

185. Kordy H, Kächele H (1996) Ergebnisforschung in Psychotherapie und Psychosomatik. In: Uexküll, Th v (Hrsg) *Psychosomatische Medizin*. Urban & Schwarzenberg, München, 5. Aufl., S 490-501

Ergebnisforschung in der Psychotherapie und Psychosomatik.

Hans Kordy & Horst Kächele
(Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart)

1. Einleitung: Ergebnisforschung - eine 'unendliche Geschichte'.

Psychotherapie und Psychosomatische Medizin verstehen 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 - hier in einer aktuellen Formulierung - ist einer der Gründe dafür, daß Ergebnisforschung in diesem Feld nicht leicht ist und viele Psychotherapeuten sich mit der Aufgabe, Behandlungsergebnisse nachzuweisen, nicht leicht tun. 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. 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' oder 'besser' 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, Gewerkschaften). Die Adressaten unterscheiden sich in ihren Interessen beträchtlich; dementsprechend wird und muß Ergebnisforschung eine Vielfalt an Informationen bereitstellen (Strupp & Hadley 1977). Die explizite Bezugnahme auf den Empfänger der Botschaft hat mehrere wichtige Implikationen:

(a) 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.

(b) Therapieergebnisse und ihre Bewertung sind 'historisch', sie sind immer bezogen auf die zu der jeweiligen Zeit akzeptierten Werte und den Stand der therapeutischen Versorgung.

(c) Für die verschiedenen Adressaten sind jeweils andere Argumentationsweisen geeignet; so mag z.B. für einen wissenschaftsorientierten Internisten 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 lassen.

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.' Einsicht - bilden sich heraus, neue Patientengruppen - z.B. mit chronischen körperlichen Erkrankungen oder AIDS - stellen neue Anforderungen oder die - z.B. ökonomischen - 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 und Psychosomatischer 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 geschützt oder wenigstens unbeachtet heranwachsen können, werden die Fragen stärker von öffentlichem Interesse geprägt:" Psychotherapy is no longer simply a voluntary contract between a patient and a therapist." (Korchin 1983). Die 'neue' Reputation resultiert aus der gewachsenen Professionalisierung - und dies hat seinen 'Preis': "As responsible professionals, therapists must learn to think critically and scrutinize the quality of their professional activities and the 'therapeutic product'. This has always been the hallmark of a mature profession." (Strupp & Howard 1992). Diesen Preis empfinden manche als zu hoch, wie sich in der - Medico-Zentrismus Kontroverse der 80er Jahre exemplarisch äußerte (z.B. Brede 1983). Es ist tatsächlich eine schroffe Herausforderung für Therapeuten, die stark mit einer humanen Grundhaltung identifiziert sind, für den einzelnen Patienten das bestmögliche zu erreichen, sich auch noch mit den makroökonomischen Bedingungen der Krankenversorgung auseinanderzusetzen. Interdisziplinarität, d.h. auch Arbeitsteilung, erleichtert es, in beide Richtungen zu arbeiten. Eine modern ausgerichtete Psychotherapieergebnisforschung "has enormous practical implications because it will lead to more focused therapeutic strategies and provide sharper answers to the question of what psychotherapy can do for particular patients, at what cost, and over what periods of time." (Strupp & Howard 1992). Solche Antworten sind in einer Zeit dringend nötig, in der die Beschränkungen der verfügbaren Ressourcen immer deutlicher hervortreten, um eine adäquate therapeutische Versorgung kranker Menschen zu gewährleisten.

2. Ein historischer Abriß.

Es ist beliebt, die Entwicklung der Psychotherapieforschung in Phasen einzuteilen (z.B. Meyer 1990; Grawe 1992; Kächele & Kordy 1992). Die nun ca. hundertjährige Geschichte von Psychotherapie und Psychosomatischer Medizin 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 Einzelfälle 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, Kontrakturparesen, etc.: sie wurde behandelt und die Symptome schwanden." (Meyer et al. 1991). Dieses Vorgehen ist für die Anfangsphase eines 'neuartigen' Therapieansatzes gut geeignet. Die Sammlung von Einzelfällen und ihre klinische Diskussion sind eine 'natürliche' und nützliche Basis für die Etablierung und Ausdifferenzierung. Für eine lebendige Therapieform und Wissenschaft kann dieser Entwicklungsprozeß nicht abgeschlossen sein. Daher behält diese entdeckungs-orientierte Strategie ihre Bedeutung; insbesondere wenn die wissenschaftliche Aufbereitung der Einzelfälle neue methodologische Entwicklungen einbezieht (z.B. Leuzinger-Bohleber & Kächele 1990; Kordy & Normann 1992).

Systematisch dokumentierte Fallberichte z.B. am Berliner Institut (Fenichel 1930), am Chicagoer Institut (Alexander 1937) oder der Psychosomatischen Klinik Heidelberg (deBoor & Künzler 1962) haben die Position der jungen Therapie "Psychoanalyse" - vor allem nach "innen" - stabilisiert. "Among psychotherapists there was the general belief that what they were doing was usually effective, and support for this belief was provided predominantly through reports of individual cases." (APA Commission on Psychotherapies 1982).

2.2 Die Rechtfertigungsforschung.

Mit den ersten erfolgreichen Schritten zu einer etablierten Therapieform wuchs gleichzeitig die Aufmerksamkeit von außen. Psychotherapie wird wissenschaftlich ernstgenommen und damit kritikwürdig. Es reicht nun nicht mehr aus, sich untereinander zu versichern, gute therapeutische Arbeit zu leisten. Mit heftiger Polemik stellte Eysenck (1952; 1966; vgl. auch Rachman 1971) 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 heute weitgehend Einigkeit darüber, daß die Kritik von Eysenck in der Sache überzogen war (vgl. Bergin & Lambert 1978). Eine kürzlich erschienene Reevaluation der Eysenck-Daten unter der Perspektive eines Dosis-Effekt-Modells unterstreicht den individuellen und gesellschaftlichen Vorteil von Psychotherapie: behandelte Patienten haben eine weitaus größere Chance auf eine schnelle Besserung als nicht behandelte (McNeilly & 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. Bis zum Ende der 70er Jahre dominierten demnach zwei Leitfragen die Ergebnisforschung (z.B. Parloff 1979):

1. Übersteigen die Veränderungen, die in einer Psychotherapie erreicht werden, diejenigen, die allein auf das Verstreichen von Zeit oder die Selbstheilungskräfte des Patienten zurückzuführen sind? D.h. wie ist der Stellenwert von Spontanremission einzuschätzen?
2. Resultieren die Effekte der Psychotherapie aus der Anwendung spezifischer psychotherapeutischer Techniken und somit klar unterscheidbar von Einflüssen unspezifischer Faktoren wie z.B. Suggestion und Alltagsratschlägen (Placebo-Effekt)?

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 startete die Menninger Foundation die sogenannte Menninger-Studie. Der Psychoanalytiker Wallerstein, der mehr als 30 Jahre in dieser Studie mitgearbeitet hat, charakterisiert sie folgendermaßen:

Das Projekt wurde durchgeführt in einer Klinik mit einem gut ausgebildeten und qualifizierten Therapeutenteam, dessen Mitglieder sich der

intensiven psychoanalytischen Behandlung von Schwerkranken gewidmet hatten. Therapeuten und klinische Forscher wollten versuchen, mehr über ihr berufliches Tun zu lernen und nach genaueren Antworten auf zwei simple Fragen zu suchen: (1) Welche Veränderungen finden statt in einer Psychotherapie? (2) Wie kommt es zu diesen Veränderungen?

Resultat dieses ambitionierten Unternehmens waren nicht nur die zahlreichen Publikationen über fast 40 Jahre - mehrere Bücher wurden veröffentlicht (z. B. Kernberg et al. 1972; Appelbaum 1977; Wallerstein 1986) -, sondern die Mitarbeit am Projekt führte manchen der heute renommierten Psychotherapieforscher zur empirischen Forschung (z.B. Holt, Kernberg oder Luborsky). Die Ergebnisse der Studie entsprachen nicht immer den Erwartungen der Beteiligten: "the overall outcomes achieved by more analytic and more supportive treatments converge more than our usual expectations for those differing modalities would portend; and the kinds of changes achieved in treatment from the two ends of this spectrum are less different in nature and in permanence than is usually expected." (Wallerstein 1989). So klingt die vorerst letzte Zusammenfassung beinahe wie eine Altersweisheit: "our results clearly show that, to be maximally effective, each psychotherapeutic approach must be matched with that patient for whom it is most appropriate." (Wallerstein 1989).

Pragmatischer und explizit auf die Herausforderung durch Eysenck ausgerichtet - allerdings auch einige Jahre später gestartet - war die große Katamnesestudie, die Dührssen und Mitarbeiter in Zusammenarbeit mit der AOK-Berlin durchführten (Dührssen 1962; Dührssen & Jorswieck 1965). Nicht zuletzt diese Zusammenarbeit 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 Durchschnitt (2,4 Krankenhaustage) der Versicherten. 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.

2.3 Prozeß-Ergebnis-Forschung.

Seit den 30er Jahren hatten sich parallel zur psychoanalytisch orientierten Psychotherapie andere psychosoziale Behandlungsansätze entwickelt. Nicht zuletzt durch die laute Kritik Eysencks begann ein harter Wettbewerb zwischen den unterschiedlichen Ansätzen. Die Phase der Therapievergleichsstudien erreichte ihren Höhepunkt in den 70er und zu Beginn der 80er Jahre. Allerdings erwies sich die globale Frage nach der wirksamsten Therapie bald als unfruchtbar: "All have won, all must have prices" faßten Luborsky et al. (1975) zusammen. Damit ist jedoch die Frage nach der unterschiedlichen Wirksamkeit und Wirkweise der verschiedenen therapeutischen Ansätze nicht beantwortet; es zeigte sich lediglich, daß die Frage falsch gestellt war (Grawe et al. 1990). Die Fragestellung wurde zu einer Differentiellen Psychotherapie-Effizienz-Forschung erweitert: Welche Behandlungsmaßnahme durch wen, in welchem Zeitpunkt führt bei diesem Individuum mit diesem spezifischen Problem unter welchen Bedingungen zu welchem Ergebnis in welcher Zeit? (z.B. Meyer 1990; Kächele & 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 Katamneseprojekt (z.B. Kordy et al. 1983, Senf et al. 1984, 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 schwerpunktmäßig auf die differenzierenden Ausgangsbedingungen von Patienten oder der speziellen Therapieform, verlagerte sich die Aufmerksamkeit Mitte der 80er Jahre stärker auf den therapeutischen Prozeß.

Orlinsky & Howard haben im Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (19862), der 'Bibel' der empirischen Psychotherapieforschung, 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 Modell entwickelt, das sie Generic Model of Psychotherapy nennen. Dieses Modell integriert nicht nur die enorme Zahl von Detailergebnissen, sondern

formuliert zugleich einen theoretischen Rahmen für ein Forschungsprogramm der 90er Jahre:

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 psychotherapeutische 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 therapeutischen Versorgungssystem. Patient und Therapeut vereinbaren - meist implizit - in diesem allgemeinen Kontext ihr therapeutisches Vorgehen. Persönliche 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 Mikroergebnissen im Befinden des Patienten. Diese wiederum wirken auf die therapeutische Beziehung zurück. Auf diese Weise verbessern sich die Voraussetzungen für weitere positive therapeutische Veränderungen (Natürlich gilt auch die umgekehrte Richtung: negative Wirkungen in der Sitzung wie z.B. uneinfühlbares oder abweisendes Verhalten des Therapeuten schwächen die therapeutische Beziehung, sie verstärken die defensive Haltung des Patienten und reduzieren so die Chancen therapeutischer Interventionen).

Das hier skizzierte komplexe Gefüge beschreibt den psychotherapeutischen Prozeß als ein rückgekoppeltes System. Das Ergebnis einer Sitzung beeinflusst den Verlauf und damit das Ergebnis weiterer Sitzungen (Nothing succeeds like success!). Schließlich kehrt das Generic Model zur Makro-Perspektive zurück und fragt, wie aus den vielen Mikro-Ergebnissen, aus dem Auf und Ab im Verlauf einer realen Psychotherapie, sich das Gesamtergebnis der Behandlung ergibt.

Die Mikro-Ebene wird in der Prozeßforschung untersucht. Traditionell hat die Evaluationsforschung die Behandlungsergebnisse zum Gegenstand.

Prozeß-Ergebnis-Forschung verbindet beide Perspektiven. Eines der Schlüsselprobleme zum Verständnis der Wirksamkeit einer Psychotherapie ist die Frage, wie Mikro-Ergebnisse in Makro-Ergebnisse übergehen. Für dieses Problem gibt es derzeit kein schlüssiges Modell und allenfalls spärliche Daten. Bekannt und durch eine Vielzahl von Studien empirisch gestützt ist, daß die Erfolgsaussichten mit der Dauer der Therapie und der Gesamtzahl der Therapiesitzungen positiv assoziiert sind (Orlinsky & Howard 1986; Kordy et al. 1988; Weber et al. 1985). Dies spricht dafür, daß Mikro-Ergebnisse in irgendeinerweise zu Makro-Ergebnissen akkumulieren. Ob diese Akkumulation einer einfachen Addition entspricht oder ein komplexeres Modell konstruiert werden muß, ist derzeit offen. Erste Annäherungen an dieses Problem sind Dosis-Wirkungsmodelle (Howard et al. 1986, Kordy et al. 1989). Die Dosis-Wirkungs-Methapher ist allerdings nicht unproblematisch für die Psychotherapie, worauf u.a. Stiles & Shapiro 1989 hingewiesen haben.

3. Was ist Therapieerfolg: Zum Kriterienproblem in der Ergebnisforschung.

Was sind die Ergebnisse einer Psychotherapie? Wie kann man sie erfassen? Dies sind offensichtlich die zentralen 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. Das ist im Prinzip durchaus angemessen, wie Westmeyer (1981, vgl. auch Kordy et al. 1983) unter dem Stichwort 'ansatzimmanent' methodologisch begründet hat. Voraussetzung ist allerdings, daß in einem "rationalen Dialog" über die konkreten Inhalte von "Erfolg" verhandelt werden kann, die Inhalte also wenigstens genannt werden. Das Problem ist nicht neu: "Of more critical importance, what does an improvement of .85 of a standard deviation mean to a patient? ... How important is it to score .85 of a standard deviation above a control group on a pencil-and-paper test of self-esteem or manifest anxiety?" hinterfragte Gallo (1978) die Meta-Analysen (vgl. 4.), mit denen man die Frage nach der Wirksamkeit von Psychotherapie ein für alle Mal beantwortet glaubte.

Ergebnis- oder Wirksamkeitsforschung sind nicht zuletzt dadurch motiviert, Psychotherapie wissenschaftlich zu legitimieren. Aus dieser Orientierung resultieren viele wichtige Impulse (s.o.), jedoch auch die Versuchung, nicht-wissenschaftliche Fragen 'wissenschaftlich' zu entscheiden (ein aktuelles Beispiel ist die Diskussion über die therapeutische Versorgungsrelevanz von psychoanalytischer vs. kognitiv-behavioraler Psychotherapie, die von Grawe (1992) angestoßen wird). Für die Ergebnisforschung äußert sich diese Gefahr darin, daß bei der Auswahl der Ergebniskriterien die meßtheoretischen zu Ungunsten der inhaltlichen Aspekte überbetont werden. Ergebnisforschung hat die Aufgabe zu untersuchen, ob erreicht wird, was von den Beteiligten versprochen (z.B. TherapeutInnen) oder erwartet (z.B. PatientInnen) wird. Die Auswahl inhaltlich geeigneter Ergebnisindikatoren erfolgt nach Gruppeninteressen, 'nur' die meßtheoretischen Qualitäten der Indikatoren können wissenschaftlich gesichert werden. Die Unterscheidung zwischen "Messen" und "Bewerten" ist daher hilfreich. Evaluation von (Psycho-)Therapie umfaßt zwei - im allg. wechselseitig aufeinander bezogene - Arbeitsschritte (vgl. Kordy & Scheibler 1984):

- (1) das Sammeln von Daten über einzelne PatientInnen bzw. das Messen von Eigenschaften und
- (2) die Bewertung der Daten anhand - möglichst apriori - festgelegter Kriterien nach festen Bewertungsregeln.

3.1 Strategien der Datensammlung (Meßstrategien).

Es besteht heute Einigkeit darüber (z.B. Newman 1983), daß die Datensammlung multidimensional, -modal und -methodal anzulegen ist; d.h. die Merkmale decken ein breites Spektrum ab, sie beziehen mehrere Urteilerperspektiven mit ein und nutzen verschiedene Datenquellen. Tabelle 1 zeigt als ein Beispiel ein Datenschema für das Heidelberger Katamneseprojekt (z.B. Kordy et al. 1983). Dort werden sechs Evaluationsebenen aus drei Urteilerperspektiven betrachtet und dabei werden vier Datenquellen mit unterschiedlichen Instrumenten genutzt. Die Evaluationsebenen schließen sowohl allgemeine als auch individuumsspezifische Merkmale ein (vgl. Kordy & Scheibler 1984):

a) allgemeine Merkmale: Für alle PatientInnen werden die gleichen Merkmale erhoben, selbst wenn die Stichprobe heterogen zusammengesetzt ist. 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. in Tab.1 das durch Real-Idealvergleich gemessene Selbstbild - nicht für alle Patienten behandlungsrelevant sind.

b) gruppenspezifische Merkmale: Durch Homogenisierung der Stichprobe läßt sich das Problem reduzieren. So wurden z.B. in dem Treatment of Depression Collaborative Research Program (vgl. 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 dann begründet, einen Hamilton-Score nach Therapie von < 7 als Indikator für einen Therapieerfolg zu benutzen (Elkin et al. 1989). Solche Selektionen haben natürlich Konsequenzen für die Repräsentativität der Studienergebnisse.

c) individuumsspezifische Merkmale: Wenn die Stichprobe heterogen zusammengesetzt ist, ist es oft effektiver, für jeden einzelnen PatientIn genau jene Merkmale zu erfassen, deren therapeutische Veränderung für ihn/sie beabsichtigt ist. Nachteil einer solchen individuellen Meßstrategie ist die geringe Standardisierbarkeit, da die Ergebnisse der Behandlung definitionsgemäß durch individuumsspezifische Indikatoren beschrieben werden (vgl. Kordy & Scheibler 1984). Prototypisch für dieses patientennahe, aber meßmethodisch komplizierte Verfahren ist das Goal Attainment Scaling.

3.2 Bewertungsstrategien.

Naheliegend 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/Problemen zu tun haben oder überhaupt auf die Therapie zurückzuführen sind.

Historisch - aber leider 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 (oft unreflektiert in zweiseitiger Fragestellung) und bei Signifikanz (oft ohne Begründung $\alpha=5\%$) die Wirksamkeit der zur Untersuchung anstehenden Therapie behauptet. Dieses Prozedere mag - unter gewissen Umständen - sogar formal akzeptabel sein, ist jedoch riskant in Bezug auf die klinisch-inhaltliche Bedeutsamkeit der Schlußfolgerungen. 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 sowohl aus theoretisch-klinischer (z.B. Senf & von Rad 1990; Kish & Kroll 1980; Malan 1962; Kordy & Senf 1987) als auch aus statistisch-methodischer Perspektive (z.B. Speer 1992; Jacobson & Truax 1991; Saunders et al. 1988; Kordy & Senf 1985; Wittmann 1985; Kordy & Scheibler 1984), wie man zu bedeutungsvollen Aussagen über die Effekte von Psychotherapie kommen kann. 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 nüchterner, faktenorientierter Beschreibung erreichbarer und überzeugend 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 (eine ausführlichere Beschreibung ist in Kordy & Normann (1992) zu finden) diskutieren kann:1)

Herr A., ein 24-jähriger Mann, leidet seit 5 Jahren an einem Morbus Crohn mit chronisch-rezidivierendem Verlauf. Er erhält seit Erkrankungsbeginn eine kontinuierliche Dauermedikation (Sulfonamide, zusätzlich seit 1 Jahre eine Kortikoiddauerbehandlung). Der Patient befindet sich zum Zeitpunkt des Gespräches seit 7 Tagen in stationärer internistischer Behandlung wegen eines akut aufgetretenen Entzündungsschubes 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 ca. 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 5 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 12 Wochen fühlt sich der Patient völlig beschwerdefrei. Während der über 2,5 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 potentielle Behandlungsziele? Ohne näher auf die klinisch-theoretische 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 Verselbständigung, 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 evtl. ganz unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt. Es ist keine Frage, daß eine - direkte - Beeinflussung des Krankheitsverlaufes durch Psychotherapie ein sehr anspruchsvolles Ziel ist (z.B. Feiereis 1990). Die Schilderung des bisherigen Verlaufes unterstreicht dies. Es gibt einige Anhaltspunkte in der Krankengeschichte, die eine 'traditionelle' psychosomatische Interpretation zu unterstützen scheinen. Dennoch, das empirische Wissen über den 'natürlichen' Verlauf eines - hier als chronisch-rezidivierend beschriebenen - MC ist so dürftig (vgl. Kordy & 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 potentiellen Behandlungszielen ist dies implizit bereits umrissen. Alle dort genannten Ziele stehen in einem mehr oder weniger direkten Zusammenhang mit dem MC. 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 (unter von den Beteiligten nicht direkt beeinflussbaren Rahmenbedingungen) gewählt wird. Erfolgsindikatoren, die eine rationale Begründung klinischer Praxis stützen sollen, verlangen also eine Verständigung über allgemeine und individuelle Möglichkeiten von Krankheits- bzw. Gesundungsprozessen. Gerade bei der Psychotherapie von Patienten mit starken körperlichen Symptomen stellt sich die Frage nach dem Verhältnis körperbezogener und psychologischer Erfolgskriterien in besonderer Weise.

4. Ergebnisse.

Literaturübersichten (z.B. Meltzoff & Kornreich 1970; Luborsky et al. 1975; Grawe et al. 1992; Meyer et al. 1991) belegen konsistent die Wirksamkeit von Psychotherapie für viele Gruppen von Patienten bzw. Krankheiten. Die bis Ende der 70er Jahre erstellten Zusammenfassungen litten darunter, daß sie stark von der subjektiven Auswahl der Reviewer und ihrer 'Autorität' abhingen. Ein wichtiger Schritt zu einer nachprüfbaren und damit einer wissenschaftlichen Diskussion zugänglichen Beurteilung war die sogenannte Box-Scoring-Methode (z.B. Luborsky et al. 1975). Aber auch diese ließ noch keine Abschätzung des globalen Effektes von Psychotherapie zu. Den Durchbruch schafften Smith, Glass & Miller mit der Monographie "The benefits of psychotherapy." (1980). Dieses Buch wurde gefeiert als die "meta-analytic revolution of outcome research" (Fiske 1983). Die Autoren erstellten den bis dahin umfassendsten Überblick - 475 kontrollierte Psychotherapiestudien und etwa 25 000 Patienten wurden einbezogen. Durch die erstmals in der Psychotherapie angewendete Meta-Analyse (vgl. auch Fricke & Treinies 1985; Wittmann & Matt 1986; Rosenthal 1991) waren die Autoren in der Lage, die in den 475 Studien berichteten 1 766 Behandlungseffekte zu einer Abschätzung des globalen Effektes der Psychotherapie zu integrieren. Sie fanden eine 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). Solch eine Effektstärke kann sich durchaus sehen lassen. Das verdeutlicht ein rechnerisches Beispiel: Angenommen, heute lebende 40-Jährige hätten eine Lebenserwartung von 70 Jahren ($s=10$ Jahre). Eine Behandlungsform mit einer Effektgröße von 0,85 würde die Lebenserwartung im Durchschnitt um 8,5 Jahre steigern. "Frankly, I wouldn't want to be standing in front of that clinic when it opened its doors - the odds are that I would be trampled to death." (Gallo 1978)

Schon bald meldeten sich prominente Kritiker: "An exercise in megasilliness" resümierte Eysenck (1978). In der Tat, jeder Versuch, Forschungsergebnisse aus vielen Einzelstudien zu integrieren, konfrontiert damit, daß Nicht-Gleiches doch verglichen werden muß. Glass & Kliegl (1983) nennen drei Hauptprobleme (vgl. auch Wittmann & Matt 1986):

1. Die unterschiedliche methodische Qualität der Studien bleibt unberücksichtigt.
2. Unterschiedliche Patienten, Therapeuten, Therapien und Pathologien werden gleich behandelt (Uniformitätsproblem).
3. Studien mit unterschiedlicher Zielsetzungen und daher unterschiedlichen Zielkriterien und Meßinstrumente 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 strengere (Landmann & Dawes 1982) oder inhaltlich anders ausgerichtete Auswahl von Studien (z.B. Lambert et al. 1986, Wittmann & Matt 1986) getroffen haben. Konsistent bestätigen sie das Ergebnis: Psychotherapie wirkt!

Zu dem gleichen Fazit kommen auch Grawe und Mitarbeiter, die alle bis 1983 veröffentlichten deutschsprachigen, kontrollierten Therapiestudien mit klinischen Patientengruppen - ca. 900 - analysierten, wobei sie in ihrer Bewertung vorallem die methodische Qualität der Studien berücksichtigten.

Diese Meta-Studie war die wissenschaftliche Grundlage für ein Gutachten, das Meyer und Mitarbeiter (1991) für die Bundesregierung der BRD anfertigten. In dem Gutachten geht es darum, den Bedarf an psychotherapeutischer und psychosomatischer Behandlung von Patienten abzuschätzen und Vorschläge für eine adäquate Patientenversorgung zu erarbeiten:

"Für eine große Anzahl psychotherapeutischer Ansätze, Methoden und Techniken, die sich auf dem Psychomarkt großer Beliebtheit erfreuen, steht jeglicher Wirksamkeitsnachweis aus ... 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 zugebilligt werden muß. Es handelt sich um die Gesprächspsychotherapie, die psychoanalytische Therapie und die Gruppe der kognitiv-behavioralen Therapien" (Meyer et al. 1991).

5. Ergebnisforschung der 90er Jahre.

Die ausschließlich auf den Nachweis der Wirksamkeit ausgerichtete Ergebnisforschung lief gegen Ende der 80er Jahre aus. Die Bereitschaft, ihre Behandlungsergebnisse empirisch-wissenschaftlich zu untersuchen und insbesondere die zahlreichen positiven Befunde hatten viel dazu beigetragen, daß Psychotherapie und Psychosomatische Medizin heute in den meisten Staaten zu den etablierten Therapieformen gezählt werden, daß dieser Behandlungsansatz anerkannt ist und von den Krankenversicherungen finanziert wird. Dieser Erfolg macht gleichzeitig den Blick frei für andere, neue Fragen und solche, die bisher zurückgehalten wurden. Die Ergebnisforschung der 90er Jahre zeichnet sich durch eine wachsende Pluralität von Forschungsansätzen aus. Eine angewandte Psychotherapieforschung entsteht. Versorgungssystemforschung, Dosis-Wirkungs- bzw. Kosten-Nutzenanalysen oder die routinemäßige Einbindung von wissenschaftlichem Know How in Form von Qualitätssicherungsmaßnahmen charakterisieren den Übergang. Gleichzeitig wird die Grundlagenforschung professionalisiert; Großprojekte und Forschungsprogramme werden gestartet,

die sowohl für die Psychotherapieforschung 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 im allgemeinen und der Ergebnisforschung im besonderen 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 plädiert entschieden für eine Neuorientierung. Die intensive Analyse des psychotherapeutischen Prozesses hält er für die Herausforderung der 90er Jahre (Grawe 1992). Der Traum von der Erfassung des 'wirklich Wirksamen', die differenzierte Beschreibung des psychotherapeutischen Prozesses unter - weitestgehendem - Verzicht auf abstrahierende Reduktion galten und gelten vielen Forschern wieder als Königsweg zu einem besseren Verständnis davon, wie Psychotherapie wirkt (z.B. Dahl et al. 1988, Greenberg & Pinsof 1986).

1988 wurde von Grawe und Kächele ein internationaler Forschungsverbund, das PEP (Psychotherapeutische Einzel- und Prozeßanalyse) initiiert. Dreißig Wissenschaftler treffen sich zweimal jährlich mit dem Ziel, die Wirkweise von Psychotherapie unter unterschiedlichen theoretischen Perspektiven am Beispiel von videographierten Aufzeichnungen von zwei Kurztherapien differenziert zu beschreiben und so den Weg zu einer empirisch fundierten Modellbildung zu fördern (Kächele 1992, in press).

Solche systematischen Ergänzungen der Ergebnisforschung erhalten gegenwärtig viel Aufmerksamkeit. Ein weiteres prominentes Beispiel ist das Program on Conscious and Unconscious Mental Processes an der Univ. of California (Horowitz 1991). Das enorme Engagement der beteiligten Forscher

der Projektgruppe, das große Interesse von Forschern von außerhalb und nicht zuletzt die recht großzügige finanzielle Förderung lassen - wiederum - die Hoffnungen auf einen Durchbruch der Psychotherapie-Wirkungsforschung blühen (vgl. Grawe 1992).

5.1.2 Spezifität: Die Wirksamkeit für homogene Krankheitsgruppen.

Die Frage nach der geeigneten Behandlung für bestimmte Gruppen von Patienten bzw. Krankheiten zählt als Differentialindikation zu den traditionellen Themen in der Medizin. Mit der Etablierung von Psychotherapie und Psychosomatischer Medizin als ein 'gewöhnliches' Fach- und Teilgebiet der Medizin wird auch hier die Frage verstärkt gestellt. 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). Neben diesem grundsätzlichen Problem gibt es jedoch einen simplen praktischen Grund für den Mangel an empirischer Indikationsforschung: 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. Enorme personelle und finanzielle Ressourcen sind erforderlich. Aus dieser Perspektive wundert es nicht, daß solche Großstudien oft im Rahmen von Regierungsprogrammen gestartet werden. Dies verstärkt die Bereitschaft - oder den Druck -, Modelle der klinisch-medizinischen Forschung zu übernehmen. Dort hat man seit langem positive Erfahrungen mit sogenannten Multi-Center-Studien gemacht.

Bereits 1977 hatte das National Institute of Mental Health (NIMH) unter Leitung von Morris Parloff und Irene Elkin 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. Elkin et al. 1985; Elkin et al. 1989, Imber et al. 1990) bilden einen Kapitalstock, aus dem die Ergebnisforschung der 90er Jahre viel Gewinn ziehen kann.

Unabhängig und zunächst - 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 Programmes werden seit 1989 verstärkt Therapiestudien zu psychosomatischen Erkrankungen gefördert. Kontrollierte Studien zu homogenen Patientengruppen mit einer randomisierten Zuweisung haben - nicht zuletzt durch die Einbindung von Biometrischen Zentren - eine hohe Priorität gewonnen (vgl. Materialien zur Gesundheitsforschung 1990). Die Vorbereitung und z.T. Durchführung einer Reihe von Wirksamkeitsstudien von Psychotherapie bei bestimmten Patientengruppen wurden finanziell gefördert. Die Studien zum Chronischen Schmerz (z.B. Egle et al. 1992), Eßstörungen (Kächele 1992) oder Morbus Crohn (Feiereis 1990) sind typische Beispiele für diese Initiative.

5.2 Angewandte Psychotherapieforschung.

5.2.1 Kosten-Nutzenanalysen.

Wieviel Therapie ist für welche Patienten hinreichend, um die gewünschten Ergebnisse zu erreichen? Solche auf die Effizienz und damit auf die ökonomischen Grundlagen psychotherapeutischer Versorgung zielende Fragen werden bisher weitgehend ignoriert, fundierte Antworten daher heute schmerzlich vermißt. Forschungsansätze entwickeln sich in 2 Richtungen: (a) Kosten-Nutzen- (CBA) und (b) Kosten-Effektivitätsanalysen (CEA).

Dramatisch steigende Kosten im Gesundheitswesen verstärken den Wunsch nach einer rationalen empirischen Basis für ein Gesundheitssystem,

das eine hohe Versorgungsqualität bei bezahlbaren Kosten garantiert (SV 1989). "The most pervasive myth within the clinical community is that costs are the business of business and not a clinical concern" (Newman & Howard 1986). Empirische Untersuchungen der ökonomischen Grundlagen einer guten psychotherapeutischen Versorgung finden bisher allenfalls bei Gesundheitspolitikern Aufmerksamkeit. Therapeuten sehen solche Ansätze (zu) oft als eine Bedrohung ihrer Autonomie bei der Wahl der Behandlung, als eine Einschränkung dessen, was in ihren Augen das Beste für ihre Patienten ist. Möglicherweise haben sie sogar recht aus ihrer Mikroperspektive, bei der sie den einzelnen Patienten im Blick haben; aus der Makroperspektive (z.B. aus der Sicht einer Klinik oder des Gesundheitssystems insgesamt) kann ihre Praxis dennoch suboptimal sein.

Kostensenkung ist nicht das einzige Thema der CBA/CEA. Es geht ebenso sehr darum herauszufinden, wie man begrenzte therapeutische Ressourcen (z.B. die Sitzungen über die Behandlungsdauer) möglichst optimal verteilt. Insofern ist CBA/CEA ein Anwendungs- und Validierungsfeld für Behandlungs-theorien und komplementär zu vertrauteren Gebieten der Psychotherapieforschung.

Was sind Kosten, was sind Nutzen? Man unterscheidet direkte und indirekte Kosten (vgl. Yates & Newman 1980a; Bühringer & Hahlweg 1986):

Direkte Kosten: Behandlungskosten sind direkte Kosten. Jede Sitzung kostet einen bestimmten Betrag. Schwieriger ist es mit den Kosten z.B. für die Supervision oder die zusätzliche Konsultation erfahrener Kollegen bei schwierigen Fällen.

Indirekte Kosten: auch die Zeiten für die Behandlung und den Weg zur Therapie verursachen Kosten (z.B. zahlt der Arbeitgeber den Lohn für Behandlungen während der Arbeitszeit) darüberhinaus gibt es möglicherweise Produktionsausfälle.

Im Hinblick auf den Nutzen differenziert man:

eingesparte Kosten: Psychotherapie mag für die zu behandelnde Krankheit kostengünstiger sein als z.B. eine medikamentöse Behandlung, es mögen Kosten eingespart werden durch Reduktion von Arbeitsfehltagen bzw. Produktionsausfall oder Verringerung sozialer 'Kosten' wie Arbeitsplatzverlust etc.

gewonnene Nutzen: üblicherweise subsummiert man hierunter kaum monetär bewertbare Nutzen wie z.B. erhöhte Lebensqualität, Gewinn an Lebens- oder Arbeitsjahren usw.. Psychotherapeutische Behandlung kann - z.B. durch eine Steigerung der Kreativität oder aufgrund höherer Präsenz am Arbeitsplatz - zu einer auch monetär meßbaren Verbesserung der Berufssituation des Patienten oder der Produktivität eines Unternehmens beitragen.

Auch in CBA/CEA gehen unterschiedliche Interessen unterschiedlicher Interessenten - z.B. Patienten und ihrer Angehörigen, Versicherungen, Arbeitgeber etc. - ein. Trotz der enormen Bedeutung gibt es nur wenige brauchbare Untersuchungen (z.B. Yates & Newman 1980b; Zielke 1988; Deter 1989). International stark beachtet wird derzeit die 'EAP Financial Impact Study', die bei der als Flugzeughersteller bekannten McDonnell Douglas Corporation durchgeführt wurde. Die Studie belegt eindrucksvoll den ökonomischen Nutzen eines Psychotherapieprogramms: "A final Cost-Offset-Ratio (investment-to-savings) 4:1; a four-year dollar savings for the EAP population of \$ 5.1 million. The \$ 5.1 million savings include the value of working days saved by the employee, which is \$ 762 526 ...Of special importance is that not only the medical claim costs for the EAP client decrease but also the per-case family medical claim costs." (The Almacan 1989). Ähnlich eindrucksvolle Zahlen berichtet Zielke (1988) für stationäre psychosomatische Behandlungen Bad Dürkheim. Demnach stehen Kosten und Aufwendungen - d.h. das Nutzenpotential - für die Krankheit von 71.000 DM Behandlungskosten 10 500 DM Behandlungskosten pro Patient gegenüber. Mit Unterstützung der Betriebskrankenkassen wird dort derzeit eine Studie zum tatsächlich eingesparten Nutzen durchgeführt, die Ergebnisse sind für 1993 angekündigt.

5.2.2 Dosis-Wirkung-Modelle

Im Kontext der Prozeß-Ergebnisforschung (2.3) wurde bereits das Problem der Akkumulation von Mikro- zu Makroergebnissen angesprochen. Eine Lösungsvariante für das sowohl im Hinblick auf die Theorie als auch die Ökonomie der Psychotherapie relevante Problem liegt in der Untersuchung der Beziehung zwischen dem Umfang und den Ergebnissen der eingesetzten Therapie. Diese Fragestellung hat qualitative (was wird eingesetzt?) und

quantitative (wieviel wird eingesetzt?) Aspekte. Explizit wird bisher nur der quantitative Aspekt untersucht. Howard et al. (1986) schlagen vor, das in der Medizin bekannte Dosis-Wirkungsmodell zu übernehmen, und zwar in der Form des Probit-Modells. Entsprechend dieser Modellwahl wird eine beste lineare Anpassung (Regressionslinie) für die Beziehung zwischen der log-transformierten "Dosis" und der Erfolgsrate berechnet. "This log transformation reflects the fact that, as treatment progresses, more and more sessions are needed to obtain 'just noticeable differences' in percentage of patients improved" (Howard et al 1986).

In einer Literaturrecherche fanden sie 15 für eine Dosis-Wirkungsanalyse geeignete Studien. Insgesamt umfaßt ihre Analyse 2 431 Patienten in Einzeltherapie (überwiegend 1 Sitzung/Woche). Die Mehrzahl war als neurotisch (Depression oder Angst) diagnostiziert, für einen kleinen Teil fand sich die Diagnose Persönlichkeitsstörung oder psychotisch. Für die 15 Stichproben wurden separate Probit-Analysen durchgeführt, deren Ergebnisse zeigten eine relativ große Ähnlichkeit: "by eight sessions, 48 % to 58 % of patients would be expected to have measurably improved. About 75 % of patients should have shown measurable improvement by the end of six months of once-weekly psychotherapy (26 sessions) and about 85 % by the end of a year of treatment" (Howard et al. 1986). In einer anschließenden Detailanalyse fanden die Autoren unterschiedliche Response-Funktionen für diagnostische Subgruppen: "depressive patients began responding at the lowest dosages of psychotherapy, anxiety neurotics at a somewhat higher dosage, and borderline-psychotics at a still higher dosage." (Howard et al. 1986).

Als Ergänzung zum Heidelberger Katamneseprojekt verglichen Kordy et al. (1989) 'Dosis-Wirkungskurven' für Patienten mit psychosomatischen bzw. chronischen funktionellen Erkrankungen ('schwerer' Erkrankte) und Patienten mit neurotischen Symptomen bzw. nicht-chronifizierten funktionellen Störungen ('weniger schwer' Erkrankte). Als Indikatoren für die 'Dosis' wählten sie die Gesamtstundenzahl und die Dauer der Behandlung. Für beide Vergleichsgruppen wurden die (kumulierten) Erfolgsraten in Abhängigkeit von der Stundenzahl bzw. Therapiedauer geplottet; es ergaben sich in der Struktur ähnliche 'Dosis-Wirkungskurven', mit allerdings zwei wichtigen Unterschieden: (1) die Erfolgsraten für die erste Gruppe von

Patienten ('schwerer Erkrankte') sind deutlich niedriger als die der Vergleichsgruppe ('weniger schwer' Erkrankte); (2) es deutet sich an, daß Patienten mit psychosomatischen Krankheiten oder chronifizierten funktionellen Störungen später (positiv) auf die Behandlung reagieren: bis zu einer Behandlungsdauer von 3,5 Jahren wächst für diese Patienten die Erfolgsrate, während die Vergleichsgruppe nach 2,5 Jahren keinen weiteren Anstieg der Erfolgsrate mehr zeigt.

Solche Untersuchungen der ökonomischen Aspekte sind für eine Optimierung der psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung unverzichtbar. 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, 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 nehmen 57,4 % der Ressourcen in Anspruch. Solche Untersuchungen des Versorgungssystems sind von großer klinischer Bedeutung. Epidemiologische Studien zur Verbreitung von psychischen, psychosomatischen oder somatopsychischen Erkrankungen lassen den Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung abschätzen; die Untersuchung der therapeutischen Praxis erlaubt Schätzungen über die verfügbaren therapeutischen Möglichkeiten; Studien über das Inanspruchnahmeverhalten von Patienten und das 'Behandlungsverhalten' von Therapeuten verbessern Verteilung und Nutzung knapper Ressourcen (z.B. Meyer et al. 1991; Schepank 1987; Howard et al. 1992).

5.2.3 Qualitätssicherung.

Ausgelöst durch neue polit-ökonomische Ziele, die die Bezahlbarkeit neben die Qualität von Therapie stellt, entwickelte sich ein neuer Anwendungsschwerpunkt der Ergebnisforschung, der heute unter der Überschrift "Qualitätssicherung" (QS) für Unruhe sorgt. Es geht darum, etablierte therapeutische Verfahren hinsichtlich ihrer Qualität in der klinischen Routine zu untersuchen. Im klinischen Alltag werden z.B. Indikationsbereiche erweitert, Behandlungstechniken modifiziert oder neue Settings erprobt. Die zentrale Aufgabe der Qualitätssicherung ist es, für

solche Weiterentwicklungen Standards ('Sollwerte') auszuformulieren und ihre Umsetzung in die Praxis zu begleiten (Sachverständigenrat 1989).

QS ist ein relativ neuer Zweig der Ergebnisforschung. Sie kann auf methodische Entwicklungen und organisatorische Erfahrungen in der Evaluationsforschung zurückgreifen. Eine Vielzahl von Detailbefunden erlaubt es, vorläufige Standards zu formulieren. Dennoch ist gegenwärtig noch einige Grundlagenforschung nötig. Die zentrale Funktion der QS ist eine Signalfunktion; sie soll schnelle Rückmeldung über Auffälligkeiten ermöglichen und nicht etwa Sanktionen für 'schlechte' Qualität rechtfertigen. Ein zweckmäßiges Instrument der QS muß daher (a) 'auffällige' Patienten identifizieren, (b) 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 (c) spezifische Qualitätsprofile, die aufgrund lokaler Versorgungsschwerpunkte und therapeutischer Voraussetzungen im allg. unterschiedlich sind, zu einem Gesamtprofil integrieren, so daß potentielle Defizite des Sektors (z.B. in Bezug auf bestimmte Patientengruppen) oder auffällig vom Gesamtprofil abweichende Kliniken oder Therapeuten entdeckt werden können. Aufgrund dieser komplexen Verwendungsziele sind für die Konstruktion eines QS-Inventars die folgenden Leitprinzipien zu berücksichtigen (Kordy 1992; vgl. auch Howard et al. 1991; Schmidt et al. 1992; McDonald & Marks 1992):

- individuumorientierte Bewertung: d.h. es werden zunächst Profile für die einzelnen Patienten erstellt; aus deren Häufigkeitsverteilung wird das Qualitätsprofil abgeleitet; die Qualitätsprofile sind dann die Grundlage für spezifische Vergleich (d.h. hier wird geklärt, unter welcher Perspektive der Vergleich von 'Äpfeln und Birnen' Sinn macht).
- multidimensionale Bewertung: d.h. die Qualität wird mehrdimensional expliziert; die körperlichen, die psychischen und die sozialen/interpersonalen Aspekte definieren drei Hauptdimensionen, die evtl. weiter differenziert werden können.
- multimodale Bewertung: d.h. es werden unterschiedliche Datenquellen herangezogen, insbesondere werden für möglichst viele (Qualitäts-)Dimensionen ein Patienten- und ein Therapeuten- bzw. Expertenurteil parallel erhoben.

- adressatenorientierte Kriterien: d.h. es wird eine Mischung hergestellt von individuumspezifischen Kriterien (z.B. in Form individueller Behandlungsziele), gruppenspezifischen Kriterien (z.B. für Stationen mit überwiegend Angstpatienten geeignete Angstfragebogen, vgl. hierzu auch das Konzept der Tracer-Diagnose) und allgemeinen Kriterien (z.B. auf der Grundlage des Beschwerde-Schwere Score oder der allgemeinen Lebensqualität).
- zweckorientierte Kriterien: es werden nach Möglichkeit Instrumente aufgenommen, deren Tauglichkeit für Veränderungsmessungen geprüft ist; für diese sollten Normwerte (für den Vergleich mit `Normalen`) oder Vergleichswerte für 'interessante' Vergleichsgruppen z.B. spezielle Patientengruppen vorliegen.
- ökonomisch erfaßbare Kriterien: d.h. das Inventar muß so kurz wie möglich sein; die Komponenten müssen transparent und einsichtig sein; die verwendeten Konzepte sollen für die klinische Diskussion taugen und möglichst viel der 'üblichen' Dokumentation ersetzen.

6. Zusammenfassung und Ausblick.

Dieses Kapitel beschreibt die Entwicklungslinien in der Ergebnisforschung für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin. 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 und Psychosomatischer Medizin wichtig sind.

Der Schwerpunkt unseres Beitrags liegt mehr auf der Psychotherapie als auf der Psychosomatischen Medizin. Dafür gibt es mehrere Gründe: (a) Ein nicht unbeträchtlicher Teil des Handbuches 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. (b) Unsere Fokuswahl ist - gewollt oder nicht - eine Antwort auf den grundsätzlichen Konflikt, der in dem Begriffspaar "Psychotherapie vs. Psychosomatische Medizin" enthalten ist. Es ist keine Frage, daß die Trennung von Psychotherapie und Psychosomatischer Medizin künstlich ist, da beide wechselseitig aufeinander bezogen sind. Dennoch betonen sie unterschiedliche Perspektiven. Psychotherapie repräsentiert mehr als Psychosomatische Medizin die technischen Aspekte der Behandlung und wird daher zu Recht an ihren Ergebnissen gemessen (z.B. in Form von Erfolgs- oder Mißerfolgsraten). 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.

Literatur:

Alexander F Five-years report 1932-1937. Institute for Psychoanalysis, Chicago 1937

- Alexander F Psychosomatic medicine. Its principles and application. Allen & Unwin, London 1950
- APA Commission on Psychotherapies Psychotherapy research: Methodological and efficacy issues. APA, Washington 1982
- Appelbaum SA The anatomy of change. Plenum Press, New York 1977
- Bergin AE, Lambert MJ (1978) The evaluation of therapeutic outcomes. In: Garfield SL, Bergin AE (eds.) Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis. Wiley, New York
- Bräutigam W, Senf W, Kordy H (1990) Wirkfaktoren psychoanalytischer Therapie aus der Sicht des Heidelberger Katamneseprojekts. In: Lang H (Hg) Wirkfaktoren der Psychotherapie. Springer, Berlin-Heidelberg-New York S. 189-208
- Brede K (1983) Psychoanalyse zwischen Therapie und Wissenschaft. In: Lohmann H-M (Hg.) Das Unbehagen in der Psychoanalyse. Eine Streitschrift. Qumran, Frankfurt/M - Paris 1983, S. 93-103
- Broda M, Dahlbender RW, Schmidt J, Rad von M, Schors (1992, im Druck) DKPM-Basisdokumentation: Eine einheitliche Basisdokumentation für die stationäre Psychosomatik und Psychotherapie. Psychother Psychosom med Psychol
- Bühringer G, Hahlweg K (1986) Kosten-Nutzen-Aspekte psychologischer Behandlung. Psychol Rundschau 37:1-19
- Dahl H, Kächele H, Thomä H (eds.) Psychoanalytic process research strategies. Springer: Heidelberg-New York 1988
- deBoor C, Künzler E Die psychosomatische Klinik und ihre Patienten. Klett, Stuttgart 1962
- Deter H-C (1989) Kosten-Nutzen-Analyse der tiefen-psychologisch-orientierten Gruppentherapie bei Patienten mit Asthma bronchiale. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2:154-162
- Dührssen A (1962) Katamnestiche Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. Z Psychosom Med 8:94-113
- Dührssen A, Jorswieck E (1965) Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. Nervenarzt 36:166-169
- Egle T, Heucher K, Hoffmann SO, Porsch U (1992) Psychoanalytisch orientierte Gruppentherapie mit psychogenen Schmerzpatienten. Ein Beitrag zur Behandlungsmethodik. Psychother Psychosom med Psychol 42:79-90
- Elkin I, Parloff MB, Hadley S, Autry J (1985) NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Background and research plan. Arch Gen Psychiatry 42:305-316
- Elkin I, Shea MT, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, Glass DR, Pilkonis PA, Leber WR, Docherty JP, Fiester SJ, Parloff MB (1989) NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. Arch Gen Psychiatry 46:971-983

- Eysenck HJ (1952) The effects of psychotherapy: An evaluation. J Consult Psychol 16:319-324
- Eysenck HJ (1966) The effects of psychotherapy. Internat Science Press: New York
- Eysenck HJ (1978) An exercise in mega-silliness. Amer Psychol 33:517
- Feiereis H (Federführung) Wirksamkeit psychotherapeutischer Maßnahmen bei Morbus Crohn - eine multizentrische Studie. In: Projektträger "Forschung im Dienste der Gesundheit" (Hg) Klinische Studien in der Psychiatrie Bd 14. Wirtschaftsverlag, Bremerhaven 1990 S.94-96
- Fenichel O (1930) Statistischer Bericht über die therapeutische Tätigkeit 1920-1930. In: Rado S, Fenichel O, Müller-Braunschweig C (eds.) Zehn Jahre Berliner Institut. Poliklinik und Lehranstalt. Internat Psychoanal Verlag: Wien
- Fiske DW (1983) The meta-analytic revolution in outcome research. J CONSULT CLINIC PSYCHOL 51:65-70
- Fricke R, Treinies G Einführung in die Meta-Analyse. Huber, Bern 1985.
- Gallo PS (1978) Meta-analysis - A missed metaphor? Amer Psychol 33:515-517
- Glass GV, Kliegl RM (1983) An apology for research integration in the study of psychotherapy. J CONSULT CLINIC PSYCHOL 51:28-41
- Grawe K (1988) Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung. Z Klin Psychol 17:1-7
- Grawe K (1992) Psychotherapieforschung der neunziger Jahre. Psychol Rundschau 43:132-162
- Grawe K, Bernauer F, Donati R (1990) Psychotherapien im Vergleich. Haben wirklich alle einen Preis verdient? Psychother Psychosom med Psychol 40:102-114
- Grawe K, Caspar F, Ambühl H (1990) Differentielle Psychotherapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich. Z Klin Psychol 19:292-376
- Greenberg LS, Pinsof W The psychotherapeutic process: A research handbook. Guilford, New York 1986
- Horowitz MJ Person schemas and maladaptive interpersonal behavior. Univ Chicago Press, Chicago 1991
- Howard KI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE (1986) The dose-effect relationship in psychotherapy. Amer Psychol 41:159-164
- Howard KI, Lueger RJ, O'Mahoney MT The Howard Outpatient Tracking System (HOT). Integra Inc., Philadelphia 1991
- Howard KI, Lueger R, Schank D (1992) The psychotherapeutic service delivery system. Psychother Research 2:1-17

- Imber SD, Pilkonis PA, Sotsky SM, Watkins JT, Shea MT, Elkin I, Collins JF, Leber WR, Glass DR (1990) Mode-specific effects among three treatments for depression. *J CONSULT CLINIC PSYCHOL* 58:352-359
- Jacobson NS, Truax P (1991) Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clinic Psychol* 59:12-19
- Kächele H (1992) Planungsforum "Psychodynamische Therapie von Eßstörungen". *Psychother Psychosom med Psychol DiskJournal* 3:1-33
- Kächele H (1992) Une nouvelle perspective de recherche en psychothérapie - le projet PEP. *Psychothérapies* 2:73-77
- Kächele H, Kordy H (1992) Psychotherapieforschung und therapeutische Versorgung. *Nervenarzt* 63:517-526
- Kernberg OF, Burstein ED, Coyne L, Appelbaum A, Horwitz L, Voth H (1972) Psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. *Bull Menn Clin* 36:1-275
- Kish J, Kroll J (1980) Meaningfulness versus effectiveness: Paradoxical implications in the evaluation of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice* 17:401-413
- Korchin SJ (1983) Nonspecific factors in psychotherapy. In: Minsel W-R, Herff W (eds.) *Methodology in psychotherapy research*. Peter Lang, Frankfurt/M S.1-30
- Kordy H (1992) Qualitätssicherung: Erläuterungen zu einem Reiz- und Modethema. *Z Psychosom Med* 38:310-324
- Kordy H, Normann D (1992) Psychische und körperliche Faktoren des Krankheitsverlaufs bei Morbus Crohn. *Psychother Psychosom med Psychol* 42:141-149
- Kordy H, von Rad M, Senf W (1983) Success and failure in psychotherapy: hypotheses and results from the Heidelberg Follow-Up Project. *Psychother Psychosom* 40:211-227
- Kordy H, von Rad M, Senf W (1988) Time and its relevance for a successful psychotherapy. *Psychother Psychosom* 49:212-222
- Kordy H, von Rad M, Senf W (1989) Empirical hypotheses on the psychotherapeutic treatment of psychosomatic patients in short- and long-term time-unlimited psychotherapy. *Psychother Psychosom* 52:155-163
- Lambert MJ, Christensen ER, DeJulio SS *The assessment of psychotherapy outcome*. Wiley, New York 1983
- Landman JT, Dawes RM (1982) Psychotherapy outcome: Smith and Glass' conclusions stand up under scrutiny. *Amer Psychol* 37:504-516
- Leuzinger-Bohleber M, Kächele H (1990) Von Calvin zu Freud: 5 aggregierte Einzelfallstudien zur Veränderung kognitiver Prozesse in Psychoanalysen. *Zschr Klin Psychol* 19:111-122

- Luborsky L, Singer B, Luborsky L (1975) Comparative studies of psychotherapy: Is it true that "everyone has won and all must have prizes?" Arch Gen Psychiatry 32:995-1008
- Luborsky L, Crits-Cristoph P, Mintz J, Auerbach A Who will benefit from psychotherapy? Predicting therapeutic outcomes. Basic Books, New York 1988
- Materialen zur Gesundheitsforschung - Forschung im Dienste der Gesundheit Bd 14: Klinische Studien in der Psychiatrie. Wirtschaftsverlag, Bremerhaven 1990
- McDonald R, Marks I (1992) Qualitätssicherung im Gesundheitswesen - ein Modell zur routinemäßigen Behandlungsauswertung. In Fiegenbaum W, Markgraf J, Florin I, Ehlers A (Hg) Zukunftsperspektiven der Klinischen Psychologie. Springer, Heidelberg-Berlin-New York 21-34
- McNeilly C, Howard KI (1991) The effects of psychotherapy: An reevaluation based on dosage. Psychotherapy Research 1:74-78
- Meltzoff J, Kornreich M Research in psychotherapy. Atherton Press, New York 1970
- Meyer A-E (1990) Eine Taxonomie der bisherigen Psychotherapieforschung. Z Klin Psychol 19:287-291
- Meyer A-E et al. (1981) The Hamburg Short Psychotherapy Comparison Experiment. Psychother Psychosom 35:81-207
- Meyer A-E (1990) Eine Taxonomie der bisherigen Psychotherapieforschung. Zschr Klin Psychol 19:287-291
- Meyer A-E, Richter R, Grawe K, Graf von der Schulenburg J-M, Schulte R Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Univ.-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf 1991
- Newman FL (1983) Therapist's evaluation of psychotherapy. In: Lambert MJ, Christensen ER, DeJulio SS (eds) The assessment of psychotherapy outcome. Wiley: Ney York
- Newman FL, Howard KI (1986) Therapeutic effort, treatment outcome, and national health policy. Amer Psychol 41:181-187
- Orlinsky DE, Howard KI (1986) The relation of process to outcome in psychotherapy. In: Garfield SL, Bergin AE (eds.) Handbook of psychotherapy and behavior change. Wiley: New York
- Parloff MB (1979) Can psychotherapy research guide the policymaker? A little knowledge may be a dangerous thing. Amer Psychol 34:296-306
- Parloff MB (1983) Contributions and limits of psychotherapy research. In: Minsel W-R, Herff W (eds.) Methodology in psychotherapy research. Peter Lang, Frankfurt/M S. 30-45
- Rachman S The effects of psychotherapy. Pergamon Press, Oxford 1971
- Rosenthal R (1991) Meta-Analysis: A review. Psychosomatic Medicine 53:247-271

- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Jahresgutachten 1989 - Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Nomos, Baden-Baden 1989
- Schepank H Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1987
- Schmidt J, Nübling R, Lamprecht F (1992) Möglichkeiten klinikinterner Qualitätssicherung (QS) auf der Grundlage eines Basis-Dokumentations-Systems sowie erweiterter Evaluationsstudien. *Gesundh.-Wes.* 54:70-80
- Senf W, Kordy H, von Rad M, Bräutigam W (1984) Indication in psychotherapy on the basis of a follow-up project. *Psychother Psychosom* 42:37-47
- Senf W, von Rad M (1990) Ergebnisforschung in der Psychosomatischen Medizin. In: von Uexküll Th (Hg) *Psychosomatische Medizin*. Urban & Schwarzenberg, München S. 382-399
- Sloane RB, Staples FR, Cristol AH, Yorkston NJ, Whipple K Psychotherapy versus Behavior Therapy. Harvard Univ Press, Cambridge 1975
- Smith ML, Glass GV, Miller T The benefits of psychotherapy. John Hopkins, Baltimore 1980
- Stiles WB, Shapiro DA (1989) Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. *Clin Psychol Rev* 9:521-543
- Strupp HH, Hadley SW (1977) A tripartite model of mental health and therapeutic outcome. *Amer Psychol* 32:187-195
- Strupp HH, Howard KI (1992) A brief history of psychotherapy research. In: Freedheim DK (ed.) *A history of psychotherapy*. APA:Washington D.C. S. 309-334
- The Almacan (1989) McDonnell Douglas Corporations` EAP produces hard data. p 18-26
- Wallerstein RS Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy. Guilford Press, New York 1986
- Wallerstein RS (1989) The psychotherapy research project of the Menninger Foundation: An overview. *J Consult Clinic Psychol* 57:195-205
- Weber JJ, Bachrach HM, Solomon M (1985) Factors associated with the outcome of psychoanalysis: report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (II-III). *Int Rev Psycho-Anal* 12:127-141/251-262
- Westmeyer H (1979) Die rationale Rekonstruktion einiger Aspekte psychologischer Praxis. In Albert H, Stapf K-H (Hg) *Theorie und Erfahrung*. Clett-Cotta, Stuttgart
- Wittmann WW Evaluationsforschung: Aufgaben, Probleme und Anwendungen. Springer, Heidelberg-Berlin-New York 1985
- Wittmann WW, Matt GE (1986) Meta-Analyse als Integration von Forschungsergebnissen am Beispiel deutschsprachiger Arbeiten zur Effektivität von Psychotherapie. *Psychol Rundschau* 37:20-40

- Yates BT, Newman FL (1980a) Approaches to cost-effectiveness analysis and cost-benefit analysis of psychotherapy. In: Vandenbos GR (ed.) Psychotherapy: Practice, research, policy. Sage Publ: Beverly Hills S.103-162
- Yates BT, Newman FL (1980b) Findings of cost-effectiveness and cost-benefit analyses of psychotherapy. In: Vandenbos GR (ed.) Psychotherapy: Practice, research, policy. Sage Publ: Beverly Hills 163-184
- Zielke M (1988) Kosten-Nutzen-Analysen bei stationären psychosomatischen Behandlungen. In: Lösel F, Skowronek H (Hg.) Beiträge der Psychologie zu politischen Planungs- und Entscheidungsprozessen. Deutscher Studienverlag, Weinheim 1988, S. 105-117

1) 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.