



Über den Tellerrand hinaus

Taugen naturalistische Studien als Goldstandard für psychotherapeutische Versorgungsforschung?

Von Rüdiger Nübling

Die **Notwendigkeit** einer systematischen psychotherapeutischen Versorgungsforschung wurde in der jüngsten Vergangenheit von vielen Seiten hervorgehoben (zum Beispiel Kordy, 2008; Nübling, 2011; Schulz et al., 2006*). Ein allgemeines Ziel der Versorgungsforschung besteht in der Generierung von grundlegendem und vor allem anwendungsnahem Wissen über die Praxis der Kranken- und Gesundheitsversorgung, das der Öffentlichkeit und Entscheidungsträgern zur Verfügung gestellt wird (vgl. Pfaff, 2003). Psychotherapeutische Versorgungsforschung wird verstanden als Forschung, die die konkrete geleistete psychotherapeutische Versorgung zum Gegenstand hat beziehungsweise macht. Sie bezieht sich auf Strukturen, Prozesse und Ergebnisse, erforscht Bedarf, Indikation, Zugangswege, Inanspruchnahme von Psychotherapie, ihre Schnittstellen beziehungsweise Vernetzung, Dosis-Wirkungs-Beziehungen, ihren Outcome unter Alltagsbedingungen oder ihre Kosten-Nutzen-Relation (Schulz et al., 2006). Aufgabe der Versorgungsforschung ist die Beschreibung und Analyse der Versorgungssituation – Ist- und Defizit-Analysen – und hierauf aufbauend die Entwicklung von neuen Versorgungskonzepten und deren wissenschaftliche Begleitung beziehungsweise Evaluierung unter realen Bedingungen („Routineversorgung“; Glaeske et al., 2009; vgl. auch Badura et al., 2004, und Schrappe et al., 2005).

Wie schon Anfang der 90er-Jahre (vgl. Meyer et al., 1991, S. 30, 153f) kann die Datenlage zur psychotherapeutischen Versorgung auch heute noch als unzureichend bezeichnet werden. Nur ein kleinerer Teil der Studien aus über 50 Jahren Psychotherapieforschung wurde in der konkreten Versorgungspraxis unter Alltagsbedingungen durchgeführt.

Aus den Befunden der Psychotherapieforschung kann deshalb nicht ohne Weiteres auf die alltägliche Versorgung geschlossen werden. Die Frage der Generalisierbarkeit der Befunde, vor allem wenn sie aus randomisierten kontrollierten Studien (RCT), also experimentellen Studiendesigns, stammen, bleibt zu häufig unbeantwortet. Allerdings existieren eine Reihe deutschsprachiger Studien, die – obwohl sie nicht explizit so benannt wurden – der Versorgungsforschung zugerechnet werden können, sowohl im ambulanten als auch vor allem im Bereich der stationären Versorgung (vgl. Nübling, 2011).

Psychotherapie braucht Versorgungsforschung

RCT-Studien führen die aktuell geltenden Standards evidenzbasierten Vorgehens, die „Levels of evidence“, an (vgl. zum Beispiel Atkins et al., 2004; Harbour & Miller, 2001). Die beiden höchsten Evidenzstufen umfassen mehrere RCT-Studien (Level 2) oder

Metaanalysen von RCT-Studien (Level 1). Das Ziel von RCT-Studien ist die Herausarbeitung von Ursachen-Wirkungs-Zusammenhängen sowie die Erfassung „reiner“ Effekte (siehe zum Beispiel Rossi et al., 1999). Die in RCTs vorliegende Überbewertung der internen auf Kosten der externen Validität ist zum Teil deutlich kritisiert worden (vgl. zum Beispiel Campell et al., 2000; Fydrich & Schneider, 2007; Leichsenring, 2004a, b; Porzolt et al., 2006; Shadish et al., 1997; Tschuschke, 2005; Tschuschke et al., 2010; Zurhorst, 2003), sogar von Vertretern der Pharmaforschung (Porzolt et al., 2006), in der das RCT-Paradigma eine besonders hervorgehobene Rolle spielt.

Kern der Kritik ist, dass RCT-Studien eine künstliche Situation beforschen und nur sehr begrenzt etwas über die Wirkung unter Alltagsbedingungen – Generalisierbarkeit, externe Validität – aussagen können. So müssen in RCTs die Patienten unter anderem randomisiert einer oder mehrerer Behandlungsgruppen sowie einer Kontrollgruppe zugewiesen werden, das heißt sie können ihre Therapeuten beziehungsweise ihre Therapierichtung nicht selbst auswählen, die Behandlungen sind in der Regel manualisiert, das therapeutische Vorgehen ist also in jeder Therapie möglichst identisch (Treatmentintegrität), die Dauer der Behandlung ist von vornherein festgelegt auf eine bestimmte Anzahl von Sitzungen, und es werden nur Patienten einbezogen, die ausschließlich eine



Dr. phil. Dipl.-Psych. Rüdiger Nübling ist Leiter des Ressorts Psychotherapeutische Versorgung und

Öffentlichkeitsarbeit der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg. Er ist darüber hinaus Modulverantwortlicher zweier Psychologie-Studiengänge an der Medical School Hamburg (MSH) und Mitgesellschafter der Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen Karlsruhe (GfQG). Nach dem Studium der Psychologie an der Universität Freiburg i. Br. war er an der Psychosomatischen Klinik Schömberg sowie als wissenschaftlicher Mitarbeiter eines privaten Klinikträgers tätig. Zwischen 1997 und 2005 war er zunächst stellvertretender Leiter, dann Leiter des Privatinstituts für Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheits- und Sozialwesen (eqs.-Institut) Karlsruhe sowie Geschäftsführer von zwei Wissenschaftlichen Beiräten eines Klinikträgers. In dieser Zeit war er auch Leiter und Co-Leiter mehrerer großer Programmevaluationsstudien und Forschungsprojekte, unter anderem im Rahmen des BMBF und VDR finanzierten Förderschwerpunkts Rehabilitationswissenschaften im Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungverbund Freiburg/Bad Säckingen.

Erkrankung aufweisen (Unidimensionalität der Störung; vgl. zum Beispiel Seligman, 1995). In der realen Versorgung wählen Patienten in der Regel ihre Therapeuten und/oder die Therapierichtung selbst aus, die Therapie erfolgt nicht oder nur geringfügig manualisiert, die Dauer der Behandlung ist meist nicht festgelegt – außer durch die von den Krankenkassen vorgegebenen Stundenkontingente –, und es werden Patienten behandelt, die an mehreren Störungen gleichzeitig leiden (Komorbidität/Mehrdimensionalität psychischer Erkrankungen). Revenstorff (2005) spricht von „notorischer Irrepräsentativität“ der RCT-Studien.

RCT-Studien sind, wenn überhaupt, nur eingeschränkt geeignet für die psychotherapeutische Versorgungsforschung, auf jeden

Fall sind sie dringend zu relativieren. Demgegenüber werden die Vorteile naturalistischer Studien massiv unterschätzt. Die unvergleichlich höhere Praxisnähe und Generalisierbarkeit der Befunde führen zu einer verbesserten Prognose dazu, was ein Verfahren in der konkreten klinischen Alltagspraxis zu leisten vermag und welche gesundheitspolitische und gesundheitsökonomische Bedeutung ihm zugeschrieben werden kann.

Ein gutes Beispiel, wie naturalistische Studien mit RCT-Studien auf eine Ebene gestellt werden, ist das aktuelle Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP, vgl. zusammenfassend Nübling, 2008). Anders als der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seiner Verfahrensordnung (G-BA, 2006) fordert der WBP neben allgemeinen Kriterien methodischer Qualität sowohl die Beurteilung der internen Validität als auch der externen Validität der vorgelegten Studien (WBP, 2010). Hierdurch werden beide Ansätze im Grunde gleich gewichtet, das heißt auch für naturalistische Studien werden methodische Standards definiert sowie entsprechende Evidenzstufen formuliert und zur Bewertung guter Forschung herangezogen (vgl. auch Leichsenring, 2004a).

Wie auch Fydrich & Schneider (2007) hervorheben, sind naturalistische Studien nicht grundsätzlich von geringerer Qualität, sie verfolgen unterschiedliche Zielrichtungen und ermöglichen unterschiedliche Aussagen. Die methodenkritische Diskussion bei Wittmann & Klumb (2006) sowie die neueren Arbeiten der Arbeitsgruppe von Thomas Cook legen eine deutlichere Verbindung der beiden Forschungsansätze nahe (Cook et al., 2009a, b; Shadish & Cook, 2009; Steiner et al., 2010, 2011).

Gute psychotherapeutische Versorgungsforschung muss die alltägliche Versorgung abbilden

Was zeichnet also gute Versorgungsforschung aus? Versorgungsforschung sollte, ja muss sich möglichst nahe an der alltäglich konkret geleisteten Versorgung orientieren. Sie muss deshalb Programme, Einrichtungen, ganze Versorgungsbereiche so untersuchen, wie sie Tag für Tag funktionieren, das heißt eben nicht unter kontrollierten Bedingungen mit randomisierter Zuweisung zu den Behandlungsarten/-angeboten und unter Ausschluss der Mehr-

heit der normalerweise behandelten Patienten. Sie versucht so weit als möglich den Ist-Zustand abzubilden.

Als ein unter der skizzierten methodischen Perspektive aktuelles „Best-practice-Beispiel“ psychotherapeutischer Versorgungsforschung kann die Studie „Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten“ (Albani et al., 2010, 2011) bezeichnet werden. Sie liefert Aussagen über die Versorgungssituation und Behandlungsergebnisse ambulanten Psychotherapie in Deutschland unter realen Praxisbedingungen.

Die Methodik ist angelehnt an die „Consumer-Reports-Studie“ (Seligman, 1995; vgl. auch die deutsche Variante, Hartmann & Zepf, 2004; Hartmann, 2006). Seligman, davor ein überzeugter Vertreter der rigorosen experimentellen Richtung, hatte im Zusammenhang mit dieser Studie seine bisherige methodische Position zur Beantwortung der Frage „How we find out whether psychotherapy works?“ revidiert und wurde zu einem Verfechter von naturalistischen Studien: „The efficacy study (i.g. RCTs) is the wrong method for empirically validating psychotherapy ... because it omits too many crucial elements of what is done in the field“ (Seligman, 1995). In diesem Kontext oder auch in dieser Tradition stehen viele auch schon davor durchgeführte naturalistische Studien, wie sie in Deutschland zum Beispiel im Bereich der stationären psychosomatischen Rehabilitation umgesetzt wurden (vgl. unter anderem Nübling et al., 1999; Schmidt, 1991; Schmidt et al., 2003, 2006; Zielke et al., 2004; zusammenfassend: Steffanowski et al., 2007).

Albani et al. (2010, 2011) haben nun im Rahmen einer zwischen Juni 2008 und September 2009 durchgeführten strukturierten telefonischen Erhebung insgesamt n=1.212 Personen, die im Zeitraum der letzten sechs Jahre in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung (n=698) oder zum Zeitpunkt der Befragung noch in ambulanter Psychotherapie waren (n=514) zu ihren Erfahrungen mit ihrer Therapie befragt. Zuvor wurden in der Screeningphase zunächst circa n=47.000 Personen angesprochen, von denen rund n=4.500 das Kriterium „Psychotherapeutische Behandlung“ erfüllten. Erhoben wurden sozioökonomische Merkmale, Angaben zu Anlass, Zugangswegen,

Kostenträgern und Ansprechpartnern für psychische Erkrankungen, Behandlungsformen, begleitende medikamentöse Behandlungen und Behandlungssettings der Psychotherapie. Einige Ergebnisse werden im Folgenden herausgegriffen, um beispielhaft zu zeigen, wie relevant solche Studien für die psychotherapeutische Versorgungsforschung sein können.

72 Prozent der Befragten waren Frauen, die Altersgruppe der 31- bis 44-Jährigen war im Vergleich zur Gesamtbevölkerung unter-, die der 45- bis 65-Jährigen dagegen überrepräsentiert, das Bildungsniveau war insgesamt höher als in der Gesamtbevölkerung. Therapieanlass waren bei 85 Prozent depressive Beschwerden, bei fast einem Viertel sogar Suizidalität, des Weiteren bei über 60 Prozent Ängste, bei über 50 Prozent psychosomatische Beschwerden, bei einem Viertel Essstörungen und bei jeweils etwa 12 bis 15 Prozent süchtiges Verhalten, Zwangsstörungen, sexuelle Funktionsstörungen oder Persönlichkeitsstörungen.

Der typische Patient im Versorgungsalltag ist multimorbid

Der überwiegende Teil der Psychotherapiepatienten leidet dabei an mehreren Erkrankungen (Multimorbidität); im Durchschnitt wurden etwas mehr als fünf psychische Beschwerden genannt. Dies bestätigt aus Sicht der Autoren zum einen den hohen Bedarf an fachgerechter psychotherapeutischer Versorgung, zum anderen aber auch die oben genannte Kritik an kontrollierten Studien.

Ein problematisches Ergebnis der Studie ist, dass die Patienten bei ihrer Entscheidung für eine Psychotherapie nur selten zu einer psychotherapeutischen Behandlung ermutigt wurden, wenn sie über ihre Probleme sprachen, weder von Fachkräften – Psychiater, Hausärzte etc. – noch von Angehörigen – Familienmitglieder, Bekannte, Freunde. Am ehesten ermutigt wurden sie noch von Behandlern in einer Klinik – circa 40 Prozent –, nur etwa jeder vierte Patient fühlte sich durch Psychiater oder andere Ärzte ermutigt, eine Psychotherapie aufzunehmen. Psychiater gaben darüber hinaus zur Behandlung der seelischen Beschwerden etwa doppelt so häufig eine Empfehlung für Medikamente, circa 50 Prozent, anstatt für eine Psychotherapie.

Hinsichtlich des Behandlungsrahmens ergaben sich folgende Verteilungen: circa 60 Prozent Therapeutinnen, mehrheitlich Psychologen (71 Prozent), Behandlungsverfahren: 47 Prozent Verhaltenstherapie, 41 Prozent tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, 5 Prozent Psychoanalyse, bei neun von zehn Patienten als Einzelpsychotherapie durchgeführt. Die abgeschlossenen Behandlungen umfassten im Mittel 48 Sitzungen, bei einer hohen Variabilität (s=68,6). Etwa die Hälfte der Behandlungen umfasste bis zu 25 Behandlungsstunden, weitere 40 Prozent bis zu 100 und nur circa 10 Prozent mehr als 100 Behandlungsstunden. Rund 40 Prozent der Befragten waren bereits früher in ambulanter Psychotherapie, mehr als die Hälfte nahm zum Zeitpunkt der Befragung Medikamente zur Behandlung ihrer seelischen Probleme ein.

Die ambulante Psychotherapie wurde von den Patienten als sehr wirksam eingeschätzt. Die Besserungsraten betragen für fast alle Beschwerden mehr als 50 Prozent, häufig mehr als 65 Prozent, zum Teil auch über 80 Prozent, zum Beispiel für Generelle Ängste (86 Prozent), Magersucht (86 Prozent), Depressive Beschwerden (83 Prozent), Ess-Brech-Sucht (82 Prozent), Suizidalität (82 Prozent) oder Panikattacken (81 Prozent). Die niedrigsten Besserungsraten wurden für Übergewicht (37 Prozent) und sexuelle Funktionsstörungen (44 Prozent) angegeben. Die Verschlechterungsraten lagen durchweg unter 10 Prozent. Die Patienten beziehungsweise ehemaligen Patienten gaben an, dass sich die Psychotherapie auch auf weitere relevante Lebensbereiche sehr positiv auswirke, unter anderem auch auf ihre Arbeitsfähigkeit und Arbeitsproduktivität. Etwa neun von zehn Befragten gaben an, dass sie mit ihrem Therapeuten zufrieden waren.

Die Studie kann zeigen, wie mit relativ einfachem Instrumentarium, einem strukturierten Interview auf Grundlage eines kurzen Fragebogens, versorgungsrelevante Daten generiert werden können. Patienten des klinischen Versorgungsalltags zeichnen sich aus durch eine ausgeprägte Multimorbidität – zahlreiche und vielfältige Behandlungsanlässe und Probleme – sowie durch komplexe, auch auf andere Lebensbereiche ausstrahlende chronische Störun-

Schematherapie

Alles, was Sie wissen müssen



2011. 206 Seiten.
Geb. € 39,95 D
ISBN
978-3-621-27783-9

Das Grundlagenbuch zum Einstieg – die erste Einführung mit Didaktik!



NEU

2011. 182 Seiten.
Geb. € 24,95 D
ISBN
978-3-621-27820-1

Patientenbuch für Selbsthilfe und Therapiebegleitung: Fallbeispiele, Übungen u. a. m.



NEU

2011. 264 Seiten.
Br. € 34,95 D
ISBN
978-3-621-27819-5

Therapie-Tools: Hilfreiche Werkzeuge für Praktiker mit 140 Arbeits- und Informationsblättern für Patienten und Therapeuten.

Leseproben und Inhaltsverzeichnisse unter

www.beltz.de

BELTZ

gen. Sie berichten über Schwierigkeiten, in eine Psychotherapie zu gelangen, sie werden in der Regel wenig unterstützt, auch von Fachleuten. Demgegenüber wird vielen alternativ eine Medikation empfohlen, insbesondere von Psychiatern.

Nach Abschluss äußern sich die ehemaligen Patienten ausgesprochen positiv über die psychotherapeutische Behandlung, die sie erhalten hatten. Verbesserungen beziehen sich dabei auf viele unterschiedliche Bereiche, von der Ausgangssymptomatik bis zur Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit.

Es bedarf einigen forscherschen Mutes, naturalistisch angelegte Versorgungsforschung gegen den RCT-Mainstream umzusetzen

Selbstverständlich hat die Studie Limitierungen. So kann die Repräsentativität der Stichprobe nicht eindeutig abgeschätzt werden. Die Stichprobenziehung der Screeningstichprobe erfolgte per Zufall aus der Telefonstichprobe des Arbeitskreises Deutscher Marktforschungsinstitute (AMD): Diese Stichprobe ist bevölkerungsrepräsentativ. Leider wurde aber nicht dokumentiert, welche Personen telefonisch erreicht wurden und welche nicht, weshalb die Autoren sehr vorsichtig sind und hervorheben, dass die Studie keine Aussagen über die Repräsentativität der untersuchten

Psychotherapie-Patienten für die Gesamtheit aller Psychotherapie-Patienten machen kann. Es wird angesichts der relativ hohen Ausschöpfungsquote aber davon ausgegangen, dass ein wesentlicher Teil der ambulanten Psychotherapie abgebildet werden konnte. Diese Aussage ist auch in Relation zu kontrollierten Studien zu stellen, die in aller Regel keine Generalisierbarkeit bezüglich der konkreten Versorgung aufweisen.

Des Weiteren beruhen die Ergebnisse auf einer Ein-Punkt-Erhebung zu einem Stichtag innerhalb des Erhebungszeitraums, und die Zeit seit Ende der Behandlung ist variabel: Zeitraum der letzten sechs Jahre seit Therapie-Ende, genauere Angaben fehlen. Um Verzerrungen durch Zeitverläufe zu vermeiden, werden demgegenüber normalerweise konstante Nachbefragungszeiträume (zum Beispiel ein Jahr nach Behandlungsende) angesetzt. Darüber hinaus kann die fehlende Reliabilität der Messungen beziehungsweise das Fehlen standardisierter psychometrischer Assessmentverfahren als eine weitere wichtige Limitierung angesehen werden. Die Aussagen über die Wirksamkeit der Behandlung beruhen allein auf einfachen direkten Veränderungseinschätzungen der Befragten und nicht auf psychometrischen Messungen. Dass solche direkten Veränderungseinschätzungen, allerdings auf der Grundlage reliabler Skalierungen, durchaus mit Prä-post-Messungen korrelieren, konnte im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation gut gezeigt werden (Schmidt et al. 2003; Nübling et al., 2004).

Wie die Autoren auch hervorheben, können aus den bestehenden Daten der Studie keine Aussagen zu Kosten-Nutzen- respektive Kosten-Effektivität-Relationen gemacht werden, da entsprechende Parameter nicht systematisch erhoben wurden. Da wegen fehlender Prä-post-Messungen – auch nicht im Sinne von retrospektiven Prä-post-Messungen (Schmidt et al., 2003, 2006) – darüber hinaus keine Effektstärken berechnet werden können, kann der gesundheitsökonomische Nutzen auch nicht über einschlägige Modellschätzungen (zum Beispiel Wittmann et al., 2002) hochgerechnet werden.

Als weitere aktuelle „Best-practice-Beispiele“ gelungener psychotherapeutischer Versorgungsforschung können über die Studie von Albani et al. (2010, 2011) hinaus auch die folgenden Studien betrach-

tet werden, in denen einige der genannten Limitierungen, zum Beispiel das Fehlen von psychometrischen und Zwei- oder Mehrpunktmessungen, nicht bestehen. Auf diese Studien wird der Autor in einem Folgebeitrag in der nächsten Ausgabe dieser Zeitschrift ausführlicher auch unter gesundheitsökonomischer Perspektive eingehen: die Studie „Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie“ (sogenannte TK-Studie; Wittmann et al., 2011) und das Modellprojekt Qualitätssicherung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern zur ambulanten Psychotherapie (QS-PSY-BAY-Projekt; Steffanowski et al., in Vorb.).

Die erwähnten Studien sind Meilensteine der psychotherapeutischen Versorgungsforschung. Psychotherapie in der realen Versorgungssituation ist sehr erfolgreich und zum Teil höchst effizient. Wie noch ausgeführt werden wird, bekommt die Gesellschaft von jedem in Psychotherapie investierten Euro das zwei-, drei-, vierfache Volumen zurück, der sogenannte Return of Investment (ROI) ist für die Psychotherapie – vor allem auch im Vergleich zu anderen Gesundheitsleistungen – erheblich. Psychotherapie zahlt sich aus, für den einzelnen Patienten, aber auch für die Gesellschaft als Ganzes (vgl. Nübling, 2011b).

Die methodischen Grundlagen der Versorgungsforschung sind zu diskutieren, allerdings sollten sie über den Tellerrand der RCTs hinausgehen. Hierzu bedarf es einigen Mutes, wie auch die genannten psychotherapie-internen kritischen Reaktionen auf die TK-Studie zeigen. Studien, die andere, naturalistischere Designs zugrunde legen, haben – zumindest nach dem aktuell herrschenden naturwissenschaftlich beziehungsweise experimentell orientierten Forschungsmainstream – einen schweren Stand, auch weil sie kaum Aussicht auf Forschungsförderung haben, in den Fachzeitschriften mit hohem Impact-Faktor kaum publizierbar und damit für viele Forscher kaum interessant sind. Solche Studien sind aber enorm wichtig, wir brauchen sie, und wir sollten Arbeitsgruppen wie Albani oder Wittmann und Kollegen unseren Dank aussprechen, dass sie dies gegen alle herrschenden Winde auch um- und durchsetzen.

**Literatur kann beim Verfasser erfragt werden: nuebling@lpk-bw.de*

