

# 20. Methodik der klinisch-psychologischen Interventionsforschung

Urs Baumann und Christa Reinecker-Hecht

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	346	5.2 Prozeßforschung, Prozeß-Erfolgsforschung ...	357
2. Leitbilder der Interventionsforschung .....	347	6. Methodik der Testphase .....	358
3. Evaluationskriterien .....	349	6.1 Metaanalysen .....	359
4. Methodik der Erkundungsphase .....	352	6.2 Normative Verfahren: Kriterienkataloge, Behandlungsrichtlinien .....	361
4.1 Analogstudien .....	352	7. Methodik der Praxiskontrolle, Qualitätssicherung .....	362
4.2 Einzelfallstudien .....	353	8. Schlußbemerkungen .....	363
5. Methodik der Pilot-Phase .....	354	9. Literatur .....	364
5.1 Versuchspläne .....	354		
5.1.1 Kontrollgruppendesigns .....	354		
5.1.2 Placebo-Intervention .....	355		

## 1. Einleitung

Klinisch-psychologische Interventionen (zum Begriff s. Kap. 18/Systematik der Intervention) erfordern aus folgenden Gründen eine wissenschaftliche und methodologische Reflexion:

- **Wissenschaftliche Begründung:** Werden Interventionen nicht nur als Handwerk verstanden, sondern als begründetes Handeln (vgl. Kap. 4/Wissenschaftstheorie: Intervention), so ist dieses Handeln zum Forschungsgegenstand zu machen, was entsprechende wissenschaftliche Theorien und empirische Untersuchungen erfordert.
- **Gesundheitspolitische Begründung:** Klinisch-psychologische Interventionen stellen eine Form von Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsversorgung dar (s. Kap. 19/Gesundheitsversorgung). Daher bedürfen sie gegenüber der Öffentlichkeit, die für die Kosten dieser Maßnahme aufkommt, einer Legitimation, die nur durch Interventionsforschung zu erreichen ist.

- **Ethische Begründung:** Klinisch-psychologische Interventionen sind auf in ihren Möglichkeiten eingeschränkte Menschen ausgerichtet. Ein Angebot auf Hilfe muß daher besonders sorgfältig begründet sein, was wiederum nur durch Interventionsforschung möglich ist (s. Kap. 5/Ethik).

Klinisch-psychologische Interventionsforschung kann technologisch oder grundlagenorientiert sein (vgl. Kap. 4/Wissenschaftstheorie: Intervention). Bei der technologischen Forschung stehen Beschreibung, Bewertung und theoretische Begründung von Interventionen (Makroebene: Gesundheitsversorgungssysteme, Mikroebene: einzelne Methoden) im Vordergrund. Bei der Grundlagenforschung geht es um die Erklärung von Veränderungsprozessen im allgemeinen oder von Einzelaspekten der klinisch-psychologischen Intervention wie z.B. der Interaktion TherapeutIn/PatientIn.

Die Methodik der klinisch-psychologischen Interventionsforschung basiert zum einen auf

der allgemeinen Methodologie der Psychologie; diese wird hier nicht behandelt. Zum andern aber hat sich im Laufe der Zeit auch eine spezifische Methodologie der klinisch-psychologischen Interventionsforschung herausgebildet, die im folgenden in Ausschnitten behandelt werden soll (vgl. Bellack & Hersen, 1984; Kazdin, 1980, 1992, 1994).

Wie in Kapitel 1 (Grundbegriffe – Einleitung) dargelegt, beziehen sich klinisch-psychologische Interventionen einerseits auf psychische und somatische Störungen; andererseits ist zwischen den Interventionsfeldern der Gesundheitsförderung, Prävention, Behandlung/Therapie (Psychotherapie) und Rehabilitation zu unterscheiden. Klinisch-psychologische Intervention kann dabei unter der Makro- und der Mikroperspektive betrachtet werden (siehe Kap. 19/Gesundheitsversorgung). Die Methodik der klinisch-psychologischen Interventionsforschung bezieht sich vor allem auf folgende Aspekte: Mikroperspektive, psychische Störungen, klinisch-psychologische Behandlung/Therapie (Psychotherapie) von Funktionsmustern, Behandlung von Erwachsenen. Vielfach wird dieses Thema unter dem Stichwort «Methodik der Psychotherapieforschung» abgehandelt. In dem vorliegenden Kapitel steht die Methodik der Psychotherapieforschung bei psychischen Störungen im Vordergrund. Die spezielle Methodik der Interventionsforschung in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation, ebenso die Methodik der Intervention bei somatischen Krankheiten können hier nicht abgehandelt werden, da dies den Rahmen sprengen würde. Ebenso können die spezifischen methodischen Probleme der Intervention bei interpersonellen Systemen sowie bei Kindern und Jugendlichen nicht berücksichtigt werden. Verschiedene der hier angesprochenen Gesichtspunkte sind aber auch für diejenigen Gebiete von Bedeutung, die hier nicht im speziellen angesprochen werden.

Die Methodik der klinisch-psychologischen Interventionsforschung ist immer sehr stark durch die Effektivitätsfrage geprägt worden. Interventionsforschung ist aber nicht nur auf die Frage nach der Effektivität zu reduzieren, da erst nach der Erklärung der Wirkung eine umfassende wissenschaftliche Fundierung von Intervention vorliegt.

## 2. Leitbilder der Interventionsforschung

Interventionsforschung kann – was häufig zu beobachten ist – unsystematisch und punktuell betrieben werden. Es bieten sich aber auch Leitbilder von Forschungsprogrammen an, um die Forschung systematisch zu betreiben. Folgende Leitbilder waren und sind für die Interventionsforschung von Bedeutung:

- *Allgemeine Wirksamkeitsüberprüfung.* Psychotherapie bedarf einer systematischen Wirksamkeitsüberprüfung. Bereits 1930 wurde vom Berliner Psychoanalytischen Institut eine Studie zur Effektivität von Psychotherapie durchgeführt. In der folgenden Zeit wurden diverse Studien vorgelegt, die die Wirksamkeit von Psychotherapie bei psychischen Störungen belegten.

- *Kontrollgruppendesign.* Eysenck hat 1952 die provokative These aufgestellt, daß zwei Drittel von neurotischen PatientInnen innerhalb von 2 Jahren nach Erkrankungsbeginn mit oder ohne Psychotherapie geheilt oder erheblich gebessert wären. Der Erfolg von Psychotherapie (gemeint waren tiefenpsychologische Ansätze) wäre also vergleichbar der *Spontanremissionsrate* (Eysenck, 1952). Spontanremission im engeren Sinne beinhaltet die Besserungsquote, die ohne Intervention zustande kommt; im weiteren Sinn versteht man darunter die Besserungsquote, die ohne spezifische Intervention (Psychotherapie etc.) erreicht wird, wobei ärztliche Hilfe, Beratung, halbprofessionelle Hilfe nicht als spezifische Intervention gezählt werden. Letztere Quote ist höher als die Spontanremissionsquote im engeren Sinne. Um die Spontanremission als Alternativerklärung für den Therapieerfolg auszuschließen, forderte Eysenck für die Interventionsforschung Kontrollgruppendesigns, also ein Leitbild der experimentellen Psychologie. Diese These führte zu einer Vielzahl an methodischen Überlegungen zur Interventionsforschung (unbehandelte Kontrollgruppen, Therapieerfolg; s. unten).

- *Differentielle Therapieforschung.* In den sechziger Jahren forderte Kiesler (1969) mit seinem «Gittermodell», differentielle Aspekte bei PatientInnen, TherapeutInnen, Techniken zu

berücksichtigen, Therapie als zeitliches Geschehen zu konzipieren (Prozeß-Erfolgsforschung) und den Therapieerfolg multimodal zu formulieren. Dieses Postulat erbrachte methodische Konsequenzen für Kontrollgruppenpläne, Prozeßanalysen und Variablenauswahl. Obwohl Kiesler bereits Ende der sechziger Jahre die kombinierte Prozeß-Erfolgsforschung forderte, wurde diese erst seit den achtziger Jahren ernsthaft realisiert (s. unten).

• *Perspektiven-Ansatz: Makro-, Mikroperspektive:* Die bisherigen Leitbilder hatten Intervention nicht als Versorgungsangebot für ein Bevölkerungssystem betrachtet, sondern als Methode und Tätigkeit bei Einzelpersonen, Paaren, etc. (Mikroperspektive). Sieht man Interventionen als Versorgungsangebot von Institutionen für definierte Populationen, so wird Intervention in das gesellschaftliche Geschehen eingebettet und dadurch auch beeinflusst (Makroperspektive). Seit den siebziger Jahren finden wir Ansätze, die die Psychotherapieforschung komplex, d.h. unter Makro- und Mikroperspektive konzipieren (z.B. Baumann, 1984; Howard & Orlinsky, 1972; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; s. dazu auch Kap. 19/Gesundheitsversorgung, Kap. 22.1/Psychotherapie: Systematik).

• *Phasenmodell/Forschungsprozeß.* Interventionsforschung ist – wie Forschung insgesamt – als komplexer Prozeß zu sehen, der sich über verschiedene Phasen erstreckt: Umsetzung eines neuen Konzeptes in die Realität, erste globale Überprüfung, systematische Evaluation, Implementierung in die Praxis, Überprüfung der Praxis. In einem derartigen Phasenkonzept ergeben sich – je nach Entwicklungsstand – unterschiedliche methodische Forderungen und Bewertungen. So können z.B. Einzelfallstudien beim Entwicklungsbeginn einer Methode sinnvoll sein, während sie zur breiten Evaluation wenig beitragen. Die Überprüfung von Pharmaka ist seit langem nach einem Ablaufschema strukturiert (Möller & Leimkühler, 1995). Von Agras und Berkowitz (1980) wurde für den Forschungsprozeß in der Verhaltenstherapie ein Ablaufschema vorgelegt. In Anlehnung an das Überprüfungsschema von Pharmaka wurde von Müller-Oerlinghausen und Linden (1981; s. Tab. 1) ein Ablaufschema für die Psychotherapieforschung vorgelegt.

• *Metaanalysen.* Aufgrund der zahlreichen Interventionsstudien hat sich die Notwendigkeit ergeben, die Vielzahl an Befunden zu integrieren. Seit Beginn der achtziger Jahre ist mit

Tabelle 1: Phasen der Interventionsforschung (für Psychotherapie modifizierte Version der Phasen I–IV der medikamentösen Arzneimittelprüfung; vgl. Müller-Oerlinghausen & Linden, 1981; Möller & Leimkühler, 1995)

*Ausgangspunkt:* Es liegt eine neue Interventionsmethode vor, die aufgrund von klinischen Beobachtungen, theoretischen Überlegungen und unsystematischen Einzelversuchen geschaffen wurde. Bei Medikamenten handelt es um ein neues, von einer Firma entwickeltes Präparat.

*Phase I: Erkundungsphase.* Diese dient der systematischen Beobachtung und Überprüfung der neuen Interventionsmethode, wobei wenige, inhaltlich nur global formulierte Hypothesen vorliegen. Dazu können Einzelfallstudien, Analogstudien und in begrenztem Umfang auch Gruppenstudien (zum Teil ohne Kontrollgruppen) durchgeführt werden. Bei Medikamenten wird die Überprüfung in dieser Phase meist bei gesunden ProbandInnen vorgenommen.

*Phase II: Pilot-Phase:* Aufbauend auf den in Phase I gewonnenen allgemeinen Erkenntnissen wird die therapeutische Wirkung mittels gezielter Hypothesen erforscht. Dazu sind kombinierte Prozeß-/Erfolgsstudien mit Kontrollgruppen notwendig, wobei die Wirkung auch mittels Katamnesen zu überprüfen ist. Die Überprüfung von Medikamenten erfolgt an PatientInnen; u. a. kommen auch Doppelblind-Studien zur Anwendung.

*Phase III: Testphase.* Es geht um die Überprüfung einer Interventionsmethode im Großversuch; vielfach werden Verbundstudien (gleiches Design in mehreren Institutionen: Multizenter-Studien) durchgeführt. Nach der Phase III können Medikamente registriert und für die Anwendung zugelassen werden.

*Phase IV: Praxiskontrolle.* Nachdem sich eine neue Interventionsmethode unter Forschungsbedingungen bewährt hat, steht die Implementierung der neuen Methode im Praxisbereich zur Diskussion; auch die Bewährung in der Routine muß überprüft werden (vgl. Qualitätssicherung); bei Medikamenten werden nach der Zulassung mit sog. Drug Monitoring kontinuierlich mögliche unerwünschte Wirkungen registriert.

den sogenannten Metaanalysen (s. unten) ein Instrumentarium geschaffen worden, das die Synopsis von Einzelbefunden erlaubt. Die dadurch erzielten Ergebnisse sind insbesondere auch für die gesundheitspolitischen Diskussionen wichtig geworden.

- *Richtlinien für Interventionen (Guideline)*. Die Vielzahl an Therapieverfahren, aber auch der ökonomische Druck, nur überprüfte und möglichst rasch wirksame Verfahren anzuwenden (vgl. Qualitätssicherung), hat in den neunziger Jahren zu Empfehlungen von ExpertInnengruppen geführt. Diese Empfehlungen beinhalten Aussagen, welche Verfahren erprobt seien, aber auch Aussagen darüber, bei welchen Störungen wie vorzugehen sei (Guideline; s. unten). Im gleichen Zeitraum sind nicht nur Richtlinien im allgemeinen (Güte und Indikation von Interventionen), sondern auch im speziellen entstanden, indem für einzelne Therapiemethoden Manuale vorgelegt wurden, die den Therapieablauf strukturieren.

- *Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement*. Im Gesundheitswesen ist seit den neunziger Jahren die Qualitätssicherung bedeutsam geworden (s. Kap. 19/Gesundheitsversorgung). Es geht dabei um eine Optimierung der Phase IV (s. oben), d. h. des Praxisfeldes. Die Forderung nach Qualitätssicherung ist auch für klinisch-psychologische Interventionen bedeutsam, wie in Abschnitt 7 und Kap. 19 (Gesundheitsversorgung) gezeigt wird.

Für die Strukturierung der methodischen Probleme der Interventionsforschung haben wir das Phasenkonzept (I–IV; s. Tab. 1) gewählt, da einzelne methodische Probleme an speziellen Stellen des Forschungsablaufes aktuell werden. Die Zuordnung der methodischen Probleme zu einzelnen Phasen soll als Fokussierung auf diejenige Phase verstanden werden, in denen die Probleme besonders relevant sind; die methodischen Fragen können aber auch in anderen Phasen wichtig werden.

Das Phasenmodell impliziert definierbare Interventionstechniken, vergleichbar mit einzelnen Medikamenten. Dieses Konzept wird teilweise kritisch gesehen, da Intervention nicht als Applikation von Techniken, sondern als individuelles Zusammenfügen von Einzel-elementen gesehen wird. Dazu ist anzumerken,

daß einerseits Interventionen – verstanden als Handlungsrahmen – in Form von Techniken konzipierbar sind (vgl. Therapiemanuale der Verhaltenstherapie); andererseits sind auch Einzelelemente systematisch zu erforschen, wozu das Phasenmodell ebenso von Bedeutung ist. Im Phasenmodell ist die Erforschung der Makroperspektive nicht angesprochen; als Rahmenkonzept muß aber diese Perspektive auch in das Phasenmodell einfließen. Ebenso nicht angesprochen ist die Frage nach der Erklärung der Wirksamkeit und den in der Intervention ablaufenden Prozessen. Diese Frage begleitet die Forschung in allen angesprochenen Phasen; im Sinne einer technologischen Forschung sind diese Fragen aber der systematischen Wirksamkeitsüberprüfung nachgeordnet (Expositionstherapie ist trotz unterschiedlicher Erklärungsansätze wirksam). Während die Phasen I–III bei genügender Zahl an Studien einen Stand erreichen lassen, bei dem die Evaluation einen vorläufigen Abschluß erreicht, gilt dies nicht für die Praxiskontrolle (Phase IV), da diese Phase eine Daueraufgabe darstellt.

### 3. Evaluationskriterien

In der Interventionsforschung werden verschiedene Evaluationskriterien diskutiert. Im folgenden wird auf die in Tabelle 2 angeführten Kriterien eingegangen; zu beachten ist, daß die angeführten Begriffe in der deutsch- und englischsprachigen Literatur nicht immer einheitlich verwendet werden.

(1) *Effektivität/Wirksamkeit (efficacy)*: Die Wirksamkeit einer Interventionsmethode kann nur bezüglich definierter Ziele und im Hinblick auf einen Vergleichsmaßstab (z. B. Kontrollgruppe) beurteilt werden (zur Zielproblematik s. Kap. 4/Wissenschaftstheorie: Intervention); die Wirksamkeit stellt daher das Ausmaß an Veränderung im Hinblick auf einen Zielzustand dar, die auf die Intervention zurückgeführt wird. Unter der Wirkung wird vielfach die Veränderung zwischen Ausgangs- und Endpunkt verstanden, ohne daß ein Normmaßstab herangezogen wird. Nach Baumann (1998) beinhaltet das Konstrukt Wirksamkeit verschiedene Freiheitsgrade, die im konkreten Fall zu präzisieren sind, da es *die* Wirksamkeit nicht gibt. So besteht

Tabelle 2: Evaluationskriterien

(1)	Effektivität/Wirksamkeit (efficacy): Beurteilung der Wirksamkeit bezüglich definierter Ziele und bezüglich Vergleichsmaßstab.
(1.1)	Statistische Signifikanz der Veränderung
(1.2)	Statistische Signifikanz (Bedeutsamkeit) der Veränderung
(1.3)	Prozentsatz an gebesserten PatientInnen
(1.4)	Breite der Veränderung (Wirkumsspektrum)
(1.5)	Veränderungsmuster
(1.6)	Dauerhaftigkeit der Veränderung (Katamnese)
(1.7)	Ausmaß an negativen Effekten
(2)	Effizienz (cost-effectiveness, cost-benefit): Beurteilung des zur Zielerreichung benötigten Aufwandes (Kosten-Effektivitäts-Analyse; Kosten-Nutzen-Analyse).
(3)	PatientInnen-Zufriedenheit (Consumer-Satisfaction)
(4)	Praxisbewährung (effectiveness). Beurteilung der Wirksamkeit unter Praxisbedingungen (im deutschsprachigen Raum zum Teil mißverständlich mit Effizienz (s. oben) umschrieben).
(5)	Ethische Angemessenheit

heute Einigkeit darüber, daß die Effektivität multimodal (vgl. Kap.7/Diagnostik), d.h. im Hinblick auf unterschiedliche Datenebenen, Datenquellen und Konstrukte erfaßt werden muß, was aber eine zusammenfassende Wirksamkeitsbeurteilung erschwert. Eine Wirksamkeitsbeurteilung kann je nach Zeitpunkt der Überprüfung unterschiedlich ausfallen (Therapieende, Katamnese), hängt von der Art des Vergleichsmaßstabes ab und ist – je nach Ablauf im Forschungsprozeß – unterschiedlich zu definieren. Für die Erfassung der Wirkung steht eine große Zahl an Verfahren zur Verfügung (z.B. Ogles, Lambert & Masters, 1996), die teilweise störungsunabhängig, teilweise störungsspezifisch sind. Zu berücksichtigen sind bei der Wirkerfassung auch die unterschiedlichen Auflösungsgrade (Funktionen, Funktionsmuster; interpersonelle Systeme). Die Wirksamkeitsbeurteilung erfordert die Beurteilung von Veränderungen, was nach unterschiedlichen formalen Kriterien erfolgen kann (Kazdin & Wilson, 1978):

- **Statistische Signifikanz der Veränderung:** Insbesondere in Gruppenstudien wird die Signifikanz der Veränderung (im Vergleich zu einer Kontrollgruppe) als Kriterium der Wirksamkeit herangezogen. Auch im Einzelfall ist eine Signifikanzbeurteilung möglich (vgl. die Beurteilung von Testunterschieden in der Diagnostik).

- **Klinische Signifikanz (Bedeutsamkeit) der Veränderung:** Neben der statistischen Signifikanz ist die klinische Bedeutung der Veränderung zu beurteilen (Kazdin, 1994). Klinische Signifikanz bzw. klinische Bedeutsamkeit kann z.B. durch ExpertInnen-Urteil festgelegt werden (z.B. Festlegung von Mindestdifferenz in Verfahren X) oder durch die Überprüfung, inwieweit sich ein klinischer Ausgangsbefund in den Normbereich (durch unauffällige Kontrollgruppen festgelegt) verändert hat.

- **Prozentsatz an gebesserten PatientInnen:** Dieses Kriterium erfordert eine Zusammenfassung der multimodalen Erfolgsmessung bzw. es wird ein Hauptindikator herausgegriffen. Für die Festlegung der Besserungsrate werden häufig bedeutsame Veränderungen zugrunde gelegt. In der medikamentösen Forschung spricht man von Respondern bzw. Nonrespondern, d.h. PatientInnen, die auf Maßnahme erfolgreich bzw. nicht erfolgreich reagieren.

- **Breite der Veränderung (Wirkungsspektrum):** Die Erfassung möglicher – positiv und negativ bewerteter – Wirkungen macht eine breite multimodale Erfassung möglicher Effekte notwendig, die über die Zielsymptomatik hinausgehen. Therapiemethoden können sich in ihrem Wirkungsspektrum unterscheiden.

- **Veränderungsmuster:** Die Veränderungserfassung erfordert eine komplexe Analyse der Merkmale.

Therapieeffekte können durch spezifische Veränderungs muster charakterisiert sein (z. B. Interkorrelationsmatrizen der Prä-/Postwerte unterscheiden sich bei einzelnen Therapien).

- *Dauerhaftigkeit der Veränderung:* Interventionen müssen nicht nur am Ende der Intervention ihre Wirksamkeit beweisen, sondern darüber hinaus, was zur heute akzeptierten Forderung nach Katamnesen, d. h. Nachuntersuchungen führt. Die Katamnesendauer ist dabei von den Störungstheorien abhängig.

- *Ausmaß an negativen Effekten:* Zur Wirksamkeitsbeurteilung gehören – neben den erwünschten – auch die unerwünschten Effekte (Mohr, 1995; Bents, Frank & Rey, 1996). Dazu zählen: unerwünschte Wirkungen in Funktionen oder Funktionsmustern zum Teil Nebenwirkungen genannt; Therapieablehnung (kein Therapiebeginn) trotz Indikation; Drop-Out-Raten, d. h. Anzahl der AbbrecherInnen vor Therapieende; Rückfälle innerhalb eines Zeitraumes, der zum Teil mehrere Jahre umfassen kann (z. B. bei Schizophrenie).

(2) *Effizienz (cost-effectiveness, cost-benefit).* Der Begriff Effizienz wird zum Teil auch für das Kriterium der Praxisbewährung (s. unten) verwendet. Während die Effektivität den Zielabstand beinhaltet, bezieht sich die Effizienz auf den zur Zielerreichung benötigten Aufwand (Bühringer & Hahlweg, 1986). Die Effizienzfrage beinhaltet Kostenüberlegungen:

a) Können nur zur Behandlung (Kosten), nicht aber zum Nutzen monetärer (Geld) Aussagen gemacht werden, so haben wir eine *Kosten-Effektivitäts-Analyse*; es wird geprüft, mit welchen Kosten das Erreichen von Therapiezielen verbunden ist («was kostet die Wirksamkeit/Effektivität»). So kann man z. B. die Kosten einer ambulanten mit einer stationären Therapie vergleichen, die beide das Ziel anstreben, eine Angststörung zu beheben (definiert mit Kriterienwerten). Dabei würde der Nutzen, der mit dem Therapieerfolg (keine Angststörung mehr) verbunden ist, finanziell nicht berechnet.

b) Bei *Kosten-Nutzen-Analysen* sind Behandlung (Kosten) und Gewinn (Nutzen), der durch das Erreichen eines Therapiezieles erzielt wird, monetär darstellbar.

Nach Neumer und Margraf (1996) unterscheidet man zwei Formen von *Nutzen*: positi-

ver Nutzen (Bsp. aufgrund von Therapie bessere Arbeitsfähigkeit und damit höheres Einkommen) und Nutzen durch Kosteneinsparung (Bsp.: weniger Medikamente, weniger stationäre Aufenthalte). Bei den *Kosten* wird der mit der Behandlung verbundene monetäre Aufwand berücksichtigt (z. B. Therapiehonorar, Pflegesatz als Kosten der Leistungserbringer; Fahrtkosten PatientIn, Arbeitsausfall während der Therapie als Kosten der PatientInnen und deren Angehörige). Der Nutzen von Interventionen ist nur begrenzt monetär erfassbar, da darüber hinaus auch ideelle Werte als Therapienutzen zu betrachten sind (z. B. PatientInnenzufriedenheit, konfliktfreie Interaktionen zwischen Ehepaaren, Lebensqualität). Kosten-Effektivitäts-Analysen sind daher weniger problematisch als KostenNutzen-Analysen. Beispiele für Effizienzüberlegungen finden sich bei Neumer und Margraf (1996) sowie Gabbard, Lazar, Hornberger und Spiegel (1997).

(3) *PatientInnen-Zufriedenheit:* Klinisch-psychologische Interventionen können nur dann erfolgreich sein, wenn sich die PatientInnen dem therapeutischen Setting unterziehen und an die vereinbarten Regeln halten (in und außerhalb der Therapie). Letzteres wird mit *Compliance* umschrieben, als Grad, in dem das Verhalten des Patienten in bezug auf eine Intervention mit der vom Therapeuten intendierten Intervention übereinstimmt. Wesentlich für diese Zusammenarbeit ist die Bewertung der Therapie durch die PatientInnen als KonsumentInnen (Pekarik, 1993), so daß u. a. die PatientInnen-Zufriedenheit (Consumer-Satisfaction; Hollon, 1996;) zur Interventions-Bewertung hinzugeommen werden muß. Leimkühler und Müller (1996) weisen aber auch auf die Schwierigkeit der Erfassung von PatientInnenzufriedenheit hin.

(4) *Praxisbewährung:* In neuerer Zeit wurde die Wirksamkeit, überprüft in kontrollierten Studien (vgl. Phasen I-III) von der Wirksamkeitsbeurteilung unter Praxisbedingungen (Phase IV) abgegrenzt. Seligman (1995) hat unter dem Stichwort *effectiveness* die Praxisbewährung als zusätzliche Form der Wirksamkeitsüberprüfung für die Psychotherapieforschung gefordert (vgl. dazu die Diskussion bei Vandenbos, 1996). Praxisbewährung – im deutschsprachigen

Raum zum Teil mißverständlich mit Effizienz (s. oben) umschrieben – ist ein wesentliches Evaluationskriterium. Praxisbewährung kann aber nicht nur – wie beim Consumer Report Survey – in Form von Meinungsforschungsumfragen mit zum Teil geringen Rücklaufquoten realisiert werden (Seligman, 1995). Vielmehr sind umfassende Praxisstudien, die methodisch befriedigend sind, zu fordern.

(5) *Ethische Angemessenheit*: Interventionen haben nicht nur effektiv und effizient zu sein, sondern sie müssen auch unter ethischer Perspektive bewertet werden (Corey, Schneider-Corey & Callanan, 1993). Insbesondere stellt sich die Frage, ob die angewandten Mittel mit den Zielen kompatibel sind (Ziel-Mittel-Diskrepanz; «Der Zweck heiligt nicht immer die Mittel»); dieses Problem stellt sich vor allem bei Zwangsbehandlungen und Aversionsmethoden. Ethische Probleme ergeben sich u. a. auch dann, wenn Körperkontakte als Therapiemittel eingesetzt werden oder wenn Therapieverfahren nicht nur auf die PatientInnen, sondern auch auf die Umgebung Auswirkungen haben (evtl. unerwünschte Wirkungen aus der Sicht der Umgebung). Klinisch-psychologische Interventionen müssen daher jeweils auch unter ethischen Gesichtspunkten bewertet werden.

In den folgenden Abschnitten werden verschiedene methodische Probleme der Interventionsforschung anhand des Phasenmodells diskutiert. Die hier angesprochenen Bewertungskriterien sind für alle Phasen von Bedeutung und werden daher nicht mehr speziell berücksichtigt.

## 4. Methodik der Erkundungsphase

Für die Erkundungsphase, zum Teil aber auch für die Pilotphase sind u. a. Analogstudien und Einzelfallstudien von Bedeutung, da eine neue Methode vielfach ohne genaue Hypothesen in der Empirie erforscht werden soll.

### 4.1 Analogstudien

Der Begriff der Analogstudien wurde bereits im Kapitel 9 (Ätiologie, Bedingungsanalyse: me-

thodische Gesichtspunkte: Abschnitt 3.3) dargestellt. Es wird daher auf die betreffenden Ausführungen verwiesen; im folgenden sollen hier nur die für Interventionen spezifischen Punkte ergänzend angeführt werden. Der Begriff Analogstudien weist auf Studien hin, die die zu untersuchende Realität nur partiell oder vergleichsweise abbilden (Kazdin, 1980). Bei der Interventionsforschung sind – wie bei der Ätiologieforschung – folgende Abweichungen von der Realität bedeutsam (s. Kap. 9, Abschnitt 3.3): *Gattung* (z. B. Tierstudien versus Humanbereich); *Störung* (als Klassifikationsvariable oder als Zielvariable von Einflußgrößen; quantitative und qualitative Abweichung von klinischen Störungen); *Untersuchungsverfahren* (Komplexität einer Störung wird mit *einem* Untersuchungsverfahren erfaßt).

Folgende Aspekte sind für die klinisch-psychologische Intervention zusätzlich bedeutsam:

- *Behandelte Personen*: ohne Störung; mit subklinischer Störung; mit Störung und Leidensdruck (z. B. angeworbene Personen); mit Störung, Leidensdruck, Behandlungswunsch und Bereitschaft, an einer Studie mitzumachen (in Institutionen).
- *TherapeutInnen*: Einsatz von für die Intervention geschulten StudentInnen, AusbildungskandidatInnen, TherapeutInnen mit wenig oder viel Erfahrung.
- *Setting*: Intervention im Labor in Form von Experiment mit Personen, die zufällig standardisierten Verfahren zugeordnet werden; Intervention in klinischen Forschungssettings (mit/ohne Zufallszuordnung); Interventionen im klinischen Alltag.
- *Zeitdimension*: Intervention von *einer* Sitzung, wenigen Sitzungen bis hin zur üblichen Psychotherapiedauer in der Praxis.

Analogstudien sind auch für den Interventionssektor kein Gegenpol zur klinischen Realität. Für die Interventionsforschung können Studien mit starken Abweichungen von der Realität («Analogstudien») insbesondere für die Phase I und zum Teil für die Phase II wichtige Beiträge leisten.

## 4.2 Einzelfallstudien

Einzelfallstudien machen ein einzelnes Element (z. B. Person, Gruppe, Gemeinde) zum Gegenstand der Analyse. Das Element wird exakt beobachtet, beschrieben und – beim experimentellen Ansatz – systematischen Bedingungsvariationen unterzogen (Reinecker, 1994). Einzelfallstudien sind besonders geeignet zur Untersuchung seltener Phänomene, aber auch zur umfassenden Erforschung komplexer Phänomene in der Phase der Hypothesengenerierung. Daher sind für neue Interventionsansätze Einzelfallstudien von besonderer Wichtigkeit (Jones, 1993, Franklin, Allison & Gorman, 1997).

Einzelfalldarstellungen können sich inhaltlich unterscheiden: Biographien umfassen vielfach das ganze Leben, während die Kasuistik bzw. die Einzelfallstudie sich auf spezifische Aspekte bezieht. Methodisch unterscheiden wir bei Einzelfallstudien drei Varianten: quantitativ-experimentelles (Einzelfallexperiment), quantitativ nicht-experimentelles (quantitative Einzelfallanalyse; z. B. statistische Analyse eines Testprofils hinsichtlich Unterschieden in Unterests), beschreibendes Vorgehen (Fallstudie).

Für die quantitative Einzelfallforschung – insbesondere für Einzelfallexperimente – wurde eine Vielzahl an methodischen Vorschlägen vorgelegt, insbesondere gilt dies für das Problem der Kontrollbedingungen (Petermann, 1996a). Während in Gruppenstudien die Kontrollbedingung durch zusätzliche Gruppen realisiert wird (s. oben), muß dies bei Einzelfallstudien durch entsprechende Bedingungsvariation innerhalb desselben Individuums erfolgen (Überblick über Einzelfalltherapiepläne: Petermann, 1996a). Die einfachste Form liegt im A-B-A-Design vor (A: Kontrollbedingung, meist in Form von unbehandelter Baseline; B: Interventionsbedingung); kritisch ist bei diesem Plan anzumerken, daß das Ausblenden der Intervention B in der Regel nicht mehr den Ausgangszustand A herstellt. Es wurden daher komplexere Designs entwickelt, um den Forderungen nach interner und externer Validität Rechnung zu tragen (z. B. Plan mit multiplen Kontingenzen oder multiple Baseline Pläne). Zur Auswertung von Einzelfallstudien werden verschiedenste Verfahren vorgeschlagen; zu nennen sind graphische Verfahren, Varianzanalysen, Faktorenanalysen, Zeitreihen-

analysen nach dem ARIMA-Modell, nonparametrische Verfahren, Trendanalysen etc. (Jones, 1993; Franklin et. al., 1997; Reinecker, 1994; Russell, 1995). Teilweise wird für eine Kombination von Einzelfall- und Gruppenstudien plädiert. Die Vielzahl an – im Rahmen von Prozeßanalysen gewonnenen – komplexen Datenmustern wird auf der Ebene der Untersuchungseinheit (Person, Paar etc.) statistisch bearbeitet; die derart gewonnenen Parameter werden anschließend über die Untersuchungseinheiten hinweg zusammengefaßt (Agglutination). Damit kann der Aussagegehalt von Einzelfallstudien erweitert werden. Grundsätzlich ist aber anzumerken, daß das Induktionsproblem (Schluß von einem Individuum auf das Nächste) sich nicht auf Einzelfallstudien beschränkt, sondern sich auch bei Gruppenstudien (Schluß von einer Gruppe auf ein nicht der Gruppe angehöriges Individuum) ergibt, da meistens keine repräsentativen Stichproben verwendet werden.

Einzelfallstudien sind nicht nur in der Erkundungsphase von Bedeutung. Auch in der Phase der Praxiskontrolle nehmen in Aus- und Fortbildung Einzelfallstudien in Form von Fallarbeiten, die zur Prüfung vorgelegt bzw. über die in den Supervisionen berichtet werden, einen besonderen Stellenwert ein. Es ist daher verwunderlich, daß Einzelfallstudien in der klinisch-psychologischen Forschung, aber auch in der Ausbildung deutlich unterrepräsentiert sind.



*Psychotherapieforschung: Computerunterstützte systematische Beobachtung der Therapeut-Patient-Interaktion*

## 5. Methodik der Pilot-Phase

Während in der Erkundungsphase eine neue Therapiemethode – vielfach ohne exakte Hypothesen – systematisch beobachtet wird, überprüft man in der Pilot-Phase eine neue Methode unter kontrollierten Bedingungen, was komplexe Versuchspläne erforderlich macht. Im folgenden gehen wir auf die Versuchspläne im allgemeinen (Kontrollgruppen) und die Prozeß-, Erfolgsforschung ein. Diese beiden von Eysenck und Kiesler initiierten Themenbereiche sind sehr früh als Leitbilder für die Psychotherapieforschung bedeutsam geworden (s. Abschnitt 2).

### 5.1 Versuchspläne

#### 5.1.1 Kontrollgruppendesigns

Ausgehend von der Kontroverse Eysencks werden seit den fünfziger Jahren für die Beurteilung der Wirksamkeit einer Therapiemethode Vergleichsgruppen, d. h. Kontrollgruppendesigns gefordert. Mit diesem Ansatz wird die interne

Validität, d. h. Schlüssigkeit von Studien, verbessert (Köhnken, Seidenstücker & Baumann, 1979). Gemäß dem Expertenbericht der American Psychiatric Association (APA, 1982, S. 21 ff.) kann die Wirksamkeit einer Intervention mit verschiedenen Versuchsplantypen überprüft werden (Kazdin, 1980; s. Tab. 3), wobei diese von unterschiedlicher methodischer Güte sind und unterschiedlichen Aussagegehalt haben.

Die Varianten (1) bis (3) in Tabelle 2 sind *ohne explizite Kontrollbedingungen*, so daß die interne Validität der Studie beeinträchtigt ist. Dennoch können derartige Studien für die Erkundungsphase (Phase I) sinnvoll sein, um global Wirkungen abzuschätzen (Veränderungen als notwendige, aber nicht hinreichende Bedingungen für Interventionseffekte). Als Vergleichmaßstab sind in diesem Falle Ergebnisse aus der Literatur heranzuziehen.

Für die Pilot-Phase sind *explizite Kontrollbedingungen* (Varianten 4 bis 10) anzustreben, bei denen die Personen – im Idealfall – zufällig (randomisiert) den Bedingungen zugeordnet werden. Dazu bieten sich Gruppen mit unterschiedlichem Behandlungsaufwand an: keine, geringe, übliche und spezifische Behandlung.

**Tabelle 3:** Versuchsplantypen für klinisch-psychologische Interventionsforschung (Gruppen-Design) (APA, 1982, S. 21 ff.; Baumann, 1986; Kazdin, 1980)

#### A. Keine expliziten Kontrollbedingungen: Eingruppenplan

- (1) Eingruppenplan mit retrospektiver Datenerhebung am Interventionsende (Einpunkt-Erhebung; Interventionsbewertung bei Abschluß der Intervention).
- (2) Eingruppenplan mit mindestens Prä- (vor) und Postmessung (nach Behandlung) (Zweipunkterhebung mit Differenzbildung als Veränderungsmaß; evtl. Mehrpunkterhebung).
- (3) Eingruppenplan mit Eigenkontrollgruppe: PatientInnen bleiben einige Zeit unbehandelt (Baseline), so daß Kontroll- und Interventionsphase vorliegen, die miteinander verglichen werden können (Zeiteffekte nicht kontrolliert, interne Validität eingeschränkt).

#### B. Explizite Kontrollbedingungen: Kontrollgruppenplan mit Interventions- und Kontrollgruppe

- (4) Kontrollbedingung ohne Behandlung: Unbehandelte Kontrollgruppe.
- (5) Kontrollbedingung ohne Behandlung in der Kontrollphase mit anschließender Behandlungsphase: Wartelisten-Kontrollgruppe.
- (6) Kontrollbedingung mit geringer Behandlung: Placebo-Kontrollgruppe.
- (7) Kontrollbedingung mit üblicher Behandlung: Routine-Behandlung.
- (8) Kontrollbedingung mit spezifischer Behandlung: andere Therapieform.
- (9) Kontrollbedingung mit spezifischer Behandlung: Parametermodifikation in Form von Parametervariation, -addition, -subtraktion.
- (10) Kombination der Varianten (4)–(9)

*Keine Behandlung* haben wir bei der unbehandelten Kontrollgruppe, in der die PatientInnen über längere Zeiträume (mehr als ein Jahr) ohne Behandlung wären; bei den Wartelisten-Kontrollgruppen ist die behandlungsfreie Zeit begrenzt (Monate). Bei letzterem Vorgehen wird ein Teil der PatientInnen nicht behandelt, während ein anderer Teil eine Behandlung erfährt. Nach Abschluß der Intervention in der Therapiegruppe wird die Wartezeit der Kontrollgruppe abgebrochen und eine Intervention mit der Kontrollgruppe durchgeführt. Das Konzept «Keine Behandlung» ist ethisch und klinisch problematisch. Auf längere Zeit darf eine Intervention nicht vorenthalten werden; im ambulanten Bereich ist diese Variante aber auch klinisch kaum realisierbar, da anderweitige Hilfe nicht verhindert werden kann.

Anstelle der unbehandelten Kontrollgruppe bieten sich Kontrollgruppen *mit Behandlung* an. Dazu gehört vor allem die Placebo-Kontrollgruppe, die einen geringen Behandlungsaufwand miteinschließt (Details s. unten). Ein höheres Ausmaß an Behandlung ist in der Routinebehandlung gewährleistet, die vielfach keine kontinuierlichen längeren Interventionen, sondern nur Kurzkontakte mit ÄrztInnen oder PsychologInnen beinhalten. Einen noch größeren Behandlungsaufwand finden wir bei Kontrollgruppen mit spezifischer Behandlung (Behandlungsalternativen). Als Interventionsalternativen sind nach Kazdin (1980) zu nennen:

- andere Therapieformen (Bsp. Kognitive Verhaltenstherapie der Depression versus Antidepressivum). In der medikamentösen Forschung wird als Alternative oft auch ein als bewährt geltendes Standardmedikament verwendet.
- Parametermodifikationen, bei der einzelne Parameter verändert werden: a) Parametervariation: Modifikation durch unterschiedliche Ausprägung einzelner Parameter (z. B. Bsp.: Interventionsform X mit unterschiedlicher Sitzungsdauer: 45 versus 90 Minuten); b) Parameteraddition bzw. -subtraktion: Modifikation durch Hinzufügen oder Wegnehmen von Therapieelementen (z. B. Systematische Desensibilisierung mit Angsthierarchie unter Entspannung versus ohne Entspannung).

Die verschiedenen Varianten sind nicht nur methodisch unterschiedlich zu bewerten, sondern haben auch unterschiedliche Zielsetzungen. Die Varianten (2), (3): Eingruppenpläne) und (4) bis (7) suchen die Wirkung einer Therapieform festzustellen, während die Variante (8) einen Beitrag zur Indikation bringt (welche Therapieform ist bei einer Störung eher indiziert). Variante (9) sucht eine bestehende Therapieform zu optimieren, eine Fragestellung, die auch zu Phase III gehört. Durch die Kombination unterschiedlicher Varianten kommt man zu komplexen Versuchsplänen. Variiert man nicht nur den Technikfaktor, sondern nach Kiesler (1969) auch die TherapeutInnen- und PatientInnen-Faktoren, so gelangen wir zu *differentiellen Therapiestudien*, die die Basis für komplexe Indikationsaussagen bilden. So können als TherapeutInnen-Merkmal z. B. die Erfahrung (z. B. erfahrene versus unerfahrene TherapeutInnen; s. Kap. 22.1/Psychotherapie: Systematik) und als PatientInnen-Merkmal z. B. die Diagnose (ICD, DSM) variiert werden. Differentielle Aspekte werden aber nicht nur bei den unabhängigen Variablen (TherapeutIn, Technik, PatientIn), sondern auch bei der abhängigen Variablen Therapieerfolg (s. oben) gefordert. Dadurch gelangt man zu multifaktoriellen multimodalen Versuchsplänen, die für die Phase II komplexe Aussagen ermöglichen. Standards über Struktur und Inhalt der Studien sind der spezifischen Interventionsmethodologie zu entnehmen. Ein Beispiel für einen derartigen Kriterienkatalog findet sich in Tabelle 4 (s. auch Kazdin, 1994).

### 5.1.2 Placebo-Intervention

In der medikamentösen Forschung hat der Placebo-Begriff eine große Bedeutung erlangt; sogenannte Placebo-Kontrollgruppen dienen dazu, die Medikamentenwirkung exakt zu erfassen (Spiegel, 1995). Unter Placebo wird ein Scheinmedikament, eine pharmakologisch unwirksame Substanz verstanden, die aber psychologische Wirkungen haben kann. Für die klinisch-psychologische Interventionsforschung wurde – wie für die medikamentöse Prüfung – der Vergleich mit einer klinisch-psychologischen Placebo-Intervention (Placebo-Psychotherapie) gefordert (s. Tab. 2, Variante 6). In der

**Tabelle 4:** Kriterienkatalog zur Planung und Beurteilung klinisch-psychologischer Interventionsstudien (Köhnken et al., 1979; s. auch Kazdin, 1994)

(1) <i>Interventionen</i>	Beschreibung der Interventionsformen – Art der Kontrollgruppen <i>Darstellung und Vergleich der einzelnen Gruppen bezüglich der folgenden Punkte:</i> – Instruktionen pro Gruppe – Settings der Gruppen – Interventionsdauer – Häufigkeit und Dauer der Kontakte – Zeitraum der Untersuchung – Interferierende Interventionen
(2) <i>Klassifikation (Gruppenbildung bei PatientInnen und TherapeutInnen)</i>	– Beschreibung der Klassifikationsinstrumente (Inhalt; Gütekriterien, z. B. Reliabilität, Validität)
(3) <i>Abhängige Variablen</i>	Breite der abhängigen Variablen (Variablenrepräsentativität für gestörte bzw. ungestörte Bereiche) – Beschreibung der Instrumente (Inhalt; Gütekriterien) – DatenerheberInnen und DatenauswerterInnen (Beschreibung der Personen; Informiertheit über Messzeitpunkt bzw. zu erwartende Effekte) – Situationsbezug der Daten (Daten von Therapiesitzung bzw. außerhalb der Sitzungen) – Katamnesezeitdauer – Katamneseinstrumente (Vergleichbarkeit der Instrumente aus vorausgehenden Messungen und Katamnese, Gütekriterien).
(4) <i>VersuchsleiterInnen/TherapeutInnen</i>	Funktionsteilung (Identität von VersuchsleiterIn und TherapeutIn) – Art der Zuordnung von TherapeutInnen zu PatientInnen/Interventionen – Kontrolle der Realisierung der Behandlung (Übereinstimmung zwischen TherapeutInnenverhalten und Therapiemanual) – Vergleichbarkeit der TherapeutInnen bezüglich Personenmerkmale (z. B. Geschlecht), Persönlichkeitsmerkmale, allgemeine Therapiekompetenz, Training/Erfahrung in den speziellen Therapietechniken – prognostische Erwartung (Kenntnis der vermuteten Ergebnisse bei den TherapeutInnen)
(5) <i>PatientInnen</i>	Beschreibung von Rekrutierungsprozedur – Beschreibung von Selektionsprozedur (inkl. Angaben zu den Selektionsinstrumenten) – Wissen der PatientInnen über Selektionsfunktion der Instrumente – Vermutungen der PatientInnen über Hypothesen – Klinischer Status der PatientInnen – Freiwilligkeit der Teilnahme – Beschreibung der PatientInnen (Störung in Form von Diagnosen und Symptomatik, Krankheitsanamnese, Person- und Persönlichkeitsmerkmale etc.) – Art der Gruppenzuweisung der PatientInnen
(6) <i>Verlauf der Untersuchung</i>	PatientInnen-Ausfälle – Selektivität der Ausfälle pro Gruppe – Berücksichtigung der Ausfälle bei der Auswertung – PatientInnenausschluß (Anzahl, Gründe etc.)
(7) <i>Datenanalyse</i>	Beschreibung der statistischen Prüfverfahren – Signifikanztests (Voraussetzungen etc.) – Signifikanzniveau (Alpha, Beta) – Maß für Effektstärke – Komplexität der Analysetechnik (univariat, multivariat) – Auswertungsmethode (Einzelgruppen und/oder Untersuchungstage)

Psychotherapieforschung finden sich daher verschiedenste Studien mit sogenannten Placebo-Kontrollgruppen; teilweise wurde behauptet, daß Psychotherapie nicht wirksamer als Placebo sei. Lambert und Bergin (1994; s. dort weitere Literatur) haben aufgrund der Literatur festgestellt, daß dies nicht zutrifft und Psychotherapie daher wirksamer als psychotherapeutische Placebos ist. Da darunter vielfach Therapien mit geringer Behandlung realisiert werden, stellen sie

einen strengeren Vergleichsmaßstab als medikamentöse Placebos dar (s. unten). Aus folgenden Gründen ist eine Übertragung des medikamentösen Placebo-Begriffs auf die klinisch-psychologische Intervention nicht möglich (Baumann, 1986; Lambert & Bergin, 1994):

- Während das medikamentöse Placebo und die Substanz (Verum) äußerlich identisch sind und sich auch nicht in der Applikation

unterscheiden (daher kein Unterschied in der Glaubwürdigkeit), sind diese Randbedingungen für die klinisch-psychologische Intervention kaum realisierbar. Daher ergeben sich bereits zu Beginn einer Maßnahme Unterschiede zwischen Intervention und Placebo-Intervention bezüglich der Glaubwürdigkeit der Prozedur, was einen methodisch adäquaten Vergleich nicht mehr zuläßt.

- Medikamentöse Placebos und die echte Substanz lassen sich bezüglich der pharmakologischen, nicht aber bezüglich der psychologischen Mechanismen unterscheiden. Psychotherapie und psychotherapeutisches Placebo ermöglichen keine vergleichbare Differenzierung, da beide im Erleben und Verhalten ansetzen. Dies gilt umso mehr, wenn unter Psychotherapie-Placebo Behandlungsformen subsumiert werden, die psychotherapeutische Elemente beinhalten (z. B. allgemeine Gruppenaktivitäten; Durcharbeiten von Büchern, die für die Störung relevant sind).
- In der medikamentösen Therapie ist die Substanz («Technik») und die damit verbundene psychologische Prozedur (repräsentiert durch Arzt/Ärztin) trennbar. In der klinisch-psychologischen Intervention trifft dies nicht zu, da die Technik durch das Therapeutenverhalten realisiert wird. Eine unwirksame Technik mit einer wirksamen TherapeutInnenhaltung – wie beim medikamentösen Placebo – zu koppeln, ist unmöglich.
- Teilweise finden wir eine Gleichsetzung des medikamentösen Placebo-Begriffes mit dem Begriff der allgemeinen, gemeinsamen, nicht spezifischen Faktoren, die vielfach in der Psychotherapieforschung für nicht vorhandene differentielle Effekte zwischen unterschiedlichen Interventionsfaktoren verantwortlich gemacht werden (vgl. Lambert & Bergin, 1994; s. auch Kap. 22.1/Systematik der Psychotherapie). Diese Gleichsetzung ist problematisch, da die allgemeinen Faktoren durchaus echte Wirkfaktoren darstellen, die für eine Therapie wesentlich sind.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß aus heutiger Sicht der medikamentöse Placebo-Begriff nicht auf die Psychotherapie übertragbar ist. Die psychotherapeutischen Placebo-Realisierungen stellen daher Kontrollbedingungen mit zumindest geringer Behandlung dar.

## 5.2 Prozeßforschung, Prozeß-Erfolgsforschung

Kiesler hat nicht nur die Forderung nach differentiellen Therapiestudien und multimodaler Erfassung der Wirkung aufgestellt, sondern auch eine kombinierte Prozeß-Erfolgsforschung gefordert. Die herkömmliche Interventionsforschung hat meist den Zustand vor und nach der Intervention (prä/post) zu ihrer Bewertung herangezogen. Zusätzlich kam dann die Forderung, über das Ende der Intervention hinweg den Interventionserfolg zu untersuchen, d. h. eine katamnestiche Untersuchung durchzuführen (3. Meßpunkt). Kiesler hat aber auch darauf hingewiesen, daß der Therapieverlauf selbst eine wichtige Größe darstellt, die es explizit zu analysieren gilt. Der Interventionserfolg ist im Zusammenhang mit dem Interventionsprozeß zu sehen, so daß daraus eine kombinierte Prozeß-Erfolgsforschung resultiert. Die Prozeßforschung ist aber nicht nur im Hinblick auf den Therapieerfolg von Interesse, sondern auch zur Beantwortung der Frage, was in einer Intervention geschieht und wie therapeutische Effekte zustande kommen (Schindler, 1995; s. auch Kap. 22.1/Systematik der Psychotherapie).

Während in der Erfolgsforschung vor allem Therapiebeginn (prä), Therapieende (post) und Katamnese (Follow-up) interessieren, wird in der Prozeßforschung das Hauptaugenmerk auf Mikro-Variablen der Veränderung (Schaap et al., 1993; Schindler, 1991) gelegt:

- *Veränderungen innerhalb einer therapeutischen Sitzung (Prozeßdauer: Sekunden, Minuten bis max. Therapiesitzungs-Dauer).* Elemente der Therapiesitzung werden im Verlauf einer Sitzung beobachtet und zum Teil in gegenseitige Relation gesetzt (Bsp.: Verhältnis von Redezeit zu Schweigen; Interaktionssequenzen zwischen TherapeutIn und PatientIn etc.); zusätzlich können auch Beurteilungen einer Sitzung erfolgen (z. B. Zufriedenheit der PatientInnen mit der Therapiestunde).
- *Veränderungen zwischen den Sitzungen (Prozeßdauer: Tage).* Es werden zwischenzeitliche Geschehen analysiert (z. B. Veränderungen in der Gestaltung der Partnerschaft, Bewältigung von beruflichem Streß).

- *Veränderungen in einzelnen Phasen einer Intervention (Prozeßdauer: Wochen, Monate).* Analyseinheit sind mehrere Sitzungen, die als Phase betrachtet werden (z. B. Auswirkungen kognitiver Umstrukturierung dysfunktionaler Gedanken auf die Stimmung; Veränderung von Vermeidungsverhalten durch Konfrontationstraining).

Die Varianten ergänzen sich und stellen nur als Gesamtes eine umfassende Prozeßanalyse dar. So können Interaktionsmuster in mehreren Therapiestunden erhoben und miteinander verglichen werden. Wir haben damit eine Verlaufsanalyse (über mehrere Sitzungen) von Verlaufsmustern (jeweils pro Sitzung). Bei der kombinierten Prozeß-Erfolgsforschung sind die jeweiligen Prozesse bzw. Veränderungsaspekte über die gesamte Interventionsdauer zu konzipieren und mit dem Erfolg in Verbindung zu setzen (Bsp. für Prozeßforschung: Bastine, Fiedler & Kommer, 1989; Greenberg & Newman, 1996).

Prozeßaussagen bzw. Prozeß-/Erfolgsaussagen bedürfen nach Orlinsky, Grawe und Parks (1994) – neben den spezifischen inhaltlichen Interpretationen – folgender vier Präzisierungen:

- *Beobachtungsperspektive:* Unterschiedliche Datenquellen (PatientInnen, TherapeutInnen, nicht in den Therapieprozeß involvierte BeobachterInnen) können Prozesse unterschiedlich konzipieren, so daß dies bei der Interpretation zu berücksichtigen ist.
- *Therapieprozeß versus Veränderungsprozeß:* Bei den Prozessen sollte terminologisch unterschieden werden zwischen Therapieprozeß (z. B. hypothesenorientierte Aussagen über Veränderungen im und durch das Therapiegeschehen; s. Kap. 22.1/Systematik der Psychotherapie) und Veränderungsprozeß (z. B. ohne spezifischen Theoriebezug beobachtete Veränderungen der PatientInnen im Laufe der Therapie).
- *Zeitliche versus kausale Verläufe:* Es sollte der Aussagegehalt bezüglich Ursache/Wirkung präzisiert werden, indem beschreibende Zeitreihen von Kausalketten unterschieden werden.
- *Zeitsegment:* Prozesse können von der Mikroanalyse einzelner Äußerungen bis hin zur Analyse von Behandlungsphasen reichen (s. oben).

In der Prozeßforschung sind zur genauen Erforschung von Interaktionen auch experimentelle Vorgehensweisen möglich, d. h. es können von den TherapeutInnen bestimmte Handlungsaspekte systematisch variiert werden, um deren Effekte zu beobachten. Für die Prozeßforschung werden unterschiedliche Untersuchungsverfahren eingesetzt (Ogles, Lambert & Masters, 1996; Laireiter & Baumann, 1996). Häufig werden in der Prozeßforschung Fragebögen zur Bewertung von Therapiesitzungen durch TherapeutInnen und PatientInnen verwendet; Fremdbeurteilungsverfahren aus der Interaktionsforschung dienen der Analyse von Therapiesitzungen. Für Feinanalysen werden zusätzliche Untersuchungsverfahren und Registrierungstechniken (Video, Audio) benötigt. Wichtig sind vor allem die Analyse *nonverbalen* (z. B. Fassnacht, 1995; Wallbott, 1994) und *verbalen* Verhaltens (z. B. Kächele, Novak & Traue, 1989; Koch & Schöfer, 1986; Schaap et al., 1993; Schindler, 1991). Orlinsky, Grawe und Parks (1994) nennen als entscheidende zu untersuchende Prozeßmerkmale formale (z. B. sozialer Rahmen der Therapie: Rollenverständnis), technische (therapeutische Intervention), interpersonale (therapeutische Beziehung), intrapersonale (Einstellung der PatientInnen zur Therapie), klinische (therapeutische Realisierung) und zeitliche Aspekte (Dauer der Therapie).

Prozeßanalysen erfordern für die Datenfülle elektronische Datenaufbereitungen und adäquate – häufig multivariate – statistische Verfahren (z. B. Russell, 1995; Gottman & Rushe, 1993). Beide Forderungen werden heute vielfältig realisiert; für die Auswertung von Prozeßdaten werden u. a. Methoden der Einzelfallstatistik herangezogen (siehe Abschnitt 4.2). Prozeßdaten können aber auch gruppenstatistisch ausgewertet werden, indem jeweils die Charakteristika der Einzelprozesse als multivariater Datenvektor für eine Gruppenauswertung benutzt werden.

## 6. Methodik der Testphase

Aufgabe der Testphase (Phase III) ist es, die Interventionstechnik auf eine möglichst breite empirische Basis zu stellen. Wünschenswert sind zum einen sogenannte Multizenter-Studi-

en, bei denen ein gemeinsamer Versuchsplan für verschiedene Institutionen erstellt wird. Dieses Vorgehen bringt spezielle methodische Probleme (z. B. Koordination, Standardisierung des Vorgehens) mit sich, auf die hier nicht eingegangen werden kann. Wichtig ist aber auch die Replikation von Befunden durch voneinander unabhängig durchgeführte Studien (Kreuzvalidierung). Die Realisierung unterschiedlicher Studien führt u. a. zur Frage, wie die Befunde der einzelnen Studien zusammengefaßt (agglutiniert) werden können und welche Behandlungsempfehlungen sich aus der Literatur ergeben. Zwei Ansätze sollen im folgenden vorgestellt werden: Metaanalyse und Kriterienkataloge, Behandlungsrichtlinien. Beide Ansätze sind zusätzlich für die Befundintegration der Phase IV (Praxiskontrolle) von Bedeutung.

## 6.1 Metaanalysen

Zur Befundintegration wurden früher narrative Sammelreferate durchgeführt, in denen – in Abhängigkeit von der Findigkeit der zusammenfassenden Personen – die Literatur mehr oder weniger erschöpfend dargestellt wurde. Durch die Datenbanken ist die Beliebigkeit der Literaturagglutination gesunken, da die Literatur systematisch ausgeschöpft werden kann. Neben der systematischen Nutzung der Datenbanken kamen statistische Verfahren der Ergebnisaufbereitung hinzu, so daß eine neue Methode der Literaturlaufbereitung zur Verfügung stand, die *Metaanalyse* (engl. *Meta-analysis*) genannt wird (Begriff von Glass: Lipsey & Wilson, 1993). In Metaanalysen wird die vorhandene Literatur systematisch unter Nutzung statistischer Verfahren ausgewertet. Metaanalysen finden sich dabei in den verschiedensten Wissenschaftsgebieten, nicht nur in der klinisch-psychologischen Interventionsforschung. Während sich Primär- (Originalauswertung) und Sekundäranalysen (erweiterte Auswertung der Daten der Primäranalyse) auf eine einzige Studie beziehen, integrieren Metaanalysen die Befunde mehrerer Studien (Fricke & Treinies, 1985). Metaanalysen können unterschiedlich erfolgen und stellen keine einheitliche Methode dar (s. Lipsey & Wilson, 1993; Rosenthal, 1995). Dennoch beinhaltet die Methode einen allgemeinen Ablauf, der in Tabelle 5 dargestellt ist.

Für die einzelnen Schritte liegen vielfach unterschiedliche Lösungsvorschläge vor. Von besonderer Bedeutung ist die Quantifizierung der Studienergebnisse durch Kennwerte, die vom Maßstab der einzelnen Merkmale unabhängig sind, so daß ein Vergleich zwischen Studien möglich wird. Vielfach wird die Effektstärke ES als Kennwert herangezogen, die auf Korrelationskoeffizienten oder dem d-Koeffizienten beruht; die verschiedenen Ansätze können dabei ineinander übergeführt werden (Fricke & Treinies, 1985):

$$\text{Effektstärke ES (effect size): } d = (MT - MK) / SK$$

MT, MK: Mittelwerte nach Therapieende von Therapie (T)-, bzw. Kontrollgruppe (K)  
SK: Standardabweichung der Kontrollgruppe am Therapieende

Als Vergleichsmaßstab sind Kontrollgruppen ohne oder mit nur geringer Behandlung heranzuziehen. Effektstärken werden nach Cohen als klein ( $d = .20$ ), mittel ( $d = .50$ ) und groß ( $d = .80$ ) bezeichnet. Bei Normalverteilung der Nachtestwerte bedeutet eine Effektstärke von  $d = .85$  (Wert von Smith, Glass & Miller, 1980), daß eine durchschnittliche Person (Prozentrang PR = 50) durch die Therapie einen Kriteriumswert von PR = 80 ( $z = .85$ ) erreicht; dies bedeutet eine eindeutige Verbesserung. Es werden in der Methodik unterschiedliche Berechnungsformen und statistische Prüftests für Effektstärken diskutiert (Lipsey & Wilson, 1993). Sofern keine Kontrollgruppen vorliegen, können pro Behandlungsgruppe Effektstärken berechnet und diese miteinander verglichen werden:  $(M_{\text{prä}} - M_{\text{post}}) / S$ .  $M_{\text{prä}}$ : Mittelwert zu Therapiebeginn;  $M_{\text{post}}$ : Mittelwert zu Therapieende; S: gepoolte Standardabweichung der Prätestwerte aller Behandlungsgruppen (Grawe et al., 1994).

Die Methode der Metaanalyse hat zu heftigen Kontroversen zwischen BefürworterInnen und KritikerInnen der Metaanalysen geführt (zur Kritik s. Lösel, 1987). U. a. werden folgende Kritikpunkte angeführt: Studien mit unterschiedlicher methodischer Dignität kann man nicht zusammenfassen; die Daten innerhalb der einzelnen Studien sind voneinander abhängig, so daß man pro Studie nur eine einzige mittlere Effektstärke rechnen darf; Therapiemethoden unterscheiden sich in Anzahl und

**Tabelle 5: Methodisches Vorgehen bei Metaanalysen (nach Fricke & Treinies, 1985; Grawe et al., 1994; Köhnken, Seidenstücker & Baumann, 1979; Lösel, 1987; Rosenthal, 1995; Wittmann & Matt, 1986)**

- (1) Formulierung der Forschungsfragen, die mit der Metaanalyse zu beantworten sind  
Bsp. In welcher Relation steht die Wirksamkeit von Psychotherapie zur Wirksamkeit medikamentöser Therapie bei depressiven Störungen?
- (2) Literatursuche
  - (2.1) Definition der Suchbegriffe: Eingangskriterien  
Bsp. (1) Psychotherapiestudie *und* (2) medikamentöse Therapie *und* (3) depressive Störungen
  - (2.2) Suchstrategien (in der Regel computerunterstützte Literatursuche)  
Bsp. PsycINFO/PsycLIT, PSYINDEX, MEDLARS, etc.
  - (2.3) Evtl. Selektion der gefundenen Literatur aufgrund weiterer Kriterien  
Bsp. PatientInnenzahl pro Behandlungsgruppe muß mehr als x PatientInnen betragen.
- (3) Erstellen eines Beschreibungssystems (Kodier-, Ratingsystem) für die einzelnen Studien
  - (3.1) Struktur (Inhalt) der Studie (hier für Psychotherapiestudien; s. auch Tabelle 4)  
Bsp. Bibliographische Angaben; Versuchsplanung (Faktoren, Zeitraster etc.); Angaben zu TherapeutInnen, PatientInnen, Interventionen; Instrumente für Prozeß-, Erfolgsmessung; Statistik; etc.
  - (3.2) Quantifizierung der Studienergebnisse  
Bsp. Klassifizierung signifikanter Ergebnisse (Veränderung  $p < .05$ : +;  $p > .05$ : -); Wahrscheinlichkeiten (In-Funktion); Effektstärken (d, r etc.) mit Vertrauensintervall; etc.
  - (3.3) Bewertung der Studien (meist Validitätskonzepte von Cook und Campbell: interne, externe, statistische Validität, Konstruktvalidität)  
Bsp. Güteprofil von Grawe et al. (1994): Klinische Relevanz, Interne Validität, Güte der Information, Vorsicht bei der Interpretation, Reichhaltigkeit der Messung, Güte und Reichhaltigkeit der Auswertung, Reichhaltigkeit der Ergebnisse, Indikationsrelevanz.
- (4) Überprüfung der BeurteilerInnen-Übereinstimmung bezüglich des Beschreibungssystems (evtl. Revision)
- (5) Auswertung der einzelnen Studien mittels Beschreibungssystems
- (6) Aufbereitung der Daten  
Bsp. Aufsummierung der Wahrscheinlichkeitswerte (Addition, In-Funktion etc.); Mittlere Effektstärken; Zusammenhang von Struktur- und Bewertungsdaten mit Effektstärken (Bsp. Haben Studien mit erfahreneren TherapeutInnen höhere Effektstärken als Studien mit unerfahrenen TherapeutInnen)
- (7) Ergebnisdarstellung und Interpretation
- (8) Dokumentation (insbesondere Literaturverzeichnis der verwendeten Studien; evtl. Überblickstabellen zu den einzelnen Studien mit den wichtigsten Parametern)

Auswahl der Untersuchungsverfahren, was zu Vergleichsproblemen führt; Metaanalysen berücksichtigen keine Prozeßdaten und keine Einzelfallstudien. Die angeführten Kritikpunkte sind zwar wichtig, doch stellen sie keine grundsätzlichen Argumente gegen Metaanalysen dar. Wie die Auseinandersetzungen um die Ergebnisse der Metaanalysen von Grawe, Donati und Bernauer (1994) zeigen, sind Metaanalysen – wie jede empirische Studie – auf unterschiedlichen Ebenen kritisierbar. Die Auseinandersetzungen werden aber besonders heftig, wenn Metaanalysen die Basis für gesundheitspolitische Maßnahmen darstellen.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß Metaanalysen auch zur Evaluation klinisch-psychologischer Interventionen einen wichtigen Beitrag leisten. Sie bringen primär Deskriptionen, können aber auch Unterschiede in der Wirksamkeit unterschiedlicher Therapieformen nachweisen. Die Bewertung der Unterschiede ist aber – wie bei allen statistischen Entscheidungsfragen – von Konventionen abhängig (Alpha-Risiko etc.) und muß neben der statistischen Signifikanz auch die klinische Bedeutsamkeit miteinschließen. Die Evaluation von Therapieverfahren kann sich daher nicht ausschließlich an Metaanalysen orientieren; sie benötigt auch andere Ansätze.

## 6.2 Normative Verfahren: Kriterienkataloge, Behandlungsrichtlinien

Zur Bewertung von Therapieverfahren hat die American Psychological Association (Task Force APA, 1993) einen Kriterienkatalog zur Überprüfung erstellt, inwieweit ein *Therapieverfahren empirisch validiert* ist (empirically validated treatments). Dabei wird unterschieden zwischen «Therapieverfahren mit gut belegter Wirksamkeit» und «wahrscheinlich wirksame Therapieverfahren». Es handelt sich dabei um ein normatives Vorgehen, indem explizite Regeln zur Beurteilung von Interventionen formuliert werden. Erforderlich sind für das Prädikat «gut belegte Wirksamkeit» mindestens zwei fundierte Gruppenuntersuchungen aus unterschiedlichen Forschergruppen oder eine große Anzahl von experimentellen Einzelfallstudien; in beiden Varianten müssen die Studien bestimmten, ausformulierten methodischen Gütekriterien genügen. So muß z. B. in den Gruppenstudien die Wirksamkeit der Therapie besser sein als in einer anderen Behandlung oder in einer Placebo-Therapie.

Wesentlich ist auch, daß die untersuchten Therapien auf *Behandlungsmanualen* basieren. Vielfach werden Therapiemanuale als nicht adäquate Einschränkung der TherapeutInnen angesehen. Dagegen ist anzumerken, daß letztlich jede Therapieform eine möglichst exakte Beschreibung ihres Vorgehens benötigt, was bei Therapiemanualen im expliziten Form geschieht. Therapiemanuale stellen auch kein Spezifikum der Verhaltenstherapie dar, sondern finden sich in verschiedenen Ansätzen (z. B. interpersonelle, psychodynamische Psychotherapie; s. Task Force APA, 1993). Behandlungsmanualen können in unterschiedlichem Auflösungsgrad vorliegen, indem Strukturen für einzelne Sitzungen oder allgemeinere Hinweise für das konkrete Vorgehen gegeben werden. Therapiemanuale gewährleisten nicht zwingend, daß die intendierten Konzepte in den einzelnen Therapien umgesetzt werden. Daher ist für die Therapiefor schung die Überprüfung der Konzepttreue (Manualtreue; treatment integrity) wesentlich, d. h. das Ausmaß, inwieweit die intendierten Therapiekonzepte in der Realität umgesetzt werden.

Beachtenswert ist, daß bei dem Ansatz der American Psychological Association explizite

Kriterien vorgelegt werden und daß – unter bestimmten Randbedingungen – Einzelfallstudien bezüglich der Gruppenstudien als äquivalent angesehen werden. Dieser Gesichtspunkt ist bisher bei den Metaanalysen nicht berücksichtigt worden. Die Expertengruppe ist sich der Willkürlichkeit der Kriterien bewußt, begründet aber die Formulierung von Kriterien auf der Basis von Expertenwissen und stellt eine Liste von Psychotherapieverfahren auf, die den aufgestellten Kriterien genügen. Derartige Listen sind selbstverständlich fortlaufend zu aktualisieren und zu überprüfen (vgl. Phase IV), so daß ein «Gütesiegel» nicht unbegrenzt verliehen werden kann (zur Kontroverse s. Kazdin, 1996a; Kendall & Chambless, 1998).

Während der angeführte Ansatz der American Psychiatric Association verfahrensorientiert ist, sind die von der American Psychiatric Association (1993, 1997) publizierten *Practice Guidelines* (Behandlungsrichtlinien) störungsorientiert, d. h. es werden Hinweise auf erprobte Behandlungsformen bei spezifischen Störungen gegeben. Diese Hinweise beinhalten – in der Terminologie der Qualitätssicherung (s. Kap. 19/Gesundheitsversorgung: Abschnitt 5.2) – Behandlungskriterien, die gegebenenfalls auch zum Behandlungsstandard erhoben werden können. Aus psychotherapeutischer Sicht sind diese Richtlinien teilweise kritisiert worden, da sie einseitig auf medikamentöse Therapie ausgerichtet seien. Behandlungsrichtlinien setzen ein kompetentes ExpertInnengremium voraus, das die vorhandene Literatur umfassend sichtet und daraus Empfehlungen ableitet. Wesentlich ist, daß diese Gremien breit, d. h. auch mit Klinische PsychologInnen/PsychotherapeutInnen zusammengesetzt sind, damit die unterschiedlichen Ansätze differenziert beurteilt werden können (vgl. American Psychologist, 1994). Die Behandlungsrichtlinien stehen im Grenzbe reich der Phasen III und IV, da in die Behandlungsrichtlinien kontinuierlich die Erfahrungen der Phase IV (Praxiskontrolle) miteinzubeziehen sind. Dadurch dienen sie auch der Qualitätssicherung.

## 7. Methodik der Praxiskontrolle, Qualitätssicherung

Die Evaluierung neuer Interventionstechniken ist mit der Testphase soweit abgeschlossen, daß eine größere Verbreitung im Praxisfeld möglich ist. Trotz Abschluß der Evaluation im engeren Sinn ergeben sich aber weitere Evaluationsfragen. Zum einen sind Wege der Implementierung im Praxisfeld zu suchen und zu bewerten. Dabei ist es von zentraler Bedeutung, ob positiv evaluierte Verfahren (s. Grawe, Donati & Bernauer, 1994) in der Praxis eingesetzt werden. Margraf und Schneider (1996) weisen darauf hin, daß z.B. nur 1 Prozent der Personen mit behandlungsbedürftigen Ängsten mit kognitiver Verhaltenstherapie, einer für Angststörungen nachgewiesenermaßen effizienten Therapie, behandelt wurden. Zum anderen bedürfen – wie die medikamentöse Forschung zeigt – Interventionen auch nach ihrer Praxisimplementierung einer Überprüfung. Dadurch können die sich mit einer Intervention ergebenden Probleme identifiziert werden, die sich erst in der praktischen Anwendung und im Langzeitverlauf zeigen; zusätzlich resultieren aus dem Praxisfeld große und heterogene Stichproben, die eine umfassendere Evaluation als in den vorherigen Phasen ermöglichen. Während in der medikamentösen Forschung mit dem sogenannten Drug-monitoring inhaltliche und methodische Beiträge zur Praxiskontrolle geliefert werden, ist diese Thematik für den klinisch-psychologischen Interventionssektor noch wenig elaboriert. Mit dem Stichwort *effectiveness* wurde von Seligman (1995) die Forderung erhoben, Praxisbewährung als zusätzliche Form der Wirksamkeitsüberprüfung für die Psychotherapie zu verwenden und damit einen Beitrag zur Praxiskontrolle zu liefern (vgl. auch Roth & Fonagy, 1996). Ergebnisse solcher Studien könnten die notwendige Umsetzung von erforschten Therapieverfahren in die Gesundheitsversorgung beschleunigen (Vandenbos, 1996; Kazdin, 1996b). Dabei besteht die Möglichkeit, daß die zusammenfassenden Ergebnisse der Testphase (Metaanalysen, Kriterienkataloge, Behandlungsrichtlinien) aufgrund der Praxisbewährung modifiziert werden.

Mit dem Begriff der *Qualitätssicherung* bzw. *Qualitätsmanagement* ist in den letzten Jahren ein allgemeines Rahmenkonzept für die Praxiskontrolle in der Gesundheitsversorgung eingeführt worden, das auch für die Klinische Psychologie/ Psychotherapie bedeutsam ist. Wesentliche Teilaspekte sind die Strukturqualität (Rahmenbedingungen der Intervention), Prozeßqualität (Güte der Umsetzung von Forschungsergebnissen in den klinischen Alltag) und Ergebnisqualität (Ausmaß, inwieweit Behandlungsziel und -ergebnis übereinstimmen). Die für klinisch-psychologische Intervention wichtigen Gesichtspunkte der Qualitätssicherung sind im Kapitel 19 (Gesundheitsversorgung) detailliert abgehandelt, so daß auf die betreffenden Ausführungen verwiesen wird.

Für die Qualitätssicherung der Struktur- und Ergebnisqualität liegen verschiedenste Vorschläge vor, doch ist bisher die Umsetzung in die Praxis der klinisch-psychologischen Intervention bzw. Psychotherapie nicht systematisch erfolgt. Mit dem Konzept der *kontrollierten Praxis* (Petermann, 1996b) wird die am Einzelfall orientierte Evaluation des klinischen Handelns durch PraktikerInnen als Hilfsmittel zur Praxisoptimierung eingeführt und damit ein konzeptueller Beitrag zur Qualitätssicherung geleistet. Durch eine zielorientierte Evaluation des therapeutischen Vorgehens sollen die Interventionsschritte und Veränderungen bei den jeweiligen PatientInnen möglichst präzise erfaßt und in der Folge beurteilt werden. Hilfsmittel sind u. a. standardisierte Untersuchungsverfahren, Bezugnahme auf Dokumentationsunterlagen sowie der systematische Vergleich dokumentierter Therapieverläufe bei mehreren PatientInnen.

In der Qualitätssicherung nimmt die *Dokumentation* von Interventionen einen besonders wichtigen Stellenwert ein. Baumann und Ühle (1994) haben die bezüglich Dokumentation notwendigen Gesichtspunkte in Leitsätzen zusammengefaßt und vor allem folgendes betont:

- Dokumentation ist aus rechtlichen, ethischen, berufsständischen und wissenschaftlichen Gründen unerläßlich.
- Rechtliche Rahmenbedingungen sind adäquat zu berücksichtigen (Schweigepflicht, Datenschutz, Einsichtsrecht von PatientInnen).

- Dokumentation hat multimodal, nach Möglichkeit mittels allgemein anerkannter Systeme, routinemäßig zu erfolgen.
- Die Dokumentationsinhalte sind komplex zu wählen (s. Tab. 6).

In der Psychiatrie liegen verschiedene überregionale Dokumentationssysteme vor, während dies für die klinisch-psychologischen Interventionen bisher nicht zutrifft. Dennoch gibt es auch für den Psychotherapiesektor verschiedene Dokumentationssysteme (vgl. Laireiter & Baumann, 1996; Laireiter, Lettner & Baumann, 1996; 1998), wobei die Bereiche Therapiebeginn und -ende besonders breit elaboriert sind; bezüglich der Verlaufsdokumentation sind – wie in der Psychiatrie – die Ansätze weniger entwickelt.

Insgesamt gesehen ist die Phase der Praxiskontrolle bisher noch am wenigsten methodisch aufgearbeitet und bedürfte daher besonderer Anstrengungen, um zu befriedigenden Lösungen zu gelangen.

## 8. Schlußbemerkungen

Klinisch-psychologische Interventionsforschung ist – im Gegensatz zur medikamentösen Forschung – häufig punktuell (eine Studie an einer Forschungsinstitution) betrieben worden; Forschungsprogramme sind in diesem Sektor eher selten. Ein Forschungsprogramm beinhaltet einen zeitlichen Rahmen, in dem verschiedene Teilschritte in eine Abfolge gebracht werden, damit ein Erkenntnisfortschritt resultiert. Neben der zeitlichen Dimension beinhaltet ein Programm aber auch eine überregionale Vernetzung, indem mehrere Institutionen gleichzeitig an gleichen oder ähnlichen Fragestellungen arbeiten. Derartige Forschungsprogramme müssen die Makro- und die Mikroebene der Interventionen miteinbeziehen. Forschungsprogramme dürfen sich aber nicht nur auf die Evaluierung einer Interventionsform (Phasen I–III) beschränken. Befriedigende Ergebnisse der Phasen I–III stellen notwendige, aber nicht hin-

**Tabelle 6:** Datenstruktur für die Dokumentation ambulanter Psychotherapie (nach Laireiter, Lettner & Baumann, 1996, S. 318)

<i>(1) Daten zu Therapiebeginn</i>	
(1.1)	Angaben über PatientIn (Persondaten; z. B. Geburtsdatum, Adresse)
(1.2)	Anamnesedaten inkl. aktuelle Situation <ul style="list-style-type: none"> <li>– Biographische Anamnese (Sozialisation: z. B. Angaben zu Eltern, Geschwistern, Lebensereignisse während der Jugend)</li> <li>– Soziale Anamnese (z. B. PartnerIn, eigene Kinder)</li> <li>– Berufliche Anamnese (z. B. Schulbesuch, Ausbildung, berufliche Positionen)</li> <li>– Störungsanamnese (bezüglich aktueller und anderer Störungen/Krankheiten (inkl. somatischer Krankheiten; Störungen/Krankheiten in der Familie)</li> </ul>
(1.3.)	Störungsdaten zur aktuellen Störung (z. B. Diagnose/n, Symptomatik, Problembereiche, Befindlichkeit, Persönlichkeit; ungestörte Bereiche)
(1.4)	Angaben über TherapeutIn
(1.5)	Therapieplanung und -ziele (z. B. Indikation/Prognose, Ziele PatientIn/ TherapeutIn, Informed consent)
<i>(2) Daten zum Therapieverlauf, -prozeß</i>	
(2.1)	Angaben zu den einzelnen Sitzungen (u. a. formale Aspekte; Interventionen; Inhalte; Hausaufgaben; Bewertungen durch TherapeutIn/PatientIn u. a. bezüglich Qualität, Beziehung, Verlauf)
(2.2)	Störungsveränderungen, -verlauf
(2.3)	Zwischenzeitliche Geschehen (z. B. Arbeitsplatzwechsel)
<i>(3) Daten zu Therapieende</i>	
(3.1)	Störungsdaten (weitgehend wie bei Therapiebeginn)
(3.2)	Ergebnisbeurteilung (Veränderungsmessungen; Zielerreichung; Erfolgsbeurteilungen durch TherapeutIn/ PatientIn etc.)
(3.3)	Behandlungsstruktur (formale und inhaltliche Zusammenfassung der Daten zum Therapieverlauf)
<i>(4) Katamnesedaten</i>	
(4.1)	Störungsdaten (weitgehend wie bei Therapieanfang und -ende)
(4.2)	Ergebnisbeurteilungen (weitgehend wie bei Therapieende)
(4.3)	Spezifisch katamnestische Daten (soziale Situation, Beziehungen, Beruf, Wohnsituation etc.)

reichende Bedingungen für eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung dar. Forschung und ExpertInnenwissen haben deutlich gemacht, daß zusätzlich die Phase IV zu berücksichtigen ist, bei der die Umsetzung der Forschungsergebnisse in die Praxis unter dem Aspekt der Qualitätssicherung im Vordergrund steht. Wesentlich für eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung ist eine gemeinsame Methodologie, zu der in diesem Kapitel einzelne Aspekte dargestellt worden sind. Diese Methodologie ist vor allem an der Wirküberprüfung orientiert; für die Erklärung der Wirkungen sind aber Inhalte und Methoden der verschiedensten Teilgebiete der Psychologie (Allgemeinen Psychologie, Persönlichkeits-, Entwicklungs-, Sozialpsychologie, Biologische Psychologie etc.) von Bedeutung. Übergeordnetes Ziel der klinisch-psychologischen Interventionsforschung muß eine ständige Optimierung der PatientInnenversorgung sein; dies ist nur möglich, wenn eine kontinuierliche Rückkoppelung zwischen Forschung und praktischer klinisch-psychologischer Tätigkeit vorhanden ist.

## 9. Literatur

- Agras, W.S. & Berkowitz, R. (1980). Clinical research in behavior therapy: halfway there? *Behavior Therapy*, *11*, 472–487.
- American Psychiatric Association (1993). Practice guideline for the major depressive disorder in adults. *American Journal of Psychiatry*, *150* (suppl. 4).
- American Psychiatric Association (1997). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, *154* (suppl. 4).
- American Psychologist (1994). Psychology in the public forum (Practice Guidelines). *American Psychologist*, *49*, 30–61.
- APA Commission on Psychotherapies (1982). *Psychotherapy research*. American Psychiatric Association.
- Bastine, R., Fiedler, P. & Kommer, D. (Hrsg.). (1989). Psychotherapeutische Prozeßforschung (Themenheft). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, *18* (1).
- Baumann, U. (Hrsg.). (1984). *Psychotherapie: Makro-/Mikroperspektive*. Göttingen: Hogrefe.
- Baumann, U. (1986). Zum Placebo-Konzept in der Psychotherapie. In H. Hippus, K. Überla, G. Laakmann & J. Hasford (Hrsg.), *Das Placebo-Problem* (S. 97–105). Stuttgart: Fischer.
- Baumann, U. (1998). Wie objektiv ist die Wirksamkeit der Psychotherapie. In Ch. Mundt, M. Linden & W. Barnett (Hrsg.), *Psychotherapie in der Psychiatrie* (S. 15–26). Berlin: Springer.
- Baumann, U. & Ühlein, H. (1994). *Leitsätze zur Dokumentation klinisch-psychologischer/psychotherapeutischer Interventionen*. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Bellack, A.S. & Hersen, M. (Eds.). (1984). *Research methods in clinical psychology*. New York: Pergamon.
- Bents, H., Frank, R. & Rey, E.R. (Hrsg.). (1996). *Erfolg und Mißerfolg in der Psychotherapie*. Regensburg: Roderer.
- Bühringer, G. & Hahlweg, K. (1986). Kosten-Nutzen Aspekte psychologischer Behandlung. *Psychologische Rundschau*, *37*, 1–19.
- Corey, G., Schneider-Corey, M. & Callanan, P. (1993). *Issues and ethics in the helping professions*. Pacific Grove: Brooks/Cole Publ.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, *16*, 319–324.
- Fassnacht, G. (1995). *Systematische Verhaltensbeobachtung*. München: Reinhardt.
- Franklin, R., Allison, D. & Gorman, B. (Eds.). (1997). *Design and analysis of single-case research*. Mahwah N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Fricke, R. & Treinies, G. (1985). *Einführung in die Metaanalyse*. Bern: Huber.
- Gabbhard, G.O., Lazar, S.G., Hornberger, J. & Spiegel, D. (1997). The economic impact of psychotherapy: a review. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 147–157.
- Gottman, J.M. & Rushe, R.H. (Eds.). (1993). The analysis of change (special series). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61* (6).
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L.S. & Newman, F.L. (Eds.). (1996). Psychotherapy change process research (special series). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64* (3).
- Hollon, S. (1996). The efficacy and effectiveness of psychotherapy relative to medications. *American Psychologist*, *51*, 1025–1030.
- Howard, K.I. & Orlinsky, D.E. (1972). Psychotherapeutic processes. *Annual Review of Psychology*, *23*, 615–668.
- Jones, E.E. (Ed.). (1993). Single-case research in psychotherapy (special series). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61* (3).
- Kächele, H., Novak, P. & Traue, H.C. (1989). Psychotherapeutische Prozesse. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, *35*, 364–382.
- Kaminski, G. (1970). *Verhaltenstheorie und Verhaltensmodifikation*. Stuttgart: Klett.
- Kazdin, A.E. (1980). *Research design in clinical psychology*. New York: Harper & Row.
- Kazdin, A.E. (Ed.). (1992). *Methodological issues and strategies in clinical research*. Washington DC: American Psychological Association.
- Kazdin, A.E. (1994). Methodology, design and evaluation in psychotherapy research. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 19–71). New York: Wiley.
- Kazdin, A.E. (Ed.). (1996a). Validated treatments (special series). *Clinical Psychology*, *3* (3).
- Kazdin, A.E. (Ed.). (1996b). Evaluation in clinical practice (special series). *Clinical Psychology*, *3* (2).
- Kazdin, A.E. & Wilson, G.T. (1978). *Evaluation of behavior therapy*. Cambridge: Ballinger Publ.
- Kendall, Ph. & Chambless, D.L. (Eds.). (1998). Empirically supported psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66* (1).

- Kiesler, D.J. (1969). A grid model for theory and research in psychotherapies. In L.D. Eron & R. Callahan (Eds.), *The relation of theory to practice in psychotherapy*. Chicago: Aldine Publ. Comp.
- Koch, U. & Schöfer, G. (Hrsg.). (1986). *Sprachinhaltsanalyse in der psychiatrischen und psychosomatischen Forschung*. München: Psychologie Verlags Union.
- Köhnken, G., Seidenstücker, G. & Baumann, U. (1979). Zur Systematisierung von Methodenkriterien für Psychotherapiestudien. In U. Baumann, H. Berbak & G. Seidenstücker (Hrsg.), *Klinische Psychologie. Trends in Forschung und Praxis* (Band 2, S. 72–128). Bern: Huber.
- Laireiter, A.-R. & Baumann, U. (1996). Dokumentation von Verhaltenstherapie. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Band 1, S. 499–525). Berlin: Springer.
- Laireiter, A.-R., Lettner, K. & Baumann, U. (1996). Dokumentation von Psychotherapie. Möglichkeiten und Grenzen. In F. Caspar (Hrsg.), *Psychotherapeutische Problemanalyse* (S. 315–343). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Laireiter, A.-R., Lettner, K. & Baumann, U. (1998). *Psycho-Dok. Allgemeines Dokumentationssystem für Psychotherapie (Manual, Glossar, System)*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Lambert, M.-J. & Bergin, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4<sup>th</sup> ed., pp. 143–189). New York: Wiley.
- Leimkühler, A.M. & Müller, U. (1996). Patientenzufriedenheit – Artefakt oder soziale Tatsache. *Nervenarzt*, 67, 765–773.
- Lipsey, M. & Wilson, D.B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48, 1181–1209.
- Lösel, F. (1987). Methodik und Problematik von Meta-Analysen – mit Beispielen der Psychotherapieforschung. *Gruppendynamik*, 18, 323–343.
- Margraf, J. & Schneider, S. (1996). Paniksyndrom und Agoraphobie. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Band 2, S. 1–27). Berlin: Springer.
- Mohr, D.C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: a critical review. *Clinical psychology*, 2, 1–27.
- Möller, H.J. & Leimkühler, A.M. (1995). Qualitätssicherung in der psychiatrischen Forschung. In H.J. Haug & R.D. Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychiatrie* (S. 63–91). Stuttgart: Enke.
- Müller-Oerlinghausen, B. & Linden, M. (1981). Rationalität der Indikation zur psychopharmakologischen Behandlung. In U. Baumann (Hrsg.), *Indikation zur Psychotherapie* (S. 210–220). München: Urban & Schwarzenberg.
- Neumer, S. & J. Margraf (1996). Kosten-Effektivitäts- und Kosten-Nutzen-Analyse. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Band 1, S. 543– 551). Berlin: Springer.
- Ogles, B.M., Lambert, M.J. & Masters, K.S. (1996). *Assessing outcome in clinical practice*. Boston: Allyn and Bacon.
- Orlinsky, D., Grawe, K. & Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In A. Bergin & S. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (4<sup>th</sup> ed., pp. 270–376). New York: Wiley.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3<sup>rd</sup> ed., pp. 311–381). New York: Wiley.
- Pekarik, G. (1993). Beyond effectiveness: uses of consumer-oriented criteria in defining treatment success. In Th.R. Giles (Ed.), *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 409–436). New York: Plenum.
- Petermann, F. (Hrsg.). (1996a). *Einzelfallanalyse* (3. Aufl.). München: Oldenbourg.
- Petermann, F. (1996b). *Einzelfalldiagnostik in der klinischen Praxis* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz, PVU.
- Reinecker, H. (1994). *Grundlagen der Verhaltenstherapie*. (2. Aufl.). Weinheim: Beltz, PVU.
- Rosenthal, R. (1995). Writing meta-analytic reviews. *Psychological Bulletin*, 118, 183–192.
- Roth, A. & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford Press.
- Russell, R.L. (Ed.). (1995). Multivariate process research (special series). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (1).
- Schaap, C., Bennis, I., Schindler, L. & Hoogduin, K. (1993). *The therapeutic relationship in behavioural psychotherapy*. New York: Wiley.
- Schindler, L. (1991). *Die empirische Analyse der therapeutischen Beziehung. Beiträge zur Prozeßforschung in der Verhaltenstherapie*. Berlin: Springer.
- Schindler, L. (1995). Prozeßforschung. In A. Ehlers & K. Hahlweg (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie. Klinische Psychologie* (Bd. 1; S. 269–298). Göttingen: Hogrefe.
- Schmelzer, D. (1997). *Verhaltenstherapeutische Supervision*. Göttingen: Hogrefe.
- Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. *American Psychologist*, 50, 965–974.
- Smith, M.L., Glass, G.V. & Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Spiegel, R. (1995). *Einführung in die Psychopharmakologie* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Task Force APA (1993). *Task Force on promotion and dissemination of psychological procedures*. Washington: American Psychological Association (übersetzt in Auszügen: Hahlweg, K. (1995). Zur Förderung und Verbreitung psychologischer Verfahren. Ein APA-Bericht (Editorial). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24, 275–284).
- Vandenbos, G.R. (Ed.). (1996). Outcome assessment of psychotherapy (special section). *American Psychologist*, 51 (10).
- Wallbott, H.G. (1994). Verhaltensbeobachtung. In R.D. Stieglitz & U. Baumann (Hrsg.), *Psychodiagnostik psychischer Störungen* (S. 95–106). Stuttgart: Enke.
- Wittmann, W.W. & Matt, G.E. (1986). Meta-Analysen als Integration von Forschungsergebnissen am Beispiel deutschsprachiger Arbeiten. *Psychologische Rundschau*, 37, 20–40.