

C.E. Scheidt · K. Seidenglanz · W. Dieterle · A. Hartmann · N. Bowe · D. Hillenbrand
G. Scudlek · F. Strasser · P. Strasser · M. Wirsching

Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie

Ergebnisse einer Untersuchung in 40 psychotherapeutischen Fachpraxen Teil 2: Behandlungsverlauf und Behandlungsergebnisse

Zusammenfassung

Tiefenpsychologische Kurzzeitpsychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Langzeitpsychotherapie sind in den untersuchten Praxen mit insgesamt 54,6% die am häufigsten praktizierten Behandlungsverfahren. Die analytische Psychotherapie stellt mit 32% ebenfalls einen hohen Anteil am Gesamt der untersuchten Behandlungen. Die Anzahl der Therapien, die länger als 2,5 Jahre dauern ist dennoch gering (ca. 15%). Im Behandlungsverlauf kommt es zu einer Reduktion der Arbeitsunfähigkeit, der Verabreichung von Psychopharmaka und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Die Ergebnisse werden unter drei Gesichtspunkten diskutiert: der Zugänglichkeit zur ambulanten Fachpsychotherapie, der Differentialindikation für unterschiedliche Psychotherapieverfahren und der Aussagekraft von „Ereignisparametern“ zur Verlaufsbeurteilung von Psychotherapien.

Schlüsselwörter

Qualitätssicherung · ambulante Psychotherapie · Prozeß- und Ergebnismerkmale · Zugänglichkeit zur ambulanten Psychotherapie · Differentialindikation

Die folgende Ergebnisdarstellung beruht auf einer Untersuchung, die über ein Quartal (IV/1994) in 40 psychotherapeutischen Fachpraxen in Süddeutschland durchgeführt wurde. Die Methodik der Untersuchung und die teilnehmenden psychotherapeutischen Praxen wurden in Teil 1 dargestellt. Im folgenden wird über die Behandlungen und ihre Ergebnisse berichtet.

Ergebnisse

Behandlungsverfahren

Die Tabelle 1 zeigt die Häufigkeit der Behandlungsverfahren und die Verteilung der Therapiephasen in den untersuchten Praxen. Verhaltenstherapeutische Behandlungen sind mit 13,9% ($n=98$), kurze und lange tiefenpsychologische Psychotherapien mit 54,1% ($n=382$) und psychoanalytische Therapien mit 32% ($n=226$) an der Gesamtzahl der durchgeführten Behandlungen beteiligt.

Im Bundesdurchschnitt stellt sich für das Jahr 1993 folgende Situation dar: 36,3% Verhaltenstherapien (davon 23,7% VT-kurz und 12,6% VT-lang), 49,7% tiefenpsychologische Psychotherapien (davon 34,2% PT-kurz und 15,5% PT-lang) und 15,0% psychoanalytische

Psychotherapien (Herold 1996). Die Häufigkeit tiefenpsychologischer Psychotherapien (PT) insgesamt entspricht in unserer Stichprobe dem Bundesdurchschnitt, wobei Kurz- und Langzeittherapien jedoch genau umgekehrt verteilt sind: Im Bundesdurchschnitt wird tiefenpsychologische Kurzzeitpsychologie doppelt so häufig abgerechnet wie tiefenpsychologische Langzeitpsychotherapie. In unserer Un-

Teil 1 der Arbeit ist erschienen in Psychotherapeut (1998) 43:92–101

Gefördert durch die Kassenärztliche Vereinigung Südbaden und die Robert-Bosch-Stiftung, Stuttgart

Dr. C.E. Scheidt M.A.

Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Universitätsklinik Freiburg, Hauptstraße 8, D-79104 Freiburg

In Zusammenarbeit mit: E. Böhringer, G. Braun, I. Dieterle, U. Ehlerding, N. Flügel, H. Gaedtke, E. Greiwe, M. Hahn, U. Hense, U. Herrmann, M. Herzog, K. Hierl, R. Hildmann, R. Jachnow, K. Jendricke, S. Klotz, M. Koch, W. Kraft, H. Kremp-Ottenheim, A. Kurth, S. Lieberich, H. Lorenz, A. Martin, M.-L. Oebel-Horowitz, D. Queisser, L. Rackwitz, Ch. Schäfer, M. Schuhmacher, Ch. Schulze-Clebow, H. Spohr, A. Stuttmann, T. Uber, Ch. Walesch-Schneller, J. Widmaier, J. Zuber

C.E.Scheidt · K.Seidenglanz · W.Dieterle
A.Hartmann · N.Bowe · D.Hillenbrand
G.Szudlek · F.Strasser · P.Strasser
M.Wirsching

Basic data for quality control of out-patient psychotherapy · Results of a study of a sample of 40 psychotherapeutic practices. · Part 2: Process and outcome of treatments

Summary

Short-term and long-term psychodynamic psychotherapy were the most frequent forms of treatment in the participating sample of therapists. Psychoanalytic psychotherapy made 32% of the total of psychotherapeutic interventions. Treatment outcome shows substantial reduction in sick leave, psychotropic medication and patient's attending for medical care. The results are discussed in terms of the availability of outpatient psychotherapeutic treatment, in terms of differential treatment selection and in terms of the validity of "events-parameters" in order to evaluate psychotherapeutic change.

Key words

Outpatient psychotherapy · Psychotherapeutic process · Treatment outcome · Evaluation

Originalien

Tabelle 1
Häufigkeitsverteilung der Behandlungsformen

	N		Anfang		Mitte		Ende	
			n	% (Zeile)	n	% (Zeile)	n	% (Zeile)
VT kurz	42	5,9	6	14,3	21	50,0	15	35,7
VT lang	56	7,9	7	12,5	29	51,8	20	35,7
VT lang und kurz	98	13,9	13	13,3	50	51,0	35	35,7
PT kurz	122	17,3	76	62,3	33	27,0	13	10,7
PT lang	260	36,8	59	22,7	134	51,5	67	25,8
PT lang und kurz	382	54,1	135	35,3	167	43,7	80	20,9
PA	226	32,0	72	31,9	96	42,5	58	25,7
Alle	706	100,0	220	31,2	313	44,3	173	24,5

(n=719)

tersuchung sind tiefenpsychologische Langzeitbehandlungen dagegen doppelt so häufig wie tiefenpsychologische Kurzzeitpsychotherapien. Dies dürfte eine Folge der nicht-repräsentativen Zusammensetzung der therapeutischen Grundorientierungen der teilnehmenden Psychotherapeuten sein. Ferner unterscheidet sich die Untersuchungsgruppe vom Bundesdurchschnitt auch durch einen *relativ hohen Anteil psychoanalytischer Psychotherapien*.

Die Übersicht über die Therapiemethoden, die in den 40 Praxen ausgeübt werden (Abb. 1) illustriert, daß nur zu einem geringen Teil rein methodenzentriert gearbeitet wird. Viel häufiger wird eine Kombination unterschiedli-

cher Behandlungsverfahren praktiziert. Am verbreitetsten ist die Kombination von tiefenpsychologischer Psychotherapie (lang und kurz) und psychoanalytischer Psychotherapie. Die Kombination von tiefenpsychologischer Psychotherapie und Verhaltenstherapie ist selten. Zusammenfassend kann man folgendes feststellen: Praxen, in denen *nur ein Therapieverfahren* ausgeübt wird, sind die Ausnahme. Praxen, in denen *Verfahren unterschiedlicher psychotherapeutischer Grundorientierung* ausgeübt werden, sind ebenfalls die Ausnahme.

Ein Teil der Patienten hatte mehrere psychotherapeutische Behandlungen (Abb. 2). Von den insgesamt 476 Patienten, die tiefenpsychologische Psycho-

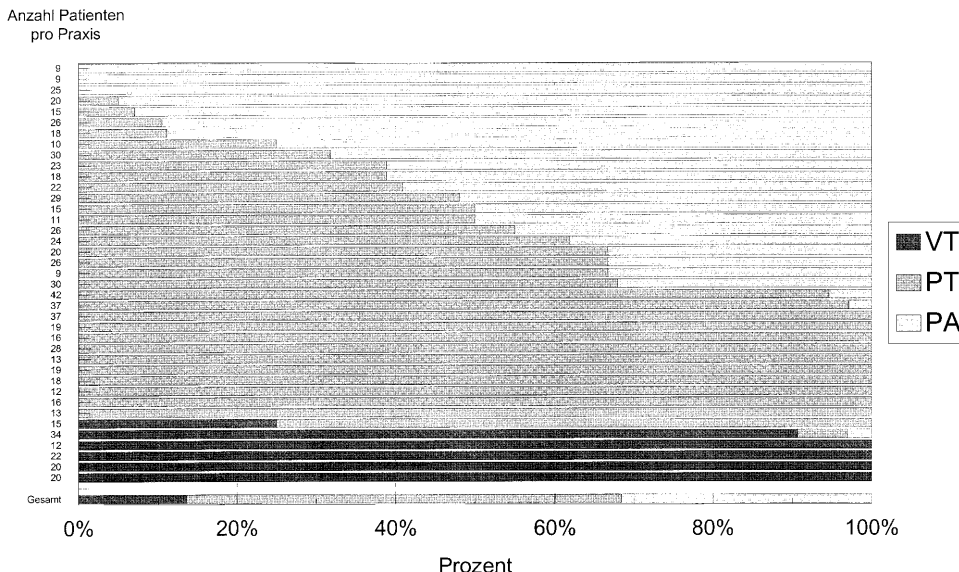


Abb. 1 ▲ Psychotherapeutische Verfahren in den teilnehmenden Praxen

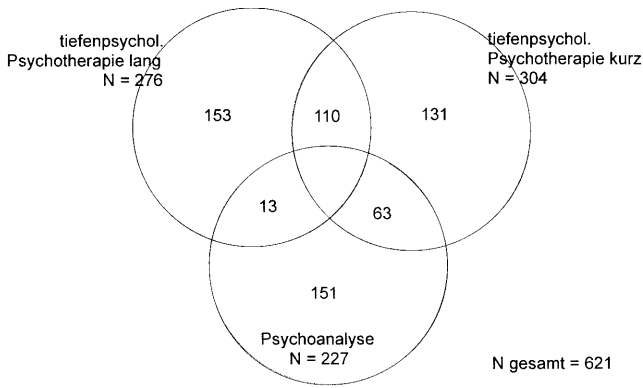


Abb. 2 ▲ **Behandlungskombinationen (tiefenpsychologische Psychotherapie und Psychoanalyse)**

therapie (PT-lang oder PT-kurz) erhielten, hatten 110 eine Kurzzeittherapie *und* eine Langzeittherapie. 131 Patienten erhielten dagegen nur eine Kurzzeitpsychotherapie, 153 Patienten nur eine Langzeitpsychotherapie.

Sechs Patienten erhielten eine tiefenpsychologische Kurzzeitpsychotherapie und eine Kurzzeitverhaltenstherapie. Diese Fälle sind in Abb. 2 nicht berücksichtigt.

Von den 227 Patienten, die eine psychoanalytische Psychotherapie in Anspruch nahmen, waren 151 nur mit diesem Verfahren behandelt worden, 13 in Verbindung mit tiefenpsychologischer Langzeitpsychotherapie und 63 in Verbindung mit tiefenpsychologischer Kurzzeitpsychotherapie. Es ist anzunehmen, daß bei einem Teil dieser letztgenannten Patienten die Kurzzeitpsychotherapie dazu diente, die Zeit zwischen Antragstellung und Behandlungsbeginn zu überbrücken, d.h. um die analytische Psychotherapie einzuleiten. Im einzelnen sind die Prozesse, die zu dem relativ hohen Prozentsatz von Umwandlungen von tiefenpsychologischer Kurzzeittherapie in Langzeitbehandlungen führen, jedoch aufgrund der Befunde nicht sicher zu klären.

Eine Kombination von Behandlungsverfahren kommt, sieht man von den sechs erwähnten Fällen ab, in denen PT-kurz mit VT kurz kombiniert wurde, praktisch nur *innerhalb der jeweiligen Grundorientierungen* vor. Dies bedeutet, daß nur in relativ seltenen Fällen – etwa im Rahmen einer sukzessiven Indikationsstellung – Indikationen für Verfahren der jeweils anderen Grundorientierung gestellt werden.

Zeitliche Merkmale der untersuchten Behandlungen

Die Abbildung 3 zeigt die Dauer der untersuchten Behandlungen. Trotz des hohen Anteils psychoanalytischer Psychotherapien ($n=227$) ist die Zahl der Behandlungen, die länger als 2,5 Jahre dauern, gering (ca. 15%). Diese Beobachtung konvergiert mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen. Kächele (1990) berichtet aufgrund der Auswertung von 1689 Patienten, die zwischen 1973 und 1987 an der psychotherapeutischen Ambulanz der Universitätsklinik Ulm behandelt wurden, eine ähnliche Verteilung: Nach sechs Monaten waren 50% und nach zwei Jahren 90% der Behandlungen abgeschlossen. Da in der ambulanten psychotherapeutischen Fachpraxis häufiger Langzeitbehandlungen durchgeführt werden als an Universitätsambulanzen, zeigt sich in der von uns untersuchten Stichprobe in den ersten anderthalb Jahren eine etwas andere Verteilung. Die Zahl der Behandlungen

gen, die länger als zwei Jahre dauern, ist jedoch ebenfalls gering. Die Abbildung 4 zeigt ergänzend die Häufigkeitsverteilung der Therapiedauer in Stunden.

Behandlungsergebnisse (Patienteneinschätzung)

Der folgenden Ergebnisdarstellung liegt wie oben bereits erwähnt (Teil 1) *keine Längsschnittuntersuchung mit mehreren Meßzeitpunkten*, sondern ein *Kohortenvergleich von Patienten in unterschiedlichen Therapiephasen* zugrunde. Die Verteilung der Therapiephasen Anfang, Mitte und Ende in den drei Behandlungsverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologische Psychotherapie und analytische Psychotherapie) ist Tabelle 1 zu entnehmen. Die Einschätzung der Therapiephase erfolgte durch die Therapeuten.

Ergebnisbeurteilung im VEV

481 Patienten füllten den VEV aus, davon war bei 437 das Behandlungsverfahren und die Therapiephase bekannt. Von diesen 437 Patienten berichteten 61,1%, daß sich ihr Befinden im Therapieverlauf verbessert habe, 32,4%, daß die Therapie (bisher) nicht zu einer Veränderung geführt habe und 6,5% gaben gegenüber dem Zeitpunkt vor Therapiebeginn eine Verschlechterung an. Die Einschätzung der Veränderung variiert erwartungsgemäß signifikant zwischen den Therapiephasen Anfang und Ende ($\bar{x}_{\text{Anf}}=193,0, s_x=29,1, \bar{x}_{\text{Ende}}=212,9, s_x=32,4, p<0,001$). Die Abbildung 5 zeigt, daß die Mittelwertdifferenzen des VEV zwischen Anfangs- und Endphase in den

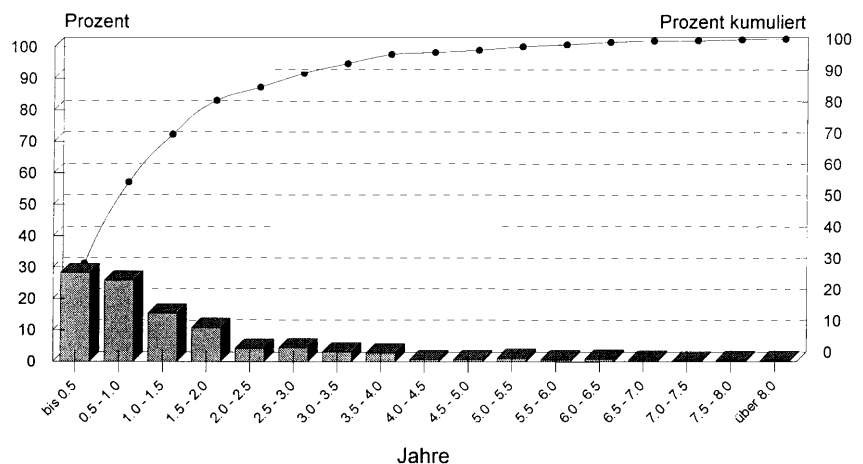


Abb. 3 ▲ **Therapiedauer (Jahre) zum Zeitpunkt der Erhebung**

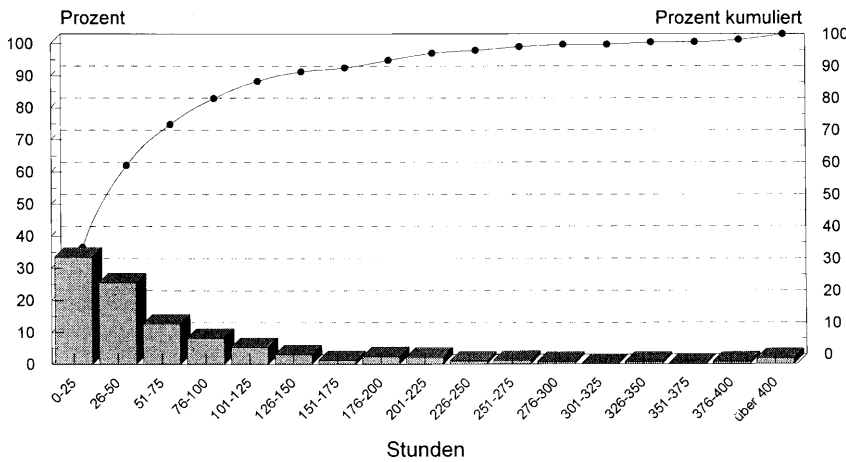


Abb. 4 ▲ Therapiedauer (Anzahl Stunden) zum Zeitpunkt der Erhebung

verschiedenen Behandlungsverfahren nicht wesentlich differieren.

Veränderung der psychischen Symptomatik (SCL-90R)

Die psychische Symptomatik wurde rückblickend für die Woche vor der Erhebung erfragt. Auch hier zeigen sich zwischen den Gruppen Anfang und Ende der Therapie deutliche Unterschiede.

Die Kennwerte des SCL-90R für die Gesamtgruppe wurden in Teil 1 dargestellt. Die Abbildung 6 zeigt die Mittelwerte des GSI des SCL-90R in den verschiedenen Therapieverfahren. In allen Behandlungsverfahren ist die Symptombelastung (GSI des SCL-90R) am Ende der Behandlung niedriger als am Anfang. In der Mittelphase der Behandlung ist sie am höchsten. Die Mittelwerte des Gesamtindex sowie sämtliche Subskalen des SCL-90R unterscheiden sich zwischen Anfang und Ende signifikant (GSI $\bar{x}_{\text{Anf}}=1,10$, $s_x=0,58$, $\bar{x}_{\text{Ende}}=0,86$, $s_x=0,63$, $p=0,002$, t -Test). Die größte Differenz zeigt sich in den Subskalen Depression ($\bar{x}_{\text{Anf}}=1,48$, $s_x=0,80$, $\bar{x}_{\text{Ende}}=1,11$, $s_x=0,82$, $p<0,001$), soziale Unsicherheit, ($\bar{x}_{\text{Anf}}=1,43$, $s_x=0,79$, $\bar{x}_{\text{Ende}}=1,14$, $s_x=0,89$, $p=0,007$), paranoides Denken ($\bar{x}_{\text{Anf}}=1,23$, $s_x=0,80$, $\bar{x}_{\text{Ende}}=0,99$, $s_x=0,88$, $p=0,025$) und Aggression ($\bar{x}_{\text{Anf}}=1,10$, $s_x=0,75$, $\bar{x}_{\text{Ende}}=0,80$, $s_x=0,76$, $p=0,002$).

Veränderungen der therapeutischen Beziehung (HAQ)

Die Abbildungen 7 und 8 zeigen die Unterschiede der beiden Faktoren des HAQ (Beziehung und Erfolg) zwischen den Therapiephasen. Die ausgeprägte-

sten Unterschiede zwischen Anfang und Ende der Therapie ergeben sich in den beiden „Erfolgsitems“ 5 und 11 (Item 5 $\bar{x}_{\text{Anf}}=2,90$, $s_x=1,08$, $\bar{x}_{\text{Ende}}=2,27$, $s_x=1,11$, $p<0,001$; Item 11 $\bar{x}_{\text{Anf}}=4,00$, $s_x=1,20$, $\bar{x}_{\text{Ende}}=2,68$, $s_x=1,15$, $p<0,001$). Der Faktor „Erfolg“ (Item 2, 4, 5 und 11) weist insgesamt größere Unterschiede auf als der Faktor Beziehung (Abb. 8). Es kommt im Behandlungsverlauf jedoch auch zu einer Verbesserung der therapeutischen Beziehung (Abb. 7). Insgesamt sind die Unterschiede zwischen den Gruppen Anfang und Ende in neun Items des HAQ (Item 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11) statistisch signifikant.

Behandlungsergebnisse (Therapeuteneinschätzung)

Nach Einschätzung der Therapeuten haben sich 79,7% der Patienten psy-

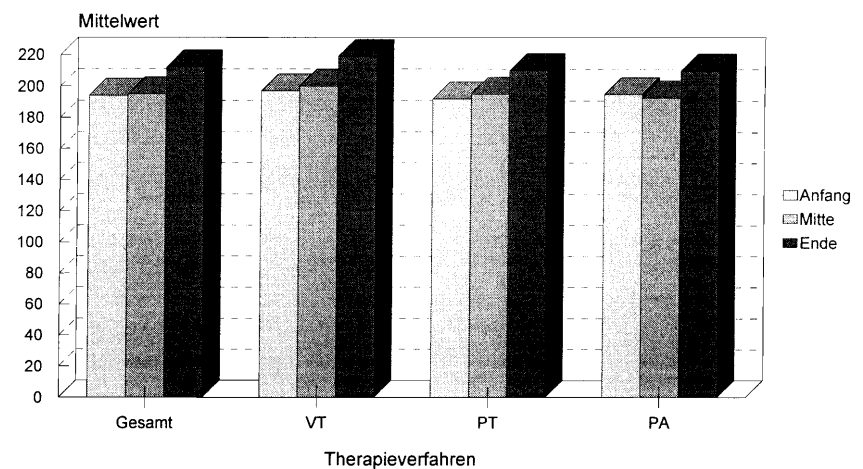


Abb. 5 ▲ Mittelwerte des VEV in den Gruppen Anfang, Mitte und Ende in den verschiedenen Therapieverfahren (n=437); positive Veränderung: Werte >187, keine Veränderung: Werte zwischen 149 und 187, negative Veränderung: Werte <149

chisch, 68,5% sozial und 52,8% somatisch „etwas“ oder „deutlich“ gebessert (Tabelle 2). Bei der *Schweregradeinschätzung* findet sich ein ähnliches Bild: Auf der GAF-Skala kommt es im Behandlungsverlauf zu einer Verbesserung um 11,6 Punkte ($s_x=10,5$). Auf der Beeinträchtigungs-Schwere-Skala (BSS) nimmt die psychische Belastung stark ab (BSS-Skala 2 $\bar{x}_{\text{Ver}}=-0,80$, $s_x=0,75$). Auch die soziale und die somatische Beeinträchtigung verringern sich.

Weitere Aspekte des Behandlungsverlaufs

Zusätzliche Behandlungen während der ambulanten Psychotherapie

46,3% der Patienten nahmen während der Psychotherapie eine ambulante haus- oder fachärztliche Behandlung in Anspruch (Abb. 9). Entsprechend der Operationalisierung des Manuals sind hier *häufige oder regelmäßige Behandlungen* gemeint. Die Inanspruchnahme somatischer Behandlungen ist *unter den Stand vor Behandlungsbeginn* (62,4%) *gesunken*. Vor allem hat sich auch die *Frequenz stationärer Behandlungen verringert*. Sie betrug im Fünf-Jahreszeitraum vor Therapiebeginn 15,3% (Akutkrankenhaus- und Rehaklinikaufnahmen). Während der Psychotherapie wurden dagegen nur noch 2,1% der Patienten in eine somatische Klinik stationär eingewiesen.

Die Zahl zusätzlicher psychischer Behandlungen während der ambulanten

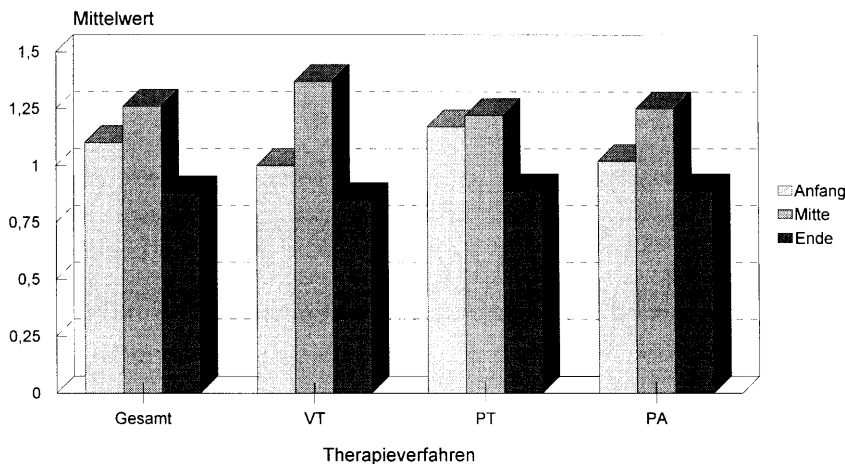


Abb. 6 ▲ **Mittlere Symptombelastung (GSI des SCL90R) in den Gruppen Anfang, Mitte und Ende in den verschiedenen Therapieverfahren (n=443). 0 – überhaupt nicht, 1 – ein wenig, 2 ziemlich, 3 – stark, 4 – sehr stark) Normierungsstichprobe: 974, normale Gesunde“.** \bar{x} 0,31, SD 0,31. 1002 ambulante Psychiatriepatienten: \bar{x} 1,26, SD 0,68 (Derogatis 1986)

ten Psychotherapie ist relativ gering (Abb. 10). Von einer *Kombination unterschiedlicher Psychotherapieverfahren* wie sie in der stationären Psychotherapie üblich ist, wird im ambulanten Bereich wenig Gebrauch gemacht wird.

In insgesamt 7,4% der Fälle (n=37) kam es während der ambulanten Psychotherapie zu einer *stationären Einweisung in eine psychiatrische oder psychosomatische Klinik* (1,6% Einweisungen in eine psychiatrische Klinik, 6,0% Einweisungen in eine psychosomatische Klinik, s. Abb. 10). 19,8% der Patienten waren dagegen in psychiatrischen (5,2%) oder psychosomatischen Fachkliniken (15,3%) vorbehandelt worden und setzten nun ihre Behandlung in einer ambulanten Psychotherapie fort.

Man kann sich fragen, ob eine Einweisung in eine psychosomatische oder psychiatrische Klinik während einer ambulanten Psychotherapie generell als *Indikator eines problematischen Verlaufs* angesehen werden muß. Stationäre Einweisungen führen zu einer Unterbrechung der ambulanten Behandlung und sind mit hohen Kosten verbunden. Der Vergleich der stationär eingewiesenen Patienten mit der übrigen Gruppe erbrachte folgende Ergebnisse: Es bestehen keine statistischen Zusammenhänge zwischen der stationären Einweisung und der psychischen Diagnose und dem Geschlecht. Patienten, die während der ambulanten Psychotherapie in eine psychiatrische oder psychosomatische Klinik eingewiesen wurden,

waren im Mittel jedoch älter (3,2 Jahre) und wiesen auf allen Schweregradskalen stärkere Beeinträchtigungen auf ($p < 0,01$). Die stationär behandelten Patienten gaben auf allen Subskalen des SCL-90R höhere Werte an als die übrigen Patienten, wobei jedoch nur der Unterschied auf der Skala Angst statistisch signifikant war ($p < 0,01$).

Bei der Beurteilung des Therapieerfolgs im HAQ (Item 11) geben die stationär eingewiesenen Patienten signifikant seltener an, daß sie „das Gefühl haben, daß sie sich jetzt selbst verstehen und sich selbständig mit ihren Problemen auseinandersetzen können“.

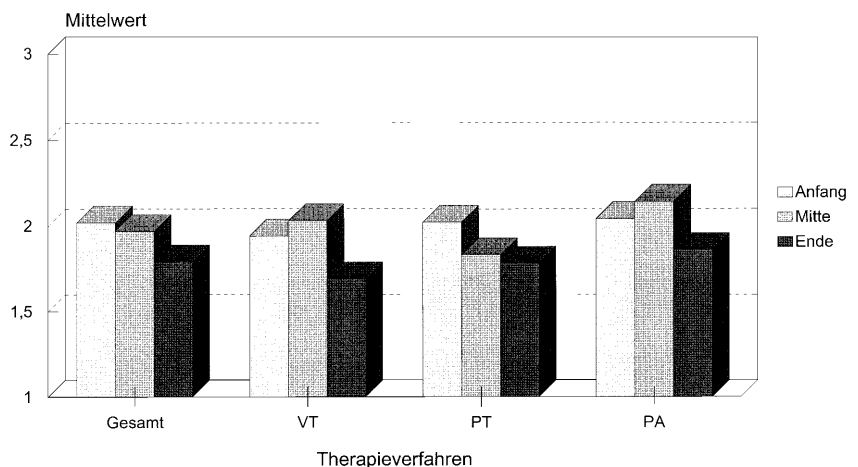


Abb. 7 ▲ **Mittelwerte der Skala 1: Beziehung (Item 1, 6, 7, 8, 9, 10) des HAQ in den Gruppen Anfang, Mitte und Ende in den verschiedenen Therapieverfahren (Patienteneinschätzung, n=442). Itemstandardisierte Skalenwerte (alle Items sind positiv formulierte Aussagen über die Beziehung zum Therapeuten): 1 – sehr zutreffend, 2 – zutreffend, 3 – wahrscheinlich zutreffend, 4 – wahrscheinlich unzutreffend, 5 – unzutreffend, 6 – sehr unzutreffend**

Komplikationen im Behandlungsverlauf

In 18,4% der Fälle traten nach Einschätzung der Therapeuten im Verlauf der Behandlung Komplikationen auf (Abb. 11). Als Komplikationen wurden Suizidversuche, psychotische Dekompensation, psychosomatische Dekompensation („gravierende körperliche Erkrankungen mit wahrscheinlicher psychischer Genese“), parasuizidale Handlungen und Dissozialität definiert. Diese Probleme können bereits vor Behandlungsbeginn bestanden haben. Insofern handelt es sich nicht um „Therapieebenenwirkungen“ im strengen Sinn.

Als häufigste Komplikationen wurden „psychosomatische Dekompensationen“ angegeben (10,2%). Patienten, die eine „psychosomatische Dekompensation“ erlitten (n=82), zeigten im Vergleich mit der übrigen Gruppe folgende Merkmale: Sie wurden signifikant häufiger *stationär eingewiesen* ($p < 0,001$). Sie wiesen signifikant *höhere Beeinträchtigungen* auf den Schweregradskalen (GAF, BSS 1 und 2) auf ($p < 0,001$). Sie gaben selbst im SCL-90R höhere Werte für Somatisierung ($p < 0,01$), Angst ($p < 0,05$) und Psychotizismus ($p < 0,01$) an und hatten einen höheren GSI als die übrigen Patienten ($p < 0,05$). Patienten mit psychosomatischer Dekompensation hatten häufiger eine Diagnose der Diagnosegruppe F5 ($p < 0,05$), die *Essstörungen* einschließt. Überraschend geben Patienten mit psychosomatischer Dekompensation im HAQ

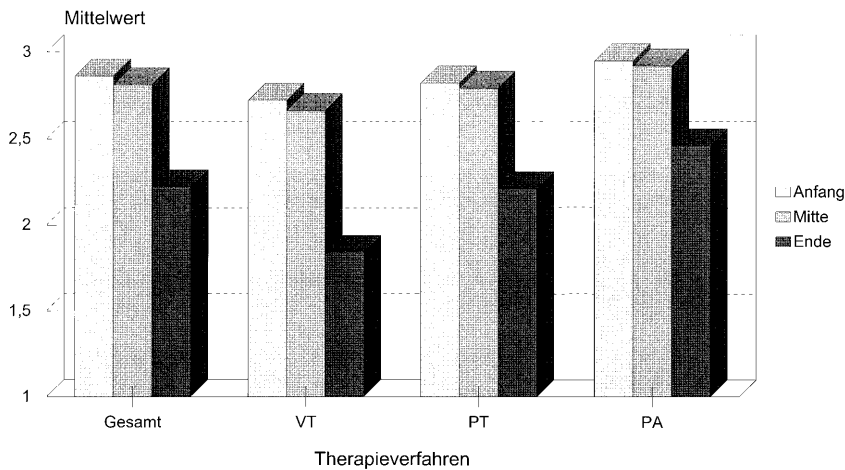


Abb. 8 ▲ Mittelwerte der Skala 2: Erfolg (Item 2, 4, 5, 11) des HAQ in den Gruppen Anfang, Mitte und Ende in den verschiedenen Therapieverfahren (Patienteneinschätzung, $n=441$). Itemstandardisierte Skalenwerte (alle Items sind positiv formulierte Aussagen über die Beziehung zum Therapeuten): 1 – sehr zutreffend, 2 – zutreffend, 3 – wahrscheinlich zutreffend, 4 – wahrscheinlich unzutreffend, 5 – unzutreffend, 6 – sehr unzutreffend

Tabelle 2
Behandlungsergebnisse nach Einschätzung der Therapeuten

	<i>n</i>	% total	v%	c%
Somatisches Behandlungsergebnis				
1 deutlich gebessert	172	21,4	22,8	22,8
2 etwas gebessert	227	28,2	30,1	52,8
3 nicht verändert	283	35,2	37,5	90,3
4 etwas verschlechtert	10	1,2	1,3	91,7
5 deutlich verschlechtert	4	0,5	0,5	92,2
6 noch nicht beurteilbar	59	7,3	7,8	100,0
Fehlende Angaben	49	6,1	–	–
	804	100,0	100,0	
Psychisches Behandlungsergebnis				
1 deutlich gebessert	275	34,2	35,8	35,8
2 etwas gebessert	338	42,0	44,0	79,7
3 nicht verändert	67	8,3	8,7	88,4
4 etwas verschlechtert	12	1,5	1,6	90,0
5 deutlich verschlechtert	2	0,2	0,3	90,2
6 noch nicht beurteilbar	75	9,3	9,8	100,0
Fehlende Angaben	35	4,4	–	–
	804	100,0	100,0	
Soziales Behandlungsergebnis				
1 deutlich gebessert	198	24,6	25,7	25,7
2 etwas gebessert	329	40,9	42,8	68,5
3 nicht verändert	155	19,3	20,2	88,7
4 etwas verschlechtert	2	0,2	0,3	88,9
5 deutlich verschlechtert	1	0,1	0,1	89,1
6 noch nicht beurteilbar	84	10,4	10,9	100,0
Fehlende Angaben	35	4,4	–	–
	804	100,0	100,0	

trotz ihres risikoreichen Therapieverlaufes in mehreren Fragen (Frage 3, 6, 7, 10), eine positivere Einschätzung der therapeutischen Beziehung an als die übrigen Patienten ($p<0,05$). Insbesondere wird die therapeutische Beziehung als hilfreich eingeschätzt (Frage 7 und 10 des HAQ). Dies deutet auf die komplexen Probleme der Bewertung isolierter Ereignisse im Therapieverlauf hin.

Arbeitsunfähigkeit

Zur Arbeits(un)fähigkeit liegen für 731 Patienten Angaben vor: 111 Patienten (15,6%) waren zu Beginn der Therapie arbeitsunfähig. Zum Zeitpunkt der Erhebung hatte sich diese Zahl auf 31 Patienten (4,4%) verringert. Dies entspricht einer Reduktion um etwa 80%.

Psychopharmakologische Behandlung

Zur psychopharmakologischen Behandlung liegen für 777 Patienten Angaben vor. Von diesen sind 246 (31,7%) in den 5 Jahren vor Beginn der Therapie psychopharmakologisch behandelt worden. Während der Psychotherapie erhielten 121 Patienten (17,9%) zusätzlich Psychopharmaka. Bezogen auf den Verlauf, ergibt sich folgendes Bild: 420 Patienten haben weder zu Beginn noch während der Behandlung Medikamente bekommen. 104 Patienten erhielten sowohl vor als auch während der Behandlung Medikamente. Bei 17 Patienten wurde eine Medikation während der Psychotherapie neu angesetzt. Bei 135 Patienten wurde die Medikation im Behandlungsverlauf abgesetzt.

Die Reduktion der Medikamente erfolgte nicht in allen Substanzklassen gleich. Am häufigsten wurden Tranquillizer (62 Patienten), am zweithäufigsten Analgetika (49 Patienten) abgesetzt. Antidepressiva wurden bei 46 Patienten abgesetzt, bei 22 Patienten neu verordnet. Antidepressiva sind damit die am stärksten „durchgehende“ Medikation. Neuroleptika nahmen im Verlauf der psychotherapeutischen Behandlung weniger ab (von 5,8% auf 4,7%) als Tranquillizer (von 10,6% auf 2,7%) oder Analgetika (von 9,7% auf 3,6%) (Tabelle 3).

Diskussion

Die Ergebnisse lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: Tiefenpsychologi-

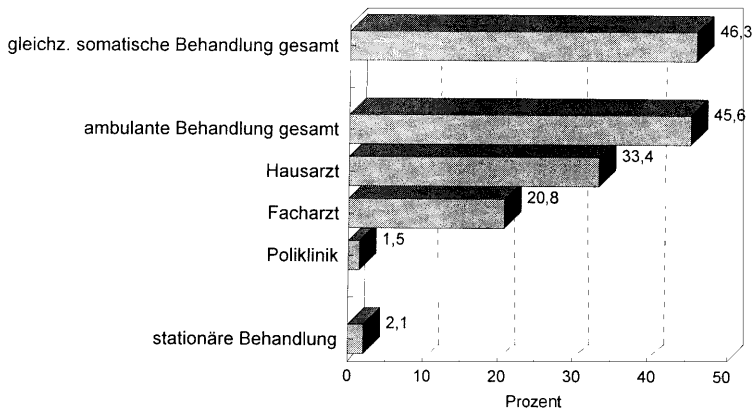


Abb.9 ▲ Somatische Behandlungen im Kontext der psychischen Hauptdiagnose während der ambulanten Psychotherapie (n=616, Mehrfachnennungen möglich)

sche Kurzzeitpsychotherapien und tiefenpsychologisch fundierte Langzeitpsychotherapien sind in den untersuchten Praxen mit insgesamt 54,1% die häufigsten Behandlungsverfahren. Es folgt mit 32% die psychoanalytische Psychotherapie und mit 13,3% die Verhaltenstherapie. Diese Verteilung in der eigenen Stichprobe weicht vom Bundesdurchschnitt ab. Die Abweichung betrifft vor allem die Verhaltenstherapie, die im Bundesdurchschnitt häufiger ist sowie die tiefenpsychologische Kurzzeit- und Langzeitpsychotherapie. Die dargestellten Befunde sind wegen der nicht gewährleisteten Repräsentativität der Stichprobe nur bedingt zu verallgemeinern.

Trotz des hohen Anteils psychoanalytischer Psychotherapien (n=226) in unserer Untersuchung ist die Zahl der Behandlungen, die länger als 2,5 Jahre dauern, gering (ca. 15%). Eine Kombination von Behandlungsverfahren kommt, sieht man von einigen wenigen Fällen ab, in denen eine tiefenpsychologische Kurzzeitpsychotherapie mit einer verhaltenstherapeutischen Kurzzeitpsychotherapie kombiniert wurde, praktisch nur innerhalb der beiden psychotherapeutischen Grundorientierungen vor. In 18,4% der Fälle traten nach Einschätzung der Therapeuten im Verlauf der Behandlung Komplikationen auf, wobei als Komplikationen Suizidversuche, psychotische und psychosomatische Dekompensationen, parasuizidale Handlungen und Dissozialität definiert wurden. Viele Patienten waren während der Psychotherapie in ambulanter haus- oder fachärztlicher Behandlung. Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen verringert sich jedoch während der psychotherapeutischen Behand-

lung. Dies gilt vor allem auch für die Frequenz stationärer Behandlungen, die im Fünf-Jahreszeitraum vor Therapiebeginn 15,3% (Akutkrankenhaus- und Rehaklinikaufnahmen) während der Psychotherapie noch 2,1% betrug.

Die Selbstbeurteilung der Patienten im VEV und im HAQ zeigt, daß es im Behandlungsverlauf in allen Therapieformen zu positiven Veränderungen kommt. Etwas überraschend ist die Tendenz einer Verschlechterung der Beziehung in der Behandlungsmitte in zwei der untersuchten Verfahren (Verhaltenstherapie und psychoanalytische Psychotherapie). Dies stimmt jedoch mit dem Verlauf der Symptomatik (SCL-90R) überein, die ebenfalls in der Behandlungsmitte zunimmt. Möglicherweise spiegelt dieser Befund die Aktualisierung von Konflikten und Belastungen im Behandlungsprozeß wider. Bei der Bewertung der Ergebnisse muß berücksichtigt werden, daß es sich nicht um eine Katamneseuntersuchung, sondern um eine Querschnittsuntersu-

chung noch laufender Psychotherapien handelt. Die Befunde weisen trotzdem darauf hin, daß es im Behandlungsverlauf in allen untersuchten Therapieverfahren zu einer Verbesserung der psychischen, sozialkommunikativen und körperlichen Beschwerden kommt.

Fragen der Qualitätssicherung

Die Daten weisen drei Anknüpfungspunkte für eine Diskussion über Fragen der Qualitätssicherung auf. Dies sind:

- (1) Die soziodemographischen Merkmale der Patienten und die damit angesprochene Frage der Zugänglichkeit zur ambulanten Fachpsychotherapie.
- (2) Die Frage der Kombination bzw. der Differentialindikation für unterschiedliche psychotherapeutische Verfahren.
- (3) Die Frage der Aussagekraft von „Ereignisparametern“ zur Verlaufsbeurteilung von Psychotherapien.

Soziodemographische Patientenmerkmale

Die Frage, ob und wenn ja welche Filter die Zugänglichkeit zu bestimmten Behandlungsmaßnahmen beeinflussen, ist ein zentrales Thema der Versorgungsforschung. Die Frage gewinnt an Aktualität, wenn Hinweise dafür bestehen, daß ein Ungleichgewicht zwischen der schichtabhängigen Prävalenz bestimmter Störungsbilder und der schichtabhängigen Verteilung von Behandlungsmaßnahmen besteht. Dies trifft vermutlich für die ambulante Psychotherapie zu. Meyer et al. (1991) stellten fest,

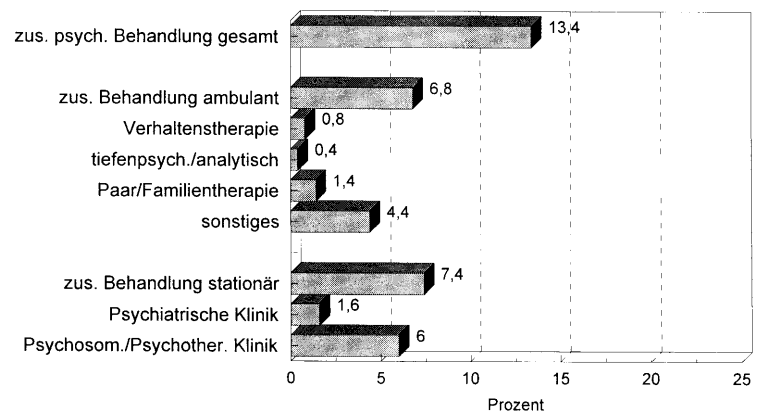


Abb.10 ▲ Zusätzliche psychische Behandlungen bei anderen Therapeuten bzw. in Kliniken während der ambulanten Psychotherapie (n=499, Mehrfachnennungen möglich)

Originalien

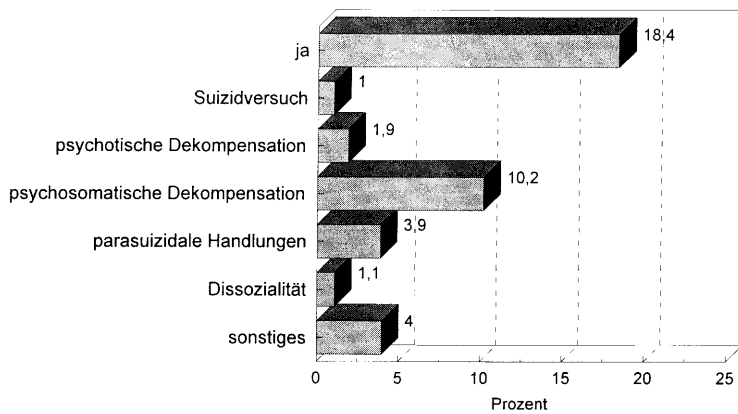


Abb. 11 ▲ **Komplikationen während der ambulanten Psychotherapie (n=804, Mehrfachnennungen möglich)**

daß psychische und psychosomatische Erkrankungen in der Unterschicht doppelt so häufig vorkommen wie in Ober- und Mittelschicht, daß sich diese Prävalenzzahlen in der Inanspruchnahme der ambulanten Fachpsychotherapie jedoch nicht widerspiegeln. Nun hängt die Inanspruchnahme von Psychotherapie nicht nur von der Prävalenz psychischer Störungen ab. Die Motivation spielt als Einflußfaktor eine wichtige Rolle (Franz et al. 1990). Bedarfsrechnungen für die psychotherapeutische Versorgung können davon ausgehen, daß die Zahl der potentiellen Klienten, die eine (psychodynamische) Psychotherapie annehmen, wenn sie ein entsprechendes Angebot erhalten, weit unter 50%, nämlich bei 33% liegt (Franz et al. 1993). Nach Köhle (1986) ist eine Behandlungsbereitschaft für indizierte Fachpsychotherapie sogar nur bei $\frac{1}{4}$ bis zu $\frac{1}{3}$ der Patienten gegeben. Patienten mit höherem Bildungsstatus finden in größerer Häufigkeit Zugang zu einer psychotherapeutischen Behandlung als Patienten mit niedrigerem Bildungsstatus. Dieser Befund ist nicht neu oder überraschend (Rudolf 1991). Mehrere Studien haben gezeigt, daß auch die Fortsetzung therapeutischer Kontakte mit der sozialen Schicht korreliert und zwar im Sinne einer höheren Drop-out Quote in den unteren sozialen Schichten (Pilkonis et al. 1984; Berrigan u. Garfield 1981). Im Ergebnis wird dieser Befund durch die Daten der hier vorgestellten Untersuchung belegt. Dabei muß jedoch der Begriff der sozialen Schicht differenziert werden. Der relativ hohe Bildungsstatus der Psychotherapiepatienten ist nicht automatisch im

Sinne eines hohen Sozialstatus (eines hohen Einkommens) zu interpretieren. Nach einer Umfrage der Freiburger Vertretung ärztlicher und nichtärztlicher Vertragspsychotherapeuten zur Abschätzung voraussichtlicher Folgen der Selbstbeteiligung unter Psychotherapiepatienten fielen 51,7% der untersuchten Patienten in die Einkommensgruppe eines Monatseinkommens unter 3000 DM Brutto (Berechnung auf der Grundlage eines 1-Personen-Haushalts, Bowe 1994). In unserer Erhebung verfügen überhaupt nur 63,1% der Patienten über ein eigenes Einkommen, 32,9% sind auf das Einkommen des Ehepartners oder der Eltern angewiesen. 13,5% der Patienten leben von Bafög, Sozialhilfe oder Arbeitslosengeld. Dies bedeutet, – in Übereinstimmung mit der oben beschriebenen Altersverteilung, daß der Bildungsstatus zwar hoch ist,

nicht unbedingt jedoch das verfügbare Einkommen. Die Einführung einer Zuzahlung für ambulante Psychotherapie würde deswegen mit großer Wahrscheinlichkeit einen bereits jetzt aufgrund der genannten Faktoren existierenden sozialen Filter verstärken.

Wir vermuten, daß der Bildungsstatus vor allem über die Variable der Motivation die Zugänglichkeit zur ambulanten Psychotherapie beeinflusst (Brill u. Storow 1960; Lorion 1973; Franz et al. 1990, 1993). Auch wenn die Zusammenhänge zwischen Bildung und Therapiemotivation eine wichtige Rolle spielen, stellt sich jedoch die Frage, ob die Schwelle zur psychotherapeutischen Behandlung durch eine engere Verknüpfung der Versorgungsbereiche, insbesondere zwischen ambulanter Fachpsychotherapie und psychosomatischer Grundversorgung, nicht gesenkt werden kann. In diesem Bereich könnte die Perspektive einer Qualitätsentwicklung in dem Ziel gesehen werden, die Zugänglichkeit zur ambulanten Fachpsychotherapie durch eine engere Verbindung mit anderen Versorgungsbereichen zu verbessern.

Die Indikationsstellung

Tiefenpsychologische Kurzzeitpsychotherapien werden häufig – unseren Ergebnissen zufolge in etwa 56% der Fälle in Langzeitbehandlungen (tiefenpsychologische Langzeitpsychotherapie und analytische Psychotherapie) umgewandelt. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Verzögerungen bei der Antragstellung

Tabelle 3

Psychopharmakologische Behandlung im 5-Jahres-Zeitraum vor Therapiebeginn (n=777) und während der Psychotherapie (n=676)

	5-Jahres-Zeitraum vor der Psychotherapie		Während der Psychotherapie	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Psychotrope Medikamente (Gesamt)	246	31,7	121	17,9
Eine Medikamentengruppe	179	23,0	99	14,6
Mehrere Medikamentengruppen	67	8,6	22	3,2
Neuroleptika	45	5,8	32	4,7
Tranquilizer	82	10,6	18	2,7
Antidepressiva	93	12,0	59	8,7
Analgetika	75	9,7	24	3,6
Schlafmittel	32	4,1	13	1,9
Sonstige	11	1,4	2	0,3

im Gutachterverfahren führen dazu, daß viele Psychotherapeuten mit einer Kurzzeitpsychotherapie beginnen, obwohl die Indikation für eine Langzeittherapie bereits nach dem Ende der probatorischen Sitzungen gestellt worden ist. Ferner bevorzugen viele Psychotherapeuten eine „adaptive Indikationsstellung“ für Langzeittherapien, d.h. die Kurzzeittherapie dient der Überprüfung der Angemessenheit des therapeutischen Vorgehens (Kächele u. Kordy 1996). Daneben dürften auch die Praxisrandbedingungen für die Indikationsentscheidung eine nicht unwesentliche Rolle spielen. Vessey et al. (1994) haben mit Hilfe einer Computersimulation analysiert, wie die Rahmenbedingungen einer Praxis dazu führen, daß sich in Abweichung vom errechneten Versorgungsbedarf die Zusammensetzung von Patienten und die Indikation für unterschiedliche Psychotherapieverfahren innerhalb kurzer Zeit von Krisenintervention und Kurzzeitpsychotherapie zugunsten eines hohen Anteils von Langzeitbehandlungen verschiebt. Die Bemessung zeitabhängiger Leistungen nach den augenblicklich gültigen Bewertungsmaßstäben läßt es beispielsweise wenig attraktiv erscheinen, Zeit für Kurzzeitberatungen und Kriseninterventionen zu reservieren und dabei das Risiko unbelegter Stunden in Kauf zu nehmen. Daneben ist nicht zu übersehen, daß bei der Indikationsstellung naturgemäß v.a. Zielsetzungen wirksam werden, die sich *am einzelnen Patienten* und nicht am „allgemeinen Bedarf“ orientieren. Das Interesse des einzelnen Patienten und die allgemeinen Erfordernisse der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung müssen nicht unbedingt kongruent sein.

In der ambulanten Psychotherapie werden nur selten verschiedene Behandlungsverfahren kombiniert. Dies entspricht den Bestimmungen der Psychotherapierichtlinien, die eine Behandlung *innerhalb einer psychotherapeutischen Grundorientierung favorisieren*. Es ist möglich, daß dies zum oben dargestellten Problem der Zugänglichkeit beiträgt: Der Vergleich der Patienten in ambulanter Psychotherapie mit der Klientel psychosomatischer Fachkliniken zeigt, daß Patienten aus den unteren sozialen Schichten in psychosomatischen Fachkliniken viel stärker vertreten sind als in

der ambulanten Psychotherapie (Broda et al. 1994). Möglicherweise schränken die Psychotherapie-Richtlinien dadurch, daß sie „Kombinationsbehandlungen“ wie sie im stationären Bereich üblich sind, in der ambulanten Versorgung erschweren, unbeabsichtigt die ambulante Behandlung bestimmter Patientengruppen ein.

Die Aussagekraft von Ereignisparametern

Der dritte Diskussionspunkt betrifft die Aussagekraft einzelner Ereignisparameter für die Evaluation psychotherapeutischer Behandlungen. Die Daten zeigen, daß eine schematische Bewertung einzelner Ereignisse oft keine angemessene Grundlage für die Evaluation des Behandlungsverlaufs bildet. Diese Feststellung erscheint banal, ist jedoch angesichts des Ziels von Qualitätssicherung, leicht erfaßbare Indikatoren zur Evaluation heranzuziehen, nicht überflüssig. Die Befunde belegen, daß Patienten mit *Komplikationen im Behandlungsverlauf* in anderen wichtigen Prozeßparametern wie der therapeutischen Beziehung keineswegs schlechter abschneiden. Zwar mußten Patienten mit psychosomatischer Dekompensation während der Psychotherapie häufiger stationär eingewiesen werden und waren sowohl in der Selbst- wie in der Fremdeinschätzung durch ihre Symptome psychisch stärker beeinträchtigt. Trotzdem schätzen sie jedoch die therapeutische Beziehung in verschiedener Hinsicht sogar positiver ein als die übrige Gruppe. D.h. trotz eines möglicherweise krisenhafteren Therapieverlaufs sind diese Patienten mit der Behandlung und der Beziehung zum Therapeuten keineswegs unzufrieden. Die Verwendung solcher Ereignisse als Qualitätsindikatoren sollte deswegen mit Vorsicht erfolgen. Sie bedarf weiterer klinischer Validierung.

Die Ergebnisse der dargestellten Untersuchung hatten gezeigt, daß es in den Parametern Arbeitsunfähigkeit und psychopharmakologische Behandlung im Therapieverlauf zu deutlichen Veränderungen kommt. Dasselbe gilt für die Inanspruchnahme medizinischer Behandlungen. Bei der Erhebung dieser Parameter wurde der Fünf-Jahreszeitraum vor Therapiebeginn mit dem Zeitraum während der Behand-

lung verglichen. Der Referenzzeitraum vor Therapiebeginn wurde mit Rücksicht auf den relativ hohen Anteil von Langzeitpsychotherapien auf fünf Jahre festgelegt. Wie sich zeigt, dauern die meisten Behandlungen jedoch viel kürzer (s. Abb. 3). Es ist möglich, daß aus den unterschiedlichen Vergleichszeiträumen Verzerrungen entstehen. Im folgenden werden deswegen die Ergebnisse der eigenen Untersuchung mit in der Literatur berichteten Befunden verglichen.

Baltensperger (1993) gibt eine Übersicht über 53 Studien, die den Effekt von Psychotherapie auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen untersuchten. Von diesen 53 Studien konnten 38 in eine systematische Literaturliteraturauswertung einbezogen werden. Alle 38 Studien wurden mit klinischen Gruppen durchgeführt, davon 27 unter Ein-schluß einer Vergleichsgruppe. Die meisten Untersuchungen stammen aus den USA und wurden von Health Maintenance Organisationen oder von Gesundheitszentren durchgeführt. Der Vergleich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ein Jahr vor und ein Jahr nach Therapiebeginn, d.h. in parallelen Vergleichszeiträumen, erbrachte sowohl für den ambulanten wie für den stationären Bereich eindeutige Ergebnisse. Von den 26 Studien, in denen die Inanspruchnahme *ambulanter* medizinischer Leistungen untersucht wurde, wiesen 22 (85%) auf eine Abnahme und nur vier (15%) auf eine Zunahme der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach Therapiebeginn hin. Die durchschnittliche Abnahme betrug 4,19 ambulante Kontakte (26%) pro Patient und Jahr und geht v.a. auf eine Verringerung diagnostischer Maßnahmen zurück. Bei den stationären Behandlungen verbrachten Psychotherapiepatienten im ersten Jahr nach Behandlungsbeginn 5,6 Tage (54%) weniger Zeit im Krankenhaus. Ökonomisch fällt v.a. die Reduktion stationärer Aufenthalte ins Gewicht. Untersuchungen, in denen eine zwei bis fünf Jahreskatamnese durchgeführt wurde (neun Studien), weisen darauf hin, daß die Veränderungen im zeitlichen Verlauf stabil bleiben oder sogar zunehmen. Aus naheliegenden Gründen ist die zu erwartende Reduktion der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen um so größer, je höher das Ausmaß der Inanspruchnahme vor Therapiebeginn war.

Auch zur Reduktion der Arbeitsunfähigkeit durch Psychotherapie liegen eine Reihe von Untersuchungen vor (z.B. Podobnikar u. Mackintosh 1981; Vasudevan et al. 1981; Zielke u. Mark 1989; Deter u. Allert 1989; Ginsberg u. Marks 1977; Thomas u. Schmitz 1993). Die Reduktion der Arbeitsunfähigkeit dieser sowohl im Hinblick auf die untersuchten Patientengruppen wie auch der durchgeführten Behandlungsmaßnahmen heterogenen Studien liegt zwischen 26% und 100%.

Bezüglich der Reduktion von Psychopharmaka berichtet Baltensperger (1993) über eine Reihe von Studien, die die nachteiligen Effekte einer undifferenzierten Psychopharmakotherapie insbesondere mit Tranquilizern und Anxiolytika untersuchen (Catalan et al. 1984; Butollo u. Höflin 1984; Oster et al. 1990). Die empirische Überprüfung dieses Parameters ist mit methodischen Schwierigkeiten verbunden, die u.a. darin liegen, Kriterien zu definieren, die im Einzelfall die Überlegenheit einer Behandlung ohne Psychopharmaka gegenüber einer Behandlung mit Psychopharmaka belegen. Die Zahl systematischer Studien ist entsprechend geringer. Die Verringerung einer Psychopharmakamedikation ist bei Psychotherapiepatienten jedoch ein klinisch relevanter Parameter.

Wir hatten bei der Darstellung der eigenen Ergebnisse darauf hingewiesen, daß eine deutliche Reduktion vor allem in der Verabreichung solcher Substanzgruppen zu beobachten war, die in der primärmedizinischen Versorgung – vermutlich immer noch viel zu häufig – zur Behandlung psychischer und psychovegetativer Beschwerden eingesetzt werden, nämlich Tranquilizer (Zielke u. Mark 1989) und Analgetika. In diesen beiden Substanzgruppen kommt es während der Psychotherapie zu einer deutlichen Reduktion.

Bei solchen Substanzgruppen, für die eine enge Indikationsstellung empfohlen wird (z.B. Neuroleptika) ist die Abnahme dagegen geringer. Antidepressiva werden während der Psychotherapie am häufigsten beibehalten.

Gelegentlich werden sie abgesetzt, in einigen Fällen jedoch auch neu verordnet. Insgesamt sprechen diese Befunde dafür, daß in der ambulanten Fachpsychotherapie eine differenzierte Indikationsstellung bei einer klaren Tendenz zur Verringerung des Einsatzes von zentral wirkenden Medikamenten im Verlauf der psychotherapeutischen Behandlungen besteht.

Wirksamkeitsstudien und Klinische Praxis

In den vergangenen Jahren ist in der Entgegnung auf die einseitige Betonung der Aussagekraft kontrollierter und randomisierter Psychotherapieergebnisstudien immer wieder auf die Bedeutung naturalistischer Untersuchungen in der Psychotherapieforschung hingewiesen worden (Rudolf 1991; Manz et al. 1995). Dem liegt die Einsicht zugrunde, daß die an hochselektierten Patientengruppen gewonnenen Ergebnisse nicht ohne weiteres auf den Versorgungsalltag übertragen werden können. Diese Position hat kürzlich durch eine Studie der amerikanischen Verbraucherorganisationen Unterstützung erhalten (Consumer Reports Study). Seligman (1995), der als wissenschaftlicher Ratgeber an der Planung und Durchführung beteiligt war, nennt fünf Gründe weshalb Wirksamkeitsstudien und klinische Praxis sich nicht unbedingt kongruent verhalten:

1. Die Dauer von Psychotherapie ist in der Praxis nicht in vergleichbarer Weise festgelegt wie in kontrollierten Studien, in denen die Nichteinhaltung dieser Versuchsbedingung die Aussagekraft der Ergebnisse gefährdet.
2. Psychotherapie ist in der Praxis in der Regel selbst-korrigierend, d.h. sie verändert sich als Ergebnis des Lernprozesses des Therapeuten. Dagegen wird in kontrollierten Studien die Therapie durch Behandlungsmanuale mit dem Ziel der Vereinheitlichung und Standardisierung gesteuert und überwacht.
3. In der Praxis sucht sich der Patient seinen Therapeuten selbst aus. In kontrollierten Studien erfolgt die Zuweisung aufgrund definierter Bedingungen (z.B. durch Randomisierung).

4. Patienten in der Praxis haben vielfältige und gemischte Probleme und Störungen. Diese werden in kontrollierten Studien durch Ein- und Ausschlusskriterien gesteuert.
5. Psychotherapie in der Praxis zielt in der Regel mehr auf Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus als auf Symptomreduktion.

Evaluative Studien, die die alltägliche Routineversorgung zum Gegenstand haben, sind eine wichtige Voraussetzung der Qualitätssicherung (Meyer et al. 1991). Praxisorientierte Psychotherapieforschung verfolgt das Ziel, Basisdaten der Versorgung bereitzustellen. Wie der Consumer Report (Seligman 1995) zeigt, können die Ergebnisse von Feldstudien von denen kontrollierter randomisierter Studien beträchtlich abweichen. Naturalistische Untersuchungen stellen deswegen eine wichtige Ergänzung vorbereitender Maßnahmen zur Qualitätssicherung dar.

Wir danken der Kassenärztlichen Vereinigung Südbaden und der Robert-Bosch-Stiftung, Stuttgart, für die finanzielle Unterstützung des Projekts sowie allen Teilnehmern für ihre engagierte Mitarbeit.

Literatur

- Baltensperger C (1993) Der gesellschaftliche Nutzen von Psychotherapie. Diplomarbeit. Psychologisches Institut der Universität Bern
- Berrigan LP, Garfield SL (1981) Relationship of missed psychotherapy appointments to premature termination and social class. *Br J Clin Psychol* 20:239–242
- Broda M, Braukmann W, Dehmlow A, Kosarz P, Schuhler P, Siegfried J, Zielke M (1994) Epidemiologische Daten zur Beschreibung des Klientels psychosomatischer Kliniken – Eine Auswertung von 10 Jahren Basisdokumentation. *Verhaltensmedizin Heute* 2:19–35
- Bowe N (1994) Die Zuzahlungspflicht für Psychotherapiepatienten – folgenschwerer Rückschlag für die ambulante Psychotherapie. *Psychotherapeut* 39:264–268
- Brill NQ, Storrow HA (1960) Social class and psychiatric treatment. *Arch Gen Psychiatry* 3:334–344
- Butollo W, Höfling S (1984) Behandlung chronischer Ängste und Phobien. Enke, Stuttgart
- Catalan J, Gath D, Edmonds G, Ennis J (1984) The effects of non-prescribing of anxiolytics in general practice. I: Controlled trial of psychiatric and social outcome. *Br J Psychiatr* 144:593–602

- Derogatis LR (1986) SCL-90R. In: CIPS (Hrsg) Internationale Skalen für Psychiatrie. Beltz, Weinheim
- Deter HC, Allert G (1989) Group therapy for asthma patients: a concept for the psychosomatic treatment of patients in a medical clinic – a controlled study. *Psychother Psychosom* 40:95–105
- Franz M, Schiessl R, Manz R, Schepank H, Tress W (1990) Zur Problematik der Psychotherapieakzeptanz. *Psychother Psychosom Med Psychol* 40:369–374
- Franz M, Dilo K, Reister G (1993) Warum „Nein“ zur Psychotherapie? Kognitive Stereotypen psychogen erkrankter Patienten aus einer Bevölkerungsstichprobe im Zusammenhang mit der Ablehnung eines Psychotherapieangebotes. *Psychother Psychosom Med Psychol* 43:278–285
- Ginsberg G, Marks I (1977) Costs and benefits of behavioural psychotherapy: a pilot study of neurotics treated by nurse therapists. *Psychol Med* 7:685–700
- Herold R (1996) „Utopische“ und „tatsächliche“ Kosten analytischer Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung. *Z Psychoanal Theor Prax* 10:462–480
- Kächele H (1990) Wie lange dauert Psychotherapie? *Psychother Psychosom Med Psychol* 40:148–151
- Kächele H, Kordy H (1996) Indikation als Entscheidungsprozeß. In: von Uexkuell Th (Hrsg) *Psychosomatische Medizin*, 5. Aufl. Urban & Schwarzenberg. München Wien Baltimore
- Köhle P (1986) Bereitschaft zur Fachpsychotherapie. *Psychiat Neurol Psychol* 38:722–727
- Lorion RP (1973) Socioeconomic status and traditional treatment approaches reconsidered. *Psychol Bull* 79:263–270
- Manz R, Henningsen Ch, Rudolf G (1995) Methodische und statistische Aspekte der Therapieevaluation am Beispiel der Berliner Psychotherapiestudie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 45:52–59
- Meyer AE, Richter R, Grawe K, Graf v d Schulenburg, Schulte B (1991) Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf
- Oster G, Huse D, Adams S, Imbimbo J, Russell M (1990) Benzodiazepine tranquilizers and the risk of accidental injury. *Am J Public Health* 80:1467–1470
- Pilkonis PA, Imber SD, Lewis P, Rubinsky P (1984) A comparative outcome study of individual, group and conjoint psychotherapy. *Arch Gen Psychiat* 41:431–437
- Podobnikar I, Mackintosh S (1981) Pain-Center: A cost-effective approach to the treatment of chronic pain due to industrial injury. *Pain [Suppl]* 1:295
- Rudolf G (1991) Die therapeutische Arbeitsbeziehung. Untersuchung zum Zustandekommen, Verlauf und Ergebnis analytischer Psychotherapien. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Seligman MEP (1995) The effectiveness of psychotherapy. The consumer reports study. *Am Psychol* 50:965–974
- Thomas GJ, Schmitz B (1993) Zur Effektivität ambulanter Psychotherapien. Eine empirische Untersuchung der Arbeitsunfähigkeits (AU)-Tage von 240 Klienten mit kassenfinanzierten Behandlungen. *Report Psychol* 18:22–25
- Vasudevan S, Lynch N, Abram S (1981) Effectiveness of an ambulatory chronic pain program. *Pain [Suppl]* 1:294
- Vessey J, Howard K, Lueger R, Kächele H, Mergenthaler E (1994) The clinician's illusion and the psychotherapy practice. An application of stochastic modeling. *J Cons Clin Psychol* 62:679–685
- Zielke M, Mark N (1989) Effizienz und Effektivität stationärer psychosomatischer Behandlungen. *Prax Klin Verhaltensmed Rehabil* 7:132–147