

Zusammenfassung

Die Wirksamkeit von systemischen Therapien wurde mittels eines Qualitätssicherungssystems (QSS) – bestehend aus verschiedenen Selbst- und Fremdeinschätzungsinstrumenten – überprüft. Die 23 untersuchten systemischen Therapien wurden von 5 Therapeuten am Psychiatriezentrum Oberwallis durchgeführt. Ihre durchschnittliche Dauer betrug 10 Sitzungen. Die Mehrheit der 20- bis 40jährigen Patienten lebte mit ihrem Partner/Partnerin und Kindern zusammen. Die häufigste Erstdiagnose umfaßte neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen. Die Patienten zeigten zu Therapiebeginn bei allen 12 Skalen des SCL-90-R auffällige Werte. Sowohl bei den Patienten als auch bei den Systemmitgliedern konnte nach Therapiebeginn im Durchschnitt eine signifikante Besserung der psychischen Belastung festgestellt werden. Bei Therapieaustritt beurteilten im Durchschnitt sowohl Patienten als auch Systemmitglieder die Paar- bzw. Familienbeziehung als verbessert. Bei allen Patienten wurden am Ende der Therapie in den individuellen Problemen, der Entspannung, in Gelassenheit und Optimismus signifikante Veränderungen festgestellt.

Ergebnisqualität systemischer Therapie

Ein Praxisbericht aus der ambulanten psychiatrischen Grundversorgung des Psychiatriezentrums Oberwallis (PZO) in Brig, Schweiz

Hugo Stefan Grünwald, Uta Hegemann, Tony Eggel und Leo Anthenien
Psychiatriezentrum Oberwallis, Brig

Aufgrund des Schweizerischen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) ist es seit 1998 Pflicht einer jeden Institution, in der Psychotherapie den Nachweis von Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) der gewählten Behandlungsmethoden unter Praxisbedingungen zu erbringen. Im Expertenbericht des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV) werden nun weitere Schritte in Richtung Konkretisierung solcher WZW-Nachweise vorgeschlagen und diskutiert (Mattanza 1997). Neben den Kriterien Strukturqualität und Prozeßqualität gilt die Ergebnisqualität als wichtigstes Kriterium solcher Qualitätsdiskussionen. Sie stehen zueinander in einer Wechselbeziehung von Mittel, Weg und Ziel. Bislang fehlen allerdings verbindliche und elaborierte Qualitätsmanagement-Modelle in der psychiatrischen Grundversorgung. Wohl gibt es Modelle, die in der stationären Psychotherapie erprobt sind (Lutz et al. 1996) oder solche, die im Umfeld ambulanter universitärer Psychotherapie-Praxis angewendet werden (Grawe u. Braun 1994). Seit 1994 wird in der Ambulanz des Psychiatriezentrums Oberwallis (PZO) routinemäßig ein Qualitätssicherungssystem (QSS) eingesetzt und weiterentwickelt (Anthenien u. Grünwald 1996) – unterstützt vom Lehrstuhl für Klinische Psychologie der Universität

Bern (Prof. Klaus Grawe). Unser QSS entspricht in seiner Form und Ausrichtung empirischer Praxisforschung in einem ökologisch validen Setting, völlig im Sinne der nun geforderten Effektivitätsforschung (Pinsof u. Wynne 1995; Shadish et al. 1995; Ochs et al. 1997). Hier sollen nun erste Resultate zur Ergebnisqualität systemischer Therapien berichtet werden, die mit unserem QSS gewonnen wurden.

Das Psychiatriezentrum Oberwallis ist seit 1978 in das Allgemeinkrankenhaus Oberwalliser Kreisspital Brig integriert. Für die psychiatrische Grundversorgung dieser Region mit ca. 78 000 Einwohnern sind Bettenstation, Ambulatorium und Tagesklinik in einem Behandlungszentrum zusammengefaßt, was eine umfassende transmurale Behandlung mit personeller Kontinuität ermöglicht. Im Gesamtkonzept des PZO wird eine systemische Sichtweise deutlich (Guntern 1978; Eggel 1990). Dieses Psychiatriekonzept ist unter dem Namen „Briger Modell“ bekannt geworden (Anthenien, im Druck).

Fragestellung

Unsere Fragestellungen beziehen sich auf die Institution des PZO und deren systemische Therapien. Ergebnisqualität wurde über die Indikatoren Symptome, Beziehungen, Probleme und subjektive Veränderung im Erleben und Verhalten operationalisiert. Veränderungen auf der Symptom- und Beziehungsebene wurden sowohl beim

H. S. Grünwald, lic. phil. I, Psychiatriezentrum Oberwallis (PZO), Oberwalliser Kreisspital, CH-3900 Brig

System Familie (1999) 12:17–24 © Springer-Verlag 1999

**Quality of the results of systemic therapy.
A report on outpatient psychiatric basic care
at the Oberwallis Psychiatry Center in Brig, Switzerland**

Hugo Stefan Grünwald, Uta Hegemann, Tony Eggel and Leo Anthenien

Summary

In this study we evaluated the efficacy of “system-oriented psychotherapy” by a number of different rating scales (patients and therapist). Twenty-three “system-oriented trials of psychotherapy” were examined. All patients have been treated in the Psychiatric Outpatient Clinic in Oberwallis by five trained therapists. The average number of sessions was ten. The mean age of the patients was between 20 and 40 years. The majority of the study subjects lived together with their partner and children. The two most common diag-

noses were neurotic adjustment disorder and somatization disorder. Patient entrance measurements on the Symptom Checklist 90-R showed significantly high scores on all 12 scales. At termination patients and their family members showed a significant improvement in coping mechanisms with their symptoms. Relationships between spouses or parent-child relationships were seen to have improved significantly. At the end of the therapies, subjectively all patients rated themselves to be significantly more relaxed, with fewer individual problems, and at ease and optimistic.

Indexpatienten (IP) wie auch bei den Systemmitgliedern erhoben. Daraus haben wir folgende Fragen abgeleitet:

1. Welche Veränderungen auf der symptomatologischen Ebene lassen sich bei Indexpatienten und Systemmitgliedern nachweisen?
2. Welche Veränderungen auf der Beziehungsebene lassen sich bei Indexpatienten und Systemmitgliedern nachweisen?
3. Welche Veränderungen lassen sich beim Indexpatienten auf der individuellen Problemebene sowie auf der subjektiven Ebene des Erlebens und Verhaltens nachweisen?

Methode

*Meßinstrumente
und Erhebungsdesign*

Als psychometrische Selbsteinschätzverfahren verwenden wir auf der Symptomebene die Symptom-Checklist 90-R (SCL-90-R von Derogatis 1977) und auf der Beziehungsebene die Familienbögen (FB nach Cierpka u. Fre-

vert 1994 – Allgemein- oder Zweierbeziehung). Diese Verfahren wurden sowohl beim Patienten wie bei den Systemmitgliedern angewandt und ausgewertet. Zusätzlich wurde dem Patienten bei Therapieabschluß der Veränderungsbogen für Erleben und Verhalten abgegeben (VEV nach Zielke u. Kopf-Mehnert 1978). Zur Erfassung der Veränderung in den relevanten individuellen Problembereichen wurde das Goal-Attainment-Scaling eingesetzt (GAS nach Kieresuk u. Sherman 1968). Dieses Verfahren gilt als individualisiertes Meßmittel, bei dem der Therapeut zusammen mit dem Patienten die drei wichtigsten Probleme und die entsprechenden Ziele entwickelt und in dessen Sprache erlebnis- und verhaltensnahe operationalisiert. Insgesamt wurden vom Patienten somit die Bereiche psychopathologische Symptomveränderung, Veränderungen im Beziehungserleben in Paar oder Familie, Veränderungen im Erleben und Verhalten sowie Veränderungen in den wichtigsten individuellen Problemen erfaßt. Bei den Systemmitgliedern wurden nur die Bereiche Verän-

derungen in der Symptomatik und im Beziehungserleben gemessen. Bei diesen Instrumentarien handelt es sich um Selbsteinschätzungsinstrumente, die nach den Überlegungen zur Messung des Psychotherapieerfolges ausgewählt wurden (Schulte 1993). Ein eigener Patientennachbefragungsbogen (PNB) sollte die Behandlungszufriedenheit allgemein ermitteln. Die soziodemografischen Daten erfaßten wir in einer Basisdokumentation (BASIP), die sich an den Vorschlägen der Schweizer Chefärzte psychiatrischer Institutionen orientierte. Als Fremdeinschätzungsinstrumente verlangten wir vom Therapeuten die Diagnose nach ICD-10 und die Einschätzung des aktuellen Funktionsniveaus (GAF gemäß DSM-IIIR). Diese Fremdeinschätzung wurde nur auf den Patienten ausgerichtet. Der Zeitaufwand betrug für den Therapeuten rund 15 Minuten pro Erhebungszeitpunkt, für den Patienten bzw. das Problemsystem zwischen 30 und 40 Minuten pro Erhebungszeitpunkt. Die Patienten erlebten diese Befragungen als sinnvoll und insgesamt positiv. Das beschriebene Untersuchungsdesign ist in Abb. 1 zusammengefaßt.

Stichprobe

*Angaben zu Therapien, Patienten
und Therapeuten*

Der methodische Ansatz systemischer Therapie am PZO kann als pragmatisch ausgerichtete, problemlöseorientierte systemische Therapie bezeichnet werden. Neben systemischen Teilmethoden der strukturellen und strategischen Therapie, des Mehrgenerationen-Ansatzes und der humanistisch orientierten Skulpturarbeit werden auch neuere systemische Teiltechniken konstruktivistischer und lösungsorientierter Prägung mitverwendet. Pragmatisch will besagen, daß das therapeutische Vorgehen nicht einseitig ideologisch eingegrenzt ist, sondern heuristisch geleitet auf den je individuellen Einzelfall konzipiert wird (Eggel 1996). Insgesamt nahmen fünf Therapeuten und Therapeutinnen an der Untersuchung teil – zwei Psychologen und ein Arzt mit Berufserfahrung über vier Jahre sowie zwei Ärztinnen, die noch in psychiatrisch-psy-

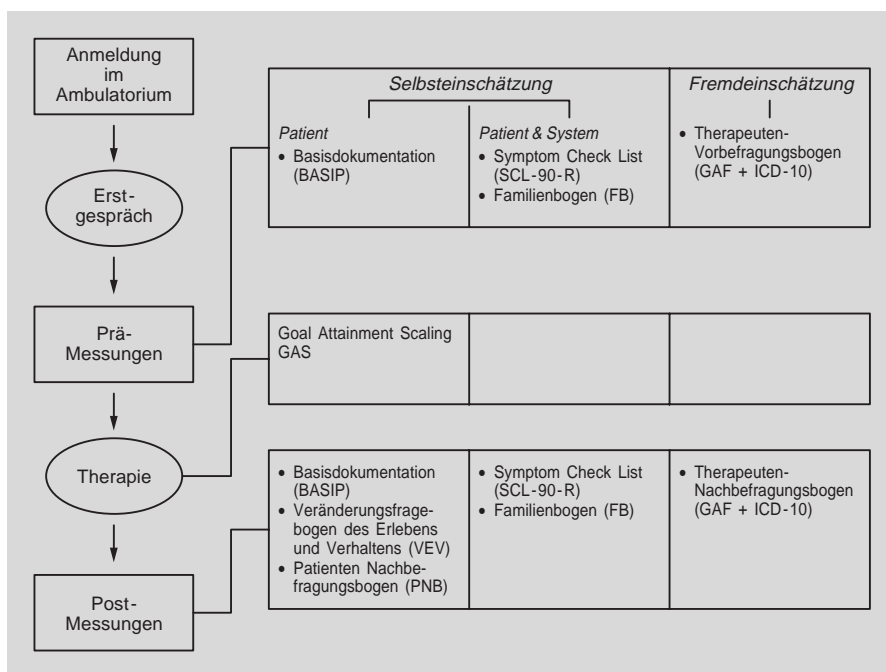


Abb. 1. Untersuchungsdesign Qualitätssicherungssystem PZO: Pilotphase 1994–1995

(1 IP) und F2 – akute vorübergehende psychotische Störung (1 IP). Von diesen Indexpatienten erhalten 67% eine Zweitdiagnose wie sonstige Probleme in der primären Bezugsgruppe einschließlich familiärer Umstände, Störungen durch Alkohol und nichtorganische sexuelle Funktionsstörungen.

Ergebnisse¹

Symptomveränderungen beim Indexpatienten

Die Veränderungen im Symptomerleben wurden beim Indexpatienten und bei den Systemmitgliedern durch die SCL-90-R erhoben. Die SCL-90-R erfaßt mit 90 Items verschiedene Aspekte psychopathologischer Symptombewertung, die in neun Skalen übertragen werden. Es sind dies: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus. Zusätzlich werden diese neun Skalen in drei globale Kennwerte zusammengefaßt, die umschrieben sind als mittlere Symptombelastung, Anzahl der Beschwerden und Stärke der Beschwerden.

Abbildung 2 zeigt die SCL-Skalenwerte im Prä-Post-Vergleich. Darin wird deutlich, daß die z-Werte ($M = \text{Mittelwert}$) aller Skalen bei Behandlungsbeginn in den stark gestörten Bereich fallen. Die z-Werte einer Normpopulation liegen im Bereich von -1 bis $+1$. In unserer Stichprobe erzielen die Skalen Ängstlichkeit ($M = 3.45$), Depressivität ($M = 3.53$) und Psychotizismus ($M = 3.14$) die höchsten Werte. Die globalen Kennwerte zu Therapiebeginn weisen grundsätzlich auf eine hohe psychische Symptombelastung hin, was in einem hohen Wert für die mittlere Symptombelastung zum Ausdruck kommt ($M = 3.30$). Bei Therapieende haben sich alle z-Werte der SCL-Skalen innerhalb des Bereiches der Normalpopulation verändert, so daß sich der Mittelwert der Skalen um den Nullpunkt verteilt, was auf

¹ Datenaufbereitung und -auswertung durch Uta Hegemann im Rahmen einer unveröffentlichten Lizentiatsarbeit (Universität Zürich 1997); die wissenschaftliche Betreuung erfolgte durch den Erstautor

chotherapeutischer Ausbildung waren. 57% der 23 Therapien sind systemische Paartherapien, 30% Therapien mit größeren Systemen und 13% systemische Einzeltherapien. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 8 Monate und die durchschnittliche Anzahl der Konsultationen 10 Sitzungen. Von 64 Psychotherapiepatienten wurden deren 23 mit einer vollständigen Prä-Post-Messung erfaßt. 13 Therapien waren zum Erhebungszeitpunkt noch nicht abgeschlossen. 56% der möglichen Psychotherapiepatienten wurden demnach untersucht. Bei den restlichen nicht vollständig erfaßten Psychotherapiepatienten (44%) wurden zwei Drittel der Therapien ohne vollständige Messung regulär abgeschlossen. Bei einem weiteren Drittel wurde die Therapie ohne gegenseitige Vereinbarung beendet. Zwei Patienten verweigerten ihre Mitarbeit im QSS. Als wichtigsten Grund dieser unvollständigen Post-Datenerhebung sehen wir Mängel bei der logistischen Unterstützung während der Einführungsphase dieses QSS – speziell bezüglich des Daten-Controllings bei Therapieabschluß. Selektionseffekte sind deshalb nicht auszuschließen.

Die soziodemografischen Daten der untersuchten Indexpatienten (IP) zeigen, daß es sich um eine heterogene

Stichprobe der Oberwalliser Bevölkerung handelt. Es überwiegen mit 65% die Frauen. Die Mehrheit der IP ist verheiratet oder hat einen festen Partner. Sie befinden sich im Lebenszyklus der Familie mit Kindern im Alter bis zu 12 Jahren. Die meisten IP sind zwischen 20 und 40 Jahre alt und wohnen mit einem Partner und mit Kindern zusammen. 60% haben eine Berufsausbildung abgeschlossen, 26% sind ohne Berufsabschluß. Die Mehrheit der IP hat eher einen tiefen Ausbildungsstand. Die Mehrheit der IP sind Arbeiter, Angestellte oder Selbständigerwerbende. Ein Drittel der insgesamt 15 weiblichen IP arbeiten im eigenen Haushalt, 2/3 sind teilzeit- bzw. vollzeitbeschäftigt. Bezüglich des Settings finden die Hälfte (47%) aller Konsultationen zusammen mit dem Partner statt, 39% als Einzelsitzungen, 11% mit weiteren Systemmitgliedern und weniger als 1% sind Therapie-sitzungen mit dem Partner allein. Als Erstdiagnose nach ICD-10 wurden folgende Störungsgruppen festgehalten: F4 – neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen (12 IP oder 52%), F3 – affektive Störungen (3 IP), F1 – Störungen durch Alkohol (3 IP), Z63 – sonstige Probleme in der primären Bezugsgruppe (3 IP), F6 – Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

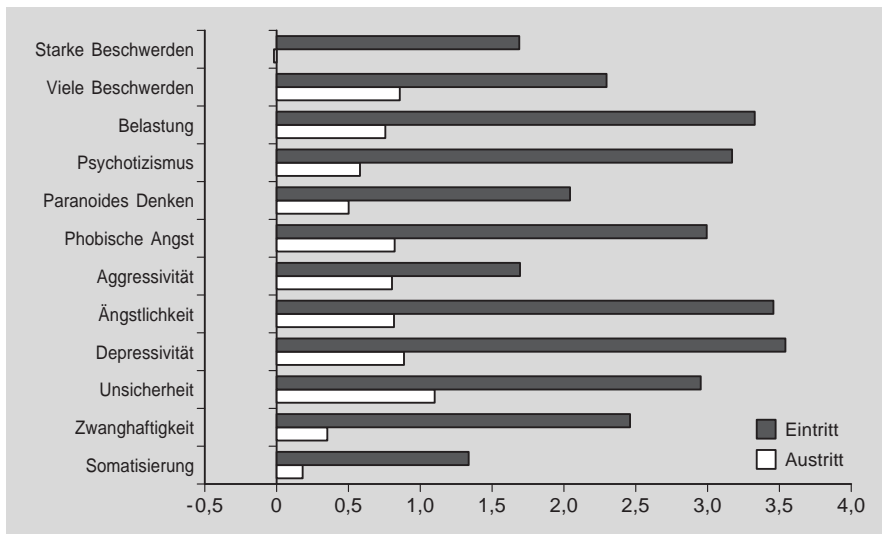


Abb. 2. Symptombelastung (SCL-R90) bei Eintritt/Austritt z-Werte Indexpatienten N = 23

eine Besserung der Symptombelastung hinweist. Die Mehrheit der Indexpatienten befindet sich somit in einem Wertebereich, der mit einer gesunden Normpopulation vergleichbar ist. Dementsprechend verbessert haben sich die globalen Kennwerte: mittlere Belastung $M = 0.75$, Anzahl der Beschwerden $M = 0.84$.

Effektstärken-Berechnungen² (ES) ergaben folgende Resultate: Die durchschnittlich erzielten Effekte liegen zwischen 0.49 und 1.44. Große ES werden bei den sieben Skalen Ängstlichkeit ($ES = 1.20$), Depressivität und paranoides Denken (beide $ES = 1.12$), Zwanghaftigkeit ($ES = 1.05$), Somatisierung ($ES = 0.95$), Psychotizismus ($ES = 0.89$) sowie bei allen drei globalen Kennwerten erreicht (mittlere Belastung $ES = 1.30$; Anzahl der Beschwerden $ES = 1.20$; Stärke der Beschwerden $ES = 1.44$). Für diese ES schlägt Grawe (1998) einen Korrekturwert von -0.36 vor, um Vergleichbarkeit mit herkömmlichen ES-Berechnungen (mit Kontrollgruppen) zu erreichen. Unsere ES-Werte sind unkorrigiert. Eine multivariate Varianzanalyse ergab, daß die Skalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Depressivität und Ängstlichkeit auf dem 0.1%-Niveau sehr hoch, Unsicherheit auf dem 1%-Niveau hoch und Aggressivität auf dem 5%-Niveau mittel signi-

fikant sind. Die Gruppe mit Medikamenten ($n = 11$) verbesserte sich im Vergleich mit der Gruppe ohne Medikamente ($n = 12$) lediglich auf der Skala Ängstlichkeit signifikant stärker.

Symptomveränderungen bei den Systemmitgliedern

Die z-Werte der Systemmitglieder zeigen bei Behandlungsbeginn in der Symptombelastung folgende Resultate. In der Mehrheit der Skalen liegt der Mittelwert um den Nullpunkt. Die Skalen Unsicherheit ($M = 0.87$), Depressivität ($M = 0.95$) und phobische Angst ($M = 0.90$) erreichen die höchsten Werte. Der globale Kennwert Anzahl der Beschwerden erreicht den Mittelwert von $M = 0.91$, die mittlere Belastung den Wert von $M = 0.79$. Daraus kann gefolgert werden, daß die Systemmitglieder im Gegensatz zu den Indexpatienten grundsätzlich eine bedeutend niedrigere Symptombelastung aufweisen. Keiner der z-Werte der Systemmitglieder liegt nämlich innerhalb des klinisch auffälligen Bereiches (= z-Werte >1). Bei Therapieende liegen die Mittelwerte sämtlicher Skalen im negativen Wertebereich zwischen 0 und -1.0 . Somit hat die Mehrheit der Systemmitglieder ebenfalls eine Besserung ihrer Symptombelastung eingeschätzt. Gleiches gilt für die globalen Kennwerte, diese liegen nun alle im Minusbereich. Dies bedeutet, daß die Systemmitglieder bei Therapieende gesamthaft weniger un-

ter einer psychischen Symptombelastung leiden als bei Therapiebeginn, welche allerdings bereits bei Therapiebeginn nicht stark ausgeprägt war. Die Symptombelastung war hingegen bei den Indexpatienten im Vergleich zu den Systemmitgliedern wesentlich höher. Bei beiden Gruppen zeigte sich generell eine Verbesserung auf der Symptomebene. Die Effektstärken der Indexpatienten waren – entsprechend der unterschiedlich hohen Symptombelastung bei Therapiebeginn – größer als bei den Systemmitgliedern. Dennoch waren einzelne Skalen bei den erzielten Effektstärken im mittleren Bereiche. Mittlere Effektstärken bei den Systemmitgliedern erreichten Psychotizismus, Unsicherheit, Depressivität, paranoides Denken, phobische Angst, Somatisierung, Ängstlichkeit und Aggressivität sowie die globalen Kennwerte mittlere Belastung und Anzahl der Beschwerden (Effektstärken zwischen 0.49 und 0.66).

Zusammenfassend lassen sich die Resultate der Symptomveränderungen wie folgt interpretieren. Die Indexpatienten zeigen zu Therapiebeginn eine deutliche bis sehr hohe psychische Symptombelastung. Die meisten Indexpatienten verändern sich bei Therapieende in den Bereich einer ungestörten Normalpopulation. Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $<1\%$ sind diese Effekte überzufällig. Kleinste Effekte werden bei der Skala Aggressivität erreicht. Alle anderen Skalen zeigen Effektstärken zwischen 0.70 und 1.44. Anders sieht es bei den Systemmitgliedern aus. Diese zeigen zu Therapiebeginn eine sich im Bereich einer ungestörten Normalpopulation befindende Symptombelastung; die sich allerdings zu Therapieende noch weiter vermindert. Diese Effekte sind jedoch nicht überzufällig. Die größten Effektstärken erreichen Systemmitglieder bei den Skalen Unsicherheit und Depressivität. Die Richtung der Veränderung in bei Symptombelastung zeigt bei allen Systemmitgliedern gesamthaft eine Tendenz zu noch geringerer Belastung. Einzelne Systemmitglieder, welche sich zu Therapiebeginn im Bereich einer hohen bis sehr hohen Symptombelastung befanden, entwickelten sich bis zum Therapieende in Richtung einer ungestörten Normalpopulation.

² Effektstärkenberechnung (ES) nach Grawe, Caspar und Ambühl (1990): $ES = \frac{\text{Präwert} - \text{Postwert}}{SD}$

Beziehungsveränderungen beim Indexpatienten

Bei 21 Indexpatienten und 16 Systemmitgliedern konnte eine vollständige Prä-Post-Erhebung der FB (Familienbögen) vorgenommen werden. Systemmitglieder wurden mittels den Skalen Aufgabenerfüllung, Rollenverhalten, Kommunikation, Emotionalität, Affektive Beziehungsaufnahme, Kontrolle, Werte und Normen auf Dysfunktionalität bzw. Funktionalität befragt und ausgewertet. Die FB orientieren sich theoretisch am Familienmodell „The Process Model of Family Functioning“ von Steinhauer, Santa Barbara und Skinner (1984). Die FB stellen ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen dar. Für die Auswertung der FB liegen seit 1994 phasenspezifische Normen zur Auswertung vor. Dabei ergeben sich in der Phase Partnerschaft nach Geburt des ersten Kindes und in der Phase Partnerschaft mit Kindern ab 12 Jahren besonders starke Belastungen für die innerfamiliären Beziehungen. In unserer Auswertung ist lediglich eine Familie in einer dieser Phasen. Alle anderen sind vor allem in der Phase Kinder bis zu 12 Jahren (9) oder in einer Partnerschaft ohne Kinder (6) – also eher in Phasen, die im Vergleich zu den obgenannten Phasen mit weniger starken innerfamiliären Belastungen einhergehen. Eine phasenspezifische Auswertung erschien uns deshalb als wenig sinnvoll.

Höchste Skalenwerte an der Grenze zur Dysfunktionalität – z-Werte innerhalb $-1/+1$ gelten als funktional – erreichen die Skalen Kommunikation ($M = 0.82$), Kontrolle ($M = 0.78$) und Aufgabenerfüllung ($M = 0.76$). Mittlere Skalenwerte ergeben sich bei Emotionalität ($M = 0.67$) und affektive Beziehungsaufnahme ($M = 0.54$). Dementsprechend kann die Stichprobe gesamthaft als funktional betrachtet werden. Bei Therapieabschluß haben sich bis auf die die Skala Werte und Normen ($M = 0.30$) die Mittelwerte aller Skalen verbessert. Somit hat die Therapiebehandlung aus der Perspektive der IP überwiegend zu einer Verbesserung der Paar- bzw. Familienbeziehung beigetragen. Die durchschnittlichen Effektstärken liegen zwischen 0.17 und 0.51. Einzig die Skala Kon-

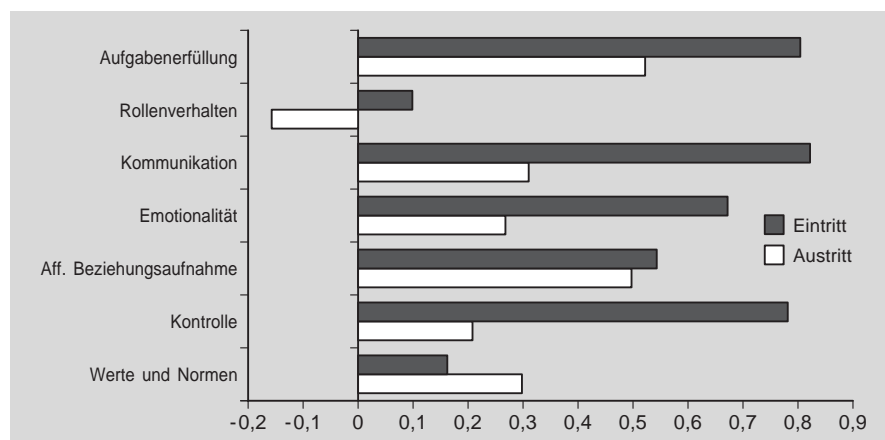


Abb. 3. Funktionalität der Beziehungen (Paar/Familie) bei Eintritt/Austritt z-Werte Indexpatienten $N = 21$

trolle erreichte eine mittlere Effektstärke von 0.51. Die anderen Skalen Kommunikation, Emotionalität, Rollenverhalten und Aufgabenerfüllung weisen geringe Effektstärken aus. Auf der Skala affektive Beziehungsaufnahme konnten keine Effekte nachgewiesen werden, auf der Skala Werte und Normen gab es eine Verschlechterung. Bei univariaten Vergleichen läßt sich eine Auffälligkeit hinsichtlich der Veränderung im Mittelwert der Skala Kontrolle mit $p < 0.05$ feststellen.

Beziehungsveränderungen bei den Systemmitgliedern

Die Mittelwerte der Systemmitglieder bei Eintritt ($N = 16$) liegen zwischen $M = -0.16$ und $M = 0.61$ und können gesamthaft ebenfalls als funktional betrachtet werden. Der höchste Mittelwert wird auf der Skala Kommunikation ($M = 0.61$) erreicht. Die niedrigsten Mittelwerte wurden auf den Skalen Werte und Normen ($M = 0.16$) und Rollenverhalten ($M = 0.20$) festgestellt. Bei Therapieende zeigt sich folgendes Bild: Sämtliche Skalen haben sich in Richtung gegen den Wert 0 oder in den Negativ-Bereich verändert und somit verbessert. Starke Veränderungen ergaben sich bei den Skalen Rollenverhalten ($M = -0.57$), Kommunikation ($M = -0.27$) sowie Werte und Normen ($M = -0.61$). Somit hat die Therapie aus der Perspektive der Systemmitglieder bei allen Skalen zu einer Verbesserung der Paar- und Familienbeziehung beigetragen. Die Effektstärken der 16 Systemmitglieder

liegt im Durchschnitt zwischen 0.30 und 0.36; somit haben fast alle Skalen geringe Effektstärken erreicht. Die Skala Kommunikation ($ES = 0.36$) liegt am nächsten an der Grenze einer mittleren Effektstärke (0.40). Auf der Skala Kontrolle haben sich die Werte im Durchschnitt verschlechtert. Nahe beim 5%-Signifikanzniveau liegen jedoch die Skalen Kommunikation und Aufgabenerfüllung.

Zusammenfassend lassen sich die Resultate der Familienbögen wie folgt darstellen: bei der Mehrheit der Indexpatienten und Systemmitglieder fallen bei Therapiebeginn und -ende die Werte in den Bereich von funktionalen Paar- bzw. Familienbeziehungen. Die Prä-Werte der Indexpatienten zeigen stärkere Tendenzen in Richtung Dysfunktionalität als die Prä-Werte der Systemmitglieder. Bei den Indexpatienten erreichen die Skalen Kommunikation und Aufgabenerfüllung Prä-Werte, die nahe an der z-Wert-Grenze von 1 liegen. Insgesamt hat sich aus Sicht der IP wie der Systemmitglieder das Kommunikationsverhalten in positiver Weise verändert. Die stärksten Effekte ergaben sich beim IP hinsichtlich des Merkmals Kontrolle und bei den Systemmitgliedern in den Skalen Rollenverhalten und Aufgabenerfüllung. Die Effektstärken bewegen sich beim IP alle im Bereich von kleinen Effektstärken. Auffallend ist, daß offenbar trotz relativ hoher Symptombelastung bei den IP, diese ihr Beziehungssystem dennoch als funktional wahrnehmen und einschätzen. Gleiches gilt in abgeschwächter Form und

in der Tendenz für die Systemmitglieder.

Zusammenhänge zwischen einzelnen Skalen von Beziehungsebene (FB) und Symptomebene (SCL-90-R) stellten sich bei der Skala Kontrolle und Somatisierung mit $r = 0.64$ ein ($p < 0.01$). Veränderungen auf der Skala Kontrolle ergeben ein breites Zusammenhangsmuster auf den Symptomskalen Ängstlichkeit, Depressivität und Zwanghaftigkeit. Die Skala Werte und Normen korrelierte mit den Skalen Zwanghaftigkeit, Unsicherheit, Depressivität, Ängstlichkeit und Psychotizismus ($p < 0.05$). Diese Ergebnisse sind für uns interessante Hypothesen, die weiterer Untersuchungen bedürfen.

Veränderung auf der Problemebene und im subjektiven Erleben und Verhalten

Die Resultate des Veränderungsfragebogens für Erleben und Verhalten (VEV) aus Sicht der 23 Indexpatienten sowie deren Veränderungen in den individuellen Problemen (GAS) stellen sich wie folgt dar.

Veränderungen des Erlebens und Verhaltens: Bei allen Indexpatienten hat sich eine signifikante bis hochsignifikante Veränderung in Richtung Entspannung, Gelassenheit und Optimismus ergeben. Drei Indexpatienten haben sich auf einem Signifikanzniveau von 1% verbessert, die Mehrheit der IP ($N = 20$) erreichten eine Verbesserung auf dem 0.01%-Niveau (= 87%).

Veränderungen der individuellen Probleme: Effektstärkenberechnungen (ES) bei den individuellen Problemen GAS ergaben für das wichtigste Problem einen Wert von $ES > 2.5$, für das zweitwichtigste Problem einen noch höheren Wert im Bereiche von $ES > 2.5$. Im drittwichtigsten Problembereich überstieg der Wert $ES > 3$. Alle ES-Werte bewegen sich somit im Bereich von sehr hohen Effektstärken. Bei den absoluten Häufigkeiten zeigen die Ergebnisse, daß alle 23 Indexpatienten für mindestens ein Problem eine Verbesserung einschätzen. Die Mehrheit der IP schätzen eine Verbesserung im Wertebereich zwischen 2.0 und 4.0 ein (Ausgangswert = 0). Sechs IP haben bei mindestens einem Problem den

zu Therapiebeginn definierten Idealzustand erreicht (Maximalwert = 4). Zwei IP haben bei mindestens zwei Problemen den Idealzustand erreicht.

87% der Patienten waren mit vollständiger oder fast vollständiger Erwartungserfüllung bezüglich der Behandlung sehr zufrieden (PNB). Ähnlich positive Veränderungen ergaben sich in der Fremdbeurteilung mit der Einschätzung des allgemeinen Funktionsniveaus (GAF).

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß aus Sicht des IP auf der Problemebene wie auf der Ebene des subjektiven Erlebens und Verhaltens starke bis sehr starke Effekte erreicht wurden. Sowohl im Bereiche Problembewältigung und in der Zunahme an Entspannung, Gelassenheit und Optimismus zeigten sich gute bis sehr gute Effekte.

Insgesamt ergab sich – unter dem Vorbehalt von möglichen Selektionseffekten – ein positives und ermutigendes Bild systemischer Praxis in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulanz. Eine Katamneseerhebung ist geplant.

Diskussion

Diese Untersuchung stellt ein Qualitätssicherungssystem (QSS) vor, in dem mit einer linear-kausalen Methodologie prospektiv und quantitativ versucht wird, systemische Praxis abzubilden. Die dargestellten Ergebnisse, welche auf der Symptomebene, der Problemebene und auf der subjektiven Erlebnisebene mehrheitlich signifikante, teilweise hochsignifikante Veränderungen ergaben, weisen auf eindruckliche Effekte hin. Allerdings muß eingeschränkt werden, daß eine derart aufwendige Erhebung von Ergebnisqualität vor allem bei Psychotherapie-Patienten mit längerem Psychotherapieauftrag angemessen ist. Wo eine vollständige Datenerhebung gelingt, erweist sich systemische Therapie als effektiv. Dabei sind die Effekte zumindest bei diesen Problemsystemen in einer Größenordnung, die systemische Therapie unter Praxisbedingungen gut qualifizieren. Der verhältnismäßig kurze Zeitaufwand dieser Therapien kann auf eine hohe Effizienz hinweisen. Die hier dargestellten Resultate lassen den Schluß

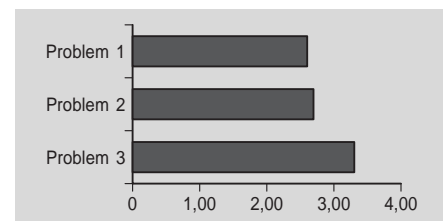


Abb. 4. Effektstärken individuelle Probleme (GAS) beim Indexpatienten ($N = 21$)

zu, daß systemisch arbeitende Therapeuten sich nicht scheuen müssen, den Nachweis von Effektivität und Effizienz unter Praxisbedingungen mit ähnlich angelegten Erhebungsinstrumenten zu erbringen. Letztendlich stellt dieses QSS für uns einen ersten Versuch dar, die Sprache von Systemen – wie die der Kranken- und Sozialversicherungen – zu sprechen, und unsere eigene systemische Praxis so zu kommunizieren, daß wir unser therapeutisches Handeln nachvollziehbar und als effektiv darstellen können, ohne die eigene systemische Identität zu verleugnen oder gar aufzugeben.

Die Angemessenheit eines solchen QSS muß differenziert beantwortet werden. Grundsätzlich stellen wir fest, daß das Untersuchungsdesign als geeignet bewertet wird, systemische Praxis abzubilden. Bei der Auswahl der Meßmittel ist allerdings vor allem die Verwendung der Familienbögen kritisch zu beurteilen. Im Rahmen unserer Untersuchung sind diese zwar veränderungssensitiv, differenzieren aber nicht genügend zwischen Funktionalität bzw. Dysfunktionalität eines familiären Systems. Dies kann ein Hinweis auf Stichprobeneffekte und ungenügende Trennschärfe bezüglich einer ambulanten psychiatrischen Klientel sein. In dieser Frage sehen wir weiteren Forschungsbedarf. Trotzdem werden wir die Familienbögen in unserem QSS beibehalten, weil deren diagnostische Wert bei Therapiebeginn hoch eingeschätzt wird. Die Drop-out-Rate in dieser Untersuchung kann vor allem mit der ungenügenden logistischen Abstützung dieses QSS erklärt werden. Schlußfolgernd sehen wir Verbesserungsbedarf insbesondere im Datencontrolling bei Therapieabschluß. Die Selbstverantwortung der Therapeuten muß ergänzt werden durch Fremdkontrolle. Das QSS beinhaltet momentan

– außer dem GAS – keine Instrumente, die einen qualitativen Zugang darstellen. Eine Ergänzung der rein quantitativen Erhebungsinstrumente mit qualitativen systemischen Zugängen betrachten wir als sinnvoll und notwendig. Allerdings wird die routinemäßige Anwendung solcher Verfahren – bedingt durch den hohen Zeitaufwand – in der Routinepraxis seine Begrenzung finden. Unsere Erfahrungen mit dem GAS zeigen bereits Grenzen der Praktikabilität auf. Trotzdem erachten wir die Anwendung des GAS ebenfalls als geeignet, systemische Praxis abzubilden. Die individuellen Probleme des Indexpatienten sollten jedoch ergänzt werden mit Problemen des gesamten Systems (Balck u. Cierpka 1996).

Das mittlerweile modifizierte QSS des Briger Ambulatoriums berücksichtigt die unterschiedlichen Auftragslagen (Anthenien u. Grünwald 1996). Eine Auftragsklärung zu Beginn der Therapie drängt sich nicht nur zur Wahl des angemessenen therapeutischen Vorgehens auf, sondern auch für die Auswahl der geeigneten Meßverfahren. Mit dieser Differenzierung und der Verbesserung des logistischen Ablaufes des QSS durch EDV-gestützte Datenkontrolle – insbesondere bei der Post-Messung – sollte es gelingen, den Umfang der Stichprobe zu steigern, um Selektionseffekte zu verhindern und eine stärkere Generalisierbarkeit zu erreichen. Allerdings stellt dies aufgrund der Spezifität und der sehr heterogenen Auftragsstruktur einer Ambulanz in der psychiatrischen Grundversorgung eine hohe Anforderung und Erwartung dar. Dieses überarbeitete und aktuell angewandte QSS bietet weiteres Entwicklungspotential. Wir haben nun in einer nächsten Phase eine computergestützte, kontinuierliche Prozeß- und Ergebnismeldung mit Hilfe von Figurationsanalysen eingerichtet (Grawe u. Baltensberger 1998). Damit wird ein konsequentes Qualitätsmonitoring möglich (Lutz et al. 1996; Grünwald u. Anthenien 1997; Braun 1998). Dabei werden systematisch gewonnene und grafisch aufbereitete Daten dem Therapeuten und dem System zu Beginn, während und am Ende der Therapie kontinuierlich rückgemeldet.

Bei diesem systemischen Qualitätsmonitoring werden damit empirisch

Fazit für die Praxis

Die oben dargestellten Resultate belegen einerseits die gute Effektivität der systemischen Therapie, andererseits deuten sie auf die Zweckmäßigkeit dieses QSS als Instrument hin, um Therapiewirksamkeit nachzuweisen. Erweiterungsvorschläge für das QSS umfassen einerseits die Einbeziehung einer Fremdkontrolle zur Ergänzung der Selbstverantwortung der Therapeuten, um die Drop-out-Rate bei den Untersuchungen zu minimieren. Andererseits wäre eine Ergänzung durch qualitative Erhebungsinstrumente sinnvoll. Der Nutzen dieses Qualitätsmonitorings besteht auch darin, daß diese Instrumente Rückmeldungen an Therapeuten und System über den Therapieverlauf liefern können und somit Selbstreflexion und allfällig erforderliche therapeutische Neuorientierung fördern können.

ermittelte Systemsichtweisen – im Sinne der Selbstreferentialität – an den Therapeuten und an das System zurückgemeldet und gemeinsam besprochen. Dabei wird bewußt davon ausgegangen, daß rückgemeldete Daten für Therapeut und System neue Wirklichkeiten erzeugen und neue Handlungen initiieren. Im Sinne der problemlösenden Qualitätssicherung nach Selbmann (1995) sollen Ergebnis, Struktur- und Prozeßqualität so miteinander verbunden werden, daß Selbstreflexion aktiviert und Neuorientierung initiiert werden. Die Erfahrung, daß sich mit diesem Qualitätsmonitoring tatsächlich eine Zunahme von Reflexionsqualität entwickeln läßt (sensu Brunner 1998), konnte in einer aktuellen Studie von Therapeuten und Patienten bestätigt werden.

Literatur

Anthenien L (1992) Das „Briger Modell“ – Systemtherapie in der psychiatrischen Grundversorgung. 150 Jahre Psychiatrie – Eine vielgestaltige Psychiatrie für die Welt von morgen. Vortrag am Jubiläumskongreß der DGPN Köln

- Anthenien L, Grünwald HS (1996) Qualitätssicherung (QS) in der ambulanten psychiatrischen Grundversorgung – Drei Jahre Erfahrungen mit einem Praxismodell am Psychiatriezentrum Oberwallis. Schweiz Ärztztg 77: 1393–1399
- Balck F, Cierpka M (1996) Problemdefinition und Behandlungsziele. In: Cierpka M (Hrsg) Handbuch der Familiendiagnostik. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 87–109
- Braun U (1998) Qualitäts-Monitoring – Ein praktikables Ergebnis-Feedback-System für die Psychotherapie. Lairaiter A, Vogel H (Hrsg) Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. dgvt-Verlag, Tübingen
- Cierpka M, Frevert G (1994) Die Familienbögen – Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen, Materialien aus dem Schwerpunkt Familientherapie Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Göttingen
- Derogatis LR (1977) SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual-I for the R(evised) version and other instruments of psychopathology rating scale series Johns Hopkins University School of Medicine, Eigendruck
- Eggel T (1990) Integrierte Psychiatrie: Psychiatrie der Zukunft? Hospitalis 60: 472–477
- Eggel T (1996) Jenseits von Fundamentalismus und Beliebigkeit: pragmatische Systemtherapie. System Familie 9: 183–187
- Grawe K, Baltensberger C (1998) Figurationsanalyse. Ein Konzept und Computerprogramm für die Prozeß- und Ergebnisevaluation in der Therapiepraxis. Psychomedia, Zug
- Grawe K, Braun U (1994) Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. Z Klin Psychol 23: 242–267
- Grawe K, Caspar F, Ambühl HR (1990) Die Berner Therapievergleichsstudie. Z Klin Psychol 14: 292–376
- Grünwald HS, Anthenien L (1997) Qualitätssicherung in der ambulanten Psychiatrie – Ein Praxismodell am Psychiatriezentrum Oberwallis. Psychoscope/Schweiz 18: 7–10
- Guntern G (1978) Psychiatrie. In: Oberwalliser Kreisspital Brig – 70jährig und neu gebaut. Rotten, Brig
- Kiresuk TJ, Sherman RE (1968) Goal Attainment Scaling: a general method for evaluating comprehensive community mental health programs. Community Ment Health J 4: 443–453
- Lutz W, Stammer H, Leeb B, Dötsch M, Bölle M, Kordy H (1996) Das Heidelberger Modell der Aktiven Internen Qualitätssicherung stationärer Psychotherapie. Psychotherapeut 41: 25–35
- Mattanza G (1997) Kriterien zur Standardisierung der Prüfung von Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit von Psychotherapiemethoden – Ein Entwurf. Bundesamt für Sozialversicherung, Bern

- Ochs M, Schlippe A von, Schweitzer-Rothers J (1997) Evaluationsforschung zur systemischen Paar- und Familientherapie – Methodik, Ergebnisse und Kritik von Sekundäranalysen. *Familiendynamik* 22: 34–63
- Pinsof WM, Wynne LC (1995) The Efficacy of marital and family therapy – An empirical overview, conclusions and recommendations. *J Marital Family Ther* 21
- Schulte D (1993) Wie soll Psychotherapieerfolg gemessen werden? *Z Klin Psychol* 22:374–393
- Selbmann HK (1995) Konzept und Definition medizinischer Qualitätssicherung. In: Gaebel W (Hrsg) *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus*. Springer, Wien New York, S 3–10
- Shadish W, Ragsdale K, Glaser R, Montgomery L (1997) Effektivität und Effizienz von Paar- und Familientherapie: Eine metaanalytische Perspektive. *Familiendynamik* 22:5–33
- Steinhauer PD, Santa-Barbara J, Skinner HA, (1984) The process model of family functioning. *Can J Psychiatry* 29: 77–88
- Zielke M, Kopf-Mehnert C (1978) VEV – Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens. Beltz, Weinheim