

# Ergebnisforschung in Psychotherapie und Psychosomatik

HANS KORDY und HORST KÄCHELE

## 1 Einleitung: Ergebnisforschung – eine „unendliche Geschichte“

Die Psychotherapie als Methode der Psychosomatischen Medizin versteht sich nicht nur als Ergänzung, sondern als eine grundsätzliche Alternative und Herausforderung der Medizin: „Wir plädieren dafür, den ganzen Menschen wahrzunehmen und nicht nur seinen Körper; für eine bio-psycho-soziale Medizin statt einer Körper-Reparatur-Technik; für eine ‚sprechende‘ (und auch und v.a. eine ‚zuhörende‘) Medizin.“ (MEYER et al. 1991). Dieses traditionelle Selbstverständnis ist einer der Gründe dafür, dass die Aufgabe, Behandlungsergebnisse empirisch nachzuweisen, vielen in diesem Feld Tätigen fremd bleibt. Jedoch macht der Anspruch, eine für viele Patienten geeignete oder im Vergleich zu anderen therapeutischen Zugängen sogar bessere Therapie anbieten zu können, die Beschäftigung mit der Ergebnisfrage unausweichlich.

Die Aufgabe ist weder leicht lösbar noch angenehm, verlangt sie doch, das eigene Tun ständig in Frage zu stellen. Dennoch: Es galt und gilt zu präzisieren, was für welche Patienten unter welchen Bedingungen erreichbar ist – d.h. zu zeigen, inwiefern Psychotherapie bzw. Psychosomatische Medizin für wen „geeignet“ ist.

Die Antworten richten sich an die Kollegen des eigenen therapeutischen Ansatzes ebenso wie an konkurrierende Therapeuten, sie sind adressiert an die Nutznießer (z.B. Patienten oder ihre Angehörigen) ebenso wie an die Kostenträger (z.B. Krankenversicherungen) oder diejenigen, die für eine angemessene therapeutische Versorgung verantwortlich sind (z.B. Gesundheitspolitiker). Die Adressaten unterscheiden sich in ihren Interessen beträchtlich; dementsprechend wird und muss Ergebnisforschung eine Vielfalt an Informationen bereitstellen (STRUPP u. HADLEY 1977).

Die explizite Bezugnahme auf den Empfänger der Botschaft hat mehrere wichtige Implikationen:

- Therapieergebnisse und ihre Bewertung sind keine „objektiven Eigenschaften“ der Therapie; sie werden jeweils zwischen den Beteiligten ausgehandelt. Die verschiedenen Interessengruppen haben unterschiedliche Erwartungen, die sie in den sozialen Prozess einbringen, in dem bestimmt wird, welche Daten auf welche Weise gesammelt, interpretiert und verwendet werden.
- Therapieergebnisse und ihre Bewertung sind „historisch“, sie sind immer bezogen auf die zu der jeweiligen Zeit akzeptierten Werte und den jeweiligen Stand der therapeutischen Versorgung.
- Für die verschiedenen Adressaten sind jeweils andere Argumentationsweisen geeignet; so mag z.B. für einen empirisch-wissenschaftlich ausgerichteten Interlisten nur ein kontrolliertes klinisches Experiment überzeugend sein, während ein Psychotherapeut oder ein Patient sich eher durch die Schilderung der persönlichen Erfahrung einer anderen Person beeindrucken lässt.

Die Interessen und Wertvorstellungen, insbesondere das Gesundheits- bzw. Krankheitsverständnis, der beteiligten Personen und gesellschaftlichen Gruppen ändern sich in der Zeit: Qualitativ anders akzentuierte Behandlungsziele – z.B. Symptombesserung „vs.“ Umstrukturierung der Persönlichkeit – bilden sich heraus, neue Patientengruppen – z.B. mit chronischen körperlichen Erkrankungen oder AIDS – stellen neue Anforderungen oder die – z.B. ökonomischen oder technologischen – Rahmenbedingungen für die therapeutische Versorgung verschieben sich etc. Diese Dynamik des Forschungsfeldes macht Ergebnisforschung zu einer „unendlichen Geschichte“. In dem Maße, wie sich die Fragen nach den Ergebnissen von Psychotherapie in der Psychosomatischen Medizin ändern, müssen immer neue Antworten gefunden werden.

Mit wachsender Anerkennung als Therapieform und Wissenschaft steigt sowohl die kritische Aufmerksamkeit von außen als auch die selbstkritische Wahrnehmung von innen. Mit jedem Schritt heraus aus der Nische, in der neue und neuartige Ansätze wenig beachtet heranwachsen können, werden die Fragen stärker von öffentlichem Interesse geprägt: „Als ‚Professionals‘ müssen Therapeuten lernen, kritisch zu denken und die Qualität ihres beruflichen Tuns und des ‚therapeutischen Produkts‘ genau zu prüfen“ (STRUPP u. HOWARD 1992).

Eine modern ausgerichtete Psychotherapie-Ergebnisforschung „hat enorme praktische Implikationen, weil sie zu stärker zielgerichteten therapeutischen Strategien führen und genauere Antworten auf die Frage liefern wird, was Psychotherapie für bestimmte Patienten zu welchen Kosten und in welcher Zeitspanne leisten kann“ (STRUPP u. HOWARD 1992). Solche Antworten sind in einer Zeit dringend nötig, in der die Beschränkungen der verfügbaren Ressourcen deutlich hervortreten, um eine adäquate therapeutische Versorgung kranker Menschen zu gewährleisten.

## 2 Ein historischer Abriss

Die mehr als hundertjährige Geschichte der Psychotherapie zeigt keine stetige oder gar lineare Entwicklung. Sie ist geprägt von Sprüngen und Kehrtwendungen, von Um- und Seitenwegen, aber auch von Abschnitten kontinuierlichen Voranschreitens; dennoch lassen sich einige Schwerpunkte deutlich machen.

## 2.1 Entdeckungsorientierte Fallberichte

Besonders in der Frühphase wurden durch die Präsentation von „erfolgreich“ behandelten Einzelfällen die Wirkmöglichkeiten (im Sinne von „Es gibt erfolgreiche psychotherapeutische Behandlungen!“) von Psychotherapie demonstriert. Ein typisches Beispiel ist der Bericht über *Anna O.* in den Studien zur Hysterie von FREUD und BREUER: „*Anna O.* kam mit Hydrophobie, Sprachstörungen, Kontrakturpareesen etc.: Sie wurde behandelt und die Symptome schwanden“ (MEYER et al. 1991).

Die Sammlung von Einzelfällen und ihre klinische Diskussion sind eine „natürliche“ und nützliche Basis für die Etablierung und Ausdifferenzierung eines „neuartigen“ Therapieansatzes. Für eine lebendige Therapieform und Wissenschaft kann der Entwicklungsprozess damit jedoch nicht abgeschlossen sein. Die entdeckungsorientierte Strategie behält ihre Bedeutung, insbesondere wenn die wissenschaftliche Aufbereitung der Einzelfälle neue methodologische Entwicklungen einbezieht (z.B. LEUZINGER-BOHLEBER u. KÄCHELE 1990, KORDY u. NORMANN 1992).

Frühe systematische Dokumentationen von Therapieergebnissen z.B. am Berliner Institut (FENICHEL 1930), am Chicagoer Institut (ALEXANDER 1937) oder an der Psychosomatischen Klinik Heidelberg (DEBOOR und KÜNZLER 1962) haben die Position der damals noch jungen Therapie „Psychoanalyse“ – vor allem nach „innen“ – stabilisiert. „Unter Psychotherapeuten war man sich einig, dass das eigene Tun im Allgemeinen wirksam ist, und diese Überzeugung stützte sich im Wesentlichen auf einzelne Fallgeschichten“ (APA Commission on Psychotherapies 1982).

## 2.2 Die Rechtfertigungsforschung

Mit den ersten erfolgreichen Schritten zu einer etablierten Therapieform wird Psychotherapie zunehmend wissenschaftlich ernst genommen und damit kritikwürdig. Mit heftiger Polemik stellte EYSENCK (1952, 1966) die Wirksamkeit von – psychoanalytischer – Psychotherapie in Frage und forderte einen „wissenschaftlichen“ Nachweis. Er hatte aus Versicherungsstatistiken so genannte Spontanremissionsraten errechnet und damit einen Vergleichsstandard definiert, an dem er die Besserungsraten maß, die für psychotherapeutische Behandlungen berichtet wurden.

Es besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass die Kritik von EYSENCK in der Sache überzogen war (vgl. BERGIN u. LAMBERT 1978). Behandelte Patienten haben eine weitaus größere Chance auf eine schnelle Besserung als nicht behandelte (MCNEILLY u. HOWARD 1991). Unabhängig von solchen Klarstellungen bleibt festzuhalten, dass die Forderung nach einer wissenschaftlichen Legitimation und die Betonung von Vergleichsstandards – auch und gerade aus der Außenperspektive – einen wichtigen Entwicklungssprung der Psychotherapie-Ergebnisforschung provozierten.

Noch angespornt von der Leidenschaft der Entdecker und herausgefordert von Provokateuren wie EYSENCK starteten in den 50er Jahren ambitionierte Projekte mit großen Zielen. Zwei dieser Klassiker, kennzeichnend für das Spektrum der Studien dieser Phase, wirken noch heute nach:

In den 50er Jahren wurde in Topeka die so genannte Menninger-Studie begonnen, die über 40 Jahre die Forschung anregte (z.B. KERNBERG et al. 1972). Allerdings entsprachen die Ergebnisse der Studie nicht immer den Erwartungen der Beteiligten: „Die globalen Ergebnisse, die in Psychoanalyse und supportiver Therapie erreicht wurden, konvergierten stärker, als es unseren Erwartungen für diese unterschiedlichen Therapieformen entspricht. Auch die Qualität der Veränderungen war sowohl für die Art als auch die Beständigkeit weit weniger unterschiedlich, als üblicherweise für diese beiden Pole des Spektrums psychoanalytischer Behandlungen erwartet wird... unsere Ergebnisse zeigen klar, dass man, um maximal wirksam zu sein, jeden therapeutischen Ansatz genau für diejenigen Patienten anwenden muss, für die er am besten geeignet ist“ (WALLERSTEIN 1989).

Pragmatischer starteten DÜHRSSSEN und Mitarbeiter ihre große Katamnese studie (DÜHRSSSEN 1962, DÜHRSSSEN u. JORSWIECK 1965). Nicht zuletzt die Zusammenarbeit mit der AOK Berlin ermöglichte es, die Wirksamkeit von Psychotherapie an der für das Fachgebiet riesigen Zahl von 1004 Patienten zu demonstrieren.

Insbesondere konnten die Autoren zeigen, dass die psychotherapeutische Behandlung einen monetären Nutzen haben kann: Der durchschnittliche Krankenhausaufenthalt von behandelten Patienten lag mit 0,78 Tagen deutlich unter dem aller Versicherten (2,4). Dieses Ergebnis war eines der entscheidenden Argumente für die Zulassung der psychoanalytischen Psychotherapie in der Krankenversorgung und sicherte die Kostenübernahme durch die Krankenversicherungen in der Bundesrepublik Deutschland.

## 2.3 Prozess-Ergebnis-Forschung

Seit den 1930er Jahren hatten sich parallel zur psychoanalytisch orientierten Psychotherapie andere psychosoziale Behandlungsansätze entwickelt. Nicht zuletzt durch die laute Kritik EYSENCKs begann damit ein harter Wettbewerb zwischen. Die Phase der Therapievergleichsstudien erreichte ihren Höhepunkt in den 1970er und 1980er Jahre. Allerdings erwies sich die globale Frage nach der *wirksamsten* Therapie bald als unfruchtbar: „Alle haben gewonnen, alle müssen Preise bekommen!“, fassten LUBORSKY et al. (1975) zusammen. Damit erweiterte sich die Fragestellung zur differentiellen Psychotherapie-Effizienz-Forschung (GRAWE et al. 1990).

Welche Behandlungsmaßnahme durch wen zu welchem Zeitpunkt führt bei diesem Individuum mit diesem spezifischen Problem unter welchen Bedingungen zu welchem Ergebnis in welcher Zeit (z.B. KÄCHELE u. KORDY 1992)? Die Temple Study (SLOANE et al. 1975), das Hamburger Kurztherapie-Experiment (MEYER et al. 1981), die Penn Study (LUBORSKY et al. 1988), das Heidelberger Katamnese projekt (z.B. BRÄUTIGAM et al. 1990) oder die Berner Studie (GRAWE et al. 1990) sind Beispiele für solche Differenzierungen.

Typisch für die neue Art von Vergleichsstudien ist, dass sie nicht nur nach der wirksameren Therapie fragen – obwohl diese Frage manchmal durchaus am Anfang gestanden haben mag –, sondern systematisch Daten über die Bedingungen für Erfolg und Misserfolg erheben. Konzentrierte man sich zunächst noch auf die differenzierenden Ausgangsbedingungen von Patienten oder der speziellen Therapieform, verlagerte sich die Aufmerksamkeit Mitte der 1980er Jahre stärker auf den therapeutischen Prozess.

ORLINSKY und HOWARD haben im „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ (1986) hunderte von Einzelbefunden über den Zusammenhang von therapeutischen Prozessmerkmalen und dem Therapieergebnis zusammengetragen. Auf dieser Basis und auf dem Hintergrund ihrer eigenen langjährigen Erfahrung in Klinik und Forschung haben sie ein *Generic Model of Psychotherapy* entwickelt. Dieses formuliert zugleich einen theoretischen Rahmen für ein Forschungsprogramm der 1990er Jahre (vgl. um weitere zahlreiche Einzelbefunde erweitert auch ORLINSKY et al. 2004):

Psychotherapie findet in einem gesellschaftlichen Kontext statt. Die Behandlung wird zwischen den direkt beteiligten Parteien – Patient und Therapeut – vereinbart, wobei oft weitere Parteien wie z.B. Partner, Familien, Kliniken oder Kranken- bzw. Rentenversicherungen indirekt Einfluss nehmen. Der Kontext, in dem die Behandlungen durchgeführt werden, ist bestimmt durch die theoretische Orientierung des Therapeuten, durch die gesellschaftlichen Normen über Gesundheit und Krankheit sowie die sozialpolitischen (z.B. Regelung der Kostenübernahme) und organisatorischen (z.B. stationäre und ambulante Psychotherapie) Strukturen des

Gesundheitssysteme.

Patient und Therapeut vereinbaren – oft implizit – in diesem Kontext ihr therapeutisches Vorgehen. Persönliche und professionelle bzw. rollenspezifische Merkmale von Therapeut und Patient prägen die Qualität der therapeutischen Beziehung. Eine positive therapeutische Beziehung hilft dem Patienten, den Glauben an sich selbst wiederzufinden („Remoralisierung“); das schafft die Basis, auf der therapeutische Interventionen wirksam werden können. Therapeutische Interventionen verändern die Offenheit („*self-relatedness*“) des Patienten. Positive Wirkungen in einer Sitzung wie z.B. durch Katharsis oder spezifische Einsichten führen zu Mikro-Ergebnissen im Befinden des Patienten. Diese wiederum wirken auf die therapeutische Beziehung zurück und verbessern die Voraussetzungen für weitere positive Entwicklungen. Umgekehrt schwächen negative Wirkungen in der Sitzung wie z.B. uneinfindliches oder abweisendes Verhalten des Therapeuten die therapeutische Beziehung; sie verstärken die defensive Haltung des Patienten und reduzieren so die Chancen therapeutischer Interventionen.

Der psychotherapeutische Prozess wird als ein rückgekoppeltes System beschrieben. Das Ergebnis einer Sitzung beeinflusst den Verlauf und damit das Ergebnis weiterer Sitzungen. (Nichts ist so erfolgreich wie Erfolg!) Schließlich kehrt das *Generic Model* zur Makro-Perspektive zurück und fragt, wie sich aus den vielen Mikro-Ergebnissen, aus dem Auf und Ab im Verlauf einer realen Psychotherapie das Gesamtergebnis der Behandlung ergibt.

Die Mikro-Ebene wird in der Prozessforschung untersucht, während die Ergebnisforschung die Behandlungsergebnisse zum Gegenstand hat. Prozess-Ergebnis-Forschung verbindet beide Perspektiven. Der Übergang von Mikro- zu Makro-Ergebnissen ist eines der Schlüsselprobleme zum Verständnis der Wirksamkeit einer Psychotherapie. Für dieses Problem gibt es derzeit kein schlüssiges Modell und allenfalls spärliche Daten.

### 3 Was ist Therapieerfolg? Zum Kriterienproblem in der Ergebnisforschung

Was sind die Ergebnisse einer Psychotherapie? Wie kann man sie erfassen? Dies sind zentrale Fragen jeder Ergebnisforschung. Dennoch wird die Diskussion über die Ergebniskriterien eher vernachlässigt. Die Frage wird verkürzt auf die abstrakte Dimension „Erfolg – Misserfolg“ oder – als moderne Variante – auf „Effektstärke“. Es bleibt den jeweiligen Forschergruppen überlassen, welche Kriterien sie wählen und wie sie deren Erreichen (oder Nichterreichen) messen. „Wie wichtig ist es, einen Wert in einem Fragebogen zum Selbstwert oder zur manifesten Angst zu erreichen, der 0,85 Standardabweichungen über dem Mittelwert einer Kontrollgruppe liegt?“ fragt z. B. GALLO (1978).

Ergebnis- oder Wirksamkeitsforschung sind nicht zuletzt dadurch motiviert, Psychotherapie wissenschaftlich zu legitimieren. Daraus resultieren viele wichtige Impulse (s.o.), jedoch auch die Versuchung, nicht wissenschaftliche Fragen „wissenschaftlich“ zu entscheiden. Ein prominentes Beispiel ist die andauernde Diskussion über die Wertigkeit einer „bloßen“ Symptombesserung im Vergleich zu einer Umstrukturierung der Persönlichkeit und die Implikationen für die therapeutische Versorgungspraxis.

Ergebnisforschung hat die Aufgabe zu untersuchen, ob erreicht wird, was von den Beteiligten versprochen (z.B. TherapeutInnen) oder erwartet (z.B. PatientInnen) wird. „Nur“ die messtheoretischen Qualitäten der Indikatoren können wissenschaftlich gesichert werden, die Auswahl inhaltlich geeigneter Ergebnisindikatoren erfolgt jedoch nach Gruppeninteressen. Daher ist die Unterscheidung zwischen „Messen“ und „Bewerten“ hilfreich (vgl. KORDY u. HANNÖVER 1998):

- Sammeln von Daten über einzelne Patienten bzw. das Messen von Eigenschaften und
- Bewertung der Daten anhand – möglichst a-priori – festgelegter Kriterien nach festen Bewertungsregeln.

#### 3.1 Strategien der Datensammlung (Messstrategien)

Es besteht weitgehend Einigkeit, dass die Datensammlung multidimensional, -modal und -methodisch anzulegen ist; d.h. die Merkmale decken ein breites Spektrum ab, sie beziehen mehrere Urteilerperspektiven mit ein, nutzen verschiedene Datenquellen und schließen sowohl allgemeine als auch individuumsspezifische Merkmale ein (vgl. KORDY u. HANNÖVER 1998):

- **Allgemeine Merkmale:** Für alle Patienten werden die gleichen Merkmale erhoben. Bei dieser Strategie bevorzugt man erprobte Messinstrumente, die sich durch eine hohe Standardisierung, Objektivität und Reliabilität auszeichnen. Man nimmt dabei in Kauf, dass die abstrakten Merkmale – z.B. die Beschwerden eines Beschwerdebogens – nicht für alle Patienten behandlungsrelevant sind.
- **Gruppenspezifische Merkmale:** Durch Homogenisierung der Stichprobe lässt sich das Problem reduzieren. So wurden z. B. in dem *Treatment of Depression Collaborative Research Program* (s. 5.1.2) durch ein Screening diejenigen depressiven Patienten für die Untersuchung ausgewählt, die auf der Hamilton-Skala (einer gebräuchlichen Depressionsskala) mehr als 14 Punkte erhielten; aufgrund dieser Auswahlregel war es dann begründet, einen Hamilton-Score nach Therapie von  $< 7$  als Indikator für Therapieerfolg zu benutzen (ELKIN et al. 1989).
- **Individuumsspezifische Merkmale:** Wenn die Stichprobe heterogen zusammengesetzt ist, ist es oft effektiver, für jeden einzelnen Patienten genau jene Merkmale zu erfassen, deren therapeutische Veränderung beabsichtigt ist. Nachteil einer solchen individuellen Messstrategie ist die geringe Standardisierbarkeit (vgl. KORDY u. HANNÖVER 1998). Prototypisch für dieses patientennahe, aber messmethodisch komplizierte Verfahren ist das *Goal Attainment Scaling*.

#### 3.2 Bewertungsstrategien

Nahe liegend scheint es zu sein, die Patienten direkt nach den Ergebnissen ihrer Behandlung und deren Wert zu fragen. Leider sind die Antworten nicht für alle an der Ergebnisfrage Interessierten gleichermaßen akzeptabel. Einige werden sich gerade durch die subjektive Bedeutung beeindrucken lassen, andere werden für ihre Zurückhaltung gerade auf die fehlende Objektivität verweisen, wieder andere mögen bezweifeln, dass die berichteten Ergebnisse und ihre Bewertung etwas mit den zu Behandlungsbeginn angestrebten Zielen zu tun haben oder überhaupt auf die Therapie zurückzuführen sind.

Immer noch sehr verbreitet ist die auf „mittlere“ Effekte ausgerichtete Bewertungsstrategie. Ein Ergebnisindikator (z.B. eine Beschwerdeliste) wird zu Behandlungsbeginn und -ende erhoben. Die Prä- und Post-Mittelwerte werden statistisch verglichen und bei Signifikanz (oft ohne Begründung  $\alpha = 5\%$ ) die Wirksamkeit der zur Untersuchung anstehenden Therapie behauptet.

Dieses Prozedere mag formal akzeptabel sein, ist jedoch riskant in Bezug auf die klinisch-inhaltliche Bedeutsamkeit. So ist z.B. weithin bekannt, dass bei großen Stichproben auch „kleine Effekte“ statistisch signifikant werden (und vice versa bei kleinen Stichproben auch „große Effekte“ nicht). Systematische Überlegungen zur Relation von Stichprobengröße, Signifikanzniveau und Relevanz der „kritischen“ Differenz der Mittelwerte sind trotzdem selten; häufig werden sogar weder die Mittelwerte noch die Standardabweichungen für die Prä-/Post-Messungen berichtet, so dass der Leser auch nachträglich nicht die klinische Bedeutung

evtl. statistisch signifikanter Vergleich abschätzen kann.

Es gibt eine Reihe von Vorschlägen, wie man zu bedeutungsvollen Aussagen über die Effekte von Psychotherapie kommen kann (z.B. JACOBSON u. TRUAX 1991, KORDY 1997). Die genannten Defizite sind nicht zuletzt darin begründet, dass gerade in der Explikation der Therapieziele die Unterschiedlichkeit der therapeutischen Ansätze besonders hervortritt. Jede Standardisierung muss daher ein Kompromiss aus therapeutischen Idealen und faktenorientierter Beschreibung erreichbarer und nachweisbarer Ergebnisse sein.

Solche Kompromisse sind immer auch auf die konkrete therapeutische Situation, auf interne und externe Rahmenbedingungen bezogen, wie man an dem folgenden Beispiel (KORDY u. NORMANN 1992) diskutieren kann:

### Patientengeschichte

Herr A., ein 24-jähriger Mann, leidet seit fünf Jahren an einem Morbus Crohn mit chronisch-rezidivierendem Verlauf. Er erhält seit Erkrankungsbeginn eine kontinuierliche Dauermedikation (Sulfonamide, zusätzlich seit einem Jahr eine Kortikoid-Dauerbehandlung). Der Patient befindet sich zum Zeitpunkt des Gesprächs seit sieben Tagen in stationärer internistischer Behandlung wegen eines akut aufgetretenen Entzündungsschubs mit erheblichem Schweregrad (*CROHN'S Disease Activity Index – CDAI* von 283 Punkten).

Der Patient war nach seinem ersten Krankheitsschub vier-Jahre lang praktisch beschwerdefrei. Ein zweiter Schub vor etwa einem Jahr war erfolgreich stationär behandelt worden. Der Patient erleidet aktuell seinen dritten Erkrankungsschub. Er betont, dass er bisher nur insgesamt 14 Tage aufgrund seines MC krankgeschrieben gewesen sei und sich weder in seiner beruflichen Leistungsfähigkeit noch in seinen sozialen Kontakten beeinträchtigt sehe. Obgleich alle drei Schübe klinisch ausgeprägte Entzündungsbilder mit sich brachten (einschließlich MC-typischer Begleitkomplikationen wie Arthralgien, Erythema nodosum, massive Gewichtsabnahme) und die anatomische Ausdehnung des Entzündungsprozesses progredient ist, fühle er sich zwischen den Schüben wohl und wenig an seine Krankheit erinnert.

Der Patient beschreibt sich als sozial gut integriert. Seit über fünf Jahren arbeite er als Sachbearbeiter in einer Gemeindeverwaltung. In dieser Zeit habe es keine besonderen Probleme gegeben. Er hatte bisher nur zögerlich Kontakte zu seiner ersten Partnerin, von der er sich im Vorfeld des letzten Erkrankungsschubes getrennt hat. Seit dem Tod seines Vaters vor vier Jahren lebt der Patient allein mit seiner Mutter im Elternhaus.

Der aktuelle Erkrankungsschub klingt unter der üblichen medikamentösen Basistherapie rasch ab, nach zwölf Wochen fühlt sich der Patient völlig beschwerdefrei. Während der über zweieinhalb Jahre Beobachtungszeit (in der MC-Studie) wurden keine weiteren stationären Aufenthalte und insbesondere keine operativen Eingriffe notwendig. Eine vorübergehende Verschlechterung von Begleitkomplikationen (Gelenkbeschwerden, Iritis) konnte ambulant erfolgreich behandelt werden.

Es ist schwer zu sagen, ob dieser Patient irgendwann von sich aus nach einer Psychotherapie fragen wird (in der Heidelberger Studie wurde keine Psychotherapie angeboten). Angenommen, es käme z.B. auf Anraten seines Internisten zu einer Verabredung – was sind potenzielle Behandlungsziele? Ohne näher auf die Bedeutung der Krankheit, insbesondere psychodynamische Überlegungen einzugehen, kommen etwa die folgenden Bereiche in Betracht:

- die Besserung oder gar Heilung des Morbus CROHN,
- die Trauerarbeit um den beschädigten Körper,
- die Stabilisierung des geschädigten Körperselbstbildes,
- die Trauer über den Verlust des Vaters,
- die sexuelle Entwicklung und Partnerbeziehung,
- die Verselbstständigung, insbesondere Ablösung von der Mutter.

Die Liste macht die wechselseitige Abhängigkeit von somatischer und psychischer Veränderung deutlich. Es ist offensichtlich, dass dieser Patient eine Auseinandersetzung, etwa als Trauerarbeit, mit seiner schweren körperlichen Krankheit vermeidet. Abhängig davon, ob man dem Kranken im Rahmen eines Konsiliar-/Liaisondienstes in der gastroenterologische Abteilung oder im Rahmen einer psychotherapeutischen Fokalthherapie oder einer auf die MC-Erkrankung zielenden Langzeittherapie begegnete, würden wohl sehr unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt. Eine – direkte – Beeinflussung des Krankheitsverlaufs durch Psychotherapie wäre äußerst anspruchsvoll. Das empirische Wissen über den „natürlichen“ Verlauf eines – hier als chronisch-rezidivierend beschriebenen – MC ist so dürftig (vgl. z.B. FEIEREIS 1990, KORDY u. NORMANN 1992), dass es sehr fraglich erscheint, ob Heilung ein rational vertretbarer Erfolgsindikator sein kann (was nicht ausschließt, dass dies nicht ein sinnvolles utopisches Ziel für Patient und Therapeut sein kann).

Was kann „Besserung“ heißen? In der obigen Liste von potenziellen Behandlungszielen ist dies implizit bereits umrissen. Die Krankheits- bzw. Veränderungstheorie der Beteiligten, ihre Einschätzung der Bedeutung der einzelnen Bereiche für genau diesen Patienten, d.h. ihre subjektiven Interpretationen, entscheiden darüber, welche Therapie in welchem Setting gewählt wird. Die Wahl der Erfolgsindikatoren setzt also eine Verständigung über allgemeine und individuelle Möglichkeiten von Krankheits- bzw. Gesundungsprozessen voraus. Dabei stellt sich bei der Psychotherapie von Patienten mit körperlichen Symptomen die Frage nach dem Verhältnis körperbezogener und psychologischer Erfolgskriterien in besonderer Weise.

## 4 Ergebnisse

Literaturübersichten (z.B. MEYER et al. 1991, LIPSEY u. WILSON 1993, LAMBERT u. OGGLES 2004) belegen konsistent die Wirksamkeit von Psychotherapie für viele Gruppen von Patienten bzw. Krankheiten. Die bis Ende der 1970er Jahre erstellten Zusammenfassungen litten darunter, dass sie stark von der subjektiven Auswahl der Reviewer und ihrer „Autorität“ abhingen. Den Durchbruch schafften SMITH, GLASS und MILLER mit der Monographie „The benefits of psychotherapy“ (1980).

Die Autoren erstellten den bis dahin umfassendsten Überblick – 475 kontrollierte Psychotherapiestudien und etwa 25000 Patienten wurden einbezogen. Durch die erstmals in der Psychotherapie angewendete Meta-Analyse (vgl. auch ROSENTHAL 1991) waren sie in der Lage, die in den 475 Studien berichteten 1766 Behandlungseffekte zu einer Abschätzung des globalen Effekts der Psychotherapie zu integrieren. Sie fanden eine

<sup>1</sup> Das Beispiel bezieht sich auf ein Interview, das Frau Dr. NORMANN im Rahmen des Heidelberger Morbus-CROHN-Projektes durchgeführt hat. Ihr sei an dieser Stelle herzlich gedankt.



durchschnittliche Effektstärke von 0,85; d.h. 80% der Patienten, die eine Psychotherapie erhalten haben, sind besser dran als der durchschnittliche nicht behandelte Patient (Kontrollgruppe). Allerdings sind auch Meta-Analysen nicht problemlos. Drei zentrale Probleme verlangen Aufmerksamkeit (vgl. WITTMANN u. MATT 1986):

- Die unterschiedliche methodische Qualität der Studien bleibt unberücksichtigt.
- Unterschiedliche Patienten, Therapeuten, Therapien und Pathologien werden gleich behandelt (Uniformitätsproblem).
- Studien mit unterschiedlichen Zielsetzungen und daher unterschiedlichen Zielkriterien und Messinstrumenten werden in einen Topf geworfen (Inkommensurabilität, Äpfel-Birnen-Problem).

Das sind ernsthafte Probleme. Der Fortschritt der Meta-Analyse besteht jedoch darin, dass solche Fragen empirisch beantwortet werden können. So liegen inzwischen eine Reihe von differenzierenden Meta-Analysen vor, die eine methodisch strengere (LIPSEY u. WILSON 1993) oder inhaltlich anders ausgerichtete Auswahl von Studien (z.B. WITTMANN u. MATT 1986, LAMBERT u. OGLES 2004, LEICHSENRING 2005) getroffen haben. Konsistent bestätigen sie das Ergebnis: Psychotherapie wirkt!

Zu dem gleichen Fazit kommen auch GRAWE et al. (1994), die alle bis 1983 veröffentlichten deutschsprachigen kontrollierten Therapiestudien mit klinischen Patientengruppen – ca. 900 – analysierten, wobei sie in ihrer Bewertung vor allem die methodische Qualität der Studien berücksichtigten. Sie berichten Effektstärken zwischen 1,23 für Verhaltenstherapie, 1,14 für Gesprächstherapie und 0,87 für psychoanalytische Therapien. Solche Effektstärken können sich durchaus sehen lassen. Das verdeutlicht ein rechnerisches Beispiel: Angenommen, heute lebende 40-Jährige hätten eine Lebenserwartung von 70 Jahren (SD = 10 Jahre). Eine Behandlungsform mit einer Effektgröße von 0,85 würde die Lebenserwartung im Durchschnitt um 8,5 Jahre steigern (vgl. GALLO 1978).

Effektstärken bleiben abstrakte Größen und ihre mangelnde Anschaulichkeit erschwert die Interpretation. ROSENTHAL (1991) hat einen Vorschlag gemacht, Effektstärken in Form so genannter *Binomial-Effect-Size-Displays* zu veranschaulichen. Benutzt man diese, so entsprechen die von GRAWE et al. (1994) genannten Effektstärken Wahrscheinlichkeiten für eine Besserung von 76% für Verhaltenstherapie, 75% für Gesprächstherapie und 69% für psychoanalytische Therapien. Studien zu Langzeit-Psychotherapien, d. h. solche mit mehr als 25 bis zu 100 und mehr Sitzungen, waren in diesen Meta-Analysen unterrepräsentiert. Doch zeigen aktuelle Studienergebnisse, dass ähnliche oder gar stärkere Effekte erreicht werden. Das gilt speziell für tiefenpsychologische und analytische Behandlungen (z. B. SANDELL et al., 2002; JACOBSEN et al. 2007; PUSCHNER et al. 2007). Allerdings müssen dabei natürlich auch die längeren Zeiten berücksichtigt werden.

Die Effektivität von Psychotherapie kann sich also durchaus sehen lassen. Auf diesem Fundament ruht auch das Gutachten, das MEYER und Mitarbeiter (1991) für die deutsche Bundesregierung anfertigten und das die wissenschaftliche Grundlage für das „Psychotherapeutengesetz“ wurde: „Zu guter Letzt gibt es eine sehr überschaubar gewordene Gruppe von drei therapeutischen Ansätzen, denen aufgrund einer großen Zahl kontrollierter Wirksamkeitsuntersuchungen der Status von Therapieverfahren mit zweifelsfrei nachgewiesener Wirksamkeit zubilligt werden muss. Es handelt sich um die *Gesprächspsychotherapie*, die *psychoanalytische Therapie* und die Gruppe der *kognitiv-behavioralen Therapien*“ (MEYER et al. 1991).

## 5 Ergebnisforschung um die Jahrtausendwende

Die Ergebnisforschung seit den 1990er Jahren zeichnet sich durch eine wachsende Pluralität von Forschungsansätzen aus. Mit Versorgungsforschung, Dosis-Wirkungs- bzw. Kosten-Nutzen-Analysen und Qualitätssicherung entstand eine anwendungsorientierte Forschung. Gleichzeitig wurde die Grundlagenforschung professionalisiert. Großprojekte und Forschungsprogramme wurden gestartet, die sowohl ungewohnt große Etats als auch eine eigene Forschungslogistik benötigen.

### 5.1 Grundlagenforschung

#### 5.1.1 Die Feinanalyse psychotherapeutischer Prozesse

Trotz der skizzierten überwiegend positiven Folgen der Psychotherapieforschung verstärkte sich in den 80er Jahren die Klage darüber, dass die vielen globalen Ergebnisse wenig zum wissenschaftlichen Verständnis der Wirkweise, des Modus operandi, von Psychotherapie beitragen. GRAWE z.B. resümierte mehr als 4000 Ergebnisstudien sarkastisch: „Nur wer die Ergebnisse der Psychotherapieforschung ignoriert, kann heute mit einiger subjektiver Gewissheit von sich glauben, dass er schon weiß, was für seine Klienten richtig ist“ (GRAWE 1988), und er plädierte entschieden für eine Neuorientierung.

KÄCHELE und GRAWE initiierten 1988 einen internationalen Forschungsverbund, das PEP (Psychotherapeutische Einzel- und Prozessanalyse). 30 Wissenschaftler trafen sich zweimal jährlich mit dem Ziel, die Wirkweise von Psychotherapie unter unterschiedlichen theoretischen Perspektiven am Beispiel von videografierten Aufzeichnungen von zwei Kurztherapien differenziert zu beschreiben und so den Weg zu einer empirisch fundierten Modellbildung zu fördern (KÄCHELE 1992). Dieses und ähnliche Projekte erhielten damals viel Aufmerksamkeit und ließen Hoffnungen auf einen endgültigen Durchbruch der Psychotherapie-Wirkungsforschung blühen (vgl. DAHL et al. 1988). Diese Hoffnungen wurden in der Zwischenzeit deutlich relativiert. So ist z. B. die therapeutische Arbeitsbeziehung zwar nach wie vor das gemessen an der Zahl der Studien vorrangige Thema in der Prozess-Ergebnisforschung (Orlinsky et al. 2004) und in der Mehrzahl der Studien findet man auch einen korrelativen Zusammenhang mit dem Therapieergebnis, die Effektstärke von etwa .25 (z. B. Martin et al. 2000) macht aber darauf aufmerksam, dass dieser Aspekt nicht allein ausreicht, die interindividuellen Unterschiede in den Therapieergebnissen zu erklären, geschweige denn einen Hinweis auf das dynamische Verhältnis von therapeutischer Beziehung und Gesundungsverlauf zu liefern (z. B. PUSCHNER et al. 2008, BARBER et al. 2000).

#### 5.1.2 Störungsspezifische Therapien: Die Wirksamkeit für homogene Krankheitsgruppen

Mit der Etablierung in der medizinischen Versorgung gewann auch die traditionelle Strategie der störungsspezifischen Optimierung für die psychotherapeutische Versorgung an Bedeutung. Das ist nicht selbstverständlich, da Psychosomatische Medizin ihrem Selbstverständnis nach nicht auf eine Spezialmedizin für bestimmte Krankheiten reduziert werden will (obwohl spätestens, seit ALEXANDER – 1950 – die „Heiligen

Sieben“ beschrieb, das Thema diskutiert wird).

Auch die praktischen Probleme sind nicht gering: In der Etablierungsphase war es kaum möglich, eine für diese Forschungsstrategie hinreichend große Stichprobe zusammenzubekommen. Die Institute für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin waren und sind in der Regel klein; sie versorgen dennoch ein breites Spektrum an Patienten. Isoliert arbeitende Forschergruppen sind chancenlos, homogene Patientenstichproben geeigneter Größe zu bilden. Leider ist Bescheidenheit in diesem Falle nicht hilfreich. Die Untersuchung an zu kleinen Stichproben – so nützlich sie für die Hypothesenbildung auch sein mag – ist allenfalls ein erster Schritt. Die Ergebnisse bleiben unverbindlich. Eine mögliche Lösung bieten kooperative Forschungsprojekte; es gilt, das Know-how für das Forschungsmanagement zu entwickeln und eine entsprechende Logistik aufzubauen.

Bereits 1977 hatte das *National Institute of Mental Health (NIMH)* das *Treatment of Depression Collaborative Research Program* initiiert. Dieses Großprojekt hat beträchtlichen Einfluss auf die Ergebnisforschung, die Forschungsförderung und die therapeutische Versorgung in den USA und – indirekt – weltweit. Die Erfahrungen mit der Strategie und dem Management, dem Design und nicht zuletzt den Ergebnissen (vgl. z.B. die Zusammenfassung von ELKIN et al. 1994) bildeten einen Kapitalstock, aus dem die Ergebnisforschung der 1990er Jahre viel Gewinn gezogen hat.

Unabhängig und – leider – ohne Reflexion der Erfahrungen aus dieser Großstudie des NIMH startete die Bundesregierung ein Forschungsprogramm zur Verbesserung der therapeutischen Versorgung psychisch Kranker. Im Rahmen dieses Programms wurden seit 1989 verstärkt Therapiestudien zu psychosomatischen Erkrankungen wie z. B. zu Morbus Crohn (FEIEREIS 1990), chronischem Schmerz (z.B. EGGLE et al. 1992) und Essstörungen (KÄCHELE 1999) gefördert. Gegenwärtig erfährt diese bundespolitische Förderung eine Fortsetzung in dem Programm „Psychotherapie“ mit 18 Projekte in fünf Studienverbünden ([www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/1452.php](http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/1452.php)).

## 5.2 Ergebnisforschung in der psychotherapeutischen Versorgung

### 5.2.1 Kosten-Nutzen-Analysen

Steigende Kosten im Gesundheitswesen verstärken den Wunsch nach einer rationalen empirischen Basis für ein Gesundheitssystem mit hoher Versorgungsqualität bei bezahlbaren Kosten. Eindrucksvolle Zahlen berichtet ZIELKE für die stationäre medizinische Rehabilitation bei psychosomatischen Erkrankungen. Demnach stehen den durchschnittlichen Behandlungskosten von ca. 4000 € eine Reduktion von Krankheitskosten in Höhe von ca. 12600 € (Differenz für die Zeiträume zwei Jahre vor bzw. nach der Reha-Maßnahme) gegenüber (ZIELKE 1999). Für die ambulante Psychotherapie fanden KRAFT et al. (2006) bei einer Stichprobe von 176 Patienten ebenfalls einen positiven Effekt. Die Krankheitskosten sanken von 2183 € im letzten Halbjahr vor Aufnahme der Psychotherapie auf 574 € im Halbjahr zwei Jahre nach Behandlungsbeginn. Allerdings ergab sich dieser Kostenvorteil im Wesentlichen in der (kleinen) Gruppe der Patienten, die das Gesundheitssystem vor ihrer Psychotherapie stark nutzten („high utilizer“). Zudem mahnt der nur schwache Zusammenhang mit therapeutischen Veränderungen zur Vorsicht (KRAFT et al. 2006).

### 5.2.2 Dosis-Wirkung-Modelle

Eine zentrale Frage der Behandlungsplanung – und nicht nur der Gesundheitsökonomie – ist die nach der optimalen Menge von Psychotherapie. Studien über das Inanspruchnahmeverhalten von Patienten und das „Behandlungsverhalten“ von Therapeuten verbessern Verteilung und Nutzung knapper Ressourcen (z.B. MEYER et al. 1991). In dem *National Care Utilization and Expenditure Survey (NMCUES, 1980–81)* wurde berichtet, dass 44% der Personen, die Termine bei einem *mental health specialist* in Anspruch nahmen, zu weniger als vier Sitzungen kamen und insgesamt 6,7% der Ausgaben beanspruchten. Im Gegensatz hierzu machen 16,2% der Patienten mehr als 24 Besuche und nahmen 57,4% der Ressourcen in Anspruch. Ähnliche Zahlen berichtet KÄCHELE (1994) für die ambulante psychotherapeutische Versorgung in Deutschland.

HOWARD et al. (1986) schlagen die Übernahme des in der Medizin bekannten Dosis-Wirkungs-Modell vor und berechnen dazu die beste lineare Anpassung für die Beziehung zwischen der log-transformierten „Dosis“ und der Erfolgsrate. „Diese logarithmische Transformation drückt aus, dass mit fortschreitender Behandlung immer mehr Sitzungen nötig sind, um eine gerade noch erkennbare Steigerung der Prozentanteile von gebesserten Patienten zu erreichen“ (HOWARD et al. 1986).

Dieses Bild vom „abnehmenden Grenznutzen“ der Psychotherapie basiert auf beobachteten Zusammenhängen zwischen Therapiedauer bzw. Anzahl der Sitzungen und Therapieergebnissen. Diese lassen sich allerdings auch grundsätzlich anders erklären: Patient und Therapeut könnten die Behandlung dann beenden, wenn sie glauben, dass alles erreicht wurde, was erreicht werden sollte bzw. kann. BARKHAM et al. (2007) nennen dies das „Good Enough Level“. D. h. das Ergebnis bestimmt die Dosis. Einen Schritt weiter gehen PERCEVIC et al. (2006). Ihre Analysen des Gesundheitsverlaufs in der Psychotherapie ergaben drei zentrale Ergebnisse: (1) der Gesundheitsverlauf in Psychotherapie ist im Durchschnitt positiv gerichtet; (2) zukünftige Veränderungen sind unabhängig von Veränderungen in der Vergangenheit; (3) es gibt erhebliche Meßfehler. Diese Befunde ließen sich in unterschiedlichen Datensätzen aus der stationären und ambulanten Versorgung in Deutschland sowie den USA replizieren und legen eine individualisierte adaptive Strategie nahe: „Behandle so lange bis das angestrebte Ergebnis erreicht ist!“ Eine solche ergebnisorientierte Allokation von Ressourcen könnte die Tradition einer fixen Standarddosis ablösen. Die zentrale Bedeutung dieser Frage für die psychotherapeutische Versorgung lädt zu einem neuen Kapitel der „unendlichen Geschichte“ der Ergebnisforschung ein.

### 5.2.3 Qualitätssicherung

Mit dem Gesundheitsreformgesetz von 1989 werden alle Anbieter medizinischer Leistungen zur Teilnahme an qualitätssichernden Maßnahmen verpflichtet. Dabei richten sich die Erwartungen für eine Gesundheitsversorgung hoher Qualität zu bezahlbaren Kosten auf Transparenz und Ergebnisorientierung (SACHVERSTÄNDIGENRAT 1995). Trotz erheblicher Kontroversen sind in den letzten Jahren lokal bzw. für bestimmte Segmente der psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung einige Ansätze entstanden. Einige haben sich bereits in Modellversuchen bewährt, so dass von der instrumentellen Seite einer breiten Einführung der Qualitätssicherung (QS) in die therapeutische Versorgungspraxis wenig entgegensteht (vgl. z.B. HÄRTER et al. 2003).

QS ist ein relativ neuer Zweig der Ergebnisforschung. Sie greift auf methodische Entwicklungen und organisatorische Erfahrungen in der Evaluationsforschung zurück. Ihre zentrale Funktion ist eine Signalfunktion. QS soll schnelle Rückmeldung über Auffälligkeiten, d.h. Abweichungen vom Standard, ermöglichen. Unter dem Prinzip der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung hat im Falle der Entdeckung von Qualitätsmängeln die Problemlösung Priorität vor Sanktionen. Ein zweckmäßiges Instrument der QS muss

- „auffällige“ Behandlungen identifizieren,
- Veränderungen im Qualitätsprofil (Welche Patienten werden von wem unter Einsatz welcher therapeutischer Mittel mit welchem Ergebnis behandelt?) im zeitlichen (z.B. Jahres-)Vergleich erkennen und
- spezifische Qualitätsprofile, die aufgrund lokaler Versorgungsschwerpunkte und therapeutischer Voraussetzungen im Allgemeinen unterschiedlich sind, zu einem Gesamtprofil integrieren,

so dass potenzielle Defizite des Sektors (z.B. in Bezug auf bestimmte Patientengruppen) oder auffällig vom Gesamtprofil abweichende Kliniken oder Therapeuten entdeckt werden können. Die drei im Folgenden kursorisch vorgestellten Beispiele geben diesen Leitprinzipien unterschiedliches Gewicht:

- In Zusammenarbeit mit der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und anderen Rentenversicherungsträgern hat die Arbeitsgruppe um U. KOCH einen Ansatz für die psychosomatische Rehabilitation entwickelt (z. B. KAWSKI & KOCH 2004). Da die Initiative von der BfA ausging und die Daten zentral verwaltet werden, kann dieser Ansatz strategisch als ein Top-Down-Modell betrachtet werden. Das QS-Programm wird stufenweise umgesetzt. Die vierte Stufe zielt auf die Beurteilung der Ergebnisqualität – erfasst wird als wichtige separate Dimension auch die Patientenzufriedenheit – im Sinne einer kontinuierlichen retrospektiven Evaluation der Effektivität der beteiligten Kliniken.
- Auf Initiative der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) hat eine Expertengruppe aus der psychotherapeutisch-psychosomatischen Praxis einen Vorschlag erarbeitet, die so genannte *Psy-Ba-Do* (HEUFT u. SENF 1998). Wie der Name *Psy-Ba-Do* anzeigt, liegt der Schwerpunkt auf der Dokumentation. Die Arbeitsgruppe empfiehlt, die Ergebnisqualität anhand individueller Therapieziele zu beurteilen (darüber hinaus rät sie, ergebnisrelevante Daten mit standardisierten Instrumenten zu erheben, beispielsweise mit der SCL-90-R). Wegen erheblicher Reserven gegenüber den Krankenversicherungen empfiehlt die Expertengruppe, Informationen zur Ergebnisqualität intern zu behandeln.
- Aus einer Initiative der Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart, unterstützt durch die DFG, ist das Heidelberger Modell hervorgegangen (KORDY u. LUTZ 1995). Das Modell ist unabhängig sowohl von Leistungsanbietern als auch von Krankenversicherungen, kann aber von beiden separat oder in Kooperation genutzt werden. Für den Hauptzweck eines Ergebnismonitorings wurden Regeln festgelegt, wann ein Behandlungsergebnis als „auffällig“ von den Erwartungen abweichend betrachtet werden kann. Katamnestic Daten von mehr als 5000 Patienten belegen die Validität des Konzeptes (vgl. PERCEVIC et al. 2006). Ein spezielles Computerprogramm, web-AKQUASI, unterstützt diesen problemorientierten Ansatz. Es erlaubt, die qualitätsbezogenen Daten schnell und unaufwändig aufzuarbeiten und die Information zeitnah an alle Interessierten weiterzuleiten, um so evtl. Problemlösungsprozesse unverzüglich in Gang zu setzen.

Zeitnahe Informationsrückmeldung spielt eine zentrale Rolle für die neuen Entwicklungen, die auf eine Ergänzung der QS durch ein kontinuierliches Ergebnismonitoring laufender Behandlungen zielen (LYONS et al. 1997, LAMBERT et al., 2001). Technisch werden solche Ansätze möglich durch die Einbeziehung moderner Internetsoftware (PERCEVIC et al., 2006). Wissenschaftlich gestützt werden solche Übergänge von der QS zur adaptiven Behandlungs- bzw. Versorgungsplanung durch neuartige Modelle der longitudinalen Ergebnisforschung (z. B. HOWARD et al. 1996, BARKHAM et al. 2007, PERCEVIC et al. 2006).

Longitudinale Studien lösen Querschnittsstudien ab und erlauben neue Fragen: Wann ereignet sich was? Mit welcher Geschwindigkeit bessert sich eine Symptomatik? Wie viel Zeit benötigt eine positive Entwicklung? Wie verteilt sich ein Rückfallrisiko über die Zeit? – Aber was macht man mit den Antworten? Welche Behandlungsalternativen stehen bei welcher Krankheit im Falle einer ausbleibenden Response zur Verfügung? Mit neuen Konzepten, wie integrierte Versorgung, Fall- und Krankheitsmanagement, multiprofessionelle, sektorübergreifende Versorgung (SACHVERSTÄNDIGENRAT 2007) lockert sich vorsichtig die das deutsche Gesundheitssystem lange Zeit prägende strikte Trennung von stationärer und ambulanter Versorgung. Moderne Kommunikationstechnologien beschleunigen diese Entwicklung (BAUER & KORDY, 2008). Auch hier wartet ein weiteres Kapitel der „unendlichen Geschichte“ der Ergebnisforschung auf seine Autoren.

## 6 Zusammenfassung und Ausblick

Dieses Kapitel beschreibt die Entwicklungslinien in der Ergebnisforschung für Psychotherapie, unter besonderer Berücksichtigung der Psychosomatischen Medizin. Psychotherapie repräsentiert die technischen Aspekte der psychosomatischen Behandlung und wird daher zu Recht an ihren Ergebnissen gemessen (z.B. in Form von Erfolgs- oder Misserfolgsraten). Auf dem Hintergrund unserer eigenen Erfahrungen in verschiedenen Bereichen der Psychotherapieforschung haben wir Studien ausgewählt, die für diese Art Forschung wegweisend sind; wir haben methodische Entwicklungen angesprochen und Ergebnisse herausgestellt, die für die derzeitige und zukünftige Stellung von Psychotherapie wichtig sind.

Der Schwerpunkt unseres Beitrags betont die Psychotherapie in der Psychosomatischen Medizin und geht weniger auf die Psychotherapie in der Psychiatrie ein, wie sie in den letzten Dekaden auch in der BRD etabliert wurde. Dafür gibt es mehrere Gründe: Ein nicht unbeträchtlicher Teil des Buches ist der Darstellung bestimmter psychosomatischer Störungen oder somatischer Krankheiten mit psychologischen Konsequenzen und deren Behandlung gewidmet. Diese Kapitel beschreiben die gegenwärtigen Ansichten über den Nutzen und die Anwendbarkeit von Psychotherapie für diese Patienten. Deshalb haben wir uns darauf konzentriert, die Strategie und den programmatischen Gehalt der Ergebnisforschung zu illustrieren, um dem Leser eine Orientierung für diese Art von Forschung zu erleichtern.

Als Behandlung der Wahl für bestimmte Krankheiten und als eine mögliche Behandlung für andere steht Psychotherapie in Konkurrenz mit anderen medizinischen Behandlungstechniken. Deshalb ist Psychotherapie mit denselben Fragen konfrontiert wie die übrigen Gebiete der Medizin. Aber im Hinblick auf mögliche Antworten bleibt beträchtlicher Spielraum:

Eine alternative philosophische Sichtweise, wie sie die Psychosomatische Medizin für sich beansprucht, kann Werte und Ziele der Behandlung gestalten. Kriterien aus einer psychosomatischen Sicht können die Ergebnisforschung bereichern. So sind beispielsweise die Modellierung der Beziehung zwischen somatischer und psychischer Entwicklung, die Modellierung von klinischen Verläufen bei bestimmten Erkrankungen aus psychosomatischer Sicht oder Entwicklung von Sich-gesund-Fühlen und Wohlbefinden (auch wenn dies derzeit „nur“ auf der Symptomebene angehbare Probleme sind) wegweisende Forschungsrichtungen.

Kundige Leser werden Studien und Themen vermissen, die aus ihrer Sicht wichtig für die Ergebnisforschung sind. Das ist z.T. die Konsequenz unserer persönlichen Auswahl und unseres begrenzten Wissens. Zu einem nicht unbeträchtlichen Teil ist es jedoch darauf zurückzuführen, dass in vielen Teilgebieten nur sehr wenige Studien vorliegen, die wenigstens minimalen wissenschaftlichen Standards genügen. Das gilt erwartungsgemäß mehr für relativ neue Gebiete. Es gibt jedoch durchaus einige traditionelle Bereiche Psychosomatischer Medizin und psychotherapeutisch-klinischer Praxis, die für eine systematische empirische Forschung (noch) nicht vorbereitet sind.

## Neue Literatur einfügen:

- BARBER, J. P., M. B. CONNOLLY, P. CRITS-CHRISTOPH, L. GLADIS, & L. SIQUELAND (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1027-1032.
- BAUER, S. KORDY, H. (2008). E-MENTAL HEALTH. SPRINGER, HEIDELBERG.
- HÄRTER, M., H. W. LINSTER, R. D. STIEGLITZ (2003). Qualitätsmanagement in der Psychotherapie: Grundlagen, Methoden und Anwendungen. Hogrefe, Göttingen.
- JACOBSON, T., G. RUDOLF, J. BROCKMANN, et al. (2007). Ergebnisse analytischer Langzeitpsychotherapien bei spezifischen psychischen Störungen: Verbesserungen in der Symptomatik und in interpersonellen Beziehungen. *Z Psychosom Med Psychother* 53, 87-110.
- KAWSKI, S., KOCH, U. (2004). Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation in Deutschland – Entwicklungsstand und Perspektiven. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz, 47, 111-117.
- KRAFT, S., B. PUSCHNER, M. J. LAMBERT & H. KORDY (2006). Medical Cost Offset in Mid- and Long-Term Outpatient Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 16(2), 241-249.
- LAMBERT, M. J. & B. M. OGGLES (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ, editor. Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: Wiley, 139-193.
- LAMBERT, M. J., J. L. WHIPPLE, D. W. SMART, D. A. VERMEERSCH, S. L. NIELSEN, E. J. HAWKINS (2001). The effect of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research* 11, 49-68.
- LEICHSENRING, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *Int J Psychoanal* 86, 841-868.
- MARTIN, D. J., J. P. GARSKE & M. K. DAVIS (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- ORLINSKY, D., M. H. RØNNESTAD, U. WILLUTZKI (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In: Lambert MJ, editor. Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: Wiley, 307-389.
- PERCEVIC, R., C. GALLAS, L. ARIKAN, M. MÖßNER & H. KORDY (2006). Internet-gestützte Qualitätssicherung und Ergebnismonitoring in Psychotherapie, Psychiatrie und psychosomatischer Medizin. *Psychotherapeut*, 51, 395-397.
- PERCEVIC, R., M. J. LAMBERT & H. KORDY (2006). What is the predictive value of responses to psychotherapy for the future course? Empirical explorations and consequences for outcome monitoring. *Psychotherapy Research*, 16(3), 364-373.
- PUSCHNER B, M. WOLF, S. KRAFT (2008). Helping alliance and outcome in psychotherapy: what predicts what in routine outpatient treatment. *Psychotherapy Research*, 18, 167-178.
- PUSCHNER, B., S. KRAFT, H. KÄCHELE & H. KORDY (2007). Course of improvement in psychoanalytic and psychodynamic outpatient psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 51-68.
- SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER ENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN (2007) Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. verfügbar unter: [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)
- SANDELL R., J. BLOMBERG & A. LAZAR (2002). Time matters: On the temporal interactions in long-term follow-up of long-term psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 12, 39-59.



## Alte Literatur Streichen:

Almacan 1989  
Appelbaum 1977  
Bühringer & Hahlweg 1986  
Deter 1989  
Grawe 1992  
Horowitz 1991  
Kawsky & Koch 1999  
Laireiter & Vogel 1998  
Lambert & Bergin 1994  
Meyer 1990  
Senf & von Rad 1990  
Schulte 1993  
Strupp et al. 1997  
Von Rad et al. 1998  
Wallerstein 1986  
Wittmann 1985