

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Direktor: Professor Dr. med. D. Naber

Subjektives Wichtigkeitserleben des Behandlungsangebots und des stationären Settings  
auf einer Psychotherapiestation für Patienten mit Persönlichkeits- und  
Belastungsstörungen.

Dissertation  
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg vorgelegt von  
Till Flügel  
aus Hamburg  
Hamburg 2006

Angenommen vom Fachbereich Medizin

der Universität Hamburg am: 19.12.2006

Veröffentlicht mit Genehmigung des Fachbereichs

Medizin der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. R. Thomasius

Prüfungsausschuss: 2. Gutachter/in: Prof. Dr. U. Stuhr

Prüfungsausschuss: 3. Gutachter/in: PD Dr. C Haasen

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>WISSENSCHAFTLICHES UMFELD</b>	<b>7</b>
2.1	FORSCHUNGSSTAND „QUALITÄTSSICHERUNG IN DER STATIONÄREN PSYCHIATRIE“	7
2.2	FORSCHUNGSSTAND „PATIENTENZUFRIEDENHEIT IN DER STATIONÄREN PSYCHIATRIE“	10
2.3	ZUR UNTERSCHIEDUNG DES UNTERSUCHUNGSANSATZES VON DER QUALITÄTSSICHERUNG UND DER PATIENTENZUFRIEDENHEITS- FORSCHUNG	15
<b>3</b>	<b>FRAGESTELLUNG DER UNTERSUCHUNG</b>	<b>18</b>
<b>4</b>	<b>MATERIAL UND METHODEN</b>	<b>19</b>
4.1	STATIONSBSCHREIBUNG	19
4.1.1	<i>Behandlungsspektrum</i>	19
4.1.2	<i>Indikationen</i>	20
4.1.3	<i>Diagnostik</i>	21
4.1.4	<i>Behandlungskonzept</i>	21
4.1.5	<i>Behandlungselemente</i>	23
4.2	BESCHREIBUNG DER MESSINSTRUMENTE	28
4.2.1	<i>Der Stationserfahrungsbogen (SEB)</i>	29
4.2.2	<i>Das Inventar zur Erfassung des subjektiven Wichtigkeitserlebens von Therapieangeboten (ISW)</i>	31
4.2.3	<i>Die Basisdokumentation (BADO)</i>	32
4.3	DIE VORLIEGENDE UNTERSUCHUNGSGRUPPE	33
4.3.1	<i>Aufschlüsselung nach Behandlungsgruppen</i>	33
4.3.2	<i>Geschlecht, Familienstand und Lebensalter</i>	34
4.3.3	<i>Schulbildung und beruflicher Status</i>	35
4.3.4	<i>Erwerbssituation</i>	36
4.3.5	<i>Wohnsituation</i>	37
4.3.6	<i>Einweisungsart</i>	37
4.3.7	<i>Behandlungsdauer und -episoden, ambulante und (teil)stationäre psychiatrische Vorbehandlung</i>	38
4.3.8	<i>Suizidalität</i>	39
4.3.9	<i>Diagnosen nach ICD-10</i>	40
4.4	DIE BESTIMMUNG DES BEHANDLUNGS-OUTCOMES	42
4.4.1	<i>Symptomcheckliste (SCL-K 9)</i>	43
4.4.2	<i>Beck-Depressions-Inventar (BDI)</i>	44
4.4.3	<i>Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D)</i>	45
4.4.4	<i>Durch das Outcome-Maß erfasste Veränderung</i>	46
4.4.5	<i>Psychometrische Eigenschaften des Behandlungs-Outcomes</i>	47
4.4.6	<i>Kontrolle von Geschlecht, Behandlungsgruppe und Alter als mögliche intervenierende Variablen („Confounder“)</i>	48
4.5	ZUM AUSWERTUNGS-RATIONALE	49
4.5.1	<i>Design und eingesetzte Auswertungsverfahren</i>	49
4.5.2	<i>Signifikanzniveau, power und Effektstärken</i>	49
4.5.3	<i>Korrekturmaßnahmen zur Verhinderung progressiver Fehlentscheidungen</i>	50
4.5.4	<i>Vergleich mit Normgruppen</i>	51
4.6	BESTIMMUNG DER MESSZEITPUNKTE	51
<b>5</b>	<b>DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE</b>	<b>52</b>

5.1	BESCHREIBUNG DER ERGEBNISSE AUS DEM STATIONSERFAHRUNGSBOGEN (SEB)	54
5.1.1	Skala „Selbstwirksamkeit“	54
5.1.2	Skala „Beziehung zum therapeutischem Team“	55
5.1.3	Skala „Beziehung zum Einzeltherapeuten“	56
5.1.4	Skala „Gruppenklima“	57
5.1.5	Skala „Zuwendung durch Mitpatienten/Kohäsion“	58
5.1.6	Skala „Angemessenheit der Behandlungsintensität“	59
5.1.7	Skala „Akzeptanz der therapeutischen Rahmenbedingungen/Stationsordnung“	60
5.1.8	Skala „Gruppentherapie“	61
5.2	BESCHREIBUNG DER ERGEBNISSE AUS DEM INVENTAR ZUR ERFASSUNG DES SUBJEKTIVEN WICHTIGKEITSERLEBENS VON THERAPIEANGEBOTEN (ISW)	62
5.2.1	Skala „Einzelgespräch“	62
5.2.2	Skala „Gespräch mit Pflegepersonal“	63
5.2.3	Skala „Analytische Gruppentherapie“	64
5.2.4	Skala „Soziales Kompetenztraining“	66
5.2.5	Skala „Ergotherapie“	67
5.2.6	Skala „Stabilisierungsgruppe“	68
5.2.7	Skala „Physiotherapie“	70
5.2.8	Skala „Medikation“	71
<b>6</b>	<b>DISKUSSION</b>	<b>72</b>
6.1	HAUPTBEFUNDE	72
6.1.1	Zum Stationserfahrungsbogen (SEB)	74
6.1.2	Zum Inventar zur Erfassung des subjektiven Wichtigkeitserlebens von Therapieangeboten (ISW)	78
6.2	LIMITATIONEN	80
6.3	AUSBLICK	81
<b>7</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>82</b>
<b>8</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>83</b>
<b>9</b>	<b>ANHANG</b>	<b>88</b>
9.1	TABELLENVERZEICHNIS	88
9.2	DANKSAGUNG	90
9.3	LEBENS LAUF	90
9.4	EIDESSTÄTTLICHE ERKLÄRUNG	91
9.5	BADO, ISW UND SEB-SKALA „GRUPPENKLIMA“ ALS FAKSIMILE	91

## 1 Einleitung

Vom April 2003 bis April 2004 wurden am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, unter der Leitung von Dr. med. Christian Kraus, Untersuchungen zur Prädiktorenforschung durchgeführt. Die Leitung des Arbeitsbereichs und die Projekt-Supervision oblag Prof. Dr. med. Rainer Thomasius. Die vorliegende Dissertation behandelt hieraus einige Detailspekte, wie im Folgenden dargelegt wird. Für die Auswertung anderer Fragestellungen wird auf die Dissertationen von Angela Waldmann und Julia Koch (in Vorbereitung) verwiesen.

Diese Arbeit untersucht das subjektive Wichtigkeitserleben des Behandlungsangebots und des stationären Settings von 54 Patienten auf einer Psychotherapiestation in einem prospektiv-naturalistischen Design zu den Messzeitpunkten „Therapie-Mitte“ und „Therapie-Ende“. Im Rahmen der Studie werden mit dem eigens konstruierten „Inventar zur Erfassung des subjektiven Wichtigkeitserlebens von Therapieangeboten“ (ISW) (Kraus C. und Sack P.M. 2003) und mit dem „Stationserfahrungsbogen“ (SEB) (Sammet I. und Schauenburg H. 1999) untersucht, inwieweit Patienten mit unterschiedlichem Behandlungserfolg das stationäre Setting verschieden erleben. Hierbei wurden die Patienten in die beiden Patientengruppen „eher höherer Behandlungserfolg“ und „eher niedrigerer Behandlungserfolg“ unterteilt und diese zu den Zeitpunkten „Therapie-Mitte“ und „Therapie-Ende“ verglichen bzw. der Referenzgruppe aus dem SEB-Manual gegenübergestellt. Die Einschätzung des Behandlungserfolgs erfolgt über Patientenwerte aus den Instrumenten SCL-K-9 [Kurzform der SCL-90-R (Klaghofer R. und Brähler E. 2001)], BDI [Beck-Depressions-Inventar (Hautzinger M. et al. 1995)], und IIP-D [Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (Horowitz L.M. et al. 1994)]. Die Auswertung erfolgt über Varianzanalysen und t-Tests. Zur Interpretation werden Effektstärken ( $\eta^2$ ,  $d$ ) verwendet.

Zu bemerken ist hierbei eine Abgrenzung zur klassischen Patientenzufriedenheitsforschung aufgrund der Tatsache, dass die Vergabe von Zensuren, wie beispielsweise der „Kunde“ Patient in der Zufriedenheitsforschung, psychiatrische Patienten überfordern kann. In der vorliegenden Arbeit wird deshalb versucht, sich von der „Benotung“ einzelner Therapieaspekte, wie sonst in der Patientenzufriedenheitsforschung üblich, zu entfernen, auch um Verzerrungen bei den Antworten (z.B. durch „soziale Erwünschtheit“) der Patienten entgegenzusteuern. Um dies zu erreichen wurde zur Datenerhebung bewusst mit dem relativ neuen „Stationserfahrungsbogen“ (SEB) ein

Instrument eingesetzt, welches nicht die „Benotungen“ einzelner Behandlungsangebote erfasst, sondern das individuelle Erleben des Stationssettings durch den Patienten. Das zweite eingesetzte Instrument ist das neu konstruierte „Inventar zur Erfassung des subjektiven Wichtigkeitserlebens von Therapieangeboten“ (ISW), um im Sinne der Qualitätssicherung das Erleben der Wichtigkeit der einzelnen spezifischen Therapieangebote der Station PS1 zu erheben. Die Fragestellung ist, ob das Behandlungsangebot der Klinik von Patientengruppen mit „eher höherem“ und mit „eher niedrigem“ Behandlungserfolg am Ende der Behandlung jeweils verschieden erlebt wird und in Hinblick auf seine Wichtigkeit bezogen auf das Behandlungsgeschehen unterschiedlich gesehen wird. Außerdem wird der Frage nachgegangen, ob sich das Erleben des stationären Settings und die Wichtigkeitseinschätzung der Behandlungsbestandteile bereits in der Behandlungsmitte gefestigt haben, oder ob in der Phase von der Behandlungsmitte bis zum Zeitpunkt Behandlungsende noch Änderungen auftreten.

Als Erstes wird eine Übersicht zur Qualitätssicherung- und Patientenzufriedenheitsforschung aufgezeigt und der davon abweichende Untersuchungsansatz der vorliegenden Arbeit beschrieben. Danach wird die konkrete Fragestellung der Untersuchung dargestellt. Im Weiteren wird das Stationssetting der PS1, die Instrumente ISW und SEB sowie die untersuchte Stichprobe detailliert erläutert. Im Anschluss wird das Auswertungs-Rationale und die Bestimmung des Behandlung-Outcomes dargelegt. Im Ergebnisteil finden sich die erhobenen Daten der jeweiligen Skalen der Instrumente ISW und SEB in tabellarischer Form mit einer Beschreibung der Befunde. Die anschließende Diskussion berücksichtigt Hauptbefunde in Gegenüberstellung zum wissenschaftlichen Umfeld und zeigt Interpretationen und Erklärungshypothesen auf. Schlussfolgerungen werden genannt und Limitationen der Arbeit angegeben. In der Zusammenfassung erscheinen die wesentlichen Erkenntnisse aus dieser Untersuchung.

## 2 Wissenschaftliches Umfeld

### 2.1 Forschungsstand „Qualitätssicherung in der stationären Psychiatrie“

Erste Formen der Qualitätssicherung (QS) gibt es in den Gesundheitsberufen schon seit frühester Zeit. Der heute allen Medizinern bekannte hippokratische Eid stellte den Versuch einer griechischen Schule um 400 vor Christi Geburt dar, die Pflichten eines Arztes gegenüber seinen Patienten und Kollegen aufzuzeigen, um so zu einer Verbesserung der Praxis und der Lehre zu führen. Inwieweit die hier genannten Regeln für die allgemeingültige Medizinpraxis einer ganzen Epoche stehen konnten, darf bezweifelt werden. Die rein inhaltsbezogene Betrachtung zeigt, dass die angesprochenen Themen jedoch keineswegs an Aktualität und Brisanz verloren haben. Auch seitdem der Mensch Waren produziert, hat sich hier eine Form der Qualitätssicherung entwickelt, und wurde spätestens zu Zeiten der Industrialisierung ein essenzieller Bestandteil der Produktion um die Effizienz zu erhalten. Qualitätssicherung ist hierbei der unternehmensinterne Prozess, der sicherstellen soll, dass ein hergestelltes Produkt ein festgelegtes Qualitätsniveau erreicht. Das Produkt kann dabei sowohl materieller Art sein, als auch eine erbrachte Leistung oder eine verwendete Verfahrensweise darstellen. Jedoch ist die heutige Form dieses modernen Qualitätsmanagements nicht ohne Weiteres auf das System Krankenhaus übertragbar. Krentz und Olandt schreiben dazu, dass sich die hochgradige Komplexität von Klinikaufenthalten (z.B. psychologische, soziale, finanzielle sowie erhebliche gesundheitliche Risiken, ärztliche und pflegerische Betreuung) in starkem Maße auf die Qualitätswahrnehmung von Patienten auswirkt. Diese Spezifika erfordern einen Messansatz, der auf die Besonderheiten von Kliniken zugeschnitten ist. Sie verweisen in ihrer Veröffentlichung auf einen teilleistungsbezogenen Ansatz, der die Gesamtklinikdienstleistung in die voneinander unabhängigen Dimensionen ärztlich-medizinischer, pflegerischer und Hotelleistungsbereich unterteilt (Krentz H. und Olandt H. 2001).

In der heutigen Zeit ist die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen wieder in das öffentliche Interesse gerückt, nicht zuletzt durch die Verpflichtung aller Anbieter medizinischer Leistungen zur Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen (V. Sozialgesetzbuch §135 und §137) durch den Gesetzgeber im Gesundheitsstrukturgesetz vom 01.01.1993 (Bundesärztekammer 1996; Bundesärztekammer 1998). Während allerdings zum Beispiel in der Labormedizin Qualitätssicherungsmaßnahmen schon seit

Jahren etabliert und relativ einfach durchzuführen sind, steckt die Psychotherapeutische Medizin und analog die Psychotherapie innerhalb der Psychiatrie vor dem methodischen Problem, dass sich ihre Prozesse nicht ausschließlich über biologische Parameter abbilden lassen. Strauß schreibt hierzu, dass ein einheitlicher empirischer Zugang zur Messung der QS in der stationären Psychotherapie sowohl durch die speziellen Bedingungen des stationären Settings sowie durch die äußerst variablen Behandlungskonzepte erschwert wird und es an methodischen Ansätzen der Qualitätssicherung mangelt, die diesen spezifischen Charakteristika gerecht werden (Strauß B. 1998). Bei der Beurteilung der Behandlung müssen sowohl der Therapeut als auch der Patient Urteile bzw. subjektive Einschätzungen abgeben. Gruyters und Priebe beklagen, dass noch keine etablierte Methode ohne methodische Schwächen existiert, um diese Beurteilungen vergleichbar und valide zu erheben (Gruyters T. und Priebe S. 1994). Für den Bereich stationärer Psychotherapie stellten Tschuschke, Catina, Beckh und Salvini die Frage, inwieweit Patienten überhaupt valide unterscheiden können zwischen für sie relevanten und irrelevanten Aspekten des therapeutischen Angebots (Tschuschke V. et al. 1992). Weitere Schwierigkeiten stellen sich in der Psychotherapie und Psychiatrie an den (inneren) Widerständen der hier tätigen Therapeuten dar, sich selbst und ihrer Behandlungsfreiheit einer äußeren Kontrolle zu unterwerfen. Auch wirkt es für viele Ärzte als „lästig“ an QS-Programmen teilzunehmen, da diese trotz Mehrbelastung meist keine sofort erkennbaren Verbesserungen bringen (Spießl H. et al. 1998). Eine problemorientierte QS klinischer Praxis verlangt, dass Methodik und Konzeption eine einfache Integration der Ergebnisse in den klinischen Alltag ermöglichen (Kächele H. und Kordy H. 1992). Dazu gehören eine praktische Durchführbarkeit z.B. durch angemessenen Aufwand und unkomplizierte Technik. Für die Akzeptanz der QS ist es von Vorteil, wenn die Maßnahmen der QS einen direkt nachvollziehbaren Nutzen für Patienten und Therapeuten in aktuellen Behandlungen haben.

Vorrangiges Ziel der Qualitätssicherung ist die Sicherstellung und kontinuierliche Verbesserung der Versorgungsqualität im Rahmen von Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation. Qualitätssicherungsprogramme können am Einzelpatienten, auf Stationsebene, auf Krankenhausebene, oder in Versorgungssektoren ansetzen. Bei Programmen innerhalb einer Institution wird von „interner QS“ gesprochen, bei Modellen, die Vergleiche zwischen verschiedenen Einrichtungen vornehmen, von „externer QS“.

Mans schreibt, dass die Gefahr besteht, Qualitätssicherung fälschlicherweise für reine Datenerfassung zu halten. Weitere Missverständnisse sind, Qualitätssicherung sei mit Forschung identisch, oder dass sie wesentlich auf die *Kontrolle* der Qualität der Behandlung ausgerichtet sei (Mans E.J. 1998).

Qualitätssicherung gliedert sich in die Komponenten Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität. Für den Bereich der stationären Psychiatrie und Psychotherapie haben diese Komponenten die folgende spezifische Bedeutung [nach Donabedian (Donabedian A. 1966)].

*Strukturqualität: „Input“*

Unter der Strukturqualität wird die Qualifikation des therapeutischen und nicht-therapeutischen Personals, die bauliche und technische Ausstattung einer Einrichtung, Aus- und Fortbildungsstand der Mitarbeiter, Supervisionen und Teamsitzungen, Anzahl der Therapiesitzungen und Komplementärtherapien, und das Konzept und Setting z.B. eines stationären Behandlungsansatzes verstanden.

*Prozessqualität: „Verlauf“*

Unter Prozessqualität wird die kontinuierliche Durchführung der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen, welche zugunsten der Patienten durchgeführt werden, verstanden. Im Bereich der Psychotherapie zählen dazu die Häufigkeit von internen oder externen Supervisionen und Fallbesprechungen, Gruppen- oder Einzelvisite. In der ambulanten Richtlinienpsychotherapie ist das Gutachtensystem ein Beitrag zur Sicherung der Prozessqualität.

*Ergebnisqualität: „Outcome“*

Die Ergebnisqualität umschreibt letztendlich das Behandlungsergebnis, die Verbesserung des Gesundheitszustandes, ggf. auch Linderung eines Leidens. Sie kann ebenfalls in der Symptomverschiebung oder in der Steigerung von Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit bestehen. Sie lässt sich unter Berücksichtigung von Daten der Patientendokumentation (z.B. Krankenhausverweildauer, Arbeitsunfähigkeitszeiten, Arztbesuchen, etc.), katamnestischer Untersuchungen und gezielter Therapieevaluationen ermitteln. Darüber hinaus hängt ein Behandlungsergebnis ganz wesentlich von den einzelnen Wirkfaktoren, ihrer Kombination, Quantität und indikationsspezifischen Anwendung ab.

Eine mögliche Fehlentwicklung in der Qualitätssicherung besteht darin anzunehmen, eine gute Strukturqualität führe automatisch zu einer guten Ergebnisqualität, und sei somit hauptsächlich relevant (Mans E.J. 1998). Dies führe zu einem Ausblenden der Dimensionen der Prozessqualität, wobei doch gerade in der Psychotherapie eine Qualitätssicherung des gesamten Behandlungsverlaufs für die Güte des Resultats von Bedeutung ist (Richter R. 1994). Auch ist im Sinne der *Messbarkeit* die reliable Erfassung der Qualität mit standardisierten Verfahren einfacher bei der Struktur- und Ergebnisqualität, da sich die Prozessqualität mit ihrer variablen Bedingungen und subjektiven Eindrücken gegen eine objektive Datenerhebung sperrt (Mans E.J. 1998).

Cording stellt in seinem Artikel (Cording C. 2003) die Frage, ob die heutige Form der Qualitätssicherung überhaupt sinnvoll ist, da sie ohnehin nur das Krankenhaus als stärkstes Glied in der Versorgungskette psychiatrisch erkrankter Patienten verstärkt. Ergebnisse zeigen, dass in Krankenhausvergleichen alle Institutionen ein relativ homogenes und wohl auch hohes Qualitätsniveau haben. Aber bei immer kürzeren Liegezeiten in den Krankenhäuser finden die Patienten nach Entlassung immer schlechtere Ressourcen der nachstationären Versorgung vor. Cording fragt weiterhin, welche der Verbesserungsmaßnahmen in der stationären Versorgung am Ende überhaupt mehr bringen als sie kosten, und erwähnt, dass es dazu überraschenderweise fast keine Daten gibt.

## **2.2 Forschungsstand „Patientenzufriedenheit in der stationären Psychiatrie“**

Nach Jacob und Bengel (Jacob G. und Bengel J. 2000) wird „Patientenzufriedenheit (...) als Teil der Qualität der medizinischen und psychologischen Versorgung betrachtet. Sie stellt die subjektive Bewertung einer medizinischen Versorgungsleistung durch den Patienten dar“ (S. 284). Diese Bewertung beinhaltet alle Aspekte einer medizinischen Versorgung, auch die zwischenmenschlichen Gesichtspunkte einer Behandlung (z.B. sozial-kommunikative Kompetenzen von ärztlichen und pflegerischem Personal) und deren organisatorischen Ablauf (Panschaud C. et al. 1999). Anfänge, die subjektive Bewertung eines Behandlungsangebotes durch die Patienten als eigenständiges Evaluationskriterium zu betrachten, stammen aus dem angloamerikanischen Raum. Schon vor fast drei Jahrzehnten wurde dort, angetrieben durch den immer stärker

werdenden finanziellen und Rechtfertigungsdruck der Institutionen, mit der „Patient Satisfaction“-Forschung begonnen. Die meisten Studien stammen somit aus dem nordamerikanischen Raum, betreffen aber, auch im deutschsprachigen Raum, selten psychiatrische Patienten (Leimkühler A.M. und Müller U. 1996). In Deutschland ist das Interesse an Studien zur Patientenzufriedenheit erst relativ spät entstanden. Parallel zu der im internationalen Vergleich auch erst spät geführten Qualitätsdiskussion im Gesundheitswesen gelangte die Erforschung der Patientenzufriedenheit in den letzten Jahren aber zu vermehrter Aufmerksamkeit. Der Grundgedanke war hierbei, den Patienten nicht nur als Therapieobjekt anzusehen, sondern ihn als aktiven Konsumenten des Behandlungsangebotes zu betrachten. Daraus ergab sich, dass mittlerweile das Konstrukt „Patientenzufriedenheit“, mit dem die subjektive Bewertung der Qualität medizinischer Versorgung durch den Patienten erfasst werden soll, im Rahmen der Qualitätssicherung als eigenständiges Evaluationskriterium etabliert worden ist. Verantwortlich für diese Entwicklung sind laut Leimkühler und Müller (Leimkühler A.M. und Müller U. 1996) mehrere Gründe:

#### Gesundheitspolitische und –ökonomische Gründe

- gesetzliche Regelungen zur Qualitätssicherung
- der Wandel der Patientenrolle vom passiven Empfänger zum kritischen Konsumenten medizinischer Leistung [siehe hierzu auch die Arbeit von Trojan (Trojan A. 1998)].
- ein Wandel der rechtlichen Stellung im Gesundheitssystem
- Wettbewerb zwischen privatwirtschaftlich organisierten Versorgungsstrukturen

#### Klinische und wissenschaftliche Gründe

- medizinsoziologische und –psychologische Nachweise der Bedeutung der subjektiven Perspektive für den Behandlungsprozess
- Nachweise der Bedeutung von psychosozialen Prozessen für die Behandlung
- die mangelnde Differenziertheit objektiver Effektivitäts- und Effizienzkriterien wie Verweildauer, Wiederaufnahmeraten oder Rezidivraten

Zu erwähnen ist außerdem, dass mittlerweile auch in den europäischen Printmedien, ähnlich wie in den USA, Qualitätsvergleiche von Kliniken (so genannte „league tables“ oder „rankings“) unter anderem auf Basis von Patientenzufriedenheit vorgenommen werden.

Gruyters und Priebe stellen in ihrer Übersichtsarbeit fest, dass die bisherigen Ergebnisse darlegen, dass die Zufriedenheit der Patienten mit psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen ein maßgebender Prädiktor für den späteren Behandlungserfolg ist. Sowie mit Blick auf das Ziel einer humanen Krankenbehandlung, gleichzeitig wesentliches Ergebnis der Behandlung darstellt (Gruyters T. und Priebe S. 1994). Eine hohe Patientenzufriedenheit sollte auch ein therapeutisches Ziel sein, da sie die prospektive Behandlungscompliance mitbestimmt, was gerade in psychiatrischen Therapien von besonderer Wichtigkeit ist. Unzufriedenheit dagegen stellt die häufigste Ursache für den Abbruch der Behandlung dar (Spießl H. et al. 1998). Weiter schreiben Gruyters und Priebe, dass Patienten die Behandlungseinrichtungen der stationären Psychotherapie durchweg sehr positiv bewerten, wobei die Zufriedenheitsraten kaum unter 90% liegen. Dies berichten auch andere Übersichtsstudien (Leimkühler A.M. und Müller U. 1996; Rentrop M. et al. 1999; Jacob G. und Bengel J. 2000). Aufgrund der hohen Zufriedenheitsraten sind Unterschiede wohl eher zwischen „weniger zufriedenen“ und „mehr zufriedenen“ Patienten zu finden als zwischen „zufriedenen“ und „dezidiert unzufriedenen“ Patienten (Gruyters T. und Priebe S. 1994). Patienten beurteilen ihren Aufenthalt teilleistungsbezogen, wobei getrennt werden kann in ärztliche, pflegerische und sogenannte Hotelleistungen, die jeweils voneinander unabhängig sind (Krentz H. und Olandt H. 2001). Ein globaler Zufriedenheitsscore scheint anhand dieses psychometrischen Befundes unangemessen. In einer Studie von Möller-Leimkühler, Dunkel und Müller wurde nachgewiesen, dass eine globale Zufriedenheit durchweg auch negative Teilzufriedenheit umfassen kann. (Möller-Leimkühler A.M. et al. 2002). Es stellte sich heraus, dass für die Patienten das Gespräch mit dem Arzt die wichtigste behandlungsabhängige Determinante darstellt, obwohl gleichzeitig über die geringe dafür zur Verfügung stehende Zeit geklagt wurde. Als weitere wichtige Determinante wurde die subjektive Wirksamkeit der Medikamente genannt. Dies stellten auch Linden, Nather und Wilms (Linden M. et al. 1988) fest, was somit gegen die sonst in der Bevölkerung vorherrschende negative Meinung gegenüber Psychopharmaka spricht (Hillert A. et al. 1995). Auch wurde festgestellt, dass gruppentherapeutische Verfahren in den vorliegenden Untersuchungen durchweg schlechter bewertet wurden (Gruyters T. und Priebe S. 1994). In einer Untersuchung von Spießl, Leber, Kraatz und Cording stellte sich heraus, dass die Patienten „eine erfolgreiche Therapie“, „die Wahrung der Menschenrechte“, „fachlich kompetente und

„einfühlsame Ärzte“ sowie „freien Ausgang“ und „freundliche Mitarbeiter“ als am wichtigsten erachten (Spießl H. et al. 1998; Spießl H. et al. 2002). Dies bestätigt auch eine Studie von Sigrist, Schlebusch und Trenchkman an 2558 Patienten, in der Patienten die „Kompetenz ihrer Therapeuten“, die „Kompetenz des Pflegeteams“ und „Aufnahme und Betreuung auf der Station“ am meisten schätzen (Sigrist K. et al. 2002). Interessanterweise scheinen sogenannte „Hotelqualitäten“, wie z.B. die Qualität des Essens, wohnliches Zimmer oder eigene Nasszelle, bei der Beurteilungen des Aufenthalts durch die Patienten weniger ausschlaggebend zu sein (Sana aktuell 2000; Sigrist K. et al. 2002; Spießl H. et al. 1998).

Bezüglich der soziodemografischen Einflussfaktoren auf die Behandlungszufriedenheit gibt es widersprüchliche Ergebnisse. Zahlreiche Studien sprechen dafür, dass ältere, weibliche, sowie Patienten mit höherem Bildungsniveau zufriedener mit der Behandlung sind (Gruyters T. und Priebe S. 1994; Leimkühler A.M. und Müller U. 1996). Allerdings ist nur der Alterseinfluss in mehreren Studien belegt (Jacob G. und Bengel J. 2000; Möller-Leimkühler A.M. et al. 2002; Rentrop M. et al. 1999). In einer Studie von Fähndrich und Smolka (Fähndrich E. und Smolka M. 1998) sowie von Barker, Shergill, Higginson und Orrell (Barker D.A. et al. 1996) ließ sich nicht bestätigen, dass Frauen das Setting positiver sehen. Möller-Leimkühler et al. schreiben weiterhin, dass Effekte von Geschlecht, Bildungsniveau, Diagnose und psychopathologischem Befund kaum vorhanden sind (Möller-Leimkühler A.M. et al. 2002). Bezüglich des Zusammenhangs zwischen psychischer Störung bzw. Diagnose und der Behandlungszufriedenheit liegen bislang ebenfalls keine eindeutigen Ergebnisse vor. Gruyters und Priebe schreiben, dass wenn es zu signifikanten Ergebnissen kam, Patienten mit einer psychotischen Symptomatik eher mit negativer Behandlungsbewertung korrelieren. Deutliche Resultate gibt es nur in Bezug darauf, dass Patienten mit einer ausgeprägten psychopathologischen Symptomatik eher unzufrieden mit ihrer Behandlung sind (Gruyters T. und Priebe S. 1992; Gruyters T. und Priebe S. 1994; Hanson L. 1989). Jacob und Bengel legen in ihrer Veröffentlichung dar, dass sich empirisch stets extrem hohe Zufriedenheitswerte finden, und eher geringe Zusammenhänge mit Merkmalen der Personen und der Behandlung (Jacob G. und Bengel J. 2000).

Von vielen Autoren wurde bemängelt, dass bisher keine standardisierten Erhebungsmethoden existieren, die Ergebnisse vergleichbar machen und gleichzeitig wenig anfällig für Fehlerquellen sind. Gruyters und Priebe schreiben in ihrem

Übersichtsartikel (Gruyters T. und Priebe S. 1994), dass die mangelnde Vergleichbarkeit der Methoden, das weitgehende Fehlen randomisierter und kontrollierter Untersuchungen, und die durchgängig eher positive Antworttendenz, Bemühungen relativieren, die subjektive Behandlungsbewertung als Evaluationskriterium für Behandlungseinrichtungen und -formen zu erheben. Als häufigste Fehlerquellen nennen sie: Soziale Erwünschtheit, hohe Baseline der Zufriedenheit, Stichprobenheterogenität und –selektion, Behandlungsvariationen und Variationen der Erhebungszeitpunkte. Auch Schützwahl und Olbrich sehen in ihrer Studie die Antworten der Patienten durch das Einwirken von psychologischen Maßnahmen als verzerrt und nennen hier die „soziale Erwünschtheit“ und das „Antworten im Rahmen einer kognitiven Dissonanz“ (Schützwahl M. und Olbrich R. 2001). Kognitive Dissonanz beschreibt die Unvereinbarkeit von Erfahrungen und Informationen zu der persönlichen Einstellung. In der Studie von Leimkühler und Müller wird die Frage aufgeworfen, ob ein Patient überhaupt zufrieden ist, wenn er angibt er sei zufrieden (Leimkühler A.M. und Müller U. 1996). Auch Rentrop, Böhm und Kissling schreiben in ihrer Übersichtsstudie, dass eine Hauptschwierigkeit derartiger Untersuchungen in der Problematik des Begriffs „Patientenzufriedenheit“ liegt, da es ein relatives Maß aus der Erwartung an eine Behandlung und tatsächlich erfahrener Behandlung darstellt. Somit könne aus Patientenzufriedenheitsbefragung allein keine Rückschlüsse auf z.B. die objektive Qualität einer Behandlung gezogen werden (Rentrop M. et al. 1999). Damit wird ein grundsätzliches Gültigkeitsproblem angesprochen, welchem in der Zufriedenheitsforschung wenig Beachtung geschenkt wird. Die meisten Studien in diesem Gebiet gehen von zwei ungeprüften Annahmen aus:

- Dass eine objektiv gute Realität auch als solche wahrgenommen wird und Zufriedenheit produziert
- Dass Zufriedenheitsangaben von Patienten tatsächlich auf subjektive Zufriedenheit schließen lassen.

Jacob und Bengel kommen in ihrer Studie zu dem Schluss, dass das Konstrukt Patientenzufriedenheit theoretisch und empirisch große Lücken aufweist, und seine Validität als Ausdruck der Bewertung durch Patienten sowie als Mittel zur Qualitätssicherung fragwürdig ist (Jacob G. und Bengel J. 2000).

Hinzuweisen ist noch auf die Charakteristik der Arbeitszufriedenheitsforschung, welche verschiedene Arten von Zufriedenheit und Unzufriedenheit klassifiziert (Bruggemann A.

et al. 1975). Da in der Patientenzufriedenheitsforschung meist ein allgemeiner Zufriedenheitsscore verwendet wird, können beziehungsweise müssen negative Aspekte wie z.B. die eventuelle Unzufriedenheit mit der suboptimalen außerstationären Anschlussbehandlung integriert werden in die Bewertung des Aufenthaltes. Hier könnte der sonst übliche globale Index in der Patientenzufriedenheitsforschung von der mehr differenzierten Sicht der Arbeitszufriedenheitsforschung profitieren.

### **2.3 Zur Unterscheidung des Untersuchungsansatzes von der Qualitätssicherung und der Patientenzufriedenheits- Forschung**

Wie in 2.2 beschrieben kommen Jacob und Bengel in ihrer Arbeit zu dem Schluss, dass das Konstrukt Patientenzufriedenheit theoretisch und empirisch Lücken aufweist. Sie schreiben, dass seine Validität als Ausdruck der Bewertung durch Patienten sowie als Mittel der Qualitätssicherung fragwürdig ist (Jacob G. und Bengel J. 2000). Neben den bereits erwähnten Problematiken des Begriffs „Patientenzufriedenheit“ und den Methodikschwächen bei der Erhebung erwähnen sie noch die konzeptuellen Schwächen bei der Übertragbarkeit der Kundenrolle in der QS auf die Patienten, welche in dem Ansatz der vorliegenden Arbeit besondere Berücksichtigung finden soll. Die Rolle des Krankenhauskunden ist anders als die des Supermarktkunden. Der Kunde Patient ist schwach. Er ist durch die Erkrankung bedürftig, gerät als Einzelner in eine mächtige Institution, erwartet Hilfe von Ärzten und Therapeuten, die ihm an Wissen und eventuell auch an sozialem Status überlegen sind. Leimkühler und Möller schreiben dazu, dass der Patient in der Hierarchie der psychiatrischen Klinik aufgrund seiner Rolle die statusniedrigste Position einnimmt (Leimkühler A.M. und Müller U. 1996). Diese Asymmetrie wird erwünschte Antworten begünstigen. Jacob und Bengel stellen dar, dass ein Patient mit einem solchem Rollenverständnis den Ausdruck von Kritik an seiner Versorgung nicht als angemessen empfinden wird (Jacob G. und Bengel J. 2000). In dieselbe Richtung geht die Erfahrung, dass die meisten Patienten, solange während ihres Krankenhausaufenthalts nichts Negatives geschieht, hohe Zufriedenheit bekunden. Es finden sich bei Studien dieser Art meist hohe Verweigerungsraten (>50%), und es ist nicht auszuschließen, dass mit der Behandlung unzufriedene Patienten überzufällig häufig unter den Verweigerern anzutreffen sind und dementsprechend nicht in die Ergebnisse einfließen (Siegrist K. et al. 2002). Effekte wie z.B. „erwünschte Antworten“

und „Ja-Sage Tendenz“ werden vor allem in einer Fachrichtung wie der Psychiatrie und Psychotherapie zu finden sein, wo eine enge Bindung zwischen Therapeut und Patient besteht und Teil der Therapie ist. Langewitz, Keller, Denz, Wössmer-Buntschku und Kiss stellen in ihrer Arbeit über Arzt-Patienten-Beziehungen dar, dass sich mit dem Konzept der „Social Desirability“ erklären ließe, dass Hilfesuchende die Begegnung mit Ihren Helfern in zu positivem Licht darstellen (Langewitz W. et al. 1995). Patienten scheuen sich Leistungen zu bewerten und ihre Ärzte zu benoten. Ergebnisse in der Literatur zeigen, dass Patienten an Ärzten oft die mangelnde Zeit als schärfste Kritik äußern (Möller-Leimkühler A.M. et al. 2002). Dies kann darauf hindeuten, dass es die Patienten bei sicherlich vorhandenen negativen Aspekten vermeiden ihre Therapeuten kritisch zu benoten. Die Vergabe von Zensuren, wie es z.B. der Kunde/Verbraucher in der Zufriedenheitsforschung äußert, können psychiatrische Patienten überfordern, denn die Kundenmetapher impliziert einen passiven Produktabnehmer, wohingegen bei den Psychiatriepatienten, wie bei kaum einer anderen Patientengruppe, ohne schwierige Eigenarbeit an sich selbst keine Erfolge zu erreichen sind.

In der vorliegenden Arbeit wird nun versucht sich von der Vergabe von Noten, wie sonst in der Patientenzufriedenheitsforschung verbreitet, zu entfernen. Um den genannten Verzerrungen bei den Antworten der Patienten entgegenzusteuern, wurde durch Einsatz des relativ neuen „Stationserfahrungsbogen“ (SEB) ein Instrument verwendet, welches weniger die Benotung als Kundenrolle sondern das Erleben des Settings als eine Art Resümee erfasst. Sammet, Staats und Schauenburg setzten den SEB in einer ähnlichen Studie ein, um den Zusammenhang zwischen dem Beziehungserleben und dem Therapieergebnis in der stationären Psychotherapie zu erforschen und kamen zu folgendem Schluss (Sammet I. et al. 2004): „Stations-Gruppenkohäsion und Beziehung zum Behandlungsteam zeigten keinen Zusammenhang mit dem Therapieergebnis. Dagegen erwiesen sich einzeltherapeutische Allianz und Stations-Gruppenklima als moderate Indikatoren des späteren Therapieergebnisses“ (S.373).

Weiterhin wird in dieser Arbeit zur Distanzierung von der eher üblichen gesundheitsökonomischen Sicht der Zufriedenheitsforschung eine eher klinisch geprägte Sicht angewendet, in der auch das Behandlungsergebnis berücksichtigt wird.

Zur Differenzierung vom QS-Ansatz ist folgendes zu beachten. Längle, Schwärzer, Eschweller, Renner, Schramm und Waschulewski beschreiben, daß die Konzepte der Qualitätssicherung im Krankenhaus nicht ohne Bedenken auf den Psychiatriepatienten

angewandt werden sollten. Für die Psychiatrie gilt noch mehr als für andere medizinische Bereiche, dass der Patient als Konsument der Dienstleistungen auch immer gleichzeitig Produzent ist, da das Produkt der erfolgreichen psychiatrischen Behandlung nur in einer Interaktion zwischen allen Beteiligten entstehen kann. Eine gute Qualität kann nur mit den Betroffenen erzielt werden, und in Zusammenarbeit mit diesen müssen Konzepte entwickelt, modifiziert, optimiert und überprüft werden (Längle G. et al. 2002). Freudenmann und Spitzer beklagen in ihrer Arbeit, dass bei der Auswahl der Qualitätsindikatoren in Studien meist die Therapeutenperspektive gewählt wird, und sich Forderungen nach stärkerer Patientenbeteiligung gerade in der Psychiatrie im Sinne einer größeren Kundenorientierung („consumerism“) noch nicht durchgesetzt haben (Freudenmann R.W. und Spitzer M. 2001). Aufgrund dieser Voraussetzungen wird in der vorliegenden Arbeit als zweites Instrument das neu konstruierte „Inventar zur Erfassung des subjektiven Wichtigkeitserlebens von Therapieangeboten“ (ISW) angewendet, um im Sinne der Qualitätssicherung die Zufriedenheit der psychiatrischen Patienten mit den einzelnen spezifischen Therapieangebote der Station PS1 differenziert aus Patientenperspektive zu erfassen. Der SEB und das ISW werden in Teil 4.2 detailliert dargestellt.

### **3 Fragestellung der Untersuchung**

Die Fragestellungen der Untersuchung dienen beim Erarbeiten der Befunde im Sinne einer Gliederung und sind nicht nach Wichtigkeit geordnet.

- 1) Wird das Behandlungsangebot der Psychotherapiestation von Patientengruppen mit eher höherem und solchen mit eher niedrigem Behandlungserfolg am Ende der Behandlung jeweils verschieden erlebt und in seiner Wichtigkeit zum Behandlungsgeschehen unterschiedlich beurteilt? Wenn ja, in welchen Aspekten?
- 2) Wird das stationäre Setting von Patientengruppen mit eher höherem und solchen mit eher niedrigem Behandlungserfolg jeweils verschieden erlebt? Wenn ja, in welchen Aspekten?
- 3) Ist das Erleben des stationären Settings und die Wichtigkeitseinschätzung der Behandlungsbestandteile bereits in der Behandlungsmitte gegeben oder ändert es sich noch zum Zeitpunkt des Behandlungsendes?

In der Darstellung der Resultate und in der Diskussion werden die jeweiligen Fragestellungen dabei nicht schematisch abgearbeitet sondern zusammenschauend.

## **4 Material und Methoden**

Die Daten wurden im Zeitraum April 2003 bis April 2004 innerhalb eines Projektes unter der Leitung von Dr. med. Christian Kraus erhoben. Die Leitung des Arbeitsbereichs und die Projekt-Supervision oblag Prof. Dr. med. Rainer Thomasius.

### **4.1 Stationsbeschreibung**

Es handelt sich um die Station für Persönlichkeits- und Belastungsstörungen (PS1) in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Zentrums für Psychosoziale Medizin im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Die folgenden Ausführungen des Abschnitts „Stationsbeschreibung“ folgen stark einer Darlegung von Kraus (Kraus C. 2003).

#### **4.1.1 Behandlungsspektrum**

Die Station PS1 ist eine 21 Betten umfassende, im Regelfall offene, gemischt-geschlechtliche Station mit psychodynamisch-psychotherapeutischer Ausrichtung. Sie ist Bestandteil der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Hamburg, die des weiteren einen geschlossenen Akutbereich, spezialisierte Stationen zur Behandlung psychotischer und affektiver Störungen, Suchterkrankungen mit Schwerpunkt Alkohol und Tabletten, eine verhaltenstherapeutische Station sowie diverse spezialisierte Tageskliniken und Ambulanzen umfasst.

Behandelt werden Patienten aus dem Gesamtspektrum psychiatrischer Erkrankungen mit Schwerpunkt in folgenden Bereichen:

- dekompenzierte, meist komplexe Persönlichkeitsstörungen (z. B. Borderline-, dependente, narzisstische Persönlichkeitsstörungen; ICD-10 F60.x und F61.0)
- dekompenzierte schwere neurotische und Belastungsstörungen (generalisierte Angststörungen, akute Belastungsstörungen und Anpassungsstörungen, komplexe posttraumatische Belastungsstörungen, dissoziative Störungen; ICD-10 F41.1, F41.2, F43.x, F44.x)

- wobei oft komorbide affektive Störungen aus dem depressiven Spektrum vorliegen (mittelgradige und schwere depressive Episode, Dysthymia; ICD-10 F32.x, F33.x und F34.x)

Die Station arbeitet eng mit einer Spezialambulanz für die Behandlung Jugendlicher und junger Erwachsener mit Drogenproblematik zusammen und nimmt Patienten der Ambulanz im Rahmen von Kriseninterventionen und zur Qualifizierten Entzugsbehandlung auf. Häufig sind vor allem schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit von Cannabis, Kokain, Ecstasy, Amphetaminen und Alkohol. Meist besteht eine Mehrfachabhängigkeit (ICD-10 F12.x, F14.x, F15.x, F10.x, F19.x), und oft liegen bei diesen Patienten komorbide psychiatrische Erkrankungen vor. Diese sind zumeist Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsentwicklungsstörungen oder affektive Störungen.

#### **4.1.2 Indikationen**

Zumeist führen folgende Syndrome einzeln oder in Kombination zur akuten bzw. subakuten stationären Aufnahme:

- depressive (verzweifelte/ hilflose/ dysphorische/ unruhige) Syndrome mittelgradiger und schwerer Ausprägung
- ängstlich-angespannte Syndrome
- schwere dissoziative bzw. prä- oder pseudopsychotische Syndrome
- akute und subakute suizidale Syndrome mit Suizidgedanken, -impulsen oder -handlungen
- emotional-instabile Syndrome mit stark schwankendem, rasch wechselndem Affekt und/ oder mangelnder Impulskontrolle und/ oder selbstverletzendem bzw. selbstschädigendem Verhalten

Da die psychiatrische Klinik des UKE in die psychiatrische Regelversorgung in Hamburg eingebunden ist, werden ein Teil der Patienten der Station direkt über die Poliklinik bzw. den Bereitschaftsdienst aufgenommen. Ein weiterer Teil der Patienten wird akut oder subakut über einzelne Spezialambulanzen der Klinik (z.B. das Therapiezentrum für Suizidgefährdete, die Psychodynamisch-Psychiatrische Ambulanz und die Drogenambulanz für Jugendliche und junge Erwachsene) an die Station vermittelt. In Ausnahmefällen, z.B. bei Überbelegung anderer Stationen, werden auch Patienten mit

psychotischen Störungen (schizophrene oder affektive Psychosen) oder hirnganischen Erkrankungen auf der Station behandelt.

#### **4.1.3 Diagnostik**

Neben der kriterienorientierten psychiatrischen Diagnostik nach ICD-10 (Dilling H. et al. 1993) erfolgt eine differentielle psychodynamische Einschätzung der vorherrschenden Konflikte und möglicher ich-struktureller Defizite in Anlehnung an die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) (Arbeitskreis OPD Hg., 1998), sowie die diagnostischen Konzepte von Kernberg zur Persönlichkeitsorganisation [z.B. (Kernberg O.F. 1985; Kernberg O.F. 1996)] und von Mentzos zur mehrdimensionalen psychodynamischen Diagnostik (Mentzos S. 1984). Der klinisch- diagnostische Prozess wird ergänzt durch die Anwendung operationalisierter persönlichkeitsdiagnostischer Verfahren SKID-II (Wittchen H.U. et al. 1997) und IKP (Andresen B. im Druck). Auf Grundlage der psychodynamisch-diagnostischen Einschätzung und in Absprache mit dem Patienten erfolgt innerhalb der ersten Behandlungswoche eine Entscheidung über den Behandlungsschwerpunkt.

#### **4.1.4 Behandlungskonzept**

Das therapeutische Team umfasst neben dem ärztlich-psychologischen Personal (zum Zeitpunkt der Datenerhebung ein Oberarzt, zwei Assistenzärzte, ein AIP, eine Psychologin mit halber Stelle), das Pflegepersonal (11 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) und eine Sozialarbeiterin. Durch regelmäßige Übergaben, multiprofessionelle Visiten, Fallbesprechungen und eine 14tägige externe Supervision ist eine intensive Absprache und Zusammenarbeit der einzelnen Berufsgruppen gewährleistet. Eine enge Kooperation besteht mit den stationsübergreifenden therapeutischen Behandlungseinrichtungen (körpertherapeutische Angebote, Ergo- und Arbeitstherapie).

Das stationäre Behandlungskonzept ist psychodynamisch orientiert integrativ [nach Jansen (Jansen P. L. 1987), Übersicht bei König (König K. 1995)]. Dies bedeutet, dass das gesamte Stationsgeschehen unter Einbeziehung der Kontakte der Patienten untereinander, der Kontakte zum Pflegepersonal und zu den Mitarbeitern weiterer Berufsgruppen als therapeutischer Raum aufgefasst wird, in dem sich die individuellen Konfliktmuster und ich-strukturellen Defizite der Patienten manifestieren und inszenieren

und einer therapeutischen Behandlung zugänglich gemacht werden sollen. In Abhängigkeit des Patienten werden vom therapeutischen Team auch mehr oder weniger Aspekte und Funktionen des Realraums vertreten und dem Patienten vermittelt. Individuell werden für jeden Patienten Behandlungsschwerpunkte bzw. Foki formuliert (z.B. bestimmte vorherrschende intrapsychische Konflikte, spezifische Ich-Defizite, interaktionelle Verhaltensmuster), die als wesentlich für die aktuelle psychische Problematik des Patienten verstanden werden und die fortan im Mittelpunkt der therapeutischen Bemühungen stehen (König K. 1995; Streeck U. 1991).

Auf der Station wurden zum Zeitpunkt der Datenerhebung zwei Behandlungsschwerpunkte verfolgt.

1. *Krisenintervention* von ca. 2-4 Wochen Dauer mit einem stützenden und stabilisierenden Therapieansatz. Das heißt, das vor dem Hintergrund eines psychodynamischen Krankheitsverständnisses vor allem stützende therapeutische Elemente (vorübergehende Herausnahme aus der aktuell überfordernden Lebenssituation, Unterstützung bei der konkreten Bewältigung aktueller, zur Krise beitragender psychosozialer Belastungsfaktoren, sicherer haltender Rahmen, konstante Zuwendung, Aufmerksamkeit und Interesse des Therapeuten) und nur sehr begrenzt explorative, aufdeckende und deutende Techniken zum Tragen kommen, um dem Patienten eine psychische Rekompensation mit Wiedererstarken der zuvor funktionierenden Abwehrstruktur zu ermöglichen. Eine Behandlung im Sinne einer Krisenintervention ist indiziert bei Patienten, die wenig Krankheitseinsicht, eine geringe Introspektionsfähigkeit und Therapiemotivation aufweisen sowie bei psychisch schwerst und nachhaltig dekompenzierten Patienten, deren Ich-strukturelle Schwäche und floride schwere Symptomatik eine aufdeckende psychotherapeutische Arbeit zunächst nicht zulässt. Patienten mit *Drogenproblematik* führen in dieser Zeit innerhalb eines gesonderten Settings (mit Urlaubssperre, Ausgangsbeschränkung, verbindlichem Therapieprogramm, spezifischer Motivationsgruppe, Sanktionskatalog) unter strukturierten Bedingungen eine qualifizierte Entgiftungsbehandlung durch mit dem Ziel, die Motivation für eine zukünftige Abstinenz und eine weitergehende ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlung zu fördern.

2. *Stationäre Kurzzeitpsychotherapie* von ca. 6-8 Wochen Dauer mit eher explorativem, aufdeckendem und konfrontativerem Ansatz, insbesondere im Rahmen einer psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie und begleitenden Einzelgesprächen. Eine stationäre Kurzzeitpsychotherapie ist indiziert bei Patienten mit ausreichender Ich-Stärke, Reflektionsfähigkeit und Therapiemotivation. Die Behandlung bietet die Möglichkeit, aktuelle Konflikte und ich-strukturelle Defizite in ihren interaktionellen und bisher unbewussten Dimensionen besser zu verstehen und zu bearbeiten, also einen primär psychotherapeutischen Prozess zu initiieren, der im Rahmen einer sich anschließenden neu begonnenen oder wieder aufgenommenen ambulanten Psychotherapie fortgesetzt werden sollte.

#### **4.1.5 Behandlungselemente**

Das stationäre Behandlungskonzept umfasst im Einzelnen folgende Elemente:

##### *Ärztlich-psychologische Einzelgespräche*

Die ärztlich-psychologischen therapeutischen Einzelgespräche finden 1 bis zweimal wöchentlich statt und dauern jeweils zwischen 30 und 60 Minuten. Sie orientieren sich inhaltlich in Abhängigkeit vom Behandlungskonzept (Krisenintervention vs. stationäre Kurzzeitpsychotherapie), dem strukturellen Niveau des Patienten und der vorherrschenden Übertragungskonstellation sowie der Qualifikation und dem Ausbildungsstand des Behandelnden an den Konzepten der psychoanalytisch-interaktionellen Methode nach Heigl-Evers und Ott (Heigl-Evers A. und Ott J. Hg. 1994), der Transference-Focused Psychotherapy (TFP) (Clarkin J.F. et al. 2001), der tiefenpsychologisch-fundierten Psychotherapie (Heigl-Evers A. und Heigl F 1982; Loch W. 1979), der Fokaltherapie z.B. (Balint M. 1972; Streeck U. 1991) und psychodynamisch- supportiven Ansätzen z.B. (Rockland L. 1992).

##### *Allgemeine Kontakte zum Pflegepersonal und Bezugspflege*

Die Arbeit des Pflorgeteams basiert insbesondere auf den unterschiedlichen, sich jedoch gegenseitig ergänzenden theoretischen Grundlagen von Roper (Roper N. 1980), Peplau (Peplau H. E. 1988). und Orem (Orem D.E. 1985). In Anlehnung an Ropers „Modell des

Lebens“ (Roper N. 1980) orientiert sich die Arbeit des Pflegepersonals an den „Aktivitäten des alltäglichen Lebens“, die objektiv beobachtet und dokumentiert werden sollen, um die Patienten bei dem Ziel, „die größtmögliche Unabhängigkeit des Patienten zu erhalten, zu fördern oder wiederherzustellen und die damit verbundenen Probleme zu lösen oder mit bleibenden Abhängigkeiten zurechtzukommen“, zu unterstützen. Das Modell der Selbstfürsorge nach Orem (Orem D.E. 1985) stellt die Fähigkeit des Menschen nach Selbstfürsorge in den Mittelpunkt des Pflegeprozesses. Die Patienten werden darin unterstützt, Defizite in diesem Bereich zu erkennen und entsprechende Fertigkeiten gezielt und geplant (wieder) zu erlangen. Peplau beschreibt ein psychodynamisch-orientiertes Pflegemodell (Peplau H. E. 1988), in dem der Aufbau einer tragfähigen Beziehung zwischen Pflegendem und Patienten als wichtige Grundvoraussetzung betont wird, um den Patienten erzieherisch und therapeutisch zu unterstützen. Peplau beschreibt vier verschiedenen Phasen der Beziehungsentwicklung (Orientierung, Identifikation, Nutzung und Ablösung), innerhalb derer der Patient vor allem über identifikatorische Prozesse, Selbstakzeptanz sowie einem besseren Verstehen und Erkennen der Beziehungsdynamik Bedürfnisse zu befriedigen lernt, profitiert und wächst. Wobei von Seite der Pflegeperson bewusst verschiedene therapeutische Rollen übernommen und ausgefüllt werden (z.B. Rolle des Fremden, als Lehrer, Führungsperson etc.).

Vor dem Hintergrund dieser theoretischen Anschauungen und dem psychodynamisch-integrierten Gesamtbehandlungskonzept der Station ist das Pflegeteam in der alltäglichen Arbeit intensiv in den therapeutischen Prozess integriert. Insbesondere bei den Psychotherapiepatienten rückt im Rahmen einer individuellen Bezugspflege die Beziehungsarbeit in den Vordergrund. In Abhängigkeit von der psychischen und sozialen Situation des Patienten sowie dem Ausbildungs- und Erfahrungshintergrund des Pflegenden finden im Rahmen der Bezugspflegegespräche spezifischere therapeutische Interventionen statt, die durch die regelmäßigen Teambesprechungen in den therapeutischen Gesamtprozess integriert werden.

### *Gruppentherapie*

Die Gruppentherapie orientiert sich an Konzepten der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie nach Heigl-Evers und Mitarbeitern [Übersicht bei (Heigl-Evers A. und Ott J. Hg. 1994)]. Gruppentherapie fördert die Einsicht in störungsspezifische

Abwehrhaltungen (Verleugnung, Bagatellisierung, Rückfallgefährdung), wirkt sich auf Differenzierungs- und Verbalisierungsfähigkeit von Affekten günstig aus, verbessert Introspektionsfähigkeit sowie interaktionelle und kommunikative Kompetenzen und korrigiert eine verzerrte Realitätsorientierung und –prüfung. Wenig strukturierte Formen der Gruppentherapie setzen auf Seiten des Patienten eine hinreichende psychische Stabilität voraus, um die aus dem gruppodynamischen Prozess resultierenden Frustrationen, Ängste und Kränkungen zu tolerieren (Heigl-Evers A. et al. 1998). Die Gruppentherapie wird von zwei therapeutisch erfahrenen ärztlich-psychologischen Mitarbeitern der Station durchgeführt, sie findet dreimal wöchentlich statt und dauert jeweils 75 Minuten. Die spezifische Indikation wird in einem gesonderten Vorgespräch mit einem der Gruppentherapeuten gestellt, die Teilnahme ist Psychotherapiepatienten vorbehalten, die sich auf eine längere Behandlungsdauer einlassen (6-8 Wochen).

#### *Stabilisierungsgruppe*

Für Patienten mit vor allem dissoziativen und / oder posttraumatischen Störungen steht eine spezielle Stabilisierungsgruppe nach Reddemann und Sachsse (Reddemann L und Sachsse U 1997) zur Verfügung, in der mit Hilfe von Imaginationsübungen die Fähigkeiten der Patienten zur Selbstkontrolle und Selbstberuhigung gefördert werden. Diese Gruppe findet dreimal wöchentlich statt und dauert zwischen 20 und 40 Minuten.

#### *Sozialtherapeutische Beratung und Betreuung, Soziales Kompetenztraining*

Die Sozialarbeiterin der Station führt im Bedarfsfall eine individuell Beratung und Betreuung durch und unterstützt die Patienten konkret bei der Regelung sozialer Belange (Finanzen, Versicherung, Arbeit, Wohnen). Einmal wöchentlich wird ein für alle Patienten zugängliches interaktives Soziales Kompetenztraining nach Konzepten von Hinsch und Pfingsten (Hinsch R. und Pfingsten U. 2002) angeboten, in der z.B. im Rahmen von Rollenspielen spezifische Problemsituation durchgespielt und besprochen werden.

#### *Konzentrierte Bewegungstherapie (Physiotherapie)*

Die Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) findet einmal pro Woche statt, Die KBT kann als körperorientierte, psychotherapeutische Methode sowohl in der Einzel- als auch in der Gruppentherapie eingesetzt werden. Wahrnehmung und Bewegung werden dabei

als Grundlage von Erfahrung und Handeln des Menschen für den therapeutischen Prozess genutzt. Erinnerungen, die im Laufe des Lebens Haltung und Verhalten geprägt haben, werden durch konzentratives Sich-Bewegen und Sich-Wahrnehmen reaktiviert. Im Umgang mit Materialien und Menschen können sowohl die konkrete Erfahrung als auch ein symbolischer Bedeutungsgehalt erlebbar gemacht werden. Im anschließenden Gespräch werden vor dem Hintergrund entwicklungs- und tiefen- psychologischer Denkmodelle Erfahrungen ausgetauscht und die körperliche Erfahrung reflektiert (Becker H. 1997; Stolze H. 1988).

#### *Orientierungsgruppe für Patienten mit Drogenproblematik*

In Kooperation mit einer speziellen Ambulanz für Jugendliche und junge Erwachsene mit Drogenproblematik (die für eine qualifizierte Entzugsbehandlung stationär aufgenommen werden) wird eine für ambulante Patienten offene, einmal wöchentlich stattfindende Gruppentherapie angeboten, die sich an Konzepten der psychoanalytisch-interaktionellen Methode nach Heigl-Evers und Ott orientiert (Heigl-Evers A. und Ott J. Hg. 1994). Die Teilnahme an der Gruppe ist für Patienten der Station, bei denen eine erhebliche Drogenproblematik vorliegt, verbindlich.

#### *Pharmakotherapie*

Da bei den Patienten der Station zumeist schwere, dekompensierte psychische Störungen vorliegen, ist im Regelfall eine psychopharmakologische Behandlung indiziert. Diese ist symptom- bzw. syndromspezifisch und orientiert sich an den aktuellen empirischen Untersuchungen (Kapfhammer H.P. 1999; Soloff P.H. 1998; Tress W. et al. 2002). Es werden bevorzugt Pharmaka der jüngeren Generation (moderne Antidepressiva, atypische Neuroleptika) eingesetzt, wobei die besondere interaktionelle Bedeutung einer psychopharmakologischen Behandlung im Rahmen eines psychotherapeutischen Gesamtsettings sowie speziell bei Patienten mit (Borderline-)Persönlichkeitsstörung berücksichtigt wird (Dulz B. und Makowski C. 1999).

Die Medikation der vorliegenden Stichprobe umfasst vor allem:

Antidepressiva (vor allem Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren: SSRI)

- Werden am häufigsten mediziert meist ohne zusätzliche Medikation, am ehesten zusammen mit Neuroleptika.
- Werden vor allem bei Patienten der Gruppen Krisenintervention und Gruppenpsychotherapie mediziert

Neuroleptika/Antipsychotika (vor allem niederpotente typische und atypische Antipsychotika)

- Werden am zweithäufigsten mediziert, entweder ohne zusätzliche Medikamente, oder am ehesten mit gemeinsam mit Antidepressiva.
- Finden bei allen drei Gruppen gleichmäßig Verwendung

Antiepileptika/Mood Stabilizer

- Verwendung am dritthäufigsten, entweder alleine oder in Kombination mit Antidepressiva oder Neuroleptika
- Werden vor allem bei Patienten der Gruppenpsychotherapie mediziert

*Weitere therapeutische Angebote*

Speziell für die Patienten der Station wird eine Gitarrengruppe angeboten. Stationsübergreifend steht ein breites ergotherapeutisches Angebot (eine Gruppe für bildnerische Gestaltung z.B. mit Ton, Kochgruppe und Lesekreis), ein Sportprogramm (mit Jogging- und Bewegungsgruppe, Zirkeltraining, Rücken- und Entspannungstraining) sowie eine therapeutische Arbeitsstätte zur Verfügung.

## 4.2 Beschreibung der Messinstrumente

Entsprechend den obigen Überlegungen zu Qualitätssicherung und Patientenzufriedenheit versetzen die eingesetzten Messinstrumente die Patienten nicht in eine Kundenrolle und nicht in die Rolle von Kritikern, sondern fordern auf, über die Beschreibung des erlebten stationären Settings eine Art Resümee zu ziehen. Es ist zwar wahrscheinlich, dass den Patienten der letztlich doch vorhandene Wertungsaspekt (sprich: der Zweck der Befragung) klar ist, doch sind die eingesetzten Fragebögen entscheidend anders aufgebaut als Instrumente der Qualitätssicherung und Patientenzufriedenheits-Forschung, wie im folgenden dargestellt. Die beiden Instrumente SEB und ISW wurden den Patienten ab der zweiten Behandlungswoche einmal wöchentlich durch die Doktoranden vorgelegt. Dabei wurden sie kombiniert mit anderen Instrumenten, wie im nachfolgenden Studienprotokoll erläutert. Die Prä-Messung zum Zeitpunkt der Aufnahme beinhaltete: Standardisierte psychiatrische Diagnostik ICD-10 über SKID, Soziodemografie über die „klinikweite“ sog. BADO, Symptom-Checkliste SCL-K-9, Beck-Depressions-Inventar BDI, Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme IIP-D, Inventar Klinischer Persönlichkeitsstörungen IKP, Persönlichkeitsorganisation nach Kernberg IPO (Dammann G. et al. 2002), Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen BFKE (Höger D. 2000), Resilienz-Fragebogen RS (Leppert K. und Strauß B. 2002), Soziale Unterstützung (22-Items-Kurzform) F-SOZU-K-22 (Sommer G. und Fydrich T. 1991), Ways of Coping Checklist WCCL (Folkman S. et al. 1986) sowie die Medikation bei Aufnahme (Protokolldaten durch Medix). Im Rahmen der einmal wöchentlichen Verlaufsmessung wurden folgende Daten erhoben: Stationserfahrungsbogen SEB, Inventar zur Erfassung des subjektiven Wichtigkeitserlebens von Therapieangeboten ISW, Symptom-Checkliste SCL-K-9, Beck-Depressions-Inventar BDI sowie die Medikation (Protokolldaten durch Medix, rückwirkend für die ganze Woche). Die Postmessung zum Zeitpunkt der Entlassung beinhaltete: Klinisch-psychiatrische Diagnostik ICD-10 (protokolliert durch Medix nach Arztbrief), Stationserfahrungsbogen SEB, Inventar zur Erfassung des subjektiven Wichtigkeitserlebens von Therapieangeboten ISW, Symptom-Checkliste SCL-K-9, Beck-Depressions-Inventar BDI, Ways of coping checklist WCCL, Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme IIP-D und die Medikation (Protokolldaten durch Medix, rückwirkend für die ganze Woche).

#### 4.2.1 Der Stationserfahrungsbogen (SEB)

Der Stationserfahrungsbogen SEB ist ein Fragebogen zur Erfassung des Erlebens ausgewählter therapierelevanter Aspekte. Er wurde 1999 von Isa Sammet und Henning Schauenburg entwickelt (Sammet I. und Schauenburg H. 1999). Es wird dabei die eigene Wahrnehmung des Patienten als Erhebungsgrundlage herangezogen, da es vermutlich die individuelle, personale Interpretation eines Ereignisses ist, was die Antwort eines Individuums ausmacht (MacKenzie K.R. 1996). Der SEB eignet sich zur Wiederholungsmessung und ist für eine wöchentliche Darbietung ausgelegt. Durch diese Mehrfachanwendungen des Fragebogens können therapieerfolgsrelevante Erlebnisaspekte stationärer Psychotherapie in ihrem Verlauf abgebildet werden.

Mit 38 Items, die nach dem Muster einer 6-stufigen Likert-Ratingskala („stimmt gar nicht, stimmt kaum, stimmt eher nicht, stimmt etwas, stimmt überwiegend, stimmt genau“) zu beantworten sind, wird die Selbsteinschätzung der Patienten zu folgenden Aspekten (auf psychometrischen Skalen) der vorrausgegangenen Woche erhoben:

- *Selbstwirksamkeit*: Diese Skala fragt mit 6 Items nach der Überzeugung, für sich selbst und andere im sozialen Umfeld im Sinne einer generalisierten Kompetenzerwartung (Bandura A. 1977; Schwarzer R. 1992); wirksam zu sein. Bergin und Garfield bezeichnen Selbstwirksamkeit als einen der wichtigsten Parameter bei der Beurteilung des Erfolgs von Psychotherapien (Bergin A.E. und Garfield S.L. 1994).
- Auf der Skala *Beziehung zum Team* wird mit 7 Items erfasst, wie ein Patient/Patientin die Beziehung zum Team erlebt, in wieweit die therapeutische Atmosphäre im Sinne einer milden positiven Übertragung als förderlich empfunden wird oder ob der therapeutische Prozess diesbezüglich durch eventuelle Konflikte oder Störungen behindert wird.
- Auf der Skala *Beziehung zum Einzeltherapeuten* wird mit 4 Items nach Nähe, Verständnis, kognitiver Übereinstimmung und Vertrauen in der Einzelbeziehung gefragt. Dabei wird davon ausgegangen, daß ein höheres Maß an kognitiver Übereinstimmung und Vertrauen, insbesondere gegen Ende einer Behandlung mit einem positiven Behandlungserfolg im Sinne der Wirksamkeit der therapeutischen Beziehung korreliert.
- Die Skala *Gruppenklima* besteht aus 7 Items, die sich in erster Linie auf die gefühlsmäßige Atmosphäre unter den Patienten beziehen. Hier wird nach

gegenseitigem Vertrauen oder Misstrauen, gegenseitige Bezogenheit, Umgang mit Konflikten gefragt.

- Die Skala *Zuwendung durch Mitpatienten/Kohäsion* zielt in 5 Items auf die Frage, inwieweit sich Patienten durch Mitpatienten unterstützt und verstanden fühlen, inwieweit sie sich der Gruppe zugehörig fühlen. Yalom (Yalom I.D. 1989) und Tschuschke (Tschuschke V. 1993) betonen, daß der Aspekt "Kohäsion" von besonderer Bedeutung für den Erfolg einer Psychotherapie ist und analog der therapeutischen Allianz in der Einzelpsychotherapie (Tschuschke V. 1993) positiv korreliert mit einem guten Therapieergebnis.
- Die Skala *Behandlungsintensität* erfasst mit 5 Items Gefühle der Überlastung bzw. mangelnden Anregung durch das therapeutische Angebot und die Tagesstruktur um hierdurch zu erhellen, inwieweit sich diese eventuell hinderlich auf den therapeutischen Prozess auswirken, z. B. Aufnahmebereitschaft, Konzentration und Assimilationsfähigkeit beeinträchtigen.
- Auf der Skala *Therapeutische Rahmenbedingungen/Stationsordnung* wird mit 4 Items erfasst, inwieweit das normative Regelwerk als hilfreich oder zu einengend, beschränkend erlebt wird. Im Vergleich mit anderen Skalen und Verlaufsparemtern besteht die Möglichkeit, eventuell gleichsinnige Veränderungen zu identifizieren und festzustellen, inwieweit Konflikte mit der Stationsordnung zum Ausgangspunkt therapeutischer Krisen und Veränderungen werden. Die Skala liefert zudem einen Hinweis auf die Anpassungsfähigkeit eines Patienten.

Die Items wurden von Sammet und Schauenburg entweder selbst entwickelt oder in abgewandelter Form aus bestehenden Instrumenten übernommen, z.B. aus dem Fragebogen „Generalisierte Kontrollerwartung“ von R. Schwarzer, dem „Helping Alliance Questionnaire“ von L. Luborsky, dem „Fragebogen zu Klientenerwartungen“ von D. Höger, oder dem „Gruppenerfahrungsbogen“ von B. Strauß et al.. Sie sind gemäß der faktoranalytischen Prüfung den 7 Skalen zuordenbar: Für jedes Item werden Rohpunkte zwischen 1 und 6 vergeben, und die Rohpunkte einer Skala aufsummiert. Entsprechend dem Behandlungsangebot auf der PS1 wurde von der Projektgruppe am UKE eine Skala *Gruppenklima* analog zum SEB neu konstruiert und dem SEB zugefügt. Sie misst mit 7 Items die Erfahrungen der Patienten in ihren persönlichen Gruppentherapiesitzungen. Die Items der Skala *Gruppenklima* sind im Anhang im

Faksimile angefügt. Als Referenzgruppe wird eine Stichprobe von 242 stationären Psychotherapiepatienten aus 11 Kliniken aus dem Jahr 1997 herangezogen (Sammet I. und Schauenburg H. 1999, Seite 19, Tabelle 5)

#### **4.2.2 Das Inventar zur Erfassung des subjektiven Wichtigkeitserlebens von Therapieangeboten (ISW)**

Das Inventar zur Erfassung des subjektiven Wichtigkeitserlebens von Therapieangeboten (ISW) wurde 2003 angeregt durch den Stationserfahrungsbogen (SEB) von Kraus und Sack entwickelt (Kraus C. und Sack P.M. 2003). Im Unterschied zum SEB, in dem die Patienten das Setting aufgrund ihres Erlebens (z.B.: „Die Mitarbeiterinnen des Teams kümmern sich um die Patienten wenn es erforderlich war“) bewerten, soll im ISW erhoben werden, in welcher Weise die Patienten einen möglichen Therapieerfolg aus einzelnen Behandlungselementen attribuieren (z.B.: „Durch die Gespräche mit dem Pflegepersonal bin ich vorangekommen“). Ein Grund zur Konstruktion dieses Instrumentes war es, im Sinne der Qualitätssicherung die Prozessqualität der einzelnen spezifischen Therapieangebote der Station PS1 zu erheben. Mit 52 Items, die auf einer 6-stufigen Likert Skala („stimmt gar nicht, stimmt kaum, stimmt eher nicht, stimmt etwas, stimmt überwiegend, stimmt genau“) zu beantworten sind, wird das subjektive Wichtigkeitserleben, die subjektive Bedeutung und die regelmäßige Teilnahme der Patienten an folgender Behandlungseinheiten in der vorrausgegangenen Woche erhoben:

- Einzelgespräch – Therapie mit dem behandelnden Arzt (6 Items)
- Gespräche mit dem Pflegepersonal (6 Items)
- Analytische Gruppentherapie (7 Items)
- Soziales Kompetenztraining (7 Items)
- Ergotherapie/ Beschäftigungstherapie (7 Items)
- Stabilisierungsgruppe (7 Items)
- Physiotherapie (7 Items)
- Medikation (5 Items)

Es handelt sich um eine Forschungsversion und somit existieren bisher keine Vergleichsdaten aus anderen Stichproben. Da die Konstruktion sich an den SEB angelehnt hat, ist es wahrscheinlich, dass es auch hier wie beim SEB Parallelen zu anderen Stichproben gibt. Dies wäre aber in einer weiterführenden Untersuchung zu

erklären. Das ISW ist im Anhang im Faksimile wiedergegeben, die insgesamt guten psychometrischen Kennwerte des ISW sind in der folgenden Tabelle aufgeführt.

Tabelle 1. Psychometrische Kennwerte der Skalen des „Inventars zur Erfassung des subjektiven Wichtigkeitserlebens von Therapieangeboten (ISW)“ basierend auf der gesamten Patientenstichprobe der PS1 im Zeitraum der vorliegenden Untersuchung.

Skala	Kurzname	verwendete Items	n Pat	n Items	$\alpha_{\text{Cron.}}$
Gruppentherapie <sup>a</sup>	GRU	1–5, 7	71	6	.84
Arztgespräche	EINZEL	1–6	71	6	.85
Bezugspflege-Gespräche	PFLEGE	1–4	71	4	.85
Analytische Gruppen-Therapie	ANGRUP	1–7	64	7	.83
Soziales Kompetenz-Training	SKOMP	1–7	71	7	.89
Ergotherapie	ERGO	1–7	71	7	.89
Stabilisierungs-Gruppe	STAGRUP	1–7	64	7	.95
Physiotherapie	PHYSIO	1–7	71	7	.86
Medikamente	MEDIK	2–4, 5 <sup>b</sup>	64	4	.84

Anmerkungen:

<sup>a</sup> Die Skala „Gruppentherapie (GRU)“ wurde formal analog zum SEB selbst gebildet (Gruppentherapie ist im SEB nicht berücksichtigt) und ergänzt die SEB-Skalen.

<sup>b</sup> Item 5 ist reflektiert.

Abkürzungen:

n Pat	Anzahl der jeweils zugrunde liegenden Fälle
n Items	Anzahl der jeweils verwendeten Items
mean $r_{\text{Items}}$	mittlere Interkorrelation der Items einer Skala
$\alpha_{\text{Cron.}}$	Cronbachs Koeffizient der inneren Konsistenz einer Skala

#### 4.2.3 Die Basisdokumentation (BADO)

Die Basisdokumentation der (Erwachsenen-)Psychiatrie am UKE enthält soziodemografische Angaben, psychiatrische Eingangsdiagnosen nach ICD-10 und die Medikation. Sie wird von den behandelnden Stationsärzten ausgefüllt und dient der Qualitätskontrolle und als Basisdatensatz für potentielle Studien. Die BADO ist im Anhang im Faksimile wiedergegeben. Die Stichprobenbeschreibung erfolgt anhand ausgewählter Items der Basisdokumentation.

### 4.3 Die vorliegende Untersuchungsgruppe

Die Ursprungsstichprobe umfasste 85 Patienten, die sich in dem Zeitraum April 2003 bis April 2004 in stationärer Behandlung auf der PS1 befanden. 9 Patienten verweigerten die Teilnahme von vorneherein, was eine Verweigererquote von 9.6% ergibt. Aufgrund fehlender Verlaufsdaten bei 35% der Patienten (missing data) wurden für die vorliegende Arbeit 54 Patienten von den insgesamt 85 Teilnehmern der Studie im Verlauf untersucht. Davon wurden 28 Patienten der Gruppe „eher höherer Behandlungserfolg“ zugeordnet, und 26 Patienten der Gruppe „eher niedriger Behandlungserfolg“ zugewiesen (siehe hierzu Kapitel 4.4: „Die Bestimmung des Behandlungs-Outcome“).

#### 4.3.1 Aufschlüsselung nach Behandlungsgruppen

Die 54 Patienten der Studie von denen vollständige Datensätze vorlagen wurden je nach erfolgter Zuordnung zu einem der unten beschriebenen Behandlungsschwerpunkte in drei Gruppen aufgeteilt. Gruppe 1 (Patienten mit Drogenproblematik zur Qualifizierten Entzugsbehandlung) wird „*Detoxifizierung*“ genannt, Gruppe 2 (Krisenintervention von ca. 2-4 Wochen Dauer mit einem stützenden und stabilisierenden Therapieansatz) wird „*Krisenintervention*“ genannt, und Gruppe 3 (Stationäre Kurzzeitpsychotherapie von ca. 6-8 Wochen Dauer mit eher explorativem, aufdeckendem und konfrontativerem Ansatz) wird als „*Gruppenpsychotherapie*“ bezeichnet.

Tabelle 2. Behandlungsgruppen und Geschlecht.

Geschlecht			Detoxifizierung		Krisen- intervention		Gruppen- psychotherapie	
	n	%	n	%	n	%	n	%
männlich	22	41	4	7	12	22	6	11
weiblich	32	59	2	4	18	33	12	22
Alle	54	100	6	11	30	55	18	33

*Anmerkung.* Es werden deskriptiv die absoluten Häufigkeiten und die gerundeten relativen Häufigkeiten in Bezug auf die Gesamtstichprobe von  $N=54$  mitgeteilt.

### 4.3.2 Geschlecht, Familienstand und Lebensalter

In allen drei Gruppen besteht ein unausgewogenes Verhältnis der Geschlechter. Während bei der Gruppe „Detoxifizierung“ der Anteil der männlichen Patienten überwiegt (66,6%), stellen bei den anderen beiden Gruppen „Krisenintervention“ und „Gruppenpsychotherapie“ die weiblichen Patienten den größeren Anteil (60,0% und 67%). Das durchschnittliche Alter der Teilnehmer liegt im Mittel bei 35 Jahren, wobei die Gruppe „Krisenintervention“ mit rund 39 Jahren die älteste Gruppe darstellt.

Allerdings ist nur die Gruppe „Detoxifizierung“ altershomogen, in den anderen beiden ist die Streuung weitaus höher, weswegen die jeweiligen Mittelwerte trügerisch sind. Alle Patienten der Entzugsbehandlung sowie die männlichen Teilnehmer der Gruppenpsychotherapie sind ledig. Bei der Kriseninterventionsgruppe überwiegt der „ledig“-Anteil (75% männlich, 56% weiblich), wobei der zweithäufigste Familienstand „verheiratet“ ist (17% männlich, 22% weiblich), gefolgt von „geschieden“ (8% männlich, 6% weiblich). Bei den weiblichen Teilnehmern der „Gruppenpsychotherapie“ geben 58% an „ledig“ zu sein, gefolgt von 25% geschieden. Verheiratet sind nur 8% der weiblichen Teilnehmern der dritten Gruppe. Alle Behandlungsgruppen haben typischerweise 0-1 Geschwister ( $MD=1$ ), Ausnahme sind die weiblichen Patienten der Gruppe „Detoxifizierung“ mit einem Mittelwert von 3. Die Kinderzahl liegt bei  $MD=1$  Kind innerhalb einer Spanne von 0-3 Kindern.

Tabelle 3. Behandlungsgruppen und Lebensalter (in Jahren).

Geschlecht	Detoxifizierung	Krisenintervention	Gruppen- psychotherapie
männlich	25.5 (5.1)	37.3 (12.9)	30.4 (8.9)
weiblich	24.2 (4.3)	39.5 (14.6)	31.5 (9.9)
alle	25.0 (6.2)	38.6 (13.6)	31.1 (9.3)

*Anmerkung.* Es werden deskriptiv die Mittelwerte  $M$  und (in Klammern) die Streuungen  $SD$  mitgeteilt.

### 4.3.3 Schulbildung und beruflicher Status

Die Mehrheit der Patienten besitzt einen Schulabschluss. Allerdings zeigt sich hier ein sehr unausgewogenes Verhältnis mit einer weiten Streuung des Ausbildungstatus. Während in der Gruppe „Detoxifizierung“ 66% als höchsten Abschluss einen Hauptschulabschluss besitzen, sind in den beiden anderen Gruppen die erreichten Schulabschlüsse ausgeglichener. Es fällt weiterhin auf, dass in der Gruppe „Gruppenpsychotherapie“ 17% der männlichen und 8% der weiblichen Patienten über keinerlei Abschluss verfügen, wobei aber auch in derselben Gruppe 17% der weiblichen Patienten einen Hochschulabschluss besitzen, was der höchste Wert in dieser Kategorie in der Studie ist. In der Gruppe „Krisenintervention“ besteht die homogenste Verteilung der erreichten Schulabschlüsse, allerdings haben auch hier die Männer wie auch in der Gruppe „Gruppenpsychotherapie“ einen niedrigeren Ausbildungsgrad. In dem Berufsstand spiegelt sich dieser Unterschied wieder. In den beiden Gruppen „Krisenintervention“ und „Gruppenpsychotherapie“ haben die männlichen Patienten schwerpunktmäßig einen niedrigeren Berufsstand. Ausnahme ist der relativ hohe Anteil von 17% „Akademiker, Freiberufler“ bei den männlichen Teilnehmern der Gruppe „Gruppenpsychotherapie“

Tabelle 4. Behandlungsgruppen, Geschlecht und höchst-erreichte Schulabschlüsse (in Prozent).

Schulabschluss	Detoxifizierung		Krisen- intervention		Gruppen- psychotherapie	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
ohne Abschluss	–	50	–	–	17	8
Sonderschule	–	–	8	–	17	–
Hauptschule	75	50	33	11	17	–
Mittlere Reife	–	–	17	56	50	67
Abitur / Fachabitur	25	–	33	28	–	8
Hochschule	–	–	8	6	–	17

*Anmerkung.* Es werden deskriptiv die gerundeten relativen Häufigkeiten in Bezug auf die Behandlungsgruppe mitgeteilt.

Tabelle 5. Behandlungsgruppen, Geschlecht und beruflicher Status bei Aufnahme (in Prozent).

Beruflicher Status	Detoxifizierung		Krisen- intervention		Gruppen- psychotherapie	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
war nie berufstätig	25	–	8	6	17	17
ungelernt	25	100	25	11	17	–
angelernt	25	–	8	–	–	25
einfacher Dienst <sup>a</sup>	–	–	33	6	–	–
mittlerer Dienst <sup>a</sup>	–	–	8	61	–	33
Facharbeiter, Handwerker	25	–	–	6	17	8
Meister	–	–	–	–	17	–
gehobener Dienst <sup>a</sup>	–	–	17	6	–	8
Akademiker, Freiberufler	–	–	–	–	17	8
derzeit in Ausbildung bzw. Umschulung	–	–	–	6	17	–

Anmerkung. Es werden deskriptiv die gerundeten relativen Häufigkeiten in Bezug auf die Behandlungsgruppe mitgeteilt.

a = angestellt oder beamtet

#### 4.3.4 Erwerbssituation

Während bei der Gruppe „Detoxifizierung“ kein Patient in Vollzeit angestellt ist, war dies bei den weiblichen Patienten der Gruppen „Krisenintervention“ und „Gruppenpsychotherapie“ bei 17% der Fall. Nur 8% der männlichen Teilnehmern der Gruppe Krisenintervention sind ebenfalls in Vollzeit beschäftigt. Der größte Teil dieser Gruppe ist entweder ohne Beschäftigung oder arbeitslos gemeldet, was auch auf die männlichen Teilnehmer der Gruppe „Gruppenpsychotherapie“ zutrifft. Die weiblichen Teilnehmer der Gruppen „Krisenintervention“ und „Gruppenpsychotherapie“ sind am häufigsten in der Ausbildung/Umschulung oder studieren.

Tabelle 6. Behandlungsgruppen, Geschlecht und aktuelle Erwerbssituation bei Aufnahme (in Prozent).

Erwerbssituation	Qualifizierte Entzugsbehandlung		Krisenintervention		Gruppenpsychotherapie	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
in Vollzeit	–	–	8	17	–	17
in Teilzeit	25	–	8	6	–	–
Hausfrau / -mann	–	–	8	–	–	–
Ausbildung / Umschulung	25	–	8	6	17	33
Student /-in	–	–	8	28	–	–
Wehr- /Zivildienst / Soziales Jahr	25	–	8	11	–	8
ohne Beschäftigung	25	50	17	–	50	8
arbeitslos gemeldet	–	50	25	6	17	17
Erwerbsunfähigkeits-Rente	–	–	8	11	17	17
Altersrente	–	–	–	11	–	–
beurlaubt	–	–	–	6	–	–

*Anmerkung.* Es werden deskriptiv die gerundeten relativen Häufigkeiten in Bezug auf die Behandlungsgruppe mitgeteilt.

#### 4.3.5 Wohnsituation

Häufigste Wohnform waren alleinlebend und nicht-alleinlebend in Mietwohnungen, nur ein geringer Anteil besaß Eigentum, lebte ohne festen Wohnsitz oder in einer therapeutischen Wohngemeinschaft. Bei 89% der Stichprobe war die Wohnsituation zum Zeitpunkt der Entlassung unverändert. Zu jeweils 6% änderte sich die Wohnsituation für Patienten zum Ende der Therapie dahin, dass diese nun mit einer anderen Person/Gruppe den Wohnsitz teilten bzw. nun alleine wohnten. Veränderungen dieser Situation waren nicht mit dem Behandlungserfolg assoziiert.

#### 4.3.6 Einweisungsart

Die 54 Patienten der Stichprobe sind vor allem über die interne Ambulanz der Klinik gekommen.

- Detoxifizierung: 100% der männlichen, 60% der weiblichen Patienten
- Krisenintervention: 46% der männlichen, 30% der weiblichen Patienten
- Gruppenpsychotherapie: 29% der männlichen, 26% der weiblichen Patienten

In der Gruppe „Gruppenpsychotherapie“ kommt ein ähnlich großer Teil dazu, der ohne ärztliche Einweisung aufgenommen wurde (29% der männlichen, 21% der weiblichen). In der Gruppe „Krisenintervention“ sind dies 19% der weiblichen Patienten. Durch Überweisungen von niedergelassenen Ärzten wurde je nach Gruppe zwischen 20 und 38% eingewiesen.

#### 4.3.7 Behandlungsdauer und -episoden, ambulante und (teil)stationäre psychiatrische Vorbehandlung

Die Behandlungsdauern variieren je nach Therapiekonzept zwischen 3 und 9 Wochen, wobei hier keine großen Unterschieden zwischen den Geschlechtern auffallen. Alle Patienten hatten eine teilstationäre Vorbehandlung, welche Form dies hatte, war allerdings in der BADO nicht zu eruieren. Wegen der teilweise doch geringen Anzahl  $n$ , ist es trügerisch, Vergleiche zwischen Patienten mit und ohne ambulante Vorbehandlung aufzustellen. 20% aller Patienten der Stichprobe weisen mehr als eine Behandlungsepisode während des Untersuchungszeitraums auf. Wobei dies am häufigsten bei den weiblichen Patienten der Gruppe „Krisenintervention“ (28%) und den männlichen Patienten der Gruppe „Detoxifizierung“ (25%) der Fall war. 9% der Stichprobe wiesen eine zweite auf und mit 2% bzw  $n=1$  kam eine dritte Gruppe mit 6 Episoden. Der Regelfall ist jedoch in jeder Behandlungsgruppe eine Episode.

Tabelle 7. Behandlungsgruppen, Geschlecht und Behandlungsdauern in Tagen.

Geschlecht	Qualifizierte Entzugsbehandlung	Krisenintervention	Gruppenpsychotherapie
männlich	22.5 (7.3)	30.9 (8.6)	62.4 (20.9)
weiblich	20.5 (0.7)	32.4 (14.3)	60.9 (22.6)
alle	21.8 (5.8)	31.8 (12.2)	61.4 (21.5)

*Anmerkung.* Es werden deskriptiv die Mittelwerte  $M$  und in Klammern die Streuungen  $SD$  mitgeteilt.

Tabelle 8. Behandlungsgruppen, Geschlecht und psychiatrische Vorbehandlungen (in Prozent).

Geschlecht		Qualifizierte Entzugsbehandlung		Krisenintervention		Gruppenpsychotherapie	
		ambulant	(teil-) stationär	ambulant	(teil-) stationär	ambulant	(teil-) stationär
männlich	Nein	25	–	25	–	33	–
	Ja	75	100	75	100	67	100
weiblich	Nein	100	–	33	–	67	–
	Ja	–	100	67	100	33	100

*Anmerkung.* Es werden deskriptiv die gerundeten relativen Häufigkeiten in Bezug auf die Behandlungsgruppe mitgeteilt.

#### 4.3.8 Suizidalität

Bereits während der Aufnahme wurden ein Großteil der Patienten als suizidal eingestuft. Dies traf vor allem auf Patienten der „Gruppenpsychotherapie“ zu (ca. 90%), gefolgt von der Gruppe „Krisenintervention“ (ca. 65%). Dies besserte sich bei allen Patienten während der Therapie, lediglich bei den Frauen der Gruppe „Gruppenpsychotherapie“ traten zu 92% suizidale Krisen im Verlauf der Behandlung auf. Laut Anamnese haben 67% der weiblichen Teilnehmer und 50% der männlichen Teilnehmer der Gruppe „Gruppenpsychotherapie“ bereits einen Suizidversuch unternommen. Für die Gruppe „Krisenintervention“ trifft dies für 75% der Männer und 72% der Frauen zu. Während der stationären Behandlung unternahm eine Frau aus der Krisenintervention und ein Mann aus der Gruppenpsychotherapie einen Suizidversuch. Patienten aus der Entzugsbehandlung zeigten dieses Verhalten nicht, bis auf eine Teilnehmerin.

### 4.3.9 Diagnosen nach ICD-10

Tabelle 9. Verteilung der Erstdiagnosen laut Entlassungsbrief (psychische und Verhaltensstörungen nach ICD-10) bei  $n=54$  stationär behandelten männlichen und weiblichen Psychiatriepatienten je nach Untersuchungs-Teilstichprobe.

Untersuchungs-Teilstichprobe und vergebene F-Diagnosen <sup>a</sup>	<u>männlich</u>		<u>weiblich</u>	
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Qualifizierte Entzugsbehandlung QEB		4		2
10 Störungen durch Alkohol	16.7	1	16.7	1
12 Störungen durch Cannabinoide	16.7	1	16.7	1
32 Depressive Episode	33.3	2	0	0
Krisenintervention KIV		12		18
11 Störungen durch Opiode	3.3	1	0	0
15 Störungen sonst. Substanzen / Koffein	0	0	3.3	1
20 Schizophrenie	3.3	1	0	0
23 akute vorüberg. psychotische Störungen	0	0	3.3	1
31 Bipolare affektive Störung	0	0	3.3	1
32 Depressive Episode	13.3	4	20.0	6
33 Rezidiv. depressive Episode	3.3	1	13.3	4
42 Zwangsstörung	0	1	0	0
43 Anpassungsstörung	0	0	3.3	1
60 Persönlichkeitsstörung	6.7	2	10.0	3
61 Kombinierte Pers.Störung	3.3	1	3.3	1
64 Störungen der Geschlechtsidentität	3.3	1	0	0
Gruppenpsychotherapie GPT		6		12
32 Depressive Episode	16.7	3	16.7	3
33 Rezidiv. depressive Episode	0	0	16.7	3
34 Anhalt. affektive Störungen	0	0	5.1	1
41 Sonst. Angststörungen	5.1	1	5.1	1
48 Sonst. neurotische Störungen	0	0	5.1	1
60 Persönlichkeitsstörung	11.1	2	16.7	3

Anmerkung. <sup>a</sup>Die Bezeichnungen sind abgekürzt. Die Prozentzahlen sind auf die jeweilige Untersuchungs-Teilstichprobe bezogen.

Tabelle 9 zeigt die Verteilung der Erstdiagnosen nach den ICD-10-Kriterien für psychische und Verhaltensstörungen, wie sie in den sog. „Arztbriefen“ bei Entlassung gestellt wurden, für die  $N=54$  stationär behandelten Patienten der Station PS1 getrennt nach Geschlecht und Untersuchungs-Teilstichprobe. Innerhalb der Untersuchungs-Teilstichproben fallen die Unterschiede zwischen den Geschlechtern vernachlässigbar gering aus: Sie sind am ehesten noch in der Teilstichprobe „Krisenintervention KIV“ erkennbar, wo die weiblichen Patienten prozentual häufiger Diagnosen aus den ICD-10-Abschnitten „Affektive Störungen“ aufweisen; allerdings ist die absolute Fallzahl hier zu gering, als dass man diesen Unterschied inhaltlich interpretieren sollte. Die Behandlungsgruppen „Qualifizierte Entzugsbehandlung QEB“ und „Krisenintervention KIV“ erscheinen relativ heterogen, was eine Relativierung der jeweiligen Diagnosen-

Zahl über die jeweilige Teilstichproben-Fallzahl zeigt: Es ergibt sich eine Heterogenitätsrangreihe von .50 (QEB), .40 (KIV) und .21 (GPT).

Tabelle 10. Verteilung aller F-Diagnosen (psychische und Verhaltensstörungen nach ICD-10) bei  $n=54$  stationär behandelten männlichen und weiblichen Psychatriepatienten je nach Untersuchungs-Teilstichprobe ( $n$ =Anzahl der Nennungen bei Mehrfachnennungen).

F-Diagnose <sup>a</sup>		QEB		KIV		GPT	
		%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
10	Störungen durch Alkohol	33.3	2	6.7	2	11.1	2
11	Störungen durch Opioide	0	0	3.3	1	0	0
12	Störungen durch Cannabinoide	100.0	6	10.0	3	5.6	1
13	Störungen durch Sedativa / Hypnotika	0	0	6.7	2	5.6	1
15	Störungen sonst. Substanzen / Koffein	0	0	3.3	1	0	0
17	Störungen durch Tabak	16.7	1	0	0	0	0
19	Störungen durch multiple Substanzen	16.7	1	10.0	3	11.1	2
20	Schizophrenie	0	0	3.3	1	0	0
23	Akute vorüberg. psychot. Störungen	0	0	3.3	1	0	0
31	Bipolare affektive Störung	0	0	3.3	1	0	0
32	Depressive Episode	66.7	4	43.3	13	50.0	9
33	Rezidiv. depressive Episode	0	0	23.3	7	22.2	4
34	Anhalt. affektive Störungen	0	0	3.3	1	5.6	1
41	Sonst. Angststörungen	0	0	3.3	1	16.7	3
42	Zwangsstörung	0	0	3.3	1	0	0
43	Anpassungsstörung	0	0	3.3	1	5.6	1
44	Dissoziative Störung	0	0	0	0	5.6	1
45	Somatoforme Störungen	0	0	3.3	1	5.6	1
48	Sonst. neurotische Störungen	0	0	0	0	5.6	1
50	Essstörungen	16.7	1	10.0	3	16.7	3
52	Sexuelle Funktionsstörungen	0	0	3.3	1	0	0
60	Persönlichkeitsstörung	16.7	1	40.0	12	61.1	11
61	Kombinierte Pers.Störung	0	0	23.3	7	11.1	2
62	Andauernde Pers.Änderung	0	0	3.3	1	0	0
63	Störungen der Impulskontrolle	0	0	3.3	1	0	0
64	Störungen der Geschlechtsidentität	0	0	3.3	1	0	0
65	Störungen der Sexualpräferenz	0	0	3.3	1	0	0
66	Sexuelle Entwicklung / Orientierung	0	0	0	0	5.6	1
70	Leichte Intelligenzminderung	16.7	1	0	0	0	0
95	Ticstörungen	0	0	0	0	5.6	1

Anmerkung. <sup>a</sup>Die Bezeichnungen sind abgekürzt. QEB = Qualifizierte Entzugsbehandlung, KIV = Krisenintervention, GPT = Gruppenpsychotherapie. Die Prozentzahlen sind auf die jeweilige Untersuchungs-Teilstichprobe bezogen. Wegen Mehrfachnennungen addieren sich die Prozentwerte nicht notwendigerweise zu 100%.

Tabelle 10 zeigt die Verteilung aller überhaupt vergebenen ICD-10-F-Diagnosen über alle behandelten männlichen und weiblichen Psychatriepatienten hinweg, aber wiederum getrennt nach den drei Untersuchungs-Teilstichproben. Hier wurde nach dem Prinzip der Mehrfachnennungen ausgewertet, welches alle Diagnosen „gleichwertig“ behandelt. Der

Median aller vergebenen F-Diagnosen liegt für alle drei Untersuchungs-Teilstichproben bei  $MD = 2-3$ , d.h. meist wurden 2-3 Diagnosen pro Patient vergeben. Qua Inspektion erscheint die Behandlungsgruppe „Krisenintervention KIV“ wiederum heterogener im Vergleich zu den beiden anderen Teilstichproben. Es wurden hier 24 verschiedene F-Diagnosen vergeben im Vergleich zu 17 bei „Gruppenpsychotherapie GPT“ und 8 bei „Qualifizierte Entzugsbehandlung QEB“. Die Relativierung über die Zahl aller vergebenen Diagnosen (nämlich 30) ergibt .80 (KIV), .57 (GPT) und .27 (QEB), d.h. die Rangreihe der absoluten Diagnosen-Heterogenität spiegelt sich in den Quotienten wider. Gleichwohl gibt es „Brücken“ zwischen den drei Untersuchungs-Teilstichproben: Der Schwerpunkt der F-Diagnosen liegt bei den Behandlungsgruppen „Krisenintervention KIV“ und „Gruppenpsychotherapie GPT“ im ICD-10-Abschnitt der Persönlichkeitsstörungen sowie in F32 „Depressive Episode“, und eben diese F32-Diagnose ist auch bei den Patienten der „Qualifizierten Entzugsbehandlung QEB“ bei zwei Dritteln gegeben. Insgesamt besteht die vorliegende Stichprobe aus insgesamt 3 Untersuchungs-Teilstichproben, die sich soziodemografisch wie klinisch unterscheiden lassen. Diese Teilstichproben sind auch „in sich“ klinisch relativ heterogen, vor allem die Untersuchungs-Teilstichprobe „Krisenintervention KIV“. Methodisch ist diese relative Heterogenität jedoch von Vorteil, weil sie die Variation in den Daten erhöht. Inhaltlich ist sie irrelevant, da die vorliegende Untersuchung keine Therapiestudie ist, welche die Effektivität einer Behandlungsmaßnahme an einem möglichst genau zu umschreibenden Störungsbild evaluiert, sondern vielmehr am Beispiel einer stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung untersucht, inwiefern Patienten mit unterschiedlichem relativem Behandlungserfolg dieses bestimmte stationäre Setting in seinen Bestandteilen unterschiedlich erleben und bewerten. Und das Patientengut der untersuchten Psychiatriestation ist eben typischerweise heterogen.

#### **4.4 Die Bestimmung des Behandlungs-Outcomes**

In der vorliegenden Untersuchung soll geprüft werden, inwiefern das Behandlungsangebot und das stationäre Setting einer Psychotherapiestation von Patientengruppen mit „relativ höherem“ und solchen mit „relativ niedrigerem Behandlungserfolg“ am Ende der Behandlung jeweils verschieden erlebt und in seiner Wichtigkeit zum Behandlungsgeschehen unterschiedlich beurteilt wird. Die Bildung

dieser Gruppen geschah über eine Medianhalbierung anhand eines globalen Outcome-Maßes. Dieses Outcome-Maß wird im Folgenden inhaltlich charakterisiert und seine Konstruktion dargelegt. Zuerst wird jedoch aufgezeigt, dass dieses Outcome-Maß auf Gruppenebene auch tatsächlich unter dem Behandlungsprozess stattgehabte intendierte Veränderungen („Besserungen“ im Sinne von mehr „Interpersonaler Kompetenz“) abbildet. Die folgenden Darlegungen werden hier im Abschnitt 4.4.1-4.4.3 „Beschreibung der Messinstrumente“ vorgenommen, weil es in der vorliegenden Untersuchung nicht um den Outcome als Ergebnis- bzw. Zielvariable („Endpunkt“) geht, sondern um den Outcome als möglichen Mediator für Erleben und Wichtigkeitsurteil.

Als Kriterien für die Operationalisierung des Behandlungs-Outcome wurden die Daten der 54 Patienten vom Zeitpunkt "Behandlungsende" herangezogen. Als in Bezug auf die Patientenpopulation eher unspezifische Maße wurden hierzu verwendet der GSI-9 aus der SCL-K 9 (Klaghofer R. und Brähler E. 2001), die eine Kurzform der Symptom-Checkliste SCL-90-R ist (Franke G.H. 1995), und der Gesamtwert aus dem Beck-Depressions-Inventar-Skala [BDI, (Hautzinger M. et al. 1995)]. Als eher spezifische Maße wurden die 8 Subskalen des IIP-D [„Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme“; (Horowitz L.M. et al. 1994)] verwendet. Das hier verwendete Outcome-Maß reflektiert also allgemeine wie spezifische subjektive Aspekte der Symptomatik zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Behandlung. Es ist eher ein konservatives Maß, weil etwaige ungünstige Skalenwerte die vorhandenen sonstigen günstigen Werte nivellieren können.

#### **4.4.1 Symptomcheckliste (SCL-K 9)**

Die Symptomcheckliste SCL-K-9 ist eine Kurzfassung der SCL-90-R, welche ein 1977 von Derogatis entwickeltes (Derogatis L.R. 1977; Derogatis L.R. 1986) und 1995 von Franke als deutsche Version (Franke G.H. 1995) veröffentlichtes Selbstbeurteilungsinstrument ist. Sie misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung einer Person durch körperliche und psychische Symptome innerhalb eines Zeitraumes von sieben Tagen. Die SCL-90-R besteht aus 90 Items in 9 Skalen, welche die Bereiche Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/ Feindlichkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und

Psychotizismus umfassen. Die einzelnen Items sind vom Probanden auf einer fünfstufigen Ratingskala von 0 (überhaupt nicht) bis 4 (sehr stark) zu bewerten. Drei globale Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten des Probanden bei allen Items: Der GSI-90 (Global Severity Index) erfasst die grundsätzliche psychische Belastung, PST (Positive Symptom Total) gibt die Anzahl der Symptome an, bei welchen eine Belastung vorliegt und PSDI (Positive Symptom Distress Index) die Antwortintensität. In mehreren Studien zeigte sich jedoch, dass die dimensionale Struktur mit 9 Skalen faktorenanalytisch nicht bestätigt werden konnte [vgl. (Hessel J. et al. 2001)]. Vielmehr stellt die SCL-90-R als Gesamtskala ein Instrument zur Messung des globalen „psychischen Beschwerdedruckes (GSI)“ dar. Klaghofer und Brähler entwickelten 1998 mit dem SCL-K-9 eine Kurzform der SCL-90-R, die in dieser Studie zur Anwendung kommt (Klaghofer R. und Brähler E. 2001). Ziel war es den „psychischen Beschwerdedruck“ mit einer gekürzten und somit anwenderfreundlicheren Version zu bestimmen. Anhand einer Repräsentativbefragung von 1996 wählten sie aus den neun Skalen der SCL-90-R jeweils das Item mit der höchsten Korrelation zum GSI-90 aus. Die so gebildete Kurzfassung besteht aus 9 Items und ist im Gegensatz zur SCL-90-R eindimensional. Sie zeigte im Vergleich GSI-9 zu GSI-90 (anhand der Daten der Repräsentativbefragung von 1996, vgl. Klaghofer & Brähler 2001) eine Korrelation von  $r = .93$  und ist insofern gut geeignet den psychischen Beschwerdedruck zu messen. Ihre innere Konsistenz (Cronbach's Alpha) liegt bei .87, die Trennschärfe der Items zwischen .53 und .68. Da die Kurzform eine gute Reliabilität aufweist und ihr Gesamtwert mit dem der Originalskala hoch korreliert und ein übersichtlicher Fragebogen die Patientencompliance fördert, wird in dieser Studie der SCL-K-9 als Selbstbeurteilungsinstrument verwendet.

#### **4.4.2 Beck-Depressions-Inventar (BDI)**

Das Beck-Depressions-Inventar (BDI) ist ein seit über 30 Jahren international weit verbreitetes und allgemein anerkanntes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung des Schweregrades depressiver Symptomatik. Das BDI entstand unabhängig von einer spezifischen Depressionstheorie aufgrund klinischer Beobachtungen der Beschwerden und Klagen depressiver Patienten. Von depressiven Patienten häufig und von nichtdepressiven Patienten selten berichtete Symptome wurden zu 21 Gruppen von

Aussagen komprimiert. Depression wird dabei als komplexe Störung aufgefasst, die affektive, kognitive, motivationale, somatische und behaviorale Komponenten umfasst. Der hier vorliegenden deutschen Version (Hautzinger M. et al. 1995) liegt die Ausgabe des BDI von Beck & Steer (Beck A.T. und Steer R.A. 1987) zugrunde. Die Items des BDI beziehen sich im Einzelnen auf folgende Symptome: (A) Traurige Stimmung (B) Pessimismus (C) Versagen (D) Unzufriedenheit (E) Schuldgefühle (F) Strafbedürfnis (G) Selbsthass (H) Selbstanklagen (I) Selbstmordimpulse (J) Weinen (K) Reizbarkeit (L) Sozialer Rückzug und Isolierung (M) Entschlussfähigkeit (N) negatives Körperbild (O) Arbeitsunfähigkeit (P) Schlafstörungen (Q) Ermüdbarkeit (R) Appetitverlust (S) Gewichtsverlust (T) Hypochondrie (U) Libidoverlust.

Jede der 21 Symptomgruppen enthält vier Aussagen. Hier sind in einfachen Sätzen die depressiven Symptome in aufsteigendem Schweregrad und zunehmender Beeinträchtigung von 0 = nicht vorhanden, über 1 = leichte Ausprägung, 2 = mäßige Ausprägung bis 3 = starke Ausprägung beschrieben. Der Proband soll nun aus jeder Gruppe die Aussage auswählen, die seine gegenwärtige (letzte Woche einschließlich heute) Lage am besten beschreibt. Zur Auswertung wird ein Summenwert gebildet, der zwischen 0 und 63 Punkten liegt. Werte unter 11 Punkten können grundsätzlich als unauffällig, im normalen Bereich angesehen werden. Werte zwischen 11 und 17 Punkten weisen auf eine milde bis mäßige Ausprägung depressiver Symptome hin. Als klinisch relevant gilt der Punktwert von 18 und darüber. Dieser Grenzwert liegt zwei Standardabweichungen über dem Mittelwert der gesunden Probandengruppe (Mittelwert 6.45; Standardabweichung 5.2) und eine Standardabweichung über den Mittelwerten der psychosomatischen Patientengruppen (Mittelwert 11.4; Standardabweichung 7.6) sowie nahe (minus 1/2 Standardabweichung) beim Mittelwert der depressiven Patienten (Mittelwert 23.7; Standardabweichung 9.8). Insgesamt erweist sich das BDI als zuverlässiges, konsistentes, valides, sensibles und damit gut brauchbares Instrument zur Messung des Schweregrades depressiver Symptomatik und deren Veränderung durch Behandlungsmaßnahmen.

#### **4.4.3 Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D)**

Das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D), das nun in der 2. überarbeiteten und neu normierten Auflage vorliegt (Horowitz L.M. et al. 2000), ist ein

Fragebogen zur Selbsteinschätzung interpersonaler Probleme, d.h. zu Problemen im Umgang mit anderen Menschen. In der vorliegenden Arbeit wird dabei auf die erste deutsche Version von 1994 zurückgegriffen (Horowitz L.M. et al. 1994). Erfragt werden interpersonale Verhaltensweisen die dem Probanden schwer fallen und die ein Proband im Übermaß zeigt. Der Fragebogen erlaubt eine differenzierte Diagnostik interpersonaler Probleme primär im klinischen Kontext. Er liegt in einer Lang- und einer Kurzform vor, wobei in dieser Arbeit die Kurzversion mit 64 Items zum Einsatz kam. Jedes Item kann auf einer fünfstufigen Skala von 0 (überhaupt nicht) bis 4 (sehr stark) bewertet werden. Die Auswertung kann über 8 faktorenanalytisch gebildete Skalen erfolgen, die den Oktanten des interpersonalen Kreismodells entsprechen [zu autokratisch (PA), zu streitsüchtig (BC), zu abweisend (DE), zu introvertiert (FG), zu unterwürfig (HI), zu ausnutzbar (JK), zu fürsorglich (LM), zu expressiv (NO)]. Ein Subscale-Score errechnet sich aus dem Durchschnitt der erreichten Werte der entsprechenden Subskalen. Es liegen Referenzdaten für  $n=624$  Patienten vor, die sich in folgende 6 Hauptdiagnosegruppen einteilen lassen: Psychosen  $n=32$ , Neurosen  $n=305$ , Persönlichkeitsstörungen  $n=84$ , Abhängigkeitserkrankungen (v.a. Alkohol und Medikamente)  $n=24$ , Essstörungen  $n=68$  und Psychosomatische Erkrankungen  $n=111$  (Horowitz L.M. et al. 1994, Seite 29, Tabelle 4.1).

#### 4.4.4 Durch das Outcome-Maß erfasste Veränderung

Um zu prüfen, inwiefern die Patienten auf Gruppenebene überhaupt Veränderungen bzw. sogar Besserungen wahrnahmen, wurden mit den oben genannten Skalen Kovarianzanalysen mit Meßwiederholung (MANCOVA im prä-post-Design) durchgeführt, wobei das Alter der Patienten als Kovariate mit einging. Das MANCOVA-Resultat ist in Tabelle 11 dargestellt, wobei die Werte für die IIP-D-Subskalen nach Bonferroni-Korrektur adjustiert aufgeführt sind. Zur Vermeidung der Probleme ipsativer Messungen [die Messfehler ipsativer Items korrelieren, womit solche Berechnungsmodi innerhalb der sog. „Klassischen Testtheorie“ affiziert sind, welche eine Unabhängigkeit der Messfehler voraussetzen; (Stelzl I. 1982)] wurden untransformierte Werte verwendet [vgl. auch Becker P. und Mohr A. (2005)].

Nach den  $\eta^2$ -Effektstärken zu urteilen, ergeben sich die ausgeprägtesten Besserungen in den Skalen BDI (Depressive Symptomatik), GSI-9 (Psychischer Beschwerdedruck) und

der IIP-D FG („zu introvertiert, zu sozial-vermeidend“). Die post-Werte der Patienten sind im Gruppenmittel im BDI gleichwohl noch im „klinisch relevanten“ Bereich (Hautzinger M. et al. 1995), im GSI-9 ebenfalls hochauffällig [der Mittelwert einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe liegt bei  $M = 0.41$  mit einer Streuung von  $SD = 0.51$ ; (Klaghofer R. und Brähler E. 2001)]. Der post-Wert im IIP-D FG entspricht [vgl. Horowitz L.M. et al. (1994), Tabelle 4.1, S. 29] dem prä-Wert von Neurosepatienten ( $M = 15.52$ ;  $SD = 7.2$ ), er erscheint leicht niedriger als der von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ( $M = 17.52$ ;  $SD = 7.1$ ) und höher als der von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen ( $M = 12.32$ ;  $SD = 6.9$ ). — Das Patientenalter kovarierte in keinem Fall mit Skalenwerten aus Tabelle 11.

Tabelle 11. Ergebnisse einer MANCOVA im prä-post-Design an  $N = 54$  Patienten einer Psychiatriestation für Persönlichkeits- und Belastungsstörungen mit dem Patientenalter als Kovariate.

Skala	prä		post		df	F	power	p	eta <sup>2</sup>
	M	SD	M	SD					
BDI	29.12	(10.57)	17.58	(11.96)	2	55.35	1.0	.00	.51
GSI-9	2.22	(0.69)	1.36	(0.81)	2	65.66	1.0	.00	.55
IIP-D PA	10.38	(5.57)	8.83	(5.43)	2	6.61	.71	.05	.11
IIP-D BC	13.47	(6.04)	11.78	(5.73)	2	8.42	.81	.05	.14
IIP-D DE	15.33	(6.46)	13.90	(7.28)	–	–	–	<i>n.s.</i>	–
IIP-D FG	18.24	(7.11)	15.59	(7.23)	2	15.35	.97	.00	.22
IIP-D HI	18.96	(6.38)	17.58	(7.29)	–	–	–	<i>n.s.</i>	–
IIP-D JK	18.53	(5.68)	16.77	(6.19)	2	6.97	.73	.05	.12
IIP-D LM	19.27	(6.07)	17.01	(5.79)	2	9.01	.84	.00	.15
IIP-D NO	13.38	(5.60)	11.83	(5.92)	2	8.76	.83	.05	.14

Anmerkung. Genannt werden die Mittelwerte  $M$  und in Klammern die Standardabweichungen  $SD$ . Das Patientenalter kovarierte stets *n.s.* mit den Skalenwerten.

#### 4.4.5 Psychometrische Eigenschaften des Behandlungs-Outcomes

Technisch wurde das Outcome-Maß über folgende Schritte bestimmt: Die oben genannten Skalen mit ihren Werten zum Messzeitpunkt "Behandlungsende" wurden gemeinsam einer Hauptkomponentenanalyse (PCA) unterzogen und eine Ein-Komponentenlösung gewählt. Die aus dieser Lösung resultierenden Faktorwerte der

Patienten, welche die Information aus allen verwendeten Skalen integrieren, wurden als "Outcome" definiert. Durch eine Medianhalbierung wurde eine Gruppe von Patienten mit „relativ höherem“ und eine mit „relativ niedrigerem Behandlungserfolg“ gebildet.

Zur Psychometrie: Die Daten erfüllten die Voraussetzungen für die PCA gut, denn der Adäquatheitskoeffizient (MSA) nach Kaiser-Meyer-Olkin (Kaiser H.F. und Rice J. 1974) war .86. Die auf eine Komponente beschränkte PCA zeigte mit einem Eigenwerteverlauf von  $\lambda_1 = 5.92$  und für  $\lambda_2 = 1.13$  einen deutlichen Eigenwertsprung bei einer Varianzaufklärung von 59% für die erste Komponente. Die Skalen wiesen Kommunalitäten von  $.49 \leq h \leq .72$  auf (MD = .61) und Ladungen von  $.70 \leq a \leq .85$  (MD = .78). Die Markieritems mit  $a \geq .80$  waren die IIP-D-Subskalen LM (zu fürsorglich / freundlich), HI (zu unterwürfig / selbstunsicher), BC (zu rachsüchtig / konkurrierend) und FG (zu introvertiert / sozial-vermeidend) sowie mit jeweils  $a = .78$  die Skalen BDI und GSI-9. Das Outcome-Maß mit seinen 10 Skalen ist mit einem  $\alpha$ -Cronbach von .92 hoch konsistent. Inhaltlich wird vor allem der Status der „Interpersonalen Kompetenz“ zum Zeitpunkt des Behandlungsendes erfasst. Wie in Tabelle 11 gezeigt, bildet das Outcome-Maß tatsächliche „Besserungen“ ab.

#### **4.4.6 Kontrolle von Geschlecht, Behandlungsgruppe und Alter als mögliche intervenierende Variablen („Confounder“)**

Sollte es der Fall sein, dass die Outcomewerte der Patienten mit deren Alter und deren Geschlecht kovariieren, lägen intervenierende Variablen („Störfaktoren“) im Sinne von Campbell und Stanley (Campbell D.T. und Stanley J.C. 1970) vor. Bei Baron und Kenny (Baron R.M. und Kenny D.A. 1986) wurden sie als „Moderatoren“ gefasst, in der Biometrie werden sie neuerdings eher „Confounder“ genannt. Potenzielle Confounder müssten zusätzlich (z.B. durch statistische Auswertung von entsprechenden Untergruppen) in ihrem Einfluss kontrolliert werden. Nach den Ergebnissen von  $\text{Chi}^2$ -Tests liegen jedoch keine bei  $p = .05$  signifikanten Assoziationen zwischen den Gruppen mit „relativ höherem“ und „relativ niedrigerem Behandlungserfolg“ und dem Geschlecht der Patienten vor, ebenso nicht zwischen „relativ höherem“ und „relativ niedrigerem Behandlungserfolg“ und den drei Patienten-Behandlungsgruppen. In der bereits in Abschnitt „Durch das Outcome-Maß erfasste Veränderung“ dargestellten MANCOVA kovarierte das Patientenalter ebenfalls mit keiner der eingesetzten Skalen (BDI, GSI-9,

alle 8 IIP-D-Subskalen). Geschlecht, Behandlungsgruppe und Alter können demnach im späteren Teil „5. Darstellung der Ergebnisse“ als intervenierende Variablen bzw. Moderatoren oder Confounder empirisch vernachlässigt werden.

#### **4.5 Zum Auswertungs-Rationale**

##### **4.5.1 Design und eingesetzte Auswertungsverfahren**

Insgesamt liegt ein prospektiv-naturalistisches Beobachtungs-Design vor. Der Prozessverlauf unter dem komplexen stationären Behandlungssetting mit den Messzeitpunkten „Mitte-post“ wird im Sinne eines sog. „isolierten Vergleichs“ auf unterschiedliche Effekte zwischen einzelnen Outcomegruppen geprüft (Hager W. 1998). Es wird der normierte klinische Fragebogen SEB [„Stations-Erfahrungsbogen“; (Sammet I. und Schauenburg H. 1999)] und das neu entwickelte „Inventar zum subjektiven Wichtigkeitserleben“ (ISW) eines psychiatrischen Behandlungsangebotes (Kraus C. und Sack P.M. 2003) eingesetzt. Die Auswertung wird über  $2 \times 2$  Varianzanalysen mit Messwiederholung (MANOVAs) mit dem Gruppenfaktor „relativ höherer vs. relativ niedrigerer Behandlungserfolg“ und dem Messwiederholungsfaktor „Zeitpunkt der Behandlung: Mitte, Ende“ vorgenommen. Die Effektstärken von MANOVAs ( $\eta^2$ ) und der t-Tests ( $d$ ) werden zur Abschätzung der Prädiktorqualität verwendet,  $\alpha$ -adjustierte Signifikanzwerte werden mitgeteilt. Die Datenanalysen der vorliegenden Untersuchung beziehen sich auf die Zeitpunkte Behandlungs-Mitte und Behandlungs-Ende (= frühestens drei Tage vor Entlassung von der Station PS1). Die "Behandlungs-Mitte" wurde definiert als der Median aller Behandlungswochen.

##### **4.5.2 Signifikanzniveau, power und Effektstärken**

Insgesamt liegt ein „ $2 \times 2$ “ - Design mit 4 Untersuchungszellen vor, über welches Unterschiedshypothesen zwischen Gruppen und über die Zeit getestet wurden. Das Signifikanzniveau wurde für zu interpretierende Befunde auf ein  $\alpha=.05$  festgesetzt. Die Tabellen listen neben den Prüfstatistiken, Freiheitsgraden, Signifikanzniveaus, Mittelwerten und Standardabweichungen ebenfalls die Effektstärken auf [gemessen über das Maß  $\eta^2$ , i.e. der Prozentsatz erklärter Varianz, vgl. (Cohen J. 1988)]. Ein  $\eta^2$  von

.02 bedeutet einen kleinen Effekt, eines von .07 einen mittleren, eines von .16 einen großen Effekt. Im Falle des t-Tests bezeichnet das Maß  $d$  mit .20, .50 und .80 entsprechende kleine, mittlere und große Effektstärken. Die Effektstärken werden zur Interpretation der signifikanten Befunde herangezogen. Die Teststärke (die theoretische *Power*) des vorliegenden Untersuchungsdesigns ist so bemessen, dass bei einem  $n \geq 25$  pro Zelle mittlere Wechselwirkungs-Effekte entdeckt werden können [vgl. (Bortz J. und Döring N. 2003)]. Denn für ein üblicherweise festgelegtes  $\alpha=.05$  (für die Wahrscheinlichkeit, fälschlich einen Unterschied zu interpretieren) und  $1-\beta=.80$  (für die Wahrscheinlichkeit, einen tatsächlichen Unterschied zu übersehen) sind mittlere Wechselwirkungs-Effekte bereits ab einer Stichprobengröße von 17 Fällen pro Untersuchungszelle nachweisbar, wenn wie hier ein „ $2 \times 2$ “- Messwiederholungsdesign vorliegt. Für die Entdeckung kleiner Wechselwirkungs-Effekte wäre allerdings ein  $n=99$  erforderlich.

#### **4.5.3 Korrekturmaßnahmen zur Verhinderung progressiver Fehlentscheidungen**

Progressive Fehlentscheidungen beruhen (im vorliegenden Untersuchungsfall) auf der fälschlichen Annahme von Unterschieden (= Annahme der Alternativhypothese), d.h. auf einem zu gering angesetzten  $\alpha$ -Niveau. Das Risiko progressiver Fehlentscheidungen wird erhöht, wenn eine Reihe von Voraussetzungen an die Untersuchungsdaten nicht erfüllt ist. Diesen wurde wie folgt vorgebeugt:

##### *(Multi-)Normalverteiltheit sowie Gleichheit und Homogenität der Kovarianzen*

ANOVAs gelten als recht „robust“ gegenüber der Nichterfüllung der Normalverteiltheit und der Varianzhomogenität [(Bortz J. 1999); (Glaser W. 1978)]. Schwerwiegend dagegen sind Verletzungen der Kovarianzhomogenitäts-Voraussetzung, weswegen Epsilon-Korrekturen nach Greenhouse und Geisser vorgenommen wurden (Stevens J.P. 2002). — Korrigierte und unkorrigierte Werte wichen jedoch (auf zwei Nachkommastellen berechnet) so selten voneinander ab, dass diese Fälle empirisch vernachlässigbar erscheinen.

##### *Zu $\alpha$ -Adjustierung bei mehrfachen Einzelvergleichen*

Multiple Einzelvergleiche bzw. multiple Signifikanzprüfungen sind eine weitere Quelle für progressive Fehlentscheidungen. So liegt bei z.B. 5 Einzelvergleichen, die jeweils für

$\alpha=.05$  vorgenommen wurden, das „wahre“ Signifikanzniveau nach der sog. Bonferroni-Schätzung bei  $\alpha=.19$  [vgl.(Bortz J. 1999)], und für Testungen auf  $\alpha=.01$  liegt dieser Wert bei  $\alpha=.04$  [für exakte Werte siehe z.B. (Jacobs K.W. 1976)].

Um dem zu begegnen, werden die Signifikanzen entsprechend der maximalen Zahl der Einzelvergleiche ( $i=8$ ) wie folgt adjustiert berichtet:

$$p = .000 \qquad p_{\text{adj}} = .00$$

$$.001 < p < .020 \qquad p_{\text{adj}} = .05$$

#### *Schätzung der Effektgrößen*

Wie bereits oben erwähnt, wird für die inhaltliche Beurteilung der statistischen Befunde auch das Maß  $\eta^2$  bzw. das Maß  $d$  hinzugezogen. Konzentriert man sich auf signifikante Befunde ab einer mittleren Effektstärke, wird das Risiko progressiver Entscheidungen zusätzlich reduziert.

#### **4.5.4 Vergleich mit Normgruppen**

Im Diskussionsteil werden signifikante Ergebnisse zum SEB mit Daten einer Referenzgruppe aus dem SEB-Manual verglichen. Da die Rohwerte nicht vorliegen kann hierzu kein Signifikanztest durchgeführt werden. Es werden jedoch die Effektstärken zur Interpretation benutzt, so dass eine Interpretation nur nach Augenschein vermieden wird.

#### **4.6 Bestimmung der Messzeitpunkte**

Als Zeitpunkte wurden der jeweilige Mittelpunkt des Aufenthaltes sowie die Daten zum Zeitpunkt der Entlassung miteinander verglichen. Auf eine Erhebung von SEB bzw. ISW-Daten bei der Aufnahme wurde wegen Bedenken des Stationsarztes, aufgrund mangelnder Behandlungserfahrung zu diesem Zeitpunkt, bewusst verzichtet. Es kann somit über diesen Zeitpunkt keine Aussage getroffen werden. Sollte sich kein Zeiteffekt Mitte-Ende ergeben, so ist dies ein Indiz dafür, eine konsolidierte Einschätzung zu erfassen anstelle einer Einschätzung, die unter dem Eindruck einer baldigen Entlassung steht. Wäre eine solche Konfundierung gegeben, so wären die Einschätzungen der Patienten durch einen „Danksage-Effekt“ an die Behandlungseinrichtung verzerrt.

## 5 Darstellung der Ergebnisse

Die Ergebnisse des Stationserfahrungsbogen (SEB) und des Inventars zur Erfassung des subjektiven Wichtigkeitserlebens von Therapieangeboten (ISW) werden dargestellt.

Folgende Leitfragen sollen dabei beantwortet werden:

- Wird das Behandlungsangebot der Psychotherapiestation von Patientengruppen mit eher höherem und solchen mit eher niedrigem Behandlungserfolg am Ende der Behandlung jeweils verschieden erlebt und in seiner Wichtigkeit zum Behandlungsgeschehen unterschiedlich beurteilt? Wenn ja, in welchen Aspekten?
- Wird das stationäre Setting von Patientengruppen mit eher höherem und solchen mit eher niedrigem Behandlungserfolg jeweils verschieden erlebt? Wenn ja, in welchen Aspekten?
- Ist das Erleben des stationären Settings und die Wichtigkeitseinschätzung der Behandlungsbestandteile bereits in der Behandlungsmitte gegeben oder ändert es sich noch zum Zeitpunkt des Behandlungsendes?

Nach der Kurzbeschreibung der jeweiligen SEB- bzw. ISW-Skala wird das Resultat der varianzanalytischen Überprüfung (Messwiederholung über die Zeitpunkte Therapie-Mitte und Therapie-Ende) in tabellarischer Form dargestellt. Für den Zeitpunkt „Therapie-Ende“ werden die Werte beider Patientengruppen im SEB mit den Werten der Referenzgruppe aus dem Manual verglichen. Hierbei wird die Effektstärke  $d$  verwendet [Differenz der jeweiligen Mittelwerte, relativiert über die gemittelte Streuung, (Bortz J. und Döring N. 2003)] Als Referenzgruppe wird eine Stichprobe von 242 stationären Psychotherapiepatienten aus 11 Kliniken aus dem Jahr 1997 herangezogen (Sammet I. und Schauenburg H. 1999, Tabelle 5, Seite 19).

Da für das ISW zu Therapie-Ende weniger Daten vorliegen als für den SEB, statt  $n=54$  nur  $n=36$  (=ein Drittel missing data), soll für die ISW-Skalen zusätzlich überprüft werden:

- Sind die Mittelwerte der Patientengruppen „eher höherer Behandlungserfolg“ und „eher niedriger Behandlungserfolg“ zum Zeitpunkt Therapie-Mitte verschieden? Die Prüfung erfolgt über t-Tests.

- Sind die Mittelwerte der Patientengruppen zum Zeitpunkt Therapie-Mitte (n=54) verschieden von denen zum Zeitpunkt Therapie-Ende (n=36) (optische Vergleiche)?

Können beide Fragen negativ beantwortet werden, so hat der Schwund von einem Drittel der ISW-Fragebögen einen vernachlässigbaren Effekt auf die Resultate.

Die abweichende Fallzahl im ISW kommt dadurch zustande, dass nicht alle Patienten jede Therapiemöglichkeit des Stationssettings wahrgenommen bzw. während ihres gesamten Stationsaufenthalts bis zur Entlassung genutzt haben und nur diejenigen in die ISW-Stichprobe aufgenommen wurden, bei denen der Datensatz komplett war. Dies ist rechentechnisch bedingt, weil in Messwiederholungen nur solche Fälle überhaupt einbezogen werden.

## 5.1 Beschreibung der Ergebnisse aus dem Stationserfahrungsbogen (SEB)

### 5.1.1 Skala „Selbstwirksamkeit“

Dies ist ein erfolgsbezogenes Merkmal, welches in 6 Items die Ausprägung der Überzeugung beschreibt, sich selbst und die Umwelt beeinflussen zu können. Ein hoher Skalenwert steht für eine positive Erwartung bezüglich der Selbstwirksamkeit.

Es besteht ein hochsignifikanter Unterschied im Behandlungserfolg zwischen den beiden Gruppen, wobei die Patienten mit eher höherem Behandlungserfolg eine positivere Erwartung haben. Im Laufe der Therapie verbessert sich die Selbstwirksamkeitserwartung signifikant, wobei allerdings bei der Gruppe „eher niedriger Behandlungserfolg“ auch die Streuung zunimmt, während sie bei der Gruppe „eher höherer Behandlungserfolg“ abnimmt. Dennoch ist die Verbesserung über die Zeit generell groß ( $\eta^2=.12$ ).

Unterschiede zu den Werten ( $M=3.40$ ,  $SD=1.04$ ) der Referenzgruppe aus dem SEB-Manual fallen bei der Gruppe „eher höherer Behandlungserfolg“ mit einer Effektstärke  $d=0.96$  (großer Effekt) auf, und bei der Gruppe „eher niedriger Behandlungserfolg“ mit  $d=-0.35$  (kleiner Effekt). Die Gruppe „eher höhere Behandlungserfolg“ beschreibt ihr Erleben also deutlich positiver als die Referenzgruppe, die Gruppe „eher niedriger Behandlungserfolg“ geringfügig schlechter als die Referenzgruppe.

Tabelle 12. Skala „Selbstwirksamkeit“. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=28$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=26$ ) zu den Zeitpunkten Behandlungsmitte und Behandlungsende (MANOVAs mit Messwiederholung).

SEB-Skala	Zeitpunkt	+ Erfolg	$\pm$ Erfolg	alle
GKE_M	Mitte	3.94 (0.96)	2.81 (0.80)	3.36 (1.04)
GKE_E	Ende	4.27 (0.76)	3.04 (1.04)	3.63 (1.10)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	$\eta^2$	Power
Behandlungserfolg	28.37	1	.00	.35	1.00
Zeit (Mitte-Ende)	7.25	1	.01	.12	.75
Behandlungserfolg $\times$ Zeit	-	1	n.s.	-	-

*Anmerkungen.* Aufgeführt sind die Mittelwerte  $M$  und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen  $SD$ .

### 5.1.2 Skala „*Beziehung zum therapeutischem Team*“

Die 7 Items der Skala dienen der Erfassung der therapeutischen Atmosphäre des Stationssettings, vermittelt durch das Team als Ganzes. Ein hoher Wert steht hierbei für eine gute Beziehung zum Team.

Beide Patientengruppen haben eine ähnliche Einschätzungen des therapeutischen Teams. Veränderungen finden insgesamt nur in einem sehr kleinen Ausmaß statt, so dass es dementsprechend auch keine generelle Verbesserungen über die Zeit gibt. Bei Therapie-Ende geben die Patienten mit eher niedrigerem Behandlungserfolg einen höheren Wert an, der sich statistisch nicht gegen den Zufall absichern lässt. Die Streuung der Gruppe „eher niedrigerer Behandlungserfolg“ nimmt im Verlauf ab, was auf eine homogenere Einschätzung schließen lässt. Unterschiede zu den Werten ( $M=4.69$ ,  $SD=0.81$ ) der Referenzgruppe aus dem SEB-Manual fallen bei der Gruppe „eher höherer Behandlungserfolg“ mit einer Effektstärke  $d=0.23$  (kleiner Effekt), und bei der Gruppe „eher niedriger Behandlungserfolg“ mit  $d=-0.17$  (kleiner Effekt) auf. Die Gruppe „eher höhere Behandlungserfolg“ sieht ihre Beziehung zum therapeutischen Team also geringfügig besser als die Referenzgruppe, die Gruppe „eher niedriger Behandlungserfolg“ geringfügig schlechter als die Referenzgruppe.

Tabelle 13. Skala „*Beziehung zum therapeutischem Team*“. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=28$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=26$ ) zu den Zeitpunkten Behandlungsmitte und Behandlungsende (MANOVAs mit Messwiederholung).

SEB –Skala	Zeitpunkt	+ Erfolg	$\pm$ Erfolg	alle
TEA_M	Mitte	4.85 (0.75)	4.37 (1.18)	4.60 (1.02)
TEA_E	Ende	4.87 (0.78)	4.55 (0.81)	4.70 (0.81)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta <sup>2</sup>	Power
Behandlungserfolg	-	1	n.s.	-	-
Zeit (Mitte-Ende)	-	1	n.s.	-	-
Behandlungserfolg $\times$ Zeit	-	1	n.s.	-	-

*Anmerkungen.* Aufgeführt sind die Mittelwerte  $M$  und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen  $SD$ .

### 5.1.3 Skala „Beziehung zum Einzeltherapeuten“

Die Qualität der Beziehung zum Therapeuten wird mit 4 Items erhoben. Hierbei wird das Gefühl einfühlenden Verstehens und eine kognitive Komponente der Problembewertung durch den Therapeuten, sowie gefühlsmäßige Nähe und Vertrauen zum Therapeuten bewertet. Hohe Werte stehen für eine gute einzeltherapeutische Beziehung.

Beide Patientengruppen behalten über den Behandlungszeitraum relativ hohe, konstante Werte, ohne allerdings signifikante Unterschiede bzw. Veränderungen aufzuweisen. Die Gruppe „eher höherer Behandlungserfolg“ bewertet ihr Verhältnis gegenüber dem Therapeuten zum Ende zwar besser, während der Mittelwert bei der Gruppe „eher niedriger Behandlungserfolg“ niedriger wird, dies lässt sich statistisch aber nicht absichern. Unterschiede zu den Werten ( $M=4.68$ ,  $SD=0.94$ ) der Referenzgruppe aus dem SEB-Manual fallen bei der Gruppe „eher höherer Behandlungserfolg“ mit einer Effektstärke  $d=0.22$  (kleiner Effekt) und bei der Gruppe „eher niedriger Behandlungserfolg“ mit  $d=-0.11$  (kleiner Effekt) auf. Die Gruppe „eher höhere Behandlungserfolg“ beschreibt die Beziehung zum Therapeuten geringfügig besser als die Referenzgruppe, die Gruppe „eher niedriger Behandlungserfolg“ geringfügig schlechter als die Referenzgruppe.

Tabelle 14. Skala „Beziehung zum Einzeltherapeuten“. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=28$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=26$ ) zu den Zeitpunkten Behandlungsmitte und Behandlungsende (MANOVAs mit Messwiederholung).

SEB –Skala	Zeitpunkt	+ Erfolg	$\pm$ Erfolg	alle
BEZ_M	Mitte	4.65 (1.11)	4.64 (0.85)	4.65 (0.98)
BEZ_E	Ende	4.89 (0.99)	4.58 (0.90)	4.73 (0.94)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta <sup>2</sup>	Power
Behandlungserfolg	-	1	n.s.	-	-
Zeit (Mitte-Ende)	-	1	n.s.	-	-
Behandlungserfolg $\times$ Zeit	-	1	n.s.	-	-

*Anmerkungen.* Aufgeführt sind die Mittelwerte  $M$  und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen  $SD$ .

### 5.1.4 Skala „Gruppenklima“

Die Wahrnehmung der gefühlsmäßigen Atmosphäre zwischen den stationären Patienten wird durch 7 Items erfasst. Hohe Werte stehen für ein gutes Klima unter den Mitpatienten. Hierbei ist anzumerken, dass dies die Situation außerhalb der Gruppensitzungen beschreibt, insofern ist die Bezeichnung ein wenig unglücklich gewählt.

Unterschiede zwischen den beiden Gruppen fallen mit einem hochsignifikanten Effekt auf. Patienten mit eher höherem Behandlungserfolg sehen das Gruppenklima weitaus positiver. Die Gruppe „eher höherer Behandlungserfolg“ beschreibt eine Verbesserung des Klimas während des Aufenthalts, während bei der Gruppe „eher niedriger Behandlungserfolg“ die Werte abnehmen. Allerdings sind die Veränderungen über die Zeit nicht signifikant. Unterschiede zu den Werten ( $M=2.76$ ,  $SD=0.94$ ) der Referenzgruppe aus dem SEB-Manual fallen bei der Gruppe „eher höherer Behandlungserfolg“ mit einer Effektstärke  $d=2.33$  (großer Effekt) und bei der Gruppe „eher niedriger Behandlungserfolg“ mit  $d=1.25$  (großer Effekt) aus. Die Werte der Gruppe „eher höherer Behandlungserfolg“ sind also wesentlich positiver als die der Referenzgruppe, die der Gruppe „eher niedriger Behandlungserfolg“ sind ebenfalls deutlich positiver. Dies ist ein bedeutsamer Befund, da auf Gruppenprozesse im PS1-Behandlungskonzept viel Wert gelegt wird.

Tabelle 15. Skala „Gruppenklima“ Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=28$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=26$ ) zu den Zeitpunkten Behandlungsmitte und Behandlungsende (MANOVAs mit Messwiederholung).

SEB –Skala	Zeitpunkt	+ Erfolg		$\pm$ Erfolg		alle	
KLI_M	Mitte	4.61	(0.82)	4.15	(0.71)	4.37	(0.80)
KLI_E	Ende	4.75	(0.76)	3.90	(0.89)	4.31	(0.93)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta <sup>2</sup>	Power
Behandlungserfolg	14.27	1	.00	.21	.96
Zeit (Mitte-Ende)	-	1	n.s.	-	-
Behandlungserfolg $\times$ Zeit	-	1	n.s.	-	-

*Anmerkungen.* Aufgeführt sind die Mittelwerte  $M$  und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen  $SD$ .

### 5.1.5 Skala „Zuwendung durch Mitpatienten/Kohäsion“

In 5 Items wird erfasst, ob sich der Patient durch Mitpatienten unterstützt und verstanden fühlt, und inwieweit er sich selbst als bezogen und gruppenzugehörig erlebt. Ein hoher Wert deutet auf gute Unterstützung hin.

Die Patienten mit eher höherem Behandlungserfolg weisen einen hochsignifikanten Unterschied in der Bewertung der Zuwendung auf im Gegensatz zu den Patienten mit eher niedrigem Behandlungserfolg. Hierbei sehen die Patienten mit eher höherem Behandlungserfolg sich zu beiden Messzeitpunkten besser unterstützt durch die Mitpatienten. Die in beiden Gruppen wahrgenommenen Veränderungen über die Zeit sind nicht signifikant. Allerdings nimmt bei der Gruppe „eher niedriger Behandlungserfolg“ die Streuung zu, bei konstantem Mittelwert, was auf eine etwas mehrheitlicher ausfallende Beurteilungen schließen lässt. Unterschiede zu den Werten ( $M=4.49$ ,  $SD=0.93$ ) der Referenzgruppe aus dem SEB-Manual fallen bei der Gruppe „eher höherer Behandlungserfolg“ mit einer Effektstärke  $d=0.07$  (kleiner Effekt) und bei der Gruppe „eher niedriger Behandlungserfolg“ mit  $d=-0.78$  (großer Effekt) auf. Die Gruppe „eher höhere Behandlungserfolg“ sieht die Kohäsion durch Mitpatienten also geringfügig besser als die Referenzgruppe, die Gruppe „eher niedriger Behandlungserfolg“ dagegen deutlich schlechter als die Referenzgruppe.

Tabelle 16. Skala „Zuwendung durch Mitpatienten/Kohäsion“. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=28$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=26$ ) zu den Zeitpunkten Behandlungsmitte und Behandlungsende (MANOVAs mit Messwiederholung).

SEB -Skala	Zeitpunkt	+ Erfolg	$\pm$ Erfolg	alle
ZUW_M	Mitte	4.44 (0.86)	3.73 (0.83)	4.07 (0.91)
ZUW_E	Ende	4.55 (0.71)	3.73 (1.01)	4.12 (0.96)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta <sup>2</sup>	Power
Behandlungserfolg	14.51	1	.00	.22	.96
Zeit (Mitte-Ende)	-	1	n.s.	-	-
Behandlungserfolg $\times$ Zeit	-	1	n.s.	-	-

*Anmerkungen.* Aufgeführt sind die Mittelwerte  $M$  und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen  $SD$ .

### 5.1.6 Skala „Angemessenheit der Behandlungsintensität“

Die Skala erfasst mit 5 Items an ihren entgegengesetzten Polen Gefühle der Sättigung (niedrige Werte) bzw. der Angemessenheit der Behandlungsintensität (hohe Werte).

Differenziert betrachtet ergibt sich folgendes, Patienten mit eher höherem Behandlungserfolg empfinden die Intensität der Behandlung positiver, wobei ein signifikanter Unterschied zu der Gruppe „eher niedriger Behandlungserfolg“ besteht. Der Verlauf über die Messpunkte ergibt keine signifikanten Effekte. Die Mittelwerte der Patienten mit eher niedrigem Behandlungserfolg nehmen ab, wobei eine relativ weite Streuung vorhanden ist. Unterschiede zu den Werten ( $M=4.25$ ,  $SD=1.01$ ) der Referenzgruppe aus dem SEB-Manual fallen bei der Gruppe „eher höherer Behandlungserfolg“ mit einer Effektstärke  $d=0.61$  (mittlerer Effekt) und bei der Gruppe „eher niedriger Behandlungserfolg“ mit  $d=-0.13$  (kleiner Effekt) auf. Die Gruppe „eher höherer Behandlungserfolg“ beschreibt ihr Verhältnis zur Behandlungsintensität also positiver als die Referenzgruppe, die Gruppe „eher niedriger Behandlungserfolg“ geringfügig schlechter als die Referenzgruppe. Weiterhin ist festzustellen, dass  $n=7$  Patienten die Skala nicht beantwortet haben.

Tabelle 17. Skala „Angemessenheit der Behandlungsintensität“. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=23$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=24$ ) zu den Zeitpunkten Behandlungsmitte und Behandlungsende (MANOVAs mit Messwiederholung).

SEB -Skala	Zeitpunkt	+ Erfolg	$\pm$ Erfolg	alle
INT_M	Mitte	4.84 (0.86)	4.26 (1.36)	4.55 (1.16)
INT_E	Ende	4.85 (0.94)	4.10 (1.27)	4.49 (1.17)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta <sup>2</sup>	Power
Behandlungserfolg	5.12	1	.03	.10	.60
Zeit (Mitte-Ende)	-	1	n.s.	-	-
Behandlungserfolg $\times$ Zeit	-	1	n.s.	-	-

*Anmerkungen.* Aufgeführt sind die Mittelwerte  $M$  und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen  $SD$ .

### 5.1.7 Skala „Akzeptanz der therapeutischen Rahmenbedingungen/Stationsordnung“

In 4 Items wird erfragt, inwieweit sich der Patient durch das Regelwerk der Stationsordnung eingeengt fühlt. Hohe Werte deuten darauf hin, dass dem Patienten die Anpassung leicht fällt, während niedrige Werte für ein Gefühl der persönlichen Einengung stehen.

Die Patienten mit eher niedrigerem Behandlungserfolg empfinden die Stationsregeln eher als Einengung. Die Streuung dieser Gruppe ist am Zeitpunkt Mitte relativ hoch, und nimmt zum Ende ab. Im Vergleich ergibt sich ein signifikanter Effekt zu den Patienten mit eher höherem Behandlungserfolg. Die Veränderungen aller Patienten über die Zeit lassen sich statistisch nicht gegenüber dem Zufall absichern. Unterschiede zu den Werten ( $M=4.43$ ,  $SD=1.15$ ) der Referenzgruppe aus dem SEB-Manual fallen bei der Gruppe „eher höherer Behandlungserfolg“ mit einer Effektstärke  $d=0.69$  (großer Effekt) und bei der Gruppe „eher niedriger Behandlungserfolg“ mit  $d=-0.23$  (kleiner Effekt) auf. Die Gruppe „eher höhere Behandlungserfolg“ urteilt also günstiger als die Referenzgruppe, die Gruppe „eher niedriger Behandlungserfolg“ geringfügig schlechter als die Referenzgruppe. Zu erwähnen ist außerdem, dass  $n=7$  Patienten die Skala nicht beantwortet haben.

Tabelle 18. Skala „Akzeptanz der therapeutischen Rahmenbedingungen/Stationsordnung“. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=23$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=24$ ) zu den Zeitpunkten Behandlungsmitte und Behandlungsende (MANOVAs mit Messwiederholung).

SEB -Skala	Zeitpunkt	+ Erfolg	$\pm$ Erfolg	alle
REG_M	Mitte	4.87 (0.95)	4.16 (1.54)	4.52 (1.31)
REG_E	Ende	5.12 (0.84)	4.16 (1.23)	4.65 (1.14)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta <sup>2</sup>	Power
Behandlungserfolg	7.17	1	.01	.14	.74
Zeit (Mitte-Ende)	-	1	n.s.	-	-
Behandlungserfolg $\times$ Zeit	-	1	n.s.	-	-

Anmerkungen. Aufgeführt sind die Mittelwerte  $M$  und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen  $SD$ .

### 5.1.8 Skala „Gruppentherapie“

In 7 Items wird erfragt, wie die Patienten ihre persönlichen Gruppentherapiesitzungen empfunden haben. Hohe Werte deuten darauf hin, dass die Patienten die Therapie positiv bewertet haben, während niedrige Werte für ein Gefühl der persönlichen Abneigung stehen. Wie in der Beschreibung der Messinstrumente bereits erwähnt ist dies keine originale SEB-Skala.

Die Patienten mit eher höherem Behandlungserfolg sehen die persönlichen Gruppentherapiesitzungen positiver als die Patienten mit eher niedrigerem Behandlungserfolg. Wobei sich die Werte der Gruppe „eher niedriger Behandlungserfolg“ im Verlauf zu einem positiveren Eindruck verbessern bei abnehmender Streuung, während die Werte der Gruppe „eher höherer Behandlungserfolg“ konstant bleiben bei zunehmender Streuung. Die Veränderungen und Unterschiede beider Gruppen über die Zeit lassen sich statistisch nicht gegenüber dem Zufall absichern. Es existieren keine Daten einer Referenzgruppe. Es ist festzustellen, dass  $n=7$  Patienten die Skala nicht beantwortet haben.

Tabelle 19. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=23$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=24$ ) zu den Zeitpunkten Behandlungsmitte und Behandlungsende (MANOVAs mit Messwiederholung).

SEB -Skala	Zeitpunkt	+ Erfolg	$\pm$ Erfolg	alle
GRU_M	Mitte	4.26 (0.63)	3.74 (1.19)	4.01 (0.96)
GRU_E	Ende	4.24 (1.03)	4.17 (0.48)	4.21 (0.93)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta <sup>2</sup>	Power
Behandlungserfolg	-	1	n.s.	-	-
Zeit (Mitte-Ende)	-	1	n.s.	-	-
Behandlungserfolg $\times$ Zeit	-	1	n.s.	-	-

*Anmerkungen.* Aufgeführt sind die Mittelwerte  $M$  und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen  $SD$ .

## 5.2 Beschreibung der Ergebnisse aus dem Inventar zur Erfassung des subjektiven Wichtigkeitserlebens von Therapieangeboten (ISW)

### 5.2.1 Skala „Einzelgespräch“

In 6 Items wird erfragt, wie die Patienten das Verhältnis zu Ihrem Therapeuten bewerten, und wie gerne sie an den Einzelgesprächen mit ihrem Therapeuten teilgenommen haben. Ein hoher Skalenwert steht für eine positive Einstellung den Einzelgesprächen gegenüber. Augenscheinlich bestehen nur geringe Unterschiede zwischen den Werten zum Zeitpunkt Mitte in Tabelle a und b, weswegen sich die Auswertung auf Tabelle b beschränkt. Beide Patientengruppen haben relativ hohe Werte. Die Patienten mit eher geringerem Behandlungserfolg verbessern zum Ende hin ihre Bewertung des Einzelgesprächs und gleichen sich der Bewertung der anderen Gruppe an. Ihre Streuung wird dabei geringer. Bei den Patienten mit eher höherem Behandlungserfolg sinkt der Mittelwert geringfügig, wobei die Streuung zunimmt. Alle Veränderungen lassen sich statistisch aber nicht gegenüber dem Zufall absichern.

Tabelle 20a. Skala „Einzelgespräch“. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=28$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=26$ ) zum Zeitpunkt der Behandlungsmitte (t-Test-Resultate).

ISW -Skala	+ Erfolg		$\pm$ Erfolg		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
Einzel_M	5.16	0.56	4.71	1.16	-	-	n.s.	-

Tabelle 20b. Skala „Einzelgespräch“. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=17$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=19$ ) zu den Zeitpunkten Behandlungsmitte und Behandlungsende (MANOVAs mit Messwiederholung).

ISW -Skala	Zeitpunkt	+ Erfolg		$\pm$ Erfolg		alle	
Einzel_M	Mitte	5.21	(0.58)	4.63	(1.41)	4.94	(1.08)
Einzel_E	Ende	5.18	(0.78)	5.18	(0.55)	5.18	(0.67)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta <sup>2</sup>	Power
Behandlungserfolg	-	1	n.s.	-	-
Zeit (Mitte-Ende)	-	1	n.s.	-	-
Behandlungserfolg $\times$ Zeit	-	1	n.s.	-	-

Anmerkungen. Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

### 5.2.2 Skala „Gespräch mit Pflegepersonal“

In 6 Items wird erfragt, ob die Patienten Gespräche mit dem Pflegepersonal als hilfreich für Ihre Therapie einschätzen. Ein hoher Skalenwert steht für eine positive Einstellung den Gesprächen mit dem Pflegepersonal gegenüber. Qua Inspektion bestehen nur geringe Differenzen zwischen den Werten zum Zeitpunkt Mitte in Tabelle a und b, deswegen liegt der Focus der Auswertung auf Tabelle b. Beide Patientengruppen behalten über den Behandlungszeitraum relativ hohe, konstante Werte, ohne allerdings signifikante Unterschiede bzw. Veränderungen aufzuweisen. Beide Gruppen bewerten ihr Verhältnis gegenüber dem Pflegepersonal zum Ende zwar besser, und lassen durch eine geringere Streuung auf eine homogenere Meinung schließen, statistisch lässt sich dies aber nicht absichern.

Tabelle 21a. Skala „Gespräch mit Pflegepersonal“. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=28$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=26$ ) zum Zeitpunkt der Behandlungsmitte (t-Test-Resultate).

ISW -Skala	+ Erfolg		$\pm$ Erfolg		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
Pflege_M	4.04	1.18	4.18	1.28	-	-	n.s.	-

Tabelle 21b. Skala „Gespräch mit Pflegepersonal“. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=17$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=19$ ) zu den Zeitpunkten Behandlungsmitte und Behandlungsende (MANOVAs mit Messwiederholung).

ISW -Skala	Zeitpunkt	+ Erfolg		$\pm$ Erfolg		alle	
Pflege_M	Mitte	4.21	(1.18)	4.13	(1.35)	4.17	(1.25)
Pflege_E	Ende	4.53	(1.14)	4.38	(0.86)	4.46	(1.01)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta <sup>2</sup>	Power
Behandlungserfolg	-	1	n.s.	-	-
Zeit (Mitte-Ende)	-	1	n.s.	-	-
Behandlungserfolg $\times$ Zeit	-	1	n.s.	-	-

*Anmerkungen.* Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

### 5.2.3 Skala „Analytische Gruppentherapie“

In 7 Items wird erfragt, wie wichtig für die Patienten die Analytischen Gruppentherapie ist, und ihr Verhältnis der Gruppe gegenüber. Ein hoher Skalenwert steht für eine positive Einstellung zur Gruppentherapie. Augenscheinlich bestehen Differenzen bei den Werten zwischen den Tabellen a und b zum Zeitpunkt Therapie-Mitte. Die Stichprobe ohne die späteren „Fragebogenverweigerer“ (Tabelle a,  $n=54$ ) scheint die Analytische Gruppentherapie etwas weniger wichtig zu finden, besonders die Patienten mit eher höherem Behandlungserfolg. Dies kann dadurch zu erklären sein, dass nur Patienten, die positiv überzeugt waren, eine regelmäßige Teilnahme bis zum Behandlungsende an der Gruppe zeigten, und es somit zu höheren Mittelwerten in der Stichprobe mit Messwiederholungen kommt (Tabelle b,  $n=36$ ), insbesondere bei Patienten mit eher höherem Behandlungserfolg.

In der Bewertung der Analytischen Gruppentherapie gibt es einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Patientengruppen, wobei die Patienten mit eher höherem Behandlungserfolg die Analytische Gruppentherapie positiver bewerten. Die Patienten mit eher niedrigerem Behandlungserfolg zeigen zum Ende zwar einen höheren Mittelwert bei abnehmender Streuung, wie alle Veränderungen über die Zeit lässt sich dies statistisch jedoch nicht gegenüber dem Zufall absichern.

Tabelle 22a. Skala „Analytische Gruppentherapie“. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=28$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=26$ ) zum Zeitpunkt der Behandlungsmitte (t-Test-Resultate).

ISW –Skala	+ Erfolg		$\pm$ Erfolg		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
ANGRUP_M	3.92	1.58	3.61	1.66	-	-	n.s.	-

Tabelle 22b. Skala „Analytische Gruppentherapie“. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=17$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=19$ ) zu den Zeitpunkten Behandlungsmitte und Behandlungsende (MANOVAs mit Messwiederholung).

ISW -Skala	Zeitpunkt	+ Erfolg		$\pm$ Erfolg		alle	
ANGRUP_M	Mitte	4.63	(0.73)	3.63	(1.72)	4.16	(1.37)
ANGRUP_E	Ende	4.58	(0.71)	4.50	(0.87)	4.54	(0.78)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta <sup>2</sup>	Power
Behandlungserfolg	4.67	1	.04	.12	.55
Zeit (Mitte-Ende)	-	1	n.s.	-	-
Behandlungserfolg $\times$ Zeit	-	1	n.s.	-	-

*Anmerkungen.* Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

### 5.2.4 Skala „Soziales Kompetenztraining“

Die Qualität der Beziehung der Patienten zum sozialen Kompetenztraining wird in 7 Items erfasst. Es wird erfragt, ob das soziale Kompetenztraining den Patienten geholfen hat voranzukommen, ob es wichtig für sie war und ob sie gerne daran teilgenommen haben. Ein hoher Skalenwert steht für eine positive Einstellung dem sozialen Kompetenztraining gegenüber. Nach Augenschein bestehen nur geringe Unterschiede zwischen den Werten zum Zeitpunkt Mitte in Tabelle a und b, weswegen sich die Auswertung auf Tabelle b konzentriert. Beide Patientengruppen stehen zum Therapie-Ende, bei fast identischen Werten, dem sozialen Kompetenztraining leicht negativer gegenüber als zum Zeitpunkt Therapie-Mitte. Die Streuung nimmt bei beiden Gruppen im Verlauf zu, was auf ein heterogenes Meinungsbild schließen lässt. Allerdings sind alle Veränderungen und Unterschiede statistisch nicht signifikant.

Tabelle 23a. Skala „Soziales Kompetenztraining“. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=28$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=26$ ) zum Zeitpunkt der Behandlungsmitte (t-Test-Resultate).

ISW –Skala	+ Erfolg		$\pm$ Erfolg		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
SKOMP_M	4.70	0.60	4.58	0.91	-	-	n.s.	-

Tabelle 23b. Skala „Soziales Kompetenztraining“. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=17$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=19$ ) zu den Zeitpunkten Behandlungsmitte und Behandlungsende (MANOVAs mit Messwiederholung).

ISW –Skala	Zeitpunkt	+ Erfolg		$\pm$ Erfolg		alle	
SKOMP_M	Mitte	4.86	(0.61)	4.76	(0.77)	4.81	(0.68)
SKOMP_E	Ende	4.63	(1.01)	4.63	(0.95)	4.63	(0.97)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta <sup>2</sup>	Power
Behandlungserfolg	-	1	n.s.	-	-
Zeit (Mitte-Ende)	-	1	n.s.	-	-
Behandlungserfolg $\times$ Zeit	-	1	n.s.	-	-

Anmerkungen. Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

### 5.2.5 Skala „Ergotherapie“

In 7 Items wird erfasst, ob die Patienten die Ergotherapie als wichtig erachten und gerne daran teilgenommen haben. Ein hoher Skalenwert steht für eine positive Einstellung zur Ergotherapie. Qua Inspektion bestehen nur geringe Differenzen zwischen den Werten zum Zeitpunkt Mitte in Tabelle a und b, deshalb beschränkt sich die Auswertung auf Tabelle b. Veränderungen finden insgesamt nur in kleinem Ausmaß statt und sind nicht signifikant. Die Gruppe „eher höherer Behandlungserfolg“ sieht im Verlauf die Ergotherapie positiver und gibt zum Ende hin höhere Werte an als die Gruppe „eher niedriger Behandlungserfolg“. Die Patienten mit eher niedrigerem Behandlungserfolg bleiben in ihrer Meinung konstant. Beide Gruppen weisen zum Ende hin eine geringere Streuung auf, was für ein homogeneres Meinungsbild spricht.

Tabelle 24a. Skala „Ergotherapie“. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=28$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=26$ ) zum Zeitpunkt der Behandlungsmitte (t-Test-Resultate).

ISW -Skala	+ Erfolg		$\pm$ Erfolg		t	df	P	d
	M	SD	M	SD				
ERGO_M	4.52	0.98	4.55	0.83	-	-	n.s.	-

Tabelle 24b. Skala „Ergotherapie“. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=17$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=19$ ) zu den Zeitpunkten Behandlungsmitte und Behandlungsende (MANOVAs mit Messwiederholung).

ISW -Skala	Zeitpunkt	+ Erfolg		$\pm$ Erfolg		alle	
ERGO_M	Mitte	4.49	(1.13)	4.60	(0.91)	4.54	(1.02)
ERGO_E	Ende	4.99	(0.75)	4.63	(0.88)	4.82	(0.82)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta <sup>2</sup>	Power
Behandlungserfolg	-	1	n.s.	-	-
Zeit (Mitte-Ende)	-	1	n.s.	-	-
Behandlungserfolg $\times$ Zeit	-	1	n.s.	-	-

Anmerkungen. Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

### 5.2.6 Skala „Stabilisierungsgruppe“

In 7 Items wird erfragt, wie die Patienten die Stabilisierungsgruppe bewerten. Ob die Stabilisierungsgruppe für die Patienten wichtig ist, und sie gerne daran teilgenommen haben. Ein hoher Skalenwert steht für eine positive Einstellung der Stabilisierungsgruppe gegenüber. Augenscheinlich bestehen Differenzen zum Zeitpunkt Therapie-Mitte zwischen den Werten der Tabellen a und b. Die Stichprobe ohne die „Fragebogenverweigerer“ (Tabelle a,  $n=48$ ) beurteilt die Stabilisierungsgruppe als weniger wichtig, insbesondere fallen Unterschiede auf bei den Patienten mit „eher höherem Behandlungserfolg“. Dies kann dadurch begründet sein, dass nur diejenigen Patienten eine regelmäßige Teilnahme bis zum Therapie-Ende zeigten, die von der Stabilisierungsgruppe überzeugt waren. Das kann die höheren Werte, besonders bei den Patienten mit höherem Behandlungserfolg, bei der Stichprobe mit Messwiederholungen (Tabelle b,  $n=30$ ) erklären.

Die Patientengruppe „eher höherer Behandlungserfolg“ sieht die Stabilisierungsgruppe positiver als die Gruppe „eher niedriger Behandlungserfolg“, ohne allerdings signifikante Veränderungen bzw. Unterschiede aufzuweisen. Patienten mit eher niedrigerem Behandlungserfolg bleiben in ihrer Bewertung der Stabilisierungsgruppe relativ konstant über den Therapieverlauf, während die Gruppe „eher höherer Behandlungserfolg“ zum Ende hin die Stabilisierungsgruppe noch positiver einschätzt. In der Streuung besteht ein relativ großer Unterschied zwischen den Gruppen, der über den Verlauf konstant bleibt. Augenscheinlich haben an der Stabilisierungsgruppe weniger Patienten bis zum Ende teilgenommen als bei den anderen Skalen/Therapieangeboten, was die abweichenden  $n$  erklärt.

Tabelle 25a. Skala „*Stabilisierungsgruppe*“. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=27$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=21$ ) zum Zeitpunkt der Behandlungsmitte (t-Test-Resultate).

ISW -Skala	+ Erfolg		$\pm$ Erfolg		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
STAGRU _M	3.75	1.68	3.43	1.63	-	-	n.s.	-

Tabelle 25b. Skala „*Stabilisierungsgruppe*“. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=16$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=14$ ) zu den Zeitpunkten Behandlungsmitte und Behandlungsende (MANOVAs mit Messwiederholung).

ISW -Skala	Zeitpunkt	+ Erfolg		$\pm$ Erfolg		alle	
STAGRU _M	Mitte	4.59	(0.70)	3.76	(1.74)	4.15	(1.40)
STAGRU _E	Ende	4.86	(0.69)	3.77	(1.79)	4.28	(1.48)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta <sup>2</sup>	Power
Behandlungserfolg	-	1	n.s.	-	-
Zeit (Mitte-Ende)	-	1	n.s.	-	-
Behandlungserfolg $\times$ Zeit	-	1	n.s.	-	-

*Anmerkungen.* Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

### 5.2.7 Skala „Physiotherapie“

Die Einstellung der Patienten zur Physiotherapie wird in 7 Items erfasst. Die Patienten geben wieder, ob sie gerne teilgenommen haben und ob sie das Setting „Physiotherapie“ als wichtig beurteilen. Ein hoher Skalenwert steht für eine positive Einstellung der Physiotherapie gegenüber. Qua Inspektion sind zum Zeitpunkt Mitte nur relativ geringe Unterschiede zwischen den Werten in Tabelle a und b zu finden. Deswegen liegt der Focus der Auswertung auf Tabelle b. Beide Patientengruppen haben zum Zeitpunkt Therapie-Ende eine ähnliche Einschätzungen des therapeutischen Teams. Veränderungen finden insgesamt nur in einem sehr kleinen Ausmaß statt, so dass es dementsprechend auch keine signifikanten Effekte über die Zeit gibt. Über den Verlauf wird der Mittelwert der Patienten mit eher höherem Behandlungserfolg geringer, wobei die Streuung ebenfalls abnimmt, was auf eine homogenere Meinung bezüglich der Physiotherapie schließen lässt. Die Werte der Patienten mit eher höherem Behandlungserfolg bleiben konstant, bei einer relativ hohen Streuung.

Tabelle 26a. Skala „Physiotherapie“. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=28$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=26$ ) zum Zeitpunkt der Behandlungsmitte (t-Test-Resultate).

ISW -Skala	+ Erfolg		$\pm$ Erfolg		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
PHYSIO_M	4.59	0.66	4.49	0.91	-	-	n.s.	-

Tabelle 26b. Skala „Physiotherapie“. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=17$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=19$ ) zu den Zeitpunkten Behandlungsmitte und Behandlungsende (MANOVAs mit Messwiederholung).

ISW -Skala	Zeitpunkt	+ Erfolg		$\pm$ Erfolg		alle	
PHYSIO_M	Mitte	4.73	(0.67)	4.42	(1.10)	4.59	(0.90)
PHYSIO_E	Ende	4.57	(0.47)	4.45	(1.17)	4.51	(0.86)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta <sup>2</sup>	Power
Behandlungserfolg	-	1	n.s.	-	-
Zeit (Mitte-Ende)	-	1	n.s.	-	-
Behandlungserfolg $\times$ Zeit	-	1	n.s.	-	-

*Anmerkungen.* Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

### 5.2.8 Skala „Medikation“

In 5 Items wird erfasst, wie die Patienten die Medikation bewerten. Ein hoher Skalenwert steht für eine positive Einstellung zur Medikation. Insbesondere wird erfasst, wie wichtig die Patienten die Medikation im Rahmen ihrer Therapie sehen, und ob sie ihnen weiterhilft. Qua Inspektion bestehen nur geringe Differenzen zwischen den Werten zum Zeitpunkt Mitte in Tabelle a und b, deshalb beschränkt sich die Auswertung auf Tabelle b. In der Einschätzung der Medikation besteht ein hochsignifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Patienten mit eher höherem Behandlungserfolg sehen die Medikation weitaus positiver. Die Gruppe „eher höherer Behandlungserfolg“ beschreiben eine Verbesserung der Einstellung zur Medikation während des Aufenthalts, die Werte der Gruppe „eher niedriger Behandlungserfolg“ bleiben konstant. Allerdings sind die Veränderungen über die Zeit nicht signifikant. Die Streuung bleibt über den gesamten Zeitraum relativ konstant, was auf ein homogenes Meinungsbild schließen lässt.

Tabelle 27a. Skala „Medikation“. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=28$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=26$ ) zum Zeitpunkt der Behandlungsmitte (t-Test-Resultate).

ISW –Skala	+ Erfolg		$\pm$ Erfolg		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
MEDIK_M	4.46	0.48	3.98	0.56	3.41	52	.00	0,92

Tabelle 27b. Skala „Medikation“. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=17$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=19$ ) zu den Zeitpunkten Behandlungsmitte und Behandlungsende (MANOVAs mit Messwiederholung).

ISW –Skala	Zeitpunkt	+ Erfolg		$\pm$ Erfolg		alle	
MEDIK_M	Mitte	4.38	(0.51)	3.95	(0.64)	4.17	(0.61)
MEDIK_E	Ende	4.58	(0.50)	3.95	(0.59)	4.28	(0.62)

Prüfstatistiken.

Effekte	F	Df	P	eta <sup>2</sup>	Power
Behandlungserfolg	10.03	1	.00	.23	.87
Zeit (Mitte-Ende)	-	1	n.s.	-	-
Behandlungserfolg $\times$ Zeit	-	1	n.s.	-	-

Anmerkungen. Aufgeführt sind die Mittelwerte *M* und daneben (in Klammern) jeweils die Streuungen *SD*.

## 6 Diskussion

In der vorliegenden Untersuchung mit prospektiv-naturalistischem Design wird anhand von 54 Patienten der psychiatrisch-psychotherapeutischen Station PS1 der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf untersucht, inwiefern Patienten mit verschiedenem Behandlungserfolg das stationäre Setting in seinen Bestandteilen unterschiedlich erleben und bewerten. Eine weitere Fragestellung ist hierbei, ob das Erleben bzw. die Wichtigkeitseinschätzung über den Verlauf konstant ist. Dazu werden die Patienten in die Gruppen „eher höherer Behandlungserfolg“ und „eher niedriger Behandlungserfolg“ unterteilt und die Ergebnisse der Instrumente SEB und ISW zu den Zeitpunkten Therapie-Mitte und Therapie-Ende jeweils verglichen, beziehungsweise den Daten der Referenzgruppe aus dem SEB-Manual gegenübergestellt. Die Auswertung erfolgt über Varianzanalysen und t-Tests. Zur Interpretation werden Effektstärken ( $\eta^2$ ,  $d$ ) verwendet. Die wichtigsten Befunde werden im Folgenden zusammenfassend dargestellt, und Interpretationen und Erklärungshypothesen diskutiert, als Erstes zum SEB, danach zum ISW. Limitationen der Untersuchung werden genannt. Abschließend wird ein Ausblick auf weiter zu untersuchende Gebiete gegeben.

### 6.1 Hauptbefunde

Die Hauptbefunde des SEB und ISW werden dargestellt. Zur Übersicht sind nachfolgend in Tabelle 28 die signifikanten Effekte zusammengestellt.

Tabelle 28. *Darstellung der wichtigsten Befunde.* Unterschiede zwischen den beiden Gruppen „eher höherer Behandlungserfolg“ (+) und „eher niedrigerer Behandlungserfolg“ (±) zum Zeitpunkt Therapie-Mitte und Therapie-Ende. Effektstärken des Vergleichs mit der Referenzgruppe.

Skala	+Erfolg (Mitte)		±Erfolg (Mitte)		+Erfolg (Ende)		±Erfolg (Ende)		Effekte Behandlungserfolg		Effekte Zeit (Mitte-Ende)		Effektstärke zur Referenzgruppe	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>P</i>	<i>eta</i> <sup>2</sup>	<i>P</i>	<i>eta</i> <sup>2</sup>	<i>d</i> (+)	<i>d</i> (±)
GKE	3.94	0.96	2.81	0.82	4.27	0.76	3.04	1.04	.00	.35	.01	.12	0.96	-0.35
KLI	4.61	0.82	4.15	0.71	4.75	0.76	3.90	0.89	.00	.21	n.s.	-	2.33	1.25
ZUW	4.44	0.86	3.73	0.83	4.55	0.71	3.73	1.01	.00	.22	n.s.	-	0.07	-0.78
INT	4.84	0.86	4.26	1.36	4.85	0.94	4.10	1.27	.03	.10	n.s.	-	0.61	-0.13
REG	4.86	0.95	4.16	1.54	5.12	0.84	4.16	1.23	.01	.14	n.s.	-	0.69	-0.23
ANGRU	4.63	0.73	3.63	1.72	4.58	0.71	4.50	0.87	.04	.12	n.s.	-	-	-
MEDIK	4.38	0.51	3.95	0.64	4.58	0.50	3.95	0.59	.00	.23	n.s.	-	-	-

*Anmerkungen:* *M*=Mittelwert, *SD*=Streuung, *P*=Irrtumswahrscheinlichkeit, *eta*<sup>2</sup> und *d*=Effektstärken, GKE=Selbstwirksamkeit (SEB), KLI=Gruppenklima (SEB), ZUW=Zuwendung durch Mitpatienten/Kohäsion (SEB), INT=Angemessenheit der Behandlungsintensität (SEB), REG=Akzeptanz der therapeutischen Rahmenbedingungen/Stationsordnung (SEB), ANGRU=Analytische Gruppentherapie (ISW), MEDIK=Medikation (ISW), n.s.=nicht signifikant.

### 6.1.1 Zum Stationserfahrungsbogen (SEB)

Die Patienten beschreiben ihr Erleben des Stationssettings durchgängig als sehr positiv. Zum Zeitpunkt Therapie-Ende sind hohe Mittelwerte ( $M$ ) von über 4.00, entspricht „stimmt etwas“ – „stimmt überwiegend“, der Therapieaspekte die Regel. Abweichend davon erleben Patienten der Gruppe „eher niedriger Behandlungserfolg“ die Therapie in folgenden Teilen divergent: Sie sehen sich weniger in der Lage, sich selbst und die Umwelt beeinflussen zu können („Selbstwirksamkeit“  $M=3.04$ ), sie empfinden das Klima zwischen den Patienten als schlechter („Gruppenklima“  $M=3.90$ ) und sie fühlen sich weniger durch ihre Mitpatienten unterstützt und verstanden („Zuwendung durch Mitpatienten/Kohäsion“  $M=3.73$ ). In der Varianzanalyse kam es hierbei zu hochsignifikanten Unterschieden ( $P=.00$ ) zwischen den beiden Gruppen. Wann immer signifikante Unterschiede auftraten, erlebten die Patienten der Gruppe „eher höherer Behandlungserfolg“ den jeweiligen Teil des Stationssettings als besser bzw. positiver. Ein signifikanter Unterschied ( $P<.03$ ) kam darin zum Ausdruck, dass Patienten mit „eher niedrigerem Behandlungserfolg“ ein negativeres Gefühl der Überlastung bzw. mangelnde Anregung durch das Behandlungsangebot („Behandlungsintensität“) angaben und das bestehende Regelwerk auch eher als einengend und beschränkend erleben („Therapeutische Rahmenbedingungen/Stationsordnung“). Die Patienten der Gruppe „eher höherer Behandlungserfolg“ hatten bei allen Skalen zum Zeitpunkt Therapie-Ende eine positivere Einschätzung des Erlebens des Stationssettings, wobei hierbei Verzerrungen im Sinne eines Halo-Effektes möglich sind, die aber nicht genauer bestimmt werden können. Bei diesen möglichen Verzerrungen kann eine allgemeine positive Stimmung andere Bereiche überstrahlen und somit zu einem positiveren Gesamteindruck führen. Allgemein kann man feststellen, dass die Patienten sich zum Zeitpunkt Therapie-Mitte bereits ein festes Urteil gebildet haben, und sich dieses nicht signifikant über die Zeit ändert. Ausnahme ist hier die Skala „Selbstwirksamkeit“, in der ein signifikanter Effekt über die Zeit gegeben ist ( $P=.01$ ), in der Form, dass die Patienten zum Ende des Aufenthalts eine stärkere Überzeugung entwickelt haben, für sich selbst im sozialen Umfeld im Sinne einer generalisierten Kompetenzerwartung wirksam zu sein.

Bei Vergleichen mit der Referenzgruppe (242 stationäre Psychotherapiepatienten aus 11 Kliniken) des SEB-Manual zeigten sich folgende Effektstärken. Patienten mit „eher höherem Behandlungserfolg“ haben bei folgenden Skalen im Vergleich zu der Referenzgruppe einen höheren Wert, verbunden mit einem großen Effekt, erzielt, während gleichzeitig bei der Gruppe „eher niedriger Behandlungserfolg“ keine großen Effekte registrierbar waren:

„Selbstwirksamkeit“ ( $d=0.96$ ), „Angemessenheit der Behandlungsintensität“ ( $d=0.61$ ) und „Akzeptanz der therapeutischen Rahmenentwicklung/Stationsordnung“ ( $d=0.69$ ). Bei der Skala „Gruppenklima“ nehmen beide Gruppen das Klima zwischen den Patienten als angenehmer wahr als die Referenzgruppe. Die Gruppe „eher höherer Behandlungserfolg“ mit einem sehr großen Effekt von ( $d=2.33$ ) und die Gruppe „eher niedriger Behandlungserfolg“ mit einem Effekt von ( $d=1.25$ ). Bei der Skala „Zuwendung durch Mitpatienten“ sind die Werte der Patienten mit „eher niedrigerem Behandlungserfolg“ deutlich kleiner als die Werte der Referenzgruppe ( $d=-0.78$ ). Somit fühlen sich die Patienten der Gruppe „eher niedriger Behandlungserfolg“ eindeutig schlechter durch die Mitpatienten unterstützt als die Referenzgruppenpatienten.

Das Erleben der stationären Psychotherapie steht wie erwartet mit dem Behandlungserfolg in Zusammenhang. Allerdings lässt sich die Hypothese, dass Patienten mit „eher höherem Behandlungserfolg“ die unterschiedlichen Beziehungsdimensionen der Behandlung jeweils positiver erleben nicht generell bestätigen, da es vor allem bei den Beziehungen zu den Therapeuten und zum Team zu keinen signifikanten Unterschieden kam. Diejenigen Patienten, die besonders profitieren, scheinen das hauptsächlich auf ihre Beziehung zu und der Zuwendung durch die Mitpatienten sowie auf ihre Selbstwirksamkeit zurückzuführen, anstatt auf die Beziehung zu den „Fachkräften“ der Station. Dies lässt auf eine hohe Bedeutung der Gruppenprozesse innerhalb der „peer group“ der Patienten schließen. Über den Behandlungserfolg scheint somit aber keine Vorhersage für das Behandlungsergebnis möglich zu sein, vielmehr weist die heterogene Verteilung von empirisch belegbaren Effekten auf den für das gemischte Patientenkollektiv der PS1 breit gefächerten Behandlungsansatz mit seinen hochspezifischen und hochdifferenzierten Teilaspekten hin.

Als auf den Behandlungserfolg bezogenes Prozessmerkmal zeigt sich die *Selbstwirksamkeit*. Wie erwartet äußern Patienten mit „eher höherem Behandlungserfolg“ eine ausgeprägtere Überzeugung, sich selbst und die Umwelt beeinflussen zu können. Diese unterschiedliche Entwicklung von Selbstwirksamkeit kann darauf Hinweise geben, daß es sich hierbei um ein symptomrelevantes Merkmal handelt. Dieser Zusammenhang wurde auch in der Untersuchung von Sammet, Lüneburg und Schauenburg beschrieben (Sammet I. et al. 2003). Zur Diskussion steht hier die Frage, ob Patienten mit höherer Selbstwirksamkeit besser von den Therapieangeboten profitieren können, oder ob die Therapie zu einer besseren Selbstwirksamkeit führt? Es ist anzunehmen, dass beide Aspekte relevant sind. Ein weiteres auf den Behandlungserfolg bezogenes Prozessmerkmal ist das Erleben des *Gruppenklimas*.

Da sich beide Patientengruppen mit großen Effekten von der Referenzgruppe unterscheiden, ist dies ein Hinweis darauf, daß der Schwerpunkt auf „Gruppenprozesse“ in dem Konzept der PS1 zu messbaren Auswirkungen führt. Ebenfalls ausschlaggebend kann die relative Homogenität in Bezug auf Diagnosegruppen und Alter im Vergleich zur Referenzgruppe sein. Der signifikante Effekt zwischen den beiden Patientengruppen ist ein Anhaltspunkt dafür, dass die Patienten je nach ihrer Symptombelastung ihre Beziehungswahrnehmung in der Gruppe unterschiedlich interpretieren bzw. vielleicht durch den ausbleibenden (oder stattfindenden) Erfolg ihrer Therapie das Gruppenklima anders erfahren. Folglich korreliert das Gefühl der Akzeptanz gegenüber Mitpatienten mit dem Behandlungserfolg und führt zu besseren Therapieergebnissen, während umgekehrt mangelnde Akzeptanz zu weniger Therapieerfolg führt. Unabhängig von der Ursache kann die Wahrnehmung aber Hinweise auf den Verlauf der Therapie geben und sollte als Erfolgskriterium in die Diagnostik miteinbezogen werden. In der Literatur wird dieser Zusammenhang in mehreren Arbeiten ebenfalls beschrieben (MacKenzie K.R 1996; Tschuschke V. und Green L.M. 2002). Die *Zuwendung durch Mitpatienten/Kohäsion* erweist sich ebenfalls als erfolgsassoziiertes Prozesskriterium. Gerade weniger erfolgreiche Patienten erleben hier weniger Hilfe und Unterstützung durch die Gruppe, und unterscheiden sich mit deutlichem negativen Effekt von der Referenzgruppe. So scheint die Frage angebracht, ob gerade diese Patienten mit den mannigfaltigen Patientenbeziehungen des Stationslebens überlastet sind. Bestätigt wurde die erfolgsbezogene Eigenschaft der Gruppenkohäsion in mehreren Studien, z.B. (Grabhorn R. et al. 2002; Tschuschke V. et al. 1992). Interessanterweise fanden Sammet, Staats und Schauenburg in ihrer Arbeit (Sammet I. et al. 2004) entgegen ihren Erwartungen diesen Zusammenhang selbst nicht. Sie verwiesen auf neuere Untersuchungen die ebenfalls keinen Zusammenhang fanden, die allerdings nicht explizit den gleichen Ansatz (Therapieerfolg-Gruppenkohäsion) untersucht hatten, sondern die Gruppenkohäsion mit Lernerfolg oder Therapieerfolg im ambulanten Sektor verglichen. Außerdem beriefen sie sich auf eine eigene Analyse (Schauenburg H. et al. 2001), in der sie Anhaltspunkte fanden, dass die Gruppenkohäsion differenzierter verstanden werden kann, wenn Bindungsmerkmale berücksichtigt werden. Es zeigte sich, dass verstrickt gebundene depressive Patienten mehr profitieren, wenn ihre Kohäsionswerte während der Therapie abnahmen. Da die Bindungsstile in der vorliegenden Studie nicht erfasst wurden, kann zu diesem Aspekt hier keine Aussage getroffen werden (siehe hierzu die in Vorbereitung befindliche Dissertation von Angela Waldmann). Die gefundenen Zusammenhänge von Therapieerfolg und der

Wahrnehmung der Gruppenkohäsion sowie des Gruppenklimas würden die These stützen, dass die Gesamtatmosphäre auf der Station, die sich über die Beziehung unter den Patienten und zwischen Patienten und Behandlungsteam einstellt, ein Äquivalent zur therapeutischen Allianz in der Individualtherapie darstellt. Entgegen der Erwartung fanden sich keine bedeutsamen Verknüpfungen zwischen Behandlungserfolg und der *Beziehung zum Einzeltherapeuten*. Hier kann eine Rolle spielen, dass Patienten, wie in der Patientenzufriedenheits-Forschung beschrieben, die Beziehung ungern negativ bewerten bzw. überzogen positiv darstellen, oder es ist tatsächlich die Beziehung zu den Mitpatienten wichtiger. Eine Studie von Bassler und Hoffman (Bassler M. und Hoffmann S.O. 1993) zeigt, dass die Beziehung zum Einzeltherapeuten in stationärer Psychotherapie zwar ein erfolgsassoziiertes Prozesskriterium darstellt, wie in der ambulanten Einzeltherapie auch, es im Umfeld von diversen Therapieangeboten mit mehreren Kontaktpersonen aber an Bedeutung einbüßt. Als Hypothese für diesen Befund führen sie auf: „Eine wesentliche Stärke von stationärer Psychotherapie (unabhängig davon, ob sie mehr psychoanalytisch oder verhaltenstherapeutisch geprägt ist) besteht darin, dass sie gerade wenig motivierte Patienten (häufig aus den unteren Schichten und mit niedrigem Bildungsgrad) die Chance bietet, insbesondere während der ersten Behandlungswochen wesentliche kommunikative Lern- und Motivationserfahrungen zu vermitteln“ (S. 325). Wahrscheinlich stellt es für Patienten mit „eher niedrigerem Behandlungserfolg“ in dieser Studie schon einen großen Erfolg dar, wenn sie sich in der einzeltherapeutischen Therapie ein wenig öffnen oder in der Gruppentherapie aktiv teilnehmen. Dies könnte somit zu der ähnlich positiven Einschätzung dieser beiden Aspekte führen, wie die der anderen Patientengruppe. Schwer zu erklären ist, dass kein Zusammenhang zwischen dem Behandlungserfolg und der *Beziehung zum therapeutischen Team* besteht. Es ist wohl anzunehmen, dass ähnliche Effekte eine Rolle spielen wie bei der Beziehung zum Einzeltherapeuten. Sammet et al. beschreiben ebenfalls keinen Zusammenhang und führen als Gründe die Heterogenität des therapeutischen Teams auf, dessen verschiedene Beziehungen sich nicht aussagekräftig auf einer Skala abbilden lassen (Sammet I. et al. 2004).

*Fazit:* Die Patienten beschreiben das Erleben der Station generell als positiv, wobei es zu einer heterogenen Verteilung von empirisch belegbaren Effekten zwischen den beiden Patientengruppen kommt. Die Gruppenprozesse zwischen der Patienten scheinen einen wichtigen Aspekt darzustellen, da besonders Patienten mit „eher höherem Behandlungserfolg“ davon profitieren können.

### 6.1.2 Zum Inventar zur Erfassung des subjektiven Wichtigkeitserlebens von Therapieangeboten (ISW)

Ein deutlicher Befund im ISW ist, dass die verschiedenen Therapieaspekte von allen Patienten generell als sehr positiv bewertet werden. Mittelwerte ( $M$ ) von über 4.5 („stimmt etwas“ – „stimmt überwiegend“) sind zum Zeitpunkt Therapie-Ende ein durchgängiger Befund. Nur bei folgenden Skalen kam es zu Abweichungen, wobei die Patienten das angegebene Stationssetting als weniger hilfreich und für sie unwichtiger bewerteten: „Gruppentherapie“ (+Erfolg  $M=4.24$ ;  $\pm$ Erfolg  $M=4.17$ ), „Gespräch mit Pflegepersonal“ ( $\pm$ Erfolg  $M=4.28$ ), „Stabilisierungsgruppe“ ( $\pm$ Erfolg  $M=3.77$ ), „Physiotherapie“ ( $\pm$ Erfolg  $M=4.45$ ) und „Medikation“ ( $\pm$ Erfolg  $M=3.95$ ). Auch hier scheint sich bei den Patienten wie beim SEB ein Urteil über das Therapieangebot bereits zum Zeitpunkt Therapie-Mitte gefestigt zu haben, welches sich bis zum Therapie-Ende nicht mehr signifikant verändert. In einer Studie von Rabung, Sammet und Schauenburg wurde dazu festgestellt, dass gerade positive Veränderungen in den ersten Behandlungstagen auftreten (Rabung S. et al. 1999). Da aber in der vorliegenden Studie bewusst darauf verzichtet wurde, ISW- und SEB-Daten zu Beginn des stationären Aufenthalts zu erheben (siehe 4.6: Bestimmung der Messzeitpunkte), kann über diesen Zeitpunkt und zur Entwicklung bis zur Therapie-Mitte keine Aussage getroffen werden.

Patienten der Gruppe „eher höherer Behandlungserfolg“ bewerten zum Zeitpunkt Therapie-Ende bei allen Skalen den jeweiligen Teil des Therapieangebotes positiver als Patienten der anderen Patientengruppe, wobei es zu keinen signifikanten Unterschieden zwischen den beiden Patientengruppen kommt. Auch hier kann wieder auf einen möglichen Halo-Effekt verwiesen werden. Einzig die Bedeutung der Medikation und ihr Verhältnis zur analytischen Gruppentherapie werden von Patienten von der Gruppe „eher höherer Behandlungserfolg“ als signifikant positiver beurteilt. Auffällig ist, dass die Teilnahme und das Verhältnis zu ihrem Therapeuten („Einzelgespräch mit dem Therapeuten“) von beiden Gruppen mit einem Mittelwert von 5.18 deutlich besser bewertet wird als der Rest des Therapieangebotes.

Das Setting der Station wird somit von den Patienten generell als gut bewertet und die Behandlungsangebote werden akzeptiert als beitragend zum Behandlungsergebnis. Die Tatsache, dass von den Patienten das Verhältnis zu ihrem Therapeuten als am wichtigsten beschrieben wird geht konform mit der Literatur, in der das Gespräch mit dem Arzt als die wichtigste Determinante der Patientenzufriedenheit genannt wird (s.o.). Auf der anderen

Seite scheuen sich Patienten generell, den Arzt/Therapeuten zu kritisieren oder negativ zu beurteilen, was sicherlich auch Einfluss auf das Ergebnis hat.

Die Patienten werden mit Sicherheit Gründe und Ursachen für eine gut oder schlecht gelaufene Therapie für sich selbst zu begründen versuchen. Eine Erklärung für solche Prozesse der Ursachensuche und –zuschreibung ist Gegenstand des Konzepts der Attributionstheorie [siehe hierzu Grundlagen der Attributionstheorie (Heider F. 1958; Weiner B. 1986)]. Als Selbstwertdienliche Verzerrung („self-serving bias“) wird in der Attributionstheorie die Neigung beschrieben, Erfolge auf interne Ursachen zu attribuieren während bei Misserfolgen vermehrt externen Ursachen die Schuld zugewiesen wird, obwohl diese Verzerrung sicherlich nur bedingt auf psychiatrische Patienten generalisiert werden kann. Dies kann eine Begründung für die negativere Sicht der Medikation bei der Gruppe mit „eher niedrigerem Behandlungserfolg“ darstellen, da das eigene suboptimale Abschneiden bei der Therapie auf die externe Ursache „Medikamentenwirkung“ zurückgeführt werden kann, und somit die Ursache nicht bei einem selbst begründet werden muss. Schwarzer schreibt in seinem Werk über Gesundheitspsychologie über ein asymmetrisches Attributionsmuster zwischen Personen mit hoher und niedriger Selbstwirksamkeit (Schwarzer R. 1996): „Personen mit hoher Kompetenzerwartung (synonym: Selbstwirksamkeit) tendieren dazu, Erfolg auf Begabung zu attribuieren, Misserfolg hingegen nicht auf Unfähigkeit, sondern auf eine Reihe anderer Attributionsfaktoren. Personen mit niedrigerer Kompetenzerwartung attribuieren ihren Misserfolg auf fehlende Begabung, ihren Erfolg weniger auf Begabung als auf eine Reihe anderer Faktoren (z.B. Aufgabenleichtigkeit, Konzentration, Anstrengung)“ (S.26). Auch in der vorliegenden Stichprobe kann man solche Muster erkennen. Es besteht ein hochsignifikanter Unterschied in der Selbstwirksamkeit (siehe SEB), und die Medikation als einziger externer Teilaspekt ohne Eigenbeteiligung wird von der Gruppe mit niedrigem Behandlungserfolg (und niedrigerer Selbstwirksamkeit) signifikant schlechter bewertet. In der Literatur wird die subjektive Wirksamkeit von Medikamenten als wichtige Determinante für Behandlungserfolg beschrieben, was sicherlich auch das Ergebnis beeinflusst hat.

Es kann festgestellt werden, dass Patienten mit „niedrigerem Behandlungserfolg“ weder das Verhältnis zum Einzeltherapeuten, noch das zum Team kritisieren bzw. signifikant schlechter beurteilen, sondern nur die Analytische Gruppentherapie. Es stellt sich hierbei die Frage ob die „Fachkräfte“ des Teams hier geschont werden aufgrund der Hemmung, Ärzte zu

kritisieren. Und dementsprechend die Patienten ihren Misserfolg stellvertretend auf die Analytische Gruppentherapie als Teil der therapeutischen Therapie attribuieren.

Weiter zu beachten ist außerdem, dass die Analytische Gruppentherapie eine Therapieform darstellt, die ein erhöhtes Maß an emotionaler Bezogenheit (oder „Kohäsion“) zur Gruppe, sowie Risikobereitschaft zur Selbstöffnung fordert, was gerade mit dem kritischen Feedback der Gruppe durch interpersonales Lernen zu Erfolgen führt (Tschuschke V. 1999). Tschuschke schreibt weiter in seinen Thesen, dass bei weniger erfolgreichen Gruppentherapiepatienten diese Trias aus guter Beziehungsaufnahme, Selbstöffnung und Feedback nicht zu beobachten ist, und sie eher freundliches, supportives Feedback erhalten, was eine therapeutische Veränderung sehr erschwert. Es kann festgestellt werden, dass die schlechtere Einschätzung der Analytischen Gruppentherapie durch die weniger erfolgreichen Patienten konform ist mit Tschuschkes Thesen, da sie anscheinend weniger von diesem Therapieangebot profitieren können. Allerdings kann auch eine Rolle spielen, dass die Patienten in dieser Gruppentherapieform weniger Aufmerksamkeit durch den Therapeuten erhalten als in den Einzelgesprächen mit dem Arzt oder dem Pflegepersonal. Den Patienten kann aber zugute gehalten werden, dass alleine die Tatsache der Ursachenzuschreibung für Misserfolg auf das externe Therapieangebot therapeutisch gesehen auch als Teilerfolg gesehen werden kann, da sich das Attributionsmuster demjenigen von nicht-klinischen Gruppen nähert, die Misserfolge bevorzugter extern attribuieren als intern.

*Fazit:* Das Therapieangebot der Station kommt den Patienten entgegen und wird durchgängig als positiv bewertet, wobei signifikante Unterschiede in der Bewertung zwischen den beiden Patientengruppen die Ausnahme sind und sich auf die „Medikation“ und die „analytische Gruppentherapie“ beschränken. Wie auch beim SEB hat sich das Urteil der Patienten bereits zum Zeitpunkt Therapie-Mitte gefestigt und ändert sich nicht mehr signifikant über den weiteren Verlauf.

## **6.2 Limitationen**

Einschränkend für die Untersuchung sollten folgende Ausführungen beachtet werden. Das Fehlen einer Kontrollgruppe bzw. Referenzgruppe für das ISW limitiert die Aussagekraft der analysierten Resultate. Auch gibt es Anzeichen, dass die Ergebnisse im ISW zu positiv ausgefallen sind, da bei geringeren  $n$  für ein Behandlungsangebot der Verdacht besteht, dass gerade unzufriedene Patienten dieses Angebot nicht wahrnahmen und somit nicht mehr im

Ergebnis erscheinen. Es ist weiterhin wahrscheinlich, dass den Patienten der letztlich doch vorhandene Wertungsaspekt (sprich: der Zweck der Befragung) klar ist, obwohl die eingesetzten Fragebögen entscheidend anders aufgebaut sind als Instrumente der Qualitätssicherung und Patientenzufriedenheits-Forschung (siehe 4.2: „Beschreibung der Messinstrumente“). Somit ließen sich Antworten im Sinne einer „erwünschten Antwort“ nicht vollständig verhindern. Für den Zeitpunkt der ersten Messung liegen die Daten von  $n=85$  Patienten vor, vollständige Daten für die Auswertung liegen für  $n=54$  Patienten vor. Für Patienten, die somit die weitere Teilnahme verweigerten (missing data), können auch keine Aussagen getroffen werden. Die Daten von  $n=9$  Patienten, die mit Vorbehalten gegenüber dem Setting oder der Befragung bewusst von vornherein nicht an der Studie teilgenommen haben (=Verweigererquote 9.6%), sind ebenfalls nicht in das Ergebnis integriert. Auch können wegen des differenzierten und speziellen Behandlungsansatzes der PS1 die Ergebnisse der Studie nicht auf andere psychiatrische Stationen generalisiert werden.

### 6.3 Ausblick

Aufbauend auf den Ergebnissen dieser Arbeit ergeben sich folgende Gesichtspunkte, die der Gegenstand weiterführender Untersuchungen sein könnten.

Das Erleben der Gruppenprozesse auf der Station und vor allem zwischen den Patienten scheint mit dem Behandlungserfolg signifikant verbunden zu sein. Daher ist zu diskutieren, ob die Wahrnehmung des Gruppenklimas, auch unabhängig von der Ursache und Wirkung dieser Prozesse, Hinweise auf den Verlauf der Behandlung geben kann und als Erfolgskriterium in die therapeutische Verlaufsbeobachtung miteinbezogen werden sollte.

Die analytische Gruppentherapie wird von den Patienten mit eher niedrigem Behandlungserfolg signifikant schlechter beurteilt. Es ist anzunehmen das diese Patienten aufgrund oben genannten Überlegungen von diesem Teil des Settings weniger profitieren. Es sollte diskutiert werden, ob es eine weniger selbstexplorative Alternative für Patienten mit „niedrigerem Behandlungserfolg“ gibt, damit auch diese mehr profitieren können.

Die hier berichteten positiven Erfahrungen zum Einsatz des ISW in der stationären Therapie lassen, bei den bekannten Limitationen, einen weiteren Gebrauch innerhalb der Begleitforschung zur Qualitätssicherung in der Psychiatrie sinnvoll erscheinen. Es hat sich gezeigt, dass bei alleinigem Einsatz des SEB Besonderheiten der Station PS1 nicht deutlich geworden wären.

## 7 Zusammenfassung

Hintergrund: In dieser Studie mit prospektiv-naturalistische Design wird das subjektive Wichtigkeitserleben des Behandlungsangebots und des stationären Settings von 54 Patienten auf einer psychiatrisch- psychotherapeutischen Station untersucht. Im Rahmen der Untersuchung wird mit dem eigens konstruierten „Inventar zur Erfassung des subjektiven Wichtigkeitserleben von Therapieangeboten“ (ISW) und mit dem „Stationserfahrungsbogen“ (SEB) erhoben, inwieweit Patienten mit unterschiedlichem Behandlungserfolg das stationäre Setting und das Behandlungsangebot verschieden erleben.

Methoden: Die Patienten werden in die Gruppen „eher höherer Behandlungserfolg“ und eher niedrigerer Behandlungserfolg“ unterteilt und diese zu den Zeitpunkten Therapie-Mitte und Therapie-Ende verglichen bzw. der Referenzgruppe aus dem SEB-Manual gegenübergestellt. Die Einschätzung des Behandlungserfolgs erfolgt über Patientenwerte aus den Instrumenten SCL-K-9 [Kurzform der SCL-90-R (Klaghofer R. und Brähler E. 2001)], BDI [Beck-Depressions-Inventar (Hautzinger M. et al. 1995)], und IIP-D [Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (Horowitz L.M. et al. 1994)]. Die Auswertung erfolgt über Varianzanalysen und t-tests. Zur Interpretation werden Effektstärken ( $\eta^2$ ,  $d$ ) verwendet.

Ergebnisse: Das Erleben bzw. die Bewertungen fallen hauptsächlich positiv aus. Aufgrund der heterogenen Mischung von empirisch belegbaren Effekten scheint das Erleben des Stationssettings aber nicht generell über den jeweiligen Behandlungserfolg vorhersagbar zu sein. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass die Patientengruppen Teilaspekte des Settings (vor allem die „Gruppenprozesse“ zwischen den Patienten, sowie ihre eigene „Selbstwirksamkeit“) verschieden erleben und auch unterschiedlich davon profitieren.

Limitation: Eine Referenzgruppe für das ISW fehlt. Durch die missing data und die Verweigerer sind wahrscheinlich die Ergebnisse von gerade den Patienten, die Vorbehalt gegenüber dem Setting oder den Befragungen hatten, nicht in die Studie integriert. Die Ergebnisse können nicht auf andere psychiatrische Stationen generalisiert werden aufgrund dem differenzierten und speziellen Behandlungsansatzes der PS1.

Schlussfolgerung: Das Therapieangebot der Station kommt den Patienten entgegen. Die Gruppenprozesse zwischen den Patienten scheinen einen wichtigen Aspekt darzustellen, da besonders Patienten mit Behandlungserfolg davon profitieren können. Die Erweiterung eines allgemeinen Instruments wie des SEB um ein stationsspezifisches wie dem ISW scheint sinnvoll, da sonst Besonderheiten übersehen werden.

## 8 Literaturverzeichnis

- Andresen B. (im Druck) Inventar klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen (IKP), Dimensionale Diagnostik nach DSM-IV und ICD-10. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Arbeitskreis OPD. (Hg., 1998) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Grundlagen und Manual. 2 korr. Auflage. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Balint M. OP, Balint E. (1972) Fokalthherapie. Suhrkamp: Frankfurt/M
- Bandura A. (1977) Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 84
- Barker D.A., Shergill S.S., Higginson I., Orrell M.W. (1996) Patient's view towards care received from psychiatrists. *Br J Psychiatry* 168:641-646
- Baron R.M., Kenny D.A. (1986) The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology* 51:1173-1182
- Bassler M., Hoffmann S.O. (1993) Die therapeutische Beziehung im Rahmen von stationärer Psychotherapie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 43:325-332
- Beck A.T., Steer R.A. (1987) Beck Depression Inventory - Manual. San Antonio TX: The Psychological Corporation.
- Becker H. (1997) Konzentrative Bewegungstherapie. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Becker P., Mohr A. (2005) Psychometrische Argumente für die Verwendung untransformierter Skalenwerte im Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D). *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie* 34:205-214
- Bergin A.E., Garfield S.L. (1994) Handbook of psychotherapy and behavior change. 4. Auflage, Wiley, New York
- Bortz J. (1999) Statistik für Sozialwissenschaftler (5., vollst. überarb. Aufl.). Berlin: Springer
- Bortz J., Döring N. (2003) Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler (3. Aufl.). Berlin: Springer
- Bruggemann A., Groskurth P., Ulrich E. (1975) Arbeitszufriedenheit. Bern: Huber
- Bundesärztekammer. (1996) Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung in der Medizin - Grundlagen einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung. München, Zuckschwerdt
- Bundesärztekammer. (1998) Qualitätsmanagement im deutschen Krankenhaus. München, Zuckschwerdt
- Campbell D.T., Stanley J.C. (1970) Experimental and quasi-experimental designs for research (6th printing). Chicago IL: Rand McNally
- Clarkin J.F., Yeomans F.E., Kernberg O.F., Buchheim P., Dammann G. (2001) Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur Transference-Focused Psychotherapy (TFP) Schattauer. Stuttgart, New York.
- Cohen J. (1988) Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. Hillsdale N.Y.: Erlbaum
- Cording C. (2003) Plädoyer für ein neues Paradigma psychiatrischer Qualitätssicherung. *Psychiatrische Praxis Forum* 4/2003  
[http://thieme.de/psychiat-praxis/04\\_03/praxis\\_01.html](http://thieme.de/psychiat-praxis/04_03/praxis_01.html)
- Dammann G., Smole-Lindinger S., Buchheim P. (2002) IPO Inventar der Persönlichkeitsorganisation. In Brähler E, Schumacher J, Strauß B (Hrsg.) Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. Weinheim: Beltz
- Derogatis L.R. (1977) SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-I for the R(evised) version. John Hopkins University school of Medicine

- Derogatis L.R. (1986) SCL-90-R. Self Report Symptom Inventory. In: CIPS (Hrsg.) Internationale Skalen für Psychiatrie, Weinheim: Beltz
- Dilling H., Mombour W., Schmidt M.H. (1993) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD- 10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Donabedian A. (1966) Evaluating the quality of medical care. In: The Milbank Memorial Fund Quarterly., New York, pp 166-206
- Dulz B., Makowski C. (1999) Zur Pharmakotherapie und Pharmakoforschung bei Borderline-Patienten. Persönlichkeitsstörungen 3:98-110
- Fähndrich E., Smolka M. (1998) Die psychiatrische Abteilung im Urteil der Patienten. Psychiatrische Praxis 25:72-75
- Folkman S., Lazarus R.S., Dunkel-Schetter C., DeLongis A., Gruen R. (1986) Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. Journal of Personality and Social Psychology 50:992-1003
- Franke G.H. (1995) Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version (SCL-90-R). Weinheim: Beltz
- Freudenmann R.W., Spitzer M. (2001) Computergestützte Patientenbefragungen als Grundlage für eine moderne Qualitätssicherung in der Psychiatrie. Nervenarzt 72:40-51
- Glaser W. (1978) Varianzanalyse. Stuttgart: G Fischer
- Grabhorn R., Kaufhold J., Burkhardt M., Kernhof K., Overbeck G., Gitzinger I. (2002) Gruppenkohäsion und Abwehrverhalten im Verlauf stationärer Gruppentherapien. Psychother Psychosom Med Psychol 52:275-281
- Gruyters T., Priebe S. (1992) Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten - eine Studie zu ihrer Erfassungsmethodik und zeitliche Stabilität. Fortsch. Neurol. Psychiat 60:140-145
- Gruyters T., Priebe S. (1994) Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten - Resultate und Probleme der systematischen Erforschung. Psychiatrische Praxis 21:88-95
- Hager W. (1998) Therapieevaluation: Begriffsbildung, Kontrolle, Randomisierung und statistische Auswertung. [online serial]. Methods of Psychological Research Online 3:69-81
- Hanson L. (1989) Patient Satisfaction with in-hospital psychiatric care. Eur Arch Psychiatr Neurol Sci:93-100
- Hautzinger M., Bailer M., Worall H., Keller F. (1995) Beck-Depression Inventar (BDI). (2. überarb. Aufl.) Bearbeitung der deutschen Ausgabe. Bern: Huber
- Heider F. (1958) The Psychology of Interpersonal Relations. New York: Wiley
- Heigl-Evers A., Heigl F. (1982) Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie- Eigenart und Interventionsstil. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 28:160-175
- Heigl-Evers A., Heigl F.S., Ott J. (1998) Zur Theorie und Praxis der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht
- Heigl-Evers A., Ott J. (Hg. 1994) Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Vandenhoeck und Ruprecht. Göttingen.
- Hessel J., Schumacher J., Geyer M., Brähler E. (2001) Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. Diagnostica 47:27-39
- Hillert A., Sandmann J., Ehlig S.C., Sobota K. (1995) Psychopharmaka in den Medien. Nervenarzt 66:835-844

- Hinsch R., Pfingsten U. (2002) Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK. Weinheim: Beltz (PVU)
- Höger D. (2000) Bielefelder Fragebogen zu Klientenerwartungen BFKE. Form A, dritte revidierte Fassung 1996. Unveröffentlichte Forschungsversion, Bielefeld, Universität Bielefeld.
- Horowitz L.M., Strauß B., Kordy H. (1994) Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-D) Deutsche Version. Weinheim: Beltz
- Horowitz L.M., Strauß B., Kordy H. (2000) Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme. Deutsche Version. Manual (2. überarbeitete und neu normierte Auflage). Göttingen: Beltz Test GmbH
- Jacob G., Bengel J. (2000) Das Konstrukt Patientenzufriedenheit: Eine kritische Bestandsaufnahme. Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 48:280-301
- Jacobs K.W. (1976) A table for the determination of experimentwise error rate (alpha) from independent comparisons. Educational and Psychological Measurement 36:899-903
- Jansen P. L. (1987) Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Klett-Cotta. Stuttgart.
- Kächele H., Kordy H. (1992) Psychotherapieforschung und therapeutische Versorgung. Nervenarzt 63
- Kaiser H.F., Rice J. (1974) Little Jiffy, Mark IV. Educational and Psychological Measurement 34:11-117
- Kapfhammer H.P. (1999) Pharmakotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Persönlichkeitsstörungen 3:16-24
- Kernberg O.F. (1985) Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose und Behandlungsstrategien. Klett-Cotta. Stuttgart.
- Kernberg O.F. (1996) Ein psychoanalytisches Modell zur Klassifizierung von Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapeut 41:288-296
- Klaghofer R., Brähler E. (2001) Konstruktion und testatische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 49:115-124
- König K. (1995) Einführung in die stationäre Psychotherapie. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht
- Kraus C. (2003) Der Arbeitsansatz der Station für Persönlichkeits- und Belastungsstörungen (PS1). Unveröffentlichtes Manuskript, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg
- Kraus C., Sack P.M. (2003) ISW - Inventar zur Erfassung des subjektiven Wichtigkeitserlebens von Therapieangeboten. Unveröffentlichte Forschungsversion Hamburg, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- Krentz H., Olandt H. (2001) Messung der Qualitätswahrnehmung von Patienten mit teilleistungsbezogenen Ansatz. Gesundheitswesen 63:530-535
- Langewitz W., Keller A., Denz M., Wössmer-Buntschku B., Kiss A. (1995) Patientenzufriedenheits-Fragebogen (PZF): Ein taugliches Mittel zur Qualitätskontrolle der Arzt-Patienten-Beziehung? PpM Psychother. Psychosom. med. Psychol. 45:351-357
- Längle G., Schwärzer F., Eschweiler G.W., Renner G., Schramm K., Waschulewski H. (2002) Der Tübinger Bogen zur Behandlungszufriedenheit (TÜBB 2000). Psychiatrische Praxis 29:83-89
- Leimkühler A.M., Müller U. (1996) Patientenzufriedenheit - Artefakt oder soziale Tatsache. Nervenarzt 67:765-773

- Leppert K., Strauß B. (2002) Resilienzskala. In Brähler E, Schumacher J, Strauß B (Hrsg.) Psychodiagnostische Verfahren in der Psychotherapie. Göttingen: Beltz
- Linden M., Nather J., Wilms H.U. (1988) Zur Definition, Bedeutung und Messung der Krankheitskonzepte von Patienten. Die Krankheitskonzeptskala (KK-Skala) für schizophrene Patienten. Fortsch. Neurol. Psychiat 56:35-43
- Loch W. (1979) Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie- Analytische Psychotherapie. Ziele, Methoden, Grenzen. Wege zum Menschen 31:177-193
- MacKenzie K.R. (1996) Der Gruppenklima-Fragebogen. In B. Strauß, J. Eckert, V. Tschuschke (Hrsg.) Methoden der empirischen Gruppentherapieforchung - Ein Handbuch:172-198
- Mans E.J. (1998) Qualitätssicherung in der stationären psychoanalytischen Psychotherapie. In: Hrsg. v. Anton-Rupert Laireiter u. Heiner Vogel. Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung): DGVT-Verlag
- Mentzos S. (1984) Neurotische Konfliktverarbeitung. Frankfurt a.M.: Fischer
- Möller-Leimkühler A.M., Dunkel R., Müller P. (2002) Determinanten der Patientenzufriedenheit: behandlungsbezogene und klinische Variablen, subjektive Krankheitskonzepte und Lebensqualität. Fortsch. Neurol. Psychiat 70:410-417
- Orem D.E. (1985) Nursing: Concepts of practice: McGraw-Hill
- Panschaud C., Guillain H., Cranovcky R., Eicher E. (1999) Qualitätsterminologie. Schweiz. Ärztezeitung 79(32/33):1960-1967
- Peplau H. E. (1988) Interpersonal Relations in Nursing: Palgrave Macmillan
- Rabung S., Sammet I., Schauenburg H. (1999) How about the relation between the Brief Symptom Inventory BSI and the Symptom Check List SCL-90-R in assessing symptoms? Society for Psychotherapy Research, abstract of the annual meeting
- Reddemann L, Sachsse U. (1997) Traumazentrierte Psychotherapie I (Stabilisierungsphase). Persönlichkeitsstörungen 1:97-140
- Rentrop M., Böhm A., Kissling W. (1999) Patientenzufriedenheit mit stationär psychiatrischer Behandlung. Fortsch. Neurol. Psychiat 67
- Richter R. (1994) Qualitätssicherung in der Psychotherapie. 1994 23:233-235
- Rockland L. (1992) Supportive Therapy for Borderline-Patients: A Psychodynamic Approach. New York: Guilford Press
- Roper N. (1980) The elements of nursing: Churchill Livingstone
- Sammet I., Lüneburg T., Schauenburg H. (2003) Die Entwicklung von Selbstwirksamkeit während stationärer Therapie.  
<http://www.thieme.de/abstracts/ppmp/abstracts2003/daten/110.html>
- Sammet I., Schauenburg H. (1999) Stations-Erfahrungsbogen (SEB). Fragebogen zur Erfassung des Verlaufs stationärer Psychotherapie. Göttingen: Beltz
- Sammet I., Staats H., Schauenburg H. (2004) Beziehungserleben und Therapieergebnis in der stationären Psychotherapie. Z Psychosom Med Psychother 50:376-393
- sana aktuell (2000) Die "Hotelqualität" ist Patienten weniger wichtig.  
[http://www.sana.de/sana-aktuell\\_4\\_00/004\\_01\\_picker.htm](http://www.sana.de/sana-aktuell_4_00/004_01_picker.htm)
- Schauenburg H., Sammet I., Rabung S., Strack M. (2001) Zur differenzierten Betrachtung des Gruppenerlebens in der stationären Psychotherapie depressiver Patienten. Gruppenpsychother Gruppenn 37:349-364
- Schützwohl M., Olbrich R. (2001) Patientenzufriedenheit mit stationärer psychiatrischer Ergotherapie. Krankenhauspsychiatrie 11:3-7
- Schwarzer R. (1992) Self-efficacy: Thought control of action. Hemisphere, Washington 1992

- Schwarzer R. (1996) Psychologie des Gesundheitsverhaltens ,2. überarb. und erw. Aufl. Göttingen: Hogrefe, Verl. für Psychologie
- Siegrist K., Schlebusch P., Trenchkman U. (2002) Fragen wir den Kunden - Patientenzufriedenheit und Qualitätsentwicklung. *Psychiatrische Praxis* 29:201-206
- Soloff P.H. (1998) Treatment of personality disorders: symptom-specific treatment for cognitive-perceptual, affective, and impulse-behavioral dysregulation. *Bull. Menn. Clin.* 62:195-214
- Sommer G., Fydrich T. (1991) Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur sozialen Unterstützung (F-SOZU). *Diagnostica* 37:160-178
- Spieß H., Krischker C., Cording C. (1998) Qualitätssicherung zum Nutzen der Patienten: Lassen sich Patientenerwartungen in der psychiatrischen Klinik umsetzen? *Krankenhauspsychiatrie* 9:152-156
- Spieß H., Leber C., Kraatz S., Cording C. (2002) Was erwarten Patienten von einer psychiatrischen Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus. *Psychiatrische Praxis* 29:417-419
- Stelzl I. (1982) Fehler und Fallen der Statistik. Bern: Huber
- Stevens J.P. (2002) Applied multivariate statistics for the social sciences (4th edition). Mahwah N.J.: Erlbaum
- Stolze H. (1988) Die Konzentrierte Bewegungstherapie. Berlin: Springer-Verlag
- Strauß B. (1998) Qualitätssicherung in der stationären psychodynamischen Gruppenpsychotherapie: Konzepte und Probleme. In: Hrsg. v. Anton-Rupert Laireiter u. Heiner Vogel Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung): DGVT-Verlag
- Streck U. (1991) Klinische Psychotherapie als Fokalbehandlung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 37:3-13
- Tress W., Wöller W., Hartkamp W., Langenbach M., Ott J. (2002) Persönlichkeitsstörungen. Leitlinie und Quellentext. Teil der: Rudolf G., Eich W. (Hrsg.): Leitlinien Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. In Abstimmung mit den AWMF-Fachgesellschaften AÄGP, DGPM, DGPT und DKPM. Schattauer. Stuttgart, New York.
- Trojan A. (1998) Warum sollen Patienten befragt werden? (II). In: Ruprecht, T.M. (Hrsg.):Experten fragen-Patienten antworten: patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen; Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. Asgard-Verlag Dr.Werner Hippe KG, Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik, ), pp 15-30
- Tschuschke V. (1993) Wirkfaktoren stationärer Gruppenpsychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1993
- Tschuschke V. (1999) Therapieeffekte in ambulanter und stationärer Gruppenpsychotherapie mit schweren neurotischen und Persönlichkeitsstörungen. In: Saß, H. u. Herpertz, S. (Hrsg.): Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. Beiträge zu einem schulenübergreifenden Vorgehen), Stuttgart: Thieme
- Tschuschke V., Catina A., Beckh T., Salvini D. (1992) Wirkfaktoren in stationärer analytischer Gruppenpsychotherapie. *Z Psychother Psychosom Med Psychol* 42
- Tschuschke V., Green L.M. (2002) Group therapist training: what predicts learning? *Int J Group Psychotherapy* 52
- Weiner B. (1986) An attributional theory of motivation and emotion. Berlin: Springer
- Wittchen H.U., Zaudig M., Fydrich T. (1997) Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID-I und SKID-II). Göttingen: Hogrefe
- Yalom I.D. (1989) Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Pfeiffer, München 1989

## 9 Anhang

### 9.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Psychometrische Kennwerte der Skalen des „Inventars zur Erfassung des subjektiven Wichtigkeitserlebens von Therapieangeboten (ISW)“ basierend auf der gesamten Patientenstichprobe der PS1 im Zeitraum der vorliegenden Untersuchung.	32
Tabelle 2. Behandlungsgruppen und Geschlecht.	33
Tabelle 3. Behandlungsgruppen und Lebensalter (in Jahren).	34
Tabelle 4. Behandlungsgruppen, Geschlecht und höchst-erreichte Schulabschlüsse (in Prozent).	35
Tabelle 5. Behandlungsgruppen, Geschlecht und beruflicher Status bei Aufnahme (in Prozent).	36
Tabelle 6. Behandlungsgruppen, Geschlecht und aktuelle Erwerbssituation bei Aufnahme (in Prozent).	37
Tabelle 7. Behandlungsgruppen, Geschlecht und Behandlungsdauern in Tagen.	38
Tabelle 8. Behandlungsgruppen, Geschlecht und psychiatrische Vorbehandlungen (in Prozent).	39
Tabelle 9. Verteilung der Erstdiagnosen laut Entlassungsbrief (psychische und Verhaltensstörungen nach ICD-10) bei $N=54$ stationär behandelten männlichen und weiblichen Psychatriepatienten je nach Untersuchungs-Teilstichprobe.	40
Tabelle 10. Verteilung aller F-Diagnosen (psychische und Verhaltensstörungen nach ICD-10) bei $n=54$ stationär behandelten männlichen und weiblichen Psychatriepatienten je nach Untersuchungs-Teilstichprobe ( $n$ =Anzahl der Nennungen bei Mehrfachnennungen).	41
Tabelle 11. Ergebnisse einer MANCOVA im prä–post-Design an $n= 54$ Patienten einer Psychiatriestation für Persönlichkeits- und Belastungsstörungen mit dem Patientenalter als Kovariate.	47
Tabelle 12. Skala „Selbstwirksamkeit“. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=28$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=26$ ) zu den Zeitpunkten Behandlungsmitte und Behandlungsende (MANOVAs mit Messwiederholung).	54
Tabelle 13. Skala „Beziehung zum therapeutischem Team“. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=28$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=26$ ) zu den Zeitpunkten Behandlungsmitte und Behandlungsende (MANOVAs mit Messwiederholung).	55
Tabelle 14. Skala „Beziehung zum Einzeltherapeuten“. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=28$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=26$ ) zu den Zeitpunkten Behandlungsmitte und Behandlungsende (MANOVAs mit Messwiederholung).	56
Tabelle 15. Skala „Gruppenklima“ Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=28$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=26$ ) zu den Zeitpunkten Behandlungsmitte und Behandlungsende (MANOVAs mit Messwiederholung).	57
Tabelle 16. Skala „Zuwendung durch Mitpatienten/Kohäsion“. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=28$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=26$ ) zu den Zeitpunkten Behandlungsmitte und Behandlungsende (MANOVAs mit Messwiederholung).	58

Tabelle 17. Skala „ <i>Angemessenheit der Behandlungsintensität</i> “. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=23$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=24$ ) zu den Zeitpunkten Behandlungsmitte und Behandlungsende (MANOVAs mit Messwiederholung). _____	59
Tabelle 18. Skala „ <i>Akzeptanz der therapeutischen Rahmenbedingungen/Stationsordnung</i> “. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=23$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=24$ ) zu den Zeitpunkten Behandlungsmitte und Behandlungsende (MANOVAs mit Messwiederholung). _____	60
Tabelle 19. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=23$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=24$ ) zu den Zeitpunkten Behandlungsmitte und Behandlungsende (MANOVAs mit Messwiederholung). _____	61
Tabelle 20. Skala „ <i>Einzelgespräch</i> “. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=28$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=26$ ). _____	62
Tabelle 21. Skala „ <i>Gespräch mit Pflegepersonal</i> “. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=28$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=26$ ). _____	63
Tabelle 22. Skala „ <i>Analytische Gruppentherapie</i> “. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=28$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=26$ ). _____	65
Tabelle 23. Skala „ <i>Soziales Kompetenztraining</i> “. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=28$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=26$ ). _____	66
Tabelle 24. Skala „ <i>Ergotherapie</i> “. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=28$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=26$ ). _____	67
Tabelle 25. Skala „ <i>Stabilisierungsgruppe</i> “. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=27$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=21$ ). _____	69
Tabelle 26. Skala „ <i>Physiotherapie</i> “. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=28$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=26$ ). _____	70
Tabelle 27. Skala „ <i>Medikation</i> “. Unterschiede zwischen Patienten mit „eher niedrigerem ( $\pm$ )“ ( $n=28$ ) versus „eher höherem Behandlungserfolg (+)“ ( $n=26$ ). _____	71
Tabelle 28. <i>Darstellung der wichtigsten Befunde</i> . Unterschiede zwischen den beiden Gruppen „eher höherer Behandlungserfolg“ (+) und „eher niedrigerer Behandlungserfolg“ ( $\pm$ ) zum Zeitpunkt Therapie-Mitte und Therapie-Ende. Effektstärken des Vergleichs mit der Referenzgruppe. _____	73

## 9.2 Danksagung

Meinen herzlichen Dank möchte ich Herrn Prof. Dr. med. R. Thomasius aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) für die Überlassung des Dissertationsthemas und für die Hilfe bei der Durchführung der Arbeit aussprechen. Herrn Prof. Dr. med. D. Naber, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des UKE, danke ich für die Möglichkeit der Promotion an seiner Klinik. Ich danke besonders Herrn Dr. med. C. Kraus für die ausführliche Betreuung der Dissertation. Ebenfalls danke ich dem gesamten Stationsteam der Station PS1 für die Unterstützung bei der Datenerhebung. Für seine geduldige und konstruktive Beratung, insbesondere bei der statistischen Auswertung, danke ich sehr Herrn Dr. phil. P.-M. Sack. Außerdem gilt mein Dank auch Angela Waldmann und Julia Koch für die Zusammenarbeit bei der Anfertigung unserer Dissertationen. Für die unermüdliche Hilfe bei der Korrektur möchte ich mich herzlich bei Annette Buchholz bedanken.

## 9.3 Lebenslauf

Name	Till Flügel
Geburtstag	7.4.1978
Geburtsort	Hamburg
Eltern	Gabriele Beate Flügel, Töpferin Dr. Klaus Flügel, Zahnarzt

### WERDEGANG

1984 - 1988	Katholische Grundschule Böhmestrasse, Hamburg
1988 - 1997	Charlotte-Paulsen-Gymnasium, Hamburg
1997	Abitur
10/1997 - 11/1998	Zivildienst in der St. Emmaus Gemeinde, Hamburg
05/1999 - 09/1999	Betreuer in einem Jugendcamp in den U.S.A.
10/1999 - bis heute	Beginn des Medizinstudiums in Hamburg
03/2002	Physikum
03/2003	Erstes Staatsexamen
09/2005	Zweites Staatsexamen

Hamburg, im April 2006

#### **9.4 Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Prüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

#### **9.5 BADO, ISW und SEB-Skala „Gruppenklima“ als Faksimile**

Anmerkung: Die frühere Arbeitsbezeichnung für das ISW lautete TEB, die aber bereits anderweitig vergeben ist.



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

1

Patientenaufkleber

Sektor:  ja  nein

## Basisdokumentation

Aufnahmedatum:

aufnehmender Arzt: 

Aufnahmestation:

behandelnder Arzt: 

behandelnder Oberarzt:

 \_\_\_\_\_

Geschlecht

- weiblich
- männlich

1 Kostenträger

- RVO-Kassen, Knappschaften
- Ersatzkassen
- Privatkassen, Beihilfe
- Selbstzahler
- Sozialhilfe, örtl. Träger
- Sozialhilfe, überörtl. Träger
- Rentenversicherungen (LVA, BfA)
- Berufsgenossenschaften

2 Aufnahmeart

- freiwillig (einschl. Minderjährige mit Zustimmung der Eltern. Geschäftsführung ohne Auftrag)
- Unterbringungsgesetz
- Pflegschaft (Aufenthaltsbestimmungen)
- Entmündigung (einschl. Minderjährige mit Beschluß gemäß § 163 1 b BGB)
- Begutachtung im Strafverfahren
- sonstige Begutachtung
- gerichtliche Einweisung (§§ 63,64 StGB o.a.)

3 Ärztliche Einweisung:

- ohne ärztliche Einweisung
- eigene Klinik
- eigene psych. Ambulanz/Poliklinik
- andere psych. Ambulanz/Poliklinik
- niedergel. Nervenarzt/ärtl. Psychotherap
- prakt. Arzt/Arzt für Allgemeinmedizin
- sonst. Facharzt od. Ambulanz/Poliklinik
- anderes psychiatr./psychosom. Krhs./Abteilung
- andere psychiatr. Tages-/Nachtambulanz
- andere stat. Einrichtung f. Suchtkranke
- nichtpsychiatrisches Krhs./ Abteilung
- sozialpsychiatrischer Dienst/ Gesundheitsamt
- ärztlicher Notdienst
- psychiatrischen Notdienst
- Arzt anderer öffentlicher Stellen

4 Zugang durch

- niedergel. Psychologe/nichtärztlicher Psychotherapeut
- psychosoz. Dienst (z.B. Kontaktstelle, psych. Beratungsst., Tagesstätte, psychosoziale Beratungsstelle, u.a.)
- Suchtberatungsstelle
- sonstige Beratungsstelle
- Selbsthilfegruppe, Laienhelfer
- allg. soz. Dienst (Gemeindeschwester Sozialstation o.ä.)
- Werkstatt für Behinderte
- Heim
- Polizei, Ordnungsamt
- Patient selbst, Angehörige, Bekannte
- Zugang ausschl. aufgrund ärztl. Einweisung
- sonstige

BADO '98

5 Besteht eine Betreuung?

- nein
- ja
  - ⇒ Wirkungskreis:
    - Finanzen
    - Aufenthaltsbestimmung
    - Gesundheitsfürsorge
    - Sonstiges:  \_\_\_\_\_

6 Frühere Behandlung/en psychiatrisch stationär/ teilstationär:

- Erstaufnahme
- ein bis zwei Aufnahmen
- drei bis fünf Aufnahmen
- mehr als fünf Aufnahmen
- davon im eigenen Hause
  
- erste stat. psychiatrische Behandlung überhaupt im Jahr:  \_\_\_\_\_

7 psychiatrisch ambulant:

- nein
- ja,
  - von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

8 Medikation bei Aufnahme:

- keine
- ja ⇒ welche:
 

⇒ Typ	⇒	<u>Präparatnahme/Dosis</u>
_____	/	_____
_____	/	_____
_____	/	_____
_____	/	_____

9 Besonderheiten während der Behandlung:

- ⇒ Zwangsmaßnahmen
  - ja
  - nein
- ⇒ Zwangsmedikation
  - ja
  - nein

10 Medikation während der Behandlung:

- keine
- ja ⇒ welche:
 

⇒ Typ	⇒	<u>Präparatnahme/Dosis</u>
_____	/	_____
_____	/	_____
_____	/	_____
_____	/	_____

11 Suizidversuche in der Anamnese:

- nein
- ja ⇒ Anzahl:  \_\_\_\_\_

12 Suizidalität bei Aufnahme:

- nein
- ja

13 Suizidalität während der Behandlung:

- nein
- ja

14 Suizidversuche während der Behandlung:

- nein
- ja

15 Psychiatrische Diagnose (ICD-10)

- ⇒ Diagnose 1:  \_\_\_\_\_
- ⇒ Diagnose 2:  \_\_\_\_\_
- ⇒ weitere Diagnosen:
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_

16 Somatische Erkrankung/Behinderung/Notfälle

- nein
- ja ⇒ welche:
  - \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_

17 Allergie und Unverträglichkeiten

- nicht bekannt
  - ja, => welche:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

18 Epilepsie/ Anfälle

- nicht bekannt
- ja

19 Entlassungsstation

\_\_\_\_\_

20 Name des/der ausfüllenden Arztes/Ärztin:

\_\_\_\_\_

21 Beendigung der Behandlung:

- Entlassung
- Entlassung gegen Rat
- verstorben
- verstorben nach Suizid

22 Medikation bei Entlassung

- keine
- ja => welche:

=>Typ                      =>Präparatnahme/Dosis

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

23 Entlassungsdatum:

\_\_\_\_\_

24 Klinische Studie

- nein
- ja => welche:

Titel: \_\_\_\_\_

Substanz: \_\_\_\_\_

25 Stationäre/teilstationäre Weiterbehandlung durch:

- keine stationäre/teilstationäre Weiterbehandlung
- psychiatrische Tages-/Nachtambulanz
- anderes psychiatrisches Krankenhaus/ Abteilung
- psychosomatische/ psychotherapeutische Klinik
- stationäre Einrichtung für Suchtkranke
- sonstige Klinik

26 Ambulante und/oder komplementäre Weiterbehandlung/Nachbehandlung durch ( bis zu 3 Nennungen):

- keine
- niedergelassener Nervenarzt/ärztlicher Psychotherapeut
- niedergelassener Psychologe, nichtärztlicher Psychotherapeut
- UKE Poliklinik/ Ambulanz
- praktischer Arzt
- anderer Facharzt
- sozialpsych. Dienst/Gesundheitsamt
- Arzt anderer öffentlicher Stellen
- psychosoz. Dienst (z.B. Kontaktstelle, Patientenclub, Tagesstätte, psych. Beratungsstelle)
- allgemeiner sozialer Dienst, ( Gemeindefürsorge, Familienfürsorge, Sozialstation o.ä.)
- Suchtberatungsstelle
- sonstige Beratungsstelle
- Selbsthilfegruppe, Laienhelfer
- Werkstatt für Behinderte
- Heim
- sonstige

27 Arztbrief an:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**1 Staatsangehörigkeit:**

⇒ \_\_\_\_\_

**2 Asylverfahren:**

- nein  
 ja

**3 Zwilling/Mehrling**

- nein  
 ja

**4 Geschwister:**

- keine Geschwister  
 Anzahl Geschwister: / \_\_\_\_\_

Anzahl Schwestern /  
 ⇒ Alter: /

Anzahl Brüder /  
 ⇒ Alter: /

**5 Familienstand**

- ledig  
 verheiratet  
 verheiratet und getrennt lebend  
 geschieden  
 verwitwet

**6 Vorhandene Kinder:**

- keine  
 ja

⇒ Anzahl: / \_\_\_\_\_

⇒ Alter des Jüngsten / ⇒ Alter des Ältesten / **7 Wohnsituation bei Aufnahme**

- therapeutische Wohngemeinschaft  
 psychiatrisches Übergangs-/ Wohnheim/ Nachtklinik  
 psychiatrisches Krankenhaus  
 Altenwohnheim/ Altenpflegeheim  
 anderes Heim ( z.B. Lehrlingsheim)  
 ohne festen Wohnsitz  
 Mietwohnung, nicht alleinlebend  
 Mietwohnung, alleinlebend  
 Wohngemeinschaft  
 Eigentumswohnung/ Haus, alleinlebend  
 Eigentumswohnung/ Haus, nicht alleinlebend  
 Untermiete  
 Pension/ Hotel  
 sonstiges / \_\_\_\_\_

**8 Lebt zusammen mit, bei Aufnahme:**

- lebt allein (auch in Institutionen)  
 (Ehe-)Partner/in  
 Eltern(teil)  
 Kind(ern)  
 Schwester / Bruder  
 anderen Verwandten  
 anderen nicht verwandten Personen

**9 Wohnsituation bei Entlassung:**

- wie bei Aufnahme  
 nicht wie bei Aufnahme

sondern

- therapeutische Wohngemeinschaft  
 psychiatrische/s Übergangs-/ Wohnheim/ Nachtklinik  
 psychiatrisches Krankenhaus  
 Altenwohnheim/ Altenpflegeheim  
 anderes Heim ( z.B. Lehrlingsheim)  
 ohne festen Wohnsitz  
 Mietwohnung, nicht alleinlebend  
 Mietwohnung, alleinlebend  
 Wohngemeinschaft  
 Eigentumswohnung/ Haus, alleinlebend  
 Eigentumswohnung/ Haus, nicht alleinlebend  
 Untermiete  
 sonstiges: / \_\_\_\_\_

**10 Lebt zusammen mit, bei Entlassung:**

- wie bei Aufnahme
- nicht wie bei Aufnahme

sondern

- lebt allein (auch in Institution)
- (Ehe-) Partner/in
- Eltern(teil)
- Kind(ern)
- Schwester/Bruder
- anderen Verwandten
- anderen nichtverwandten Personen

**11 Höchster Abschluss**

- kein Abschluss
- Sonderschulabschluss
- Hauptschulabschluss
- Mittlere reife
- Abitur
- Fachabitur
- Hochschulabschluss

**12 Berufsausbildung**

- nein
- ja,
  - ⇒ welche: / \_\_\_\_\_
  - / \_\_\_\_\_

**13 Jetzige berufliche Situation**

- berufstätig (Vollzeit)
- berufstätig (Teilzeit)
- mithelfender Familienangehöriger
- Hausfrau bzw. Hausmann
- in der Schul-/Berufsausbildung oder Umschulung
- Studentin/Student
- Wehrdienst oder Zivildienst
- geschützt beschäftigt
- ohne berufliche Beschäftigung
- arbeitslos gemeldet
- Erwerbsunfähigkeitsrente
- Altersrente, Pension, Witwenrente

**14 Berufsstand Unselbständige**

- nie berufstätig gewesen
- ungelernt
- angelernt
- Angestellte u. Beamte im einfachen Dienst
- mittlere Angestellte, Beamte im mittl. Dienst
- Facharbeiter, Handwerker
- höher qualifizierte Angestellte, Beamte im gehobenen Dienst
- Meister
- leitende Angestellte, Beamte

**15 Berufsstand Selbstständige**

- Einzelunternehmer, ambulante Gewerbe etc.
- kleinere Betriebe, selbstständige Handwerker, Landwirte, Gewerbetreibende
- Akademiker, frei Berufe
- größere Unternehmer

**16 Berufe der Eltern**

⇒ der Mutter

- kein
- Beruf: / \_\_\_\_\_

⇒ des Vaters

- kein
- Beruf: / \_\_\_\_\_

**Clinical Global Impressions (CGI)**

Teil 1:  
Schweregrad der Krankheit bei Aufnahme bzw. Entlassung

<u>Codierung</u>	<u>bei Aufnahme</u>	<u>bei Entlassung</u>
Nicht beurteilbar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient ist überhaupt nicht krank, sondern normal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient ist ein Grenzfall psychiatrischer Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient ist nur leicht krank	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient ist mäßig krank	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient ist deutlich krank	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient ist schwer krank	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patient gehört zu den extrem schwer Kranken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Teil 2:  
Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung seit der Aufnahme

<u>Codierung</u>	
Nicht beurteilbar	<input type="radio"/>
Zustand ist sehr viel besser	<input type="radio"/>
Zustand ist viel besser	<input type="radio"/>
Zustand ist nur wenig besser	<input type="radio"/>
Zustand ist unverändert	<input type="radio"/>
Zustand ist etwas schlechter	<input type="radio"/>
Zustand ist viel schlechter	<input type="radio"/>
Zustand ist sehr viel schlechter	<input type="radio"/>





6. Mein Verhältnis zur Gruppe war alles in allem gut.

7. Ich habe am sozialen Kompetenztraining regelmäßig teilgenommen

**V. Ergotherapie/Beschäftigungstherapie**

stimmt gar nicht    stimmt kaum    stimmt eher nicht    stimmt etwas    stimmt überwiegend    stimmt genau

1. Ich habe gerne an der Ergotherapie teilgenommen.

2. Die Ergotherapie war wichtig für mich.

3. Durch die Ergotherapie bin ich vorangekommen.

4. Durch die Ergotherapie habe ich meine Probleme besser im Griff.

5. Mein Verhältnis zu meinem Therapeuten/meiner Therapeutin war alles in allem gut.

6. Mein Verhältnis zur Gruppe war alles in allem gut.

7. Ich habe an der Ergotherapie regelmäßig teilgenommen.

**VI. Stabilisierungsgruppe**

stimmt gar nicht    stimmt kaum    stimmt eher nicht    stimmt etwas    stimmt überwiegend    stimmt genau

1. Ich habe gerne an der Stabilisierungsgruppe teilgenommen.

2. Die Stabilisierungsgruppe war wichtig für mich.

3. Durch die Stabilisierungsgruppe bin ich vorangekommen.

4. Durch die Stabilisierungsgruppe habe meine Probleme besser im Griff.



**3.**Meine Situation hat sich durch die  
Medikamente verbessert.

     

**4.**Die Medikamente spielen bei  
meiner Behandlung für mich eine  
wichtige Rolle.

     

**5.**Ich denke, dass ich auch ohne die  
Medikamente die gleichen  
Fortschritte machen kann.

