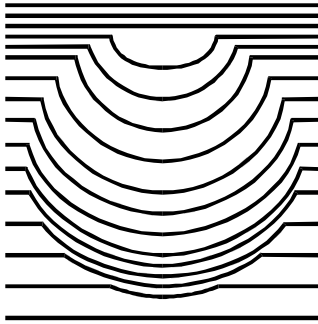


Tätigkeitsbericht

2002

der Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart



T ä t i g k e i t s b e r i c h t

2 0 0 2

der Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart

Träger: Psychotherapeutisches Zentrum e.V.

als Grundlage für den Bericht des Forschungsbeirats gemäß § 4 (2), Abs. 2 der Vereinbarung zwischen dem Land Baden-Württemberg, vertreten durch das Kultusministerium (heute: Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst), und dem Verein "Haus für Neurosekranken" e.V. (heute: "Psychotherapeutisches Zentrum" e.V.) in Stuttgart vom 30.10.1968

Leiter

Horst Kächele, Prof. Dr. med.

Co-Leiter

Hans Kordy, Dr. phil., Dipl.-Math.

Mitarbeiter

Lutfi Arikan

Mahmut Arikan

Carl-Ludwig Graf von Ballestrem, Dr. med.

Stephanie Bauer, Dipl.-Psych.

Annette Elm, Dipl.-Ing.

Christine Gallas, Dipl.-Psych.

Valiollah Golkaramnay, Dipl.-Psych.

Steffen Häfner, Dr. med.

Severin Haug, Dipl.-Psych.

Anke Herrmann, Dipl.-Dok.

Friedrich Jaki

Susanne Kraft, Dipl.-Psych.

Johanna Laukemann

Robert Percevic, Dipl.-Psych.

Bernd Puschner, Dipl.-Psych.

Matthias Richard, Dipl.-Psych., Dr. phil.

Peter Robeller

Michael Schick

Gesine Schmücker, Ph. D., Dipl.-Psych.

Valentin Schulmann, Dr. med.

Martina Strauß, Dipl.-Psych.

Markus Wolf, Dipl.-Psych.

Inhaltsverzeichnis

0	Einleitung	7
1	Versorgungsforschung	8
1.1	Gesundheit und Lebensqualität von Berufspendlern	8
1.2	Die integriert arbeitende internistische Akutklinik in der psychosozialen Versorgungskette einer Großstadt	9
1.3	Patienten mit somatoformen Störungen in der integriert arbeitenden internistischen Akutklinik	10
1.4	Nachbehandlung und Verlauf nach stationärer Behandlung in einer integriert arbeitenden internistischen Akutklinik	11
1.5	Therapeutische Erreichbarkeit von Müttern mit postpartaler Depression	12
1.6	Postpartale Depression – eine Nachuntersuchung	13
1.7	Transparenz und Ergebnisorientierung in der ambulanten Psychotherapie: Stand der Studie	14
1.8	Vergleich der Gesundungsverläufe stationärer und ambulanter Psychotherapiepatienten	15
1.9	Interpersonale Probleme und therapeutische Arbeitsbeziehung bei ambulanten Psychotherapiepatienten	16
1.10	Änderungsmuster in der Psychotherapie: der Verlauf psychischer, sozialer und körperlicher Gesundheit	17
1.11	Gesundheitskosten bei ambulanten Psychotherapiepatienten	18
2	Qualitätssicherung und Evaluation	19
2.1	Ergebnismonitoring und Feedback in der stationären Psychotherapie	19
2.2	Kontinuierliches Ergebnismonitoring	20
2.3	Definieren und Messen von Qualität in der Psychotherapie	21
2.4	AKQUASI 2002	22
2.5	Benchmarking – eine Methode zur Qualitätssicherung durch systematisches Lernen	23

3	Diagnostik und Verfahren	24
3.1	Validität und Sensitivität des Ergebnisfragebogens (EB-45)	24
3.2	Wiederholte Testvorgabe bei Selbstbeurteilungsinventaren	25
3.3	Interpersonale Probleme bei Persönlichkeitsstörungen	26
4	Neue Technologien	27
4.1	Internet-Gruppe: eine Brücke zwischen Fachklinik und Alltag – mit oder ohne ambulante Psychotherapie	27
4.2	Internet-Chat-Gruppen zur Rückfallprävention in der post-stationären Versorgung von Patientinnen mit Anorexia nervosa	28
4.3	SMS-Brücke: ein computerunterstütztes Nachbetreuungsprogramm für Patientinnen mit Bulimia nervosa	29
4.4	E-Mail-Kontakte zur unspezifischen Nachsorge bei stationären Psychotherapiepatienten	30
4.5	Computerunterstützte Darbietung von Selbstbeurteilungsverfahren	31
5	Internationale Forschungsk Kooperationen	33
5.1	Der Einsatz von AKQUASI in einer Längsschnittstudie über Patienten mit Schizophrenie	33
5.2	Rückfallprävention bei Bulimia nervosa über Short Message Service (SMS)	34
5.3	Outcome monitoring in psychotherapy: tools, techniques, strategies. Eine deutsch-amerikanische Forschungsk Kooperation	35
6	Technik und EDV	36
6.1	Hardware – Fileserver	36
7	Wissenschaftliche Kooperationen	37
7.1	Internationale Expertenkonferenz „Quality Management and Outcome Monitoring: Concepts, Tools, and Procedures for the Optimization of Psychotherapy Provision“. Stuttgart, 14.-16.03.2002	37
7.2	Studienforen: Transparenz und Ergebnisorientierung in der ambulanten Psychotherapie	39

8	Internationale wissenschaftliche Kooperationen	40
9	Vorträge	41
10	Publikationen	45
11	Sonstige Publikationsaktivitäten	47
12	Sonstige Mitgliedschaften	48
13	Wissenschaftliche Hilfskräfte, Doktoranden, Diplomanden	49

Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart

Theorie & Konzept	Methodik & Technik	Management & Planung	Expertenwissen <i>Anwendungsfelder</i>
	Validität und Sensivität des Ergebnisfragebogens (EB-45) Interpersonale Probleme (IIP) bei Persönlichkeitsstörungen		<i>Diagnose & Indikation</i>
Kontinuierliches Ergebnismonitoring	Postpartale Depression – eine Nachuntersuchung Definieren und Messen von Qualität in der Psychotherapie AKQUASI 2002 Benchmarking – eine Methode zur Qualitätssicherung durch systematisches Lernen Wiederholte Testvorgabe bei Selbstbeurteilungsinventaren Internet-Gruppe: eine Brücke zwischen Fachklinik und Alltag mit oder ohne ambulante Psychotherapie Internet-Chat-Gruppen zur Rückfallprävention in der poststationären Versorgung von Patientinnen mit Anorexia nervosa E-Mail-Kontakte zur unspezifischen Nachsorge bei stationären Psychotherapiepatienten Computergestützte Darbietung von Selbstbeurteilungsverfahren Outcome monitoring in psychotherapie: tools, techniques, strategies. Eine deutsch-amerikanische Forschungskooperation	Die integriert arbeitende internistische Akutklinik in der psychosozialen Versorgungskette einer Großstadt Patienten mit somatoformen Störungen in der integriert arbeitenden internistischen Akutklinik Nachbehandlung und Verlauf nach stationärer Behandlung in einer integriert arbeitenden internistischen Akutklinik Transparenz und Ergebnisorientierung in der ambulanten Psychotherapie: Stand der Studie Vergleich der Gesundungsverläufe stationärer und ambulanter Psychotherapiepatienten Interpersonale Probleme und therapeutische Arbeitsbeziehung bei ambulanten Psychotherapiepatienten Änderungsmuster in der Psychotherapie: der Verlauf psychischer, sozialer und körperlicher Gesundung Gesundheitskosten bei ambulanten Psychotherapiepatienten	<i>Evaluation</i>

		Ergebnismonitoring und Feedback in der stationären Psychotherapie SMS-Brücke: ein computerunterstütztes Nachbetreuungsprogramm für Patientinnen mit Bulimia nervosa Der Einsatz von AKQUASI in einer Längsschnittstudie über Patienten mit Schizophrenie Rückfallprävention bei Bulimia nervosa über Short Message Service (SMS)	
		Gesundheit und Lebensqualität von Berufspendlern Therapeutische Erreichbarkeit von Müttern mit postpartaler Depression	<i>Epidemiologie</i>
	Hardware – Fileserver	Internationale Expertenkonferenz „Quality Management and Outcome Monitoring: Concepts, Tools, and Procedures for the Optimization of Psychotherapy Provision” Studienforen: Transparenz und Ergebnisorientierung in der ambulanten Psychotherapie	<i>Public Activity</i>

0 Einleitung

Computer Mediated Communication (CMC) rückt zunehmend in den Mittelpunkt des Programms der Forschungsstelle. Es ist eines der aktuellen Stichworte für die neuen Wege in der psychotherapeutischen Versorgung. Die FS hat dieses Thema früh aufgegriffen und eine solide Basis für einen neuen Forschungsschwerpunkt erarbeitet. Die positive Resonanz von Patienten, Therapeuten und Krankenkassen auf die Modellinitiativen bestätigen die Richtigkeit der forschungsstrategischen Entscheidung. Für diese neue strategische Ausrichtung kann die FS auf die empirischen Ergebnisse ihrer Versorgungsforschung zurückgreifen und diese mit den methodischen und softwaretechnologischen Entwicklungen verknüpfen.

Die empirische Basis für die Anwendung in der ambulanten Psychotherapie wird durch den erfolgreichen Abschluss der Studie „Mit Transparenz und Ergebnisorientierung zur Optimierung der psychotherapeutischen Versorgung“ gelegt. Konzeptuell ist der nächste Schritt zur Erprobung eines Ergebnismanagements durch das „Random-Walk-Modell“ vorbereitet. Für die technische Realisierung bietet AKQUASI 2002 eine geeignete Internet-Plattform.

Empirischer Ausgangspunkt für den Einsatz in der stationären Psychotherapie und Psychosomatik sind die Daten und Erfahrungen aus der Qualitätssicherung. Sie begründen die Notwendigkeit von Rückfallpräventionsprogrammen. Für die technische Umsetzung wurden ein geeignetes Internet-Chatprogramm und ein E-Mail-programm sowie ein computergestütztes semi-standardisiertes Programm für die Kommunikation via SMS (Short Message Service) entwickelt.

Geht es bei den CMC-zentrierten Projekten um die Erweiterung und Steuerung der Versorgungsangebote, stand bei den Studien zur postpartalen Depression, zur psychischen Gesundheit von Pendlern und zur psychosomatischen Versorgung im Krankenhaus die Klärung des Bedarfs im Mittelpunkt. Die bisherigen Ergebnisse deuten auf eine Unterversorgung hin. Für alle drei Gruppen ist offensichtlich – aus unterschiedlichen Gründen – der Zugang zu einer geeigneten Behandlung zu schwierig. Konsequenterweise erprobt die FS, die Passung zwischen Therapieangebot und den Behandlungssuchenden zu verbessern.

1 Versorgungsforschung

1.1 Gesundheit und Lebensqualität von Berufspendlern¹

Management & Planung: Epidemiologie

Psychosoziale Belastungen von Arbeitnehmern aufgrund des täglich zurückgelegten Arbeitsweges und damit verbundenem Inanspruchnahmeverhalten sind in arbeitsepidemiologischen Untersuchungen bislang wenig berücksichtigt worden. Insbesondere der häufig gestellten Frage, ob das Pendeln mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder dem eigenen PKW gesünder ist, kann in einer Studie in Zusammenarbeit mit der Firma Evo-Bus und deren werksärztlichem Dienst nachgegangen werden.

In dem Werk mit ca. 5.000 Beschäftigten an den Standorten Neu-Ulm und Ulm werden Reisebusse hergestellt. Nachdem die Zustimmungen der Betriebsleitung, des Betriebsrates und der Datenschutzbeauftragten vorlagen, wurden aus der Adressdatei der Werksambulanz 600 Mitarbeiter zufällig ausgewählt. Aufgrund der Postleitzahl des Wohnortes und der daraus zu erwartenden Wegezeit in einfacher Richtung wurden je 200 Nah-Pendler (unter 20 Minuten), Mittel-Pendler (20 - 45 Minuten) und Lang-Pendler (über 45 Minuten) in die Stichprobe eingeschlossen. Von den 600 Ende Juli 2002 angeschriebenen Mitarbeitern waren 130 bereits ausgeschieden oder nur kurzzeitig beschäftigt gewesen. Die Beschäftigten wurden gebeten, den Pendler-Fragebogen, den Gießener Beschwerdebogen, den EB 45.2, den Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand (SF-12), den Fragebogen zur Arbeitssituation, die Epworth-Schläfrigkeits-Skala (ESS) sowie die Negative Affectivity Scale (Bradburn-Skala) auszufüllen. Die Rücksendung konnte anonym erfolgen, falls nicht Interesse an einer Rückmeldung über die Ergebnisse bestand. Die Blutdruck- und Pulswerte werden aus der Datenbank des werksärztlichen Dienstes gewonnen, wenn die Arbeitnehmer ihr Einverständnis im Fragebogen erteilen. Falls die Fragebögen nach drei Wochen nicht in der Werksambulanz eingegangen waren, erhielten die Mitarbeiter eine Erinnerungspostkarte zugeschickt.

Die Studienstichprobe besteht aus 470 Beschäftigten. Von diesen haben 281 auswertbare Fragebögen zurückgeschickt; dies entspricht einem Rücklauf von 59,8 %. Die Dateneingabe ist bis zum Jahresende abgeschlossen.

¹ S. Häfner, H. Kächele in Zusammenarbeit mit R. Berz (Evo-Bus, Ulm)

1.2 Die integriert arbeitende internistische Akutklinik in der psychosozialen Versorgungskette einer Großstadt¹

Management & Planung: Evaluation

Von Juli 2000 bis März 2001 wurden bei allen stationär aufgenommenen Patienten der Medizinischen Kliniken M2 und M3 des Bürgerhospitals Stuttgart der Zuweisungsmodus, Vorbehandlungen, Krankschreibungen und Krankenhausaufenthalte, somatische und psychosomatische Diagnosen, eingesetzte Behandlungsverfahren und die psychotherapeutische Weiterbehandlung erfasst. Der Rücklauf der Halbjahreskatamnesen war Ende 2002 abgeschlossen, parallel erfolgte die umfassende Dateneingabe und -kontrolle, so dass mittlerweile nutzbare Datensätze von 1.806 Patienten zur Auswertung vorliegen. Davon wurden 556 Patienten nach herkömmlichem internistischem Konzept behandelt.

Von den 1.250 Patienten der nach integriertem psychosomatischem Konzept arbeitenden Medizinischen Klinik M2 wurden 245 (19,6 %) als psychosomatische Patienten, 232 (18,6 %) als Suchtpatienten, 25 (2,0 %) als psychiatrische Patienten und 748 (59,8 %) als somatische Patienten klassifiziert. 55,5 % der psychosomatischen Patienten (Alter: $48,0 \pm 17,9$ Jahre, 31,4 % männlich, 68,6 % weiblich) wiesen innerhalb der letzten 12 Monate keine psychotherapeutischen Vorbehandlungen auf. Ihr Gesamtsummenwert des Beeinträchtigungs-Schwere-Scores nach Schepank (BSS) reduzierte sich von $6,2 \pm 1,9$ bei der Aufnahme auf $4,3 \pm 2,1$ bei der Entlassung, der GSI des SCL-90-R von $1,20 \pm 0,74$ auf $0,92 \pm 0,80$ (Median der Verweildauer: 12,0 Tage). 84,1 % der psychosomatischen Patienten erhielten eine Empfehlung zur ambulanten Weiterbehandlung.

Die hohen Werte des BSS und der SCL-90-R belegen eindrücklich die psychische Beeinträchtigung der psychosomatischen Patienten der internistischen Akutklinik und den Stellenwert dieses Hauses als Teil der psychosozialen Versorgungskette. Die geringe Zahl an vorbehandelten Patienten unterstreicht die wichtige weichenstellende Funktion einer nach integriertem Konzept arbeitenden internistischen Klinik.

¹ S. Häfner in Zusammenarbeit mit R. Schäfert, J. Röhm, A. Spiess, W. Beischer, H. Wedler (Bürgerhospital Stuttgart)

1.3 Patienten mit somatoformen Störungen in der integriert arbeitenden internistischen Akutklinik¹

Management & Planung: Evaluation

Patienten mit somatoformen Störungen (ICD 10: F45) werden häufig in somatischen Abteilungen allgemeiner Krankenhäuser aufgenommen. Die Evaluationsstudie untersucht, wie diese diagnostisch und therapeutisch nicht selten aufwändigen Patienten von dem speziellen Angebot einer internistischen Akutklinik mit integrierter Psychosomatik profitieren und wie sie sich im Anschluss an die Behandlung weiterentwickeln.

Von den 245 psychosomatischen Patienten der Medizinischen Klinik 2 des Bürgerhospitals Stuttgart erhielten 63 (25,7 %) bei der Entlassung die Hauptdiagnose einer somatoformen Störung (71,4 % weiblich, 28,6 % männlich; Alter: $49,6 \pm 16,8$ Jahre (Minimum 19 Jahre, Maximum 87 Jahre)). 48 (76,2 %) waren bereits bei der Aufnahme als somatoforme Störungen diagnostiziert worden. Die Schwere ihrer Beeinträchtigung nach Schepank (BSS) reduzierte sich von $5,7 \pm 1,7$ bei der Aufnahme auf $4,0 \pm 1,8$ bei der Entlassung, die Fallrate (BSS ≥ 5 , Vorliegen einer Diagnose für den Prävalenzzeitraum der letzten 7 Tage) von 77,4 % auf 37,1 % (Median der Verweildauer: 14,0 Tage). Lediglich 25,4 % waren in den letzten 4 Wochen vor Aufnahme wegen psychischer Auffälligkeiten in Behandlung gewesen, 36,5 % in den letzten 12 Monaten. 84,1 % wurde eine psychotherapeutische Weiterbehandlung empfohlen.

Bei den Patienten mit somatoformen Störungen, die alle mit der festen Überzeugung, körperlich erkrankt zu sein, in die Akutklinik kamen, konnten mit dem integrierten psychosomatischen Ansatz in einem relativ kurzen Zeitraum deutliche Besserungen erreicht werden sowie wichtige Weichenstellungen bezüglich der weiteren ambulanten Behandlung eingeleitet werden.

¹ S. Häfner in Zusammenarbeit mit R. Schäfert, J. Röhm, H. Wedler (Bürgerhospital Stuttgart)

1.4 Nachbehandlung und Verlauf nach stationärer Behandlung in einer integriert arbeitenden internistischen Akutklinik¹

Management & Planung: Evaluation

Nur selten ist der Verlauf nach einem stationären Aufenthalt in einer medizinischen Klinik Forschungsgegenstand. Die Katamnese studie untersucht, inwieweit Patienten nach einer Behandlung in einer internistischen Akutklinik mit einer integrierten psychosomatischen Versorgung Behandlungsempfehlungen umsetzen können, welche Faktoren die Psychotherapieakzeptanz beeinflussen und wie sich der weitere Gesundungsverlauf der Patienten gestaltet.

Für die Katamnese wurden 227 Patienten mit primär psychischen Störungen, die hierfür ihr Einverständnis erteilt hatten, sechs Monate nach der Entlassung aus der Klinik angeschrieben. Die Patienten erhielten auf postalischem Weg ein Begleitschreiben des Bürgerhospitals, einen Fragebogen zur Evaluation der Psychotherapieakzeptanz und einen frankierten Rückumschlag. Sie wurden gebeten, den SCL-90-R erneut auszufüllen. In dem Fragebogen mit selbstentwickelten Items wurde erfasst, ob erneut stationäre Behandlungen erforderlich waren sowie deren Dauer, Krankschreibungen sowie Behandlungen wegen psychischer Probleme. Wenn die weiterempfohlene Behandlung nicht durchgeführt werden konnte, wurde nach den Gründen gefragt. War nach vier Wochen keine Antwort erfolgt, wurden zwei Erinnerungsschreiben im Abstand von vier Wochen geschickt.

Die Rücklaufquote betrug 49,8 % (77 Verweigerer, 37 Drop-outs). Von den 113 Katamnese teilnehmern waren 66 (58,4 %) psychosomatische Patienten (55,8 % Frauen, 44,2 % Männer, Durchschnittsalter 49,3 Jahre). 55 (83,3 %) von diesen 66 Patienten hatten vor der Entlassung eine Weiterbehandlungsempfehlung erhalten, 38 (69,1 %) im Katamneseintervall eine Therapie aufgenommen. 33,3 % der psychosomatischen Patienten waren seit der Entlassung erneut krankgeschrieben worden. Die erstaunlich hohe Anzahl von sechs psychosomatischen Patienten und fünf Suchtpatienten ist in dem Halbjahreszeitraum verstorben (4,8 %). Hervorzuheben ist, dass alle Patienten mit primär psychischen Störungen ursprünglich mit einem rein somatischen Krankheitskonzept in der Klinik aufgenommen wurden. Eine Verlegung wurde jedoch nur sehr selten erforderlich. Mit dem integrierten psychosomatischen Ansatz gelingt es nicht nur, den hohen Anteil von 19,6 % psychosomatischer Patienten in einer internistischen Akutklinik zuverlässig zu erkennen, sondern auch, sie zu einer anschließenden Psychotherapie zu motivieren.

¹ S. Häfner in Zusammenarbeit mit R. Schäfert, J. Röhm, H. Wedler (Bürgerhospital Stuttgart)

1.5 Therapeutische Erreichbarkeit von Müttern mit postpartaler Depression¹

Management & Planung: Epidemiologie

In den Untersuchungen zur Häufigkeit von postpartalen Depressionen und Versorgungsmodalitäten, die in den Vorjahren durchgeführt worden waren, zeigte sich, dass die therapeutische Erreichbarkeit mit weniger als 30 % relativ niedrig war. Daher wurde in Stuttgart ein neues Projekt zur therapeutischen Erreichbarkeit von Müttern mit postpartalen Depressionen gestartet.

300 schwangere Frauen werden in die Untersuchung einbezogen. Es werden zwei Gruppen von je 150 Frauen gebildet. In der Untersuchungsgruppe werden über Geburtsvorbereitungskurse Schwangere von den Mitarbeitern des Projektes über das Thema Wochenbettdepression und mögliche therapeutische Hilfen informiert. An jede Frau wird eine Informationsbroschüre gegeben, in der die Informationen noch einmal zusammengefasst sind und auf dem Telefonnummern stehen, die im Bedarfsfall angerufen werden können. Anschließend werden diese Frauen eingeladen, an einer Reihenuntersuchung auf postpartale Depression teilzunehmen. In der Kontrollgruppe werden in Geburtsvorbereitungskursen Schwangere ohne tiefergehende Informationen zur Teilnahme an der Reihenuntersuchung aufgefordert. In beiden Gruppen wird ein Screening auf postpartale Depression mit der Edinburgh Postnatalen Depressions-Skala (EPDS) sechs Wochen nach der Geburt durchgeführt. Im Falle eines auffälligen Wertes ($> 9,5$) werden die Mütter auf mögliche therapeutische Hilfe hingewiesen. Im 3. Monat nach der Geburt werden die Mütter mit auffälligem Wert im ersten Screening nochmals angerufen und wiederum mit der Edinburgh Postnatalen Depressions-Skala untersucht. Im 4. Monat postpartum werden die Mütter gefragt, ob sie eines der therapeutischen Angebote angenommen haben oder dies vorhaben.

An der Untersuchung beteiligen sich 6 Hebammenpraxen im Stadtgebiet Stuttgart. In die Untersuchungsgruppe konnten bisher 88 Mütter für das erste Screening aufgenommen werden. Für die Kontrollgruppe konnten 33 Mütter gewonnen werden. Über die therapeutische Erreichbarkeit der von postpartalen Depressionen Betroffenen in den beiden Gruppen lässt sich derzeit noch keine Aussage machen.

Die Studie wird von der Stiftung für Bildung und Behindertenförderung unterstützt.

¹ C.L. v. Ballestrem, M. Strauß, H. Kächele

1.6 Postpartale Depression – eine Nachuntersuchung¹

Methodik & Technik: Evaluation

Die Datenerhebung der auf der Screeningstudie basierenden Nachuntersuchung wurde abgeschlossen. Aus der Ursprungsstichprobe von 772 Frauen wurden 100 Frauen über einen Zeitraum von ein bis drei Jahre postpartum weiter beobachtet. 50 in der Edinburgh Postnatalen Depressionsskala (EPDS) auffällige Frauen und 50 unauffällige Kontrollmütter – matched pairs nach Alter, Para und Geburtsmodus – wurden untersucht.

Untersuchungsinstrument war das semi-strukturierte LIFE (Longitudinal Intervall Follow-up Evaluation) in der für das Projekt angepassten deutschen Kurzversion. Die meisten Interviews wurden telefonisch durchgeführt, um die Frauen mit doch recht kleinen Kindern dort abzuholen, wo ihr Alltag ist. Die Teilnahmebereitschaft war recht hoch – nur 103 Frauen mussten angesprochen werden, um die Stichprobe von 100 zu erreichen.

In der Nachuntersuchung wurde die Hypothese bestätigt, dass einige Frauen oszillierende Symptomverläufe zeigen. Fast ein Drittel (34,1 %) der Frauen mit auffälligem ersten Screening und unauffälligem zweiten Screening entwickelte im weiteren eine Depression nach DSM-IV. In der Kontrollgruppe entwickelten nur 6 % eine Depression. D. h., Frauen, die im ersten Screening mit der Edinburgh Postnatalen Depressionsskala (EPDS) auffällige Werte zeigen, haben ein Risiko von 47,7 %, eine postpartale Depression zu entwickeln.

Im Anschluß an das LIFE wurde postalisch eine Fragebogenbatterie bestehend aus der Edinburgh Postnatalen Depressionsskala, der Allgemeinen Depressions-skala, dem Fragebogen für soziale Unterstützung, dem Bielefelder Fragebogen zur Partnerschaftserwartung, dem IIP und der SCL-90-R verschickt. 98 der 100 Frauen schickten die Fragebogen zurück. Die Fragebogen sind in der Auswertungsphase.

Das Projekt wird von der Dr. Nelly-Hahne Stiftung gefördert.

¹ M. Strauß, C.L. v.Ballestrem, H. Kächele

1.7 Transparenz und Ergebnisorientierung in der ambulanten Psychotherapie: Stand der Studie¹

Management & Planung: Evaluation

Seit September 1998 führt die FS in Zusammenarbeit mit der Deutschen Krankenversicherung ("DKV") eine Studie mit der Zielsetzung durch, die wissenschaftlichen Grundlagen für eine ergebnisorientierte ambulante psychotherapeutische Versorgung zu verbessern. In einem kombinierten Quer-/Längsschnittsdesign werden 714 Patienten einer konsekutiven Stichprobe, die einen Antrag zu einer ambulanten Psychotherapie stellten, über einen Zeitraum von zwei Jahren in ihrem Gesundungsverlauf beobachtet. Während die Patienten insgesamt fünfmal eine Einschätzung ihres Gesundheitszustandes abgeben, werden die Therapeuten jeweils zu Beginn und nach 1,5 Jahren um eine klinische Einschätzung gebeten.

Im Berichtsjahr wurde die Datenerhebung abgeschlossen. 714 der 939 von der FS angeschriebenen Patienten schickten ihren ersten Fragebogen zurück (76 %). Die Rücklaufquoten für die weiteren Erhebungen liegen bei 76, 85, 79 und 92 Prozent. Der Rücklauf bei den Therapeuten (bezogen auf die teilnehmenden Patienten) liegt bei 66 % zu Therapiebeginn und 73 % bei der Erhebung nach 1,5 Jahren. Eine Überprüfung der Teilnahmebereitschaft ergab etwa gleich hohe Rücklaufquoten bei Patienten und Therapeuten für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien, Verhaltenstherapien und Psychoanalysen.

Die erfreulich hohe Teilnahmebereitschaft von Patienten und Therapeuten schafft eine tragfähige empirische Basis für die Entwicklung eines Ergebnismonitorings für die ambulante Psychotherapie. Auswertungen zu diesem und anderen Themen kamen im Berichtsjahr auf einen guten Weg (siehe auch in diesem Jahresbericht) und werden in den nächsten Monaten abgeschlossen.

Der Stand der Studie und die Ergebnisse wurden auf zwei Studienforen (am 23. und 30. November in Stuttgart) vorgestellt und die mögliche Nutzung der Ergebnisse an Fallbeispielen klinisch demonstriert (siehe ebenfalls in diesem Jahresbericht).

¹ H. Kordy, B. Puschner

1.8 Vergleich der Gesundungsverläufe stationärer und ambulanter Psychotherapiepatienten¹

Management & Planung: Evaluation

Die Analyse von Strukturen der Routineversorgung gewinnt im Rahmen der Versorgungsforschung an Bedeutung. Wenig ist bisher z. B. bekannt über die Effektivität psychotherapeutischer Maßnahmen in unterschiedlichen Kontexten, etwa, ob und wie sich die Patienten in ambulanter Psychotherapie von denen in stationärer Behandlung unterscheiden und was dies für die jeweiligen Gesundungsverläufe bedeuten könnte.

Diese Frage wurde unter Verwendung der Beobachtungen über das erste Jahr nach Therapiebeginn von zwei longitudinalen Studien untersucht. Für den ambulanten Bereich wurden die Daten zu den tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien und den Verhaltenstherapien aus der TRANS-OP-Studie (N = 521), für den stationären die Daten aus der Panorama-Fachklinik Scheidegg (N = 759) genutzt.

Zwischen den beiden Stichproben zeigten sich kaum Unterschiede in der Eingangssymptomatik. Auch die Gesamtveränderung über ein ganzes Jahr hinweg ergab für beide Settings eine Veränderung ähnlicher Größe. Für den mittleren Gesundungsverlauf bei den ambulanten Patienten über ein Jahr erwies sich ein lineares Modell als geeignet, während sich für das stationäre Setting ein Modell aus zwei linearen Teilen (Behandlungs- und Katamnesezeitraum) als angemessener zeigte. Der wesentliche Unterschied zeigte sich in der Geschwindigkeit der Veränderung. Das psychische Befinden – gemessen mit dem EB-45 – verbesserte sich im stationären Setting zehnmal so schnell wie im ambulanten Setting. In beiden Fällen stellte sich die initiale psychische Beeinträchtigung als wichtigster Prädiktor heraus.

¹ B. Puschner, S. Haug, H. Kordy

1.9 Interpersonale Probleme und therapeutische Arbeitsbeziehung bei ambulanten Psychotherapiepatienten¹

Management & Planung: Evaluation

Versteht man Psychotherapie als interpersonellen Prozess, so liegt die Annahme nahe, dass Art und Ausmaß interpersonaler Probleme eines Patienten in Zusammenhang stehen mit dem Erleben der Beziehung zum Therapeuten beziehungsweise der therapeutischen Arbeitsbeziehung. Anhand der Daten aus der TRANS-OP-Studie (N = 714) zu Therapiebeginn und 1,5 Jahre danach wurde dies untersucht. Als Messinstrumente wurden die deutschen Adaptionen des "Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme" (IIP) sowie des "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) eingesetzt.

Zu Therapiebeginn befanden sich die Werte der Studienteilnehmer auf der Mehrzahl der acht IIP-Skalen im Normbereich. Beeinträchtigung i. S. von "zu viel" zeigte sich auf den Skalen "zu selbstunsicher/unterwürfig", "zu ausnutzbar/nachgiebig", und "zu fürsorglich/freundlich". Die therapeutische Arbeitsbeziehung wurde von den Teilnehmern zu Therapiebeginn sehr positiv eingeschätzt (MW = 1,76; SD = 0,67) und veränderte sich kaum über die Zeit, d. h., die Skalenwerte nach 1,5 Jahren (MW = 1,84; SD = 0,95) unterschieden sich nur unwesentlich von den initialen Werten.

Für die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen IIP und HAQ wurden die acht IIP-Skalen auf die beiden Haupt-Dimensionen "Zuneigung" und "Dominanz" projiziert. Es zeigte sich, dass Patienten mit hohen Werten auf der Dimension "Zuneigung" auch die therapeutische Arbeitsbeziehung positiver beurteilten. Dieser Zusammenhang verlor sich allerdings über den Beobachtungszeitraum von 1,5 Jahren. Die initiale Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung sagte die spätere Qualität derselben besser vorher als die initialen interpersonalen Probleme des Patienten. Dies könnte daran liegen, dass ein guter Psychotherapeut in der Lage ist, einen schlechten Start mit einem nach dem IIP als „feindselig“ eingestuften Patienten über die Zeit hinweg auszugleichen.

¹ B. Puschner, S. Bauer, H. Kordy

1.10 Änderungsmuster in der Psychotherapie: der Verlauf psychischer, sozialer und körperlicher Gesundheit¹

Management & Planung: Evaluation

In der Prozess-Ergebnisforschung werden verschiedene Modelle – z. B. das Phasen-Modell von Ken Howard oder das Stufen-Modell von Prochaska – diskutiert, nach denen die Veränderungen in der Psychotherapie in einer bestimmten Abfolge geschehen sollen. Mögliche veränderungsrelevante Dimensionen sind das psychische, körperliche und soziale Befinden. Bislang ist ungeklärt, ob und wenn ja wie Veränderungen auf diesen Dimensionen voneinander abhängen.

Im Rahmen der Studie *Transparenz und Ergebnisorientierung in der ambulanten Psychotherapie* (TRANS-OP) wurde an einer Stichprobe von 632 Psychotherapiepatienten mittels des Allgemeinen Linearen Modells überprüft, ob eine stochastische Abhängigkeit der Änderung des psychischen (SCL-90-R, GSI), körperlichen (GBB-24) und sozialen Befindens (EB-45, Subskala Interpersonelle Beziehungen) vorliegt.

Die Veränderungen in den drei Bereichen erwiesen sich als unabhängig voneinander. Daher wurden in einem nächsten Schritt die Änderungsverläufe separat mit den Methoden der hierarchisch linearen Modellierung untersucht. Hier zeigte sich, dass die psychischen Beschwerden erwartungsgemäß die stärkste Ausprägung zu Therapiebeginn sowie die höchste Besserungsgeschwindigkeit aufweisen. Für die körperlichen Beschwerden zeigten sich die niedrigsten initialen Beeinträchtigungen, so dass für diese Dimension trotz geringster Besserungsgeschwindigkeit als erstes der Normbereich erreicht wurde, als zweite Dimension folgten dann die interpersonellen Probleme und schließlich die psychische Symptomatik.

¹ S. Kraft, R. Percevic, B. Puschner, H. Kordy

1.11 Gesundheitskosten bei ambulanten Psychotherapiepatienten¹

Management & Planung: Evaluation

Verschiedene – vor allem US-amerikanische – Studien zeigen, dass Psychotherapie zu einer Einsparung bei anderen medizinischen Gesundheitskosten führen kann (sog. „Cost-Offset-Effect“). Deutsche Studien hierzu liegen jedoch kaum vor.

Im Rahmen der Studie *Transparenz und Ergebnisorientierung in der ambulanten Psychotherapie* (TRANS-OP) wurden bei einer Teilstichprobe von 76 Patienten die nicht-psychotherapeutischen Gesundheitskosten vor und nach einer ambulanten Psychotherapie (Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) erhoben.

Die Gesundheitskosten der Studienteilnehmer wurden anhand personenbezogener aggregierter Versicherungsdaten berechnet, die der FS von der DKV zugänglich gemacht wurden.

Im Einklang mit den amerikanischen Befunden zeigte sich eine durchschnittliche Kostenabnahme von 26 % (von 3.221,31 € im halben Jahr vor Therapiebeginn auf 2.383,97 € im vierten Halbjahr nach Therapiebeginn).

Der bedeutsamste Prädiktor für das Ausmaß der Kostenreduktion war die Höhe der Gesundheitskosten im Halbjahr vor Therapiebeginn. Von geringerem Vorhersagewert, aber noch statistisch signifikant, war der Faktor „Krankheitsdauer bei Therapiebeginn“. Therapieerfolg und initiale Beeinträchtigung (gemessen mit der SCL-90-R und dem GBB-24), Alter, Therapieart, Sitzungszahl und dauer trugen dagegen nicht zur Varianzaufklärung bei.

An einer umfangreicheren Stichprobe, für die die Versicherungsdaten derzeit aufbereitet werden, werden diese vorläufigen Befunde noch einmal überprüft.

¹ S. Kraft, B. Puschner, H. Kordy

2 Qualitätssicherung und Evaluation

2.1 Ergebnismonitoring und Feedback in der stationären Psychotherapie¹

Management & Planung: Evaluation

Die FS entwickelt ein Ergebnismonitoringsystem mit dem Ziel, durch zeitnahe Rückmeldung über den Gesundungsverlauf Möglichkeiten für eine Optimierung des Behandlungsplans zu eröffnen. Dieses System wird derzeit in Kooperation mit der Sonnenberg Klinik erprobt.

Die Datenerhebung erfolgt bei Aufnahme, nach 4 Wochen sowie bei Entlassung und sechs Monate nach Entlassung mit dem Standard-QS-Instrumentarium. Nach einer Baselinephase (keine Qualitätszirkel, $n = 207$) wurden in Phase 2 ($n = 90$) die Behandlungsverläufe aller entlassenen Patienten mit den jeweiligen therapeutischen Teams regelmäßig in Qualitätszirkeln diskutiert. Es ergaben sich keine Unterschiede zur ersten Phase hinsichtlich Behandlungsergebnis und -dauer. In der dritten Phase (Nov. 2001 – Sep. 2002; $n = 120$) wurde der Bewertungsalgorithmus des Stuttgart-Heidelberg-Modells auf die Daten der Vierwochenerhebung angewendet und als Zwischenrückmeldung in schriftlicher Form zeitnah an die Behandler weitergeleitet.

Die Auswertungen zur zweiten und dritten Phase zeigen, dass beide Formen des Feedbacks in ca. 80 % der Fälle ein mit dem klinischen Eindruck korrespondierendes Bild der Behandlungsverläufe zeichnen. Das Feedback nach dem ersten Behandlungsabschnitt wurde in der Mehrzahl der Fälle als relevant und nützlich für die weitere Behandlung erachtet. Es ergaben sich jedoch keine Unterschiede im Behandlungsergebnis. Dagegen zeigte sich für Behandlungen der dritten Phase eine kürzere Aufenthaltsdauer ($M = 108$, $SD = 54$ vs. $M = 121$, $SD = 59$ beziehungsweise $M = 127$, $SD = 53$ in Phase 1 beziehungsweise 2). Dieser Effekt geht überwiegend auf die kürzere Behandlung von Patienten zurück, deren Zustand bereits nach 4 Wochen als „gut“ oder „sehr gut“ bewertet worden war ($M = 98$ Tage, $SD = 47$ vs. $M = 134$, $SD = 53$ bei den als „auffällig“ Bewerteten). Die Daten der ersten drei Phasen ergaben weiter, dass die Entwicklung eines Patienten im zweiten Behandlungsabschnitt praktisch unabhängig von der initialen Veränderung ist. Als bester Prädiktor erwies sich der zuletzt beobachtete Zustand.

Das Feedback der letzten Phase besteht folglich im Kern aus der Empfehlung, Patienten, deren Verlauf nach 4 Wochen nicht als „auffällig“ bewertet wird, möglichst bald zu entlassen beziehungsweise die evtl. Weiterbehandlung aus klinischer Perspektive zu begründen.

¹ S. Bauer, H. Kordy

2.2 Kontinuierliches Ergebnismonitoring¹

Theorie & Konzept: Evaluation

Ausgehend von den Ergebnissen der Studie zur adaptiven Indikation in der stationären Psychotherapie (siehe Tätigkeitsbericht 2000;2001), nach denen Veränderungsraten bei Symptomverläufen weitgehend unabhängig und zeithomogen sind, wurde ein „Irrfahrtsmodell“ („Random Walk Model“) für die Beschreibung von Symptomverläufen entwickelt. Dieses konnte an weiteren Daten sowohl der ambulanten als auch der stationären Psychotherapie bestätigt werden. Die sich daraus ergebende Strategie für kontinuierliches Ergebnismonitoring ist in Abbildung 1 dargestellt.

AKQUASI 2002 ist darauf ausgerichtet, diese Strategie zu unterstützen. Erfahrungen mit dem Einsatz dieser Strategie liegen zwar noch keine vor, die (einmalige) Rückmeldung von Zwischenerhebungen verspricht aber (positive) Effekte (siehe „Computergestützte Darbietung von Selbstbeurteilungsverfahren“ in diesem Tätigkeitsbericht). Eine Simulation des Irrfahrtsmodells unter Randbedingungen, wie sie bei der Panoramaklinik Scheidegg gegeben sind, ergibt, dass bei Einsatz dieser Strategie bei gleichbleibender durchschnittlicher Therapielänge (ca. 35 Tage) die Rate klinisch bedeutsamer Besserung von ca. 55 % auf ca. 90 % steigen kann.

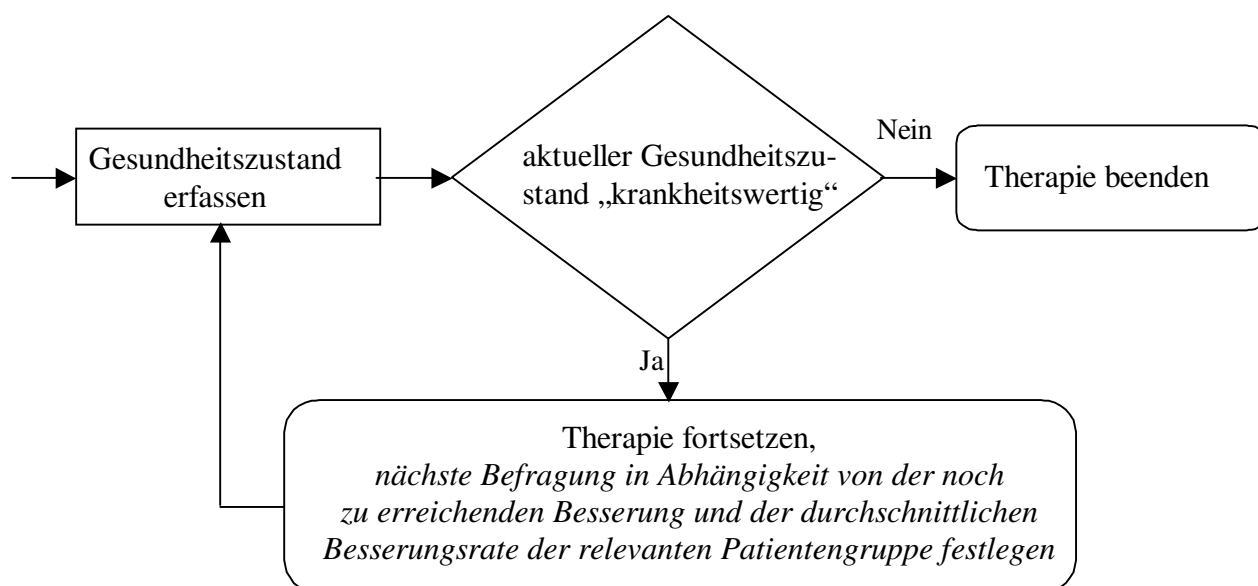


Abbildung 1. Strategie für kontinuierliches Ergebnismonitoring

¹ R. Percevic, H. Kordy

2.3 Definieren und Messen von Qualität in der Psychotherapie¹

Methodik & Technik: Evaluation

Ausgehend von der Qualitätsdefinition der ISO wird ein dreistufiges Schema zur Operationalisierung von Qualität in der Psychotherapie vorgeschlagen. Im ersten Schritt werden relevante Indikatoren bestimmt. Die Auswahl ist multimodal ausgerichtet: verschiedene Bereiche (z. B. psychische, soziale und körperliche Beschwerden), unterschiedliche Therapieziele (z. B. Erreichen eines bestimmten Zustandes, Verbesserung des Zustandes) und verschiedene Methoden (z. B. Selbstbeurteilung und Expertenrating, „direkte Veränderungseinschätzung“ und Prä-Post-Differenz) werden abgedeckt. Im zweiten Schritt werden die Kriterien bestimmt. Diese trennen die kontinuierlichen Indikatorwerte z. B. in einen „funktionalen Bereich“ und einen „nichtfunktionalen Bereich“, in „reliable Verbesserung“ versus „keine reliable Verbesserung“ oder in „Veränderung entspricht Erwartungen“ versus „Veränderung entspricht den Erwartungen nicht“. Kriterien dienen der einfacheren Kommunikation, entsprechen der diskreten Natur von Entscheidungen, machen Aggregatwerte informativer und sind Träger der Qualitätsdefinition. Sie haben den Nachteil, dass sie Vagheit und Ungewissheit nicht berücksichtigen. Mit einer probabilistischen Operationalisierung oder einer Operationalisierung über „unscharfe Mengen“ lassen sich diese Nachteile jedoch umgehen. Im dritten und letzten Schritt werden Standards definiert, d. h., die einzelnen Kriterien werden zu einem Qualitätskennwert kombiniert. Im Stuttgart-Heidelberg Modell z. B. wird gefordert, dass der Gesundheitszustand des Patienten nach der Behandlung (1) nicht stark beeinträchtigt oder verschlechtert ist und (2) in der Mehrzahl der Indikatoren sich positiv geändert hat. Standards können über eine Reihe von Regeln, z. B. auch über statistische oder „fuzzy“ Funktionen, operationalisiert werden. Die Validierung solcher Operationalisierungen von Qualität kann dann wie bei psychometrischen Testverfahren geschehen.

Eine Untersuchung zur Konkordanz der Beurteilung von Ergebnisqualität (welche im Rahmen der Qualitätssicherung an der Panoramaklinik Scheidegg erfasst wurden, n~2.800) über verschiedene Qualitätsdefinitionen ergab eine eher niedrige Übereinstimmung, obwohl jede dieser Definitionen für sich „Face-Validity“ beanspruchen kann. Dies unterstreicht die Notwendigkeit sorgfältiger Operationalisierung und weiterer Validierungsschritte.

¹ R. Percevic

2.4 AKQUASI 2002¹

Methodik & Technik: Evaluation

Entgegen den Erwartungen vom letzten Jahr ist AKQUASI 2002 noch nicht im Einsatz. Wegen lizenzrechtlicher Probleme bei der computergestützten Vorgabe vieler der bisher eingesetzten Fragebögen musste das Inventar umgestellt werden. Hauptinstrument wird nun das KPD (Schwarz & Hünerfauth), für welches in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. E. Brähler (Universität Leipzig) bis Ende 2002 repräsentative Bevölkerungsnormen erhoben werden.

Anfang 2003 soll das System an der Panoramaklinik Scheidegg eingeführt werden. Dabei wird auf die überwiegend positiven Erfahrungen mit der seit zwei Jahren an dieser Klinik laufenden computergestützten Fragebogenvorgabe zurückgegriffen (siehe „Computergestützte Darbietung von Selbstbeurteilungsverfahren“ in diesem Tätigkeitsbericht). Innerhalb der Klinik werden Patienteneingaberechner und Therapeutenrechner über ein Wireless-LAN vernetzt und über ISDN mit dem bei der FS stehenden Server verbunden.

Zur ambulanten Psychotherapie wird in Kooperation mit der Techniker Krankenkasse ein Modellprojekt vorbereitet, bei dem ein kontinuierliches Ergebnismonitoring mit AKQUASI 2002 zum Einsatz kommen soll.

¹ R. Percevic, A. Herrmann, L. Arikan, H. Kordy

2.5 Benchmarking – eine Methode zur Qualitätssicherung durch systematisches Lernen¹

Methodik & Technik: Evaluation

Als unternehmensübergreifende Suche nach den besten Prozessen, Methoden oder Produkten zielt Benchmarking darauf ab, durch den fortlaufenden Vergleich mit anderen von diesen zu lernen und so die eigene Leistungsfähigkeit zu verbessern.

Mit drei Kliniken, die im Rahmen der Qualitätssicherung mit der FS zusammenarbeiten, wurde verabredet, ein Benchmarking für psychotherapeutische Kliniken zu erproben. Dazu wurden das Auffälligkeitssignal aus dem Stuttgart-Heidelberger-Modell, die Patientenzufriedenheit (ZUF-8) und die Verweildauer als kritische Erfolgsfaktoren sowie die therapeutische Arbeitsbeziehung (HAQ) als Prozess-Benchmark ausgewählt. Für die vergleichende Analyse konnte auf die Datensätze aus der Qualitätssicherung zurückgegriffen werden (N = 1.323). Unterschiede zwischen den Patientenkollektiven der Kliniken wurden mittels einer Stratifizierung auf der Basis von Propensity-Scores korrigiert. Für die oben genannten Variablen wurden schließlich als Benchmarks Kennwerte berechnet, welche die Abweichung jeder einzelnen Klinik vom gepoolten Mittelwert der übrigen Kliniken angeben. Auf Grundlage dieser Vergleiche wurden Ranglisten gebildet, die die jeweiligen Stärken und Schwächen der drei Kliniken illustrieren. In einem letzten Schritt wurden schließlich die Resultate den Klinikrepräsentanten im Rahmen eines moderierten Benchmarking-Zirkels rückgemeldet, der Informationsaustausch zum Zweck des Identifizierens möglicher Ursachen angeregt, sowie künftige Erhebungsstrategien diskutiert.

Das Vorgehen erwies sich als praktikabel und lieferte anregende Einblicke in die unterschiedlichen Abläufe in den beteiligten Kliniken. Die Rückmeldung der Teilnehmer war durchaus positiv. Es besteht Interesse, solche Vergleiche zu wiederholen und eventuell zu vertiefen. Allerdings wurde auch der Wunsch deutlich ausgesprochen, die Ergebnisse solcher Benchmarking-Vergleiche intern zwischen den Beteiligten zu nutzen.

¹ S. Haug, M. Wolf, R. Percevic, H. Kordy

3 Diagnostik und Verfahren

3.1 Validität und Sensitivität des Ergebnisfragebogens (EB-45)¹

Methodik & Technik, Diagnose & Indikation

Die deutsche Version des Outcome Questionnaire (OQ-45.2) – des Ergebnisfragebogens (EB-45) – wurde für die Veränderungsmessung in der Psychotherapie entwickelt. Die Subskalen des EB-45 erfassen die drei Bereiche „Symptombelastung“, „zwischenmenschliche Beziehungen“ und „soziale Integration“. Im Mittelpunkt dieser Studie stand die Überprüfung der Tauglichkeit des EB-45 für ein Ergebnismonitoring in der klinischen Praxis. Anhand einer Bevölkerungsstichprobe (n = 232), einer Stichprobe von Bahnpendlern (n = 615), einer Stichprobe ambulanter Psychotherapiepatienten (n = 671) und einer Stichprobe stationärer Psychotherapiepatienten (n = 960) wurden die konvergente Validität, die diskriminative Validität und die Veränderungssensitivität des Ergebnisfragebogens untersucht.

Für die beiden klinischen Stichproben zeigte sich im Gegensatz zur amerikanischen Originalversion auf einzelnen Skalen des EB-45 eine Abhängigkeit von Geschlecht und Alter. Für Frauen wurde eine stärkere Symptombelastung und auch eine höhere Gesamtbeeinträchtigung beobachtet. Mäßige Urteilskonkordanzen hinsichtlich reliabler Verbesserung (Kappa-Koeffizient ~0,4) zeigten sich zwischen der Subskala „Symptombelastung“ und der SCL-90-R beziehungsweise deren Kurzform, dem BSI. Die Konkordanzen der anderen Subskalen mit SCL-90-R und BSI waren sehr niedrig (Kappa ~0,16). Auch mit dem Fragebogen zur Lebenszufriedenheit und dem Gießener Beschwerdebogen ergaben sich bei allen Subskalen nur geringe Übereinstimmungen (Kappa 0,16 - 0,33). Die Diskriminationsfähigkeit zwischen den klinischen und nicht-klinischen Stichproben war auf den einzelnen Subskalen und der Gesamtskala gut. Beim Vergleich der ambulanten Patienten mit den stationären Patienten zeigte keine der Skalen einen bedeutsamen Unterschied. Eine Verringerung der Skalenwerte bei allen Skalen des EB-45 bei wiederholter Messung im Verlauf der Therapie konnte für die stationäre Stichprobe von der Eingangsmessung zur Zwischenerhebung sowie von der Zwischenerhebung zur Entlassung und für die ambulante Stichprobe von Therapiebeginn zur 1,5-Jahres-Nacherhebung beobachtet werden.

Insgesamt erwies sich der Ergebnisfragebogen als kurzes, hinreichend valides und sensibles Instrument für ein kontinuierliches Monitoring psychotherapeutischer Veränderungen.

¹ S. Haug, B. Puschner, H. Kordy

3.2 Wiederholte Testvorgabe bei Selbstbeurteilungsinventaren¹

Methodik & Technik: Evaluation

In der Therapieevaluation und angewandten Psychotherapieforschung, wie sie die Forschungsstelle mit der Qualitätssicherung nach dem Stuttgart-Heidelberg Modell routinemäßig betreibt, gilt die wiederholte Vorgabe psychometrischer Fragebogen als Methode der Wahl. Die eingesetzten Verfahren sollten dazu bestimmten psychometrischen Anforderungen genügen, um Einschränkungen der Stabilität durch Retest-Artefakte beziehungsweise Retest-Effekte abschätzen zu können.

An Retest-Datensätzen mit je fünf Messzeitpunkten wurde für das Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP) und das Eating Disorder Inventory (EDI) der Einfluss der wiederholten Testbearbeitung überprüft. Die über einen Zeitraum von 2,5 Jahren untersuchten nicht-klinischen Stichproben umfassen $N = 231$ (t1), 184 (t2), 101 (t3), 63 (t4) und 22 (t5) (IIP) beziehungsweise $N = 168$ (t1-t4) und 124 (t5) (EDI) Frauen im Alter von durchschnittlich 25,6 (SD = 6,2) und 26,4 (SD = 5,9) Jahren. Die Stabilität der Skalen war für beide Instrumente – mit größerer Variabilität beim EDI – hoch (IIP: $.90 \geq r_{tt} \geq .73$; EDI: $.93 \geq r_{tt} \geq .46$). Für den IIP zeigten sich keine signifikanten Effekte (MANOVA) zwischen den Messzeitpunkten. Ein tendenzieller Gesamteffekt über alle Skalen ($p = .09$) konnte beim EDI ermittelt werden. Post-Hoc-Tests ergaben sinkende Werte für die Skalen DT (Schlankheitsstreben) ($p < .001$) und den EDI-Gesamtscore ($p = .01$) sowie abnehmende Werte für die Skala B (Bulimie) ($p = .095$). Mit bis zu 9 % (IIP) und 7 % (EDI) reliabler Verbesserungen beziehungsweise Verschlechterungen für einige Skalen übertreffen die beobachteten Werte die (aufgrund des Standardmessfehlers) erwarteten Änderungsraten von 2,5 % deutlich.

Für die Anwendung der Inventare in Messwiederholungstudien lassen sich zwei Empfehlungen ableiten: Bei Vorliegen eines Retest-Datensatzes sollten reliable Veränderungen nicht mit der theoretischen, sondern mit der empirischen – aus der Messwiederholung bei Kontrollgruppen resultierenden – Verteilung der Veränderungswerte verglichen werden. Liegen keine Daten über diese Verteilung für ein spezifisches Inventar vor, kann bei Verdacht auf Retest-Einflüsse der eigentlichen Erhebung eine Dummy-Messung vorausgeschickt werden.

¹ M. Wolf, R. Percevic, H. Kordy

3.3 Interpersonale Probleme bei Persönlichkeitsstörungen¹

Methodik & Technik: Diagnose & Indikation

Für das Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP) wird häufig eine besondere Eignung für die Beschreibung von Persönlichkeitsstörungen (PS) postuliert. Diese Erwartung wurde in einer Studie zur diagnosespezifischen Diskriminationsfähigkeit des IIP untersucht. Dazu wurden Daten aus der Qualitätssicherung der stationären Psychotherapie genutzt.

N = 368 Patienten aus vier psychosomatischen Kliniken, die sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung eine Persönlichkeitsstudie (F6x nach ICD-10) als Erstdiagnose erhielten, wurden mit n = 368 Patienten (gewichtete Zufallsstichprobe) verglichen, bei denen keine PS diagnostiziert worden war.

Patienten mit PS zeigten auf allen acht IIP-Subskalen höhere Werte als Patienten ohne PS (Mann-Whitney-U-Test; $p < .001$). Um die interpersonale Problematik in Relation zur psychischen Beeinträchtigung zu betrachten, wurde die Differenz (I-S-Index) von IIP-Gesamtscore und dem Global-Severity-Index der SCL-90-R berechnet. Es ergaben sich weder bei Aufnahme noch bei Entlassung Unterschiede zwischen den Gruppen; Patienten mit PS beschreiben sich nicht nur im interpersonalen Bereich, sondern auch im psychischen Befinden stärker beeinträchtigt („general complaint factor“).

Die im Anschluss durchgeführte lineare Diskriminanzanalyse resultierte in der folgenden Diskriminanzfunktion $D = -2,276 + 0,011 * uPA + 0,003 * uBC + 0,017 * uDE + 0,102 * uFG + 0,010 * uHI + 0,002 * uJK - 0,035 * uLM + 0,090 * uNO$ ($p < .001$). Die klinische Bedeutung von D war allerdings eher moderat; die Reklassifikation der Gruppen führte zu einer Gesamttrefferrate von 62,5 % (63 % PS korrekt klassifiziert).

Eine Projektion der 7 gefundenen PS-Typen (emotional instabil, histrionisch, anankastisch, ängstlich-vermeidend, abhängig, sonstige spezifische, kombinierte) im interpersonalen Circumplex zeigte, dass der Schwerpunkt der Beeinträchtigung bei allen PS in dem Quadranten liegt, der durch starke Unterwürfigkeit bei gleichzeitig starker Zuneigung gekennzeichnet ist.

¹ M. Wolf, C. Gallas, H. Kordy

4 Neue Technologien

4.1 Internet-Gruppe: eine Brücke zwischen Fachklinik und Alltag – mit oder ohne ambulante Psychotherapie¹

Methodik & Technik: Evaluation

Computer Mediated Communication (CMC) eröffnet neue Möglichkeiten für die psychotherapeutische Versorgung. In einem Gemeinschaftsprojekt mit der Panorama Fachklinik Scheidegg und der Techniker Krankenkasse, das seit Juni 2001 läuft, erprobt die FS das Medium Internet. Dabei werden interessierten Patienten therapeutisch begleitete Chat-Gruppen zur Unterstützung beim Übergang von der Fachklinik in den Alltag angeboten.

Zur Untersuchung der Akzeptanz und der Effektivität dieser Brücke sind bis jetzt knapp 100 Teilnehmer rekrutiert worden. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer beträgt 38 Jahre ($S = 11$, $\min = 15$, $\max = 60$) und weist auf das Interesse von jungen und älteren Patienten hin. Derzeit laufen drei Gruppen parallel mit jeweils 8-10 Teilnehmern.

Die Zwischenergebnisse sind vielversprechend. Die Technik hat sich als sehr nutzerfreundlich erwiesen. Sie erlaubte auch Patienten mit geringer oder keiner Interneterfahrung die Teilnahme, wobei die ausführliche Einführung noch während des Klinikaufenthaltes eine wichtige Rolle spielte. Die Anwesenheitsrate lag über 85 %. Nicht zuletzt die relativ niedrige Abbrecherrate (9,7 %) und die hohe Zufriedenheit mit der Internet-Brücke (90 %) weisen auf eine hohe Akzeptanz des Angebots hin.

Die bis zum Verlassen der Internet-Brücke beobachteten Entwicklungen geben einen ersten Hinweis auf die Effektivität. Nach Einschätzung der überwiegenden Mehrheit der Patienten (84,7 %) hat die Teilnahme an der Internet-Brücke ihnen geholfen. Lediglich 14,3 % erklärten, dass die Teilnahme ihnen wenig oder gar nicht geholfen habe. Die Gruppentherapeuten waren mit ihren Einschätzungen etwas zurückhaltender, sahen aber auch für die Mehrzahl der Patienten (77,2 %) einen positiven Einfluss. Übereinstimmend schätzten Patienten (74,3 %) und Therapeuten (78,9 %) die Chat-Gruppen als eine wirksame Brücke in den Alltag ein. Die überwiegende Mehrheit der Patienten (87,9 %) verließ nach Einschätzung der Gruppentherapeuten die Internet-Brücke gesundheitlich stabil.

¹ V. Golkaramnay, H. Kordy

4.2 Internet-Chat-Gruppen zur Rückfallprävention in der poststationären Versorgung von Patientinnen mit Anorexia nervosa¹

Methodik & Technik: Evaluation

Anorexia nervosa ist eine psychische Erkrankung, die mit einem erheblichen Chronifizierungs- und Rückfallrisiko verbunden ist. Wie die Daten der MZ-ESS zeigten, ist eine weitgehende Symptombefreiung nach Entlassung aus der stationären Therapie eher die Ausnahme als die Regel (11 % der Patientinnen). Selbst zweieinhalb Jahre nach Beginn der Behandlung ist lediglich ein Drittel der Patientinnen als „weitgehend symptomfrei“ einzustufen. Das Risiko für einen Rückfall nach erfolgter Remission liegt zwischen 30 % und 40 % und ist in den ersten Monaten am höchsten.

Stepped-care-Ansätze gelten als die Methode der Wahl für die Behandlung dieser Patientinnen. Dabei könnte der Einsatz neuer Medien – insbesondere der synchronen Kommunikation im Internet-Chat – ganz neue Möglichkeiten eröffnen. Die ersten Erfahrungen im Projekt „Internet-Brücke“ zeigen, dass wöchentlich durchgeführte, moderierte Selbsthilfegruppen via Internet-Chat eine flexible und kostengünstige Möglichkeit bieten könnten, die Ergebnisse der stationären Therapie zu stabilisieren und Rückfällen vorzubeugen.

Mit dem Institute of Psychiatry in London (J. Treasure, U. Schmidt) wurde eine Kooperation verabredet, um die Integration einer moderierten Internet-Chatgruppe in ein Stepped-care-Modell zu erproben. In einem ersten Schritt wurden eine Projekt-Homepage erstellt und das Chat-Programm der Internet-Brücke für diesen Zweck adaptiert. Bei einem Besuch in London wurden Probe-Chat-Sitzungen mit dem therapeutischen Team und – separat – mit den Patientinnen durchgeführt. Die Resonanz von beiden Gruppen war sehr positiv, so dass nach Abschluss der Adaptationsaufgaben Anfang 2003 mit einer Pilotstudie begonnen werden soll.

¹ S. Haug, V. Golkaramnay, H. Kordy

4.3 SMS-Brücke: ein computerunterstütztes Nachbetreuungsprogramm für Patientinnen mit Bulimia nervosa¹

Management & Planung: Evaluation

Die FS hatte bereits im Vorjahr eine Entwicklung für ein computerunterstütztes Programm gestartet, das Patientinnen mit Bulimie beim Übergang von der stationären Behandlung in den Alltag durch eine semi-standardisierte Kommunikation begleitet. Erfolgreich behandelte Patientinnen haben insbesondere in den ersten Monaten nach der Entlassung ein erhebliches Rückfallrisiko, andere verlassen die Klinik nicht völlig frei von Essstörungssymptomen. Insofern besteht ein Bedarf für poststationäre Betreuung. Ungeklärt ist, wie intensiv eine derartige Betreuung sein muss.

In Zusammenarbeit mit der Psychosomatischen Fachklinik Bad Pyrmont erprobt die FS ein Minimalprogramm. Im Zentrum steht die wöchentliche SMS-Interaktion: Mit den Patientinnen wird vereinbart, wöchentlich standardisierte Kurzbeschreibungen ihrer Essstörungssymptomatik per SMS an die FS zu senden. Sie werden ermutigt, darüber hinaus freie Textnachrichten zu schicken. Jede Patientin bekommt umgekehrt eine wöchentliche Rückmeldung per SMS. Diese nimmt Bezug auf die Veränderungen der Symptomatik im Vergleich zur Vorwoche. Die Antworten der FS nutzen zwei Prinzipien: (1) sie signalisieren positive Unterstützung und verstärken positive Entwicklungen und (2) sie regen bei negativer Entwicklung Verhaltensmodifikationen an.

Das Programm wird derzeit in einer Pilotstudie hinsichtlich Akzeptanz, Praktikabilität und Effektivität erprobt. Zwischen Mai und Oktober wurden 35 Patientinnen für das sechsmonatige Programm rekrutiert. Eine erste Abschätzung der Effektivität wird nach Ende der Datenerhebung im Frühjahr 2003 möglich sein.

Die bisherigen Erfahrungen belegen die Praktikabilität der Technik und deuten auf eine gute Akzeptanz durch die Teilnehmerinnen hin. Bislang hat lediglich eine Patientin aus Enttäuschung über die Betreuung die Teilnahme abgebrochen. Sechs weitere Teilnehmerinnen haben die Teilnahme aus unterschiedlichen Gründen vor Ablauf der maximalen Teilnahme von 6 Monaten beendet. Bei diesen liegt die Teilnahmedauer zwischen 5 und 19 Wochen ($M = 13$, $SD = 4$). Diese positiven Erfahrungen ermutigen dazu, die Effektivität des Programms in einer größeren Studie systematisch zu untersuchen.

¹ S. Bauer, R. Percevic, M. Schick, J. Hagel, H. Kordy in Zusammenarbeit mit E. Okon und R. Meermann (Psychosomatische Fachklinik Bad Pyrmont)

4.4 E-Mail-Kontakte zur unspezifischen Nachsorge bei stationären Psychotherapiepatienten¹

Methodik & Technik: Evaluation

Nach erfolgreicher Implementierung der Chat-Gruppen wurde von Patienten und Therapeuten der Wunsch an die FS herangetragen, eine geeignete Internetumgebung für eine Einzel-Nachbetreuung zu entwickeln. Auf Vorschlag der Panorama-Fachklinik Scheidegg wurde hierfür eine unstrukturierte E-Mail-Kommunikation gewählt.

Die FS übernahm insbesondere die Aufgabe, eine sichere Kommunikation im Internet zu gewährleisten, die den Zugang von Unbefugten praktisch ausschließt. Dazu wurden eine serverbasierte Plattform für den E-Mail-Austausch entwickelt und eingerichtet sowie die technische Anbindung an AKQUASI 2002 vorbereitet, so dass die E-Mail-Nachbetreuung von einem Ergebnismonitoring begleitet werden kann. Weiter wurde ein Rahmenkonzept für die nachstationäre Betreuung entworfen, das die Erfahrungen zum therapeutischen Schreiben und zur Online-Beratung berücksichtigt.

Eine Erprobung und Evaluation wurde mit der Panorama Fachklinik Scheidegg für das kommende Jahr verabredet.

¹ M. Wolf, M. Arikan, V. Golkaramnay, H. Kordy in Zusammenarbeit mit der Panorama Fachklinik Scheidegg

4.5 Computerunterstützte Darbietung von Selbstbeurteilungsverfahren¹

Methodik & Technik: Evaluation

Die Studie wurde in diesem Jahr abgeschlossen. Insgesamt nahmen 1.160 Patienten der Panorama-Fachklinik teil, die zwischen November 2000 und Juli 2002 erfasst wurden. 473 Patienten bekamen eine der computergestützten Darbietungsformen, 127 davon die ab Dezember 2001 eingeführte entscheidungsorientierte Form. Es wurden keine relevanten psychometrischen Unterschiede der computergestützten Vorgabeformen untereinander und im Vergleich zur Papier-Bleistift-Vorgabe gefunden. Dieser Befund gilt sowohl für die Rohwertverteilungen als auch für die interne Konsistenz, die Konstruktvalidität und die konvergente Validität. Eine Ausnahme bildet die entscheidungsorientierte Vorgabe, bei welcher aufgrund der reduzierten Itemanzahl, wie zu erwarten, die Reliabilität und damit auch alle Außenkorrelationen sanken. Dafür mussten aber statt 69 Items im Mittel nur 18 Items vorgegeben werden.

Die Akzeptanz für die computergestützte Befragung war sowohl unter den Patienten als auch beim therapeutischen Team hoch. Die meisten Patienten fanden sie nicht oder kaum anstrengend und kamen ohne Schwierigkeiten mit der Bedienung der Software zurecht. Ältere und computerunerfahrene Patienten berichteten jedoch mehr Schwierigkeiten und hatten längere Testzeiten. Die meisten Patienten zogen die computergestützte Vorgabe der Papier-Bleistift-Vorgabe vor. Es gab keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen computergestützten Formen. Bei den offenen Kommentaren fiel die Vorgabeform, bei der keine nachträglichen Änderungen möglich waren, jedoch negativ auf.

Für die Rückmeldung der psychometrischen Ergebnisse an Therapeuten deutet sich ein positiver Effekt auf die Therapieeffizienz an. Der Median der geschätzten Behandlungsdauer betrug für erfolgreich behandelte Patienten 46 Tage, wenn eine Rückmeldung gegeben war, beziehungsweise 57 Tage ohne Rückmeldung (siehe Abbildung 2).

Im Vergleich zur Dateneingabe von Hand und über Scanner ist die computergestützte Vorgabe kostengünstiger und die Datenqualität höher. Bei der Papier-Bleistift-Vorgabe fehlten über 4 % der Werte, während bei computergestützter Vorgabe weniger als 1 % fehlten. Verlieren von Fragebögen und Dateneingabefehler werden gänzlich umgangen.

¹ R. Percevic

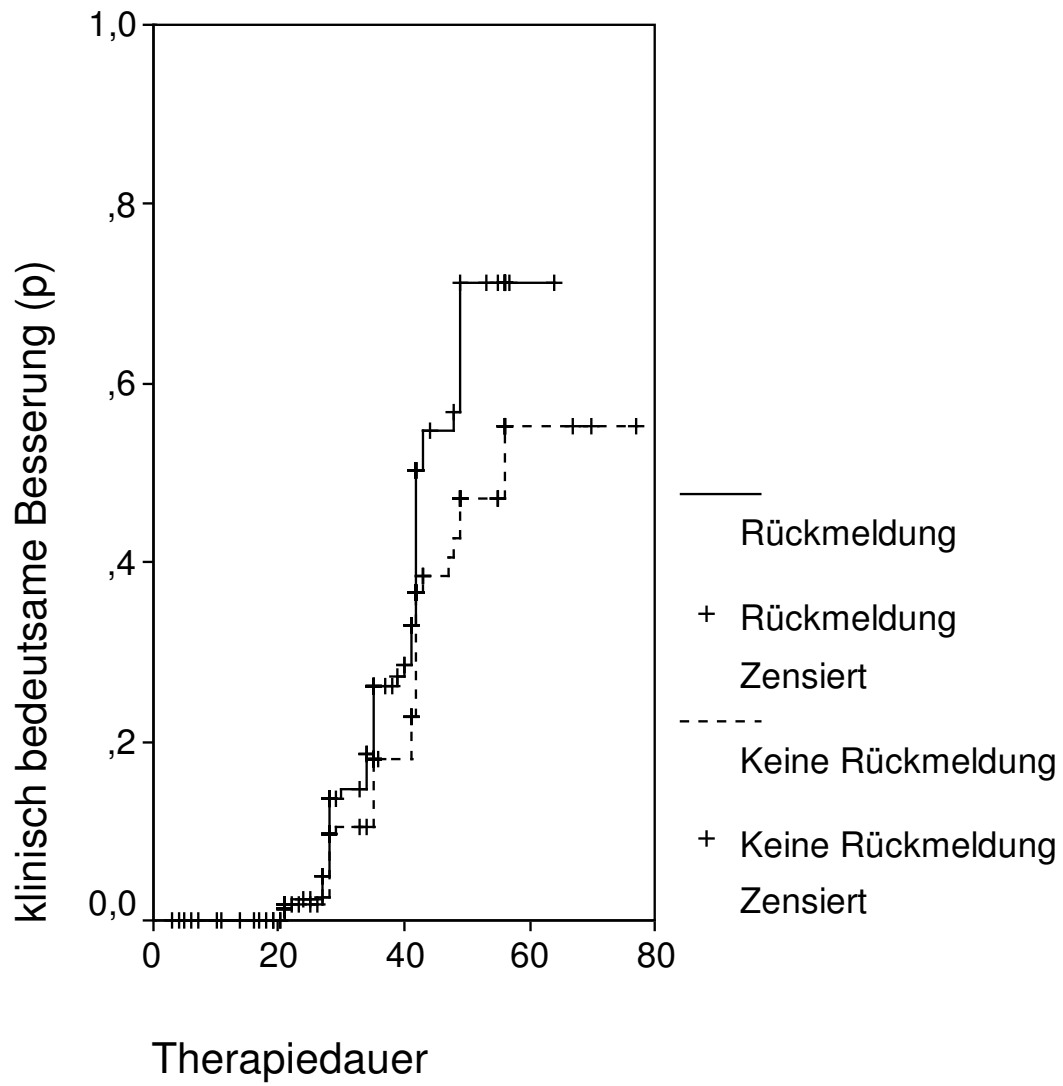


Abbildung 2. Überlebenskurven mit und ohne Rückmeldung bei der Zwischen-
erhebung

5 Internationale Forschungsk Kooperationen

5.1 Der Einsatz von AKQUASI in einer Längsschnittstudie über Patienten mit Schizophrenie¹

Management & Planung: Evaluation

Die FS hat im Rahmen des Projektes "Mise au point et implantation d'un logiciel de suivi ambulatoire pour patients schizophrènes et délirants chroniques - étude prospective d'utilité sur douze mois", welches vom französischen Gesundheitsministerium gefördert und von J. Pellet und F. Lang von der Universität St. Etienne geleitet wird, eine spezifische AKQUASI-Version entwickelt. An dem Projekt sind acht psychiatrische Zentren im Süden Frankreichs beteiligt, in denen über einen Zeitraum von drei Jahren insgesamt 1.000 Patienten mit einer Schizophrenie rekrutiert werden sollen.

Im Zentrum der Untersuchung steht neben versorgungsepidemiologischen Fragen insbesondere die longitudinale Beobachtung der schizophrenen Symptomatik. Das für diese spezielle Anwendung entwickelte AKQUASI ermöglicht die Dokumentation des Krankheitsverlaufes der Patienten, die über einen Zeitraum von zwei Jahren monatlich mit einem Kurzbeurteilungsbogen und halbjährlich mit einem ausführlichen Inventar befragt werden.

Nachdem alle Instrumente in AKQUASI realisiert worden waren, konnte im Frühjahr die Programmierung der Bewertungsregeln abgeschlossen werden, wobei die Umsetzung der Konzepte "remission", "recovery" und "relapse" im Zentrum stand.

Aufgrund der angestrebten Stichprobengröße und der Vielzahl an Erhebungszeitpunkten erschien es sinnvoll, die Dateneingabe nicht manuell, sondern über Scanner vorzunehmen. Die FS erstellte das Interface, das für einen elektronischen Import der Daten in AKQUASI benötigt wird. Bei einem Besuch von C. Bosc an der FS wurden im September letzte Details geklärt.

Die praktische Umsetzung wurde seit Winter parallel zur technologischen Entwicklung in Gang gesetzt. Bisher konnten bereits 160 Patienten für die Projektteilnahme gewonnen werden. Die neue Scannertechnik hat sich bewährt und die Bewertungsregeln mit den zugrunde liegenden Konzepten haben sich als klinisch brauchbar erwiesen. Eine weitere Zusammenarbeit, insbesondere bei der Nutzung der Internet-Fähigkeit von AKQUASI 2002 für die zeitnahe Erhebung und Rückmeldung von Verlaufsinformation, ist verabredet.

¹ S. Bauer, A. Herrmann, L. Arikian, H. Kordy

5.2 Rückfallprävention bei Bulimia nervosa über Short Message Service (SMS)¹

Management & Planung: Evaluation

Bereits im europäischen Forschungsverbund COST B6 zur Effektivität der psychotherapeutischen Behandlung von Essstörungen hatte sich eine besonders intensive Zusammenarbeit zwischen dem Maudsley Hospital, London (J. Treasure, U. Schmidt) und der FS ergeben. Das gemeinsame Interesse an der Entwicklung von Stepped-care- Ansätzen führte zur erneuten Kooperation in der Entwicklung und Erprobung eines computerunterstützten Programms zur Rückfallprophylaxe, das eine kostengünstige Nachbetreuung von Patienten mit Bulimie über SMS erlaubt. Das Projekt wird vom Deutschen Akademischen Austauschdienst (DAAD) und The British Council im Rahmen des Programms „Projektbezogener Personenaustausch mit Großbritannien (ARC)“ gefördert.

Während das SMS-Programm von der FS zur nachstationären Betreuung eingesetzt wird, werden vom Londoner Kooperationspartner Patientinnen mit Bulimie im Anschluss an eine ambulante Behandlung unterstützt. Dadurch können die Akzeptanz, Praktikabilität und Effektivität des Programms in zwei unterschiedlichen Settings untersucht werden.

Bei einem Besuch von U. Schmidt, I. Schubert und S. Perkins im Juli 2002 in Stuttgart wurden die konzeptuellen Fragen geklärt und das Interventionsprogramm übersetzt. Bei einem Gegenbesuch von H. Kordy, S. Bauer und M. Schick im Oktober wurde die Adaptation der englischen Version abgeschlossen und die Technik implementiert. Das Programm wird über den Server der FS abgewickelt. In einer Erprobungsphase bewährte sich die Technik im praktischen Ablauf. Nach einem letzten Erfahrungsaustausch bei einem Besuch von S. Bauer in London wurden im Dezember abschließende Detailanpassungen durchgeführt. Da auch die anschließende praktische Erprobung erfolgreich abgeschlossen wurde, können mit Beginn 2003 Patientinnen in das Projekt aufgenommen werden.

Die Zusammenarbeit wird für insgesamt zwei Jahre gefördert.

¹ S. Bauer, R. Percevic, M. Schick, H. Kordy

5.3 Outcome monitoring in psychotherapy: tools, techniques, strategies. Eine deutsch-amerikanische Forschungs Kooperation¹

Methodik & Technik: Evaluation

Im Berichtsjahr lief die geförderte Phase der Kooperation zwischen der FS und der Arbeitsgruppe von M. Lambert (Brigham Young University, Utah) aus (seit 1999 vom Deutsch-Amerikanischen Akademischen Konzil gefördert). Aus diesem Anlass haben die Projektpartner im März zu einem internationalen Experten-Workshop nach Stuttgart eingeladen (siehe 7.1 in diesem Bericht).

Wissenschaftliche Schwerpunkte waren in den drei Jahren der Zusammenarbeit die Entwicklung und Erprobung von psychometrischen Verfahren zur Erfassung von Ergebnissen der Psychotherapie, von einer nutzerfreundlichen Software für eine standardisierte Ergebnisbewertung und den zeitnahen Informationstransfer an die Nutzer sowie schließlich die Entwicklung einer Strategie für ein Ergebnismanagement. Die Anregungen aus der Zusammenarbeit schlugen sich in diesem Bericht vor allem in den Studien zur Validität des EB-45, zum Ergebnismonitoring und Feedback sowie zum Ergebnismonitoring und Ergebnismanagement nieder.

Während der dreijährigen Kooperation hatten sieben Mitarbeiter der FS Gelegenheit zu einem mehrwöchigen Forschungsaufenthalt an der Brigham Young University in Provo (Utah). Im Gegenzug arbeiteten sechs Kollegen aus dem Team von M. Lambert jeweils für einige Wochen mit der Arbeitsgruppe der FS in Stuttgart zusammen. Insgesamt wurden eine Diplomarbeit und sechs Dissertationen von Stuttgarter Seite und drei Doktorarbeiten von Seiten des amerikanischen Partners im Rahmen dieser Zusammenarbeit angeregt.

Als Übergang und Einstieg in die weitere Zusammenarbeit können die drei gemeinsamen Panels verstanden werden, die von den beiden Arbeitsgruppen für die 33rd Annual Conference der Society for Psychotherapy Research (SPR) in Santa Barbara, Juni 2002, organisiert wurden. Auch für die 34. Jahreskonferenz, die im Juni 2003 in Weimar stattfinden wird, ist ein gemeinsames Panel eingezeichnet.

¹ H. Kordy

6 Technik und EDV¹

6.1 Hardware – Fileserver

Methodik & Technik: Public Activity

Backup -Probleme auf dem Novellserver legten eine Umstellung des Fileservers auf Linux mit SAMBA nahe. Die Umstellung war erfolgreich, die Backup-Probleme wurden dadurch beseitigt. Als positiver Nebeneffekt wurde die Netzwerkstruktur durch den Samba-Domänencontroller etwas vereinfacht.

Auf jedem Rechner und dem Server ist ein Antivirenprogramm (Kaspersky) installiert, jedoch fehlt noch der Rundumschutz für unser heterogenes Netz. Diese Lösung ist in Bearbeitung.

Access Control Listen – Datensicherheit: Sicherer Datentransfer ist für die zukünftigen Projekte der FS entscheidend. Als wichtiger erster Schritt wurden dazu auf dem Cisco-Router die Access-Control-Listen verschärft. Dadurch sind nur noch sehr wenige Ports von außen erreichbar wie z. B. Webserver und SSH-Server. Die bekannten freien Zugänge werden durch regelmäßig eingespielte Updates der betroffenen Dienste bestmöglichst gegen Eindringlinge geschützt. Jedoch ist es im September einem Internet-Wurm gelungen, in unser Netz einzudringen, dieser wurde jedoch gleich bemerkt und beseitigt.

Applikationsrechner: Die schwierige finanzielle Situation macht technische Kompromisse unumgänglich. Um alte Rechner wenigstens für beschränkte Arbeiten weitzunutzen zu können, wurde ein Applikationsrechner eingerichtet. Dieser auf Linux basierende Rechner kann mit Hilfe von Windows Terminal Server von Netraverse Windowsapplikationen ausführen und die Ausgabe an entfernte Rechner leiten, auf denen ein X-Server läuft. Diese Technik wurde erfolgreich bei den veralteten Eingaberechnern angewandt. Zur Zeit werden weitere alte Rechner mit dieser Methode umgestellt.

Vernetzung der FS: Die Anbindung der Forschungsstelle für Psychotherapie an das Internet wurde erweitert, um die technischen Voraussetzungen für die Projekte zur Nutzung neuer Kommunikationstechnologien in der psychotherapeutischen Versorgung zu gewährleisten. Es wurde eine Standleitung mit 2 Mbit eingerichtet.

¹ M. Arian, A. Herrmann

7 Wissenschaftliche Kooperationen

7.1 Internationale Expertenkonferenz „Quality Management and Outcome Monitoring: Concepts, Tools, and Procedures for the Optimization of Psychotherapy Provision“. Stuttgart, 14.-16.03.2002 ¹

Management & Planung: Evaluation

Die Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart (FS) hatte gemeinsam mit ihrem Kooperationspartner, M. Lambert von der Brigham-Young-University (Provo, Utah) zu dieser Experten-Konferenz eingeladen. Aufgrund der Aktualität des Themas und des Ansehens der eingeladenen Referenten war das Interesse groß. Insgesamt 54 Kollegen und Kolleginnen aus 10 Ländern sowie mehrere Doktoranden und Studenten trugen zum Gelingen der Konferenz bei.

Im Mittelpunkt der Konferenz stand der Austausch über Methoden, Instrumente und Verfahren des Qualitätsmanagements und Ergebnismonitoring in der Psychotherapie. Während der zweieinhalbtägigen Konferenz wurden insgesamt 25 Beiträge in acht nach Themenblöcken gegliederten Sitzungen vorgestellt. Es wurden Ansätze für ausgewählte Störungen wie z. B. für Essstörungen, Depression oder Schizophrenie und für bestimmte Versorgungsbereiche wie z. B. ambulante und stationäre Psychotherapie vorgestellt. Die Perspektiven von Leistungsanbietern (z. B. Psychotherapeuten) und Kostenträger (z. B. Krankenkassen) wurden ebenso präsentiert, wie Ansätze, die Patienten als Konsumenten mit einzubeziehen. Nicht zuletzt spielte die Frage nach der Nutzung der neuen Kommunikationstechnologien für Informationsgewinnung, -transfer und -nutzung eine wichtige Rolle.

Auf besonderes Interesse stieß der Versuch, interessierten Kollegen über das Internet Zugang zur Konferenz zu verschaffen. Die FS hatte zu diesem Zweck ihre Homepage entsprechend vorbereitet, so dass die Präsentationen vorab zugänglich waren und die videografierten Vorträge, leicht zeitversetzt, über das Internet betrachtet werden konnten.

Mit offener Neugier beteiligten sich die Teilnehmer an den Chat-Diskussion zum Abschluss der jeweiligen Tage. Einige Fachkollegen, die nicht persönlich kommen konnten, sowie einige Studenten der anwesenden Experten hatten sich eingeschaltet. Es entwickelte sich eine lebhaft, wenn auch manchmal unübersichtliche Diskussion. Die für Chats übliche Spontaneität war für die meisten im Raum Anwesenden ungewohnt. Die Absicht, externe Interessierte in die Diskus-

¹ Gefördert von der DFG und dem DAAK

sion mit einzubeziehen, ließ sich nur ansatzweise realisieren. Es zeigte sich, dass es schwierig ist, gleichzeitig eine intensive Diskussion im Saal und einen intensiven Austausch via Chat nach außen zu führen. Dennoch erlebten die Teilnehmer diesen Versuch als anregend. Der Aufwand hat sich nicht zuletzt dadurch ausgezahlt, dass viele Fachkollegen, Konferenzteilnehmer ebenso wie weitere interessierte Kollegen, die Aufzeichnungen via Internet später für ihren Unterricht genutzt haben, wie die FS aus E-Mail-Anfragen und -Kommentaren erfahren hat.

Der Workshop wurde von den Teilnehmern nicht zuletzt deshalb besonders geschätzt, weil er Experten aus verschiedenen Anwendungsbereichen zusammenbrachte, die sonst auf den wissenschaftlichen Tagungen ihrer spezifischen Fachgruppen mit ihren spezifischen Fachkollegen sprechen.

7.2 Studienforen: Transparenz und Ergebnisorientierung in der ambulanten Psychotherapie¹

Management & Planung: Public Activity

Programmatisch für die Studie wurden im November 2002 die Studienteilnehmer, sowohl Patienten als auch Therapeuten, zu zwei – getrennten – Studienforen eingeladen mit dem Ziel, über die Studienergebnisse zu informieren und über die Nutzung zu diskutieren. Zu beiden Foren wurden auch interessierte Wissenschaftler und Fachleute beziehungsweise Laien eingeladen.

Am 23. November kamen mehr als 50 Therapeuten, Wissenschaftler und Gesundheitsmanager nach Stuttgart. Am Vormittag wurden die Studienergebnisse zur Versorgungsepidemiologie, zu den Gesundungsverläufen und der Kosten-Nutzenrelation von ambulanter Psychotherapie vorgestellt. Am Nachmittag bildeten Ergebnismonitoring und Ergebnismanagement den Schwerpunkt. Dies wurde an klinischen Beispielen demonstriert. In Bemerkungen zwischen den Beiträgen und insbesondere in der abschließenden Diskussion kam die Sorge vieler niedergelassener Psychotherapeuten zum Ausdruck, dass die Einführung einer solchen psychometrisch fundierten, ergebnisorientierten Steuerung zu einer erheblichen Aufmerksamkeitsverschiebung und damit zu einer Störung der Behandlung führen könne. Die Empfehlung, solche Strategien zunächst in einem Projekt wissenschaftlich zu erproben, wird das Team der FS gerne aufgreifen.

Eine Woche später trafen sich etwa 40 Patienten und Laien zu einem weiteren Studienforum. Der Austausch mit Patienten einer Studie war für die FS Neuland. Insofern waren wir neugierig, was die Teilnehmer von uns hören wollten und wir von Ihnen zu hören bekamen. Neben der Vorstellung der Studienergebnisse war das zentrale Thema "Ambulante Psychotherapie aus Patientensicht", zu dem aus wissenschaftlicher und aus Patientensicht berichtet wurde.

Die Zahl der Teilnehmer und die regen Diskussionen belegen das Interesse an dieser Studie, ihren Ergebnissen und ihrer Bedeutung für die psychotherapeutische Versorgung.

¹ H. Kordy, B. Puschner, S. Kraft, S. Bauer, R. Percevic

8 Internationale wissenschaftliche Kooperationen

Die – vom Deutsch-Amerikanischen Akademischen Konzils (DAAK) geförderte – Phase des Austausches mit der Arbeitsgruppe von M. Lambert von der Brigham Young University (BYU), Utah, ging mit dem Experten-Workshop im Frühjahr zu Ende. M. Lambert und sein Kollege J. Brown verbrachten eine knappe Woche im Anschluss an diesen Workshop an der FS. Diese Gelegenheit nutzten die beiden Teams, um begonnene Arbeiten (insbesondere die Studien zum „Random-Walk-Modell“ und zur Validierung des EB-45) abzuschließen und die gemeinsamen Panels für das Annual Meeting der Society for Psychotherapy Research (SPR) in Santa Barbara vorzubereiten.

Der Experten -Workshop „Quality Management and Outcome Monitoring“ brachte die Gelegenheit, gewachsene Partnerschaften weiterzuführen und neue zu initiieren. Die FS nutzte die Chance, Kollegen aus den Forschungsfeldern „Service Research & Evaluation“ mit den Kollegen aus der Essstörungsforschung – d. h. aus den beiden Hauptforschungsfeldern der FS in den letzten Jahren – zusammenzubringen, die sich sonst selten begegnen, da sie alle ihre eigenen Fachkongresse veranstalten.

Die FS und das Maudsley Hospital, London, haben sich erfolgreich um eine Förderung ihrer Zusammenarbeit beim DAAD beziehungsweise ARC beworben. Im Rahmen dieser Kooperation besuchten U. Schmidt, I. Schubert und S. Perkins im Juli die FS, um sich mit der Technik des SMS-Programms vertraut zu machen. Beim Gegenbesuch von H. Kordy, S. Bauer und M. Schick in London im Oktober wurden die Übersetzungen abgeschlossen und die technischen Anpassungen durchgeführt. Bei einem weiteren Besuch von S. Bauer und S. Haug in London wurden die Instrumente für das Ergebnismonitoring vorbereitet und das Chat-Programm demonstriert.

Die Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe von J. Pellet und F. Lang (St. Etienne, F) wurde weitergeführt. Eine Vierergruppe aus St. Etienne nahm an dem Experten -Workshop im März teil. Im August besuchte C. Bosc die FS, um die Anwendung der Scanner-Technik, insbesondere die Anlage der Schnittstellen, in der Qualitätssicherung kennen zu lernen.

Durch Vermittlung von T. Shea (Brown University, Providence, USA), mit der die FS seit vielen Jahren in einem anregenden Austausch steht, gelang es, C. Walker für ein dreitägiges Trainingsseminar zum LIFE (Longitudinal Interval Follow-up Evaluation) zu gewinnen. Dieses Seminar konnte gerade zum richtigen Zeitpunkt organisiert werden, da die FS plant, dieses semi-strukturierte Interview ab Januar 2003 für die longitudinale Evaluation im Rahmen des Projekts „Internet-Brücke“ – und später dann auch für das SMS-Projekt einzusetzen.

9 Vorträge

Ballestrem CL v, Strauß M. Telefon-basierte Nachuntersuchungen bei postpartaler Depression. 25. Ulmer Werkstatt für empirische Forschung in der Psychoanalyse, 2002

Ballestrem CL v, Strauß M, Kächele H. Zur Epidemiologie der postpartalen Depression – Implikationen für die Versorgung. 5. Kongress „Psychische Erkrankungen bei Frauen“. Münster, 2002

Bauer S, Kordy H. Ergebnismonitoring und Feedback: Mittel zur Optimierung stationärer Behandlung? 53. Jahrestagung des DKPM, Ulm, März 2002

Bauer S, Kordy H. Information feedback in inpatient psychotherapy: How is it received by the clinical team and what does it affect Expert Workshop: Quality Management and Outcome Monitoring: Concepts, Tools and Procedures for the Optimization of Psychotherapy Provision, Stuttgart, März 2002

Bauer S, Kordy H. Rückfallprophylaxe für Bulimiepatientinnen via SMS. 25. Ulmer Werkstatt für empirische Forschung in der Psychoanalyse, Ulm, Mai 2002

Bauer S, Kordy H. Qualitätsmanagement und Feedback in der stationären Psychotherapie. Psychosoziales Kolloquium der Abteilung für Psychosomatische Medizin der Universität Ulm, Ulm, Juni 2002

Bauer S, Kordy H. Outcome monitoring and feedback: Does this help to optimize inpatient treatment? 33rd Annual International Conference of the Society for Psychotherapy Research (SPR), Santa Barbara, Juni 2002

Bauer S, Mohiyeddini C. Reaktionsfokussierende Emotionsregulation und Migräne. 43. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPS), Berlin, September 2002

Bauer S, Kordy H. Rückfallprophylaxe der Bulimie über SMS, Herbsttagung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen, November 2002

Golkaramnay V, Kordy H. Bridging inpatient treatment and outpatient maintenance treatment: Can outcome monitoring guide transitions? Expert Workshop: Quality Management and Outcome Monitoring: Concepts, Tools and Procedures for the Optimization of Psychotherapy Provision, Stuttgart, März 2002

Golkaramnay V, Kordy H, Wangemann T. Internet-Gruppe: eine Brücke zwischen stationärer und ambulanter Psychotherapie. 25. Ulmer Werkstatt für empirische Forschung in der Psychoanalyse, Ulm, Mai 2002

Golkaramnay V, Wangemann T, Dogs J, Dogs P, Kordy H. Relapse Prevention Through an Internet Chat. 33rd Annual International Conference of the Society for Psychotherapy Research (SPR), Santa Barbara, Juni 2002

Golkaramnay V, Wangemann T, Dogs J, Dogs P, Kordy H. Therapeutisch begleitete Internet-Gruppen: eine Brücke zwischen Fachklinik und Alltag. 15. Mainzer Werkstatt: Empirische Forschung über stationäre Psychotherapie, Mainz, November 2002

Häfner S. Psychosomatische Beschwerden und Inanspruchnahmeverhalten von Viertklässlern. Kinderklinik und Poliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital – Innenstadt, Ludwig-Maximilians-Universität München, Januar 2002

Häfner S. Psychosomatische Störungen bei Berufspendlern. Zentrum für Psychiatrie, Reichenau, Februar 2002

Häfner S, Kordy H, Kächele H. Psychosozialer Versorgungsbedarf und Inanspruchnahmeverhalten bei Bahnpendlern. 53. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin, Ulm, März 2002

Häfner S, Schäfert R, Röhm J, Wedler H. Vor- und Nachbehandlung bei Patienten einer integriert arbeitenden internistischen Akutklinik. 53. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin, Ulm, März 2002

Häfner S, Kordy H, Kächele H. Train-commuters' need for psychosocial counselling and mental health service utilization. 24th European Conference on Psychosomatic Research, Lisboa, Juni 2002

Häfner S, Kordy H, Kächele H. Railway commuters' need of mental health care. 18th World Congress of Psychotherapy (WCP), Trondheim, August 2002

Häfner S, Schäfert R, Röhm J, Wedler H. Die integriert arbeitende internistische Akutklinik in der psychosozialen Versorgungskette einer Großstadt. 39. Kongress der Südwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin, Schwäbisch Gmünd, September 2002

Haug S, Kordy H. Auswirkungen des neuen Vergütungssystems auf Basis der Diagnosis Related Groups. Panorama-Fachklinik, Scheidegg, Januar 2002

Haug S, Wolf M, Kordy H. Benchmarking – a method for quality assurance through systematic learning. Expert workshop: Quality Management and Outcome Monitoring: Concepts, Tools and Procedures for the Optimization of Psychotherapy Provision, Stuttgart, März 2002

Kächele H. Trends, perspectives and challenges of empirical research in psychotherapy 1990-2001. Instituto di clinica psichiatrica, Università degli Studi di Milano, Februar 2002

Kächele H. Eating disorders – clinical picture and treatment option. Universidade de Rio Grande (Brasilien), Dezember 2002

Kordy H & COST Action B6 Effektivität von Psychotherapie bei Essstörungen in 8 europäischen Ländern. 53. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin, Ulm, März 2002

Kordy H, Golkaramnay V, Wangemann T, Dogs J, Dogs P. The Internet-Bridge. 2nd International Symposium on Psychiatry and Internet (ISPI), München, April 2002

Kordy H, Haug S. Validation and use of the Outcome-Questionnaire-45 in Germany. 33rd Annual International Conference of the Society for Psychotherapy Research (SPR), Santa Barbara, Juni 2002

Kordy H, Percevic R. Qualitätssicherung und Ergebnismonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Techniken, Instrumente, Konzepte, Erfahrungen. Züricher Institut für Psychotherapie und Psychologie (ZÜPP), September 2002

Kordy H, Percevic R. Ergebnisorientierte Qualitätssicherung – Stellenwert und aktuelle Entwicklungen. Kolloquium der Psychiatrischen Klinik Hohenegg, CH, September 2002

Kordy H, Golkaramnay V, Wangemann T, Dogs J, Dogs P. Funktionieren klassische Beratungskonzepte online? Oder: Was bleibt von face-to-face? Fachtagung zu Jugendforen, E-Mail-Beratung und Online-Kommunikation. Wien, September 2002

Kraft S, Puschner B, Kordy H. Veränderung des Inanspruchnahmeverhaltens bei ambulanten Psychotherapiepatienten. 14. Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung (DGVT), Berlin, Februar 2002

Kraft S, Puschner B, Kordy H. The relationship between psychotherapy outcome, psychotherapy costs, and general health costs. Expert Workshop: Quality Management and Outcome Monitoring: Concepts, Tools and Procedures for the Optimization of Psychotherapy Provision, Stuttgart, März 2002

Percevic R. Adaptive prognostic models: Learning by continuous monitoring. Expert Workshop: Quality Management and Outcome Monitoring: Concepts, Tools and Procedures for the Optimization of Psychotherapy Provision, Stuttgart, März 2002

Percevic R. Quality Management by Sharing Data, Methods, Knowledge and Experience. Expert Workshop: Quality Management and Outcome Monitoring: Concepts, Tools and Procedures for the Optimization of Psychotherapy Provision, Stuttgart, März 2002

Percevic R, Kordy H. Kontinuierliches Ergebnismonitoring: die Softwareunterstützung durch AKQUASI. 53. Arbeitstagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin, Ulm, März 2002

Percevic R, Dogs P, Kordy H. Defining Quality in Psychotherapy Provision. 33rd Annual International Conference of the Society for Psychotherapy Research (SPR), Santa Barbara, Juni 2002

Puschner B, Kordy H. The Course of Improvement in Mid- or Long-Term Treatment: What Happens in the First Year and What Does it Depend On? 33rd Annual International Conference of the Society for Psychotherapy Research (SPR), Santa Barbara, Juni 2002

Strauß M, Ballestrem CL v, Häfner S, Kächele H. Postpartale Depression – ein follow-up. 5. Kongress Psychische Erkrankungen bei Frauen, Münster, November 2002

10 Publikationen

Zeitschriften und Bücher

Ballestrem CL v, Strauß M, Kächele H. (2002) Screening and utilization of treatment in mothers with postnatal depression. In: Ebert D, Ebmaier KP, Kaschka WP (Hrsg.): Perspectives in Affective Disorders. Advances in Biological Psychiatry. Karger, Basel, Vol 21:25 - 34

Häfner S, Kordy H, Kächele H. (2002) Train commuters' need for psychosocial counselling and mental health service utilization. Journal of Psychosomatic Research 52:418

Häfner S, Kordy H, Kächele H. (2002) Railway commuters' need of mental health care. Nordic Journal of Psychiatry 56 (Suppl 45):32

Häfner S, Kordy H, Kächele H. (2002) Psychosozialer Versorgungsbedarf und Inanspruchnahmeverhalten bei Bahnpendlern. Psychother Psych Med 52:90

Häfner S, Schäfert R, Röhm J, Wedler H. (2002) Vor- und Nachbehandlung bei Patienten einer integriert arbeitenden internistischen Akutklinik. Psychother Psych Med 52:90

Häfner S. (2002) Was Sie schon immer über Gesundheitsökonomie wissen wollten. Balint-Journal 3:92-93

Hannöver W, Richard M, Hansen NB, Martinovich Z, Kordy H (2002). A classification tree model for decision making in clinical practice: an application based on the data of the German multicenter study on eating disorders (Project TR-EAT). Psychotherapy Research 12(4):445-461

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

Kordy H, Krämer B, Palmer RL, Papezova H, Pellet J, Richard M, Treasure J (2002). Remission, recovery, relapse, and recurrence in eating disorders: conceptualisation and illustration of a validation strategy. Journal of Clinical Psychology 58(7):833-846

Lambert MJ, Hannover W, Nisslmüller K, Richard M, Kordy H (2002). Fragebogen zum Ergebnis von Psychotherapie: zur Reliabilität und Validität der deutschen Übersetzung des Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2). Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 31(1):40-47

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

Strauß B, Hartung J, Kächele H. (2002). Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von Psychotherapie und Sozialer Arbeit. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit*. Huber, Göttingen (2002), 533-547

11 Sonstige Publikationsaktivitäten

- Kächele H** Mitherausgeber der Zeitschrift Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie (PPmP), Thieme Verlag, Stuttgart
- Mitherausgeber der Zeitschrift Forum der Psychoanalyse, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg
- International co-editor bei Revista Brasileira de Psiquiatria, Sao Paulo
- Kordy H** Wissenschaftlicher Beirat der Zeitschrift Psychotherapeut, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg
- Wissenschaftlicher Beirat der Zeitschrift Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie (PPmP), Thieme Verlag, Stuttgart
- Consultant editor bei der Zeitschrift Psychotherapy Research, Guilford Publications, New York
- Consultant editor bei der Zeitschrift Journal of Clinical Psychology, New York
- Consultant editor bei der Zeitschrift European Eating Disorders Review, London

12 Sonstige Mitgliedschaften

Kächele H Visiting Professor am University College London

Kordy H Moderator Forschungsforum DKPM

Co-Leiter Arbeitsgruppe DKPM

Häfner S Stellvertretender Vorsitzender des Landesverbandes Baden-Württemberg der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin e. V. (DGPM)

Kooptiertes Vorstandsmitglied der Deutschen Balint-Gesellschaft e.V.

13 Wissenschaftliche Hilfskräfte, Doktoranden, Diplomanden

Doktoranden:

Bauer, Stephanie (Tübingen)

Besler, Marcus (Ulm)

Blickle, Wolfgang (Ulm)

Percevic, Robert (Mannheim)

Puschner, Bernd (Jena)

Rabus, Viola (Ulm)

Rast, Christiane (Ulm)

Rondeck, Carla (Ulm)

Wissenschaftliche Hilfskräfte:

Amiri, Viktor (Tübingen)

Baisch, Cornelia (Stuttgart)

Berlin, Galina (Stuttgart)

Berlin, Olga (Stuttgart)

Braun, Silke (Tübingen)

Choi, Jung-Ah (Stuttgart)

Carey, Monika (Stuttgart)

Dabidian, Peimann (Stuttgart)

Edelmayer, Ines (Stuttgart)

Francic, Jasna (Tübingen)

Gebremeskel, Rigat (Stuttgart)

Gfrörer-Arnoldt, Cornelia (Stuttgart)

Hagel, Jutta (Tübingen)

Jung, Renate (Stuttgart)

Khattabi, Karim (Stuttgart)

Kim, Yun Ah (Stuttgart)

Kraft, Susanne (Tübingen)

Kühn, Adelheid (Tübingen)

Lengning, Sonja (Tübingen)

Mayer, Jürgen (Stuttgart)

Mitschke, Silke (Stuttgart)

Mohiyeddini, Fariba (Tübingen)

Nikolaeva, Elena (Stuttgart)

Pipia, Irakli (Stuttgart)

Sahin, Osman (Tübingen)

Schick, Michael (Stuttgart)

Startzeva, Svetlana (Stuttgart)

Tsaryova, Nathalya (Stuttgart)

Diplomanden:

Lengning, Sonja (Tübingen)

Kraft, Susanne (Tübingen)

Kühn, Adelheid (Tübingen)

Stranka, Sylvia (Konstanz)

Praktikanten:

Scherbarth, Susann (Greifswald)

Reichel, Peggy (Stuttgart)