

Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie

Befunde der TRANS-OP-Studie und deren Implikationen für die Richtlinienpsychotherapie

Während die Wirksamkeit von Psychotherapie unter kontrollierten Bedingungen vielfach nachgewiesen wurde, sind Studien zur Effektivität ambulanter Psychotherapie unter naturalistischen Bedingungen rar. Ergebnisse aus den angloamerikanischen Ländern sind aufgrund der deutlich unterschiedlichen Versorgungssysteme (z. B. einer mittleren Dauer ambulanter psychotherapeutischer Interventionen von 4 Sitzungen in den USA; vgl. Hansen et al. 2002) nicht auf hiesige Verhältnisse übertragbar. Um valide Ergebnisse über die Versorgungssituation, Therapieverlauf und -ergebnis zu erhalten, sind Untersuchungen notwendig, die eine große Stichprobe ambulanter Psychotherapiepatienten 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 Versor-

gungsepidemiologie und den Einfluss von Psychotherapie auf den mittelfristigen Gesundheitsverlauf.

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:

- **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?
- **Verlauf und Ergebnisse:** Wie beeinflussen Art und Dauer der Psychotherapie den Gesundheitsverlauf? Welche weiteren Faktoren haben einen Einfluss auf den Gesundheitsverlauf? Welche Ergebnisse werden erzielt, und sind Unterschiede zwischen den Richtlinienverfahren zu beobachten?
- **Wie zufrieden** sind Patienten und Therapeuten mit der Therapie und ihren Ergebnissen?

- Ist ein „*cost offset effect*“, d. h. eine Reduktion der Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen infolge der psychotherapeutischen Behandlung festzustellen?

Methode

Studiendesign

Alle Versicherten der privaten Krankenversicherung Deutsche Krankenversicherung (DKV), die zwischen dem 01.09.1998 und dem 28.02.2000 bezüglich der Kostenübernahme für eine ambulante Psychotherapie angefragt hatten (n=3804), wurden zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Die Probanden wurden zu 5 Zeitpunkten innerhalb von 2 Jahren zu ihrem Gesundheitszustand befragt:

- zum Zeitpunkt der Einleitung des Antrags (T₁, „Erstkontakt“),
- nach 1,5 und 2 Jahren (T₄ und T₅) sowie
- zu 2 zufällig ausgewählten von 7 möglichen Zeitpunkten im Zeitraum von

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

Tab. 1 Demographische Daten der Stichprobe

Variable	Kategorien	n	Prozent
Geschlecht (n=714)	Weiblich	385	53,9
	Männlich	329	46,1
Alter (Jahre; n=14)	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

4–64 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.

Die Therapeuten der Studienteilnehmer wurden über die Patienten ebenfalls zur Teilnahme eingeladen. Therapeutenangaben wurden zum Erstkontakt und 1,5 Jahre später erhoben. Es sandten 471 Therapeuten (65,9% bezogen auf die teilnehmenden Patienten) den Eingangsfragebogen an die FS zurück; von 398 Therapeuten (73,3% der an der Erstbefragung teilnehmenden Therapeuten) liegen auch

die Fragebögen von der zweiten Erhebung nach 1,5 Jahren vor.

Erhebungsinstrumente

Von den Teilnehmern wurden u. a. soziodemographische Angaben und Maße zur körperlichen, psychischen und interpersonalen Symptomatik erhoben (für weitere Details s. Puschner u. Kordy 2001). *Psychische Beschwerden* wurden anhand der Symptom-Checkliste (Franke 1995) erfasst, deren globaler Schwereindex („global severity index“, GSI) das allgemeine Ausmaß psychischer Beeinträchtigung ausdrückt. Der Helping Alliance Questionnaire (Bassler et al. 1995) wurde zur Bestimmung der *therapeutischen Arbeitsbeziehung* eingesetzt. *Körperliche Probleme* wurden mit dem Gießener Beschwerdebogen (Brähler u. Scheer 1995), *interpersonale Probleme* mit dem Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D, Horowitz et al. 2000) erhoben. Die *Pati-*

entenzufriedenheit wurde durch eine an den ambulanten Bereich adaptierte Version des ZUF-8 (Schmidt et al. 1989), der deutschen Version des Client Satisfaction Questionnaire (CSQ, Attkisson u. Zwick 1982) 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

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 sowie berufliches Bildungsniveau auf; ca. drei Viertel hatten Abitur und 60% verfügten über einen (Fach-)Hochschulabschluss. Weitere soziodemographische Merkmale der Stichprobe sind in **Tab. 1** dargestellt.

Lediglich 8 Versicherte (1%) erhielten keine Kostenzusage, für weitere 8 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. Perzentile der Normalbevölkerung) auf: Es waren 85% der Teilnehmer psychisch und 60% körper-

Christine Gallas · Horst Kächele · Susanne Kraft · Hans Kordy · Bernd Puschner

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

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 umfangreiche Angaben zu Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien ambulanter Psychotherapie von 714 Studienteilnehmern und einem großen Teil ihrer Behandler erhoben werden. Die Teilnehmer be-

antragten 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 soziodemographischer Merkmale noch hinsichtlich der mithilfe standardisierter Instrumente erhobenen Beeinträchtigungsschwere Unterschiede nach Art der durchgeführten Psychotherapie. Obwohl sich Variationen in den Gesundheitsverläufen zeigten, erwies sich auch das Behandlungsergebnis nach 2 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, vor allem 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 and the implications for the psychotherapy guidelines

Abstract

This paper summarizes the 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 insured persons 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 2-year observation

period. Participants applied for the following treatments eligible for reimbursement in the German health insurance system: psychodynamically oriented psychotherapy (52%), cognitive behavioral therapy (31%), and psychoanalytic psychotherapy (17%). The amounts of sessions claimed for reimbursement were approved almost without exception. Participants in the three treatment modalities did not differ in socio-demographic characteristics, or in initial symptom severity as assessed by standardized measures. Even though courses of improvement of the symptoms varied, therapy outcome after 2 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 needs and treatment outcome.

Keywords

Insurance-financed psychotherapy · Mental health services utilization · Therapy course · Therapy outcome · Cost offset

Tab. 2 Gründe für die Beendigung von Psychotherapie aus Patientensicht

Frage	Mögliche Antwort	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)		Verhaltenstherapie (VT)		Psychoanalytische Psychotherapie (AP)		Gesamt ^a	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Von wem wurde das Ende Ihrer Psychotherapie eingeleitet? ^b	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 ... ^c	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 ^d	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 ^e	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 ^f	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

^a Gesamt-n<327 aufgrund fehlender Angaben. ^b χ^2 (df=4)=12,2; p=0,02. ^c χ^2 (df=4)=8,6; p=0,07. ^d χ^2 (df=2)=0,6; p=0,75.

^e χ^2 (df=2)=2,8; p=0,24. ^f χ^2 (df=2)=0,47; p=0,79.

lich beeinträchtigt; 66% hatten interpersonale Probleme. Von den Teilnehmern waren 45% in allen 3 Bereichen deutlich beeinträchtigt. Bei 9% waren mithilfe 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 der International Classification of Diseases- (ICD-)10 aus dem Bereich der affektiven Störungen (F3, 48%) bzw. der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4, 42%) gegeben.

Das Patientenkontingent der 3 Richtlinienvorgaben 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).

Wer nimmt wie viel Psychotherapie in Anspruch?

Von den 714 Teilnehmern der TRANSOP-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. oben) und spielen daher für das Nichtantreten von Psychotherapie eine untergeordnete Rolle. Die meisten der zugesagten, aber nichtbegonnenen Behandlungen (n=71, 10%) kamen aus anderen – nichtbekannten – Gründen nicht zustande.

Die mediane Therapiedauer (exklusive 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 in TP und ein Viertel in AP abgeschlossen. Nach 2 Jahren waren fast alle Behandlungen in VT und knapp drei Viertel in TP beendet, während knapp die Hälfte der Behandlungen in AP länger dauerte.

In der Gesamtstichprobe wurden 40 Sitzungen (Median, wiederum geschätzt mithilfe 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 resp. 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% resp. 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 (Puschner et al. 2004). In TP und VT wurden ältere Patienten kürzer behandelt; in AP wurden Patienten, die die therapeutische Beziehung zu Therapiebeginn schlechter bewerteten, länger behandelt und nahmen eine höhere Gesamtsitzungszahl in Anspruch (Gallas et al. 2009).

Hinsichtlich der Häufigkeit von Unterbrechungen (>3 Wochen) während der Therapie, der (gesamten) Unterbrechungsdauer und der Anzahl an Sitzungen in der frühen Behandlungsphase (den ersten 3 Monaten) zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Therapieverfahren (Kraft et al. 2006a).

Verlängerung psychotherapeutischer Behandlungen

Von den Studienteilnehmern, die eine psychotherapeutische Behandlung begonnen hatten, stellten 38% 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 4 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 resp. 20 Sitzungen. Abweichungen von diesen Kontingenten waren selten. Das Stellen eines Verlängerungsantrags stand in

keinem Zusammenhang mit soziodemographischen Variablen oder der Erstdiagnose. Hingegen stieg mit hoher initialer psychischer Beeinträchtigung die Wahrscheinlichkeit, dass die Psychotherapie verlängert wurde (Gallas et al. 2009).

Gründe für die Beendigung von Psychotherapie

Gründe für die Beendigung der Psychotherapie, die von den Studienteilnehmern, die die Behandlung innerhalb von 2 Jahren beendet hatten, zu T5 angegeben wurden (n=327), sind in **Tab. 2** zusammengefasst. 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 (im Sinne der Nichtausschöpfung des möglichen Kontingents, s. oben), aber aufgrund dieser Ergebnisse nicht unbedingt als Abbrecher zu bezeichnen sind.

Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie

Gesundungsverlauf

Es lassen sich 3 zeitliche Phasen des Gesundungsverlaufs abgrenzen:

- Zeit zwischen Antragstellung und erster abgerechneter Sitzung,
- Behandlungszeitraum sowie
- Zeit nach Therapieende.

Für die Darstellung sowohl des gesamten Gesundungsverlaufs als auch des Verlaufs in den einzelnen Phasen erwiesen

sich lineare Modelle als geeignet (Puschner 2002).

In allen Therapieverfahren zeigten sich die schnellsten Veränderungen in Form einer Verbesserung der psychischen Beeinträchtigung in der Zeit zwischen der Antragseinleitung und dem Therapiebeginn (erste abgerechnete 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 3 Therapieverfahren umso schneller, je ausgeprägter die Beschwerden zum Zeitpunkt der Antragstellung waren (Puschner u. Kordy 2001; Puschner et al. 2007).

Eine Analyse psychischer, körperlicher und interpersonaler Beschwerden im Therapieverlauf ergab, dass Veränderungen in diesen 3 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 (Kraft et al. 2003).

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 (Puschner et al. 2004).

Ein Zusammenhang zwischen Therapieunterbrechungen in den ersten 3 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 (Kraft et al. 2006a).

Bezüglich der Gesundungsverläufe von *verlängerten* und nichtverlängerten 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 (Gallas et al. 2009).

Therapie-Outcome

Eine reliable Verbesserung der psychischen Beschwerden innerhalb von 2 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 bezüglich Verschlechterungen (12% bei TP, je 10% bei VT und AP). Eine klinisch bedeutsame Reduktion (Kordy u. Hannover 2000) ihrer Beschwerden erreichten 36% der Teilnehmer, die zur 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 (Puschner et al. 2008).

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 (Puschner et al. 2005). 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 9 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. Soziodemographische 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 1,5 Jahren als reliabel verbessert klassifiziert wurde, äußerten sich etwas zufriedener mit der Behandlung als jene, deren Befinden sich verschlechtert hatte.

Die behandelnden Therapeuten wurden 1,5 Jahre nach Therapiebeginn mit einer adaptierten Form des ZUF-8 (Puschner et al. 2005) 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 „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 (Chiles et al. 1999), im deutschsprachigen Raum und für ambulante Psychotherapie bislang jedoch nur selten untersucht (Baltensperger u. Grawe 2001; Beutel et al. 2004; Kraft 2002). Der Cost-offset-Effekt wird meist dadurch erklärt, dass die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Behandlungen durch positive Auswirkungen der Psychotherapie auf das körperliche und psychische Befinden der Patienten – hervorgerufen z. B. durch Stressreduktion oder Verhaltensmodifikation – gesenkt wird. Deshalb wurde in der TRANS-OP-Studie untersucht, welche Beziehung zwischen einem möglichen Cost offset und der Reduktion der körperlichen sowie psychischen Symptomatik besteht (Kraft et al. 2006b). 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 1,5 Jahren. Dahingegen erwies sich der Cost offset als unabhängig von einer Veränderung der psychischen Beeinträchtigung und 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 TP, VT und AP. Das Design mit insgesamt 10 Erhebungszeitpunkten innerhalb von 2 Jahren erlaubte eine Modellierung des mittelfristigen Gesundungsverlaufs. Dies stellt ein Novum in naturalistischen Untersuchungen ambulanter Richtlinienpsychotherapie dar. Zusätzlich ermöglichte die Kooperation mit der DKV 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 (Löcherbach 2000; Zepf et al. 2003). Allerdings wiesen die Studienteilnehmer – wohl nicht untypisch für privat Krankenversicherte – einen vergleichsweise hohen sozioökonomischen Status auf. Während sich ein hoher Bildungsstatus auch in Stichproben gesetzlich versicherter Psychotherapiepatienten findet (Rüger u. Leibing 1999; Scheidt et al. 1999), nahmen in der TRANS-OP-Studie – anders als für Stichproben ambulanter Psychotherapiepatienten üblich (z. B. Grobe et al. 2007; Scheidt et al. 1999) – Männer und Frauen etwa gleich häufig Psychotherapie in Anspruch; dies schränkt die Repräsentativität der Stichprobe ein. Die Ausprägung der psychischen Beeinträchtigung zu Therapiebeginn ist vergleichbar mit der anderer Stichproben ambulanter Psychotherapiepatienten (z. B. Grande et al. 2006; Scheidt et al. 1999). 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-Langzeitpsychotherapie-Studie (Brockmann et al. 2002), in der deutliche Unterschiede zwischen Patienten in psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Behandlung bezüglich soziodemographischer Merkmale und initialer Symptombelastung berichtet werden, zeigten sich in der TRANS-OP-Stu-

die kaum solche Ungleichheiten. Lediglich war – in Übereinstimmung mit den Ergebnissen anderer Studien (z. B. Brockmann et al. 2002; Rüger u. Leibing 1999) – bei Teilnehmern in AP 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 Psychotherapie-Richtlinien (Rüger et al. 2005) 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 (Grande et al. 2006; Brockmann et al. 2002) oder der Untersuchung spezifischer Versorgungsbereiche (Brockmann et al. 2002; Kächele 1990) 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 soziodemographische 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. Barkham et al. 2006) 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 (Rüger 2007), bleibt eine Subgruppe an Patienten unterversorgt, während gleichzeitig eine Überversorgung im Sinne 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“ (Howard et al. 1986), d. h. mit zunehmender Therapiedauer ist eine Steigerung der „Therapiedosis“ (Sitzungszahl) vonnöten, um das gleiche Ausmaß an Verbesserung zu er-

zielen wie in der frühen Phase der Therapie, konnte in der TRANS-OP-Studie nicht bestätigt werden. (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). 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 (Percevic et al. 2006a; Percevic et al. 2006b). Dies ist vor allem als ein wichtiges Signal für Langzeitbehandlungen zu werten, deren hoher Behandlungsaufwand u. E. ohne zureichende Belege leichtfertig kritisiert wurde (Bühring 2002; Grawe et al. 1994; Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie 2004) 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 VT aufgrund eines stärker symptomorientierten Vorgehens eine schnellere Verbesserung der Symptomatik erreiche als AP und TP (Grawe et al. 1994). Die Daten der TRANS-OP-Studie hingegen zeichnen ein anderes Bild. Hier bessert sich der Gesundheitszustand in den 3 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 Selbstberichtsinstrumenten zur Abbildung des Behandlungsverlaufes und Therapieerfolgs kritisiert, da „unbewusste“ Strukturen und Konflikte der Selbstausskunft des Patienten nicht oder nur unzureichend zu-

gänglich seien (Rudolf et al. 2000). 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 VT, aufgrund unterschiedlicher Therapiekonzepte und -techniken benachteiligt sein, erwies sich allerdings als unbegründet.

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. Hannover et al. 2000; Jacob u. Bengel 2002) 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 im Sinne der geforderten Patientenorientierung eine zentrale Stellung einnehmen, immer im Zusammenhang mit anderen Ergebniskriterien betrachtet werden sollten.

Weiterhin ergab sich ein Cost-offset-Effekt im Sinne einer beträchtlichen Reduktion um ein Viertel der ambulanten und stationären Behandlungskosten innerhalb eines Zweieinhalbjahreszeitraumes (6 Monate vor bis 2 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 am-

bulanter Psychotherapie wurde kürzlich öffentlichkeitswirksam im „Report 2007“ der Gmünder Ersatzkasse (GEK, Grobe et al. 2007) 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 tätige Ärzten und Therapeuten) verantwortlich waren. Auch wurden zu diesem Zeitpunkt häufiger Medikamente, vor allem 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 2–3 Jahre nach Therapiebeginn dem Niveau 2 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]“ (Grobe et al. 2007, S. 26).

Fazit für die Praxis

Der Nachweis, dass Psychotherapie wirkt, wurde mithilfe kontrollierter Untersuchungen vielfach und deutlich erbracht (Lambert u. Ogles 2004). Im Rahmen von Versorgungsforschung verfolgt die TRANS-OP-Studie das Ziel, zu einer ergebnisorientierten Verteilung therapeutischer Ressourcen beizutragen. Das Ergebnis, dass die 3 Richtlinienverfahren in Deutschland gleich gute Effekte erzielten, und so abermals im Sinne des

Dodo-Vogels „alle Gewinner sind und alle Preise bekommen müssen“ (Luborsky et al. 2002), kann als guter Ausgangspunkt für das Erreichen dieses Ziels genutzt werden. Denn im Gegensatz zu diesem versöhnlichen generellen Befund deuten andere Ergebnisse dieser Studie im Sinne des Gutachtens des Sachverständigenrates (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001) 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 wäre dies durch Monitoringssysteme realisierbar, die eine engmaschige Erhebung des Gesundheitszustands der Patienten und der erreichten Veränderung auf ökonomische Weise erlauben (Kordy u. Puschner 2000; Percevic et al. 2006a; Percevic et al. 2006b). Ein Schritt in diese Richtung wird gegenwärtig im Rahmen des „TK-Projekts“ (Fydrich et al. 2003) 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, sodass abzuwarten bleibt, inwieweit eine effizientere Ressourcenallokation erreicht werden kann. Als Alternative zum Gutachterverfahren könnte der jeweils noch (messbar) vorhandene Therapiebedarf eines Patienten durch ein kontinuierliches Monitoring festgestellt und die Therapiedauer dementsprechend angepasst werden. Damit könnte besser gewährleistet wer-

den, 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.

Korrespondenzadresse

Dr. Hans Kordy

Forschungsstelle für Psychotherapie, Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, Universitätsklinikum Heidelberg
Bergheimer Straße 54, 69115 Heidelberg
hans.kordy@med.uni-heidelberg.de

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

Interessenkonflikt. Keine Angaben

Literatur

- Attkisson CC, Zwick R (1982) The client satisfaction questionnaire. *Evaluat Progr Plan* 5: 233–237
- Barkham M, Connell J, Stiles WR et al. (2006) Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: the good enough level. *J Consult Clin Psychol* 74: 160–167
- Baltensperger C, Grawe K (2001) Psychotherapie unter gesundheitsökonomischem Aspekt. *Z Klin Psychol Psychother* 30: 10–21
- 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
- Beutel M, Rasting M, Stühr U et al. (2004) Assessing the impact of psychoanalyses and long term psychoanalytic therapies on health care utilization and costs. *Psychother Res* 14: 146–160

- Brähler E, Scheer JW (1995) Der Giessener Beschwerdebogen (GKB), Testmappe mit 2., ergänzter und revidierter Auflage des Handbuchs. Huber, Bern
- 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
- Bühning P (2002) Psychotherapeutische Behandlungen: Leistung erster Wahl. *Dtsch Arztebl PP* 2: 49
- Chiles JA, Lambert MJ, Hatch AL (1999) The impact of psychological interventions on medical cost offset: a meta-analytic review. *Clin Psychol Sci Pract* 6: 204–220
- Franke G (1995) SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version – Manual, 2. Aufl. Beltz, Göttingen
- Fydrich T, Nagel A, Lutz W, Richter R (2003) Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse. *Verhaltenstherapie* 13: 291–295
- Gallas C, Puschner B, Kühn A, Kordy H (2009) Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie und Implikationen für die Versorgungspraxis. *Psychother Psych Med* (im Druck)
- Grande T, Dilg R, Jakobsen T et al. (2006) Differential effects of two forms of psychoanalytic therapy: results of the Heidelberg-Berlin study. *Psychother Res* 16: 470
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen
- Grobe TG, Dörning H, Schwartz FW (2007) GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2007. In: Gmünder Ersatzkasse (Hrsg) Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd 59. Asgard, St. Augustin
- Hannöver W, Dogs P, Kordy H (2000) Patientenzufriedenheit – Ein Maß für Behandlungserfolg? *Psychotherapeut* 45: 292–300
- Hansen NB, Lambert MJ, Forman EM (2002) The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clin Psychol Sci Pract* 9: 329–344
- Horowitz LM, Strauß B, Kordy H (2000) Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme – Deutsche Version, 2. überarbeitete und neunormierte Auflage. Beltz, Weinheim
- Howard KI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE (1986) The dose-effect relationship in psychotherapy. *Am Psychol* 41: 159–164
- Jacob G, Bengel J (2002) Patientenzufriedenheit in der medizinischen Rehabilitation: Der Einfluss von Erwartungen, Depressivität, Lebenszufriedenheit und subjektiver Gesundheit. *Verhaltensther Verhaltensmed* 23: 401–418
- Kächele H (1990) Wie lange dauert Psychotherapie? *Psychother Psychosom Med Psychol* 40: 48–151
- Kordy H, Hannover 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
- 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
- Kraft S (2002) Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei ambulanten Psychotherapiepatienten. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Eberhard-Karls-Universität, Tübingen

- Kraft S, Percevic R, Puschner B, Kordy H (2003) Änderungsmuster in der Psychotherapie: Abhängigkeiten im Verlauf psychischer, sozialer und körperlicher Gesundheit. *Psychother Psychosom Med Klin Psychol* 8: 218–224
- Kraft S, Puschner B, Kordy H (2006a) Treatment intensity and regularity in early outpatient psychotherapy and its relation to outcome. *Clin Psychol Psychother* 13: 397–404
- Kraft S, Puschner B, Lambert MJ, Kordy H (2006b) Medical utilization and treatment outcome in mid- and long-term outpatient psychotherapy. *Psychother Res* 16: 241–249
- Lambert MJ, Ogles BM (2004) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ (ed) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley, New York, pp 139–193
- Löcherbach P (2000) Indikatoren zur Ermittlung des ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs. In: *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit*, Bd 125. Nomos, Baden-Baden
- Luborsky L, Rosenthal R, Diguer L et al. (2002) The Dodo bird verdict is alive and well-mostly. *Clin Psychol Sci Pract* 9: 2–12
- Percevic R, Gallas C, Arikian L et al. (2006a) Internet-gestützte Qualitätssicherung und Ergebnismonitoring in Psychotherapie, Psychiatrie und psychosomatischer Medizin. *Psychotherapeut* 51: 395–397
- Percevic R, Lambert MJ, Kordy H (2006b) What is the predictive value of responses to psychotherapy for the future course? Empirical explorations and consequences for outcome monitoring. *Psychother Res* 16: 364–373
- Puschner B (2002) Zugang zu ambulanter Psychotherapie und Konsequenzen für den Behandlungserfolg. Dissertation, Friedrich-Schiller-Universität, Jena
- Puschner B, Bauer S, Kraft S, Kordy H (2005) Zufriedenheit von Patienten und Therapeuten mit ambulanter Psychotherapie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 55: 517–526
- Puschner B, Kordy H (2001) Der Zugang zur ambulanten Psychotherapie. Eine Evaluation des Gutachterverfahrens. *Verhaltensther Psychosoz Prax* 33: 487–502
- Puschner B, Kraft S, Bauer S (2004) Interpersonal problems and outcome in outpatient psychotherapy: Findings from a long-term longitudinal study in Germany. *J Personality Assessment* 83: 223–234
- Puschner B, Kraft S, Kächele H, Kordy H (2007) Course of improvement over 2 years in psychoanalytic and psychodynamic outpatient psychotherapy. *Psychol Psychother Theory Res Pract* 80: 51–68
- Puschner B, Kraft S, Wolf M (2008) Helping alliance and outcome in psychotherapy: what predicts what in routine outpatient treatment? *Psychother Res* 18: 167–178
- 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
- Rüger U (2007) Vierzig Jahre Richtlinien-Psychotherapie in Deutschland. *Psychotherapeut* 52: 102–111
- Rüger U, Dahm A, Kallinke D (Hrsg) (2005) *Faber-Harstrick Kommentar Psychotherapie-Richtlinien*, 7. akt. u. erg. Aufl. Urban & Fischer, München
- Rüger U, Leibing E (1999) Bildungsstand und Psychotherapieindikation – Der Einfluss auf die Wahl des Behandlungsverfahrens und die Behandlungsdauer. *Psychotherapeut* 44: 214–219
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd III „Über-, Unter- und Fehlversorgung“. <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht01/Kurz-f-de.pdf>. Gesehen 12 Feb 2008
- Scheidt CE, Seidenglanz K, Dieterle W et al. (1999) Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. *Psychotherapeut* 44: 83–93
- Schmidt J, Lamprecht F, Wittmann WW (1989) Zufriedenheit mit der stationären Versorgung: Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 39: 248–255
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2004) Stellungnahme zur Psychodynamischen Psychotherapie bei Erwachsenen. <http://www.wbps psychotherapie.de/page.asp?his=0.1.17.69.70>. Gesehen 12 Feb 2008
- Zepf S, Mengele U, Hartmann S (2003) Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. *Psychother Psychosom Med Psychol* 53: 152–162