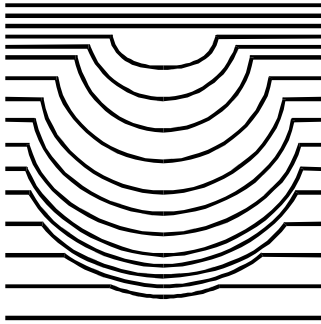


# Tätigkeitsbericht

2003

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 3

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, M. Sc., Dipl.-Dok.

Susanne Kraft, Dipl.-Psych.

Johanna Laukemann

Robert Percevic, Dipl.-Psych.

Bernd Puschner, Dipl.-Psych.

Peter Robeller

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

Martina Strauß, Dipl.-Psych.

Markus Wolf, Dipl.-Psych.

# Inhaltsverzeichnis

<b>0</b>	<b>Einleitung</b>	<b>8</b>
<b>1</b>	<b>Versorgungsforschung</b>	<b>9</b>
1.1	Einfluss einer „Priming Intervention“ auf die therapeutische Erreichbarkeit von Müttern mit postpartaler Depression	9
1.2	Postpartale Depression – eine Nachuntersuchung 1-3 Jahre postpartum	10
1.3	Interpersonale Probleme und Therapieerfolg bei ambulanten Psychotherapiepatienten	11
1.4	Behandlungsunterbrechungen und Therapieerfolg bei ambulanter Psychotherapie	12
1.5	Gesundungsverläufe in tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapien	13
1.6	Therapeutenwechsel in der stationären Psychotherapie	14
1.7	Veränderungsverläufe psychischer und körperlicher Symptome nach stationärer Behandlung	15
1.8	Der Gesundungsverlauf bei Essstörungen – was lässt sich aus frühen Änderungen für den weiteren Verlauf lernen?	16
<b>2</b>	<b>Qualitätssicherung und Evaluation</b>	<b>17</b>
2.1	AKQUASI 2002	17
2.2	Kontinuierliches Ergebnismonitoring	18
2.3	Ergebnismonitoring und Feedback in der stationären Psychotherapie	19
<b>3</b>	<b>Diagnostik und Verfahren</b>	<b>20</b>
3.1	Klinisch Psychologisches Diagnosesystem 38	20
3.2	Entscheidungsorientierte Testvorgabe	22
3.3	Psychotherapie-Prozessforschung mit Hilfe von computergestützter Textanalyse	23
3.4	Schreiben als Therapie? – Neue Perspektiven durch neue Medien	24

<b>4</b>	<b>Neue Technologien</b>	<b>25</b>
4.1	SMS-Brücke: eine PC-gestützte Minimalintervention zur nach-stationären Betreuung von Bulimiepatientinnen	25
4.2	Akzeptanz neuer Medien in der psychosozialen Versorgung – Am Beispiel des Projektes „Internet-Brücke“	26
4.3	Internet-Gruppe: eine Brücke zwischen Fachklinik und Alltag – mit oder ohne ambulante Psychotherapie	27
4.4	E-Mail Brücke: Poststationäre Nachbetreuung via E-Mail – Stand des Projekts	28
4.5	Intervalltherapie bei Essstörungen über Internet-Chat-Gruppen und E-Mail-Kontakt	29
<b>5</b>	<b>Internationale Forschungs Kooperationen</b>	<b>30</b>
5.1	Kooperation mit dem Institute of Psychiatry in London	30
5.2	AKQUASI in Europa	31
5.3	Der europäische Forschungsverbund INTACT	32
<b>6</b>	<b>Technik und EDV</b>	<b>33</b>
6.1	Einführung des Content Management Systems eZ publish	33
6.2	PHP-Groupware als Plattform zur internen Kommunikation	34
<b>7</b>	<b>Nationale und internationale wissenschaftliche Kooperationen</b>	<b>35</b>
<b>8</b>	<b>Vorträge</b>	<b>36</b>
<b>9</b>	<b>Publikationen</b>	<b>40</b>
<b>10</b>	<b>Sonstige Publikationsaktivitäten</b>	<b>42</b>
<b>11</b>	<b>Sonstige Mitgliedschaften</b>	<b>43</b>
<b>12</b>	<b>Wissenschaftliche Hilfskräfte, Doktoranden, Diplomanden</b>	<b>44</b>

## Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart

Theorie & Konzept	Methodik & Technik	Management & Planung	Expertenwissen <i>Anwendungsfelder</i>
	Klinisch Psychologisches Diagnosesystem 38 Entscheidungsorientierte Testvorgabe		<i>Diagnose &amp; Indikation</i>
<p>Der Gesundheitsverlauf bei Essstörungen – was lässt sich aus frühen Änderungen für den weiteren Verlauf lernen?</p> <p>Kontinuierliches Ergebnismonitoring</p> <p>Psychotherapie-Prozessforschung mit Hilfe von computergestützter Textanalyse</p> <p>Schreiben als Therapie? – Neue Perspektiven durch neue Medien</p>	<p>Postpartale Depression – eine Nachuntersuchung 1-3 Jahre postpartum</p> <p>Therapeutenwechsel in der stationären Psychotherapie</p> <p>Veränderungsverläufe psychischer und körperlicher Symptome nach stationärer Behandlung</p> <p>AKQUASI 2002</p> <p>Akzeptanz neuer Medien in der psychosozialen Versorgung – Am Beispiel des Projektes „Internet-Brücke“</p> <p>Internet-Gruppe: eine Brücke zwischen Fachklinik und Alltag – mit oder ohne ambulante Psychotherapie</p> <p>Intervalltherapie bei Essstörungen über Internet-Chat-Gruppen und E-Mail-Kontakt</p>	<p>Interpersonale Probleme und Therapieerfolg bei ambulanten Psychotherapiepatienten</p> <p>Behandlungsunterbrechungen und Therapieerfolg bei ambulanter Psychotherapie</p> <p>Gesundungsverläufe in tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapien</p> <p>Ergebnismonitoring und Feedback in der stationären Psychotherapie</p> <p>SMS-Brücke: eine PC-gestützte Minimalintervention zur nachstationären Betreuung von Bulimiepatientinnen</p> <p>E-Mail Brücke: Poststationäre Nachbetreuung via E-Mail – Stand des Projekts</p> <p>Kooperation mit dem Institute of Psychiatry in London</p> <p>AKQUASI in Europa</p> <p>Der europäische Forschungsverbund INTACT</p>	<i>Evaluation</i>
		Einfluss einer „Priming Intervention“ auf die therapeutische Erreichbarkeit von Müttern mit postpartaler Depression	<i>Epidemiologie</i>
	Einführung des Content Management Systems eZ publish PHP-Groupware als Plattform zur internen Kommunikation		<i>Public Activity</i>

## 0 Einleitung

Im Berichtsjahr wurden die Weichen gestellt für eine erfolgreiche Arbeit der FS in der Zukunft. Nicht zuletzt die wirtschaftliche Situation hatte in den letzten Jahren zu Überlegungen geführt, die FS enger an eine der Landesuniversitäten anzubinden, um so Synergie-Effekte der wissenschaftlichen Umgebung zu nutzen. Die Einladung der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg zu Gesprächen über einen solchen Schritt wurde daher gerne angenommen. Diese Gespräche, an denen auch ein Vertreter des Ministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst teilnahm, führten sehr schnell zu der gemeinsamen Überzeugung, dass eine Integration der FS in das Psychosoziale Zentrum, das derzeit in der Medizinischen Fakultät entsteht, für beide Seiten erhebliche Vorteile verspricht. Die Vorbereitungen für den Wechsel sind bereits eingeleitet, so dass mit einer zügigen Realisierung im ersten Halbjahr 2004 gerechnet werden kann.

Die FS ist für den Wechsel in die universitäre Umgebung gut aufgestellt. Mit den neuen Partnern bieten sich verbesserte Möglichkeiten den eigenen Forschungsschwerpunkt, die Versorgungsforschung, weiter auszubauen. Evaluation der bestehenden Versorgung und Innovationen zu ihrer Optimierung definieren dieses Forschungsprogramm der FS. Mit den im Berichtsjahr durchgeführten empirischen Studien und technologischen Entwicklungen hat sie ihr Programm markiert:

In der Langzeitbeobachtung von Müttern mit postpartaler Depression wurde eine erhebliche Unterversorgung dieser Frauen aufgedeckt und erste Ansätze erprobt, diese Lücken zu verkleinern. Neuland hat die FS mit den Studien zur Nutzung moderner Kommunikationstechnologien wie Internet-Chat, E-Mail und Short-Message-Service (SMS) für die Überbrückung von Versorgungslücken nach stationärer Behandlung betreten. Die positive Resonanz, die diese Ansätze bei klinischen Partnern und Patienten finden, bestätigt die programmatische Zielsetzung. Mit der Weiterentwicklung von AKQUASI zu einem internetbasierten System für Qualitätssicherung und Ergebnismonitoring bietet die FS ein effizientes Werkzeug für Datenerhebung und Informationstransfer. Die zeitnahe Rückmeldung von Informationen über den Veränderungsprozess während der Behandlung verbessert nicht nur die Möglichkeiten für ein aktives Qualitätsmanagement, sondern öffnet auch neue Wege zur Prozess-Ergebnisforschung.

Der Wechsel kommt also für die FS gerade zur rechten Zeit. Die neuen Ansätze zur Überbrückung von Versorgungslücken haben sich in den ersten Erprobungen als vielversprechend erwiesen, die technischen Entwicklungen sind gereift. Die Bereitschaft europäischer und nordamerikanischer Fachkollegen, sich einem von der FS initiierten Forschungsverbund anzuschließen, unterstreicht die Stellung der FS in der internationalen Forschungswelt. – Die FS ist bereit, mit den neuen Partnern diese Stellung weiter auszubauen.

## 1 Versorgungsforschung

### 1.1 Einfluss einer „Priming Intervention“ auf die therapeutische Erreichbarkeit von Müttern mit postpartaler Depression<sup>1</sup>

#### *Management und Planung: Epidemiologie*

Ziel des Projektes war es, den Einfluss einer „Priming Intervention“ während der Schwangerschaft auf die therapeutische Erreichbarkeit von Müttern mit postpartalen Depressionen zu untersuchen.

300 schwangere Frauen wurden in zwei Gruppen von je 150 Frauen untersucht. In der Untersuchungsgruppe (UG) wurden Schwangere über das Thema Wochenbettdepression und mögliche therapeutische Hilfen informiert. Jede Frau bekam eine Broschüre, in der die Informationen zusammengefasst und eine Telefonnummer für den Bedarfsfall aufgeführt waren. Anschließend wurden diese Frauen zu einer Reihenuntersuchung auf postpartale Depression eingeladen. In der Kontrollgruppe (KG) luden Hebammen Schwangere zur Teilnahme an der Reihenuntersuchung ein, ohne weitere Informationen zu geben. In beiden Gruppen wurde ein Screening auf postpartale Depression mit der Edinburgh Postnatalen Depressions-Skala (EPDS) 6 Wochen nach der Geburt durchgeführt. Im Falle eines auffälligen Wertes ( $> 9,5$ ) wurden die Mütter auf mögliche therapeutische Hilfen (Hausarzt, Psychotherapeut, Psychiater, Klinik) hingewiesen. Im 4. Monat postpartum wurden die Mütter schließlich befragt, ob sie eines der therapeutischen Angebote angenommen hatten oder planten, dies zu tun.

An der Untersuchung beteiligten sich 6 Hebammenpraxen im Stadtgebiet Stuttgart, von denen jeweils 3 zufällig der UG bzw. der KG zugeordnet wurden. Sowohl in der UG als auch in der KG konnten bisher je 80 Mütter untersucht werden. In der UG hatten von 80 Müttern 11 (13,8 %) einen EPDS-Wert  $> 9,5$ ; davon waren 2 (18 %) therapeutisch erreichbar. In der KG wiesen 14 (17,5 %) von 80 Müttern einen EPDS-Wert  $> 9,5$  auf; davon waren ebenfalls 2 (14 %) therapeutisch erreichbar.

Nach den bisherigen Ergebnissen hat eine „Priming Intervention“ keinen wesentlichen Einfluss auf die therapeutische Erreichbarkeit von Müttern mit postpartaler Depression.

---

<sup>1</sup> C.L. v. Ballestrem, M. Strauß, S. Häfner, H. Kächele



## 1.2 Postpartale Depression – eine Nachuntersuchung 1-3 Jahre postpartum<sup>1</sup>

### *Methodik & Technik: Evaluation*

Die Nachuntersuchung knüpft an die Screeningstudie mit 772 Müttern an. Von diesen Müttern wurden 100 12-36 Monate nach der Geburt erneut untersucht. Darunter waren 50 Mütter, die im Screening depressive Symptome aufgewiesen hatten und 50 Mütter, die keine depressiven Symptome gezeigt hatten.

Die weitere Entwicklung der depressiven Symptomatik wurde mit der Edinburgh Postnatalen Depressions-Skala und der Allgemeinen Depressions-Skala erhoben. Es zeigte sich, dass Frauen, die 6 Wochen postpartum depressive Symptome gezeigt hatten, auch 12-36 Monate postpartum eine stärkere depressive Symptomatik hatten als die Mütter der Kontrollgruppe. Weiter war erwartet worden, dass die depressive Symptomatik mit Abstand von der Geburt abnimmt. Dies bestätigte sich nur auf den ersten Blick: die mittleren Depressionswerte zum Messzeitpunkt 2 sind nicht niedriger als zum Messzeitpunkt 1. Die depressive Symptomatik nimmt auch nicht mit Zeitabstand von der Geburt ab. Dies wirft die Frage auf, ob die depressiven Frauen schon in bzw. vor der Schwangerschaft depressiver waren, was in einer weiteren Studie Thema sein könnte.

Bezüglich der Symptombelastung, die mit der SCL-90-R erfasst wurde, ergab sich, dass Frauen der Untersuchungsgruppe belasteter waren als Frauen der Kontrollgruppe. Mangelnde soziale Unterstützung gilt als ein Risikofaktor für postpartale Depression. Sie wurde in dieser Studie mit Hilfe des SOZU erhoben. Auch hier zeigte sich, dass die Mütter der Untersuchungsgruppe weniger soziale Unterstützung erfuhren als die der Kontrollgruppe. Ein ähnliches Bild ergab sich hinsichtlich interpersoneller Probleme, die mit dem Inventar Interpersonaler Probleme erfasst wurden. Die Frauen der Untersuchungsgruppe wiesen mehr Probleme auf als die Frauen der Kontrollgruppe. Ein weiterer Fokus lag auf Bindungsmustern, die mit den Bielefelder Fragebogen zur Partnerschaftserwartung erhoben wurden. Es ergab sich, dass unsicher gebundene Frauen mehr depressive Symptomatik aufwiesen als sicher gebundene.

---

<sup>1</sup> M. Strauß, C.L. v. Ballestrem, S. Häfner, H. Kächele

### 1.3 Interpersonale Probleme und Therapieerfolg bei ambulanten Psychotherapiepatienten<sup>1</sup>

#### *Management & Planung: Evaluation*

Art und Ausmaß interpersonaler Probleme werden häufig als potentielle Prädiktoren für den Therapieerfolg diskutiert, empirische Befunde sind jedoch eher selten.

Anhand der Verlaufsdaten von 622 Teilnehmern der TRANS-OP-Studie (in tiefenpsychologisch fundierter, verhaltenstherapeutischer oder analytischer Psychotherapie) wurde daher untersucht, ob und wie sich Ausmaß und Art interpersonaler Probleme bei Studienaufnahme (gemessen mit dem IIP-64) auf den Verlauf der psychischen Symptomatik (SCL-90-R, Globaler Schwereindex, GSI) innerhalb von zwei Jahren auswirken.

In einem ersten Schritt wurde geprüft, ob es einen Zusammenhang zwischen Art und Ausmaß der interpersonalen Probleme zu Therapiebeginn mit der durchgeführten Sitzungszahl gibt. Dies war nicht der Fall.

In einem zweiten Schritt wurde dann mit Methoden der Hierarchisch Linearen Modellierung untersucht, ob und ggf. wie stark interpersonelle Probleme, gemessen auf den beiden Hauptdimensionen des interpersonalen Circumplex-Modells, „Zuneigung“ und „Dominanz“, den Gesundungsverlauf beeinflussen.

Dabei zeigte sich für die Gesamtstichprobe kein Einfluss auf die Geschwindigkeit der Symptomänderung. Eine separate Analyse der drei Therapieformen ergab jedoch, dass bei Patienten in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie niedrige Werte auf der Dimension „Zuneigung“ mit einem positiven Therapieergebnis assoziiert waren, während bei der Subgruppe der Patienten in analytischer Psychotherapie dagegen niedrige Werte auf der „Dominanz“-Dimension mit einer höheren Symptombeeinträchtigung zu Therapiebeginn verbunden waren.

---

<sup>1</sup> B. Puschner, S. Kraft, S. Bauer

## 1.4 Behandlungsunterbrechungen und Therapieerfolg bei ambulanter Psychotherapie<sup>1</sup>

### *Management & Planung: Evaluation*

Dem Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung wird allgemein eine besondere Bedeutung für den Behandlungserfolg zuerkannt. Längere Behandlungsunterbrechungen während der Anfangsphase können insofern ein Risiko bedeuten und sich ungünstig für den weiteren Therapieverlauf auswirken.

Im Rahmen der in Zusammenarbeit mit der Deutschen Krankenversicherung (DKV) durchgeführten TRANS-OP-Studie (Studie zur Evaluation ambulanter Psychotherapie, Datenerhebung von September 1998 bis August 2002) wurde diese Fragestellung aufgegriffen. Bei je 100 zufällig ausgewählten Teilnehmern in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (TP) und Verhaltenstherapie (VT) wurde die genaue Verteilung der Sitzungen im Therapieverlauf ermittelt und Zeitpunkt sowie Dauer eventueller Unterbrechungen festgestellt. Die Bedeutung solcher Unterbrechungen für den Gesundungsverlauf wurde dann mit Methoden der Hierarchisch Linearen Modellierung untersucht.

Es fand sich nur ein geringer Zusammenhang ( $r = -.17$ ) zwischen der psychischen Beeinträchtigung zu Therapiebeginn (SCL-90-R, GSI) und der Anzahl der Unterbrechungen (von jeweils mindestens vier Wochen) in den ersten sechs Monaten einer Psychotherapie. Die Dauer der Unterbrechung sowie die in Anspruch genommene Sitzungszahl im o.g. Zeitraum hingegen waren unabhängig vom initialen Ausmaß der psychischen Beschwerden.

Die Anzahl der Unterbrechungen, die Gesamtdauer der Unterbrechungen und die Sitzungszahl im ersten halben Jahr der Therapie zeigten keine Auswirkung auf die Verbesserung psychischer Beschwerden in den darauf folgenden 1,5 Jahren. Es fanden sich auch keine Unterschiede zwischen den beiden Therapiearten.

Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass frühe Behandlungsunterbrechungen bei Behandlungen von über sechs Monaten Dauer den weiteren Gesundungsverlauf nicht beeinflussen. D. h., es gibt möglicherweise Spielräume für flexible Strategien, die für eine individualisierte Therapieplanung genutzt werden können. Allerdings sollte zunächst die Frage kurzfristiger Auswirkungen von Therapieunterbrechungen in weiteren Studien mit engmaschigerem Erhebungsraster geklärt werden.

---

<sup>1</sup> S. Kraft, B. Puschner, H. Kordy

## 1.5 Gesundheitsverläufe in tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapien<sup>1</sup>

### *Management & Planung: Evaluation*

Direkte Vergleichsstudien zu tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und analytischer Psychotherapie sind selten. Die TRANS-OP-Studie erlaubt einen solchen Vergleich, allerdings nur über den Beobachtungszeitraum von zwei Jahren.

Die Stichprobe umfasst 144 Patienten, die bei der DKV eine analytische Psychotherapie (AP) bzw. 472 Patienten, die eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) beantragt hatten. Diese wurden über den Zeitraum von zwei Jahren mehrfach zu ihrem Gesundheitszustand befragt.

Fast 90 % der Patienten beider Therapiearten klagten zu Therapiebeginn über deutliche psychische (SCL-90-R, GSI), ca. 70 % über soziale (EB-45, Subskala interpersonelle Beziehungen) und etwa 60 % über körperliche Beschwerden (GGB-24). Nur eine geringe Anzahl von Patienten (ca. 7 %) war in keinem der drei Bereiche beeinträchtigt.

Der Gesundheitsverlauf wurde mit Methoden der Hierarchisch Linearen Modellierung untersucht. Für beide Therapiearten erwies sich ein lineares Modell für die Veränderung der Symptomatik (SCL-90-R, GSI) als angemessen. Die Veränderungsgeschwindigkeit in AP war zwar geringfügig schneller als in TP, der Unterschied war aber trotz der vergleichsweise großen Stichproben nicht statistisch signifikant. Die Geschwindigkeit der Symptombesserung ließ sich lediglich durch das Ausmaß psychischer Beschwerden zu Therapiebeginn (bei AP und TP; positiver Zusammenhang) und zu einem geringeren Ausmaß durch den Bildungsgrad des Patienten (nur bei AP; schnellere Besserung bei Patienten ohne Universitätsabschluss) sowie die Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung vorhersagen. Allerdings war die prädiktive Kraft der beiden letztgenannten Faktoren gering.

Die Linearität der Symptombesserung spricht dafür, dass Patienten von späteren Sitzungen in gleichem Ausmaß profitieren wie von frühen. Die wichtigste Information über die Geschwindigkeit der Veränderung ist im zu Therapiebeginn gemessenen Symptomstatus enthalten.

---

<sup>1</sup> B. Puschner, S. Kraft, H. Kächele, H. Kordy

## 1.6 Therapeutenwechsel in der stationären Psychotherapie<sup>1</sup>

### *Methodik & Technik: Evaluation*

Während Patienten im Bereich der ambulanten Versorgung freie Arzt- und Therapeutenwahl haben, besteht diese Option im stationären Versorgungsbereich in der Regel nicht. In der Panorama Fachklinik Scheidegg haben Patienten jedoch die Möglichkeit, zu jedem Zeitpunkt ihres Aufenthaltes ihren Bezugstherapeuten frei zu wählen bzw. diesen zu wechseln. Im Rahmen der Qualitätssicherung wurde in der vorliegenden Studie untersucht, welche Patienten von dieser Möglichkeit Gebrauch machen und ob ein solcher Wechsel einen Einfluss auf die Aufenthaltsdauer oder das Behandlungsergebnis zeigt.

Die Stichprobe umfasst 828 Patienten. 11,4 % der Patienten nahmen die Möglichkeit wahr und wechselten auf eigenen Wunsch (EW) den Therapeuten. Bei weiteren 14,6 % fand ein Wechsel aufgrund organisatorischer Gründe statt (OW). Die Patienten, die den Therapeuten auf eigenen Wunsch wechseln, sind im Durchschnitt etwas jünger und verfügen über einen höheren Bildungsstand als in den beiden anderen Gruppen; ferner findet sich ein höherer Anteil an ledigen Patienten und an Frauen. Keine Unterschiede bestehen hingegen in Hinblick auf die initiale Beeinträchtigung (SCL-90-R, EB-45, GBB, IIP, BSS).

Patienten, die den Therapeuten wechseln, werden länger behandelt als diejenigen, bei denen kein Wechsel (KW) stattfindet (EW: M = 40 Tage, SD = 11; OW: M = 37 Tage, SD = 8; KW: M = 34 Tage, SD = 10). Patienten, die ihren Therapeuten auf eigenen Wunsch wechseln, erreichen in Bezug auf das globale Ergebniskriterium „Aufälligkeitssignal“ schlechtere Ergebnisse (EW: 24 %, OW: 13 %, KW: 8 %). In den einzelnen Ergebnisparametern zur psychischen und physischen Gesundheit unterscheiden sich die Gruppen zu Therapieende jedoch nicht.

Ein interessanter Befund zeigte sich in der therapeutischen Arbeitsbeziehung: Patienten, die auf eigenen Wunsch den Therapeuten wechseln, berichten zu Behandlungsbeginn eine niedrigere Beziehungszufriedenheit als die beiden anderen Gruppen. Diese Unterschiede bestehen bei Entlassung, d. h. in der Beziehung zum zweiten Therapeuten nicht mehr. Offenbar gelingt es, nach dem Wechsel eine neue positivere Arbeitsbeziehung aufzubauen. Aber möglicherweise reicht dann die verbleibende stationäre Zeit nicht mehr aus, um vergleichbar gute Veränderungen wie die beiden anderen Gruppen zu erreichen.

---

<sup>1</sup> S. Stranka, S. Bauer, H. Kordy in Zusammenarbeit mit der Panorama Fachklinik Scheidegg

## 1.7 Veränderungsverläufe psychischer und körperlicher Symptome nach stationärer Behandlung<sup>1</sup>

### *Methodik & Technik: Evaluation*

Die Entlassung aus der stationären Therapie und damit die Konfrontation mit familiären, beruflichen und sozialen Problemen bedeutet für viele Patienten eine große Belastung. Zur langfristigen Stabilisierung der Behandlungserfolge sowie zur Vermeidung von Rückfällen ist eine Nachbetreuung daher häufig sinnvoll. In einem Gemeinschaftsprojekt mit der Panorama Fachklinik und der Techniker Krankenkasse erprobt die FS ein Online-Nachsorgeprogramm. Zum Monitoring der Symptombelastung finden in wöchentlichem Abstand Erhebungen der Symptomschwere anhand von Kurzbeurteilungsfragebögen statt. Die körperliche und psychische Verfassung der Teilnehmer wird über BSI (Brief Symptom Index), EB-45 (Ergebnisfragebogen) und GBB (Gießener Beschwerdebogen) erfasst. Bislang liegen Daten von 117 Patienten mit durchschnittlich 8,7 GBB-, 5,5 BSI- und 5,7 EB-45-Messungen vor.

Das psychische Befinden verbesserte sich zwischen Beginn und Ende der Nachbetreuung für 42,8 % (BSI) bzw. 37,3 % (EB-45) der Patienten reliabel, während sich das körperliche Befinden bei lediglich 19 % reliabel verbesserte.

Der Einfluss von PC- und Internet-Erfahrung, Geschlecht, Alter sowie Symptombelastung bei der Entlassung und Verweildauer auf die poststationäre Entwicklung wurde mit Hilfe Hierarchisch Linearer Modelle (HLM) untersucht.

Während weder PC- noch Internet-Erfahrung die Verläufe von psychischem und körperlichem Befinden beeinflussen, zeigte sich ein differentieller Effekt für Alter, Verweildauer und Geschlecht.

Während die 49-58-Jährigen eine schnellere Verbesserung im psychischem Befinden zeigen, weist die Untergruppe der Patienten zwischen 39 und 48 Jahren eine schnellere Verbesserung bzgl. körperlicher Beschwerden auf. Ebenso sind männliches Geschlecht und eine kürzere Verweildauer mit einer positiven Entwicklung des körperlichen Befindens assoziiert.

Ferner zeigt die Belastung der Patienten zur Klinikentlassung einen Effekt auf die Geschwindigkeit der Veränderung des körperlichen und psychischen Befindens in der poststationären Zeit.

---

<sup>1</sup> V. Golkaramnay, H. Kordy in Zusammenarbeit mit der Panorama Fachklinik Scheidegg

## 1.8 Der Gesundheitsverlauf bei Essstörungen – was lässt sich aus frühen Änderungen für den weiteren Verlauf lernen?<sup>1</sup>

### *Theorie & Konzept: Evaluation*

Die Behandlung von Patienten mit Essstörungen ist nicht selten wenig erfolgreich. Daher werden derzeit neue Behandlungskonzepte wie z. B. zweistufige Ansätze erprobt, bei denen Patientinnen, die in der zunächst gewählten Behandlung keine ausreichende Besserung zeigen, alternativen Behandlungsansätzen zugewiesen werden. Dabei wird implizit davon ausgegangen, dass eine ausbleibende oder schwache Besserung in der Anfangsphase der Behandlung einen schlechten weiteren Verlauf vorhersagt. Weiter wird meist von einem log-linearen Verlauf ausgegangen, bei dem die Gesundung in der Anfangsphase der Therapie schneller voranschreitet als im späteren Verlauf. Beide impliziten Annahmen sind jedoch empirisch nicht untersucht.

Mit Hilfe der Daten aus der Multizentrischen Essstörungsstudie (MZ-ESS) wurde eine direkte Prüfung dieser Annahmen durchgeführt. Dazu konnten die Daten von 304 Patientinnen mit Anorexie und 441 mit Bulimie genutzt werden, deren Symptomentwicklung mit Hilfe der Kurzevaluation von Essstörungen (Short Evaluation of Eating Disorders - SEED) erfasst worden war. In Übereinstimmung mit dem „Irrfahrtsmodell“ (s. TB 2002) zeigte sich lediglich eine geringe, und aufgrund der Regression zur Mitte, negative Korrelation zwischen zeitlich benachbarten Veränderungen von  $-.24$  bis  $-.31$  bei den Patientinnen mit Anorexie bzw. von  $-.20$  bis  $-.42$  bei den Patientinnen mit Bulimie. Auch zwischen mehreren – aufgrund der Daten maximal vier – aufeinander folgenden Erhebungen ließ sich keine Abhängigkeit für die Veränderungsrate erkennen (Friedman-Test,  $p > .05$ ).

Entsprechend dem Irrfahrtsmodell erwiesen sich also auch bei Patientinnen mit Essstörungen zukünftige Veränderungen als unabhängig von vergangenen Veränderungen. Wenn sich dieser Befund generalisieren ließe, hätte dies erhebliche Konsequenzen für zweistufige Behandlungskonzepte. Anstatt bei Ausbleiben von Veränderungen während der Behandlung eine zweite Stufe einzuführen, sollte zunächst ein Fortsetzen der Behandlung versucht werden; während bei ausreichender positiver Entwicklung die Beendigung der Behandlung erwogen werden könnte.

---

<sup>1</sup> S. Haug, R. Percevic, H. Kordy

## 2 Qualitätssicherung und Evaluation

### 2.1 AKQUASI 2002<sup>1</sup>

#### *Methodik & Technik: Evaluation*

Das Projekt „AKQUASI 2002“ wurde in diesem Jahr abgeschlossen. Als Ergebnis steht eine Software zur Verfügung, welche eine computergestützte Testvorgabe, eine Verlaufsevaluation und eine die klinischen Entscheidungen unterstützende Ergebnisrückmeldung mit Hilfe der Internettechnologie ermöglicht.

Unter dem Namen „Web-AKQUASI“ wird die Software interessierten Kliniken und niedergelassenen Therapeuten zur Verfügung gestellt. Klinikspezifische Versionen können wahlweise über das Internet an einem FS-Server oder über Intranet an einem klinikeigenen Server betrieben werden, wobei die FS in beiden Fällen Unterstützung beim Aufbau und Betrieb anbietet.

Von März bis Juni 2003 befand sich die Software an der Panorama-Fachklinik in der praktischen Erprobung. Die auftretenden technischen Probleme erwiesen sich als beherrschbar. Auch organisatorisch wurde das System erfolgreich integriert. Sowohl das Klinikpersonal wie auch die Patienten akzeptieren das System. Die Testvorgabe dauert pro Patient 20-30 Minuten und wird einmal wöchentlich durchgeführt. Die Rückmeldungen kommen beim therapeutischen Team gut an. Sie bestätigen oder ergänzen nach Aussage der Therapeuten in den meisten Fällen ihren klinischen Eindruck; nur in weniger als 3 % der Fälle wurde die Rückmeldung angezweifelt. Neben der Panorama-Fachklinik wurden inzwischen die Klinik Wollmarshöhe und das Psychotherapeutische Zentrum Bad Mergentheim mit Web-AKQUASI ausgestattet. Weitere klinikspezifische Versionen sind in Vorbereitung.

Als Zukunftsperspektive wird derzeit der Funktionsumfang eines Updates/Ergänzungsproduktes festgelegt. In der Diskussion sind Funktionen zu entscheidungsorientierter Testvorgabe, Case Based Reasoning und Benchmarking sowie Evaluationsalgorithmen für den Verlauf unter Nutzung von unscharfen Mengen und Hierarchisch Linearer Modellierung.

---

<sup>1</sup> R. Percevic, A. Herrmann, L. Arikan, C. Gallas, H. Kordy



## 2.2 Kontinuierliches Ergebnismonitoring<sup>1</sup>

### *Theorie & Konzept: Evaluation*

Ergebnismonitoring und Qualitätssicherung bedeuten einen erheblichen Mehraufwand und sollten daher einen entsprechenden Vorteil erbringen. Allerdings gibt es kaum empirische Untersuchungen zur Effektivität. Die FS hatte bereits im vergangenen Jahr eine entsprechende Studie zur Exploration der möglichen Effekte begonnen (siehe TB 2002).

Diese Studie wurde in diesem Jahr fortgeführt und es konnte gezeigt werden, dass das Irrfahrtsmodell  $[x_t = x_{t-1} + c + \varepsilon]$  auch den Symptomverlauf nach Verlassen der Klinik gut abbildet. In der Katamneseperiode unterscheidet sich die erwartete Symptomveränderung jedoch im Vergleich zu der Therapieperiode  $[c_{therapie} < c_{katamnese}]$ , und zwar insofern, dass im Jahr nach der Klinikentlassung sich ein leichter Anstieg der Symptomatik zeigt (N=180); d. h., für die poststationäre Zeit ist der Koeffizient  $c > 0$ .

Als Folge davon besteht die Gefahr, dass ein großer Anteil derjenigen Patienten, die die Klinik knapp nach Unterschreiten der Grenze zu einer klinisch bedeutsamen Besserung verliessen, im Katamnesezeitraum diese Grenze wieder überschreitet. Die im letzten Jahr vorgeschlagene Strategie für kontinuierliches Ergebnismonitoring wurde daher um ein Sicherheitspolster erweitert. D. h. die Grenze für eine klinisch signifikante Verbesserung wird so weit verschoben, dass das Risiko für einen Rückfall (im beschriebenen Sinne) klein wird.

Aus Sicht der Versorgungseffizienz ist ein Sicherheitspolster dann optimal, wenn die Raten klinisch bedeutsamer Besserung zur Entlassung und zur Katamnese mit zunehmender durchschnittlicher Behandlungsdauer nur wenig divergieren. Bei einem Zielbereich für klinisch bedeutsame Besserung von  $EB45 < 68$  beträgt die Größe des dazu erforderlichen Sicherheitspolsters 16 Skalenpunkte. Bei Nutzung eines Ergebnismonitorings und unveränderter durchschnittlicher Therapielänge ist mit diesem Sicherheitspolster der Anteil an Patienten, von denen zu erwarten ist, dass sie auch 12 Monate nach Entlassung noch klinisch bedeutsame Besserung zeigen, ca. 14 % höher als ohne Nutzung des Ergebnismonitorings.

---

<sup>1</sup> R. Percevic, H. Kordy

## 2.3 Ergebnismonitoring und Feedback in der stationären Psychotherapie<sup>1</sup>

### *Management & Planung: Evaluation*

Die Studie zu Ergebnismonitoring und Feedback, die die FS in Zusammenarbeit mit der Sonnenberg Klinik durchgeführt hat, wurde in diesem Jahr abgeschlossen. Ziel der Untersuchung war es, durch zeitnahe Rückmeldung über den Gesundheitsverlauf, Möglichkeiten für eine Optimierung der Behandlungsplanung zu eröffnen.

Insgesamt wurden 511 Patienten in die Studie einbezogen und bei Aufnahme, nach vier Wochen sowie bei Entlassung mit dem Standard-QS-Inventar befragt. Die vier Phasen der Untersuchung unterschieden sich hinsichtlich der an die Therapeuten zurück gemeldeten Informationen: Nach einer Baselinephase (n = 207) bestand das Feedback in Phase 2 (n = 90) aus Bewertungen der Behandlungsverläufe der entlassenen Patienten und in Phase 3 (n = 120) aus den Veränderungsbewertungen während der ersten Behandlungsphase. Auf dem Hintergrund, dass die Entwicklung eines Patienten im zweiten Behandlungsabschnitt praktisch unabhängig von der initialen Veränderung ist und sich der zuletzt beobachtete Zustand als bester Prädiktor für den zukünftigen Verlauf erwies, wurde die Rückmeldung in Phase 4 (n = 94) mit einer Empfehlung bzgl. der weiteren Behandlungsplanung ergänzt. Diese bestand für Patienten, die sich nach vier Wochen als unbeeinträchtigt beschrieben (n = 31), in der Empfehlung, die stationäre Behandlung möglichst bald zu beenden und für die Übrigen in einer Schätzung der bis zum Erreichen des funktionalen Bereiches notwendigen weiteren Behandlungsdauer.

Zusammenfassend zeigte sich über die Phasen 2-4 hinweg in 80 % der Fälle eine Übereinstimmung des Feedbacks mit dem klinischen Eindruck. Die Ergebnisse zu Phase 4 zeigen, dass, wenngleich die Therapeuten bei nahezu allen Patienten (97 %) Bedarf für weitere stationäre Behandlung sehen, die empfohlene und die aus therapeutischer Sicht für notwendig erachtete Behandlungsdauer deutlich zusammen hingen ( $r = .60$ ). Auch in der tatsächlichen Aufenthaltsdauer zeigt sich, dass Patienten, die sich bereits zur Zwischenerhebung im funktionalen Bereich befanden, deutlich kürzer behandelt wurden ( $M = 88$ ,  $SD = 34$  vs.  $M = 120$ ,  $SD = 55$ ). Dieser Unterschied bestand in den Phasen ohne Empfehlung nicht. In der Beeinträchtigung zu Behandlungsende unterscheiden sich Patienten, für die eine baldige Entlassung empfohlen wurde, nicht von denjenigen, für die eine Weiterbehandlung empfohlen wurde.

---

<sup>1</sup> S. Bauer, H. Kordy

### 3 Diagnostik und Verfahren

#### 3.1 Klinisch Psychologisches Diagnosesystem 38<sup>1</sup>

##### *Methodik & Technik: Diagnose & Indikation*

Eine überarbeitete Form des Klinisch Psychologischen Diagnosesystems (KPD) bildet das neue Kerninstrument für Qualitätssicherung und Ergebnismonitoring nach dem Heidelberg-Stuttgarter Modell. Es ersetzt die symptomorientierten Fragebögen Symptom-Check-List (SCL-90-R), Inventar Interpersonaler Probleme (IIP) und Giessener Beschwerdebogen (GBB) und erweitert das Inventar um ressourcenorientierte Merkmale. Das KPD ist für den Einsatz in der Qualitätssicherung entwickelt worden und deckt von der Intention her die relevanten Merkmale ab. Die Offenheit der Autoren für neue Wege der Lizenzpolitik ermöglicht seinen praktischen Einsatz zu vertretbarem Preis (Schwarz & Hünerfauth, <http://www.psy9000.de/kpd2000.htm>).

Ende 2002 wurden repräsentative Normdaten zum KPD erhoben (N = 2066). Von den ursprünglich 134 Items des KPD wurden nach inhaltlichen Gesichtspunkten, Item-Skala Korrelation und interner Konsistenz 38 Items beibehalten und zu den sechs Skalen „Körperbezogene Beeinträchtigung“ (KOE), „Psychische Beeinträchtigung“ (PSY), „Soziale Probleme“ (SOZ), „Handlungskompetenz“ (KOM), „Allgemeine Lebenszufriedenheit“ (ZUF) und „Soziale Unterstützung“ (SOU) zusammengefasst. Die Skalenstruktur wurde faktorenanalytisch bestätigt, allerdings mit Ausnahme der Skalen PSY und SOZ, die einen gemeinsamen Faktor bilden. Eine Faktorenanalyse zweiter Ordnung lässt einen übergeordneten Faktor bestehend aus den Subskalen KOE, PSY, SOZ, KOM und ZUF erkennen. Die interne Konsistenz der Skalen ist zufriedenstellend (siehe Tabelle 1). Seit März 2003 wird das KPD im Rahmen der Qualitätssicherung an der Panorama-Fachklinik eingesetzt. Eine vorläufige Auswertung an 115 Patienten ergab in dieser Patientenstichprobe vergleichbare interne Konsistenzen und eine vergleichbare Faktorenstruktur zur Normstichprobe. Die Effektstärken auf den Skalen und die Korrelationen zu etablierten Instrumenten entsprechen weitgehend den Erwartungen (siehe Tabelle 1). Die Gesamtskala ermöglicht eine korrekte Zuordnung zur Patient/Normstichprobe in 84 % aller Fälle (vgl. SCL-90-R-GSI: 77 %). Therapeuten zeigen sich mit der klinischen Bedeutung der rückgemeldeten Skalenwerte weitgehend einverstanden. Mit dem KPD-38 steht ein kostengünstiges, reliables und valides Instrument für ein Ergebnismonitoring in der Psychotherapie zur Verfügung.

---

<sup>1</sup> R. Percevic, C. Gallas, S. Haug, M. Wolf, H. Kordy

		KOE	KOM	ZUF	SOZ	PSY	GES	SOU
<b>Anzahl Items</b>		5	5	3	9	14	36	3
<b>Interne Konsistenz (Patienten)</b>		0,81	0,72	0,80	0,79	0,83	0,91	0,84
<b>Interne Konsistenz (Norm)</b>		0,89	0,75	0,78	0,82	0,89	0,92	0,80
<b>Effektstärke</b>		0,93	0,50	0,72	0,26	0,54	0,87	0,15
		<b>Korrelationen</b>						
<b>GBB</b>	Giessener Beschwerdebogen	<b>0,58</b>	0,27	0,30	0,33	0,45	0,47	0,38
<b>SCL1</b>	Somatisierung	<b>0,55</b>			0,28	0,38	0,39	0,26
<b>BSS7_1</b>	Körperlich (Th.)	<b>0,47</b>			0,30		0,35	
<b>FERUS4</b>	Selbstwirksamkeit	0,27	<b>0,78</b>	0,58	0,54	0,57	0,70	0,40
<b>FERUS2</b>	Coping		<b>0,73</b>	0,48	0,39	0,53	0,59	0,33
<b>FERUS5</b>	Selbstverbalisation	0,27	<b>0,71</b>	0,57	0,48	0,57	0,66	0,39
<b>FERUS6</b>	Hoffnung	0,26	<b>0,61</b>	0,51	0,35	0,40	0,55	0,36
<b>FERUS3</b>	Selbstbeobachtung		<b>0,38</b>				0,21	0,22
<b>LQ</b>	Lebensqualität	0,44	0,55	0,56	0,45	0,54	<b>0,66</b>	0,41
<b>IIP5</b>	zu selbstunsicher/unterwürfig	0,29	0,48	0,48	<b>0,78</b>	0,64	0,62	0,35
<b>IIP4</b>	zu introvertiert/sozial vermeidend	0,30	0,56	0,50	<b>0,76</b>	0,61	0,63	0,35
<b>SCL3</b>	Unsicherheit im Sozialkontakt	0,36	0,42	0,47	<b>0,71</b>	0,64	0,61	
<b>IIP6</b>	zu ausnutzbar/nachgiebig	0,29	0,29	0,32	<b>0,71</b>	0,53	0,47	0,26
<b>IIP7</b>	zu fürsorglich/freundlich	0,33	0,27	0,36	<b>0,64</b>	0,57	0,49	
<b>IIP3</b>	zu abweisend/kalt	0,30	0,42	0,37	<b>0,55</b>	0,47	0,49	0,32
<b>EB2</b>	zwischenmenschliche Beziehungen	0,22	0,44	0,56	0,54	0,50	<b>0,57</b>	0,50
<b>IIP8</b>	zu expressiv/aufdringlich			0,31	<b>0,48</b>	0,47	0,34	
<b>EB3</b>	soziale Integration	0,46	0,50	0,39	0,46	0,51	<b>0,57</b>	0,39
<b>BSS7_3</b>	sozialkommunikativ (Th.)			0,39	<b>0,40</b>	0,36	0,38	
<b>IIP1</b>	zu autokratisch/dominant				<b>0,26</b>			
<b>IIP2</b>	zu streitsüchtig/konkurrierend	0,30				<b>0,32</b>		
<b>EB1</b>	Symptombelastung	0,64	0,57	0,63	0,56	0,75	0,80	0,32
<b>SCL4</b>	Depressivität	0,43	0,51	0,54	0,68	<b>0,72</b>	0,68	0,38
<b>SCL2</b>	Zwanghaftigkeit	0,53	0,36	0,40	0,58	<b>0,59</b>	0,58	
<b>SCL5</b>	Ängstlichkeit	0,39	0,31	0,41	0,41	<b>0,58</b>	0,51	
<b>SCL7</b>	Phobische Angst	0,38	0,27	0,45	0,39	<b>0,53</b>	0,48	
<b>SCL8</b>	Paranoides Denken	0,50	0,26	0,39	<b>0,53</b>	0,51	0,52	
<b>SCL9</b>	Psychotizismus	0,41		0,28	<b>0,52</b>	0,51	0,43	
<b>SCL6</b>	Aggressivität			0,28	<b>0,44</b>	0,43	0,39	
<b>BSS7_2</b>	psychisch (Th.)		0,34	0,39	0,35	0,33	<b>0,4</b>	
<b>EB4</b>	total	0,57	0,62	0,66	0,62	0,73	<b>0,81</b>	0,43
<b>SCL10</b>	globaler Schwereindex	0,53	0,39	0,48	0,62	<b>0,67</b>	0,64	0,27
<b>GAF7</b>	Funktionsniveau (Th.)	0,37	0,5	0,43	0,53	0,58	<b>0,58</b>	
<b>BSS7</b>	Beeinträchtigungsschwerescore (Th.)	0,35	0,33	0,41	0,44	0,39	<b>0,46</b>	
<b>FERUS7</b>	Soziale Unterstützung	0,30	0,42	0,40	0,40	0,29	0,46	<b>0,81</b>

Tabelle 1: Kennwerte zum KPD-38

## 3.2 Entscheidungsorientierte Testvorgabe<sup>1</sup>

### *Methodik & Technik: Diagnose & Indikation*

In den letzten beiden Jahren wurde an der FS die entscheidungsorientierte Testvorgabe auf Itemebene vorbereitet. Dabei konnte gezeigt werden, dass die durchschnittliche Testlänge deutlich sinkt, wenn man die Testvorgabe stoppt, sobald eine Entscheidung über das Erreichen bzw. Nichterreichen eines vorgegebenen Zielbereiches mit ausreichender Sicherheit möglich ist (siehe TB 2001). Für die Optimierung der Erhebungsstrategie im Rahmen eines therapieunterstützenden Ergebnismonitorings stellte sich nun die Frage, wie oft gemessen werden soll. Ausgangspunkt der Überlegung war das Irrfahrtsmodell (siehe TB 2002). Diesem Modell zufolge kann ein zu seltenes Monitoring dazu führen, dass die Rückmeldung für die Aktualisierung der Behandlungsplanung zu spät kommt. Dagegen erhöht ein zu häufiges Monitoring die Erhebungskosten, kann die Akzeptanz des Ergebnismonitorings verringern und interferiert möglicherweise negativ mit der Therapie.

In einer Simulationsstudie (auf der Basis der vorliegenden Daten zur Qualitätssicherung) wurden verschiedene Erhebungspläne unter Berücksichtigung der Testkosten und der Behandlungskosten exploriert. Zwei Vorgabevarianten wurden verglichen: (1) die Erhebung wird für alle Patienten einheitlich alle  $m$  Tage vorgegeben und (2) der Zeitpunkt der nächsten Erhebung wird für jeden Patienten einzeln bestimmt, wobei der nächste Erhebungszeitpunkt anhand der Differenz zwischen dem zuletzt erreichten Zustand und dem Zielzustand sowie dem Perzentil  $p$  der Verteilung der Veränderungsraten berechnet wird. Zum Parametrisieren der Simulationsstudie wurden SCL-90-R-Werte einer stationär behandelten Patientenstichprobe herangezogen (Panorama Fachklinik,  $N = 2046$ ). Das Verhältnis der Testkosten zu den Behandlungskosten wurde gemäß der bisherigen Erfahrung auf 1 zu 5 gesetzt. Die Werte für  $p$  und  $m$  wurden systematisch variiert. Als günstigster Wert für den fixen Erhebungsplan (1) erwies sich eine Testvorgabe alle fünf Tage. Als günstigster Wert für den adaptiven Erhebungsplan (2) erwies sich das fünfte bis zehnte Perzentil, welches im Durchschnitt zu einer Erhebung alle 13 Tage führte. D.h., eine adaptive Testvorgabe käme mit weniger als der Hälfte der Erhebungen aus und verspricht daher in Bezug auf die Gesamtkosten deutlich günstiger als die fixe Testvorgabe zu sein.

---

<sup>1</sup> R. Percevic

### 3.3 Psychotherapie-Prozessforschung mit Hilfe von computergestützter Textanalyse<sup>1</sup>

#### *Theorie & Konzept: Evaluation*

Computervermittelte Kommunikation über Chat, E-Mail oder SMS eröffnet auch neue Perspektiven in der Therapie-Prozessforschung. So werden die im Rahmen der Projekte der FS ausgetauschten Kommunikationsinhalte automatisch in Datenbanken abgelegt und stehen für weiter gehende Analysen zur Verfügung, ohne Videoaufzeichnungen oder Transkripte von Therapiesitzungen erstellen zu müssen.

Die Arbeitsgruppe von James Pennebaker, die in einer Reihe von Untersuchungen den Einfluss des Schreibens über emotionale Erlebnisse auf die Gesundheit untersuchte, hat zu diesem Zweck das Textanalyseprogramm Linguistic Inquiry and Word Count (LIWC) entwickelt. Seit 2003 steht auch ein deutschsprachiges Wörterbuch zur Verfügung, das über 2000 Wörter und Wortstämme sowie über 60 Wortkategorien enthält. Allerdings ist das LIWC bisher nur für Transkripte erprobt, die nach bestimmten Regeln erstellt werden. Bei den vorliegenden Textkorpora (Chat-Skripte), die oft in relativ kurzer Zeit und unter expliziter Vernachlässigung von Form und Rechtschreibung von Patienten und Therapeuten verfasst wurden, sind jedoch Tipp- und Rechtschreibfehler sowie internet-spezifische Sprachverkürzungen enthalten. Dies führt dazu, dass manche Wörter keiner Wortkategorie zugeordnet werden können.

Um die Notwendigkeit einer Korrektur der fehlerhaften Wörter auf die Ergebnisse der Textanalyse zu überprüfen, wurden aus dem Projekt E-Mail-Brücke 12 E-Mails sowie aus dem Intervalltherapieprojekt für Essgestörte 10 Chat-Skripte einzelner Patienten und 8 E-Mails analysiert. Durch die Korrektur erhöhte sich der Anteil der mittels LIWC erkannten Wörter nur geringfügig: bei den E-Mails von 68 % auf 69 % bzw. bei den Chat-Skripten von 66 % auf 68 %. Weiter zeigte sich kein systematischer Einfluss der Korrektur auf den prozentualen Anteil der Wörter in den einzelnen Wortkategorien. Auch wenn kleinere Texteinheiten (z. B. 3 E-Mails – ca. 1200 Wörter oder 3 Chat-Skripte eines Patienten – ca. 1100 Wörter) analysiert wurden, zeigte sich lediglich ein marginaler, unsystematischer Einfluss der Korrektur. Diese Ergebnisse legen nahe, dass auf die mit erheblichem Zeitaufwand verbundene Korrektur verzichtet werden kann und die Skripte in ihrer ursprünglichen Form analysiert werden können.

---

<sup>1</sup> S. Haug, M. Wolf, V. Golkaramnay, H. Kordy

### 3.4 Schreiben als Therapie? – Neue Perspektiven durch neue Medien<sup>1</sup>

#### *Theorie & Konzept: Evaluation*

Die Entwicklung und Evaluation von Internetanwendungen im psychotherapeutischen und psychosozialen Bereich findet zunehmend Aufmerksamkeit in der Psychotherapieforschung. So verschieden die an der FS erprobten Medien wie Internet Relay Chat, E-Mail oder SMS aufgrund ihres synchronen bzw. asynchronen Charakters sind, teilen sie neben ihrer starken – und wachsenden – Verbreitung die textbasierte Kommunikationsbasis.

Strukturiertes, expressives bzw. „therapeutisches“ Schreiben wird schon seit einiger Zeit insbesondere im anglo-amerikanischen Raum erprobt und hat sich in experimentellen Studien als effektiv erwiesen. Selbst-Offenbarung, Neubewertung, Externalisierung und Disinhibierungsprozesse werden als wichtige Wirkmechanismen beschrieben. Als „fokussiertes Schreiben“ kann das im Rahmen der E-Mail Brücke regelmäßige Verfassen von Berichten an den Bezugstherapeuten charakterisiert werden, da die Interventionen des Therapeuten den Fokus des E-Mail Kontakts auf einen bestimmten Problembereich lenken. Neben dem kognitiven und emotionalen Gehalt stehen aber auch linguistische und quantitative Aspekte der Textproduktion zur Diskussion. Die ersten Erfahrungen der E-Mail Brücke (n=12) weisen (trotz standardisierter Instruktion) auf erhebliche Unterschiede in der Nutzung des Mediums hin. So schwankt die Beteiligung der Teilnehmer gemessen an der Gesamtgröße des Textkorpus zwischen 986 und 13549 Wörtern. Die mittlere Größe der E-Mails variiert zwischen den Teilnehmern von 82 bis 903 Wörtern. Bemerkenswerter Weise finden sich ähnliche Unterschiede auch zwischen den Therapeuten, deren E-Mail Antworten eine Gesamtextlänge zwischen 1372 und 5486 Wörtern aufweisen.

Die Überprüfung des „therapeutischen“ Nutzens des Schreibens im Rahmen der Computer Mediated Communication (CMC) eröffnet darüber hinaus neue Perspektiven der Prozessforschung. Bei Vorliegen größerer Stichproben können mit Hilfe der psychometrischen Verlaufsbeobachtungen gezielt Zusammenhänge zwischen quantitativ-inhaltlichen Aspekten des Schreibens und Entwicklungen des körperlichen und psychischen Wohlbefindens oder sozialer Problematiken im Verlauf überprüft werden.

---

<sup>1</sup> M. Wolf, S. Haug, V. Golkaramnay, H. Kordy

## 4 Neue Technologien

### 4.1 SMS-Brücke: eine PC-gestützte Minimalintervention zur nachstationären Betreuung von Bulimiepatientinnen<sup>1</sup>

#### *Management & Planung: Evaluation*

Die Pilotstudie zur Frage der Praktikabilität, Akzeptanz und Effektivität eines computergestützten Nachbetreuungsprogramms für Patientinnen mit Bulimia nervosa wurde in diesem Jahr erfolgreich abgeschlossen. Diese Minimalintervention, mit der Patientinnen im Anschluss an den stationären Aufenthalt über sechs Monate via SMS unterstützt werden, wurde in Zusammenarbeit mit der Psychosomatischen Fachklinik Bad Pyrmont zwischen Mai 2002 und Mai 2003 in einer Studie mit 33 Patientinnen erprobt.

Die Ergebnisse sprechen für die Brauchbarkeit des Programms in der nachstationären Betreuung von Bulimiepatientinnen. Die technische Lösung hat sich als praktikabel erwiesen. Software und Technik sind benutzerfreundlich und erlauben eine unaufwendige Betreuung (ca. 1-1½ Std. pro Patientin für sechs Monate). Die Akzeptanz durch die Teilnehmerinnen war hoch. Die Teilnahmedauer betrug im Schnitt 21 Wochen (SD = 7). Lediglich sechs Patientinnen (18 %) schieden vor Ablauf von drei Monaten aus. Die Mehrzahl der Patientinnen äußerte sich sehr zufrieden mit dem Angebot: 83 % beurteilten die Qualität des Programms als gut, 88 % würden es weiter empfehlen und 80 % würden selbst wieder teilnehmen. Auch die Programmdauer und Frequenz der Rückmeldungen wurden überwiegend positiv bewertet. Die (insgesamt wenigen) Kritikpunkte bezogen sich auf den standardisierten Charakter der Rückmeldungen und auf den fehlenden persönlichen Kontakt. Als positiv wurde erlebt, wöchentlich über die eigene Symptomatik nachzudenken und das Gefühl zu haben, dass jemand sich für das eigene Befinden interessiert. Die Effektivität des Programms deutet sich in der Stabilität der während des Klinikaufenthaltes erreichten Besserungen der Symptomatik an. Keine der Patientinnen, die die Klinik frei von Essstörungssymptomen verlassen hatten (n = 17), entwickelte im Verlauf ihrer Teilnahme die volle Symptomatik. Lediglich eine Patientin berichtete jedoch starkes kompensatorisches Verhalten und sieben ein stark beeinträchtigtes Körpergefühl.

Die positiven Rückmeldungen durch die Patientinnen und die Ergebnisse der Pilotstudie führten dazu, dass eine Fortsetzung des Programms in Zusammenarbeit mit der Psychosomatischen Fachklinik für 2004 verabredet wurde.

---

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



## 4.2 Akzeptanz neuer Medien in der psychosozialen Versorgung – Am Beispiel des Projektes „Internet-Brücke“<sup>1</sup>

### *Methodik & Technik: Evaluation*

Während der Einsatz neuer Technologien in der Telemedizin u. a. von ihrer Akzeptanz beim medizinischen Fachpersonal abhängt, sind im Bereich der psychosozialen Versorgung vor allem die Akzeptanz bei Patienten und die technisch-organisatorischen Rahmenbedingungen von Bedeutung.

In einem Gemeinschaftsprojekt mit der Panorama Fachklinik Scheidegg und der Techniker Krankenkasse erprobt die FS seit Sommer 2001 das Medium Internet. Dabei können die Patienten nach der stationären Behandlung für 12-15 Wochen an einer Internet-Chatgruppe teilnehmen. Ein wichtiges Ziel der „Internet-Brücke“ besteht in der Untersuchung der Akzeptanz des Angebots. Diese wird anhand folgender Kriterien eingeschätzt: Anwesenheitsrate, Abbrecherrate, Zufriedenheit mit den einzelnen Sitzungen und dem Gesamtprogramm und Teilnahmebereitschaft bei Nicht-Teilnehmern.

Die durchschnittliche Anwesenheitsquote liegt bei 85 %. Bei durchschnittlich 13 Sitzungen entspricht dies 1,8 Fehltagen. Die Abbrecherrate beträgt 12 % (n = 14, davon 3 durch Entscheidung des Therapeuten). Während einige Teilnehmer ihre Teilnahme aufgrund des Beginns einer ambulanten Therapie vorzeitig beendeten, mussten andere ihre Teilnahme aus technischen Gründen abbrechen. Die Zufriedenheit mit den einzelnen Sitzungen wird am Ende jeder Sitzung und die Zufriedenheit mit dem Gesamtprogramm am Ende der Teilnahme erfasst. Ziemlich oder sehr zufrieden mit den einzelnen Sitzungen sind 71,9 %, wenig oder überhaupt nicht zufrieden sind lediglich 10,1 %. Ähnlich wird das Gesamtprogramm eingeschätzt (72,8 % ziemlich oder sehr vs. 14,8 % wenig oder überhaupt nicht zufrieden).

Patienten mit viel Interneterfahrung (31,6 %) nutzen das Angebot genauso wie solche mit geringer oder keiner Erfahrung (38,2 %). Gut drei Viertel der Patienten halten sowohl die Sitzungsdauer von 90 Minuten als auch den wöchentlichen Rhythmus für angemessen. Die Gesamtdauer hingegen erleben knapp 50 % der Teilnehmer als zu kurz. Zusammenfassend weisen die Ergebnisse auf eine hohe Akzeptanz des Angebots und des eingesetzten Mediums hin.

Das Interesse für dieses Angebot ist groß. In einer Befragung von 255 Nicht-Teilnehmern werden die Gründe „nicht TK-Mitglied“ bzw. „keinen Internet-Anschluss“ am häufigsten genannt. Lediglich 18 % waren nicht an einer Teilnahme interessiert.

---

<sup>1</sup> V. Golkaramnay, H. Kordy in Zusammenarbeit mit der Panorama Fachklinik Scheidegg

### **4.3 Internet-Gruppe: eine Brücke zwischen Fachklinik und Alltag – mit oder ohne ambulante Psychotherapie<sup>1</sup>**

#### *Methodik & Technik: Evaluation*

Computer Mediated Communication (CMC) eröffnet neue Möglichkeiten für die psychotherapeutische Versorgung. In dem unter 4.2 vorgestellten Gemeinschaftsprojekt mit der Panorama Fachklinik Scheidegg und der Techniker Krankenkasse erprobt die FS das Medium Internet. Die von erfahrenen Gruppentherapeuten begleiteten Gruppen umfassen 8-10 Teilnehmer und treffen sich einmal wöchentlich für 90 Minuten.

Im Berichtsjahr wurden die Rekrutierung der Stichprobe sowie die Erhebungen zum Gesundheitszustand 6 Monate nach Verlassen der Klinik abgeschlossen. Insgesamt nehmen 117 Patienten an der Studie teil. Die Vergleichsgruppe umfasst 362 Patienten, die im gleichen Zeitraum wie die Chat-Teilnehmer in der Klinik stationär behandelt wurden.

Die Mehrzahl der Patienten (89 % der Chat-Teilnehmer, 85 % der Vergleichsgruppe) verlassen die Panorama-Fachklinik in einem im Vergleich zu Behandlungsbeginn deutlich gebesserten Gesundheitszustand. Für viele Patienten (81 % der Chat-Teilnehmer, 69 % der Vergleichsgruppe) haben diese gesundheitlichen Verbesserungen auch sechs Monate später noch Bestand. Auch diejenigen (wenigen) Patienten, deren Gesundheitszustand während der stationären Behandlung noch nicht hinreichend gebessert wurde, scheinen zu profitieren. Für 64 % von diesen beobachtete man bei den Chat-Teilnehmern seit Klinikentlassung eine Besserung, während dies bei ähnlichen Patienten der Vergleichsgruppe nur für 39 % der Fall war.

Die bisherigen Ergebnisse stärken die Erwartungen über eine gesundheitsfördernde Wirkung der Chatgruppen im nach-stationären Bereich. Teilnehmer stabilisieren sich im Hinblick auf ihr psychisches und körperliches Befinden.

Die abschließenden Studienergebnisse unter Einbeziehung der 12-Monats-Katamnese sind im Frühjahr 2004 zu erwarten.

---

<sup>1</sup> V. Golkaramnay, H. Kordy in Zusammenarbeit mit der Panorama Fachklinik Scheidegg

#### 4.4 E-Mail Brücke: Poststationäre Nachbetreuung via E-Mail – Stand des Projekts<sup>1</sup>

##### *Management & Planung: Evaluation*

Bereits zum Ende des letzten Berichtsjahres wurde im Projekt E-Mail Brücke ein Angebot für die internetgestützte Nachbetreuung stationärer Psychotherapiepatienten im Einzelsetting vorbereitet. In einem weiteren Entwicklungsschritt wurde Web-AKQUASI in die Projektplattform eingebunden, um ein kontinuierliches Ergebnismonitoring zu ermöglichen. Nach der Testphase hat in Zusammenarbeit mit der Panorama Fachklinik in Scheidegg Anfang des Jahres die Rekrutierung der Teilnehmer (Tn) begonnen.

In Anlehnung an das Schreib-Paradigma von James Pennebaker berichten die Tn über einen Zeitraum von drei Monaten einmal wöchentlich zu einem vereinbarten Zeitpunkt über ein für sie relevantes Thema. In den E-Mails schreiben sie über ihre Gedanken und Gefühle zu positiven oder negativen Erfahrungen, Erlebnissen oder Erwartungen in zentralen Lebensbereichen. Eine Stellungnahme des Bezugstherapeuten erfolgt binnen 24 Stunden. Darüber hinaus besteht für die Tn die Möglichkeit freie E-Mails zu verschicken. Zwischen März und November 2003 wurden 12 Therapeutinnen und Therapeuten aus der Panorama-Fachklinik für die E-Mail Nachsorge gewonnen; mittlerweile werden 57 Patientinnen und Patienten betreut. 13 Tn haben das Programm bislang regulär abgeschlossen, lediglich zwei Abbrecher wurden registriert. Bei drei weiteren Tn wurde bei den zuständigen Kostenträgern erfolgreich eine Verlängerung beantragt. Das mittels Abschlussfragebogen erhobene Feedback gibt erste Hinweise auf die Akzeptanz: So sind alle bisherigen Tn mit der E-Mail Brücke „ziemlich“ oder „sehr zufrieden“ (100 %); mehrheitlich hat ihnen die E-Mail Brücke „ziemlich“ oder „sehr geholfen“ (92 %). Für die positive Resonanz spricht außerdem, dass mehr als ein Drittel (38 %) länger als die vorgegebenen 15-30 Minuten schreiben möchte und sich fast die Hälfte (46 %) eine längere Projektteilnahme als drei Monate wünscht.

Den positiven Erfahrungen aus dem SMS-Projekt folgend, in dem mittels SMS ein standardisiertes Feedback übermittelt wird, ist für das kommende Jahr geplant, im Rahmen der E-Mail Brücke eine Rückmeldefunktion für die Patienten zu implementieren. Die Erprobung des Programms soll außerdem auf den ambulanten Bereich ausgeweitet werden.

---

<sup>1</sup> M. Wolf, M. Arikan, H. Kordy in Zusammenarbeit mit der Panorama Fachklinik Scheidegg

## 4.5 Intervalltherapie bei Essstörungen über Internet-Chat-Gruppen und E-Mail-Kontakt<sup>1</sup>

### *Methodik & Technik: Evaluation*

Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge Eating Störung) sind mit einem erheblichen Chronifizierungs- und Rückfallrisiko verbunden. Weniger als ein Drittel der Patientinnen verlässt die Klinik nach stationärer Behandlung weitgehend frei von Symptomen und das Rückfallrisiko liegt zwischen 30 % und 40 %. Da eine deutliche Verlängerung der stationären Behandlung weder aus klinisch-therapeutischer noch aus gesundheitsökonomischer Perspektive eine generelle Lösung verspricht, werden neue Ansätze wie z. B. Stufenmodelle („Stepped-Care“) oder Intervall-Therapien diskutiert.

In Zusammenarbeit mit der Panorama Fachklinik in Scheidegg erprobt die FS ein solches dreistufiges Intervalltherapiekonzept, das die Vorteile des Internets nutzt. Die erste Stufe besteht aus einer vierwöchigen stationären Behandlung. In der zweiten Phase, die sich über drei Monate erstreckt, werden die Patientinnen in halb-offenen essstörungsspezifischen Online-Chat-Gruppen am Wohnort betreut. Parallel dazu erhalten sie eine individuelle Betreuung über E-Mail durch den vorbehandelnden Therapeuten aus der Klinik. Das abschließende dritte Intervall mit einer Dauer von zwei Wochen findet wieder in der Klinik statt und dient der weiteren Stabilisierung und Besserung der Beschwerden. Über alle drei Phasen hinweg erstreckt sich ein wöchentliches Monitoring der Symptomatik, der gruppentherapeutischen Prozesse sowie weiterer Prozessparameter, die für die Behandlung von Essstörungen als relevant erachtet werden (z. B. der Ausdruck von Ärger, Motivation).

Das Intervalltherapie-Programm läuft seit Ende Juli 2003. Nachdem die bewährte Internetumgebung aus dem Chat- und E-Mail-Projekt für diese spezielle Anwendung angepasst wurde, startete die erste Gruppe mit 6 Teilnehmerinnen. Die bisherigen Erfahrungen sind ermutigend. 5 der 6 Teilnehmerinnen haben die Betreuung über das Internet für sich genutzt. Eine zweite Gruppe hat mit der ersten Phase im November begonnen.

Das Pilotprojekt, für das zunächst ca. 40 Patientinnen rekrutiert werden, zielt auf die Prüfung der Akzeptanz und Effektivität. Ein Hauptaugenmerk liegt daneben auf dem Vergleich der Gruppenprozesse während der verschiedenen Phasen, wobei die Chat-Skripte als Datenquelle genutzt werden.

---

<sup>1</sup> S. Haug, V. Golkaramnay, M. Wolf, H. Kordy in Zusammenarbeit mit der Panorama Fachklinik Scheidegg

## 5 Internationale Forschungsk Kooperationen

### 5.1 Kooperation mit dem Institute of Psychiatry in London<sup>1</sup>

#### *Management & Planung: Evaluation*

Seit der Kooperation im europäischen Forschungsverbund COST B6 steht die FS über verschiedene Projekte in intensivem Kontakt und engem wissenschaftlichen Austausch mit dem Maudsley Hospital am Institute of Psychiatry in London (J. Treasure, U. Schmidt).

Aufbauend auf dieser Zusammenarbeit wurde bereits 1997 eine esstörungsspezifische Variante von AKQUASI entwickelt, die seither für die Datenerfassung und Ergebnisevaluation von 217 stationär behandelten Patientinnen genutzt wurde. In der Ambulanz und der Tagesklinik des Institutes wurden weitere 629 Datensätze erhoben.

Neben dem Interesse an Fragen des Qualitätsmanagements teilen beide Institute das Interesse an der Entwicklung und Erprobung sog. Stepped-care-Ansätze, insbesondere unter Einsatz neuer Technologien. Zwei Gemeinschaftsprojekte wurden diesbezüglich im vergangenen Jahr verabredet und in diesem Jahr fortgeführt: (1) In einer vom Deutschen Akademischen Austausch Dienst (DAAD) und The British Council im Rahmen des ARC-Programms geförderten Studie wird das von der FS entwickelte computergestützte Programm zur Rückfallprophylaxe bei Bulimiepatientinnen von den Londoner Partnern als Nachsorgemaßnahme im ambulanten Setting erprobt. Das Programm läuft über den Server der FS. Diese technische Lösung hat sich als praktikabel erwiesen. Bislang nehmen sechs Patientinnen an dem Programm teil. Ein erster Erfahrungsaustausch fand beim Besuch von S. Bauer und A. Herrmann im Oktober 2003 in London statt. (2) Eine störungsspezifische Variante der Internet-Chat-Gruppen, zur Rückfallprävention von anorektischen Patientinnen in der post-stationären Versorgung, wurde entwickelt. Nachdem die technische Umgebung und das Monitoring-System fertiggestellt wurden, kann, nach einer positiven Rückmeldung der Ethik-Kommission, Anfang 2004 mit der Pilotstudie begonnen werden.

Die intensive Zusammenarbeit der Kooperationspartner wird auch durch die gemeinsame Organisation eines Panels („New technologies in the treatment of Eating Disorders“) anlässlich der 6<sup>th</sup> London International Eating Disorders Conference im April 2003 dokumentiert.

---

<sup>1</sup> S. Bauer, S. Haug, A. Herrmann, L. Arıkan, H. Kordy

## 5.2 AKQUASI in Europa<sup>1</sup>

### *Management & Planung: Evaluation*

In den vergangenen Jahren hat AKQUASI interessierte Anwender im europäischen Ausland gefunden und damit zu nachhaltigen Kooperationen beigetragen. Für die unterschiedlichen Anwendungszwecke der Kooperationspartner wurden Versionen für spezifische Krankheitsbilder (Essstörungen und Schizophrenie), für unterschiedliche Behandlungssettings (stationäre, ambulante und tagesklinische Therapie) sowie für verschiedene Forschungsfelder (Qualitätssicherung, Versorgungsepidemiologie, Ergebnisevaluation und Verlaufsmonitoring) entwickelt.

Die längste Zusammenarbeit besteht mit J. Treasure und U. Schmidt vom Institute of Psychiatry in London (GB), die eine essstörungsspezifische Variante von AKQUASI bereits seit 1997 einsetzen (s. 5.1). Eine portugiesische Übersetzung dieser Version wird seit 2001 von der Arbeitsgruppe um P. Machado vom Centre for Research in Psychology an der Universität Minho (P) im Rahmen des dort konzipierten QS-Programms für Essstörungen genutzt. Bislang liegen 104 vollständige Datensätze (Behandlungsbeginn und -ende) vor.

Mit J. Pellet und F. Lang von der Universität St. Etienne (F) kooperiert die FS im Rahmen eines vom französischen Gesundheitsministerium geförderten Projektes, das auf den Langzeitverlauf der Schizophrenie bezogene Fragen sowie versorgungsepidemiologische Aspekte der Erkrankung untersucht. Die entwickelte AKQUASI-Version erlaubt die Eingabe und Auswertung der longitudinal erhobenen Daten. Bisher konnten 217 Patienten bei Behandlungsbeginn befragt werden. Zu t2 (sechs Monate) und t3 (zwölf Monate) liegen Daten von 132 bzw. 77 Patienten vor.

Im Sommer dieses Jahres wurde eine Zusammenarbeit mit dem Department of Medical Psychology and Psychotherapy der Erasmus University Rotterdam (NL), R. W. Trijsburg, vereinbart, mit dem Ziel den Effekt von Ergebnismonitoring und Rückmeldung in der ambulanten Psychotherapie gemeinsam zu untersuchen. Web-AKQUASI soll dabei als Hauptwerkzeug zum Einsatz kommen. Ein Projektantrag wurde ausgearbeitet und bei der zentralen holländischen Förderstelle eingereicht.

---

<sup>1</sup> S. Bauer, A. Herrmann, L. Arikan, R. Percevic, H. Kordy

### 5.3 Der europäische Forschungsverbund INTACT<sup>1</sup>

#### *Management & Planung: Evaluation*

Motiviert durch die positiven Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit europäischen Kollegen im europäischen Forschungsverbund COST Action B6, den die FS von 1994-2001 koordiniert hatte, hat die FS eine neue europäische Initiative gestartet. Sechs Forschergruppen aus sechs Ländern haben sich dieser Initiative angeschlossen: H. Papezova (Karls-Univ. Prag, CZ), A. Polcrajac-Bulian (Univ. Rijeka, CR), U. Schmidt (Maudsley Hospital, London, GB), F. Lang (Univ. St. Etienne, F), F. Tury (Semmelweis-Univ., Budapest, HUN), R. Adan (Univ. Utrecht, NL), und I. Soares (Univ. Braga, P).

Ziel des gemeinsamen Forschungsprogramms ist die Verbesserung der therapeutischen Versorgung von Patientinnen mit Essstörungen. Diese Zielsetzung ist motiviert durch die gemeinsame Erfahrung in COST Action B6: (1) viele Patientinnen erhalten Hilfe zu spät: die Erkrankungsdauer betrug im Mittel 6,6 Jahre; (2) die Effektivität der Behandlung war bescheiden, lediglich 31 % der Patientinnen beendeten ihre Behandlung weitgehend frei von Symptomen; (3) innerhalb eines Jahres erlebten ca. 40 % einen Rückfall; (4) die Effektivität variiert erheblich zwischen den beteiligten Zentren und lag an vielen Orten deutlich unter dem, was in der Forschung unter „experimentellen“ Bedingungen erreicht wird.

Die Forschungspartner sehen die Chancen für eine Verbesserung der Versorgung in individuell angepassten, gestuften Behandlungsstrategien (INTACT: Individually Tailored Stepped Care for Women with Eating Disorders). Eine zentrale Rolle spielen dabei die von der FS eingebrachten Entwicklungen und Erfahrungen zum Einsatz von neuen Kommunikationstechnologien. Dabei werden die teilautomatisierte Betreuung über SMS vor allem als niederschwelliges (step-up) Angebot in der sekundären Prävention, Internet-Chat und E-Mail als niederschwelliges (step-down) Angebot in der Rückfallprävention eingesetzt. Web-AKQUASI wird das zentrale Werkzeug zur Steuerung der Übergänge und damit der individuellen Optimierung der Behandlungsstrategie.

Es wurde ein gemeinsames Forschungsprogramm erarbeitet und ein Antrag zur Förderung im Rahmen des Marie-Curie-Programms der EU gestellt. Der Antrag wurde positiv bewertet, aber leider nur in vorderer Position auf der Warteliste platziert. Obwohl die Entscheidung noch aussteht, hat die Forschergruppe die Möglichkeit genutzt, parallel einen überarbeiteten Antrag einzureichen.

---

<sup>1</sup> H. Kordy, S. Bauer

## 6 Technik und EDV

### 6.1 Einführung des Content Management Systems eZ publish<sup>1</sup>

#### *Methodik & Technik: Public Acticity*

Um Informationen auf den eigenen Webseiten effektiv zu nutzen, muss das Angebot attraktiv, aktuell, dynamisch und professionell dargeboten sein. Generell geht es um die Optimierung von Wertschöpfung im Bereich der Veröffentlichung von Webseiten. Dies sollen Content Management Systeme (CMS) leisten bzw. verbessern. Ihr Nutzen für das Publizieren besteht darin, dass man den eigentlichen Inhalt der Website von der Programmierung der Seiten trennt und damit 2 Bereiche erzeugt. Dadurch können die Inhalte der Website ohne Programmierkenntnisse gepflegt werden, während unabhängig von den Inhalten das Lay-out und die Programmierung selbst verändert werden können.

Durch die Einführung von eZ publish wurde ein solches Konzept für die FS realisiert. Dieses System passt sich optimal in bereits vorhandene Konfigurationen ein, da es auf PHP basiert und Linux mit Apache voraussetzt. Das Produkt eZ publish ist als Open Source Software konzipiert und darf deshalb kostenfrei eingesetzt werden. Dies sind die schwerwiegenden Vorteile für diese Lösung.

Einzig das Einpflegen schon vorhandener Webseiten ist ein wenig umständlich, da es größtenteils manuell durchgeführt werden muss. Aber diese Arbeit fällt nur einmal an. Insgesamt hat sich der Umstieg für die FS gelohnt, da die Flexibilität des Systems insbesondere für zukünftige Projekte, die auf einer Webplattform basieren, erhebliche Vorteile verspricht. Nicht zu unterschätzen ist der Vorteil, dass das Produkt eZ publish im Quellcode vorliegt. Dadurch sind Änderungen jeder Art möglich und können von der FS selbst programmiert werden.

---

<sup>1</sup> A. Herrmann



## 6.2 PHP-Groupware als Plattform zur internen Kommunikation<sup>1</sup>

### *Methodik & Technik: Public Activity*

Zur besseren internen Kommunikation wurde das Open-Source Groupware Produkt PHP-Groupware eingerichtet. Der Vorteil dieser Lösung liegt darin, dass es sich um eine webbasierte Software mit freier Lizenz handelt. Von den zahlreichen Möglichkeiten, die Groupware bietet, werden folgende Module in der FS intensiv genutzt:

#### Kalender - Terminverwaltung

Die Terminverwaltung ermöglicht es jedem Benutzer eigene Termine zu setzen und Termine einzusehen, die ihn selbst betreffen. Weitere Personen bzw. Personengruppen können zu solchen Terminen automatisch über E-Mail eingeladen werden. Somit steht eine zentrale Plattform zur Koordination von Terminen zur Verfügung, auf die jeder Mitarbeiter von seinem Arbeitsplatz aus zugreifen kann.

#### Webbasierter E-Mail Client

Durch die Webanbindung ist das Empfangen und Versenden von E-Mails über den FS-Account von jedem Rechner mit Internetanbindung aus möglich. Somit kann auch bei Dienstreisen und Auslandsaufenthalten eine problemlose Kommunikation über eine einheitliche E-Mail-Adresse erfolgen.

#### Zentrale Adressverwaltung

Die Adressverwaltung der FS läuft ebenfalls Web-basiert über PHP-Groupware, das über entsprechende Module verfügt, die einen Export bzw. Import von Adressen in andere Programme ermöglichen.

#### To-Do Listen

Arbeitsaufträge können online verwaltet und entsprechend ihres Status von den betroffenen Mitarbeitern eingesehen werden.

---

<sup>1</sup> Arikon M.

## 7 Nationale und internationale wissenschaftliche Kooperationen

Zwischen der FS und Dr. J. M. Müller (Abteilung für Allgemeine und Angewandte Psychologie der Universität Tübingen) wurde eine Vereinbarung über die Nutzung der KPD-Normierungsdaten getroffen. Dabei sollen Kennwerte zur Item-Response-Theorie zum KPD bestimmt werden.

Zur Erörterung neuer Möglichkeiten der Therapie-Prozessforschung, welche sich durch die computergestützte Textanalyse von Therapie-Transkripten ergeben, hat die FS einen Kontakt zu Prof. James Pennebaker und dessen Arbeitsgruppe von der Universität in Austin, Texas, aufgebaut. Ein Besuch von James Pennebaker ist für Frühjahr 2004 geplant.

Die Zusammenarbeit mit Prof. M. Lambert (Brigham Young University, Utah/USA) wurde auch nach Auslaufen der Förderung durch das DAAK weiter geführt. So wurden mehrere Artikel zur Publikation vorbereitet: „A Random Walk Through Psychotherapy: Empirical Evidence and Consequences for Outcome Monitoring“ (Journal of Consulting and Clinical Psychology, eingereicht); „Computer Supported Monitoring of Patient Treatment Response“ (Journal of Clinical Psychology, im Druck); „Clinical Significance Methods: A Comparison of Statistical Techniques“ (Journal of Personality Assessment, im Druck). Weiter wurde ein Panel zu „From Outcome Monitoring to Outcome Management in Psychotherapy“ (SPR 2003 in Weimar) gemeinsam organisiert.

Ebenfalls fortgesetzt wurde die Kooperation mit Prof. Len Horowitz (Stanford University, Kalifornien/USA) zum Einsatz des Inventars Interpersonale Probleme (IIP). Eine gemeinsame Veröffentlichung zur Frage des Zusammenhangs zwischen interpersonalen Problemen und der therapeutischen Arbeitsbeziehung wurde vorbereitet („The Relationship between Interpersonal Problems and the Helping Alliance“) und zur Publikation beim Journal of Clinical Psychology eingereicht.

## 8 Vorträge

**Ballestrem CL v.** Psychische Störungen im Wochenbett. Familienbildungsstätte Filderstadt, Februar 2003

**Ballestrem CL v, Strauß M, Häfner S, Kächele H.** Zur Epidemiologie der postpartalen Depression – Implikationen für die Versorgung. Arbeitskreis „Frühe Kindheit“, Heidelberg, Februar 2003

**Ballestrem CL v, Strauß M, Häfner S, Kächele H.** Screening und Versorgungsmodalitäten von Müttern mit postpartaler Depression. 32. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e. V., Stuttgart, März 2003

**Ballestrem CL v, Strauß M, Kächele H.** Einfluss einer Priming Intervention auf die Erreichbarkeit von Müttern mit postpartaler Depression. Kongress: Psychische Gesundheit bei Frauen und Marcé-Gesellschaft, Innsbruck, Oktober 2003

**Ballestrem CL v, Strauß M, Häfner S, Kächele H.** Zur Epidemiologie der postpartalen Depression – Implikationen für die Versorgung. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Berlin, November 2003

**Ballestrem CL v.** Mutter-Kind-Beziehung bei postpartaler Depression. 21. Kongress für Perinatale Medizin, Berlin, November 2003

**Ballestrem CL v, Strauß M, Häfner S, Kächele H.** Zur Prävention der postpartalen Depression – therapeutische Erreichbarkeit betroffener Mütter. DGPPN-Kongress, Berlin, November 2003

**Bauer S, Kordy H.** Rückfallprävention über Short Message Service (SMS) in der Behandlung von Bulimia Nervosa. Tübinger Symposium zur Prävention, Tübingen, März 2003

**Bauer S, Percevic R, Kordy H.** Relapse Prevention through the Use of Text Messaging in the Treatment of Bulimia Nervosa. 4<sup>th</sup> Interdisciplinary Eating Disorders Conference, Prag, März 2003

**Bauer S, Kordy H.** Use of Text Messaging in the Aftercare Treatment of Patients with Bulimia Nervosa. 6<sup>th</sup> London International Eating Disorders Conference, London, April 2003

**Bauer S, Percevic R, Kordy H.** A new Approach in the Aftercare Treatment of Bulimia Nervosa: the Use of Text Messaging, 34<sup>th</sup> Annual International Conference of the Society for Psychotherapy Research (SPR), Weimar, Juni 2003

**Bauer S, Kordy H.** Relapse Prevention in the Treatment of Bulimia Nervosa: The Use of Text Messaging. Meeting of the European Council on Eating Disorders, Budapest, September 2003

**Gallas C, Wolf M, Kordy H.** Interpersonal Problems of Patients with Personality Disorders: Using the Inventory of Interpersonal Problems (IIP) for Measuring Status and Change during Inpatient Treatment. 34<sup>th</sup> Annual International Conference of the Society for Psychotherapy Research (SPR), Weimar, Juni 2003

**Golkaramnay V, Kordy H.** Rückfallprävention durch therapeutisch begleitete Internet-Chatgruppen. Tübinger Symposium zur Prävention, Tübingen, März 2003

**Golkaramnay V, Wangemann T, Dogs J, Dogs P, Kordy H.** Project Internet-Bridge – Relapse Prevention through Internet Chat Groups Evaluation of Acceptance and Effectiveness. 34<sup>th</sup> Annual International Conference of the Society for Psychotherapy Research (SPR), Weimar, Juni 2003

**Golkaramnay V, Kordy H.** Akzeptanz und Effektivität der therapeutisch begleiteten post-stationären Internet-Chatgruppen. 3. Tagung der Fachgruppe Medienpsychologie in der DGPs, Saarbrücken, September 2003

**Häfner S, Schäfert R, Röhm J, Wedler H.** Nachbehandlung und Verlauf nach stationärer Behandlung in einer integriert arbeitenden internistischen Akutklinik. 54. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM), Göttingen, März 2003

**Häfner S, Schmidt-Lachenmann B.** Psychosozialer Versorgungsbedarf und Inanspruchnahmeverhalten von Viertklässlern. 54. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM), Göttingen, März 2003

**Häfner S, Schäfert R, Röhm J, Wedler H.** Patienten mit somatoformen Störungen in der integriert arbeitenden internistischen Akutklinik. 109. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, Wiesbaden, April 2003

**Häfner S, Schmidt-Lachenmann B.** Psychosozialer Versorgungsbedarf und Inanspruchnahmeverhalten bei Viertklässlern. 53. Wissenschaftlicher Kongress der Bundesverbände der Ärzte und Zahnärzte des ÖGD e. V., Saarbrücken, Mai 2003

**Häfner S, Schäfert R, Röhm J, Wedler H.** Integrated Psychosomatic Medicine in a Department of Acute Internal Medicine as Part of the Psychosocial Service Provision of a Metropolitan Area. 27<sup>th</sup> Congress of the Nordic Psychiatric Association, Reykjavik, August 2003

**Häfner S.** Krankheitsspektrum – Therapie – Ergebnisse (Evaluationsstudie 2000/2001). Symposium „Integrierte Psychosomatik im Akutkrankenhaus Möglichkeiten und Grenzen (eine Bilanz)“, Bürgerhospital Stuttgart, Dezember 2003

**Haug S, Golkaramnay V, Kordy H, Schmidt, U, Webster, P, Treasure, J.** Future Prospects: Online Group Treatment in the Relapse Prevention of Anorexia Nervosa. 34<sup>th</sup> Annual International Conference of the Society for Psychotherapy Research (SPR), Weimar, Juni 2003

**Kordy H, Bauer S, Golkaramnay V, Percevic R, Haug S.** Relapse Prevention through the Use of New Media. 4<sup>th</sup> Interdisciplinary Eating Disorders Conference, Prag, März 2003

**Kordy H, Golkaramnay V, Dogs P, Dogs J, Wangemann T.** After care support by internet chat groups: the use of the internet for relapse prevention. 3<sup>rd</sup> International Symposium “Internet, Psychiatry, and Mental Health: benefits and risks”, Paris, April 2003

**Kordy H, Bauer S, Schmidt U.** New Technologies in the Treatment of Eating Disorders. 6<sup>th</sup> London International Eating Disorders Conference, London, April 2003

**Kordy H.** Service Research in Psychotherapy: Evaluation and Innovation of Service Provision. BMBF-Symposium for the Advancement of Psychotherapy Research, Mainz, Juni 2003

**Kordy H, Puschner B, Kraft S.** Ergebnisse und Bedeutung der DKV-Studie. Tagung „Zur Wirksamkeit von Psychoanalysen und Psychotherapie“, Heidelberg, Oktober 2003

**Kordy H, Golkaramnay V.** Projekt “Internet-Brücke”: Zur Effektivität von Chat-Gruppen als Brücke zwischen Fachklinik und Alltag, 5. Wissenschaftlicher Kongress der Deutschen Ärztlichen Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Bad Pyrmont, Oktober 2003

**Kordy H, Bauer S, Golkaramnay V.** Neue Chancen für die Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen durch neue Kommunikationsmedien. Kolloquium der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg, November 2003

**Kordy H, Percevic R, Gallas C, Herrmann A.** Qualitätssicherung und Ergebnismonitoring in der psychotherapeutischen Versorgung. Neue Technologien – Neue Möglichkeiten. Lehrstuhl für Psychiatrie II der Univ. Ulm am BKH Günzburg, November 2003

**Kraft S, Puschner B, Kordy H.** Early Interruptions and Treatment Outcome in Outpatient Psychotherapy. 34<sup>th</sup> Annual International Conference of the Society for Psychotherapy Research (SPR), Weimar, Juni 2003

**Kraft S, Puschner B, Kordy H.** Zusammenhang von Behandlungskosten, allgemeinen Gesundheitskosten und Outcome bei ambulanter Psychotherapie. Kongress "Psychosoziale Versorgung in der Medizin", Hamburg, September 2003

**Percevic R, Bauer S, Kordy H.** Zeitnahe Rückmeldung in der Qualitätssicherung: Neue Techniken und Erfahrungen. 54. Jahrestagung des Deutschen Kolloquiums für Psychosomatische Medizin (DKPM), Göttingen, März 2003

**Percevic R.** A Strategy for Improving Outcome Quality through Continuous Outcome Monitoring. 34<sup>th</sup> Annual International Conference of the Society for Psychotherapy Research (SPR), Weimar, Juni 2003.

**Percevic R.** Cost-Optimal Assessment Scheduling for Outcome Management in Psychotherapy, IMPS 2003, Sardinia, Juli 2003.

**Puschner B, Kordy H.** The Mid-Term Course of Improvement in Psychodynamic and Cognitive Behavioral Treatment. 34<sup>th</sup> Annual International Conference of the Society for Psychotherapy Research (SPR), Weimar, Juni 2003

**Puschner B, Kraft, S, Scherbarth, S, Kordy, H.** Zufriedenheit mit dem Versorgungssystem bei ambulanten Psychotherapiepatienten. 4. Forschungskongress der psychiatrischen und neurologischen Fachkliniken der bayerischen Bezirke, Irsee, Oktober 2003

**Strauß M, Ballestrem CL v, Häfner S, Kächele H.** Postpartale Depression – ein Follow-up. Arbeitskreis „Frühe Kindheit“, Heidelberg, Februar 2003

**Strauß M, Ballestrem CL v, Pokorny D, Buchheim A, Kächele H, Höger D.** Attachment Style and Postnatal Depression. 26. Ulmer Werkstatt, Ulm, Mai 2003

**Wolf M, Percevic R, Kordy H.** Retest Data on the Inventory of Interpersonal Problems (IIP) – a Methodological Investigation. 34<sup>th</sup> Annual International Conference of the Society for Psychotherapy Research (SPR), Weimar, Juni 2003

## 9 Publikationen

### *Zeitschriften und Bücher*

**Ballestrem CL v, Strauß M, Häfner S, Kächele H.** (für 2001, erschienen 2003) Screening and Utilization of Treatment in Mothers with Postnatal Depression in Germany. *The International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 13:247-256

**Ballestrem CL v, Strauß M, Häfner S, Kächele H.** (für 2001, erschienen 2003) Screening und Versorgungsmodalitäten von Müttern mit postpartaler Depression in Deutschland. *Internationale Zeitschrift für pränatale und perinatale Psychologie und Medizin* 13:309-319

**Bauer J, Häfner S, Kächele H, Wirsching M, Dahlbender RW.** (2003) Burn-out und Wiedergewinnung seelischer Gesundheit am Arbeitsplatz. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 53:213-222

**Bauer S, Percevic R, Okon E, Meermann R, Kordy H.** (2003) Use of Text Messaging in the Aftercare of Patients with Bulimia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 11: 279-290

**Golkaramnay V, Wangemann T, Dogs J, Dogs P, Kordy H** (2003) Neue Brücken für Lücken in der psychotherapeutischen Versorgung durch das Internet: Hoffnungen, Herausforderungen und ein Lösungsansatz. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 53: 399-405

**Häfner S.** (2003) Balint omnia vincit. *Balint-Journal* 4:82-83

**Höckele S, Häfner S.** (2003) Der professionelle Umgang mit den Medien. *Psychotherapeut* 48:272-279

**Höckele S, Häfner S.** (2003) Balint trifft Zauberberg. *Balint-Journal* 4:113-115

**Kächele H, Kordy H.** (2003) Indikation als Entscheidungsprozess. In: Adler R H, Herrmann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, Uexküll T von (Hrsg.) *Psychosomatischen Medizin – Modelle ärztlichen Denkens und Handelns*. 6. Auflage. Urban & Schwarzenberg, München, 425-436

**Kordy H, Bauer S.** (2003) The Stuttgart-Heidelberg Model of Active Feedback Driven Quality Management – Means for the Optimization of Psychotherapy Provision. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (3): 615-631

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

**Kordy H, Kächele H.** (2003) Ergebnisforschung in der Psychotherapie und Psychosomatik. In: Adler R H, Herrmann J M, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, Uexküll T von (Hrsg.) Psychosomatischen Medizin – Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. 6. Auflage. Urban & Schwarzenberg, München, 555–564

**Kraft S, Percevic R, Puschner B, Kordy H.** (2003) Änderungsmuster in der Psychotherapie: Abhängigkeiten im Verlauf psychischer, sozialer und körperlicher Gesundheit. Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie, 8 (2): 218-224

**Schmidt LR, Wolf M, Friedmann B.** (2003) Soziale Umwelten psychiatrischer Stationen unterschiedlicher Struktur: Evaluation mit computergestützter Verhaltensbeobachtung. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 35(2): 293-321

**Wietersheim J. von, Kordy H, Kächele H & MZ-ESS** (2003) Stationäre psychodynamische Behandlungsprogramme bei Essstörungen: Die Multizentrische Studie zur psychodynamischen Therapie von Essstörungen (MZ-ESS). In Herzog W, Munz D, Kächele H (Hrsg.) Essstörungen: Therapieführer und psychodynamische Konzept. 2. Auflage. Schattauer-Verlag, Stuttgart, New York, Wien, 3-15

### *Diplomarbeiten*

**Lengning S.** (2003) Differenzielle Auswertung der Helping Alliance. Diplomarbeit an der Eberhard-Karls-Universität, Tübingen

**Stranka S.** (2003) Therapeutenwechsel in der stationären Psychotherapie: Ursache und Wirkung. Diplomarbeit an der Universität Konstanz, Konstanz



## 10 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
- Advisory Editor der Zeitschrift Psychotherapy Research, Oxford University Press, Oxford
- Consultant Editor des Journal of Clinical Psychology, Wiley, New York
- Advisory Editor des European Eating Disorders Review, Wiley, London

## **11 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)

Vorstandsmitglied der Deutschen Balint-Gesellschaft e. V.

## **12 Wissenschaftliche Hilfskräfte, Doktoranden, Diplomanden**

### **Doktoranden:**

Bauer, Stephanie (Tübingen)  
Blickle, Wolfgang (Ulm)  
Percevic, Robert (Mannheim)  
Rabus, Viola (Ulm)  
Rast, Christiane (Ulm)  
Rondeck, Carla (Ulm)

### **Wissenschaftliche Hilfskräfte:**

Berlin, Galina (Stuttgart)  
Berlin, Olga (Stuttgart)  
Choi, Jung-Ah (Stuttgart)  
Carey, Monika (Stuttgart)  
Edelmayer, Ines (Stuttgart)  
Francic, Jasna (Tübingen)  
Gfrörer-Arnoldt, Cornelia (Stuttgart)  
Hagel, Jutta (Tübingen)  
Mohiyeddini, Fariba (Tübingen)  
Nikolaeva, Elena (Stuttgart)  
Pipia, Irakli (Stuttgart)  
Sahin, Osman (Tübingen)  
Schick, Michael (Stuttgart)  
Sommer, Silke (Stuttgart)  
Startzeva, Svetlana (Stuttgart)  
Tsaryova, Nathalya (Stuttgart)

**Diplomanden:**

Hagel, Jutta (Tübingen)

Lengning, Sonja (Tübingen)

King, Judith (Konstanz)

Kühn, Adelheid (Tübingen)

Stranka, Sylvia (Konstanz)

**Praktikanten:**

Francic, Jasna (Tübingen)

Hagel, Jutta (Tübingen)

Sahin, Osman (Tübingen)

