Universitätsklinikum Ulm

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. H. Gündel

Versorgungssituation und Untersuchungen zur Effektivität der ambulanten Psychotherapie in Deutschland

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

vorgelegt von

Christian Schmidt

aus
Gräfenhausen, Baden-Württemberg

2010

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Th. Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. J. von Wietersheim

2. Berichterstatter: PD Dr. G. Müller

Tag der Promotion: 13.01.2011

Diese Arbeit widme ich meiner Mutter und meinem Bruder, die mich während meines Studiums immer unterstützt haben, meinem Vater, der leider früh von uns gehen musste und meiner liebsten Jihyun, die mein Leben veränderte.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis IV
Abkürzungsverzeichnis VI

1 **Einleitung** 1
1.1 Hinführung zum Thema 1
1.2 Ambulante psychotherapeutische Versorgungssituation 3
1.3 Epidemiologie psychischer Störungen 13
1.4 Häufigkeit psychischer Störungen und deren Versorgungssituation in medizinischen und psychologischen Einrichtungen 14
1.5 Wirksamkeit von Psychotherapie - Efficacy versus Effectiveness 17
1.6 Entwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland 23
1.7 Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie und Gutachterverfahren 27
1.8 Fragestellungen 29

2 Material und Methoden 31
2.1 Literaturrecherche und Identifikation der Studien 31
2.2 Festlegung der Einschluss- und Auswertungskriterien 32
2.3 Statistische Verfahren 33

3 Ergebnisse 34
3.1 Analyse der identifizierten Studien 34
3.1.1 Brockmann et al. 2002 34
3.1.2 Brockmann et al. 2006 35
3.1.3 Gallas et al. 2008, Gallas et al. 2010 36
3.1.4 Grande et al. 2006 37
3.1.5 Grünwald et al. 2008 38
3.1.6 Holm-Hadulla et al. 1997 39

3.1.7 Junkert-Tress et al. 1999 und Hecke et al. 2008.....40
3.1.8 Junkert-Tress et al. 2001.....40
3.1.9 Leichsenring et al. 2005.....41
3.1.10 Scheidt et al.1999.....42
3.1.11 Von Wietersheim et al. 2003.....43
3.2 Beantwortung der Fragestellungen.....44

4 Diskussion.....52
4.1 Diskussion der Methoden.....53
4.2 Diskussion der Ergebnisse.....56
4.3 Perspektiven für die weitere Psychotherapieforschung.....62

5 Zusammenfassung.....67

6 Literaturverzeichnis.....69

7 Anhang.....87

8 Danksagung.....88

9 Lebenslauf.....89

Abkürzungsverzeichnis:

Abb.	Abbildung
amb.	ambulant
BDI	Beck Depressionsinventar
BfS	Befindlichkeitsskala
BKK	Betriebskrankenkassen
BL	Beschwerdeliste
BSS	Beeinträchtigungsschwäre-Score
BW	Baden-Württemberg
bzw.	beziehungsweise
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
CMP	Zyklisch-Maladaptive Muster
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
d.h.	das heißt
Eds	Editors
ES	angegebene Effektstärke
et al.	et alterius
FLZ	Fragebogen zur Lebenszufriedenheit
FPI-R	Freiburger Persönlichkeitsinventar
GAF	Global Assessment of Functioning Score
GAS	Goal-Attainment-Scaling
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GSI	Global Severity Index
GT	Gesprächspsychotherapie
Hrsg	Herausgeber
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision
IIP-D	Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme
K-PT	kurz zeitige Psychotherapie
KI-PT	Katathym-imaginative Psychotherapie
L-PT	lang zeitige Psychotherapie

Lit.	Literatur
M1	Prä-Mittelwert
M2	Post-Mittelwert
N	Anzahl der Patienten
PA	psychoanalytisch
PPmP	Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychotherapie
prpoES	Prä-Post-Effektstärke
PSBF	Psychosozialer Fragebogen
RCT	Randomized Clinical Trial
S1	Prä-Standardabweichung
S2	Post-Standardabweichung
SASB	Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens
SCL-90-R	Symptom Check List
SKID	Strukturiertes klinisches Interview zur Diagnostik
STAI	State-Triat-Anger-Inventory
STAXI	State-Trait-Anxiety-Inventory
Tab.	Tabelle
TK	Techniker Krankenkasse
TP	tiefenpsychologisch
TSD	Test zur Erfassung der Schwere einer Depression
u.	und
VEV	Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens
VT	Verhaltenstherapie
WHO	World Health Organization
WHOQOL-BREF	WHO Quality of Life
WQB	WHO Quality of Life
z.B.	zum Beispiel
ZUF-8	Zufriedenheit mit der stationären Versorgung

1 Einleitung

1.1 Hinführung zum Thema

Zwischen 30 und 50 Prozent der Patienten in der Primärversorgung haben behandlungsbedürftige psychosoziale Probleme (Linden et al. 1996; Linden 2003; Tress et al. 1997). Die meisten dieser Patienten wenden sich mit ihren Problemen an den Hausarzt, nur wenige konsultieren einen Psychotherapeuten. Seit der Fassung der Psychotherapierichtlinien vom 01. Oktober 1997 ist die psychosomatische Grundversorgung Bestandteil der kassenärztlichen psychotherapeutischen Versorgung. Während die Wirksamkeit von Psychotherapie unter kontrollierten Bedingungen vielfach nachgewiesen wurde, sind Studien zur Effektivität ambulanter Psychotherapie unter naturalitischen Bedingungen rar (Gallas et al. 2008).

Drei große Psychotherapieverfahren kommen in der ambulanten Psychotherapie zur Anwendung. Diese sind die Verhaltenstherapie, die Psychoanalyse und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Die Wirksamkeit von analytisch-orientierten Psychotherapien wird mitunter bezweifelt. Grawe (2001) resümiert in seiner methodisch und inhaltlich eingehend kritisierten (Mertens 1994, Rüger 1994), aber dennoch einflussreichen metaanalytischen Untersuchung zur „Psychotherapie im Wandel“, dass insbesondere psychoanalytische Therapie nur selten zu einer deutlichen Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens führt.

Dennoch war die Übersichtarbeit Grawes (2001) ein wichtiger Meilenstein in der empirischen Psychotherapieforschung, der die bis 1983 durchgeführten Wirksamkeitsstudien einer Gütekritik unterzog und zu jedem Therapieansatz eine Analyse erstellte. Er unterteilte die Psychotherapieansätze anhand seiner Ergebnisse in vier verschiedene Gruppen.

Die erste beinhaltete Ansätze, die bisher nicht Gegenstand wissenschaftlicher Studien waren, zu denen also auch kein Wirksamkeitsnachweis vorlag. Die zweite Gruppe sei zwar wissenschaftlich geprüft, die Ergebnisse sprächen aber eher gegen eine Wirksamkeit. Die Psychotherapiemethoden der dritten Gruppe (z.B. Katathym-Imaginative-Psychotherapie) boten laut Grawe zu wenig Wirksamkeitsnachweise,

bzw. die Erfolgsstudien ergaben keine eindeutigen Ergebnisse. Zweifelsfrei wirksam seien nur die drei Therapieformen Verhaltenstherapie, Psychoanalyse und Gesprächspsychotherapie.

Die Ergebnisse dieser umfangreichen Studie Grawes flossen auch in die Entwicklung des Psychotherapeutengesetzes ein und bestätigten damit eine allgemeine Entwicklung, die empirische Wirksamkeitsnachweise für die unterschiedlichen Therapieformen forderte.

Der Standard in der medizinischen Forschung sind Wirksamkeitsstudien unter randomisierten klinischen Bedingungen. Hierzu gibt es eine Vielzahl an Studien. Auch Übersichtsarbeiten lassen sich auf diesem Gebiet leicht finden. Dem entgegen sind Forschungen in der Psychosomatik und Psychotherapie, die unter naturalistischen ambulanten Bedingungen durchgeführt wurden, selten. Außerdem sind Übersichtsarbeiten auf diesem Gebiet äußerst selten. Genau hier soll diese Arbeit anknüpfen.

Die Fragestellung dieser vorliegenden Arbeit war es eine Literaturübersicht über ambulante naturalistische Psychotherapiestudien in Deutschland zu erstellen und die gefundenen Studien näher zu analysieren und zusammenzufassen.

Somit stellt der erste Teil dieser Arbeit eine systematische Literaturrecherche und Literaturanalyse dar. Weiterhin sollten die identifizierten Studien näher analysiert werden. Abschließend sollten die Effektstärken der geprüften Studien berechnet und miteinander verglichen werden. Die Effektstärkenmessung dient dem Vergleich mit anderen Studien und wurde auch in der oben angeführten Übersichtsarbeit Grawes verwendet.

Im Folgenden soll die ambulante psychotherapeutische Versorgungssituation, in deren Rahmen die naturalistischen Studien durchgeführt wurden, beschrieben werden.

1.2 Ambulante psychotherapeutische Versorgungssituation

Der Großteil der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Erwachsenen mit psychischen Störungen erfolgt seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetztes durch niedergelassene ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Die ambulante Versorgung von privat versicherten oder selbst zahlenden Personen mit psychischen Erkrankungen wird zusätzlich auch von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in privater Praxis geleistet. Ein Teil dieser Personen wird auch von Heilpraktikern mit Zulassung auf dem Gebiet der Psychotherapie behandelt, die jedoch keine staatlich geregelte Ausbildung und keine staatliche Prüfung absolviert haben.
Ambulante Hilfen werden auch in psychotherapeutischen Ambulanzen, teilstationären Einrichtungen und Beratungsstellen angeboten. Innerhalb der Primärversorgung bieten Ärzte Gespräche zur Versorgung psychisch kranker Menschen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung an.
Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen erfolgt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung im Wesentlichen durch niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Daneben übernehmen einen Teil der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung insbesondere Psychologische Psychotherapeuten und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, die jeweils über eine zusätzliche Abrechnungsgenehmigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen verfügen.

1.2.1 Niedergelassene Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung

Nach einer Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 31.12.2004 nahmen 12.389 Psychologische Psychotherapeuten an der vertragsärztlichen Versorgung teil, darunter 4.123 Männer und 8.266 Frauen. Dies macht einen Großteil der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen aus. Weiterhin waren im Rahmen der ambulanten

vertragsärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Jahre 2004 insgesamt 2.533 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, darunter 705 Männer und 1.828 Frauen (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2006) teilnehmend niedergelassen. Für diese beiden Berufsgruppen war mit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes am 1.1.1999 eine neue rechtliche Grundlage für ihre Tätigkeit geschaffen worden.

Das Gesetz führte zu einer weitgehenden Gleichstellung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit den ärztlichen Psychotherapeuten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung bei sehr unterschiedlichen Ausbildungsverfahren. Die Gruppe der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ärztlichen Psychotherapeuten umfasst Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie psychotherapeutisch tätige Ärzte verschiedener Fachrichtungen mit Zusatzbezeichnungen Psychotherapie und/oder Psychoanalyse. Aus der oben genannten Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geht hervor, dass 3.734 Ärzte, darunter 1.347 Männer und 2.387 Frauen, im Rahmen der vertragsärztlichen psychotherapeutischen Versorgung überwiegend psychotherapeutisch tätig waren (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2006). Zum Stichtag 31.12.2004 waren 8.408 niedergelassene Fachärzte (3.914 Frauen, 4.494 Männer) bei den Ärztekammern registriert, die psychotherapeutische Leistungen in unterschiedlichem Umfang erbrachten (Statistisches Bundesamt 2006) (siehe Tabelle 1; die Gruppe der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ärztlichen Psychotherapeuten war darin teilweise enthalten).

Tab. 1: Anzahl der niedergelassenen Ärzte nach ausgewählten Fachbezeichnungen

Quelle: Ärztestatistik der Bundesärztekammer 2004
Statistisches Bundesamt (2006) IS-GBE: Ärztestatistik der Bundesärztekammer 2005. Wiesbaden
*einschließlich „Psychotherapeutische Medizin“ und „Psychotherapie“

Fachbezeichnung	Männer	Frauen	Gesamt
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*	1.388	1.603	2.991
Psychiatrie und Psychotherapie	1.097	1.054	2.151
Nervenheilkunde	1.775	938	2.713
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	234	319	553

Zu diesen Fachärzten zählten die Gruppen der niedergelassenen Nervenärzte (938 Frauen, 1.775 Männer), der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (1.054 Frauen, 1.097 Männer), der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (1.603 Frauen, 1.388 Männer) sowie Fachärzte für Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (319 Frauen, 234 Männer), die einen wesentlichen Beitrag zur Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen insgesamt leisten.

Leider geht der genaue Umfang der psychotherapeutischen Leistungen dieser Arztgruppen, die gleichzeitig auch somatomedizinische Leistungen erbringen, aus den verfügbaren Datenquellen nicht hervor. Es ist jedoch davon auszugehen, dass der Anteil der psychotherapeutischen Leistungen an den Gesamtleistungen dieser Ärzte in der Vergangenheit sehr gering war. Auf der Basis der Rückmeldungen von 11 Kassenärztlichen Vereinigungen zeigt sich, dass ca. 50% dieser Ärzte weniger als 2,5% und 75% weniger als 10% psychotherapeutische Leistungen abrechnen. Ein wesentlicher Grund dafür war vermutlich der im Vergleich zum „gestützten Punktwert“ geringere Vergütungssatz für psychotherapeutische Leistungen bei Ärzten, die weniger als 90% psychotherapeutisch tätig sind. Seit 1. Juli 2004 werden auch die nicht ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie für Nervenheilkunde gegenüber den ausschließlich (> 90%) psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten hinsichtlich der Vergütung antrags- und genehmigungspflichtiger psychotherapeutischer Leistungen gleichbehandelt. Entsprechend kann wahrscheinlich für die Zukunft eine Auswei-

tung dieser psychotherapeutischen Leistungen bei den genannten Facharztgruppen erwartet werden.

Hinsichtlich der ambulanten Bedarfsplanung ist anzumerken, dass in den im Zusammenhang mit dem Psychotherapeutengesetz erlassenen sozialversicherungsrechtlichen Regelungen von 1999 vorgeschrieben ist, übergangsweise bis 2011 in jedem Versorgungsbezirk jeweils 40% der Versorgungsanteile sowohl für die Gruppe der ärztlichen Leistungserbringer, als auch für die Gruppe der Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten zu reservieren. Darüber hinaus ist festzustellen, dass in der Bedarfsplanung abhängig von der Besiedlungsdichte in einer Region unterschiedliche Einwohner : Arzt-Relationen angesetzt werden und damit ein differenzieller Versorgungsbedarf angenommen wird. Dies ist auf die bei Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes vorliegende psychotherapeutische Versorgungssituation zurückzuführen, die in der Bedarfsplanung die Grundlage für die Sollgrößen lieferte. Aufgrund der Niederlassungsentscheidungen von Psychotherapeuten vor 1999 mit einer starken Präferenz für Großstädte und Ballungszentren, schwankt die resultierende Einwohner : Arzt-Relation hierbei zwischen 2.577 : 1 in Kernstädten und 23.106 : 1 in ländlichen Regionen. Diese erhebliche Ungleichverteilung zwischen dicht besiedelten und ländlichen Regionen ist dabei für Psychotherapie im Vergleich zu anderen Indikationsbereichen wesentlich ausgeprägter. Hier lauten die entsprechenden Relationen z.B. bei den Frauenärzten 6.916 : 1 und 13.697 : 1 bzw. bei Internisten 12.270 : 1 und 31.876 : 1 (Bedarfsplanungs-RichtlinieÄrzte, KBV und Bundesamt für Bauordnung und Raumordnung, gültig seit 1.1.2001). Das heißt, für die Psychotherapie wird im ländlichen Raum ein um den Faktor 9 geringerer Bedarf angesetzt, während in der Frauenheilkunde und im internistischen Bereich dieser Faktor nur 2 bzw. 3 beträgt.

Im Hinblick auf die ausgeübten Therapieverfahren innerhalb der Berufsgruppen (vgl. Tabelle 2) wird aus einer Statistik der KBV für das Jahr 2004 deutlich, dass der Anteil der Psychotherapeuten, welche Verhaltenstherapie ausüben, unter den Psychologischen Psychotherapeuten am größten war, während unter ärztlichen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eher psychoana-

lytische oder tiefenpsychologisch fundierte Verfahren ausgeübt wurden (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2006). Auch die nicht ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte übten zum Großteil tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische Verfahren aus.

Tab. 2: Struktur der Psychotherapie-Berechtigungen nach den Richtlinienverfahren zum 31.12.2004

VT: Verhaltenstherapie
TP: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
PA: Psychoanalyse

	VT	**TP**	**TP und PA**	**PA**
Psychologische Psychptherapeuten	6.071	4.088	1.734	496
Ärztliche Psychotherapeuten (ausschließlich psychotherapeutisch tätig)	560	2.166	896	112
Kinder- und Jugendpsychotherapeuten	608	735	963	228

1.2.2 Regionale Verteilung der psychologischen Psychotherapeuten

Tabelle 3 zeigt die Dichte der Psychologischen Psychotherapeuten in den einzelnen Bundesländern bezogen auf die erwachsene Bevölkerung ab 18 Jahren (Statistisches Bundesamt 2005). Aus dieser ist ersichtlich, dass die ambulante Versorgung durch die in Deutschland im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten regional ungleich verteilt ist (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2006).

Tab. 3: Dichte der Psychologischen Psychotherapeuten in Deutschland je Bundesland

Quelle: Struktur der Ärztestatistik
Kassenärztliche Bundesvereinigung (2006) Struktur der Ärztestatistik, Stand 31.12.2004. KBV, Köln.

	Psychologische Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner ab 18 Jahre
Deutschland	**18,3**
Baden-Württemberg	16,0
Bayern	17,3
Berlin	49,5
Brandenburg	6,5
Bremen	45,4
Hamburg	41,3
Hessen	26,8
Mecklenburg-Vorpommern	6,5
Niedersachsen	15,1
Nordrhein-Westfalen	19,5
Rheinland-Pfalz	13,3
Saarland	17,1
Sachsen	8,7
Sachsen-Anhalt	5,8
Schleswig-Holstein	15,2
Thüringen	9,3

Bezogen auf die Flächenstaaten fällt auf, dass in den neuen Ländern der Anteil an Psychotherapeuten weniger als halb so groß ist wie im früheren Bundesgebiet. Eine zweite Besonderheit zeigt sich beim Vergleich der Stadt- und Flächenstaaten. Die Psychotherapeutendichte in den Stadtstaaten ist hier um circa das Dreifache erhöht. Es ist davon auszugehen, dass auch in den Flächenstaaten in den dortigen städtischen Ballungsräumen die Angebotsdichte ambulanter Psychotherapieversorgung höher als in den ländlichen Regionen ist. Wie Auswertungen der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden, in die auch Großstädte und Ballungsräume einbezogen wurden, zeigen, ist die Dichte mit Psychotherapeuten in München und Köln sogar höher als in den Stadtstaaten. Zu vermuten ist, dass

städtische Regionen in Teilbereichen eine überregionale Versorgung übernehmen (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2007).

1.2.3 Regionale Verteilung der ärztlichen Psychotherapeuten

Die Ärztestatistik der Bundesärztekammer (Statistisches Bundesamt 2006) gibt Auskunft über die Anzahl der bei den Ärztekammern registrierten niedergelassenen Fachärzte im Bereich der Versorgung von Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen (vgl. Tabelle 1). Im Jahr 2004 gab es außerdem laut Bundesarztregister 9.864 niedergelassene Ärzte (5.256 Frauen, 4.608 Männer), die eine Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ (9.864) sowie niedergelassene 2.148 Ärzte (1.089 Frauen, 1.059 Männer), die eine Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer von 2003 besaßen (Statistisches Bundesamt 2006). Aus der Ärztestatistik geht allerdings nicht hervor, ob und in welchem Umfang die genannten Facharztgruppen oder Ärzte mit Zusatzbezeichnungen psychotherapeutisch tätig sind.

In Tabelle 4 ist die Verteilung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden, überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzte aus der Ärztestatistik der KBV, Stichtag 31.12.2004 (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2006), bezogen auf die Gesamtbevölkerung (Statistisches Bundesamt 2005) nach Bundesländern aufgeführt.

Tab. 4: Dichte der ärztlichen Psychotherapeuten in Deutschland je Bundesland

Quelle: Struktur der Ärztestatistik
Kassenärztliche Bundesvereinigung (2006) Struktur der Ärztestatistik, Stand 31.12.2004. KBV, Köln.

	Ärztliche Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner ab 18 Jahre
Deutschland	**4,5**
Baden-Württemberg	7,0
Bayern	7,2
Berlin	5,3
Brandenburg	1,0
Bremen	5,4
Hamburg	6,7
Hessen	8,5
Mecklenburg-Vorpommern	1,3
Niedersachsen	3,3
Nordrhein-Westfalen	3,2
Rheinland-Pfalz	3,5
Saarland	3,7
Sachsen	1,0
Sachsen-Anhalt	0,4
Schleswig-Holstein	3,7
Thüringen	0,8

Wiederum fällt hier der Ost-West-Unterschied auf. Bezogen auf die Flächenstaaten sind in den neuen Bundesländern nur ein Fünftel so viele ärztliche Psychotherapeuten tätig wie in den alten Bundesländern. Außerdem besteht ein Nord-Süd-Unterschied: Verglichen mit den norddeutschen Bundesländern (Schleswig-Holstein, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Bremen, Niedersachsen) ist in drei großen südlich gelegenen Bundesländern (Hessen, Baden-Württemberg, Bayern) ein fast doppelt so hoher Anteil an ärztlichen Psychotherapeuten zu finden.

1.2.4 Wartezeiten, Behandlungsdauer und Angebotsform

Hinsichtlich der Wartezeiten zeigte eine Befragung von 1.042 niedergelassenen Psychotherapeuten, dass Erwachsene durchschnittlich 4,6 Monate auf einen ambulanten Psychotherapieplatz warten müssen (Zepf, Mengele, Marx 2001). Ein diagnostisches Erstgespräch ist im Schnitt nach 1,9 Monaten möglich. Dabei variiert die Länge der Wartezeiten je nach Kostenträger und nach Behandlungsverfahren des Psychotherapeuten. Versicherte der gesetzlichen Primärkassen müssen mit durchschnittlich 5,6 Monaten am längsten und Privatversicherte mit 3,2 Monaten am kürzesten auf einen Therapieplatz warten. Die Wartezeiten für eine analytische Psychotherapie sind mit durchschnittlich 5,2 Monaten länger als die für eine Verhaltenstherapie (4,5 Monate) und eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (4,4 Monate). Analysen der Ablehnungsquoten zeigen, dass nur die Hälfte aller anfragenden Patienten probatorische Sitzungen (erste diagnostische Gespräche) erhält und von diesen nur 61% nach den probatorischen Sitzungen ein ambulanter Psychotherapieplatz angeboten wird (Zepf, Mengele, Hartmann 2003). Dabei wurden u.a. Patienten mit chronischen Schmerzen sowie mit Suchterkrankungen besonders häufig nicht in Behandlung genommen.

Auch im Bereich der ambulanten Kinder- und Jugendpsychotherapie bestehen nach Zepf et al. (Zepf, Mengele, Marx 2001) lange Wartezeiten: Die Patienten warten hier durchschnittlich 2 Monate auf ein diagnostisches Erstgespräch und 4,5 Monate auf einen Therapieplatz.

Neuere Untersuchungen weisen weiterhin auf einen Mangel an Behandlungsplätzen hin, gerade auch in Regionen, die einen relativ hohen Versorgungsgrad mit Vertragspsychotherapeuten haben (Bühring 2003). Zu berücksichtigen ist bei diesen Angaben aber, dass mit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes Patienten direkt für ein Erstgespräch zu einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychotherapeuten gehen können. Dies kann zu Mehrfachanmeldungen und daraus resultierenden Engpässen in der Versorgung führen. Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts ist Psychotherapie häufig eine schnell erforderliche Behandlungsleistung. Im Einzelfall sind Wartefristen bis zu drei Monaten bei Erwachsenen,

aber nur sechs Wochen bei Kindern und Jugendlichen hinzunehmen, wenn dadurch keine akuten Beeinträchtigungen der Patienten zu erwarten sind. Patienten, die innerhalb angemessener Zeit nachweislich keinen Therapieplatz bekommen können, können bei ihrer Krankenkasse die Behandlung durch einen psychologischen Therapeuten, der die Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde, aber keine Kassenzulassung besitzt, auf dem Weg der Kostenerstattung beantragen (Borchers 2004).

Auf der Basis einer Befragung von insgesamt 974 niedergelassenen Psychotherapeuten kamen Löcherbach et al. (Löcherbach, Henrich, Kemmer et al. 1999) hinsichtlich der durchschnittlich erforderlichen Behandlungsdauer pro Patient zu dem Ergebnis, dass sich diese zwischen den psychotherapeutischen Verfahren in der GKV erheblich unterscheidet. Für psychoanalytische Therapien bei einem Patienten werden von den befragten Psychotherapeuten im Durchschnitt 160 Stunden, für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien 70 Stunden und für Verhaltenstherapien 44 Stunden pro Patient angegeben.

Auch das von den Krankenkassen maximal bewilligte Stundenkontingent unterscheidet sich erheblich zwischen den Richtlinienverfahren. Die Kosten für eine Verhaltenstherapie werden von den Krankenkassen bis zu maximal 80 Behandlungsstunden, für eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bis zu 100 Stunden und für eine analytische Psychotherapie bis maximal 300 Stunden übernommen.

Bezüglich der Angebotsformen dominiert Einzelpsychotherapie. Gruppenpsychotherapeutische oder paar- und familientherapeutische Leistungen werden kaum angeboten. Aus Statistiken der KBV über abgerechnete Leistungen wird ersichtlich, dass 1999 nur 1% der im Bereich Psychosomatik und Psychotherapie abgerechneten Leistungen auf gruppenpsychotherapeutische Behandlungen entfiel (Kassenärztliche Bundesvereinigung 1999). Gruppenpsychotherapie findet in Deutschland fast ausschließlich im stationären Setting statt, dort allerdings sogar häufig als Schwerpunkttherapie (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 2000).

Zusammenfassend ist anhand der oben aufgeführten Zahlen des Statistischen Bundesamtes festzustellen, dass vor allem Psychologische Psychotherapeuten die ambulante psychotherapeutische Versorgung in Deutschland gewährleisten und es

stark ausgeprägte regionale Unterschiede in der Verteilung der ambulant tätigen ärztlichen wie auch psychologischen Psychotherapeuten in Deutschland gibt. Auffallend ist auch, wie unterschiedlich lange privat versicherte und gesetzlich versicherte Patienten auf Psychotherapie warten müssen. Des weiteren ist ein Unterschied festzustellen hinsichtlich der durchschnittlich erforderlichen Behandlungsdauer pro Patient und hinsichtlich des von den Krankenkassen maximal bewilligte Stundenkontingents.

1.3 Epidemiologie psychischer Störungen

Entgegen dem Trend insgesamt abnehmender Arbeitsunfähigkeitstage in Deutschland haben Fehltage aufgrund seelischer Erkrankungen nach den DAK Gesundheitsreporten 2002 – 2005 im Beobachtungszeitraum 1997 – 2004 um 69% zugenommen, die Zahl der Krankheitsfälle um 70% (DAK Versorgungsmanagement, 2005). Psychische Erkrankungen zählen somit zu den häufigsten und kostenintensivsten Erkrankungen. Der BKK Gesundheitsreport 2006 stellt eine Zunahme der psychischen Erkrankungen um 33% seit 1991 fest.

Im ambulanten Bereich berichtet die Gmünder Ersatzkasse (GEK, 2007) in ihrem Report zur ambulanten ärztlichen Versorgung / Schwerpunkt psychotherapeutische Versorgung anhand der Daten von 1,5 Millionen Versicherten einen Anstieg der mit ambulanter Psychotherapie behandelten Patientinnen um 61% im Zeitraum 2000 – 2006. Auch die Techniker Krankenkasse kommt in ihrem Gesundheitsreport 2006 zu ähnlichen Ergebnissen. Laut der „Burden of Desease Statistics“ der WHO und der Weltbank (Mathers & Loncan, 2005) ist zu erwarten, dass Depressionen im Jahre 2030 weltweit an zweiter Stelle der Erkrankungen stehen, die die Menschheit hinsichtlich Lebensqualität und Behinderung am stärksten belasten.

Diese eindrücklichen Zahlen lassen keinen Zweifel daran, dass Wirksamkeits- und Qualitätsforschung in der Psychotherapie einen sehr wichtigen Stellenwert in der Versorgungsforschung einnehmen sollte.

1.4 Häufigkeit psychischer Störungen und deren Versorgungssituation in medizinischen und psychologischen Einrichtungen

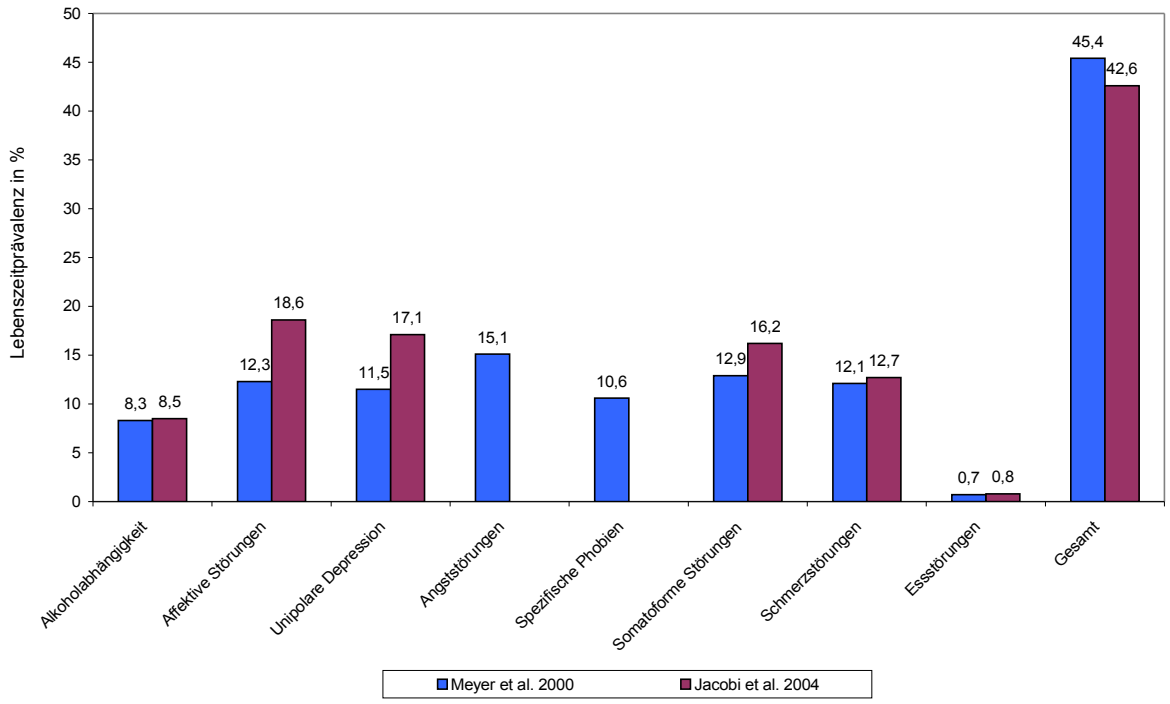


Abb. 1: Vergleich der Ergebnisse von Meyer et al. 2000 und Jacobi et al. 2004 zur Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in Deutschland

Im Rahmen der Bundesgesundheitsübersicht gingen Wittchen und Jacobi (2002) neben der Untersuchung der allgemeinen Häufigkeit psychischer Störungen auch der Frage nach, wie häufig und in welchen Einrichtungen die verschiedenen Störungen jeweils behandelt werden. Dabei stellte sich heraus, dass die überwiegende Mehrzahl aller Betroffenen überhaupt nicht versorgt werden (Behandlungsquote: 36,4%), wobei sich die Behandlungsquoten innerhalb des breiten Spektrums von Störungen teilweise sehr stark unterschieden. Die Substanzstörungen werden (mit einer Quote von 29%) am seltensten, bestimmte Angststörungen, wie die generalisierte Angststörung und die Panikstörung (über 67%), psychotische Störungen (68%) sowie affektive Störungen (50,1%) dagegen eher häufig behandelt. Weber et al. (2006) weisen ebenfalls darauf hin, dass nur etwa 50% aller psychischen

Störungen in der Primärversorgung richtig diagnostiziert und einer adäquaten Behandlung zugeführt werden.

Eine Analyse der Verteilung von behandelten Patienten auf Versorgungseinrichtungen (stationär, Hausärztin, psychologische Psychotherapeutin etc.) von Wittchen und Jacobi (2002) zeigte, dass von 565 behandelten Patienten nur 27,2% von psychologischen und 16,5% von ärztlichen Psychotherapeuten behandelt wurden. Demnach erhält nicht einmal die Hälfte der Personen eine psychotherapeutische Behandlung.

Im Durchschnitt vergehen sieben Jahre zwischen Beginn einer psychischen Erkrankung und dem ersten Kontakt mit einem Spezialisten (Eckert, 2006). Bei der Behandlung von bipolaren Störungen beispielsweise dauere es häufig sogar 8 – 15 Jahre bis zur richtigen Diagnose aufgrund des stark variierenden Krankheitsbilds (Bühring, 2007).

In beiden Studien von Wittchen und Jacobi fehlen Angaben darüber, welche Störungen in den einzelnen Versorgungseinrichtungen vorrangig behandelt werden, bzw. welche Patienten sich in welche Behandlungen begeben. Studien zur Verteilung der psychischen Störungen in verschiedenen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (stationäre, ambulante, spezifisch: Allgemeinarztpraxen, Psychotherapiepraxen, etc.) beschränken sich größtenteils auf den Bereich der Erstversorgung in hausärztlichen Praxen.

Für die Situation in deutschen Allgemeinarztpraxen berichten beispielsweise Linden und Kollegen (1996) in Ergebnisse aus einer Studie der Weltgesundheitsorganisation. Darin wurden 35 Allgemeinarztpraxen in Berlin und 20 in Mainz einbezogen. In diesen wurden Patienten an zufällig ausgewählten Untersuchungstagen zunächst mit einem Screeninginstrument (General Health Questionaire) befragt und die Screening-Positiven weiteren Untersuchungen (z.B. Composite Inernational Diagnostic Interview (CIDI)) unterzogen. Insgesamt nahmen 800 Personen an der Studie teil. Von den Praxisbesuchern waren 58% weiblich, das Durchschnittsalter lag bei 38,8 Jahren. 53,7% waren verheiratet und 63,5% berufstätig.

20,9% der untersuchten Patienten erhielten eine ICD-10 Diagnose einer psychischen Störung. Die häufigsten Erkrankungen stellten akute depressive Episo-

den (8,6%), generalisierte Angsterkrankungen (8,5%), Neurasthenie (7,5%), Alkoholabhängigkeit (6,3%) und Somatisierungsstörungen dar. Darüber hinaus geben die Autoren an, dass etwa 2,5% der Patienten gleichzeitig unter einer depressiven Störung und einer generalisierten Angsterkrankung litten. Es ist jedoch anzumerken, dass durch die Art der Erhebung in der Untersuchung die angegebene Gesamtprävalenzrate vermutlich eine Unterschätzung der tatsächlichen Prävalenzrate darstellt, da eine Reihe psychischer Störungen (soziale und einfache Phobien, Drogenabusus und -abhängigkeit, psychotische Störungen, Manien, Zyklothymien und Persönlichkeitsstörungen) nicht erfasst wurden.

Für den Bereich der ambulanten Psychotherapie wurden mit dem GEK-Report 2007 der Gemünder Ersatzkasse (GEK, 2007) erstmals Daten präsentiert. Danach nahm die Inanspruchnahme von Psychotherapie durch die GEK-Versicherten (gemessen anhand der Psychotherapiegenehmigungen) im Zeitraum von 2000 bis 2006 kontinuierlich zu (Steigerung um 61%), blieb jedoch mit 0,56% der Männer und 1,2% der Frauen deutlich hinter den Prävalenzraten der psychischen Störungen zurück. Frauen nehmen demnach etwa doppelt so häufig Psychotherapie in Anspruch wie Männer. Unter Berücksichtigung der Altersgruppen wird jedoch deutlich, dass bei Jugendlichen bis zum 15. Lebensjahr Jungen häufiger Psychotherapie in Anspruch nehmen als Mädchen.

Bei den Frauen liegt der Altersgipfel bei 25 – 30 Jahren. Interessant sind auch die Daten über Diagnosen, die den Anlass für den Erstantrag einer Psychotherapie darstellten. Diese existieren für die Jahre 2004 bis 2006. Hier waren Störungen der ICD-Gruppen „Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen“ mit 48,9% und „affektive Störungen“ mit 32,3% deutlich häufiger vertreten als die übrigen Störungen. Häufigster Anlass sind depressive Störungen (27%) gefolgt von Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (20,7%) sowie Angststörungen (16%). Die Daten des GEK-Reports weisen außerdem auf eine hohe Komorbidität sowohl verschiedener psychischer Störungen als auch psychischer Störungen mit körperlichen Begleiterkrankungen hin. So wurde beispielsweise bei 58% der Personen, die Psychotherapie in Anspruch nehmen, eine depressive Störung diagnostiziert.

Zu den berichteten Daten muss jedoch einschränkend erwähnt werden, dass es sich um die Daten von Patienten von nur einer Krankenkasse (Ersatzkasse) handelt. Es ist unklar, ob sich diese wesentlich von denen der anderen Krankenkassen (Ortskrankenkassen, Private Krankenkassen) unterscheiden.

1.5 Wirksamkeit von Psychotherapie - Efficacy versus Effectiveness

Im vorangegangenen Abschnitt wurden die Häufigkeiten psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung sowie deren Vorkommen in unterschiedlichen Behandlungseinrichtungen dargestellt. Dabei wurde deutlich, dass psychische Störungen sehr häufig sind, sowohl soziale als auch wirtschaftliche Belastungen bedingen und bei Ausbleiben einer adäquaten Behandlung mit höherer Wahrscheinlichkeit chronifizieren. Eine angemessene Behandlung psychischer Störungen erscheint daher mehr als wünschenswert. Dies wiederum wirft die Frage auf, welche Behandlung wann angezeigt ist und wie die Wirksamkeit von Therapien für psychische Störungen überprüft werden kann. In diesem Zusammenhang soll im Folgenden auf die Diskussion um Efficacy- vs. Effectiveness-Studien eingegangen werden.
Efficacy steht für die Wirksamkeit einer Therapie unter kontrollierten Bedingungen, Effectiveness für ihre Wirksamkeit unter Praxisbedingungen (siehe Buchkremer & Klingberg, 2001). Die „Wirksamkeit“ einer Therapie kann nach dieser Unterscheidung nur mit der Durchführung so genannter randomisierter klinischer Prüfungen (Randomized Clinical Trial) festgestellt werden. Das Ziel dieser Studien besteht vor allem darin, eine hohe interne Validität zu erzielen, indem mögliche Störvariablen, die Einfluss auf den Therapieerfolg haben könnten, kontrolliert werden. Veränderungen sollen möglichst eindeutig auf die zu evaluierende Therapie zurückgeführt werden können (Buchkremer & Klingberg, 2001). Wesentliche Merkmale randomisierter, klinischer Studien wurden von Seligman (1995) herausgestellt:

- Die Patienten werden zufällig zu den Behandlungs- und Kontrollbedingungen zugewiesen.
- Kontrollbedingungen: Hier werden verschiedene Bedingungen verwendet, z.B. unbehandelte (Warte-) Kontrollgruppen oder Placebo-Kontrollgruppen,

in denen die Patienten eine andere Art Zuwendung bekommen, um unspezifische therapeutische Variablen kontrollieren zu können (z.B. therapeutische Beziehung, Erwartungen seitens der Patienten).

- Die Therapie erfolgt nach einem Manual mit genauen Festlegungen der Behandlungselemente und Rahmenbedingungen.
- Die Patienten erhalten eine definierte Anzahl an therapeutischen Sitzungen.
- Die Zielkriterien sind genau definiert (z.B. Abnahme bestimmter Symptome).
- Die Auswerter (Rater) sind „blind“ bezüglich der Gruppenzughörigkeit der Patienten.
- Aufnahmebedingungen: Häufig werden meist nur Patienten mit Einzeldiagnosen in die Untersuchung aufgenommen: Komorbidität (Morrison et al. 2003, Humprey & Weisner 2000), Anpassungsstörungen (Stirman et al. 2003) und subklinische Ausprägungen (Stirman et al. 2003, Mulder at al. 2000) sind Ausschlusskriterien.
- Die Patienten werden oft auch nach Beendigung der Therapie für einen bestimmten Zeitraum nachuntersucht.

Derart gestaltete Untersuchungen stellen das Kernstück des Paradigmas der evidenzgestützten Medizin (evidence based medicine = EBM) dar, das seit den 1990er Jahren in der Medizin vertreten wird (Tschuschke, 2005a). Es wurde ursprünglich als Leitlinie zur Evaluation von Pharmaka und anderen medizinischen Interventionen entwickelt und auf die Psychotherapie übertragen. Mundt und Backenstraß (2001) konstatieren, dass randomisierte, kontrollierte Studien zum Nachweis der Wirksamkeit eines (neuen) Verfahrens in der empirischen Psychotherapieforschung nach wie vor den Goldstandard darstellen.

Diese herausragende Bedeutung der RCTs sowie generell die Übertragung des medizinischen Modells auf die Evaluierung von Psychotherapie wird jedoch von verschiedenen Autoren kritisiert (Seligman, 1995; Tschuschke, 2005a; Heekerens & Ohling, 2005; Zurhorst, 2003, 2005), auch Mundt und Backenstraß (2001) zeigen einige Einschränkungen der RCTs auf. Die zentralen Kritikpunkte sollen im Folgen-

den erläutert werden:

Kritisiert wird an den RCT-Studien unter anderem, dass deren Ergebnisse nur sehr begrenzt auf die tatsächlichen Bedingungen in der Praxis generalisiert werden könnten. Sie testeten standardisierte Therapieverfahren, die in dieser Form in der Praxis nicht angewendet würden, an Patienten, wie sie in der Praxis sehr selten seien und unter Bedingungen, wie sie sonst nicht realisiert würden (Tschuschke, 2005a). Ein weiteres Problem der Generalisierbarkeit von RCT-Studien wird in deren Kulturspezifität gesehen. So könnten beispielsweise die Ergebnisse amerikanischer Studien nicht ohne weiteres auf ein Treatment unter europäischen Lebensbedingungen übertragen werden (Mundt & Backenstraß, 2001).

Außerdem überschätzten RCTs die Effektstärken therapeutischer Interventionen im Vergleich zu naturalistischen Studien. Die Zahl der Ausschlusskriterien korreliert massiv (r=0.71) mit den Effektstärken von Prä-Post-Messungen, auch der Prozentsatz ausgeschlossener Patienten korreliert deutlich mit dem Prozentsatz von Patienten, deren Symptomatik nach der Behandlung verbessert ist (r=0.41) (Westen & Morrison, 2001).

Zurhorst (2003) betont, dass eine Therapie nur dann erfolgreich sein kann, wenn zwischen Therapeut und Patient eine gewisse Passung besteht. Patienten und Therapeuten kommen in der Praxis keinesfalls zufällig zusammen, sondern trotz der begrenzten Behandlungskapazitäten besteht während der ersten (probatorischen) Stunden die Möglichkeit, sich gegen die Therapiemiteiander zu entscheiden. Dazu kommt, dass Patienten einen bestimmten Therapeuten meist nicht zufällig aufsuchen, sondern nach gründlichen Erwägungen, sei es aufgrund einer Empfehlung, sei es weil sie sich vorher über die Therapierichtung informiert haben (Tschuschke, 2005a). Legewie (2000) weist darauf hin, dass die randomisierte Zuweisung von Patienten zu Behandlungsgruppen eine Entmündigung der Patienten darstelle und ethisch sehr fragwürdig sei, vor allem dann, wenn schwer beeinträchtigte Patienten nicht die für sie optimale Behandlung erhalten.

Ein weiteres Problem stellt die Forderung nach einer Manualisierung der Therapie in RCTs dar, sowie die genaue Festlegung der Anzahl der Sitzungen. Die Standardisierung einer Behandlung ist zum einen in der Psychotherapie nicht wie in

der Pharmakotherapie zu leisten, da die Persönlichkeit des Therapeuten unweigerlich den Therapieerfolg beeinflusst (Mundt & Backenstraß, 2001). Zum anderen erscheint dieses Vorgehen realitätsfern, da ein Therapeut normalerweise die Therapie den Bedürfnissen des jeweiligen Patienten entsprechend gestaltet (Tschuschke, 2005a) und deren Dauer danach bestimmt. So liegt die Therapiedauer in RCTs weit unter den realen Behandlungszeiten in der Praxis (Morrison et al., 2003). Mundt und Backenstraß (2005) verweisen auf die in der psychotherapeutischen Praxis übliche psychosoziale Perspektive eines hermeneutischen Modells psychischer Erkrankung, das intersubjektive Methoden und eine gemeinsame Interpretation subjektiver Erfahrungen der Entwicklungsstörung oder akuten Krise erfordert. Sie betonen, dass Forscher und praktische Psychotherapeuten auseinander driften: Die Durchführung manualisierter Psychotherapien repräsentiert ganz offensichtlich nicht den Behandlungsalltag in der Praxis.

Mundt und Backenstraß (2001) berichten, dass eine Reihe von Studien das Vorherrschen von Eklektizismus im Sinne von Kombinationen von Elementen verschiedener Verfahren in der Praxis zeigte. Tschuschke (2005a) hält eine Orientierung an Manualen sogar für schädlich und zitiert eine Studie, die eine Einbuße möglicher Behandlungseffekte aufgrund manualisierter Behandlungsweise von bis zu 40% ermittelte, da durch sie die Flexibilität der Therapeutin beschnitten werde. Die Manualsierung und damit strenge Standardisierung läuft zudem Therapieverfahren (wie der Patienten zentrierten Psychotherapie oder auch der Psychoanalyse) zuwider, die das prozesshafte Geschehen, die wechselseitige Beeinflussung in einer therapeutischen Beziehung, die Autonomie der Hilfesuchenden oder deren Entwicklung von Beziehungsfertigkeiten als veränderungsrelevante Faktoren betonen. Betrachtet man Symptome als kreative, intuitive Handlungsressourcen einer Person zur Bewältigung ihrer Konflikte, erscheint ein streng genormtes, ausschließlich spezifische Symptome reduzierendes Vorgehen kontraproduktiv. Auch Seligman (1995) betont, wesentliche ganzheitliche Aspekte psychisch Leidender und die Komplexität ihrer Syndrome würden durch ein RCT-Vorgehen vernachlässigt.

Ein weiteres Problem stellen die Ausschlusskriterien in kontrollierten Studien dar.

Das medizinische Modell geht von gut isolierbaren, abgrenzbaren Störungen aus, eine Annahme, die für psychische Störungen angesichts der Häufigkeit von Komorbidität, der individuellen Komplexität sowie den sehr individuellen Ursachen und Bedingungen der Aufrechterhaltung von Störungen so nicht gelten kann (Tschuschke, 2005a). Da in den kontrollierten Studien jedoch häufig Patienten mit komorbiden Störungen ausgeschlossen werden, sind die behandelten Patientengruppen nicht repräsentativ für den Großteil der Patienten. Zudem besteht eine weitere Verzerrung darin, dass die Bereitschaft, sich einer Studie mit Randomisierung und manualisierter Behandlung mit einer begrenzten Anzahl an Sitzungen zu unterziehen, ein weiteres Selektionskriterium darstellt und so die Repräsentativität der Patientenstichprobe weiter eingeschränkt wird.

Auch die Realisierung der Kontrollbedingungen wird hinsichtlich zweier verschiedener Aspekte kritisiert. Einerseits erscheint es ethisch fragwürdig, Patienten eine vermeintlich wirksamere Behandlung vorzuenthalten und stattdessen gar nicht oder nur scheinbar zu behandeln. Gleichzeitig ist unklar, wie Placebo-Kontrollgruppen, wie sie in Pharmastudien üblich sind, in der Psychotherapieforschung realisiert werden können (Mundt & Backenstraß, 2001). Die so erzielten und nachgewiesenen Therapieerfolge stellen dann methodische Artefakte dar, nicht jedoch wiederholbare Effekte einer objektiven Realität. Kritiker der Efficacy-Studien fordern daher, die Wirksamkeit von Psychotherapie unter realistischen Bedingungen im Feld zu untersuchen und vermehrt Ergebnisse solcher Studien zu berücksichtigen (Retzlaff, 2007).

Auch Mundt und Backenstraß (2001, S. 13) weisen darauf hin, dass neben der Verbesserung der RCT-Studien zukünftig Forschungsstrategien Wirksamkeitsforschung durch Anwendungsforschung zu ergänzen haben werden, da „der psychotherapeutische Prozess einer Standardisierung nur approximativ angenähert werden“ könne. Insbesondere seien transkulturelle Einflüsse auf Psychotherapie zu berücksichtigen und ebenso die Wechselwirkung der Persönlichkeit des Therapeuten mit dem Patienten, ein realistisches Setting sowie eine den Praxisbedingungen entsprechende Selektion von Patienten. Legewie (2000, S. 127) betont, dass das oberste Ziel der Psychotherapieforschung die „Qualitätssicherung und Qualitäts-

verbesserung des therapeutischen Handelns in der Praxis“ sein müsse. Er empfiehlt, prospektive Längsschnittstudien durchzuführen, bei denen in natürlichen Settings (z.B. Einzelpraxen, ambulante oder stationäre Einrichtungen, etc.) „die routinemäßige Erfassung aller behandelten Fälle“ erfolgt.

Bei der oben von Legewie angesprochenen nichtexperimentellen Forschung im natürlichen Setting (naturalistische Forschung) handelt es sich nach Huber (2005) um Feldstudien. Psychotherapie, die in solchen Feldstudien unter den alltäglichen tatsächlichen Praxisbedingungen untersucht wird, bezeichnen Weisz et al. (1992, 1995) als clinic therapy (bei Leichsenring, 2004: Feld-Therapie).

Es gibt viele unterschiedliche Bezeichnungen für Studien zur clinic therapy (Feld-Therapie). Diese Studien werden auch als Studien zur effectiveness (im Gegensatz zu Studien zur efficacy (siehe oben), Seligman, 1995), als Studien zur clinical utility (Jacobson & Christensen, 1996), als Effektivitätsstudien (im Gegensatz zu Wirksamkeitsstudien (siehe oben), Heekerens, 2005), als Versorgungsstudien (Fydrich & Schneider, 2007) oder als naturalistische Studien (Leichsenring, 2004) bezeichnet.

Obwohl diesen Studien hohe externe Validität zugesprochen wird, haben diese das Problem der externen Validität. Bei naturalistischen Studien wird nämlich die Patientenstichprobe nicht zufällig gezogen, sondern diejenigen Patienten werden untersucht, die gerade in den an der Studie teilnehmenden Kliniken behandelt werden (sogenannte Ad-hoc bzw. konsekutive Stichprobe statt Zufallsstichprobe, Bortz & Döring, 2006).

Die Höhe der internen Validität ist bei Studien zur clinic therapy (naturalistische Studien) problematisch, d. h. die höhere externe Validität wird in diesen Studien zu Kosten der internen Validität erkauft, während in Studien zur research therapy (RCTs) die hohe interne Validität zu Kosten der externen Validität erkauft wird (Leichsenring, 2004).

Interne und externe Validität befinden sich in einem zueinander gegenläufigen Verhältnis (siehe z.B. die bubble hypothesis bei Gelso, 1979 oder das interpretability / generalizability dilemma bei Goldfried & Wolfe, 1996). Deshalb sollten sich Studien mit hoher interner Validität (efficacy Studien / RCTs) und Studien mit hoher externer Validität (effectiveness Studien / naturalistische Studien)

ergänzen (Lambert, Hansen & Finch, 2001; Lambert & Ogles, 2004; Leichsenring, 2004; Manz et al., 1995; Nübling et al., 2007; Tritt, Loew, Joraschky et al., 2005; Weisz et al., 1992; 1995).

Daraus wird ersichtlich, dass für die psychosomatische und psychologische Forschung Wirksamkeitsstudien sowohl in RCTs als auch in naturalistischen Settings von großer Bedeutung sind und sich gegenseitig ergänzen. Die vorliegende Arbeit ist somit als Literaturübersicht über ambulante naturalistische Wirksamkeitsstudien als Ergänzung zu den RCTs zu sehen und soll der ganzheitlichen Interpretation der Effektivität der verschiedenen Arten von Wirksamkeitsstudien dienen, indem sie einen Überblick über die bisher veröffentlichten ambulanten Wirksamkeitsstudien bietet. Dabei wird die Art der Behandlung, die Therapiedauer und die Effektivität der Behandlung durch deskriptive Verfahren analysiert (siehe auch 1.8 und 3.2).

1.6 Entwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland

Die Diskussion um die bestgeeignete Vorgehensweise zur Überprüfung der Wirksamkeit von Psychotherapie zeigt die Diskrepanzen zwischen den Psychotherapiestudien, die RCT – Standards genügen und durch universitäre Forschungsprojekte meist schulen- oder symptomorientiert durchgeführt werden, und der im Feld praktizierten Psychotherapie auf. Um diese Differenzen verstehen zu können, ist es notwendig, die Entwicklung der ambulanten Psychotherapie in Deutschland bis zur gegenwärtigen Situation genauer zu betrachten. Dabei soll deutlich werden, dass die Realität der ambulanten Psychotherapie durch gesetzliche Vorgaben nur unzureichend abgebildet, aber dennoch maßgeblich bestimmt wird. Die medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland und mithin auch die Bereitstellung von Psychotherapie für die Bevölkerung erfolgt in dem gesundheitspolitischen Rahmen, den das Parlament durch Gesetze vorgibt. In der DDR war Psychotherapie eine Pflichtleistung der Sozialversicherung (Kommer & Wittmann, 2002).

In der BRD kam es 1967 erstmals zu einer Vereinbarung von Psychotherapierichtlinien zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Krankenkassen, so dass für analytisch orientierte Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie beim Vorliegen akuter neurotischer Störungen Gesetzliche Krankenkassen leistungspflichtig wurden. Behandlungsberechtigt waren zuerst nur psychotherapeutisch qualifizierte Ärzte. Zudem war ein aufwendiges Antragsverfahren notwendig und externe Gutachter überprüften auf der Grundlage eines ausführlichen Therapieberichts des Psychotherapeuten, ob die Leistungspflicht der Krankenkasse befürwortet werden konnte (Kommer & Wittmann, 2002).

Nach der Wiedervereinigung waren in den Ländern der ehemaligen DDR, wie auch für die alten Bundesländer, Rechtsgrundlagen für die „Einführung der Psychotherapie in die Kassenärztliche Versorgung“ über „Psychotherapierichtlinien“ zu gewährleisten. Das geschah mit Wirkung vom 01.01.1999 (Gesetz über die Berufe der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten: Psychotherapeutengesetz – PsychThG; Bundesministerium der Justiz, 1998).

Die aktuelle Rechtsgrundlage dafür ist das fünfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V). Diese Basis ist bindend für alle im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung Tätigen. Die Psychotherapierichtlinien „sollen gewährleisten, dass die Versicherten qualifiziert und ausreichend versorgt werden und zugleich eine wirtschaftliche Verwendung der Mittel der Versichertengemeinschaft erfolgt“ (Frohburg, 2007, S. 10). Psychotherapeutische Versorgung steht somit als Versicherungsleistung für die gesamte Bevölkerung zur Verfügung. Im internationalen Vergleich hebt sie sich dadurch hervor, dass bei krankheitswertigen Störungen für Patienten sowohl eine freie Therapeutenwahl als auch eine freie Wahl und Verfügbarkeit verschiedener Therapieansätze im Rahmen der Richtlinienverfahren (siehe unten), die gesetzlich anerkannt sind, besteht. Beschränkungen sind lediglich im Rahmen von methodenspezifisch vorgegebenen Stundenkontingenten (Danner & Matzat, 2007) gegeben. Behandlungen gesetzlich Versicherter werden durch deren Krankenkasse in diesen Verfahren nach Genehmigung durch einen Gutachter auf Antrag vollständig bezahlt. Gemäß dem sogenannten Gutachterverfahren muss ein

begründeter Antrag zur Kostenübernahme durch einen nach § 12 der Psychotherapie-Vereinbarungen bestellten Gutachter geprüft werden. Der Gutachter hat sich dazu zu äußern, ob die in diesen Richtlinien genannten Voraussetzungen erfüllt sind (Berufs- und Sozialrechtliche Regelungen für Psychotherapeuten; Berliner Blätter für Psychoanalyse und Psychotherapie 2009). Außerdem beruht die Qualitätssicherung für die ambulante psychotherapeutische Versorgung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung vor allem auf dem Gutachterverfahren im Rahmen der Antragsstellung auf Finanzierung der Behandlung (siehe 1.7).

Private Krankenversicherungen haben sich dem weitgehend angeschlossen. Therapeuten müssen sich seither einem Approbationsverfahren unterziehen.

Das Psychotherapeutengesetz hat die Psychotherapielandschaft insofern gewandelt, als damit eine gesetzlich (§ 101 Abs. 4 SGB V) verankerte Bedarfsplanung anhand von artifiziell verringerten Inzidenzraten festgelegt wurde, die durch den Ausschluss von Behandlungskontingenten entstanden, die zuvor von Psychotherapeuten im Kostenerstattungsverfahren[1] erarbeitet wurden. Diese waren drei Jahre zuvor von der Versorgung ausgeschlossen worden. Könning (2007) macht darauf aufmerksam, dass Zahlen über das konkrete Inanspruchnahmeverhalten deshalb möglicherweise nur eine Unter- oder Fehlversorgung widerspiegeln. Recherchen der Bundespsychotherapeutenkammer (2006) belegen gegenwärtig eine erhebliche Versorgungslücke (Bundespsychotherapeutenkammer, 2006).

Laut Reisch und Kollegen (2007) liegt der Grad der tatsächlichen Bedarfsdeckung zwischen 20 und 75%, wobei ein großes Stadt-Land-Gefälle zu verzeichnen sei. In den städtischen Ballungsgebieten, die meistens über einen hohen Bildungsgrad ihrer Bürger verfügen, kann der Bedarf trotz so genannter „Überversorgung“ nicht adäquat gedeckt werden. Mit dem Gesetz wurden drei psychotherapeutische Methoden als „Richtlinienverfahren“ zugelassen:

Zwei psychoanalytischer Provenienz (Psychoanalyse und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) sowie die Verhaltenstherapie (Rüger et al., 2003).

[1]Kostenerstattungsverfahren: Vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes wurde ambulante Psychotherapie vorwiegend dadurch gewährleistet, dass die gesetzlichen Krankenversicherungen im Einzelfall nach Befürwortung durch den Medizinischen Dienst eine Kostenübernahme für Psychotherapie erteilten.

Die Aufnahme weiterer Therapieverfahren wurde durch das Psychotherapiegesetz an verschiedene Bedingungen gebunden, die mehrfach geändert wurden (Frohburg, 2007). Die sich daraus ergebenden Strukturen bilden jedoch nicht die historisch gewachsene Realität im Gesundheitswesen ab. Während die Verhaltenstherapie durch das Gesetz eine versorgungsrelevante Anerkennung erfuhr, besteht in Deutschland ein seit 30 Jahren fortwährender gesundheitspolitischer Kampf um eine Integration der Klientenzentrierten Psychotherapie in das Gesundheitswesen (Hentze, 2006, Hofmeister, im Druck). Statistiken der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (GPT-Verbände, 2006) geben Auskunft über die Versorgungsrelevanz verschiedener Psychotherapiemethoden im Kostenerstattungsverfahren im Jahr 1987, also vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes. Demnach wurde in 55% der Fälle Gesprächspsychotherapie (GT), in jeweils 48% tiefenpsychologische Psychotherapie und Verhaltenstherapie, in 29% Familientherapie, in 28% Gestalttherapie und in 22% Psychoanalyse angewendet. Mehrfachnennungen waren möglich, um multimodale Vorgehensweisen benennen zu können (siehe auch Hentze, 2006, 2007, Frohburg, 2007).

Zehn Jahre später erheben Kindler et al. (1997, zit. nach Vogel, 1999) Daten zu den Weiterbildungen der „Klinischen Psychologen / BDP“. Danach waren 38% der Antwortenden (Rücklaufquote 42%, N = 3.653) in Gesprächspsychotherapie, 34% in Verhaltenstherapie, 22% in Gestalttherapie, 21% in systemischer Familientherapie, 18% in körpertherapeutischen Verfahren und 16% in tiefenpsychologischen Verfahren weitergebildet. Deutlich wird hieraus, dass Mehrfachqualifikationen der niedergelassenen psychologischen Therapeuten nicht unüblich waren und sind und die GT das am häufigsten angewendete Verfahren darstellte. Die Psychotherapiegesetzgebung zwang die Therapeuten ihre vielfältigen Methodenkompetenzen zu verleugnen und sich als Vertreter ausschließlich eines Richtlinienverfahrens zu definieren (Heisig & Littek, 2003). Laut Frohburg (2004a) verfügen ca. 1.300 Gesprächspsychotherapeuten über eine Abrechnungsgenehmigung für eines der zugelassenen Richtlinien-Verfahren[2]. Die beschriebenen Versorgungsverhältnisse

[2]Behandlungskontingente ärztlicher und psychologischer Psychotherapeuten: Die berichteten Daten berücksichtigen ärztliche Psychotherapeuten nicht dezidiert, da im Jahr 1987 nur 25% der Behandlungen von

haben sich also von 1987 bis dato methodisch und personell nicht grundlegend verändert.

Die vorliegenden Erhebungen verweisen auf vielfältige psychotherapeutische Methodenkompetenzen der Therapeuten im ambulanten Setting. Ob dabei im Sinne einer integrativen Psychotherapie gearbeitet wird ist unbekannt, erscheint angesichts der Mehrfachqualifikationen jedoch wahrscheinlich. Ein Auseinanderklaffen zum Vorgehen in RCT-Studien liegt nah.

1.7 Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie und Gutachterverfahren

Dieser Abschnitt soll einen kurzen Überblick geben, wie die Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie in Deutschland momentan aussieht.

Mit den im Januar 2000 in Kraft getretenen Veränderungen im Sozialgesetzbuch V (§ 135 a) wurde gesetzlich festgeschrieben, dass die Leistungserbringer im Gesundheitswesen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet sind. Diese Anforderung betrifft auch die psychotherapeutische Versorgung. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Weiterhin verpflichtet das Gesetz Vertragsärzte, zugelassene Krankenhäuser und Erbringer von Vorsorgeleistungen und Rehabilitationsmaßnahmen, sich an einrichtungsübergreifenden (externen) Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Darüber hinaus sind die genannten Einrichtungen verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Die Umsetzung dieser Anforderungen ist in den verschiedenen

---

ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt wurden, die restlichen 75% von psychologischen Psychotherapeuten im Delegations- (40%) oder im Kostenerstattungsverfahren (Hentze, 2005). Ende 2005 standen 15 200 zugelassenen psychologischen Psychotherapeuten 4000 ärztliche Psychotherapeuten gegenüber (Schildt, 2007). Die ärztlichen Psychotherapeuten waren und sind laut dem Qualitätsbericht der Kassenärztlichen Vereinigung Baden Württemberg (2005, sowie persönliche Mitteilung vom 08.08.2007) überwiegend psychoanalytisch (PA) oder tiefenpsychologisch (TP) ausgebildet (64%) und nur in seltenen Fällen verhaltenstherapeutisch (19%).

Teilsystemen unterschiedlich weit fortgeschritten (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2009).

Wie unter 1.6 beschrieben, beruht die Qualitätssicherung für die ambulante psychotherapeutische Versorgung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung vor allem auf dem Gutachterverfahren im Rahmen der Antragsstellung auf Finanzierung der Behandlung. Im Gutachterverfahren nach den Psychotherapie-Richtlinien werden entsprechend qualifizierte Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als Gutachter tätig (Berufs- und Sozialrechtliche Regelungen für Psychotherapeuten; Berliner Blätter für Psychoanalyse und Psychotherapie 2009).

Nach Auskunft der KBV lag die durchschnittliche Ablehnungsquote im Jahr 2005 bei 3% bis 4%, die Änderungsquote (Nachbesserungen) bei 8% bis 10%. Die im Jahr 2005 in Gutachterstatistiken der KBV ermittelten erheblichen Varianzen in den Ablehnungsquoten von 1% bis 21% weisen auf eine eingeschränkte Objektivität des Verfahrens hin. Auch die Reliabilität und Validität des Gutachterverfahrens wird angezweifelt (Merod & Vogel 2003). Darüber hinaus gibt es in diesem Versorgungsbereich bisher keine übergreifenden Qualitätssicherungsprogramme z.B. im Sinne eines Routine-Monitoring-Systems. Allerdings werden regional erste Modelle der Qualitätssicherung entwickelt und zunehmend Qualitätszirkel für die ambulante psychotherapeutische Praxis etabliert (Laireiter 2003).

Deutlich darüber hinaus geht ein zur Zeit laufender Modellversuch der Techniker-Krankenkasse, in dessen Rahmen in den Bereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen Hessen, Westfalen-Lippe und Südbaden ein zum Gutachterverfahren alternatives Qualitätsmonitoringsystem (mit Eingangs-, Verlaufsund Schlussdokumentation auf der Basis standardisierter Verfahren) getestet wird (Fydrich, Nagel, Lutz et al. 2003). Für die psychotherapeutische Behandlung in Tageskliniken und Ambulanzen sind bisher keine übergreifenden Qualitätssicherungsprogramme implementiert. Obwohl in einzelnen Tageskliniken bereits Qualitätsmonitoringsysteme eingeführt wurden (Seidler, Garlipp, Brüggemann et al. 2001 Evaluation und Qualitätskontrolle tagesklinischer Behandlung), fehlen vor allem Standards hinsichtlich der Messung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Trotz einer

steigenden Anzahl durchgeführter randomisiert-kontrollierter Studien zum Vergleich vollstationärer und teilstationärer psychotherapeutischer Behandlung (Kallert, Schutzwohl 2002) sind die Indikationskriterien für eine tagesklinische Behandlung bisher nicht ausreichend überprüft. Es gibt jedoch eine Initiative, eine einheitliche Basisdokumentation in ausgewählten Institutionen einrichtungsübergreifend zu implementieren und damit auch in der Folge Überprüfungen langfristiger Behandlungsergebnisse (Katamnesen) durchführen zu können (Benchmarking im Gesundheitswesen (BIG)).

1.8 Fragestellungen

Die Bedeutung psychischer Störungen im deutschen Gesundheitswesen ist, wie eingangs beschrieben, in den vergangenen Jahren gewachsen und nimmt weiter zu (siehe 1.3 und 1.4). Ihre angemessene Behandlung erscheint daher ein vorrangiges gesellschaftliches Anliegen. Neben verschiedenen medizinischen Behandlungsstrategien werden psychotherapeutische Behandlungen mittlerweile zunehmend häufiger in Anspruch genommen. Es ist daher erforderlich, deren Wirksamkeit wissenschaftlich zu belegen, auch zur Rechtfertigung ihrer hohen Kosten. In der Forschung zur Wirksamkeit von Psychotherapie hat sich in Anlehnung an die medizinische Wirksamkeitsforschung die Durchführung von RCT Studien etabliert. Während diese Studien vor allem ein hohes Maß an interner Validität gewährleisten, wird ihre mangelnde externe Validität kritisiert (siehe 1.5). Durch die verfahrensbedingte Beschränkung auf jeweils eine Psychotherapiemethode in ihrer Reinform, bilden solche Untersuchungen nicht die in der Realität praktizierte Psychotherapie ab. Diese besteht häufig in einer Integration verschiedener Verfahren. Es gibt Hinweise dafür, dass dabei Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie am häufigsten angewendet werden.

Während für die Wirksamkeit einzelner Psychotherapieverfahren mittlerweile eine ganze Fülle an Daten vorliegt, fehlen nach wie vor Studien, die das tatsächliche ambulante psychotherapeutische Behandlungsangebot evaluieren. Eine hierfür erforderliche Versorgungsforschung befindet sich in einer konstitutiven Phase. Die

Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie orientiert sich derzeit offensichtlich an dem örtlich gegebenen Angebot (siehe 1.2), nicht aber an Belegen für dessen Qualität.

Genau hier soll diese Arbeit ansetzen. Sie soll einen Überblick über vorhandene naturalistische Studien seit 1980 geben und somit die tatsächliche psychotherapeutische Versorgungssituation in Deutschland genauer analysieren.

Hauptziel der Literaturübersicht war die Prüfung, wie die Effektivität ambulanter Psychotherapien hinsichtlich der psychosomatischen Grunderkrankungen und der psychotherapeutischen Behandlungsmethoden einzuordnen ist.

Spezielle Fragen waren:

1. Wieviele naturalistische Studien in der BRD lassen sich mit geeigneten Literaturrechercheverfahren identifizieren?
2. Wie sind die Charakteristika der Stichproben dieser Studien:
   a) Wie groß war die jeweilige Stichprobengröße?
   b) Was waren die Diagnosen?
3. Welche Therapieverfahren wurden angewendet?
4. Wie viele Therapeuten waren jeweils tätig?
5. Wie war die Dauer der jeweiligen Therapie?
6. Was waren die eingesetzten Instrumente zur Messung des Therapieerfolgs?
7. Wie waren die Ergebnisse der Therapien (Effektstärken)?

2 Material und Methoden

2.1 Literaturrecherche und Identifikation der Studien

Die Literatursichtung umfasst den Zeitraum von 1980 bis 2009 und erfolgte auf der Basis systematischer computergestützter Literaturrecherchen mit der Datenbank PSYNDEX mit den Schlüsselwörtern „psychotherapy and outpatient“.
Weiterhin wurde gezielt in folgenden Zeitschriften nach relevanten Artikeln gesucht:

- Verhaltenstherapie, Karger Verlag
- Praxis klinische Verhaltenstherapie und Rehabilitation, Pabst Science Publishers Verlag
- Psychotherapeut, Springer Medizin Verlag
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Vandenhoeck & Ruprecht Verlag
- Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychotherapie, Georg Thieme Verlag

Erfasst wurden die Jahrgänge Januar 1980 bis Juli 2009. Damit wurden die wichtigsten deutschsprachigen wissenschaftlichen Publikationsorgane, in denen solche Studien veröffentlicht werden, eingeschlossen.
Zusätzlich wurden die Literaturlisten der auf diese Weise gefundenen Artikel bezüglich zusätzlicher ambulanter Studien durchgesehen.
Zu dem wurden Experten zum Thema „Versorgungssituation und Untersuchungen zur Effektivität der ambulanten Psychotherapie in Deutschland“ befragt.
Artikel wurden nach Lesen des Abstracts oder in zweifelhaften Fällen nach Lesen des Artikels in die weitere Auswertung aufgenommen.
Das Vorgehen orientierte sich an den Empfehlungen für die Erstellung von kritischen Literaturübersichten und Metaanalysen (Oxman u. Guyatt 1988; Moher et al. 1999; Mackay et al. 2003).
Bei der PSYNDEX-Recherche wurden 3 Studien gefunden. Die Zeitschriftenrecher-

che erbrachte 11 Studien. Durch den Expertenrat konnten 8 Studien identifiziert werden. Einige Studien wurden mehrfach gefunden. Nach Bereinigung der Mehrfachnennungen wurden insgesamt 12 Studien gefunden.

2.2 Festlegung der Einschluss- und Auswertungskriterien

Die durchgeführte Literaturrecherche orientiert sich an der Übersichtsarbeit von Grawe, der jedoch überwiegend kontrollierte Studien analysierte.
Einschlusskriterien waren:

- ambulante Psychotherapie
- Einzeltherapien
- erwachsene Patienten
- publiziert ab 1980
- Studien aus dem deutschsprachigen Raum (Deutschland, Österreich, deutschsprachige Schweiz)
- publiziert auf deutsch oder auf englisch
- naturalistisches Studiendesign

Ausschlusskriterien waren:

- Paar- und/oder Gruppentherapie
- Theatertherapie
- Musiktherapie
- Studien zur sexuellen Delinquenz oder zur Opiat-Abhängigkeit (da es sich hier um sehr spezielle Störungen handelt)
- publiziert vor 1980
- Studien zu stationären Behandlungen (somit auch Studien zur Rehabilitation)
- minderjährige Patienten
- kein naturalistisches Studiendesign (z.B. randomisierte Studien)

Die eingeschlossenen Studien wurden nach den folgenden Kriterrien ausgewertet:

- Stichprobengröße
- Diagnosen
- Therapieverfahren
- Anzahl der Therapeuten
- Dauer der Therapie
- Welche Instrumente zur Messung des Therapieerfolgs wurden eingesetzt
- Effektstärken

2.3 Statistische Verfahren

Die zusammenfassende Analyse der identifizierten Studien erfolgte mit deskriptiven Verfahren. Da die Berechnung der Effektstärken unterschiedlich in den Studien gehandhabt wurde, wurden diese selber nach der Formel (1) von Rustenbach (2003) berechnet:

$$prpoES = \frac{M1 - M2}{\sqrt{\frac{S1 + S2}{2}}} \times \left(1 - \frac{3}{4(N - 1) - 1}\right) \qquad (1)$$

Durch diese Formel wird die Prä-Post-Effektstärke (prpoES) berechnet. M1, M2 und S1, S2 bedeuten Prä-Mittelwert, Post-Mittelwert und Prä-Standardabweichung, Post-Standardabweichung. Die Anzahl der Patienten wird als N bezeichnet. Die Prä-Anzahl der Patienten entspricht der Post-Anzahl der Patienten (prä=post=N).

3 Ergebnisse

Das folgende Kapitel ist in zwei Teile gegliedert. Zuerst erfolgt eine detaillierte Analyse der identifizierten Studien (3.1) sowie eine zusammenfassende Darstellung der Studien und der Effektstärken. Anschließend folgt die Beantwortung der Fragestellungen (3.2).

3.1 Analyse der identifizierten Studien

Im Folgenden werden die gefundenen Studien einzeln dargestellt und kommentiert. Die Studien sind nach den Erstautoren alphabetisch geordnet. Eine vergleichende Analyse findet unter 3.2 statt.

3.1.1 Brockmann et al. 2002

Die Studie von Brockmann et al. untersuchte die Wirksamkeit von psychoanalytisch orientierter Langzeittherapie (im Mittel 185 Sitzungen) an 31 Patienten und die Wirksamkeit von Langzeitverhaltenstherapie (im Mittel 63 Sitzungen) an 31 Patienten in einem prospektiven Design. Alle Patienten waren kassenärztlich versichert und wurden konsekutiv einer Behandlungsgruppe zugeordnet. Die Diagnoseverteilung der zwei Behandlungsgruppen (PA und VT) war ähnlich. Die Patienten, die PA bekamen, litten in 29% der Fälle (9 Patienten) unter Angst und in 71% der Fälle (22 Patienten) unter Depression. Die Patienten, die VT bekamen, litten in 32% der Fälle unter Angst, 61% unter Depression und in 7% der Fälle unter Angst und Depression. Die Behandlungen wurden von 12 Psychoanalytikern und 4 Verhaltenstherapeuten durchgeführt. Die Therapieziele wurden entweder von den Patienten selbst (VT) formuliert oder vom Interviewer (PA) festgehalten. Vor Beginn der Therapie wurde zur Feststellung der DSM-III-R-Diagnose das strukturierte klinische Interview SKID (Wittchen et al. 1990) von Fremdinterviewern durchgeführt. Ferner wurde zur Selbsteinschätzung der Symptome die Symptomcheckliste SCL-90-R (Franke 1995) und zur Selbsteinschätzung der zwischenmenschlichen Probleme das Inventar zur Erfassung interpersonaler

Probleme IIP-D (Horowitz et al. 1994) vorgegeben. Der Therapieerfolg wurde nach Ende der Therapie, nach 1 Jahr, nach 2,5 Jahren und nach 3,5 Jahren mittels GSI erfasst. Die Effekstärken betragen für VT von Anfang bis 1 Jahr nach Ende der Therapie 0,88, von Anfang bis nach 2,5 Jahren 1,06 und von Anfang bis nach 3,5 Jahren 1,17.

Die Effektstärken für PA betragen von Anfang bis 1 Jahr nach Therapie 0,94, von Anfang bis nach 2,5 Jahren 1,29 und von Anfang bis nach 3,5 Jahren 1,59.

Ergebnisse: Die VT-Patienten hatten bei Beginn der Therapie einen viel höheren GSI-Mittelwert (1,54 zu 0,87 bei PA-Patienten). Außerdem bestand eine höhere Medikation bei diesen Patienten. Jedoch sind die errechneten Effektstärken nach ein Jahr nach Therapieende ähnlich (0,88 bei VT, 0,94 bei PA).

Kommentar: Demnach kommen sehr unterschiedliche Patientengruppen in psychoanalytische und verhaltenstherapeutische Langzeitbehandlungen. Die VT-Klientel ist wesentlich schwerer beeinträchtigt. Die VT-Therapien enden dort, wo die Psychoanalysen vom Schweregrad her beginnen.

Die verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten unterschieden sich von den psychoanalytisch behandelten Patienten (z.B. niedrigerer Schulabschluss, häufigere Überweisung zum Psychotherapeuten, stärkere Symptombelastung, häufigere Medikation bei Therapieanfang), so dass nur eine begrenzte Vergleichbarkeit der Patientengruppen möglich ist (siehe auch Brockmann 2006).

3.1.2 Brockmann et al. 2006

Diese Studie basiert auf der oben bereits erläuterten Studie von 2002. Der Katamnesezeitraum wurde von Anfang bis 3,5 Jahren nach Ende (siehe oben) auf 7 Jahre nach Therapieende erweitert. Die Effektstärken (GSI) betragen von Anfang bis 7 Jahre nach Therapieende bei VT 1,17 und bei PA 1,59.

Kommentar: Die verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten unterschieden sich von den psychoanalytisch behandelten Patienten (z.B. niedrigerer Schulabschluss, häufigere Überweisung zum Psychotherapeuten, stärkere Symptombelastung, häufigere Medikation bei Therapieanfang), so dass nur eine begrenzte Vergleichbarkeit der Patientengruppen möglich ist (siehe auch Brockmann

2002). Außerdem fällt auf, dass die Effektstärken von VT und PA von Anfang bis 3,5 Jahre nach Therapieende identisch mit denen von Anfang bis 7 Jahre nach Therapieende sind. Daraus lässt sich schließen, dass der Therapieerfolg nach 3,5 Jahren sein Maximum erreicht und konstant bleibt.

3.1.3 Gallas et al. 2008, Gallas et al. 2010

In Gallas et al. wurde über die TRANS-OP-Studie (Mit Transparenz und Ergebnisorientierung zur Optimierung der psychotherapeutischen Versorgung) berichtet.

Dabei handelt es sich um eine Studie zur Evaluation ambulanter Psychotherapie, die von der Forschungsstelle für Psychotherapie in Zusammenarbeit mit der Deutschen Krankenversicherung (DKV) durchgeführt wurde mit der Zielsetzung, die wissenschaftlichen Grundlagen für eine ergebnisorientierte ambulante psychotherapeutische Versorgung zu verbessern. Die Fragestellungen waren: Wer beantragt und erhält welche Psychotherapie? Wie ist der Verlauf der psychotherapeutischen Behandlung? Wie sind die Effekte der Psychotherapie?

In einem kombinierten Quer-/Längsschnittdesign wird eine konsekutive Stichprobe von 714 Privatversicherten, die zwischen dem 1. September 1998 und 28. Februar 2000 einen Antrag zu einer ambulanten Psychotherapie stellten, über einen Zeitraum von zwei Jahren beobachtet und der Verlauf ihrer Gesundung untersucht.

Die Einschlussphase wurde im Sommer 2000 abgeschlossen. Unter diesen 714 Patienten waren 385 weiblich (53,9%) und 329 männlich (46,1%). Die insgesamt 471 Therapeuten werden jeweils zu Beginn und Ende der Psychotherapie um eine klinische Einschätzung gebeten. Es kamen die Symptomchecklisten SCL-90-R und IIP zur Anwendung. Die häufigsten Diagnosen waren affektive Störungen (F30-39) mit 48%, neurotische und somatoforme Störungen (F40-48) mit 43%. Geringen Anteil hatten auch die Diagnosegruppen F5 mit 4%, F6 mit 3% und andere mit 2%. Es kamen Verhaltenstherapie (VT), Tiefenpsychologische Psychotherapie (TP) und Psychoanalytische Psychotherapie (PA) zur Anwendung. Die mediane Therapiedauer aller Therapien betrug 40 Sitzungen. Für die einzelnen Therapiemethoden ergab sich folgende Verteilung: VT 25 Sitzungen, TP 42 Sitzungen und PA 101 Sitzungen.

Insgesamt wurden Daten von 714 Patienten ausgewertet, von denen aber nur 627 Patienten tatsächlich die Behandlung aufnahmen. Von diesen bekamen 314 Tiefenpsychologie (50,07%), 111 analytische Psychotherapie (17,70%) und 202 Verhaltenstherapie (32,21%). Die Probanden wurden zu 5 Zeitpunkten innerhalb von 2 Jahren zu ihrem Gesundheitszustand befragt: zum Zeitpunkt der Einleitung des Antrags, nach 1,5 und 2 Jahren und zu 2 zufällig ausgewählten von 7 möglichen Zeitpunkten im Zeitraum von 4-64 Wochen nach Erstkontakt.

Das Therapie-Outcome zeigte eine reliable Vebesserung von 62% der Therapieteilnehmer. Die Verbesserungsraten variierten kaum nach Therapieverfahren.

Kommentar: Die TRANS-OP-Studie ist methodisch sehr gut. Sie beschränkt sich jedoch nur auf Mitglieder einer Privatkrankenkasse. Dies könnte die Ergebnisse verfälschen hinsichtlich Genehmigung der Therapie, der Therapiedauer und des Erfolgs der jeweiligen Therapie. Wünschenswert wäre eine analoge Studie an Kassenpatienten.

3.1.4 Grande et al. 2006

In dieser Studie werden die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die analytische Psychotherapie verglichen. Die Zuordnung der Patienten in die beiden Gruppen erfolgte parallelisiert bezüglich Alter, Geschlecht und Schulbildung, so dass beide Therapiegruppen vergleichbar waren. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 37,3 Jahre und es waren 66,1% Patientinnen und 33,9% Patienten. Die häufigsten Diagnosen waren affektive Störungen (z.B. Depression) (66%), Angststörungen (40%), somatoforme (37%) und neurotische Störungen (22%). Multiple Diagnosen waren erlaubt. Die Durchschnittsdauer der tiefenpsychologisch fundierten Therapie war mit 44,2 Monaten fast doppelt so hoch wie die der analytischen Psychotherapie mit 24,2 Monaten. Es wurde eine 1-Jahres-Katamnese durchgeführt und die Effektstärken (GSI) von 31 Patienten mit analytischer Psychotherapie und von 27 Patienten mit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bestimmt. Die Ausgangswerte des GSI zu Beginn der Studie waren ähnlich: PA: 1,09 und TP: 1,06. Die analytische Psychotherapie erzielte eine

Effektstärke von 1,54 von Anfang bis 1 Jahr nach Therapieende und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie eine Effektstärke von 0,92 während desselben Zeitraums.

Kommentar: Es scheint, dass die analytische Psychotherapie eine größere Wirksamkeit zeigte. Jedoch kamen Grande et al. zu dem Ergebnis, dass eine ergänzende Untersuchung der spezifischen Effekte psychodynamischer Therapien (strukturelle Veränderungen) notwendig sei, um ihre Potentiale angemessen zu erfassen. Auffallend ist auch, dass die tiefenpsychologische Therapie in der Dauer fast doppelt so lange war wie die analytische Therapie. Grande erklärt dies dadurch, dass ein Fall der tiefenpsychologischen Therapie nach 733 Sitzungen immer noch nicht abgeschlossen war und somit den Durchschnitt extrem erhöhte.

3.1.5 Grünwald et al. 2008

Das schweizerische Krankenversicherungsgesetz (KVG) von 1998 verlangt die Überprüfung der Wirksamkeit von medizinischen Leistungen. Die Leistungserbringer sind somit aufgerufen, die Qualität ihrer Leistungen zu prüfen. Deshalb hat in der Schweiz eine groß angelegte Qualitätsprüfung der Psychotherapie begonnen.
In dieser Prä-Post-Design-Studie wird die Wirksamkeit von ambulanten Psychotherapien untersucht. Dabei haben 23 Therapeuten Patientendaten erhoben. Hauptgewicht haben in dieser Studie die Diagnosekategorien F4 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) mit 40,9% und F3 (affektive Störungen) mit 35,5% der Fälle. Außerdem sind in geringem Maß folgende Diagnosegruppen vertreten: psychosomatische Störungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Die durchschnittliche Effektstärke (GSI) aller untersuchten Psychotherapiemethoden an insgesamt 88 Patienten wird mit 1,0 angegeben. Außerdem wird die Effektstärke je nach Therapieform einzeln für analytische (N=33 Patienten, prä: 1,4 und post: 0,6, ES: 1,1), humanistische (N=24 Patienten, prä: 1,2 und post: 0,5, ES: 1,2) und andere Therapiemethoden (N=31 Patienten, prä: 1,0 und post: 0,5, ES: 0,8) dargestellt. Behandlungen mit zusätzlichen Psychopharmaka (N=21 Patienten, prä: 1,6 und post: 0,6, ES: 1,4) und ohne Psychopharmaka (N=64 Patienten, prä: 1,1 und post: 0,5, ES: 1,0) wurden miteinander verglichen.

Kommentar: Die Fokussierung dieser Studie liegt eher auf kurzfristigen statt langfristigen Effekten, da keine Katamnese durchgeführt wurde. Die Effektstärken beziehen sich auf den Vergleich prä-post.

3.1.6 Holm-Hadulla et al. 1997

Um die Wirksamkeit tiefenpsychologisch fundierter Kurztherapie und längerer Psychotherapien zu untersuchen, wurden in einer prospektiven Längsschnittstudie 117 behandelte Patienten einer Vergleichsgruppe von 116 unbehandelten Patienten gegenübergestellt. Die Patienten waren Studierende, die seit Anfang 1990 bis Ende 1993 an einer Psychotherapeutischen Beratungsstelle in Heidelberg eine dynamische Kurztherapie oder eine längere Psychotherapie begannen (Einschlusskriterium: „Leidensdruck der Patienten“). An der Kurztherapie nahmen 80 Patienten teil und an der Psychotherapie 37. Die durchschnittliche Sitzungszahl lag bei 15,5 bzw. 50,3 Sitzungen. Als Erhebungsinstrument diente ein eigens entwickelter 21 Items umfassender Fragebogen. Die Effektstärken der Veränderung am Ende der Behandlung betragen 0,94 für die Kurz-Psychotherapie bzw. 1,13 für die längere Psychotherapie. Als Ergebnis des Vergleichs der kurzpsychotherapeutisch behandelten mit den unbehandelten Patienten ergibt sich, dass bei Behandlungsende die behandelten eine signifikant geringere psychosoziale Gesamtbeeinträchtigung aufweisen als die unbehandelten. Die länger psychotherapeutisch behandelten Patienten zeigen eine ausgeprägtere Besserung als die unbehandelten Patienten.

Kommentar: Es ist zu erwähnen, dass bei dieser Studie eine unbehandelte Vergleichsgruppe (bei Holm-Hadulla und Söder, 1995, beschrieben) zur Gegenüberstellung verwendet wurde. Der in der Studie verwendete Symptomfragebogen ist nicht genau definiert und das Einschlusskriterium „Leidensdruck der Patienten“ nur unzureichend erläutert und daher nur bedingt beurteilbar. Außerdem wurde keine Angabe zur Zuordnung der Patienten zu den jeweiligen Therapien gemacht und unerwähnt blieb auch, was mit den unbehandelten Patienten passierte. Folglich sind auch die Effektstärken nur unter Vorbehalt interpretierbar.

3.1.7 Junkert-Tress et al. 1999 und Hecke et al. 2008

Das Düsseldorfer Kurzzeit-Psychotherapieprojekt (DKZP) beforscht die Eignung des CMP/SASB-Modells („Das Modell des Zyklisch-Maladaptiven Beziehungsmusters und der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens“, Tress et al. 1996) für Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen und schweren Persönlichkeitsstörungen als klinische Studie. Dabei wird das Konzept des zyklisch-maladaptiven Musters (CMP) als Kern psychogener Pathologiebildungen vorgestellt. 82 Patienten (26 Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (32%), 31 Patienten mit psychosomatischen Störungen (38%) und dazu im Vergleich 25 Patienten mit Neurosen (30%)) nahmen teil. Die Gesamt-Effektstärke (GSI-basierend) wird mit 0,55 von Anfang bis Ende der Therapie angegeben.

Kommentar: 11 Patienten brachen die Behandlung ab. Daten fehlen von weiteren 9 Patienten. Insgesamt gingen 62 Patienten in die Berechnung der Effektstärke ein. Die Effektstärke von Anfang der Therapie bis 6 Monate nach Ende (0,27) ist im Vergleich zur Effektstärke von Anfang bis Ende (0,55) niedriger. Die Effektstärke 12 Monate nach Therapie ist mit 0,71 auffallend höher als die Effektstärke nach 2 Jahren (0,27). Diese Schwankungen sind wahrscheinlich mit der ungleichen Anzahl der bei den Katamnesen erfassten Patienten zu erklären. Demnach haben die Katamnesen vermutlich nur einen eingeschränkten Aussagewert.

3.1.8 Junkert-Tress et al. 2001

In dieser naturalistischen Studie wurden 75 Patienten nach dem CMP/SASB-Modell (Tress et al. 1996) behandelt. Dabei handelt es sich um eine Fortführung des oben genannten Projekts (Junkert-Tress et al. 1999). Die Therapien wurden von 41 Therapeuten durchgeführt. Die Patienten hatten folgende Diagnosen: 27 Patienten mit Neurosen (36%), 24 Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (32%) und 24 Patienten mit psychosomatischen Störungen (32%). Die Behandlungen umfassten 25 Sitzungen. Katamnesen waren nach 6 Monaten und nach 1, 2 und 5 Jahren (siehe oben). Die Effektstärken, bezogen auf den GSI, waren von Anfang der Therapie bis 5 Jahre nach Ende der Therapie wie folgt: für Patienten mit somatoformen

Störungen 0,69, für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen 0,48, für neurotische Patienten 0,94 und für alle Patienten 0,66. Junkert-Tress analysiert anhand der Effektstärken, dass das CMP/SASB-Modell nicht nur für die Psychoneurosen, sondern auch insbesondere für psychosomatische Störungen gut geeignet sei.

Kommentar: Diese Studie ist eine Weiterführung des Düsseldorfer-Kurzzeitpsychotherapie-Projekts (DKZP). Ein Unterschied besteht in der Anzahl der Patienten in den jeweiligen Diagnosegruppen und in der längeren Katamnese. Fraglich ist, ob Junkert-Tress Aussage über die Effektivität der Therapie für Psychoneurosen und Persönlichkeitsstörungen tatsächlich durch die Effektstärken des GSI zu begründen ist. Es kam zu missing-data: nur 19 von 27 Patienten mit Neurosen flossen in die Effektstärkeberechnung am Therapieende ein und nur 15 von 24 Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (siehe auch 3.1.7).

3.1.9 Leichsenring et al. 2005

In dieser Studie werden die Ergebnisse von psychoanalytischen Therapien vorgestellt. Es nahmen 21 Therapeuten teil und die durchschnittliche Dauer der Therapien betrug 253 Sitzungen. Es wurden 36 Patienten behandelt, von denen 25 Frauen und 11 Männer waren. Das Durchschnittsalter betrug 35 Jahre. 82% der Patienten hatten 3 oder mehr Diagnosen. Die Hauptdiagnosen waren affektive Störungen (z.B. Depression) (69%), Angststörungen (50%), somatoforme (36%) und neurotische (28%) Störungen. Die Patienten suchten sich ihren niedergelassenen Psychotherapeuten selbst aus. Durchschnittlich dauerte die Behandlung 37,4 Monate (253 Sitzungen). Ergebnisse der 1-Jahres-Katamnese von 23 Patienten liegen vor. Die Symptombelastung des Selbstratings (GSI) wurde an fünf Zeitpunkten bestimmt. Direkt am Therapieanfang betrug der GSI 1,04. Die Effektstärken wurden jeweils von Anfang bis 50 (0,57) bzw. 160 (0,87) Sitzungen, von Anfang bis Therapieende (1,34) und von Anfang bis 1 Jahr nach Ende der Therapie (1,38) berechnet.

Kommentar: Deutlich wird an dieser Studie, wie lang und stundenmäßig intensiv die psychoanalytischen Therapien sind. Die Belastung im GSI und die Effektstärken entsprechen den anderen vorgestellten Studien zu tiefenpsychologischer

oder analytischer Therapie.

3.1.10 Scheidt et al.1999

Diese Untersuchung wurde über ein Quartal (IV/1994) in 40 psychotherapeutischen Fachpraxen in Süddeutschland durchgeführt. Dabei wurde untersucht, welche Behandlungsverfahren zur Anwendung kamen, wie lange die Behandlungen dauerten und wie sich die Behandlungen hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeitstage verhielten. Die Wirksamkeiten der Behandlungen wurden durch Therapeuteneinschätzungen und durch Beurteilung der mittleren Symptombelastung (GSI) zum Anfang, Mitte und Ende der verschiedenen Therapien gemessen. Insgesamt wurden Daten von 481 Patienten aus 40 Fachpraxen untersucht. Weiterer Bestandteil der Untersuchung war die Frage nach Komplikationen im Behandlungsverlauf und die Frage der psychopharmakologischen Behandlung. Häufig wurden multiple Diagnosen gestellt. Die häufigsten Diagnosen waren Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) mit etwa 47%, affektive Störungen (F3) mit etwa 31%, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) mit etwa 11% und Verhaltensauffälligkeiten mit körperl. Störungen oder Faktoren (F5) mit etwa 6%. Der Ergebnisdarstellung liegt ein Kohortenvergleich von Patienten in unterschiedlichen Therapiephasen zugrunde. Die Effektstärken wurden mittels GSI für Verhaltenstherapie (VT), psychoanalytische Psychotherapien (PA) und tiefenpsychologische Psychotherapien (PT) bestimmt. Die Symptombelastung (GSI) beträgt für VT am Anfang der Therapie 1,0, für PT 1,1 und für PA 1,0. Die Effektstärken für VT betragen von Anfang bis Mitte der Therapie 1,27 und von Anfang bis Therapieende 0,9. Für PT betragen die Effektstärken 1,24 zur Therapiemitte und 0,9 zum Therapieende. Für PA ergaben sich Effektstärken von 1,25 zur Mitte und am Ende 0,9. Gesamt wurde die Symptombelastung (GSI) am Anfang mit 1,1 angegeben, die Effekstärke wurde zur Therapiemitte mit 1,25 und am Ende mit 0,9 angegeben.

Kommentar: Es fehlt ein anschließender Katamnesezeitpunkt im Anschluss an die abgeschlossenen Behandlungen und leider wurde die mittlere Stundenanzahl nicht erwähnt, sondern nur eine prozentuale Verteilung der Gesamtstunden

angegeben: so ist die Zahl der Behandlungen, die länger als 2,5 Jahre dauern, gering (ca. 15%) und mehr als die Hälfte der Behandlungen (über 50%) sind nach einem Jahr abgeschlossen worden.

3.1.11 Von Wietersheim et al. 2003

Diese Studie beforschte die Wirkung der Katathym-imaginativen Psychotherapie im ambulanten Bereich. Daten von 66 Patienten wurden zu Beginn, am Ende und 18 Monate nach der Therapie ausgewertet. Die Patienten wurden im Verhältnis von 2:1 in die Therapie- oder Wartekontrollgruppe (Patienten dieser Gruppe sollten erst nach einem halben Jahr mit der Therapie beginnen) eingeteilt. Darunter waren 53 Frauen und 13 Männer. Das Alter reichte von 18 bis 60 Jahren. Die Patienten litten überwiegend (62%) an depressiven Erkrankungen: 38% hatten eine neurotische Depression, 19% eine leichte oder mittelgradige depressive Episode, 5% eine rezidivierende depressive Störung. Etwa 10% hatten eine Angststörung, 9% eine Persönlichkeitsstörung, 5% eine Essstörung. Weitere Diagnosen waren Zwangsstörungen, somatoforme Störungen und psychosomatische Beschwerden. Die Patienten wurden von 30 Therapeuten eingebracht. Erhebungsinstrumente waren standardisierte Fragebögen (z.B. BL, BfS, TSD, STAI, FPI-R). Effektstärken größer 0,8 wurden erzielt (BL, BfS, TSD). Bei 55 von 66 Datensätzen lagen Informationen zur Dauer der Therapie vor. Diese variierten zwischen 19 und 160 Stunden (Mittelwert = 73,4 Stunden).

Kommentar: Anfänglich waren 140 Patienten rekrutiert worden. Es kam zu drop-outs von 74 Patienten. Wegen methodischen Problemen ist die Aussagekraft dieser Studie eingeschränkt. Beispielsweise ist das Wartekontroll-Design nur ansatzweise auswertbar, da zu wenige Daten von Patienten aus der Wartegruppe vorliegen.

3.2 Beantwortung der Fragestellungen

In diesem Abschnitt sollen die unter 1.8 gestellten Fragen beantwortet werden. Dazu werden die Fragen in der gestellten Reihenfolge beantwortet.

1. Wieviele naturalistische Studien in der BRD lassen sich mit geeigneten Literaturrechercheverfahren identifizieren?

Die hier angewendeten Literaturrechercheverfahren waren eine computergestützte systemische Recherche mit der Fachdatenbank PSYNDEX, eine Zeitschriftenrecherche in den unter 2.1 aufgeführten Zeitschriften und die Befragung von Experten.

Es wurden bei der PSYNDEX-Recherche 3 Studien gefunden. Die Zeitschriftenrecherche erbrachte 11 Studien. Durch den Expertenrat konnten 8 Studien identifiziert werden. Einige Studien wurden mehrfach gefunden. Nach Bereinigung der Mehrfachnennungen wurden insgesamt 12 Studien gefunden.

9 der 12 Studien sind unabhängige Studien, davon ist eine aus der deutschsprachigen Schweiz (Grünwald et al. 2008). Drei Studien sind mit Folgepublikationen (Brockmann, Gallas, Junkert-Tress).

2. Wie sind die Charakteristika der Stichproben dieser Studien:

a) Wie groß war die jeweilige Stichprobengröße?

Die Stichprobengröße der einzelnen Studien variiert sehr. Die kleinste Stichprobengröße ist mit 24 Patienten angegeben (Höschel K. 2006). Die größte Stichprobe beinhaltet 714 Patienten (Gallas et als. 2008 und 2010).

Der berechnete Mittelwert aller oben genannten Studien beträgt 117 Patienten pro Stichprobengröße. Eine Übersicht bietet Tabelle 5.

Tab. 5: Patientenanzahl der jeweiligen Psychotherapiestudien

VT: Verhaltenstherapie
TP: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
PA: Psychoanalyse
K-PT: kurz zeitige Psychotherapie (in Form von TP)
L-PT: lang zeitige Psychotherapie (in Form von TP)

		Anzahl Patienten
Brockmann et al. 2002 und 2006	PA VT Gesamt:	31 31 62
Gallas et al. 2008 und 2010	Gesamt:	714
Grande et al. 2006	PA TP Gesamt:	58 54 112
Grünwald et al. 2008	Gesamt:	88
Hecke et al. 2008	Gesamt:	112
Holm-Hadulla et al. 1997	K-PT L-PT Gesamt:	80 37 117
Junkert-Tress et al. 1999	Gesamt:	82
Junkert-Tress et al. 2001	Gesamt:	75
Leichsenring et al. 2005	Gesamt:	36
Scheidt et al. 1999	Gesamt:	706
Von Wietersheim et al. 2002	Gesamt:	66

b) Was waren die Diagnosen?

Die häufigsten Diagnosestellungen waren affekive Störungen (vor allem Depressionen), Persönlichkeitsstörungen, neurotische Störungen und somatoforme Störungen. In der Hälfte der Studien wurden Patienten mit verschiedenen Erkrankungen therapiert (z. B. multiple Diagnosegruppen in Grande et al. 2006). In den anderen Studien wurden Patienten mit bestimmten Erkrankungen eingeschlossen (z.B. Angst, Depression in von Wietersheim et al. 2003). Eine genaue Auflistung bietet Tabelle 6.

Tab. 6: Diagnoseverteilungen der häufigsten Beschwerden der jeweiligen Psychotherapiestudien in Prozent

	Diagnosen	
Brockmann et al. 2002	70% Depression	30% Angst
Brockmann et al. 2006	70% Depression	30% Angst
Gallas et al. 2008 und 2010	48% Affektive Störungen	43% Neurotische und somatoforme Störungen
Grande et al. 2006	66% Affektive Störungen, 40% Angststörungen	37% Somatoforme und 22% Neurotische Störungen
Grünwald et al. 2008	41% Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	36% Affektive Störungen
Hecke et al. 2008	38% Psychosomatischen Störungen, 32% Persönlichkeitsstörungen	30% Neurosen
Holm-Hadulla et al. 1997	100% Leidensdruck der Patienten (Depression, Angst, mangelndes Selbstwertgefühl)	
Junkert-Tress et al. 1999	38% psychosomatischen Störungen, 32% Persönlichkeitsstörungen	30% Neurosen
Junkert-Tress et al. 2001	36% Neurosen, 32% psychosomatischen Störungen	32% Persönlichkeitsstörungen
Leichsenring et al. 2005	69% Affektive Störungen, 50% Angststörungen	36% Somatoforme und 28% Neurotische Störungen
Scheidt et al. 1999	47% Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen, 31% Affektive Störungen	11% Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
Von Wietersheim et al. 2002	62% Depressiven Erkrankungen	10% Angststörung, 9% Persönlichkeitsstörung

3. Welche Therapieverfahren wurden angewendet?

Bei den oben genannten Psychotherapiestudien kamen am häufigsten Verhaltenstherapeutische Behandlungen, kurze und lange tiefenpsychologische Psychotherapien und psychoanalytische Therapien zum Einsatz (siehe auch Tabelle 7). Außerdem ist festzustellen, dass nur zu einem geringen Teil rein methodenzentriert gearbeitet wurde. Viel häufiger wurde eine Kombination unterschiedlicher Behandlungsverfahren praktiziert.

Tab. 7: Die zur Anwendung gekommenen Therapieverfahren der jeweiligen Psychotherapien

VT: Verhaltenstherapie
TP: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
PA: Psychoanalyse
a-PT: andere Psychotherapie (z.B. humanistische Psychotherapie)
CMP: Zyklisch-Maladaptive Muster nach dem Düsseldorfer SASB-Modell (Strukturale Analyse Sozialen Verhaltens)
KI-PT: Katathym-imaginative Psychotherapie

	Therapieverfahren					
Brockmann et al. 2002	VT	PA	-	-	-	-
Brockmann et al. 2006	VT	PA	-	-	-	-
Gallas et al. 2008 und 2010	VT	PA	TP	-	-	-
Grande et al. 2006	-	PA	TP	-	-	-
Grünwald et al. 2008	VT	PA	-	a-PT	-	-
Hecke et al. 2008	-	-	-	-	CMP	-
Holm-Hadulla et al. 1997	-	-	TP	-	-	-
Junkert-Tress et al. 1999	-	-	-	-	CMP	-
Junkert-Tress et al. 2001	-	-	-	-	CMP	-
Leichsenring et al. 2005	-	PA	-	-	-	-
Scheidt et al. 1999	VT	PA	TP	-	-	-
Von Wietersheim et al. 2002	-	-	-	-	-	KI-PT

4. Wie viele Therapeuten waren an der Studie beteiligt?

Die Anzahl der erfassten Therapeuten variierte zwischen 16 (Brockmann et al. 2002 und 2006) und 471 (Gallas et al. 2008 und 2010). Bei einer Studie wurde die Therapeutenanzahl nicht angegeben (Holm-Hadulla et al. 1997). Der Mittelwert der anderen Studien ergab 73,5 Therapeuten pro Studie. Eine Übersicht bietet Tabelle 8.

Tab. 8: Anzahl der Therapeuten, die die jeweiligen Psychotherapien durchführten

	Anzahl Therapeuten
Brockmann et al. 2002	16
Brockmann et al. 2006	16
Gallas et al. 2008 und 2010	471
Grande et al. 2006	48
Grünwald et al. 2008	24
Hecke et al. 2008	36
Holm-Hadulla et al. 1997	Keine Angabe
Junkert-Tress et al. 1999	36
Junkert-Tress et al. 2001	41
Leichsenring et al. 2005	21
Scheidt et al. 1999	40
Von Wietersheim et al. 2002	30

5. Wie war die Dauer der jeweiligen Therapie?

Die mittlere Dauer der jeweiligen Therapien variierten zwischen 15,5 Sitzungen (Holm-Hadulla et al. 1997) und 253 Sitzungen (Leichsenring et al. 2005). Scheidt et al. 1999 gab keine genaue Sitzungsanzahl an. Er erwähnte nur, dass die Zahl der Behandlungen, die länger als 2,5 Jahre dauerten gering (ca. 15%) sei.

Die Sitzungsdauer unterscheidet sich jeweils nach Art der angewendeten Psychotherapie. So betrug die Anzahl der Sitzungen bei tiefenpsychologischer Psychotherapie zwischen 15,5 Sitzungen (kurze tiefenpsychologische Psychotherapie in Holm-Hadulla et al. 1997) und 100 Sitzungen (Grande et al. 2006). Die psychoanalytische Psychotherapie variierte zwischen 21 Sitzungen (Leichsenring et al. 2005) und 209 Sitzungen (Brockmann et al. 2002 und 2006). Die Dauer der Verhaltenstherapie betrug zwischen 25 Sitzungen (Gallas et al. 2008) und 63 Sitzungen (Brockmann et al. 2002 und 2006).

Die Dauer der übrigen angewendeten Psychotherapiemethoden waren 25 Sitzungen in dem CMP/SASB-Modell (Hecke et al. 2008; Junckert-Tress et al. 1999 und 2001) und 73,4 Sitzungen bei der katathym-imaginativen Psychotherapie (Von Wietersheim et al. 2002).

Grünwald et al. 2008 gaben 45 Sitzungen an. Jedoch differenzierten sie nicht genauer nach den einzelnen Psychotherapiemethoden (analytische Psychotherapie, humanistische Psychotherapie und andere Psychotherapien) (Siehe auch Tabelle 9).

Tab. 9: Therapiedauer der jeweiligen Psychotherapien in Stunden

VT: Verhaltenstherapie
TP: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
PA: Psychoanalyse
PT: Psychotherapie
K-PT: kurzzeitige Psychotherapie
L-PT: langzeitige Psychotherapie

		Therapiedauer (Stunden)
Brockmann et al. 2002 und 2006	PA VT	209,0 63,0
Gallas et al. 2008 und 2010	PA VT TP	101,0 25,0 42,0
Grande et al. 2006	PA TP	150,0 25,0-100,0
Grünwald et al. 2008	PT	45,0
Hecke et al. 2008	PT	25,0
Holm-Hadulla et al. 1997	K-PT L-PT	15,5 50,3
Junkert-Tress et al. 1999	PT	25,0
Junkert-Tress et al. 2001	PT	25,0
Leichsenring et al. 2005	PT	253,0
Scheidt et al. 1999	PT	Keine Angabe
Von Wietersheim et al. 2002	PT	73,4

6. Was waren die eingesetzten Instrumente zur Messung des Therapieerfolgs?

Es wurden verschiedene Instrumente zur Messung des Therapieerfolgs eingesetzt. Diese waren Selbsteinschätzungsbögen, die die Patienten auszufüllen hatten, aber auch Fremdeinschätzungsbögen, welche von den Therapeuten ausgefüllt wurden. Es lässt sich eine Tendenz erkennen, wonach in den meisten Studien der SCL-90-R und IIP-D Verwendung fanden. In allen Studien wurden standardisierte Fragebögen eingesetzt. Eine Übersicht bietet Tabelle 10.

Tab. 10: Die am häufigsten eingesetzten Instrumente zur Messung des Therapieerfolgs in den jeweiligen Psychotherapiestudien

SCL-90-R: Symptom Check List
IIP-D: Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme
BSS: Beeinträchtigungsschwäre-Score
GAF: Global Assessment of Functioning Score
GAS: Goal-Attainment-Scaling
SKID: Strukturiertes klinisches Interview zur Diagnostik
VEV: Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens
WQB WHO Quality of Life
PSBF: Psychosozialer Fragebogen
FLZ: Fragebogen zur Lebenszufriedenheit
BL: Beschwerdeliste
BfS: Befindlichkeitsskala
TSD: Test zur Erfassung der Schwere einer Depression
STAI: State-Triat-Anger-Inventory
FPI-R: Freiburger Persönlichkeitsinventar

	SCL-90-R	**IIP-D**	**BSS**	**GAF**	**GAS**	**SKID**	**VEV**	**WQB**	**PSBF**	**FLZ**	**BL**	**BfS**	**TSD**	**STAI**	**FPT-R**
Brockmann et al. 2002	X	X	-	-	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brockmann et al. 2006	X	X	-	-	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gallas et al. 2008 und 2010	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grande et al. 2006	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grünwald et al. 2008	X	X	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-
Hecke et al. 2008	X	-	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Holm-Hadulla et al. 1997	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-
Junkert-Tress et al. 1999	X	-	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Junkert-Tress et al. 2001	X	-	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leichsenring et al. 2005	X	X	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	-	-	-
Scheidt et al. 1999	X	-	X	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-
Von Wietersheim et al. 2002	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	X	X	X	X

7. Wie waren die Ergebnisse der Therapien (Effektstärken)?

Die angegebenen und die nach der von Rustenbach (2003) unter 2.3 genannten Formel berechneten Effektstärken der jeweiligen Studien sind in Tabelle 11 aufgeführt. Es wurden die Effektstärken von Anfang bis direkt nach Ende der Therapie aufgelistet.

Insgesamt variieren die angegebenen Effektstärken von 0,55 (Junkert-Tress et al. 1999) bis 1,32 (Leichsenring et al.2005). Keine Angaben wurden in Gallas et al. 2008 und 2010 und in Scheidt et al. 1999 gemacht.

Die berechneten Effektstärken variieren insgesamt von 0,52 (Junkert-Tress et al. 1999) bis 1,5 (Leichsenring et al. 2005). Auffallend ist jedoch, dass die berechneten Effektstärken kaum von den angegebenen abweichen.

Tab. 11: Angegebene und berechnete Prä-Post-Effektstärken der jeweiligen Psychotherapiestudien

VT: Verhaltenstherapie
TP: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
PA: Psychoanalyse
PT: Psychotherapie
K-PT: kurzzeitige Psychotherapie
L-PT: langzeitige Psychotherapie

		angegebene Effektstärke	**berechnete Effektstärke**
Brockmann et al. 2002 und 2006	PA VT	0,95 0,88	1,03 0,96
Gallas et al. 2008 und 2010	PT	Keine Angabe	Keine Angabe
Grande et al. 2006	PA TP	1,21 1,29	1,20 1,28
Grünwald et al. 2008	PT	1,00	0,99
Hecke et al. 2008	PT	0,60	0,53
Holm-Hadulla et al. 1997	K-PT L-PT	0,94 1,13	0,93 1,11
Junkert-Tress et al. 1999	PT	0,55	0,52
Junkert-Tress et al. 2001	PT	0,66	0,69
Leichsenring et al. 2005	PT	1,32	1,5
Scheidt et al. 1999	PT	Keine Angabe	Keine Angabe
Von Wietersheim et al. 2002	PT	0,85	1,13

4 Diskussion

Unter 1.5 wurde die Diskussion der efficacy und effectiveness Studien besprochen. Die daraus resultierende Problematik, dass interne und externe Validität sich in einem zueinander gegenläufigen Verhältnis befinden (siehe z.B. die bubble hypothesis bei Gelso, 1979 oder das interpretability / generalizability dilemma bei Goldfried & Wolfe, 1996) führt dazu, dass sich deshalb Studien mit hoher interner Validität (efficacy Studien / RCTs) und Studien mit hoher externer Validität (effectiveness Studien / naturalistische Studien) ergänzen sollten (Lambert, Hansen & Finch, 2001; Lambert & Ogles, 2004; Leichsenring, 2004; Manz et al., 1995; Nübling et al., 2007; Tritt, Loew, Joraschky et al., 2005; Weisz et al., 1992; 1995). Die Fragestellung dieser vorliegenden Arbeit war es, eine Literaturübersicht über ambulante naturalistische Psychotherapiestudien in Deutschland zu erstellen und die gefundenen Studien näher zu analysieren und zusammenzufassen. Sie leistet als Literaturübersicht und systematischer Analyse einen Beitrag dazu, dass sich die efficacy und effectiveness Studien ergänzen.

Im Rahmen dieser Arbeit wurde die Effektivität ambulanter Psychotherapien in Deutschland untersucht. Dabei wurden gezielt nach naturalistischen Studien recherchiert. Zur Bewertung der Effektivität der gefundenen naturalistischen Studien wurden Effektstärken berechnet. Ferner wurde im Rahmen dieser Arbeit die Art der angewendeten Therapien, die Dosis und die Patientenzusammensetzung der jeweiligen Studie untersucht. Nach einer genauen Beschreibung der Rechercheergebnisse wurden die Fragestellungen beantwortet.

Es sollen daher die Methoden (4.1) und Ergebnisse (4.2) diskutiert werden. Ein Bezug zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung und auch zur epidemiologischen Forschung wird hergestellt und Forschungsausblicke werden formuliert (4.3).

4.1 Diskussion der Methoden

Zunächst sollen kritische Bemerkungen zu den verwendeten Methoden dargestellt werden, die Einfluss auf die Interpretation der Ergebnisse haben oder diese einschränken könnten.

4.1.1 Recherchemethoden

Die Literatursichtung umfasste den **Zeitraum** von 1980 bis 2009. Ein größerer Literatursichtungszeitraum hätte die Chance vergrößern können, mehr Studien zu finden. Anzumerken ist, dass die älteste Studie aus dem Jahr 1997 stammt (Holm-Hadulla et al. 1997). Es ist somit wenig wahrscheinlich, dass vor 1980 naturalistische Studien publiziert wurden. Auch die überprüften Literaturverzeichnisse erbrachten darauf keine Hinweise. Eine eindeutige Tendenz ist erkennbar, dass naturalistische Studien erst relativ spät in Deutschland durchgeführt wurden.

Die **Recherche** wurde mit der Fachdatenbank PSYNDEX durchgeführt, diese ist spezialisiert auf psychologische und psychotherapeutische deutsche Texte. Es wurden dabei die Schlüsselwörter „psychotherapy and outpatient“ verwendet. Die Überlegung hinter diesen Schlüsselwörtern war, dass möglichst viele ambulante Studien identifiziert werden sollten, in denen Psychotherapie zur Anwendung kam. Zu hinterfragen ist, ob diese Schlüsselwörter die geeignete Sensitivität hatten, um möglichst viele Studien einzubeziehen und möglichst wenige Studien auszugrenzen. Es ergaben 272 Treffer mit diesen Schlüsselwörtern, von denen nur 3 Studien die Auswahlkriterien erfüllten. Die große Anzahl von primären Resultaten lässt erahnen, dass die verwendeten Schlüsselwörter eine hohe Sensitivität hatten. Die jedoch verschwindend geringe Anzahl an Studien, die die Auswahlkriterien erfüllten, muss Anlass dazu geben, zu hinterfragen, ob die Spezifität für naturalistische Studien ausreichend war, oder ob es tatsächlich nicht möglich ist, mehr naturalistische Studien über PSYNDEX mit anderen spezifischeren Schlüsselwörtern zu identifizieren. Auch eine Freitextanalyse auf deutsch wäre möglich gewesen, hätte jedoch eine wesentlich größere Zahl von Treffern erbracht.

Für die **Zeitschriftenrecherche** wurden die oben unter 2.1 aufgelisteten Zeitschriften von 1980 bis 2009 gezielt nach relevanten Artikeln durchsucht. Dies sind die wichtigsten deutschsprachigen Zeitschriften in diesem Bereich.Außer in den oben genannten, wurden 2 Studien auch in anderen Zeitschriften identifiziert. Diese waren „Psychotherapy Research“ und „Der Nervenarzt“.

Kein Ergebnis erbrachte hingegen die Recherche in Praxis klinische Verhaltenstherapie und Rehabilitation als speziell verhaltenstherapeutischer Zeitschrift. Die gezielte Zeitschriftenrecherche ergab somit insgesamt 10 Studien.

Neben den bereits diskutierten Recherchemethoden (PSYNDEX, gezielte Zeitschriftenrecherche) wurden ergänzend **Experten** zu dem Thema dieser Arbeit und speziell zu „naturalistischen Studien in der ambulanten Psychotherapie“ befragt. Man muss die Expertenmeinung im Vergleich zu den beiden oben besprochenen Recherchemethoden sehen. Während der Literaturrecherche wurde versucht, möglichst objektiv die Artikel nach Studien zu untersuchen. Natürlich ist das „Übersehen“ oder „Falsch Interpretieren“ von Artikeln nicht ausgeschlossen. Auch gerade deshalb wurden Experten befragt, um die eigene persönliche Suche mit Meinungen Dritter zu ergänzen. Durch die Befragung von Experten wurde die momentan vorherrschende Psychotherapieforschung mit einbezogen. Folgende Autoren wurden genannt:

- Huber, Dorothea
- Leichsenring, Falk
- Leuzinger-Bohleber, Marianne
- Rudolf, Gerd
- Scheidt, Carl-Eduard
- Tress, Wolfgang

Wenn man die Anzahl der durch den Expertenrat gefundenen Studien (8 Studien) mit der Anzahl der durch die PSYNDEX-Recherche gefundenen Studien (3 Studien) vergleicht, so fällt auf, dass durch den Expertenrat mehr als doppelt so viele Studien identifiziert werden konnten. Der Expertenrat ist verglichen mit der PSYNDEX-Recherche als äußerst erfolgreich anzusehen.

Aufgrund von diesem Ergebnis muss die Frage gestellt werden, warum man mit der PSYNDEX-Recherche nicht deutlich mehr Studien identifizieren konnte. Schließlich bedient man sich einer elektronischen Suchmaschine, die Zugriff auf die relevanten deutschsprachigen Publikationen hat.

Eine mögliche Erklärung könnte eine ungenügende Sensitivität der PSYNDEX-Suchmaschine auf Schlüsselwörter wie „outpatient“ und „psychotheapy“ oder die Wahl der Schlüsselwörter gewesen sein. Jedoch erbrachte das Zurückverfolgen der key-words keine neuen key-words. Somit sind die verwendeten Suchbegriffe als sensitiv anzusehen.

Mehrere Autoren – so z.B. Gallas et al. 2008 - haben festgestellt, dass Studien zur Effektivität ambulanter Psychotherapie unter naturalistischen Bedingungen rar sind. Auch Grünwald stellt fest, dass es bisher wenige Praxisstudien zur Wirksamkeit systemischer, psychoanalytischer, psychodynamischer und verhaltenstherapeutischer sowie integrativer Psychotherapiemethoden unter naturalistischen Bedingungen gibt (Grünwald et al. 2008).

Demnach sollte ein geringes Rechercheergebnis nicht verwundern. Jedoch wurden noch 9 zusätzliche Studien über die anderen beiden Recherchemethoden identifiziert. Somit ist es nahe liegend, dass die hier durchgeführte PSYNDEX-Recherche allein nicht geeignet war, die Fragestellung angemessen zu beantworten und dass durch die PSYNDEX-Recherche alleine viel zu wenige Studien gefunden worden wären.

4.1.2 Auswertungskriterien

Die gefundenen Studien wurden nach folgenden **Kriterien** ausgewertet:

- Stichprobengröße
- Diagnosen
- Therapieverfahren
- Anzahl der Therapeuten
- Dauer der Therapie
- Instrumente, die zur Messung des Therapieerfolgs eingesetzt wurden
- Effektstärken

Mit diesen lassen sich die durchgeführten Studien relativ präzise beschreiben. Da die Studien sehr unterschiedlich sind, erscheint es wenig sinnvoll, weitere Kriterien, z.B. weitere Erfolgsparameter, genauere Stichproben- und Therapeutenbeschreibungen, zu vergleichen. Somit sind die in dieser Arbeit verwendeten Auswertungskriterien als sinnvoll und als äußerst ausreichend anzusehen.

4.2 Diskussion der Ergebnisse

Gegenstand dieses Kapitels ist die Bewertung und Interpretation der Ergebnisse zu den untersuchten Fragestellungen.

4.2.1 Wie viele naturalistische Studien in der BRD lassen sich mit geeigneten Literaturrechercheverfahren identifizieren?

Insgesamt wurden 12 Studien identifiziert. 9 der 12 Studien sind unabhängige Studien, davon ist eine aus der deutschsprachigen Schweiz (Grünwald et al. 2008). Drei Studien sind mit Folgepublikationen (Brockmann, Gallas, Junkert-Tress). Die geringe Zahl an naturalistischen Studien lässt folgende Hypothesen zu:

- Mit anderen modifizierten Rechercheverfahren ließen sich vielleicht zusätzliche Studien finden.
- Es gibt nur sehr wenige naturalistische Studien zu ambulanter Psychotherapie in der BRD.

Hiller et al. führte 1998 eine Literaturrecherche durch, um einen Überblick über die vorliegenden Studien zur verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlung von somatoformen Störungen zu geben. Dabei unterschied er zwischen RCT-Studien und nichtkontrollierten Studien. Es wurden sowohl deutsche wie auch angloamerikanische Studien eingeschlossen. Hiller schreibt über sieben nichtkontrollierte Studien, eine davon aus Deutschland (Rief et al. 1995), die jedoch stationäre Behandlungen untersuchten. Vergleicht man die vorliegende Arbeit mit den Ergebnissen von Hiller et al., fällt auf, dass in dieser vorliegenden Arbeit wesentlich

mehr Studien gesichtet wurden und dass nach Prüfen der Literaturverzeichnisse der Studien nicht mehr gefunden wurden. Außerdem schreiben weitere Autoren, dass Studien zur Effektivität ambulanter Psychotherapie unter naturalitischen Bedingungen rar sind (Gallas et al. 2008). Insgesamt bestätigt das Ergebnis der Literaturrecherchen die Annahme, dass es sehr wenige Wirksamkeitsstudien zur ambulanten Psychotherapie unter naturalistischen Bedingungen in Deutschland gibt.

4.2.2 Stichproben der identifizierten Studien:

a) Wie groß war die jeweilige Stichprobengröße?

Die Größe der Stichproben variierte von 24 Patienten (Höschel K. 2006) bis zu 714 Patienten (Gallas et al. 2008). Der errechnete Mittelwert aller Studien lag bei 117 Patienten. Insgesamt liegen Daten von 2232 Patienten vor. Trotz der Heterogenität der Studien ist diese Zahl so groß, dass aus ihr mit Vorsicht Verallgemeinerungen abgeleitet werden können.

b) Was waren die Diagnosen?

Die Diagnosen streuten breit (siehe auch Tabelle 6). Vergleicht man aber die Diagnosen der 12 gefundenen Studien mit Abbildung 1 unter 1.4 Häufigkeit psychischer Störungen, so fällt auf, dass sich die Diagnosen größtenteils gleichen. Am häufigsten wurden Patienten, die unter affektiven Störungen (überwiegend Depressionen), Angst, unipolarer Depression, Phobien, Persönlichkeitsstörungen und somatoformen Störungen litten, behandelt. Studien zur Alkoholabhängigkeit waren nicht mit einbezogen. Fraglich ist, ob die Häufigkeit der Diagnosen in den gefundenen Studien repräsentativ ist. Vergleicht man die Häufigkeiten der einzelnen Diagnosen mit den Zahlen aus dem GEK-Report 2007 (siehe auch 1.3 und 1.4), so fällt auf, dass auch hier der häufigste Anlass depressive Störungen (27%) gefolgt von Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (20,7%) sowie Angststörungen (16%) sind. Somit ist die Häufigkeitsverteilung der Diagnosen durchaus als repräsentativ anzusehen.

4.2.3 Welche Therapieverfahren wurden angewendet?

Bei den oben genannten Psychotherapiestudien kamen Verhaltens-

therapeutische Behandlungen, kurze und lange tiefenpsychologische Psychotherapien und psychoanalytische Therapien zum Einsatz (siehe auch Tabelle 7).

Scheidt et al. 1999 kam in seiner Arbeit zu dem Ergebnis, dass tiefenpsychologische Psychotherapien (54,1%) die am häufigsten angewendete Therapieform ist. Psychoanalytische Therapien (32%) und Verhaltenstherapeutische Therapien (13,9%) stellen die übrigen angewendeten Therapieformen dar. Außerdem stellte er fest, dass nur zu einem geringen Teil rein methodenzentriert gearbeitet wird. Viel häufiger wird eine Kombination unterschiedlicher Behandlungsverfahen praktiziert. So ist die Kombination von tiefenpsychologischer Psychotherapie und psychoanalytischer Psychotherapie am verbreitesten. Die Kombination von tiefenpsychologischer Psychotherapie und Verhaltenstherapie hingegen ist selten (Scheidt et al. 1999).

Andererseits führte Herold für den Bundesdurchschnitt aus dem Jahr 1993 folgende Zahlen auf:

36,3% Verhaltenstherapien (davon 23,7% kurze und 12,6% lange VT), 49,7% tiefenpsychologische Psychotherapien (davon 34,2% kurze und 15,5% lang PT) und 15% psychoanalytische Psychotherapien (Herold 1996).

Vergleicht man die Zahlen von Scheidt et al. 1999 mit denen von Herold 1996, so fällt auf, dass die Häufigkeit tiefenpsychologischer Psychotherapien insgesamt dem Bundesdurchschnitt entspricht. Jedoch ist die Verteilung von Kurz- und Langzeittherapien genau umgekehrt: So findet im Bundesdurchschnitt tiefenpsychologische Kurzzeitpsychotherapie doppelt so häufig Anwendung wie tiefenpsychologische Langzeitpsychotherapie. In der Untersuchung von Scheidt et al. 1999 sind dagegen tiefenpsychologische Langzeitpsychotherapien doppelt so häufig wie tiefenpsychologische Kurzzeitpsychotherapien. Außerdem unterscheiden sich die oben genannten Untersuchungen hinsichtlich eines relativ hohen Anteils psychoanalytischer Psychotherapien bei Scheidt et al. 1999.

Fraglich ist, wie diese gegenläufigen Zahlen erklärbar sind. Möglicherweise ist dies eine Folge der nicht-repräsentativen Zusammensetzung der therapeutischen Grundorientierungen der teilnehmenden Psychotherapeuten in Scheidt et al. 1999. Vergleicht man diese Zahlen mit denen aus Tab. 2 (Struktur der Psychotherapie-

Berechtigungen nach den Richtlinienverfahren zum 31.12.2004) unter 1.2.1 (Niedergelassene Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung), so fällt auf, dass Verhaltenstherapie und tiefenpsychologische Psychotherapien mit zusammen über 85% eindeutig den Großteil der Therapieformen darstellen. Eine abnehmende Tendenz der ausgeführten analytischen Psychotherapien ist ebenso anhand der oben genannten Tabelle ersichtlich.

Die TRANS-OP-Studie von Gallas et al. 2008 kam zu dem Ergebnis, dass 50,07% der Patienten Tiefenpsychologie, 17,70% analytische Psychotherapie und 32,21% Verhaltenstherapie erhalten.

Aus diesen unterschiedlichen Verteilungen wird deutlich, dass das Design der Studie eine große Rolle spielt. Die meisten durchgeführten naturalistischen Studien haben spezielle Auswahlkriterien (bestimmte Therapieformen, Krankenversicherung, Dauer und Form der Therapie, z.B. Langzeit oder Beratungsstelle). Andere Psychotherapiemethoden wie die katathym-imaginative Psychotherapie wurden von von Wietersheim et al. 2003 untersucht und das sogenannte CMP/SASB-Modells („Das Modell des Zyklisch-Maladaptiven Beziehungsmusters und der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens“, Tress et al. 1996) wurde von Junkert-Tress et al. 1999 und 2001 und von Hecke et al. 2008 beforscht.

4.2.4 Wie viele Therapeuten waren jeweils tätig?

Die Anzahl der Therapeuten variierte von 16 (Brockmann et al. 2002 und 2006) bis 471 (Gallas et al. 2008 und 2010). Bei einer Studie wurde die Therapeutenanzahl nicht angegeben (Holm-Hadulla et al. 1997). Der Mittelwert der anderen Studien ergab 73,5 Therapeuten pro Studie. Siehe auch Tabelle 8.

4.2.5 Wie war die Dauer der jeweiligen Therapie?

Die Dauer der jeweiligen Therapie streute von 15,5 Stunden (Holm-Hadulla et al. 1997) bis 209 Stunden (Brockmann et al. 2002 und 2006). Hinsichtlich der Dauer sind besonders die Trans-OP-Studie (Gallas et al. 2008 und 2010) und die Studie von Scheidt et al. 1999 interessant, da hier die Dauer nicht durch das Studiendesign vorgegeben wurde und verschiedene Therapieformen eingingen.

Diese entsprechen am ehesten der Praxis. Scheidt berichtete, dass die Mehrheit der Therapien (über 50%) nach einem Jahr abgeschlossen wurden. In der Studie von Gallas et al. dauerten die Therapien durchschnittlich 40 Sitzungen.

Kächele berichtete 1990 in „Wie lange dauert Psychotherapie?“, dass über 50% der Therapien in der universitären psychosomatischen Ambulanz der Universität Ulm nach 20 Sitzungen beendet waren. Nach 40 Sitzungen waren es 70%.

Vergleicht man die Zahlen von Gallas et al.2008 und 2010 mit denen von Kächele 1990, so fällt auf, dass die überwiegende Anzahl der Psychotherapien nach 20 bis 40 Sitzungen abgeschlossen wurden. Jedoch wurde bei Kächele 1990 die maximale Anzahl der Sitzungen auf 50 beschränkt und es wurden nur psychotherapeutische Kurztherapien und Verhaltenstherapien angewendet. Bei Gallas et al. 2008 und 2010 war die maximal Anzahl nicht vorgegeben. Zu hinterfragen bleibt, ob die Vorgabe er maximalen Sitzungszahl die Dauer der Therapien beeinflusst. Errechnet man den Mittelwert der Psychotherapiedauer in Gallas et al. 2008 und 2010 ohne PA, kommt man auf 33,5 Sitzungen.

Vergleicht man nun die 33,5 Sitzungen von Gallas et al. mit dem Ergebnis von Kächele, so ist festzustellen, dass beide Ergebnisse sich sehr ähnlich sind. Somit ist es auszuschließen, dass die Vorgabe von maximalen Sitzungsanzahlen die Therapiedauer beeinflussen. Außerdem lässt diese Ergebnis eine eindeutige Tendenz erkennen, dass die Mehrheit der Psychotherapien (ohne PA) zwischen 20 und 40 Sitzungen beendet werden. Siehe auch Tabelle 9.

4.2.6 Was waren die eingesetzten Instrumente zur Messung des Therapieerfolgs?

Die Messung des Therapieerfolgs erfolgte in allen Studien mit standardisierten Fragebögen. Es wurde eine Vielzahl an unterschiedlichen Fragebögen verwendet. Jedoch kamen GSI, IIP und GAS/GAF eindeutig am häufigsten zum Einsatz (siehe Tabelle 10).

Trotz der Diskussion einer Standartmessbatterie für die Psychotherapieforschung (Lambert, Hill 1994, McCullough 1994; Strupp, Horowitz, Lambert 1997) scheinen zumindest zwei Erhebungsinstrumente als besonders akzeptiert, die Symptomcheckliste von Derogatis (SCL-90-R, deutsche Übersetzung von Franke 1995) und

das auf dem Kieslerschen Kreismodell (Kiesler 1983) beruhende Inventar interpersoneller Probleme (IIP, Horowitz, Strauss, Kordy 1994), die von der SPR (Society of Psychotherapy Research) als eine Art psychotherapeutischer Kernmessverfahren angesehen werden und in den meisten naturalistischen Studien Anwendung finden (siehe auch Tabelle 19). Beide Fragebögen erlauben einen wiederholten Einsatz während des Therapieverlaufes, so dass Prä-Post-Vergleiche auf der Ebene einzelner Patienten wie auch der gesamten Stichprobe möglich werden. Somit ist die Begrenzung auf die oben aufgeführten Erhebungsinstrumente als vollkommen ausreichend anzusehen.

4.2.7 Wie waren die Ergebnisse der Therapien (Effektstärken)?

Alle Studien berichteten über positive Effektstärken der jeweils angewendeten Psychotherapieverfahren.. Cohen teilt die Effektstärken nach der tatsächlichen psychotherapeutischen Wirksamkeit ein (Cohen 1988). Demnach sind erzielte Effektstärken unter 0,2 nicht psychotherapeutisch wirksam. Effektstärken von 0,2 bis 0,5 sind gering wirksam, Effektstärken zwischen 0,5 und 0,8 mittelgradig wirksam und Effektstärken größer 0,8 sind sehr wirksam.

Untersucht man die in Tabelle 11 aufgeführten Effektstärken, so fällt auf, dass alle Prä-Post-Effektstärken zwischen 0,5 (Junckert-Tress et al. 1999) und 1,5 (Leichsenring et al. 2005) liegen. Nach Cohen sind folglich alle Psychotherapien der in dieser Arbeit untersuchten Studien wirksam. Die Wirksamkeit der jeweiligen Psychotherapieverfahren variiert zwischen mittelgradig und sehr wirksam. So berichten mehrere Autoren (Strauß 2001), dass die Effekte von Psychotherapie mit Werten zwischen 0,45 und 1,03 als stark zu bezeichnen sind. Ersichtlich wird, dass die in dieser Arbeit vorliegenden Effektstärken in diesem Bereich und sogar leicht darüber liegen. Somit ist nur die Schlussfolgerung zulässig, dass die zur Anwendung gekommenen Psychotherapiemethoden wirksam waren und mit ihrem jeweiligen Ergebnis eine gewisse Repräsentativität besitzen. Zugleich ist jedoch anzumerken, dass die Anzahl der untersuchten Studien ziemlich gering ist und für die Zukunft weitere naturalistische Studien notwendig sind, um eine endgültige Repräsentativität zu erlangen.

Das Errechnen der durchschnittlichen Effektstärke der untersuchen Psychotherapien erscheint als nicht sinnvoll, da es große Unterschiede in den jeweiligen Studiendesigns gab. So waren z.B. die Einschlusskriterien und Erkrankungen der Patienten und die Anzahl und Auswahl der Therapeuten recht unterschiedlich.
Außerdem ist anzumerken, dass die TRANS-OP-Studie von Gallas et al. (2008 und 2010) die methodisch beste war. Leider waren keine Post-Effektstärken angegeben worden, so dass es nicht möglich war, die Prä-Post-Effektstärken mit der angewendeten Formel von Rustenbach (2003) zu berechnen. Zu erkennen war aber, dass die Ergebnisse von Gallas et al. tendenziell in die Richtung der Ergebnisse der übrigen in Tabelle 11 aufgeführten Studien gehen.

4.3 Perspektiven für die weitere Psychotherapieforschung

Die Literatur verweist immer wieder auf die mangelnde Praxisforschung zur Versorgungslage psychischer Störungen. So kritisiert Leichsenring (2004), dass in der gegenwärtigen Psychotherapieforschung die Überprüfung der Wirksamkeit von Therapieformen unter natürlichen Bedingungen weitgehend fehlt und die derzeit anerkannten Therapieverfahren ihre Wirksamkeit streng genommen erst unter Laborbedingungen erwiesen haben.
Die Zunahme psychischer Erkrankungen, auf die epidemiologischen Studien hinweisen (Mathers & Loncan 2005), wird aus gesundheitsökonomischen Gründen Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie erfordern.
Derzeit beschränkt sich die aktuell gültige, gesetzlich beschlossene Qualitätssicherung auf ein Bemühen um allgemeine Standards für ein professionelles Vorgehen, wie z.B. die Erhebung einer biographischen Anamnese, Empfehlungen zur Verwendung diagnostischer Instrumente und die Kontrolle angemessener fachlicher Weiterbildung.
Damit wird die Ergebnisqualität der Psychotherapeuten nicht untersucht. Eine sinnvolle Erweiterung der Qualitätssicherung könnte die Erhebung von Daten zum Therapieerfolg und der Versorgung psychischer Störungen darstellen. Fydrich weist darauf hin, dass die Pychotherapie viele Jahre gebraucht habe, um in das System der

sozialrechtlich geregelten Gesundheitsversorgung integriert zu werden. Er merkt folgendes dazu an: „Daher ist es auch das Recht der Solidargemeinschaft der Versicherten und der einzelnen Patienten, über Qualität und Erfolg unserer Arbeit informiert zu werden“ (nach Bühring, 2008, S. 19).

RCT-Studien und Versorgungsforschung sollten dabei nicht gegeneinander gestellt, sondern ergänzend betrachtet werden, da beide von Bedeutung seien. Naturalistischen Studien kommt eine erhöhte externe Validität zu. Sie zielen auf generalisierbare Resultate ab (z.B. Grünwald & von Massenbach 2003; Komeda-Lutz et al. 2003; 2006).

RCT-Studien erreichen dagegen eine hohe interne Validität, dafür eine niedrige externe. Sie ermöglichen spezifische Aussagen zu spezifischen Fragen, die Resultate sind aber nicht ohne weiteres generalisierbar (siehe auch 2.4).

Die Psychotherapieforschung ist sich dieser Problematik der Vor- und Nachteile der beiden Studiendesigns bewusst. Der wissenschaftliche Diskurs tendiert neuerdings dazu, naturalistische Praxisstudien, welche mittels sorgfältig ausgesuchter Erhebungsinstrumente nicht nur Outcome-Forschung sondern auch Prozessmessungen zulassen, sowie ein Selbst- und Fremdrating kombinieren, gegenüber RCT-Studien aufzuwerten (Tschuschke, 2005a). Eine sorgfältig angelegte naturalistische Studie ermöglicht Verfahren, deren Vertreter sich den Anforderungen von RCTs nicht stellen wollen oder können, unter klinisch und ethisch angemessenen Bedingungen zu forschen und zu arbeiten. Ihre Ergebnisse können helfen, die Bewertung psychotherapeutischer Verfahren sowie die aus dieser Bewertung abzuleitenden Konsequenzen auf eine breitere, wirklichkeitsangemessene Grundlage zu stützen (Tschuschke et al. 1994, 1995, 1997, 1998; Tschuschke & Kächele 1998).

Die vorliegende Arbeit zur „Versorgungssituation und Untersuchungen zur Effektivität ambulanter Psychotherapien in Deutschland“ liefert einen Beitrag zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie, indem sie die naturalistischen Studien zur ambulanten Psychotherapie zusammenstellt und dadurch einen Überblick über die bisherige Forschung bietet.

Diese Arbeit ist als Bestandsaufnahme und als Überblick über die bisher

weitestgehend vernachlässigten „Effectiveness-Studies“ zu sehen.

Damit stellt diese Arbeit einen Schritt zu einer Erfassung der breit gefächerten Realität ambulanter Psychotherapie dar und möchte zu weiteren Qualitätsuntersuchungen über Psychotherapie in niedergelassenen Praxen mit naturalistischem Design anregen.

Weitere naturalistische Studien in ambulanten psychotherapeutischen Praxen wären wünschenswert und erforderlich, um die hier gefundenen Ergebnisse der jeweiligen Studien besser einordnen und bewerten zu können. Denn erst Vergleichsdaten aus mehreren naturalistischen Studien erlauben eine Einschätzung der behandelten psychischer Störungen und der tatsächlichen Effektivität ambulanter Psychotherapien in der psychotherapeutischen Versorgung.

Ein interessanter und viel versprechender Ansatz ist das sogenannte PAP-Konzept (Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz in Auftrag gegeben von der Schweizer Charta für Psychotherapie 2008).

Das PAP-Konzept bezweckt die wissenschaftlich korrekte Erfassung der Wirksamkeit verschiedener psychotherapeutischer Methoden, wie sie in der ambulanten Praxis tatsächlich stattfinden. Dabei werden alle Therapieverfahren mit denselben theorieübergreifenden Wirksamkeitskriterien untersucht und mit dem schulenspezifischen Vorgehen in Beziehung gesetzt. Eine solche Studie bietet den Nutzen, dass sie Aussagen zur gesundheitspolitischen Debatte über die Bedeutung der Vielfalt von Psychotherapiemethoden machen kann, die der Vielfältigkeit der Menschen, ihrer Persönlichkeitsunterschiede und Präferenzen entspricht.

Außerdem sind für nachfolgende Studien möglichst lange Katamnesezeiträume sowie vergleichbare, aussagekräftige Erfolgskriterien wünschenswert. Dabei erscheint es sinnvoll zu sein, objektive Kriterien des Funktionsniveaus von Patienten im Alltag zu Selbsteinschätzungen und Therapeuteneinschätzungen in Beziehung zu setzen und zu berücksichtigen. So sollten neben einer quantitativen Evaluation durch die Erfassung von Behandlungsmaßnahmen, Symptomatik, Befinden etc. außerdem qualitative Erhebungen durchgeführt werden, wie z.B. mit offenen biografischen Interviews. Untersuchungen zu diesen eben geschilderten Ansätzen, die sich mit der Qualität und dem Erfolg ambulanter Psychotherapie

befassen, sind jedoch arbeitsintensiv und kostenintensiv und werden bislang für ambulante Praxen nicht finanziert. Fraglich ist deshalb, wie praktisch tätige ärztliche und psychologische Psychotherapeuten - durch deren Mitarbeit eine versorgungsnahe Forschung realisierbar wäre - mit in diese Untersuchungen eingebunden sein werden. Um diese Situation zu erreichen müssten ebenso universitäre Forschungsprojekte, die die Praxisforschung fördern und begleiten könnten, wie die Krankenkassen, die an der Sicherung einer effektiven Versorgung psychischer Störungen interessiert sein dürften, eine enge Partnerschaft eingehen und die Psychotherapieforschung auf dem Gebiet der „Effectiveness-Studies“ deutlicher erweitern als es momentan der Fall ist.

Eine weitere zur Zeit laufende naturalistische Studie zum Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie in Deutschland ist das sogenannte „TK-Modell“, welches durch Professor Lutz (Lutz 2010) von der Universität Trier betreut wird. Das „TK-Modell“ stellt ein Pilotprojekt der Techniker Krankenkasse dar.

Dabei wird über dreieinhalb Jahre in ausgewählten Regionen ein internetgestütztes Rückmeldungssystem zur Qualitätssicherung von psychotherapeutischen Behandlungen erprobt. Mit Hilfe von Fragebögen zu unterschiedlichen Themenkreisen sollen Patient und Therapeut detailliertere Informationen als bisher zur Erkrankung, zum Verlauf sowie zu den Ergebnissen der Behandlung erhalten.

Die laufende Studie „Langzeittherapie bei chronischen Depressionen (LAC)“ (Leuzinger-Bohleber et al. 2010) beforscht in einer prospektiven randomisierten Studie die Wirksamkeit psychoanalytischer Langzeitbehandlungen verglichen mit kognitiven Verhaltenstherapien. Das Studiendesign ist wie folgt aufgebaut:

Geplant ist eine Stichprobe von 240 bis 300 Patienten. Je die Hälfte (120 Patienten) der 240 Patienten sollen je nach Präferenz in eine randomisierte oder nicht-randomisierte Untergruppe eingeteilt werden. Danach sollen die jeweils 120 Patienten entsprechend randomisiert oder indiziert je zur Hälfte (60 Patienten) VT oder PA erhalten. Aktuell laufen die Vorstudien zur Depressionsstudie seit 4 Jahren. Inzwischen befinden sich 25 chronisch depressive Patienten in Psychoanalysen oder psychoanalytischen Langzeitbehandlungen. Am 1.6.2007 wurde mit der Hauptuntersuchung begonnen.

Abschließend ist noch die „Münchner Psychotherapiestudie (MPS)“ (Huber et al. 2010) zu erwähnen:

Die MPS ist eine Therapievergleichsstudie der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der TU München, die mit einem praxisnahen und gleichzeitig experimentellen Design die differenziellen Prozesse und Effekte von Psychoanalyse, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und Verhaltenstherapie an einer möglichst homogenen Stichprobe von insgesamt 105 depressiven Patienten untersucht werden sollen. Die Behandlungen aollen von niedergelassenen, erfahrenen Therapeuten mit abgeschlossener Ausbildung und langjähriger Berufserfahrung (vorwiegend Therapeuten der Akademie) durchgeführt werden. Die auf den Ergebnis-Teil bezogene Untersuchungsmethodik soll quantitative und qualitative Methoden umfassen. So soll ein Schwerpunkt der Studie die Erfassung der spezifischen, von der Psychoanalyse postulierten Veränderungen (strukturelle Veränderung) sein. Erste Ergebnisse weisen auf sehr hohe Effektstärken für die psychoanalytischen Langzeittherapien, und zwar auf der symptomatischen und der interpersonellen Ebene sowie vor allem auch im Hinblick auf strukturelle Veränderung.

5 Zusammenfassung

Fragestellungen: In dieser Arbeit „Versorgungssituation und Untersuchungen zur Effektivität der ambulanten Psychotherapie in Deutschland“ wurden sieben Fragestellungen untersucht.
Im Zentrum stand die Frage, wie viele naturalistische Studien zur ambulanten Psychotherapie in Deutschland sich mit geeigneten Methoden identifizieren lassen.
Die anderen Fragestellungen untersuchten Stichprobengröße, Diagnosenverteilung, Therapieverfahren, Anzahl der Therapeuten, Dauer der jeweiligen Therapie, Instrumente zur Messung des Therapieerfolgs und Effektstärken der Therapien.

Methode: Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine Literaturrecherche. Es wurden die Jahre 1980 bis 2009 untersucht. Folgende Methoden wurden zur Recherche herangezogen:

1. Eine systemische computergestützte Literaturrecherche mit der Psychologischen Fachdatenbank (PSYNDEX) unter der Verwendung der Schlüsselwörter „psychotherapy and outpatient“.
2. Eine gezielte Recherche nach Artikeln in Facheitschriften.
3. Das Befragen von Experten zu dem Thema naturalistische Studien zur ambulanten Psychotherapie in Deutschland.

Artikel wurden nach Lesen des Abstracts oder in zweifelhaften Fällen nach Lesen des Artikels in die weitere Auswertung aufgenommen.
Auswertungskriterien waren Stichprobengröße, Diagnosen, Therapieverfahren, Anzahl der Therapeuten, Dauer der Therapie, Instrumente zur Messung des Therapieerfolgs und Effektstärken.

Ergebnisse: Es wurden insgesamt 12 Studien mit den oben genannten Rechercheme-thoden identifiziert.
Der berechnete Mittelwert pro Stichprobengröße aller Studien beträgt 117 Patienten.
Die häufigsten Diagnosestellungen waren affekive Störungen (vor allem Depressionen), Persönlichkeitsstörungen, neurotische Störungen und somatoforme

Störungen. Bei den gefundenen Psychotherapiestudien kamen Verhaltenstherapeutische Behandlungen, kurze und lange tiefenpsychologische Psychotherapien und psychoanalytische Therapien zum Einsatz. Durchschnittlich waren 73,5 Therapeuten pro Studie tätig.
Dabei wurden in allen Studien standardisierte Fragebögen eingesetzt. Tendenziell fanden in den meisten Studien die Symptom Check List (SCL-90-R) und das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D) Verwendung.
Die Sitzungsdauer unterscheidet sich jeweils nach Art der angewendeten Psychotherapie. Die mittlere Dauer der jeweiligen Therapien variierten zwischen 15,5 Sitzungen und 253 Sitzungen.

Diskussion: Es wurde bewiesen, dass naturalistische Studien zur ambulanten Psychotherapie in Deutschland äußerst rar sind und dass keine Übersichten über die bisher durchgeführten Studien auf diesem Gebiet gefunden werden konnten.
Bezüglich der Generalisierbarkeit muss bedacht werden, dass durch eine Modifikation der Recherchemethoden vielleicht mehr Studien gefunden werden könnten. Jedoch erhärtet die Literatur das Ergebnis der vorliegenden Arbeit, dass es nur sehr wenige naturalistische Studien zur ambulanten Psychotherapie in Deutschland gibt und dass die Versorgungsforschung großen Nachholbedarf auf dem Gebiet der Effectiveness-Studies von Psychotherapien hat. Die naturalistischen Wirksamkeitsstudien zu ambulanter Psychotherapie stehen in Deutschland also noch an ihrem Anfang. Außerdem müssen die bisher dominierenden Randomized Clinical Trials (RCTs) mit den Effectiveness-Studies im Kontext zueinander gesehen und miteinander verglichen werden, damit die tatsächlich praxisnahe Versorgungslage korrekt analysiert werden kann.
Zudem wurde erstmals eine Literaturübersicht über die bisherigen naturalistischen Studien zu ambulanter Psychotherapie in Deutschland zwischen 1980 und 2009 erstellt und soll als Ermunterung dienen, weitere ähnliche Literaturrecherchen durchzuführen, um die genaue Lage der Qualitätsforschung in der Bundesrepublik Deutschland zu analysieren.

6 Literaturverzeichnis

1. Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2007): Psychiatrie in Deutschland - Strukturen, Leistungen, Perspektiven. Gesundheitsministerkonferenz der Länder (Hrsg). http://www.gmkonline.de/?&navbeschluesse_80&id80_10.02 (31.07.2009).

2. Benchmarking im Gesundheitswesen (BIG) Benchmarking in der psychiatrischen Akutbehandlung. http://www.benchmarkingqm.de/FachThema/Projekte/akutbehandlung/ergebnisse.htm (31.07.2009).

3. Berliner Blätter für Psychoanalyse und Psychotherapie (2009): Berufs- und Sozialrechtliche Regelungen für Psychotherapeuten. http://www.bbpp.de/gesetze2000/gutachterkbv.htm (31.07.2009).

4. Borchers H. (2004): Information zur Kostenerstattung. Was tun, wenn die psychotherapeutische Versorgung nicht gewährleistet ist? Psychotherapeutenjournal 2, 194-195.

5. Bortz J., Döring N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4. Auflage. Heidelberg: Springer.

6. Brockmann J., Schlüter Th., Brodbeck D., Eckert J. (2002): Die Effekte psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapien. Psychotherapeut 47, 347-355.

7. Brockmann J., Schlüter Th., Eckert J. (2006): Langzeitwirkungen psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Langzeitpsychotherapien. Psychotherapeut 51, 15-25.

8. Buchkremer G. und Klingberg S. (2001): Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie? Zur Diskussion um Leitlinien für die Psychotherapieforschung. Der Nervenarzt, 72, 20-30.

9. Bühring P. (2003): Psychotherapeutische Versorgung: Mangel an Therapieplätzen. Deutsches Ärzteblatt (PP), 2, 303-305.

10. Bühring P. (2007): Menschen mit Depressionen – Nur eine Minderheit wird optimal behandelt. Deutsches Ärzteblatt (PP), 11, 505.

11. Bühring P. (2008): Das Gespräch: Der Erfolg von Psychotherapie ist messbar. Die Bedeutung der Versorgungsforschung in der Psychotherapie nimmt zu. Über die Themen der Versorgungsforschung, ihren Sinn und die Abgrenzung zur klinischen Forschung. Deutsches Ärzteblatt (PP), 1, 18-20.

12. Bundesministerium der Justiz (1998): Psychotherapeutengesetz (PsychThG).
http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/psychthg/gesamt.pdf
(31.07.2009).

13. Bundespsychotherapeutenkammer (2006): Pressemitteilung: Psychotherapie – eine der erfolgreichsten Behandlungen des 21. Jahrhunderts.
http://www.bptk.de/presse/pressemitteilungen/139287.html (31.07.2009).

14. Cohen J. (1988): Statistical power analysis for the behavorial sciences. 2nd dition Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.

15. DAK Versorgungsmanagement (2005): DAK-Gesundheitsreport 2005.
http://www.presse.dak.de (31.07.2009).

16. Danner M., Matzat J. (2007): Zur Weiterentwicklung der Psychothera-

pie aus Patientensicht – oder: das Unbehagen im Gemeinsamen Bundesausschuss. Forum Psychotherapeutischer Praxis, 7, 76-77.

17. Eckert J. (2006): Gesprächspsychotherapie im stationären Rahmen. In Eckert J., Biermann-Ratjen E.-M. und Höger D. (Hrsg.), Gesprächspsychotherapie: Lehrbuch für die Praxis, 409-414. Heidelberg: Springer.

18. Franke G. (1995): SCL-90-R, Die Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis, deutsche Version, Manual. Göttingen: Beltz.

19. Frohburg I. (2004a): Argumente für die Aufnahme der Gesprächspsychotherapie in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Psychotherapeutenjournal, 4, 320-326.

20. Frohburg I. (2004b): Katamnesen zur Gesprächspsychotherapie. Überblicksarbeit. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 33, 196-208.

21. Frohburg I. (2007): Zwölf Beiträge zum sozialrechtlichen Anerkennungsverfahren der Gesprächspsychotherapie. Köln: GwG-Verlag.

22. Fydrich T., Nagel A., Lutz W. (2003): Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse. Verhaltenstherapie, 13, 291-295.

23. Fydrich T., Schneider W. (2007): Evidenzbasierte Psychotherapie. Psychotherapeut, 52, 55-68.

24. Gallas C., Kächele H., Kraft S., Kordy H., Puschner B. (2008): Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie. Psychotherapeut 53, 414-423.

25. Gallas C., Puschner B., Kühn A., Kordy H. (2010): Dauer und Umfang ambulanter Psychotherapie und Implikationen für die Versorgungspraxis. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychotherapie, 60, 5-13.

26. GEK (2007). GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2007. http://media.gek.de/downloads/magazine/GEK-Report-Ambulant-aerztliche-Versorgung-2007.pdf (31.07.2009).

27. Gelso C. J. (1979): Research in counseling: methodological and professional issues. The Counseling Psychologist, 8, 7-35.

28. Goldfried M. R., Wolfe B. E. (1996): Psychotherapy practice and research. Repairing a strained alliance. American Psychologist, 51, 1007-1016.

29. GPT - Verbände (ÄGG, DPGG und GwG) (2006): Gemeinsame Stellungnahme zum Bewertungsverfahren der Gesprächspsychotherapie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss/Unterausschuss Psychotherapie. http://www.psychotherapeuten-journal.de (31.07.2009).

30. Grande T., Dilg R., Jakobsen Th., Rudolf G. (2006): Differentielle Effekte von zwei Arten psychoanalytischer Therapie: Die Heidelberg-Berlin-Studie. Psychotherapy Research, 16, 470-485.

31. Grawe K., Donati R., Bernauer F. (2001): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. 5. Aufl., Hogrefe, Göttingen, 238-240 und 735.

32. Grünwald H. S., von Massenbach K. (2003): Ergebnisqualität

ambulanter systemischer Therapie – Eine Multizenterstudie in der deutschsprachigen Schweiz. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychotherapie, 53, 326-333.

33. Grünwald H .S., Kiss A. Z., Keller Ch. (2008): Ergebnisqualität methodenübergreifender ambulanter Psychotherapie – Eine Wirksamkeitsstudie in der deutschsprachigen Schweiz. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 58 , 387-394.

34. Hecke D., Hardt J., Tress W. (2008): Zur Effektivität und klinischen Relevanz psychodynamischer Kurztherapie: Das Düsseldorfer Kurzzeittherapieprojekt (seit 1991). Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 54, 107-131.

35. Heekerens H.-P. (2005): Vom Labor ins Feld. Die Psychotherapieevaluation geht neue Wege. Psychotherapeut, 50, 357-366.

36. Heekerens H.-P., Ohling M. (2005): Therapieevaluation – eine Sach- und Beziehungsklärung. Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung, 1, 5-11.

37. Heisig U., Littek W. (2003): Der schwierige Weg zur Profession – Zur Lage der niedergelassenen Psychotherapeuten im Jahr 2 der neuen Zeit. Psychotherapeutenjournal, 1, 7-19.

38. Hentze K.-O. (2005): Die Stellung der TK-Regelung in der psychotherapeutischen Versorgung (Vortrag auf dem 2. Berliner Landespsychotherapeutentag). Unveröffentlicht, persönliche Mitteilung.

39. Hentze K.-O. (2006): Die unendliche Geschichte der bisherigen Entwicklung des Verfahrens zur sozialrechtlichen Anerkennung der Ge-

sprächspsychotherapie. 6. GwG-Fortbildungstage, Mainz, Persönliche Mitteilung.

40. Hentze K.-O. (2007): Chronologie der Gesprächspsychotherapiebewertung – die unendliche Geschichte. http://www.psychotherapeutenjournal.de (31.07.2009).

41. Herold R. (1996): „Utopische“ und „tatsächliche“ Kosten analytischer Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung. ZpsychoanalTheorPrax 10, 462-480.

42. Hiller W., Rief W. (1998): Therapiestudien zur Behandlung von Patienten mit somatoformen Störungen: Ein Literaturüberblick. Verhaltenstherapie 8, 125-136.

43. Hofmeister B. (im Druck): The Person Centered Approach in Germany: To Cut a Long Story Short. Person-Centered & Experiential Psychotherapies.

44. Holm-Hadulla R., Söder U. (1995): Psychische Störungen bei Studierenden und bei Patienten einer psychotherapeutischen Beratungsstelle. In: Deutsches Studentenwerk (Hrsg.): Forum für Psychotherapeutische Beratung und Kurztherapie. Bonn.

45. Holm-Hadulla R., Kiefer L., Sessar W. (1997): Zur Effektivität tiefenpsychologisch fundierter Kurz- und Psychotherapien. Psychotherapie, Psychsomatik, medizinische Psychologie, 47, 271-278.

46. Horowitz L. M., Strauss B., Kordy H. (1994): Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme. Manual. Weinheim: Beltz.

47. Huber D., Klug G. Brüning-Bernet L., Breit J. (2010): Die Münchner Psychotherapiestudie (MPS). http://www.psychoanalyse-muenchen.de/WISSENSCHAFT2.htm (19.02.2010).

48. Huber O. (2005): Das psychologische Experiment: Eine Einführung. Bern: Huber.

49. Humprey K., Weisner C. (2000): Use of exclusion criteria in selecting research subjects and its effect on the generalizability of alcohol treatment outcome studies. American Journal of Psychiatry, 157 , 588-594.

50. Jacobi F., Wittchen H.-U., Hölting C., Höfler M., Pfister H., Müller N., Lieb R. (2004): Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). Psychological Medicine, 34, 597-611.

51. Jacobson N. S., Christensen A. (1996): Studying the effectiveness of psychotherapy. How well can clinical trials do the job? American Psychologist, 51, 1031-1039.

52. Junkert-Tress B., Tress W., Scheibe G., Hartkamp N., Maus J., Hildenbrand G., Schmitz N., Franz M. (1999): Das Düsseldorfer Kurzzeittherapie-Projekt (DKZP). Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 49, 142-152.

53. Junkert-Tress B., Schnierda U., Hartkamp N., Schmitz N., Tress W. (2001): Effects of short-term dynamic psychotherapy for neurotic, somatoform, and personality disorders: A prospective 1-year follow-up study. Psychotherapy Research, 11, 187-200.

54. Kächele H. (1990): Wie lange dauert Psychotherapie? Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie, 40, 148-151.

55. Kallert T. W., Schutzwohl M. (2002): Klientel, Bewertung und Effektivität tagesklinischer psychiatrischer Behandlung: Konsequenzen aus vorliegenden Forschungsergebnissen. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 3, 144-153.

56. Kassenärztliche Bundesvereinigung (1999): Frequenzstatistiken zu abgerechneten Leistungen 1999. KBV, Köln.

57. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2006): Struktur der Ärztestatistik, Stand 31.12.2004. KBV, Köln.

58. Kiesler D. J. (1983): The 1982 Interpersonal Circle: A taxonomy for the complementary in human transactions. Psychological Review, 90, 185-214.

59. Komeda-Lutz M., Kaschke M. (2003): Zwischenergebnisse zur Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien. Eine Multizenterstudie in Deutschland und der Schweiz. Psychotherapie Forum, 11, 70-79.

60. Komeda-Lutz M., Kaschke M. (2006): Evaluation der Wirksamkeit von ambulanten Körperpsychotherapien – EWAK. Eine Multizenterstudie in Deutschland und der Schweiz. Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie, 56, 480-487.

61. Kommer D. und Wittmann L. (2002): Auf dem Weg zu einer Bundespsychotherapeutenkammer – Historische Ausgangspunkte und Perspektiven für eine Bundesvertretung der Psychologischen Psychotherapeuten

und der Kinder- und Jugendlichentherapeuten. Psychotherapeutenjournal, 0, 22-35.

62. Könning J. (2007): Die Versorgungssituation im Bereich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der Bundesrepublik. Forum Psychotherapeutische Praxis, 7, 62-66.

63. Laireiter A. R. (2003): Qualitätsmanagement in der Verhaltenstherapie-Praxis. In: Härter M., Linster H. W., Stieglitz R. D. (Hrsg) Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. Grundlagen, Methoden, Anwendung. Hogrefe-Verlag, Göttingen, 213-237.

64. Lambert M. J., Hill C. (1994): Assessing psychotherapy outcomes and processes. In: Garfield S. and Bergin A. (Eds.) Handbook of psychotherapy and behavior change 4th edition, 72-113. New York: John Wiley and Sons.

65. Lambert M. J., Hansen N. B., Finch A. E. (2001): Patient-focused research: using patient outcome data to enhance treatment effects. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69, 159-172.

66. Lambert M.J., Ogles B.M. (2004): The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), Handbook of psychotherapy and behavior change. 5th edition, 139-193. New York: Wiley.

67. Legewie H. (2000): Goldstandard für die Psychotherapieforschung: Kontrollierte oder ökologisch valide Studien?. Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung, 2, 125-128.

68. Leichsenring F. (2004): „Empirically supported treatments“: Wissenschaftstheoretische und methodische Aspekte kontrollierter vs. naturalistischer Studien. Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie

und Psychotherapie, 52, 209-222.

69. Leichsenring F., Biskup J., Kreische R., Staats H. (2005): The Göttingen study of psychoanalytic therapy: First results. International Journal of Psychoanalysis, 86, 433-455.

70. Leuzinger-Bohleber M., Deserno H., Bahrke U. (2010): Langzeittherapie bei chronischen Depressionen (LAC). http://www.sfifrankfurt.de/forschung/forschungsfeld2/depressionsstudie/projektbeschreibung.html (19.02.2010).

71. Linden M., Maier W., Achberger M., Herr R., Helmchen H., Benkert O. (1996): Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland. Ergebnisse aus einer Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Der Nervenarzt, 67, 2058-2150.

72. Linden M. (2003): Epidemiologie und Therapie depressiver Störungen. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 49, 333-346.

73. Löcherbach P., Henrich T., Kemmer H. (1999): Entwicklung von Indikatoren zur Bedarfsermittlung und Angebotsplanung in der ambulanten Psychotherapie - Ergebnisse einer Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 31, 615-643.

74. Lutz W. (2010): Das TK-Modell. http://www.unitrier.de/index.php?id=13123 (19.02.2010).

75. Mackay H. C., Barkham M., Rees A. (2003): Appraisal of published reviews of research on psychotherapy and counseling with adults 1990-1998.

J Consult Clin Psychol, 71, 652-656.

76. Manz R., Henningsen C., Rudolf G. (1995): Methodische und statistische Aspekte der Therapieevaluation am Beispiel der Berliner Psychotherapiestudie. Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie, 45, 52-59.

77. Mathers C. D. & Loncan D. (2005): Updated projections of global mortality and burden of desease, 2002-2030: Data sources, methods and results, WHO.
http://www.who.int/topics/global_burden_of_desease/en/ (31.07.2009).

78. McCullough L. (1994): Standard and individualized psychotherapy outcome measures: A core battery. In: Talley F., Strupp H., Butler S. (Eds.), Psychotherapy Research and Practice. A Handbook or clinical practice. New York: Basic, 469-496.

79. Merod F .R., Vogel H. (2003): Gutachterverfahren. In: Härter M., Linster H. W., Stieglitz R. D. (Hrsg) Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. Grundlagen, Methoden, Anwendung. Hogrefe- Verlag, Göttingen, 189-209.

80. Mertens W. (1994): Psychoanalyse auf dem Prüfstand? Zur empirisch verkleideten Berufspolitik von Klaus Grawe. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 40, 353-368.

81. Meyer C., Rumpf H.-J., Hapke U., Dilling H., John U. (2000): Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse der TACOS-Studie. Der Nervenarzt, 71, 535-542.

82. Moher D., Cook D. J., Eastwood S., Olkin I., Rennie D., Stroup D. F.

(1999): Improving the qualitiy of reports of meta-analyses of randomised controlled trials: the QUOROM statement. Lancet, 354, 1896-1900.

83. Morrison K .H., Bradley R., Westen D. (2003): The external validity of controlled clinical trials of psychotherapy for depression and anxiety: a naturalistic study. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 76, 109-132.

84. Mulder R. T., Frampton C., Joyce P. R., Porter R. (2000): Randomized controlled trials in psychiatry. Part II: their relationship to clinical practice. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37 , 265-269.

85. Mundt C., Backenstraß M. (2001): Perspektiven der Psychotherapie-forschung. Der Nervenarzt, 72, 11-19.

86. Nübling R., Munz D., Klett M. (2007): Stellungnahme der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg zum Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie „Verfahrensregeln des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren in der Psychotherapie“. Version 2.0 vom 8.12.2006.
http://www.lpkbw.de/archiv/news2007/pdf/070301_lpkbw_zu_methodenpapier_wbp.pdf (31.07.2009).

87. Oxman A. D., Guyat G. H. (1988): Guidelines for reading review articles. CMAJ, 138, 697-703.

88. Reisch M., Rayman T, Nübling R. (2007): Zur regionalen Struktur der psychotherapeutischen/psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Baden - Württemberg. Psychotherapeutenjournal, 2, 129-138.

89. Retzlaff R. (2007): Kommentar zum Artikel von D. Russell Crane „Effektivitätsstudien zu den Kosten von Familientherapie“. Psychotherapeutenjournal, 1, 25-26.

90. Rief W., Hiller W., Geissner E., Fichter M. M. (1995): A two-year follow-up study of patients with somatoform disorders. Psychosomatics, 36, 376-386.

91. Rüger B. (1994): Kritische Anmerkungen zu den statistischen Methoden in Grawe, Donati und Bernauer: „Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession.“ Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 40, 368-384.

92. Rüger U., Dahm A., Kallinke D. (2003): Kommentar Psychotherapie-Richtlinien (6. Aufl., hrsg. von Faber F. R. und Haarstrick R.). München: Urban und Fischer.

93. Rustenbach S. J. (2003): Metaanalyse: Eine anwendungsorientierte Einführung. Huber, Bern. 1. Auflage.

94. Scheidt C. E., Seidenglanz K., Dieterle W., Hartmann A., Bowe N., Hillenbrand D., Scudlek G., Strasser F., Strasser P., Wirsching M. (1999): Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Ergebnisse einer Untersuchung in 40 psychotherapeutischen Fachpraxen Teil 2: Behandlungsverlauf und Behandlungsergebnisse. Psychotherapeut, 44, 83-93.

95. Scheidt C. E., Burger T., Strukely S., Hartmann A., Fritzsche K., Wirsching M. (2003): Treatment selection in private practice psychodynamic psychotherapy: A naturalistic prospective longitudinal study. Psychotherapy Research, 13, 293-305.

96. Schildt H. (2007): Vom „nichtärztlichen“ zum Psychologischen Psychotherapeuten / KJP. Psychotherapeutenjournal, 2, 118-128.

97. Schulz H., Barghaan D., Harfst T., Koch U. (2008): Psychotherapeutische Versorgung. Aus „Gesichtserstattung des Bundes“ Heft 41, Robert-Koch-Institut/Statistisches Bundesamt.

98. Schweizer Charta für Psychotherapie (2008): Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz. http://www.psychotherapieforschung.ch/Downloads/Konzept-PAP-S.pdf (31.07.09).

99. Seidler K .P., Garlipp P., Brüggemann B. (2001): Evaluation und Qualitätskontrolle tagesklinischer Behandlung. Sozialpsychiatrische Informationen 31 (Sonderheft), 37-44.

100. Seligman M. (1995): The Effectiveness of Psychotherapy – The Consumer Reports Study. American Psychologist, 50, 965-974.

101. Statistisches Bundesamt (2006) IS-GBE: Ärztestatistik der Bundesärztekammer 2005. Wiesbaden.

102. Statistisches Bundesamt (2005): Bevölkerungsstatistik nach Altersgruppen und Ländern, Stand 31.12.2004. Wiesbaden.

103. Stirman S. W., DeRubeis R. J., Crits-Christoph P., Brody P. E. (2003): Are samples in randomised controlled trials of psychotherapy representative of community outpatients? A new methodology and initial findings. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71, 963-972.

104. Strauß B. (2001): Abschied vom Dodo-Vogel: Störungsspezifische vs. Allgemeine Therapie aus der Sicht der Psychotherapieforschung. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychotherapie, 52, 425-429.

105. Strupp H., Horowitz L., Lambert M. (1997): Measuring Patient Changes in mood, anxiety, and personality disorders: Toward a core battery. Washington: APA.

106. Tress W., Henry W. P., Junkert-Tress B., Hildenbrand G., Hartkamp N., Scheibe G. (1996): Das Modell des Zyklisch-Maladaptiven Beziehungsmusters und der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (CMP/SASB). Psychotherapeut, 41, 215-224.

107. Tress W., Kruse J., Heckrath C., Schmitz N., Alberti L., (1997): Psychogene Erkrankungen in hausärztlichen Praxen. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 43, 211-232.

108. Tritt K., Loew T., Joraschky P., Bidmon R. K., Heymann F. von, Nickel M.K. (2005): Psychotherapeutische Versorgungsforschung als Anwendungsfach – eine konzeptuelle und methodologische Betrachtung. In T. Loew, K. Tritt und P. Joraschky (Hrsg.), Stationäre Behandlungen.

109. Tschuschke V. (2005a): Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin – Fehlentwicklungen und Korrekturvorschläge. Psychotherapeutenjournal, 2, 106-115.

110. Tschuschke V. (2005b): Stellungnahme im Auftrag des Berufsverbandes Psychologischer PsychotherapeutInnen (BDP) zur Wirksamkeit der Klientenzentrierten Psychotherapie (Gesprächspsychotherapie). http://www.vpp.org/meldungen/05/50609_tschuschke.pdf (31.07.2009).

111. Tschuschke V., Bänninger-Huber E., Faller H., Fikentscher E., Fischer G., Frohburg I., Hager W., Schiffler A., Lamprecht F.,Leichsenring F., Leuzinger-Bohleber M., Rudolf G., Kächele H. (1998): Psychotherapieforschung - Wie man es (nicht) machen sollte. Eine Experten/innen-Reanalyse von Vergleichsstudien bei Grawe et al. 1994. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 48, 430-444.

112. Tschuschke V., Heckrath C., Tress W. (1997): Zwischen Konfusion und Makulatur - Zum Wert der Berner Metaanalyse von Grawe, Donati und Bernauer. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen.

113. Tschuschke V., Hölzer M., Kächele H. (1995): Ach du liebe „Güte″ - Eine Einladung statt einer Erwiderung. Psychotherapeut, 40, 304-308.

114. Tschuschke V., Kächele H. (1998): Was leistet Psychotherapie? Zur Diskussion um differentielle Effekte unterschiedlicher Behandlungskonzepte. In: M. Fäh und G. Fischer (Hrsg.): Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden. Psychosozial Verlag, Gießen.

115. Tschuschke V., Kächele H., Hölzer M. (1994): Gibt es unterschiedlich effektive Formen von Psychotherapie? Psychotherapeut, 39, 281-297.

116. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2000): Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Gesetzlichen Rentenversicherung. Programmpunkt 1: Klinikkonzepte. Auswertungen zur Strukturerhebung 1998. VDR, Frankfurt am Main.

117. Vogel H. (1999): Verhaltenstheoretische Ansätze in der Gesundheitsversorgung. In H. Reinecker, M. Borg-Laufs, U. Ehlert, D. Schulte, H. Sorgatz und H. Vogel (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie (S. 15-43).

Tübingen: dgvt.

118. Von Wietersheim J., Wilke E., Röser M., Meder G. (2003): Ergebnisse der Katathym-imaginativen Psychotherapie. Psychotherapeut, 48, 173-178.

119. Weber A., Hörmann G., Kölnner, V. (2006): Psychische und Verhaltensstörungen: Die Epidemie des 21. Jahrhunderts? Der Erhalt oder die Wiederherstellung der seelischen Gesundheit müssen als gesamt-gesellschaftliche Aufgabe begriffen werden. Deutsches Ärzteblatt (PP), 4, 169-171.

120. Weisz J. R., Weiss B., Donenberg G. R. (1992): The lab versus the clinic: effects of child and adolescent psychotherapy. American Psychologist, 47, 1578-1585.

121. Weisz J. R., Donenberg G. R., Han S. S., Weiss B. (1995): Bridging the gap between laboratory and clinic in child and adolescent psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63, 688-701.

122. Westen D., Morrison K. (2001): A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69, 875-899.

123. Wittchen H.-U., Zaudis M., Schramm E., Spengler P., Mambour W., Klug J., Horn R. (1990): Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-III-R. Beltz Test-Gesellschaft, Weinheim.

124. Wittchen H.-U., Jakobi F. (2002): Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland – Eine klinisch – epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheitssurveys 1998. Psychotherapeutenjournal, 0, 6-15.

125. Zepf S., Mengele U., Marx A. (2001): Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland. Psychosozial - Verlag, Gießen.

126. Zepf S., Mengele U., Hartmann S. (2003): Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 53, 152-162.

127. Zurhorst G. (2003): Eminenz-basierte, Evidenz-basierte oder Ökologisch- basierte Psychotherapie?. Psychotherapeutenjournal, 2, 97-104.

128. Zurhorst G. (2005): Evaluierungsmethoden aus der Pharmaforschung gehen am Kern Humanistischer Psychotherapien vorbei. Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung, 1, 13-16.

7 Anhang

Tab. 12: Rohwerte und angegebene bzw. berechnete Effektstärken der jeweiligen identifizierten Studien

N: Anzahl der Patienten
M1: Prä-Mittelwert
S1: Prä-Standardabweichung
M2: Post-Mittelwert
S2: Post-Standardabweichung
ES: angegebene Effektstärke
prpoES: nach der Formel von Rustenbach (2003) berechnete Prä-Post-Effektstärke

Studie	N	M1	S1	M2	S2	ES	prpo ES
Brockmann et al. 2006 (Psychoanalyse)	31	0,9	0,3	0,6	0,3	0,95	1,03
Brockmann et al. 2006 (Verhaltenstherapie)	31	1,5	0,7	1,0	0,5	0,88	0,96
Grande et al. 2006 (Psychoanalyse)	58	1,1	0,6	0,5	0,4	1,21	1,2
Grande et al. 2006 (Tiefenpsychologie)	54	1,1	0,6	0,4	0,4	1,29	1,28
Grünwald et al. 2007	88	1,2	0,7	0,5	0,7	1	0,99
Hecke et al. 2008	93	1	0,5	0,7	0,6	0,6	0,53
Holm-Hadulla et al. 1997 (Kurz-Psychotherapie)	80	32,4	12,3	20,9	12,3	0,94	0,93
Holm-Hadulla et al. 1997 (Lang-Psychotherapie)	37	38,3	12,4	24,2	12,4	1,13	1,11
Junkert-Tress et al. 1999	48	0,9	0,5	0,6	0,6	0,55	0,52
Junkert-Tress et al. 2001	63	1	0,6	0,6	0,5	0,66	0,69
Leichsenring et al. 2005	36	1	0,5	0,4	0,3	1,32	1,5
Von Wietersheim et al. 2003	66	29,8	11,1	17,5	10,5	0,85	1,13

8 Danksagung

Herr **Prof. Dr. Jörn von Wietersheim**, Professor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm, hat mir trotz seiner Belastungen in der Forschung und Patientenversorgung der Psychosomatischen Universitätsklinik wertvollste Unterstützung durch seine Hilfsbereitschaft und Geduld entgegengebracht. Die zahlreichen intensiven Gespräche und die richtige Mischung aus konstruktiver Kritik und Ermunterung waren für meine Recherche von unschätzbarer Hilfe. Ich danke ihm herzlichst für die großzügige Möglichkeit, diese Arbeit zu erstellen.

Ein besonderes Dankeschön gilt Frau **Edit Rottler** für ihre wertvolle Unterstützung bei der statistischen Auswertung der Daten und dafür, dass sie mir bei Fragen und Verbesserungen immer mit Rat und Tat zur Seite stand.