

# MESSUNG UND SICHERSTELLUNG DER MANUALTREUE (TREATMENT-INTEGRITY) IN KONTROLLIERTEN THERAPIESTUDIEN

## MEASUREMENT AND QUALITY CONTROL OF TREATMENT-INTEGRITY IN CONTROLLED TREATMENT STUDIES

Dietmar Schulte

### Zusammenfassung

Zielsetzung: Therapiemanuale sollen gewährleisten, dass die geplanten Treatments auch tatsächlich durchgeführt werden. Um zu überprüfen, inwieweit das gelungen ist, ist die Manualtreue (*manual fidelity or adherence*) zu messen. Da andererseits die Umsetzung von Methodenregeln grundsätzlich eine Anpassung an die jeweiligen Gegebenheiten erfordert, sollte zumindest bei der Überprüfung der Effektivität neu entwickelter Verfahren auch die entsprechende Kompetenz der Therapeuten eingeschätzt und in Rechnung gestellt werden.

Methoden: Einschätzungen der Manualtreue durch den jeweiligen Therapeuten und auch durch Supervisoren spiegeln nicht zuletzt ihre Intentionen und nicht unbedingt ihr tatsächliches Verhalten wider; die Korrelationen zwischen solchen subjektiven Einschätzungen und objektiven Sitzungsprotokollen liegen unter .30. Die objektivste Methode sind Verhaltensbeobachtungen oder – falls die Kriterien nicht verhaltensnah zu definieren sind - Ratings durch geschulte Fremdrater in Hinblick auf definierte erforderliche und auch – vor allem bei Vergleichsstudien - verbotene Merkmale der Methode. Die Kosten solcher Maßnahmen werden beispielhaft ermittelt.

Die Einschätzung der Kompetenz der Therapeuten bei der Methodenanwendung kann nur durch Therapeuten mit entsprechender Erfahrung erfolgen und ist entsprechend teurer.

### Schlüsselwörter

Psychotherapieforschung – Therapiemanuale – Manualtreue – Forschungsmethoden - Forschungskosten

### 1. Sicherstellung der Manualtreue

Über Jahrzehnte hinweg haben sich Forscher darauf verlassen, dass die Therapeuten bei Effektivitätsstudien die Therapie tatsächlich so durchgeführt haben, wie sie sich das vorgestellt hatten. Die Ausbildung in der entsprechenden Psychotherapie, vielleicht zusätzlich ein kurzes vorbereitendes Training, waren Garant genug.

### Abstract

Target: The purpose of treatment manuals is to assure that treatment methods are really applied as planned. The manual fidelity has to be measured to check this issue. On the other hand, the application of methodological rules needs to be adjusted to the given circumstances during therapy. That's why the quality control of at least newly developed treatment methods should also take into account the competency of the therapist.

Results: The assessment of manual fidelity by therapists and supervisors reflects their intentions and not necessarily their actual behavior. The correlation between subjective assessments and objective session records is less than .30. The most objective methods are behavior observation or – if the categories can not be defined as observable behavior – ratings by qualified raters. They have to check initially specified required and also – mainly important for comparative studies – forbidden features of the applied methods. An calculation of the costs of such ways of assessment is attached.

Highly experienced therapists can only do the assessment of the therapist's competence concerning the accurate application of the therapeutic methods, which certainly raises the costs.

### Keywords

Psychotherapy research - treatment manuals - treatment integrity - research methods - research costs

In den 70er Jahren wurden erste Therapiemanuale entwickelt, vornehmlich innerhalb der Verhaltenstherapie und der kognitiven Therapie, die genauere Vorgaben machten, wie die Therapie durchzuführen war. Hintergrund war im Wesentlichen die Entwicklung differenzierterer therapeutischer Regelwerke, die nicht nur eine Methode beschrieben, sondern eventuell

mehrere, oder den Einsatz methodischer Prinzipien über einen längeren Zeitraum hinweg. Die kognitive Therapie von Beck et al. (1981) ist ein Beispiel dafür.

Solche Therapiemanuale wurden in den folgenden Jahren vorwiegend in der Forschung eingesetzt, um genauer festzulegen, welches Treatment auf seine Effektivität hin überprüft wurde. Wenn etwa leichte Modifikationen der systematischen Desensibilisierung miteinander verglichen werden sollten, so war sicherzustellen, dass die Therapeuten der jeweiligen Behandlungsgruppe auch tatsächlich die entsprechenden Modifikationen berücksichtigten. Sie brauchten dazu konkrete Anweisungen. Luborsky und DeRubeis bezeichneten diese Entwicklung 1984 als eine kleine Revolution in der Forschung. Tatsächlich wurde mehr und mehr von renommierten Zeitschriften vorausgesetzt, dass bei zur Veröffentlichung eingereichten Studien Therapiemanuale verwendet worden waren.

Dies war jedoch nur der erste Schritt. Die Präzisierung der Instruktionen bzw. Regeln für die Therapeuten war tatsächlich noch keine Garantie dafür, dass sich die Therapeuten auch tatsächlich an diese Regeln hielten. Im Rahmen des Bochumer Angsttherapieprojektes wurde dies überprüft (Schulte et al., 1991). Zu vier verschiedenen Zeitpunkten erhielten die Therapeuten (und die Supervisoren) einen kleinen Fragebogen mit der Bitte um Angabe, wie genau sie in der zurückliegenden Therapiephase die Vorgaben des Therapiemanuals befolgt hatten. Insgesamt bescheinigten sich die Therapeuten durchschnittlich eine hohe Manualtreue ( $M = 3,7$  auf einer 4-Punkte-Skala,  $SD = 0,6$ ), gaben jedoch auch gewisse Abweichungen vom Manual zu. Die Supervisoren schätzten die Manualtreue im Durchschnitt gleich hoch ein, doch die beiden Schätzungen korrelierten im Mittel (hochsignifikant) nur mit  $r = .41$ . Dies wurde kontrolliert mit einer etwas objektiveren Einschätzung der Manualtreue, indem die teilweise standardisierten Therapiestundenprotokolle der Therapeuten mit den Vorgaben des Manuals verglichen wurden. Hier waren zum Teil erheblich größere Abweichungen festzustellen. Die (signifikante) Korrelation mit der subjektiven Einschätzung der Therapeuten beträgt  $r = .26$  und mit der der Supervisoren  $r = .27$ .

Ein Nebenbefund soll in diesem Zusammenhang erwähnt werden: Der Grad der von den Therapeuten eingeschätzten Manualtreue wurde mit dem späteren Therapieerfolg korreliert. Für die Anfangsphase ergab sich kein Zusammenhang, wohl aber für die Mittelphase der Therapie, in der Reizkonfrontation und andere Methoden zur Anwendung kamen. Hier korrelierte Manualtreue signifikant positiv mit dem Therapieerfolg ( $r = .43$  bzw.  $.41$ ). Nicht Abweichungen vom Manual, die die Therapeuten unbedingt für notwendig erachteten, weil sie meinten, dass das Manual in der vorliegenden Form nicht angewendet werden könnte, führten zu einem besseren Therapieerfolg, sondern der Zusammenhang ist umgekehrt: je höher die Manualtreue, desto besser der Erfolg.

In der Endphase der Therapie besteht dieser Zusammenhang nicht mehr; es gibt hier sogar einen Trend zur Umkehr des Zusammenhangs. Möglicherweise ist in der Ausgangsphase der Therapie eine stärkere Flexibilität und Anpassung an die Besonderheiten des Einzelfalls oder des Verlaufs von Nutzen.

## 2. Methoden und Probleme bei der Beurteilung der Manualtreue

Die Selbstbeurteilung der Manualtreue durch Therapeuten ist eine Möglichkeit der Operationalisierung. Eine zweite Form, die in der Forschung in der Regel angewandt wird, ist die Fremdbeurteilung durch neutrale Rater oder Beobachter. Eine solche objektive Beurteilung durch neutrale Beobachter unterliegt nicht möglichen Verfälschungstendenzen, die bei Therapeuten auftreten können. Andererseits ist es von außen nicht immer einfach zu beurteilen, ob bestimmte, zeitlich begrenzte Interaktionsphasen als Realisierung einer bestimmten Methode anzusehen sind oder nicht. So sind beispielsweise vorbereitende Gespräche zur Erläuterung eines Verfahrens möglicherweise durch Rater nur schwer als solche zu erkennen, während der Therapeut dies besser beurteilen kann.

Denn Therapeuten berücksichtigen bei der konkreten Umsetzung der Methodenregeln den jeweiligen Kontext: die Besonderheiten des Patienten und seiner Störung, das Therapie-setting, den gegenwärtigen Stand der Therapie usw. Waltz et al. (1993) haben auf diese Kontextabhängigkeit der Methodendurchführung ausdrücklich hingewiesen: Eine adäquate Realisierung von Methoden setzt voraus, dass eine Anpassung an die jeweiligen Bedingungen erfolgt. Eine Methode ist nur so gut, wie diese Anpassung gelingt. Sie sprechen von der Kompetenz der Therapeuten bei der Umsetzung oder Anwendung der Methoden. Zusätzlich zur Manualtreue müsse auch die Kompetenz der Therapeuten im Hinblick auf die Anpassung an die jeweiligen Rahmenbedingungen erfasst werden, um ein Maß dafür zu gewinnen, wie gut ein Verfahren tatsächlich realisiert worden ist.

Dass solche Rahmenbedingungen erheblichen Einfluss auf die Therapie und von daher auf das abschließende Therapieergebnis haben können, haben wir für einen bestimmten Bereich überprüft, nämlich für Voraussetzungen auf Seiten des Patienten selber, das so genannte Basisverhalten des Patienten (Schulte, 1996). Die Anwendung von Methoden oder Therapiemanualen setzt voraus, dass der Patient dazu bereit ist: dass er die Therapie nachfragt und nicht ein Therapieabbruch droht, dass er aktiv mitarbeitet, dass er sich selbst öffnet, dass er bereit ist, neue Verhaltensweisen zu erproben und dass er keinen aktiven Widerstand leistet; dies sind die fünf Dimensionen des Basisverhaltens. Bei den in der Bochumer Forschungsambulanz durchgeführten Therapien wird von den Therapeuten routinemäßig nach jeder Sitzung dieses Basisverhalten des Patienten mit Hilfe eines Fragebogens eingeschätzt. Das Basisverhalten, gemittelt über die vorausgegangenen Sitzungen, wurde mit dem späteren Therapieerfolg korreliert. Tabelle 1 zeigt die Ergebnisse.

Mit dem Ausmaß der Symptomveränderung (Effektstärke des SCL 90 R und spezieller Angstfragebögen) zeigen sich nur geringe Korrelationen. Mit den globalen Schlussbeurteilungen des Therapieerfolgs durch den Patienten und durch den Therapeuten sind jedoch recht hohe Korrelationen zu verzeichnen (Michalak, 1999). Rahmenbedingungen, in diesem Falle die Motivation oder das Basisverhalten des Patienten, spielen also tatsächlich eine Rolle, so dass der Position von Waltz

Tabelle 1: Korrelation zwischen verschiedenen Messungen des Therapieerfolgs zum Ende der Therapie und dem Basisverhalten des Patienten, eingeschätzt vom Therapeuten zu verschiedenen Zeitpunkten der Therapie (aus Michalack, 1999)

Therapieerfolg					
Symptom veränderung (Effektstärke)	globales Erfolgsrating Therapeut	globales Erfolgsrating Patient	Zielerreichungs- skalierung Therapeut	Zielerreichungs- skalierung Patient	
<b>durchschnittliches Basisverhalten Sitzung 1 - 5</b>					
Nachfrage	.19	.51***	.40**	.27*	.29*
Mitarbeit	.12	.42**	.34**	.27*	.15
Erproben	.18	.41**	.30*	.24	.19
Widerstand	-.23*	-.37**	-.30*	-.23	-.05
<b>durchschnittliches Basisverhalten Sitzung 8 - 12</b>					
Nachfrage	.31*	.50***	.48***	.24	.19
Mitarbeit	.16	.34*	.24*	.27*	.10
Erproben	.31*	.60***	.50***	.24	.26
Widerstand	-.27*	-.35**	-.28*	-.36*	-.10
<b>durchschnittliches Basisverhalten Sitzung 16 - 20</b>					
Nachfrage	-.10	.43**	.41**	.26	.24
Mitarbeit	.10	.54***	.42**	.41**	.26
Erproben	.18	.64***	.47**	.46**	.38*
Widerstand	-.22	-.35*	-.35*	-.35*	-.20
<b>Basisverhalten in der letzten Sitzung</b>					
Nachfrage	.10	.35*	.18	.54**	.52**
Mitarbeit	.26	.58***	.26	.63***	.56**
Erproben	.24	.74***	.59***	.60***	.60**
Widerstand	-.29	-.46**	-.29	-.46*	-.52**

\*p&lt;.05; \*\*p&lt;.01; \*\*\*p&lt;.001 (einseitig getestet)

und Kollegen grundsätzlich zuzustimmen ist: Die Güte einer Therapie hängt nicht nur davon ab, wie gut das Manual ist, sondern auch, wie gut es angewendet wird, d.h., inwieweit die jeweiligen besonderen Gegebenheiten bei der Umsetzung der Manualregeln berücksichtigt werden.

### 3. Kompetenz von Therapeuten bei der Umsetzung von Manualen

Diese Regeln für die Umsetzung oder Durchführung der Manualregeln sind jedoch normalerweise nicht expliziert. Die Beurteilung der Kompetenz muss daher von Ratern erfolgen, die selber langjährige Therapieerfahrung haben, und zwar mit der Methode, die überprüft werden soll. (Das kann zu grundsätzlichen Schwierigkeiten führen, wenn etwa neue Methoden oder Methodenvarianten auf ihren Erfolg überprüft werden sollen.) Dies ist anders als beim Rating der Manualtreue, die durch angelernte Rater oder Beobachter vorgenommen werden kann, etwa von studentischen Hilfskräften. Durch den Einsatz erfahrener Rater wird die Forschung verständlicherweise erheblich verteuert.

Es ist jedoch zu fragen, ob dieses Rating der Kompetenz der Therapeuten tatsächlich erforderlich ist. Die Antwort hängt ab vom jeweiligen Ziel des Forschungsprojektes.

Wenn es um die Frage geht, wie gut eine Methode im Vergleich zu einer anderen unter optimalen Bedingungen ist, also wenn gewissermaßen die maximale Power einer Methode erfasst werden soll, ist ein Kompetenzrating erforderlich.

Anders ist es bei Forschungsprojekten, die überprüfen wollen, wie gut eine Methode bei der späteren klinischen Anwendung im Alltag ist. Es muss davon ausgegangen werden, dass ein Manual in der Praxis von Therapeuten mit unterschiedlicher Kompetenz angewendet wird. Angaben über die Effektivität einer Methode, die unter optimalen Bedingungen erzielt wurden, können auf den klinischen Alltag nicht übertragen werden. Von daher ist es für Projekte dieser Art nicht nur gerechtfertigt, sondern sogar erforderlich, auch im Rahmen des Forschungsprojektes die Methode von durchschnittlich trainierten Therapeuten unterschiedlicher Kompetenz durchführen zu lassen. Die so gewonnenen Ergebnisse erlauben eine bessere Prognose des durchschnittlich zu erwartenden Therapieerfolgs unter alltäglichen Praxisbedingungen.

Das heißt nicht, dass keine Forschungsanstrengungen unternommen werden müssen, um die Umsetzung eines Verfahrens in die Praxis zu verbessern und zu optimieren. Dazu ist jedoch eine andere Forschungsstrategie notwendig. Die Regeln, die erfahrene Rater implizit anwenden, um zu beurteilen, wie kompetent ein Therapeut eine Methode umgesetzt hat, sollten zunächst im Rahmen von Prozessforschung expliziert und empirisch überprüft werden: Welche Rahmenbedingungen haben Einfluss, und in welcher Form sollten sie bei der Anwendung der Methode in Rechnung gestellt werden. Mit anderen Worten: Es sind Durchführungsregeln zu entwickeln, die angeben, unter welchen Bedingungen welche Modifikationen oder sogar Abweichungen von den Methodenregeln angezeigt sind.

Solche Durchführungsregeln sollten im zweiten Schritt zusätzlich zu den eigentlichen Methodenregeln in die Therapiemanuale aufgenommen werden. Es sollten also „verzweigte Therapiemanuale“ entwickelt werden, die nicht nur aufzeigen, was wann wozu getan werden soll (Methodenregeln), sondern auch Angaben enthalten, unter welchen Bedingungen Varianten oder Modifikationen des Vorgehens nötig sind (Durchführungsregeln). Durch diese Forschungsstrategie kann erreicht werden, dass die Anwendung einer grundsätzlich effektiven Methode in der Praxis verbessert wird. Außerdem kann die Güte der Umsetzung einer Methode dann auch durch ein herkömmliches Rating der Manualtreue beurteilt werden, weil nun die Durchführungsregeln ebenfalls expliziter Bestandteil des Manuals sind.

Die Entwicklung effizienter Therapiemethoden ist demnach langfristig zu konzipieren: Nach der ersten Phase der eigentlichen Entwicklung und Überprüfung einer Methode, die in herkömmlicher Weise durch Methodenregeln beschrieben wird, ist eine weitere Phase erforderlich, die die praktische Anwendung und Umsetzung der Methode zum Gegenstand hat. Dass diesem Gesichtspunkt bislang recht wenig Bedeutung zugemessen wird, liegt möglicherweise an der Ausrichtung der Forschungsstrategien an den Modellen der pharmakologischen Forschung. Die praktische Anwendung eines Pharmakons ist ein vergleichsweise unproblematischer Schritt, obwohl Fragen der Compliance natürlich auch hier eine Rolle spielen, jedoch besser von der eigentlichen Wirksamkeit des Treatments unterschieden werden können. Prozessforschung und die Entwicklung verzweigter Therapiemanuale sind ein zentraler Schritt zur Verbesserung der Psychotherapie in der Praxis. Die zusätzliche Einschätzung der Therapeutenkompetenz anhand lediglich subjektiver, impliziter Regeln der erfahrenen Rater kann dies nicht ersetzen.

#### 4. Konstruktion von Beobachtungsverfahren zur Überprüfung der Manualtreue

Welche Gesichtspunkte bei einer Überprüfung der Manualtreue berücksichtigt werden sollen, ist in erster Linie abhängig davon, welche Regeln oder Methodenaspekte für das jeweilige Verfahren essenziell sind. Zu überprüfen ist, inwieweit diese maßgeblichen Methodenkomponenten tatsächlich von den Therapeuten realisiert wurden. Da jedoch bei einer Studie in der Regel ein Vergleich zwischen verschiedenen Verfahren vorgenommen wird, ist zu berücksichtigen, dass sich die Methodenkomponenten der beiden Verfahren gegebenenfalls überlappen: Was ist essenziell für die jeweiligen Verfahren, was ist verboten und welche Methodenkomponenten sind zwar akzeptabel, aber nicht notwendig? Waltz und Kollegen (1993) schlagen vier Kategorien von Items für die Überprüfung der Manualtreue vor: essenziell und spezifisch (für ein Verfahren), essenziell, aber unspezifisch, akzeptabel aber nicht notwendig, verboten. Beispiele enthält Tabelle 2. Bei der Beurteilung der Methodenrealisierung im Rahmen eines Forschungsprojektes ist demnach nicht nur zu überprüfen, inwieweit die Essentials der interessierenden Verfahren realisiert wurden, sondern auch, inwieweit es zu Überlappungen gekommen ist. Dies muss bei der Beurteilung der Erfolgsergebnisse herausgerechnet oder zumindest bei deren Bewertung berücksichtigt werden.

Neben der Frage, was zu registrieren ist, stellt sich die Frage, wie das erfolgen soll, welches Verfahren der Verhaltensbeobachtung angemessen ist (Schulte et al., 1994). Dies hängt ab vom Komplexitätsgrad der zu beurteilenden Methodenmerkmale. Wenn es gelingt, Methodenmerkmale zu formulieren, deren Auftreten vs. Nichtauftreten exakt beobachtet

Tabelle 2: Beispiel für die vier Typen von Items für eine Überprüfung der Manualtreue beim Vergleich von zwei Behandlungen (nach Waltz et al., 1993)

Psychodynamische Therapie	Verhaltenstherapie
<b>essenziell und spezifisch</b>	
Fokus auf unbewusste Determinanten des Verhaltens Fokus auf internalisierte Objektrelationen als historische Gründe gegenwärtiger Probleme Fokus auf Abwehrmechanismen Interpretation von Widerstand	Erteilen von Hausaufgaben  Üben von Selbstsicherheit in der Therapiesitzung Aufstellen eines Kontingenzkontraktes
<b>essenziell, aber unspezifisch</b>	
Etablierung der therapeutischen Allianz Aufstellen von Behandlungszielen Empathisches Zuhören Exploration der Kindheit	Etablierung der therapeutischen Allianz Aufstellen von Behandlungszielen Empathisches Zuhören Vermittlung des Behandlungsrationalis
<b>akzeptabel, aber nicht notwendig</b>	
Paraphrasierung Selbstöffnung Interpretation von Träumen Erklärung des Treatment-Rationalis	Paraphrasierung Selbstöffnung Exploration der Kindheit
<b>verboten</b>	
Verschreiben psychotroper Medikamente Erteilen von Hausaufgaben Selbstsicherheitsübungen in der Sitzung Symptomverschreibung	Verschreibung psychotroper Medikamente Fokus auf unbewusste Determinanten des Verhaltens Fokus auf Abwehrmechanismen Interpretation von Widerstand

werden kann, sind Beobachtungsverfahren mit Hilfe eines Zeichensystems möglich: Für die einzelnen Methodenmerkmale werden Kategorien bzw. Zeichen entwickelt, die vom Beobachter beim Auftreten des Merkmals notiert werden.

Im Gegensatz zum Beobachtungsverfahren hat der Beobachter bei Ratingverfahren komplexere Urteilsprozesse durchzuführen: Er muss nicht lediglich registrieren, ob ein definiertes Ereignis eintritt oder nicht, sondern er hat Schätzungen vorzunehmen, in welchem Ausmaß bestimmte Bedingungen, meist über einen längeren Zeitraum hinweg, realisiert wurden. Der Bewertungsprozess ist demnach bereits - zumindest teilweise - in die Person des Beobachters, des Raters, verlagert worden. Von daher sind - anders als bei Beobachtungsverfahren im engeren Sinn - mehrere Rater einzusetzen, und ihre Einschätzungen sind zu mitteln.

Aufgrund ihrer höheren Subjektivität sind Ratingverfahren weniger gut geeignet, die Umsetzung eines Manuals zu beurteilen. Doch die Entwicklung und auch der Einsatz von Ratingverfahren sind weniger aufwändig als Zeichensysteme. Außerdem gibt es Unterschiede zwischen den Therapiemethoden, wie exakt beobachtbare Merkmale zu definieren sind, deren Auftreten auch von angelegerten Kräften objektiv festgestellt werden kann.

Die dritte Frage betrifft die Beobachtungsstichprobe. In der Regel werden Zeitstichproben gebildet: Bestimmte Sitzungen des Therapieverlaufs werden ausgewählt und innerhalb der Sitzungen bestimmte Zeitfenster definiert. Dies ist abhängig von der Art der Methode bzw. des Manuals. Wenn zu und auch in den verschiedenen Sitzungen unterschiedliche Vorgehensweisen vorgeschrieben und zu realisieren sind - dies gilt etwa für Manuale, wie sie in der Verhaltenstherapie zunehmend gebräuchlich werden (z.B. Margraf und Schneider, 1989) -, so ist die Festlegung von Zeitstichproben nur schwer möglich. So kann etwa für zwei benachbarte Sitzungen eine unterschiedliche Vorgehensweise vorgeschrieben sein. Wann jedoch genau im Therapieverlauf diese Regeln durchzuführen sind, muss nicht absolut festgelegt sein, sondern kann von vornherein mit Toleranzen versehen sein (etwa: in der dritten bis fünften Sitzung durchzuführen). Ähnliches gilt noch verschärft für Methodenvorgaben innerhalb einer Therapie-sitzung; auch dort sind keine exakten Zeitpunkte festgelegt. Vorab definierte Zeitstichproben für die Verhaltensbeobachtung sind demnach kaum möglich. Welche Alternativen bieten sich an?

1. Eine Möglichkeit besteht darin, die gesamte Therapie beobachten zu lassen - sicherlich das exakteste, aber auch aufwändigste und teuerste Verfahren.
2. Es könnten vorab Zeitstichproben festgelegt werden und außerdem für jedes Zeitfenster Angaben darüber, welche unterschiedlichen Methoden oder Methoden Aspekte zu diesem Zeitpunkt noch oder schon zu erwarten sind. Manual-treue wäre dann festzustellen, wenn irgendeine der vorab „zugelassenen“ Methodenregeln angewandt wurde.
3. Ein drittes Verfahren besteht darin, das Fremdrating mit einer Selbstbeurteilung durch die Therapeuten zu kombi-

nieren. Die Therapeuten geben in Form eines teilstandardisierten Stundenprotokolls an, welche Methoden oder Methoden Aspekte sie in einer Sitzung realisiert haben. Auf dieser Ebene kann bereits eine erste Überprüfung mit den Vorgaben des Manuals erfolgen. Im zweiten Schritt wird dann durch Beobachter überprüft, ob die angegebenen Methoden tatsächlich und den Regeln entsprechend durchgeführt wurden. Bei diesem Verfahren werden demnach die Beobachtungsfenster nicht vorab und für alle Behandlungen für den gleichen Zeitpunkt festgelegt, sondern innerhalb eines vorgegebenen Rahmens als eine vom Therapeuten selbst definierte Ereignisstichprobe, je nach Stand der jeweiligen Therapie.

## 5. Kosten für die Beurteilung der Manualtreue

Angesichts der Vielzahl der erforderlichen Methodenentscheidungen ist eine allgemeine Kostenschätzung nicht möglich. Die Variabilität entsteht vor allen Dingen durch die Anzahl und Komplexität der Beobachtungskategorien bzw. Rating-Dimensionen, die je nach Fragestellung und gewähltem Verfahren recht unterschiedlich sein werden. Bei dem zweiten Faktor, der Anzahl der Beobachtungseinheiten, ist zu trennen zwischen den Beobachtungseinheiten innerhalb einer Therapie und der Anzahl der zu beobachtenden Therapien. Die Anzahl der Einheiten pro Therapie ist vom jeweiligen Manual abhängig. Die Anzahl der zu beobachtenden Therapien ist abhängig von der Anzahl der eingesetzten Therapeuten. Pro Therapeut sollten mindestens zwei Therapien beobachtet werden. Für den letzten Faktor, die Honorare, kann bei Rückgriff auf studentische Hilfskräfte ein exakter Preis eingesetzt werden. Tabelle 3 enthält zur Veranschaulichung eine Beispielrechnung.

## Literatur

- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G.: Kognitive Therapie der Depression. München: Urban & Schwarzenberg, 1981
- Luborsky L, DeRubeis RJ: The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research style. *Clin Psychol Rev* 1984; 4: 5-15
- Margraf J, Schneider S: Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung. Berlin: Springer, 1989
- Michalak J: Zielkonflikte im therapeutischen Prozeß. Unveröffentlichte Dissertation, Ruhr-Universität Bochum, 1999
- Schulte D: Therapieplanung. Göttingen: Hogrefe, 1996
- Schulte D, Elke G, Hartung J, Künzel R: Systematische Beobachtung (Kapitel III-3). In: L v Rosenstiel, CM Hockel, W Molt (Hrsg.): *Handbuch der Angewandten Psychologie: Grundlagen - Methoden - Praxis*. Landsberg/Lech: ecomed, 1994
- Schulte D, Künzel R, Pepping G, Schulte-Bahrenberg T: Maßgeschneiderte Psychotherapie versus Standardtherapie bei der Behandlung von Phobikern. In: D Schulte (Hrsg.): *Therapeutische Entscheidungen*. Göttingen: Hogrefe, 1991, 15-42
- Waltz J, Addis ME, Koerner K, Jacobson NS: Testing the integrity of a psychotherapy protocol: Assessment of adherence and competence. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61: 620-630

Tabelle 3: Beispielrechnung für die Kosten einer Überprüfung der Manualtreue

- Vergleich von 2 Treatments
- Therapieumfang laut Manual jeweils 25 Sitzungen
- eingeteilt in 4 Phasen mit unterschiedlich komplexen Regeln (3 -11 Rating-Dimensionen)

**Anzahl der zu beobachtenden Therapien und der Rater**

- **N = 30 Patienten pro Treatment = 60 Therapien, durchgeführt von 15 Therapeuten: 4 Therapien pro Therapeut, davon 2 zu raten, insgesamt 30 Therapien**
- **4 parallele Rater**

**Anzahl der Sitzungen und Beobachtungseinheiten pro Therapie**

zu beobachtende Sitzungen	Einheiten à 10' pro Sitzung	Σ
Phase 1 (1.-3.Sitz.) -> 1 Sitzung	1 Einheit aus Mittelphase	1
Phase 2 (4.-8.Sitz.) -> 1 Sitzung	1 aus Anfang, 1 aus Mitte	2
Phase 3 (9.-20.Sitz.) -> 2 Sitzung	1 Anfang, 1 Mitte, 1 Endphase: 3 *2 =	6
Phase 4 (21.-25.Sitz.) -> 1 Sitzung	1 Einheit aus Mittelphase	1
<b>Σ Sitzungen: 5</b>	<b>Beobachtungseinheiten 10</b>	

**Durchschnittlicher Zeitaufwand pro Beobachtungseinheit à 10':**

- Vorlauf/Bandsuche 5 Minuten
  - Beobachtungszeit 10 Minuten
  - Rating 5 Minuten
- 20 Minuten

**bei 10 Beobachtungseinheiten/Therapie = 200 Minuten, ~ 4<sup>h</sup> pro Therapie**

**Kosten für die Durchführung (ohne Entwicklung des Ratings)**

bei 30 Therapien à 4<sup>h</sup> = 240<sup>h</sup>, zusätzlich 40<sup>h</sup> Training = 280<sup>h</sup> pro Rater

à 18,- DM (studentische Hilfskraft) = 5040,- DM pro Rater;

bei 4 Ratern und 1 Hilfskraft für Organisation und Datenverwaltung: **~ 25.000,- DM**

**Prof. Dr. Dietmar Schulte**

Fakultät für Psychologie der Ruhr-Universität Bochum

Universitätsstr. 150

44780 Bochum

Tel. 0234-700-3169 • Fax: 0234-3214304

e-mail: Schulte@kli.psy.ruhr-uni-bochum.de