

Chefarzt: Dr. med. Andreas Andreae

Psycholog. Oberassistent: lic.phil. Hugo Grünwald
Tel. direkt 052 - 266 28 84
Fax direkt 052 - 266 45 13

11. Oktober 1999 Gr/Bü

SOMOSA - Evaluation einer sozialpädagogisch-psychiatrischen Modellstation

Bemerkungen zum Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung des Modellversuches Somosa (1994 – 1998). Folgender kurzer Bericht geht der Frage nach, die wichtigsten Resultate dieser Evaluationsstudie aus Sicht der Qualitätssicherung kritisch zu würdigen.

Untersuchungsgegenstand

Gegenstand der Untersuchung war die Institution Somosa. Somosa wird als eine Modellstation definiert, die Jugendliche und junge Erwachsene mit schwersten psychischen, z.T. sozial sehr auffälligen Adoleszenzkrise verschiedenster Genese behandeln will. Vom phänomenologischen Erscheinungsbild der Störungen ist das Wesentliche, dass Patienten mit Dissozialität und Psychotizismus behandelt werden. Diese Ausrichtung auf die Kombination dieser beiden Störungerscheinungen ist speziell und einzigartig. Vom Behandlungsansatz wird deshalb neben einem psychiatrisch-psychotherapeutischen Vorgehen auch ein sozialpädagogischer Ansatz propagiert. Die ursprüngliche Fragestellung, nämlich die Effektivität und den Nutzen dieser spezialisierten Institution im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe mit gleichen Störungsbildern zu ermitteln, musste aufgrund v.a. ökonomischer veränderter Situation und dadurch ungenügend grosser Stichprobe fallen gelassen werden, dadurch kam es zu einer Anpassung des ursprünglich gewählten AB-Designs mit Kontrollgruppen kommen musste. Somit

konzentrierte sich die primäre Fragestellung auf die Ermittlung der Effektivität dieser Institution mit ihrem Behandlungsangebot d.h. Ergebnisqualität. Die Frage der Gegenstandsangemessenheit ist im Rahmen der Qualitätssicherung zentral. Sie richtet sich in erster Linie auf den zu erforschenden Gegenstand, in diesem Fall auf die Patienten. Das Spezielle am Patientengut der Somosa ist, dass neben Dissozialität auch Psychotizismus im Störungsbild vorhanden ist. Aus der Qualitätssicherung ist bekannt, dass psychotische Patienten in erster Linie mit Fremdeinschätzungsverfahren bewertet werden müssen. Deshalb ist in dieser ersten QS-Phase dieser Modellstation sicherlich der Fremdeinschätzung gegenüber der Selbsteinschätzung Vorzug zu geben. Auch das Fallenlassen des AB-Kontrollgruppendesigns zu Gunsten einer erhöhten Stichprobe, ist einsehbar und logisch. Mittlerweile ist es gängig, bei Qualitätssicherungsstudien, die einen erhöhten Praxisbezug für sich beanspruchen, Praxisstudien ohne Kontrollgruppen zu installieren. Weiter ist im Zusammenhang mit der Frage der Angemessenheit des Untersuchungsgegenstandes auch die Wahl der verschiedenen Messmittel zu kritisieren. Nach Schulte (1993) sind die drei Ebenen "Krankheitsursache", "Krankheitssymptomatik" sowie "Krankheitsfolgen" bei der Ermittlung des Behandlungserfolges von entscheidender Bedeutung.

Ein weiterer wichtiger Punkt der Gegenstandsangemessenheit der Untersuchung ist, dass solche Praxisuntersuchungen immer in einem bestimmten therapeutischen Umfeld stattfinden. Somit ist die Gegenstandsangemessenheit nicht nur auf die zu untersuchende Patientenpopulation ein Kriterium, sondern auf das zu untersuchende System oder Institution. Wichtigstes Kriterium in diesem Punkt ist deshalb eine Akzeptanz und eine gute Kooperation mit den Personen der Institution. So kann es sinnvoll sein, dass die Untersuchung deren Reaktivität auf das System selber zum Untersuchungsgegenstand wird.

Im Rahmen der Qualitätssicherung ist die entscheidende Grösse die Ermittlung der Ergebnisqualität. Studien, die sowohl Ergebnisqualität wie Prozessqualität ermitteln, sind eher die Ausnahme, stellen aber den Königsweg dar.

Untersuchungsziel und Verfahren

In der vorliegenden Evaluationsstudie über die Somosa wurde nun versucht, **Ergebnisqualität**, Prozessqualität sowie die Akzeptanz und Kooperation der Untersuchung selber zu überprüfen. Erstes Untersuchungsziel war die Ermittlung der Ergebnisqualität dieses Behandlungsangebotes dieser Institution. Ergebnisqualität wurde operationalisiert über drei verschiedene Fremdeinschätzungsverfahren:

Das erste Fremdeinschätzungsverfahren, das DIAD (Diagnostik Adoleszenter Dissoziation), welches die Ebene der intrapsychischen Veränderungen feststellt, ist mit seiner Ausrichtung auf intrapsychische Phänomenologien der Adoleszenzdynamik gegenstandsangemessen und erfasst somit die Ebene der möglichen Krankheitsursachen im Sinne von Schulte.

Das zweite Fremdrating, das DINX (Dissoziationsindex), ist ebenfalls auf Personen mit Adoleszenzproblemen entwickelt und ausgerichtet worden. Primäre Ausrichtung des DINX sind der verstärkte Realitätsbezug aufgrund möglicher intrapsychischer Veränderungen. Veränderungen im DINX sollten aufzeigen, dass der entsprechende Patient seiner Realitätswahrnehmung und Realitätsbewältigung Veränderungen entsprechend vornimmt. Somit kann dieses zweite Fremdrating auf der Ebene der Krankheitsfolgen und deren Bewältigung gesehen werden.

Das dritte Fremdrating, das Clinical Global Impressions (CGI) kann als häufig eingesetztes Fremdeinschätzungsverfahren auf der Ebene der klinischen Symptomatik gesehen werden.

Somit kann aufgrund dieser drei Fremdeinschätzverfahren durchaus gefolgert werden, dass die drei Ebenen zur Messung des Therapieerfolges nach Schulte angemessen operationalisiert wurden. Die Wahl, ausschliesslich mit Fremdeinschätzungsverfahren zu operieren, kann aufgrund der Phänomenologie der Patientenpopulation nachvollzogen werden.

Als zweites wichtigstes Untersuchungsziel ist – wie bereits erwähnt – die **Prozessqualität** ebenfalls ermittelt worden. Von den gewählten Einschätzverfahren sind vor allem der Stations-

beurteilungsbogen (SBB) sowie das DIAD, das für die entsprechenden Behandlungsverläufe als wichtigste zu benennen. Das DIAD richtet sich direkt auf die Behandlung und die mögliche intrapsychische Veränderungen des Patienten. Indirekt wurde die Prozessqualität ermittelt durch den bereits erwähnten Stationsbeurteilungsbogen. Die anderen teilweise eigen entwickelten Fragebogen wie der AZ (Arbeitssituation und Arbeitszufriedenheit) sowie FKS (Konzeptumsetzung) schätze ich persönlich als weniger wichtig ein. Der SBB, der sowohl ein Rating der Therapeuten wie auch ein Rating der Patienten mit beinhaltet, ist aus Qualitätssicherungssicht die eigentlich interessante Grösse. Dies weil einerseits der SBB validiert und auch allgemein gebräuchlich ist und andererseits auch ein Rating aus Sicht des Patienten mitenthaltet ist. Festzustellen ist, dass die Prozessqualität der Behandlung direkt über die DIAD-Verläufe gemessen wurde und indirekt über die bereits erwähnten Fragebögen SBB, AZ sowie FKS.

Der letzte und dritte Bereich dieser Untersuchung, nämlich die Reaktivität der Untersuchung auf das System selber wurde mit dem eigen entwickelten FWB (Erwartung bezügl. der wissenschaftlichen Begleitung) ermittelt.

Untersuchungsvorgehen

Die Ermittlung der Ergebnisqualität wurde über die oben benannten Fremdratings in einem Prä-/Post-Design ermittelt, der CGI wurde nur nach Abschluss der Behandlung retrospektiv geratet. Die Schwierigkeit dieser Untersuchung bestand sicherlich darin, dass aufgrund der Fragestellung des generellen Behandlungsfortschrittes dieses spezialisierten Behandlungsangebotes ein randomisiertes AB-Design mit Kontrollgruppen gewählt wurde. Die entsprechende Anpassung während der Untersuchung, muss aufgrund der fehlenden grossen Stichprobe aber als folgerichtig beurteilt werden. Zudem ist es auch aufgrund des ethischen Standpunktes äusserst fragwürdig, aufgrund einer Zufallsstichprobe Patienten eine mögliche angemessene Behandlung zu verwehren. Aus meiner Sicht bestehen heute andere Überprüfungsmöglichkeiten, die Effektivität und die Effizienz solcher Behandlungsangebote zu belegen. Es ist nämlich durchaus üblich, ja wird teilweise sogar gefordert, dass der ökologischen oder externen Validität ein höhe-

rer Stellenwert einberaumt wird, als der der internen Validität. Die Realisierung eines AB-Kontrollgruppendesigns unter Praxisbedingungen stellt sicher eine Möglichkeit dar, sowohl ökologische Validität wie auch interne Validität in einem ausreichenden Masse zu gewährleisten. Durch die Anwendung geeigneter Messmittel und entsprechender Auswertungsmethodik können aufgrund des heutigen Standes durchaus über Effektstärkenberechnungen Aussagen über Effektivität und Effizienz von therapeutischen Angeboten gemacht werden. Die Modifikation dieses Untersuchungsvorgehens ist deshalb durchaus folgerichtig und entspricht heutigem QS Standard.

Resultate

In der Folge werde ich aus meiner Sicht die wichtigsten Resultate zusammenfassen und entsprechend kommentieren.

Erste Fragestellung bezügl. der Ergebnisqualität sind ja die Fremdeinschätzungsverfahren des DIAD, des DINX und des CGI entscheidende Dimensionen, die Auskunft geben sollen über mögliche signifikante Veränderungen. Generell kann gesagt werden, dass sich auf allen drei Dimensionen also, auf der Dimension der intrapsychischen adolescentären Veränderung, auf der Dimension des entsprechenden verbesserten Realitätsbezuges und der Realitätsbewältigung sowie auf der Dimension der klinischen Symptomatik signifikante bis hoch signifikante Veränderungen ergaben, mit entsprechenden mittleren bis hohen Effektstärken. Sämtliche Dimensionen, die hier dargestellt werden, zeigen in eine positive Richtung und in der Tendenz muss deshalb von erwünschten und positiven Veränderungen berichtet werden.

Zu den einzelnen Einschätzverfahren ist nun Folgendes zu berichten:

DIAD: Die drei Skalen NIL (Nichtigkeit und Lähmung), FIT (Tradition und Fitness) sowie LIMP (Lustprinzip und Impulsivität) zeigen signifikante bis hoch signifikante Veränderungen. Diese besagen, dass Patienten nach der Behandlung im Somosa weniger depressiv vital gehemmt sind, zwischenmenschlich weniger Gehemmtheit aufweisen, mehr Entfaltungslust und Lebensmut schöpfen. Die Skala FIT sagt, dass Patienten nach dem Somosa-Aufenthalt eine

verbesserte Anpassung an Traditionen und Ausrichtung auf soziales Kollektiv sich entwickelt sowie sich die Körpertüchtigkeit erhöht. Die letzte Skala LIMP zeigt auf, dass weniger rauschhafte Erlebnissucht und Sich-Treiben-Lassen vorhanden ist, vermehrte Bindungsfähigkeit und Probehandeln sich entwickelt und die Affekte insgesamt ausgeglichener und selbstbestimmter erlebt werden. Alle anderen Skalen zeigen keine oder geringe signifikante Unterschiede. Kritisch ist die eher kleine Stichprobe anzumerken (N=14).

Auf dem DINX, dem Dissozialitätsindex, sind die entsprechenden Resultate eindeutiger und positiver zu beurteilen. Auf fünf von sechs möglichen Skalen haben sich signifikante Verbesserungen ergeben. Insgesamt hat sich der Dissozialitätsindex ebenfalls signifikant verbessert mit einer entsprechend hohen Effektstärke. Patienten nach einer Behandlung im Somosa nähern sich gegenüber einer Adoleszentennormpopulation immer mehr an. In den Bereichen "Zivilalltag", "nahe Beziehungen", "Freizeitgestaltung", "Substanzkonsum" erleben sie sich immer weniger dissozial. Einzig im Bereich "Legalverhalten" wird keine signifikante Veränderung festgestellt mit einer entsprechend kleinen Effektstärke. Positiv ist genügend grosse Stichprobe anzumerken (N>40)

Die Werte des Clinical Global Impressions (CGI) geben ebenfalls in der Tendenz Anlass zu vorsichtigem Optimismus. Mit einem Mittelwert von 2.43 auf einer Skala von 1-7 befinden sich sämtliche Patienten bezogen auf die klinische Symptomatik im Durchschnitt zwischen dem Zustand von "wenig gebessert" (Skala 3) bis "sehr viel verbessert" (Skala 2). Es kann deshalb vermutet werden, dass es sich hier um bedeutsame klinische Veränderungen handelt. Insgesamt muss davon ausgegangen werden, da es sich hier um reliable und valide Fremdeinschätzungsinstrumente handelt und auch entsprechendes Ratingtraining durchgeführt wurde, diese Einschätzungen Aussagen zulassen über tatsächlich stattgefundenene positive Effekte. Sämtliche der drei Ebenen (Krankheitsursachen, Krankheitsbewältigung, Krankheitssymptomatik) zeigen in der Tendenz positive Resultate. Es muss davon ausgegangen werden, dass dieses Behandlungsangebot insgesamt gute Therapieerfolge vorweisen kann.

Die Resultate der Prozessqualität, ermittelt durch das DIAD mit verschiedenen Messzeitpunkten, zeigen ebenfalls in die gleiche positive Richtung. Kritisch ist die kleine Stichprobe anzu-

merken. Fragwürdig aus Sicht des Behandlungsangebotes dürfte lediglich sein, warum bestimmte Dimensionen des DIAD wie z.B. "Grösse und Allmacht", "Opposition und Missmut", "Weltbezug und Transzendieren" etc. keine signifikanten Veränderungen registrieren.

Ebenfalls erklärungsbedürftig ist die Tatsache, dass beim Dissozialitätsindex (DINX) das Legalverhalten keine signifikante Veränderung ergeben hat.

Bezüglich der indirekten Bestimmung der Prozessqualität v.a. mit dem Stationsbeurteilungsbogen (SBB) muss generell ebenfalls von einer guten bis sehr guten Stationsatmosphäre gesprochen werden. Erklärungsbedürftig ist allerdings die doch evident erscheinende Diskrepanz zwischen der Einschätzung der Patienten und der Einschätzung der Therapeuten. Die Skala "Anteilnahme" wird von den Patienten geringer eingeschätzt als von den Mitarbeitern. Die Skala "Unterstützung" zeigt die Diskrepanz so auf, dass die Mitarbeiter diese höher einschätzen als die Klienten. Auf der Skala "Ärger und Aggression zeigen" schätzen die Mitarbeiter dies geringer ein als die Klienten. Auf der Skala "Klarheit des Behandlungsprogramms" ist dieses für die Mitarbeiter sehr viel klarer als für die Patienten. Auf der Skala "Kontrolle durch das Personal" stufen diese die Kontrolle viel weniger hoch ein als die Patienten. Die Resultate der eigenentwickelten Fragebogen AZ/ FKS geben weitere Hinweise auf eine generelle gute Prozessqualität dieser Institution.

Ebenfalls interessant und für weitere Qualitätsüberlegungen sinnvoll ist der Umstand, dass die Somosa Institution am ehesten vergleichbar ist aus Sicht der Klienten mit einer geschlossenen Station z.B. in einem deutschen Landeskrankenhaus. Aus Sicht der Mitarbeiter ist die Somosa Institution vergleichbar mit einer psychotherapeutisch (verhaltenstherapeutisch, psychoanalytisch) orientierten Station.

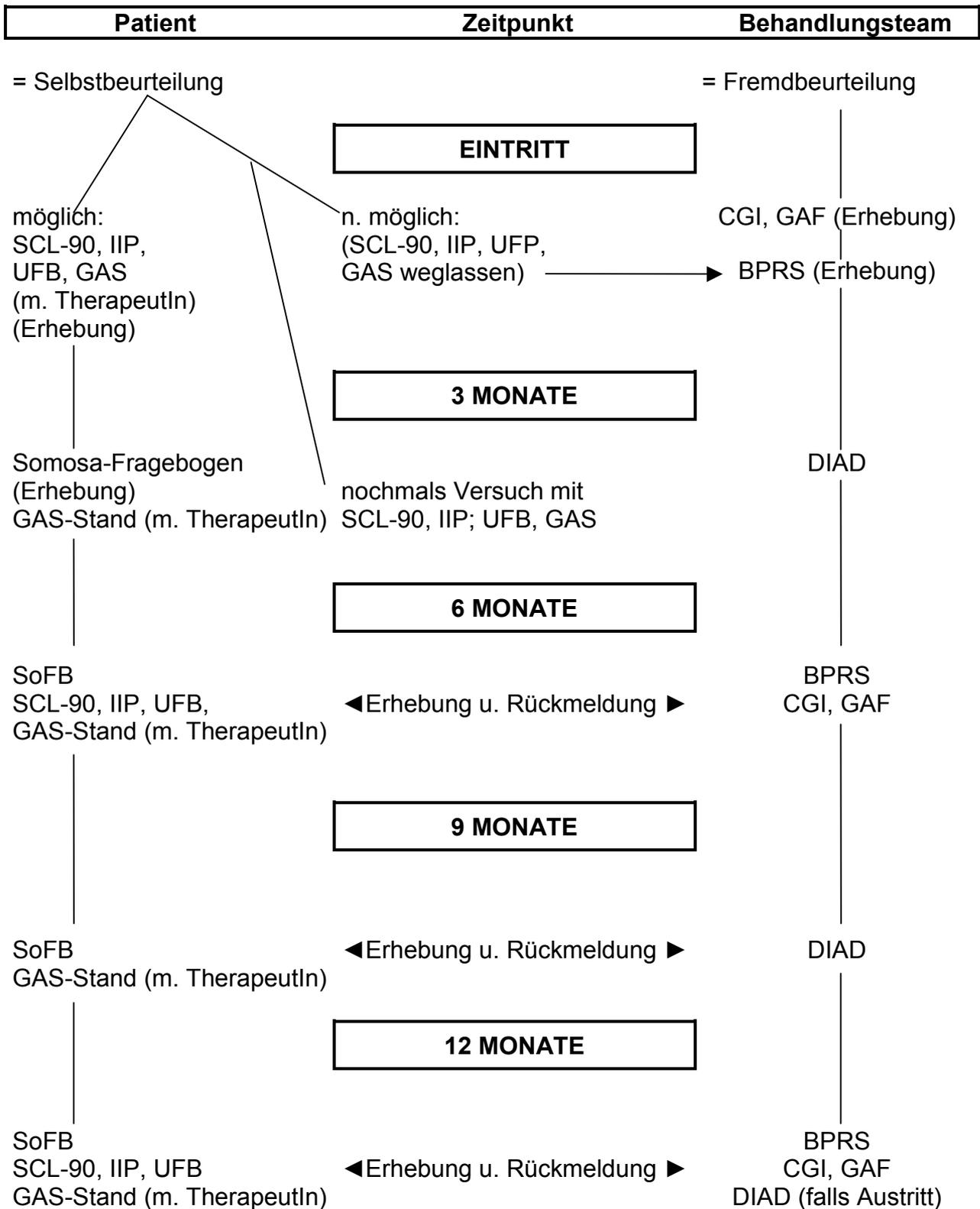
Aufgrund der breit angelegten Eintrittsuntersuchung ,mittels verschiedenen validierten Erhebungsinstrumenten wie dem Freiburger Persönlichkeitsinventar oder dem ARIG (Rigiditätsfragebogen) sowie mit zwei Intelligenzprüfungsverfahren (LPS, MWT) ergänzt durch die oben aufgeführten Fremratings, kann generell die Schlussfolgerung gezogen werden, dass von einer angemessenen Passung zwischen dem Störungsbild der Patienten und dem Behandlungsangebot dieser Institution gesprochen werden. Sowohl Selbsteinschätzungsverfahren wie Fremdeinschätzungsverfahren – wie bereits weiter oben berichtet – weisen auf diese spezifische kombinierte Störungsgruppe mit "Dissozialität" und "Psychotizismus" hin.

Diskussion und kritische Würdigung der Ergebnisse

Grundsätzlich kann gefolgert werden, dass diese Untersuchung trotz veränderter äusserer Bedingungen gegenstandsangemessen ist. Der Komplexität der untersuchten Patientengruppe, aber auch deren Vulnerabilität dieser spezifischen Patientengruppe wurde genügend Rechnung getragen. In einer ersten Phase wurden deshalb vor allem Fremdratings verwendet. Es wäre nun sinnvoll, im Sinne einer angemessenen Ergänzung, in einer zweiten Phase zusätzlich bei unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten Selbsteinschätzungsverfahren mitzuverwenden wie z.B. die Symptomcheckliste (SCL-90 R) sowie den Veränderungsfragebogen für Erleben und Verhalten (VEV), welcher eine direkte retrospektive Einschätzung des Behandlungserfolges misst. Die hier vorgeschlagenen Instrumente sind aber nur sinnvoll in Ergänzung mit den bereits verwendeten äusserst gegenstandsangemessenen Instrumente wie DIAD und DINX. Die Ergänzung dieser Instrumente durch Selbstratings würde dem Postulat der Multiperspektivität entsprechen. Als zusätzliche Ergänzung der Verfahren, welches sowohl den direkten Behandlungserfolg, aber auch therapierelante Problem- und Zielformulierungen ausdifferenziert, wäre das Goal Attainment Scaling (GAS) zu nennen. Die Differenz, die sich in der Einschätzung v.a. aufgrund des Stationsbeurteilungsbogens zwischen Therapeuten und Patienten ergab, würde möglicherweise durch diese Art Verfahren, bei dem sich Therapeut und Patient gemeinsam Problem- und Zielformulierungen definieren verkleinert.

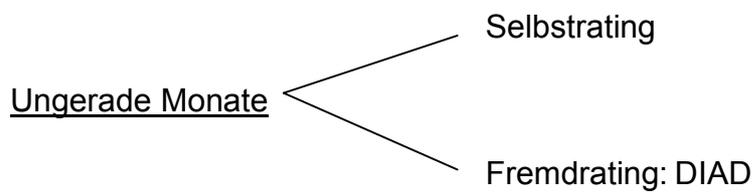
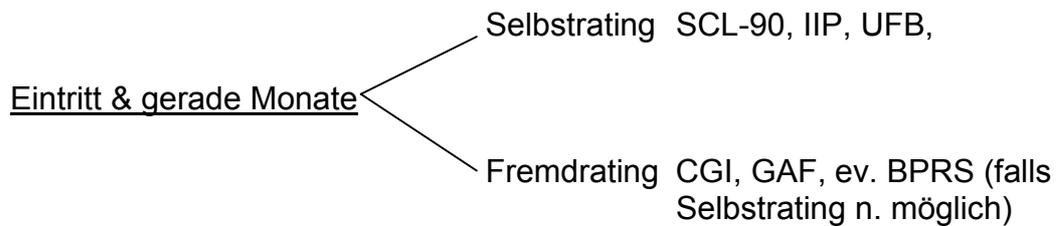
Insgesamt kann aber aufgrund dieser dargestellten Resultate von einer guten Ergebnisqualität berichtet werden mit Effektstärken, die aufzeigen, dass dieses Behandlungsangebot wirksamer ist als keine Behandlung oder eine Behandlung in einer Placebogruppe. Den Beleg dazu liefern diverse Skalen, bei denen die Effektstärken höher als 0.8 (large effect sizes) liegen. Allgemein geht man davon aus, dass Placebokontrollgruppen Effektstärken um 0.36 erreichen (Grawe 1998). Die Effektstärken der Spontanremission werden mit 0.1 –0.2 angegeben. Die ermittelten Effektstärken dieser Behandlungsart in dieser Institution der diversen störungsspezifischen Skalen liegen aber darüber. Deshalb ist aus meiner Sicht es nicht weiter sinnvoll, ein Kontrollgruppendesign im Sinne von AB-Kontrollgruppen mit randomisierten Stichproben weiterzufavorisieren. Sinnvoller aus meiner Sicht wäre, die bestehenden Qualitätssicherungsinstrumente zu erweitern mit Selbsteinschätzungsinstrumenten, die nach gängigem QS-Standard eingesetzt werden. Dabei sollten die Dimensionen "Symptome", "Beziehungsverhalten", "adoleszentäre

Problematik" sowie "aktuelle Lebensbewältigung/Bewährung" miteinbezogen werden. Aus der folgenden Darstellung ersehen Sie ein entsprechendes mögliches QS-System Somosa.



Qualitätsmonitoring Somosa 2

Regel:



Alle drei Monate (ausser Eintritt): SoFB (Selbstrating), GAS (mit TherapeutIn)

