.; GBB: $F(5,236) = 1.08$, n.s.; BSS: $F(5,262) = 2.27$, n.s.).

Tabelle 24: Beeinträchtigung bei Entlassung in Abhängigkeit vom Zustand zur Zwischenerhebung (auffällig vs. nicht auffällig)

Phase	ZE-Status	Beeinträchtigung bei Entlassung			
		SCL-90-R GSI	EB-45	GBB	BSS
1	auffällig	1.08 (0.69)	76.19 (28.38)	27.02 (16.14)	4.46 (2.05)
	nicht auffällig	0.73 (0.55)	60.00 (25.11)	16.47 (14.56)	3.55 (1.94)
2	auffällig	1.20 (0.55)	78.74 (21.12)	30.63 (15.25)	4.41 (1.84)
	nicht auffällig	0.80 (0.59)	59.51 (23.36)	22.69 (15.20)	3.64 (1.66)
3	auffällig	1.01 (0.67)	71.91 (23.14)	25.60 (14.54)	4.17 (1.57)
	nicht auffällig	0.96 (0.56)	63.71 (17.57)	19.69 (12.04)	4.36 (1.89)
3-K	auffällig	0.93 (0.65)	70.34 (24.68)	22.60 (13.74)	4.17 (1.80)
	nicht auffällig	0.74 (0.45)	64.64 (23.90)	19.46 (10.94)	4.02 (2.05)
4	auffällig	1.10 (0.65)	70.15 (25.22)	27.17 (15.83)	4.45 (1.47)
	nicht auffällig	0.77 (0.57)	59.05 (24.31)	21.26 (14.21)	4.50 (1.64)
4-K	auffällig	0.90 (0.67)	69.33 (22.93)	24.64 (16.19)	4.24 (2.21)
	nicht auffällig	0.88 (0.64)	67.15 (25.19)	20.60 (13.83)	3.64 (1.93)

Anmerkungen. ZE-Status = Status zur Zwischenerhebung. GSI = Globaler Schwereindex, EB-45 = Ergebnisfragebogen, GBB = Gießener Beschwerdebogen, BSS = Beeinträchtigungsschwerescore. Eingetragen sind Mittelwerte (Standardabweichungen).

Die Ergebnisse der Varianzanalysen zum Vergleich der Feedback- und Nichtfeedbackgruppen sind in Tabelle 25 und 26 dargestellt. Für den Vergleich der Phasen 3 und 3-K ergeben sich signifikante Haupteffekte des Zustandes zur Zwischenerhebung auf die Ergebnisparameter EB-45 und GBB. Für keinen Parameter wurde ein Einfluss des Faktors „Rückmeldung" gefunden. Auch die Interaktionseffekte erreichten keine statistische Signifikanz. Für den Vergleich der Phasen 4 und 4-K ergab sich lediglich ein Einfluss der Faktors „Zustand zur Zwischenerhebung" auf die körperliche Beeinträchtigung zur Entlassung (GBB). Alle übrigen Effekte erwiesen sich als nicht signifikant.

Tabelle 25: Einfluss der Faktoren „Rückmeldung (ja – nein)“ und „Zustand zur Zwischenerhebung (auffällig - nicht auffällig)“ auf das Behandlungsergebnis (SCL-90-R GSI, EB-45, GBB und BSS) in Phase 3/3-K

		Quelle	df	mittlere Quadrate	F	p
Phase 3/3-K	SCL-90-R GSI	*between subjects*				
		Rückmeldung	1	1.02	2.79	.09
		ZE-Status	1	0.67	1.84	.18
		Rückmeldung*ZE-Status	1	0.23	0.63	.43
		within subjects	195	0.37		
	EB-45	*between subjects*				
		Rückmeldung	1	4.95	0.10	.92
		ZE-Status	1	2314.81	4.46	.04
		Rückmeldung*ZE-Status	1	74.72	0.14	.71
		within subjects	196	519.01		
	GBB	*between subjects*				
		Rückmeldung	1	121.08	0.70	.40
		ZE-Status	1	949.93	5.52	.02
		Rückmeldung*ZE-Status	1	88.93	0.52	.47
		within subjects	190	172.24		
	BSS	*between subjects*				
		Rückmeldung	1	1.61	0.49	.49
		ZE-Status	1	0.03	0.01	.93
		Rückmeldung*ZE-Status	1	1.51	0.46	.50
		within subjects	219	3.31		

Anmerkungen. ZE-Status = Status zur Zwischenerhebung. GSI = Globaler Schwereindex, EB-45 = Ergebnisfragebogen, GBB = Gießener Beschwerdebogen, BSS = Beeinträchtigungsschwerescore.

Tabelle 26: Einfluss der Faktoren „Rückmeldung (ja – nein)“ und „Zustand zur Zwischenerhebung (auffällig vs. nicht auffällig)“ auf das Behandlungsergebnis (SCL-90-R GSI, EB-45, GBB und BSS) in Phase 4/4-K

		Quelle	df	mittlere Quadrate	F	p
Phase 4/4-K	SCL-90-R GSI	*between subjects*				
		Rückmeldung	1	0.06	0.16	.69
		ZE-Status	1	1.05	2.65	.11
		Rückmeldung*ZE-Status	1	0.85	2.13	.15
		within subjects	141	0.40		
	EB-45	*between subjects*				
		Rückmeldung	1	452.27	0.75	.39
		ZE-Status	1	1503.38	2.50	.12
		Rückmeldung*ZE-Status	1	677.81	1.13	.29
		within subjects	136	601.70		
	GBB	*between subjects*				
		Rückmeldung	1	88.70	0.39	.53
		ZE-Status	1	867.29	3.86	.05
		Rückmeldung*ZE-Status	1	30.64	0.14	.71
		within subjects	139	224.99		
	BSS	*between subjects*				
		Rückmeldung	1	11.76	3.64	.07
		ZE-Status	1	2.40	0.74	.39
		Rückmeldung*ZE-Status	1	4.60	1.42	.24
		within subjects	147	3.23		

Anmerkungen. ZE-Status = Status zur Zwischenerhebung. GSI = Globaler Schwereindex, EB-45 = Ergebnisfragebogen, GBB = Gießener Beschwerdebogen, BSS = Beeinträchtigungsschwerescore.

2.2 Beeinflusst Feedback zur Zwischenerhebung die Auffälligkeitsrate?

Die Auffälligkeitsrate betrug in der ersten Phase 35.4% und in der zweiten Phase 39.4%. In den Phasen mit (3 bzw. 4) und ohne Rückmeldung nach der Zwischenerhebung (3-K bzw. 4-K) lag sie zwischen 27.6% und 37.6% (Tabelle 27). Die einzelnen Phasen unterschieden sich nicht bedeutsam bzgl. des Anteils auffälliger Verläufe ($\chi^2(5) = 5.49$, n.s.).

Auch in den paarweisen Vergleichen der Feedback- und Nichtfeedbackgruppen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede (Tabelle 27). Die Odds Ratio-Werte zeigen, dass in den Phasen ohne Rückmeldung kein erhöhtes Risiko für ein auffälliges Behandlungsergebnis bestand.

Tabelle 27: Auffälligkeitsraten bei Entlassung

Phase	Auffälligkeit		OR (95%-KI)	χ^2	df	p
	ja	nein				
3 (n = 101)	37.6%	62.4%	1.51 (0.84; 2.71)	1.91	1	.11
3-K (n = 105)	28.6%	71.4%				
4 (n = 85)	29.4%	70.6%	1.09 (0.55; 2.17)	0.06	1	.47
4-K (n = 76)	27.6%	72.4%				

Anmerkungen. ZE-Status = Status zur Zwischenerhebung. OR = Odds Ratio, KI = Konfidenzintervall.

Teilt man die Stichprobe in diejenigen Patienten, die schon zur Zwischenerhebung im funktionalen Bereich des EB-45 Gesamtscores lagen und diejenigen, die zu diesem Zeitpunkt im nonfunktionalen Bereich lagen, ergibt sich das in Tabelle 28 dargestellte Bild.

Entgegen der Erwartung zeigten die Patienten, die in Phase 3 zur Zwischenerhebung als im funktionalen Bereich liegend klassifiziert wurden, verglichen mit der Vergleichsgruppe ein deutlich erhöhtes Risiko, bei Entlassung als „auffällig" bewertet zu werden. Für zur Zwischenerhebung im nonfunktionalen Bereich des EB-45 liegende Patienten bestand kein Unterschied in der Auffälligkeitsrate zwischen den Gruppen mit bzw. ohne Rückmeldung.

In Phase 4 bzw. 4-K zeigten sich weder für Patienten, deren Zustand zur Zwischenerhebung als „funktional" noch für diejenigen, deren Zustand als „nonfunktional" beurteilt wurde, Unterschiede in der Auffälligkeitsrate in Abhängigkeit davon, ob die Therapeuten zur Zwischenerhebung eine Rückmeldung bekommen hatten oder nicht.

Tabelle 28: Auffälligkeitsrate bei Entlassung in Abhängigkeit vom Zustand zur Zwischenerhebung (funktional vs. nonfunktional; EB-45)

ZE-Status	Phase	Auffälligkeit bei Entlassung		OR (95%-KI)	χ^2	df	p
		ja	nein				
funktional	3	58.8%	41.2%	7.62 (1.59; 36.49)	7.20	1	.01
	3-K	15.8%	84.2%				
nonfunktional	3	33.7%	66.3%	1.11 (0.58; 2.12)	0.11	1	.44
	3-K	31.4%	68.6%				
funktional	4	16.0%	84.0%	1.02 (0.20; 5.20)	0.00	1	.66
	4-K	15.8%	84.2%				
nonfunktional	4	35.0%	65.0%	1.27 (0.56; 2.88)	0.33	1	.36
	4-K	29.8%	70.2%				

Anmerkungen. ZE-Status = Status zur Zwischenerhebung. OR = Odds Ratio, KI = Konfidenzintervall.

Bei der Unterteilung der Gruppen in Patienten, deren Zustand zur Zwischenerhebung als „auffällig" bzw. als „nicht auffällig" bewertet worden war (Nonresponder bzw. Responder), zeigen sich keine Unterschiede in der Auffälligkeitsrate bei Entlassung je nachdem, ob eine Rückmeldung an die Therapeuten gegeben wurde oder nicht. Dies gilt sowohl für das Feedback in Phase 3 als auch in Phase 4 (Tabelle 29).

Bezüglich des Risikos eines zur Zwischenerhebung als „auffällig" bewerteten Patienten, zur Entlassung ebenfalls als „auffällig" bewertet zu werden, zeigen sich Unterschiede zwischen Phase 3 und 4, nicht jedoch zwischen den jeweiligen Feedback- und Nichtfeedbackgruppen: Während sich in Phase 3 und 3-K kein erhöhtes Risiko zeigte (Phase 3: $\chi^2(1) = 0.61$, n.s.; Phase 3-K: $\chi^2(1) = 0.78$, n.s.), ergab sich sowohl für die Patienten in Phase 4 als auch in 4-K ein Zusammenhang zwischen der Bewertung zur Zwischenerhebung und zur Entlassung (Phase 4: $\chi^2(1) = 4.05$, $p < .05$; Phase 4-K: $\chi^2(1) = 5.83$, $p < .05$).

Tabelle 29: Auffälligkeitsrate bei Entlassung in Abhängigkeit vom Zustand zur Zwischenerhebung (auffällig vs. nicht auffällig)

ZE-Status	Phase	Auffälligkeit bei Entlassung		OR (95%-KI)	χ^2	df	p
		ja	nein				
auffällig	3	41.1%	59.9%	1.49 (0.71; 3.14)	1.11	1	.19
	3-K	31.8%	68.2%				
nicht auffällig	3	33.3%	66.7%	1.61 (0.60; 4.32)	0.91	1	.24
	3-K	23.7%	76.3%				
auffällig	4	40.5%	59.5%	1.02 (0.39; 2.65)	0.01	1	.58
	4-K	40.0%	60.0%				
nicht auffällig	4	20.0%	80.0%	1.55 (0.46; 5.26)	0.50	1	.35
	4-K	13.9%	86.1%				

Anmerkungen. ZE-Status = Status zur Zwischenerhebung. OR = Odds Ratio. KI = Konfidenzintervall

2.3 Beeinflusst Feedback zur Zwischenerhebung die Rate klinisch bedeutsamer Veränderung?

Die Berechnung der Raten klinisch signifikanter Veränderung im GSI ergab für die einzelnen Phasen der Studie die in die Tabellen 30 und 31 dargestellten Ergebnisse. Der Vergleich der Raten klinisch signifikanter Veränderung zwischen den sechs Gruppen erbrachte keine bedeutsamen Unterschiede ($\chi^2(15) = 20.12$, n.s.).

Tabelle 30: Klinisch signifikante Veränderung im GSI der SCL-90-R (Phase 1 und 2)

Phase	Veränderung	Anteil
Phase 1 (n = 126)	klinisch sign. verbessert	16.7%
	reliabel verbessert	24.6%
	reliabel verschlechtert	7.1%
	keine Veränderung	51.6%
Phase 2 (n = 96)	klinisch sign. verbessert	12.5%
	reliabel verbessert	25.0%
	reliabel verschlechtert	9.4%
	keine Veränderung	53.1%

Im Vergleich der Gruppen mit und ohne Feedback (Tabelle 31) ergaben sich für Phase 3/3-K bzgl. des GSI mehr Veränderungen in der Gruppe der Patienten zu denen der Therapeut eine Rückmeldung erhielt ($\chi^2(3) = 11.91$, $p < .01$). Dies gilt sowohl für Veränderungen in die positive (klinisch signifikant bzw. reliabel verbessert: 47% vs. 32%) als auch in die negative Richtung (reliabel verschlechtert: 15% vs. 7%).
Auch in Phase 4/4-K zeigen sich mehr Veränderungen in der Feedback-Gruppe. Die Unterschiede erwiesen sich jedoch nicht als statistisch signifikant ($\chi^2(3) = 2.74$, n.s.).

Tabelle 31: Klinisch signifikante Veränderung im GSI der SCL-90-R (Feedback- vs. Vergleichsgruppen)

Phase	Veränderung	Anteil	χ^2	df	p
3 (n = 100)	klinisch sign. verbessert	18.0%	11.90	3	0.01
	reliabel verbessert	29.0%			
	reliabel verschlechtert	15.0%			
	keine Veränderung	38.0%			
3-K (n = 102)	klinisch sign. verbessert	15.7%			
	reliabel verbessert	16.7%			
	reliabel verschlechtert	6.9%			
	keine Veränderung	60.8%			
4 (n = 85)	klinisch sign. verbessert	23.5%	2.74	3	0.43
	reliabel verbessert	21.2%			
	reliabel verschlechtert	10.6%			
	keine Veränderung	44.7%			
4-K (n = 73)	klinisch sign. verbessert	17.8%			
	reliabel verbessert	17.8%			
	reliabel verschlechtert	6.8%			
	keine Veränderung	57.6%			

Tabellen 32 und 33 zeigen die entsprechenden Veränderungsraten für den Gesamtscore des EB-45. Auch hier ergab sich kein signifikanter Unterschied im Vergleich der verschiedenen Gruppen der Untersuchung ($\chi^2(15) = 20.01$, n.s.).

Tabelle 32: Klinisch signifikante Veränderung im Gesamtscore des EB-45 (Phase 1 und 2)

Phase	Veränderung	Anteil
Phase 1 (n = 118)	klinisch sign. verbessert	26.3%
	reliabel verbessert	23.7%
	reliabel verschlechtert	6.8%
	keine Veränderung	43.2%
Phase 2 (n = 95)	klinisch sign. verbessert	20.0%
	reliabel verbessert	12.6%
	reliabel verschlechtert	4.2%
	keine Veränderung	63.2%

Weder für Phase 3/3K ($\chi^2(3) = 2.64$, n.s.) noch für Phase 4/4K ($\chi^2(3) = 2.53$, n.s.) ergaben sich Unterschiede zwischen Patienten zu denen die Therapeuten eine Rückmeldung erhielten und solchen zu denen kein Feedback gegeben wurde (Tabelle 33).

Tabelle 33: Klinisch signifikante Veränderung im Gesamtscore des EB-45 (Feedback- vs. Vergleichsgruppen)

Phase	Veränderung	Anteil	χ^2	df	p
3 (n = 98)	klinisch sign. verbessert	22.4%	2.64	3	.45
	reliabel verbessert	17.3%			
	reliabel verschlechtert	6.1%			
	keine Veränderung	54.1%			
3-K (n = 105)	klinisch sign. verbessert	18.1%			
	reliabel verbessert	16.2%			
	reliabel verschlechtert	12.4%			
	keine Veränderung	53.3%			
4 (n = 82)	klinisch sign. verbessert	26.8%	2.53	3	.47
	reliabel verbessert	20.7%			
	reliabel verschlechtert	8.5%			
	keine Veränderung	43.9%			
4-K (n = 70)	klinisch sign. verbessert	24.3%			
	reliabel verbessert	22.8%			
	reliabel verschlechtert	2.9%			
	keine Veränderung	50.0%			

3. Einfluss der Intervention auf die Behandlungsdauer

3.1 Beeinflusst Feedback zur Zwischenerhebung die Behandlungsdauer?

Tabelle 34 zeigt die durchschnittliche Behandlungsdauer in den einzelnen Phasen der Studie. Der Vergleich der Gruppen ergibt die kürzeste Aufenthaltsdauer für die Patienten in Phase 4 (M = 121 Tage, SD = 59). Sie unterscheidet sich signifikant von der Behandlungsdauer der Vergleichsgruppe 4-K (M = 142, SD = 54; $t(198) = 2.79$, $p < .01$). Dies bedeutet: Patienten, zu denen die Therapeuten nach der Zwischenerhebung eine Rückmeldung erhielten wurden kürzer behandelt als diejenigen zu denen kein Feedback gegeben wurde. Die Behandlungsdauer in Phase 3 (M = 132, SD = 60) und 3-K (M = 138, SD = 66) unterschieden sich hingegen nicht bedeutsam voneinander ($t(228) = 0.66$, n.s.).

Tabelle 34: Behandlungsdauer (Tage) in den verschiedenen Phasen

	Phase 1 (n = 157)	Phase 2 (n = 106)	Phase 3 (n = 109)	Phase 3-K (n = 121)	Phase 4 (n = 99)	Phase 4-K (n = 101)
M (SD)	130.24 (61.73)	134.86 (67.33)	132.17 (59.58)	137.64 (66.16)	120.60 (58.55)	142.86 (54.17)
Min	30	34	35	30	30	35
Max	301	288	332	338	248	386

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, Min = Minimum, Max = Maximum

3.2 Beeinflusst Feedback zur Zwischenerhebung die Verteilung von Ressourcen?

In Tabelle 35 sind die Behandlungsdauern in den einzelnen Phasen der Studie getrennt für Patienten, deren Zustand zur Zwischenerhebung als funktional bzw. nonfunktional klassifiziert wurde, dargestellt.

Es zeigt sich, dass in allen Phasen diejenigen Patienten länger behandelt werden, deren Zustand zur Zwischenerhebung als im nonfunktionalen Bereich liegend klassifiziert wurde. Einzig in Phase 3 erreichte dieser Unterschied keine Signifikanz. Demnach wurden auch bevor erstmals Zwischenrückmeldungen gegeben wurden (Phase 1 und 2) diejenigen Patienten länger behandelt, deren Zustand zur Zwischenerhebung im nonfunktionalen Bereich lag.

Tabelle 35: Behandlungsdauer (Tage) in Abhängigkeit vom Status zur Zwischenerhebung (funktional vs. nonfunktional; EB-45)

Phase	ZE-Status	Dauer [M (SD)]	t	df	p
1	funktional (n = 35)	115.69 (57.81)	1.99	137	.05
	nonfunktional (n = 104)	139.84 (63.39)			
2	funktional (n = 24)	115.88 (60.00)	2.17	95	.03
	nonfunktional (n = 73)	149.05 (66.41)			
3	funktional (n = 19)	120.68 (71.59)	0.89	106	.38
	nonfunktional (n = 89)	134.03 (56.98)			
3-K	funktional (n = 22)	91.82 (40.73)	3.79	119	.00
	nonfunktional (n = 99)	147.82 (66.55)			
4	funktional (n = 28)	80.75 (42.56)	4.69	97	.00
	nonfunktional (n = 71)	136.31 (56.70)			
4-K	funktional (n = 24)	110.17 (33.92)	3.22	86	.00
	nonfunktional (n = 64)	145.77 (50.01)			

Anmerkungen. ZE-Status = Status zur Zwischenerhebung. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung.

Vergleicht man die Behandlungsdauer in Phase 3 und 4 mit derjenigen in der jeweiligen Vergleichsgruppe ergeben sich unter Einbeziehung des Status zur Zwischenerhebung (funktional vs. nonfunktional) die in Tabelle 36 dargestellten varianzanalytischen Ergebnisse.

Tabelle 36: Einfluss der Faktoren „Rückmeldung (ja – nein)" und „Zustand zur Zwischenerhebung (funktional - nonfunktional; EB-45)" auf die Behandlungsdauer

	Quelle	df	mittlere Quadrate	F	p
Phase 3/3-K	*between subjects*				
	Rückmeldung	1	1903.78	0.51	.48
	ZE-Status	1	40275.31	10.70	.00
	Rückmeldung*ZE-Status	1	15234.42	4.05	.05
	within subjects	225	3763.57		
Phase 4/4-K	*between subjects*				
	Rückmeldung	1	14110.18	5.64	.02
	ZE-Status	1	77597.30	31.00	.00
	Rückmeldung*ZE-Status	1	3720.57	1.49	.22
	within subjects	183	2502.79		

Anmerkung. ZE-Status = Status zur Zwischenerhebung

Während sich im Vergleich der Patientengruppen in Phase 4 und 4-K signifikante Haupteffekte beider Einflussfaktoren zeigen, hat in Phase 3/3-K lediglich der Status zur Zwischenerhebung einen bedeutsamen Einfluss auf die Behandlungsdauer. Demnach wurden die Patienten zu deren Gesundungsverlauf keine Rückmeldung gegeben wurde (Phase 4-K) signifikant länger behandelt als diejenigen, zu denen die Therapeuten Feedback erhielten (Phase 4). In Phase 3/3-K ergab sich ein bedeutsamer Interaktionseffekt: Entgegen der Erwartung wurden diejenigen Patienten, deren Zustand zur Zwischenerhebung als „funktional" bewertet wurde in der Feedbackbedingung (Phase 3) länger behandelt als die entsprechenden Patienten der in der Nichtfeedbackgruppe (Phase 3-K). Abbildung 7 veranschaulicht die Unterschiede grafisch.

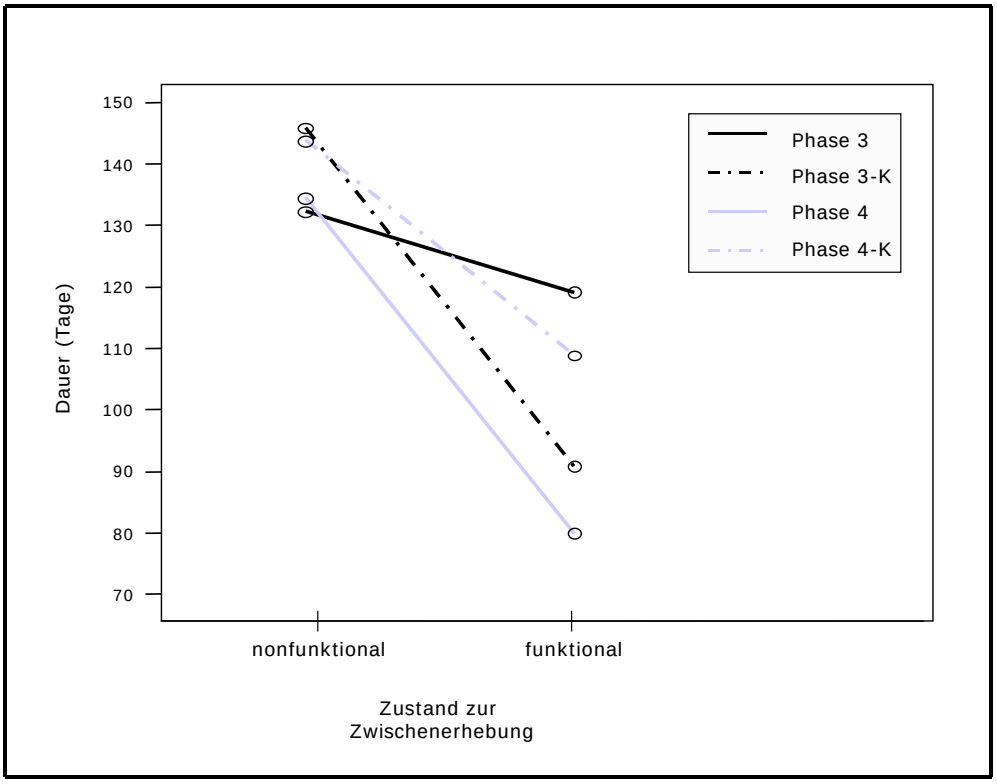


Abbildung 7: Behandlungsdauer in den Phasen mit und ohne Feedback in Abhängigkeit vom Zustand zur Zwischenerhebung (funktional vs. nonfunktional; EB-45)

Die Unterteilung der Stichprobe in Patienten, deren Veränderung bis zur Zwischenerhebung als „auffällig" bzw. „nicht auffällig" bewertet wurde (Nonresponder bzw. Responder), zeigt, dass erstere zwar in allen Phasen der Studie länger behandelt wurden, der einzige signifikante Unterschied sich jedoch in Phase 4 zeigt (Tabelle 37): Während Patienten, deren Zustand zur Zwischenerhebung als „auffällig" klassifiziert wurde, im Durchschnitt 138 Tage (SD = 56) wurden, belief sich die Aufenthaltsdauer der Patienten, deren Zustand als „nicht auffällig" bewertet worden war auf durchschnittlich 107 Tage (SD = 55).

Tabelle 37: Behandlungsdauer in den verschiedenen Phasen der Studie in Abhängigkeit vom Status zur Zwischenerhebung (auffällig vs. nicht auffällig)

Phase	ZE-Status	Dauer [M (SD)]	t	df	p
1	auffällig (n = 72)	136.24 (65.13)	0.69	131	.49
	nicht auffällig (n = 61)	128.75 (59.83)			
2	auffällig (n = 55)	148.60 (71.44)	1.51	94	.14
	nicht auffällig(n = 41)	128.27 (56.32)			
3	auffällig (n = 59)	137.05 (60.68)	0.92	104	.39
	nicht auffällig (n = 47)	126.21 (59.34)			
3-K	auffällig (n = 74)	145.08 (65.26)	1.56	118	.12
	nicht auffällig (n = 46)	125.75 (67.30)			
4	auffällig (n = 51)	137.59 (56.41)	2.71	94	.01
	nicht auffällig (n = 45)	106.60 (55.25)			
4-K	auffällig (n = 45)	137.20 (49.82)	0.12	85	.90
	nicht auffällig (n = 42)	135.88 (50.37)			

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung.

Die Analyse des Einflusses der Faktoren „Rückmeldung“ und „Auffälligkeit zur Zwischenerhebung“ auf die Behandlungsdauer der Patienten in Phase 3/3-K bzw. 4/4-K zeigt die folgenden Ergebnisse (Tabelle 38):

Tabelle 38: Einfluss der Faktoren „Rückmeldung (ja – nein)“ und „Zustand zur Zwischenerhebung (auffällig - nicht auffällig)“ auf die Behandlungsdauer

	Quelle	df	mittlere Quadrate	F	p
Phase 3/3-K	*between subjects*				
	Rückmeldung	1	778.56	0.19	.66
	ZE-Status	1	12390.22	3.09	.08
	Rückmeldung*ZE-Status	1	982.57	0.25	.62
	within subjects	222	4010.24		
Phase 4/4-K	*between subjects*				
	Rückmeldung	1	9501.16	3.36	.07
	ZE-Status	1	11879.57	4.20	.04
	Rückmeldung*ZE-Status	1	10018.70	3.54	.06
	within subjects	179	2830.21		

Anmerkung. ZE-Status = Status zur Zwischenerhebung.

In Phase 3/3-K zeigte sich, wie beschrieben, kein Einfluss des Faktors „Rückmeldung“ auf die Behandlungsdauer. Auch die Interaktion zwischen den Einflussgrößen war nicht statistisch signifikant.

Sowohl in Phase 3/3-K als auch in Phase 4/4-K ergibt sich ein tendenziell ($p < .10$) bedeutsamer Einfluss des Zustandes zur Zwischenerhebung auf die Behandlungsdauer: Patienten, deren Gesundungsverlauf nach dem ersten Behandlungsmonat als „auffällig“ bewertet wurde, wurden länger behandelt als diejenigen, die als „nicht auffällig“ klassifiziert worden waren.

In Phase 4/4-K zeigt sich darüber hinaus der bereits oben beschriebenen Einfluss der Rückmeldung auf die Dauer der Behandlung. Ferner wurde hier eine tendenziell signifikante Interaktion der Einflussfaktoren gefunden. Demnach wirkt sich das Feedback erwartungskonform auf die Aufenthaltsdauer derjenigen Patienten aus, deren Zustand zur Zwischenerhebung als „nicht auffällig“ bewertet wurde (im Sinne einer kürzeren Behandlungsdauer von Patienten, zu denen eine Rückmeldung gegeben wurde).

Für „auffällig“ bewertete Fälle ergab sich hingegen kein Unterschied in der Behandlungsdauer zwischen den Gruppen mit bzw. ohne Feedback. Abbildung 8 illustriert die beschriebenen Effekte.

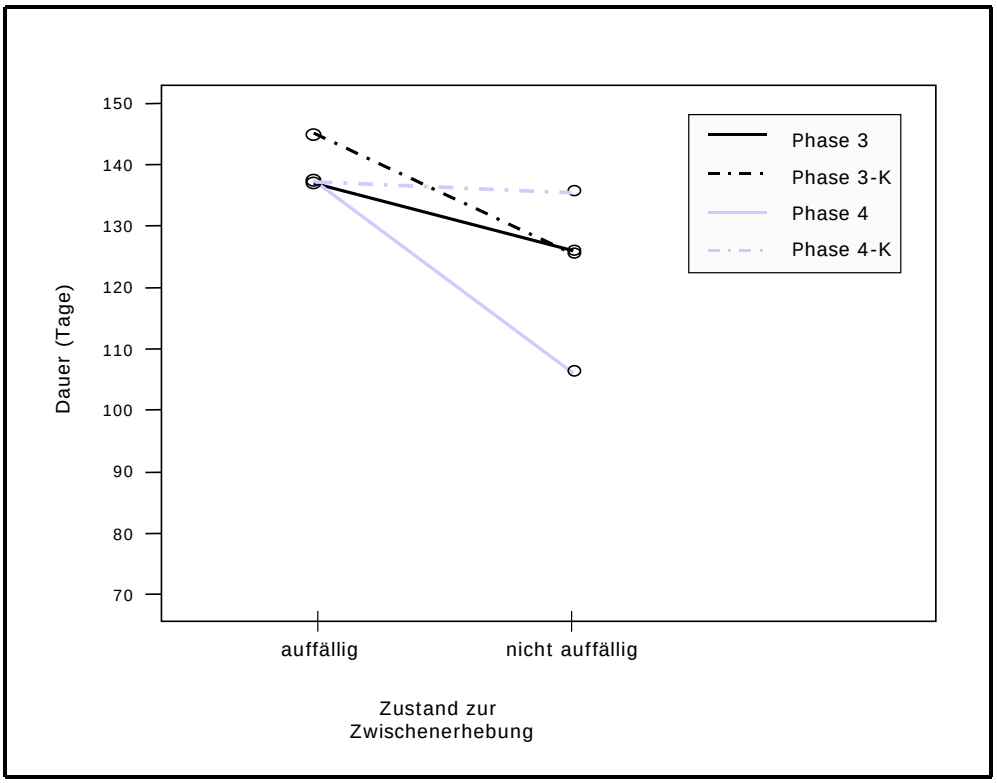


Abbildung 8: Behandlungsdauer in den Phasen mit und ohne Feedback in Abhängigkeit vom Zustand zur Zwischenerhebung (auffällig vs. nicht auffällig)

Die beschriebenen Ergebnisse, die einen Einfluss der Rückmeldung in Phase 4 auf die Behandlungsdauer zeigen, legen nahe, diesen Einfluss genauer zu untersuchen. Betrachtet man die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Beeinträchtigungsmaßen zur Zwischenerhebung und der Behandlungsdauer, ergibt sich für die einzelnen Phasen der Studie das in Tabelle 39 dargestellte Bild.

Tabelle 39: Zusammenhang zwischen Beeinträchtigung zur Zwischenerhebung und Behandlungsdauer (Korrelation nach Pearson)

	Phase 1 (n = 141)	Phase 2 (n = 98)	Phase 3 (n = 109)	Phase 3-K (n = 121)	Phase 4 (n = 99)	Phase 4-K (n = 90)
GBB	.07	.14	.10	.18	.30**	.18
EB-45 SYM	.12	.19	.19	.20*	.40**	.19
EB-45 INT	.08	.19	.17	.20*	.44**	.21
EB-45 SOZ	.18	.07	.16	.09	.31**	.13
EB-45 TOTAL	.13	.22*	.17	.19	.44**	.20*

Anmerkungen. * $p < .05$, ** $p < .01$. GBB = Gießener Beschwerdebogen, EB-45 = Ergebnisfragebogen, SYM = Symptombelastung, INT = Interpersonale Beziehungen, SOZ = Soziale Integration.

In Phase 4 zeigen sich, im Gegensatz zu allen anderen Phasen der Studie, hochsignifikante Zusammenhänge zwischen den zur Zwischenerhebung erfassten Parametern der psychischen und physischen Gesundheit und der Behandlungsdauer: Patienten, zu denen die Therapeuten in Phase 4 eine Rückmeldung erhielten, bekamen demnach bei höherer Beeinträchtigung mehr Behandlungszeit als Patienten, die weniger Beschwerden berichteten. Für das Feedback in Phase 3 wurden keine vergleichbaren Zusammenhänge beobachtet.

Die beiden Feedbackformen (Phase 3 und 4) unterschieden sich dahingehend, dass das Feedback in Phase 4 durch eine Empfehlung bzgl. des weiteren Behandlungsbedarfs ergänzt wurde. Wendet man die Regeln zur Schätzung der Behandlungsdauer auch auf die anderen Phasen der Studie an, zeigen sich (entsprechend des vergleichbaren Beeinträchtigungsstatus zur Zwischenerhebung) sehr ähnliche prognostizierte Werte zwischen 110 und 118 Tagen (Tabelle 40).

Tabelle 40: Prognostizierte und tatsächliche Behandlungsdauer (Tage) in den verschiedenen Phasen

	prognostiziert[a] [M (SD)]	tatsächlich [M (SD)]
Phase 1 (n = 139)	113.78 (81.50)	130.24 (61.73)
Phase 2 (n = 97)	109.03 (81.92)	134.86 (67.33)
Phase 3 (n = 139)	117.90 (77.75)	132.17 (59.58)
Phase 3-K (n = 121)	111.70 (78.42)	137.64 (66.16)
Phase 4 (n = 99)	109.67 (80.05)	120.60 (58.60)
Phase 4-K (n = 101)	109.91 (76.30)	142.86 (54.17)

Anmerkungen. [a] Die Angaben beziehen sich auf die zur Zwischenerhebung geschätzte Dauer bis die psychische Beeinträchtigung des Patienten den funktionalen Bereich erreicht (Die Dauer von Aufnahme bis Zwischenerhebung wurde addiert). M = Mittelwert, SD = Standardabweichung.

Ein Zusammenhang zwischen geschätzter und tatsächlicher Behandlungszeit zeigte sich nur in Phase 4, in der den Therapeuten die Information über den notwendig erachteten weiteren Behandlungsbedarf zugänglich gemacht wurde (Tabelle 41). In den übrigen Phasen der Studie hingen prognostizierte und tatsächliche Aufenthaltsdauer nicht zusammen.

Tabelle 41: Zusammenhang zwischen prognostizierter und tatsächlicher Behandlungsdauer in den verschiedenen Phasen (Korrelation nach Pearson)

	Korrelation
Phase 1 (n = 139)	.07
Phase 2 (n = 97)	.18
Phase 3 (n = 139)	.17
Phase 3-K (n = 121)	.09
Phase 4 (n = 99)	.36**
Phase 4-K (n = 101)	.19

Anmerkung. ** $p < .01$

3.3 Beschleunigt Feedback zur Zwischenerhebung die Entlassung mit verbessertem Befinden?

3.3.1 Entlassung mit reliabel verbessertem psychischen Befinden

Um zu überprüfen, inwiefern sich die Rückmeldung auf die Dauer bis zur Erreichung eines relevanten Ereignisses auswirkt, wurden Survivalanalysen (Kaplan-Meier) durchgeführt. Als Ereignis wurde in einer ersten Analyse das Kriterium der Entlassung in reliabel verbessertem Befinden im GSI der SCL-90-R heran gezogen (das Ereignis einer klinisch signifikanten Verbesserung kam zu selten vor, um hier verwendet zu werden; vgl. V.2.3.).

Die Überlebenszeiten in den einzelnen Phasen der Untersuchung und die Ergebnisse des Log-Rank Tests, welcher die Unterschiede in den Survivalkurven der einzelnen Phasen auf Signifikanz testet, indem Unterschiede zwischen beobachteten und erwarteten Werten in einer Sequenz von Kontingenztafeln bewertet werden, sind in Tabelle 42 dargestellt.

Tabelle 42: Überlebenszeiten der Behandlungsdauer (Tage) in den verschiedenen Studienphasen (Log Rank Statistik; Ereignis = Entlassung mit reliabler Verbesserung [SCL-90-R GSI])

Faktorstufe	Median	Standard-fehler Md	N	Log-Rank	df	p
Phase 1	190	11.43	126			
Phase 2	203	4.55	96			
Phase 3	174	18.54	100	14.67	5	.01
Phase 3-K	238	23.92	102			
Phase 4	169	18.81	85			
Phase 4-K	238	28.13	73			

Die Unterschiede zwischen den einzelnen Phasen erwiesen sich als statistisch signifikant, d.h. die Dauer bis zur Entlassung mit reliabel verbessertem Befinden unterschied sich zwischen den Phasen: Sie betrug in den Phasen mit Feedback nach der Zwischenerhebung im Median 174 (Phase 3) bzw. 169 Tage (Phase 4) und war damit deutlich kürzer als in den entsprechenden Vergleichsgruppen (jeweils 238 Tage).

Mit der Prozedur „paarweiser Vergleich", wurden die einzelnen Phasen der Studie gegeneinander getestet. Tabelle 43 zeigt die Log-Rank Statistik.

Es zeigten sich statistisch bedeutsame Unterschiede sowohl zwischen Phase 3 und 3-K als auch zwischen Phase 4 und 4-K. Demnach war die Dauer bis zur Entlas-

sung bei Erreichen einer reliablen Verbesserung im psychischen Befinden bei denjenigen Patienten, zu deren Entwicklung eine Rückmeldung gegeben wurde, signifikant kürzer als in der jeweiligen Vergleichsgruppe, in der die Therapeuten kein Feedback erhielten. Die beiden Rückmeldephasen unterschieden sich jedoch nicht voneinander.

Tabelle 43: Vergleich der Faktorstufen (Log-Rank Statistik; Ereignis = Entlassung mit reliabler Verbesserung [SCL-90-R GSI])

	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 3-K	Phase 4
Phase 2	0.98 (p = .32)				
Phase 3	1.65 (p = .20)	4.38* (p = .04)			
Phase 3-K	2.53 (p = .11)	0.26 (p = .61)	7.02** (p = .01)		
Phase 4	3.74* (p = .05)	5.64* (p = .02)	0.12 (p = .73)	4.57* (p = .03)	
Phase 4-K	0.31 (p = .57)	0.12 (p = .73)	2.98 (p = .08)	0.54 (p = .46)	3.84* (p = .05)

Anmerkung. * $p < .05$, ** $p < .01$

In Abbildung 9 und 10 sind die Unterschiede zwischen den Gruppen, zu deren Entwicklung in Phase 3 bzw. 4 eine Rückmeldung gegeben wurde und den entsprechenden Vergleichsgruppen grafisch dargestellt. Es wurde die Darstellungsform „Eins-minus-Überleben“ gewählt.

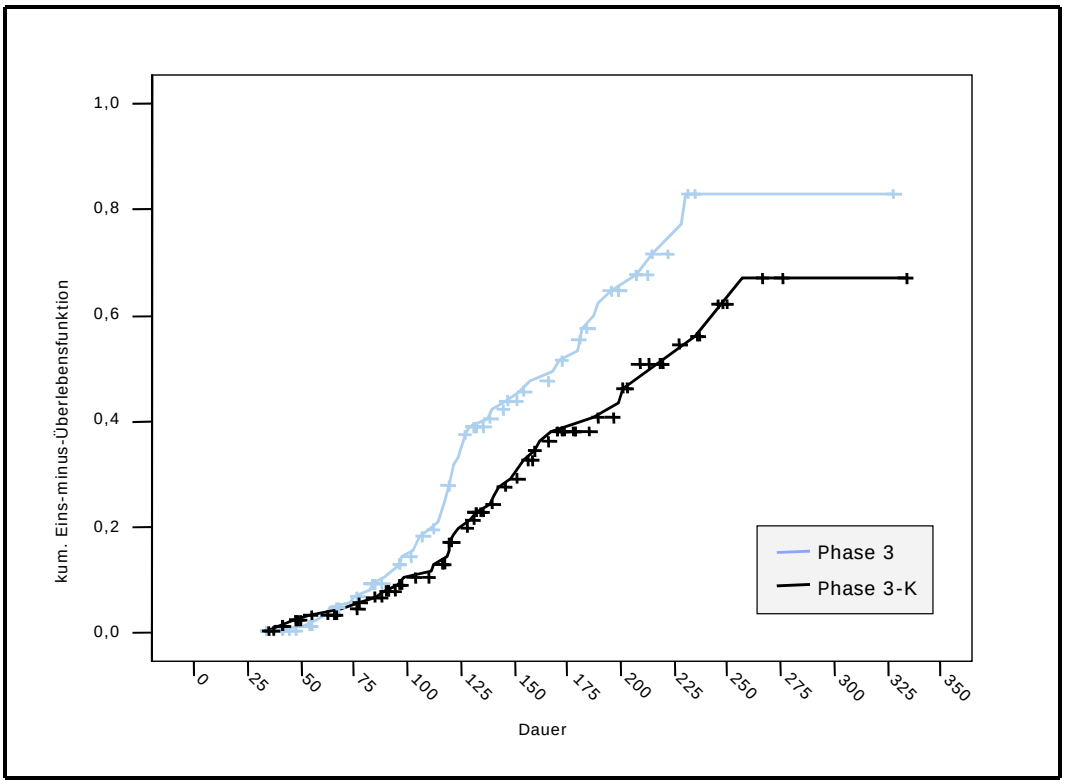


Abbildung 9: Dauer bis zur Entlassung in reliabel verbessertem Zustand (GSI) (Phase 3 vs. 3-K)

Abbildung 9 zeigt, dass der berichtete signifikante Unterschied zwischen Phase 3 und 3-K auf Unterschiede im Bereich der eher langen Behandlungsdauern zurückzuführen ist. Bis zu einer Dauer von ca. 100 Tagen verlaufen die Survivalkurven der beiden Gruppen annähernd deckungsgleich. Bei längeren Behandlungen erreichten Patienten zu denen die Therapeuten eine Rückmeldung erhielten (Phase 3) das gewählte Kriterium in kürzerer Zeit als die Patienten der Vergleichsgruppe (Phase 3-K).

Abbildung 10 zeigt die Survivalkurven für die Phasen 4 und 4-K und veranschaulicht den beschriebenen Effekt, demzufolge die Patientengruppe, zu welcher die Therapeuten eine Rückmeldung erhielt in kürzerer Behandlungszeit als die Vergleichsgruppe das Kriterium einer Entlassung mit reliabel verbesserten psychischem Befinden erreichen.

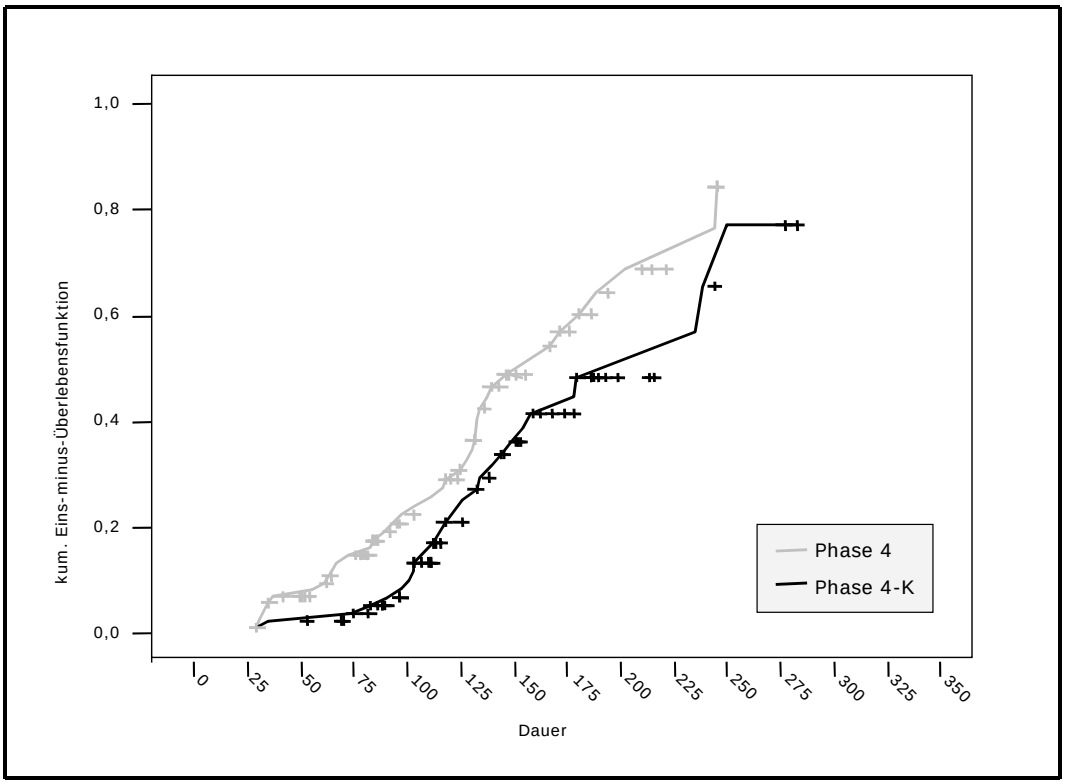


Abbildung 10: Dauer bis zur Entlassung in reliabel verbessertem Zustand (GSI) (Phase 4 vs. 4-K)

3.3.2 Entlassung mit positivem Behandlungsergebnis

In einer zweiten Analyse wurde als Ereignis das Kriterium der Entlassung mit einem als nicht auffällig bewerteten Behandlungsergebnis heran gezogen (Tabelle 44). Die im Median geringste Dauer zeigte sich mit 133 Tagen in Phase 4. Der Vergleichswert in Phase 4-K lag 13 Tage höher. Ein ähnlicher Unterschied zeigte sich zwischen Phase 3 (147 Tage) und 3-K (157 Tage).

Tabelle 44: Überlebenszeiten der Behandlungsdauer (Tage) in den verschiedenen Studienphasen (Log Rank Statistik; Ereignis = Entlassung in nicht auffälligem Zustand)

Faktorstufe	Median	Standard-fehler Md	N	Log-Rank	df	p
Phase 1	162	8.66	130			
Phase 2	182	16.71	99			
Phase 3	147	10.26	101	9.46	5	.09
Phase 3-K	157	9.20	105			
Phase 4	133	4.86	85			
Phase 4-K	146	11.04	76			

Der paarweise Vergleich der Faktorstufen (Tabelle 45) zeigt, dass sich Phase 4 bedeutsam von allen übrigen Phasen der Studie unterscheidet (wobei der Unterschied zu Phase 3 mit $p = .06$ knapp die Signifikanzgrenze verfehlte). Der Unterschied zwischen Phase 3 und 3-K erwies sich nicht als statistisch signifikant.

Tabelle 45: Vergleich der Faktorstufen (Log Rank Statistik; Ereignis = Entlassung in nicht auffälligem Zustand)

	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 3-K	Phase 4
Phase 2	1.18 (p = .28)				
Phase 3	0.22 (p = .64)	1.85 (p = .17)			
Phase 3-K	0.00 (p = .94)	1.07 (p = .30)	0.22 (p = .64)		
Phase 4	4.57* (p = .03)	7.80** (p = .01)	3.43 (p = .06)	3.58** (p = .05)	
Phase 4-K	0.19 (p = .66)	2.13 (p = .14)	0.00 (p = .96)	0.14 (p = .71)	4.45* (p = .04)

Anmerkung. * $p < .05$, ** $p < .01$

Abbildungen 11 und 12 veranschaulichen die Unterschiede zwischen den Phasen, in denen die Therapeuten Feedback erhielten und den entsprechenden Vergleichsgruppen.

Aus Abbildung 11 geht hervor, dass die Kurven der Gruppen mit und ohne Feedback quasi deckungsgleich verlaufen. Demnach unterscheiden sich Gruppe 3 und 3-K nicht hinsichtlich der Dauer bis zur Entlassung mit einem als „nicht auffällig“ bewerteten Behandlungsergebnis.

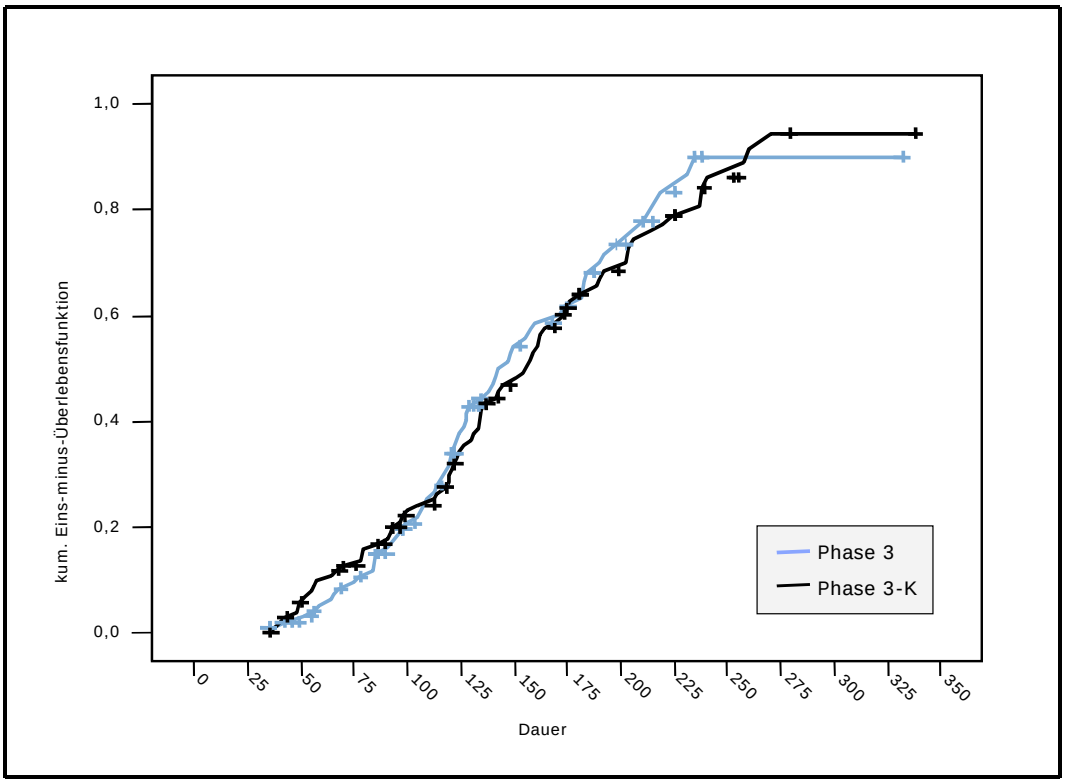


Abbildung 11: Dauer bis zur Entlassung in nicht auffälligem Zustand (Phase 3 vs. 3-K)

Im Vergleich von Phase 4 und 4-K (Abbildung 12) zeigt sich der oben beschriebene Unterschied dahingehend, dass Patienten, zu denen die Therapeuten eine Rückmeldung erhielten, das genannte Kriterium schneller erreichten als diejenigen, zu denen kein Feedback gegeben wurde.

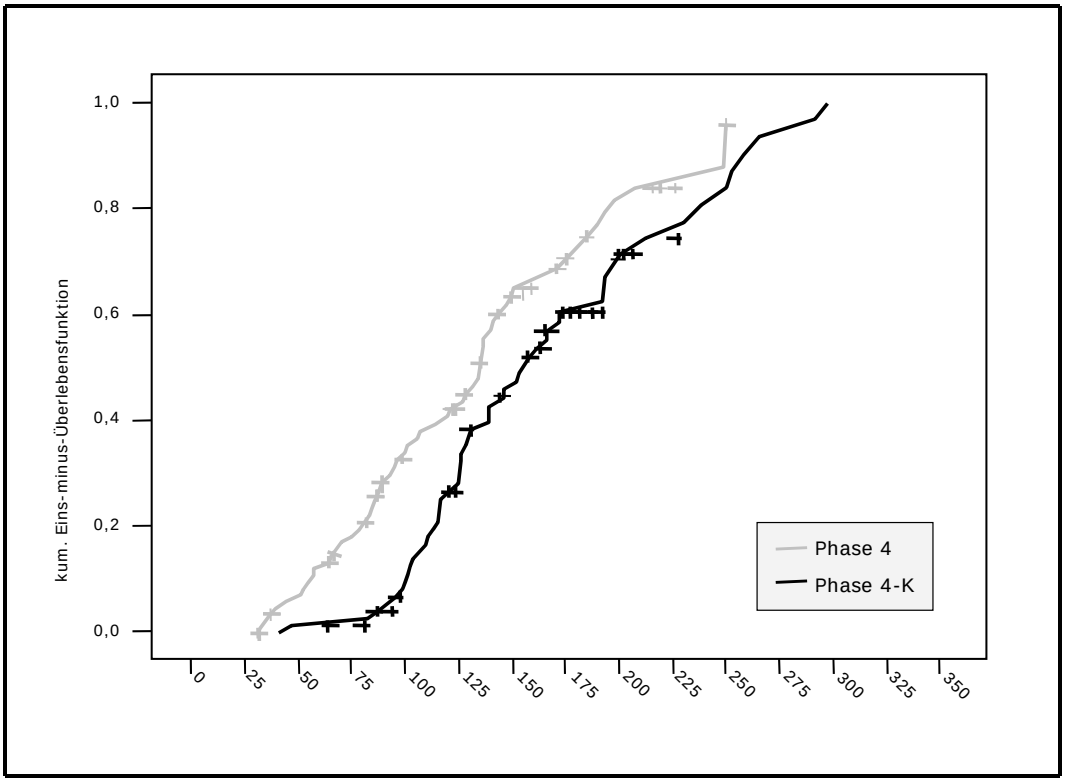


Abbildung 12: Dauer bis zur Entlassung in nicht auffälligem Zustand (Phase 4 vs. 4-K)

VI. Diskussion

Die vorliegende Arbeit berichtet über die Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines Qualitätsmanagementsystems für die stationäre psychotherapeutische Versorgung und betritt damit, zumindest im deutsprachigen Raum, weitgehend Neuland. Die Qualität eines derartigen Systems bemisst sich nach seiner Integrierbarkeit in den klinischen Alltag und nach seinem Einfluss auf Effektivität und Effizienz psychotherapeutischer Behandlungen. Die zentralen Fragestellungen der Arbeit bezogen sich entsprechend auf die Akzeptanz des Systems durch die behandelnden Therapeuten und auf die Effekte von zwei verschiedenen Feedbackformen während der Therapie auf deren Ergebnis sowie die Dauer der Behandlung.

Um die Interpretation der Ergebnisse zu erleichtern, sollen an dieser Stelle die den beiden Formen der Zwischenrückmeldung zugrunde liegenden Überlegungen zunächst noch einmal kurz dargestellt werden: Zunächst wurden die Rückmeldungen nach der Zwischenerhebung in Anlehnung an das Vorgehen von Lambert et al. (2001, 2003) in Abhängigkeit von *Response/Nonresponse* im ersten Behandlungsabschnitt formuliert (Phase 3). Die Studien von Lambert et al. (2001, 2003) haben einen Effekt von Feedback dahingehend nachgewiesen, dass Risikopatienten (Patienten, deren Behandlungsverlauf Anlass für mindestens eine „negative" Rückmeldung gab) die Behandlung in der Experimentalgruppen (Therapeuten erhielten eine entsprechende Rückmeldung) mit besserem Ergebnis beendeten als in der Kontrollgruppe (kein Feedback). Diese Studien geben jedoch keinen Aufschluss über die Frage, wodurch die Effekte zustande kommen: Wenngleich versucht wurde, den Therapeuten konkrete Handlungsanweisungen für das weitere therapeutische Vorgehen zu geben, bleibt unklar, inwiefern die Behandler diesen Empfehlungen gefolgt sind. Der einzige gefundene Unterschied zwischen Experimental- und Kontrollgruppen bestand in einer Verlängerung der Behandlungsdauer unter Experimentalbedingungen. Gewissermaßen handelten die Therapeuten in diesen Untersuchungen also implizit so, wie es im Feedback gemäß des *Random-Walk* Modells explizit formuliert wurde (Phase 4). Ausgehend von dem Befund, dass sich Veränderungen im Befinden des Patienten im zweiten Behandlungsabschnitt als unabhängig von denjenigen im ersten Behandlungsabschnitt erwiesen, wurden den Therapeuten in Phase 4 der Studie Rückmeldungen darüber gegeben, in welchem Abstand zu einem als „funktional" definierten

Bereich sich die psychische Beeinträchtigung eines Patienten nach dem ersten Behandlungsabschnitt darstellte. Auf Grundlage dieser Entfernung zum Zielbereich wurde eine Empfehlung bzgl. des weiteren stationären Behandlungsbedarfs (Schätzung der Dauer bis zum Erreichen des funktionalen Bereiches) ausgesprochen. Es wurde erwartet, dass diese Rückmeldung sich in Abhängigkeit vom Zustand zur Zwischenerhebung auswirkt: Patienten, die den Zielbereich zu diesem Zeitpunkt bereits erreicht haben, sollten kürzer, diejenigen, die ihn nicht erreicht haben, länger behandelt werden und entsprechend bessere Behandlungsergebnisse aufweisen als Patienten der Vergleichsgruppe.

Im folgenden werden die Ergebnisse der Studie zunächst zusammenfassend diskutiert sowie Stärken und Limitierungen thematisiert. Abschließend werden die Implikationen der Befunde für zukünftige wissenschaftliche Aktivitäten im Bereich des Qualitätsmanagements sowie für die klinische Praxis diskutiert.

1. Diskussion der Ergebnisse

Akzeptanz des Qualitätsmanagementprogramms

Wichtigste Voraussetzung für die erfolgreiche Implementierung eines Qualitätssicherungs- oder Qualitätsmanagementsystems ist seine Akzeptanz durch diejenigen, die die erhobenen und zurück gemeldeten Informationen nutzen sollen:

„Die Qualitätssicherung [...] wird grundlegend von den an der Behandlung Beteiligten getragen. Sie ist auf die Mitarbeit des therapeutischen Teams angewiesen und muss in ihrem Inhalt und Form, Ansatz und Durchführung auch deren Motivation entsprechen. Elemente der Qualitätssicherung müssen mit der Behandlung kompatibel und in die klinische Routinearbeit integrierbar sein, sie müssen ökonomisch und praktikabel gestaltet werden. Die Ergebnisse von Qualitätssicherungsmaßnahmen müssen relevant für die therapeutische Arbeit und für die Teammitglieder auch von unmittelbarem Nutzen sein." (Mans, 1998; S. 302).

Die an der vorliegenden Studie teilnehmenden Therapeuten gaben zu jeder Rückmeldung an, inwiefern diese mit ihrem klinischen Eindruck übereinstimmte. Ferner wurde zu den Zwischenrückmeldungen erfasst, inwiefern die Behandelnden die enthaltenen Informationen als relevant erachten bzw. annehmen diese für die weitere Behandlung nutzen zu können.

Die Zustimmung seitens der Therapeuten zu den Entlassungsrückmeldungen kann mit 85% in der Gesamtstichprobe als sehr gut bezeichnet werden und ent-

spricht der Rate, die in anderen Studien berichtet wurde, wobei die Übereinstimmung zwischen Ergebnisrückmeldung und klinischem Eindruck bei auffälligen Verläufen mit 71% in der vorliegenden Studie etwas niedriger lag als in früher untersuchten Stichproben (z. B. Kordy et al., 2003). Aus therapeutischer Sicht sind ca. 30% der Auffälligkeitssignale demnach fälschlich vergeben worden. Dies entspricht aber insofern der zugrunde liegenden Idee des Alarmsignals, als dieses nicht per se ein negatives Behandlungsergebnis bezeichnet, sondern die Aufmerksamkeit der Kliniker auf die als „auffällig" klassifizierten Fälle lenken soll, um dann in der Diskussion zu klären, ob bzw. warum bestimmte Behandlungen hinter den Erwartungen zurück geblieben sind. So wurde beispielsweise in knapp 30% der auffälligen Verläufe von den behandelnden Therapeuten angegeben, dass die stationäre Behandlung zu einer Sensibilisierung des Patienten in dem Sinne geführt habe, dass er verschiedene Problemfelder erst durch die Therapie zu erkennen gelernt habe. Dadurch erkläre sich, dass der Patient in den Selbstberichtinstrumenten zum Zeitpunkt der Entlassung in mehr Bereichen Beeinträchtigung angegeben habe als bei Aufnahme in die Klinik.

Die Zustimmungsrate zu den Rückmeldungen nach der Zwischenerhebung lag bei 80% in Phase 3 und 66% in Phase 4. Diese Diskrepanz zwischen den beiden Formen der Zwischenrückmeldung drückt sich sowohl in der Gesamtbeurteilung als auch auf Ebene aller erfassten Einzelskalen aus. Die geringere Akzeptanz in Phase 4 zeigt sich auch in weniger positiven Beurteilungen der Fragen nach der Relevanz und der Nutzbarkeit der zurück gemeldeten Informationen für die weitere Behandlung. Dennoch gaben die Therapeuten auch in Phase 4 in immerhin 81% der Fälle an, die Rückmeldung „ziemlich" oder zumindest „ein wenig" für die weitere Therapie nutzen zu können.

Wie lässt sich die geringere Akzeptanz zum Feedback nach der Zwischenerhebung in Phase 4 erklären? Da die Rückmeldungen der Zwischenerhebungsergebnisse in beiden Phasen identisch waren und sich beide Formen alleine durch die zusätzliche Prognose in Hinblick auf den weiteren Behandlungsbedarf in Phase 4 unterschieden, kann angenommen werden, dass die geringere Zustimmung in Phase 4 durch Unzufriedenheit mit der ausgesprochenen Weiterbehandlungs-Empfehlung ausgelöst wurde. Dabei dürfte eine wesentliche Rolle gespielt haben, dass die Schätzung der notwendigen Behandlungsdauer besonders deutlich macht, dass es in Qualitätsmanagementsystemen immer auch um Aspekte der

Finanzierbarkeit von Behandlungen geht. Es könnten sich also Bedenken der Therapeuten, Feedback- und Qualitätsmanagementsysteme könnten genutzt werden, um die Behandlungsdauer zu verkürzen, in einer deutlich reduzierten Akzeptanzrate niederschlagen. Allerdings wurde eine baldige Beendigung der stationären Therapie lediglich in 29% der Fälle geraten. Für die übrigen Patienten war die empfohlene/prognostizierte Dauer zumeist länger als die von den Therapeuten unter den gegenwärtigen Bedingungen für realistisch gehaltene Behandlungszeit.

Es ist auch denkbar, dass die in Phase 4 zurück gemeldete *Zeit*vorgabe von den Therapeuten als *Ziel*vorgabe empfunden wurde. Es könnte sein, dass die Schätzung der weiteren Behandlungsdauer als Druck erlebt wurde, den Patienten bis zu diesem Zeitpunkt mit positivem Behandlungsergebnis zu entlassen. Stimmte der Therapeut dieser Einschätzung zu, übernähme er gewissermaßen auch die Verantwortung für ein eventuelles Scheitern bzw. müsste u. U. die Fortsetzung über die geschätzte Dauer hinaus rechtfertigen.

Besonders geringe Akzeptanz erfuhr die Empfehlung einer baldigen Beendigung der stationären Behandlung. Lediglich in 12% der Fälle wurde diese Beurteilung vom behandelnden Therapeuten geteilt. Übereinstimmung bestand jedoch dahin gehend, dass die Therapeuten bei Patienten, für deren Behandlung diese Empfehlung ausgesprochen wurde, auch deutlich geringeren Bedarf an weiterer stationärer Behandlung sahen als bei denjenigen, für die eine stationäre Weiterbehandlung empfohlen wurde. Auch bzgl. der aus therapeutischer Sicht notwendigen Dauer der Klinikbehandlung lagen die Angaben bei denjenigen Patienten deutlich niedriger, für die eine baldige Beendigung der stationären Behandlung geraten wurde (im Mittel 61 versus 94 Tage).

Auswirkungen auf die Behandlungsergebnisse

Die Annahme, dass Feedback zum Zeitpunkt der Zwischenerhebung zu einer Verbesserung der durchschnittlichen Behandlungsergebnisse führt, konnte nicht bestätigt werden. Für keine der verwendeten Rückmeldeformen konnte ein Effekt auf die Beeinträchtigung zum Zeitpunkt der Entlassung nachgewiesen werden. Auch in Bezug auf die Auffälligkeitsrate zeigten sich keine bedeutsamen Effekte. Einzig bezüglich der Rate klinisch signifikanter Veränderung ergaben sich im Globalen Schwereindex der SCL-90-R (GSI) mehr Veränderungen (positive wie negative) in Phase 3 als in der entsprechenden Vergleichsgruppe. Dieser Unterschied zeigte sich im Gesamtscore des Ergebnisfragebogens (EB-45) jedoch nicht. Für den Vergleich von Phase 4 und 4-K ergaben sich keine Unterschiede in Bezug auf die Rate klinisch signifikanter Verbesserungen.

Basierend auf dem Random-Walk Modell waren differentielle Effekte in Abhängigkeit vom Befinden des Patienten zum Zeitpunkt der Zwischenerhebung angenommen worden, indem sich die Rückmeldung insbesondere auf die Behandlungsergebnisse derjenigen Patienten auswirken sollte, deren Zustand zur Zwischenerhebung als im nonfunktionalen Bereich liegend klassifiziert worden war.

Die Ergebnisse zeigen, dass in allen Phasen der Studie Patienten, deren Zustand zum Zeitpunkt der Zwischenerhebung im nonfunktionalen Bereich lag, die Behandlung physisch und psychisch stärker belastet beendeten als diejenigen, deren Befinden im funktionalen Bereich lag. Der Grad der Beeinträchtigung beider Patientengruppen (funktional vs. nonfunktional) unterschied sich dabei nicht zwischen den verschiedenen Phasen. Entgegen den Erwartungen konnte demnach keine der Feedbackformen eine Verbesserung der Behandlungsergebnisse von Patienten bewirken, deren Zustand zur Zwischenerhebung als nonfunktional klassifiziert worden war. Genauso wenig bestätigte sich die Annahme, Feedback in dieser Gruppe könne das Risiko, die Behandlung mit einem als „auffällig“ bewerteten Ergebnis zu beenden, minimieren.

Auch die Überprüfung, inwiefern Rückmeldungen zur Zwischenerhebung die Behandlungsergebnisse von Nonrespondern positiv beeinflussen konnten, zeigte, dass keine der Feedbackformen Auswirkungen auf das psychische oder physische Befinden dieser Patienten bei Therapieende hatte. Auch in Bezug auf die Auffälligkeitsrate bei Entlassung zeigte sich kein Effekt der Rückmeldungen: Entgegen

der Annahme bestand für Nonresponder in den Nichtfeedbackgruppen kein erhöhtes Risiko die Behandlung mit einer Bewertung als „auffälliger Verlauf" zu beenden.

Die Befunde der vorliegenden Untersuchung stehen damit im Gegensatz zu den Ergebnissen von Lambert et al. (2001), in deren Studie sog. Risikopatienten (s.o.) bessere Behandlungsergebnisse zeigten, wenn die behandelnden Therapeuten eine entsprechende Rückmeldung im Verlauf der Therapie erhielten. Ebenso erreichten in dieser Gruppe mehr Patienten eine reliable bzw. klinisch signifikante Verbesserung ihres Befindens als in der Nichtfeedbackgruppe. Lambert und Kollegen nehmen an, dass diese Effekte dadurch zustande kommen, dass die Therapeuten auf zurück gemeldete negative Veränderungen adaptiv reagieren und dem Patienten so zu einem besseren Behandlungsergebnis verhelfen. De facto konnte wie beschrieben bislang jedoch nicht geklärt werden, inwiefern der Inhalt der Rückmeldungen tatsächlich ursächlich für die beobachteten Effekte ist, da sich Feedback- und Nichtfeedbackgruppe nicht nur im Ergebnis, sondern auch (wie in der vorliegenden Untersuchung) in der Behandlungsdauer unterschieden.

Beim Vergleich der Studien muss berücksichtigt werden, dass die hier durchgeführte Studie in verschiedener Hinsicht nicht mit den Arbeiten von Lambert et al. (2001, 2003) vergleichbar ist: Während die Stichproben in den amerikanischen Untersuchungen aus Studenten mit eher geringer Beeinträchtigungsschwere bestanden (Lambert et al., 1996b), die ambulant über kurze Zeit behandelt wurden, werden in der Sonnenberg Klinik stationäre Langzeittherapien mit stark beeinträchtigten Patienten mit z. T. mehreren komorbiden Erkrankungen durchgeführt.

Doch wie lässt sich unabhängig davon erklären, dass das an die Therapeuten gegebene Feedback in der vorliegenden Studie nicht zu einer Steigerung der Effektivität beitragen konnte? Zunächst ist denkbar, dass die ausbleibenden Effekte auf die Behandlungsergebnisse mit den Effekten auf die Behandlungsdauer zusammenhängen: Da die Rückmeldung sich nicht in einer Verlängerung der Behandlungsdauer von Patienten, deren Zustand zur Zwischenerhebung als nonfunktional klassifiziert wurde, niederschlug (evtl. aufgrund äußerer Faktoren wie der Kostenübernahme durch die Krankenkassen; s.u.), fehlte diesen Patienten u. U. die notwendige Zeit, ein im Vergleich zu den Nichtfeedbackgruppen besseres Behandlungsergebnis zu erzielen.

Eine weitere Ursache für die fehlende Auswirkung des Feedbacks auf die Behandlungsergebnisse könnte sein, dass lediglich eine Zwischenrückmeldung zu einem in Anbetracht der langen Behandlungsdauern vergleichsweise frühen Zeitpunkt erfolgte. Ein kontinuierliches Monitoring mit entsprechend regelmäßigem Feedback könnte u. U. zu einer Verbesserung der Behandlungsergebnisse beitragen. Dieses Vorgehen wird in Zukunft durch die Möglichkeit zur elektronischen Datenerfassung (d.h. Patienten und Therapeuten füllen die Fragebogen direkt am Rechner aus) möglich sein. Dadurch würden die Rückmeldungen sofort nach Ausfüllen der Bögen zur Verfügung stehen. Durch die Papier-Bleistift-Erhebungen kam es in der vorliegenden Studie trotz des schnellen Informationsflusses zwischen Klinik und Forschungsstelle zu nicht vermeidbaren zeitlichen Verzögerungen, d.h. dem Therapeuten waren die Feedbackinformationen erst Tage, nachdem der Patient den Bogen ausgefüllt hatte, zugänglich.

Eine andere Ursache kann in den zurück gemeldeten Informationen selbst liegen. Untersuchungen im Bereich der Sozialpsychologie deuten darauf hin, dass Feedback zu einer Verhaltensmodifikation führen kann, wenn die enthaltenen Informationen eine klare Handlungsanweisung beinhalten (z. B. Yates, 1990). Auf Basis der erhobenen Daten war es in der vorliegenden Studie nicht möglich, zum Zeitpunkt der Zwischenerhebung derartig klare Handlungsempfehlungen bzgl. der therapeutischen Strategie für die weitere Behandlung auszusprechen. Konkrete Aussagen ließen sich „nur" in Hinblick auf die Behandlungsdauer formulieren, auf welche dann auch Effekte gefunden wurden. Durch die Erfassung von Prozessvariablen (s.u.) und häufigere Befragungen wird es Ziel zukünftiger Arbeiten sein, Variablen oder Prozesse zu identifizieren, die prognostische Relevanz für den weiteren Therapieverlauf besitzen. Künftige Untersuchungen werden sich auch mit der Frage beschäftigen, welche inhaltlichen Aspekte zur (In)effektivität von Feedback beitragen und welche Rückmeldungen bisher gefundene Effekte steigern können.

Eine weiterer Grund für die fehlende Auswirkung der Rückmeldungen auf das Therapieergebnis könnte darin bestehen, dass die einzelnen Therapeuten nur zu vergleichsweise wenigen Patienten eine Rückmeldung erhielten (Pro Therapeut wurden in Phase 3 bzw. 4 jeweils zwischen zwei und 16 Rückmeldungen gegeben). Wenngleich die vorliegenden Daten keine Hinweise auf Lerneffekte ergaben, ist dennoch denkbar, dass längere Erfahrung der Therapeuten mit dem

Feedbacksystem sich auf die Behandlungsergebnisse auswirken könnte. Eine Studie zur Frage, inwiefern sich therapeutische Erfahrung auf den Behandlungserfolg auswirkt, zeigte beispielsweise, dass sich die Erfahrung eines Therapeuten in der Behandlung „ähnlicher Patienten" (in Bezug auf soziodemografische Merkmale und Beeinträchtigungsschwere) positiv auf die Behandlungsergebnisse späterer Patienten auswirkte, sofern diese in zeitlicher Nähe (15-75 Tage) zur Behandlung kamen (Leon, 2004). Entsprechend könnte man vermuten, dass Erfahrung im Umgang mit dem Feedback ebenfalls Effekte auf das Behandlungsergebnis haben könnte.

Aufgrund der Integration des Systems in die klinischen Abläufe, d.h. die regelmäßige Durchführung von Qualitätszirkeln im Rahmen der Teamkonferenzen sowie das fast vollständige Vorliegen der Akzeptanzfragebögen kann ausgeschlossen werden, dass sich das Feedback nicht auf die Ergebnisse auswirkte, weil die Rückmeldungen die Therapeuten nicht erreichten oder von ihnen ignoriert wurden.

Auswirkungen auf die Behandlungsdauer

Bei der im Rahmen von Qualitätsmanagementprogrammen angestrebten Optimierung psychotherapeutischer Versorgung geht es neben der Aufrechterhaltung bzw. Verbesserung der Behandlungsqualität immer auch um die Wirtschaftlichkeit, d.h. die Effizienz der Therapie. Patienten haben Anspruch auf die bestmögliche Versorgung; ein Anspruch, dem das Gesundheitssystem angesichts bestehender Versorgungsmängel nicht immer gerecht werden kann. Entsprechend gilt es, eine Fehlversorgung (Versorgung, die zu gesundheitlichen Schäden führt) zu vermeiden. Ebenso wichtig ist es aber, Überversorgung (Behandlungen, die aus medizinischen Gründen nicht notwenig und deren Nutzen nicht hinreichend gesichert sind, die in unwirtschaftlicher Form erbracht werden oder deren geringer Nutzen die Kosten nicht rechtfertigt) abzubauen und Abhilfe gegen Unterversorgung (Verweigerung von Versorgungsleistungen trotz anerkannten Bedarfs, deren Nutzen hinreichend gesichert und deren Einsatz wirtschaftlich vertretbar ist) zu schaffen (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2000/2001).

Im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung wird unter dem zunehmenden Druck, Kosten einzusparen, verlangt, auch im stationären Setting und insbesondere in Einrichtungen mit langen Liegezeiten, die Behandlungsdauern zu verkür-

zen und gleichzeitig die Behandlungsqualität aufrecht zu erhalten bzw. zu optimieren. Im internationalen Vergleich werden in Deutschland nach wie vor vergleichsweise viele finanzielle Mittel und therapeutische Ressourcen für die psychotherapeutische Versorgung aufgewendet; eine Tatsache, die ein Einsparungspotenzial vermuten lässt (Sachverständigenrat, 2000/20001). Neben der finanziellen Relevanz gilt es bei der Frage nach der Verkürzbarkeit von (stationären) psychotherapeutischen Behandlungen stets zu beachten, dass mit einer Verkürzung der Therapiedauer positive Effekte auf individueller Ebene einhergehen, da eine kürzere Klinikbehandlung den Patienten eine schnellere Rückkehr in ihr familiäres, soziales und berufliches Umfeld ermöglicht.

Hier kann das im Rahmen der vorliegenden Studie entwickelte Feedbacksystem offenbar einen wichtigen Beitrag leisten. Der Hauptbefund der Studie zeigte, dass im Vergleich der verschiedenen Phasen der Feedbackimplementierung und -evaluation die kürzeste Aufenthaltsdauer für die in Phase 4 behandelten Patienten beobachtet wurde ($M = 121$ Tage). Die Patienten dieser Gruppe wurden durchschnittlich drei Wochen kürzer stationär behandelt als die Patienten der entsprechenden Vergleichsgruppe. Der Befund, demzufolge sich die Qualität der Behandlungsergebnisse in Phase 4 nicht von derjenigen in den anderen Phasen der Untersuchung unterschied, zeigt, dass diese Einsparung nicht zu Lasten der Ergebnisqualität ging. Dies spricht für eine größere Kosteneffizienz der Behandlungen in dieser Phase und damit für ein vorhandenes Einsparungspotenzial.

An welcher Stelle wurden die durchschnittlich 22 Behandlungstage in Phase 4 eingespart? Es war angenommen worden, dass das Feedback zu einer flexibleren Ressourcenzuweisung dergestalt führen würde, dass Patienten, deren Zustand zur Zwischenerhebung als funktional bzw. nonfunktional klassifiziert wurde, kürzer bzw. länger behandelt würden als Patienten der entsprechenden Nichtfeedbackgruppe. Diese Annahme bestätigte sich zum Teil: Während Patienten, deren Befinden zur Zwischenerhebung im funktionalen Bereich lag in Phase 4 am kürzesten behandelt wurden, zeigte sich kein Unterschied in der Behandlungsdauer von Patienten, deren Befinden im nonfunktionalen Bereich lag.

Ferner zeigte sich, dass auch ohne Rückmeldung diejenigen Patienten, deren Befinden zur Zwischenerhebung im funktionalen Bereich lag, kürzer behandelt wurden als diejenigen deren Befinden im nonfunktionalen Bereich lag. Demnach erhalten Patienten, für die auf Basis der Fragebogendaten größerer Behand-

lungsbedarf gesehen wird auch ohne Feedback mehr Zeit in stationärer Behandlung. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Therapeuten ohnehin so reagieren, wie man es ihnen empfehlen würde und das Feedback insofern überflüssig ist, denn die Ergebnisse zeigen, dass das Feedback in Phase 4 durchaus zur Steuerung der Behandlungszeit beitragen kann: Einzig in dieser Phase der Studie zeigte sich ein Zusammenhang zwischen der auf Basis des Feedbacksystems geschätzten und der tatsächlichen Behandlungsdauer. Ferner war nur in dieser Phase eine stärkere Beeinträchtigung zur Zwischenerhebung auf den Einzelskalen mit einer längeren Behandlungsdauer assoziiert; ein Befund der für eine stärkere Ergebnisorientierung bei der Zuweisung von Behandlungsdauer spricht.

In dieselbe Richtung gehen die Ergebnisse der durchgeführten Survivalanalysen: Es zeigte sich, dass die Behandlungsdauer bis zur Entlassung mit einem positiven, d.h. als „gut" bzw. „sehr gut" bewerteten Ergebnis in Phase 4 bedeutsam kürzer als in allen anderen Phasen war. Aus diesem Befund kann nicht geschlossen werden, dass die Patienten das genannte Kriterium schneller erreichten (hierüber werden künftige Studien, in denen wiederholte Messungen in engen Zeitabständen durchgeführt werden, Aufschluss geben), aber er spricht dafür, dass Patienten, zu deren Befinden eine Rückmeldung mit Behandlungsempfehlung nach der Zwischenerhebung gegeben worden war, schneller entlassen werden, nachdem sie das Kriterium erreichten. Dies spricht dafür, dass das Feedback, das den Therapeuten einen Hinweis darauf gab, in welcher Entfernung zum Zielbereich sich der Zustand eines Patienten zur Zwischenerhebung befand, dazu beitrug, Patienten schneller nach Erreichen eines positiven Ergebnisses zu entlassen. Dieser Unterschied zeigte sich im Vergleich der in Phase 3 behandelten Patienten und der entsprechenden Vergleichsgruppe nicht. Bezüglich des Kriteriums der Entlassung mit reliabel (d. h. statistisch bedeutsam) verbessertem psychischem Befinden zeigten sich beide Feedbackgruppen den Nichtfeedbackgruppen überlegen. Demnach tragen beide Formen der Zwischenrückmeldung dazu bei, dass Patienten nach bedeutsamer Verbesserung ihres Befindens schneller entlassen wurden.

Zur Frage, inwiefern die Rückmeldungen zur Zwischenerhebung zu einer unterschiedlichen Zuweisung von Behandlungszeit in Abhängigkeit von Response bzw. Nonresponse beitragen, fanden Lambert et al. (2001) in ihrer Untersuchung die beschriebenen differentiellen Effekte des Feedbacks für Risiko- und Nichtrisikopatienten: Während Risikopatienten in der Feedbackbedingung länger behandelt

wurden als in der Nichtfeedbackbedingung (9.7 vs. 5.0 Sitzungen), war die Behandlungsdauer von Nichtrisikopatienten kürzer als in der Kontrollgruppe (2.8 vs. 3.6 Sitzungen).

In der vorliegenden Studie zeigte sich, dass nur in Phase 4 Responder signifikant weniger Behandlungszeit bekamen als Nonresponder. Der Vergleich mit der Kontrollgruppe ergab, dass die Rückmeldung dabei im Sinne einer Verkürzung der Behandlungsdauer bei Respondern (107 vs. 138 Tage), nicht jedoch im Sinne einer Verlängerung bei Nonrespondern (138 vs. 137 Tage) wirkte.

Bei der Bewertung der Ergebnisse zur Behandlungsdauer muss jedoch berücksichtigt werden, dass die beschriebene Untersuchung eine Beobachtungsstudie unter Alltagsbedingungen darstellt. Aufgrund der Bestimmungen des deutschen Versorgungssystems waren der im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems vorgeschlagenen flexiblen Ressourcenverteilung natürlich enge Grenzen gesetzt, da die Behandlungsdauer nicht beliebig verlängert werden konnte, sondern von der Dauer der Kostenübernahme abhing. Entsprechend ist nicht ausgeschlossen, dass die Rückmeldung aufgrund äußerer Umstände (d.h. Schwierigkeiten bei der Kostenübernahme) nicht wie erwartet zu einer Verlängerung der Behandlungsdauer von Nonrespondern führte. Dies wiederum könnte die ausbleibenden Effekte auf die Ergebnisqualität erklären.

Der Vergleich der beiden verwendeten Rückmeldeformen in Phase 3 bzw. 4 der Untersuchung, kann zur Klärung beitragen, ob die im Feedback enthaltene Botschaft eine Rolle spielt oder ob die beobachteten Effekte u. U. alleine durch die zugewendete Aufmerksamkeit aufgrund der Rückmeldung erklärbar sind. Wenn es alleine das „sich mit einem Fall beschäftigen“ ist, dürfte es keine Unterschiede zwischen den Phasen 3 und 4 geben. Die Ergebnisse sprechen jedoch für eine Überlegenheit der in Phase 4 verwendeten Form des Feedbacks. Wenngleich sich beide Formen wie beschrieben nicht auf das Behandlungsergebnis auswirkten, konnte das durch die Empfehlung bzgl. der Weiterbehandlung ergänzte Feedback zu einer größeren Effizienz der Behandlungen beitragen. Anhand der derzeit durchgeführten katamnestischen Befragungen wird zu überprüfen sein, inwiefern die Beeinträchtigung der in Phase 4 behandelten Patienten auch sechs Monate nach ihrer Entlassung mit derer in den übrigen Phasen behandelten Patienten vergleichbar ist. Ferner werden Informationen über im Anschluss an die Entlassung in Anspruch genommene therapeutische Angebote (ambulante

Weiterbehandlung, stationäre Wiederaufnahme etc.) Aufschluss darüber geben, inwiefern die durch die Verkürzung des stationären Aufenthaltes erzielten Einsparungen aufrecht erhalten werden.

2. Stärken und Limitierungen der Studie

Das Programm

Eine Stärke des hier untersuchten Qualitätsmanagementprogramms besteht darin, dass es auf der Basis empirischer Daten aus derjenigen Einrichtung entwickelt wurde, in der es auch eingesetzt wurde. Die Einführung von derartigen Systemen, die in die klinische Routine eingreifen und u. U. auch gesundheitspolitische Entscheidungen beeinflussen (Lambert & Ogles, 2004), verlangt eine sorgfältige empirische Überprüfung der den Entwicklungen zugrunde liegenden Annahmen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass beispielsweise die Abhängigkeit der Änderungsraten von frühen und späteren Entwicklungen keineswegs per se als gegeben angesehen werden kann. Entsprechend wurde von dem ursprünglichen Vorhaben abgesehen, ein Rückmeldesystem in Analogie zu dem von Lambert et al. (2001) vorgeschlagenen zu entwickeln, da zum Zeitpunkt der Zwischenerhebung keine Risikoindikatoren identifiziert werden konnten, die für eine negative Weiterentwicklung sprechen und damit die Empfehlung der Änderung der Behandlungsstrategie rechtfertigen würden.

Dieser Befund bedeutet natürlich keineswegs, dass Veränderungen in der ersten Behandlungsphase gänzlich unbedeutend für den weiteren Gesundungsverlauf eines Patienten sind. Er besagt lediglich, dass eine initiale Nonresponse in den hier erfassten Bereichen des psychischen und physischen Befindens keine prognostische Bedeutung für den weiteren Verlauf besaß. Für künftige Untersuchungen sollten entsprechend andere Indikatoren berücksichtigt und miterhoben werden (s.u.).

In der vorliegenden Studie wurde in Abhängigkeit vom Zustand zur Zwischenerhebung empfohlen, die stationäre Behandlung fortzusetzen oder zu beenden. Die Abschätzung der Dauer bis zum Erreichen eines unbeeinträchtigten Befindens war nur relativ ungenau möglich. Die prognostizierte Dauer sollte entsprechend auch lediglich als grobe Richtgröße dienen und die Ungenauigkeit der Schätzung wurde den behandelnden Therapeuten mitgeteilt. Eine Schwachstelle des hier verwendeten Programms lag mit Sicherheit darin, dass lediglich eine Zwischenerhebung durchgeführt wurde, da wegen des damit verbundenen organisatori-

schen Aufwandes von Seiten der Klinik keine weiteren Erhebungen möglich waren. In Anbetracht der ungenauen Schätzung der weiteren Behandlungsdauer könnte man in künftigen Untersuchungen bei Verwendung eines Systems, welches die elektronische Datenerfassung ermöglicht, eher die Zeit bis zur nächsten Zwischenerhebung schätzen und an die Therapeuten zurück melden. Dadurch würde in Abhängigkeit vom Zustand zur ersten Zwischenerhebung der Termin für die zweite Erhebung bestimmt, bei welcher dann wiederum überprüft würde, welches Ausmaß an Beeinträchtigung der Patient berichtet, um in Abhängigkeit davon erneut die Weiterbehandlung (bis zur nächsten Erhebung) bzw. die Entlassung zu empfehlen.

Das Feedback und die Qualitätszirkel

Um ein System überhaupt in die klinische Routine zu integrieren, muss sowohl der Aufwand der Erhebungen als auch der Aufwand, dem Feedback relevante Informationen zu entnehmen, überschaubar bleiben. Diese Voraussetzung erfüllt das vorliegende System.

Im Gegensatz zu anderen Studien wurden in der vorliegenden Untersuchung in regelmäßigen Abständen Qualitätszirkel mit den therapeutischen Teams der einzelnen Abteilungen durchgeführt. Die Diskussionsrunden ermöglichten einen steten Austausch zwischen Klinik und Wissenschaft. Ferner wurde eine „Rückmeldung zur Rückmeldung" für jeden einzelnen Fall eingeholt, d.h. die Therapeuten füllten zu jedem Fall einen Akzeptanzfragebogen aus. Diese Informationen können für die Optimierung des Systems und des Feedbacks genutzt werden und erlauben differenziertere Auswertungen zur Frage, inwiefern die Übereinstimmung zwischen klinischem Eindruck und vermittelten Feedback beispielsweise bei bestimmten Subgruppen von Patienten besser oder schlechter ist als bei anderen.

In anderen Studien (Lambert et al.; 2001; 2003) wurden die teilnehmenden Therapeuten lediglich bei Studienende nach ihrer globalen Meinung zu dem eingeführten Qualitätsmanagementsystem befragt. Dabei wurden generell gute Akzeptanzraten gefunden. Jedoch ist nicht auszuschließen, dass Therapeuten, die z. B. die gegebenen Empfehlungen generell ablehnten, nicht teilnahmen und entsprechend auch nicht bzgl. ihrer Zufriedenheit befragt wurden (Whipple et al., 2003). Das hier gewählte Vorgehen ermöglicht nicht nur eine differenzierte Erfassung der Zufriedenheit der Therapeuten mit den einzelnen Rückmeldungen, sondern erlaubt auch die Schlussfolgerung, dass das Feedback die Behandler auch tat-

sächlich erreicht hat. Unabhängig von Zustimmung oder Ablehnung zeigen die hohen Rücklaufquoten der Akzeptanzfragebögen (auch bei schriftlicher Rückmeldung außerhalb der Qualitätszirkel), dass die Rückmeldungen fast ausnahmslos empfangen und zur Kenntnis genommen wurden.

Das Qualitätsmanagementinventar

Die in der vorliegenden Arbeit verwendeten Fragebögen wurden nicht speziell für die Studie ausgewählt oder entwickelt. Sie stellen die bei der Entwicklung des Stuttgart-Heidelberger Modells in Zusammenarbeit von Klinikern und Wissenschaftlern erarbeitete Lösung dar (Lutz et al., 1996). Da das Modell ursprünglich für die Qualitätssicherung unter Verwendung von prä-post-Daten entwickelt wurde, fehlen bislang weitgehend Instrumente, die speziell für die longitudinale Beobachtung des Therapieverlaufs konzipiert wurden. Stabilitätsuntersuchungen konnten zeigen, dass die verwendeten Fragebögen z. T. geringe Änderungssensitivitätsraten aufweisen. Diese Befunde beruhen bislang jedoch zumeist auf Retestkorrelationen. Da diese durch Messfehler gemindert sind, bleibt offen, welcher Anteil auf mangelnde Reliabilität des Instrumentes und welcher tatsächlich auf differentielle Veränderungen der gemessenen Eigenschaft zurück geht (Mohiyeddini, Hautzinger & Bauer, 2002). Um diese Konfundierung von Reliabilität und Stabilität aufzulösen wurde die Latent-State-Trait Methodologie vorgeschlagen (Steyer, Schmitt & Eid, 1999).

Am hier verwendeten Inventar kann ferner kritisiert werden, dass es fast ausschließlich symptomorientierte Bögen umfasste. Entsprechend wäre es sinnvoll, das Inventar um prozessorientierte Instrumente und Fragebögen, die die Ressourcen (z. B. Bewältigungskompetenzen, Emotionsregulationsstrategien) eines Patienten erfassen, zu ergänzen.

Darüber hinaus könnten auch settingspezifische Erweiterungen des Inventars sinnvoll sein. So wurde beispielsweise in den Akzeptanzfragebögen der vorliegenden Studie wiederholt von den Therapeuten kritisiert, dass das Instrumentarium zu wenig auf die spezielle Situation einer psychoanalytisch arbeitenden Einrichtung zugeschnitten sei. Die Akzeptanz seitens der therapeutischen Teams könnte u. U. durch die Einbeziehung entsprechender Instrumente erhöht werden. Bei diesen Überlegungen gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass Grundlage immer ein Instrumentarium sein sollte, welches qualitätsrelevante Aspekte jeder Art von stationärer Psychotherapie unabhängig von der Therapieschulenzugehörig-

keit erfasst, um eine Vergleichbarkeit von Einrichtungen möglich zu machen. Darüber hinaus könnten dann Elemente entwickelt und eingesetzt werden, die der besonderen, in der jeweiligen Therapierichtung begründeten Arbeitsweise gerecht werden. Speziell für den Bereich der stationären psychoanalytischen Therapie wird z. B. der Einsatz der OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik; Arbeitskreis OPD, 1996) diskutiert, welche eine diagnostische Einschätzung eines Patienten unter psychoanalytisch relevanten Gesichtspunkten ermöglicht und damit eine zusätzliche Datenbasis für die Qualitätssicherung liefern soll (Mans, 1998). Auch für eine standardisierte Formulierung des psychodynamischen Konflikts liegen mittlerweile Vorschläge vor (z. B. Luborsky, Popp, Luborsky & Mark, 1994; Schacht, Binder & Strupp, 1993), so dass auch dieses zentrale Element der psychoanalytischen Therapie in Qualitätssicherungsmaßnahmen einbezogen werden könnte.

3. Schlussfolgerung und Ausblick

Qualität, Ergebnisse und Kosten von psychotherapeutischer Behandlung in der Balance zu halten, wird zu einer immer größeren Herausforderung. Diese Bereiche können nicht unabhängig voneinander untersucht werden, wie es in der Vergangenheit mitunter getan wurde (Woody & Kihlstrom, 1997).

Moderne Qualitätsmanagementsysteme, die allen beteiligten Parteien Zugang zu relevanten Informationen eröffnen und sie zur problemorientierten Auseinandersetzung motivieren, sollen dazu beitragen, Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gleichgewicht zu halten (Kordy et al., 2003).

Die vorliegende Studie demonstriert, dass das entwickelte System einen Beitrag dazu leisten kann. Die Grenzen dieses oder ähnlicher Programme sind dabei offensichtlich: Eine auf Fragebogendaten beruhende Rückmeldung über das klinische Geschehen kann immer nur als zusätzliche Informationsquelle für den Therapeuten angesehen werden. Ergebnismonitoring- und Feedbacksysteme orientieren sich an durchschnittlichen Erwartungen und können kein umfassendes, jedem Einzelfall gerecht werdendes Bild liefern. Doch in Anbetracht empirischer Ergebnisse, denen zufolge Psychotherapeuten im Verlauf der Behandlung nur sehr ungenaue Prognosen bzgl. des Therapieergebnisses abgeben konnten (z. B. Meyer & Schulte, 2002), sollte seitens der Behandler Interesse an zusätzlichen Informationen und Rückmeldungen über den Behandlungsverlauf bestehen, um

den eigenen Eindruck mit diesen Informationen abzugleichen und ihn ggf. durch neue Informationen zu ergänzen. Diese Zielsetzung des Qualitätsmanagements hat das entwickelte Programm weitgehend erreicht: Die hohen Akzeptanzraten und die Antworten auf die Fragen nach Relevanz und Nutzbarkeit der Rückmeldungen zeigen, dass das entwickelte Feedback durchaus geeignet ist, um in die alltägliche therapeutische Arbeit einbezogen zu werden.

Womit die in der vorliegenden Studie befragten Therapeuten jedoch offensichtlich nicht übereinstimmen, ist der Versuch, auf Basis empirischer Daten Aussagen bzgl. des Behandlungsbedarfs zu treffen. Doch was ist angesichts der aktuellen Diskussion um die Bezahlbarkeit psychotherapeutischer Leistungen die Alternative zu diesem Vorgehen? Ohne ein derartiges System orientieren sich die bewilligten Kontingente, sprich die verabreichbare Dosis an Psychotherapie, vermutlich viel weniger an den realen Bedürfnissen des einzelnen Patienten. Derzeit wird die Therapiedosis (Sitzungszahl) in der Praxis der psychotherapeutischen Versorgung maßgeblich durch die Regeln der Kostenträger bestimmt. Wenngleich nicht in allen Fällen das zugesagte Kontingent vollständig ausgeschöpft wird (Kühn, 2004), werden zumindest ambulante Therapien häufig für die Dauer beantragt, wie es die Höchstgrenze für den „Regelfall" vorsieht. Therapeuten und Patienten stellen sich scheinbar darauf ein, mit den bereit gestellten „Rationen", die meist nur geringen Bezug zu Art, Ausmaß und Dauer der Erkrankung haben, auszukommen (Eckert, 2002).

Die Forderung, Kosten einzusparen wird in näherer Zukunft nicht leiser werden. Im Gegenteil, es wird verlangt werden, zunehmend sparsamer mit den vorhandenen Mitteln umzugehen. Und diese Forderungen werden auch oder gerade stationäre Einrichtungen mit langen Liegezeiten betreffen. Die Besonderheit der Sonnenberg Klinik liegt in ihrem Behandlungskonzept: Die Durchführung stationärer psychoanalytischer Langzeittherapien ist in dieser Form einzigartig in Deutschland. Die Behandlungsdauer wird auch zukünftig eine andere Dimension als in anderen psychosomatischen Fachkliniken haben. Dennoch wird der Druck größer werden, Behandlungstage und damit Kosten einzusparen. Umso wichtiger wird es, das Leistungsgeschehen transparent zu machen und den Praktikern, die direkten Einfluss auf die Behandlungsdauer nehmen können, Instrumente an die Hand zu geben, die ihnen helfen können, zu erkennen, an welcher Stelle Ressourcen eingespart werden können ohne dass die Therapieergebnisse Einbußen erleiden.

Der hier vorgestellte Qualitätsmanagementansatz plädiert für eine stärkere Orientierung am individuellen Behandlungsbedarf und damit für eine größere Flexibilität in der Zuweisung von Behandlungszeit und damit von therapeutischen Ressourcen.

Die Idee, jedem Patienten so viel Behandlung zukommen zu lassen, wie er benötigt, entspricht dem Grundgedanken von Stepped-Care Modellen (Haaga, 2000). Was in der vorliegenden Arbeit für die Dauer der stationären Behandlung angedacht wird, lässt sich auf das Versorgungssystem als ganzes und auf unterschiedlich intensive Behandlungsmodalitäten übertragen: Patienten, für die dies aus therapeutischer Sicht vertretbar erscheint, können zunächst mit wenig intensiven Interventionen behandelt werden. Denjenigen, die mehr/intensivere Behandlung benötigen, werden intensivere Programme angeboten. Ein systematisches Monitoring des Gesundungsverlaufs erlaubt es dabei, adaptiv auf Veränderungen zu reagieren und die Therapie ggf. zeitnah intensiver zu gestalten.

Die Entwicklungen im Bereich des Monitorings stehen derzeit noch am Anfang. Die rapide Weiterentwicklung im Bereich neuer Technologien ermöglicht eine zunehmend flexiblere Datenerfassung und –nutzung. Erste vielversprechende Erfahrungen zum kontinuierlichen Monitoring mit z. B. Mobiltelefonen (Bauer, Percevic, Okon, Meermann & Kordy, 2003), Palmtops (Norton, Wonderlich, Myers, Mitchell & Crosby, 2003) oder Handhelds (Newman, Consoli & Taylor, 1999) liegen vor und eröffnen ganz neue Perspektiven: Nicht nur die wiederholte Datenerhebung in kurzen Zeitabständen, sondern auch das Erheben von Informationen in spezifischen Alltagssituationen werden dadurch mit vertretbarem Aufwand möglich. Dieses sog. „ecological momentary assessment“ (Stone & Shiffman, 1994) kann Informationen über das Befinden, die Gefühle und den Umgang mit für die Erkrankung relevanten Ereignissen liefern (z. B. Situationen, die bei Alkoholabhängigen Alkoholverlangen auslösen) und unterliegt im Gegensatz zur traditionellen Datenerhebung keinen Erinnerungsverzerrungen (Collins, Kashdan & Gollnisch, 2003; Wegner et al., 2002).

Die Hoffnung ist, durch kontinuierliches Monitoring, systematische Dokumentation und standardisierte Verlaufs- und Ergebnisevaluation bestimmen zu können, welcher Patient in welcher Phase seiner Erkrankung welche Dosis welcher Intervention benötigt. Ein entsprechendes Handeln verspräche nicht nur eine Verbesserung der Ergebnisqualität psychotherapeutischer Behandlungen, sondern

minimierte auch das Risiko, „unnötige“ Ressourcen aufzuwenden, indem Patienten mit (für sie) nicht wirksamen Interventionen oder über einen zu langen Zeitraum behandelt werden und könnte so zu einer faireren Organisation der psychotherapeutischen Versorgung beitragen. Maxime bei allen zukünftigen Entwicklungen sollte jedoch stets die bereits vor Jahren geforderte „Rationalität vor Rationalisierung“ (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen; Sondergutachten 1995) sein.

VII. Literaturverzeichnis

Alexander, L. B. & Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsoff (Eds.), *The psychotherapeutic process - A research handbook* (pp. 325-366). New York: Guilford Press.

American Psychological Association (APA) (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist, 47,* 1597-1611.

Andrews, G. (1995). Best practices in implementing outcome management: More science, more art, worldwide. *Behavioral Healthcare Tomorrow, 4,* 19-24.

Anthenien, L. & Grünwald, H. S. (1996). *Qualitätssicherung in der ambulanten psychiatrischen Grundversorgung*. Bern: Huber.

Antoni, C. (1988). Probleme bei der Implementierung von Qualitätszirkeln: Ein Überblick über empirische Forschungsbefunde. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 32,* 80-92.

Arbeitskreis OPD (Hrsg.). (1996). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual*. Bern: Huber.

Atkisson, C. C. & Zwick, R. (1989). The client satisfaction questionnaire. Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation Program Plannning, 5,* 233-237.

Bahrs, O. (1997). Die Wirkung von Qualitätszirkeln. Ergebnisse einer Teilnehmerbefragung. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 73,* 812-818.

Baltensperger, C. & Grawe, K. (2001). Psychotherapie unter gesundheitsökonomischem Aspekt. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 30,* 10-21.

Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C., Benson, L., Connell, J. & Audin, K. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE-OM: Toward practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69,* 184-196.

Bassler, M., Potratz, B. & Krauthauser, H. (1995). Der „Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky: Möglichkeiten zur Evaluation des therapeutischen Prozesses von stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut, 40,* 23-32.

Bauer, S. & Kordy, H. (2002). Ergebnismonitoring und Feedback in der stationären Psychotherapie. In Forschungsstelle für Psychotherapie (Hrsg.), *Tätigkeitsbericht 2002* (S. 17). Stuttgart.

Bauer, S., Lambert, M. J. & Nielsen, S. L. (2004). Clinical Significance Methods: A Comparison of Statistical Techniques. *Journal of Personality Assessment, 82,* 60-70.

Bauer, S., Percevic, R., Okon, E., Meermann, R. & Kordy, H. (2003). Use of text messaging in the aftercare of patients with bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review, 11,* 279-290.

Baumann, U. & Reinecker-Hecht, C. (1986). Psychotherapie-Evaluation. In K. P. Kisker, H. Lauter, J.-E. Meyer, C. Müller & E. Strömgren (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart. Band I: Neurosen, Psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie* (S. 353-372). Berlin: Springer.

Berger, M. & Gaebel, W. (Hrsg.) (1997). *Qualitätssicherung in der Psychiatrie*. Berlin: Springer.

Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP) (1986). *Berufsordnung für Psychologen*. Bonn: BDP.

Berwick, D. M. (1989). Continuous improvement as an ideal in health care. *New England Journal of Medicine, 32,* 53-56.

Beutler, L. E. (2001). Comparisons among quality assurance systems: From outcome assessment to clinical utility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69,* 197-204.

Beutler, L. E., Kim, E. J., Davison, E., Karno, M. & Fisher, D. (1996). Research contributions to improving managed health care outcomes. *Psychotherapy, 33,* 197-206.

Bickman, L., Rosof-Williams, J., Salzer, M. S., Summerfelt, W. T., Noser, K., Wilson, S. J. & Karver, M. S. (2000). What information do clinicians value for monitoring adolescent client progress and outcomes? *Professional Psychology: Research and Practice, 31,* 70-74.

Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. 5., vollst. überarbeitete Auflage. Heidelberg: Springer.

Brähler, E. & Scheer, J. W. (1995). *Der Gießener Beschwerdebogen (GBB). Testmappe mit 2., ergänzter und revidierter Auflage des Handbuchs*. Bern: Huber.

Calhoun, K. S., Moras, K., Pilkonis, P. & Rehm, L. P. (1998). Empirically supported treatments: Implications for training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66,* 151-162.

Cohen, L. H., Sargent, M., & Sechrest, L. (1986). Use of psychotherapy research by professional psychologists. *American Psychologist, 41,* 198-206.

Collins, R. L., Kashdan, T. B., & Gollnisch, G. (2003). The feasibility of using cellular phones to collect ecological momentary assessment data: Application to alcohol consumption. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 11*, 73-78.

de Jong-Meyer, R. & Hautzinger, M. (1996). Ausblick und erste Folgerungen aus dem Ergebnisvergleich der beiden Therapiestudien bei endogen und nicht-endogen depressiven Patienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 25,* 155-160.

de Jong-Meyer, R., Hautzinger, M., Rudolf, G., Strauß, W. & Frick, U. (1996). Prädiktions- und Verlaufsanalysen bei kombinierter psychologischer und medikamentöser Therapie bei endogen depressiven Patienten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 25,* 110-129.

Derogatis, L. R. (1986). *Symptom Checklist-90-Revised manual*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.

DeRubeis, R. J. & Crits-Cristoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatment for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66,* 37-52.

Deutsche Gesellschaft für Psychologie (1997). *Richtlinien zur Manuskriptgestaltung* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Dew, M. A., Reynolds, C. F., Houck, P. R., Hall, M. J., Buysse, D., Frank, E. & Kupfer, D. (1997). Temporal profiles of the course of depression during treatment. Predictors of pathways toward recovery in the elderly. *Archives of General Psychiatry, 54,* 1016-1024.

DIN Deutsches Institut für Normierung e. V. (Hrsg.) (2000). *DIN EN ISO 9000. Qualitätsmanagementsysteme – Grundlagen und Begriffe*. Berlin: Beuth.

Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem. Fund. Quart., 44,* 66-203.

Donabedian, A. (1982). *The criteria and standards of quality*. Ann Arbor: Health Administration Press.

Dunkelberg, S. (1998). Arbeitsweise und Inhalte hausärztlicher Qualitätszirkel. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 74,* 621-624.

Eckert, J. (2002). Wie viel Therapie braucht mein Patient in welchem Zeitraum? *Psychotherapeut, 47,* 238-239.

Eichhorn, S., Koester, H. & Selbmann, H. K. (1989). *Qualitätssicherungsprogramme in der operativen Gynäkologie*. Gerlingen: Bleicher.

Fahrenberg, J., Myrtek, M., Wilk, D. & Kreutel, K. (1986). Multimodale Erfassung der Lebenszufriedenheit: Eine Untersuchung an Herz-Kreislauf-Patienten. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 36,* 347-354.

Fensterheim, H. & Raw, S. D. (1996). Psychotherapy research is not psychotherapy practice. *Clinical Psychology: Science and Practice, 3,* 168-171.

Fiegenbaum, W., Tuschen, B. & Florin, I. (1997). Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 26,* 138-149.

Frank, E., Prien, R., Jarrett, R., Keller, M., Kupfer, D., Lavori, P., Rush, A. & Weissman, M. (1991). Conceptualiziation and rationale for consensus definitions of terms in major depression disorder. *Archives of General Psychiatry, 48,* 851-855.

Franke, G. H. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis, SCL-90-R.* Göttingen: Beltz.

Goldfried, M. R. & Wolfe, B. E. (1996). Psychotherapy practice and research: Repairing a strained allience. *American Psychologist, 51,* 1007-1016.

Goldfried, M. R. & Wolfe, B. E. (1998). Toward a more clinically valid approach to therapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66,* 143-150.

Grawe, K., & Braun, U. (1994). Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 23,* 242-267.

Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (Hrsg.) (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession.* Göttingen: Hogrefe.

Grissom, G., Lyons, J., & Lutz, W. (2002). Development of an outcome management system based on the dose model and phase model of psychotherapy. *Psychotherapy Research, 12,* 397-412.

Güntert, B. & Horisberger, B. (1991). Qualitätssicherung im Krankenhaus. Können Qualitätszirkel (QZ) helfen? *Führen & Wirtschaften im Krankenhaus, 3,* 179-183.

Haaga, D. A. (2000). Introduction to the Special Section on Stepped Care Models in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68,* 547-548.

Haas, E., Hill, R., Lambert, M. J. & Morrell, B. (2002). Do early responders to psychotherapy maintain treatment gains? *Journal of Clinical Psychology, 58,* 1157-1172.

Härter, M., Linster, H. W. & Stieglitz, R.-D. (2003). Grundlagen und Konzepte von Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. In M. Härter, H. W. Linster & R.-D- Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie* (S. 17-46). Göttingen: Hogrefe.

Härter, M., Tausch, B. & Berger, M. (1998). Qualitätsmanagement in der Medizin. In M. Härter & B. Tausch (Hrsg.), *Qualitätszirkel erfolgreich gestalten. Ein Arbeitsbuch für hausärztliche Qualitätszirkel* (S. 7-20). Heidelberg: Springer.

Häussler, B. (1990). Anwendungsmöglichkeiten von Qualitätssicherungs-Programmen und Maßnahmen in den USA für die medizinische Rehabilitation in der Deutschen Rentenversicherung. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger VDR (Hrsg.), *Reha-Kommission. Zwischenbericht zur Phase II.* Frankfurt: Reha-Kommission-Koordinationsstelle.

Hauser, R. (2001). Rechtliche Grundlagen. In K. W. Lauterbach & M. Schrappe (Hrsg.), *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine* (S. 296-304). Stuttgart: Schattauer.

Hautzinger, M. (1998). *Depression*. Göttingen: Hogrefe.

Hautzinger, M. (2000). *Depression im Alter. Erkennen, bewältigen, behandeln*. Weinheim: Beltz.

Hautzinger, M. (2003). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. Weinheim: Beltz.

Hautzinger, M., de Jong-Meyer, R., Treiber, R., Rudolf, G. A. & Thien, U. (1996). Wirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie und deren Kombination bei nicht-endogenen, unipolaren Depressionen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 25,* 130-145.

Hayes, S. C. (1998). The need for a model of science-based practice. *The Behavior Therapist, 21,* 4-6.

Herzog, T., Stein, B. & Wirsching, M. (Hrsg.) (2000). *Qualitätsmanagement in Psychotherapie und Psychosomatik*. Stuttgart: Thieme.

Heuft, G. & Senf, W. (1998). *Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psy-BaDo*. Stuttgart: Thieme.

Horowitz, L. M., Strauß, B. & Kordy, H. (2000). *Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-D)*. Göttingen: Beltz Test GmbH.

Howard, K. I., Brill, P. L., Lueger, R. J., O'Mahoney, M. T. & Grissom, G. R. (1993). *Integra Outpatient Tracking System*. Philadelphia: Compass Information Services , Inc.

Howard, K. I., Kopta, M., Krause, M., & Orlinsky, D. (1986). The dose-effect response in psychotherapy. *American Psychologist, 41,* 159-164.

Howard, K. I., Krause, M. S., & Vessey, J. T. (1994). Analysis of clinical trial data: The problem of outcome overlap. *Psychotherapy Research, 31,* 302-307.

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

Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist, 51,* 1059-1064.

Howard, K. I., Orlinsky, D. E., & Lueger, R. J. (1995). The design of clinically relevant outcome research: Some considerations and an example. In M. Aveline & D. A. Shapiro (Eds.), *Research foundations for psychotherapy practice* (pp. 3-47). Chichester: Wiley.

Hoyer, I., Bermejo, I. & Härter, M. (2003). Qualitätsmanagement in der stationären Psychiatrie und Psychotherapie. In M. Härter, H. W. Linster & R.-D-Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie* (S. 267-288). Göttingen: Hogrefe.

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.

Kächele, H. & Kordy, H. (1992). Psychotherapieforschung und therapeutische Versorgung. *Der Nervenarzt, 63,* 517-526.

Kaltenbach, T. (1993). *Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Qualitäts- und Effizienzsteigerung auf der Grundlage des Total Quality Management* (2. Aufl.). Melsungen: Bibliomed.

Kazdin, A. E. & Weisz, J. R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66,* 19-36.

Koch, U. & Tiefensee, J. (1998). Das 5-Punkte-Programm zur Qualitätssicherung in der stationären medizinischen Rehabilitation in der Rentenversicherung. In D. Hell, J. Bengel & M. Kirsten-Krüger (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der psychiatrischen Versorgung* (S. 45-52). Basel: Karger.

Kordy, H. (1992). Qualitätssicherung: Erläuterungen zu einem Reiz- und Modewort. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin, 38,* 310-324.

Kordy, H. & Bauer, S. (2003). The Stuttgart-Heidelberg model of active feedback driven quality management: means for the optimization of psychotherapy provision. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 3,* 615-631.

Kordy, H., & Hannöver, W. (1998). Beobachten, Dokumentieren, Bewerten, Steuern: Qualitätsmanagement in der stationären Psychotherapie. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung* (S. 355-376). Tübingen: DGVT-Verlag.

Kordy, H., & Hannöver, W. (2000). Die Evaluation von Psychotherapie und das Konzept der "Klinisch bedeutsamen Veränderungen". In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie* (S. 477-495). Wien: Springer.

Kordy, H., Hannöver, W. & Bauer, S. (2002). Evaluation und Qualitätssicherung in der psychosozialen Versorgung. In E. Brähler & B. Strauß (Hrsg.), *Handlungsfelder in der Psychosozialen Medizin* (S. 425-448). Göttingen: Hogrefe.

Kordy, H., Hannöver, W. & Bauer, S. (2003). Das Stuttgart-Heidelberger Modell zur Qualitätssicherung in der stationären Psychotherapie. In M. Härter, H. W. Linster & R.-D- Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie* (S. 289-304). Göttingen: Hogrefe.

Kordy, H., Hannöver, W. & Richard, M. (2001). Computer-assisted feedback-driven quality management for psychotherapy: The Stuttgart-Heidelberg model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69,* 173-183.

Kordy, H. & Kächele, H. (1996). Ergebnisforschung in Psychotherapie und Psychosomatik. In T. v. Uexküll (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin* (5. Aufl., S. 490-501). München: Urban & Schwarzenberg.

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

Kühn, A. (2004). *Realisierte Zeitstrukturen in der ambulanten Psychotherapie: Inanspruchnahme und ihre Prädiktoren*. Unveröffentlichte Diplomarbeit im Fach Psychologie. Universität Tübingen.

Laireiter, A.-R. (1994). Dokumentation psychotherapeutischer Fallverläufe. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 23,* 236-241.

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

Laireiter, A.-R. (1998). Qualitätssicherung der psychotherapeutischen Praxis: Möglichkeiten für Psychotherapeuten. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin, 19*, 9-38.

Laireiter, A.-R., & Vogel, H. (1998). *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung*. Tübingen: DGVT-Verlag.

Lambert, M. J. (2001). Psychotherapy outcome and quality improvement: Introduction to the Special Section on patient-focused research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69,* 147-149.

Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 143-189). New York: Wiley.

Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996a). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 3,* 106-116.

Lambert, M. J., Hannöver, W., Nisslmüller, K., Richard, M. & Kordy, H. (2002b). Fragebogen zum Ergebnis von Psychotherapie: Zur Reliabilität und Validität der deutschen Übersetzung des Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 31,* 40-47.

Lambert, M. J., Hansen, N. B. & Finch, A. E. (2001). Patient-focused research: Using Patient Outcome Data to Enhance Treatment Effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69,* 159-172.

Lambert, M. J., Hansen, N.B., Umpress, V., Lumen, K., Okiishi, J. Burlingame, G.M. & Reisinger, C.W. (1996b). *Administration and scoring manual for the OQ-45.2*. Wharton: American Professional Credentialing Services LLC.

Lambert, M. J., Huefner, J. C. & Nace, D. K. (1997). The promise and problems of psychotherapy research in a managed care setting. *Psychotherapy Research, 7,* 321-332.

Lambert, M. L. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed., pp. 139-193). New York: Wiley.

Lambert, M. J., Whipple, J. L., Hawkins, E. J., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L. & Smart, D. W. (2003). Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? A meta analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10,* 288-301.

Lambert, M. J., Whipple, J. L., Smart, D. W., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L. & Hawkins, E. J. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research, 11,* 49-68.

Lambert, M. J., Whipple, J. L., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Hawkins, E. J., Nielsen, S. L. & Goates, M. (2002a). Enhancing psychotherapy outcomes via providing feedback on client treatment response: A replication. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 9,* 91-103.

Lauterbach, K. W. (2001). Gesundheitsökonomie als Teil der Qualitätsverbesserung. In K. W. Lauterbach & M. Schrappe (Hrsg.), *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine* (S. 121-123). Stuttgart: Schattauer.

Lauterbach, K. W. & Schrappe, M. (Hrsg.) (2001). *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine*. Stuttgart: Schattauer.

Leon, S. C. (2004). *New methods for studying the relationship between therapist experience and psychotherapy outcomes*. Paper presented at the 35th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, June 2004, Rome.

Leon, S. C., Kopta, S. M., Howard, K. I. & Lutz, W. (1999). Predicting patients' responses to psychotherapy: are some more predictable than others? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67,* 698-704.

Linden, M. (1987). *Phase-IV-Forschung*. Heidelberg: Springer.

Luborsky, L., Popp, C., Luborsky, E. & Mark, D. (1994). The core conflictual relationship theme. *Psychotherapy Research, 4,* 172183.

Lueger, R. J. (1993). *Assessing quality in outpatient psychotherapy: Implications for designing and selecting cost-efficient metal health care benefits*. Brookfield: International Foundation of Employee Benefit Plans.

Lueger, R. J. (1998). Using feedback on patient progress to predict the outcome of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 54,* 383-393.

Lueger, R. J. (2002). Practice-informed research and research-informed psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 58,* 1265-1276.

Lutz, W. (1997). *Evaluation eines Qualitätssicherungsprogramms in der Psychotherapie*. Regensburg: S. Roderer.

Lutz, W., Lowry, J., Kopta, S. M., Einstein, D. A. & Howard, K. I. (2001). Prediction of dose-response relations based on patient characteristics. *Journal of Clinical Psychiatry, 57,* 889-900.

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

Lyons, J. S. & Howard, K. I. (1991). Main effects analysis in clinical research: Statistical guidelines for disaggregating treatment groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 745-758.

Mans, E. J. (1998). Qualitätssicherung in der stationären psychoanalytischen Psychotherapie. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung* (S. 291-316). Tübingen: DGVT-Verlag.

McGlinchey, J. B., Atkins, D. C. & Jacobson, N. S. (2002). Clinical significance methods: Which one to use and how useful are they? *Behavior Therapy, 33,* 529-550.

Meyer, F. & Schulte, D. (2002). Zur Validität der Beurteilung des Therapieerfolgs durch Therapeuten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 31,* 53-61.

Mohiyeddini, C., Hautzinger, M. & Bauer, S. (2002). Eine Latent-State-Trait-Analyse zur Bestimmung der dispositionellen und zustandsbedingten Anteile dreier Instrumente zur Erfassung von Depressionen: ADS, BDI und SDS. *Diagnostica, 48,* 12-18.

Mohr, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2,* 1-27.

Morrow-Bradley, C. & Elliott, R. (1986). The utilization of psychotherapy research by practicing psychotherapists. *American Psychologist, 41,* 188-197.

Murray, K., Pombo-Carril, M. G., Bara-Carril, N., Grover, M., Reid, Y., Langham, C., Birchall, H., Williams, C., Treasure, J. & Schmidt, U. (2003). Factors determining uptake of a CD-ROM based CBT self-help treatment for bulimia. *European Eating Disorders Review, 11,* 243-260.

Nathan, P. E., Stuart, S. P. & Dolan, S. L. (2000). Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: Between Scylla and Charybdis? *Psychological Bulletin, 126,* 964-981.

National Institute of Mental Health (1999). *Bridging Science and Service: A report by the National Advisory Mental Health Council's Clinical Treatment and Services Research Workgroup*. National Institute of Mental Health. http://www.nimh.nih.gov/research/bridge.htm.

Newman, M. G. (2000). Recommendations for a cost-offset model of psychotherapy allocation using generalized anxiety disorder as an example. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68,* 549-555.

Newman, M. G., Consoli, A. & Taylor, C. B. (1999). A palmtop computer program for the treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Modification, 23,* 597-619.

Norton, M., Wonderlich, S. A., Myers, T., Mitchell, J. E. & Crosby, R. D. (2003). The use of palmtop computers in the treatment of bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review, 11,* 231-242.

O'Donohue, W., Ferguson, K. & Cummings, N. A. (Eds.) (2002). *The Impact of Medical Cost Offset*. Reno: Context Press.

Olmsted, M. P., Kaplan, A. S., Rockert, W. & Jacobson, M. (1996). Rapid responders to intensive treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 19,* 279-285.

Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy, 6,* 6-26.

Orlinsky, D. E. & Russell, R. L. (1994). Tradition and change in psychotherapy research. In R. L. Russell (Ed.), *Reassessing psychotherapy research* (pp. 185-214). New York: Guilford Press.

Otto, M. W., Pollak, M. H. & Maki, K. M. (2000). Empirically supported treatments for panic disorder: Costs, benefits and stepped care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68,* 556-563.

Palm, W. (2003). Ist die externe Qualitätssicherung in der Psychotherapie mehr als ein Papiertiger? *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis, 35,* 113-117.

Park, R. E., Brook, R. H., Kosecoff, J., Keesey, J., Rubenstein, L. V., Keeler, E. B., Kahn, K. L., Rogers, W. H. & Chassin, M. R. (1990). Explaining variations in hospital death rates: Randomness, severity of illness, quality of care. *Journal of the American Medical Association, 264,* 484-490.

Percevic, R. & Kordy, H. (2002). Kontinuierliches Ergebnismonitoring. In Forschungsstelle für Psychotherapie (Hrsg.), *Tätigkeitsbericht 2002* (S. 18). Stuttgart.

Percevic, R., Lambert, M. J. & Kordy, H. (2004). Computer-supported monitoring of patient treatment response. *Journal of Clinical Psychology, 60,* 285-299.

Persons, J. B. (1991). Psychotherapy outcome studies do not accurately represent current models of psychotherapy: A proposed remedy. *American Psychologist, 46,* 99-106.

Piechotta, B. (2003). Qualitätsmanagement für Psychoanalytiker. Stein der Weisen oder Stein des Sisyphos? *Forum der Psychoanalyse, 2/3,* 129-148.

Pietsch-Breitfeld, B., Scheibe, O. & Allhoff, P. G. (1990). Qualitätssicherung Chirurgie und der § 137 SGB V nach dem Gesundheitsreformgesetz. *Chirurg BDC, 5,* 70-73.

Pinter, E., Stürwold, H., Arnold, U., Ploeck, M., Schramm, R. & Sommer, H. (1995). DIN ISO 9004 Teil 2 als Leitlinie für ein zeitgemäßes Qualitätsmanagement im Krankenhaus. *Krankenhaus Umschau, KU-Special Qualitätssicherung, 3,* 22-32.

Quitkin, F., McGrath, P., Stewart, J., Ojepek-Welikson, K., Taylor, B., Nunes, E., Deliyannides, D., Agosti, V., Donovan, S., Petkova, E. & Klein, D. (1996). Chronological milestones to guide drug change. *Archives of General Psychiatry 53,* 785-792.

Richard, M. (2001). *Die Konzeptualisierung und Operationalisierung von Therapie-Response und seine Bedeutung für die Behandlungsplanung in einem verlaufsorientierten Qualitätsmanagement.* Dissertation an der Universität Heidelberg. http://www.ub-heidelberg.de/archiv/1449.

Richter, R. (1994). Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 23,* 233-235.

Rückert, D. & Linster, H. W. (1998). Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im Rahmen der ambulanten Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung* (S. 421-456). Tübingen: DGVT-Verlag.

Russell, I. T., Addington-Hall, J. M., Avery, P. J., Bamford, C. H. & Barton, A. G. (1992a). Medical audit in general practice. I: Effects on doctors' clinical behavior for common childhood conditions. *British Medical Journal, 304,* 1480-1484.

Russell, I. T., Addington-Hall, J. M., Avery, P. J., Bamford, C. H. & Barton, A. G. (1992b). Medical audit in general practice. II: Effects on health of patients with common childhood conditions. *British Medical Journal, 304,* 1488.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001). *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Gutachten 2000/2001.* Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995). *Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000: Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit. Sondergutachten 1995.* Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Schacht, T. E., Binder, J. L. & Strupp, H. H. (1993). Der dynamische Fokus. In H. H. Strupp & J. L. Binder (Hrsg.), *Kurzpsychotherapie* (S. 99-154). Stuttgart: Klett-Cotta.

Schepank, H. (1995). *Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)*. Göttingen: Beltz Test GmbH.

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

Schmidt, J. & Nübling, R. (1994). Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Teil 1: Grundlagen, Hintergründe und Probleme. *GwG-Zeitschrift, 96,* 15-25.

Schmidt, J. & Nübling, R. (1995). Qualitätssicherung in der Psychotherapie - Teil II: Realisierungsvorschläge, Modellprojekte und bereits laufende Maßnahmen. *GwG-Zeitschrift, 99,* 42-53.

Schubert, H.-J. & Ebner, H. (2001). Evaluierung / Zertifizierung / Akkreditierung von Qualitätsmanagement-Aktivitäten in Gesundheitseinrichtungen. In K. W. Lauterbach & M. Schrappe (Hrsg.), *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine* (S. 419-425). Stuttgart: Schattauer.

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

Schulte, D. (1996). *Therapieplanung*. Göttingen: Hogrefe.

Schulte, D., Künzel, R., Pepping, G. & Schulte-Bahrenberg, T. (1991). Maßgeschneiderte Psychotherapie versus Standardtherapie bei der Behandlung von Phobikern. In D. Schulte (Hrsg.), *Therapeutische Entscheidungen* (S. 15-42). Göttingen: Hogrefe.

Selbmann, H. K. (1990). Stand der medizinischen Qualitätssicherung in der Bundesrepublik Deutschland. In Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.), *Symposium zur Qualitätssicherung Teil 1: stationäre und ambulate medizinische Versorgung - Bestandsaufnahme und Perspektiven* (S. 27-46). Bonn: Bundesministerium für Arbeit.

Selbmann, H. K. (1992). Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung. *Fortschritte der Medizin, 110,* 183-186.

Selbmann, H. K. (1993). Qualitätssicherung in der Geburtshilfe und Gynäkologie. *Geburtshilfliche Rundschau, 33,* 188-189.

Selbmann, H. K. (1995). Konzept und Definition medizinischer Qualitätssicherung. In W. Gaebel (Hrsg.), *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus* (S. 3-10). Wien: Springer.

Selbmann, H. K., Pietsch-Breitfeld, B., Blumenstock, G. & Geraedts, M. (1994). Evaluation der Qualitätssicherungs-Maßnahmen im Gesundheitswesen. Teil 2. In Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), *Maßnahmen der Medizinischen Qualitätssicherung in der Bundesrepublik Deutschland. - Bestandsaufnahme. Projekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit* (S. 1-21). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (2000). Stepped care on a heuristic approach in the treatment of alcohol problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68,* 573-579.

Steyer, R., Schmitt, M. & Eid, M. (1999). Latent state-trait theory and research in personality and individual differences. *European Journal of Personality, 13,* 389-408.

Stieglitz, R.-D., Wolfersdorf, M., Metzger, R., Ruppe, A., Stabenow, S., Hornstein, C., Keller, F., Schell, G. & Berger, M. (1998). Stationäre Behandlung depressiver Patienten. Konzeptuelle Überlegungen und Ergebnisse eines Pilotprojektes zur Qualitätssicherung in Baden-Württemberg. *Der Nervenarzt, 69,* 59-65.

Stiles, W. B., Leach, C., Barkham, M., Lucock, M., Iveson, S., Shapiro, D. A., Iveson, M., & Hardy, G. E. (2003). Early sudden gains in psychotherapy under routine clinic conditions: Practice-based evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71,* 14-21.

Stone, A. A. & Shiffman, S. (1994). Ecological Momentary Assessment (EMA) in Behavioral Medicine. *Annals of Behavioral Medicine, 16,* 199-202.

Stricker, G., Troy, W. G. & Shueman, S. A. (Eds.) (2000). *Handbook of quality management in behavioral health*. New York: Plenum Publishers.

Strupp, H. H. & Howard, K. I. (1992). A brief history of psychotherapy research. In D. K. Freedheim (Ed.), *A history of psychotherapy*. Washington: American Psychological Association.

Tang, T. Z. & DeRubeis, R. J. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67,* 894-904.

Tausch, B. & Härter, M. (2003). Qualitätszirkel. In M. Härter, H. W. Linster & R.-D- Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie* (S. 171-189). Göttingen: Hogrefe.

Tischler, K. W. (1997). Zusammenarbeit im Qualitätszirkel lohnt sich. Erfahrungsbericht aus einem Qualitätszirkel. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 73,* 1038-1039.

Vogel, H. & Neuderth, S. (2003). Allgemeine medizinische und psychosomatische Rehabilitation. In M. Härter, H. W. Linster & R.-D- Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie* (S. 327-352). Göttingen: Hogrefe.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10.* Bern: Huber.

Wegner, K. E., Smyth, J. M., Crosby, R. D., Wittrock, D., Wonderlich, S. A. & Mitchell, J. E. (2002). An evaluation of the relationship between mood and binge eating in the natural environment using ecological momentary assessment. *International Journal of Eating Disorders, 32,* 352-361.

Whipple, J. L., Lambert, M. J., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Nielsen, S. L. & Hawkins, E. J. (2003). Improving the effects of psychotherapy: The use of early identification of treatment failure and problem solving strategies in routine practice. *Journal of Counselling Psychology, 50,* 59-68.

Wiens, A. N., Brazil, P. J., Fuller, K. H. & Solomon, S. E. (1995). The practitioner's new weapon: Data. *Psychotherapy Bulletin, 30,* 46-53.

Wilson, G. T. (1999). Rapid response to cognitive behavior therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6,* 289-292.

Wilson, G. W., Vitousek, K. M. & Loeb, K. L. (2000). Stepped care treatment for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68,* 564-572.

Woody, S. R. & Kihlstrom, L. C. (1997). Outcomes, quality, and cost: integrating psychotherapy and mental health services research. *Psychotherapy Research, 7,* 365-381.

Yates, J. F. (1990). *Judgment and decision making.* Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

VIII. Anhang

Anhang A: Akzeptanzfragebögen

1. Akzeptanzfragebogen zum Feedback nach Entlassung

Patient: 093001PERMAS besprochen am: _____ ausgefüllt am: _____

Entlassung

Stimmt die Rückmeldung mit Ihrer therapeutischen Einschätzung überein?

○ ja ○ nein

➡ falls ja (bitte die Angabe ankreuzen, die am meisten zutrifft):

☐ Ergänzung ☐ Bestätigung ☐ Veränderung

Die stationäre Psychotherapie befähigt den Patienten zu einer ambulanten Weiterbehandlung

○ ja ○ nein

➡ falls nein ☐ eine ambulante Weiterbehandlung ist nicht nötig

☐ die Weiterbehandlung erfolgt stationär (andere Station, Einrichtung)

Die folgende Frage bitte nur ausfüllen, falls eine Gesamtbewertung guter oder sehr guter Verlauf vorliegt

Halten Sie die Einschätzung guter oder sehr guter Verlauf für gerechtfertigt?

○ ja ○ nein

Kommentar: _____

Die folgenden Fragen bitte nur ausfüllen, falls eine Gesamtbewertung auffälliger Verlauf vorliegt

Geben Sie bitte den Ihrer Meinung nach wesentlichen Grund für das Auffälligkeitssignal an (Bitte nur 1 Kreuz)

- o Problemfall – die Problematik war psychotherapeutisch nicht oder kaum zugänglich.
- o Problemfall – die Therapie konnte eine negative Entwicklung nicht aufhalten oder die Problematik ist mit einem hohen Rückfallrisiko behaftet.
- o Problemfall – neue äußere Lebensumstände führten zu einer nicht aufzufangenden Entwicklung
- o Problemfall – die psychotherapeutische Behandlung hat durch ihren Ansatz (Indikation) oder durch die Durchführung zu dem negativen Ergebnis geführt
- o Problemfall – der Patient ist trotz einer positiven Entwicklung nach wie vor sehr stark beeinträchtigt.
- o Sensibilisierung – das Auftauchen neuer Problemfelder ist therapeutischnotwendig.
- o Behandlungsverlauf und Ergebnis sind positiv, das Signal ist nicht gerechtfertigt.

Einleitung von Maßnahmen: ☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche: _____

Kommentar: _____

2. Akzeptanzfragebogen zum Feedback in Phase 3 und 4

Patientencode ☐ **Datum** ☐

(1) Stimmt die Rückmeldung mit Ihrer therapeutischen Einschätzung überein?

ja; sie ist eine Ergänzung / Bestätigung / Veränderung meiner Sicht nein

(2) Welchen Aspekten der Bewertung stimmen Sie zu?

- ☐ keinem
- ☐ allen
- ☐ der Bewertung zum GBB
- ☐ der Bewertung zur Skala SD
- ☐ der Bewertung zur Skala IR
- ☐ der Bewertung zur Skala SR
- ☐ der Bewertung zur Skala TO
- ☐ der Bewertung zur Veränderungseinschätzung

(3) Halten Sie die Bewertung (sehr gut / gut / auffällig) für den bisherigen Behandlungsverlauf für gerechtfertigt?

- ☐ ja
- ☐ nein; aus meiner Sicht ist der bisherige Verlauf sehr gut / gut / auffällig

(4) Enthält diese Zwischenrückmeldung für Sie relevante Informationen?

überhaupt nicht | ein wenig | ziemlich | sehr

(5) Werden Sie diese Zwischenrückmeldung für die weitere Behandlung nutzen können?

überhaupt nicht | ein wenig | ziemlich | sehr

Nur bei der Bewertung “auffälliger Verlauf” auszufüllen

(6) Welches ist der wesentliche Grund für das Auffälligkeitssignal?

- ☐ Zu kurzer Bewertungszeitraum; PatientIn braucht mehr Zeit, um sich zu verbessern.
- ☐ Auffälligkeitssignal ist nicht gerechtfertigt; der bisherige Verlauf ist positiv.
- ☐ Sensibilisierung – das Auftauchen neuer Problemfelder ist therapeutisch notwendig.
- ☐ Die Problematik ist psychotherapeutisch nicht / kaum zugänglich.
- ☐ Die Therapie kann eine negative Entwicklung nicht aufhalten.
- ☐ Äußere Lebensumstände führten zu einer bisher nicht aufzufangenden Entwicklung.
- ☐ PatientIn ist trotz positiver Entwicklung noch sehr stark beeinträchtigt.

Anmerkungen / Kommentar / Sonstiges:_____

3. Akzeptanzfragebogen zur Behandlungsempfehlung (Zustand des Patienten lag zur Zwischenerhebung im funktionalen Bereich)

Patientencode ☐ **Datum** ☐

(1) Stimmt die Empfehlung (Therapie bald beenden) mit Ihrer therapeutischen Einschätzung überein?

ja, es besteht kein weiterer Behandlungsbedarf (stationär)
nein, es besteht weiterer Behandlungsbedarf (stationär)

(2) Was sind die Hauptgründe für den weiteren Behandlungsbedarf?

A auf Symptomebene:

Beeinträchtigung im psychischen Bereich
Beeinträchtigung im körperlichen Bereich
Beeinträchtigung im sozialen / interpersonalen Bereich
Die Stabilisierung des erreichten Zustandes ist notwendig
Sonstiges: _____

B aus psychotherapeutischer / psychodynamischer / psychoanalytischer Sicht:

_____

_____

_____

(3) Wie lange sollte der Patient aus Ihrer Sicht noch in stationärer Behandlung bleiben?

notwendig sind aus meiner Sicht noch ca. _____ Tage
realistisch sind aus meiner Sicht noch ca. _____ Tage

4. Akzeptanzfragebogen zur Behandlungsempfehlung (Zustand des Patienten lag zur Zwischenerhebung im nonfunktionalen Bereich)

Patientencode ☐ **Datum** ☐

(1) Stimmt die Empfehlung (Therapie fortsetzen) mit Ihrer therapeutischen Einschätzung überein?

ja, es besteht weiterer Behandlungsbedarf (stationär)
nein, es besteht kein weiterer Behandlungsbedarf (stationär)

(2) Was sind die Hauptgründe für den weiteren Behandlungsbedarf?

A auf Symptomebene:

Beeinträchtigung im psychischen Bereich
Beeinträchtigung im körperlichen Bereich
Beeinträchtigung im sozialen / interpersonalen Bereich
Die Stabilisierung des erreichten Zustandes ist notwendig
Sonstiges: _____

B aus psychotherapeutischer / psychodynamischer / psychoanalytischer Sicht:

_____

_____

_____

(3) Wie lange sollte der Patient aus Ihrer Sicht noch in stationärer Behandlung bleiben?

notwendig sind aus meiner Sicht noch ca. _____ Tage
realistisch sind aus meiner Sicht noch ca. _____ Tage

Anhang B: Rückmeldebögen

1. Rückmeldung nach der Entlassung (Seite 1)

Gesamtüberblick und Erfolgsbewertung auf Grundlage des QS-Inventars **Patient: 093001PERMAS**

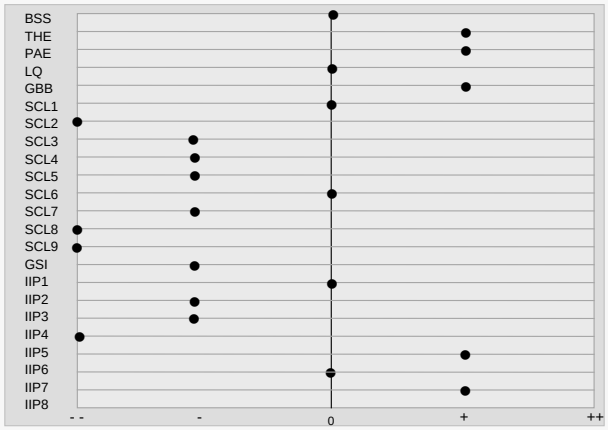
	BSS	THE	PAE	LQ	GBB	SCL 1	SCL 2	SCL 3	SCL 4	SCL 5	SCL 6	SCL 7	SCL 8	SCL 9	GSI	IIP 1	IIP 2	IIP 3	IIP 4	IIP 5	IIP 6	IIP 7	IIP 8
Aufnahme	6			44	74,0	2,4	0,2	0,9	1,2	0,8	0,4	0,4	0,0	0,1	0,9	6,0	16,0	18,0	13,0	20,0	25,0	31,0	24,0
Entlassung	5	6	5	43	54,0	2,3	1,2	1,6	2,5	1,6	0,4	1,0	1,0	1,2	1,8	7,0	22,0	23,0	4,0	23,0	26,0	27,0	23,0
Mittelwert/ Cutoffpoint	5	8	7	28	15,7	0,4	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3	0,1	0,4	0,2	0,3	8,8	9,6	9,6	10,1	11,5	11,6	12,3	9,8
Streuung	0			0	13,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2	0,4	0,2	0,3	5,2	5,4	5,4	5,8	6,0	5,3	4,9	4,9

Variablen der Spalten

BSS: Beeinträchtigungsschwere-Score
THE: Ergebniseinschätzung Therapeut
PAE: Ergebniseinschätzung Patient
LQ: Lebensqualität
GBB: Gießener Beschwerdebogen
SCL-90-R Skala 1: Somatisierung
SCL-90-R Skala 2: Zwanghaftigkeit
SCL-90-R Skala 3: Unsicherheit im Sozialkontakt
SCL-90-R Skala 4: Depressivität
SCL-90-R Skala 5: Ängstlichkeit
SCL-90-R Skala 6: Aggressivität und Feindseligkeit
SCL-90-R Skala 7: phobische Angst
SCL-90-R Skala 8: paranoides Denken
SCL-90-R Skala 9: Psychotizismus
SCL-90-R Skala GSI: globaler Schwereindex
IIP Skala 1: zu autokratisch / dominant
IIP Skala 2: zu streitsüchtig / konkurrierend
IIP Skala 3: zu abweisend / kalt
IIP Skala 4: zu introvertiert / sozial vermeidend
IIP Skala 5: zu selbstunsicher / unterwürfig
IIP Skala 6: zu ausnutzbar / nachgiebig
IIP Skala 7: zu fürsorglich / freundlich
IIP Skala 8: zu expressiv / aufdringlich

Diagnose (ICD-10): F 43.0
(Entlassung) F 60.8

Erfolgsbewertung: **auffälliger** Verlauf



Rückmeldung nach der Entlassung (Seite 2)

Behandlungsinformation Aufnahme - Entlassung **Geschlecht: weiblich** **Alter: 40** **Patient: 093001PERMAS**

Behandlungsdauer: 158 Tage

Einzeltherapie: 42 (Stunden)

weitere Therapien: 21 (Stunden) Sport- und Bewegungstherapie
13 (Stunden) Entspannung

Therapeutische Arbeitsbeziehung

	Aufnahme	Entlassung
Patient	2.1	1.7
Therapeut	0.6	1.6

-3 ..... +3
niedrig hoch

Patientenzufriedenheit (Median = 27)

26.0
8 32
unzufrieden zufrieden

Patienteneinschätzung

Verbesserung des Befindens: mehr Selbstbewusstsein, neue Einsichten, weniger körperliche Probleme

Verschlechterung des Befindens: Zukunftsangst, depressive Stimmung, Müdigkeit

2. Zwischenrückmeldung in Phase 3 und 4 (Seite 1)

Patient: 119019TSTTST

	PAE	GBB	SD	IR	SR	TO
Aufnahme		28.0	60.0	22.0	27.0	109.0
Zwischenerhebung	13.0	25.0	38.0	11.0	20.0	69.0
Mittelwert /Cutoff	18.0	15.7	25.4	10.2	9.6	45.2
Standardabweichung		13.3	11.6	5.6	3.9	18.6

Diagnose (ICD-10): F 61.0
F 32.1

Variablen

PAE: Direkte Veränderungseinschätzung

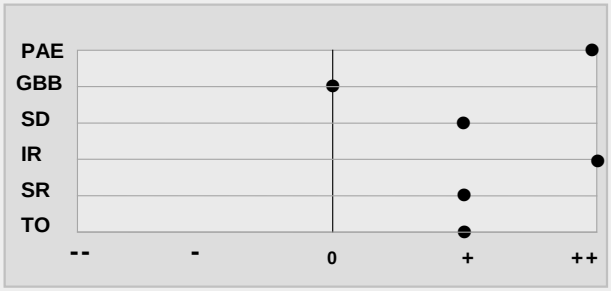
GBB: Giessener Beschwerdebogen

SD: Symptombelastung

IR: Interpersonale Beziehungen

SR: Soziale Integration

TO: Gesamtscore EB-45



Zwischenrückmeldung in Phase 3 und 4 (Seite 2)

Behandlungsinformation Aufnahme - Entlassung Geschlecht: weiblich Alter: 29 Patient: 119019TSTTST

Behandlungsdauer:

Einzeltherapie:

weitere Therapien:

Therapeutische Arbeitsbeziehung

	Aufnahme	Zwischenerhebung
Patient	1.5	2.3
Therapeut	0.9	

-3 ..... +3
niedrig hoch

Patientenzufriedenheit
(Median = 27)

8 ..... 29.0 32
unzufrieden zufrieden

Patienteneinschätzung

Verbesserung des Befindens: besserer Schlaf, weniger Angst

Verschlechterung des Befindens: Gewicht, Heimweh

3. Empfehlung bzgl. des weiteren Behandlungsbedarfs in Phase 4 (Zustand des Patienten lag zum Zeitpunkt der Zwischenerhebung im funktionalen Bereich)

Patientencode ☐ **Datum** ☐

baldige Beendigung der stationären Behandlung

Die Patientin berichtet zum Zeitpunkt der Zwischenerhebung (ausgefüllt am TT.MM.JJ) keine Beeinträchtigung hinsichtlich körperlicher und psychischer Symptomatik. Unter dem Minimalziel „Symptomfreiheit“ legt dies eine baldige Beendigung der stationären Behandlung nahe.

4. Empfehlung bzgl. des weiteren Behandlungsbedarfs in Phase 4 (Zustand des Patienten lag zum Zeitpunkt der Zwischenerhebung im nonfunktionalen Bereich)

Patientencode ☐ **Datum** ☐

Fortsetzung der stationären Behandlung

Die Patientin berichtet zum Zeitpunkt der Zwischenerhebung erhebliche Beeinträchtigung hinsichtlich ihrer psychischen Symptomatik. Dies legt eine Fortsetzung der stationären Behandlung nahe.

Aufgrund des Beeinträchtigungsgrades zum Zeitpunkt der Zwischenerhebung (ausgefüllt am TT.MM.JJ) ist damit zu rechnen, dass die Patientin den unbeeinträchtigten Bereich nach ca. ___ Tagen (SD = ___) erreicht.