

Gallas, C., H. Kächele, et al. (2008). "Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie: Befunde der TRANS-OP Studie und deren Implikationen für die Richtlinienpsychotherapie." Psychotherapeut **56**(6): 414-423.

Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie: Befunde der TRANS-OP Studie und deren Implikationen für die Richtlinienpsychotherapie

Christine Gallas¹, Horst Kächele², Susanne Kraft³, Hans Kordy⁴, Bernd Puschner³

¹Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

²Universität Ulm, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

³Universität Ulm, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II

⁴Universitätsklinikum Heidelberg, Forschungsstelle für Psychotherapie am Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie

Korrespondenzadresse:

Dr. Hans Kordy

Forschungsstelle für Psychotherapie am Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie

Universitätsklinikum Heidelberg

Bergheimer Straße 54

69115 Heidelberg

Tel.: 06221-567345

Fax: 06221-567350

E-Mail: hans.kordy@med.uni-heidelberg.de

Danksagung

Wir danken der Deutschen Krankenversicherung (DKV) für die Förderung der TRANS-OP-Studie. Vvvvvvvvvvv

Zusammenfassung

Ziel dieser Arbeit ist eine Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse der Studie "Mit Transparenz und Ergebnisorientierung zur Optimierung der psychotherapeutischen Versorgung: eine Studie zur Evaluation ambulanter Psychotherapie" (TRANS-OP). Zwischen September 1998 und Februar 2000 wurden alle Versicherten der Deutschen Krankenversicherung, die einen Antrag auf Kostenerstattung ambulanter Psychotherapie gestellt hatten, um ihr informiertes Einverständnis zur Studienteilnahme gebeten. So konnten während eines Zweijahreszeitraums von 714 Studienteilnehmern und einem großen Teil ihrer Behandler umfangreiche Angaben zu Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien ambulanter Psychotherapie erhoben werden.

Die Teilnehmer beantragten ambulante Psychotherapie in den Richtlinienverfahren tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (52%), Verhaltenstherapie (31%) und psychoanalytische Psychotherapie (17%), deren Kostenübernahme fast ausnahmslos bewilligt wurde. Im Ausgangsniveau ergaben sich weder bezüglich soziodemografischer Merkmale noch hinsichtlich der mittels standardisierter Instrumente erhobenen Beeinträchtigungsschwere Unterschiede nach Art der durchgeführten Psychotherapie. Obwohl sich Variationen in den Gesundungsverläufen zeigten erwies sich auch das Behandlungsergebnis nach zwei Jahren als unabhängig vom Therapieverfahren. Darüber hinaus wurde im Verlauf der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung eine Reduktion der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, insbesondere der Krankenhaustage, beobachtet.

Diese Befunde können als Hinweis für die Effektivität und auch für den ökonomischen Nutzen von unter Routinebedingungen durchgeführter ambulanter Psychotherapie gelten. Allerdings sollte sich das Versorgungssystem, v.a. bei der Zuteilung psychotherapeutischer Ressourcen, stärker am objektivierbaren Behandlungsbedarf und am Therapieergebnis des einzelnen Patienten orientieren.

Schlüsselwörter: Richtlinienverfahren, Inanspruchnahme, Therapieverlauf, Therapieergebnis, Cost-Offset

Utilization, course and outcome of outpatient psychotherapy: results of the TRANS-OP study

This paper summarizes major results of the study “Optimizing psychotherapy service provision via transparency and outcome orientation: evaluating outpatient psychotherapy” (TRANS-OP). Between September 1998 and February 2000, all insureds of a major German health insurance company (“Deutsche Krankenversicherung”) who requested reimbursement of outpatient psychotherapy were asked to participate in the study. Comprehensive data concerning structural, process and outcome criteria of outpatient psychotherapy were collected from 714 participants and from the majority of their psychotherapists during a two-year observation period. Participants applied for the following treatments eligible for reimbursement in the German health insurance system: psychodynamically oriented psychotherapy (52%), cognitive behavioural therapy (31%), and psychoanalytic psychotherapy (17%). Amount of sessions claimed for reimbursement were almost exclusively approved.

Participants in the three treatment modalities did not differ in socio-demographic characteristics, nor in initial symptom severity assessed by standardized measures. Even though courses of improvement of symptom impairment varied, therapy outcome after two years was similar in the three forms of treatment. In addition, a cost offset was found, i.e. medical costs, especially for hospital days, substantially decreased during the course of psychotherapy.

These findings support the effectiveness as well as the economic significance of outpatient psychotherapy across different treatment modalities in routine care. However,

allocation of psychotherapeutic resources should be more considerate of individual patient need and treatment outcome.

Keywords: Insurance-financed psychotherapy, mental health services utilization, therapy course, therapy outcome, cost offset

Hintergrund

Während die Wirksamkeit von Psychotherapie unter kontrollierten Bedingungen vielfach nachgewiesen wurde, sind Studien zur Effektivität ambulanter Psychotherapie unter naturalistischen Bedingungen rar. Ergebnisse aus den anglo-amerikanischen Ländern sind aufgrund der deutlich unterschiedlichen Versorgungssysteme (z. B. einer mittleren Dauer ambulanter psychotherapeutischer Interventionen von vier Sitzungen in den USA, vgl. [17]) nicht auf hiesige Verhältnisse übertragbar.

Um valide Ergebnisse über die Versorgungssituation, Therapieverlauf und –ergebnis zu erhalten, sind Untersuchungen notwendig, die eine große Stichprobe ambulanter Psychotherapiepatienten¹ unabhängig von der Art des eingesetzten Richtlinienverfahrens über einen längeren Zeitraum beobachten. Zwischen 1998 und 2002 wurde daher die Studie „Mit Transparenz und Ergebnisorientierung zur Optimierung der psychotherapeutischen Versorgung: eine Studie zur Evaluation ambulanter Psychotherapie (TRANS-OP)“ durchgeführt. Zentrale Fragen dieser Studie betreffen die Versorgungsepidemiologie und den Einfluss von Psychotherapie auf den mittelfristigen Gesundungsverlauf.

Die vorliegende Arbeit fasst zentrale, z. T. bereits in Einzelarbeiten veröffentlichte Ergebnisse der TRANS-OP-Studie zusammen und diskutiert deren Implikationen für die Versorgungspraxis ambulanter Richtlinienpsychotherapie. Folgende Ergebnisse der Studie werden dargestellt:

a) *Versorgungssituation*: Wer beantragt Psychotherapie? Wer erhält welche Art von Psychotherapie und in welchem Umfang? Wie viel davon wird tatsächlich in Anspruch genommen? In welchem Umfang werden psychotherapeutische Behandlungen verlängert?

b) *Verlauf und Ergebnisse*: Wie beeinflussen Art und Dauer der Psychotherapie den Gesundungsverlauf? Welche weiteren Faktoren haben einen Einfluss auf den

Gesundungsverlauf? Welche Ergebnisse werden erzielt und sind Unterschiede zwischen den Richtlinienverfahren zu beobachten?

c) Wie *zufrieden* sind Patienten und Therapeuten mit der Therapie und ihren Ergebnissen?

d) Ist ein sog. „*Cost-offset effect*“, d.h. eine Reduktion der Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen in Folge der psychotherapeutischen Behandlung festzustellen?

Methode

Design der TRANS-OP-Studie

Alle Versicherten¹ der privaten Krankenversicherung DKV (Deutsche Krankenversicherung), die zwischen dem 01.09.1998 und dem 28.02.2000 bezüglich der Kostenübernahme für eine ambulante Psychotherapie angefragt hatten (N = 3.804), wurden zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Die Probanden wurden zu fünf Zeitpunkten innerhalb von zwei Jahren zu ihrem Gesundheitszustand befragt: zum Zeitpunkt der Einleitung des Antrags (T1, „Erstkontakt“), nach 1½ und 2 Jahren (T4 und T5) sowie zu zwei zufällig ausgewählten von sieben möglichen Zeitpunkten im Zeitraum von vier bis 64 Wochen nach Erstkontakt (T2 und T3). Von 939 Versicherten, die ihr schriftliches Einverständnis zur Studienteilnahme gegeben hatten, sandten 714 (76,0%) den ersten Fragebogen an die Forschungsstelle für Psychotherapie (FS) zurück. Diese 714 Personen bilden die Untersuchungsstichprobe. Die weiteren Rücklaufquoten lagen bei 68,3% (N = 641) für T2, 64,0% (N = 601) für T3, 57,8% (N = 543) für T4, und 54,9% (N = 516) für T5.

¹ Die maskuline Schreibweise wird ausschließlich der besseren Lesbarkeit wegen verwendet. Selbstverständlich sind mit Patienten auch Patientinnen gemeint, mit Therapeuten auch Therapeutinnen usw.

Die Therapeuten der Studienteilnehmer wurden über die Patienten ebenfalls zur Teilnahme eingeladen. Therapeutenangaben wurden zu Erstkontakt und 1½ Jahre später erhoben. 471 Therapeuten (65,9% bezogen auf die teilnehmenden Patienten) sandten den Eingangs-Fragebogen an die FS zurück, von 398 (73,3% der an der Erstbefragung teilnehmenden Therapeuten) liegen auch die Fragebögen von der zweiten Erhebung nach 1½ Jahren vor.

Erhebungsinstrumente

Von den Teilnehmern wurden u.a. soziodemografische Angaben und Maße zur körperlichen, psychischen und interpersonalen Symptomatik erhoben (für weitere Details siehe [35]). *Psychische Beschwerden* wurden anhand der Symptom-Checkliste [10] erfasst, deren globaler Schwereindex (GSI) das allgemeine Ausmaß psychischer Beeinträchtigung ausdrückt. Der Helping Alliance Questionnaire [4] wurde zur Bestimmung der *therapeutischen Arbeitsbeziehung* eingesetzt. *Körperliche Probleme* wurden mit dem Giessener Beschwerdebogen [6], *interpersonale Probleme* mit dem IIP-D (Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme, [18]) erhoben. Die *Patientenzufriedenheit* wurde durch eine an den ambulanten Bereich adaptierte Version des ZUF-8 [46], der deutschen Version des Client Satisfaction Questionnaire (CSQ, [1]) ermittelt.

Die *Hauptdiagnose nach ICD-10* wurde den Therapeutenangaben im ersten Fragebogen oder dem Erstantrag entnommen.

Daten zur *Inanspruchnahme von Psychotherapie* (genehmigte Sitzungskontingente, durchgeführte Sitzungen, Therapiedauer, Fortsetzungsanträge) sowie auf den von den Versicherten zur Kostenerstattung eingereichten Rechnungen basierende Angaben zur *Inanspruchnahme medizinischer Leistungen* (Kosten für ambulante und stationäre Behandlungen) wurden von der DKV für eine Teilstichprobe zur Verfügung gestellt.

Ergebnisse der TRANS-OP-Studie

Versorgungssituation

Wer beantragt Psychotherapie?

In der TRANS-OP-Studie wurde eine ambulante Psychotherapie in etwa gleich häufig von Männern und Frauen beantragt. Die Teilnehmer waren bei Studienbeginn durchschnittlich 44 Jahre alt und wiesen ein hohes schulisches und berufliches Bildungsniveau auf – ca. drei Viertel hatten Abitur und 60% verfügten über einen (Fach-)Hochschulabschluss. Weitere soziodemografische Merkmale der Stichprobe sind in Tabelle 1 dargestellt.

Lediglich acht Versicherte (1%) erhielten keine Kostenzusage, für weitere acht Personen (1%) lagen keine Angaben über das bewilligte Therapieverfahren vor. Etwa die Hälfte der Teilnehmer erhielt eine Zusage zur Kostenübernahme für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP, 51%), etwa ein Sechstel für psychoanalytische Psychotherapie (AP, 16%) und knapp ein Drittel für Verhaltenstherapie (VT, 31%).

Zum Zeitpunkt der Antragstellung wies die Mehrheit der Teilnehmer im Selbstbericht deutliche Beschwerden, d.h. Werte über dem Cut-off für klinisch relevante Beeinträchtigung (68. Perzentil der Normalbevölkerung) auf: 85% waren psychisch und 60% körperlich beeinträchtigt; 66% hatten interpersonale Probleme. 45% der Teilnehmer waren in allen drei Bereichen deutlich beeinträchtigt. Bei 9% waren mittels psychometrischer Verfahren keine psychischen, körperlichen oder interpersonellen Probleme in krankheitswertigem Ausmaß festzustellen. Möglicherweise lag in diesen wenigen Fällen eine Problematik vor, die durch die eingesetzten Instrumente nicht erfasst werden konnte.

Der Mehrzahl der Teilnehmer wurde von ihren Therapeuten bei Antragstellung eine Hauptdiagnose nach ICD-10 aus dem Bereich der affektiven Störungen (F3, 48%) bzw. der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4, 42%) gegeben.

Das Patientenkontingent der drei Richtlinienverfahren unterschied sich nicht hinsichtlich der Variablen Geschlecht, Familienstand, höchster Berufsabschluss und Erstdiagnose (Hauptkategorie nach ICD-10). Ebenso wenig zeigten sich bei Therapiebeginn

Unterschiede hinsichtlich psychischer Beeinträchtigung gemessen mit dem SCL-90-R GSI (TP: $MW=1,01$, $sd=0,51$; VT: $MW=1,03$, $sd=0,61$; AP: $MW=1,12$, $sd=0,55$;

$F=1,63[2]$, $p=0,19$). Allerdings fanden sich unter den Patienten, die eine Kostenzusage für psychoanalytische Psychotherapie erhielten, etwas häufiger solche mit Abitur als höchstem Bildungsabschluss (81% vs. 72% bei TP und 69% bei VT).

Tabelle 1: Stichprobe

Variable	Kategorien	N	Prozent
Geschlecht n = 714	weiblich	385	53,9
	männlich	329	46,1
Alter n = 714	18 – 29	103	14,4
	30 – 39	150	21,0
	40 – 49	216	30,3
	50 – 59	201	28,2
	60 – 69	36	5,0
	über 70	8	1,1
Familienstand n = 712	ledig	222	31,2
	verheiratet	310	43,5
	geschieden	102	14,3
	getrennt lebend	62	8,7
	verwitwet	16	2,2
höchster Schulabschluss n = 710	Hauptschule	49	6,9
	Realschule	121	17,0
	Abitur	518	73,0
	sonstiger oder kein Abschluss	24	3,1
höchster Berufsabschluss n = 700	noch in Ausbildung	41	5,9
	Lehre	84	12,0
	Meister/Fachschule	76	10,9
	Fachhochschule/Universität	418	59,7
	ohne Abschluss	33	4,7
	sonstiger Berufsabschluss	48	6,9
Erstdiagnose bei Antragstellung N = 554	F30 - F39	263	47,5
	F40 – F48	235	42,4
	F50 – F59	21	3,8
	F60 – F69	26	4,7
	sonstige	9	1,6

Wer nimmt wie viel Psychotherapie in Anspruch?

Von den 714 Teilnehmern der TRANS-OP Studie, die einen Antrag auf Kostenübernahme einer ambulanten Psychotherapie gestellt hatten, nahmen 627 (88%) die Behandlung tatsächlich auf (N = 314 in TP, N = 111 in AP, N = 202 in VT).

Abgelehnte Anträge auf Kostenübernahme waren selten (s.o.) und spielen daher für das Nicht-Antreten von Psychotherapie eine untergeordnete Rolle. Die meisten der zugesagten, aber nicht begonnen Behandlungen (N = 71, 10%) kamen aus anderen – uns leider nicht bekannten – Gründen nicht zustande.

Die mediane Therapiedauer (exkl. probatorischer Sitzungen, geschätzt nach dem Kaplan-Meier-Verfahren) betrug 16 Monate, wobei Behandlungen in VT (13 Monate) früher abgeschlossen wurden als Behandlungen in TP (17 Monate). Behandlungen in AP wiesen mit 24 Monaten die längste Therapiedauer auf. Ein Jahr nach Therapiebeginn waren die Hälfte der Behandlungen in VT, etwa ein Drittel derer in TP und ein Viertel derer in AP abgeschlossen. Nach zwei Jahren waren fast alle Behandlungen in VT und knapp drei Viertel jener in TP beendet, während knapp die Hälfte der Behandlungen in AP länger dauerten.

In der Gesamtstichprobe wurden 40 Sitzungen (Median, wiederum geschätzt mit Hilfe des Kaplan-Meier-Verfahrens) durchgeführt. Behandlungen in VT wiesen mit einem Median von 25 Sitzungen die geringste Sitzungszahl auf, gefolgt von TP (42 Sitzungen) und AP (101 Sitzungen).

Die Anzahl der Sitzungen pro Woche war in TP und VT ähnlich (Md = 0,6 bzw. 0,5), während Behandlungen in AP zwar mit höherer Frequenz durchgeführt wurden, diese aber nicht mehr als eine Sitzung pro Woche betrug (Md = 0,9). Insgesamt wurden 73% des genehmigten Sitzungskontingents in Anspruch genommen. Bei TP wurden 78% des genehmigten Stundenkontingents in Anspruch genommen, wohingegen es bei AP

und VT zu einer geringeren Ausschöpfung (68% bzw. 69%) kam. Nur in 17% aller Fälle wurde das bewilligte Stundenkontingent vollständig genutzt.

Es zeigte sich kein Zusammenhang zwischen Geschlecht, Schulbildung oder Ausmaß der psychischen Beeinträchtigung und der Therapiedauer oder der Sitzungszahl. Auch das Ausmaß interpersoneller Probleme zu Therapiebeginn wies keinen Zusammenhang zur Sitzungszahl auf [37]. In TP und VT wurden ältere Patienten kürzer behandelt; in AP wurden Patienten, die die therapeutische Beziehung zu Behandlungsbeginn schlechter bewerteten, länger behandelt und nahmen eine höhere Gesamtsitzungszahl in Anspruch [12].

Hinsichtlich der Häufigkeit von Unterbrechungen (> drei Wochen) während der Therapie, der (gesamten) Unterbrechungsdauer und der Anzahl an Sitzungen in der frühen Behandlungsphase (den ersten drei Monaten) zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Therapieverfahren [26].

Verlängerung psychotherapeutischer Behandlungen

38% der Studienteilnehmer, die eine psychotherapeutische Behandlung begonnen hatten, stellten mindestens einen Fortsetzungsantrag. Da innerhalb des Beobachtungszeitraums knapp 20% der Behandlungen nicht abgeschlossen wurden, ist diese Angabe allerdings eher als konservative Schätzung zu werten. Am häufigsten wurden Behandlungen in AP verlängert (52%), während in TP bei 40% und in VT bei 29% der Fälle ein Fortsetzungsantrag gestellt wurde. Insgesamt wurden lediglich vier von insgesamt 331 Fortsetzungsanträgen abgelehnt (1,2%).

Der Umfang der von den Gutachtern zugesagten Verlängerung unterschied sich deutlich nach Therapieverfahren: Während bei AP in der Regel (Modus) 80 weitere Sitzungen bewilligt wurden, waren dies bei TP und bei VT lediglich 30 bzw. 20 Sitzungen. Abweichungen von diesen Kontingenten waren selten. Das Stellen eines

Verlängerungsantrags stand in keinem Zusammenhang mit soziodemografischen Variablen oder der Erstdiagnose. Hingegen stieg mit hoher initialer psychischer Beeinträchtigung die Wahrscheinlichkeit, dass die Psychotherapie verlängert wurde [12].

Gründe für die Beendigung von Psychotherapie

Tabelle 2 zeigt die Gründe für Beendigung der Psychotherapie, die von den Studienteilnehmern, welche die Behandlung innerhalb von zwei Jahren beendet hatten, zu T5 angegeben wurden (N = 327). Im Vergleich zu Teilnehmern in TP oder VT äußerten mehr Teilnehmer in AP, dass sie selbst das Ende der Behandlung einleiteten. Darüber hinaus ergaben sich keine Unterschiede nach Therapieverfahren: die überwiegende Mehrzahl der Teilnehmer fand, dass ihre Therapie zum richtigen Zeitpunkt endete, die Therapieziele genügend erreicht wurden, und eine Fortsetzung der Behandlung keine weitere Verbesserung versprochen hätte. Fast alle Teilnehmer verneinten, dass sie eine Fortführung der Behandlung als sinnlos beurteilten, weil die bisherige Therapie keine Besserung gebracht hätte. In der Gesamtheit sprechen diese Befunde dafür, dass die Teilnehmer von einer (zumeist möglichen) Fortführung der psychotherapeutischen Behandlung absahen, weil sie von der bereits erhaltenen Behandlung ausreichend profitieren konnten. Dies gilt auch für jene in AP, die vornehmlich die Therapie vorzeitig beendeten (i.S. der Nicht-Ausschöpfung des möglichen Kontingents, s.o.), aber aufgrund dieser Ergebnisse nicht unbedingt als Abbrecher zu bezeichnen sind.

Tabelle 2: Gründe für die Beendigung von Psychotherapie aus Patientensicht

		TP	VT	AP	Gesamt*
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Von wem wurde das Ende Ihrer Psychotherapie eingeleitet? ^a	von mir	63 (45,3)	35 (36,5)	20 (66,7)	118 (44,5)
	von Therapeut/in	5 (3,6)	6 (6,3)	3 (10,0)	14 (5,3)
	gemeinsam	71 (51,1)	55 (57,3)	7 (23,3)	133 (50,2)
Finden Sie, die Therapie endet... ^b	zu früh	32 (22,1)	22 (23,9)	7 (22,6)	61 (22,8)
	zu spät	4 (2,8)	0 (,0)	3 (9,7)	7 (2,6)
	zum richtigen Zeitpunkt	109 (75,2)	70 (76,1)	21 (67,7)	200 (74,6)
Therapieziele wurden genügend erreicht. ^c	trifft gar nicht/wenig zu	26 (20,5)	21 (24,4)	6 (25,0)	53 (22,4)
	trifft ziemlich/voll zu	101 (79,5)	65 (75,6)	18 (75,0)	184 (77,6)
Fortsetzung der Therapie verspricht keine weitere Verbesserung. ^d	trifft gar nicht/wenig zu	33 (31,1)	26 (36,1)	4 (17,4)	63 (31,3)
	trifft ziemlich/voll zu	73 (68,9)	46 (63,9)	19 (82,6)	138 (68,7)
Therapie führte bis Beendigung zu keiner Verbesserung, daher Weiterführung sinnlos. ^e	trifft gar nicht/wenig zu	84 (87,5)	59 (86,8)	13 (81,3)	156 (86,7)
	trifft ziemlich/voll zu	12 (12,5)	9 (13,2)	3 (18,8)	24 (13,3)

Anmerkungen: * Gesamt N < 327 aufgrund fehlender Angaben; ^a χ^2 (df = 4) = 12,2; p = ,02; ^b χ^2 (df = 4) = 8,6; p = ,07; ^c χ^2 (df = 2) = ,6; p = ,75; ^d χ^2 (df = 2) = 2,8; p = ,24; ^e χ^2 (df = 2) = ,47; p = ,79

Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie

Gesundungsverlauf

Es lassen sich zeitlich drei Phasen des Gesundungsverlaufs abgrenzen: die Zeit zwischen Antragstellung und erster abgerechneter Sitzung, der Behandlungszeitraum sowie die Zeit nach Therapieende. Für die Darstellung sowohl des gesamten Gesundungsverlaufs als auch des Verlaufs in den einzelnen Phasen erwiesen sich lineare Modelle als geeignet [33].

In allen Therapieverfahren zeigten sich die schnellsten Veränderungen i. S. einer Verbesserung der psychischen Beeinträchtigung in der Zeit zwischen der Antragseinleitung und dem Therapiebeginn i.S. der ersten abgerechneten Sitzung. Während der Therapie nahm die psychische Beeinträchtigung – mit etwas geringerer Geschwindigkeit – weiterhin ab.

Die Gesundungsverläufe in VT und TP waren in allen Phasen ähnlich. Die Besserungsgeschwindigkeit in AP war während der Therapie tendenziell höher als in TP und VT; dagegen traten in der Nachbehandlungsphase nach AP keine weiteren Veränderungen auf, während in TP und VT nach Therapieende weiterhin eine leichte Reduktion der Beeinträchtigung stattfand. Die Besserung während der Therapie erfolgte bei allen drei Therapieverfahren um so schneller, je ausgeprägter die Beschwerden zum Zeitpunkt der Antragstellung waren [38, 36].

Eine Analyse psychischer, körperlicher und interpersonaler Beschwerden im Therapieverlauf ergab, dass Veränderungen in diesen drei Bereichen nicht in einer bestimmten Reihenfolge, sondern *unabhängig voneinander* stattfinden. Im Vergleich zu

den anderen beiden Bereichen zeigte die psychische Symptomatik im Durchschnitt ein deutlich höheres Ausgangsniveau, aber auch eine mehr als doppelt so hohe Besserungsgeschwindigkeit [25].

Ein Einfluss interpersoneller Probleme zu Therapiebeginn auf die Änderungsgeschwindigkeit der psychischen Symptomatik konnte für die Gesamtstichprobe nicht gefunden werden; das Ausmaß psychischer Symptomatik bei Therapiebeginn war jedoch höher bei Patienten mit einem submissiven Interaktionsstil [37].

Ein Zusammenhang zwischen Therapieunterbrechungen in den ersten drei Behandlungsmonaten und dem Therapieerfolg zeigte sich bei VT und TP nicht; in AP wiesen Patienten, bei denen anfangs eher weniger Sitzungen in regelmäßigem Abstand stattfanden, eine höhere Besserungsgeschwindigkeit der psychischen Symptomatik auf [26].

Bezüglich der Gesundungsverläufe von *verlängerten* und nicht-verlängerten Behandlungen zeigten sich keine Unterschiede in der Veränderungsgeschwindigkeit, sondern lediglich hinsichtlich des Ausgangsniveaus; d.h. Patienten in verlängerten Behandlungen waren zu Beginn der Psychotherapie stärker psychisch beeinträchtigt als Patienten in Behandlungen, für die keine Verlängerung beantragt wurde [12].

Therapie-Outcome

Eine reliable Verbesserung der psychischen Beschwerden innerhalb von zwei Jahren war bei 62% der Teilnehmer zu beobachten, wohingegen 11% eine reliable Verschlechterung zeigten. Diese Besserungsraten variierten kaum nach Therapieverfahren (60% bei TP, 62% bei VT, 67% bei AP), ebenso wenig die Raten bzgl. Verschlechterungen (12% bei TP, je 10% bei VT und AP). Eine klinisch bedeutsame Reduktion [22] ihrer Beschwerden erreichten 36% der Teilnehmer, die zu

Aufnahme klinisch bedeutsam beeinträchtigt waren, d.h. die Werte sanken auf ein Niveau im „funktionalen“ Normbereich.

Ein häufig postulierter Effekt der *therapeutischen Beziehung* auf das Therapieergebnis konnte anhand der TRANS-OP-Daten nicht bestätigt werden. Weder für die Güte der therapeutischen Beziehung noch für eine Veränderung der therapeutischen Beziehung zeigte sich ein Effekt auf das Ausmaß der psychischen Beeinträchtigung zum darauffolgenden Messzeitpunkt. Vielmehr zeichnete sich ein gegenteiliger Effekt ab: das Ausmaß der psychischen Symptomatik beeinflusste die Einschätzung der therapeutischen Beziehung zum nächsten Messzeitpunkt, d.h. stärker psychisch beeinträchtigte Patienten bewerteten die Beziehung zum Therapeuten beim nächsten Erhebungszeitpunkt negativer als weniger beeinträchtigte Patienten [39].

d

Zufriedenheit von Patienten und Therapeuten mit der Behandlung

Während die Erfassung der Patientenzufriedenheit im stationären Setting, insbesondere im Rahmen von Qualitätssicherung und –management, weit verbreitet ist, existieren kaum Befunde über die Zufriedenheit von Patienten in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung.

Anhand der Daten aus der TRANS-OP Studie wurden die Patientenzufriedenheit im Verlauf, Zusammenhänge mit Patientenvariablen, Merkmalen der Behandlung, Symptomschwere und Therapieergebnis sowie die Zufriedenheit mit der Behandlung aus Therapeutenperspektive untersucht [34]. Bereits zu Beginn der Psychotherapie zeigte sich die große Mehrheit der Teilnehmer (90%) zufrieden mit der Therapie. Die Zufriedenheitsraten blieben über den zweijährigen Beobachtungszeitraum stabil (83% - 90% an neun Untersuchungszeitpunkten). Es zeigten sich lediglich Zusammenhänge zwischen dem Ausgangsniveau der Patientenzufriedenheit und der Symptomschwere bzw. der Zufriedenheit mit der therapeutischen Beziehung: Patienten mit zu

Therapiebeginn geringerer psychischer Beeinträchtigung und höherer Beziehungszufriedenheit äußerten sich zufriedener mit der Behandlung.

Soziodemografische Variablen, Art des Therapieverfahrens und Diagnose spielten bei der Einschätzung der Patientenzufriedenheit keine Rolle. Interessanterweise zeigten sich Studienteilnehmer, deren Behandlung nicht über die probatorischen Sitzungen hinausging, mit der Behandlung genauso zufrieden wie Teilnehmer, die nach den probatorischen Sitzungen eine Psychotherapie begonnen hatten. Weiterhin fiel der Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und Behandlungserfolg insgesamt schwach aus: Teilnehmer, deren psychische Beeinträchtigung nach 1½ Jahren als reliabel verbessert klassifiziert wurde, äußerten sich etwas zufriedener mit der Behandlung als jene, deren Befinden sich verschlechtert hatte.

Die behandelnden Therapeuten wurden 1½ Jahre nach Therapiebeginn mit einer adaptierten Form des ZUF-8 (vgl. [34]) zu ihrer *Zufriedenheit mit der therapeutischen Arbeit* befragt. Es ergab sich, dass der Anteil an Therapeuten, die sich zufrieden mit der geleisteten therapeutischen Arbeit zeigten, mit 83% sehr hoch und nur geringfügig niedriger als der Anteil an zufriedenen Patienten zum selben Zeitpunkt (86%) ausfiel.

Cost-Offset Effekt ambulanter Richtlinienpsychotherapie

Der sog. „medical cost offset effect“ bezeichnet das Phänomen, dass Psychotherapie zu einer Reduktion medizinischer Behandlungskosten beitragen kann. Dieser Effekt wurde in einer Vielzahl internationaler Studien beobachtet [9], im deutschsprachigen Raum und für ambulante Psychotherapie bislang jedoch nur selten untersucht [3,5,24].

Der Cost-Offset Effekt wird meist dadurch erklärt, dass durch positive Auswirkungen der Psychotherapie auf das körperliche und psychische Befinden der Patienten – hervorgerufen z.B. durch Stressreduktion oder Verhaltensmodifikation – die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Behandlungen gesenkt wird. Deshalb

wurde in der TRANS-OP-Studie untersucht, welche Beziehung zwischen einem möglichen Cost-Offset und der Reduktion der körperlichen und psychischen Symptomatik besteht [27]. Zu diesem Zweck wurden die medizinischen Kosten einer Teilstichprobe von 200 Patienten (je n=100 in VT und TP), die zufällig aus der Gesamtstichprobe gezogen wurde, systematisch analysiert.

Im Halbjahr vor Beginn der Psychotherapie („Prä“) war ein deutlicher Anstieg der durchschnittlichen medizinischen Kosten (exklusive Kosten für Psychotherapie und Medikamente) zu beobachten, die bis zum vierten Halbjahr nach Therapiebeginn um 26,3% sanken. Erwartungsgemäß war dieser Offset Effekt bei Patienten mit hohen Prä-Kosten („high utilizer“) am deutlichsten ausgeprägt. Darüber hinaus zeigte sich ein geringer, aber signifikanter Zusammenhang des Offset Effektes mit der Reduktion körperlicher Beschwerden nach 1½ Jahren. Dahingegen erwies sich der Cost-Offset als unabhängig von einer Veränderung der psychischen Beeinträchtigung, wie auch vom angewandten Psychotherapieverfahren.

Diskussion

Die TRANS-OP Studie basiert auf einer relativ großen Stichprobe von 714 Versicherten und ermöglicht damit eine Betrachtung der Daten aufgeschlüsselt nach den Richtlinienverfahren tiefenpsychologische Psychotherapie (TP), Verhaltenstherapie (VT) und psychoanalytische Psychotherapie (AP). Das Design mit insgesamt zehn Erhebungszeitpunkten innerhalb von zwei Jahren erlaubte eine Modellierung des mittelfristigen Gesundungsverlaufs, was ein Novum in naturalistischen Untersuchungen ambulanter Richtlinienpsychotherapie darstellt. Zusätzlich ermöglichte die Kooperation mit der DKKV eine detaillierte Erfassung der Kosten für die tatsächliche Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie sowie anderer Gesundheitsleistungen.

Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie

Die Verteilung der Studienteilnehmer auf die Therapieverfahren entspricht in etwa den Anteilen der Richtlinienverfahren am bundesdeutschen Versorgungssystem [29, 48]. Allerdings wiesen die Studienteilnehmer – wohl nicht untypisch für privat Krankenversicherte – einen vergleichsweise hohen sozioökonomischen Status auf. Während sich ein hoher Bildungsstatus auch in Stichproben gesetzlicher versicherter Psychotherapiepatienten findet [43, 45], nahmen in der TRANS-OP-Studie – anders als für Stichproben ambulanter Psychotherapiepatienten üblich (z.B. [15, 45]) - Männer und Frauen etwa gleich häufig Psychotherapie in Anspruch, was die Repräsentativität der Stichprobe einschränkt. Die Ausprägung der psychischen Beeinträchtigung zu Therapiebeginn ist vergleichbar mit der anderer Stichproben ambulanter Psychotherapiepatienten (z.B. [13, 45]). Damit unterscheidet sich das Klientel der TRANS-OP-Studie im wesentlichen durch den vergleichsweise hohen Männeranteil von Stichproben anderer Studien, in denen gesetzlich Krankenversicherte untersucht wurden.

Anders als in der Frankfurt-Hamburg Langzeit-Psychotherapiestudie [7], in der deutliche Unterschiede zwischen Patienten in psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Behandlung bezüglich soziodemografischer Merkmale und initialer Symptombelastung berichtet werden, zeigten sich in der TRANS-OP Studie kaum solche Ungleichheiten. Lediglich war – in Übereinstimmung mit den Ergebnissen anderer Studien [z.B. 7, 43] - bei Teilnehmern in psychoanalytischer Psychotherapie ein höherer formaler Schulabschluss festzustellen.

Die Zeitstruktur – ausgedrückt in Umfang, Dauer und Frequenz – ist in allen Richtlinienverfahren von zentraler Bedeutung für die Umsetzung therapeutischer Konzepte und Strategien und wird wesentlich durch das in den Psychotherapierichtlinien [42] festgelegte Stundenkontingent für Erst- und Verlängerungsanträge bestimmt. Zugleich ist sie eine bedeutende

versorgungsökonomische Größe. Bislang liegen nur wenige Untersuchungen über den tatsächlich in Anspruch genommenen Zeitrahmen psychotherapeutischer Behandlungen vor, deren Ergebnisse aufgrund geringer Stichprobengrößen [7,13] oder der Untersuchung spezifischer Versorgungsbereiche [7, 21] zudem heterogen sind.

Die Befunde der TRANS-OP-Studie sprechen dafür, dass die Zeitstruktur in der Versorgungspraxis doch erheblich von den "Vorgaben" abweicht. So nahmen Teilnehmer in keinem der untersuchten Verfahren – nicht einmal in AP – mehr als durchschnittlich eine Sitzung pro Woche in Anspruch. Weder soziodemografische noch klinische Merkmale wiesen einen nennenswerten Zusammenhang mit der Dauer der Psychotherapie und der Anzahl der durchgeführten Sitzungen auf.

Im Mittel wurden nur drei Viertel der zugesagten Sitzungszahl tatsächlich in Anspruch genommen; das bewilligte Stundenkontingent wurde nur in weniger als einem Fünftel der Fälle vollständig ausgeschöpft. Gleichzeitig reichte das im Erstantrag zugesagte Kontingent in mehr als einem Drittel der Fälle nicht aus, und die Behandlungen wurden mindestens einmal über die ursprünglich bewilligte Sitzungszahl hinaus verlängert. Dies weist darauf hin, dass die zeitliche Strukturierung der Behandlung durch Patienten und Therapeuten in der Praxis flexibler gestaltet wird als es die Festlegung des Kontingents durch die Psychotherapie-Richtlinien und die gutachterlich zugesagte Stundenzahl vermuten lässt. Gleichzeitig gibt dieses Ergebnis Anlass, die Definition von Therapieabbrüchen als eine Beendigung der Therapie ohne vollständige Ausschöpfung des Sitzungskontingents zu überdenken. Dafür sprechen auch die Befunde zu den Gründen für die Beendigung der Therapie aus Patientensicht. Vielmehr scheinen sich in der Mehrzahl der Fälle Therapeut und Patient über den geeigneten Zeitpunkt für das Therapieende zu verständigen („good enough level“, vgl. [2]) und die vorgegebenen Rahmenbedingungen den individuellen Bedürfnissen anzupassen. Die Therapiedosis ergibt sich eher im Verlauf als dass sie als unabhängige Größe vor Therapiebeginn

sinnvoll festgelegt werden könnte. Auch das Ergebnis, dass Therapien häufiger bei Patienten verlängert werden, die zu Behandlungsbeginn stärker psychisch beeinträchtigt sind, deutet auf eine individualisierte, an den Bedürfnissen des Patienten orientierte Inanspruchnahme psychotherapeutischer Ressourcen hin. Dies ist im Versorgungssystem allerdings nur dann möglich, wenn weniger oder genauso viele Sitzungen vonnöten sind als durch den maximalen Rahmen, der durch Erstantrag und Verlängerungsanträge ausgeschöpft werden kann, vorgegeben sind. In Fällen, in denen diese maximale Gesamtsitzungszahl nicht ausreicht, beispielsweise bei chronisch psychisch Kranken, kann so dem Bedarf des Patienten nicht entsprochen werden. Auch wenn die Richtlinien-Psychotherapie aktuell weltweit den großzügigsten Rahmen für die psychotherapeutische Versorgung bietet [41], bleibt eine Subgruppe an Patienten unterversorgt, während gleichzeitig eine Überversorgung i.S. von nicht in Anspruch genommenen Sitzungskontingenten besteht.

Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie

Das in der Literatur bezüglich des Verlaufs psychotherapeutischer Behandlungen beschriebene Phänomen von einem „abnehmenden Grenznutzen“ [19], d.h. mit zunehmender Therapiedauer ist eine Steigerung der „Therapiedosis“ (Sitzungszahl) vonnöten, um das gleiche Ausmaß an Verbesserung zu erzielen wie in der frühen Phase der Therapie, konnte in der TRANS-OP Studie nicht bestätigt werden². Vielmehr erwiesen sich lineare Modelle als geeignet, um Therapieverläufe abzubilden. Diese Linearität impliziert, dass sich die Beschwerden mit etwa gleich bleibender Geschwindigkeit bessern und Patienten von Sitzungen in fortgeschrittener Therapie in gleichem Ausmaß profitieren wie von „frühen“ Sitzungen, zumindest so lange, wie noch etwas zu tun bleibt, d.h. die Beschwerden messbar sind [32]. Dies ist vor allem als ein wichtiges Signal für Langzeitbehandlungen zu werten, deren hoher

Behandlungsaufwand u. E. ohne zureichende Belege leichtfertig kritisiert wurde [14,47,8] und die in anderen Ländern, z.B. in den Niederlanden, bereits dem Kostendruck zum Opfer fielen.

Auch wenn in der Psychotherapieforschung vielfach gezeigt wurde, dass die verschiedenen Therapieverfahren vergleichbar gute Ergebnisse erzielen, wird häufig behauptet dass die Verhaltenstherapie aufgrund eines stärker symptomorientierten Vorgehens eine schnellere Verbesserung der Symptomatik erreiche als analytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapien [14]. Die Daten der TRANS-OP-Studie hingegen zeichnen ein anderes Bild. Hier bessert sich der Gesundheitszustand in den drei Richtlinienverfahren ähnlich schnell.

Als Kritik an der Therapieforschung wird häufig der Einsatz globaler, therapieunspezifischer und ausschließlich symptomorientierter Maße geäußert, die die in der Therapie erreichten Veränderungen im Erleben, Fühlen, Bewusstsein oder in der Lebensgestaltung des Patienten nicht hinreichend auszudrücken vermögen.

Insbesondere von Psychoanalytikern wird der Einsatz von Selbstberichtinstrumenten zur Abbildung des Behandlungsverlaufes und Therapieerfolgs kritisiert, da "unbewusste" Strukturen und Konflikte der Selbstauskunft des Patienten nicht oder nur unzureichend zugänglich seien [40]. Sicher ist es richtig, dass die gängigen, auch in der TRANS-OP Studie verwendeten Instrumente (z.B. SCL-90-R zur Erfassung der psychischen Beeinträchtigung) nicht in der Lage sind, die vielfältigen Facetten des Therapieverlaufs in ihrer Gesamtheit abzubilden, sondern sich vielmehr auf die Erfassung des pragmatischen „Minimalziels“ einer Symptomverbesserung beschränken. Die Befürchtung, psychoanalytische Verfahren könnten in der Therapieevaluation bei der Verwendung solcher explizit symptomorientierter Instrumente im Vergleich mit anderen Verfahren, speziell der Verhaltenstherapie, aufgrund unterschiedlicher

Therapiekonzepte und –techniken benachteiligt sein, erwies sich allerdings als unbegründet.

Weitere Ergebnisse: Zufriedenheit mit ambulanter Psychotherapie und Cost-Offset

Die Zufriedenheit der Patienten mit ihrer ambulanten Psychotherapie erwies sich als durchgehend hoch und über die Zeit hinweg stabil. Korrespondierend zu Ergebnissen aus dem stationären Bereich (vgl. [20,16]) zeigte sich auch in der TRANS-OP Studie nur ein geringer Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der Behandlung und den erreichten Behandlungsergebnissen. Dies ist als erneuter Beleg dafür zu werten, dass Zufriedenheitsangaben, auch wenn sie im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen i.S. der geforderten Patientenorientierung eine zentrale Stellung einnehmen, immer im Zusammenhang mit anderen Ergebniskriterien betrachtet werden sollten.

Weiterhin ergab sich ein Cost-Offset Effekt i.S. einer beträchtlichen Reduktion um ein Viertel der ambulanten und stationären Behandlungskosten innerhalb eines 2½-Jahreszeitraumes (sechs Monate vor bis zwei Jahre nach Therapiebeginn). Allerdings bleibt offen, inwiefern dieser Rückgang auf die psychotherapeutische Behandlung zurückzuführen ist, da der Zusammenhang mit dem Behandlungsergebnis doch eher gering ist. Zudem geht diese Reduktion der Behandlungskosten im wesentlichen auf die kleine Teilgruppe der „High Utilizer“ zurück. Die Frage eines Cost-Offset Effekts ambulanter Psychotherapie wurde kürzlich öffentlichkeitswirksam im „Report 2007“ der Gmünder Ersatzkasse [15] diskutiert. Dort wurden die Variablen Inanspruchnahme von Arztkontakten (einschließlich der Kontakte zu nicht-ärztlichen Psychotherapeuten), Krankenhausaufenthalte und Arzneiverordnungen als Indikatoren eines verbesserten Gesundheitszustands ambulanter Psychotherapiepatienten gewählt. Ebenso wie in der TRANS-OP-Studie zeigen auch die Daten der GEK einen deutlichen Anstieg der

medizinischen Kosten im Quartal vor Beginn der Psychotherapie, und zwar in Form häufigerer Arztkontakte, wofür in erster Linie Kontakte zu spezifischen Behandlern (psychiatrisch oder psychologisch tätigen Ärzten und Therapeuten) verantwortlich waren. Auch wurden zu diesem Zeitpunkt häufiger Medikamente, v.a. Psychopharmaka, verordnet. Ebenfalls im Einklang mit den Ergebnissen der TRANS-OP-Studie war bei den GEK-Versicherten nach Beginn einer ambulanten Psychotherapie eine deutliche Reduktion der medizinischen Kosten zu beobachten, die zwei bis drei Jahre nach Therapiebeginn dem Niveau zwei Jahre vor Therapiebeginn vergleichbar waren (ambulante Arzt- und Therapeutenkontakte, Arzneiverordnungen) bzw. niedriger lagen (stationäre Behandlungstage). Die Autoren kommen allerdings zu dem überraschenden Schluss, dass „gemessen an der betrachteten Inanspruchnahme [...] sich bei den Patienten mit zwischenzeitlich genehmigter Psychotherapie also kaum greifbare Hinweise auf eine maßgebliche Veränderung des Gesundheitszustandes im Therapieverlauf [finden]“ ([15] S.26).

Schlussfolgerungen und Ausblick

Der Nachweis, dass Psychotherapie wirkt, wurde mittels kontrollierter Untersuchungen vielfach und deutlich erbracht [28]. Im Rahmen von Versorgungsforschung verfolgt die TRANS-OP-Studie das Ziel, zu einer ergebnisorientierten Verteilung therapeutischer Ressourcen beizutragen. Das Ergebnis, dass die drei Richtlinienverfahren in Deutschland gleich gute Effekte erzielten, und so abermals i.S. des Dodo-Vogels "alle Gewinner sind und alle Preise bekommen müssen" [30], kann als guter Ausgangspunkt für das Erreichen dieses Ziels genutzt werden. Denn im Gegensatz zu diesem versöhnlichen generellen Befund deuten andere Ergebnisse dieser Studie i.S. des Gutachtens des Sachverständigenrates [44] auf Unter-, Über- und Fehlversorgung in der ambulanten Psychotherapie hin. So spielen z.B. Patientenmerkmale, insbesondere

die mit standardisierten Instrumenten erhobene Beeinträchtigungsschwere, bei der Entscheidung über die Anzahl der zu bewilligenden Sitzungen weder beim Erst- noch bei den Folgeanträgen eine maßgebliche Rolle. Dies wirft Zweifel auf, ob das bestehende Verfahren zu einer bedarfsgerechten und an den Bedürfnissen der Patienten orientierten Versorgung beiträgt.

Eine effizientere Allokation psychotherapeutischer Ressourcen könnte durch ein adaptives, an der individuellen Veränderungsgeschwindigkeit der Patienten orientiertes Vorgehen erreicht werden. In der Praxis realisierbar wäre dies durch Monitoring-Systeme, die eine engmaschige Erhebung des Gesundheitszustands der Patienten und der erreichten Veränderung auf ökonomische Weise erlauben [23, 31]. Ein Schritt in diese Richtung wird gegenwärtig im Rahmen des "TK-Projekts" [11] versucht, das eine Aussetzung des herkömmlichen Gutachterverfahrens zugunsten einer an der Symptomschwere und –veränderung der Patienten orientierten Allokationsstrategie erprobt. Allerdings orientiert sich dieser Ansatz eng an den üblichen Sitzungskontingenten und beschränkt dadurch die Möglichkeiten zur individuellen Adaptation, so dass abzuwarten bleibt, inwieweit dadurch eine effizientere Ressourcenallokation erreicht werden kann.

Als Alternative zum Gutachterverfahren könnte durch ein kontinuierliches Monitoring der jeweils noch (messbar) vorhandene Therapiebedarf eines Patienten festgestellt und die Therapiedauer dementsprechend angepasst werden. Damit könnte besser gewährleistet werden, dass diejenigen, die relativ viel Therapie benötigen, auch viel Therapie erhalten und diejenigen, die mit relativ wenig Therapie ihre Ziele erreichen können, auch relativ frühzeitig die Behandlung beenden. Ein solches Vorgehen würde sich explizit nicht gegen "lange" Psychotherapien richten. Vielmehr würde es eine ergebnisorientierte Verteilung von Psychotherapie ermöglichen, die zugleich die

individuellen Veränderungsmöglichkeiten und Veränderungsgeschwindigkeiten des einzelnen Patienten berücksichtigt.

Die Implementierung einer solchen adaptiven, individualisierten Allokationsstrategie würde nebenbei den Rechtfertigungsdruck von den Psychotherapeuten nehmen, da diese unmittelbar Daten zur Effektivität der von ihnen gebotenen Behandlungen zur Verfügung hätten und nutzen könnten. Ferner wäre auch ein praktischer Nutzen zu erwarten, da sich so der durch das Gutachterverfahren bedingte bürokratische Aufwand reduzieren ließe.

Literatur

1. Attkisson CC, Zwick R (1982) The Client Satisfaction Questionnaire. Evaluation and Program Planning 5:233-237
2. Barkham M, Connell J, Stiles WR, Miles JNV, Margison F, Evans C, Mellor-Clark J (2006) Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: the good enough level. J Consult Clin Psychol 74(1):160-167
3. Baltensperger C, Grawe K (2001) Psychotherapie unter gesundheitsökonomischem Aspekt. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 30(1):10-21
4. Bassler M, Potratz B, Krauthauser H (1995) Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky: Möglichkeiten zur Evaluation des therapeutischen Prozesses von stationärer Psychotherapie. Psychotherapeut 40:23-32
5. Beutel M, Rastig M, Stuhr U, Rüger B, Leuzinger-Bohleber M (2004) Assessing the impact of psychoanalyses and long term psychoanalytic therapies on health care utilization and costs. Psychotherapy Research 14:146-160
6. Brähler E, Scheer JW (1995) Der Giessener Beschwerdebogen (GBB), Testmappe mit 2., ergänzter und revidierter Auflage des Handbuchs. Huber, Bern
7. Brockmann J, Schlüter T, Brodbeck D, Eckert J. (2002) Die Effekte psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapien. Eine vergleichende Studie aus der Praxis niedergelassener Psychotherapeuten. Psychotherapeut 47:347-355
8. Bühring, P (2002) Psychotherapeutische Behandlungen: Leistung erster Wahl. Deutsches Ärzteblatt PP 2:49
9. Chiles JA, Lambert MJ, Hatch AL (1999) The impact of psychological interventions on medical cost offset: A meta-analytic review. Clinical Psychology: Science & Practice 6:204-220
10. Franke G (1995) SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version – Manual. (2. Auflage). Beltz Test, Göttingen
11. Fydrich T, Nagel A, Lutz W, Richter R (2003) Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse. Verhaltenstherapie 13:291-295

12. Gallas C, Puschner B, Kühn A, Kordy H (in Druck) Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie und Implikationen für die Versorgungspraxis. *Psychother Psych Med*
13. Grande T, Dilg R, Jakobsen T, Keller W, Krawietz B, Langer M, Oberbracht C, Stehle S, Stennes M, Rudolf G (2006) Differential effects of two forms of psychoanalytic therapy: Results of the Heidelberg-Berlin study. *Psychotherapy Research* 16(4):470-
14. Grawe, K, Donati, R, Bernauer, F. (1994) *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe, Göttingen
15. Grobe TG, Dörning H, Schwartz FW (2007). GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2007. In: Gmünder Ersatzkasse (Hrsg) *Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse*, Band 59. Asgard Verlag, St. Augustin
16. Hannöver, W, Dogs, P, Kordy, H (2000) Patientenzufriedenheit - ein Maß für Behandlungserfolg? *Psychotherapeut* 45:292-300
17. Hansen NB, Lambert MJ, Forman EM (2002) The Psychotherapy Dose-Response Effect and its Implications for Treatment Delivery Services. *Clinical Psychology: Science and Practice* 9:329-344
18. Horowitz LM, Strauß B, Kordy H (2000) *Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme – Deutsche Version*. 2. überarbeitete und neunormierte Auflage. Beltz, Weinheim
19. Howard KI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE (1986) The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist* 41:159-164
20. Jacob G, Bengel J (2002) Patientenzufriedenheit in der medizinischen Rehabilitation: Der Einfluss von Erwartungen, Depressivität, Lebenszufriedenheit und subjektiver Gesundheit. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 23:401-418
21. Kächele H (1990) Wie lange dauert Psychotherapie? *Psychother Psych Med* 40(5):48-151
22. Kordy H, Hannöver W (2000) Die Evaluation von Psychotherapie und das Konzept der „Klinisch bedeutsamen Veränderung“. In: Lairaiter AR (Hrsg) *Diagnostik in der Psychotherapie*. Springer, Wien, New York, S 477-495
23. Kordy H, Puschner, B (2000) Aktive ergebnisorientierte Qualitätssicherung als Mittel zur Optimierung psychotherapeutischer Versorgung. In: Freyberger HJ, Heuft G, Ziegenhagen DJ (Hrsg) *Ambulante Psychotherapie: Transparenz, Effizienz, Qualitätssicherung*. Schattauer, Stuttgart, S 97-117
24. Kraft S (2002) Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei ambulanten Psychotherapiepatienten. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Eberhard-Karls-Universität Tübingen
25. Kraft S, Percevic R, Puschner B, Kordy H (2003) Änderungsmuster in der Psychotherapie: Abhängigkeiten im Verlauf psychischer, sozialer und körperlicher Gesundheit. *Psychotherapie in Psychiatrie, psychotherapeutischer Medizin und klinischer Psychologie* 8(1):218-224
26. Kraft S, Puschner B, Kordy H (2006) Treatment intensity and regularity in early outpatient psychotherapy and its relation to outcome. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 13:397-404
27. Kraft S, Puschner B, Lambert MJ, Kordy H (2006) Medical utilization and treatment outcome in mid- and long-term outpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research* 16(2):241-249
28. Lambert MJ, Ogles BM (2004) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ (ed) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley, New York, S 139-193

29. Löcherbach P (2000) Indikatoren zur Ermittlung des ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs. In: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 125. Nomos, Baden-Baden
30. Luborsky L, Rosenthal R, Diguer L et al. (2002) The Dodo Bird Verdict Is Alive and Well-Mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice* 9:2-12
31. Percevic, R, Gallas C, Arikan L, Mößner, M, Kordy, H (2006) Internet-gestützte Qualitätssicherung und Ergebnismonitoring in Psychotherapie, Psychiatrie und psychosomatischer Medizin. *Psychotherapeut* 51:395-397
32. Percevic R, Lambert MJ, Kordy H (2006) What is the predictive value of responses to psychotherapy for the future course? Empirical explorations and consequences for outcome monitoring. *Psychotherapy Research* 16:364-373
33. Puschner B (2002) Zugang zu ambulanter Psychotherapie und Konsequenzen für den Behandlungserfolg. Dissertation an der Friedrich-Schiller-Universität, Jena
34. Puschner B, Bauer S, Kraft S, Kordy H (2005) Zufriedenheit von Patienten und Therapeuten mit ambulanter Psychotherapie. *Psychother Psych Med* 55:517-526
35. Puschner B, Kordy H (2001) Der Zugang zur ambulanten Psychotherapie. Eine Evaluation des Gutachterverfahrens. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis* 33(3):487-502
36. Puschner, B, Kordy H (in Vorbereitung). Mit Transparenz und Ergebnisorientierung zur Optimierung der psychotherapeutischen Versorgung: Eine Studie zur Evaluation ambulanter Psychotherapie (TRANS-OP)
37. Puschner B, Kraft S, Bauer S (2004) Interpersonal problems and outcome in outpatient psychotherapy: Findings from a long-term longitudinal study in Germany. *Journal of Personality Assessment* 83(3):223-234
38. Puschner B, Kraft S, Kächele H, Kordy H (2007) Course of improvement over 2 years in psychoanalytic and psychodynamic outpatient psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 80:51-68
39. Puschner B, Kraft S, Wolf M (2008) Helping alliance and outcome in psychotherapy: What predicts what in routine outpatient treatment? *Psychotherapy Research* 18(2):167-178
40. Rudolf G, Grande T, Oberbracht C (2000) Die Heidelberger Umstrukturierungsskala: Ein Modell der Veränderung in psychoanalytischen Therapien und seine Operationalisierung in einer Schätzskala. *Psychotherapeut* 45:237-246
41. Rüger U (2007) Vierzig Jahre Richtlinien-Psychotherapie in Deutschland. *Psychotherapeut* 52:102-111
42. Rüger U, Dahm A, Kallinke D (Hrsg) (2005) Faber-Haarstrick Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. 7. aktualisierte u. ergänzte Auflage. Urban & Fischer, München
43. Rüger U, Leibing E (1999) Bildungsstand und Psychotherapieindikation – Der Einfluss auf die Wahl des Behandlungsverfahrens und die Behandlungsdauer. *Psychotherapeut* 44:214-219.
44. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III "Über-, Unter- und Fehlversorgung". <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht01/Kurzf-de.pdf>. Cited 12 Feb 2008
45. Scheidt CE, Seidenglanz K, Dieterle W et al. (1999) Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. *Psychotherapeut* 44:83-93
46. Schmidt J, Lamprecht F, Wittmann WW (1989) Zufriedenheit mit der stationären Versorgung: Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychother Psych Med* 39:248-255

47. Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2004) Stellungnahme zur Psychodynamischen Psychotherapie bei Erwachsenen.
<http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.1.17.69.70>. Cited 12 Feb 2008
48. Zepf S, Mengele U, Hartmann S (2003) Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. Psychother Psych Med 53:152-162

Fußnoten

1. Die maskuline Schreibweise wird ausschließlich der besseren Lesbarkeit wegen verwendet. Selbstverständlich sind mit Patienten auch Patientinnen gemeint, mit Therapeuten auch Therapeutinnen usw.
2. Dies erklärt sich teilweise auch aus der für längere Therapiezeiten doch recht schwachen Datenlage der vielfach zitierten Dosis-Wirkungs-Studie der Chicagoer Forschergruppe um Howard und Orlinsky