

Aktuelles aus der Forschung

Rüdiger Nübling

Noch einmal (und immer wieder): Die Psychotherapie braucht (eine gute, kontinuierliche, überregionale, substanzielle, ...) Versorgungsforschung

Es tut sich was in Sachen psychotherapeutischer Versorgungsforschung. Die Notwendigkeit zu solchen Forschungsinitiativen wurde bereits vielfach hervorgehoben (Kordy, 2008; Nübling, 2011a, 2011b, 2011c; Schulz et al., 2006). Nach einem Thesenpapier von Tritt et al. (2007) besteht ein Hauptanliegen der psychotherapeutischen Versorgungsforschung darin, die Lücke zwischen der alltäglichen psychotherapeutischen Praxis und der Forschung zu schließen. Wie schon früher beschrieben (Nübling, 2011c), bezieht sich Versorgungsforschung auf Strukturen, Prozesse und Ergebnisse, erforscht Bedarf, Indikation, Zugangswege, Inanspruchnahme von

Gesundheitsleistungen, ihre Schnittstellen bzw. Vernetzung, Dosis-Wirkungs-Beziehungen, ihren Outcome oder ihre Kosten-Nutzen-Relation (Schulz et al., 2006). Aufgabe der Versorgungsforschung ist die Beschreibung und Analyse der Versorgungssituation (Ist- und Defizit-Analysen) und hierauf aufbauend die Entwicklung von neuen Versorgungskonzepten und deren wissenschaftliche Begleitung sowie die Evaluierung von Versorgungskonzepten unter realen Bedingungen („Routineversorgung“, Glaeske et al., 2009; Pfaff, 2003). Inzwischen wird die Bedeutung von Versorgungsforschung auch für Allokationsentscheidungen hervorgehoben (Pfaff et al., 2011).

Allokationsentscheidungen sind politische Entscheidungen darüber, welche Behandlungs- oder Präventivmethoden bzw. welche Versicherungsleistungen der Bevölkerung zur Verfügung gestellt und welche Bedarfe eingeplant oder welche Investitionen getätigt werden (ebd.).

So gesehen haben die in der folgenden Übersicht besprochenen Studien, die alle in dem von Wolfgang Lutz (Trier) herausgegebenen Heft 4 der *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* erschienen sind, in besonderem Maße auch eine gesundheits- und versorgungspolitische Relevanz. Sie firmieren zwar alle nicht unter dem Stich-

wort „psychotherapeutische Versorgungsforschung“, sind aber – obwohl sie andere Fragestellungen, z. B. die der Qualitätssicherung, fokussieren – eindeutig der Versorgungsforschung zuzurechnen. Alle vier Studien untersuchten Patienten und Psychotherapeuten in ihrer realen Versorgungssituation, zwei beziehen sich auf die Versorgung psychotherapeutischer Hochschulambulanzen, die beiden anderen untersuchen die ambulante psychotherapeutische Versorgung in einem oder mehreren Bundesländern. Jede der Studien weist ein ausgesprochen hohes Patientenkollektiv aus, von über n=1.000 bis wenig unter n=2.000 Patienten.

Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie

Jacobi, F., Uhlmann, S. & Hoyer, J. (2011). *Wie häufig ist Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie. Ergebnisse aus einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 40 (4), 246-256.*

In dieser Studie wurden Psychotherapien einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz im Rahmen einer

naturalistischen Anwendungsstudie hinsichtlich psychotherapeutischer Misserfolge untersucht. Eine der zentralen Fragestellungen bezog sich darauf, wie hoch der Anteil der Patienten war, bei denen keine Besserung erreicht wurde oder es sogar zu Verschlechterungen gekommen war. Die Autoren heben hervor, dass trotz einer großen Zahl vorhandener Psychotherapiestudien die Datenlage zum Misserfolg

in der psychotherapeutischen Praxis dürftig ist. Basis der vorliegenden Studie waren Dokumentationsdaten von zumeist im Rahmen der Psychotherapieausbildung durchgeführten Psychotherapien der Dresdener Institutsambulanz für Psychotherapie im Zeitraum 2004 bis 2010. Die Diagnostik erfolgte mehrstufig und einheitlich für alle behandelten Patienten über standardisierte Verfahren (u. a. Composite International

Diagnostic Interview CIDI, Brief Symptom Inventory BSI, Beck-Depressions-Inventar BDI, Global Assessment of Functioning GAF; zur Zitation der hier und auch im Folgenden genannten Testverfahren vgl. die jeweils besprochene Originalliteratur). Eingeschlossen wurden Patienten, die nach vollständig durchlaufender Probatorik-Phase und erfolgreichem Kasenantrag regulär eine Psychotherapie begonnen hatten.

Dies waren 27% derjenigen, die eine Psychotherapieanfrage an die Ambulanz (n=1.021 von 3.772) richteten. Die Abbrecherquote nach Aufnahme der eigentlichen Behandlung betrug knapp 20% (n=196 von 1.021).

Stichprobe und wichtigste Ergebnisse: Ca. 70% der Patienten waren weiblich, das Durchschnittsalter lag etwas über 35 Jahre, mehr als 50% waren jünger als 35 Jahre. Es handelt sich um eine eher gebildete Patientenschaft: 55% hatten Abitur und weitere 33% Realschulabschluss. Diagnostisch waren vor allem Patienten mit Angsterkrankungen (37%) und Depressionen (30%) vertreten, aber auch überdurchschnittlich häufig Patienten mit einer Essstörung (9%) oder posttraumatischen Belastungsstörung (6%). Etwa die Hälfte

der Patienten war multimorbid erkrankt (zwei und mehr Diagnosen) und zeigte sich in den standardisierten Testverfahren mittelgradig bis hoch belastet (BSI: $M=1,05/sd=0,63$; BDI: $M=16,9/sd=9,75$; GAF: $M=63,3/sd=12,54$).

Zur Untersuchung der Häufigkeit psychotherapeutischer Misserfolge bzw. zu deren Operationalisierung wurden Veränderungen zum einen auf der Grundlage von globalen Patienten- und Psychotherapeuteinschätzungen (Einzel-Items), zum anderen über die Indexierung reliabler Veränderungen (RCI, Reliable Change Index)¹ auf Basis der klinischen Skalen abgebildet. Hinsichtlich der Globalurteile zeigten sich nur etwa 5 bis 10% unverändert und 2 bis 3% verschlechtert, bei Betrachtung der RCI lag der Anteil der unveränderten Patienten je

nach Erfolgsmaß zwischen 27 und 49%, der der verschlechterten aber ebenfalls nur bei ca. 1 bis 3%. Misserfolge waren dabei assoziiert mit einer erhöhten Komorbidität, mit schlechteren Test-Prä-Werten sowie mit einer erhöhten (!) Behandlungsdauer.

Die Autoren diskutieren aufgrund der sehr niedrigen Quoten verschlechterter Patienten, ob eine Verhaltenstherapie selten schädlich wirkt; sie vergleichen dies mit mehreren Übersichtsarbeiten, in denen Verschlechterungsraten von 5 bis 15% berichtet wurden. Nicht thematisiert wird dabei allerdings, dass mit knapp 20% eine relativ hohe Abbrecherquote festgestellt wurde, und dies bei einer Patientenschaft, die letztlich nur einen kleineren Teil der anfragenden Patienten repräsentierte.

Das Thema Misserfolg in der Psychotherapie wird relativ selten untersucht, insbesondere auch im Kontext der realen psychotherapeutischen Versorgung, sodass der Ansatz der Autoren, dies auf der Grundlage von Routinedaten durchzuführen, für die Versorgungsforschung interessant ist.

¹ Der RCI stellt eine Schätzung der Zuverlässigkeit bzw. Reliabilität einer intraindividuell gemessenen Veränderung dar. Es existieren unterschiedliche Formen der Berechnung des RCI, die gebräuchlichste ist die von Jacobson und Truax (1991), nach der $RCI = M_2 - M_1 / sd_{diff}$, also Postmittelwert minus Prämittelwert dividiert durch die Standardabweichung der Differenzen berechnet wird. Bei Zugrundelegen einer Standardnormalverteilung ist eine Differenz zwischen zwei Messzeitpunkten bei einem RCI > 1.98 auf dem 5%-Niveau, bei einem RCI > 2,58 auf dem 1%-Niveau signifikant.

Wenn Therapien vorzeitig beendet werden

Cincaya, F., Schindler, A. & Hiller, W. (2011). *Wenn Therapien vorzeitig scheitern. Merkmale und Risikofaktoren von Abbrüchen in der ambulanten Psychotherapie. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 40 (4), 224-234.*

Cincaya et al. untersuchten ebenfalls Routinedaten einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. Die zentrale Fragestellung lag hier in der Erkundung von Merkmalen und Risikofaktoren von Behandlungsabbrüchen in der ambulanten Psychotherapie. Datengrundlage waren insgesamt n=1.391 Patienten der Ambulanz der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie des Psychologischen Instituts der Universi-

tät Mainz, die zwischen 2004 und 2011 behandelt wurden. Die Autoren unterteilten die Patienten gemäß ihres Therapieverlaufs in drei Gruppen: a) Completer (Patienten, die ihre Psychotherapie regulär beendet hatten), b) qualitätsrelevante Abbrecher (Patienten, die ihre Psychotherapie aus Gründen abgebrochen hatten, bei denen Qualitätsmängel in der erfolgten Therapie nicht auszuschließen waren) und c) qualitätsneutrale Abbrecher (der Abbruch war aus Gründen erfolgt, die in keinem Zusammenhang mit der Psychotherapiequalität standen, z. B. Wohnungswechsel). Standardmäßig dokumentiert wurden neben soziodemografischen Grunddaten und Diagnosen (strukturierte In-

terviews/internationale Diagnosechecklisten für DSM-IV) die intrinsische Therapiemotivation, die subjektive Erfolgserwartung (jeweils Einzel-Items) sowie die psychopathologische Gesamtbelastung (GSI-Wert des Brief Symptom Inventory BSI).

Stichprobe und wichtigste Ergebnisse: Leider wird die Gesamtstichprobe in der Arbeit nicht beschrieben, aus der Beschreibung der Teilstichproben lassen sich folgende Charakteristika ableiten: Diagnostisch hatten 39% depressive Erkrankungen, 18% Angststörungen und 10% Persönlichkeits-, Borderline- oder psychotische Störungen. Eine komorbide Störung lag bei über 60% der Patienten vor.

Das Durchschnittsalter lag bei etwas über 35 Jahren ($sd=12$), der Anteil weiblicher Patienten lag bei knapp über 60%, etwa 80% waren erwerbstätig, etwa die Hälfte hatte Abitur oder einen Hochschulabschluss, ca. 65% waren schon einmal in psychotherapeutischer und/oder psychiatrischer Behandlung. Etwa 75% (n=1.049) der untersuchten Patienten beendeten die Psychotherapie regulär, 14% (n=196) brachen aus qualitätsrelevanten, etwas mehr als 10% (n=146) aus qualitätsneutralen Gründen die Psychotherapie ab. Die häufigsten Gründe für die qualitätsrelevanten Abbrüche waren aus Psychotherapeutesicht vor allem eine „geringe Therapie- und Veränderungsmotivation“ (bei 28% der Ab-

brecher), ein Kontaktabbruch seitens des Patienten („Patient meldet sich nicht mehr“, 20%) oder das Nichterfüllen der „Therapieauflagen“ seitens des Patienten (11%). Erhöhte qualitätsrelevante Abbrecherquoten ergaben sich bei Patienten mit einer psychotischen Störung, mit Persönlichkeits- und/oder Borderline-Störung sowie bei Patienten mit einer Zwangsstörung. Erniedrigt hingegen waren die Quoten bei Patienten mit Depressionen oder einer Angststörung. Dar-

über hinaus waren die Abbrecher zur Zeit der Behandlung deutlich weniger häufig in fester Partnerschaft, es lag bei ihnen häufiger eine komorbide Störung vor, die intrinsische Motivation sowie die Therapieerfolgserwartung waren deutlich geringer und die Gesamtbelastung (BSI) war deutlich erhöht bzw. das psychosoziale Funktionsniveau (GAF) erniedrigt. Insgesamt war aber die Vorhersagekraft der einzelnen hier genannten Prädiktoren verhältnismäßig klein, darü-

ber hinaus wurden Motivation und Erfolgserwartung mit nur einem Item und damit eingeschränkter Reliabilität erfasst. Nicht erhoben wurden, wie die Autoren hervorheben, darüber hinaus Merkmale der therapeutischen „Passung“ oder des „Therapeutenverhaltens“, die möglicherweise eine deutlich höhere prädiktive Relevanz haben als die hier untersuchten Patientenvariablen. Obwohl die Suche nach den Risikofaktoren/Prädiktoren, wie ebenfalls betont wird,

damit immer noch am Anfang steht, kann die Studie als ein gutes Beispiel gesehen werden, wie praxisrelevante Forschungsfragestellungen aus der konkreten Versorgungspraxis bzw. mithilfe von Basisdokumentationsdaten, hier der Hochschulambulanzen, bearbeitet werden können. Da keine spezifische Auswahl der Patienten stattfand, kann von einer hohen Repräsentativität zumindest für diesen Versorgungsbereich ausgegangen werden.

TK-Projekt – Teilstudie/Teilfragestellung „Diagnostik und psychometrische Verlaufsrückmeldungen“

Lutz, W., Böhnke, J. R., Köck, K. & Bittermann, S. (2011). *Diagnostik und psychometrische Verlaufsrückmeldungen im Rahmen eines Modellprojektes zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 40 (4), 283-297.*

Im TK-Projekt zu „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ (Wittmann et al., 2011), das schon in anderem Kontext als Meilenstein der psychotherapeutischen Versorgungsforschung vorgestellt wurde (Nübling, 2011b, 2011c), wurde von der Trierer Projektarbeitsgruppe untersucht, wie sich die im Rahmen des Projektes für Psychotherapeuten und Patienten erstellten Verlaufsrückmeldungen auf das Behandlungsergebnis sowie die Zufriedenheit der Beteiligten ausgewirkt haben. Grundlage waren die für das TK-Projekt bei Beginn der Psychotherapie vorliegenden Daten von n=1.708 Patienten

und n=245 Psychotherapeuten. In der Interventionsgruppe (IG; n=1.031) wurde im Gegensatz zur Kontrollgruppe (KG; n=677) eine kontinuierliche Rückmeldung im Psychotherapieverlauf gegeben. Auch hier wurden neben Psychotherapeuteinschätzungen (Beeinträchtigungsschwere, BSS; therapeutische Beziehung, HAQ; allgemeines Funktionsniveau, GAF) insbesondere Selbsteinschätzungen der Patienten in Form von standardisierten Testverfahren erhoben. Fokussiert wurden die Bereiche gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-12), interpersonale Probleme (IIP), allgemeine Symptombelastung (BSI), therapeutische Beziehung (HAQ) sowie ein weiteres Instrument in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose des Patienten (Körperbezogene Angst: AKV, Depression: BDI, Zwangsstörung: HZI, Essstörung: EDI, Somatisierungsstörung: SOMS). Für die Interventionsgruppe wurden dabei neben den Messungen zu Beginn und zum Ende

der Behandlung sowie ein Jahr nach der Behandlung auch Zwischenmessungen durchgeführt, die dann zu den jeweiligen Ergebnissrückmeldungen an Psychotherapeut und Patient führten. Für die Kontrollgruppe wurden diese Rückmeldungen nicht gegeben.

Die wichtigsten Ergebnisse: Ein schon anderweitig beschriebenes allgemeines Ergebnis der Studie war, dass einerseits die Patienten, die eine ambulante Psychotherapie in Anspruch nehmen, deutlich psychisch belastet sind und andererseits sich die Psychotherapie als im Schnitt sehr effektiv darstellt. Vor allem das Ausmaß der psychischen Belastung, die Anlass einer ambulanten Psychotherapie ist, wurde und wird von Kritikern immer wieder infrage gestellt, weshalb der Befund, dass sich die hier untersuchten Patienten sehr deutlich von nichtklinischen Stichproben und nur wenig von stationären Patienten psychosomatischer

und/oder psychiatrischer Kliniken unterscheiden, besonders bedeutsam ist, u. a. für die gesundheitspolitische Diskussion. Auch das Ergebnis, dass die Effekte der Psychotherapie, ausgedrückt in Effektstärken, durchweg für mehrere Outcome-Parameter hoch bis sehr hoch (Effektstärken um $d=1,0$) und damit deutlich besser sind als in vielen anderen Bereichen des Gesundheitssystems (vgl. Margraf, 2009), hat hohe gesundheits- und versorgungspolitische Relevanz. Die Verlaufsrückmeldungen innerhalb des Projekts, die eigentliche Fragestellung der hier besprochenen Teilstudie, wurden von einer großen Mehrheit der beteiligten Patienten und Psychotherapeuten positiv aufgenommen. So fanden es jeweils über 90% der Patienten gut, dass ein solches Projekt zum Qualitätsmonitoring durchgeführt wurde bzw. wichtig, dass psychotherapeutische Behandlungsergebnisse überprüft werden. Das von Kritikern solcher Befragungen immer wieder

vorgebrachte Argument, dass Patienten sich schnell von zu vielen Testverfahren überfordert fühlen können, kann zumindest deutlich relativiert werden: 97% der Patienten fanden den Zeitaufwand für die Beantwortung (auch für die wiederholten Zwischenmessungen!) vertretbar und nur knapp 10% gaben an, dass sie Mühe hatten, die Fragen zu beantworten, weil sie zu nahe gingen. Für 70 bis über 80% der Patienten waren die Rückmeldungen verständlich, hilf-

reich oder wichtig und immerhin ca. die Hälfte gab an, dass sich durch Rückmeldungen die Beziehung zum Psychotherapeuten oder zur Psychotherapeutin verbessert habe (nur etwa 18% verneinten dies) und dass sie das Gefühl hatten, durch die Rückmeldungen selbstverantwortlicher mit der Erkrankung umgehen zu können (25% verneinten dies). Die Autoren konnten auch Verlaufgruppen von Patienten bilden, die sich zunächst ungünstig und im Anschluss an das

Feedback günstig entwickelten. Die hohen Zustimmungsraten sowie die hohe, mittels Fragebogen (ZUF-8) gemessene Patientenzufriedenheit (die in der Interventionsgruppe höher war als in der Kontrollgruppe) zeigen aus Sicht der Autoren, dass eine routinemäßige Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie auf der Basis von psychometrischen Verfahren Bestandteil jeder Psychotherapie sein sollte. Ob die Psychotherapieverläufe mit Rückmeldung bes-

ser sind als ohne, kann nicht eindeutig gesagt werden. Es ergab sich zwar ein leichter Trend für eine Überlegenheit der Rückmeldungen, da aber bei der Kontrollgruppe keine Zwischenmessungen durchgeführt wurden, ist nicht auszuschließen, dass es sich dabei um ein methodisches Artefakt handelt. Umgekehrt kann wohl eindeutig gesagt werden, dass Zwischenmessungen und kontinuierliche Rückmeldungen zu keinem schlechteren Gesamtergebnis führen.

Die Studie „Praxisübergreifende Dokumentation der Ergebnisqualität ambulanter Psychotherapie in Bayern“ (QS-PSY-BAY-Studie)

Steffanowski, A., Kramer, D., Fembacher, A., Glahn, E. M., Bruckmeyer, E., von Heymann, F., Kriz, D., Pfaffinger, I. & Wittmann, W. W. (2011). *Praxisübergreifende Dokumentation der Ergebnisqualität ambulanter Psychotherapie in Bayern. Erste Ergebnisse des Modellvorhabens „QS-PSY-BAY“*. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40 (4), 267-282.

Die von der Mannheimer Arbeitsgruppe um Werner W. Wittmann gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns durchgeführte Studie zur Dokumentation der Ergebnisqualität ambulanter Psychotherapie (die sogenannte QS-PSY-BAY-Studie) stellt eine weitere aktuelle Studie zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung dar. Bayernweit haben sich an diesem Projekt, dessen Hauptfragestellungen sich wie die TK-Studie ebenfalls auf die Möglichkeiten der routinemäßigen Qualitätssicherung

beziehen, insgesamt n=217 Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie n=1.696 Patienten beteiligt. Methodisch wurden wie in den anderen Studien neben Psychotherapeuteneinschätzungen vorwiegend standardisierte Testverfahren/Skalen patientenseitig erhoben. Eine Besonderheit dieser Studie liegt dabei darin, dass keine lizenzgebundenen, sondern nur frei zugängliche Verfahren verwendet wurden. Neben einer aus der stationären Psychosomatik adaptierten Basisdokumentation (Psy-BaDo-PTM) wurden der Patient Health Questionnaire (PHQ), Skalen zur Erfassung der Lebensqualität (SEL-K), eine neu gebildete Skala zur Erfassung der Beeinträchtigung durch Problembereiche (PPB) sowie der Helping Alliance Questionnaire (HAQ), letzterer in einer Patienten- und Therapeutenversion, eingesetzt. Die Datenerhebungen fanden zu vier Messzeitpunkten statt: bei Beginn der probatorischen Sitzungen (A),

bei Beginn der (bewilligten) Psychotherapie (V), kurz vor Ende (E) und ein Jahr nach Abschluss der Behandlung (K). Ähnlich wie im TK-Projekt wurden den teilnehmenden Psychotherapeuten nach jedem Messzeitpunkt individualisierte Ergebnisrückmeldungen zur Verfügung gestellt.

Stichprobe und wichtigste Ergebnisse: für n=189 Patienten (11%) lag nur eine Messung vor Aufnahme der probatorischen Sitzungen vor, d. h., nur für einen kleinen Anteil wurde keine „reguläre“ Psychotherapie begonnen. Vollständige Daten für alle vier Messzeitpunkte lagen für knapp 900 Patienten (52% der Ausgangsstichprobe und ca. 60% der Patienten, die eine Psychotherapie bewilligt bekamen) vor. Die teilnehmenden Patienten waren überwiegend Frauen (77%), der Altersschnitt betrug 40 Jahre, ein relativ hoher Anteil war unverheiratet, geschieden oder getrennt lebend (insgesamt

60%) und hatte einen höheren Schulabschluss (ca. 40% Abitur). Diagnostisch handelte es sich vorwiegend um depressive (49%) oder Angsterkrankungen (19%), bei einer mittleren Erkrankungsdauer von ca. zwei Jahren. Etwa ein Drittel bis ein Fünftel hatte in der Vorgeschichte schon mal eine stationäre und/oder ambulante psychotherapeutische Behandlung erhalten. Die mittlere Anzahl der aktuell in der Studie durchgeführten Psychotherapiesitzungen betrug $M=26,4$ ($sd=21,8$; Kurzzeittherapien: $M=18,2/sd=8,1$; Langzeittherapien: $M=51,7/sd=29,8$), die Dauer durchschnittlich etwa ein Jahr ($M=12,7$ Monate/ $sd=5,9$; KZT: $M=10,9/sd=5,0$; LZT: $M=18,2/sd=4,9$). Die Psychotherapeuten waren im Schnitt 51 Jahre alt, der Frauenanteil lag bei 54%, der der Psychologischen Psychotherapeuten ebenfalls (46% ärztliche Psychotherapeuten). Knapp die Hälfte arbeitet verhaltenstherapeutisch, ca. 60%

tiefenpsychologisch fundiert und 15% analytisch (Mehrfachnennungen).

Hinsichtlich der Ergebnisse der im Rahmen dieses Modellprojekts durchgeführten Psychotherapien berichten die Autoren für die Teilstichprobe der Patienten, die zu einem Stichtag die Behandlung abgeschlossen hatten, je nach Out-

come-Parameter Effektstärken zwischen $d=0,82$ und $d=1,59$ (Vergleich A vs. K), d. h., es konnten hohe bis sehr hohe Behandlungseffekte dokumentiert werden. Selbst nach einer Korrektur der Effektgrößen nach der Intent-to-Treat-Methode, einer konservativen Schätzung, bei der alle Patienten der Ausgangsstichprobe (alle, die die Therapie

nicht angetreten haben, alle Abbrecher und hier auch alle, die zum Stichtag die Behandlung noch nicht abgeschlossen hatten) einbezogen wurde, ergaben sich immer noch Effektstärken zwischen $d=0,52$ und $d=0,97$, also mittlere bis hohe Effekte. Während die Effektstärken der abgeschlossenen Behandlungen eine Überschätzung der tatsächlichen Effekte

darstellen dürfte (u. a. weil sie keine Behandlungsabbrecher enthält), kann für die Intent-to-Treat-Ergebnisse eher eine Unterschätzung angenommen werden. D. h., der wahre Effekt liegt mit höherer Wahrscheinlichkeit dazwischen, was wiederum die hohe Effektivität psychotherapeutischer Interventionen in der Realversorgung bestätigt.

Diskussion und Ausblick

Ohne Zweifel: Es tut sich was in Sachen psychotherapeutischer Versorgungsforschung! Vier Studien mit hinreichend großen Patientenstichproben aus der Realversorgung wurden allein in diesem einen Heft der *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* publiziert. Darüber hinaus könnten hier z. B. auch die DPTV-Studie von Walendzik et al. (2011), die in dieser Zeitschrift vor kurzem publizierte Analyse der Versorgungssituation in der ambulanten Psychotherapie in Ostdeutschland (Peikert et al., 2011) oder auch die Schweizer Verhältnisse beleuchtende Studie zu Ergebnissen ambulanter Psychotherapie von Tschuschke et al. (2009) genannt werden. Weitere für die Versorgungsforschung wesentliche Studien wurden bereits in einem der Vorgängerhefte des *Psychotherapeutenjournals* besprochen (Nübling, 2011c; vgl. auch Nübling, 2009).

Natürlich haben diese Studien (wie alle) auch Beschränkungen, methodische natürlich, aber auch zum Beispiel hinsichtlich der Repräsentativität der jeweiligen Stichproben. Es handelt sich zwar um große Inanspruchnahmepopulationen,

die eine deutlich höhere Repräsentativität aufweisen als die allermeisten kontrollierten RCT-Studien. Dennoch gab und gibt es sehr wahrscheinlich Selektionsprozesse, zum einen derer, die in Behandlung genommen werden (im Fall der Dresdener Hochschulambulanz waren es nur etwa ca. 25% aller Anfragenden, die letztlich eine Psychotherapie erhalten), zum anderen der teilnehmenden Psychotherapeuten. In den beiden großen flächendeckenden Studien zur Richtlinienpsychotherapie (TK und QS-PSY-BAY) haben die Psychotherapeuten freiwillig teilgenommen und auch die Patienten für die Studie selbst rekrutiert. Man kann davon ausgehen, dass es sich um Psychotherapeuten handelt, die einer empirischen Erhebung zu Verlauf und v. a. Ergebnissen der von ihnen durchgeführten Behandlungen sehr positiv gegenüber stehen. Von den ca. 6.600 KV-zugelassenen Psychotherapeuten, die in den für die beiden Studien herangezogenen KV-Bezirken (Bayern, Hessen, Südbaden, Westfalen-Lippe) praktizieren, haben sich insgesamt $n=462$ beteiligt. Damit repräsentieren sie nur knapp 7% der Psycho-

therapeuten dieser Gebiete. Natürlich ist hier zu sehen, dass die Zurückhaltung von Praktikern groß und z. T. unüberwindlich ist, das hat auch die Kritik v. a. am TK-Projekt hinlänglich gezeigt (vgl. auch Nübling, 2011b). Dies hat mit einer immer schon und immer noch sehr kritischen Haltung v. a. gegenüber der empirisch-nomothetischen Forschung zu tun (vgl. hierzu auch aktuell: Padberg, 2012). Forscher, vor allem Versorgungsforscher, müssen selbstverständlich die Perspektive der Praktiker sehen, sie schon in die Planung einbeziehen, aber möglichst auch in den Verlauf und auch in die Ergebnisdarstellung. Aber es sollte auch umgekehrt, vor allem auch nach Vorliegen dieser (ersten) Ergebnisse psychotherapeutischer Versorgungsforschung, die Bereitschaft steigen, sich an solchen für den Berufsstand eminent wichtigen (vgl. oben, Pfaff et al., 2012) Studien zu beteiligen und sie zu unterstützen. Ein auf dem 17. Deutschen Psychotherapeutentag im November 2010 diskutierter Antrag zu Initiierung und Förderung der psychotherapeutischen Versorgungsforschung ist leider weder beschlossen noch später

wieder aufgenommen worden. Die Psychotherapie braucht dringend weitere solcher Studien. Diese sollten, nein müssten, auch aus den eigenen Reihen finanziert werden, die universitäre Psychologie und Medizin und auch die anderen Fachdisziplinen werden dies nicht für den Berufsstand tun (können), auch weil sie in der Regel ganz andere Interessen haben. Schon ein (aus den aktuellen Mitgliedsbeiträgen finanzierbarer) Betrag von jährlich 20,- € je Kammermitglied zum Beispiel würde ein Volumen von 500,- bis 600.000,- € jährlich ergeben – genug, um damit eine solide Grundlage für eine gute und kontinuierliche psychotherapeutische Versorgungsforschung schaffen zu können. Vielleicht tut sich ja noch was!?

Literatur

- Glaeske, G. Augustin, M., Abholz, H. et al. (2009). Epidemiologische Methoden für die Versorgungsforschung. *Gesundheitswesen*, 71, 685-693.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change

- in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Kordy, H. (2008). Psychosoziale Versorgungsforschung. Eine wissenschaftliche und politische Herausforderung. *Psychotherapeut*, 53, 245-253.
- Margraf, J. (2009). *Kosten und Nutzen der Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Nübling, R. (2009). Verankerung und Veränderung der psychotherapeutischen Versorgung seit dem Psychotherapeutengesetz – aktueller Stand und Ausblick. *Psychotherapeutenjournal*, 8 (3), 239-252.
- Nübling, R. (2011a). Über den Tellerrand hinaus – Taugen naturalistische Studien als Goldstandard für psychotherapeutische Versorgungsforschung. *Projekt Psychotherapie*, 3, 21-24.
- Nübling, R. (2011b). Bei aller Kritik – Gutachten hin oder her. In der Reaktionswut verfehlen die Kritiker eine zentrale Aussage der TK-Studie und damit ihren gesundheitspolitischen Einfluss. *Projekt Psychotherapie*, 4, 15-17.
- Nübling, R. (2011c). Psychotherapeutische Versorgungsforschung – Versorgungsforschung in der Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 10 (1), 57-61.
- Padberg, T. (2012). Warum lesen Psychotherapeuten keine Forschungsliteratur? *Psychotherapeutenjournal*, 11 (1), 10-17.
- Peikert, G., Hoyer, J., Mrazek, A., Rosendahl, W., Hannich, H.-J. & Jacobi, F. (2011). Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Ostdeutschland. *Psychotherapeutenjournal*, 10 (1), 43-50.
- Pfaff, H. (2003). Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand, Aufgaben. In H. Pfaff, M. Schrappe, K.W. Lauterbach, U. Engelmann & M. Halber (Hrsg.), *Gesundheitsversorgung und Disease Management* (S. 13-23). Bern: Huber.
- Pfaff, H., Abholz, H., Glaeske, G., Icks, A., Klinkhammer-Schalke, M., Nellessen-Martens, G., Neugebauer, E. A. M., Ohmann, C., Schrappe, M., Selbmann, H.-K. & Stemmer, R. für den Vorstand des Deutschen Netzwerkes Versorgungsforschung (2011). Versorgungsforschung: unverzichtbar bei Allokationsentscheidungen – eine Stellungnahme. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 136, 2496-2500.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T., Dirmaier, J., Watzke, B. & Koch, U. (2006). Versorgungsforschung in der psychosozialen Medizin. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 49, 175-187.
- Tritt, K., Bidmon, R. K., Heymann, F. v., Joraschky, P., Lahmann, C., Nickel, M. & Loew, T. (2007). Zehn Thesen zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung – ein Positionspapier. *Psychotherapie*, 12, 47-59.
- Tschuschke, V., Cramer, A., Koemeda, M., Schulthess, P., von Wyl, A. & Weber, R. (2009). Psychotherapieforschung – Grundlegende Überlegungen und erste Ergebnisse der naturalistischen Psychotherapiestudie ambulanter Behandlungen in der Schweiz (PaP-S). *Psychotherapie Forum* 17, 160-176.
- Walendzik, A., Rabe-Menssen, C., Lux, G., Wasem, J., Jahn, R., Duncker, C. & Farrenkopf, N. (2011). *Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010*. Universität Duisburg-Essen, Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung DPTV.
- Wittmann, W. W., Lutz, W., Stefanowski, A., Kriz, D., Glahn, E. M., Völkle, M. C., Böhnke, J. R., Köck, K., Bittermann, A. & Ruprecht, T. (2011). *Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse – Abschlussbericht*. Hamburg: Techniker Krankenkasse.



Dr. **Rüdiger Nübling** Dipl.-Psych., ist Referent für Psychotherapeutische Versorgung und Öffentlichkeitsarbeit bei der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg. Er ist außerdem Mitglied der Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen (GfQG) Karlsruhe und Modulverantwortlicher für die Studiengänge Angewandte (BSc) sowie Klinische Psychologie und Psychotherapie (MSc) an der Medical School Hamburg (MSH). Zur Abschätzung eines Interessenskonflikts ist anzumerken, dass Dr. Nübling schon viele Jahre mit der Arbeitsgruppe um W. W. Wittmann in unterschiedlichen Konstellationen zusammenarbeitet bzw. z. T. dieser auch angehört und gemeinsam publiziert hat.

Dr. Dipl.-Psych.
Rüdiger Nübling

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
Jägerstr. 40
70174 Stuttgart
nuebling@lpk-bw.de