

Ergebnisqualität in der ambulanten Verhaltenstherapie

Der Einsatz von Verlaufsdiagnostik zur Operationalisierung von Behandlungsergebnissen

Denise Reichardt^{1*}, Gabriele Helga Franke¹, Stefanie Regine Schau² und Melanie Jagla-Franke^{1,3}

¹ HS MD-SDL, FB Angewandte Humanwissenschaften, Rehabilitationspsychologie

² Psychotherapeutische Praxen Gardelegen & Stendal

³ HS Neubrandenburg, FB Gesundheit, Pflege, Management

* Korrespondenz: denise.reichardt@stud.h2.de

Kurzfassung. In der ambulanten Psychotherapie ist das interne Qualitätsmanagement verpflichtend. Dabei ist die Ergebnisqualität zentral. Offen ist die Frage der Übertragbarkeit der Ergebnisse von Wirksamkeitsstudien auf das ambulante Setting und wie sich die Ergebnisqualität erheben lässt. Ziel der Untersuchung ist die Überprüfung von Behandlungsergebnissen ambulanter Verhaltenstherapie (Prä-Post-Design) mithilfe vorliegender Daten der SCL-90®-S und des PSSI (N=518). Für die SCL-90®-S zeigte sich eine signifikante Symptomverbesserung ($p \leq .001$). Für das PSSI ließen sich keine klinisch relevanten Veränderungen abbilden. Die Untersuchung zeigt dennoch, dass die ambulante Verhaltenstherapie auch unter Alltagsbedingungen wirkt und sich die Ergebnisqualität mithilfe von Verlaufsdiagnostik erheben lässt.

1. Theorie

In der ambulanten Psychotherapie gilt seit 2004 die Verpflichtung zum internen Qualitätsmanagement [1]. Im Gesundheitswesen allgemein werden hierunter das Durchführen und Überprüfen von Maßnahmen, mit dem konkreten Ziel einer qualitativ hochwertigen Versorgung von Patient*innen, zusammengefasst. Im Detail werden sämtliche Handlungen, welche Organisation, Arbeit und Behandlung in der Praxis betreffen, definiert und kontinuierlich revidiert [2]. Die therapeutische Arbeit soll so an Versorgungsstandards angepasst und die Abläufe innerhalb der Praxis sollen strukturiert werden [3]. Das Qualitätsmanagement lässt sich in die Bereiche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterteilen [4]. Unter Ergebnisqualität, als zentrale Messgröße, wird die Differenz zwischen Behandlungsziel und Behandlungsergebnis verstanden (Outcome/Wirksamkeit; ibd., [5]). Die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie lässt sich mit einer Vielzahl an Studien belegen [6]. Diese beziehen sich jedoch größtenteils auf das stationäre Setting oder wurden unter stark kontrollierten Bedingungen durchgeführt [7]. Die empirische Forschung bezüglich der ambulanten Psychotherapie ist bis dato nur unzulänglich vorhanden [8]. Offen ist die Frage, wie sich die Ergebnisse zur Wirksamkeit auf die ambulante Psychotherapiepraxis, in der die Therapie oftmals in eklektischer Form stattfindet [9], übertragen lassen und wie sich die Ergebnisqualität erheben lässt. Diagnostische Maßnahmen zur Sicherung des Therapieerfolges und der Entscheidungsprozesse sind in der allgemeinmedizinischen Versorgung üblich, in der ambulanten Psychotherapie hingegen weniger verbreitet, stellen jedoch ein geeignetes, nicht unerhebliches, Maß zur Messung der Ergebnisqualität dar [10]. So lassen sich bspw. abhängig vom Therapieziel (z.B. das Überwinden einer depressiven

Episode oder die Reduktion von psychischer Belastung) unterschiedliche Verfahren einsetzen, um den Schweregrad der Störung oder der Belastung zu Beginn der Therapie (Eingangsdagnostik) einzuschätzen, im Verlauf (Zwischenmessung) zu überprüfen, sowie am Ende der Therapie (Abschlussmessung) abschließend begutachten zu können.

Ziel dieser Untersuchung ist die Überprüfung von Behandlungsergebnissen ambulanter kognitiver Verhaltenstherapie unter Alltagsbedingungen durch den routinemäßigen Einsatz von Verlaufsdiagnostik.

2. Methode

Vorgehen

Im Rahmen eines Prä-Post-Vergleiches werden vorliegende Daten von Patient*innen einer ambulanten Psychotherapiepraxis (VT), die eine Behandlung zwischen Januar 2015 und September 2021 aufgenommen haben, sekundär analysiert. Es werden störungsübergreifende Symptome zu Beginn (t0) sowie Veränderungen zum Ende der Therapie (t1) bestimmt. Hierzu werden die allgemeine Symptombelastung mithilfe der Symptom-Check-List-90[®]-Standard (SCL-90[®]-S; [11]) sowie die Ausprägungen von Persönlichkeitsstilen mithilfe des Persönlichkeits-Stil-und-Störungs-Inventars (PSSI; [12]) ausgewertet. Mittels t-Tests bei verbundenen Stichproben werden Mittelwertsunterschiede zwischen den Messzeitpunkten bestimmt und auf Signifikanz geprüft. Für die SCL-90[®]-S werden die allgemeine Symptombelastung (GSI) sowie die neun Skalen untersucht. Bei der Ausprägung von Persönlichkeitsstilen wird überprüft, ob eine Annäherung der T-Werte an den Normbereich stattgefunden hat. Die Auswertung der Daten erfolgt mithilfe der Statistiksoftware IBM SPSS Statistics 27 [13].

Verfahren

Die Symptom-Checkliste Standard (SCL-90[®]-S; [11]) misst die subjektiv empfundene Belastung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb der vergangenen sieben Tagen. Die Antwortmöglichkeiten erstrecken sich von 0 „überhaupt nicht“ bis 4 „sehr stark“. Die SCL-90[®]-S besteht aus neun Skalen und einer weiteren Kategorie von 7 Zusatzfragen, welche eine differenzierte Beurteilung der psychischen Belastung der Patient*innen ermöglichen. Die insgesamt 90 Items beschreiben die Bereiche Aggressivität/Feindseligkeit (AGGR), Ängstlichkeit (ANGS), Depressivität (DEPR), Paranoides Denken (PARA), Phobische Angst (PHOB), Psychotizismus (PSYC) Somatisierung (SOMA), Unsicherheit im Sozialkontakt (UNSI) sowie Zwanghaftigkeit (ZWAN). Drei globale Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten bei allen Items. Der Global Severity Index (GSI) misst die grundsätzliche psychische Belastung, der Positive Symptom Distress Index (PSDI) misst die Intensität der Antworten und der Positive Symptom Total (PST) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt. Entsprechend der erreichten T-Werte lässt sich eine Abstufung der psychischen Belastung in leicht erhöht (60-64), deutlich erhöht (65-69), stark erhöht (70-74) und sehr stark erhöht (75-80) vornehmen. Gemäß Faldefinition liegt ein psychisch auffälliger Fall vor, wenn: $T(\text{GSI}) \geq 63$ und/oder $T(2 \text{ Skalen}) \geq 63$.

Das Persönlichkeits-Stil und Störungs-Inventar (PSSI; [12]) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, das die relative Ausprägung von Persönlichkeitsstilen erfasst. Diese sind als nicht-pathologische Entsprechungen der in dem psychiatrischen, diagnostischen Manual ICD-10 beschriebenen Persönlichkeitsstörungen konzipiert. Das PSSI umfasst 140 Items, die 14 Skalen zugeordnet sind: eigenwillig-paranoid (PN), zurückhaltend-schizoid (SZ), ahnungsvoll-schizotypisch (ST), spontan-borderline (BL), liebenswürdig-histrionisch (HI), ehrgeizig-narzisstisch (NA), selbstkritisch-selbstunsicher (SU), loyal-abhängig (AB), sorgfältig-zwanghaft (ZW), kritisch-negativistisch (NT), still-depressiv (DP), hilfsbereit-selbstlos (SL), optimistisch-rhapsodisch (RH), selbstbehauptend-antisozial (AS). Die Rohwerte werden in T-Werte (Mittelwert:

50±10) umgerechnet und als unterdurchschnittlich (<40), durchschnittlich (40-60), überdurchschnittlich (61-70) und weit überdurchschnittlich ausgeprägt (T>70) interpretiert.

3. Ergebnisse

Stichprobe

Die Stichprobe (N=518) setzt sich zusammen aus n=136 Männern und n=382 Frauen (Durchschnittsalter: M=42.75 ±13.14); hiervon haben n=513 die SCL-90®-S und n=181 das PSSI zu t0 ausgefüllt. Zu t1 wurden n=133 SCL-90®-S und n=16 PSSI durchgeführt, welche in die Untersuchung der Mittelwertsunterschiede eingegangen sind. Der durchschnittliche Abstand der Messzeitpunkte bei der SCL-90®-S liegt bei M=11.39 ±8.37 Monaten, beim PSSI bei M=11.75 ±8.48 Monaten.

SCL-90®-S

Insgesamt zeigte sich bei der allgemeinen psychischen Belastung eine signifikante Symptomverbesserung ($p \leq .001$), so sank der Globale Kennwert GSI (t0: M=65.64 ±8.44; t1: M=63.05 ±10.04; $t=3.26$, $p \leq .001$, $d=.28$) deutlich. Mit Blick auf die neun Skalen der SCL-90®-S zeigte sich für die Skalen AGGR, ANGS, DEPR, PARA, PSYC, und den Globalen Kennwert GSI eine signifikante Symptomverbesserung ($p \leq .005$). Die Skala UNSI zeigte eine signifikante Symptomverschlechterung, bewegt sich jedoch sowohl zu t0 als auch zu t1 im leicht erhöhten Bereich. Darüber hinaus zeigte sich für die Skalen ANGS, DEPR, ZWAN sowie den GSI eine Symptomverbesserung vom deutlich zum leicht erhöhten Bereich. Für die Skalen PARA und PSYC vom leicht erhöhten hin zum Normbereich. Abbildung 1 zeigt eine Zusammenfassung der Mittelwertsunterschiede der SCL-90®-S.

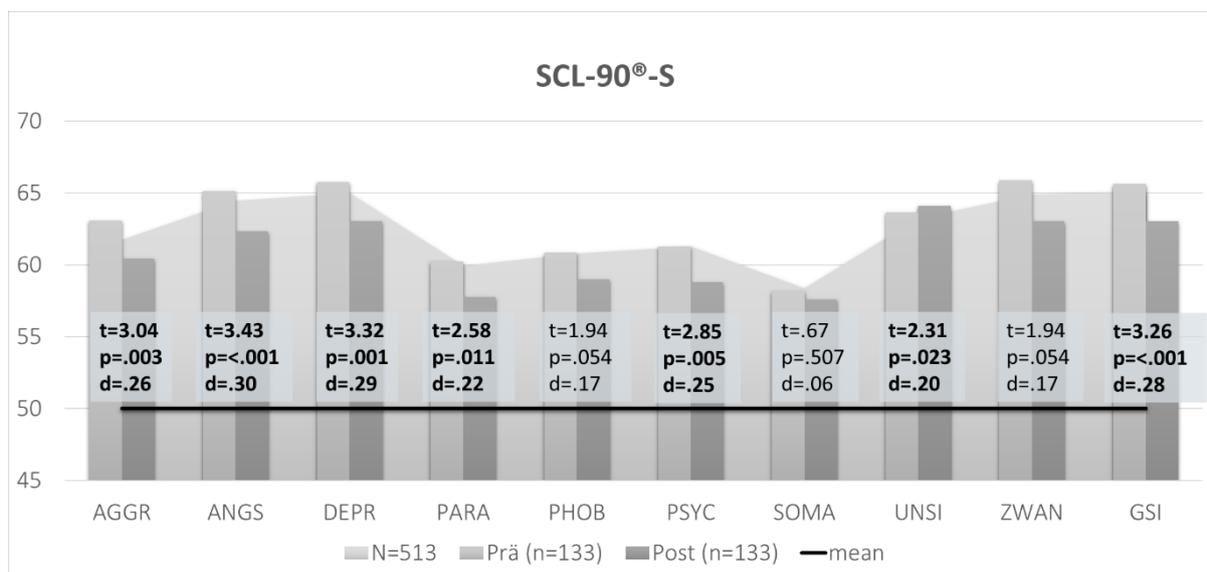


Abbildung 1: Zusammenfassung der Mittelwerte und Mittelwertunterschiede der SCL-90®-S zu t0 und t1

PSSI

Für das PSSI zeigte sich die Skala DP zu beiden Messzeitpunkten leicht erhöht (t0: M:62.38 ±9.12; t1: M=61.13 ±8.85, $t=0.79$, $p=.444$). Für die restlichen Skalen des PSSI bewegte sich die mittlere Ausprägung der Persönlichkeitsstile sowohl in der Eingangsmessung (n=181) als auch im Verlauf (Prä-Post Vergleich, n=16) im Normbereich und zeigte sich daher unauffällig. Bis auf die Skala PN (t0: M=58 ±9.37; t1: M=52.5 ±9.29, $t=3.15$, $p=.007$, $d=.79$) zeigten sich

keine signifikanten und klinisch relevanten Unterschiede (siehe Tabelle 1); gleichzeitig lässt sich eine tendenzielle Veränderung in Richtung des Normbereiches abbilden.

Tabelle 1: Bedeutsamkeit der Mittelwertunterschiede des PSSI zwischen t0 und t1

| | PN | SZ | ST | BL | HI | NA | SU | AB | ZW | NT | DP | SL | RH | AS |
|-------------------|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| M _{prä} | 58.00 | 56.44 | 43.25 | 57.00 | 49.94 | 44.88 | 57.31 | 52.56 | 54.25 | 55.75 | 62.38 | 56.31 | 45.50 | 47.31 |
| M _{post} | 52.5 | 55.75 | 42.88 | 56.63 | 48.31 | 45.88 | 58.25 | 51.94 | 53.25 | 54.69 | 61.13 | 53.44 | 46.88 | 47.88 |
| t | 3.15 | .48 | .220 | .303 | 1.07 | .581 | .525 | .429 | .780 | .808 | .786 | 1.308 | .863 | .319 |
| p | .007 | .635 | .829 | .766 | .302 | .570 | .607 | .630 | .447 | .432 | .444 | .221 | .402 | .754 |
| d | .79 | .12 | .06 | .08 | .27 | -.15 | -.13 | .12 | .20 | .20 | .20 | .33 | -.22 | -.08 |

4. Diskussion

Die Untersuchung zeigt, dass die ambulante kognitive Verhaltenstherapie auch unter Alltagsbedingungen wirkt. Insbesondere mit der SCL-90®-S lassen sich Veränderungen im Therapieverlauf abbilden [14], sodass sich das Verfahren zur Überprüfung der Ergebnisqualität eignet. Im Gegensatz hierzu, ließen sich mit dem PSSI keine relevanten Veränderungen im Verlauf zeigen. Da es sich bei Persönlichkeitsstilen um stabile Merkmale handelt [15], ist das Ergebnis nachvollziehbar. Die testpsychologische Diagnostik stellt ein geeignetes Maß zur Messung der Ergebnisqualität dar [10]. Darüber hinaus kann eine routinemäßige Verlaufsdagnostik im Behandlungsverlauf frühzeitig Hinweise auf eine mögliche Verschlechterung des Befindens der Patient*innen geben [15].

5. Limitation

Eine Einschränkung der Untersuchung ist das Fehlen einer Kontroll- bzw. Vergleichsgruppe. Darüber hinaus gibt es eine hohe Zahl an fehlenden Post-Messungen, was der Tatsache geschuldet ist, dass nicht jede/r Patient*in nach dem Erstgespräch eine Therapie in der Praxis aufnimmt und Patient*innen, von denen eine Eingangsmessung vorliegt, noch in laufender Behandlung und die Abschlussmessungen ausstehend sind. Zudem wurden die Patient*innen von drei unterschiedlichen Therapeutinnen behandelt. Das PSSI wird jedoch nur von einer Therapeutin routinemäßig eingesetzt, weshalb der Teil der Patient*innen, die das PSSI ausgefüllt haben, deutlich geringer ist als der Teil, der die routinemäßig eingesetzte SCL-90®-S bearbeitet hat.

Datenverfügbarkeit

Die Rohwert-Daten für diese Arbeit wurden mit Zustimmung einer Ethikkommission durch Fragebögen erhoben und auf einem externen Datenträger zur Verarbeitung durch SPSS gespeichert und sind daher nicht öffentlich zugänglich. Weiter verarbeitete Daten können bei der Autorin angefragt werden.

Interessenskonflikte

Die Autorinnen geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Literaturverzeichnis

1. SGB V. Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch

- Artikel 18 Absatz 9 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist. SGB V.
2. G-BA. (2015). Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertrags-psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahn-ärzte sowie zugelassene Krankenhäuser. QM-RL, 1–14. Zugriff am 18.06.2020. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/richtlinien/87/>
 3. Gross, Werner (2008). Psychotherapeutische Praxis als Unternehmen. Das Qualitätsmanagement. Deutsches Ärzteblatt International, (6), 276–277. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=198475>
 4. Donabedian, Avedis (1988). The quality of care. How can it be assessed? Journal of the American Medical Association, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
 5. Härter, Martin et al. (2003). Grundlagen und Konzepte von Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. In M. Härter, H. W. Linster & R. D. Stieglitz (Hrsg.), Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. Grundlagen, Methoden und Anwendung (S. 18–41). Göttingen: Hogrefe.
 6. Butler, Andrew et al. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. Clinical Psychology Review, 26(1), 17–31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
 7. Heinrichs, N. et al. (2009). Die Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie der Sozialen Angststörung in einer universitären Ambulanz. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 38(3), 181–193. <https://doi.org/10.1026/1616-3443.38.3.181>
 8. Gallas, Christine et al. (2010). Dauer und Umfang ambulanter Psychotherapie und Implikationen für die Versorgungspraxis. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 60(1), 5–13. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1243258>
 9. Cramer, Aureliano et al. (2018). Integratives Vorgehen bei den Therapieschulen der Schweizer Charta für Psychotherapie. Psychotherapie-Wissenschaft, 8 (2), 75–82. <https://doi.org/10.21256/zhaw-3149>
 10. Owen, Jesse & Imel, Zac (2010). Rating scales in psychotherapy practice. In L. Baer & M. A. Blais (Hrsg.), Handbook of Clinical Rating Scales and Assessment in Psychiatry and Mental Health (S. 257–270). Totowa, NJ: Humana Press.
 11. Franke, Gabriele Helga (2014). Symptom-Checklist-90®-Standard. SCL-90®-S; Manual. Göttingen: Hogrefe.
 12. Kuhl, Julius & Kazén, Miguel (2009). Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar. PSSI; Manual (2., überarb. und neu normierte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
 13. IBM. (2021). IBM SPSS Statistics 27. Verfügbar unter: <https://www.ibm.com/support/pages/downloading-ibm-spss-statistics-27>
 14. Franke, Gabriele Helga (2001). Qualitätssicherung in der Diskussion. Möglichkeiten und Grenzen im Einsatz der Symptom-Checkliste SCL-90-R. Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 33, S. 475–485.
 15. Montag, Christian (2016). Was ist Persönlichkeit? In C. Montag (Hrsg.), Persönlichkeit – Auf der Suche nach unserer Individualität (S. 7–14). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.