

Zufriedenheit mit Existenzanalyse

Ergebnisse einer katamnesticen Feldstudie zur Patientenbeurteilung von existenzanalytisch-logotherapeutischer Psychotherapie

Satisfaction with Existential Analysis

A catamnestic fieldstudy on quality-monitoring and patient-satisfaction in Existential-Analysis and Logotherapy

Anton-Rupert Laireiter¹, Christa F. Schir¹, Isabella Kimeswenger¹, Alfried Längle² & Joachim Sauer¹

Es wird über eine Studie zur Beurteilung der Behandlungsqualität (Qualitäts-Beurteilung) durch die Patienten und zur Erfassung der Patientenzufriedenheit mit Existenzanalyse und Logotherapie berichtet. Ausgehend von eigenen Vorarbeiten und Literaturanalysen wurde dazu ein mehrdimensionales Verfahren entwickelt, das wichtige Aspekte der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität psychotherapeutischer Behandlungen und der Zufriedenheit damit (Rahmenbedingungen, Therapeut, therapeutischer Prozess, Ergebnisse) erfasst. Dieses wurde 108 PatientInnen (davon 23 Abbrecher) von 26 Psychotherapeuten mit einem Abschluss in Existenzanalyse/Logotherapie zur Bearbeitung vorgelegt. Die Patienten hatten die bereits beendete Behandlung retrospektiv zu beurteilen. Die Ergebnisse lassen insgesamt auf eine gute Qualität und hohe Zufriedenheit mit den Psychotherapien schliessen; lediglich in der Ergebnisqualität mussten einige kleinere Defizite (Lösung konkreter Probleme, Veränderung langanhaltender negativer Verhaltensgewohnheiten) festgestellt werden. Eine Analyse der Determinanten der Beurteilungen erbrachte nur einen systematischen Zusammenhang mit strukturellen Therapievariablen (Geschlecht des Therapeuten: Therapeutinnen wurden positiver beurteilt), hingegen korrelierten andere Prozess- (insbesondere Beendigungsgrund) und Ergebnisvariablen (z.B. Erfolgsbeurteilung) deutlich damit, was die konvergente Validität des Verfahrens stützt. Die Befunde werden abschliessend hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Beurteilung der Qualität der Existenzanalyse/Logotherapie diskutiert.

Schlüsselwörter: Psychotherapie, Qualität, Qualitätssicherung, Patientenbeurteilung, Patientenzufriedenheit, Existenzanalyse/Logotherapie

The present paper deals with a study on the quality of Existential Analysis and Logotherapy monitored directly by the patients (quality-rating) and their satisfaction with this kind of psycho-therapy (satisfaction-rating). Starting from an ad-hoc-instrument and an extensive review of the literature two scales for the assessment of the quality and the satisfaction focusing the most important aspects of the psychotherapeutic process (input-, therapist-, process-, methods- and outcome-variables) were developed. To evaluate the instruments 108 patients (85 finishing their therapies regularly, 23 breaking them off) having been treated by 26 psychotherapists with training in Existential Analysis were studied. The patients had to rate retrospectively the quality of their therapies as well as their satisfaction with them in two scales containing 26 Likert-typed items each. The results show high quality- and satisfaction-ratings for the therapists, the psychotherapeutic process and the methods applied. Only a few outcome-variables (e.g. solving life problems, changing longstanding negative habits etc.) resulted into lower results. In a second step systematic determinants of the ratings were explored. Only one therapist-variable (sex of the therapist: females were rated more positive and satisfying) and no patient-variable was systematically related to the ratings; both ratings however were closely related to therapeutic process- (e.g. reasons for stopping therapy) and outcome-variables (e.g. change measures) supporting the convergent validity of the instrument. At the end of the paper implications of the results for the evaluation of the process- and outcome-quality of Existential Analysis and Logotherapy are discussed.

Keywords: Psychotherapy, quality, quality-assurance, quality-monitoring, patient-satisfaction, Existential Analysis/Logotherapy

1) Institut für Psychologie, Universität Salzburg

2) Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse, GLE, Wien

1. Einleitung

1.1 Fragestellungen der Psychotherapieforschung

Die Psychotherapieforschung hat seit ihrem systematischen Beginn in den 20er Jahren eine sehr steile und intensive Entwicklung genommen. Standen anfangs eher Fragen der Grundlagenforschung im Sinne des Junktims zwischen Forschen und Heilen Freuds im Mittelpunkt, so entwickelte sich ab den 30er Jahren relativ zügig die sogenannte „*Psychotherapie-Evaluationsforschung*“ (Jandl-Jäger 1998), deren Hauptaugenmerk auf die Überprüfung der Wirksamkeit und Effekte von Psychotherapie gerichtet ist. Diese Forschungstradition ist gleichzeitig auch die am intensivsten betriebene und am stärksten diskutierte (Rudolf 1998).

Daneben hat sich ab Mitte der 40er Jahre, von interpersonal und humanistisch orientierten Psychotherapeuten ins Leben gerufen, die sogenannte „*Psychotherapie-Prozessforschung*“ entwickelt, deren Ziel die Erforschung psychotherapeutischer Prozesse unter vielfältigen Gesichtspunkten, sowie der Zusammenhang zwischen sogenannten therapeutischen Prozessvariablen und dem Ergebnis einer Psychotherapie ist. Diese sogenannte „*Prozess-Ergebnisforschung*“ wurde stimuliert durch die Erkenntnis, dass psychotherapeutische Methoden und Strategien allein nur einen Bruchteil der Varianz des Therapieerfolges erklären. Das bekannteste Ergebnis dieser Forschungstradition ist das sogenannte „*Generic Model of Psychotherapy*“ von Orlinski und Howard, das bis heute in seinen Grundzügen gültig ist (Rudolf 1998).

Neben diesen Haupttraditionen haben sich eine Reihe weiterer Schwerpunkte entwickelt, die bei der Betrachtung der Psychotherapieforschung meist übersehen werden. Für das hier vorzustellende Projekt von besonderer Bedeutung ist die „*Praxisforschung*“ wie auch die neu etablierte „*Qualitätsforschung*“, die eng mit den bisher erwähnten verwandt ist, jedoch eigenständige Ziele und Aufgaben verfolgt (Rudolf 1998; Seligman 1995).

Die Sicherstellung und ständige Verbesserung der Leistungserbringung und der Effekte des Gesundheitswesens und seiner Vertreter ist ein wichtiges Anliegen der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in den letzten Jahren geworden (Laireiter & Vogel 1998). Sie ist mittlerweile in fast allen europäischen Ländern verpflichtend, in vielen auch im Rahmen der ambulanten Gesundheitsversorgung, wozu meist auch die Psychotherapie gehört. In Österreich ist diese Verpflichtung zwar noch nicht gesetzlich vorgeschrieben, es ist aber damit zu rechnen, dass bei zukünftigen Novellierungen des Ärzte-, Psychotherapie- und Psychologengesetzes Derartiges auch hier eingefordert werden wird. Darüber hinaus gibt es natürlich eine Reihe fachinterner Überlegungen und Gründe, die dafür sprechen, dass sich die Profession mit der Sicherung der Qualität ihrer Leistungserbringung intensiv beschäftigen sollte (Laireiter 1998).

Ein wichtiger Bereich der Qualitätssicherung ist die Erfassung dessen, was als Qualität, in unserem Fall als psychotherapeutische Qualität oder Leistung, zu bezeichnen ist (= *Qualitätsmonitoring*). Bevor nicht klar ist, welcher Art diese Qua-

lität ist, wie diese Leistung also zu bewerten ist, und ob sie auch denjenigen entspricht, an die sie sich wendet, den Patientinnen und Patienten, kann man schwerlich Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung betreiben. Daher ist die systematische Erfassung der Leistungsqualität eine notwendige und wichtige Voraussetzung für den Einsatz von Methoden und Strategien ihrer Verbesserung (Satzinger 1998). Wichtig ist es daher, sowohl entsprechende Methoden zur Qualitätserfassung zu entwickeln wie auch regelmäßige Studien zu ihrer Überprüfung durchzuführen.

1.2 Qualitätssicherung und die Erfassung psychotherapeutischer Leistungsqualität

Der Qualitätsbegriff umfasst bekanntlich drei Bereiche (Laireiter 1998), die *Strukturebene*, d.h. die strukturellen Rahmenbedingungen der Psychotherapie, die *Prozessebene*, d.h. die Anwendung und Durchführung der Psychotherapie, sowohl im methodisch-technischen wie auch im zwischenmenschlichen Bereich, und die *Ergebnis- oder Outcomeebene*, d.h. die Ergebnisse von Psychotherapien. Die *Strukturqualität* der psychotherapeutischen Versorgung und von psychotherapeutischen Einrichtungen einschließlich Praxen ist über die Festlegung entsprechender Kriterien relativ leicht zu erfassen und ist darüber hinaus auch kaum Gegenstand entsprechender Forschungen. Für die Psychotherapie von größerer Bedeutung ist die Erfassung der *Prozess- und Ergebnisqualität*, da diese wesentlich durch den Psychotherapeuten selbst zu gestalten ist.

Aus diesem Grund gibt es seit Beginn der Qualitätssicherungsdebatte, das ist im deutschsprachigen Raum seit Ende der 80er Jahre, vielfältige Bemühungen, Instrumente des *systematischen Qualitätsmonitoring* zu entwickeln. Entsprechend gibt es auch bereits eine Reihe derartiger Methodensammlungen, die in der Regel multimethodaler Art sind und sowohl Therapeut wie auch Patient als Datenquellen einschließen. Viele davon sind computerisiert; allgemein werden damit Daten zu Therapiebeginn, zum Therapieverlauf und zum Therapieende erfasst, meist ist auch die Durchführung einer Katamnese möglich (vgl. z.B. Braun 1998; Fydrich, Laireiter, Engberding & Saile 1996; Grawe & Baltensperger 1998; Peseschkian et al. 1999).

Diese Verfahren sind z.T. breit evaluiert und eignen sich gut für den Einsatz in größeren Praxen und Institutionen (Grawe & Baltensperger 1998; Seipel 1998), ebenso sind sie für die Evaluation und Qualitätserfassung im Einzelfall nach einem prospektiven Design geeignet. Dennoch haben sie das Problem, sehr aufwendig und in der Alltagsversorgung in kleineren Praxen schwer einsetzbar zu sein. Es erscheint daher sinnvoll, nach ergänzenden und alternativen Möglichkeiten der Erfassung der Therapiequalität zu suchen. Eine dieser Möglichkeiten ist die Erfassung der direkten und subjektiven Beurteilung der Qualität und Zufriedenheit mit der Psychotherapie durch die Patienten selbst (Satzinger 1998). Dieser Ansatz repräsentiert einen eigenen Bewertungszugang in den modernen Qualitätssicherungskonzepten und wird üblicherweise mit dem Begriff „*Kunden- oder Patientenbefragung*“ umschrieben (Müller-Farnow & Spyra 1995; Roeb & Zobel 1995). Für die ambulante Psychotherapie gibt es dazu aber, wie ein

Literaturüberblick zeigt (Schirl & Kimeswenger 1999), bis jetzt jedoch kaum anwendbare Instrumente, sodass es notwendig erscheint, neben der Erforschung inhaltlicher Fragestellungen auch Methodenentwicklung zu betreiben.

1.3 Patientenbefragung - Konzept und Methoden

Für die direkte Erfassung der Patientenmeinung und -zufriedenheit als ein eigenständiges Element des Qualitätsmonitorings und auch der Evaluation von Psychotherapie in der Praxis sprechen eine Reihe von Argumenten:

1. Sie ist im Vergleich zu anderen Methoden relativ ökonomisch (s.o.).
2. Sie kann als eine direkte Rückmeldung des Erlebens der Therapie durch den Patienten angesehen werden und so
3. auch als unmittelbare Botschaft des Patienten an den Therapeuten in bezug auf die subjektiv wahrgenommene Behandlungsqualität verstanden werden, die durchaus zu sehr direkten Veränderungen im therapeutischen Vorgehen beitragen kann.
4. Sie dient einem weiteren allgemeinen Ziel moderner Gesundheitsversorgung, der Transparenz und der Patientenorientierung in der Behandlung und sollte auf diese Weise direkt wie indirekt zur Verbesserung der Behandlungsqualität beitragen.
5. Mit Hilfe der Patientenbefragung können wichtige Qualitätsziele verfolgt werden, u.a.:
 - Identifikation unzufriedener Klienten mit dem Ziel der Prävention von Therapieabbrüchen und negativen Therapieentwicklungen,
 - Analyse von Schwachstellen der Psychotherapie und Lokalisation ihrer Ursachen,
 - Reduktion des Risikos von Fehlbehandlungen,
 - Hinweise für differenzielle und adaptive Indikationsentscheidungen,
 - Erhöhung der Akzeptanz von Therapiemethoden durch Patienten.

Hinsichtlich der Methodik kann man zwei Ansätze der Patientenbefragung unterscheiden:

1. Direkte Beurteilung prozess- und ergebnisrelevanter Aspekte einer Therapie - als „direkte Qualitätsbeurteilung“ bezeichnbar.
2. Beurteilung der Zufriedenheit mit dem (bisherigen) Verlauf und Ergebnissen einer Therapie, häufig als „Klienten- oder Patientenzufriedenheit“ umschrieben (Mans 1995).

Im Vergleich zum ersten ist der zweite Ansatz sowohl konzeptuell wie auch methodisch breiter elaboriert; allerdings ist auch die erste Methode vielversprechend, da sie eine direkte Beurteilung der Therapie anhand spezifischer Kriterien ermöglicht. Aus diesem Grund werden in der vorliegenden Arbeit beide Ansätze berücksichtigt.

Begrifflich ist unter „direkter Qualitätsbeurteilung“ die unmittelbare Bewertung qualitätsrelevanter Aspekte einer Psychotherapie durch den Patienten (und Therapeuten, evtl. auch Aussenstehenden) nach spezifischen Kriterien zu verstehen, während die Klientenzufriedenheit als relationaler Begriff zu definieren ist („...Übereinstimmung von Erwartungen und Er-

fahrungen, von Ziel und Ergebnis, von Wunsch und Realität, von prospektiver Vorstellung und vorgefundener Wirklichkeit...“ hinsichtlich einer Behandlung oder Therapie, vgl. Mans 1995, 65). Beide Konstrukte repräsentieren also subjektive Beurteilungen der Therapie, ihres Verlaufes, des Therapeuten, ihrer Ergebnisse etc., jedoch mit einem deutlichen Unterschied in der Perspektive: Im ersten Fall werden die einzelnen Aspekte einer Therapie hinsichtlich vorgegebener Qualitätskriterien beurteilt, im zweiten in Form einer Gegenüberstellung der tatsächlich realisierten Therapie und ihrer Ergebnisse mit den Erwartungen und Zielen, die der Patient in bezug auf diese hatte bzw. hat.

Betrachtet man die Literatur, so findet man eine relativ große Heterogenität in den Inhalten, hinsichtlich derer eine Therapie in bezug auf ihre Qualität und Zufriedenheit beurteilt wird (vgl. dazu auch Raspe, Voigt & Feldmeier 1996). Geht man davon aus, dass eine Psychotherapie ein komplexes Phänomen ist, das nicht nur einen Aspekt beinhaltet (z.B. den Erfolg), und geht man weiter davon aus, dass es für die Erfassung der Qualität und die Evaluation einer Psychotherapie gleichermaßen von Bedeutung ist, nicht nur das Ergebnis sondern auch andere Aspekte, insbesondere den Prozess, die Durchführung, die Rahmenbedingungen, die Therapeut-Klient-Beziehung und den Therapeuten zu evaluieren, dann muss man beide Konstrukte als mehrdimensional konzipieren und auch mehrdimensionale Instrumente zur Patientenbefragung einsetzen. Diese Sichtweise entspricht im übrigen auch den meisten aktuellen Arbeiten zu diesem Thema (Gryters & Priebe 1994; Raspe et al. 1996; Satzinger 1998; Schmidt, Lamprecht & Wittmann 1989). Folgende Dimensionen werden dabei am häufigsten unterschieden (vgl. auch Jakober 1991):

- *Person des Therapeuten*: Erreichbarkeit, Ansprechbarkeit, Verständnis, Wärme, Offenheit, Kompetenz, Engagement etc.
- *Rahmenbedingungen der Therapie*: Dauer, Kosten, Erreichbarkeit des Therapeuten, Wartezeit etc.
- *Therapieprozess*: Therapeut-Klient-Beziehung, Kontinuität, Prozess, Motivation etc.
- *Behandlung/Durchführung*: angewandte Methode, technische Aspekte der Durchführung, Berücksichtigung persönlicher Wünsche etc.
- *Therapieergebnisse*: Wirksamkeit, Effektivität, Breite der Veränderungen etc.

Zur *Operationalisierung* der Konstrukte und ihrer Komponenten liegen vor allem für die Zufriedenheit relativ viele Instrumente vor (Überblick bei Schirl & Kimeswenger 1999). Für die direkte Qualitätsbeurteilung ist die Situation nicht sehr positiv. Trotz der Vielzahl an Verfahren eignen sich leider nur sehr wenige für einen Einsatz in der ambulanten Psychotherapie. Die meisten wurden für Gemeindezentren, die stationäre Psychiatrie und den extramuralen Versorgungsbereich entwickelt und können daher auf die niedergelassene Psychotherapie nur sehr begrenzt übertragen werden. Zusätzlich stammen sehr viele aus den USA und sind ohne Übersetzung und Adaptierung für die deutschsprachige Forschung nicht zu verwenden. Im deutschsprachigen Raum existiert nur ein Instrument, dessen Reliabilität und Validität als gesichert angesehen werden kann und das in mehr als einer Studie eingesetzt wurde (ZUF-

8; Schmidt et al. 1989); dieses deckt das Konstrukt allerdings nur eindimensional ab, weiter oben wurde aber die Bedeutung mehrdimensionaler Methoden hervorgehoben. Angesichts dieser Situation wurde daher beschlossen, für die Qualitätsbeurteilung durch die Patienten und die Erfassung der Patientenzufriedenheit mit der Existenzanalyse und Logotherapie (EA/LT) ein eigenes Verfahren, aufbauend auf eigenen Vorarbeiten und der Literatur zu entwickeln und zu evaluieren.

2. Empirische Analyse der Qualitätsbeurteilung und Patientenzufriedenheit

2.1 Rahmenbedingungen und Fragestellungen

Die vorliegende Studie, die ein Teil eines größeren katamnestischen Evaluationsprojektes der EA/LT ist, verfolgt folgende Aufgaben und Ziele:

1. Entwicklung eines Verfahrens zur direkten Beurteilung der Prozess- und Ergebnisqualität von Psychotherapie.
2. Entwicklung eines Verfahrens zur Erfassung der Patientenzufriedenheit mit Psychotherapie.
3. Evaluation der Verfahren und Überprüfung ihrer psychometrischen Merkmale, (dimensionale Eigenschaften, Skaleneigenschaften, Reliabilität, Itemkennwerte etc.).
4. Überprüfung der Validität der Verfahren, insbesondere im Zusammenhang mit den aus der Literatur bekannten Determinanten der Patientenzufriedenheit (Therapeuten-, Patienten- und Prozess- und Ergebnisvariablen).
5. Beurteilung der Therapiequalität und Patientenzufriedenheit der EA/LT.
6. Allgemeine Beurteilung der Nützlichkeit dieses Ansatzes für die therapeutische Praxis und für die Psychotherapieforschung.

Die Schritte 1 bis 4 und 6 dieses Unterfangens sind ausführlich in der Arbeit von Schirl und Kimeswenger (1999) dokumentiert. In der vorliegenden Arbeit sollen die wichtigsten Ergebnisse dieser Studie im Hinblick auf die Frage 5 zusammenfassend dargestellt werden.

2.2 Verfahrensentwicklung

Ausgangspunkt der Verfahrensentwicklung war eine Ad-hoc-Skala, die im Rahmen eines Dokumentationssystems für Psychotherapie (*Psycho-Dok*: Laireiter, Lettner & Baumann 1998) entwickelt und an verschiedenen Patienten mit guten Erfahrungen erprobt worden war. Diese Skala ist allerdings theoretisch nur mäßig fundiert und differenziert nicht explizit zwischen direkter Patientenevaluation und Patientenzufriedenheit, außerdem werden die oben explizierten Bewertungsaspekte nicht systematisch berücksichtigt. Es wurde daher beschlossen, aufbauend auf dieser Skala und unter Berücksichtigung des Standes der Forschung zwei Instrumente zu entwickeln, die miteinander vergleichbar sind (zur Verfahrensentwicklung vgl. ausführlicher Schirl & Kimeswenger 1999):

1. Ein *Verfahren zur Beurteilung der therapeutischen Qualität* mit den Dimensionen:

- Therapeut und therapeutische Beziehung
 - therapeutisches Vorgehen und therapeutischer Prozess
 - Therapieergebnisse
2. Ein *Verfahren zur Zufriedenheitsbeurteilung* mit den Dimensionen:
 - Therapeut und therapeutische Beziehung
 - therapeutisches Vorgehen und therapeutischer Prozess
 - Rahmenbedingungen der Therapie
 - Veränderungen und Effekte

Die Abweichung von der weiter oben explizierten Struktur der Patientenbeurteilung hat vor allem ökonomische Gründe. Da in der Studie auch andere Fragestellungen untersucht wurden, musste versucht werden, die Anzahl der Dimensionen und Items anwenderfreundlich gering zu halten.

Da die Therapiebeurteilung und die Patientenzufriedenheit in der Literatur häufig global und unspezifisch erfasst werden (z.B. Schigl 1998; Seligman 1995), wurden auch in der vorliegenden Studie eine Reihe allgemeiner Items vorgegeben, die sich auf vergleichbare Bereiche beziehen:

- Globalbewertung des Erfolges der Therapie
- Zufriedenheit mit der Psychotherapie insgesamt
- Zufriedenheit mit dem Verlauf der Psychotherapie insgesamt
- Zufriedenheit mit dem Erfolg der Psychotherapie insgesamt
- Zufriedenheit mit dem Psychotherapeuten
- Weiterempfehlung des Psychotherapeuten (als indirekter Indikator)

Damit sollte auch die Validität derartiger globaler Zufriedenheitsindikatoren etwas genauer analysiert und insbesondere auch der Zusammenhang zwischen globaler und spezifischer Beurteilung überprüft werden.

Alle Bewertungs- und Zufriedenheitsitems, sowohl die allgemeinen wie auch die der beiden Skalen waren von den Probanden auf einer sechs-stufigen Likert-Skala (0: sehr unzufrieden/überhaupt nicht zutreffend - 5: sehr zufrieden/sehr zutreffend) zu bewerten. Lediglich bei einem Item (Weiterempfehlung des Therapeuten) wurden drei Abstufungen verwendet: ja (1), nein (2) und weiß nicht (3). Die Items der beiden Skalen in den jeweiligen theoretischen Dimensionen sind im Ergebnisteil in den Tabellen 8 und 9 abgebildet.

2.3 Design der Studie und Sampling

Ein zentrales Problem der Psychotherapieforschung in der Praxis ist die Kooperation mit den Psychotherapeuten und die Ausgewogenheit der Forschungsinteressen. Sind diese einseitig, kommt es leicht dazu, dass sich die Psychotherapeuten ausgenutzt und als bloße Datenknechte der Psychotherapieforscher fühlen, was letztlich negative Konsequenzen in bezug auf weitere Kooperationen nach sich zieht. Andererseits braucht aber gerade die praxisbezogene Psychotherapieforschung die Kooperation mit den niedergelassenen Praktikern, denn ohne diese ist sie gar nicht möglich. Ein Auseinanderklaffen der Schere zwischen den unterschiedlichen Wünschen ist nur zu verhindern, wenn auch auf Seiten der Praktiker Forschungsinteressen vorhanden sind, oder wenn diese durch eine systemimmanente Motivation entwickelt werden

können. Letzteres ist dann gegeben, wenn eine Fachgesellschaft, in die ein Großteil der Praktiker integriert ist, eine Studie in Auftrag gibt oder an einer solchen interessiert ist und auf diese Weise ihre Mitglieder motivieren kann. Dies war glücklicherweise bei der vorliegenden Studie der Fall. Die „*Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse*“ (GLE-Wien) trat von sich aus an die AutorInnen heran, und so war es möglich, diese Studie zu realisieren.

Ein weiteres Problem ist die Rekrutierung der Patienten, da Psychotherapieforscher nicht direkt an diese herantreten können, außer über einen Aufruf über Medien (Seligman 1995) oder neuerdings auch über das Internet. Aus diesem Grund wurde eine bereits mehrfach eingesetzte „Umwegstrategie“ verwendet, in der die Psychotherapeuten um ihre Mitarbeit und dabei um die Weitergabe des Untersuchungsmaterials an ihre Patienten gebeten wurden. In der vorliegenden Studie wurden Psychotherapeuten, die in Existenzanalyse und Logotherapie im Rahmen der GLE-Wien ausgebildet und in die österreichische Psychotherapeutenliste eingetragen sind bzw. einen vergleichbaren Status in Deutschland oder der Schweiz besitzen, um ihre Mitarbeit ersucht und durch die GLE-Wien dazu ermutigt. Von den 102 Existenzanalytikern, die mit 1.1.1998 diese Kriterien erfüllten, konnten aber insgesamt nur 26 trotz mehrfacher Intervention zur Mitarbeit bewogen werden (=25,5%; A: 23 von 82: 28,1%; CH: 2 von 5: 40%; D: 1 von 15: 7%). 17 von den verbleibenden 76 begründeten ihre Nichtteilnahme schriftlich (u.a. keine Therapieabschlüsse oder -abbrüche im Katamnesezeitraum: 9/8,8%; zu grosser Arbeitsaufwand: 3/2,9%; gesundheitliche Gründe: 2/2%; im Katamnesezeitraum nicht psychotherapeutisch tätig: 2/2%; keine Klienten, die den Kriterien entsprachen: 1/1%), von den verbleibenden 59 konnte keine Antwort erhalten werden. Die wichtigsten *Kennwerte der Therapeutenstichprobe* sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Therapeutenstichprobe - soziodemographische Parameter (N=26)

<i>Geschlecht:</i>	
Frauen	19
Männer	6
<i>Alter:</i>	
	M=40,7 Jahre; Min: 33; Max: 61
<i>Familienstand:</i>	
verheiratet	18 (69,1%)
Lebensgemeinschaft	3 (7,7%)
ledig	5 (19,1%)
<i>Quellenberuf:</i>	
Psychologen	11 (42,3%)
Mediziner	8 (30,8%)
Pädagogen	3 (11,5%)
Sozialarbeiter	1 (3,8%)
Publizisten	1 (3,8%)
kein Abschluss	2 (7,7%)
<i>Dauer/Berufserfahrung:</i>	
	M=6,6 Jahre; SD=3,9; Min: 2; Max: 15
<i>Primäre therapeutische Orientierung:</i> Existenzanalyse/Logotherapie: 100%	

Diese 26 Therapeuten, die sich zur Mitarbeit bereit erklärt hatten und denen an dieser Stelle für ihre Bemühungen noch einmal ausdrücklich und sehr herzlich gedankt werden soll,

wurden gebeten, alle *erwachsenen Patienten* (20 bis 60 Jahre) aus Ihrer Praxis zu selektieren, die im Zeitraum vom 1.1.1997 bis zum 31.12.1997 eine Therapie bei ihnen entweder *regulär abgeschlossen* oder *einseitig abgebrochen* hatten. Diese Patienten sollten nach erfolgter Aufklärung und einer schriftlichen Einverständniserklärung u.a. die Qualität und die Zufriedenheit mit ihrer Therapie beurteilen. Die Therapeuten sollten einige Angaben zu ihrer eigenen Person liefern ebenso wie Informationen zur Diagnose (nach DSM-III-R, vgl. Wittchen, Sass, Zaudig & Koehler 1989)¹ und dem Beenderstatus der Patienten. Die Anonymität der Therapeuten wie auch der Klienten wurde durch verschiedene Sicherungsmaßnahmen gewährleistet, durch einen speziellen *Code*, der sowohl den Therapeuten wie auch den Patienten klar war, war es jedoch möglich, die Therapeuten- und die Patientenfragebögen aufeinander zu beziehen.

Von diesen 26 Therapeuten wurden insgesamt 137 *Patientenfragebögen* angefordert, die sie an ihre Patienten mit einem speziellen Schreiben versehen weitergaben. Davon waren 104 Fragebögen (=75,9%) für reguläre Therapieabschlüsse und 33 (=24,1%) für einseitige Therapieabbrüche bestimmt. Die Rücklaufquote der Fragebögen ebenso wie die Stichprobenmerkmale dieser Patienten sind in den Tabellen 2 und 3 dargestellt.

Tabelle 2: Patientenstichprobe - Versand und Rücklauf (N=137)

	Versand	Rücklauf	Quote
Regulärer Abschluss	104	85	81,7%
Abbruch	33	23	69,7%
Gesamt	137	108	78,8%

Tabelle 3: Patientenstichprobe - soziodemographische Merkmale (N=108)

<i>Geschlecht:</i>	
Frauen	75 (69,4%)
Männer	33 (30,6%)
<i>Alter:</i>	
	M=37,2; SD= 11,3; Min: 18; Max: 69
<i>Familienstand:</i>	
verheiratet	42 (38,9%)
Lebensgemeinschaft	16 (14,8%)
geschieden	9 (8,3%)
verwitwet	3 (2,8%)
<i>Bildung:</i>	
Matura/Abitur	59 (54,6%)
Fachschule	24 (22,2%)
Hauptschule	23 (21,3%)
missing	2 (2%)
<i>Wohnort:</i>	
Größere Stadt (>100.000 E)	67 (62%)
Mittlere Stadt (5.000-100.000 E)	20 (18,5%)
Landgemeinden (<5000 E)	18 (16,7%)
missing	3 (2,8%)

Entgegen den Erwartungen aus anderen Studien ist die Rücklaufquote sehr hoch, was damit zu tun hat, dass die Therapeuten ihre Patienten bereits vorselektiert hatten und es damit zu keiner echten Selbstselektion der Stichprobe kam. Wie

¹ Die Begründung für die Bevorzugung von DSM-III-R gegenüber dem damals bereits im Deutschen vorliegenden DSM-IV liegt in der Tatsache begründet, dass die meisten Therapeuten DSM-IV noch zu wenig kannten und daher DSM-III-R-Diagnosen mit höherer Sicherheit abgeben konnten.

Tabelle 3 zeigt, handelt es sich bei der Stichprobe aber dennoch um eine „typische Psychotherapie-Klienten-Stichprobe“, die sich primär aus höher gebildeten verheirateten Frauen in mittlerem Alter aus größeren Städten zusammensetzt. Insofern kann diese Stichprobe als repräsentativ für Psychotherapie-Patienten im allgemeinen angesehen werden.

3. Ergebnisse

Um die Ergebnisse zur Patientenbeurteilung besser einordnen zu können, erscheint es sinnvoll, vor der Darstellung dieser Befunde noch einige allgemeine Daten zur Beschreibung der Stichprobe und ihren Therapieerfahrungen zu präsentieren.

3.1 Deskriptive Befunde

Die behandelten und von den Therapeuten abgegebenen Diagnosen sind in Tabelle 4 dargestellt. Es ist dabei zu berücksichtigen, dass pro Patient nur eine Diagnose (Hauptdiagnose) vergeben und Achse-II-Diagnosen nur dann berücksichtigt wurden, wenn diese gleichzeitig auch das therapeutische Hauptproblem repräsentierten.

Tabelle 4: Behandelte Störungen (Diagnosen nach DSM-III-R; Therapeutenangaben) (N=108)

	n	%
Angststörungen (DSM-III-R: 300.01-300.30; 309.89)	42	38,9
Depressive Störungen (DSM-III-R: 296.3; 300.40; 311.00)	32	28,7
Persönlichkeitsstörungen (DSM-III-R, Achse II)	14	13,0
Bipolare/zyklothyme Störungen (DSM-III-R: 296.6; 301.13)	5	4,6
Anpassungsstörungen (DSM-III-R: 309)	4	3,7
Somatoforme Störungen (DSM-III-R: 300.11-300.81; 307.80)	4	3,7
Dissoziative Störungen (DSM-III-R: 300.14-300.60)	3	2,8
Störungen durch psychotrope Substanzen (DSM-III-R: 291-292)	3	2,8
Essstörungen (DSM-III-R: 307)	2	1,8

Anmerkung: Keine Berücksichtigung von Komorbiditäten; keine Vergabe von Mehrfachdiagnosen; Achse II-Diagnosen nur dann vergeben, wenn diese die behandelte Störung repräsentierten

Wie die Tabelle zeigt, besitzt ein Grossteil der Patienten Angststörungen und Depressionen, in einem geringeren Ausmaß Persönlichkeitsstörungen, alle anderen Störungen (bipolare, Störungen durch psychotrope Substanzen etc.) sind nur in Einzelfällen vertreten.

Tabelle 5: Zeitraum der Therapie (Monate) (N=108)

	n	%
< 12 Monate	42	39,4
- 24 Monate	27	25,2
- 36 Monate	19	17,8
- 48 Monate	13	12,2
- 60 Monate	2	1,8
- 72 Monate	1	0,9
- ...		
- 120 Monate	2	1,8
- 138 Monate	1	0,9

Die beschriebene Patientengruppe wurde mit Existenzanalyse und Logotherapie in einem durchschnittlichen Aus-

maß von knapp 2 Jahren behandelt (M=22,3 Monate; SD=22,1; Min=1; Max=138 Monate). Wie die Standardabweichung aber zeigt, ist hier eine sehr große Streuung zu beobachten, entsprechend zeigen die Ergebnisse in Tabelle 5, dass ein relativ großer Anteil der Patienten weniger als ein Jahr und ein ebenso großer bis zu vier Jahren in Therapie war; den Spitzenplatz nimmt eine Person mit über 11 Jahren Therapieerfahrung ein.

Der Zugang zur Therapie erfolgte ebenfalls sehr typisch in mehr als 3/4 der Fälle über die Empfehlung/Vermittlung eines Freundes oder Bekannten bzw. eines Arztes. Eine gewisse Bedeutung für die Therapeutenwahl hatte auch noch das vorherige Kennen des Therapeuten, entweder aus privaten Verhältnissen oder aus Kursen und Veranstaltungen. Alle übrigen Zugangswege waren von geringerer Bedeutung (Tabelle 6). Auch dieses Ergebnis entspricht oft gemachten Beobachtungen und belegt die vielfach diskutierte Bedeutung informeller sozialer Beziehungen für die Vermittlung in Psychotherapie (Reinecker & Krauss 1994).

Tabelle 6: Zugang zur Psychotherapie (N=108) (Mehrfachnennungen)

	n	%
Empfehlung Freunde/Bekannte	48	44,4
Empfehlung/Überweisung Arzt	36	33,3
Persönlich bekannt (privat)	12	11,1
Kurse/VHS/Schule/Universität etc.	7	6,5
Telefonbuch	7	6,5
Empfehlung/psychosoziale Einrichtung	6	5,6
Klinikaufenthalt, stationäre Behandlung	5	4,6
Werbung/Anzeigen	4	3,7
Sonstiges	5	4,6

Welche Gründe hatten die Patienten nun, ihre Therapie zu beenden? Wie Tabelle 7 zeigt, hatten 3/4 der Stichprobe die Therapie regulär beendet.

Tabelle 7: Beendigung der Therapie; Beendigungsgründe (N=108) (Mehrfachnennungen)

	n	%
Reguläre Beendigung	104	75,9
Einseitiger Therapieabbruch	33	24,1
Gemeinsamer Entschluss	68	63,0
Entschluss des Patienten	39	33,3
Finanzielle Gründe	25	23,1
Entschluss des Therapeuten	19	17,6
Unzufriedenheit mit Therapieerfolg	12	11,1
Zeitmangel	11	10,2
Zu große Entfernung	8	7,5
Unzufriedenheit mit Therapeut	3	2,8
Sonstiges	9	8,4

Entsprechend ist das Ausmaß gemeinsamer Entscheidung sehr hoch (63%, d.h. 2/3). Neben dieser spielen aber auch noch andere Gründe eine Rolle, insbesondere der alleinige Entschluss, finanzielle Gründe, der Entschluss des Therapeuten und, was für die Qualitätsbeurteilung wichtig ist, die Unzufriedenheit mit dem Therapieerfolg in 11,1% der Fälle. Von etwas geringerer Bedeutung ist auch noch der Zeitmangel und die große Entfernung zum Therapeuten. Wie differenzielle Auswertungen zeigen, hängen die einseitigen Beendigungen sowie Beendigungen aus finanziellen und zeitlichen Gründen, wegen zu großer Entfernung und aus Unzufriedenheit eng mit

dem einseitigen Therapieabbruch durch den Patienten zusammen.

3.2 Ergebnisse zur Qualitäts- und Zufriedenheitsbeurteilung

Wie erörtert, wurden die Qualität und die Zufriedenheit jeweils über globale Items wie auch über spezifische, mehrdimensionale Skalen erfasst. Betrachtet man zunächst die globalen Beurteilungsskizzen, so zeigt sich, dass sich die befragten Patienten unabhängig davon, ob sie die Therapie abgebrochen oder regulär beendet haben, doch recht positiv über die Ergebnisse und auch den Verlauf ihrer Therapien äußern. Der Therapieerfolg wird insgesamt betrachtet mit einem Median von 4 als „überwiegend erfolgreich“ eingestuft, der Mittelwert ($M=3,4$; $SD=1,1$; $Min=0$; $Max=5$) liegt etwas, jedoch nicht bemerkenswert darunter, sodass insgesamt von einem deutlichen bis überwiegenden Erfolg dieser Therapien auszugehen ist. Eine detailliertere Analyse der Verteilungen hinsichtlich der einzelnen Skalenpunkte (0: überhaupt nicht erfolgreich: 1/0,9%; 1: nicht erfolgreich: 3/2,8%; 2: leicht erfolgreich: 13/12,3%; 3: etwas erfolgreich: 30/28,3%; 4: erfolgreich: 35/33,0%; 5: sehr erfolgreich: 24/22,6%) zeigt, dass es kaum Patienten gibt, die von einem äußerst geringen bzw. deutlich geringen Erfolg sprechen. Jedoch bescheinigen immerhin etwa 40% der Patienten der Therapie einen geringeren bis mittleren Therapieerfolg, was man angesichts der insgesamt sehr positiven Beurteilungstendenzen bei subjektiven Therapieevaluationen im allgemeinen (Mans 1995) doch als einen kritischen Hinweis auf eventuelle Mängel in der Ergebnisqualität dieser Therapien werten muss.

Trotz dieser kleinen Rute im Fenster äußern sich die Patienten jedoch hinsichtlich der *allgemeinen Zufriedenheit* sowohl im Gesamten wie auch in bezug auf die verschiedenen, allgemein erfassten Bereiche sehr positiv (s. Tabelle 8). Sie wird durchwegs mit einem Median über 4,0 beurteilt, was so viel bedeutet wie „überwiegend zufrieden“, einige Items liegen sogar bei „sehr zufrieden“ (5). Die positive Sichtweise der Therapie im Sinne einer hohen Zufriedenheit belegen auch verschiedene weitere *zufriedenheitsrelevante Items in der unteren Hälfte der Tabelle*, die in der Testbatterie enthalten waren. Demnach wurden bei einem Großteil der Klienten die Erwartungen an die Therapie bei weitem erfüllt, sie würden daher auch den Therapeuten durchwegs weiterempfehlen, halten ein anderes Vorgehen für keineswegs besser und sind auch mit sich selbst in ihrer Arbeit in der Therapie „ziemlich“ bis „überwiegend“ zufrieden. Wenn die Therapie abgebrochen wurde, dann erfolgte dies nur in einem geringen Ausmaß aus Unzufriedenheit mit dem Therapeuten und dem Therapieerfolg. Die zuvor erwähnte Analyse der Beendigungsgründe belegt dies, insofern auch andere Gründe, z.B. finanzielle Engpässe, Übersiedelung, schwierige Erreichbarkeit des Therapeuten etc. relativ häufig als solche genannt wurden.

Betrachtet man nun die *differenziertere Qualitätsbeurteilung* über die Qualitätsskalen (Tabelle 9), dann wird ein spezifischeres Bild sichtbar. Es wird offensichtlich, dass die sehr positive allgemeine Beurteilung der Therapien möglicher-

weise mit der außerordentlich positiven Sichtweise der ehemaligen Therapeuten zu tun hat. Diese werden auf allen Ebenen mit den höchsten Werten, bei einer außergewöhnlich geringen Varianz, beurteilt.

Tabelle 8: Globale Zufriedenheit mit EA/LT - Deskriptive Befunde (N=108)

	M	Md	SD
Global-Gesamt (=M) ^a	4,0	4,25	1,0
Therapeut	4,2	5,0	1,0
Verlauf	4,1	4,5	1,1
Ergebnis	4,1	4,0	1,1
Therapie insgesamt	4,2	4,5	1,0
Erwartungen erfüllt	4,0	4,0	1,3
Therapeut weiterempfehlen ^b	1,1	1,0	0,5
Beendigung aus Unzufriedenheit mit Therapie	2,0	2,0	0,3
Beendigung aus Unzufriedenheit mit Erfolg	1,9	2,0	0,4
Anderes Vorgehen besser	0,8	0,0	1,5
Mit sich selbst zufrieden	3,7	4,0	1,2

Anmerkungen:

^a Mittelwert gebildet aus den vier globalen Zufriedenheitsitems

^b Skala: 1: ja, 2: nein; 3: weiß nicht; alle übrigen: 6-stufig

Tabelle 9: Differenzierte Qualitätsbeurteilung - Deskriptive Befunde (N=108)

	M	Md	SD
Therapeut: (M) ^a	4,5	5,0	0,93
Verstanden gefühlt	4,3	5,0	0,94
Mit Problemen umgehen	4,3	5,0	0,88
Vertrauen zum Therapeuten	4,7	5,0	0,71
Therapeut war kompetent	4,6	5,0	0,91
Über alles reden können	4,4	5,0	0,97
Miteinander gut auskommen	4,6	5,0	0,83
Über Therapeuten geärgert **	0,7	0,0	1,24
Vorgehen: (M) ^a	3,9	4,0	1,28
Sich aufgehoben gefühlt	4,4	5,0	0,95
Wunsch nach Abbruch**	0,6	0,0	1,23
Sich einlassen können	3,1	3,0	1,47
Zweifel betreffend Aufwand**	1,3	1,0	1,44
Alternatives Vorgehen **	0,8	0,0	1,34
Zufriedenheit eigenes Verh.	3,8	4,0	1,22
Zukünftige Inanspruchnahme	3,8	4,0	1,31
Erwartungen erfüllt	4,0	4,0	1,25
Effekte/Veränderungen (M) ^a :	3,8	4,0	1,19
Problemlösung	3,2	3,0	1,23
Subjektives Profitieren	4,2	5,0	1,24
Stärkung Selbstvertrauen	3,9	4,0	1,20
Sicherheit im Problemumgang	3,8	4,0	1,17
Selbsterkenntnis	4,2	5,0	1,12
Stärken und Ressourcen	3,7	4,0	1,20

Anmerkungen: Instruktion: „Beurteilen Sie bitte Ihre Psychotherapie aus heutiger Sicht hinsichtlich...“ 0: stimmt nicht; - 5: stimmt vollkommen

^a Mittelwert über die Items der jeweiligen Subskala; Zur Bildung desselben wurden die negativ formulierten Items (mit „**“ bezeichnet) umgepolt

Einige weniger positive Beurteilungen gibt es hingegen im Bereich des therapeutischen Vorgehens und der therapeutischen Effekte: Dort wird etwas selbstkritisch moniert, dass sich die Patienten oft nicht richtig einlassen hätten können, und dass sie gelegentlich Zweifel daran gehabt hätten, ob sich der Aufwand auch wirklich gelohnt habe. Im Bereich der Ergebnisse zeigen vor allem die emotionalen und kognitiven Parameter hohe Werte, problem- und ressourcenbezogene Indikatoren liegen etwas darunter. Ob sich dahinter das spezifische Wirkungsgefüge der Existenzanalyse/Logotherapie verbirgt, das stär-

ker auf Selbsterkenntnis, Vermittlung von Einsichten und die Verbesserung der Befindlichkeit und des emotionalen Erlebens ausgerichtet und weniger auf Problemlösung, Bewältigung des Alltags und eigene Stärken und Ressourcen, kann hier nicht beurteilt werden. Auf jeden Fall gibt es kleine aber nicht unbedingt zu übersehende Hinweise, dass die Ergebnislage der Therapien nicht so positiv gesehen wird als dies von Therapeuten evtl. erwünscht wäre. Dies bestätigt auch eine Analyse der differenzierteren Form der Zufriedenheitsbeurteilung, wo die Beurteilung der Zufriedenheit mit den therapeutischen Veränderungen mit einem Median von 3 nur eine leichte Zufriedenheit erkennen lässt (s. Tabelle 10). Dies gilt insbesondere für die Zufriedenheit hinsichtlich der Veränderung von Lebensgewohnheiten, also von stärker eingeschliffenen und öfters vielleicht als störend empfundenen Verhaltens- und Problemmustern, ein Bereich, der sehr eng mit Problemlösung und Alltagsbewältigung zusammenhängt.

Analysiert man im nächsten Schritt die *differenzierte Beurteilung der Zufriedenheit* mit der Therapie (s. Tabelle 10), so sind einige interessante Befunde festzustellen:

Tabelle 10: Differenzierte Zufriedenheitsbeurteilung - Deskriptive Befunde (N=108)

	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>SD</i>
<i>Gesamt: (M)^a</i>	3,4	3,5	0,9
<i>Therapeut (M)^b</i>	4,4	4,5	0,8
Beziehung	4,3	5,0	1,0
Kompetenz	4,4	5,0	0,9
Engagement	4,4	5,0	0,9
Verständnis	4,6	5,0	0,8
<i>Methodik (M)^b</i>	3,4	3,5	1,1
Vorgehen	4,1	5,0	1,1
Erklärungen	4,2	5,0	1,2
Persönliche Wünsche	4,3	5,0	1,1
Hilfsmittel	3,2	3,0	1,6
<i>Rahmenbedingungen (M)^b</i>	3,3	3,4	1,0
Zeitlicher Aufwand	4,0	4,0	1,1
Ungestörtheit	4,3	5,0	1,1
Räumlichkeiten	4,5	5,0	0,9
finanzieller Aufwand	2,8	3,0	1,6
Reaktionen der sozialen Umwelt	3,1	3,0	1,4
<i>Veränderungen (M)^b</i>	3,1	3,0	1,3
„Therapie-Probleme“	3,8	4,0	1,2
Familienbeziehungen	3,7	4,0	1,1
Beziehung zu Freunden	3,6	4,0	1,2
Arbeitsplatz	3,6	4,0	1,2
Befinden	3,7	4,0	1,2
Körperliche Beschwerden	4,1	4,0	1,9
Stimmung	3,6	4,0	1,1
Selbstwertgefühl	3,7	4,0	1,2
Lebensgewohnheiten	3,3	3,0	1,3

Anmerkungen: Instruktion: „Wie zufrieden/unzufrieden sind Sie zum gegenwärtigen Zeitpunkt mit...?“ 0: sehr unzufrieden - 5: sehr zufrieden

^a Gesamtmittelwert über alle Items

^b Mittelwert über die Items der jeweiligen Subskala

Zunächst ist festzustellen, dass die Gesamtzufriedenheit als Mittelung aller 22 Items (s. 1. Zeile der Tabelle) deutlich und auch statistisch signifikant unter der globalen Beurteilung der Zufriedenheit (s. Tabelle 7) liegt. Dies bedeutet, dass eine spezifischere Betrachtung der Zufriedenheit eine doch differenziertere Sichtweise der Zufriedenheit mit der eigenen The-

rapie nahelegt. Die weiteren Befunde entsprechen durchwegs der direkten Qualitätsbeurteilung und heben das dort gefundene Muster noch hervor: Das höchste Maß an Zufriedenheit wird der Person des Therapeuten gegenüber ausgedrückt, welche deutlich über den anderen Beurteilungsdimensionen liegt. Die Zufriedenheit mit dem methodischen Vorgehen, den Rahmenbedingungen, unter denen die Therapie durchgeführt wurde und vor allem mit den erzielten Effekten und Ergebnissen ist insgesamt nur durchschnittlich bis einigermaßen gegeben. Betrachtet man die Einzelitems, so fällt auf, dass es aber nur einige wenige Aspekte sind, die diese geringere Zufriedenheit erbringen, nämlich die eingesetzten (oder nicht eingesetzten) Hilfsmittel, der finanzielle Aufwand, die Reaktionen aus der Umwelt und, wie oben bereits gesagt, die Veränderung der eingeschliffeneren Lebensgewohnheiten.

Die Tatsache, dass Methodik und Vorgehen und die Effekte der Therapien insgesamt etwas kritischer gesehen werden, belegt auch eine differenzierte Auswertung der Ausprägungen der einzelnen Items (vgl. dazu ausführlicher Schirl & Kimeswenger 1999). Hier ist ein deutliches Überwiegen der drei positiven Antwortalternativen (zufrieden, überwiegend zufrieden, sehr zufrieden) gegenüber den eher negativen (nicht, wenig, kaum zufrieden) bei allen Therapeutenitems zu beobachten, während die Anzahl der „Unzufriedenen“ sowohl bei den Rahmenbedingungen der Therapie (finanzieller Aufwand: 34/38,2%; Reaktionen der Umwelt: 17/23,3%) wie auch bei den Effekten (Veränderung Lebensgewohnheiten: 20/22,7%; körperliche Beschwerden: 18/22%; Selbstwertgefühl: 17/17%; freundschaftliche Beziehungen: 16/18%, Befinden: 16/15,1%) bei einigen Items doch deutlich höher ist.

Insgesamt wird also die Person des Therapeuten sehr positiv beurteilt wie auch sehr zufriedenstellend erlebt; die Rahmenbedingungen der Therapie sowie die Methodik und das Vorgehen der EA/LT, vor allem aber ihre Ergebnisse werden hingegen zum Teil nicht ganz so positiv beurteilt, wenngleich die zentrale Tendenz natürlich auch hier deutlich im positiven Bereich liegt.

3.3 Determinanten der Patientenzufriedenheit

Eine in verschiedenerlei Hinsicht wichtige Frage ist, wodurch sich die zufriedeneren von den weniger zufriedenen Klienten unterscheiden. Durch die Analyse dieser Frage können nämlich wichtige Erkenntnisse im Hinblick auf die Determinanten der Behandlungs- und Leistungsqualität von Psychotherapie gewonnen werden, die ihrerseits sowohl für Interventionen der Qualitätsverbesserung eingesetzt wie auch für die Prävention negativer Therapieentwicklungen und Misserfolge verwendet werden können. Um diesen Aspekt ökonomisch analysieren zu können, wurden zunächst die beiden Skalen (Qualitätsbeurteilungsskala; Zufriedenheitsskala) jeweils einer Faktorenanalyse nach der Hauptkomponentenmethode mit anschließender Varimaxrotation unterzogen. Daran anschließend wurden die positiver beurteilenden und zufriedeneren und die weniger positiv beurteilenden und zufriedeneren Klienten durch Mediandichotomisierung der gewonnenen Skalen eruiert. Diese beiden Gruppen wurden dann hinsichtlich ver-

schiedener Therapeuten-, Klienten-, Prozess- und Ergebnisvariablen von Psychotherapie durch verschiedene statistische Tests (Chi-Quadrat, univariate Varianzanalysen, T-Tests, Korrelationen) miteinander verglichen.

Auf die technische Seite der ersten Schritte kann hier aus Platzgründen nicht eingegangen werden (vgl. dazu ausführlich Schirl & Kimeswenger 1999). Die Hauptkomponentenanalysen erbrachten orientiert an entsprechenden Kriterien (Screetest nach Cattell, Kaiser-Eigenwerte-Kriterium, Interpretierbarkeit etc. s. Bryant & Yarnold 1995) jeweils zwei sehr homogene (Konsistenz nach Cronbach zwischen .86 und .93; s. Tabelle 11) und gut interpretierbare Faktoren, die zum einen die Prozessqualität und zum anderen die Ergebnisqualität aus den jeweiligen Perspektiven (Qualität, Zufriedenheit) abbilden. Inhaltlich umfasst die Skala „Ergebnisqualität“ neben den entsprechenden Items der ad hoc-Skala vor allem auch einige wichtige andere Aspekte, wie die „Erfüllung der Erwartungen“, „sich auf die Therapie einlassen können“ und die „Zufriedenheit mit dem eigenen Verhalten in der Therapie“. Die Skala „Prozessqualität“ beinhaltet vor allem die Wahrnehmung des Therapeuten als kompetenten Fachmann, von dem sich der Patient verstanden fühlt, mit dem er über alles reden kann, zu dem er Vertrauen hat und bei dem er sich aufgehoben fühlt und wo die Beziehung stimmt. Dieser Faktor beschreibt also insgesamt eine sehr positive, warme, empathische und umgangsfähige Therapeutenpersönlichkeit und Beziehungsgestaltung. Die Skala „Ergebniszufriedenheit“ hat ähnliche Inhalte wie die „Ergebnisqualität“. Ähnliches gilt für die „Prozess-zufriedenheit“, die sehr stark auf die Person des Therapeuten fokussiert, jedoch auch Rahmenbedingungen und methodische Aspekte des therapeutischen Handelns beinhaltet.

Die Verteilungsstatistiken dieser vier Skalen sind in Tabelle 11 dargestellt. Sie zeigen ein doch recht differenziertes Muster: Am höchsten ist die Prozesszufriedenheit, gefolgt von der Beurteilung der Ergebniszufriedenheit und der Beurteilung der Ergebnisqualität und der Prozessqualität. Die Unterschiede zwischen der Prozesszufriedenheit und den übrigen drei Skalen sind statistisch jeweils signifikant (Wilcoxon-Test: $p < .05$), diese unterscheiden sich statistisch gesehen nicht voneinander.

Tabelle 11: Skalen zur Prozess- und Ergebnisbeurteilung (N=102)

	M	Md	SD
Prozessqualität (9 Items; Cronbach's $\alpha = .87$)	3,6	3,8	0,5
Ergebnisqualität (9 Items; Cronbach's $\alpha = .91$)	3,7	4,0	1,0
Prozesszufriedenheit (9 Items; Cronbach's $\alpha = .86$)	4,4	5,0	1,0
Ergebniszufriedenheit (6 Items; Cronbach's $\alpha = .93$)	3,9	4,0	1,2

Die Mediandichotomisierung der vier Skalen erbrachte folgende Ergebnisse: *Prozessqualität*: 66/61,1% positiv vs. 42/38,9% weniger positiv Beurteilende; *Ergebnisqualität*: 60/55,6% positiv vs. 48/38,9% weniger positiv Beurteilende; *Prozesszufriedenheit*: 52/59,8% Zufriedene vs. 35/40,2% weniger Zufriedene; *Ergebniszufriedenheit*: 38/35,2% Zufriedene vs. 70/64,8% weniger Zufriedene. Auf der Basis dieser Gruppierungen wurden die folgenden Analysen gerechnet (mit Ausnahme von Korrelationen bei dimensional Variablen). Aus Platzgründen kann hier jedoch auf diese Ergebnisse nur kurz eingegangen werden (s. Tabelle 12; ausführlicher vgl. Schirl & Kimeswenger 1999).

Betrachtet man zunächst die einzelnen Dimensionen, dann zeigt sich kein offensichtlicher Unterschied im Ausmaß der Zusammenhänge zwischen Qualitäts- (24 Effekte) und Zu-

friedenheitsbeurteilungen (26 Effekte), auch nicht zwischen den beiden jeweiligen Subdimensionen. Dafür sind die Effekte im Bereich der einzelnen Determinanten relativ eindeutig. Die meisten Effekte ergeben sich für die Prozess- und Ergebnisvariablen. Bei den Therapeutenvariablen zeitigt nur das Geschlecht signifikante Effekte: Patienten, die bei Therapeutinnen eine Therapie absolvierten, beurteilen die Prozessqualität signifikant positiver als solche, die von Männern behandelt wurden und sie sind gleichzeitig auch sowohl mit dem Ergebnis wie auch mit dem Prozess der Therapie signifikant zufriedener. Bei den Klientenvariablen erbrachte nur der berufliche Status einen signifikanten Effekt: Angehörige höherer Berufs- und Einkommensschichten beurteilen das Ergebnis positiver als alle anderen, die mittlerer Einkommensgruppen jedoch schlechter als alle anderen. Die beiden übrigen Variablen (Geschlecht/Patient; Diagnose) zeigen nur schwache trendhafte Bezüge und wurden hier nur aus Informationsgründen angeführt; aufgrund des statistischen Trends sollten diese Ergebnisse nicht interpretiert werden.

Die wichtigsten *Prozessvariablen* sind neben der Zufriedenheit/Bewertung des Prozesses vor allem die Abbruchs- und Beendigungsfaktoren: Patienten, die die Therapie abbrachen, bewerten sowohl den Prozess wie auch die Effekte signifikant schlechter als die „Normalbeender“ und sind mit dem Prozess und den Ergebnissen auch signifikant weniger zufrieden. Entsprechend verhält es sich hinsichtlich des Beendigungsgrundes: Patienten, die die Therapie in gemeinsamem Einverständnis beendeten, beurteilen diese einheitlich besser, die, die sie aufgrund schlechten Therapiefortschritts, aus Zeitmangel oder aus finanziellen Gründen beendeten, sehen vor allem das Ergebnis negativer.

Der letzte Abschnitt von Tabelle 12 befasst sich mit einigen *Ergebnisvariablen*. Hier zeigen sich insofern interessante Zusammenhänge, als ergebnisbezogene Variablen deutlich höher mit der selbst beurteilten Ergebnisqualität und der Ergebniszufriedenheit korrelieren als mit den Prozessbeurteilungen, was für die differenzielle Validität der ansonsten relativ hoch interkorrelierenden Skalen und Subskalen (Schirl & Kimeswenger 1999) spricht. Die beobachteten Zusammenhänge lassen unterschiedliche Interpretationen zu: Zum einen könnte man daraus hypostasieren, dass positiv verlaufene und erfolgreiche Therapien eine positive Befindlichkeit und einen insgesamt guten Therapieerfolg bewirken, wie man natürlich auch umgekehrt annehmen kann, dass eine aktuell positive Befindlichkeit mit einer entsprechenden Bewertung einhergehen kann. Aufgrund der Gleichzeitigkeit der Erhebung der Variablen kann aus diesen Befunden kein Wirkbeleg abgeleitet werden.

Zusammengefasst wäre aus diesen Analysen abzuleiten, dass positive Therapieeffekte (hier in der subjektiven Wahrnehmung der Patienten) vor allem dann generiert werden, wenn der Therapieprozess in einer qualitativ hochwertigen Art und Weise abläuft. Interessant ist, dass im Gegensatz etwa zu den Ergebnissen von Seligman (1995) die Therapiedauer (weder zeitlich noch nach Stundenumfang) keinerlei Effekte auf die Beurteilung der Therapie und ihrer Effekte zeigte.

4. Schlußfolgerungen und Konsequenzen

Insgesamt ist aus den referierten Befunden davon auszugehen, dass die von uns untersuchten Patienten der von ihnen absolvierten Logotherapie und Existenzanalyse eine sehr hohe allgemeine Qualität in bezug auf die Durchführung der Therapie wie im Großen und

Ganzen auch in bezug auf ihre Ergebnisse bescheinigen. Weiters empfanden sie die Therapeuten insgesamt als ausgezeichnet, vor allem was ihre therapeutischen und zwischenmenschlichen Qualitäten betrifft. Auch waren sie mit der angewandten Methodik und der Durchführung der Therapien, vor allem im interpersonalen Bereich sehr einverstanden und zufrieden. Einige Schwachstellen scheint es im Bereich der therapeutischen Ergebnisse zu geben. Die Analysen weisen darauf hin, dass die Veränderung der therapeutischen Probleme und von eingeschliffenen Gewohnheiten sowie der Aufbau von Ressourcen und Stärken offensichtlich nicht in dem Ausmaß funktionierte, wie sich die Patienten dies gewünscht hätten. Allerdings reduziert dies die allgemein positive Sichtweise der Therapien nicht grundsätzlich sondern eher nur im Detail.

Damit könnte man nach diesen Befunden den 26 untersuchten Therapeutinnen und Therapeuten sehr gratulieren, wenn nicht einige allgemeine und spezifische Probleme eine Relativierung der Befunde nahelegten. Der wesentlichste Relativierungsgrund ist darin zu sehen, dass aus vielen Studien bekannt ist, dass Patienten im allgemeinen, es sei denn, sie sind wirklich stark unzufrieden mit dem, was sie in der Therapie erlebt haben, ihren Therapien eine hohe Qualität und Zufriedenheit bescheinigen. Aus diesem Grund sind fast alle Skalen und Items extrem schief in Richtung positiver Bewertungen verteilt. Herkömmlich konstruierte Skalen sind daher nicht sehr gut geeignet, Bewertungen im oberen Bereich zu differenzieren. Aus diesem Grund wird auch bei neueren Konstruktionen und Ansätzen empfohlen, den oberen Bereich durch extreme Itemformulierungen oder durch die Vorgabe eines breiteren Spektrums an Inhalten für den positiven Beurteilungspol zu strecken, um die Skalen in Richtung einer Normalverteilung zu bringen und um so auch die Verteilungstatistik ohne Probleme anwenden zu können.

Ein weiteres Problem subjektiver Beurteilungen ist, dass diese häufig die *Qualität der Beziehung zum Therapeuten* und weniger die tatsächliche interpersonale bzw. methodische und prozessuale

Tabelle 12: Ergebnis- und Prozessbeurteilung - Zusammenhänge mit Klient-, Therapeut-, Prozess- und Ergebnisvariablen (N=102)

	Prozess Qualität	Ergebnis Qualität	Prozess Zufriedenheit	Ergebnis Zufriedenheit
<i>Therapeutenvariablen:</i>				
* Alter				
* Geschlecht ^a	(F:+) *		(F:+) *	(F:+) *
* Familienstand				
* Basisberuf				
* Berufserfahrung/Jahre				
* Anzahl Klienten				
<i>Klientenvariablen:</i>				
* Alter				
* Bildungsstatus				
* Wohnortgrösse				
* Geschlecht ^a		(F:+) °		
* Familienstand				
* Berufsstatus ^b		(mitt.: -; höh.: +)*		
* Beschäftigungsausmass				
* Diagnose	°	°	°	°
- Depression	(+) °		(+) °	(-) °
- Persönlichkeitsstörung				(-) °
- Angststörung		(+) °	(+) °	(-) °
<i>Prozessvariablen:</i>				
* Therapiezugang ^c	(Tel.buch+) *			
* Anzahl Stunden				
* Dauer der Therapie				
* Prozessbeurteilung ^d	(+) **	(+)*	(+)**	(+)*
* Art der Beendigung ^e	(Abbr.: -) *	(Abbr.: -)*	(Abbr.: -)*	(Abbr.: -)*
* Beendigungsgrund ^f	(gem.: +) **	(gem.: +)**	(gem.: +)**	(gem.: +)**
- Unzufriedenheit/Erfolg		(-)**	(-)**	(-)**
- finanzielle Gründe				(-)**
- Zeitmangel		(-)*		(-)*
<i>Ergebnisvariablen:</i>				
* Aktuelle Befindlichkeit	(+) *	(+) **	(+) *	(+) **
* Gesamterfolg/Therapie	(+) *	(+) ***	(+) *	(+) **
* Ergebnisbeurteilung ^g	(+) *	(+) **	(+) *	(+) **
* Weiterempfehlung/Therapt.	(+) *		(+) *	

Anmerkungen: +: positiver Effekt/Zusammenhang; -: negativer Effekt/Zusammenhang

^aF: Frauen (hier: weibliche Therapeutinnen, weibliche Klientinnen)

^bmitt.: mittlerer Status (Angestellte, Facharbeiter); höh.: höherer Status (Akademiker, Beamte)

^cTel.buch: Auswahl über Telefonbuch

^dBei Qualität: Prozesszufriedenheit; bei Zufriedenheit: Prozessqualität

^eAbbr.: einseitiger Therapieabbruch

^fgem.: gemeinsamer Entschluss

^gBei Qualität: Ergebniszufriedenheit; bei Zufriedenheit: Ergebnisqualität

° p<.10; * p<.05; ** p<.01; *** p<.001

Realität der Therapien widerspiegeln und daher nicht als alleiniges Maß der Therapiequalität verwendet werden sollten. Verschiedene Studien haben auch gezeigt, dass Patienten bei der Beurteilung ihrer Therapie und deren Ergebnissen z.T. recht stark nach der *sozialen Erwünschtheit* beurteilen. In diesem Sinn folgen sie meist einem allgemeinen *Antwortmuster*. Dies könnte auch in dieser Studie der Fall sein.

Bezogen auf die vorliegende Studie sind bei der Interpretation ebenfalls einige Punkte zu berücksichtigen. So ist die Stichprobe trotz des N=108 relativ klein, sie stammt letztlich „nur“ von 26 Therapeuten, wobei einige Therapeuten sehr viele Patienten akquiriert haben, andere sehr wenige; es ist fraglich, ob die 26 Therapeuten repräsentativ für alle Therapeuten mit einem Abschluss in EA/LT sind. Auch könnte die Art der Selektion zu einer Verzerrung der Ergebnisse beigetragen haben, denn die Patientenstichprobe ist keine Zufalls-

stichprobe, sondern eine von den Therapeuten vorselegierte. Zwar wurde durch das Vorgehen versucht Positivselektionen durch die Festlegung eines Zeitfensters und der Aufforderung alle Patienten einzubinden, die in dem vorgegebenen Zeitraum die Therapie beendet haben, möglichst klein zu halten; dennoch kann nicht garantiert werden, dass sich alle Therapeuten daran hielten. Nicht zuletzt kann auch das relativ lange Zeitfenster (1 Jahr), das vor allem aus Gründen der notwendigen Stichprobengröße so groß gehalten werden musste, die Güte der Ergebnisse beeinflusst haben. Dadurch ergab sich eine retrospektive Beurteilungsdauer, die zwischen etwa fünf und 17 Monaten variierte. Es könnte sein, dass die Beurteilung mit dem Zeitabstand variiert (Verarbeitungseffekte, Vergessen etc.). Leider wurde bei der Datenerhebung der Zeitpunkt der Therapiebeendigung nicht erhoben, sodass dieser Effekt nicht überprüft und kontrolliert werden konnte.

Insgesamt ist aus diesen Argumenten zwar das positive Ergebnis notgedrungen etwas zu relativieren und theoretisch betrachtet um einen oder zwei Skalenpunkte nach unten zu revidieren. Dies würde bedeuten, dass die wahrgenommene Qualität der Behandlung durch den Therapeuten sowie die von ihm realisierte interpersonale Beziehung von den Patienten mit den Noten gut bis sehr gut beurteilt wurden, die Durchführung der Therapie im allgemeinen und in den meisten Bereichen mit einem gut bis zufriedenstellend, der Erfolg hingegen in manchen Bereichen mit einem „gut“, in einigen hingegen jedoch leider nur mit einem „zufriedenstellend“ bis „genügend“. Weiterführende Arbeiten müssen zeigen, ob diese Interpretation gerechtfertigt ist und ob es in der Existenzanalyse und Logotherapie tatsächlich ein Ergebnisproblem hinsichtlich Problemlösung, Problembewältigung, Ressourcenaktivierung und Veränderung länger anstehender Verhaltensgewohnheiten gibt.

Literatur:

- Braun U (1998) Qualitäts-Monitoring. Ein praktikables Ergebnis-Feedback-System für die Psychotherapie. In: Laireiter A-R, Vogel H (Hrsg) Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Tübingen: dgvt-Verlag, 225-252
- Bryant F-B, Yamold P-R (1995) Principal components analysis and exploratory and confirmatory factor analysis. In: Grimm L-G, Yamold P-R (Eds) Reading and understanding multivariate statistics. Washington DC: American Psychological Association, 99-136
- Fydrich T, Laireiter A-R, Saile H, Engberding M (1996) Diagnostik und Evaluation in der Psychotherapie: Empfehlungen zur Standardisierung. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 25, 161-168
- Grawe K, Baltensperger C (1998) Figurationsanalyse - Ein Konzept und Computerprogramm für die Prozess- und Ergebnisevaluation in der Therapiepraxis. In: Laireiter A-R, Vogel H (Hrsg) Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Tübingen: dgvt-Verlag, 179-207
- Gryters T, Priebe S (1994) Die Bewertung der psychiatrischen Behandlung durch die Patienten - Resultate und Probleme der systematischen Forschung. Psychiatrische Praxis, 21, 88-95
- Jakober G (1991) Patientenzufriedenheit mit stationärer Psychotherapie. Unveröff. Diplomarbeit, Institut für Psychologie, Paris-Lodron-Universität, Salzburg
- Jandl-Jager E (1998) Psychotherapieforschung und psychotherapeutische Praxis. Person, Zeitschrift für klientenzentrierte Psychotherapie und personenzentrierte Ansätze, 1, 69-74
- Laireiter A-R (1998) Qualitätssicherung der psychotherapeutischen Praxis: Möglichkeiten für Psychotherapeuten. Verhaltenstherapie u. Verhaltensmedizin, 19, 9-38
- Laireiter A-R, Lettner K, Baumann U (1998) PSYCHO-DOK. Allgemeines Dokumentationssystem für Psychotherapie. Tübingen: dgvt-Verlag
- Laireiter A-R, Vogel H (Hrsg) (1998) Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung - Ein Werkstattbuch. Tübingen: dgvt-Verlag
- Mans E (1995) Die Patientenzufriedenheit als Kriterium der Qualitätssicherung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. Das Gesundheitswesen, 57, 63-68
- Müller-Fahmow W, Spyra K (1995) Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. Das Programm der Rentenversicherung und Rahmenbedingungen für den Bereich der Entwöhnungsbehandlungen. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg) Qualitätssicherung in der Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter. Geesthacht: Neuland-Verlag, 65-99
- Peschekian N, Kick H, Scheurer H, Krömker J, Tritt K, Loew Th (1999) Positive Psychotherapie: Ein kurzzeiththerapeutisches Verfahren unter Einbeziehung computergestützter Qualitätssicherung. Psychotherapie Forum, 7, 1-7
- Raspe H, Voigt S, Feldmeier U (1996) Patienten-„Zufriedenheit“ in der medizinischen Rehabilitation - Ein sinnvoller Outcome-Indikator? Das Gesundheitswesen, 58, 372-378
- Reinecker H, Krauss R (1994) Wege zur Psychotherapie. Eine Untersuchung an ehemaligen Patienten. Psychomed, 6, 36-41
- Roeb W, Zobel M (1995) Patientenbefragung als interne Qualitätssicherungsmaßnahme. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg) Qualitätssicherung in der Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter. Geesthacht: Neuland-Verlag, 229-242
- Rudolf G (1998) Taxonomie der Psychotherapieforschung. Psychotherapie Forum, 6, 80-91
- Satzinger W (1998) Der Weg bestimmt das Ziel? Zur Rolle des Erhebungsverfahrens bei Befragungen von Krankenhauspatientinnen. In: Ruprecht T-M (Hrsg) Experten fragen - Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen. Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. AV-Verlag
- Schigl B (1998) Evaluationsstudie zur integrativen Gestalttherapie: Wirkung und Wirkfaktoren aus katamnesticer Sicht ehemaliger KlientInnen. Endbericht zum Forschungsprojekt der Fachsektion für Integrative Gestalttherapie im ÖAGG. Wien
- Schirl C-F, Kimeswenger I-P (1999) Klientenzufriedenheit in Existenzanalyse und Logotherapie. Eine katamnestic Feldstudie. Unveröff. Diplomarbeit, Institut für Psychologie, Paris-Lodron-Universität, Salzburg
- Schmidt J, Lamprecht F, Wittmann W-W (1989) Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. Psychotherapie und Medizinische Psychologie, 39, 248-255
- Seipel K-H (1998) Qualitätssicherung in der Praxis. Ein Modell und seine kritische Evaluierung. In: Laireiter A-R, Vogel H (Hrsg) Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Tübingen: dgvt-Verlag, 335-353
- Seligman M-E-P (1995) The effectiveness of psychotherapy. American Psychologist, 50, 695-974
- Wittchen H-U, Sass H, Zaudig M, Koehler K (1989) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen - DSM-III-R - Deutsche Bearbeitung und Einführung. Weinheim: Beltz

Anschrift des Vefassers:
Ass.-Prof. Dr. A.-R. Laireiter:
Institut für Psychologie der Universität Salzburg
Hellbrunnerstr. 34
A-5020 Salzburg
Tel: 0(043)662-8044-5122
Fax: 0(043)662-8044-5126
Email: anton.laireiter@sbg.ac.at