

Ergebnisqualität in der ambulanten tiefenpsychologischen Psychotherapie: Die Bonner Evaluationsstudie (BEST)

Bedingungen, Methoden, Ergebnisse und Perspektiven klinischer Feldforschung im ambulanten Setting

Sabine Trautmann-Voigt
Dirk Zander
Ansgar Metz
Bernd Voigt
Lea Hromada

Zusammenfassung: Die Evaluation der Ergebnisqualität ambulanter Psychotherapie im naturalistischen klinischen Setting stellt für das praxisinterne Qualitätsmanagement und für die Psychotherapieforschung eine enorm wichtige und zukunftsweisende Aufgabe dar. Am Beispiel der durch die Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT) geförderten «Bonner Evaluationsstudie» (BEST) werden Herausforderungen, Methoden, Ergebnisse und Perspektiven dargestellt.

Einleitung und Hintergrund

Ambulante Psychotherapie steht wie andere Disziplinen gesundheitlicher Versorgung in steigendem Maße vor der Aufgabe, ihre Ergebnisqualität nachzuweisen und kontinuierlich zu verbessern. Treiber dieser Entwicklung sind originäre Patienteninteressen und beruflicher Ethos ebenso wie rechtliche Verpflichtungen und Anforderungen der Gesundheitspolitik und der Krankenkassen. Kurz: Das Thema „interne und externe Qualitätssicherung“ – und insbesondere die stärkere Differenzierung „guter“ und „schlechter“ Ergebnisqualität – wird auch die ambulante Psychotherapie zukünftig stärker begleiten. Dafür sorgen ab 2016 auch das neue Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG; vgl. Erdogan, B., 2016) sowie die Weiterentwicklung der G-BA-Richtlinien für Qualitätssicherungsverfahren in der ambulanten Psychotherapie. Hieraus erwachsen neue Entwicklungschancen und zugleich neue Aufgaben der Qualitätsüberprüfung und Qualitätsweiterentwicklung.

Königswege der Evaluation und der Qualitätsentwicklung ambulanter psychotherapeutischer Versorgung stellen dabei Untersuchungen dar, die im Vergleich zu Studien unter künstlich reduzierten Bedingungen, relevante Aussagen zur unmittelbaren Versorgungssituation und zu den tatsächlichen Behandlungsergebnissen unter realen Praxisbedingungen ermöglichen.

Freilich werden für die Psychotherapieforschung immer noch ein beachtlicher Mangel an wissenschaftlichen Ergebnissen aus kontrollierten Feldstudien und eine „notorische Irrepräsentativität“ (Krisz, 2004) beklagt. Dabei hat ambulante Psychotherapie – wie beispielsweise die viel beachtete „TK-Studie“ in ihrem Abschlussbericht deutlich gezeigt hat (Wittmann et al., 2011) – allen Grund, ihren Stellenwert und ihre Wirksamkeit in der Behandlung seelisch Kranker im Rahmen hochwertiger Feldstudien untersuchen zu lassen. Zugleich sollte sie mit höherem Selbstbewusstsein in den Verteilungswettbewerb im Gesundheitswesen eingreifen (Nübling, 2011a, b). Dies setzt allerdings voraus, dass sich die ambulante Psychotherapie systematischer Evaluations- und Versorgungsforschung noch stärker öffnet und an modernen Standards der Qualitätssicherung orientiert. Das heißt: Ergebnisqualität darf keine „Black-Box“ bleiben und die Entwicklungschancen verstärkter Evaluation sollten genutzt werden.

Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass gerade im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie kaum mehr relevante universitäre Forschung zur Versorgungsrealität und Ergebnisevaluation stattfindet, kommt den Ambulanzen der DFT-Ausbildungsinstitute daher eine zukunftsweisende Rolle bei der Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung versorgungsrelevanter Forschung und im Bemühen um kontinuierliche Qualitätssicherung in der Praxis zu.

Die Bonner Evaluationsstudie zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (BEST)

Als Modell für ein proaktives, freiwilliges praxisinternes Qualitätsmanagement – und zugleich als Beitrag zur Behebung des Defizits an Forschung unter natürlichen Behandlungsbedingungen – wurde an den Köln-Bonner Akademien für Psychotherapie und seinen Institutsambulanzen für Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und Jugendlichen-PsychotherapeutInnen, (PP und KJP) bereits 2007 begonnen, die Ergebnisqualität ambulanter tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie zu evaluieren. Beteiligt an dieser Evaluationsstudie sind auch die Institutsambulanzen der DFT-Lehrinstitute in Hamburg und in Bad Salzflun. Gefördert wird diese prospektiv kontrollierte Feldstudie seit 2011 von der Deutschen Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT). Setting, Ergebnisse und Perspektiven der Studie werden im Folgenden dargestellt. Dabei beschränken wir uns auf weitere Ergebnisse aus Langzeittherapien (LZT) und Kurzzeittherapien (KZT) mit erwachsenen Patienten, die in Bonn tiefenpsychologisch behandelt wurden (vgl. Geiser et al., 2009 und 2014). Die Reduktion der hier vorgelegten Auswertungen auf diesen einen Standort musste erfolgen, da die Datenlage keine andere Möglichkeit zuließ (unvergleichbare Erhebungssituationen).

Setting der Bonner Evaluationsstudie

In Zusammenarbeit mit der Universität Bonn und der Universitätsklinik Köln wird an den Köln-Bonner Akademien für Psychotherapie (KBAP/KBAV) in enger Kooperation mit dem Medizinischen Versorgungszentrum für Psychosomatik, Psychotherapie und Psychiatrie (MVZ-Psyche) eine langfristig angelegte multizentrische Felduntersuchung durchgeführt. Primäres Ziel der „Bonner Evaluationsstudie zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie“ (kurz: BEST) ist es, anhand unterschiedlicher diagnostischer Instrumente Behandlungsverläufe und Behandlungsergebnisse von Erwachsenen-Psychotherapien (sowie parallel auch Kinder- und Jugendpsychotherapien; vgl. Smolka, 2015) zu erfassen, zu beschreiben und deren Ergebnisqualität, Wirksamkeit und Nachhaltigkeit zu evaluieren.

Im Erwachsenenbereich wurden zwischen 2007 und 2015 sukzessiv bisher 6.990 erwachsene Patienten ab 18 Jahren mit ausreichenden Kenntnissen der deutschen Sprache in die Studie einbezogen, 5.542 Patienten stimmten der Studienteilnahme zu (Ausgangsstichprobe/-basis). Ermöglicht wurde die Gewinnung einer so hohen Teilnehmerzahl vor allem durch die enge Zusammenarbeit mit dem MVZ-Psyche, an das sich regelmäßig eine Vielzahl von Patienten wenden.

Die Psychotherapieambulanzen der KBAP und KBAV verfügen über insgesamt 112 in Ausbildung bzw. in Weiterbildung befindliche angehende Psychotherapeuten. Diese teilen sich auf in tiefenpsychologisch fundierte psychologische Psychotherapeuten vor Approbation (34), verhaltenstherapeutisch fundierte psychologische Psychotherapeuten vor Approbation (14), Ärzte in Weiterbildung (4), tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (36), sowie noch im Institute tätige, aber bereits Approbierte tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (15) und tiefenpsychologisch fundierte psychologische Psychotherapeuten (9).

Am Medizinischen Versorgungszentrum für Psychosomatik, Psychotherapie und Psychiatrie, sind insgesamt vier Psychiater, drei Psychosomatische Mediziner, drei Psychologische- und drei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie eine Kinder- und Jugendpsychiaterin (einmal die Woche) tätig. Durch die Unterbringung aller drei Institutionen in einem Gebäudekomplex wird eine enge Kooperation ermöglicht. Gleichzeitig können eine Vielzahl von Patienten versorgt werden und je nach Indikation in den verschiedenen anerkannten Richtlinienverfahren unter fachlicher Supervision behandelt werden.

Die Durchführung der Erstgespräche erfolgt durch einen der Ärzte. Die vier Psychiater verfügen über die verhaltenstherapeutische Fachkunde, die drei Psychosomatischen Mediziner über die

tiefenpsychologische Fachkunde, zwei von ihnen ebenfalls über die verhaltenstherapeutische Fachkunde. Eine der drei psychologischen Psychotherapeuten verfügt ebenfalls über beide Fachkunden, die anderen beiden über die tiefenpsychologische Fachkunde. Die drei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verfügen über die tiefenpsychologische Fachkunde.

Neben der Diagnosevergabe wird im EG entschieden, ob eine Weiterbehandlung in einer der Ausbildungsamulanzen erfolgen kann. Möglicherweise verbleibt der Patient in Psychiatrischer Behandlung oder wird von einem approbierten Kollegen weiterbehandelt. Auch andere Indikationen sind möglich, z.B. eine Weitervermittlung in eine Klinik, Reha, Beratungsstelle usw.

Im Falle ambulanter psychotherapeutischer Behandlung werden die Patienten auf eine Warteliste gesetzt und bei Freiwerden eines Therapieplatzes an einen Psychotherapeuten im MVZ oder an einen Psychotherapeuten in Ausbildung übermittelt. Je nach Dringlichkeit der therapeutischen Intervention oder auch der Schwere der Erkrankung, kann eine bevorzugte Vermittlung der Patienten erfolgen. Für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie steht ebenfalls eine Fachärztin zur Verfügung. Eltern mit unter 3-jährigen Kindern erhalten einen Termin in der Säuglingsambulanz, die ebenfalls dem MVZ angegliedert ist.

Die ständige Anwesenheit von Medizinern (Psychiatern, Kinder- und Jugendpsychiatern, Psychosomatikern) ermöglichte eine enge Zusammenarbeit und bietet auch die Möglichkeit einer Begleitmedikationen bei laufender Psychotherapie und gezielte Überweisungen in stationäre oder halbstationäre Settings.

Insgesamt kann so mit dem Einsatz qualifizierter Vertreter aus den Bereichen Psychosomatik, Psychotherapie und Psychiatrie eine alle Altersgruppen umfassende und sich ergänzende Patientenversorgung gewährleistet werden. Dies entspricht dem Ziel einer ganzheitlichen Versorgung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen, mit dem das MVZ Bonn 2007 gegründet wurde.

Eingesetzte Messinstrumente

Zur Veränderungsmessung im Erwachsenenbereich werden die Patienten zu Beginn und am Ende einer ambulanten Psychotherapie mit folgenden etablierten psychometrischen Instrumenten befragt, die sowohl rein symptomatische als auch persönlichkeitsbezogene und psychosoziale Merkmale erfassen.

Die Erfassung psychiatrischer und psychosomatischer Symptome (Achse-I-Störungen) erfolgt anhand des *VDS90* (Sulz 1999, Sulz & Grethe 2005). Anhand 26 Symptomkomplexen wird das Beschwerdebild des Patienten erfasst, welche den ICD-10 Kriterien folgen.

Der *VDS30* erfasst anhand von 10 Items insbesondere Dysfunktionale Persönlichkeitszüge (Achse-II-Störung) und dient als Ergänzung zum *VDS90*. Beide Testverfahren erzielten gute Validitäten und Reliabilitäten (nähere Informationen dazu unter (Sulz & Grethe, 2005; Sulz, Gräff-Rudolph & Jakob, 1998)).

Der *HEALTH-79* (Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis; Rabung et al., 2007) erfasst anhand der sieben Skalen Soziale Unterstützung und Soziale Beeinträchtigung, Aktivität und Partizipation, Lebensqualität, Selbstwirksamkeit, Psychisches Wohlbefinden, Interaktionelle Beeinträchtigung, Psychische und Somatoforme Beschwerden, die psychische Gesundheit.

Die Erfassung dissoziativer Symptome, inkl. Depersonalisation und Derealisation, erfolgt über den *DESII* (Dissociative Experience Scale).

Die Impact of Event Scale *IES* (Horowitz, Wilmer, Alvarez 1979) dient der Erfassung posttraumatischer Symptome, inkl. Depersonalisation und Derealisation. Die Posttraumatische Symptomatik wird anhand der Skalen Intrusion und Vermeidung erfasst.

Zur Erfassung der Qualität der therapeutischen Beziehung sowie der Zufriedenheit mit dem therapeutischen Ergebnis erhalten die Patienten sowie deren Therapeuten zudem den „Helping Alliance Questionnaire“ *HAQ* (*HAQ-S/HAQ-F*: Alexander & Luborsky 1984, Bassler, Potratz, Krauthauser 1995) in deutscher Übersetzung.

Die genannten Befragungsinstrumente eignen sich aufgrund ihrer hohen Testvalidität, Retestreliaibilität, Änderungssensitivität und Praktikabilität sowohl für die Therapieforschung als auch für das praxisinterne Qualitätsmanagement.

Die Datenerhebung

Die Datenerhebung umfasst die Zeitspanne vor Therapiebeginn (T1; nach Erstgespräch im MVZ) bis zum Therapieende (T2; bei Langzeittherapien auch Zwischenmessung) sowie nachfolgend auch eine Ein-Jahres-Katamnese zur Beurteilung der Nachhaltigkeit der Therapieergebnisse (T3). Als Kontrollgruppe dienen die Patienten der Warteliste. Der erste Messzeitpunkt entspricht hier dem Erstgespräch im MVZ und dem Beginn der Wartezeit, der zweite Messzeitpunkt liegt am Ende der Wartezeit (Therapiebeginn).

Die Datenerfassung selbst erfolgt mit dem computergestützten Testsystem „Cibait iQ/5 VDS“ unter Nutzung praktischer Handheld-Computer. So können die Probanden die Fragebögen eigenständig

ausfüllen und werden in logischen und einfach verständlichen Schritten durch den Dateneingabeprozess geführt. Auf dem Display, das mit einem Stift bedient wird, erscheint jeweils nur eine Frage, die nicht ohne Beantwortung übersprungen werden kann. Zudem kann das Programm erst beendet werden, wenn alle Fragen beantwortet sind. Auf diese Weise wird gewährleistet, dass die Patienten keine Fragen auslassen, und so dem in Fragebogenuntersuchungen häufig vorkommenden Problem der „missing data“ vorgebeugt. Da die Daten nach der Bearbeitung unmittelbar in die zentrale Datenbank eingespielt werden, stehen diese unmittelbar zur Verfügung. Das Ergebnisblatt enthält Syndromwerte sowie ein Profil-Diagramm, die zur weiteren Befunderhebung verwendet werden können.

Die Untersuchungsstichprobe

Vollständige Datensätze zur ambulanten tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie mit beiden Messzeitpunkten (T1/T2) liegen für n=308 Patienten vor (Stand: Oktober 2015). Davon entfallen n=113 Fälle auf abgeschlossene Kurzzeittherapien (KZT) mit einer durchschnittlichen Dauer von 22,1 Stunden und n=195 Fälle auf abgeschlossene Langzeittherapien (LZT) mit durchschnittlich 58,2 Stunden Dauer. Bei insgesamt n=924 abgeschlossenen Psychotherapien konnte jeder dritte Patient erfolgreich bis nach Therapieende in der Studie gehalten werden. Die Kontrollgruppe (Patienten der Warteliste) umfasst n=291 Personen, mit einer durchschnittlichen Wartezeit von 19,6 Wochen auf einen Therapieplatz. Weitere 932 Patienten befanden sich 2015 noch in laufender Therapie.

Aufgrund des naturalistischen Settings kam es zu diversen Verteilungen und Zuweisungen der Ausgangsstichprobe.

Zirka ein Fünftel der Patienten (20,7%) verweigerte die Teilnahme an der Studie, fast genauso viele Probanden (19,4%) nahmen keine Psychotherapie auf, sondern wurden rein psychiatrisch angebunden. 13,3% der Probanden befanden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung noch in laufender Therapie.

Therapien, die nicht regulär mit vollem Kontingent beendet wurden, z.B. weil eine andere Indikation vordringlicher wurde oder weil ein vorzeitiger Abbruch der laufenden Therapie vollzogen wurde, wurden als ‚fehlende Messzeitpunkte‘ zusammengefasst und machen 12,9% der ursprünglichen Stichprobe aus. 9% der Patienten wurden an andere Institutionen weitervermittelt und bei weiteren 8,1% der Hilfesuchenden war keine Therapie indiziert. Eine kleine Gruppe (3,3%) brach noch in der Probatorik die Therapie ab. Solche forschungsorganisatorisch bedingten Hürden, insbesondere bei der Realisierung der zuverlässigen Messungen zu allen Testzeitpunkten führten im Studienverlauf zu einer deutlichen Reduktion der ursprünglichen Brutto-

Ausgangsstichprobe (n=6.990). Eine Gesamtübersicht zur Verteilung und Zuweisung der Ausgangsstichprobe liefert folgende Grafik 1:

Grafik 1: Bonner Evaluationsstudie (BEST) – Verteilung der Patienten der Brutto-Ausgangsstichprobe in unterschiedliche Therapieverfahren (Stand: Oktober 2015)



Von den Patienten, die eine Psychotherapie abschlossen haben (924) liegen uns etwa ein Drittel vollständiger Datensätze vor. *Andere naturalistische Studien beschreiben ebenfalls hohe Dropout Raten und verweisen auf ähnliche Erklärungsmodelle. Dazu zählen unter anderem:*

- Die Patienten führten nach beendeter Therapie keine Endtestung durch, so dass diese nicht in den Datensatz einfließen konnten (n=508). Dies kann wiederum verschiedene Ursachen haben. Es wäre möglich, dass die Patienten nach beendeter Therapie keine weitere Veranlassung sehen die Testbatterie erneut auszufüllen. Ebenso könnte es sein, dass die Therapeuten kein stärkeres wissenschaftliches Interesse hegen und daher die Vervollständigung nicht forcieren. Möglicherweise besteht auch bei den jungen

Therapeuten und unter Umständen auch bei den Patienten eine Angst vor der Evaluation. Den Therapeuten ist es nicht möglich die Patienten zur weiteren Studienteilnahme zu zwingen, dies würde das Therapeuten-Patienten Verhältnis belasten. (Vgl. dazu DeFife et.al. (2015))

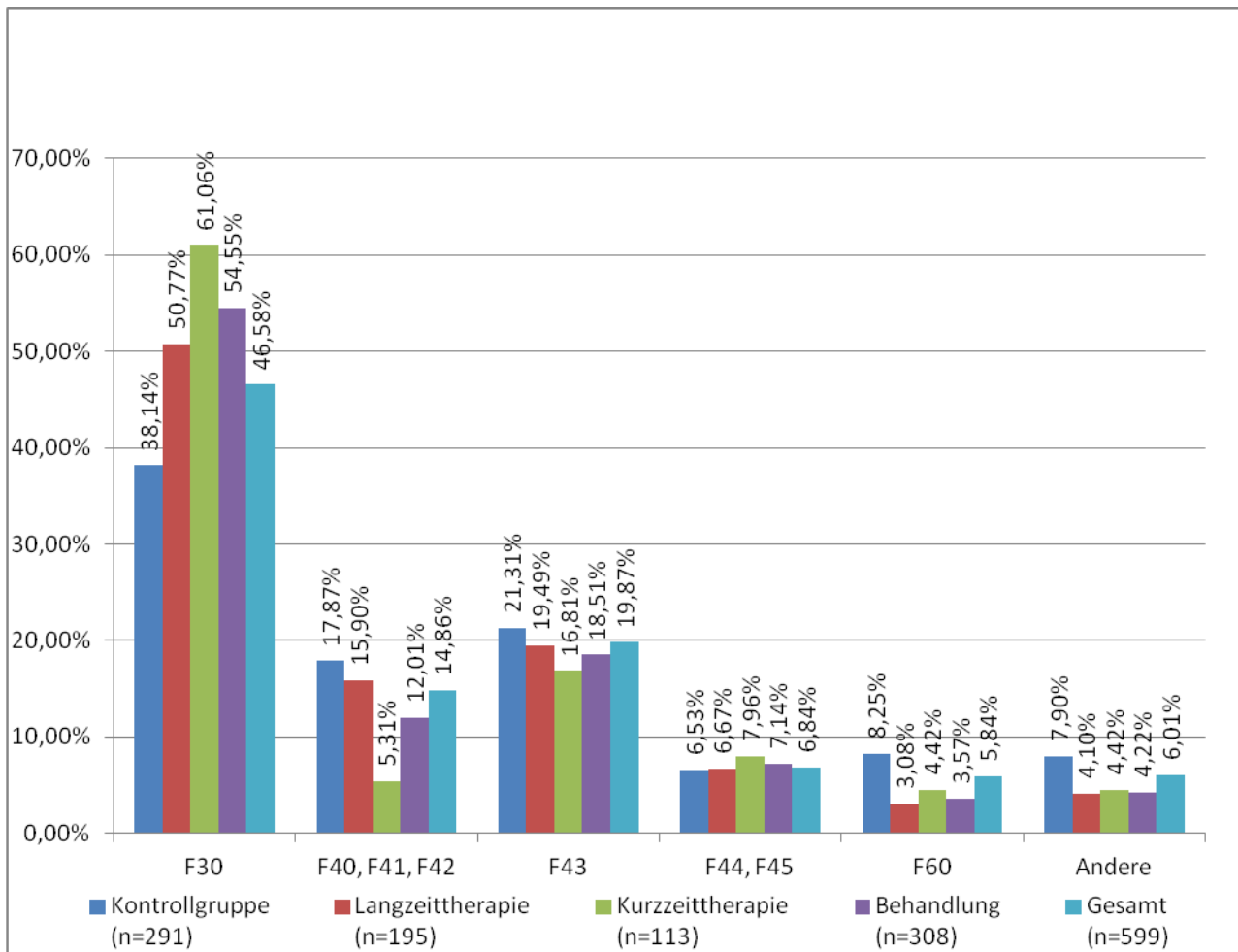
- Im Laufe der Studie wurde die Einverständnis zurückgezogen (n=97), dies beschreiben auch Knekt et.al. (2008), sowie Franz et.al. (2015).
- In manchen Fällen wurde die Testbatterie nicht vollständig ausgefüllt und einzelne Tests blieben unvollständig (n=11). Im laufenden Praxisbetrieb war es nicht immer möglich die Tests noch in Anwesenheit der Patienten auf Vollständigkeit zu überprüfen. (Vgl. dazu Schlomer, Bauman, Card (2010)).

Die Patienten liegen in der Altersverteilung zwischen 18.4 und 71.7 Jahren. Die Patienten der **Behandlungsgruppe** (n=308) sind dabei im Mittel 39.6 Jahre alt (SD 12.0). Zwischen den Therapiegruppen bestehen keine signifikanten Altersunterschiede. Zwei Drittel der Patienten sind Frauen mit einem durchschnittlichen Alter von 39.0 Jahren (68.5%, n=211; SD 12.3). Der Altersdurchschnitt der Männer liegt bei 40.8 Jahren (31.54%; n=97; SD 11.2). Die Kontrollgruppe (n=291) ist mit einem Durchschnittsalter von 37.4 Jahren (SD 11.3) statistisch signifikant etwas jünger als die Behandlungsgruppe mit 39.6 Jahren (SD 12; T=-2.2, p=0.029). Dort sind 25.8% der Teilnehmer männlich (n=75) und 74.2% weiblich (n=216). Dies entspricht in etwa der Verteilung in der Behandlungsgruppe. Einen Überblick zur Geschlechterverteilung in der Behandlungsgruppe gibt die folgende *Tabelle 1*:

Bonner Evaluationsstudie zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (BEST)			
Tabelle 1 - Behandlungsgruppen und Geschlechterverteilung			
	Kurzzeittherapie (KZT)	Langzeittherapie (LZT)	Gesamt
Frauen	n=70 (61.94%)	n=141 (72.30%)	n=211 (68.5%)
Männer	n=43 (38.05%)	n=54 (27.69%)	n=97 (31.54%)
Gesamt	n=113 (100%)	n=195 (100%)	n=308 (100%)

Die Verteilung der Hauptdiagnosen nach ICD-10 in den ambulanten tiefenpsychologischen Behandlungsgruppen KZT und LZT sowie in der Kontrollgruppe (Warteliste) gibt nachstehende *Grafik 2* wieder:

**Grafik 2: Bonner Evaluationsstudie (BEST) – Diagnoseeinteilung nach ICD-10
(Verteilung nach Diagnoseklassen und Therapiegruppen)**



Die Gruppe „Behandlung“ fasst die Untergruppen „Langzeittherapie“ und „Kurzzeittherapie“ zusammen. Die Gesamt-Zahl ist entsprechend die Summe aus „Behandlungsgruppe“ und „Kontrollgruppe“. Die Prozentwerte beziehen sich auf die prozentualen Verteilungen der Diagnosekategorien innerhalb der Gruppen (alle gleichen Farbbalken ergeben in Summe jeweils 100%).

Generell nehmen die depressiven Erkrankungen den größten Anteil ein: 71.1% aller Patienten mit abgeschlossener Psychotherapie haben als Haupt- oder Nebendiagnose eine Erkrankung aus dem depressiven Spektrum. Allein die Diagnose der mittelgradigen depressiven Episode betrifft 31.2% der Patienten. Ebenfalls häufig sind die Diagnosen im Bereich "Phobische Störungen" (26.6%) und "Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen" (25%).

Unter der Kategorie „Andere“ sind alle Diagnosegruppen mit einer Häufigkeit von unter 5% aller Diagnosen zusammengefasst. Für 47.1% der Patienten sind die diagnostischen Kriterien für mehr als eine psychische Störung erfüllt (Komorbidität).

Die Alters-, Geschlechts- und Diagnoseverteilung scheint typisch für den ambulanten Bereich. Die TK-Studie (Lutz, Böhnke, Köck & Bittermann 2011) erhob ähnliche Zahlen. Lutz, Böhnke, Köck

und Bittermann errechneten in ihrer Studie einen Altersdurchschnitt von 40,2 Jahren, bei einem Frauenanteil in der Behandlungsgruppe von 67,9% und 32,1% männlichen Teilnehmern.

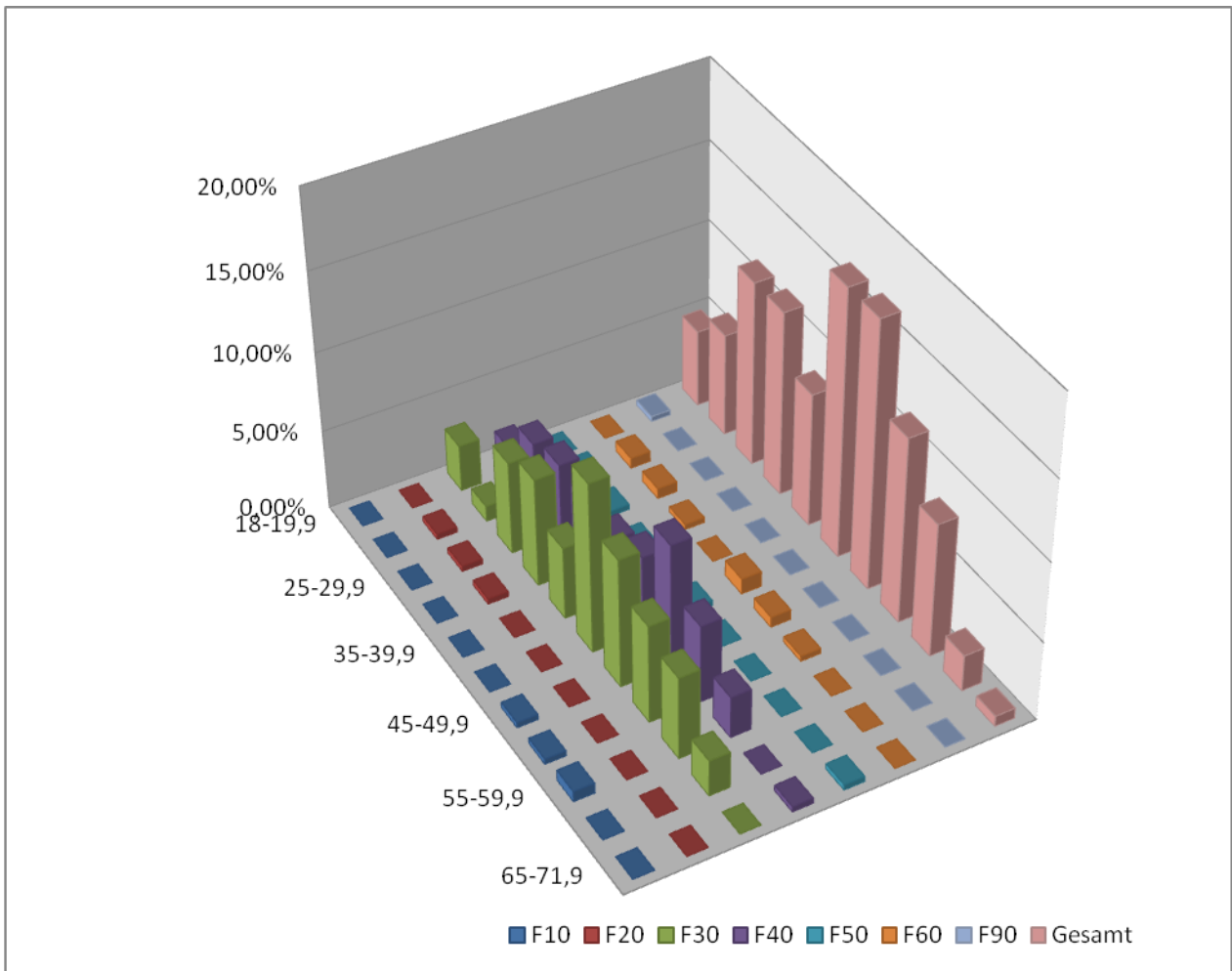
In der vorliegenden BEST Untersuchung errechneten wir für das Alter den Mittelwert von 39,6 Jahren. Die Bonner Probanden teilten sich in 68,5% Frauen und 31,5% Männer.

Die Psychotherapeutenkammer NRW fasst auf ihrer Internetseite zusammen: „Das Diagnosespektrum ist typisch für den ambulanten Bereich, es überwiegen bei den Hauptdiagnosen depressive Störungen, gefolgt von Angststörungen.“ (<http://www.ptk-nrw.de/de/aktuelles/nachrichten-2011/detail/article/ergebnisse-der-tk-studie-psychotherapie-nachhaltig-wirksambrinterview-mit-prof-dr-werner-w-wit.html>]; 13.04.2016; 15:54 Uhr)

Die zentrale Innenstadtlage, das breite Einzugsgebiet und das vielfältige Versorgungsangebot des MVZs spiegeln den allgemeinen Versorgungsbedarf in der Bevölkerung wider.

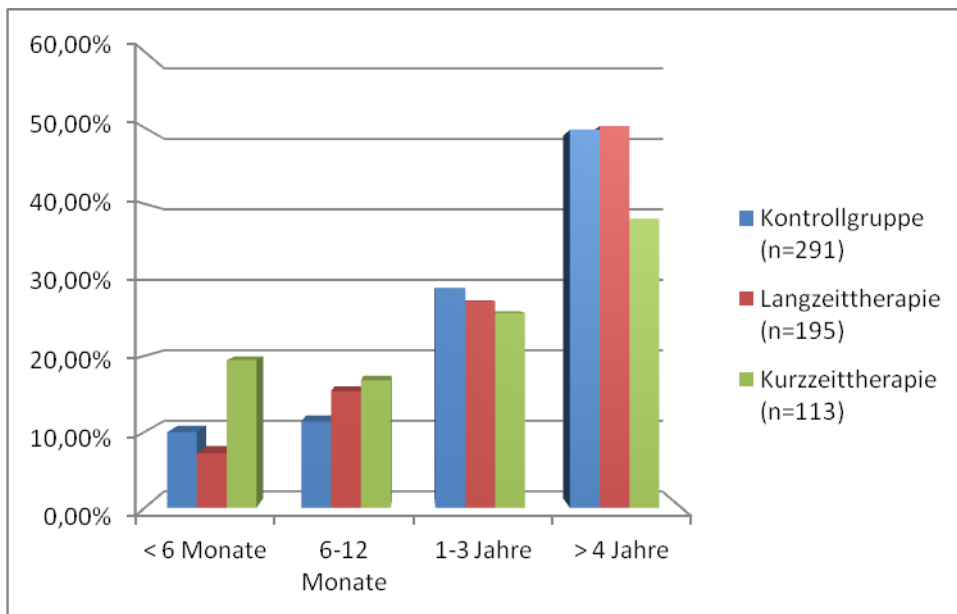
Die folgende *Grafik 3* zeigt die Verteilung der Patienten der Behandlungsgruppe nach Alter und Hauptdiagnose nach ICD-10. Der Schwerpunkt liegt deutlich bei den Diagnosen im F30er und F40er Bereich im mittleren Altersbereich.

Grafik 3: Bonner Evaluationsstudie (BEST) – Diagnoseverteilung nach Alter (Behandlungsgruppe)



Nachstehende *Grafik 4* gibt die Dauer der Beschwerden vor Therapiebeginn wieder. Besonders auffällig ist, dass ein hoher Anteil der Patienten – in der LZT-Gruppe sogar mehr als jeder Zweite – bereits seit über vier Jahren unter ihrer Erkrankung leidet. Dies zeigt, dass viele Patienten erst nach längerer Leidenszeit den Weg in eine Psychotherapie finden (teils sogar erst nach bis zu zehn Jahren), was auf die Notwendigkeit frühzeitiger Intervention in der Versorgungsrealität hinweist.

Grafik 4: Bonner Evaluationsstudie (BEST) – Beschwerdedauer (Fallzahl nach Therapiegruppen)



Die Therapeuten

Die Durchführung der ambulanten tiefenpsychologischen Psychotherapien erfolgt im vorliegenden Forschungsdesign überwiegend durch Psychologische Psychotherapeuten in Ausbildung unter engmaschiger Supervision. Ergänzend wurden die Therapien auch durch ambulanzinterne und externe approbierte Therapeuten durchgeführt.

Vielfältige Forschungsperspektiven der Bonner Evaluationsstudie

Ermöglicht werden auf der breit und langfristig angelegten Forschungsbasis der BEST-Studie Aussagen zu folgenden Fragestellungen:

- Vorher-Nachher-Vergleiche auf Grundlage individueller Therapieverläufe
- Vergleich der Therapiegruppen mit Wartelistengruppe (Kontrollgruppe)
- Veränderungsmessung im Zeitverlauf auf Symptom-, Persönlichkeits- und Beziehungsebene
- Vergleiche von Kurzzeittherapien (KZT) und Langzeittherapien (LZT)
- Vergleich unterschiedlicher Gruppen auf Basis der Ausgangsdiagnosen nach ICD-10
- Prüfung der Nachhaltigkeit der Wirksamkeit der Behandlungsergebnisse (für 2016 geplante Ein-Jahres-Katamnese)
- Zukünftig Vergleiche unterschiedlicher Therapiearten (psychodynamische Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie, kombinatorische Therapien).

Das Studiendesign unterlag dabei folgenden Einschränkungen / Limitationen:

- Aus dem vorliegenden Datensatz wurde keine Vergleichsgruppe zwischen rein psychotherapeutischer Therapie und einer Kombinationstherapie mit begleitender Medikation gezogen. Mit einem Anteil von unter 1% war die Stichprobe zu klein.

- Weiterhin wurden keine Vergleichswerte zwischen rein psychiatrisch und rein psychotherapeutisch therapierten Patienten erhoben. Wir haben versucht psychiatrische Patienten für eine Vergleichsprobe heranzuziehen, aber die Zweittestung wurde nur von ca. 5% der Patienten auch ausgefüllt. Es bestand anscheinend weder die Bereitschaft noch die Zeit patientenseits die Studie dahingehend zu unterstützen.
- Es ist davon auszugehen, dass die laufende Katamnese voraussichtlich einen höheren Dropout erzielt als bei der Ausgangsstichprobe nach Behandlungsende. Daher wurde darauf verzichtet aus den aktuell vorliegenden Daten eine Zwischenauswertung vorzunehmen. Im Jahr 2016 soll eine abschließende Auswertung der Katamnesedaten erfolgen.

Evaluation der Ergebnisqualität: Ambulante psychodynamische Psychotherapie erzielt in der Praxis gute Ergebnisse

Summarisch zeigen die vorliegenden Auswertungen der ambulanten tiefenpsychologischen fundierten Psychotherapie im Prä-Post-Vergleich (T1/T2) der psychometrischen Messungen eine deutliche Symptomreduktion (VDS90), die signifikante Verbesserung dysfunktionaler Persönlichkeitsanteile (VDS30) sowie eine ausgeprägte Verbesserung der Lebensqualität der Patienten (HEALTH). Auf der IES-Skala zeigt sich zudem eine hochsignifikante Verbesserung auf der traumatischen Belastungs-Symptom-Ebene sowie beim DES-II in der Langzeit-Therapie-Gruppe auch eine ausgeprägte Reduktion dissoziativer Störungen. Einen Überblick hierzu gibt nachstehende *Ergebnis-Tabelle 1*:

Bonner Evaluationsstudie zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (BEST)							
Ergebnis-Tabelle 1							
Relevante Verbesserungen auf Symptomebene - Varianzanalyse							
Skala	KG n=291	Effekt Stärke	BG n=308	Effekt Stärke	Haupteffekt Zeit	Haupteffekt Gruppe	Interaktion Zeit x Gruppe
DES-II Gesamtwert	n.s.	-	T=4.4 p=0.000	0.19	F(1,541)=14.3 p=0.000 $\eta^2=0.03$	n.s.	F(1,541)=5.4 p=0.020 $\eta^2=0.01$
IES Gesamtwert	T=2.9 p=0.005	0.25	T=6.8 p=0.000	0.53	F(1,341)=41.5 p=0.000 $\eta^2=0.11$	F(1,341)=12.5 p=0.000 $\eta^2=0.04$	F(1,341)=6.9 p=0.009 $\eta^2=0.02$
HEALTH-79 Indikatorvariable: Psychisches Wohlbefinden	n.s.	-	T=12.7 p=0.000	0.92	F(1,570)=118.1 p=0.000 $\eta^2=0.172$	F(1,570)=19.2 p=0.000 $\eta^2=0.033$	F(1,570)=90.2 p=0.000 $\eta^2=0.137$
VDS30 Gesamtwert	T=2.1 p=0.033	0.09	T=10.7 p=0.000	0.53	F(1,535)=85.4 p=0.000 $\eta^2=0.139$	F(1,535)=11.9 p=0.000 $\eta^2=0.022$	F(1,535)=41.5 p=0.000 $\eta^2=0.073$

VDS90 Gesamt-Summenwert	n.s.	-	T=12.4 p=0.000	0.59	F(1,590)=104.0 p=0.000 $\eta^2=0.150$	F(1,590)=7.9 p=0.005 $\eta^2=0.013$	F(1,590)=89.2 p=0.000 $\eta^2=0.131$
Abkürzungen: KG = Kontrollgruppe; BG = Behandlungsgruppe. Prüfverfahren: Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung T1/T2. Für statistische Befunde gelten folgende Einteilungen: $p > 0.05$ nicht signifikant (n.s.; daher auch keine Effektstärke berechnet); $p < 0.05$ signifikant; $p < 0.01$ hoch signifikant. Effektstärken-Bewertung: ab 0.2 kleiner, ab 0.5 mittlerer und ab 0.8 großer Effekt.							

Die Veränderung der Werte zwischen Behandlungs- und Kontrollgruppe wurde mit einer einfaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung auf dem Faktor Zeit untersucht. Es ergab sich ein signifikanter Effekt für den Faktor Zeit und für die Zeit-Gruppen-Interaktion. Die Wirkung der Zeit zeigt sich darin, dass beide Gruppen zu Behandlungsende (T2) niedrigere Werte in den Testungen aufweisen. Die Wechselwirkung zwischen Zeit und Gruppenzugehörigkeit bedeutet, dass die Werte in der Behandlungsgruppe über die Zeit des Therapieverlaufs schneller abnehmen als die Werte in der Kontrollgruppe. Die Werte der Behandlungsgruppe heben sich nach den Kriterien der statistischen und klinischen Signifikanz (vgl. Bortz & Schuster, 2010) erheblich von der Wartelistengruppe ab, die im vorliegenden Setting als Kontrollgruppe dient. Die Effektstärken auf der Ebene der Gesamtsymptomatik liegen im mittleren bis hohen Bereich (Cohens $d = 0.6$ bis 0.9 ; wobei man einen Wert ab 0.2 als kleinen, ab 0.5 als mittleren und ab 0.8 als großen Effekt bezeichnet; zur Effektstärkenberechnung vgl. Cohen, 1977).

Vergleichsweise am stärksten zeigen sich die Veränderungen in der Behandlungsgruppe in der Besserung der Depressivität und in der Steigerung der Lebensqualität der Patienten (VDS30, VDS90, HEALTH-79). Darüber hinaus zeigt sich im Behandlungsverlauf auf Patientenseite eine deutliche Zunahme der Zufriedenheit mit der Beziehungsqualität innerhalb der therapeutischen Behandlung (HAQ). Nach Therapieende zeigen sich zudem 88.7% der Patienten der KZT-Gruppe und 87.2% der Patienten der LZT-Gruppe mit dem Therapieerfolg zufrieden (Erfolgszufriedenheit in Schulnoten 1-2).

Vertiefende Darstellung der Studienergebnisse

Die Effektivität psychodynamischer Langzeittherapien konnte international bereits in einigen Studien für verschiedene Störungsbilder nachgewiesen werden (Abbass et al., 2006, 2011; Leichsenring, Rabung & Leibing, 2004; Leichsenring & Rabung, 2011; Town et al., 2012; Levy et al., 2014). Bezogen auf den Bereich der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung, der größtenteils von Psychologischen Psychotherapeuten abgedeckt wird (Best, 2010), gibt es jedoch ein beachtliches Defizit an wissenschaftlichen Ergebnissen aus kontrollierten Feldstudien (Schulz, Barghaan, Harfst & Koch, 2008; Tritt et al., 2007).

Aufbauend auf den bereits vorliegenden Untersuchungen von Geiser et al. (2009, 2014) soll hierzu ein weiterer Beitrag geleistet werden. Auf Basis der aktuell vorliegenden umfangreicheren Stichprobengröße wurden insbesondere die Auswertungen der Ergebnisse zu den Instrumenten

DES-II und IES ergänzt und zudem eine Auswertung der Subskalen der eingesetzten Untersuchungsinstrumente vorgenommen. Die Datenauswertung erfolgt insgesamt mit dem Ziel der Untersuchung der Wirksamkeit ambulanter psychodynamischer Psychotherapie anhand der aufgeführten Testverfahren im Vergleich der Behandlungsgruppe (n=308) zur Wartelisten-Kontrollgruppe (n=291). Dabei wurden mögliche moderierende Effekte von personen- und krankheitsbezogenen Variablen berücksichtigt. Die folgende *Ergebnis-Tabelle 2* liefert einen detaillierten Einblick in die Patientenstichprobe und in die signifikanten Veränderungen auf Basis der aggregierten Ergebnisse der individuellen Therapieverläufe:

Bonner Evaluationsstudie zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (BEST)			
Ergebnis-Tabelle 2			
Signifikante Verbesserungen - Differenzierung nach Subskalen			
Untersuchungsinstrumente Differenzierung Subskalen	Kurzzeittherapie n= 113	Langzeittherapie n=195	Kontrollgruppe Warteliste; n= 291
DESII - Gesamtscore	n.s.	Höchst signifikant (p=0.000)	n.s.
IES - Gesamtscore	Höchst signifikant (p=0.000)	Höchst signifikant (p=0.000)	Hoch signifikant (p=0.005)
Intrusion	Höchst signifikant (p=0.000)	Höchst signifikant (p=0.000)	Hoch signifikant (p=0.002)
Vermeidung	Hoch signifikant (p=0.004)	Hoch signifikant (p=0.002)	Marginal signifikant (p=0.064)
HEALTH-79 - Gesamtscore	höchst Signifikant (p=0.000)	höchst signifikant (p=0.000)	Hoch signifikant (p=0.003)
Somatoforme Beschwerden	Höchst signifikant (p=0.000)	Höchst signifikant (p=0.000)	n.s.
Depressivität	Höchst signifikant (p=0.000)	Höchst signifikant (p=0.000)	Hoch signifikant (p=0.003)
Phobische Ängste	Höchst signifikant (p=0.000)	Höchst signifikant (p=0.001)	signifikant (p=0.032)
Psychische und somatoforme Beschwerden	Höchst signifikant (p=0.000)	Höchst signifikant (p=0.000)	Hoch signifikant (p=0.003)
Interaktionelle Beschwerden	Höchst signifikant (p=0.000)	Höchst signifikant (p=0.000)	n.s.
Psychisches Wohlbefinden	Höchst signifikant (p=0.000)	Höchst signifikant (p=0.000)	n.s.
Selbstwirksamkeit	Höchst signifikant (p=0.000)	Höchst signifikant (p=0.000)	n.s.
Lebensqualität	Höchst signifikant (p=0.000)	Höchst signifikant (p=0.000)	n.s.
Aktivität und Partizipation	Höchst signifikant (p=0.000)	Höchst signifikant (p=0.000)	n.s.

Soziale Unterstützung	signifikant (p=0.022)	signifikant (p=0.029)	n.s.
Soziale Belastung	Hoch signifikant (p=0.003)	Hoch signifikant (p=0.001)	n.s.
VDS30 - Gesamtscore	höchst signifikant p=0.000,	höchst signifikant p=0.000,	Signifikant p=0.033,
Selbstunsicher	Höchst signifikant (p=0.000)	Höchst signifikant (p=0.000)	n.s.
dependent	Höchst signifikant (p=0.000)	Höchst signifikant (p=0.000)	n.s.
zwanghaft	Höchst signifikant (p=0.000)	Höchst signifikant (p=0.000)	n.s.
Passiv-aggressiv	n.s.	Höchst signifikant (p=0.000)	n.s.
Histrionisch	signifikant (p=0.041)	Höchst signifikant (p=0.000)	n.s.
Schizoid	Höchst signifikant (p=0.000)	Höchst signifikant (p=0.000)	n.s.
Narzisstisch	Marginal signifikant (p=0.071)	Höchst signifikant (p=0.000)	signifikant (p=0.022)
Borderline	Höchst signifikant (p=0.000)	Höchst signifikant (p=0.000)	signifikant (p=0.024)
Paranoid	Höchst signifikant (p=0.000)	Höchst signifikant (p=0.000)	n.s.
Neurotizismus	Höchst signifikant (p=0.000)	Höchst signifikant (p=0.000)	signifikant (p=0.033)
VDS 90 - Gesamtscore	Höchst signifikant (p=0.000)	Höchst signifikant (p=0.000)	n.s.
Angst	Höchst signifikant (p=0.000)	n.s.	n.s.
Depression	Höchst signifikant (p=0.000)	Höchst signifikant (p=0.000)	n.s.
Verhaltensrituale	n.s.	Marginal signifikant (p=0.059)	n.s.
Pavor nocturnus	Höchst signifikant (p=0.000)	Höchst signifikant (p=0.000)	n.s.
Schizophrenie	signifikant (p=0.035)	Höchst signifikant (p=0.000)	n.s.
Neurasthenie	Höchst signifikant (p=0.000)	Höchst signifikant (p=0.000)	n.s.
Schlafstörung	Höchst signifikant (p=0.000)	Höchst signifikant (p=0.000)	n.s.
Manie	n.s.	n.s.	n.s.

Gedächtnis, Konzentration	Höchst signifikant (p=0.000)	Höchst signifikant (p=0.000)	n.s.
Depersonalisation	signifikant (p=0.018)	Hoch signifikant (p=0.002)	n.s.
Derealisation	Hoch signifikant (p=0.001)	Hoch signifikant (p=0.001)	n.s.
Verhaltensstörungen	Marginal signifikant (p=0.075)	signifikant (p=0.037)	n.s.
Tics	Marginal signifikant (p=0.087)	signifikant (p=0.036)	n.s.
Stottern/Poltern	n.s.	Marginal signifikant (p=0.072)	n.s.
Aggression	Höchst signifikant (p=0.000)	Höchst signifikant (p=0.000)	n.s.
Sexualstörung	Höchst signifikant (p=0.000)	Höchst signifikant (p=0.000)	Signifikante Verschlechterung (p=0,046)
Zwang	Höchst signifikant (p=0.000)	Höchst signifikant (p=0.000)	Signifikant (p=0.048)
Alkoholismus	Marginal signifikant (p=0.071)	Signifikant (p=0.031)	n.s.
Sucht	Marginal signifikant (p=0.066)	Hoch Signifikant (p=0.005)	n.s.
Essstörung	Signifikant (p=0.012)	Höchst signifikant (p=0.000)	n.s.
Schmerzstörung	Signifikant (p=0.046)	Höchst signifikant (p=0.000)	Signifikante Verschlechterung (p=0.049)
Somatoforme Störung	Signifikant (p=0.019)	Höchst signifikant (p=0.000)	n.s.
Dissoziative Störung	n.s.	Signifikant (p=0.012)	n.s.
Hypochondrie	n.s.	Signifikant (p=0.006)	n.s.
Dysmorphophobie	n.s.	Signifikant (p=0.048)	n.s.
Posttraumatische Störung	Signifikant (p=0.013)	Höchst signifikant (p=0.000)	n.s.

* Prüfverfahren: Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung T1/T2.
Für statistische Befunde gelten folgende Formulierungen: p > 0.10 nicht signifikant (n.s.); p<0, 10 marginal signifikant; p < 0.05 signifikant; p < 0.01 hoch signifikant.
Gesonderter Hinweis bei signifikanter symptomatischer *Verschlechterung*.

Positive Veränderungen der Symptombelastung unter tiefenpsychologischer Psychotherapie

Die Werte des **DES-II** sind nach abgeschlossener LZT hoch signifikant reduziert, während für die

KZT kein Nachweis signifikanter Unterschiede erbracht werden kann. Auch während der Wartezeit auf einen Therapieplatz (Kontrollgruppe) zeigt sich keine signifikante Veränderung.

Für den Gesamtwert der **IES** weisen hingegen sowohl die Behandlungs- als auch die Kontrollgruppe hoch signifikante Prä-Post-Differenzen auf. Dabei sind die Symptomreduktionen für die Bedingungen KZT und LZT auf beiden Subskalen der IES („Vermeidung“ und „Intrusion“) hoch signifikant. In der Kontrollgruppe nehmen Intrusionen zwischen den Messzeitpunkten ab, Vermeidung jedoch nicht. In Summe resultiert jedoch auch hier ein Rückgang des IES-Gesamtwertes. Erklärbar ist dies möglicherweise durch den nicht quantifizierbaren Mix der Trauma-Diagnosen einerseits aus Akut-Traumatisierung (Schwerpunkt der Beschwerden hier häufig Intrusionen) und Komplex-Traumatisierungen (Beschwerdeschwerpunkt hier Vermeidung), da nur ein Teil der Akutraumata sich zu einem Komplextrauma weiterentwickelt.

Bei detaillierter Betrachtung der einzelnen **HEALTH-79**-Skalen fällt auf, dass mit Ausnahme der Effekte für „Soziale Unterstützung“ unter den Bedingungen der KZT und LZT alle anderen Subskalen-Werte hoch signifikante Symptomreduktionen aufweisen, während dies in der Kontrollgruppe nur auf den Skalen „Psychische und somatoforme Beschwerden“, „Depressivität“ und „Phobische Ängste“ der Fall ist.

Vergleicht man die Ausprägungen der einzelnen Skalen *vor* Therapiebeginn in den Bedingungen KZT, LZT sowie Kontrollgruppe, so fällt auf, dass der Wert der Skala „Phobische Ängste“ des HEALTH-79 in der KZT-Gruppe signifikant höher ist als in der LZT-Gruppe und in der Kontrollgruppe.

Im **VDS30** führen sowohl die LZT als auch die KZT auf allen Skalen – bis auf die Skala „Passiv-aggressiv“ und „Narzisstisch“ in der KZT-Bedingung – zu hoch signifikanten symptomatischen Veränderungen. Im Verlauf der Wartezeit der Kontrollgruppe zeigen lediglich die Skalen „Narzisstisch“ und „Borderline“ eine signifikante Abnahme der symptomatischen Beschwerden.

Für den **VDS90** ergaben die Auswertungen größtenteils hoch signifikante Effekte der KZT und LZT, jedoch nicht in der Kontrollgruppe. Dieses Ergebnis kann in der LZT für fast jede und in der KZT für die Mehrheit der einzelnen Unterskalen bestätigt werden. Für die Skala „Manie“ wirkt sich weder die Bedingung KZT noch LZT positiv aus. Zudem resultieren aus der LZT keine messbaren symptomatischen Verbesserungen in den VDS90-Bereichen „Angst“, „Verhaltensrituale“ sowie „Stottern, Poltern“. In der KZT-Bedingung lassen sich auf den Skalen „Verhaltensrituale“, „Dissoziative Störung“, „Hypochondrie“ und „Dysmorphophobie“, „Verhaltensstörungen“, „Tics“, „Alkoholismus“ und „Sucht“ keine signifikanten Ergebnisse nachweisen. In der Kontrollgruppe fallen im Verlauf der Wartezeit auf einen Therapieplatz signifikante Verschlechterungen in den Werten der VDS90-Skalen „Sexualstörung“ und „Schmerzstörung“ auf. Die Werte auf der Skala „Zwang“ des VDS90 verbessern sich hingegen im Verlauf der Wartezeit auf einen Therapieplatz signifikant.

Ergebnisdiskussion

Die vorliegenden Ergebnisse der BEST-Studie sprechen insgesamt für die gute Ergebnisqualität und Wirksamkeit ambulanter tiefenpsychologischer Psychotherapie. Dies zeigen die in vielen Bereichen resultierenden positiven Bilanzen mit hohen Effektstärken und die zahlreichen hoch signifikanten Symptomverbesserungen (s. Ergebnis-Tabellen 1 u. 2). Zudem konnten im Rahmen der Studie sehr gute Effekte auf depressive Erkrankungen nachgewiesen werden. Zieht man die gewaltigen Behandlungs- und Folgekosten der als neue „Volkskrankheit“ geltenden Depression in Betracht, hat die ambulante Psychotherapie im Bereich der sekundären Prävention eine wirksame und effiziente Behandlungsqualität aufzuweisen, die gegenüber alternativen Behandlungsformen, wie beispielsweise reiner Pharmakotherapie, auch „wettbewerbsfähig“ sind. Für eine stärkere Berücksichtigung lassen sich in der Gesundheitsökonomie und bei den Krankenkassen daher durchaus starke Verbündete finden.

Einschränkend muss gesagt werden, dass anhand der ausgewerteten Daten keine Aussagen über die Wirkfaktoren von Psychotherapie gemacht werden können, d.h. zur Frage „wie“ ambulante Psychotherapie wirkt bzw. durch „was“.

Solche Aussagen bleiben der Prozess-Ergebnis-Forschung und anderen quantitativ-messenden und qualitativ-explorierenden Forschungsdesigns überlassen. Zudem handelt es sich bei der vorliegenden Untersuchung um ein naturalistisches Forschungsdesign ohne Randomisierung (Zufallszuweisung zu verschiedenen Untersuchungsgruppen). Vorteilhaft hierbei sind die hohe externe Validität bzw. der Realitätsbezug sowie die hohe Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Erst so werden Aussagen zur tatsächlichen Versorgungssituation und zur Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie unter realen Praxisbedingungen möglich.

Im Vergleich zu randomisiert-kontrollierten Studien, insbesondere unter künstlichen Bedingungen (klassische RCT-Studien), ist die interne Validität (maximale Kontrolle unerwünschter Einflussvariablen bzw. von „Moderator- und Störvariablen“, wie bspw. begleitende Pharmakotherapie) jedoch reduziert. Beachtet werden muss in diesem Kontext auch die aufgrund der Heterogenität der Patienten (keine Ausschlusskriterien bezüglich des Störungsbildes und der Komorbiditäten) im Vergleich zu zufallskontrollierten Therapiestudien deutlich erhöhte Eingangsvarianz (Levy et al, 2014). Die daraus resultierenden, möglicherweise geringeren Effektstärken müssen bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden (Jacobi et al., 2001). Darüber hinaus handelt es sich bei den eingesetzten Therapeuten überwiegend um Psychologische PsychotherapeutInnen in Ausbildung, die unter engmaschiger Supervision an einem Lehrinstitut behandeln. Möglicherweise bildet die Erfahrung in der therapeutischen Arbeit einen potenziell moderierenden Effekt ab. Dieser wurde in dem hier dargestellten Forschungsausschnitt der BEST-Studie nicht ermittelt.

Weitere Forschungs- und Entwicklungsperspektiven

Relevant für die Bewertung der Ergebnisqualität ambulanter tiefenpsychologischer Psychotherapie ist nicht zuletzt auch die Frage nach der Dauer des Therapieerfolgs. Da die vorgestellten Ergebnisse allein noch keine Aussagen zur nachhaltigen Wirksamkeit der Behandlung ermöglichen, wurden die Patienten ein Jahr nach Therapieende erneut mit den unterschiedlichen psychometrischen Instrumenten befragt (Messzeitpunkt T3), um festzustellen, inwiefern sich eine Verbesserung bzw. Verschlechterung symptomatischer, persönlichkeitsbezogener und psychosoziale Merkmale nachweisen lässt. In der Fachliteratur wird, in Übereinstimmung mit den bisherigen Untersuchungen der BEST-Studie, zwar ein schnellerer Therapieerfolg von Kurzzeittherapien, zugleich aber auch ein nachhaltigerer Erfolg von Langzeittherapien beschrieben (bspw. Knekt et al., 2013). Die Ein-Jahres-Katamnese wird hierzu weitere Erkenntnisse liefern. Aktuell liegen hierfür n=333 Datensätze vor, die ab Frühjahr 2016 systematisch ausgewertet werden. Ebenso wird derzeit noch an vergleichenden Auswertungen hinsichtlich der differentiellen Wirksamkeit unterschiedlicher Therapiearten (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie, Kombinationsverfahren) gearbeitet.

Erste explorative Untersuchungen auf aktueller Datenbasis zeigen hier für rein psychotherapeutische sowie für kombinatorische Therapieverfahren größere Effekte im Bereich der Symptomreduktion als für rein pharmakologische Behandlungen. Dieses Ergebnis lässt sich aber nicht auf alle Patientengruppen und Veränderungsparameter übertragen und bedarf entsprechender weiterer Untersuchung und Differenzierung. Darüber hinaus wird versucht, erste Vergleiche zwischen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und Verhaltenstherapie zu ziehen. Im Fokus stehen dabei insbesondere Fragen der Evaluation differentieller Wirkungen sowie diagnose- und indikationsspezifische Zusammenhänge.

Abschließend sei an dieser Stelle noch einmal auf die in der Kontrollgruppe während der Wartezeit auf einen Psychotherapieplatz aufgetretenen signifikanten symptomatischen Verschlechterungen im Bereich der Schmerzstörungen und Sexualstörungen hingewiesen. Auch vor dem Hintergrund von Untersuchungen, denen zufolge nur etwa ein Drittel aller klinisch relevanten psychischen Störungen versorgt werden, bzw. bis zu 50% unbehandelt bleiben (bspw. Jacobi et al., 2004), weist auch dieser Befund auf die Notwendigkeit und den sekundärpräventiven Nutzen möglichst frühzeitiger psychotherapeutischer Intervention hin. Umso wichtiger sind auch für die Zukunft kontrollierte Studien, die unmittelbar an der klinischen Realität ansetzen und diese angemessen abbilden.

Zukunftsfähiges Qualitätsmanagement braucht hochwertige kontrollierte Feldforschung

Zu beklagen ist in diesem Kontext, dass insbesondere tiefenpsychologische Forschung heutzutage kaum noch an Universitäten stattfindet. In der klinischen Psychologie (Psychotherapie) ist in

Deutschland derzeit nur noch eine Universität mit psychodynamischem Schwerpunkt besetzt (Stand: 2016). Demzufolge ist die überwiegende Forschungsaktivität kognitiv-behavioral geprägt. Zentrale Orte für Lehre, Innovation, Weiterentwicklung und Forschung in der Tiefenpsychologie im Rahmen nicht-ärztlicher Psychotherapie sind jetzt die staatlichen Ausbildungsstätten, hier die derzeit 20 Institute der DFT. Den Ausbildungsambulanzen kommt insbesondere für den Bereich der patientenorientierten, unmittelbar versorgungsbezogenen Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren daher eine enorm wichtige und zukunftsweisende Aufgabe zu.

Bestrebungen, im Rahmen der Reform des Psychotherapeutengesetzes die psychotherapeutische Ausbildung zunehmend an die derzeit einseitig kognitiv-behavioral ausgerichteten Universitäten zu verlagern, müssen daher im Sinne der Therapiepluralität und nicht zuletzt auch mit Blick auf die Patientenautonomie kritisch betrachtet werden. Zu begrüßen wäre, wenn sich auch psychologische Universitätsfakultäten der Versorgungsrealität im tiefenpsychologischen Bereich stellen – und zukünftig mehr Initiative entwickeln, das Bemühen um eine an der klinischen Realität ansetzende versorgungsrelevante Psychotherapieforschung zu unterstützen.

Die Bereitschaft und der Mut der Therapeuten wie auch der Patienten, an versorgungsrelevanten Studien und praxisinternen Befragungen aktiv teilzunehmen, sind in hohem Maße zu begrüßen. Nur so kann eine lebendige, unmittelbar praxisrelevante Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in der psychodynamischen Psychotherapie gelingen.

Literatur

Literaturangaben und Literaturempfehlungen zu diesem Artikel finden Sie auf der Internetseite:
www.psychotherapeutenjournal.de

Korrespondenzanschrift

Dr. phil. Sabine Trautmann-Voigt

Köln-Bonner Akademie für Psychotherapie

Bertha-von-Suttner-Platz 6

53111 Bonn

s.trautmann-voigt@kbap.de

Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin in eigener Praxis, Dozentin, Lehrtherapeutin, Supervisorin. Leitung der staatlich anerkannten Köln-Bonner Akademien für Psychotherapie (KBAP/KBAV). Vizepräsidentin der Deutschen Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT).

Sabine Trautmann-Voigt et al.

Ergebnisqualität in der ambulanten tiefenpsychologischen Psychotherapie: Die Bonner Evaluationsstudie (BEST)

Die Evaluation von ambulanter Psychotherapie unter realen Versorgungsbedingungen stellt eine wichtige und für das Qualitätsmanagement zukunftsweisende Aufgabe dar. In dem Beitrag werden Rahmenbedingungen, Methoden und aktuelle Ergebnisse der von der DFT geförderten «Bonner Evaluationsstudie zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie» dargestellt.

Literaturliste und Literaturempfehlungen

Abbass, A. A., Hancock, J. T., Henderson, J., & Kisely, S. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*, 4.

Abbass, A., Town, J., & Driessen, E. (2011). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depressive disorders with comorbid personality disorder. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 74(1), 58-71.

Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G., & Brähler, E. (2011). Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. *Psychotherapeut*, 56(1), 51-60.

Alexander, L. B., & Luborsky, L. (1984). The Penn Helping Alliance Scales. In: L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Hrsg.). *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook*. New York: Guilford Press.

Bassler, M., Potratz, B., Krauthauser, H. (1995). Der "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut* 40, 23 – 32.

Bernstein, E. M. & Putnam, F. W. (1986). Development, Reliability, and Validity of a Dissociation Scale. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 174(12), 727 – 735.

Best, D. (2010). Zahlen und Fakten zur Psychotherapie. *Psychother Akt*, 3, 2-6.

Bortz, J. & Schuster, C. (2010). Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. 7. Auflage. Berlin und Heidelberg: Springer.

Böker, H., Zahner, J., & Himmighoffen, H. (2010). Psychodynamische und Psychoanalytische Psychotherapie bei Depressionen: Ergebnisse der Therapieforchung. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 31(1), 19-35.

Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (rev. ed.)*. Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

DeFife, J., Davila, M., Nakash, O., Drill, R., Beinashowitz, J., Ballantyne, L., et al. (2015). Practice-based Psychotherapy Research in Public Health Setting: Obstacles and Opportunités. *Journal of Psychotherapy Intervention*, 25 (4), 299-312.

De Weert-Van Oene, G. H., De Jong, C. A., Jörg, F., & Schrijvers, G. J. (1999). Measurements, Instruments, Scales, and Tests: The Helping Alliance Questionnaire: Psychometric Properties in Patients with Substance Dependence. *Substance use & misuse*, 34(11), 1549-1569.

Duba, W. (2007). Helping Alliance als Prädiktor für Therapie-Outcome in stationärer Psychotherapie (Doctoral dissertation, Ulm, Univ., Diss., 2008).

Erdogan, B. (2016). Aufbruch in ein neues Zeitalter der Qualitätssicherung? *Rheinisches Ärzteblatt* 1/2016, 18-19.

Franz, M., Seidler, D., Dörte, J., Schäfer, R., Wutzler, U., Kämmerer, W. et. al. (2015). Stationäre tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie bei depressiven Störungen (STOP-D) – Erste Befunde einer naturalistischen, multizentrischen Wirksamkeitsstudie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 1, 19-35.

Gaebel, W., Kowitz, S., Fritze, J., & Zielasek, J. (2013). Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen. *Deutsches Ärzteblatt International*, 110(47).

Gast, U., Rodewald, F., Hofmann, A., Mattheß, H., Nijenhuis, E., Reddemann, L., & Emrich, H. M. (2006). Die dissoziative Identitätsstörung – häufig fehldiagnostiziert. *Deutsches Ärzteblatt*, 103(47), 3193-3200.

Geiser, F., Trautmann-Voigt, S., Hofmann, P., Voigt, B., & Liedtke, R. (2009). Bonner Evaluationsstudie ambulanter tiefenpsychologischer Psychotherapie. *Die Psychodynamische Psychotherapie*, 8, 47-53.

Geiser, F., Trautmann-Voigt, S., Kaspers, S., Zander, D., Voigt, B., Wegener, I., Hofmann, P., Conrad, R. & Imbierowicz, K. (2014). Evaluation ambulanter tiefenpsychologischer Psychotherapie: Ergebnisse einer kontrollierten Feldstudie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 60(3), 251-266.

Horowitz, M.J., Wilmer, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209-218.

Jacobi, F., Poldrack, A. & Hoyer, J. (2001). Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie – Probleme, Strategien, Optionen. In J. Sturm & R. T. Vogel (Hrsg.), *Neuere Entwicklungen in Psychotherapie und Psychosomatik* (pp. 161-185). Lengerich: Pabst.

Jacobi, F., Hoyer, J., & Wittchen, H. U. (2004). Seelische Gesundheit in Ost und West: Analysen auf der Grundlage des Bundesgesundheits surveys. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33(4), 251-260.

Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T., Välikoski, M., Virtala, E., Laaksonen, M. A., Marttunen, M., et al. (2008). Randomized trial on effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychological Medicine*, 38, 689-703. 3 Gruppen

Kopta, S. M., Howard, K. I., Lowry, J. L., & Beutler, L. E. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5), 1009.

Krisz, J. (2004). Methodologische Aspekte von „Wissenschaftlichkeit“ in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 6, 2004, 6 – 31.

Leichsenring, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective?: A review of empirical data. *The International Journal of Psychoanalysis*, 86(3), 841-868.

Leichsenring, F., Rabung, S., & Leibing, E. (2004). The Efficacy of Short-term Psychodynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders: A Meta-analysis. *Archives of general psychiatry*, 61(12), 1208-1216.

Leichsenring, F., & Rabung, S. (2011). Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(1), 15-22.

Levy, K. N., Ehrental, J. C., Yeomans, F. E., & Caligor, E. (2014). The efficacy of psychotherapy: Focus on psychodynamic psychotherapy as an example. *Psychodynamic psychiatry*, 42(3), 377-421.

Lutz, W., Böhnke, J. R., Köck, K., & Bittermann, A. (2011). Diagnostik und psychometrische Verlaufsrückmeldungen im Rahmen eines Modellprojektes zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(4), 283-297.

Nübling, R. (2011a). Über den Tellerrand hinaus – Taugen naturalistische Studien als Goldstandard für psychotherapeutische Versorgungsforschung. *Projekt Psychotherapie, Heft 3/2011*, 21-24.

Nübling, R. (2011b). Bei aller Kritik - Gutachten hin oder her. In der Reaktionswut verfehlen die Kritiker eine zentrale Aussage der TK-Studie und damit ihren gesundheitspolitischen Einfluss. *Projekt Psychotherapie, Heft 4/2011*, 15-17.

Perry, J. C., Banon, E., & Ianni, F. (1999). Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *American journal of psychiatry*, 156(9), 1312-1321.

Rabung, S., Harfst, T., Kawski, U., Koch, U., Wittchen, H. U. & Schulz, H. (2007a). Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH)" – psychometrische Überprüfung eines neuen Selbstbeurteilungsinstrumentes zur multidimensionalen Erfassung psychosozialer Gesundheit. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*; 17: 133-140.

Schlomer, G. L., Bauman, S. & Card, N. A. (2010). Best Practice for Missing Data Management in Counseling Psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 57, 1-10.

Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T., & Koch, U. (2008). Themenheft 41 "Psychotherapeutische Versorgung".

Shea, M. T., Elkin, I., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Watkins, J. T., Collins, J. F. & Parloff, M. B. (1992). Course of depressive symptoms over follow-up: findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 49(10), 782-787.

Smolka, B. (2015). Wirksamkeit von psychodynamischer Psychotherapie bei ambulant behandelten Kindern und Jugendlichen. (Dissertation, Köln, Univ., Diss., 2015)

Sulz, S., Gräff-Rudolph, U., & Jakob, C. (1998). Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung – Eine empirische Untersuchung der VDS-Persönlichkeitskalen. *Psychotherapie*, 3(1), 46-56.

Sulz, S. (1999). Strategische Therapieplanungsmappe (VDS20-VDS4I). *München: CIP-Medien*.

Sulz, S., & Theßen, L. (1999). Entwicklung und Persönlichkeit – Die VDS-Entwicklungsskalen zur Diagnose der emotionalen und Beziehungsentwicklung. *Psychotherapie*, 4(1), 46-56.

Sulz, S. K., & Grethe, C. (2005). Die VDS90-Symptomliste – eine Alternative zur SCL90-R für die ambulante Psychotherapie-Praxis und das interne Qualitätsmanagement?. *Psychotherapie*, 10(1), 38-48.

Sulz, S., Beste, E., Kerber, A. C., Rupp, E., Scheuerer, R., & Schmidt, A. (2009). Neue Beiträge zur Standarddiagnostik in Psychotherapie und Psychiatrie – Validität und Reliabilität der VDS90-Symptomliste und VDS30-Persönlichkeitskalen. *Psychotherapie in Psychiatrie, psychotherapeutischer Medizin und klinischer Psychologie*, 14(2), 215-234.

Sundin, E. C., & Horowitz, M. J. (2002). Impact of Event Scale: psychometric properties. *The British Journal of Psychiatry*, 180(3), 205-209.

Town, J. M., Diener, M. J., Abbass, A., Leichsenring, F., Driessen, E., & Rabung, S. (2012). A meta-analysis of psychodynamic psychotherapy outcomes: Evaluating the effects of research-specific procedures. *Psychotherapy*, 49(3), 276.

Tritt, K., Bidmon, R. K., Heymann, F. V., Joraschky, P., Lahmann, C., Nickel, M., & Loew, T. (2007). Zehn Thesen zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung – ein Positionspapier. *Psychotherapie*, 12(1), 136-148.

Van Ijzendorp, M. H. & Schuengel, C. (1996). The Measurement of Dissociation in Normal and Clinical Populations: Meta-Analytic Validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clinical Psychology Review*, 16(5), 365-385.

Wittchen, H. U., & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 44(10), 993-1000.

Wittmann, W.W., Lutz, W., Steffanowski, A., Kriz, D., Glahn, E.M., Völkle, M.C., Böhnke, J.R., Köck, K., Bittermann, A., Ruprecht, T. (2011): *Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse - Abschlussbericht*. Hamburg: Techniker Krankenkasse.

Zok, K. (2014). Hohe Zufriedenheit mit ambulanter Versorgung bei psychischen Beschwerden. *Ergebnisse einer Repräsentativumfrage*. *WidO-monitor*, 11(1), 1-8.

Internetquellen:

Psychotherapeutenkammer NRW:

<http://www.ptk-nrw.de/de/aktuelles/nachrichten-2011/detail/article/ergebnisse-der-tk-studie-psychotherapie-nachhaltig-wirksambrinterview-mit-prof-dr-werner-w-wit.html>; 13.04.2016; 15:54

Uhr