

systeme 2004, Jg. 18 (2): Seiten 114-132

FORSCHUNG

## **Systemische Therapie und die Zufriedenheit der KlientInnen**

*Stefan Geyerhofer, Johannes Ebmer, Katharina Pucandl*

### **Zusammenfassung**

Der Artikel untersucht die Bedeutung der KlientInnenzufriedenheit für die Qualitätssicherung in Systemischer Psychotherapie. Anhand einer am Institut für Systemische Therapie (IST) in Wien durchgeführten Evaluationsstudie werden die Ausgangssituation und konkrete Möglichkeiten zur Erfassung der KlientInnenzufriedenheit beschrieben. Ausgewählte, erste Ergebnisse zum Thema Dauer der Therapie, Anzahl der Sitzungen und zur Generalisierung erreichter Lösungen werden beispielhaft mit ihrem Nutzen für die konkrete therapeutische Arbeit, im Sinne der Erhaltung und Verbesserung der Qualität Systemischer Psychotherapie dargestellt. Die Bedeutung und Reliabilität von telefonischen Follow Up Befragungen für die Erfassung von Therapieerfolgen wird diskutiert.

Schlüsselwörter: Qualitätssicherung in der Psychotherapie, Systemische Therapie, Effizienzstudie, KlientInnenzufriedenheit

### **Abstract**

The Article investigates the importance of clients' satisfaction for quality management in Systemic Psychotherapy. Based on an evaluation study conducted at the Institute for Systemic Therapy (IST) in Vienna, the "status quo" and concrete possibilities for evaluation of clients' satisfaction with therapy will be described. Selected results around issues like duration of treatment, number of sessions and the generalization of solutions are reported in regards to their usefulness for therapeutic practice and the improvement of quality in Systemic Psychotherapy. The reliability and meaning of Telephone Follow Ups for the evaluation of therapy outcome will also be investigated.

Keywords: Quality Management in Psychotherapy, Systemic Therapy, Efficiency Study, Clients Satisfaction with Psychotherapy

### **Zur Ausgangssituation**

Als wir 1995 die ersten Überlegungen anstellten, KlientInnen hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit Psychotherapien zu befragen, erholte sich die KollegInnenschaft der PsychotherapieforscherInnen gerade vom „Grawe-Schock“. Auch wir hatten uns durch das neue „Standardwerk“ zur Beforschung unserer therapeutischen Arbeit durchgekämpft und eine mehrwöchige, depressive Verstimmung hatte sich breit gemacht. Sollte es das wirklich gewesen sein? Sind das jetzt die Standards für die Beforschung von

Psychotherapie? Sollen wir wirklich das ganze Gebiet den Universitätsinstituten und Kliniken überlassen? Was gäbe es da sonst noch für uns zu tun? Denn es war klar: Die von Grawe et al. (1994) mehr oder weniger explizit vorgeschlagenen Standards waren an einem privaten Therapieinstitut wie unserem nicht umsetzbar – zumindest nicht, ohne die Qualität der therapeutischen Arbeit zu gefährden. Zu uns kamen (und kommen auch heute noch) KlientInnen (Einzelpersonen, Paare und Familien) die genau das nicht wollten, die zum Großteil mit ihren privaten Mitteln für eine möglichst effiziente Behandlung aufkamen, ohne jegliches Bedürfnis vor, während und nach der Therapie einen Stoß Fragebögen auszufüllen, bzw. vor Therapiebeginn in eine von mehreren Behandlungsgruppen eingeteilt zu werden.

Die Diskussion zum Thema Qualitätssicherung in der Psychotherapie war damals gerade erst ins Laufen gekommen. In Österreich hatte sich unter der Leitung von Anton Laireiter (vergleiche Laireiter 1995) eine Arbeitsgruppe zum Thema gebildet. Zwar waren sich alle Anwesenden einig, dass die Zufriedenheit der KlientInnen ein wesentlicher Faktor für die Qualität einer Psychotherapie sein müsste, aber bei der Idee, die eigenen KlientInnen explizit nach ihrer Zufriedenheit mit dem Therapieprozess, mit dem Ergebnis (wahrgenommene Veränderung) oder gar mit der Person und dem Handeln des/der Therapeuten/in zu befragen, wurde so manchen KollegInnen unwohl (Interpretation der AutorInnen). Also wurde die Diskussion mit viel Engagement weitergeführt. Konkrete Ergebnisse für die Praxis ließen aber noch lange auf sich warten.

Jahre später erinnerte uns Morbitzer (2003) an die damalige Situation. In einer Befragung von 126 BeraterInnen zeigte sich ein deutlicher Trend in Richtung eines eher geringen Interesses an katamnestischen Befragungen. Ein großer Teil der Befragten bewertete Nachuntersuchungen auch als mögliche Quelle der Kritik an der eigenen Arbeit, was eine natürliche Motivationshemmung darstellen dürfte. Morbitzer schloss daraus auf die Notwendigkeit, dem subjektiv erlebten Risiko einen eindeutigeren und unmittelbareren Nutzen für die Alltagspraxis gegenüberzustellen (Morbitzer 2003).

Genau das hatten wir schon damals vor zu tun, und wir waren infiziert worden von den Ideen der Qualitätssicherung in der Psychotherapie. Rasch wollten wir eine Möglichkeit finden, Teile daraus an unserem Institut umzusetzen. Wen kümmert schon best standardisierte Psychotherapieforschung? Was wir immer schon wollten, war die Sicherung unserer Arbeitsqualität! Grawe und die depressive Verstimmung waren überwunden. Wir wussten wieder, wohin es gehen sollte. Besonders die Frage der KlientInnenzufriedenheit beschäftigte uns in den konkreten Planungen. Dabei waren uns Franz Piribauers Worte (Piribauer 1995) in ständiger Erinnerung. Denn er hatte uns darauf hingewiesen, dass zur Erlangung des Malcolm Baldrige Awards (Auszeichnung für vorbildliches Qualitätsmanagement) 1000 Punkte erreichbar waren, und mit 300 Punkten und 28 von 99 Fragen die KundInnenzufriedenheit die am weitaus höchsten bewertete Kategorie war. Wollten wir Qualitätssicherung ernst nehmen, konnte also kein Weg an einer seriösen Evaluation der Zufriedenheit unserer KlientInnen mit den therapeutischen Behandlungen vorbei führen.

Außerdem war die Ausstattungsqualität am Institut zum damaligen Zeitpunkt bereits sehr gut. Die Prozessqualität übertraf (sieht man von standardisierten Prozessevaluationen ab) die für die Privatpraxis vorgeschlagenen Standards. Alle TherapeutInnen am IST waren ausgebildete und eingetragene PsychotherapeutInnen (alle mit Zusatzbezeichnung Systemische Familientherapie), es fanden wöchentliche Intervisionen zur Reflexion des gesamten diagnostisch-therapeutischen Prozesses statt, in schwierigen Situationen hatten die TherapeutInnen die Möglichkeit eine/n Kollegen/in oder sogar das ganze Team zuzuziehen (CO-Therapien, Consulting Center). Es gab regelmäßige Klausuren, die im Sinne von Qualitätszirkeln auch der fachlichen Reflexion dienten, regelmäßige, interne Weiterbildungen für das TherapeutInnenteam und eine jährliche Fachtagung zur erweiterten Reflexion im KollegInnenkreis. So fanden wir in einer verbesserten Evaluation der Ergebnisqualität die größte Herausforderung.

Bestätigt wurden wir durch die vorhandenen Arbeiten zum Thema Qualitätsmanagement im Gesundheitsbereich, in denen wiederholt auf die gleichen drei Faktoren hingewiesen wird:

1. Wahrnehmung der Qualität der Ergebnisse durch TherapeutInnen und KlientInnen
2. Anzahl der Sitzungen und die Dauer der Behandlung
3. Zufriedenheit der KlientInnen mit dem Ergebnis und dem Verlauf der Therapie

Die Richtung war also vorgegeben. Gute, wissenschaftliche Psychotherapieforschung war an unserem privaten Institut kaum durchführbar. Es konnte also nur in Richtung einer guten, klinischen Evaluierung (vergleiche dazu Steiner 1986) gehen. Wir wollten besser als bisher die Zufriedenheit unserer KlientInnen mit dem Verlauf und dem Ergebnis der Therapien erfassen (Ergebnisqualität), und die Rückmeldungen aus diesen Evaluationen wieder mit unserer therapeutischen Arbeit (Prozessqualität) rückkoppeln. Ergebnisse sollten sich in konkreten Veränderungen unserer Vorgehensweise in Therapien widerspiegeln. Zuerst ging es aber darum zu schauen, was wir bisher in diesem Bereich gemacht hatten, was davon ausbaubar war, und was andere KollegInnen in dieser Richtung bereits gemacht hatten.

### **Was wir bereits gemacht hatten?**

Wir konnten bei Beginn unserer Untersuchung bereits auf eigenen Erfahrungen aufbauen. Gemeinsam mit Yasunaga Komori hatten Johannes Ebmer und Stefan Geyerhofer in einer länderübergreifenden Parallelstudie Follow Up Telefonate mit den KlientInnen von Psychotherapien, in denen mindestens ein Kind als Symptomträger identifiziert worden war, durchgeführt (Geyerhofer u. Komori 1995, 1999, 2004). Am Institut für Systemische Therapie in Wien und an der Universitäts-Kinderklinik in Gifu (Japan) waren insgesamt 60 Familientherapien untersucht worden. Die zur Anwendung gekommene, therapeutische Vorgehensweise integriert problemorientierte, strategische Modelle, lösungsorientierte Ansätze und narrative Ansätze (Geyerhofer u. Komori 1995, 1999, 2004). In der Durchführung der Follow Ups hatten wir uns an die Fragestellungen gehalten, die bereits in ähnlichen Untersuchungen verwendet worden waren (Weakland et al. 1974; Fisher 1984; de Shazer 1989, 1991; Nardone u. Watzlawick 1993; Macdonald

1994). Wir hatten standardmäßig die folgenden Fragen in einem Telefongespräch mit der/dem BeschwerdeführerIn sechs Monate nach der letzten gemeinsamen Therapiestunde gestellt:

1. Als Sie das erste Mal ans Institut kamen, waren Sie besorgt um ..... Ist diese Besorgnis heute a) mehr b) gleich c) weniger? Anmerkungen dazu:
2. Sind, seit Sie das letzte Mal am Institut waren, andere Probleme aufgetaucht? Wenn ja, welche?
3. Haben Sie, seit Sie das letzte Mal am Institut waren andere Probleme lösen können? Wenn ja, welche?
4. Haben Sie, seit Sie das letzte mal am Institut waren weitere Hilfe/Behandlung in Anspruch genommen? Wenn ja, welche Art von Unterstützung/Behandlung? Für das selbe oder für ein anderes Problem?

Die Ergebnisse der damaligen Parallelstudie bestätigten ähnliche Untersuchungen von KollegInnen in anderen Institutionen (siehe oben), und zeigten auf, dass die Integration der drei gängigsten, systemischen Therapieansätze nicht nur theoretisch sinnvoll ist, sondern sich auch mit Erfolg in die Familientherapeutische Praxis umsetzen lässt. Damals konnten 60% aller Familientherapien am Institut für Systemische Therapie als Therapieerfolg (vergleiche Kodierungsschema weiter unten) bezeichnet werden, bei weiteren 27% hatte sich die Situation rund um das Problem (bzw. Symptom) signifikant verbessert, in 13% gab es keinerlei Veränderungen. Wir wollen an dieser Stelle die Ergebnisse aus der Parallelstudie nur mehr in einer Tabelle und einer Grafik zusammenfassend in Erinnerung rufen.

|                                  | <b>IST (Wien)</b> | <b>Kinderklinik (Gifu)</b> |
|----------------------------------|-------------------|----------------------------|
| <b>Variablen:</b>                |                   |                            |
| Durchschnittliche Sitzungsanzahl | 3                 | 4                          |
| Mindestsitzungsanzahl            | 1                 | 1                          |
| Höchstsitzungsanzahl             | 11                | 10                         |
| Anzahl der Therapien             | 34                | 26                         |
| <b>Ergebnisse:</b>               |                   |                            |
| Erfolg                           | 18 (60%)          | 16 (61%)                   |
| Verbesserung                     | 8 (27%)           | 3 (12%)                    |
| Keine Veränderung                | 4 (13%)           | 3 (12%)                    |
| Verschlechterung                 | -                 | -                          |
| Datenverluste (Drop Outs)        | -                 | 4 (15%)                    |

Tabelle 1: Ergebnisse aus der Parallelstudie am Institut für Systemische Therapie (IST) in Wien und der Universitäts Kinderklinik in Gifu (Geyerhofer & Komori, 1999; Geyerhofer & Komori, 2004)

## Institute for Systemic Therapy

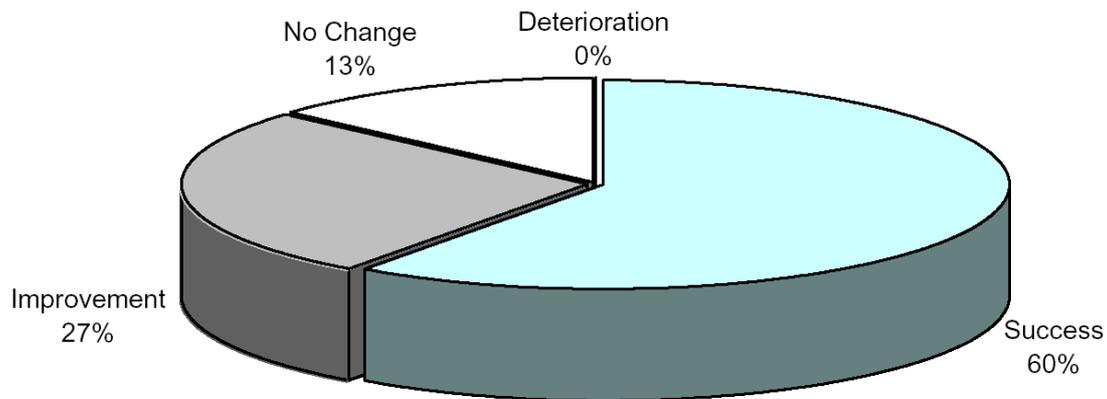


Abbildung 1: Ergebnisse der Telefon Follow Ups am Institut für Systemische Therapie (IST) in Wien (Geyerhofer & Komori, 1995, 1999, 2004)

Geyerhofer und Komori (1995, 1999, 2004) haben damals die Integration von 1. problemorientierter, strategischer Therapie, 2. lösungsorientierter Therapie und 3. narrativen Ansätzen auf theoretischer Ebene, an Hand von Guidelines für die therapeutische Praxis und mit kurzen Fallbeispielen erläutert. Auf den Erfahrungen der Evaluationsstudie, die erstmals die Integration dieser Ansätze auch statistisch untermauert, konnten wir in unserem neuen Anliegen aufbauen.

### Was wir machen wollten?

Wir wollten einige Schritte weiter in Richtung einer professionelleren Evaluation der Ergebnisqualität machen. Telefon Follow Ups hatten sich als brauchbare Indikatoren für Therapieerfolge erwiesen. Aber welche Aussagekraft können sie für die Zufriedenheit der KlientInnen mit Psychotherapie haben? Wie gut sind sie wirklich, wenn es darum geht, eine Rückmeldung über das Therapieergebnis von Seiten der KlientInnen zu erhalten? Wie berechtigt war die Kritik, dass KlientInnen am Telefon lieber das erzählen, was die ehemaligen TherapeutInnen vermutlich hören wollen (soziale Erwünschtheit)?

Die erste Studie war als Parallelstudie über zwei Länder (auf zwei verschiedenen Kontinenten) angelegt und hatte auch deshalb einige Mängel. So wurden zum Beispiel die „Drop Outs“ unterschiedlich festgehalten. Während sie in der Kinderklinik in Japan aus der Studie herausfielen und extra kodiert wurden, wurden sie am Institut für Systemische Therapie wie alle anderen Therapien mitevaluiert, was zu unterschiedlichen Ergebnissen führte (vergleiche Tabelle 1). Wir wollten auch diese Schwierigkeiten beseitigen und legten uns auf eine institutsinterne Studie fest.

Während wir in der ersten Follow Up Studie ausschließlich Familientherapien (Therapien, in denen mindestens ein Kind als Symptomträger identifiziert worden war)

evaluiert hatten, wollten wir uns jetzt auf Einzeltherapien und Paartherapien konzentrieren. Immerhin waren schon damals ca. die Hälfte aller Psychotherapien am IST Einzeltherapien und ca. 25% Paartherapien. Wir hatten also bis zum damaligen Zeitpunkt erst ca. ein Viertel unseres gesamten Arbeitsbereichs standardmäßig evaluiert. Mit dem nächsten Schritt erhofften wir uns auch, in einer absehbaren Zeit zu einer größeren Datenmenge zu kommen.

Und wir wollten dem bewährten Instrument Telefon Follow Up ein anderes hinzufügen. Es sollte ein Fragebogen erstellt werden, der die Zufriedenheit von KlientInnen mit dem Prozess und dem Ergebnis einer Psychotherapie erfassen konnte. Dieser sollte erstens Aufschluss geben über die Reliabilität der von uns gemachten Telefon – Befragungen. Zweitens sollte er uns Daten über die subjektive Einschätzung der KlientInnen zum Ergebnis der Therapie, aber auch zum Verlauf geben. Um zu möglichst ehrlichen Antworten zu kommen, wollten wir den Fragebogen anonymisiert zusenden, aber den KlientInnen die Möglichkeit geben, den Namen anzugeben. Nur so konnte es in der Datenanalyse möglich werden, den Bezug zur Therapiedokumentation und zu den Telefon Follow Ups herzustellen.

Weiters wollten wir die Evaluation unserer therapeutischen Arbeit nicht zur Gänze selbst durchführen. Um mögliche Vorerwartungen und Vorannahmen auszuschließen, wurde die Analyse und Präsentation der gesammelten Daten an ein Forschungsteam unter der Leitung von Katharina Pucandl vergeben. Gemeinsam mit Isabelle Sunley (Universität Wien) und Maria Bytchkova (Webster University) wurden die Ergebnisse am 18. Dezember 1998 dem Institutsvorstand und dem TherapeutInnenteam des IST präsentiert.

### **Was andere bereits getan hatten?**

Wir wollten uns in unserer Studie an vorhandene, bereits erprobte Konzepte zur Sicherstellung und Gewährleistung von Behandlungsqualität im Gesundheitsbereich halten. Immerhin haben z.B. die Krankenkassen die Verpflichtung bei der Verteilung der Gelder ihrer Versicherten nach Qualitäts Gesichtspunkten (wie Zweckmäßigkeit, ökonomische Vertretbarkeit und Effektivität der Therapie) zu handeln. Auch Laireiter (1995) betont die Wichtigkeit der Erhebung von Ergebnisqualität in der Psychotherapie und nennt u.a. als Effektivitätsmaße die oben bereits aufgelisteten Faktoren: Behandlungsdauer, KlientInnenzufriedenheit und die von KlientInnen und TherapeutInnen wahrgenommenen Veränderungen. Er schlägt vor, Konzepte und Modelle im Bereich der Qualitätssicherung so zu gestalten, dass sie möglichst leicht in den klinischen Alltag integriert werden können. Das war auch unsere Intention. Die Befragung sollte möglichst leicht in die Praxis unseres privaten Therapieinstituts integrierbar sein. Es galt also zuerst, sich einen Überblick zu verschaffen.

Bei der Erstellung des Fragebogens und bei der Durchführung unserer Studie konnten wir uns nicht nur auf eigene Erfahrungen stützen, sondern auch auf die Arbeiten von KollegInnen. Einige vergleichbare Studien waren damals bereits publiziert worden, zahlreiche andere KollegInnen sandten uns auf Anfrage noch unveröffentlichte Fragebögen, Manuskripte und Berichte zu. Wir wollen diese im Folgenden kurz

zusammenfassen, ohne jedoch im Detail auf die Ergebnisse einzugehen. Sie stellen nicht nur die Basis für unsere Studie dar, sondern fassen auch (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) die Entwicklung der Zufriedenheitsbefragung von KlientInnen in der Systemischen Therapie zum damaligen Zeitpunkt zusammen.

Viele der frühen Evaluationsstudien und KlientInnen-Befragungen beruhten auf den schon erwähnten und dargestellten telefonischen Follow Up Untersuchungen. Erstmals wurden die vier „Standardfragen“ (siehe oben) von Weakland et al. (1974) am Mental Research Institute (MRI) in Palo Alto an 97 KlientInnen, 6 Monate nach Therapieabschluss, gerichtet. Mittels telefonischer Follow Ups erfragten sie die subjektive Veränderung der Beschwerden, die die KlientInnen ursprünglich in Therapie gebracht hatten, das Auftreten neuer Probleme, mögliche Verbesserungen und Lösungen anderer Probleme, eventuelle gleichzeitige oder nachfolgende Behandlungen. Bei 72% der KlientInnen war die Therapie erfolgreich (Symptom und Beschwerde waren nicht mehr vorhanden, keine weitere Behandlung war notwendig) oder es konnte zumindest eine Verbesserung verzeichnet werden.

Andere Studien (Fisher 1984; de Shazer 1989, 1991; Nardone u. Watzlawick 1993; Macdonald 1994) lehnten sich an dieses Fragenformat an. De Shazer (1989) und sein Team erhoben die Therapieerfolge per telefonischem Follow Up. 6 Monate nach Beendigung der Therapie gaben 82% der 28 KlientInnen an, dass sich das Problem verbessert oder gelöst hatte. Nardone u. Watzlawick (1993) untersuchten mit ähnlichen Mitteln und Fragen den Erfolg Systemischer Kurzzeittherapie bei phobischen Störungen, Zwangsstörungen, Depressionen und anderen Problembereichen. Je nach Diagnosegruppe berichten sie von Therapieerfolgen zwischen 60 und 82%. Die durchschnittliche Sitzungsanzahl der 201 Einzeltherapien lag bei 14 Sitzungen.

Macdonald (1994) legte seinen KlientInnen an einer Psychiatrischen Klinik, sowie deren HausärztInnen ein Jahr nach Ende der Therapie (Strategische Kurztherapie durch ein multiprofessionelles Team) einen Fragebogen mit eben diesen vier Fragen vor, fügte aber zwei offene Fragen zum Therapiesetting und zum Therapiestil hinzu. 65% der KlientInnen und 71% der ÄrztInnen beurteilten die Therapien rückblickend als Erfolg oder als Verbesserung.

In einer Untersuchung zur Effektivität von lösungsorientierter Kurztherapie in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis evaluierte Burr (1993) den Erfolg der Therapien mittels Fragebogen, der den KlientInnen 6-12 Monate nach der Therapie ausgehändigt wurde. Auch seine Fragen waren mit denen von Weakland et al. (1974) und de Shazer (1989) identisch. 77% von 34 KlientInnen gaben an, das Problem habe sich gebessert.

Stolk u. Perlesz (1990) evaluierten die Zufriedenheit von 176 KlientInnen aus 73 Familientherapien, die im Rahmen einer Familientherapieausbildung von AusbildungskandidatInnen durchgeführt wurden, um zu untersuchen ob die Zufriedenheit mit der Therapie mit zunehmender Dauer der Ausbildung stieg. Zur Erfassung der Zufriedenheit mit dem Ausgang und dem Verlauf der Therapien verwendeten die

AutorInnen eine modifizierte Version eines Fragebogens von Fawns u. McMullin (1985), der zum damaligen Zeitpunkt bereits in zwei Fassungen vorlag – einer für KlientInnen und einer für TherapeutInnen. Stolk u. Perlesz (1990) beschreiben im Abschluss die Auswirkung der überraschenden Ergebnisse (die Zufriedenheit sank mit Dauer der Ausbildung) auf die weitere Gestaltung der Ausbildung. Für uns war diese Studie einerseits ein schönes Beispiel für angewandte Qualitätssicherung in der Therapieausbildung, andererseits Quelle für Anregungen bei der Erstellung unseres Fragebogens.

Kaimer u. Schiepek (1991) erhoben für ihren Tätigkeitsbericht an der Universität Bamberg allgemeine Angaben zu den KlientInnen einer psychologischen Forschungs- und Beratungsstelle, Informationen zum Verlauf der integrierten problem- und lösungsorientierten Therapie und die Einschätzung der KlientInnen über die Erreichung der Therapieziele. 60 % der 26 KlientInnen konnte bei der Erreichung ihrer Therapieziele geholfen werden. Der Leitfaden für Follow Up Interviews weist ebenfalls Fragen nach der momentanen Problemsicht, nach weiteren Behandlungen, zur Generalisierung von Problemlösungen auf, aber auch Fragen über Mängel in der Therapie, wichtige Therapieprozesse und Wünsche für die Zukunft.

In einer Studie der Wesley Central Mission in Australien erweiterten Robinson (1992) und ihre KollegInnen am „Perth Center of Brief Therapy“ drei der vier Standardfragen mit Fragen zur generellen Zufriedenheit der KlientInnen mit der Therapie und auch mit einigen spezifischeren Fragen zu Veränderungen im Verhalten und zurzeit nach der Behandlung.

Honsig u. Nausner (1994) versuchten in ihrem Projekt „Allgemeinmedizin und Systemische Therapie“ zu zeigen, dass bei vielen chronischen Krankheitsverläufen eine Besserung der Symptomatik und die Entwicklung von neuen Bewältigungsstrategien möglich sind. In einer gemeinschaftlichen Allgemeinpraxis wurden nach einem Erstgespräch 20 Fälle für eine dreijährige Systemische Therapie ausgewählt. Für das Follow Up mit den KlientInnen verwendeten sie einen Fragebogen, der sich an die oben erwähnten 4 Fragen anlehnt. Statt der Frage nach der Symptomverschiebung wollten sie von den KlientInnen wissen, was ihrer Meinung nach hilfreich war. Mit den behandelnden HausärztInnen wurde ebenfalls ein schriftliches Follow Up durchgeführt. 80% der KlientInnen und 65% der behandelnden ÄrztInnen gaben an, die Therapie hatte positive Effekte (Verbesserung der Symptome, weniger Behandlungen etc.).

Reiter, der bereits 1985 mit Wiener KollegInnen eine katamnestiche Untersuchung durchgeführt hatte (Reiter et al. 1985), untersuchte gemeinsam mit Steiner, Ahlers, Vogel u. Wagner (1993) im Rahmen einer klinischen Evaluierung (vergleiche dazu Steiner 1986) die Zufriedenheit der KlientInnen (Paare und Familien) mit Psychotherapien, in denen ein Reflektierendes Team zur Anwendung gekommen war. Etwa 1 Jahr nach Abschluss der Therapie fanden 13 halbstandardisierte Interviews mit insgesamt 21 Personen statt. Ein unabhängiger Interviewer stellte Fragen nach der generellen Zufriedenheit mit der Therapie, nach der Erfolgs- und Misserfolgsbeurteilung, nach Empfehlungen für die TherapeutInnen, einer Beurteilung zum Einsatz des

Reflektierenden Teams und spezifische Fragen zum Therapieverlauf (Reiter et al. 1993). Die AutorInnen zeigen abschließend an Hand von Hypothesen auf, welche Implikationen die Ergebnisse für die Praxis der Arbeit mit dem Reflektierenden Team haben können. Für uns war dies ein praxisnahes Beispiel von Qualitätssicherung in der Systemischen Therapie, wie auch wir sie vor Augen hatten.

Ludewig, Schwarz u. Kowerk (1984) beschreiben ihre Erfahrungen aus 12 Therapien mit Familien mit „psychotischen“ Jugendlichen. Besonders beeindruckt hat uns dabei weniger die Auflistung der Ergebnisse aus den telefonischen Nachbefragungen, sondern wie das TherapeutInnenteam aus einer mehr oder weniger beiläufigen Erfahrung (der überdurchschnittlich lange Fortbestand des therapeutischen Systems trotz Kürze der Therapien) aus dieser Befragung neue Ideen für ihr therapeutisches Vorgehen mit dieser KlientInnengruppe gewann. Genauso stellten wir uns praktisches Qualitätsmanagement in der Psychotherapie vor. Diese und eine weitere Studie (Ludewig u. Schwarz 1984) führten zu zwei größeren Katamnese-Studien an der Abteilung für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie der Universität Hamburg, bei denen ein eigens entwickelter Fragebogen zum Einsatz kam (Ludewig 1993). In der ersten Studie wurden 64 Familien zwei Jahre nach Beendigung der Therapie mittels einer ersten Fassung des Hamburger Evaluationsfragebogens HEF untersucht. Nach einer Revision des Fragebogens wurden in einer zweiten Untersuchung 161 Familien erfasst. Der HEF umfasst Fragen zum Verlauf der Therapie, zum Zeitraum danach, zur Zufriedenheit mit den Therapiebedingungen und mit dem aktuellen Zustand innerhalb der Familie (Ludewig 1993). Wir konnten uns bei der Erstellung unseres Fragebogens an die damals vorliegende Fassung des HEF anlehnen.

Berger Bertschinger (1996) erfasste in ihrer Untersuchung die Therapieerfolge aus Sicht der KlientInnen aus 14 Systemischen Familientherapien, sowie die Art der Beziehung zwischen KlientInnen und TherapeutInnen. Zur Erfassung des Therapieerfolges wurde der VEV-Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens von Zielke u. Kopf-Mehnert (1978) eingesetzt, der eine quantitative Einschätzung der subjektiv wahrgenommenen Veränderungen im Erleben und Verhalten der KlientInnen ermöglicht. Mittels eines KlientInnen-Fragebogens wurden weitere Informationen und Rückmeldungen über die Therapie, sowie für die KlientInnen bedeutende Therapievariablen gesammelt.

Moser-Haindl (1995) führte in ihrer Privatpraxis für Systemische Einzel-, Paar, und Familientherapie 6-15 Monate nach der Therapie eine schriftliche Evaluation durch. Ihr Fragebogen bestand aus zwei Teilen. Der erste Teil beinhaltete vier Fragen, die den Fragen in unserem Telefon Follow Up glichen, der zweite Teil erfasste ebenfalls die KlientInnen-TherapeutInnen-Beziehung.

Stiehl-Werschak u. Pfundt (1991) untersuchten an Hand einer katamnestic Nacherhebung von 36 KlientInnen einer verhaltenstherapeutischen Praxis die Grundannahmen zur Psychotherapie von de Shazer (1985). Die KlientInnen erhielten einen eigens entwickelten Therapie-Erfolgs-Kontrollbogen (TEK'90) in Anlehnung an die Katamnesefragen (siehe oben) und die „12 Lösungstüren“ von de Shazer (1985), der

in einem halbstandardisierten Interview oder postalisch vorgelegt wurde. Auf einer 5-stufigen Skala sollten die KlientInnen bewerten, ob sich bestimmte Variablen (z.B. Vorhersagbarkeit und Beeinflussbarkeit der Beschwerden, Verhaltensänderungen anderer Menschen, Zuversicht, Verhalten der TherapeutInnen, Ablauf der Gespräche etc.) seit Therapiebeginn verändert haben, bzw. ob sie einen Einfluss auf die jetzige Befindlichkeit hatten. Die Autoren konnten bestätigen, dass die Veränderung der Zuversicht (positive Erwartungshaltung) ein entscheidender Faktor für den Erfolg der Therapie ist. Weiters schien sich die Beeinflussbarkeit der Beschwerden positiv auf den Therapieerfolg auszuwirken, und das Auftreten geringer Veränderungen in einem Bereich ausreichen, um den Prozess der Lösung in Gang zu bringen. Stiehl-Werschak u. Pfundts Untersuchung bot nicht nur Ermutigung in unserem eigenen Vorhaben, sondern auch zahlreiche Ideen für unseren Fragebogen.

### **Zur Durchführung der Befragung**

Die KlientInnenzufriedenheitsbefragung wurde ab September 1996 am Institut für Systemische Therapie durchgeführt. Johannes Ebmer, Stefan Geyerhofer, Barbara Raggautz und Sabine Sommerhuber sammelten die Daten aus 99 Einzeltherapien und 38 Paartherapien. Im September 1998 standen dem unabhängigen Forschungsteam unter Leitung von Katharina Pucandl insgesamt 159 Datensätze zur Verfügung – 99 davon aus Einzelspsychotherapien und 60 aus den insgesamt 38 Paartherapien. Von 16 ehemaligen KlientInnen aus den Paartherapien konnte zum Zeitpunkt des Follow Ups der Aufenthaltsort nicht mehr eruiert werden, oder sie wollten an der Evaluation nicht teilnehmen. 47,5% aller KlientInnen in den Einzeltherapien waren Männer, 52,5% Frauen. Der jüngste Klient war 14, die Älteste 64 Jahre alt (Altersdurchschnitt 34,2 Jahre). Das Durchschnittsalter in den Paartherapien betrug 35,5 Jahre.

Für die Datenerhebung standen drei Datenerfassungsbögen zur Verfügung:

1. Therapiedokumentationsblatt
2. Telefon - Follow Up - Datenblatt
3. Fragebogen zur KlientInnenzufriedenheit – Client Satisfactory Survey (CSS)

Das Therapiedokumentationsblatt wurde nach Beendigung der Therapie von den jeweiligen TherapeutInnen ausgefüllt, und beinhaltet folgende Informationen über die KlientInnen und die erfolgte Psychotherapie:

1. Name des/der Therapeuten/in und ev. Co-Therapeuten/in
2. Geschlecht, Alter, Wohnort und Beruf aller anwesenden KlientInnen
3. Identifikation der BeschwerdeführerInnen und der identifizierten PatientInnen
4. Art der Therapie (Einzel-, Paar-, Familientherapie)
5. Setting (Therapie mit einer/einem Therapeutin/en, Co-Therapie, „Consulting Center“ – Teamsetting)
6. Dauer der Therapie in Monaten
7. Anzahl der Sitzungen
8. Zeitlicher Abstand der Sitzungen (Durchschnitt)
9. Eventuelle, gleichzeitige andere Behandlungen (Art der Behandlung)

10. Überweisungsmodus
11. Beschwerde/Problembereich
12. Diagnose und ev. Zweitdiagnose
13. Anzahl bisheriger HelferInnen
14. Dauer der Symptomatik, Beschwerden (akute oder chronische Problematik)
15. Beendigung der Therapie (Abschluss, weiterverwiesen, Abbruch)

Alle KlientInnen wurden in der letzten Therapiestunde über das bevorstehende telefonische Follow Up informiert. Diese Information entfiel bei jenen KlientInnen, die die Therapie abbrachen ohne Kontakt mit uns aufzunehmen. Auch mit diesen KlientInnen, sowie mit allen anderen erfolgte sieben Monate nach der letzten Therapiestunde ein telefonisches Follow-up, bei dem die bereits aufgelisteten (siehe oben) Fragen im Rahmen eines kurzen Gesprächs gestellt wurden. Die Antworten wurden am Telefon - Follow Up - Datenblatt notiert und später vom Forschungsteam kodiert. Die Kodierung der Gesamtbewertung der Therapieerfolge erfolgte wie auch schon bei der ersten Studie (Geyerhofer u. Komori 1995, 1999, 2004) in Anlehnung an vergleichbare Follow Up Untersuchungen (Weakland et al. 1974; de Shazer 1991; Nardone u. Watzlawick 1993) nach folgendem Kodierungsschema:

|                   |   |
|-------------------|---|
| Therapieerfolg    | Sowohl die Symptome als auch die Besorgnis sind verschwunden und es wurde keine weitere Therapie beansprucht                          |
| Verbesserung      | Entweder das Symptom oder die Besorgnis sind noch vorhanden (oder zumindest teilweise)  |
| Keine Veränderung | Frage 1 im Follow Up wurde mit „gleich“ beantwortet, und /oder es wurde weitere Therapie für das gleiche Problem in Anspruch genommen |
| Verschlechterung  | Frage 1 im Follow Up wurde mit „mehr“ beantwortet, und es wurde weitere ambulante oder stationäre Therapie in Anspruch genommen       |

Bei Zustimmung der KlientInnen wurde der Fragebogen zur Erhebung der Zufriedenheit mit den therapeutischen Gesprächen und dem Ergebnis zugesandt. Diesem war ein frankiertes Antwortkuvert beigelegt. Es gab die Möglichkeit, am Ende des Fragebogens den Namen bekannt zu geben, oder den Fragebogen anonym auszufüllen und zurückzuschicken. Das „Clients Satisfactory Survey (CSS)“ selbst besteht aus 40 Fragen. 22 Fragen beziehen sich auf die Zeit während der Therapie, auf spezifische Situationen im Verlauf der Gespräche und auf die Zufriedenheit mit dem Verhalten der TherapeutInnen. 18 weitere Fragen richten sich an die Einschätzung der Zufriedenheit mit dem Ergebnis, der Zeit nach der Therapie und der Wahrnehmung der Veränderungen. Alle Fragen werden auf einer fünfstufigen, bipolaren Skala beantwortet. Die Analyse der Daten legt eine Gruppierung der 40 Items des CSS in die folgenden 8 Faktoren nahe:

1. Zufriedenheit mit den Vorschlägen/Interventionen der TherapeutInnen (z.B. Fragen 4, 6, 9, 16, ....)
2. Zufriedenheit mit der Therapiesituation, dem therapeutischen Rahmen und dem allgemeinen Verhalten der TherapeutInnen (z.B. Fragen 3, 5, 14, 17, 39, ....)

3. Kontrollwahrnehmung (z.B. Fragen 1, 10, 11, 12, 13, 21, 22, ....)
4. Zufriedenheit mit dem Ergebnis der Therapie – Problemlösung (z.B. Fragen 23, 25, 29, 34, ....)
5. Wahrnehmung der Veränderung auf Handlungsebene (Verhalten) (z.B. Fragen 30, 31, 33, 38, ....)
6. Wahrnehmung der Veränderung auf Wahrnehmungs- und Kognitiver Ebene (Sichtweisen, Gedanken, ...) (z.B. Fragen 35, 37, ....)
7. Symptomverschiebung (z.B. Fragen 24, 40, ....)
8. Generalisierung von Lösungen (z.B. Fragen 26, 27, ....)

### **Einige grundlegende Ergebnisse**

Die 99 Einzeltherapie-KlientInnen (davon 52,5% Frauen) nahmen durchschnittlich 9 Therapiesitzungen in Anspruch, wobei die Therapie im Schnitt 5,5 Monate dauerte. 68,7% der KlientInnen nahmen 1-10 Sitzungen in Anspruch, 22,2% 11-20 Sitzungen, 7,1% 21-30 Sitzungen und 2% mehr als 30 Sitzungen. Der durchschnittliche Abstand zwischen den Sitzungen betrug 2,2 Wochen. Anzumerken ist, dass der Sitzungsabstand in vielen Therapien variierte. So wurde häufig mit einwöchigen Abständen begonnen, dann auf 14-tägige Abstände verlängert. Gegen Ende der Therapien waren auch Abstände von 4-12 Wochen (im Sinne von Follow Up Sitzungen) beobachtbar. 32,3% der KlientInnen aus den Einzeltherapien waren gleichzeitig auch noch in anderen Behandlungen – ein Großteil (71%) davon in ärztlicher Behandlung. 64,6% der KlientInnen kamen mit Beschwerden und Symptomen an das IST, die bereits länger als ein Jahr andauerten, und wurden daher vom Forschungsteam als „chronisch“ kodiert. 23,2% davon hatten bereits vor der Therapie am IST andere therapeutische Hilfe in Anspruch genommen. 71,1% der Einzelspsychotherapien im Beobachtungszeitraum wurden von den TherapeutInnen als „Abschluss“ bezeichnet, 28,9% wurden als „Therapieabbruch“ kodiert. In diesen Fällen sind die KlientInnen entweder einfach nicht mehr zur vereinbarten Therapiestunde erschienen, oder haben telefonisch oder persönlich die Therapie von sich aus und ohne weiteres Gespräch beendet. Auch mit diesen KlientInnen wurde nach 7 Monaten ein Follow Up durchgeführt, und bei Einverständnis ein Fragebogen zugeschickt. 13,1% aller KlientInnen wurden bei Abschluss der Therapie an eine andere Einrichtung weiterverwiesen.

Aus den 38 Paartherapien lagen am Ende des Evaluationszeitraums 60 Datensätze vor. Die durchschnittliche Sitzungsanzahl der Paartherapien betrug 5,5 Sitzungen, die Dauer im Schnitt 3,7 Monate. 62,3% der Paare nahmen 1-5 Sitzungen in Anspruch. Bei 28,6% waren es 6-10 Sitzungen und bei den restlichen 9,1% waren es mehr als 10 Sitzungen. Der zeitliche Abstand zwischen den Sitzungen variierte ähnlich wie bei den Einzeltherapien und betrug im Durchschnitt 2,6 Wochen. 29,9% der KlientInnen aus den Paartherapien gaben an, während der Therapie auch noch eine andere Behandlung in Anspruch zu nehmen – 14,3% davon eine ärztliche Behandlung, 10,4% eine Einzelspsychotherapie. Bei 66,2% der Paare handelte es sich um Leidenszustände, die bereits über ein Jahr andauerten, 32,5% davon hatten vor uns bereits andere, therapeutische Unterstützung in Anspruch genommen. Die Paartherapien wurden zu

48,1% in einer gemeinsamen, letzten Sitzung abgeschlossen. Der Anteil der Therapieabbrüche im Vergleich zu den Einzeltherapien war hier wesentlich höher. Er betrug 51,9%. Nur 3,9% der KlientInnen aus den Paartherapien wurden an andere Einrichtungen oder KollegInnen weiterverwiesen. Die folgende Tabelle fasst diese grundlegenden Ergebnisse zusammen.

| Therapiedaten                                  | Einzeltherapien        | Paartherapien          |
|--|------------------------|------------------------|
| Anzahl der Therapien                           | 99                     | 38                     |
| Anzahl der Rohdatensätze                       | 99                     | 60                     |
| Durchschnittliche Sitzungsanzahl               | 9                      | 5,5                    |
| Sitzungen                                      | 1-10 Sitzungen 68,7%   | 1-5 Sitzungen 62,3%    |
| Sitzungen                                      | über 20 Sitzungen 9,1% | über 10 Sitzungen 9,1% |
| Durchschnittliche Dauer der Therapien          | 5,5 Monate             | 3,7 Monate             |
| Durchschnittlicher Sitzungsabstand             | 2,2 Wochen             | 2,6 Wochen             |
| Chronische Problematik/Symptomatik             | 64,6%                  | 66,2%                  |
| Therapieabschluss                              | 71,1%                  | 48,1%                  |
| <b>Ergebnisse der Telefonischen Follow Ups</b> |                        |                        |
| Erfolg   | 56,6%                  | 62,4%                  |
| Verbesserung                                   | 31,6%                  | 18,8%                  |
| Keine Veränderung                              | 9,2%                   | 18,8%                  |
| Verschlechterung                               | 2,6%                   | 0,0%                   |

Tabelle 2: Grundlegende Ergebnisse und Ergebnisse der telefonischen Follow Ups

Die telefonischen Follow Ups brachten zusammengefasst folgende Ergebnisse: 88,2% der KlientInnen aus den Einzeltherapien gaben im Follow Up an, die Probleme die sie in Therapie gebracht hatten seien weniger geworden bzw. zur Gänze verschwunden. Bei 9,2% war das Problem nach eigenen Angaben gleich stark vorhanden, 2,6% der KlientInnen gaben an, es habe sich vergrößert. In der Gesamtbewertung konnten 56,6% aller Einzeltherapien als Therapieerfolg kodiert werden, 31,6% als Verbesserung (vergleiche Kodierungsschema oben). Bei 9,2% war die Problematik gleich geblieben, bei 2,6% hatte sie sich verschlechtert.

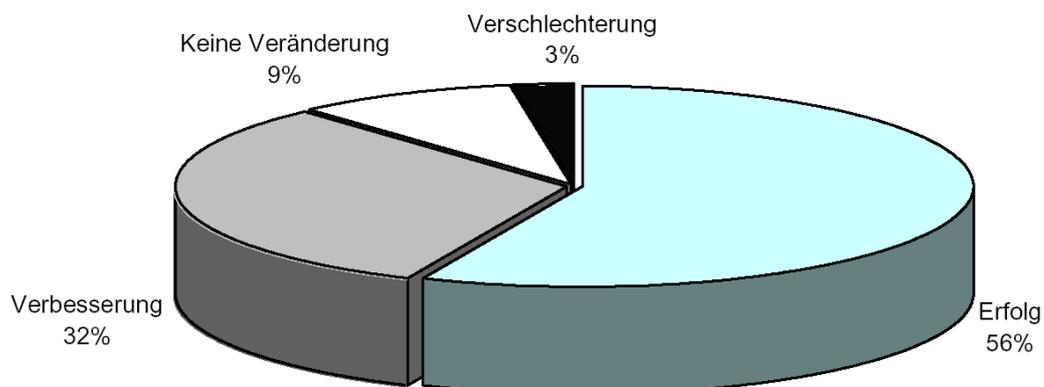


Abbildung 2: Ergebnisse der Telefon Follow Ups aus den Einzeltherapien

Die 88,2% positiver Therapieausgang lassen sich zwar durchaus mit anderen Studien vergleichen, überraschten jedoch angesichts des relativ strengen Kodierungsschemas, der Schwere der angeführten Beschwerden (64,6% chronisch, 23,2% hatten bereits Therapieerfahrung) und der Bandbreite der Diagnosen (Ängste, Zwänge, Panikattacken, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Psychosen, Essstörungen, Sucht, Psychosomatische Beschwerden etc.). Manche dieser Faktoren erklären jedoch auch die Relation zwischen Therapieerfolg und Verbesserung.

Bei der Interpretation der Ergebnisse aus den Paartherapien ist zu bedenken, dass von 31% der KlientInnen aus den 38 Paartherapien das telefonische Follow Up fehlte. Dies schließt Partner/in (oder auch Ex-Partner/in) ein, die sich nicht zu diesem kurzen Telefongespräch bereit erklärten. In den verbliebenen 60 Follow Ups gaben 83,3% der Befragten an, das Problem wegen dem sie in Therapie gekommen waren habe sich gelöst oder verbessert. Für 16,7% der KlientInnen hatte sich keine Veränderung gezeigt. Insgesamt konnten aus den Paartherapien 62,4% der Follow Ups als Erfolg, weitere 18,8% als Verbesserung festgehalten werden. Für 18,8% der KlientInnen gab es keine Veränderung in der Situation oder Problematik. Insgesamt meldeten also 81,2% aller KlientInnen aus den Paartherapien einen positiven Ausgang an uns rück. Anzumerken ist hier, dass es sich um Rückmeldungen einzelner KlientInnen handelt. Das bedeutet, dass in manchen Fällen ein Partner die Therapie als „erfolgreich“ bewertet hat, während die/der Andere dieselbe Therapie „nur“ als Verbesserung oder mit keinerlei Veränderung beurteilte. Die (im Vergleich zur Einzeltherapie) günstigere Relation zwischen Erfolg und Verbesserung erklärt sich zum Teil in der geringeren Schwere der Diagnosen, überrascht jedoch angesichts der Dauer der Problematik/Symptomatik (66,2% chronisch, 32,5% hatten bereits vorher Therapien gemacht).

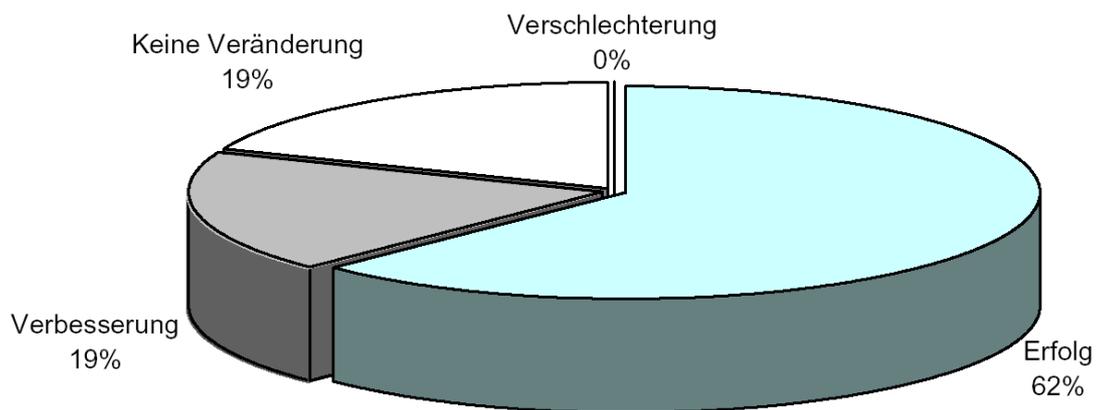


Abbildung 3: Ergebnisse der Telefon Follow Ups aus den Paartherapien

Die Erfahrungen aus dem Fragebogen zur Zufriedenheit der KlientInnen mit dem Verlauf und dem Ergebnis der Therapie, sowie die verschiedenen Zusammenhänge mit den Therapiedaten und den Daten aus den Follow Up Befragungen waren insgesamt faszinierend. Sie haben rückblickend die therapeutische Arbeit am IST in den letzten Jahren gravierend beeinflusst. Es erscheint uns nicht sinnvoll, hier die gesamte Fülle an Ergebnissen aufzulisten. Stattdessen wollen wir im Folgenden einige Ergebnisse beispielhaft darstellen und dabei ihre Bedeutung für die Qualitätssicherung in der Systemischen Therapie diskutieren. Weitere, ausgewählte Ergebnisse sollen in nachfolgenden Artikeln dargestellt werden.

### **Die Dauer der Therapie und die Anzahl der Sitzungen**

Die durchschnittliche Therapiedauer von 9 Sitzungen (Einzeltherapien) und 5,5 Sitzungen (Paartherapien) lässt sich mit zahlreichen, internationalen und nationalen Studien vergleichen. Ohne darauf abzielen gehören systemische Therapieansätze seit ihren frühesten Entwicklungen zu den so genannten Kurzzeittherapien. Was aber sagen unsere KlientInnen zu dieser Tatsache? Nun, die Antworten waren widersprüchlich und ein bisschen überraschend. Die KlientInnen zeigten sich mit dem Zeitaufwand zur Bearbeitung der Probleme hoch zufrieden (Einzeltherapien 4,2/ Paare 3,6 – Bandbreite 1-5). Auch der finanzielle Aufwand für die Therapie wurde als angemessen erlebt (Einzeltherapien 3,5/ Paare 3,8). Eine Mehrzahl gab an, dass sich die Probleme ohne Therapie nicht gelöst hätten (Einzeltherapien 3,5/ Paare auch 3,5) und tendierten in hohem Ausmaß dazu, bei Auftreten eines neuen, schweren Problems wieder ans IST zu kommen (Einzeltherapien 4,1/ Paare 3,9). Interessant war, dass eine nicht unbedeutende Anzahl von KlientInnen lieber mehr Gespräche gehabt hätte (Einzeltherapien 3,5/ Paare 3,6). Diese Rückmeldung aus den Fragebögen regte am Institut für Systemische Therapie eine Diskussion zum Thema Therapieabschlüsse an. Ein Jahr lang beschäftigten uns Fragen wie: Was machen wir in Psychotherapien, wenn die Probleme gelöst sind? Was muss in einer Therapie noch passieren, wenn die therapeutischen Ziele erreicht sind? Wir führten Interviews mit ehemaligen KlientInnen, reflektierten unsere eigene Arbeitspraxis in zwei Klausuren zu diesem Thema und erhielten weitere Informationen aus unserer Studie.

### **Die Generalisierung erreichter Lösungen**

Die Ergebnisse des CSS im Faktor „Generalisierung von Lösungen“ bestätigten unsere eigenen Erfahrungen aus der früheren Studie, aus den Follow Up Befragungen, sowie auch die Ergebnisse anderer Kollegen (Weakland et al. 1974; de Shazer 1989; Nardone u. Watzlawick 1993; Macdonald 1994). Die Tendenz, in der Therapie erreichte Lösungen auf andere Probleme zu generalisieren ist generell groß (4,0 in unserer Zufriedenheitsbefragung). KlientInnen sind in großem Maße in der Lage, die Lösungen jener Probleme, die sie in Therapie brachten, auch für andere Probleme nutzbar zu machen.

Bei genauerer Analyse der telefonischen Follow Up Befragungen zeigte sich ein geschlechtsspezifischer Unterschied in der Generalisierung von Lösungen. Während 82,5% der Frauen aus den Einzeltherapien angaben, die Lösungsansätze aus der Therapie auf neue Probleme generalisieren zu können, waren es bei Männern „nur“ 61,1% (stat. sign.). Im Sinne der Qualitätssicherung aber noch interessanter ist folgendes Ergebnis: KlientInnen, die die Therapie in einem gemeinsamen, letzten Gespräch abgeschlossen hatten, gaben zu 84,5% (Paare 75,9%) an, dass ihnen die erreichten Lösungen auch bei der Lösung anderer Probleme hilfreich waren. Dies war bei nur 25% der Einzeltherapie-KlientInnen und bei 50% der Paartherapie-KlientInnen der Fall, wenn sie die Therapie von sich aus frühzeitig abgebrochen hatten. Der Unterschied zeigte sich in beiden Fällen (Einzel- und Paartherapien) höchst signifikant, und die Korrelation beider Variablen (Einzeltherapien  $r=0,54$ / Paare  $r=0,27$ ) bestätigt diesen engen Zusammenhang zwischen Therapieabschluss und der Generalisierung von Lösungen. Auch wenn die Therapie erfolgreich war, die Probleme gelöst und die Symptome verschwunden waren, konnten KlientInnen, die die Therapie gemeinsam mit ihrem/ihrer Therapeuten/in in einer letzten Stunde zu einem Abschluss gebracht hatten, mehr für die Zukunft profitieren.

### **Auswirkungen auf die therapeutische Praxis**

Was bedeuteten diese Ergebnisse für uns als TherapeutInnen? Sollten wir vermehrt auf Therapieabschlüsse drängen? Gerade uns als Systemische PsychotherapeutInnen fallen direktivere Vorgehensweisen ja oft nicht leicht. In Würdigung der Anliegen unserer KlientInnen, aus Scheu Hilfe suchenden Menschen etwas aufdrängen zu wollen, übersehen wir vielleicht manchmal den Nutzen klarerer Vorgaben. In der Frage der Therapiedauer und der Therapieabschlüsse haben uns die Rückmeldungen unserer KlientInnen geholfen, heute mehr und auch verstärkt auf zumindest eine weitere, abschließende Sitzung zu drängen. So finden heute am IST im Durchschnitt 1,2 Sitzungen mehr pro Therapie statt. Und es wird vermehrt darauf geachtet, dass KlientInnen die erreichten Ziele und Lösungen als Werk ihres eigenen Handelns und Bemühens verstehen. Denn nur wer das Verschwinden von Symptomen, die Lösung von Problemen oder das Überwinden einer Erkrankung als etwas sieht, das sie/er zwar mit Hilfe eines/r Therapeuten/in, aber letztlich selbst geschafft hat, wird dies als Ressource, als neue Stärke in die Zukunft mitnehmen – in die Zukunft, in der oft ein schwieriges Problem nach dem anderen auf eine/n wartet.

Stiehl-Werschak u. Pfundt (1991) beschreiben in der Interpretation ihrer Überprüfung von de Shazers Lösungstüren, dass das Wissen um den eigenen Einfluss auf Beschwerden die Zuversicht, dass eine Besserung anhält, verstärkt. Eben diese Zuversicht und dieses Gefühl der Beeinflussbarkeit kann nur entstehen, wenn Lösungen auf interne Faktoren (innerhalb der eigenen Person) zurückgeführt werden. Die Arbeiten von Hubble, Duncan u. Miller (2000, 2001), in denen sie die Bedeutung der KlientInnenvariablen für die Varianz von Therapieergebnissen aufzeigen, bestätigen dies eindringlich. Auf ihre Ergebnisse und die Verbindung zu unserer Studie soll an anderer Stelle eingegangen werden.

Heute verfügen wir am IST über ein kompaktes Set von Techniken und Methoden, die das Internalisieren von Lösungen in den Endphasen der Therapie ermöglichen oder erleichtern helfen. Wir feiern Erfolgs-Partys mit Familien, wir schreiben Zertifikate für Kinder und Jugendliche, wir lassen KlientInnen ihren eigenen Abschlussbericht verfassen, oder wir interviewen sie in einer Extrastunde zu den Leistungen, die sie in der Therapie erbracht haben. Manche KlientInnen haben sich sogar bereit erklärt, als KonsultantInnen in anderen Therapien unterstützend mitzuhelfen. Geyerhofer u. Unterholzer (2003) haben beschrieben, welchen Beitrag diese Konsultationssitzungen auf das neuerliche Internalisieren der eigenen Lösungen von ehemaligen KlientInnen haben können. Eine zusammenfassende Darstellung aller Internalisierungstechniken soll zu einem baldigen Zeitpunkt erfolgen. Weiters hoffen wir, dass eine neuerliche Studie die Auswirkungen dieser Vorgehensweisen im Abschluss unserer Psychotherapien auf die Zufriedenheit unserer KlientInnen überprüfen wird. Denn erst mit einer neuerlichen Evaluation wäre der Feed Back Kreis seriöser Qualitätssicherung geschlossen.

### **Zur Bedeutung und Reliabilität von telefonischen Follow Up Befragungen**

Um festzustellen, ob KlientInnen im telefonischen Follow Up sieben Monate nach Abschluss der Therapie ähnliche oder gleiche Antworten geben wie in einem anonym angebotenen Fragebogen, untersuchte das Forschungsteam die Zusammenhänge zwischen den Follow Up Fragen Problemlösung, Problemverschiebung, Generalisierung von Lösungen (Fragen 1-3) und den entsprechenden Faktorengruppen aus dem Fragebogen (Faktor Problemlösung, Symptomverschiebung und Generalisierung von Lösungen). Dabei zeigte sich ein statistischer Zusammenhang zwischen Frage 1 des Follow Up und dem Faktor Problemlösung des Fragebogens (0,37) und zwischen Frage 3 und dem Faktor Generalisierung von Lösungen (0,35). KlientInnen, die im telefonischen Follow Up Angaben über die Entwicklung der Probleme und/oder Symptome machten – egal ob es sich um eine Verbesserung, Verschlechterung oder keine Veränderung handelte, bestätigten dies im Fragebogen. Telefonische Berichte über die Generalisierung von Lösungen wurden mit ähnlich großer Regelmäßigkeit im Fragebogen bestätigt. Angemerkt muss hier werden, dass diese Berechnungen auf der Gruppe jener KlientInnen basieren, die den Fragebogen nicht anonym retourniert haben, sondern ihren Namen angaben. Trotzdem bestätigen diese Ergebnisse die Bedeutung von telefonischen Follow Up Befragungen für die Evaluation von Therapieerfolgen. Sie sind nicht nur ein einfaches Mittel, sich als TherapeutIn direkte Rückmeldungen zu den durchgeführten Therapien zu holen, sondern ein brauchbares Instrument zur Erfassung von Therapieerfolgen, zur Einschätzung der Problemlösung und zur weiteren Entwicklung von Lösungsstrategien unserer KlientInnen. Für die Sicherung der Qualität in der Psychotherapie könnte das bedeuten, dass bei Anwendung des CSS oder eines ähnlichen Fragebogens das telefonische Follow Up unterbleiben könnte, bzw. dass beim Einsatz beider Evaluationsverfahren einige Fragen im Fragebogen entfallen könnten. Kein Zusammenhang zeigte sich zwischen Frage 2 des Follow Up und dem Faktor Problemverschiebung. Wobei hier zu erwähnen ist, dass Frage 2 („Sind, seit Sie das letzte Mal am Institut waren, andere Probleme aufgetaucht?“) am Telefon häufig zu Verwirrungen führte und einer Erklärung bedurfte. Allzu oft erinnerten uns KlientInnen

an dieser Stelle der Telefongespräche an eine unserer eigenen und liebsten „Lebensweisheiten“ – dass nämlich das Leben vor und nach einer Therapiesituation ein Problem nach dem anderen ist. Während es in einer Therapiesituation so zu sein scheint, dass ein und das selbe Problem immer und immer wieder vorhanden ist.

### **Zusammenfassung und Vorausschau**

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Ergebnisse aus unserer Evaluationsstudie den Aufwand mehr als rechtfertigen. Wir haben aus den strukturierten Rückmeldungen unserer KlientInnen gelernt. Manche unserer therapeutischen Vorgehensweisen haben sich ganz konkret verändert. Dem Risiko, wie es Morbitzer (2003) beschrieben hat, stand ein eindeutiger und unmittelbarer Nutzen für die Praxis gegenüber. Im Sinne eines Qualitätsmanagements in der Psychotherapie haben wir erleben können, was es heißt, wenn die Überprüfung der Ergebnisqualität einen Einfluss auf die Prozessqualität unserer Therapien hat. Jene KlientInnen, die sich heute mit ihren Problemen und Leidenszuständen an uns wenden, profitieren bereits von den Rückmeldungen ehemaliger KlientInnen und von der Verbesserung jener Wirkfaktoren, die die Studie als „erfolgsrelevant“ beschrieben hat. Dieser Artikel hat exemplarisch einige, erste Ergebnisse dargestellt. Die Publikation weiterer Ergebnisse und deren Einbettung in die neuere Literatur zum Thema sollen die Diskussion rund um die Bedeutung der KlientInnenzufriedenheit und des Qualitätsmanagements in der Systemischen Therapie am Leben halten.

### **Literatur**

- Berger Bertschinger A (1996) Faktoren erfolgreicher Familientherapien. System Familie 9:32-37
- Burr W (1993) Evaluation der Anwendung lösungsorientierter Kurztherapie in einer Kinder- und Jugend-psychiatrischen Praxis. Familiendynamik 18(1):11-21
- de Shazer S (1986) Kurztherapie – Zielgerichtete Entwicklung von Lösungen. Familiendynamik 11(3):182-205
- de Shazer S (1989) Wege der erfolgreichen Kurztherapie. Klett-Cotta, Stuttgart
- de Shazer S (1991) Putting differences to work. Norton, New York
- Fawns R, McMullin R (1985) Routine follow-up: Can it be meaningful? Proceedings of the 6<sup>th</sup> Family Therapy Conference (Melbourne), S 235-254
- Fisher SG (1984) Time-limited Brief Therapy with Families: A one year follow-up study. Family Process 23(1):101-106
- Geyerhofer S, Komori Y (1995) Bringing Forth Family Resources in Therapy. Internationale Zeitschrift für Sozialpsychologie und Gruppendynamik 20(3):24-38
- Geyerhofer S, Komori Y (1999) Die Integration poststrukturalistischer Modelle der Familienkurzzeittherapie. In: Watzlawick P, Nardone G (Hrsg) Kurztherapie und Wirklichkeit. Piper, München, S 237-259

- Geyerhofer S, Komori Y (1999) Die Integration Poststrukturalistischer Modelle in der Kurzzeittherapie. *systeme* 13(2):130-143
- Geyerhofer S, Unterholzer C (2003) Meine Symptome aus dem Mund eines Anderen – Ehemalige KlientInnen als Ressource in der Psychotherapie. *systeme* 17(1):47-65
- Geyerhofer S, Komori Y (2004) Integrating Poststructuralist Models of Brief Therapy. *European Review of Brief Strategic and Systemic Therapy*, 1
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen
- Honsig T, Nausner G (1994) Allgemeinmedizin und Systemische Therapie. Projektbericht
- Hubble M, Duncan B, Miller S (Hrsg) (2001) So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Verlag Modernes Lernen, Dortmund
- Kaimer P, Schiepek G (1991) Tätigkeitsbericht der Psychologischen Forschungs- und Beratungsstelle Universität Bamberg
- Laireiter AR (1995) Auf dem Weg zur Professionalität: Qualität und Qualitätssicherung für die Psychotherapie. *Psychotherapie Forum* 3(4):175-185
- Ludewig K, Schwarz R (1984) Ambulante Familientherapie: Versuch einer empirischen Bewertung. In: Remschmidt H (Hrsg) *Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Familien*. Enke, Stuttgart, S 99-107
- Ludewig K, Schwarz R, Kowerk H (1984) Systemische Therapie mit Familien von „psychotischen“ Jugendlichen. *Familiendynamik* 9:108-125
- Ludewig K (1993) Evaluation systemischer Therapien in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie. *System Familie* 6(1):21-35
- Macdonald AJ (1994) Brief Therapy in Adult Psychiatry. *Journal of Family Therapy* 16:415-426
- Miller S, Duncan B, Hubble M (2000) Jenseits von Babel. Wege zu einer gemeinsamen Sprache in der Psychotherapie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Morbitzer L (2003) Katamnestik – Anspruch und Realität. *Beratung Aktuell* 4(1):49-59
- Moser-Heindl W (1995) Feedback. *systeme* 9(2):37-47
- Nardone G, Watzlawick P (1993) *The Art of Change: Strategic Therapy and Hypnotherapy without Trance*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco
- Piribauer F (1995) Qualitätsmanagement für Psychotherapeuten. *Psychotherapie Forum* 3(4):186-196
- Reiter-Theil S, Reiter L, Steiner E, Much M (1985) Einstellung von Klienten zur Eheberatung und Beratungserfolg. Eine katamnestische Untersuchung. *Familiendynamik* 10:147-169
- Reiter L, Steiner E, Ahlers C, Vogel MR, Wagner H (1993) Das reflektierende Team als therapeutische Methode. Ergebnisse einer klinischen Evaluierung. *System Familie* 6(1):10-20
- Robinson F (1992) Evaluation at the Perth Center of Brief Therapy – Wesley Central Mission (Australia). Manuskript
- Steiner E (1986) Problemlorientierte Forschung am Institut für Ehe- und Familientherapie. In: Reiter L (Hrsg) *Theorie und Praxis der Systemischen Familientherapie*. Facultas, Wien, S 147-153
- Stiehl-Werschak JP, Pfundt C (1991) Was wirkt in der Therapie? *System Familie* 4:211-222

Stolk Y, Perlesz AJ (1990) Do Better Trainees Make Worse Family Therapists? A Follow up Study of Client Families. Family Process 29(1):45-58  
Weakland JH, Fisch R, Watzlawick P, Bodin AM (1974) Brief Therapy: Focused Problem Resolution. Family Process 13(2):141-168  
Zielke M, Kopf-Mehnert C (1978) VEV. Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens. Manual, Beltz Test

Mag. Stefan Geyerhofer  
Johannes Ebmer  
Mag. Katharina Pucandl  
Institut für Systemische Therapie  
Am Heumarkt 9/2/22  
A – 1030 Wien  
[www.geyerhofer.com](http://www.geyerhofer.com)  
[www.ist.or.at](http://www.ist.or.at)

## Anhang

### Clients Satisfactory Survey (Deutsche Fassung)

#### Fragebogen zur Erhebung der Zufriedenheit mit therapeutischen Gesprächen

Bitte beantworten Sie alle Fragen, lesen Sie immer erst den ganzen Satz durch und überlegen Sie dann, ob Sie sich für die linke oder rechte Seite entscheiden.

„2“ bedeutet „ja, stimmt“, also eine weit gehende Zustimmung zur jeweiligen Seite.

„1“ bedeutet „eher ja“, also mäßige Zustimmung zur jeweiligen Seite.

„0“ bedeutet „unentschieden“, also „weiß ich nicht“, „sowohl als auch“, „neutral“.

Falls Sie bei uns mit einer Therapeutin zusammengearbeitet haben, bitten wir um Entschuldigung, dass wir auf weibliche Endungen verzichtet haben; der Grund dafür ist die einfachere Lesbarkeit.

Bitte kreuzen Sie entsprechend Ihrer Antwort nur eine der fünf Zahlen an und gehen Sie dann zur nächsten Frage weiter.

#### A. Fragen zum Verlauf der Gespräche

1. Der Therapeut orientierte sich vor allem  
an meinen Zielen 2—1—0—1—2 an seinen Zielen.

2. Der Therapeut handelte  
spontan aus der Situation heraus 2—1—0—1—2 nach Regeln und Techniken.

3. Dass der Therapeut Angehörige miteinbezogen hat,  
war sinnvoll 2—1—0—1—2 nicht sinnvoll.

4. Die Empfehlungen des Therapeuten auszuprobieren,  
brachte mir neue Einsichten 2—1—0—1—2 keine neuen Einsichten.

5. Die Fragen des Therapeuten bezogen sich  
auf Wesentliches 2—1—0—1—2 auf zu Vieles.

6. Die Empfehlungen des Therapeuten auszuprobieren machte  
Spaß 2—1—0—1—2 keinen Spaß.

7. In den Gesprächen entdeckte ich Dinge, auf die ich  
selbst auch gekommen wäre 2—1—0—1—2 nicht gekommen wäre.

8. Der Therapeut beurteilte meine Art zu leben  
anders als ich 2—1—0—1—2 so wie ich.

9. Die Empfehlungen des Therapeuten waren für mich  
unpassend 2—1—0—1—2 passend.

10. Erfolg bzw. Misserfolg der Gespräche sehe ich  
eher von mir 2—1—0—1—2 eher vom Therapeuten abhängig.

11. Der Therapeut hat mich ermuntert,  
eigene Lösungen auszuprobieren 2—1—0—1—2 seine Empfehlungen auszuführen.

12. Die Dauer unserer Zusammenarbeit war  
mehr von mir 2—1—0—1—2 mehr vom Therapeuten abhängig.

13. Die Vorgehensweise in den Gesprächen  
habe ich bestimmt 2—1—0—1—2 hat der Therapeut bestimmt.

14. Den Zeitaufwand, der zur Besprechung meines Problems aufgewendet wurde, erlebte  
ich als  
angemessen 2—1—0—1—2 unangemessen.

15. Das Verhalten des Therapeuten hat mich  
verwirrt 2—1—0—1—2 nicht verwirrt.

16. Die vorgeschlagenen Experimente waren  
hilfreich 2—1—0—1—2 nicht hilfreich.

17. Ich finde Therapie sollte  
humorvoller sein 2—1—0—1—2 weniger humorvoll sein.

18. Während der Zeit der Gespräche hat sich meine Art das Problem zu sehen  
verändert 2—1—0—1—2 nicht verändert.

19. Den finanziellen Aufwand für die Besprechung meiner Probleme finde ich  
unangemessen 2—1—0—1—2 angemessen.

20. Das Problem war schon während der Gespräche  
gelöst 2—1—0—1—2 nicht gelöst.

21. Meiner Einschätzung nach habe  
eher ich 2—1—0—1—2 eher der Therapeut die Zusammenarbeit beendet.

22. Die Ziele der Therapie  
habe ich bestimmt 2—1—0—1—2 hat der Therapeut bestimmt.

B. Fragen zur Zeit nach den Gesprächen bis heute:

23. Es geht mir heute insgesamt

besser als vor den Gesprächen 2—1—0—1—2 schlechter als vor den Gesprächen.

24. Nach den Gesprächen sind ähnliche Probleme aufgetreten 2—1—0—1—2 nicht aufgetreten.

25. Die Beschwerden belasten mich heute mehr 2—1—0—1—2 weniger als vor den Gesprächen.

26. Im Vergleich zu anderen Menschen habe ich in letzter Zeit mehr 2—1—0—1—2 weniger Probleme.

27. Nach den Gesprächen habe ich neue Probleme lösen können 2—1—0—1—2 nicht lösen können.

28. Wenn ein Problem auftaucht, würde ich wieder 2—1—0—1—2 nicht mehr ans Institut kommen.

29. Ich bin mit meiner jetzigen Situation im Wesentlichen zufrieden 2—1—0—1—2 unzufrieden.

30. Die Kontakte zu Verwandten, Bekannten, Kollegen usw. haben sich seit den Gesprächen verbessert 2—1—0—1—2 nicht verbessert.

31. Seit den Gesprächen kann ich mein Leben besser 2—1—0—1—2 weniger gut beeinflussen.

32. Ohne die Gespräche hätte sich das Problem auch gelöst 2—1—0—1—2 nicht gelöst.

33. Mir sind in meinem Verhalten nach den Gesprächen Veränderungen aufgefallen 2—1—0—1—2 nicht aufgefallen.

34. In oder nach den Gesprächen habe ich meine Ziele erreicht 2—1—0—1—2 nicht erreicht.

35. Veränderungen, die sich während der Gespräche zeigten, haben sich fortgesetzt 2—1—0—1—2 nicht fortgesetzt.

36. Mein körperliches Befinden hat sich verbessert 2—1—0—1—2 verschlechtert.

37. Die Gespräche haben meine Sichtweise und Einstellung Problemen gegenüber verändert 2—1—0—1—2 nicht verändert.

38. Seit den Gesprächen hat sich das Verhalten anderer mir gegenüber

verändert 2—1—0—1—2 nicht verändert.

39. Ich hätte gern  
mehr Gespräche gehabt 2—1—0—1—2 weniger Gespräche gehabt.

40. Eventuelle jetzige Probleme in meinem Leben haben mit dem damaligen Problem  
zu tun 2—1—0—1—2 nichts zu tun.