

**Kurzfristige Effektivität
ambulanter Verhaltenstherapie:
Eine Untersuchung im Kontext der
psychotherapeutischen Routinebehandlung.**

Dissertation zur Erlangung des Doktorsgrades
an der Fakultät Erziehungswissenschaft, Psychologie und
Bewegungswissenschaft, Fachbereich Psychologie
der Universität Hamburg

vorgelegt von Katja Apel aus Hamburg, 2012

Tag der mündlichen Prüfung: 20.12.2011

Vorsitz des Promotionsprüfungsausschusses: Prof. Dr. Monika Bullinger

1. Dissertationsgutachter: Prof. Dr. Uwe Koch-Gromus

2. Dissertationsgutachter: Prof. Dr. Eva Bamberg

1. Disputationsgutachter: Prof. Dr. Holger Schulz

2. Disputationsgutachter: Prof. Dr. Paul Probst

Viele Personen haben die Entstehung dieser Arbeit unterstützt – dafür möchte ich meinen herzlichen Dank aussprechen:

- den Patienten, die an dieser Studie teilnahmen
- PD Dr. Birgit Watzke und Prof. Dr. Holger Schulz am Institut für Medizinische Psychologie des UKE, die mit ihrer intensiven und interessierten Begleitung gute Bedingungen für das Entstehen und die Fortführung der Arbeit in allen Phasen geschaffen haben
- Prof. Uwe Koch-Gromus
- Levente Kriston für die Hilfe in der Datenauswertung
- der Maria-Pinding-Stiftung für die Förderung der Arbeit
- der Geschäftsleitung des Medizinischen Versorgungszentrums Verhaltenstherapie Falkenried, Dr. Ulrike Lupke und Prof. Helmut Peter
- den an der Studie beteiligten Therapeuten und Ärzten, sowie allen Mitarbeitern am Empfang des MVZ-VT-Falkenried für die Zusammenarbeit und Koordination bei der Datenerhebung
- dem Versuchsleiterteam und allen an der Datenerhebung beteiligten Personen (Pegah Banaei, Daniela Bereit, Birger Bosy, Philipp Breil, Magdalena Drechsel, Frauke Finsterwalder, Petra von Hörschelmann, Nena Kerkow, Ulrike Kubatscheck, Anita Metzler, Franziska Schulz, Katharina Spengler und Veronika Wieser)
- allen Kolleginnen und Kollegen in der Arbeitsgruppe und im Institut, die mit ihrem Interesse und Unterstützung zum Gelingen der Arbeit beigetragen haben
- den Freundinnen und Freunden und der Familie
- meinem Mann

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	1
2	THEORETISCHER HINTERGRUND	5
2.1	Ambulante Behandlung psychischer Störungen	5
2.1.1	Strukturen der psychotherapeutischen Versorgung	6
2.1.1.1	Neue Versorgungsformen	9
2.1.1.2	Versorgungssituation	11
2.2	Effektivität der psychotherapeutischen Behandlung	16
2.2.1	Outcome-Forschung	16
2.2.2	Settingspezifische Effekte (Einzel- versus Gruppentherapie)	24
2.3	Frühe Behandlungseffekte	32
2.3.1	Dose-Response-Forschung	32
2.3.2	Das Phasenmodell psychotherapeutischer Veränderungen	34
2.3.3	Early-Response-Forschung	35
2.3.4	Neue Ansätze der Verlaufsforschung	39
2.4	Verlauf unbehandelter psychischer Störungen	42
2.4.1	Studien zu kurzfristigen Verläufen	43
2.4.2	Studien zu langfristigen Verläufen	44
3	ZIELE, FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN	52
3.1	Zielsetzung	52
3.2	Fragestellungen	53
3.3	Hypothesen	56
4	METHODE	59
4.1	Kontext der Untersuchung	59
4.1.1	Behandlungsangebot und Behandlungsteam des MVZ	59
4.2	Studiendesign	60
4.2.1	Definierte Outcome-Kriterien	61
4.2.2	Primäres Outcome	61
4.2.3	Sekundäres Outcome	62
4.2.4	Basisdokumentation zu t_0	64
4.2.5	Fragebogen zur Behandlungssituation zu t_1	65
4.2.6	Einschluss- und Ausschlusskriterien zur Studienteilnahme	65
4.2.7	Definition der Untersuchungsgruppen	67
4.3	Durchführung der Datenerhebung	69
4.3.1	Die Baseline-Erhebung (t_0)	70
4.3.2	Die Messung sechs Monate nach dem Erstgespräch (t_1)	72
4.4	Auswertung der Daten	72
4.4.1	Datenmanagement	72

4.4.2	Berechnung des Stichprobenumfangs.....	73
4.4.3	Repräsentativitätsanalyse.....	74
4.4.4	Non-Completer-Analyse.....	74
4.4.5	Stichprobenbeschreibung.....	75
4.4.6	Daten zu Prozessmerkmalen der Behandlung	75
4.4.7	Umgang mit fehlenden Werten.....	76
4.4.8	Auswertung der Effektivitätsfragestellung	76
4.4.8.1	Zuordnung zu Erfolgsgruppen	79
5	ERGEBNISSE	80
5.1	Stichprobenbeschreibung	80
5.1.1	Zusammensetzung der Stichprobe	80
5.1.1.1	Entwicklung der Stichprobe bis t_0	80
5.1.1.2	Repräsentativitätsanalyse	83
5.1.2	Stichprobenbeschreibung und Stichprobenvergleich.....	90
5.2	Prozessmerkmale der Behandlung	103
5.2.1	Angaben zur ambulanten Behandlung bis t_1	103
5.2.2	Angaben zur Situation der unbehandelten Patienten	104
5.2.3	Stationäre Behandlungen bis t_1	105
5.3	Outcome-Analysen	105
5.3.1	Ergebnisse der Hauptfragestellung	106
5.3.1.1	Ergebnisse zu der Hauptfragestellung, Teil a.....	106
5.3.1.2	Ergebnisse zu der Hauptfragestellung, Teil b	109
5.3.1.3	Ergebnisse zu der Hauptfragestellung, Teil c.....	110
5.3.2	Ergebnisse zum Block 1 der Nebenfragestellungen 1 und 2	112
5.3.2.1	Ergebnisse der Nebenfragestellung 1, Teil a.....	112
5.3.2.2	Ergebnisse der Nebenfragestellung 1, Teil b	115
5.3.2.3	Ergebnisse der Nebenfragestellung 1, Teil c.....	116
5.3.2.4	Ergebnisse der Nebenfragestellung 2, Teil a.....	118
5.3.2.5	Ergebnisse der Nebenfragestellung 2, Teil b	121
5.3.2.6	Ergebnisse der Nebenfragestellung 2, Teil c.....	123
5.3.3	Ergebnisse zum Block 2 der Nebenfragestellungen 3, 4 und 5	124
5.3.3.1	Ergebnisse der Nebenfragestellung 3, Teil a.....	125
5.3.3.2	Ergebnisse der Nebenfragestellung 3, Teil b	128
5.3.3.3	Ergebnisse der Nebenfragestellung 3, Teil c.....	129
5.3.3.4	Ergebnisse der Nebenfragestellung 4, Teil a.....	131
5.3.3.5	Ergebnisse der Nebenfragestellung 4, Teil b	134
5.3.3.6	Ergebnisse der Nebenfragestellung 4, Teil c.....	136
5.3.3.7	Ergebnisse der Nebenfragestellung 5, Teil a.....	138
5.3.3.8	Ergebnisse der Nebenfragestellung 5, Teil b	141
5.3.3.9	Ergebnisse der Nebenfragestellung 5, Teil c.....	142
5.3.4	Ergebnisse zur Nebenfragestellung 6	144

5.3.4.1	Ergebnisse der Nebenfragestellung 6, Teil a.....	144
5.3.4.2	Ergebnisse der Nebenfragestellung 6, Teil b	147
5.3.4.3	Ergebnisse der Nebenfragestellung 6, Teil c.....	149
5.3.5	Erfolgsgruppen in den Untersuchungsgruppen.....	151
6	DISKUSSION	152
6.1	Zu der Hauptfragestellung	153
6.2	Zu Block 1 - Nebenfragestellungen 1 und 2	161
6.3	Zu Block 2 - Nebenfragestellungen 3, 4 und 5	164
6.4	Zu Nebenfragestellung 6	167
6.5	Zur Versorgungs- und Wartesituation.....	170
6.6	Stationäre Versorgung	173
6.7	Design-bezogene Aspekte.....	173
6.8	Fazit und Ausblick.....	180
7	ZUSAMMENFASSUNG.....	183
8	LITERATURVERZEICHNIS	185
9	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	194
10	ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	195
11	TABELLENVERZEICHNIS	198
	ANHANG.....	203

1 EINLEITUNG

Psychische Störungen sind weit verbreitet und verursachen bei den Betroffenen meist ein hohes Ausmaß an persönlichem Leiden. Laut einer bundesweiten repräsentativen Befragung in Deutschland im Jahr 1998 (Bundesgesundheitsurvey (GHS)) litten 31.2% der Erwachsenen Personen zwischen 18 und 65 Jahren im Jahr vor der Untersuchung an mindestens einer psychischen Störung; die Lebenszeitprävalenz wird in dieser Untersuchung mit 43% angegeben (Jacobi et al., 2004). Auch europaweite Daten sprechen mit einer 1-Jahresprävalenz von 27% und einer Lebenszeitprävalenz von ca. 50% für eine hohe Verbreitung der psychischen Störungen (Jacobi et al., 2004). In der öffentlichen Wahrnehmung sowie auch in den Gesundheitsberichten der Krankenkassen finden psychische Störungen daher zunehmend Beachtung: Die steigenden Arbeitsunfähigkeitstage und die Zunahme der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aufgrund psychischer Störungen führen zu stetig steigenden Kosten über die letzten Jahre. Nach Angaben der Deutschen Rentenversicherung Bund, 2008, nehmen psychische Erkrankungen als Ursache für Frühberentungen seit 2001 den ersten Platz ein und verursachen über 30% der Frühberentungen (BKK Gesundheitsreport 2008, S. 18). Die wahrgenommene Zunahme an psychischen Störungen wird einerseits in Zusammenhang mit rückläufigen körperlichen Erkrankungen gesehen; so reduzierte sich der Anteil der körperlichen Erkrankungen durch die Verlagerung des industriellen Sektors auf den Dienstleistungssektor innerhalb der Erwerbstätigkeitsfelder (DAK Gesundheitsreport 2009). Die neu entstandenen Arbeitsbereiche seien zumeist mit höherer psychischer Belastung und Stress verbunden, was auch auf die globale Wirtschaftsordnung sowie die Angst, in Zeiten der Wirtschaftskrise den Arbeitsplatz zu verlieren, zurückgeführt wird. Außerdem wird eine Zunahme an Belastungen durch gesellschaftliche Veränderungen angenommen, wie z.B. die Mehrfachbelastung bei berufstätigen Müttern, was ebenfalls mit einer der Zunahme psychischer Störungen assoziiert wird (BARMER Gesundheitsreport 2009). Die Berichte der Krankenkassen zeigen, dass die Thematik der psychischen Störungen sowie deren Folgen und die wirksame Behandlung dieser Erkrankungen bundes- und auch europaweit einen hohen Stellenwert haben (BKK Gesundheitsreport 2008, S. 17).

Die Versorgung der von psychischen Störungen betroffenen Patienten¹ kann im deutschen Gesundheitswesen grundsätzlich in drei verschiedenen Settings erfolgen: durch stationäre Behandlung (Krankenhäuser, Kliniken), teilstationäre Behandlung (Tageskliniken) oder ambulante Behandlung (Praxen, Ambulanzen, Beratungsstellen). Neben psychopharmakologischen Therapien stellen psychotherapeutische Ansätze die Hauptbehandlungsformen dar. Während die Bereiche der stationären und teilstationären psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland hinsichtlich der Effektivität in einer Reihe verschiedener Studien überprüft wurden, besteht hinsichtlich der Effektivität der ambulanten Psychotherapie unter Routinebedingungen ein gravierendes Forschungsdefizit.

Die Versorgungssituation für ambulante Psychotherapie ist gegenwärtig durch lange Wartezeiten und hohe Ablehnungsraten von Patienten gekennzeichnet: Aktuell warten Patienten meist über sechs Monate nach einem diagnostischen Erstgespräch auf einen Behandlungsplatz. Auch im Bundesgesundheitsurvey zeigte sich, dass nur eine niedrige Versorgungsrate, bezogen auf die in der Studie ermittelte 12-Monats-Prävalenz, besteht: Lediglich 40% der Befragten, die in den letzten 12 Monaten mindestens eine psychische Störung hatten, erhielten wenigstens eine ‚minimale Intervention‘, d.h. irgendeine Behandlung oder eine Empfehlung dafür durch einen Arzt. Eine solche Versorgungssituation birgt die Gefahr der Verschlechterung und im langfristigen Verlauf das Risiko von Komorbiditäten und kann zur Chronifizierung der Störungen führen (Franz et al., 2000).

Um die Versorgungssituation zu verbessern und die sektorale Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung zu überwinden und somit Kosten zu reduzieren, wurden in Folge des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (2004) Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gegründet. Ein solches Medizinisches Versorgungszentrum für ambulante Verhaltenstherapie bietet den Rahmen der hier vorgestellten Arbeit: Die Effektivität der ambulanten Verhaltenstherapie im Vergleich zur unbehandelten Wartesituation ist Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Studie. Es bietet sich in dieser ambulanten Einrichtung in Hamburg die Möglichkeit, Patienten mit einem breiten Spektrum an psychischen Störungen in unterschiedlichen Versorgungssituati-

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden bei verallgemeinernden Aussagen (Patienten, Therapeuten, Praktikanten, Diplomanden) die grammatikalisch männliche Form verwendet, wobei weibliche und männliche Personen gleichermaßen gemeint sind.

onen über einen bestimmten Zeitraum nach dem diagnostischen Erstgespräch zu untersuchen.

Bei der im Folgenden dargestellten Arbeit handelt es sich um eine naturalistische Outcome-Studie im Bereich der ambulanten Psychotherapieforschung mit dem Ziel, die Effektivität ambulanter Verhaltenstherapie während der Anfangsphase von sechs Monaten nach dem diagnostischen Erstgespräch im Vergleich zur unbehandelten Situation zu untersuchen. Dies erfolgt in einer prospektiven Erhebung mit Fragebögen im Anschluss an das diagnostische Erstgespräch in der Einrichtung und einer weiteren postalischen Erhebung sechs Monate später. In einem quasiexperimentellen Design werden Patientengruppen in unterschiedlicher Versorgungssituation über den Untersuchungszeitraum von sechs Monaten nach dem Erstgespräch miteinander verglichen und in definierten Outcome-Parametern hinsichtlich der Effektivität der Intervention verglichen.

Die Arbeit ist in mehrere Abschnitte untergliedert. Der **Theorieteil** gibt einen Überblick über die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten und Versorgungsstrukturen für psychisch erkrankte Patienten. Das folgende Unterkapitel befasst sich mit der Effektivität der Psychotherapie, auch im Hinblick auf unterschiedliche Settings (Einzel- oder Gruppentherapie). Entsprechend der Thematik dieser Arbeit werden Forschungsansätze zu frühen Behandlungseffekten in einem weiteren Abschnitt dargestellt. Mit einem Kapitel zur unbehandelten Situation schließt der Theorieteil ab. Im Anschluss daran erfolgt die Formulierung der **Ziele, Fragestellungen und Hypothesen**.

Der **Methodenteil** beginnt mit einem Kapitel zu den Rahmenbedingungen der Untersuchung und der Beschreibung der ambulanten verhaltenstherapeutischen Einrichtung, an der die Datenerhebung stattgefunden hat. Es folgt die Beschreibung des Untersuchungsdesigns, sowie eine Schilderung der definierten Outcome-Kriterien und der verwendeten Instrumente. Darauf folgend werden die für die verschiedenen Messzeitpunkte entwickelten Fragebögen beschrieben. Im nächsten Abschnitt werden die definierten Ein- und Ausschlusskriterien genannt, gefolgt von der Definition der Untersuchungsgruppen. Nach einer Beschreibung der Studiendurchführung zu den verschiedenen Messzeitpunkten und der weiteren Datenbearbeitung schließt das Methodenkapitel mit der Darstellung der angewendeten Auswertungsverfahren.

Im **Ergebnisteil** wird die Stichprobenszusammensetzung über den gesamten Rekrutier-

rungszeitraum hinweg dargestellt. Es folgen Untersuchungen zur Repräsentativität der untersuchten Stichprobe sowie eine Drop-out-Analyse über den Untersuchungszeitraum von sechs Monaten. Die Stichprobenbeschreibung wird zunächst über die Gesamtheit von Patienten, die im Untersuchungszeitraum an der Studie teilnahmen, vorgenommen; eine differenzierte Darstellung der Stichprobenmerkmale in Bezug auf die fünf Untersuchungsgruppen folgt anschließend mit dem Fokus auf statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen den beiden Hauptuntersuchungsgruppen. Anschließend werden Informationen zu der Versorgungssituation bzw. Prozessmerkmale der Behandlung zu den Messzeitpunkten zusammengefasst beschrieben. Die Ergebnisse der kovarianzanalytischen Berechnungen zur Effektivität der Therapie werden entsprechend den Fragestellungen gruppiert sowie tabellarisch und graphisch aufbereitet dargestellt. Die Darstellung von Sekundäranalysen zu Erfolgsgruppen innerhalb der Untersuchungsgruppen schließt den Ergebnisteil ab.

Die **Diskussion** nimmt auf die Hauptergebnisse sowie inhaltliche und methodische Aspekte der Untersuchung Bezug. Hier werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der anfangs dargestellten Forschungsbefunde diskutiert und bewertet. Dabei stehen die Ergebnisse zur Effektivität der Therapie im Vordergrund.

2 THEORETISCHER HINTERGRUND

Zunächst wird ein Überblick über ambulante Versorgungsstrukturen für psychisch erkrankte Patienten und die aktuellen Behandlungsmöglichkeiten für Patienten mit psychischen Störungen gegeben, wobei auch neue Versorgungsformen sowie die aktuelle Versorgungssituation für Patienten dargestellt werden. In dem folgenden Unterkapitel zur Effektivität der Psychotherapie werden Befunde aus diesem Bereich unter besonderer Berücksichtigung von effectiveness-Studien dargestellt. Setting-spezifische Effekte in der ambulanten Psychotherapie werden in einem eigenen Unterkapitel behandelt. Entsprechend der Thematik dieser Arbeit werden anschließend frühe Behandlungseffekte besonders fokussiert und Befunde der early-response-Forschung sowie neuer Verlaufsforschung geschildert. Ein Abschnitt zum Verlauf un behandelter psychischer Störungen unter Berücksichtigung kurz- und langfristiger Verläufe schließt den Theorieteil ab.

2.1 Ambulante Behandlung psychischer Störungen

Im Folgenden werden die Rahmenbedingungen und Strukturen der Behandlung psychischer Störungen bei Erwachsenen im deutschen Gesundheitssystem dargestellt. Die psychotherapeutische Versorgung wird in der Bundesrepublik Deutschland durch das fünfte Buch der Sozialgesetzgebung (Sozialgesetzbuch (SGB) V) geregelt: Demnach haben Versicherte „Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.“ (SGB V, 1999)

Das deutsche Gesundheitssystem verfügt über eine vergleichsweise gut ausgebaute Versorgungsstruktur für Patienten mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Problemlagen. Ein aktueller Überblick über die Strukturen und Versorgungswege der psychotherapeutischen Versorgung findet sich bei Watzke et al. (2009) sowie bei Schulz et al. (2008). Die Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen erfolgt hauptsächlich in drei unterschiedlichen Versorgungsbereichen:

- stationär (Krankenhäuser, Kliniken)
- teilstationär (Tageskliniken)
- ambulant (Praxen, Ambulanzen, Beratungsstellen).

Im folgenden Abschnitt wird der Bereich der ambulanten Versorgung erläutert, da die vorliegende Arbeit sich mit der Effektivität im ambulanten Versorgungsbereich befasst.

2.1.1 Strukturen der psychotherapeutischen Versorgung

Die ambulante psychotherapeutische Versorgung wird durch das Psychotherapeutengesetz, (Sozialgesetzbuch V, 1999, § 317) das 1999 in Kraft getreten ist, geregelt. Seitdem erfolgt ambulante Psychotherapie hauptsächlich durch niedergelassene **psychologische** oder **ärztliche Psychotherapeuten**, die an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen. Die beiden Berufsgruppen wurden durch das Gesetz weitgehend gleich gestellt, obgleich die Ausbildungswege sehr unterschiedlich verlaufen: Die Weiterbildung für die psychotherapeutische Tätigkeit ist für Ärzte durch die Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern geregelt. Ärzte können durch Weiterbildungscurricula die Facharztbezeichnung ‚Psychiatrie und Psychotherapie‘, ‚Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie‘ oder ‚Psychosomatische Medizin und Psychotherapie‘ erwerben. Eine solche Weiterbildung erfolgt in Kliniken und entsprechenden Fachabteilungen. Eine weitere Ausbildungsmöglichkeit für Ärzte besteht in der Zusatzbezeichnung ‚Psychotherapie‘ und/oder ‚Psychoanalyse‘, die Berufs begleitend in einer Zusatzausbildung an Weiterbildungsinstituten oder bei befugten niedergelassenen Ärzten erworben werden kann.

Die Qualifikation der tätigen **psychologischen Psychotherapeuten** wird hingegen durch das Psychotherapeutengesetz geregelt: Die Ausbildung nach dem abgeschlossenen Studium erfolgt in staatlich anerkannten privaten oder universitären Ausbildungsinstituten und wird mit einer staatlichen Prüfung abgeschlossen. Anschließend kann der auf diese Weise ausgebildete psychologische Psychotherapeut einen Antrag auf Approbation stellen.

Neben den bisher genannten psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten werden ambulante psychotherapeutische Behandlungen zu einem sehr geringen Anteil von psychotherapeutisch Tätigen im Rahmen des Heilpraktikergesetzes durchgeführt, deren Leistungen nur ausnahmsweise mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden können. Darüber hinaus gibt es einen kleineren Anteil an selbstzahlenden und privat versicherten Patienten, die ebenfalls von ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten in privater Praxis behandelt werden. Eine weitere Möglichkeit,

psychotherapeutische Behandlungen in Anspruch zu nehmen, besteht im Rahmen des so genannten Erstattungsverfahrens (vgl. Borchers, 2004). Dies kommt dann zu Tragen, wenn der Versicherte einen Antrag auf Durchführung einer Psychotherapie bei seiner Krankenkasse stellt, falls er nachweisen kann, dass mindestens drei Psychotherapeuten keinen Behandlungsplatz innerhalb von sechs Wochen bis drei Monaten anbieten können. In diesem besonderen Fall sind approbierte Psychotherapeuten auch ohne Kassensitz zur Ausübung von Psychotherapie nach den Richtlinienverfahren² berechtigt.

Nach Statistiken der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vom 31.12.2009 übernehmen 13 038 psychologische Psychotherapeuten einen Großteil der Versorgung psychisch kranker Menschen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (KBV 2009). Die Gruppe der psychotherapeutisch tätigen Ärzte besteht zum einen aus Fachärzten unterschiedlicher Ausrichtung (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie) und aus Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie. Im ambulanten Rahmen waren im Jahr 2004 lt. KBV-Statistik 3 482 Ärzte ausschließlich psychotherapeutisch tätig, während 5 891 auch – vorwiegend zu einem deutlich niedrigeren Anteil – psychotherapeutische Leistungen, erbrachten (Schulz et al., 2006, S. 182).

Durch das seit 1999 bestehende Psychotherapeutengesetz werden psychoanalytisch und tiefenpsychologisch begründete Verfahren sowie Verhaltenstherapie als Behandlungsformen zugelassen, da ihnen „ein umfassendes Theoriesystem der Krankheitsentstehung zugrunde [liegt] und ihre spezifischen Behandlungsmethoden in ihrer therapeutischen Wirksamkeit [belegt worden] sind“ (Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA), Psychotherapie-Richtlinie, (GBA, 2009, S. 8)). Psychotherapeuten mit einer therapeutischen Weiterbildung in den genannten Ausrichtungen, die über eine Zulassung (Approbation) verfügen, sind somit durch das Gesetz berechtigt, Patienten im Rahmen der geltenden Bestimmungen zu behandeln und diese Therapie mit den Leistungsträgern abzurechnen.

Hinsichtlich der therapeutischen Ausrichtung unterscheiden sich die psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten ebenfalls deutlich: Unter den psychologischen Psy-

² gemäß Psychotherapeutengesetz, 1999: psychoanalytisch und tiefenpsychologisch begründete Verfahren sowie Verhaltenstherapie

chotherapeuten ist die Gruppe der Verhaltenstherapeuten mit 47% am größten, während bei den ärztlichen Psychotherapeuten mit 84% die psychodynamischen Verfahren offensichtlich überwiegen (Schulz et al., 2006; Schulz et al., 2008; Watzke et al., 2009).

Die Dauer der Behandlung wird durch die Psychotherapie-Richtlinien bei einer Verhaltenstherapie auf 25 Stunden für eine Kurzzeittherapie bzw. für 45 Stunden für eine Langzeittherapie festgesetzt. Eine Verlängerung auf 65 bzw. 80 Stunden ist ausnahmsweise in der Verhaltenstherapie möglich. In tiefenpsychologisch orientierten Therapien werden dagegen 50 Sitzungen festgelegt, wobei eine Verlängerung auf 100 Stunden möglich ist, während in der Psychoanalyse 160 Stunden bis maximal 300 Stunden durch Verlängerung vorgesehen sind. Verlängerungen werden nach gesonderter Beantragung durch einen Gutachter ermöglicht. Lt. Nissen sind in Deutschland etwa ein Drittel der kassenfinanzierten Therapien Langzeittherapien in einem Umfang zwischen 25 und 80 Stunden, während psychoanalytische Therapien ebenfalls zu einem Drittel als Langzeittherapien beantragt werden (2001).

Ein weiterer Bereich, in dem ambulante psychotherapeutische Versorgung stattfindet, besteht in **psychotherapeutischen Ambulanzen**, die meist an Krankenhäuser oder Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie auch an universitäre Kliniken und universitäre oder staatlich anerkannte psychotherapeutischen Ausbildungsstätten angegliedert sind. In Ambulanzen können Patienten – auch außerhalb der Versorgung durch niedergelassene Psychotherapeuten – Leistungen in Anspruch nehmen, die meist Diagnostik, psychotherapeutische Behandlungen, Krisenintervention, Indikationsstellung zur weiterführenden ambulanten oder stationären Behandlung, sowie Beratung umfassen (Schulz et al., 2008). Diese Tätigkeiten werden vorwiegend von Ärzten und Psychologen, teilweise mit Unterstützung von Sozialarbeitern und Pflegepersonal, ausgeübt. Im Jahr 2001 wurden die Behandlungsfallzahlen aufgrund einer Umfrage an 184 Institutsambulanzen von Spengler auf 175 000 geschätzt. (Spengler, 2003).

Schließlich zählen auch **psychosoziale Beratungsstellen** zum ambulanten Versorgungsangebot. Diese richten sich an Personen in Krisen- und Konfliktsituationen und bieten neben lösungsorientierter Beratung auch psychotherapeutische Maßnahmen an. Die Finanzierung dieser Einrichtungen wird unabhängig von den gesetzlichen Krankenversicherungen durch die Trägerorganisationen übernommen, so dass die Inan-

spruchnahme der Angebote oft mit einer Selbstbeteiligung der Ratsuchenden verbunden ist (vgl. Vogel, 1996). Die Tätigkeit in Beratungsstellen wird häufig von multiprofessionellen Teams geleistet (z.B. mit Pädagogen, Sozialarbeitern, Theologen und Juristen). 2006 existierten nach einer Befragung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung (DAJEB) 12 145 psychosoziale Beratungsstellen in Deutschland, die unterschiedliche thematische Schwerpunkte hatten (z.B. Ehe-, Familien-, Lebens- und Partnerberatung, Erziehungsberatung und Beratung für Kinder und Jugendliche, Krisenintervention, Frauenberatung, Beratung Alleinerziehender, Suchtberatung, Beratung für psychische Kranke, Ausländerberatung, Sexualberatung, Familienplanungsberatung und AIDS-Beratung). Selbsthilfegruppen sowie Einrichtungen für Behinderte, Straffälligeneinrichtungen, psychologische Beratungsstellen für schwer körperlich Kranke (z.B. Onkologie) und Einrichtungen für bestimmte Zielgruppen wie Arbeitslose, Schüler und Studierende wurden in der Befragung nicht berücksichtigt (Schulz et al., 2008).

2.1.1.1 Neue Versorgungsformen

Eine weiterer Bereich, in dem ambulante Psychotherapie stattfindet, besteht in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), die in Folge des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherungen (Gesundheitsmodernisierungsgesetz, GMG³) seit 2004 entstanden sind. Dies sind „fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Auch Krankenhäuser können Betreiber einer Arztpraxis bzw. mehrerer Praxen (Ärztehaus) sein“ (Wagner, Ackerschott & Lenz, 2007, S. 28). Durch die fachärztliche Zusammenarbeit, auch über die Grenzen verschiedener Leistungssektoren (stationärer, teilstationärer und ambulanter Bereich) hinweg, soll die Behandlung für Patienten bei sinkenden Kosten für die Leistungsträger verbessert und stringenter werden. Amelung et al. gehen von einer Weiterentwicklung der MVZ zu umfassenden Gesundheitszentren aus, da dies den Bedürfnissen chronisch Erkrankter, multimorbider und älterer Patienten entspräche, und da sich die fachübergreifende ärztliche Zusammenarbeit für Patienten und Leistungsträger als vorteilhaft erweist (2006, S.22). Einen langfristig wachsenden Anteil der MVZ an der ambulanten Versorgung auf 10 bis 20 Prozent nehmen auch Schroeder-Printzen & Müller an (2009).

³ vgl. §140a des SGB V

Hinsichtlich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung innerhalb der MVZ bestehen jedoch noch keine umfassenden Auswertungen über die Behandlungen und den Patientenfluss.

Zusammenfassend kann somit festgestellt werden, dass die noch relativ neue Organisationsform der Medizinischen Versorgungszentren bisher einen eher geringen Anteil in der gesamten Versorgung sowie insbesondere in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ausmachen, der jedoch zukünftig eine wachsende Bedeutung haben wird.

Integrierte Versorgung

Eine neue gesetzliche Grundlage für psychotherapeutische Behandlungen, die in Zusammenhang mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz entstanden ist und zukünftig weiter entwickelt werden wird, ist die Integrierte Versorgung (IV). Diese schafft vertragliche Rahmenbedingungen für die Behandlung und deren Vergütung und hat zum Ziel, verschiedene Leistungssektoren zu integrieren oder aber die Kooperation verschiedener Fachgruppen zu unterstützen (Mühlbacher & Ackerschott, 2007). Die Krankenkassen können sich lt. §140b über verschiedene Leistungssektoren hinweg mit verschiedenen Vertragspartnern, wie z.B. niedergelassenen Ärzten, Kliniken, ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen, Apotheken und anderen Leistungserbringern zu Integrierten Versorgungsformen zusammenschließen (SGB, 1999). Bezogen auf die ambulante Psychotherapie ist sowohl eine sektoral übergreifende Integrierte Versorgung möglich, als auch fachübergreifende Behandlung in multiprofessionellen Behandlungsteams. Die Teilnahme der Patienten an integrierten Versorgungsformen ist freiwillig und es besteht das Recht der Patienten auf umfassende Information über die Verträge der Integrierten Versorgung durch ihre Krankenkassen.

In der Integrierten Versorgung wird u.a. mittels Fallpauschalen eine Reduzierung der Kosten angestrebt. Daneben soll die Qualität der Behandlung sichergestellt bzw. erhöht werden, z.B. durch eine verbesserte Kommunikation an den Schnittstellen der Sektoren (z.B. ambulant-stationär), sowie durch die Vermeidung unnötiger Mehrfachuntersuchungen oder Krankenhauseinweisungen. Auch eine Erhöhung der Kontinuität in Behandlungsprozessen, z.B. durch ein Case-Management wird zu diesem Zweck angestrebt. Einen aktuellen Überblick über Projekte der Integrierten Versorgung in der Behandlung psychischer Störungen bietet die Website der Gesellschaft

für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde⁴. Diese enthält 56 Projekte mit vorwiegend klinischen und ärztlichen Kooperationspartnern in den Schwerpunkten ‚Psychiatrie‘, ‚Sucht‘, ‚Psychiatrie, Sucht und/oder Psychosomatik‘ sowie ‚Psychosomatik‘. Ambulante Psychotherapeuten werden hier in zehn Projekten als Kooperationspartner aufgeführt. Es existieren bislang jedoch noch keine umfassenden veröffentlichten Auswertungen dieser Projekte, so dass dieser Versorgungsbereich insgesamt als relativ wenig erforscht und wissenschaftlich evaluiert bezeichnet werden kann.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sowohl die Organisationsform der Medizinischen Versorgungszentren als auch die auf Integrierter Versorgung basierende ambulante psychotherapeutische Behandlung bislang seltene Rahmenbedingungen für die psychotherapeutische Versorgung darstellen.

2.1.1.2 Versorgungssituation

Anknüpfend an die allgemeine Darstellung der Rahmenbedingungen für die ambulante psychotherapeutische Behandlung psychischer Störungen und die ambulanten Versorgungsstrukturen für psychisch erkrankte Menschen soll im Folgenden die aktuelle Versorgungssituation im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung für Patienten mit psychischen Störungen geschildert werden. Dabei wird zunächst auf die Unterscheidung zwischen der Prävalenz und dem Behandlungsbedarf eingegangen. Anschließend wird die aktuelle Versorgungssituation im Bereich der ambulanten Psychotherapie beschrieben und anhand von Studien zur Versorgungs- und Wartesituation ergänzt.

Der Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung ist durch die Prävalenz der psychischen Störungen zwar mitbedingt, er ist jedoch nicht direkt daraus abzuleiten oder damit gleichzusetzen (Wittchen & Jacobi, 2001), (Löcherbach & Weber, 2000, S. 29). Infolge des Psychotherapeutengesetzes wurde die Ausgangssituation bezüglich der Therapeutendichte (Einwohner/Arzt bzw. Therapeuten-Relation), die bei Inkrafttreten des Gesetzes 1999 herrschte, in der Bedarfsplanung als Grundlage für die Sollgrößen festgelegt. Da viele Psychotherapeuten vor 1999 eine starke Präferenz für Großstädte und Ballungszentren zeigten, folgte daraus eine erhebliche Ungleichverteilung der

⁴ DGPPN, http://media.dgppn.de/media/dgppn/pdf/aktuell/integrierte_versorgung/iv-projekte-dgppn-2009.pdf, [letzter Zugriff: 20.12.2010]

Versorgungsdichte und in der ‚Bedarfsplanung‘ in unterschiedlich strukturierten Regionen: Es kam so zu der auch heute bestehenden deutlich höheren Versorgungsdichte in Ballungszentren gegenüber ländlichen Gegenden sowie zu einem massiven Gefälle der Versorgungsdichte in westlichen gegenüber östlichen Bundesländern (Schulz et al., 2008, S. 12).

In dem Bestreben, diese willkürliche Bedarfsfestsetzung unter Einbezug epidemiologischer Daten sowie unter Berücksichtigung von therapeuten- und behandlungsspezifischen Merkmalen zu überprüfen und eine realistische Bedarfsplanung zu entwickeln, erarbeiteten Löcherbach und Mitarbeiter in einer dreijährigen Studie eine patientenorientierte Bedarfsermittlung und –planung in der ambulanten Versorgung (Löcherbach & Weber, 2000). In dieser Bedarfsplanung werden neben der epidemiologisch begründeten Fallrate, die auf 1.89% (bezogen auf die Gesamtbevölkerung) geschätzt wird, folgende wichtige Einflussgrößen auf den Behandlungsbedarf genannt:

- die niedrige Erkennungsrate von psychischen Störungen (diese liegt bei Hausärzten unter 50%)
- der unterschiedliche Leidensdruck der Betroffenen und der unterschiedliche (auch störungsspezifisch unterschiedliche) Behandlungsbedarf
- die Diskrepanz von subjektivem Behandlungsbedürfnis und der Einschätzung von Außenstehenden
- die Aufgabe der Therapieplatzsuche von Behandlungswilligen, die ihre Suche beenden, bevor sie in Behandlung gekommen sind
- die unterschiedliche Akzeptanz von Psychotherapiewilligen gegenüber einem Therapieplatz, der ihnen angeboten wird

Das Inanspruchnahmeverhalten der Betroffenen wird darüber hinaus als abhängig vom Informations- und Akzeptierungsgrad der verschiedenen psychotherapeutischen Angebote beschrieben. Die Untersuchung befasst sich mit den bundesweit tätigen Psychotherapeuten und ihren Kapazitäten und setzt diese in Relation zu den ermittelten Indikatoren für Behandlungsbedarf unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Behandlungsdauer und der variierenden Auslastung der Therapeuten aufgrund von Vollzeit- und Teilzeittätigkeit. Die Autoren kommen aufgrund ihrer Berechnungen zu folgender Aussage:

Die derzeit praktizierte ‚Bedarfsplanung‘ (sie müsste eigentlich Angebotsplanung heißen), die für alle Fachgruppen in gleicher Weise durchgeführt wird, setzt die empirisch vorgefundenen Einwohner-Arzt-Relationen als Maßzahlen für den ‚bedarfsgerechten‘ Versorgungsgrad fest (...). Sie berücksichtigt keine der in unserer Modellrechnung verwendeten Bedarfsindikatoren. (...) Gemessen an der Zahl potenzieller Patienten mit entsprechend behandlungsbedürftigen Gesundheitsproblemen, herrscht in Deutschland durchschnittlich eine massive Unterversorgung in diesem Bereich. Nur etwa 50% der psychotherapeutisch Behandlungsbedürftigen können von den derzeit im Rahmen der GKV zugelassenen Therapeuten psychotherapeutisch versorgt werden, bei immensen regionalen Unterschieden. (Löcherbach & Weber, 2000, S. 27).

Dies spiegelt sich – als Kennzeichen der Versorgungssituation im Bereich der ambulanten Psychotherapie in Deutschland – in den gegenwärtig langen Wartezeiten. Lt. Helbig und Mitarbeitern sind diese „... bei der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen ... heute eher die Regel als die Ausnahme.“ (Helbig et al., 2004, S. 294). Die Autoren weisen darauf hin, dass neben der ethischen Problematik dieser Situation auch direkte negative Konsequenzen für den Therapieverlauf durch die Wartezeiten zu erwarten seien, da die Anzahl der Therapieablehnungen mit zunehmender Wartezeit ansteige. Außerdem nähmen die indirekten Kosten, wie z.B. Arbeitsunfähigkeit und vermehrte Arztbesuche, durch die Wartesituation zu (Helbig et al., 2004; Helbig & Hoyer, 2007).

In einer bundesrepräsentativen Studie zeigten Zepf et al. (2001, 2003) anhand einer Befragung von 1 042 Psychotherapeuten in den Regionen Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein und Sachsen, dass die Wartezeit für ein diagnostisches Erstgespräch durchschnittlich 1.9 Monate betrug (siehe Tabelle 1). Vergleiche zwischen den unterschiedlichen Kostenträgern sowie den Berufs- und Fachgruppen ergaben, dass dabei signifikante Unterschiede sowohl zwischen den Berufs- und Fachgruppen als auch zwischen den Kostenträgern auftraten: Die längsten Wartezeiten entstanden bei Versicherten der Primärkassen, während für Selbstzahler, Beihilfeversicherte und Privatversicherte die Wartezeiten am kürzesten ausfielen. Zwischen den Berufsgruppen waren die Wartezeiten bei psychologischen Psychotherapeuten länger als für Ärzte mit psychotherapeutischer Qualifikation.

Tabelle 1: Durchschnittliche Wartezeit auf ein diagnostisches Erstgespräch

Berufs- und Fachgruppen	n	Wartezeit (Monate)			
		Gesamt	Selbstzahler/ Beihilfevers./ Privatvers.	Ersatzkassen	Primärkassen
		MW	MW	MW	MW
Psychologischer Psychotherapeut ^a	598	2.2 +/- 0.2	1.6 +/- 0.2	2.3 +/- 0.2	2.7 +/- 0.3
Facharzt für psychotherapeutische Medizin ^b	99	0.9 +/- 0.2	0.6 +/- 0.1	0.9 +/- 0.2	1.3 +/- 0.5
Psychiater/ Nervenarzt ^b	93	1.4 +/- 0.4	0.9 +/- 0.3	1.6 +/- 0.5	1.9 +/- 0.6
Ärzte mit Zusatzbezeichnung ^b	129	1.5 +/- 0.4	1.0 +/- 0.4	1.6 +/- 0.4	1.8 +/- 0.3
Gesamt ^b	919	1.9 +/- 0.2	1.3 +/- 0.1	2.0 +/- 0.2	2.4 +/- 0.2
Tiefenpsychologischer Psychotherapeut ^a	470	1.9 +/- 0.1	1.3 +/- 0.2	1.9 +/- 0.3	2.2 +/- 0.3
Verhaltenstherapeutischer Psychotherapeut ^a	299	2.4 +/- 0.1	1.6 +/- 0.2	2.5 +/- 0.3	2.9 +/- 0.4
Psychoanalytischer Psychotherapeut ^a	196	1.4 +/- 0.2	0.9 +/- 0.1	1.6 +/- 0.4	1.8 +/- 0.4

Anmerkungen. Quelle: Zepf, Mengele & Marx, 2000, S. 43, Konfidenzintervalle = 95%

Beihilfevers. = Beihilfeversicherte, Privatvers. = Privatversicherte

Unterschiede in den Wartezeiten der Patienten der verschiedenen Kostenträger sind statistisch signifikant:

^ap < .001, ^bp < .01 [t-Test] odds ratio im Signifikanzbereich

Innerhalb der psychologischen Fachrichtung waren die Wartezeiten für ein diagnostisches Erstgespräch bei verhaltenstherapeutischen Psychotherapeuten länger als bei tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapeuten oder Psychoanalytikern.

Die Wartezeit nach dem diagnostischen Erstgespräch auf einen Therapieplatz betrug nach der Befragung durchschnittlich 4.6 Monate (siehe Tabelle 2) und wurde, wie auch die Wartezeit für das diagnostische Erstgespräch, vom Kostenträger und der Berufs- und Fachgruppe des Behandelnden beeinflusst. Während Unterschiede zwischen Kostenträgern und Berufsgruppen in gleicher Weise wie für das diagnostische Erstgespräch ausgeprägt waren, unterscheiden sich die Wartezeiten in der therapeutischen Ausrichtung nun in der Weise voneinander, dass Psychoanalytiker die längsten Wartezeiten für einen Therapieplatz aufwiesen, während tiefenpsychologisch fundierte und verhaltenstherapeutische Psychotherapien vergleichbar lange Wartezeiten zeigten. Darüber hinaus stellte sich in den Untersuchungen von Zepf und Mitarbeitern heraus, dass bei jeder zweiten Anfrage wegen eines Erstgesprächs und einer möglichen Behandlung keine probatorischen Sitzungen zustande kamen (Zepf, Mengele &

Hartmann, 2003; Zepf et al., 2001).

Tabelle 2: Durchschnittliche Wartezeit auf einen Psychotherapieplatz

Berufs- und Fachgruppen	n	Wartezeit (Monate)			
		Gesamt MW	Selbstzahler/ Beihilfevers./ Privatvers. MW	Ersatzkassen MW	Primärkassen MW
Psychologischer Psychotherapeut ^a	595	4.8 +/- 0.2	3.5 +/- 0.2	5.1 +/- 0.3	5.7 +/- 0.3
Fachärzte für psychotherapeutische Medizin ^a	98	4.1 +/- 0.5	2.9 +/- 0.6	4.6 +/- 0.7	5.8 +/- 0.8
Psychiater/Nervenarzt ^a	92	4.2 +/- 0.6	2.6 +/- 0.6	4.7 +/- 0.8	5.5 +/- 0.7
Ärzte mit Zusatzbezeichnung ^a	129	4.2 +/- 0.5	2.6 +/- 0.5	4.9 +/- 0.6	5.1 +/- 0.6
Gesamt ^a	914	4.6 +/- 0.2	3.2 +/- 0.2	5.0 +/- 0.3	5.6 +/- 0.3
Tiefenpsychologischer PT ^a	469	4.4 +/- 0.3	3.1 +/- 0.3	4.8 +/- 0.3	5.4 +/- 0.3
Verhaltenstherapeutischer Psychotherapeut ^a	299	4.5 +/- 0.4	3.0 +/- 0.3	4.8 +/- 0.4	5.3 +/- 0.4
Psychoanalytischer Psychotherapeut ^a	192	5.2 +/- 0.5	3.7 +/- 0.5	5.7 +/- 0.5	6.5 +/- 0.6

Anmerkungen. Quelle: Zepf, Mengele & Marx, 2000, S. 43, Konfidenzintervalle = 95%

Beihilfevers. = Beihilfeversicherte, Privatvers. = Privatversicherte

Unterschiede in den Wartezeiten der Patienten der verschiedenen Kostenträger sind statistisch signifikant:

^ap < .001 [t-Test] odds ratio im Signifikanzbereich

Weitere Analysen zeigten, dass sich die unbehandelten und behandelten Patienten hinsichtlich ihrer Diagnosen voneinander unterschieden: Die unbehandelten Patienten erhielten durchschnittlich 1.9 gestellten Diagnosen im Vergleich zu den behandelten Patienten mit durchschnittlich 1.4 Diagnosen und wiesen somit eine höhere Komorbidität auf. Bei 51 (1%) der unbehandelt gebliebenen 3 926 Patienten konnte keine Störung diagnostiziert werden. Lt. Zepf und Mitarbeitern legten die diagnostizierten Störungsbilder der restlichen 3 875 Patienten, die nach den probatorischen Sitzungen nicht in Behandlung genommen wurden, nahe, dass diese Patienten sehr wohl als behandlungsbedürftig anzusehen sind (Zepf, 2003).

Eine andere Studie, die nach dem Vorbild der Consumer-Report-Studien (siehe auch Kapitel 2.2.1) in Form einer Umfrage des Magazins „Stern – Gesund leben“ durchgeführt wurde, zeigte, dass neben zu geringem Wissen über die Behandlungsmöglichkeiten lange Wartezeiten die häufigsten Ursachen waren, deretwegen depressive Patienten, die bereits zu einem früheren Zeitpunkt eine Psychotherapie erwogen hatten, diese nicht begonnen haben (Hoyer, Helbig & Wittchen, 2006).

Inwieweit sich das Ausmaß der Unterversorgung im Bereich der ambulanten Psychotherapie, das in den genannten Studien vor allem bezüglich der Wartezeit untersucht wurde, in den letzten Jahren verändert hat, lässt sich aufgrund fehlender umfassender Untersuchungen zu der Versorgungslage und zu den Wartezeiten nicht beurteilen. Die von den Krankenkassen verzeichneten zunehmenden AU-Zeiten durch psychische Störungen (DAK, 2009; Heyde, Macco & Vetter, 2008) sprechen eher dafür, dass sich die Versorgungslage hinsichtlich der Wartezeiten für therapiebedürftige Patienten weiterhin ungünstig entwickeln wird.

Wie in Kap. 2.1. dargestellt, sind die vorgehaltenen Behandlungsmöglichkeiten für Patienten mit psychischen Störungen differenziert, in ihrer Vielfalt beachtlich und im Vergleich zu anderen Ländern gut ausgebaut. Trotzdem besteht im Bereich der ambulanten kassenärztlichen Versorgung, in dem auch die vorliegende Untersuchung angesiedelt ist, ein Versorgungsmangel für Patienten mit einem Bedarf an Psychotherapie, der sich in langen Wartezeiten für Psychotherapieplätze spiegelt.

2.2 Effektivität der psychotherapeutischen Behandlung

In diesem Kapitel werden verschiedene Ansätze zur Untersuchung der Effektivität der Psychotherapie im Rahmen der Outcome-Forschung geschildert. Zu Beginn erfolgt eine allgemeine Darstellung zu Befunden der Effektivität von Psychotherapie, gefolgt von einem Überblick zu verschiedenen Ansätzen zur Effektivitätsmessung. Da es in der vorliegenden Studie um die kurzfristige Effektivität ambulanter Verhaltenstherapie unter den Rahmenbedingungen der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland geht, werden hier insbesondere deutsche Studien zur Wirksamkeit der Verhaltenstherapie vorgestellt. Anschließend werden Befunde zum Einfluss des Settings (Gruppen- und Einzelpsychotherapie) auf die Effektivität der Psychotherapie geschildert. In den nächsten Abschnitten werden verschiedene Ansätze vorgestellt, die sich mit Dosis- bzw. Phasen-abhängiger sowie auch speziell mit kurzfristiger Effektivität der Psychotherapie und neuer Verlaufsforschung befassen. Ein Abschnitt zu kurz- und langfristigen Verläufen in der unbehandelten Situation schließt das Kapitel ab.

2.2.1 Outcome-Forschung

Um die Wirksamkeit eines therapeutischen Verfahrens zu überprüfen, ist es aus heutiger Sicht notwendig, verschiedene Datenquellen einzubeziehen, wie z.B. Patienten,

Angehörige und Therapeuten und auf verschiedenen Ebenen zu messen, wie sich z.B. Symptomatik, Krankheitsverlauf und Lebensqualität verändern (vgl. Buchkremer & Klingberg, 2001). Die zeitliche Komponente der Wirksamkeit sollte durch Verlaufsmessungen, z.B. vor und nach einer psychotherapeutischen Behandlung (prä-post), sowie im Follow-up über einen längeren Zeitraum danach berücksichtigt werden. Durch einen Vergleich von behandelten Patienten mit einer unbehandelten Kontroll- oder Wartekontrollgruppe, werden Aussagen hinsichtlich der Effektivität der Psychotherapie im Vergleich zur unbehandelten Situation möglich.

In der Outcome-Forschung werden zwei Aspekte unterschieden, die im englischen Sprachraum als **efficacy** (Wirksamkeit) und **effectiveness** (Effektivität, Leistungsfähigkeit, Wirkungsweise) bezeichnet werden: Studien zur Effektivität („effectiveness“) befassen sich mit der Wirksamkeit eines Verfahrens unter realen Versorgungsbedingungen, während Studien im Sinne der „efficacy,“ allgemein die Wirksamkeit des Verfahrens, z.B. unter Labor- bzw. experimentellen Bedingungen erforschen (DGPPN 2009; Lambert & Ogles, 2004, S. 158; Watzke et al., 2009). So werden Patienten in Efficacy-Studien meist durch Randomisierung in Gruppen mit unterschiedlicher Behandlung eingeteilt, außerdem ist die Behandlung hoch standardisiert, d.h. sie folgt einem Manual und ist bezüglich der Dosis und Dauer festgelegt; darüber hinaus besteht häufig eine hohe Selektivität hinsichtlich der Diagnosen und es werden vorwiegend monomorbide Störungen untersucht.

Ein Großteil der Studien, die sich mit der Wirksamkeit von Psychotherapie befassen, besteht aus Efficacy-Studien, unter Berücksichtigung der genannten Merkmale (Lambert & Ogles, 2004). Im Bereich der Grundlagenforschung werden seit den 1970-er Jahren Metaanalysen zur Wirksamkeit der Psychotherapie berechnet, die mehrere Efficacy-Studien zusammenfassen. Lambert & Ogles verweisen in ihrer Übersichtsarbeit über die gesamte Forschungsgeschichte zur Wirksamkeits- und Effektivitätsforschung auf mehrere große Metaanalysen, die z. T. mehrere hundert Studien einschließen, und als starke Belege für die generelle Wirksamkeit der Psychotherapie angesehen werden können (2004). Die bereits 1980 mit 475 eingeschlossenen Studien durchgeführte und somit sehr aussagekräftige Metaanalyse von Smith et al. ergab eine Effektstärke von $d = 0.85$ (Smith, Glass & Miller, 1980, S.85). Auch in einer Neuberechnung dieser Metaanalyse durch Shadish et al. unter Verwendung strengerer Kriterien, die sich im Laufe der Zeit bei der Berechnung von Metaanalysen

etabliert haben, wurde eine Effektstärke von $d = 0.6$ ermittelt, was wiederholt für die Wirksamkeit der Psychotherapie spricht (1997). Lambert & Ogles stellen zusammenfassend fest, dass „tausende von Studien und hunderte von Metaanalysen“ für die positive Wirkung von Psychotherapie sprechen: „psychotherapy is beneficial“ (Lambert & Ogles, 2004, S. 148).

Nachdem die Wirksamkeit der Psychotherapie im Rahmen der Efficacy-Studien vielfach gezeigt wurde, stellte sich die Frage, ob diese Ergebnisse auf Behandlungen in der Routineversorgung übertragbar sind, da die Rahmenbedingungen in der Routineversorgung deutlich von experimentellen Bedingungen abweichen (z.B. durch viele Patienten mit Komorbidität, Selbstzuweisung durch Patienten statt Randomisierung, keine Standardisierung der Behandlung, sondern Orientierung an Bedürfnissen des Patienten, variierende Therapiedosis und -Dauer). So entstand ein Forschungszweig, der über Effectiveness-Studien im naturalistischen Setting eine höhere Generalisierbarkeit anstrebte (vgl. Seligman, 1995; Shadish et al., 2000). In einer Studie zur Effektivität von klinisch repräsentativen Studien führten Shadish et al. eine Sekundäranalyse von 59 vorausgehenden Metaanalysen über Outcome-Studien durch (1997). Die einbezogenen Studien ($n = 56$) wurden von 13 Autoren dieser Metaanalysen anhand einer Operationalisierung nach Shadish et al. hinsichtlich der klinischen Repräsentativität ausgewählt, (Kriterien der Stufe 1: Behandlungen fanden außerhalb des universitären Setting statt, die Zuweisung zu den Interventionsgruppen erfolgte nicht durch Versuchsleiter und die Therapeuten waren erfahren und sind nicht speziell im Rahmen der Studie geschult worden; die Stufen 2 und 3 enthielten darauf aufbauend zusätzliche Kriterien die Therapie, Therapeuten und Patienten betreffend). Nach dieser Klassifikation wurden $n = 56$ Studien aus 15 Metaanalysen der Stufe 1 zugeordnet. Die Autoren fanden in dieser Untersuchung Hinweise auf die generelle Effektivität für Psychotherapie unter Routinebedingungen: Die gemittelte Effektstärke betrug $d = 0.68$; nach Gewichtung der einbezogenen Studien und unter Ausschluss von Duplikaten (d.h. in mehreren Metaanalysen einbezogenen und daher mehrfach gewerteten Studien) erreichte die gemittelte Effektstärke $d = 0.54$ (bezogen auf $n = 46$ Studien). Die Psychotherapie unter Routinebedingungen ist daher lt. Shadish et al. nicht nur wirksamer, als keine Behandlung, sondern sie weist vergleichbar große Effekte auf, wie die Ergebnisse früherer Metaanalysen. Es zeigte sich auch, dass eine deutlich geringere Anzahl von Studien ($n = 15$) den Kriterien für klinische Repräsentativität der Stufe 2 entsprach und nur eine Studie die Kriterien der Stufe 3 erfüllte. Die Stu-

dien, die der Stufe 1 zugeordnet waren, umfassten ein weites Spektrum verschiedener Therapieformen.

In einer späteren Metaanalyse untersuchten Shadish et al. die klinisch Repräsentativität von Studien, indem sie ein bereits vorhandenes Set an Studien, die anhand ihrer Kriterien als klinisch repräsentativ beurteilt worden waren, mit einer zufälligen Auswahl an ähnlichen Studien, die nicht den Effectiveness-Kriterien entsprachen (randomisierte/Efficacy-Studien), verglichen. Sie weisen darauf hin, dass die Effektivität der klinisch repräsentativen Studien durch das Artefakt des ‚self-selection bias‘ (Verzerrung durch Selbstzuweisung, da z.T. höher belastete Patienten an den Effectiveness-Studien nahmen) niedriger ausfällt, als in Efficacy Studien. Die durchschnittliche Effektstärke in randomisierten Studien lag bei $d = 0.52$, während sie in nichtrandomisierten Studien nur $d = 0.20$ erreichte (Shadish et al., 2000).

In einer Effectiveness-Studie von Westbrook & Kirk wurden ambulante Psychotherapiepatienten, die in einer staatlichen Einrichtung mit Verhaltenstherapie (CBT) behandelt wurden, untersucht (2005). Die unselegierte Stichprobe ($n = 1\,276$) wurde in prä-post-Messungen mittels Depressions- und Angstskalen getestet. Es zeigten sich overall-Effektstärken⁵ in Höhe von $d = 0.67$ im Bereich der Depression (getestet mit BDI, Beck Depression Inventory) und $d = .52$ im Bereich der Angstsymptome (gemessen mit BAI, Beck Anxiety Inventory). Auswertungen, die ausschließlich die Patienten mit einer klinisch bedeutsamen Ausgangsbelastung einbezogen (BDI oder BAI > 10), zeigten prä-post-Effektstärken von $d = 1.15$ (BDI) und $d = .94$ (BAI). Eine klinisch signifikante Besserung⁶ erreichten 30% der Gesamtstichprobe, während sich 2-3% beim Abschluss der Therapie reliabel verschlechtert zeigten. Die Dosis der Behandlung betrug für 41% der Patienten weniger als 10 Sitzungen, für 48% der Patienten 11-20 Sitzungen und für 12% der Patienten mehr als 20 Sitzungen; durchschnittlich wurden ca. 13 Therapiesitzungen durchgeführt. Die Autoren bewerten die Ergebnisse als Hinweis auf die Effektivität der Therapien unter Routinebedingungen, sie weisen jedoch darauf hin, dass die Effekte kleiner ausfallen als in klinischen Forschungsstudien. Als problematisch benennen sie die fehlende Information über die Psychopharmaka, fehlende Prozessmerkmale in der Behandlung sowie die relativ hohen Drop-out-Quoten von 22.5% (vgl. Westbrook & Kirk, 2005).

⁵ Die Effektstärken wurden mit der Formel $(\text{Mean}_{\text{prä}} - \text{Mean}_{\text{post}}) / \text{SD}_{\text{prä}}$ berechnet

⁶ nach Jacobson et al., 1999

Ein anderer Ansatz innerhalb der Effectiveness-Studien ist in den bereits erwähnten Consumer-Reports-Studien begründet (siehe Abschnitt 2.1.1.2), die erstmals in den USA durchgeführt wurden (Seligman, 1995). Für die erste dieser Studien wurden die Leser der amerikanischen Verbraucherzeitschrift „Consumer Reports“ aufgefordert, an einer Befragung zu psychotherapeutischen und medikamentösen Behandlungen innerhalb der vergangenen drei Jahre teilzunehmen. Von 180 000 Lesern nahmen 7 000 Personen an dieser Befragung teil, indem sie ca. 100 Fragen über ihre Erfahrungen mit Psychotherapie, ggf. kombiniert mit Psychopharmaka, beantworteten. Hier wurde ein Zusammenhang zwischen Therapiedauer und –ergebnis festgestellt, sowie ein negativer Effekt durch Behandlungsrestriktionen Seitens der Kostenträger (Seligman, 1995, S. 969; Strauß & Wittmann, 2005, S. 772).

Die Consumer-Report-Studien haben aufgrund ihres methodischen Vorgehens eine besondere, teilweise umstrittene, Position innerhalb der Effectiveness-Studien inne, da durch eine anzunehmende systematische Selektion der antwortenden Patienten die Effekte der Therapie überschätzt werden können (vgl. Beutler, Castonguay & Follette, 2006). Auch ist die einmalige, retrospektive und direkte Veränderungsmessung aufgrund von Patientenaussagen gegenüber einer prä-post-Messung unter Einbeziehung verschiedener Datenquellen (Patientenselbsteinschätzung, Therapeutenrating) weniger genau und möglicherweise systematisch verzerrt. Da sich die Consumer-Report-Studien auf die tatsächlichen Gegebenheiten der psychotherapeutischen Praxis beziehen, liefern sie jedoch trotz der erwähnten methodischen Grenzen wichtige ergänzende Informationen zu den bereits bestehenden Psychotherapiestudien.

Naturalistische deutsche Studien

Nach diesen Ausführungen über die Effektivitätsforschung, die sich vornehmlich auf englischsprachig veröffentlichte Psychotherapie-Studien beziehen, stellt sich die Frage, ob und in wie weit die Ergebnisse auf die **Gegebenheiten des deutschen Gesundheitssystems** übertragbar sind. Insgesamt gibt es im Bereich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung nur wenige deutsche Studien naturalistischer Ausrichtung. Dies könnte auch mit den großen Unterschieden bezüglich der Rahmenbedingungen zwischen Psychotherapie im englischsprachigen Raum und in Deutschland zusammenhängen: So ist die Kostenübernahme in Deutschland meist durch gesetzliche Krankenkassen geregelt, während in den USA viele selbst finanzierte Therapien durchgeführt werden, deren Dauer deutlich kürzer ist, als beispielsweise die in

Deutschland vorgesehene Dosis für Kurzzeittherapie (siehe Abschnitt 2.1.1, Seite 6 ff.). Lt. Hansen beträgt die durchschnittliche Dosis für ambulante Therapie in den USA dagegen weniger als fünf Stunden (Hansen, Lambert & Forman, 2002), (Gallas et al., 2008). Nach einem Literaturreview zur deutschsprachigen psychiatrischen Versorgungsforschung beziehen sich 58% der Studien auf das stationäre Setting, und lediglich 4% der Untersuchungen haben die Versorgung durch niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten zum Ziel (Claasen & Priebe, 2003). Der Mangel an empirischer Arbeit aus der ambulanten Praxis könnte lt. Zepf et al. damit zusammenhängen, dass die meisten ambulanten Psychotherapeuten fast ausschließlich klinisch tätig sind (2001). Weitere Gründe für die in so geringem Ausmaß beforschte ambulante Versorgung könnten zum einen darin begründet sein, dass dieser Bereich von vielen Einzelpersonen getragen wird, die weitgehend isoliert voneinander arbeiten. Hahlweg weist zudem auf eine mangelnde Kostenerstattung und den hohen zeitlichen und organisatorischen Aufwand in Zusammenhang mit Qualitätssicherungsmaßnahmen hin (2000), was für den Bereich der Forschung vermutlich in ähnlicher Weise zutrifft.

Die TRANS-OP Studie (Gallas et al., 2008; Puschner, 2003; Puschner & Kordy, 2010) untersuchte Versicherte einer privaten deutschen Krankenversicherung über einen Zeitraum von zwei Jahren. Diese breit angelegte naturalistische Untersuchung mit zeitstandardisiertem Design ist nicht auf bestimmte Störungsbilder begrenzt: Sämtliche Versicherte, die im Rekrutierungszeitraum (09/1998 – 02/2000) erfolgreich eine Psychotherapie beantragt hatten und sich mit der Teilnahme an der Studie einverstanden erklärten, wurden in die Untersuchung einbezogen (n = 714). Die Studie gibt Aufschluss über Verläufe von Therapien unterschiedlicher Ausrichtung. Die Erhebung erstreckt sich mit fünf Messzeitpunkten über einen Zeitraum von zwei Jahren und wird durch Angaben von Therapeuten zu zwei Zeitpunkten ergänzt. Die Patienten beantragten zu 52% tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie, zu 31% Verhaltenstherapie und zu 17% psychoanalytische Psychotherapie; lediglich ein sehr geringer Anteil (1%) wurde nicht bewilligt; 12% der Patienten nahmen eine bewilligte Behandlung nicht auf. Als zentrales Outcome-Kriterium diente die *Symptombelastung*. Innerhalb von zwei Jahren erreichten 62% der Patienten eine statistisch reliable Verbesserung gegenüber 11%, die eine reliable Verschlechterung zeigten. 36% der Studienteilnehmer konnten sich von ihrem klinisch bedeutsam beeinträchtigten Ausgangsniveau auf Werte im ‚funktionalen Normbereich‘ verändern (Gallas et al.,

2008). Eine Besonderheit der Studie, welche die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf die deutsche Gesamtbevölkerung einschränkt, liegt in der speziellen Klientel begründet, aus der die Stichprobe rekrutiert wurde: Es handelt sich um Versicherte einer privaten Versicherung, wodurch sich das überdurchschnittlich hohe Bildungsniveau, sowie auch der besonders hohe Männeranteil unter den Studienteilnehmern (46.1%) erklärt. Ein anderer Aspekt besteht darin, dass es aufgrund des Versuchsaufbaus keine unbehandelte Vergleichsgruppe zu der behandelten Patientengruppe gibt. Da in den Veröffentlichungen nur die mittel- und langfristigen Ergebnisse berichtet werden (d.h. Therapien, die kürzer als zwei Jahre dauern oder länger), können keine Aussagen über die kurzfristige Effektivität innerhalb der ersten sechs Monate in der ambulanten Psychotherapie aus dieser Studie abgeleitet werden.

In einer deutschen Replikation der Consumer-Report-Study (siehe auch Abschnitt 2.1.1.2) konnten Hartmann & Zepf die Ergebnisse der amerikanischen Untersuchung weitgehend bestätigen (2003; Hartmann & Zepf, 2004): Auch hier konnte der positive Zusammenhang zwischen der Behandlungsdauer und dem Behandlungsergebnis repliziert werden und es zeigten sich keine bedeutsamen Unterschiede bezüglich der Wirksamkeit verschiedener Therapieverfahren. Unterschiede zu der amerikanischen Studie zeigten sich in der tendenziell schlechteren Beurteilung von Behandlungen durch Familien- oder Hausärzte sowie in einer negativeren Bewertung der Behandlungsergebnisse durch männliche Studienteilnehmer. Die in diesem Kapitel bereits erwähnte Studie von Hoyer et al. verwendete ebenfalls die Methode der Consumer-Report-Studien, allerdings war sie mit einem erheblich reduzierten Fragebogen und der Ausrichtung auf depressiv erkrankte Patienten weniger breit angelegt als die zuvor erwähnten Befragungen (Hoyer, Helbig & Wittchen, 2006). Hier zeigte sich, dass ca. 49.8% der Befragten eine deutliche Verbesserung berichten, während sich zwei Drittel als zufrieden mit der Therapie beschrieben. Die o.g. allgemeinen Einschränkungen der Consumer-Report-Studien gelten auch für diese deutsche Version. Aufgrund der Art der Befragung können keine Schlüsse über die Effektivität der ambulanten Psychotherapie in der Anfangsphase gezogen werden und es ist kein Vergleich von unbehandelten und behandelten Patienten möglich.

Die **Frankfurt-Hamburg Langzeit-Psychotherapiestudie** (Brockmann, 2000; Brockmann et al., 2002; Brockmann, Schlüter & Eckert, 2003; Brockmann, Schlüter & Eckert, 2006; Schlüter, 2000) untersuchte Langzeittherapien nach psychoanalytisch

orientierter und verhaltenstherapeutischer Ausrichtung. Da die vorliegende Arbeit sich mit der Effektivität der Verhaltenstherapie befasst, beschränkt sich die folgende Darstellung der Ergebnisse auf die Gruppe verhaltenstherapeutisch behandelter Patienten (VT-Gruppe). Die Untersuchungsgruppe ($n = 31$) wurde aus ambulanten Verhaltenstherapiepatienten mit Angststörungen und depressiven Erkrankungen gebildet. Vier niedergelassene Therapeuten waren an der Behandlung dieser Patienten beteiligt. Die Gruppenzugehörigkeit erfolgte durch Selbstzuweisung zu den Psychotherapeuten verhaltenstherapeutischer Ausrichtung. Die Patienten erhielten durchschnittlich 63 Stunden Langzeitverhaltenstherapie (Brockmann, Schlüter & Eckert, 2003). Als zentrales Outcome-Kriterium wurde die *Symptombelastung*, operationalisiert durch das SCL-90-R, zu mehreren Messzeitpunkten gemessen: Zu Behandlungsbeginn, nach einem Jahr, nach zweieinhalb sowie nach dreieinhalb Jahren. Als weitere Kriterien wurden *Interpersonelle Probleme* und die *Erreichung der Therapieziele* untersucht. Eine Follow-up-Untersuchung fand nach sieben Jahren statt (Brockmann, Schlüter & Eckert, 2006). Die Ergebnisse sprechen für eine hohe Effektivität der verhaltenstherapeutischen Langzeittherapie. Die Effektstärkenverläufe der Behandlung zeigen bezüglich des Outcomes *Symptombelastung*, dass auch über längere Zeiträume bis zu 3.5 Jahren eine Reduzierung der Symptombelastung erreicht wird (gemessen mit SCL-90-R/ GSI: $d = 1.17$). In der Sieben-Jahres-Follow-up-Messung erweisen sich die Ergebnisse als stabil (Brockmann, Schlüter & Eckert, 2006). Hinsichtlich des Outcome-Parameters *Interpersonelle Probleme* steigt die Effektstärke der Veränderung in der VT-Gruppe bis zu 3.5 Jahren an ($d = 1.04$) und fällt dann auf ein Niveau von $d = 0.87$ bis zum Sieben-Jahres-Follow-up wieder leicht ab. Die Langzeitstudie spricht somit dafür, dass auch im fortgeschrittenen Stadium der Therapien Veränderungen erfolgen, und dass Änderungen in verschiedenen Outcome-Parametern in unterschiedlichen Zeiträumen erreicht werden (Brockmann, Schlüter & Eckert, 2006). Die Frankfurt-Hamburg Langzeit-Psychotherapiestudie untersucht vergleichend zwei unterschiedlich behandelte Patientengruppen, jedoch konnte – mitbedingt durch die langfristige Ausrichtung der Studie – keine unbehandelte Vergleichsgruppe einbezogen werden. Der Fokus der Studie liegt auf den langfristigen Effekten, so dass keine Ergebnisse zu dem kurzfristigen Zeitraum von sechs Monaten vorliegen.

Eine Pilotstudie zu der hier vorliegenden Untersuchung hat sich mit ambulanter Verhaltenstherapie unter Routinebedingungen, jedoch in einem besonderen Rahmen, befasst: „Ambulante Verhaltenstherapie: Ergebnisqualität und deren Prädiktion in einem

Modellprojekt zur Integrierten Versorgung“ (Kerkow, 2009). Hier wurden Verhaltenstherapien, die in Zusammenhang mit einem Modellprojekt zur Integrierten Versorgung an einem Medizinischen Versorgungszentrum mit verhaltenstherapeutischer Ausrichtung in Hamburg stattfanden, evaluiert (zu den dortigen Rahmenbedingungen siehe auch Abschnitt 2.1.1.1 sowie Kapitel 4.1). Mittels eines prä-post-Vergleichs auf einer Datenbasis von 95 Therapien, die in einem Zwei-Jahreszeitraum stattgefunden hatten, wurden die Outcome-Parameter *Symptombelastung* und *Psychisches Wohlbefinden* untersucht (Modul A und B des HEALTH-49). Es zeigten sich große Effektstärken in beiden Outcome-Parametern (Symptombelastung: $d = 1.06$; Psychisches Wohlbefinden: $d = 1.25$). Die Untersuchung zu Prädiktoren des Behandlungserfolgs im Rahmen dieser Studie ergab, dass neben der Ausgangsbelastung das Ausmaß der Komorbidität die größte Vorhersagekraft für die Outcome-Parameter *Symptombelastung* und *Wohlbefinden* besitzt (Kerkow, 2009). Aufgrund des Ein-Gruppen-Designs dieser Pilotstudie sind keine vergleichenden Aussagen zu unbehandelten Patienten abzuleiten. Auch ist durch die prä-post-Messung keine Aussage über die Effektivität der ambulanten Verhaltenstherapie in der Anfangszeit von sechs Monaten möglich.

Die hier genannten naturalistischen Psychotherapiestudien liefern wichtige Informationen über die Effektivität von ambulanter Verhaltenstherapie unter Routinebedingungen des deutschen Gesundheitswesens. Es wird jedoch bei der Recherche deutlich, dass vergleichsweise wenige Studien zu diesem Thema vorliegen, so dass die Datenbasis, vor allem im Vergleich zum englischsprachigen Raum, sehr gering ist. Keine der hier genannten Studien verfügt über eine unbehandelte Vergleichsgruppe, was Aussagen über die Bedeutung der gemessenen Effekte relativiert. Auch werden in keinem Fall Ergebnisse über die Anfangsphase der ersten sechs Monate in der ambulanten Therapie berichtet, so dass Vergleichswerte für die vorliegende Studie zu diesem Untersuchungszeitraum bislang fehlen.

2.2.2 Settingspezifische Effekte (Einzel- versus Gruppentherapie)

Die Psychotherapieforschung befasste sich lange Zeit vorwiegend mit Psychotherapie im Einzelsetting. Das Interesse an der Untersuchung von Gruppenpsychotherapien scheint jedoch zuzunehmen. Da in der hier vorgestellten Studie auch Patienten enthalten sind, die im Rahmen der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung eine verhaltenstherapeutische Gruppenpsychotherapie erhielten, sollen im Folgenden Befunde

zur Effektivität gruppenpsychotherapeutischer Behandlungen dargestellt werden. Zunächst werden Ergebnisse US-amerikanischer Metaanalysen zur Effektivität (efficacy, vgl. Kap. 2.2.1) von Gruppentherapien geschildert. Darauf folgend wird eine Auswahl an Studien zum direkten Vergleich von Einzel- und Gruppensetting, vorwiegend bezogen auf Verhaltenstherapie bzw. kognitiv-behaviorale Therapien, dargestellt. Abschließend werden Befunde zur ambulanten Gruppenpsychotherapie im deutschen Gesundheitssystem genannt.

Ein aktueller Überblick zur Effektivität ambulanter Gruppenpsychotherapie findet sich bei Mattke, Reddemann & Strauß (2009). Hier wird auf die seit den 1990-er Jahren deutlich verbesserte Situation der Befundlage hingewiesen, die vor allem auf eine gestiegene Anzahl qualitativ hochwertiger Studien aus den USA und Kanada zurückzuführen sei (Mattke, Reddemann & Strauß, 2009, S. 191). Besonders in Bezug auf bestimmte Störungsbilder, wie z.B. Bulimie und soziale Phobie sowie auch Panik- und Zwangsstörungen erreichte die Gruppenpsychotherapie demnach als primäre Behandlungsform eine gute bis exzellente bzw. vielversprechende Evidenz für die Wirksamkeit. Dagegen stünden Belege für die Gruppenpsychotherapie bei älteren Menschen und affektiven Störungen noch aus (Burlingame, 2005, zitiert nach Mattke, Reddemann & Strauß, 2009, S. 190).

McDermut, Miller & Brown (2001) kamen in einer Metaanalyse mit 48 Studien zu Gruppenpsychotherapien mit depressiven Patienten zu positiven Ergebnissen hinsichtlich der Effektivität der Therapie im Gruppensetting: Die gemittelte Effektstärke von 15 Studien, die neben der Intervention mit Gruppentherapie eine Wartekontrollgruppe beinhalteten, betrug demnach $d = 1.03$. Die Daten von 10 Studien erlaubten eine zusammenfassende Einschätzung der Follow-up-Effektstärken, die sich mit $d = 1.18$ als stabil erwies. Die Autoren stellten jedoch fest, dass noch wenig darüber bekannt ist, welche Vorteile eine Gruppenbehandlung gegenüber einer Einzelbehandlung hat (was letztlich auf eine bislang noch unzureichende Prozessforschung zurückgeführt wird). Die Mehrheit der in diese Untersuchung eingeschlossenen Studien enthielt in wenigstens einer Untersuchungsbedingung kognitiv-behavioral ausgerichtete Gruppentherapie. Neun Studien enthielten Untersuchungsgruppen sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting, so dass eine vergleichende Auswertung zu dem direkten Vergleich der Behandlung in beiden Settings durchgeführt werden konnte. Es zeigte sich ein leichter Vorteil der Therapie im Einzelsetting gegenüber dem Gruppensetting

($d = -0.15$), der statistisch jedoch nicht abgesichert werden konnte.

Burlingame, Fuhriman & Mosier untersuchten in einer Metaanalyse 111 experimentelle und quasiexperimentelle Studien, die in den vorausgegangenen 20 Jahren zur Effektivität von englisch publizierten Gruppentherapien durchgeführt worden waren (2003). Die eingeschlossenen Studien enthielten Interventionsgruppen, die mit unterschiedlicher Therapieschulenausrichtung behandelt wurden, mit einer Mehrheit von kognitiv-behavioral ausgerichteten Behandlungen. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass Patienten unter dem Einfluss von Gruppenpsychotherapie zu 72% (bei einer gemittelten Effektstärke von $ES = 0.58$) eine Verbesserung im Vergleich zu Wartelistenkontrollen zeigen. Die Ergebnisse seien auch abhängig von bestimmten Merkmalen und Rahmenbedingungen der Therapie: So zeigten sich bessere Ergebnisse in ambulanten versus stationären Gruppen und eine Überlegenheit von gemischten Gruppen (Frauen und Männer) gegenüber reinen Frauen- oder Männergruppen, sowie in Gruppen, die homogen in Bezug auf die Diagnose zusammengesetzt waren, in denen die Behandlung entsprechend einem behavioralen Therapiekonzept durchgeführt wurde (Burlingame, Fuhriman & Mosier, 2009).

Die genannten Metaanalysen geben Hinweise für die allgemeine Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapien. Burlingame, McKenzie und Strauß weisen jedoch darauf hin, dass die zusammengefassten Studien unterschiedlichen Bedingungen unterliegen: Die typische amerikanische Gruppe umfasse 10-12 Sitzungen mit möglichst homogener Zusammensetzung der Gruppenmitglieder. In der europäischen Literatur sei dagegen die Dauer der gruppentherapeutischen Behandlung meist erheblich länger und es würden häufiger heterogene Gruppen beschrieben (Burlingame, MacKenzie & Strauß, 2001, S. 302).

Studien zum direkten Vergleich von Einzel- und Gruppensetting

Die Frage, ob Unterschiede hinsichtlich der Effektivität von ambulanter Therapie im Einzel- und Gruppensetting bestehen, ist auch im direkten Vergleich untersucht worden. Eine frühe Metaanalyse zum Thema der klinischen Signifikanz von Behandlungen unipolarer Depressionen liegt von Nietzel et al., vor (1987). In diese Untersuchung wurden sowohl gruppen- wie auch einzeltherapeutisch durchgeführte Studien einbezogen. Die einbezogenen Studien enthielten vorwiegend kognitive (28.3%), behaviorale (45%), oder kombinierte kognitiv-behavioral ausgerichtete Therapien (8.3%) und nur zu einem geringen Anteil „andere“ therapeutische Ansätze (18.3%).

Insgesamt wurden 31 Studien mit $n = 1\,040$ Patienten eingeschlossen, die durchschnittlich 16.3 Sitzungen Therapie erhielten. In Gruppentherapien umfassten die Gruppen durchschnittlich 17.3 Teilnehmer. Die Effektivitätsüberprüfung ergab, dass eine ‚moderate‘ klinische Signifikanz erreicht wurde, die sich auch im Follow-up als stabil erwies (Nietzel et al., 1987). In Subanalysen wurde u.a. der Einfluss des Settings (Gruppe vs. Einzel, in der Studie als ‚Modus‘ (mode) bezeichnet,) auf das Outcome untersucht. Dabei zeigte sich ein signifikanter Effekt des Settings auf die post-Treatment-Effektstärke: Patienten, die in Gruppen behandelt wurden, berichteten nach Abschluss der Behandlung signifikant mehr depressive Symptome, als die im Einzelsetting behandelten Patienten.

McRoberts, Burlingame & Hoag untersuchten ebenfalls in einer Metaanalyse mit 23 Studien, ob sich gruppen- und einzeltherapeutische Effekte der psychotherapeutischen Behandlung unterscheiden (1998). Es wurden ausschließlich Studien einbezogen, in denen direkte Vergleiche zwischen Einzel- und Gruppenpsychotherapie innerhalb eines Studiendesigns stattgefunden hatten. 51% der Patienten wurden in ambulanten Behandlungszentren behandelt, 22% der Behandlungen fanden in Universitätskliniken statt. Alle eingeschlossenen Studien waren zwischen 1973 und 1997 durchgeführt worden, in 56% der Studien war die Behandlung kognitiv-behavioral ausgerichtet (VT). Es konnte kein systematischer Unterschied zwischen dem Einzel- und Gruppensetting nachgewiesen werden. In dieser Studie zeigt sich sowohl im Vergleich von Einzelpsychotherapie mit Wartekontrollgruppen die Effektivität der Behandlung ($ES = 0.76$), als auch beim Vergleich der Gruppentherapie mit Wartekontrollgruppen ($ES = 0.90$). Die Autoren beschreiben außerdem einen ‚Allegiance-Effekt‘ unter den Forschern hinsichtlich des Settings: Bei der Annahme eines Vorteils der Gruppentherapie auf Seiten der Autoren (in Form von expliziten Hypothesen oder bei einseitiger Testung) bestätigten die Ergebnisse überwiegend diese Annahme. Bei der Annahme gleicher Effekte wurde dagegen ein leichter Trend für Ergebnisse festgestellt, welche die Einzeltherapie favorisierten. Ein weiterer Zusammenhang wurde lt. Autoren zwischen dem Publikationsjahr und der als überlegen dargestellten Therapieform entdeckt: Vor 1981 publizierte Studien favorisierten mehrheitlich die Gruppenpsychotherapie, während die zwischen 1981 und 1987 veröffentlichten Studien keine der Therapieformen bevorzugten und nach 1987 veröffentlichte Studien die Einzelpsychotherapie favorisierten. Unter Verwendung störungsspezifischer Diagnostik wurden signifikant bessere Ergebnisse für Einzelpsychotherapie erzielt, während

sich bei umschriebenen Problemen und Symptomen (z.B. Schmerz, Abhängigkeit, Erziehungsprobleme) ein tendenzieller Vorteil des Gruppensettings zeigte. Die Autoren weisen einschränkend auf die geringe Anzahl der einbezogenen Studien hin und führen dies auf einen Mangel an gezielten und qualifizierten Untersuchungen zu Effekten der Gruppenpsychotherapie zum Zeitpunkt ihrer Untersuchung zurück (McRoberts, Burlingame & Hoag, 1998).

Neben den genannten metaanalytischen Befunden zum direkten Vergleich der Effektivität von Verhaltenstherapie im Einzel- und Gruppensetting gibt es eine Reihe aktueller Studien, die sich ebenfalls mit dieser Thematik befassen und unterschiedliche Ergebnisse hinsichtlich dieses Vergleichs berichten (Burlingame & Krogel, 2005; Craigie & Nathan, 2009; Frettlöh & Kröner-Herwig, 1999; Jaurieta et al., 2008; Jónsson, Hougaard & Bennedsen, 2011; Nevonen & Broberg, 2006). Im Folgenden werden beispielhaft zwei naturalistische Studien zur vergleichenden Untersuchung von kognitiv-behavioraler Therapie depressiver Patienten im Einzel- und Gruppensetting dargestellt (Craigie & Nathan, 2009; Watson & Nathan, 2008).

In einer dieser Studien wird der Einfluss des Geschlechts auf das Outcome in Einzel- und Gruppentherapien mit ambulanten depressiven Patienten eines staatlich geförderten, kommunalen Behandlungszentrums untersucht (Watson & Nathan, 2008). Die Patienten ($N = 251$; $n = 35$ Männer und $n = 55$ Frauen in Einzeltherapie sowie $n = 56$ Männer und $n = 156$ Frauen in Gruppentherapie) nahmen entweder an durchschnittlich ca. $M = 11$ Sitzungen Einzeltherapie oder an $M = 8.3$ (Männer) bzw. $M = 8.9$ (Frauen) Gruppensitzungen teil. Die Zuweisung erfolgte über die Empfehlung des Zuweisers oder aufgrund von zeitlicher Passung. Outcome-Kriterien waren Skalen zur depressiven Symptomatik (BDI II), zur Angstsymptomatik (BAI) sowie zur Lebensqualität (QLESQ-SF). In den Completer-Analysen zeigte sich kein Gender-Unterschied zwischen Männern und Frauen im Outcome in den unterschiedlichen Settings – bei allen Patienten kam es zu einer signifikanten Reduktion der depressiven Symptome im Behandlungszeitraum; jedoch wiesen einzeltherapeutisch behandelte Patienten insgesamt eine höhere Reduktion der Symptome auf, als die im Gruppensetting behandelten Patienten, jedoch wird dieser Unterschied nicht näher untersucht. In derselben Einrichtung fand eine weitere naturalistische Studie mit einer 10-wöchigen verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie („broad-spectrum group CBT“) statt, die speziell für die in der Praxis häufig auftretende Komorbidität von depressi-

ven und Angststörungen konzipiert wurde, im Vergleich zu Verhaltenstherapie im Einzelsetting (Craigie & Nathan, 2009). $N = 77$ Patienten erhielten Einzeltherapie, gegenüber $n = 156$ Teilnehmern der Gruppentherapie (durchschnittliche Gruppengröße: 4.75 Teilnehmer ($SD = 1.95$)). Die Einzeltherapie fand ebenfalls wöchentlich statt und bestand aus einem modularen, kognitiv-behavioralen Programm. Die Gruppenzuweisung erfolgte aufgrund von Empfehlungen durch Zuweiser, Auslastung der Therapeuten sowie zeitlicher Passung des Gruppenangebotes. $N = 243$ Patienten beendeten die Behandlung im Untersuchungszeitraum, d.h. sie nahmen an mindestens fünf Therapiesitzungen teil (Completer). Durchschnittlich erhielten die einzeltherapeutisch behandelten Patienten mit $M = 10.64$ Sitzungen signifikant mehr Sitzungen als die Patienten der Gruppentherapie ($M = 8.69$; $t(232) = 4.11$, $p < .001$, $d = .54$). Sowohl in der Intention-to-treat- als auch in der Completer-Analyse konnte die Effektivität der Behandlung im Einzel- wie auch im Gruppensetting gezeigt werden. Darüber hinaus zeigten sich signifikante Unterschiede von mittlerer Effektstärke hinsichtlich der Effektivität im Einzel- versus Gruppensetting in Bezug auf depressive Symptome, während in beiden Settings bezüglich der Lebensqualität vergleichbare Ergebnisse erzielt wurden (Craigie & Nathan, 2009).

Zur ambulanten Behandlung von Patienten mit Zwangsstörungen liegen unterschiedliche Ergebnisse hinsichtlich des Vergleichs von verhaltenstherapeutischer Einzel- und Gruppentherapie vor: Während Jaurrieta et al. in einer Studie mit $n = 38$ Teilnehmern keine signifikanten Effektivitätsunterschiede zwischen einzel- und gruppentherapeutisch behandelten Patienten finden können (2008), zeigte sich in einer erweiterten metaanalytischen Auswertung von Jónsson et al. ein kleiner Effekt ($d = 0.15$) zu Gunsten der im Einzelsetting behandelten Patienten (2011).

Die genannten Beispiele zeigen einerseits, dass es sowohl in Metaanalysen wie auch in mehreren Einzelstudien Hinweise für einen Vorteil der Einzeltherapie gegenüber der Gruppentherapie gibt (Jónsson, Hougaard & Bennedsen, 2011; Nevoen & Broberg, 2006; Nietzel et al., 1987; Watson & Nathan, 2008). Andererseits bestehen verschiedene Befunde zu dem Vergleich der Settings, die keinen Vorteil der Einzeltherapie gegenüber der Gruppentherapie erkennen lassen (Burlingame & Krogel, 2005; Jaurrieta et al., 2008). In den erwähnten Studien zeigen sich teilweise große Unterschiede bezüglich der Ausgestaltung der Gruppentherapie: Nicht nur hinsichtlich der Dosis (die auch in der Einzeltherapie je nach Rahmenbedingungen stark vari-

iert), sondern vor allem in der Ausgestaltung bzw. in den Rahmenbedingungen der Gruppenpsychotherapie (Anzahl der Teilnehmer, Zusammensetzung der Gruppe bezüglich Störungsbild, Komorbidität und Geschlecht, Anzahl und Ausbildung der Therapeuten, Inhalte der Therapie) bestehen große Unterschiede, die Vergleiche der Effektivität in unterschiedlichen Settings (Einzel- versus Gruppe), aber auch innerhalb der Gruppentherapien erschweren. Die neueren Studien (Watson & Nathan, Craigie & Nathan, Jaurrieta et al., Jonsson et al. Burlingame, Nevoenen) schaffen durch die Kontrolle vieler Patienten- und Behandlungsmerkmale möglichst vergleichbare Bedingungen zwischen Einzel- und Gruppensetting und zeigen dabei ebenfalls unterschiedliche Befunde hinsichtlich der Vergleichbarkeit von Einzel- und Gruppensetting.

Deutsche Studien zur ambulanten Verhaltenstherapie in Gruppen

Im deutschen Sprachraum lassen sich nur wenige Beispiele von Studien zu ambulanter verhaltenstherapeutischer Gruppenpsychotherapie finden, da dieses Setting in der ambulanten Praxis, möglicherweise aufgrund der formalen kassenrechtlichen Rahmenbedingungen für diese Therapieform, bisher eine eher untergeordnete Rolle spielte (vgl. Köhlke, 1992). Auch strukturelle Hindernisse könnten dazu beigetragen haben, da Gruppenpsychotherapie auf Ebene der Einzelpraxen aus organisatorischen Gründen schwerer umsetzbar ist, als Einzelpsychotherapie. Aus Sicht der Patienten scheint die Einzelpsychotherapie gegenüber der Gruppenpsychotherapie meist favorisiert zu werden. Die im Folgenden genannten Studien untersuchten die Gruppenpsychotherapie jedoch mit positiven Resultaten.

Beispielsweise untersuchte Becker adipöse Patienten mit einer Binge-Eating-Störung ($n = 12$) in einer über eine fünf Monate dauernden verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie im prä-post-Design mit Ein-Jahres-Follow-up (2009). Die Wartekontrollgruppe ($n = 17$) erhielt anschließend dieselbe Behandlung. Die Ergebnisse zeigen eine Rückbildung der Binge-Eating-Symptome sowie der komorbid bestehenden Psychopathologie. Der erwartete Gewichtsverlust von 5% konnte nicht erzielt werden, jedoch wurde eine auch im Follow-up stabile Gewichtsreduktion um 2.7% erreicht.

In einer Studie zu multiplen somatoformen Störungen wurden $n = 124$ Patienten randomisiert Gruppen zugewiesen und erhielten entweder acht Sitzungen (à 90 min.) kognitive Verhaltenstherapie oder Progressive Muskelrelaxation oder sie verblieben in der Wartesituation, bevor sie einer der beiden Gruppen zugewiesen wurden (Zaby, 2009). Hier zeigte sich in den Interventionsgruppen gegenüber der Wartesituation

eine signifikante Verbesserung im Bereich der somatoformen Beschwerden (Reduktion der Symptomintensität und Symptomanzahl), während sich der Unterschied hinsichtlich der Effektivität zwischen den beiden Interventionsgruppen nicht statistisch absichern ließ, was mit der relativ geringen Gruppengröße zusammenhängen könnte. Eine weitere Untersuchung mit einem Ein-Gruppen-prä-post-Design ($n = 45$ Patienten, Therapiedosis: 10 Sitzungen à 150 min.) zu ambulanter verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie wurde von Meier et al. mit Patienten durchgeführt, die an Zwangsstörungen leiden (2006). Die Autoren schließen aus den Ergebnissen auf die generelle Wirkung dieser Therapieform für ein breites Spektrum von Zwangspatienten (prä-post-Veränderungen im Outcome-Kriterium Y-Bocs, Effektstärke: $d = 0.84$); aus den relativ niedrigen Erfolgsquoten (nur 16% der Patienten erreichten eine Veränderung in Höhe der „klinischen Signifikanz“) folgern sie jedoch, dass Gruppentherapie nicht als gleichwertige Alternative zur Verhaltenstherapie im Einzelsetting einzustufen ist und empfehlen daher eine Therapie im Gruppensetting als vorbereitende Maßnahme für eine Einzeltherapie (Meier et al., 2006).

In Gruppen mit älteren depressiven Patienten konnten Hautzinger & Welz die Wirksamkeit von verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie mit einer Dosis von 9-12 Sitzungen bei 65 Patienten gegenüber einer unbehandelten Wartekontrollgruppe ($n = 35$) in vielen Outcome-Parametern nachweisen (2004, 2004a). Die kognitive Verhaltenstherapie zeigte sich nach Beendigung der Gruppentherapie sowie im Follow-up mit zumeist großen Effektstärken der Wartesituation überlegen, wobei in allen Outcome-Bereichen (Selbstrating: Geriatrische Depressionsskala (GDS) und SCL-90; Fremdrating: Inventar Depressiver Symptome (IDP)) statistische und klinische Signifikanz erreicht werden konnte. Auch die Beurteilung nach klinischer Signifikanz zeigt, dass über 50% der behandelten Patienten zur post-Messung sowie im Follow-up als klinisch verbessert eingestuft werden konnten, während dies nur bei 11.4% der Wartekontrollgruppe der Fall war.

Die genannten Beispiele sprechen dafür, dass ambulante Verhaltenstherapie im Gruppensetting unter den Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitswesens effektiv ist, jedoch handelt es sich um vereinzelte, störungsspezifische Studien mit kleinen Stichprobengrößen; die Verhaltenstherapie im Gruppensetting ist somit keine weit verbreitete und evaluierte Anwendungsform der Psychotherapie im ambulanten Bereich; eine umfassende Untersuchung sowie eine Überprüfung im direkten Vergleich

des Gruppensettings mit dem Einzelsetting steht noch aus.

Auch die Kombination von ambulanter Einzel- und Gruppenpsychotherapie ist ebenfalls ein bislang kaum erforschtes Gebiet, zu dem es auch international nur sehr wenige Studien – zumeist Einzelfallberichte psychoanalytischer oder tiefenpsychologischer Ausrichtung – gibt (vgl. Kauff, 2009; Zulueta & Mark, 2000).

2.3 Frühe Behandlungseffekte

Im Folgenden werden verschiedene Ansätze dargestellt, die sich (auch) mit frühen Behandlungseffekten in der Psychotherapie befassen: Die **Dose-Response-Forschung** untersucht den Zusammenhang zwischen Behandlungsdosis und Ergebnis, das **Phasenmodell der Psychotherapeutischen Veränderung** geht von einer differenzierten Veränderung in den Bereichen des Wohlbefindens, der Symptombelastung und des Funktionsniveaus in aufeinanderfolgenden Phasen in Abhängigkeit von der Dosis aus. In der **Early-Response-Forschung** dagegen wird das Phänomen der frühzeitigen Ansprechbarkeit auf Psychotherapie in Zusammenhang mit mittelfristigen und Langzeitergebnissen untersucht. In den neueren Ansätzen der Verlaufsforschung werden unterschiedliche Verlaufstypen anhand engmaschiger Verlaufsmessungen in der Anfangsphase der Therapie identifiziert.

2.3.1 Dose-Response-Forschung

Die Forschergruppe um Howard entwickelte die Dose-Response-Forschung (1986) und konnte den Dose-Response-Effekt erstmals nachweisen (Howard et al., 1986; Lambert & Ogles, 2004). Howard beschreibt das Phänomen eines statistischen Zusammenhangs zwischen der Therapiesitzungsdosis und Ergebnis (Outcome). In einer Metaanalyse auf Grundlage eines Datenbestandes von 2 400 Patienten aus 15 Studien untersuchten Howard et al. den Zusammenhang zwischen Behandlungsdosis und Outcome, das entweder durch eine Selbsteinschätzung des Patienten oder in Form von Fremdeinschätzung durch Therapeuten oder Wissenschaftler nach Beendigung der Stunde erfasst wurde (1986). Die Analysen ergaben, dass 50% der behandelten Patienten nach ca. acht Therapieeinheiten eine bedeutsame Verbesserung zeigen und nahezu 75% eine Verbesserung nach 26 Therapieeinheiten aufweisen. Nach 52 Sitzungen (lt. Autoren entsprechend ca. einem Jahr der Behandlung) werden 85% der Patienten als bedeutsam verbessert eingeschätzt. Der Zusammenhang stellt sich als

negativ beschleunigte Kurve dar: Die Zunahme an bedeutsam gebesserten Patienten wird mit steigender Dosis geringer (vgl. Strauß & Wittmann, 2005, S. 770), (Lambert & Ogles, 2004, S. 154).

In weiteren Analysen konnten Howard et al. zeigen, dass Patienten mit bestimmten Störungsbildern unterschiedlich sensitiv mit einer Verbesserung auf eine bestimmte Dosis reagieren: Während 50% der depressiven Patienten nach ca. acht Sitzungen eine Verbesserung erreichen konnten, benötigten die Angstpatienten etwa 13 Sitzungen für eine vergleichbare Verbesserung, und Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung konnten erst nach über 26 Sitzungen ein ähnliches Ergebnis erzielen. Einschränkend ist anzumerken, dass die Studien sich lediglich auf prä-post-Messungen bezogen und keine Studien der kognitiv-behavioralen Therapie bzw. der Verhaltenstherapie in der Studie enthalten waren, sondern ausschließlich Studien mit psychodynamischen oder interpersonal ausgerichteten Therapien der vorausgehenden 30 Jahre. Bezogen auf Verhaltenstherapie stellt das Dose-Response-Modell daher eine eher konservative Schätzung dar.

Die Befunde zum Dose-Response-Effekt wurden durch spätere Untersuchungen relativiert und ergänzt: Lambert & Anderson untersuchten in Survival-Analysen ambulante Psychotherapiepatienten und zogen dabei im Gegensatz zu früheren Studien nicht nur prä-post-Messungen, sondern wöchentliche Verlaufsmessungen heran, um den Verlauf der Veränderung pro Patient zu untersuchen. Hier stellte sich heraus, dass 50% der Patienten klinisch signifikante Veränderungen erst nach 13 Sitzungen erreichten, und dass höher belastete Patienten acht Sitzungen mehr benötigten, als weniger belastete Patienten, um zu 50% eine klinisch bedeutsame Verbesserung zu erreichen (Anderson & Lambert, 2001).

Hansen et al. untersuchten vergleichend klinische Studien (efficacy, siehe Abschnitt 2.2.1) und Daten von Routinebehandlungen hinsichtlich des Zusammenhangs von Dosis und Outcome (2002). Es zeigte sich, dass unter Routinebedingungen deutlich kürzere Behandlungen stattfanden (Median: <5), als in klinischen Studien (Median: 12.7, $SD = 4.6$) und dass unter Routinebedingungen nur ein geringer Anteil der Patienten eine Verbesserung zeigte (nach der medianen Behandlungsdosis konnten maximal 10% als „geheilt“, und maximal 25% konnten als „bedeutsam gebessert“ eingestuft werden gegenüber 57.6% klinisch signifikant und 67.2% statistisch bedeutsam gebesserten Patienten der klinischen Studien). Die meisten Patienten erhielten unter

Routinebedingungen deutlich weniger Therapie, als die zur Besserung notwendige Dosis. Außerdem konnte in der Untersuchung gezeigt werden, dass die Patienten, die nach der medianen Sitzungsanzahl die Therapie fortsetzten, weiterhin von der Behandlung profitierten.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der Zusammenhang zwischen der Dosis und dem Outcome in der ambulanten Psychotherapie mehrfach bestätigt werden konnte. Die individuellen Verläufe in der Therapie variieren jedoch stark in Abhängigkeit von der Diagnose, der Ausgangsbelastung sowie auch von dem Ergebniskriterium (vgl. Howard et al, 1996; Lutz et al, 2005) und dem Kontext der Untersuchungen (klinische Studien vs. Behandlung unter Routinebedingungen).

2.3.2 Das Phasenmodell psychotherapeutischer Veränderungen

In dem Bestreben, theoriegeleitet systematische Zusammenhänge zwischen der Länge der Behandlung und dem Behandlungserfolg zu beschreiben, wurde das Modell später zum Phasenmodell psychotherapeutischer Veränderungen weiterentwickelt (Howard, 1993; Howard et al., 1996; Lueger, 1995). Auf empirischer Basis konnte nachgewiesen werden, dass sich unterschiedliche Bereiche im Erleben des Patienten in unterschiedlichem Ausmaß im Verlauf der Therapie ändern. Das Modell beschreibt folgende drei Phasen der psychotherapeutischen Veränderung als Zusammenhang zwischen Therapiedosis und Outcome (Ergebnis):

- Remoralisierung: Besserung des subjektiven Wohlbefindens
- Remediation: Reduktion der Symptombelastung und
- Rehabilitation: Verbesserung des Funktionsniveaus.

Die Remoralisierung beruht demnach auf den unspezifischen Faktoren einer hilfreichen Beziehung und kann möglicherweise schon durch die Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung mit dem Therapeuten beginnen. Die Remoralisierung zeigt sich in „prototypischen Behandlungen“ frühzeitig und steht mit Komponenten wie ‚Hoffnung auf Besserung aufbauen‘, sowie ‚Entlastung und Verständnis für die eigene Situation erlangen‘ in Zusammenhang. Die Remediationsphase umfasst ein Erkennen und Bewerten der eigenen Symptome, die Mobilisierung vorhandener Bewältigungsmöglichkeiten sowie das Erlernen alternativer Bewältigungsstrategien und der dauerhaften Anwendung dieser neuen Verhaltensweisen. In der abschließenden Rehabilita-

tionsphase kann das Wiedererlangen des früheren Funktionsniveaus im Vordergrund stehen, welches sich auf unterschiedliche Lebensbereiche (Partnerschaft, Familie, Beruf etc.) beziehen kann; ebenso wird aber auch das Erlernen neuer Rollen mit einem höheren Funktionsniveau angestrebt (Lueger, 1995).

Die Autoren gehen davon aus, dass die Veränderungsstufen sequentiell durchlaufen werden und das Erreichen einer Behandlungsstufe die notwendige Voraussetzung für die jeweils folgende Stufe darstellt, d.h. eine Remoralisierung ist die notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung, um die Remediation zu erreichen und ebenso ist die Remediation eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für eine erfolgreiche Rehabilitation. Darüber hinaus besteht die Annahme, dass die Entwicklung einer Psychopathologie dieselben Stufen in umgekehrter Reihenfolge durchläuft: Zuerst kommt es zum Scheitern in bestimmten Lebensbereichen, was einer Verschlechterung des Funktionsniveaus entspricht, danach folgt die Ausprägung von Symptomen und schließlich kommt es durch das Misslingen der Bewältigung zur Demoralisation und Reduktion des Wohlbefindens.

Das Phasenmodell psychotherapeutischer Veränderungen hat sich in unterschiedlichen Versorgungsbereichen wiederholt bestätigt (Barkham et al., 1996; Brockmann, Schlüter & Eckert, 2006; Lutz et al., 2001; Paar & Grohmann, 2000) und es gibt Hinweise darauf, dass sich die verschiedenen, benannten Outcome-Bereiche in einem unterschiedlichen Ausmaß, bezogen auf die Dosis, verändern (vgl. Strauß & Wittmann, S. 771). Es gibt wenige Beispiele, in denen keine Bestätigung für das Phasenmodell gezeigt werden konnte (Gallas et al., 2008; Kraft et al., 2003).

2.3.3 *Early-Response-Forschung*

Ein weiterer Ansatz, der sich speziell mit frühen Effekten in der Psychotherapie befasst, ist die „early-response“-Forschung (Lambert, 2005). Das Phänomen der „early treatment response“ oder „early-response“ bezeichnet einen stabilen Effekt: Eine Gruppe von Patienten, die Psychotherapie erhalten, reagiert bereits nach wenigen Behandlungsstunden mit einer statistisch bedeutsamen Verbesserung der Symptomatik („early responder“). Die early-response-Forschung kam zu dem Ergebnis, dass ein positiver Zusammenhang zwischen solch einer frühen Verbesserung (early response) und einem guten Therapieergebnis sowie positiven Follow-up-Ergebnissen besteht (Fennell & Teasdale, 1987; Ilardi & Craighead, 1999; Renaud et al., 1998; Tang &

DeRubeis, 1999). Als eine der frühesten Studien dieser Art wird die Untersuchung von Fennell et al. genannt, die Behandlungsverläufe während und nach der Behandlung depressiver Patienten in der Primärversorgung beschreibt (Fennell & Teasdale, 1987; Teasdale et al., 1984). In der Studie wurde eine Gruppe von Patienten mit kognitiv-behavioraler Therapie behandelt (CBT, n = 17). Es zeigte sich, dass diese bereits in der zweiten Behandlungswoche sehr unterschiedlich auf die Dosis von drei Therapiestunden reagierten und dass dieser Unterschied, gemessen im Becks Depressions Inventar (BDI), konstant über den weiteren Verlauf der Therapie (20 Sitzungen), aber auch in den Follow-up-Messungen nach drei, sechs und 12 Monaten fortbestand.

Die Autoren erklären ihre Ergebnisse mit der spezifischen Wirksamkeit der kognitiv behavioralen Interventionen, die in manualisierter Form die Stundeninhalte der Behandlung festlegen. Die Gruppe der „early-responders“ (n = 8) unterschied sich nicht hinsichtlich soziodemographischer Variablen von den Patienten mit langsamerer Besserung („delayed responders“, n = 9). Eine methodische Schwäche dieser Untersuchung besteht darin, dass sich die Gruppen bezüglich der Einnahme von Psychopharmaka unterschieden: Während der Anteil der Patienten, die in irgendeiner Form Antidepressiva einnahmen, in beiden Gruppen ähnlich hoch war (75% „early responders“ versus 77% „delayed responders“), erfolgte die Einnahme der Medikamente in der „early-responder“-Gruppe regelmäßig und hatte durchschnittlich 18 Tage vor der Studie begonnen. In der „delayed-responder“-Gruppe variierte die Regelmäßigkeit der Einnahme sowie der Einnahmezeitraum der Medikamente dagegen erheblich (der gesamte Einnahmezeitraum variierte in dieser Gruppe von 10 Tagen bis 18 Monate).

Eine ähnliche Untersuchung wurde durch Renaud et al. durchgeführt (1998). Die Gesamtgruppe von 100 depressiven Patienten im Alter von 13 bis 18 Jahren, wurde anhand der Differenz der BDI-Werte vor der zweiten Sitzung und zur prä-Testung in drei Gruppen aufgeteilt. Es ergab sich post hoc ebenfalls eine stabile Gruppenzugehörigkeit zu schneller, mittlerer und fehlender Reaktion auf die Anfangsphase der Therapie („rapid responder“ (n = 31), „intermediate responder“ (n = 51) und „initial non-responder“ (n = 18)). Am Ende der Behandlung nach 12-16 Therapiesitzungen, aber auch im Follow-up, über ein- und größtenteils auch über Zwei-Jahres-Untersuchungen hinweg, konnten die Patienten aus der Gruppe der „rapid responder“ bessere Outcome-Werte erzielen. Beschwerdefreie Phasen zwischen erneuten Episoden hielten in der Gruppe der „rapid responder“ länger an als in den anderen Grup-

pen. Im Gegensatz zu der Studie von Fennell et al. (1987) trat in der Untersuchung von Renauds et al. ein stabiler Zusammenhang zwischen einem unspezifischen Treatment (nondirective supportive Therapy) und der „rapid response“ auf, was eher gegen einen therapieschulen-spezifischen Effekt bzw. spricht bzw. gegen einen Effekt, der ausschließlich auf eine spezifische kognitiv-behaviorale Intervention zurück zu führen ist.

Von weiteren Autoren wurde kontrovers diskutiert, ob die vor allem in Depressionsstudien häufig beschriebene „early response“ in den ersten vier Behandlungswochen auf spezifische Behandlungskomponenten oder eher auf unspezifische Effekte zurückzuführen sei (Ilardi & Craighead, 1999; Tang & DeRubeis, 1999). Ilardi & Craighead vertreten den Standpunkt, dass allgemeine Wirkfaktoren, die der kognitiv-behavioralen Therapie zugrunde liegen, wie z.B. ‚Hoffnung einflößen‘ und ‚Selbstwirksamkeit stärken‘ (durch Hausaufgaben), zu den Verbesserungen während der ersten Stunden führen, was auch den Annahmen des Phasenmodells psychotherapeutischer Veränderung im Sinne der Remoralisierung entspricht (vgl. Lueger, 1995). Sie merken darüber hinaus kritisch an, dass in einigen vorausgehenden Studien nicht genau zwischen *Behandlungswochen* und *Behandlungsstunden* unterschieden werde, wodurch sie den Begriff „early response“ in hohem Ausmaß relativiert sehen: Gemäß der kognitiv-behavioralen Therapie nach Beck sollten in den ersten vier Behandlungswochen zwei Sitzungen abgehalten werden, so dass eine Verbesserung im Zeitraum von vier Wochen acht Therapiesitzungen entsprechen würden. Tang & DeRubeis entgegneten dieser Kritik, dass die Therapien, auf die sich ihre Studien bezogen, bezüglich der Dosis und Frequenz Becks Manual entsprachen. Sie sahen sich nach einer Überprüfung der Intervention in ihren Untersuchungen außerdem in der Aussage bestärkt, dass bereits in der frühen Phase der Therapie gleich viel Zeit für kognitive Arbeit aufgewendet werde, wie in späteren Sitzungen (Tang & DeRubeis, 1999). Weitere Forschung ist notwendig, um zu klären, auf welchen Komponenten die Wirkung dieses Effektes beruht.

Auch Haas, Lambert & Morell bestätigten in ihrer Studie den engen Zusammenhang zwischen „early response“ und guten Ergebnissen am Ende der Therapie sowie im Follow-up (2002). In dieser Studie wurde eine heterogene Patientienstichprobe (n = 147) einer ambulanten universitären Beratungs- und Therapieeinrichtung mittels des (Outcome Questionnaire 45 (OQ45) untersucht. Nach jeder Behandlungsstunde

wurde eine Messung vorgenommen, die pro Patient mit einem Erwartungswert verglichen wurde, der zuvor auf der Grundlage einer umfangreichen Patientenstichprobe ($n > 10\,000$) für ambulante Psychotherapiepatienten mit verschiedenen Ausgangswerten in wöchentlichen Messungen ermittelt worden war. Anhand der Differenzen zwischen dem tatsächlichen Wert und dem erwarteten Wert konnten die Patienten nach der dritten Sitzung in Gruppen mit unerwartet früher Reaktion, unverändertem Befinden und verschlechtertem Befinden aufgeteilt werden. Der Vergleich der erreichten Ergebnisse mit den erwarteten Werten bei Beendigung der Therapie und im Follow-up nach sechs Monaten sowie nach zwei Jahren bestätigte die hohe Stabilität der Patientengruppen: 84% der als „early responder“ eingestuften Patienten konnten zum Behandlungsende ebenfalls als verbessert oder geheilt eingestuft werden (dies entspricht $n = 39$ Patienten bzw. 27% der Stichprobe) und bei dem überwiegenden Anteil stellten sich die Behandlungserfolge auch im Follow-up als stabil dar. Da innerhalb des Therapeutenteams in dieser Untersuchung unterschiedliche Qualifikationen und Therapieformen vertreten waren, können die Effekte der frühen Verbesserungen nicht auf die spezifische Wirkungsweise von Interventionen einer bestimmten therapeutischen Schule zurückgeführt werden. Es wird daher angenommen, dass zumindest ein Anteil des „early-response“-Phänomens auf allgemeine Wirkfaktoren zurückzuführen sei, wie z.B. die therapeutische Allianz oder aber auf bestimmte Patientenmerkmale, wie z.B. eine höhere Veränderungsbereitschaft:

... early responders may be more 'ready' for therapy; they may have higher levels of motivation to change and thus be more receptive to therapeutic influences of any kind. A related client trait that may distinguish early responders is organization, or coherence. This trait describes the ability of some clients to maintain a focus while in treatment and often is used as a selection criterion for brief psychotherapies. (Haas et al., 2002, S. 1169).

Die Tatsache, dass theoretisch auch unterschiedliche spezifische Interventionen der verschiedenen Therapieausrichtungen zu den Ergebnissen hätten führen können, wird nicht erwähnt und wäre durch weitere, Interventions-, Prozess-, oder Therapieschulen-spezifische Auswertungen zu überprüfen.

Die Autoren weisen darauf hin, dass viele Patienten ihre Therapie bereits sehr frühzeitig beenden, nachdem sie als „early responder“ identifiziert wurden. Die durchschnittliche Therapiedauer betrug in dieser Studie 6.2 Stunden (*Standardabweichung*,

SD: 3.6, Range: 1-27), was mit den bereits erwähnten Rahmenbedingungen für Psychotherapie im US-amerikanischen Gesundheitssystem zusammenhängt (siehe auch 2.2.1, Seite 16 ff.). Ein Vergleich der genannten Befunde mit Daten aus Therapien im deutschen Gesundheitssystem ist daher nur sehr eingeschränkt möglich.

Abschließend lässt sich hinsichtlich der early-response Forschung feststellen, dass in verschiedenen Studien Hinweise gefunden werden konnten, dass Patientengruppen, die frühzeitig positiv auf psychotherapeutische Interventionen reagieren, auch im längerfristigen Verlauf positive Ergebnisse erreichen.

2.3.4 Neue Ansätze der Verlaufsforschung

Auch die Forschungsgruppe um Lutz und Stulz befasste sich mit Studien zu Verlaufsmessungen in der Anfangsphase der Therapie (meist über die ersten fünf Sitzungen) und leitete daraus die Identifikation von unterschiedlichen Verlaufstypen oder -klassen und deren Bezug zur Dosis und zum Outcome ab. Im Gegensatz zum early-response-Ansatz (siehe Abschnitt 2.3.3), der aufgrund einer frühzeitigen Differenzmessung die early-responder-Gruppe definiert und dadurch Prognosen über das Outcome von Patientengruppen ableitet, geht es bei der im Folgenden dargestellten Verlaufsmessung um eine meist sitzungsbezogene Messung über die Anfangsphase der Therapie, aufgrund derer Informationen über den Verlauf der Therapie pro Patient abgeleitet werden können. Untersuchungen fanden an mehreren umfangreichen Stichproben im Kontext der Routineversorgung in verschiedenen Ländern (USA, UK, Deutschland und Schweiz); in den meisten Studien wurden unterschiedliche Therapieverfahren einbezogen (CBT, interpersonale Therapie, humanistische Therapie, Gestalttherapie, psychodynamische Therapie und Transaktionale Analyse), so dass angenommen werden kann, dass die Befunde nicht auf Therapieschulenspezifische Effekte zurückzuführen sind.

Zur Analyse der Verlaufsklassen in der Anfangsphase der Therapie wurden als statistische Verfahren das growth-mixture-modeling (GMM) sowie hierarchische lineare Modelle (HLM) angewendet (vgl. Lutz, Stulz & Köck, 2009; Lutz et al., 2009; Lutz et al., 2007b; Stulz et al., 2007). Durch diese Methoden lassen sich Verlaufsklassen identifizieren, die Prognosen bezüglich des Outcome und der Therapiedauer ermöglichen. Je nach Art und Größe des Datensatzes bilden Lösungen mit vier, fünf oder mehr Verlaufsklassen die Prototypen des Verlaufs innerhalb der Anfangsphase der

Psychotherapie ab. Das Ziel einer solchen Verlaufsforschung besteht darin, ungünstige Verläufe im Einzelfall frühzeitig zu identifizieren und durch ein Feedback an die Therapeuten zu einem Wechsel der Behandlungsstrategie und somit zu einer effektiveren Behandlung beizutragen (Lutz, Stulz & Köck, 2009; Lutz et al., 2005). In einer Studie an einer deutschsprachigen Patientenstichprobe aus universitären Beratungsstellen in Bochum und Bern wurden Patienten zunächst aufgrund der Baseline-Messung nach Ausgangsbelastung drei Gruppen zugeordnet und gemäß einer einzelnen Zwischenmessung nach der 8. bzw. 10. Sitzung fünf Kriterien der Veränderung zugeordnet („klinisch signifikant“ bis „reliabel verschlechtert“) (Lutz et al., 2005). Im Verlauf bis zur zweiten Messung nach der 16. bzw. 20. Stunde konnte gezeigt werden, dass ein hoher Anteil der als „nicht reliabel verändert oder unverändert“ bzw. „reliabel verschlechtert“ eingestuften Patienten auch zur zweiten Messung in diesem Bereich eingestuft werden. Nach der Zwischenmessung hätte ca. ein Drittel der Patienten eine positive Rückmeldung erhalten, während ca. 3-15 % eine negative Verlaufsrückmeldung erhalten hätten.

In Studien mit engmaschigen Verlaufsmessungen zeigte sich auch, dass - entgegen der bisherigen Annahme eines linearen Verlaufs - plötzliche ‚Sprünge‘, d.h. Verbesserungen so wie auch Verschlechterungen im Verlauf *und* von Sitzung zu Sitzung stattfinden (Lutz et al., 2007a; Stulz et al., 2007).

Exemplarisch werden im Folgenden Ergebnisse aus einer Studie zu ambulanter Psychotherapie unter Routinebedingungen von Stulz et al. berichtet (2007). Es wurden Daten von n = 192 ambulanten Patienten untersucht, die aus einer staatlichen Behandlungseinrichtung in England rekrutiert wurden (national health service trust). Auf Basis von Messungen vor den ersten sechs Sitzungen (von denen mindestens drei Messungen pro Patient vorhanden waren) konnten mittels GMM fünf Verlaufsklassen identifiziert werden: a) “high initial impairment” (HII, Patienten mit hoher Ausgangsbelastung, 25%), b) “low initial impairment”(LII, niedrige Ausgangsbelastung, 13,5%), c) “early improvement” (EI; frühe Verbesserung, 12,5%), d) “medium impairment with continuous treatment progress” (MIWCTP; mittlere Ausgangsbelastung mit kontinuierlichem Behandlungsfortschritt, 29%) und e) “medium impairment with discontinuous treatment progress” (MIWDTP, mittlere Ausgangsbelastung mit diskontinuierlichem Behandlungsfortschritt, 20%). Diese Verlaufstypen wurden unter anderem in Beziehung zum Outcome und zur gesamten Behandlungsdosis untersucht.

Eine Analyse der Veränderungssprünge während der ersten sechs Sitzungen zeigte die höchste Anzahl in Gruppe d) MIWCTP, gefolgt von der Gruppe c) EI, wobei in der Gruppe c) ausschließlich Verbesserungssprünge auftraten. Die Effektstärke der Veränderung zeigte in den fünf Gruppen über die gesamte Behandlung erhebliche Unterschiede, von großer Effektstärke $d = 2.23$ in der Gruppe c) EI über mittlere bis große Effektstärken in den Gruppen d) MIWCTP und e) MIWDTP ($d = .55 / d = .54$) bis zu kleinen bis mittleren Effektstärken in den Gruppen a) HII und b) LII ($d = .30 / d = .24$).

Für die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen den fünf Verlaufsklassen und der Gesamtdosis der Behandlung wurde die Gesamtanzahl der Sitzungen in drei Gruppen eingeteilt (< 14 Sitzungen, 14 - 30 Sitzungen und > 30 Sitzungen). Es zeigte sich, dass in den Gruppen c) EI, d) MIWCTP und e) MIWDTP am häufigsten die kürzesten Behandlungen in Anspruch genommen wurden, während in der Gruppe b) LII am häufigsten mittlere Behandlungsdosen benötigt wurden und die Gruppe a) HII 70% die höchste Anzahl an Sitzungen erhielt.

Die Befunde zu der „early-improvement“-Gruppe in der Verlaufsforschung bestätigen grundsätzlich die Befunde der early-response-Forschung (siehe Abschnitt 2.3.3), da wiederholt gezeigt werden konnte, dass eine Gruppe, die frühzeitig auf die Intervention mit einer stabilen Verbesserung reagiert, weniger Behandlungsstunden beansprucht und große und stabile Effekte erreicht.

Andererseits werden durch die genauere Messung der Anfangsphase in der Verlaufsforschung die Annahmen über die Größe der early-response-Gruppe relativiert, da auch gezeigt werden konnte, dass es diskontinuierliche Verläufe gibt, in denen z.B. einem frühzeitigen Gewinn („sudden gain“) ein plötzlicher Verlust („sudden loss“) folgen kann (vgl. Lutz & Tschitsaz, 2007; Tschitsaz-Stucki & Lutz, 2009) und Patienten, die einen frühzeitigen Gewinn zeigten, nicht immer im weiteren Verlauf der early response bzw. early improvement-Gruppe zugeordnet wurden, sondern z.B. der Gruppe mit diskontinuierlichen Verläufen (Stulz et al., 2007).

Fazit

Aufgrund der genannten Ansätze zur Untersuchung früher Effekte in der Psychotherapie lassen sich – übertragen auf Studien zu frühen Therapieeffekten – verschiedene Erwartungen bezüglich der Behandlungseffekte formulieren:

- Entsprechend des Dose-Response-Modells findet innerhalb der ersten acht Therapiestunden bei ca. 50% der Patienten eine statistisch bedeutsame Veränderung statt (wobei bestimmte Diagnosen moderierend wirken können).
- Die Veränderung im Verlauf einer Psychotherapie müsste sich – gemäß dem Phasenmodell zur psychotherapeutischen Veränderung – in den verschiedenen Outcome-Parametern Wohlbefinden, Symptombelastung und im Funktionsniveau in einem unterschiedlichen Ausmaß zeigen.
- Aus den Befunden der early-response-Forschung ist abzuleiten, dass frühzeitig stattfindende Veränderungen im Outcome innerhalb des Therapieverlaufs oft stabil sind und daher eine hohe Vorhersagekraft bezüglich des Outcomes bei Therapie-Ende besitzen.
- Entsprechend der Verlaufsforschung ist, basierend auf sitzungsbezogenen Messungen in der Anfangsphase der Therapie, anzunehmen, dass in einer untersuchten Patientienstichprobe verschiedene Verlaufsklassen mit unterschiedlicher Prognose bezüglich des Outcomes und der Therapiedosis enthalten sind. Die früh identifizierten Verlaufstypen erweisen sich auch im längerfristigen Therapieverlauf als stabil.

Für die ersten drei genannten Annahmen gilt jedoch die Einschränkung, dass sie sich auf Studienergebnisse aus dem englischsprachigen Raum beziehen und dass sie somit nur begrenzt auf Psychotherapie unter den Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitswesens (siehe Abschnitt 2.1.1 ff.) übertragbar sind.

2.4 Verlauf unbehandelter psychischer Störungen

Im Folgenden werden zunächst Befunde aus Studien mit Wartekontrollgruppen berichtet, um kurzfristige Verläufe von unbehandelten psychischen Störungen darzustellen. Anschließend werden Befunde zu langfristigen Verläufen, zunächst aus Kohortenstudien, und anschließend aus naturalistischen Studien sowie einer Hausarztstudie,

geschildert. In diesem Zusammenhang werden auch die Phänomene der Chronizität und der Komorbidität, die mit unbehandelten psychischen Störungen assoziiert sind, behandelt.

2.4.1 Studien zu kurzfristigen Verläufen

Zahlreiche Therapiewirksamkeitsstudien mit Wartekontrollgruppen geben Aufschluss über unterschiedliche Veränderungen der Patienten während der Wartezeit auf Psychotherapie (Altenhöfer et al., 2007; Elliott & Brown, 2002; Hautzinger & Welz, 2004; Hoyer, 2009; O'Hara et al., 2008). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Länge der Wartezeit in klinischen Studien zumeist auf drei bis fünf Monate begrenzt ist, was eine Übertragung der Befunde auf den langfristigen Verlauf unbehandelter psychischer Erkrankungen in Frage stellt. Zusammenfassend lässt sich hinsichtlich der Studien mit Wartekontrollgruppendesign feststellen, dass sich die Wartekontrollgruppen als relativ stabil und oft mit einer leichten Tendenz zur Besserung des Befindens darstellen. Diese Besserungstendenz könnte auch mit einem Erwartungseffekt, der sich als signifikante Verbesserung *vor* Beginn der Therapie darstellt, zusammenhängen (Lambert & Ogles, S. 154, Strauß & Wittman, S. 770).

Strauß & Wittmann weisen darauf hin, dass unbehandelte Wartekontrollgruppen einen linearen Anstieg der Besserung aufweisen und, dass nach 52 Wochen Besserungsraten von ca. 45% erreicht werden (Strauß & Wittmann, 2005, S. 766).

Ein anderer Ansatz, um Veränderungen in Wartekontrollgruppen zusammenfassend zu beschreiben, besteht in der metaanalytischen Untersuchung bisheriger Studien mit Wartekontrollgruppen. Mittels dieser Methode untersuchten Grawe et al. in ihrer Studie zur Wirksamkeit der Psychotherapie 897 Therapiestudien (Grawe, 1992; Grawe, Donati & Bernauer, 1994). Die einbezogenen Studien enthielten verschiedene Kontrollbedingungen, u.a. auch Wartekontrollgruppen. Um das Ausmaß spontaner Veränderungen zu beurteilen, wurden die Wartekontrollgruppen statistisch zusammengefasst ausgewertet. Auf diese Weise wurden für $n = 111$ Wartekontrollgruppen die Effektstärken der Veränderungen berechnet. Dabei stellte sich heraus, dass die mittlere Effektstärke $d = 0.1$ betrug, was einem schwachen Effekt im Sinne einer positiven Veränderung entspricht (Grawe, 1994, Kap. 5.2.3., S. 707 ff., Grawe 1992, S. 134).

In einer metaanalytischen Untersuchung zu depressiven Patienten untersuchten

Posternak & Miller insgesamt 19 Studien, in denen depressive Patienten in pharmakologischer Behandlung mit Patienten in Wartekontrollgruppen verglichen wurden (2001). Die Dauer der Wartezeit erstreckte sich von zwei bis maximal 20 Wochen, wobei 221 unbehandelte Patienten einbezogen wurden. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass sich die Symptombelastung, gemessen mit der Hamilton Rating Scale for Depression, in einem Ausmaß von 11.9% verringert, während sich die Werte im Becks Depressions Inventar um 15.9% reduzierten. Entsprechend einer Subanalyse ihrer Ergebnisse, basierend auf einem Set von 11 Studien ($n = 76$), die individuelle Ergebnisse berichteten, wird sogar eine Besserungsrate von 20% berichtet (die theoretisch auch in der Untersuchung von pharmakologischen Behandlungseffekten berücksichtigt werden müsste).

Auch Leichsenring & Rabung untersuchten metaanalytisch auf Grundlage von 26 Therapiestudien die Veränderungen in Wartekontrollgruppen (2006). In den einbezogenen Studien wurden psychodynamische oder tiefenpsychologische Therapien hinsichtlich ihrer Wirksamkeit im Vergleich zu Wartelistenkontrollgruppen, Placebo-Behandlungen oder „treatment as usual“ (tau)-Gruppen untersucht. Ähnlich wie Grawe et al. stellten die Autoren lediglich schwache Effekte ($d = 0.12$, $SD = 0.19$) in den Wartekontrollgruppen fest. Für beide Metaanalysen gilt jedoch, ebenso wie für einzelne Wartekontrollgruppenstudien, dass die Ergebnisse lediglich für die relativ kurze Zeit der Warteperiode aussagekräftig sind, jedoch nicht für den langfristigen Verlauf unbehandelter psychischer Erkrankungen.

Wie in diesem Abschnitt dargestellt wurde, sprechen Befunde zu kurzfristigen Verläufen psychischer Störungen aus Wartekontrollgruppen für eine hohe Stabilität bei tendenziellen Verbesserungen. Aufgrund dieser Tatsache können Wartekontrollgruppen als Vergleichsgruppe für Effektivitätsmessungen herangezogen werden.

2.4.2 Studien zu langfristigen Verläufen

Das Thema der unbehandelten psychischen Erkrankungen ist im Rahmen dieser Untersuchung von besonderem Interesse, da die Wartesituation von Patienten in der Routineversorgung im Vergleich mit früh behandelten Patienten herangezogen wird, um die Effektivität der Verhaltenstherapie in der Anfangsphase zu messen. Außerdem geht es darum, zu überprüfen, welche Veränderungen in der Wartezeit auftreten, um genauere Informationen über das Befinden der Patienten in der Wartesituation unter

Routinebedingungen zu erhalten und somit ein wichtiges Merkmal der psychotherapeutischen Versorgungsrealität in Deutschland (siehe auch Abschnitt 2.1.1.2) genauer zu untersuchen.

Heute bestehen grundsätzliche ethische Bedenken gegenüber Studien mit unbehandelten Kontrollgruppen, da Studienteilnehmern, die der Wartegruppe zugeordnet werden, eine nachweislich wirksamere Behandlung vorenthalten wird und das Risiko einer Verschlechterung eingegangen wird (vgl. Bersoff & Bersoff, 1999). Auch Grawe hält Kontrollgruppenversuchspläne angesichts der nachgewiesenen Wirksamkeit vieler Therapiemethoden in der weiteren Psychotherapieforschung für verzichtbar (Grawe, 1992). Eine Untersuchung von Patienten mit psychischen Erkrankungen über einen längeren Zeitraum ist daher im Rahmen von klinischen Studien heute kaum mehr möglich. Stattdessen werden vergleichende Untersuchungen, die neue Therapieverfahren mit bereits eingeführten Methoden vergleichen, bevorzugt angewendet (vgl. Kendall, Holmbeck & Verduin, 2004).

Zu dem Thema der langfristig unbehandelten psychischen Erkrankungen gibt es bislang noch wenig Literatur. Zwei deutsche Studien haben über einen längeren Zeitraum den natürlichen bzw. unbehandelten Verlauf psychischer Erkrankungen untersucht: Die Münchner Follow-up-Studie von Wittchen & von Zerssen befasste sich in den 80-er Jahren mit der Frage nach dem Verlauf behandelter und unbehandelter Depressionen und Angststörungen (Wittchen & von Zerssen, 1987). Diese breit angelegte, prospektive Längsschnittstudie bezog 18- bis 64-jährige Probanden der damaligen Bundesrepublik Deutschland und Westberlins ein, die im Rahmen einer mehrstufig geschichteten Zufallsstichprobe rekrutiert wurden. In die Erstuntersuchung, die 1974 begann, wurden $n = 1\,952$ Teilnehmer eingeschlossen. Die Nachuntersuchung nach durchschnittlich sechs Jahren (1981) bezog sich auf alle in die Erstuntersuchung eingeschlossenen und als ‚symptomatisch auffällig‘ eingestuften Probanden ($n = 206$).⁷

Die Zuordnung zu Subgruppen von Probanden mit Angststörungen ($n = 38$) und depressiven Störungen ($n = 46$) erfolgte gemäß dem Klinikerurteil aufgrund eines standardisierten diagnostischen Interviews (DIS, Diagnostic Interview Scale, (Robins et

⁷ Die hier berichteten Ergebnisse beziehen sich ausschließlich auf die Untersuchung unbehandelter Verläufe. Für Untersuchungen bezüglich der Verläufe behandelter Patienten wurde auf eine Datenbank des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie zurückgegriffen, in der Daten von stationär behandelten Patienten gespeichert worden waren. Ergebnisse zu dieser Fragestellung, ebenso wie zur Epidemiologie und Prävalenz werden hier nicht weiter aufgeführt, siehe dazu Wittchen & von Zerssen, 1987.

al., 1992)). Als ‚sicher‘ oder ‚wahrscheinlich‘ beurteilte Diagnosen einer Angstneurose, Phobie oder Depression dienten als Zuweisungskriterium. In Tabelle 3 werden unterschiedliche Merkmalsausprägungen in den Bereichen ‚Komorbidität‘, ‚sekundäre Erkrankungen‘, ‚Remissionsrate‘, ‚Behandlungsrate‘ sowie ‚Art der Verläufe‘ für beide Gruppen dargestellt. Es zeigte sich ein allgemein hohes Ausmaß an Komorbidität, wobei bezüglich der Abhängigkeiten in der Gruppe der Probanden mit Angststörungen die Medikamentenabhängigkeit dominierte, während in der Gruppe der Probanden mit depressiven Störungen die komorbide Alkoholabhängigkeit vorherrschte. Als häufigste sekundäre Störung tritt in der Gruppe der Probanden mit Angststörungen die Depression auf, während in der Gruppe von Probanden mit depressiven Störungen die Alkoholabhängigkeit genannt wird. Insgesamt konnte eine höhere Remissionsrate (bezogen auf sechs Monate) bei Probanden mit depressiven Störungen (36.9%) gegenüber den Probanden mit Angststörungen (23.7%) nachgewiesen werden. Allerdings scheinen die Verläufe der depressiven Störungen schwerer zu sein, da sich ein höherer Anteil der depressiven Probanden in psychotherapeutische Behandlungen begab (39.1% vs. 15.8%, vgl. Tabelle 3). Ein Vergleich hinsichtlich des Verlaufs der Störung zeigt einen höheren Anteil an chronischen Verläufen unter den Probanden, die von Angststörungen betroffen waren, was sich auch in den diagnostischen Ergebnissen zu beiden Messzeitpunkten spiegelt: Bei 60.5% der Probanden mit Angsterkrankungen wurden in der Erst- und in der Nachuntersuchung die Kriterien der Diagnose erfüllt gegenüber 45.7% der Probanden mit depressiven Störungen (siehe Tabelle 3).

Eine Subgruppe von 10.9% der Probanden mit depressiven Störungen erfüllte nur im Follow-up die Diagnosekriterien (‚Intervallfälle‘, siehe Tabelle 3), was dem episodischen Charakter depressiver Störungen entspricht.

Zusammenfassend stellen die Autoren fest, dass die unbehandelten Angststörungen mehrheitlich einen relativ stabilen Verlauf aufweisen (ohne „dramatische Exazerbationen“ und ohne spontane Besserungstendenzen (Wittchen & von Zerssen, 1987, S.282).

Tabelle 3: Verläufe unbehandelter Angststörungen und Depressionen

Merkmal	Probanden mit Angststörungen (n=38)	Probanden mit depressiven Störungen (n=46)
Komorbidität	weit verbreitet, v.a. einfache Phobien mit Agoraphobie, Abhängigkeit von Medikamenten (Tranquilizer und Barbiturate) und Alkohol	weit verbreitet, v.a. mit einfachen Phobien, Panikstörung, Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol)
sekundäre Störungen	Depressionen	Alkoholabhängigkeit
Remissionsrate (6 Monate)	23.7%	36.9%
Behandlungsrate	PT: 15.8%, HA: 23.7%	PT: 39.1%, HA: 15.2%
Art der Verläufe	60.5% chronische Verläufe	45.7% chronische Verläufe, 10.9% Intervallfälle ^a

Anmerkungen. Quelle: Wittchen und von Zerssen, 1987, Kap. 5.2., S. 252 ff.

PT = Psychotherapie, HA = Behandlung beim Hausarzt

^a zwischen den Messzeitpunkten erkrankt, zu den Messzeitpunkten: keine Diagnose erfüllt

Der Verlauf scheint neben der Persistenz der Angstsyndrome durch ein deutlich ansteigendes Risiko zur Entwicklung depressiver Störungen und Abhängigkeiten charakterisiert zu sein. In der Depressionsgruppe sei der Anteil chronischer Verläufe zwar geringer, jedoch zeigten sich die depressiven Episoden als stärker beeinträchtigend. Insbesondere die chronische Depression wirke in sozialer Hinsicht stärker beeinträchtigend als die chronischen Angststörungen (Wittchen & von Zerssen, 1987, S.282).

Eine weitere Untersuchung zu dem Thema wurde von Franz et al. vorgenommen, die sich in ihrer Veröffentlichung über den Spontanverlauf psychogener Beeinträchtigung auf die dritte Erhebung der Mannheimer Kohortenstudie beziehen (Franz et al., 2000; Franz et al., 1994). Die erste Messung dieser tiefenpsychologisch ausgerichteten Langzeituntersuchung wurde an einer Zufallsstichprobe von 600 Probanden der Mannheimer Bevölkerung mit jeweils 200 Personen aus den Jahrgängen 1935, 1945 und 1955 durchgeführt. Zur Diagnostik wurde eine Kombination aus einem tiefenpsychologischen Interview und standardisierten Instrumenten verwendet. Die in der ersten Untersuchung (1979-1982) ermittelte Fallrate von 26% konnte auch in der zweiten Messung (1982-1985) bestätigt werden. In der dritten Untersuchung zwischen 1989 und 1991 wurden 207 Probanden erneut untersucht, die in den vorigen Messungen als „mittelgradig psychogen beeinträchtigt“ beurteilt wurden. Die Studie schloss diejenigen Teilnehmer aus, die eine psychotherapeutische Behandlung be-

gonnen hatten ($n = 33$), um ausschließlich den unbeeinflussten Spontanverlauf darzustellen. In einer clusteranalytischen Auswertung wurden drei Grundmuster von Verlaufstypen über die drei Messzeitpunkte hinweg unterschieden: tendenziell positive Verläufe, instabile Muster und negative Verlaufstypen, wobei die letzte Gruppe den größten Anteil der Risikostichprobe repräsentierte (Franz et al, 1994).

Die Autoren stellen als zentrales Ergebnis heraus, dass „die mittlere psychogene Beeinträchtigung nach 11 Jahren (...) für die Verlaufsstichprobe den Ausgangswert von t_1 [übertraf]. Die Fallrate stieg von 21.6% auf 26.2% in der untersuchten Verlaufsstichprobe.“ (Franz et al., 2000, S. 99). Die Befunde sprechen nach Ansicht der Verfasser für einen ungünstigen Langzeitverlauf psychologischer Beeinträchtigung und nur für eine schwache Tendenz im Sinne einer spontanen Rückbildung psychogener Beschwerden. Lediglich eine relativ kleine Untergruppe psychogen erkrankter Probanden (23.1% der zu t_1 und/oder t_3 bedeutsam klinisch Beeinträchtigten) wies in dieser Untersuchung einen günstigen Spontanverlauf auf. Die Autoren schließen aus einem leicht ansteigenden Summenwert der Gesamtbeschwerde (BSS), bei leicht abnehmender mittlerer Anzahl der psychogenen Symptome zu t_3 , dass es in dem Zeitraum von 11 Jahren zu einem Übergang von körperlichen (somatoformen psychogenen Symptomen) in psychische oder Verhaltenssymptome kommt, und, dass die einzelnen persistierenden Symptome zu t_3 stärker ausgeprägt sind als zu den früheren Messzeitpunkten (Franz et al., 2000).

Es zeigt sich in den dargestellten Langzeitstudien zum Verlauf unbehandelter psychischer Störungen, dass sich unbehandelte psychische Erkrankungen im langfristigen Verlauf eher ungünstig entwickeln.

Befunde zu Chronifizierung

Wie im vorigen Abschnitt ausgeführt wurde, bestehen Hinweise auf unterschiedliche Verlaufstypen psychischer Erkrankungen. Vor dem Hintergrund der langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz für ambulante Psychotherapie (siehe Kap. 2.1.1.2) und aufgrund der Annahme eines positiven Zusammenhangs zwischen Wartezeiten und Chronifizierung von psychischen Erkrankungen (Franz, 2000, Hartmann, 2004) soll der chronische Verlaufstypus im Folgenden näher behandelt werden. **Chronische Verläufe** zeichnen sich gegenüber akuten Zuständen durch die Zeitdauer der Erkrankung, Therapieresistenz und eine mit der Chronifizierung verbundene Einschränkung in verschiedenen (z.B. sozialen) Funktionsbereichen aus (vgl. Wolfersdorf, 2001).

Bezogen auf Minor Depression und Major Depression kann von Chronifizierung gesprochen werden, wenn mindestens zwei Jahre lang eine Phasen überdauernde depressive Symptomatik (oder ‚Restsymptomatik‘) besteht.

Kühn et al. befassten sich im Rahmen einer einjährigen Verlaufsuntersuchung in 20 Allgemeinarztpraxen in Berlin und Mainz an einer geschichteten Patientenstichprobe (n = 5 284) mit dem Verlauf depressiver Erkrankungen und dem damit einhergehenden Ausmaß an psychosozialen Einschränkungen (Kühn et al., 2002). Es stellte sich heraus, dass 8.6% der Patienten in Allgemeinarztpraxen aktuell unter Depressionen nach den Definitionen des ICD-10 litten und 33.3% der Betroffenen rezidivierende und chronifizierende Verläufe zeigten, die mit einem hohen Grad an psychosozialer Beeinträchtigung verbunden waren. Depressive Erkrankungen führten in 28.2% der Fälle zu einer bedeutsamen Einschränkung in der Erfüllung sozialer Rollen im Vergleich zu 8.6% bei chronischen somatischen Erkrankungen. Die Autoren weisen darauf hin, dass grenzwertige Depressionen mit Funktionseinschränkungen im sozialen Bereich und eine Behinderungsrate von 15.3% der Patienten bzw. 2.9 Arbeitsausfalltagen im Monat einhergingen. Die Chronizitätsrate für depressiv Erkrankte wird demnach insgesamt als hoch eingeschätzt, obgleich anzumerken ist, dass hier zwischen chronischen und intermittierenden Verläufen nicht deutlich getrennt wurde.

Auch im Bereich der Angststörungen sprechen verschiedene Befunde für einen chronischen Verlauf der Störung: In einer naturalistischen, acht Jahre umfassenden Langzeitstudie untersuchten Yonkers et al. im Rahmen des Haward/Brown Anxiety Research Program (HARP) die Remissionsraten von 558 Angstpatienten mit verschiedenen Angsterkrankungen (Yonkers et al., 2003). Die Untersuchung bezog sich auf die Störungsbilder Panikstörung, Panikstörung mit Agoraphobie, Generalisierte Angststörung und Soziale Phobie, wobei die Behandlung der Patienten nicht beeinflusst wurde. Die Rekrutierung der Patienten erfolgte über primary- und tertiary-care-centres. Über 80% der Patienten erhielten Medikamente, vorwiegend Benzodiazepine. Die Remissionsraten im Acht-Jahres-Zeitraum lagen für reine Panikstörungen mit 76% der Frauen bzw. 69% der Männer am höchsten, während unter agoraphobischen Patienten mit Panikstörung lediglich 39% der weiblichen Patienten und 35% der männlichen Patienten remittierten. Im Bereich der Sozialen Phobie betragen die Remissionsraten für Frauen und Männer gleichermaßen 31%. Im Gegensatz zu einer früheren Untersuchung über einen Fünf-Jahres-Zeitraum unterschieden sich die Re-

missionsraten in dem Acht-Jahres-Zeitraum nicht signifikant zwischen Frauen und Männern. Die Autoren konstatieren aufgrund ihrer Ergebnisse, dass Angsterkrankungen bei der Mehrheit der Betroffenen einen chronischen Verlauf nehmen.

Faravelli et al. fanden in einer fünfjährigen naturalistischen Untersuchung von 99 ambulanten Panikpatienten ebenfalls nur geringe Remissionsraten (unter Berücksichtigung vorübergehender Remissionen) von bis zu 37.5% während bei 72.8% der Fälle eine konsistente Verschlechterung gemessen wurde, was für einen mehrheitlich chronischen Verlauf spricht (Faravelli, Paterniti & Scarpato, 1995).

Auch in der Deutschen Consumer-Report-Studie (siehe auch Abschnitt 2.2.1) findet die Chronifizierung von Angststörungen bei einer bestimmten Patientengruppe Erwähnung: „Patienten von über 45 Jahren boten hier die schlechtesten Ergebnisse der gesamten Angstgruppe. Vermutlich spiegelt sich in diesem Befund die Schwierigkeit, eine chronifizierte Symptomatik durch eine relativ kurzzeitige Behandlung zu beseitigen“ (Hartmann & Zepf, 2003), (Leichsenring & Rabung, 2006).

Befunde zu Komorbidität

Unter **Komorbidität** ist das „gleichzeitige Vorhandensein mindestens zweier voneinander getrennter Erkrankungen“ (DGPPN, 2009, S. 50) zu verstehen. Komorbidität tritt im Bereich der psychischen Störungen oft auf und wird auch mit dem Schweregrad einer Erkrankung sowie mit der Chronizität in Verbindung gesehen. Im Bundesgesundheitsurvey wurde eine 12-Monats-Komorbidität von 40% ermittelt (Jacobi et al., 2004). Demnach sind 60.7% der depressiv Erkrankten von Komorbidität betroffen, davon haben 24.1% drei oder mehr Diagnosen. In Zusammenhang mit Komorbidität wird auf das höhere Chronifizierungsrisiko, eine ungünstigere Prognose und ein erhöhtes Suizidrisiko hingewiesen (Nationale Versorgungsleitlinie zur Behandlung unipolarer Depression, NVL). Am häufigsten tritt die Kombination von Depression mit Angst- und Panikstörungen auf, gefolgt von Abhängigkeitserkrankungen. Ein hoher Zusammenhang wird auch zwischen Essstörungen und depressiven Erkrankungen berichtet. Die Komorbidität von depressiven Erkrankungen und somatischen Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus, Tumorerkrankungen) wird in der Versorgungsleitlinie ebenfalls mehrfach erwähnt.

Im Bereich somatischer Komorbidität werden Wechselwirkungen mit psychischen Störungen in unterschiedlicher Weise angenommen: So sind Depressionen beispielsweise nach einem Herzinfarkt sehr verbreitet (Frasure-Smith & Lespérance, 2003)

und die negative Auswirkung psychischer Komorbidität auf den Verlauf unterschiedlicher somatischer Erkrankungen wurde vielfach untersucht (Katon & Ciechanowski, 2002), (Smith & Ruiz, 2002). Auch im Bereich der Angststörungen zeigten Untersuchungen, dass im chronischen Verlauf sowohl weitere psychische Beeinträchtigungen, wie auch bestimmte somatische Erkrankungen gehäuft auftreten können (Sareen et al., 2006), was für eine gegenseitige Wechselwirkung von somatischen und psychischen Erkrankungen sprechen könnte.

Der scheinbare Widerspruch der in diesem Abschnitt berichteten ungünstigen langfristigen Verläufen im Gegensatz zu tendenziell positiven Effekten im kurzfristigen Verlauf (siehe Abschnitt 2.4.1) könnte wesentlich durch unterschiedliche Rekrutierungsmethoden der Studien bedingt sein: In klinischen Wartekontrollgruppenstudien sind normalerweise Patienten enthalten, die aktiv eine Psychotherapie aufgesucht haben, und demnach vermutlich eine positive Erwartung an eine Therapie richten, was sich auch in Verbesserungen während der Wartezeit ausdrücken könnte, während die berichteten Langzeituntersuchungen hauptsächlich Menschen erfassten, die keine Hilfe aufgesucht haben, obwohl sie die Kriterien für eine oder mehrere psychische Störungen erfüllen. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass trotz der aus ethischen Gründen seltenen prospektiven Verlaufsuntersuchungen verschiedene Datenquellen wie die erwähnte Hausarztstudie, naturalistische Langzeitstudien und die Consumer-Report-Studie dafür sprechen, dass unbehandelte depressive und Angststörungen nur geringe Spontanheilungsraten erreichen und dass ein hohes Ausmaß an chronischen Verläufen bei diesen weit verbreiteten psychischen Störungen besteht, was sich nachteilig auf die Prognose auswirkt. Dies unterstreicht die Notwendigkeit eines Versorgungsangebots mit geringen Wartezeiten für Menschen mit psychischen Störungen (vgl. Abschnitt 2.1.1.2). Die genannten Studienergebnisse weisen auf die hohe Verbreitung sowohl psychischer als auch somatischer Komorbidität hin. Es ist daher zu erwarten, dass auch in der hier vorgestellten naturalistischen Untersuchung ein bedeutsamer Anteil der Patienten an chronifizierten psychischen Störungen leidet. Außerdem trägt die unbehandelte Wartesituation, die in der hier vorgestellten Studie als Vergleichsbedingung untersucht wird, zu einem erhöhten Risiko für die Chronifizierung und Entwicklung von Komorbiditäten psychischer Störungen bei.

3 ZIELE, FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN

3.1 Zielsetzung

Wie in Kapitel 2.2 dargestellt, konnte in der Outcome-Forschung gezeigt werden, dass Verhaltenstherapie im klinischen Kontext eine wirksame Methode zur Behandlung psychischer Erkrankungen ist und folglich als wirksamer anzusehen ist, als keine Behandlung bzw. eine Wartezeit vor einer Behandlung. Auch Untersuchungen zu Verhaltenstherapie unter Routinebedingungen bestätigen die Effektivität der ambulanten Verhaltenstherapie (siehe Abschnitt 2.2.1). Allerdings gibt es bisher nur wenige Nachweise für die Effektivität im Bereich der ambulanten Verhaltenstherapie unter Routinebedingungen der deutschen Versorgungsstrukturen; insbesondere in Bezug auf die Anfangsphase der ambulanten Verhaltenstherapie unter den Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems sind keine systematischen Untersuchungen bekannt.

Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Effektivität ambulanter Verhaltenstherapie durch einen Vergleich von behandelten Patienten mit einer Gruppe unbehandelter Patienten im Kontext der Routinebehandlung zu untersuchen. Die Untersuchung bezieht sich auf die Anfangsphase der ambulanten Verhaltenstherapie in einem Zeitraum von sechs Monaten nach dem Erstgespräch. Dieser Zeitraum entspricht zum einen durchschnittlich der Dauer einer Kurzzeittherapie (wenn man von kontinuierlich stattfindenden wöchentlichen Sitzungen ausgeht) und zum anderen entspricht dieses Intervall der gegenwärtigen durchschnittlichen Wartezeit in der Routineversorgung (siehe Abschnitt 2.1.1.2.).

Es werden Daten in der Routinebehandlung erhoben und für die Überprüfung der Fragestellungen ausgewertet. Da die Verhaltenstherapie in der untersuchten Fokuseinrichtung in unterschiedlichen Settings angeboten und durchgeführt wird (Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie oder kombinierte Einzel- und Gruppenpsychotherapie), besteht als weitere Zielsetzung, diese Settings sowohl mit der unbehandelten Wartesituation als auch miteinander zu vergleichen. Die Wirksamkeit der Behandlung wird hinsichtlich des primären Outcome-Parameters *Symptombelastung* (PSB, Modul A, HEALTH-49) und der sekundären Outcome-Parameter *Psychisches Wohlbefinden* (WOHL, Modul B, HEALTH-49) sowie der *Gesundheitsbezogenen*

Lebensqualität (MCS, mental component scale = psychische Dimension des Short Form-8, im Folgenden verkürzt bezeichnet als *Psychische Lebensqualität*) untersucht. Hinsichtlich dieser Outcome-Bereiche wird, orientiert an dem in Abschnitt 2.3.2 dargestellten Modell der psychotherapeutischen Veränderung nach Howard & Lueger (Howard, 1993; Lueger, 1995), eine unterschiedliche Abfolge der Veränderung in den drei Outcome-Bereichen angenommen.

Neben der Effektivität der ambulanten Verhaltenstherapie unter Routinebedingungen wird in dieser Arbeit die Versorgungssituation, d.h. auch die Wartezeit auf einen Therapieplatz, die in der aktuellen Versorgungssituation üblich ist, untersucht (siehe Abschnitt 2.1.1.2), indem Angaben über den weiteren Therapiewunsch, Aktivitäten während der Wartezeit sowie stationäre Behandlungen deskriptiv ausgewertet und dargestellt werden. Wie in Abschnitt 2.4.2 beschrieben, trägt die unbehandelte Wartesituation der Patienten langfristig zu Chronifizierungsprozessen bei. Die vorliegende Arbeit soll einen Beitrag leisten, die Situation und den Versorgungsbedarf unversorgter Patienten abzubilden. Das übergeordnete Ziel der Studie ist, einen Beitrag zur Verbesserung der Datengrundlage für die Evaluation von ambulanter Psychotherapie zu leisten und das Wissen zur Versorgungssituation zu erweitern.

3.2 Fragestellungen

Aufgrund Rahmenbedingungen der Untersuchung (siehe Abschnitt 4.1) werden, basierend auf den Erkenntnissen der Forschung, verschiedene Fragestellungen für die vorliegende Studie abgeleitet. In der **Hauptfragestellung** werden verhaltenstherapeutisch im Einzelsetting behandelte Patienten und unbehandelte Patienten in der Wartesituation verglichen. In **Block 1 der Nebenfragestellungen** werden Patienten, die verhaltenstherapeutische Gruppenpsychotherapie erhalten haben, mit Patienten in der unbehandelten Wartesituation sowie mit Patienten, die verhaltenstherapeutische Einzelbehandlung erhalten haben, verglichen.

Block 2 der Nebenfragestellungen stellt Patienten, die eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie erhalten haben, in den Vordergrund. Vergleiche erfolgen hier mit der unbehandelten Wartesituation sowie auch mit Patienten, die Verhaltenstherapie ausschließlich im Einzelsetting erhielten und mit Patienten, die Verhaltenstherapie ausschließlich im Gruppensetting erhielten. Die **Nebenfragestellung 6** befasst sich mit dem Vergleich von Patienten, die Psychotherapie unbekannter Ausrich-

tung außerhalb der untersuchten Einrichtung erhalten haben, im Vergleich zur unbehandelten Wartesituation.

Hauptfragestellung:

Unterscheiden sich Patienten, die ambulante Verhaltenstherapie im Einzelsetting unter Routinebedingungen erhalten, in dem Zeitraum von sechs Monaten nach dem Erstgespräch von Patienten in der unbehandelten Wartesituation

- a) auf Ebene der *Symptombelastung*
- b) auf Ebene des *Psychischen Wohlbefindens*
- c) und auf Ebene der *Psychischen Lebensqualität?*

Nebenfragestellungen/Block 1: Zur Wirksamkeit der ambulanten verhaltenstherapeutischen Gruppenpsychotherapie

Nebenfragestellung 1:

Unterscheiden sich Patienten, die ambulante Verhaltenstherapie im Gruppensetting unter Routinebedingungen erhalten, in dem Zeitraum von sechs Monaten nach dem Erstgespräch von Patienten in der unbehandelten Wartesituation

- a) auf Ebene der *Symptombelastung*
- b) auf Ebene des *Psychischen Wohlbefindens*
- c) und auf Ebene der *Psychischen Lebensqualität?*

Nebenfragestellung 2:

Unterscheiden sich Patienten, die ambulante Verhaltenstherapie im Gruppensetting unter Routinebedingungen erhalten, in dem Zeitraum von sechs Monaten nach dem Erstgespräch von Patienten, die ambulante Verhaltenstherapie im Einzelsetting erhalten,

- a) auf Ebene der *Symptombelastung*
- b) auf Ebene des *Psychischen Wohlbefindens*
- c) und auf Ebene der *Psychischen Lebensqualität?*

Nebenfragestellungen/Block 2: Zur Wirksamkeit der Verhaltenstherapie in Kombination von Einzel- und Gruppentherapie

In den Nebenfragestellungen 3, 4 und 5 geht es um Patienten, die ambulante verhaltenstherapeutische Einzel- und Gruppenpsychotherapie in Kombination erhalten haben, im Vergleich zu unbehandelten Patienten und im Vergleich zu Verhaltenstherapie ausschließlich im Einzel- bzw. Gruppensetting.

Nebenfragestellung 3:

Unterscheiden sich Patienten, die ambulante Verhaltenstherapie in der Kombination aus Einzel- und Gruppensetting unter Routinebedingungen erhalten, in dem Zeitraum von sechs Monaten nach dem Erstgespräch von Patienten in der unbehandelten Wartesituation

- a) auf Ebene der *Symptombelastung*
- b) auf Ebene des *Psychischen Wohlbefindens*
- c) und auf Ebene der *Psychischen Lebensqualität*?

Nebenfragestellung 4:

Unterscheiden sich Patienten, die ambulante Verhaltenstherapie in der Kombination aus Einzel- und Gruppensetting unter Routinebedingungen erhalten, in dem Zeitraum von sechs Monaten nach dem Erstgespräch von Patienten, die ambulante Verhaltenstherapie im Einzelsetting erhalten,

- a) auf Ebene der *Symptombelastung*
- b) auf Ebene des *Psychischen Wohlbefindens*
- c) und auf Ebene der *Psychischen Lebensqualität*?

Nebenfragestellung 5:

Unterscheiden sich Patienten, die ambulante Verhaltenstherapie in der Kombination aus Einzel- und Gruppensetting unter Routinebedingungen erhalten, in dem Zeitraum von sechs Monaten nach dem Erstgespräch von Patienten, die ambulante Verhaltenstherapie im Gruppensetting erhalten,

- a) auf Ebene der *Symptombelastung*
- b) auf Ebene des *Psychischen Wohlbefindens*
- c) und auf Ebene der *Psychischen Lebensqualität*?

Nebenfragestellung 6:

Hier geht es um den Vergleich von Psychotherapie im Einzelsetting außerhalb der untersuchten Fokuseinrichtung; über die therapeutische Ausrichtung der Behandlung ist nichts bekannt ist; lediglich ist nach Patientenangabe davon auszugehen, dass nach dem Erstgespräch in der Fokuseinrichtung eine Psychotherapie außerhalb dieser Einrichtung im Einzelsetting stattfindet.

Unterscheiden sich Patienten, die ambulante Psychotherapie im Einzelsetting unter Routinebedingungen (außerhalb der untersuchten Fokuseinrichtung) erhalten, in dem Zeitraum von sechs Monaten nach dem Erstgespräch von Patienten in der unbehandelten Wartesituation

- a) auf Ebene der *Symptombelastung*
- b) auf Ebene des *Psychischen Wohlbefindens*
- c) und auf Ebene der *Psychischen Lebensqualität*?

3.3 Hypothesen**Auf die Hauptfragestellung bezogene Hypothesen**

Verhaltenstherapeutisch im Einzelsetting behandelte Patienten (VT/E) und Patienten in der unbehandelten Wartesituation (UB) unterscheiden sich im Hinblick auf das Behandlungsergebnis unter Routinebedingungen sechs Monate nach dem Erstgespräch zu Gunsten der behandelten Patienten.

- a) Patienten, die ambulante Verhaltenstherapie im Einzelsetting erhalten haben (VT/E), zeigen eine signifikant stärkere Reduktion der *Symptombelastung* als unbehandelte Patienten (UB). Die Unterschiede in der Reduktion sind von kleiner bis mittlerer Effektstärke.
- b) Patienten, die ambulante Verhaltenstherapie im Einzelsetting erhalten haben (VT/E), zeigen eine signifikant stärkere Reduktion der Einschränkung des *Psychischen Wohlbefindens* als unbehandelte Patienten (UB). Die Unterschiede in der Reduktion sind von mittlerer Effektstärke.
- c) Patienten, die ambulante Verhaltenstherapie im Einzelsetting erhalten haben (VT/E), zeigen eine signifikant stärkere Reduktion der Einschränkung der *Psychischen Lebensqualität* als unbehandelte Patienten (UB). Die Unterschiede in der Reduktion sind von kleiner Effektstärke.

Die Hypothesen werden aus den Befunden der Psychotherapieforschung abgeleitet

(vgl. Abschnitt 2.2.1). Die Annahme der unterschiedlichen Ausprägung von Gruppenunterschieden in den Outcome-Bereichen a) bis c) wird mit Bezug auf das Phasenmodell psychotherapeutischer Veränderung nach Howard & Lueger begründet (Howard et al., 1993, Lueger, 1995, vgl. Abschnitt 2.3.2).

Auf die Nebenfragestellungen bezogene Hypothesen

Zu den Nebenfragestellungen ist anzumerken, dass sich für die Nebenfragestellung 2 zum Vergleich der Verhaltenstherapie im Einzel- und Gruppensetting aufgrund der Befundlage in der Literatur keine konkreten Hypothesen ableiten lassen (siehe auch Abschnitt 2.2.2). Diese Nebenfragestellung wird daher explorativ untersucht. Dies gilt auch für die Nebenfragestellungen 4 und 5 aufgrund der bisher fehlenden systematischen Evaluation von ambulanter Verhaltenstherapie in Kombination von Einzel- und Gruppensetting (siehe auch Abschnitt 2.2.2). Die Untersuchung der Nebenfragestellung 6 erfolgt aufgrund der geringen Information über Ausrichtung und Inhalt der Therapien der untersuchten Patientengruppe ebenfalls explorativ.

Block 1 - Hypothesen zur Nebenfragestellung 1

Verhaltenstherapeutisch im Gruppensetting behandelte Patienten (VT/G) und Patienten in der unbehandelten Wartesituation (UB) unterscheiden sich im Hinblick auf das Behandlungsergebnis unter Routinebedingungen sechs Monate nach dem Erstgespräch zu Gunsten der behandelten Patienten.

a) Patienten, die ambulante Verhaltenstherapie im Gruppensetting erhalten haben (VT/G), zeigen eine signifikant stärkere Reduktion der *Symptombelastung* als unbehandelte Patienten (UB). Die Unterschiede in der Reduktion sind von kleiner bis mittlerer Effektstärke.

b) Patienten, die ambulante Verhaltenstherapie im Gruppensetting erhalten haben (VT/G), zeigen eine signifikant stärkere Reduktion der Einschränkung des *psychischen Wohlbefindens* als unbehandelte Patienten (UB). Die Unterschiede in der Reduktion sind von mittlerer Effektstärke.

c) Patienten, die ambulante Verhaltenstherapie im Gruppensetting erhalten haben (VT/G), zeigen eine signifikant stärkere Reduktion der Einschränkung der *psychischen Lebensqualität* als unbehandelte Patienten (UB). Die Unterschiede in der Reduktion sind von kleiner Effektstärke.

Die Hypothesen werden aus den Befunden der Psychotherapieforschung abgeleitet (vgl. Abschnitt 2.2.2). Die Annahme der unterschiedlichen Ausprägung von Gruppenunterschieden in den Outcome-Bereichen a) bis c) wird mit Bezug auf das Phasenmodell psychotherapeutischer Veränderung nach Howard & Lueger begründet (Howard et al., 1993, Lueger, 1995, vgl. Abschnitt 2.3.2).

Block 2 - Hypothesen zur Nebenfragestellung 3

Patienten, die mit einer Kombination aus verhaltenstherapeutischer Einzel- und Gruppentherapie behandelt wurden (VT/E+G) und Patienten in der unbehandelten Wartesituation (UB) unterscheiden sich im Hinblick auf das Behandlungsergebnis unter Routinebedingungen sechs Monate nach dem Erstgespräch zu Gunsten der behandelten Patienten.

a) Patienten, die eine Kombination aus ambulanter Verhaltenstherapie im Einzel- und Gruppensetting erhalten haben (VT/E+G), zeigen eine signifikant stärkere Reduktion der *Symptombelastung* als unbehandelte Patienten (UB). Die Unterschiede in der Reduktion sind von kleiner bis mittlerer Effektstärke.

b) Patienten, die eine Kombination aus ambulanter Verhaltenstherapie im Einzel- und Gruppensetting erhalten haben (VT/E+G), zeigen eine signifikant stärkere Reduktion der Einschränkung des *psychischen Wohlbefindens* als unbehandelte Patienten (UB). Die Unterschiede in der Reduktion sind von mittlerer Effektstärke.

c) Patienten, die eine Kombination aus ambulanter Verhaltenstherapie im Einzel- und Gruppensetting erhalten haben (VT/E+G), zeigen eine signifikant stärkere Reduktion der Einschränkung der *psychischen Lebensqualität* als unbehandelte Patienten (UB). Die Unterschiede in der Reduktion sind von kleiner Effektstärke.

Die Hypothesen werden aus den Befunden der Psychotherapieforschung (vgl. Abschnitt 2.2.1 und 2.2.2) abgeleitet. Die Annahme der unterschiedlichen Ausprägung von Gruppenunterschieden in den Outcome-Bereichen a-c wird mit Bezug auf das Phasenmodell psychotherapeutischer Veränderung nach Howard & Lueger begründet (Howard et al, 1993, Lueger, 1995, vgl. Abschnitt 2.3.2).

4 METHODE

4.1 Kontext der Untersuchung

Die hier vorgestellte Studie befasst sich mit Patienten, die an einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ, siehe 2.1.1.1) in Hamburg eine ambulante Verhaltenstherapie durchführen wollten. Die *Verhaltenstherapie Falkenried MVZ GmbH* (im Folgenden verkürzt als *Verhaltenstherapie Falkenried* bezeichnet) wurde im Mai 2006 gegründet und führt psychotherapeutische und psychiatrische Behandlungen innerhalb der Rahmenbedingungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg durch.

4.1.1 *Behandlungsangebot und Behandlungsteam des MVZ*

Zu Beginn dieser Studie umfasste das Behandlungsangebot neben begleitender medizinisch-psychiatrischer Behandlung ambulante Verhaltenstherapie im Einzel- oder Gruppensetting. Gruppentherapien fanden in den Bereichen der Angst- und Depressionsbewältigung, Soziales-Kompetenz-Training, Burnout- und Stressbewältigung statt; außerdem gab es eine Persönlichkeitsstilegruppe für Patienten mit Diagnosen im Bereich F60 (ICD-10), eine Männer-Problemlösegruppe, sowie eine Gruppe für Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen. Die Angst- und Depressions-spezifischen Gruppen sowie die SKT-Gruppen bestanden jeweils aus einer psychoedukativen Einführungsgruppe (á fünf Doppelstunden) und einer folgenden Bewältigungsgruppe (á 10 Doppelstunden), die als geschlossene Gruppen abgehalten wurden. Die Burnout- und Stress-Bewältigungsgruppen waren ebenfalls als geschlossene Gruppen über fünfzehn bzw. zwanzig Doppelstunden konzipiert. Die Persönlichkeitsstilegruppe sowie die Männerspezifische Problemlösegruppe wurden als offene Gruppen über 15 Doppelstunden abgehalten.

Das Therapieangebot der *Verhaltenstherapie Falkenried* war für Patienten der gesetzlichen Krankenkassen HEK (Hanseatische Ersatzkasse) und der GEK (Schwäbisch-Gmünder Ersatzkasse) aufgrund von Verträgen zur Integrierten Versorgung (siehe Abschnitt 2.1.1.1) praktisch ohne Wartezeiten zugänglich. Die Mehrheit dieser Patienten erhielt Verhaltenstherapie (im Einzel- oder Gruppensetting) in der Frequenz von einer Sitzung pro Woche, was als repräsentativ für die allgemeine Praxis in der

Routineversorgung angesehen werden kann⁸. Patienten aus anderen gesetzlichen Krankenkassen ohne Zusatzversicherung erhielten normalerweise einmal pro Woche eine Therapiesitzung (Einzel- oder Gruppenpsychotherapie), wobei jedoch deutlich längere Wartezeiten bestanden: Die Wartezeit für einen Gruppentherapieplatz betrug drei bis sechs Monate und die Wartezeit auf einen Einzeltherapieplatz dauerte ca. 12 Monate. Die Therapieinhalte waren innerhalb und außerhalb des Projekts zur Integrierten Versorgung in der hier fokussierten Patientenklientel vergleichbar, so dass der formale Hauptunterschied zwischen den genannten Patientengruppen (innerhalb und außerhalb der integrierten Versorgung) in der unterschiedlich langen Wartezeit auf den Therapieplatz zu sehen ist. Es bestand die Situation, dass die Patienten eine in grundlegenden Merkmalen (Frequenz, Dosis, Setting, therapeutische Ausrichtung, Inhalt) vergleichbare Behandlung erhielten und lediglich mit unterschiedlicher Wartezeit in Behandlung kamen, so dass hier ein Vergleich von behandelten und auf Behandlung wartenden Patienten im Rahmen der Routinebehandlung möglich wurde.

Das Behandlungsteam der *Verhaltenstherapie Falkenried* bestand zu Beginn dieser Studie aus vier Fachärzten für psychotherapeutische Medizin und Psychiatrie sowie über 30 (vorwiegend weiblichen) psychologischen Psychotherapeuten, die als fest angestellte Mitarbeiter oder auf Honorarbasis, hauptsächlich als Teilzeitkräfte arbeiteten. Alle Psychotherapeuten, die im Bereich der kassenärztlichen Versorgung tätig waren, verfügten über die staatlich anerkannte Approbation als Psychologischer Psychotherapeut für Erwachsene. Einige der Therapeuten, die in dem Projekt der Integrierten Versorgung beschäftigt waren, befanden sich im fortgeschrittenen Stadium ihrer verhaltenstherapeutischen Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten. In dem Weiterbildungsinstitut für Ärztinnen und Ärzte, das der untersuchten Einrichtung angegliedert war, fanden ebenfalls (siehe auch Abschnitt 2.1.1) verhaltenstherapeutische Behandlungen statt.

4.2 Studiendesign

Die Fragestellungen wurden in einer prospektiven Verlaufsmessung mit fünf Untersuchungsgruppen überprüft (siehe Abbildung 1). Therapieeffekte wurden während

⁸ Der Behandlungsumfang erstreckte sich im Rahmen der Integrierten Versorgung über vier Behandlungsstufen von einer Kurzintervention mit den Schwerpunkten der Beratung und Psychoedukation bis hin zu der ambulanten Ganztagsbetreuung in Krisensituationen mit enger Anbindung im Bezugstherapeutensystem, therapeutischer und psychiatrischer Behandlung und ganztägiger Betreuung.

sechs Monaten durch eine indirekte Veränderungsmessung untersucht: Die Baseline-Messung (t_0) wurde mittels Fragebögen von den teilnehmenden Patienten direkt im Anschluss an das diagnostische Erstgespräch erhoben. Sechs Monate später erfolgte die zweite Erhebung (t_1) postalisch. Die Studie ist eingebettet in einen Rahmen, in dem weitere Messzeitpunkte vorgesehen sind.

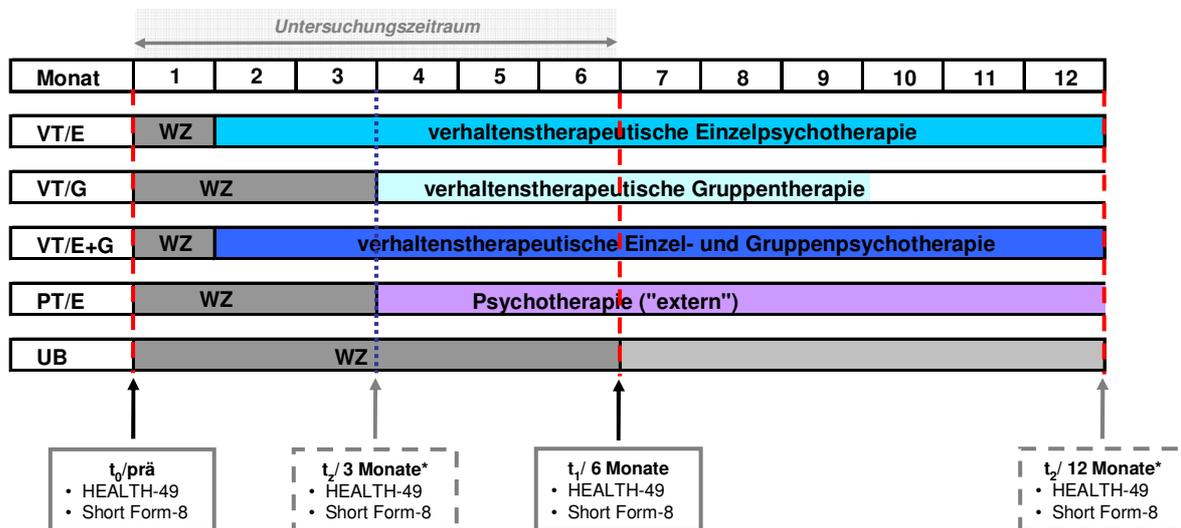


Abbildung 1: Messzeitpunkte und zeitlicher Verlauf der Behandlungs- und Wartezeiten in Untersuchungsgruppen

Anmerkungen. VT/E: mit VT im Einzelsetting behandelte Patienten

VT/G: mit VT im Gruppensetting behandelte Patienten, VT/E+G: mit VT im Einzel- und Gruppensetting behandelte Patienten, UB: unbehandelte Patienten, WZ: Wartezeit, * Messzeitpunkt ist nicht Gegenstand der Studie. Es handelt sich um prototypische Verläufe, deren Behandlungs- und Wartezeiten unterschiedlich variieren können.

4.2.1 Definierte Outcome-Kriterien

Da es sich bei der vorliegenden Studie um eine Störungsübergreifende Studie handelt, wurden als Outcome-Kriterien Instrumente gewählt, die übergreifend im Bereich psychischer Störungen verwendbar sind.

4.2.2 Primäres Outcome

Als primäres Outcome-Kriterium wurde die *Symptombelastung* zu t_1 definiert. Diese wurde durch das Modul A aus der Kurzform der Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49, (Rabung, 2009; Rabung et al., 2007)) operationalisiert. Dieser Frage-

bogen ist ein generisches (krankheitsübergreifendes) Instrument, das die zentralen Aspekte der psychosozialen Gesundheit umfasst und mit einem Zeitaufwand von 10 bis 15 Minuten Bearbeitungszeit wiederholt eingesetzt werden kann. In der hier verwendeten Kurzform mit 49 Items werden in verschiedenen Subskalen neun Bereiche der psychosozialen Gesundheit in eigenständigen Modulen, bezogen auf die vergangenen zwei Wochen, erfasst: *Psychische und somatoforme Beschwerden* (Modul A, PBS, bestehend aus drei Subskalen: *Somatoforme Beschwerden*, *Depressivität* und *Phobische Ängste*), *Psychisches Wohlbefinden* (Modul B, WOHL), *Interaktionelle Beeinträchtigungen* (Modul C, INT), *Selbstwirksamkeit* (Modul D, SELB), *Aktivität und Partizipation* (Modul E, A&P), *Soziale Unterstützung und soziale Belastung* (Modul F, SOZU und SOZB). Sämtliche Items haben ein fünfstufiges Antwortformat. Höhere Werte bilden eine stärkere psychische Beeinträchtigung ab. Der Fragebogen wurde zu beiden Messzeitpunkten komplett verwendet.

Die interne Konsistenz (Cronbachs α) erreicht für das Modul A einen hohen Wert von Cronbachs $\alpha = .89$ und auch die anderen Modulen weisen durchgehend mittlere bis hohe Werte auf (Cronbachs $\alpha = .76$ bis $.91$). Die Trennschärfe der Items liegt mit $r_{it} = > .40$ im mittleren bis hohen Bereich. Die einzelnen Skalen des HEALTH-49 sind untereinander mit $r = .38$ korreliert, was die relative Eigenständigkeit der Skalen zeigt. Die Konstruktvalidität der einzelnen Module wird durch hohe Korrelationen mit anderen, etablierten und konstruktverwandten Fragebögen nachgewiesen; die Korrelation des Modul A mit dem SCL-14 liegt bei $r = .89$. Der HEALTH-49 differenziert besser und ist besser geeignet für stärker belastete Patienten (vgl. Rabung, 2009). Diese Eigenschaften sprechen für eine Anwendung mit der vorliegenden Stichprobe. Es liegen Referenzwerte für eine Hausarztstichprobe gesunder Patienten, körperlich und/oder psychisch erkrankter Patienten, sowie für stationär behandelte Psychotherapiepatienten vor (Rabung et al., 2008). Der HEALTH-49 wurde komplett eingesetzt.

4.2.3 *Sekundäres Outcome*

Da bei der vorliegenden Studie die Messung früher Effekte in der ambulanten Verhaltenstherapie im Fokus stehen, wurde in Anlehnung an das Phasenmodell von Howard & Lueger das *Psychische Wohlbefinden* zu t_1 als sekundäres Outcome-Parameter gewählt (Howard, 1993; Lueger, 1995). Dieses, ebenfalls störungsübergreifend messba-

re Konstrukt gilt als ein guter Indikator für Therapieeffekte in den ersten Therapiestunden (siehe Abschnitt 2.3.2).

Das Psychische Wohlbefinden wurde durch das Modul B aus der Kurzform der Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis HEALTH-49 operationalisiert (zu den Testeigenschaften siehe Abschnitt 4.2.2). Die Skala Psychisches Wohlbefinden zeichnet sich durch eine besonders hohe Veränderungssensitivität im Vergleich zu den anderen Skalen aus, so dass sie gut geeignet erscheint, frühe und möglicherweise eher kleine Effekte abzubilden. Da die fünf Items umfassende Skala negativ gepolt ist, wird eine Transformation vor der Mittelwertbildung erforderlich, so dass hohe Werte einem geringeren Psychischen Wohlbefinden entsprechen.

Als weiterer sekundärer Outcome-Parameter wurde die Gesundheitsbezogene Lebensqualität, die auch als funktionale Gesundheit bezeichnet wird, gewählt. Diese wurde operationalisiert durch den Short Form-8 (SF-8) in der Akutversion, bezogen auf die vergangene Woche (Ellert, Lampert & Ravens-Sieberer, 2005; Ware, Kosinski & Dewey, 1999). Die Kurzform mit acht Items, die je eine Skala des längeren und in der Forschung auch international verbreiteten Short Form-36 abbilden (vgl. Bullinger, 2000), dient der krankheitsübergreifenden Erhebung des subjektiven Gesundheitszustandes, wobei körperliche, psychische und soziale Aspekte berücksichtigt werden (Beierlein, 2009; Bullinger, 2000). Sechs Items besitzen ein fünffach gestuftes Antwortformat; zwei sind sechsstufig. Die Rohdaten werden gemäß dem Auswertungsmanual (Ware, Kosinski & Dewey, 1999) zunächst auf Grund einer nicht linearen Item-Skala-Beziehung rekali­briert, gewichtet und anschließend transformiert, so dass eine Gesamtskala mit Werten von 0 bis 100 entsteht, in der eine hohe Lebensqualität durch hohe Skalenwerte abgebildet wird.

Die Skalen des SF-8 messen: Körperliche Funktionsfähigkeit (PF), Körperliche Rollenfunktion (RP), Schmerz (BP), Allgemeine Gesundheitswahrnehmung (GH), Vitalität (VT), Soziale Funktionsfähigkeit (SF), Emotionale Rollenfunktion (RE), und Psychisches Wohlbefinden (MH). Die acht Skalen lassen sich zu einer psychischen Summenskala (MCS: mental component scale) zusammenfassen, die dem definierten Outcome-Kriterium der *Psychischen Lebensqualität zu t_1* entspricht; eine weitere Summenskala kann zum körperlichen Wohlbefinden (PCS: physical component scale) gebildet werden.

Die positiven Testeigenschaften zeigen sich in hohen Paralleltest-Reliabilitäten zu den Skalen des Short Form-36 von $r = .70$ bis $r = .88$; darüber hinaus hat sich die Validität des Instruments in vielen internationalen Studien bestätigt (Ware, Kosinski & Dewey, 1999).

Es liegen Referenzdaten aus einer telefonischen Befragung der deutschen Bevölkerung (Beierlein, 2009) sowie aus einer schriftlich befragten Validierungsstichprobe vor (Ellert, Lampert & Ravens-Sieberer, 2005). In Deutschland wurde der SF-8 u.a. im Bereich der stationären Behandlung von psychischen Störungen (Andreas et al., 2009; Watzke et al., 2010) sowie im Bereich der Psychoonkologie angewendet (Mehnert et al., 2006). Die Bearbeitungszeit des Fragebogens beträgt eine bis zwei Minuten. Der Short Form-8 wurde komplett eingesetzt.

4.2.4 Basisdokumentation zu t_0

Zusätzlich zu den genannten standardisierten Instrumenten wurden schriftliche Selbstangaben der Patienten (siehe Anhang) in die Studie einbezogen. Die Basisdokumentation erfasste soziodemographische Angaben (Alter, Geschlecht, Partnersituation, Familienstand, Schulbildung, Berufsausbildung und aktuelle Berufstätigkeit) sowie Informationen über aktuelle Arbeitsunfähigkeit, zur Arbeitsunfähigkeit im letzten Jahr, Minderung der Erwerbsfähigkeit, Empfehlungen für Psychotherapie, stationäre Vorbehandlungen, zur Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer ambulanter Maßnahmen sowie über Wartezeiten auf das Erstgespräch.

Die hier verwendete Version einer Basisdokumentation für ambulante Psychotherapiepatienten entstand aus einer Vorgängerversion, die bereits über einen längeren Zeitraum im Vorfeld der Studie erarbeitet worden war⁹. Diese wurde zunächst für Patienten im Projekt der Integrierten Versorgung in der untersuchten Fokuseinrichtung entwickelt, und später im Rahmen der Qualitätssicherung zu Beginn der Datenerhebung dieser Studie auf sämtliche gesetzlich versicherte Patienten der Einrichtung ausgeweitet.

⁹ In der Arbeitsgruppe für Psychotherapeutische Versorgungsforschung am Institut für Medizinische Psychologie existierte bereits eine ähnliche Basisdokumentation zur Evaluation stationärer Psychotherapien, aus der in regelmäßigen Treffen der Geschäftsleitung der Verhaltenstherapie Falkenried mit Wissenschaftlern des UKE eine Version für ambulante Psychotherapiepatienten generiert wurde.

4.2.5 *Fragebogen zur Behandlungssituation zu t₁*

Die Fragebögen für die postalische 6-Monats-Verlaufmessung (t₁) enthielten, zusätzlich zu den oben beschriebenen standardisierten Instrumenten, ergänzende Fragen zu den Bereichen:

- **Versorgungssituation** (Anzahl der bisher erhaltenen Therapiestunden, Wartezeit bis zum Beginn der Therapie in Wochen)
- **Wartesituation** (Länge der Wartezeit, Angaben darüber, ob bereits eine Einladung zur Therapie vorliegt, Angaben dazu, auf welche Art von Therapie gewartet wird (ambulante Einzel-/ oder Gruppentherapie, innerhalb oder außerhalb des MVZ Falkenried, oder stationäre Behandlung)
- zu **Bemühungen um einen Therapieplatz** (durch Angaben, wie viele weitere Therapeuten in den letzten drei Monaten aufgesucht wurden, um einen Therapieplatz zu erhalten, und welche Angaben dort zu der geringsten Wartezeit gemacht wurde)
- Angaben zum **Inanspruchnahmeverhalten** in Bezug auf ambulante medizinische Behandlungen, psychotherapeutische und psychosoziale Maßnahmen, stationäre Behandlungen, sowie zur Arbeitsunfähigkeit und Veränderungen in der beruflichen Situation während der letzten sechs Monate.

Diese Informationen wurden im Falle einer Wiederholung in demselben Format wie bereits zur Baseline-Messung in der Basisdokumentation erfragt.

Zu t₁ wurden zudem Bewertungen der bisher erhaltenen Therapie und Gründe für die Beendigung bzw. einen möglichen Abbruch der Therapie erfragt sowie Einschätzungen zu der therapeutischen Beziehung. Darüber hinaus wurde im offenen Antwortformat erfragt, ob und welche hilfreichen Aktivitäten die Patienten während der Wartezeit ausgeführt haben und welche Institutionen oder Personen die Patienten möglicherweise während der Wartezeit aufgesucht bzw. kontaktiert haben (Fragebogen zu t₁ siehe Anhang).

4.2.6 *Einschluss- und Ausschlusskriterien zur Studienteilnahme*

Folgende allgemeine Einschlusskriterien wurden für die Teilnahme an der Studie festgelegt:

- Der Patient sucht das diagnostische Erstgespräch mit dem Wunsch nach

Psychotherapie auf.

- Eine ICD-10-gestützte Diagnose oder zumindest eine Verdachtsdiagnose liegt vor.
- Ambulante Psychotherapie ist nach Auffassung des Erstgesprächsführenden eine adäquate Behandlung für den Patienten.
- Der Patient verfügt über ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache, um die Fragebögen zu verstehen und zu bearbeiten.
- Der Patient ist kognitiv dazu in der Lage, die Fragebögen zu verstehen und zu bearbeiten.

Das Nicht-Zutreffen der Einschlusskriterien wurde als Ausschlusskriterium bewertet. Als weitere Ausschlusskriterien wurden noch nicht abgeschlossene, psychotherapeutische Vorbehandlungen sowie stationäre Behandlungen zwischen t_0 und t_1 definiert:

- Eine bereits begonnene und bis zum Zeitpunkt des Erstgesprächs fortdauernde ambulante Psychotherapie im Umfang von mindestens fünf Behandlungsterminen
- Eine zu t_0 noch nicht beendete stationäre psychotherapeutische Behandlung, die mindestens zwei Wochen fort dauert
- Eine stationäre Behandlung während des Untersuchungszeitraums
- Die Empfehlung des Erstgesprächsführenden für eine stationäre Behandlung
- Die Einschätzung des Erstgesprächsführenden, dass Psychotherapie keine indizierte Behandlungsmethode ist.

Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden von dem Erstgesprächsführenden und den Versuchsleitern gesondert auf dem Laufzettel (siehe Abschnitt 4.3.1) angegeben.

Als nachträgliches Ausschlusskriterium wurde eine stationäre Behandlung im Verlauf der Studie bewertet, da dies den angestrebten zentralen Vergleich von Patienten, die ambulante Psychotherapie erhalten, mit unbehandelten Patienten in unbekannter Weise, nachhaltig und systematisch beeinflussen könnte.

Ebenfalls post-hoc ausgeschlossen wurden Patienten, welche aufgrund der Gruppenzuweisungskriterien keiner der Untersuchungsgruppen klar zugeordnet werden konn-

ten (siehe auch Abschnitt 4.2.7).

4.2.7 Definition der Untersuchungsgruppen

In der vorliegenden Studie wurde eine konsekutive Stichprobe von fünf Patientengruppen untersucht, die folgende Gemeinsamkeiten aufweisen: Es handelt sich um gesetzlich Krankenversicherte Patienten, die in Hamburg bzw. in der näheren Umgebung Hamburgs lebten und aufgrund psychischer Probleme um ambulante Psychotherapie nachsuchten. Sie erfüllten die Indikationskriterien für eine ambulante Psychotherapie.

Durch die in Abschnitt 4.1.1 geschilderte Behandlungssituation entstand ein natürliches Wartegruppendesign, da die Patienten, die Mitglied der HEK (Hanseatischen Ersatzkasse) oder der GEK (Schwäbisch-Gmünder Ersatzkasse) waren, im Rahmen des Vertrags zur Integrierten Versorgung nahezu ohne Wartezeiten behandelt werden konnten, während die Patienten, die Mitglied einer anderen gesetzlichen Krankenkasse waren, erst nach einer unterschiedlich langen Wartezeit in Behandlung kamen (siehe 4.1.1, Seite 59). Die Zuteilung zu den Untersuchungsgruppen war dadurch stark, jedoch nicht ausschließlich, von der Krankenkassenzugehörigkeit abhängig.

Anhand der Patientenangaben in den t_1 -Fragebögen sowie unter Berücksichtigung der erhaltenen therapeutischen Leistungen durch die untersuchte Fokuseinrichtung wurden die Patienten insgesamt fünf verschiedenen Untersuchungsgruppen zugeordnet:

- Die Untersuchungsgruppe **VT/E** setzt sich aus Patienten zusammen, die bis zur Beantwortung des t_1 -Fragebogens mindestens drei Sitzungen Verhaltenstherapie im Einzelsetting in der untersuchten Fokuseinrichtung bei demselben Therapeuten erhalten haben. Als Therapiesitzung wurden sowohl probatorische wie auch reguläre Einzelkurzzeittherapie- bzw. Einzelangzeittherapiestunden gewertet. Außerdem erhielten diese Patienten keine Gruppentherapie.
- Die Untersuchungsgruppe **VT/G** enthält ausschließlich mit verhaltenstherapeutischer Gruppenpsychotherapie behandelte Patienten, die eine Mindestdosis von zwei Gruppensitzungen innerhalb der Fokuseinrichtung, sowie maximal eine Sitzung Einzeltherapie bis zur Beantwortung des t_1 -Fragebogens erhalten haben (nach eigener Aussage sowie nach Überprüfung der Leistungsdaten der Fokuseinrichtung).

- Die Untersuchungsgruppe **VT/E+G** umfasst Patienten, die bis zur Beantwortung des t₁-Fragebogens eine Kombination von mindestens drei Sitzungen Verhaltenstherapie im Einzelsetting bei demselben Therapeuten sowie mindestens zwei Sitzungen verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie in der Fokuseinrichtung erhalten haben.
- Die Untersuchungsgruppe **PT/E** umfasst Patienten, die außerhalb der Fokuseinrichtung eine Mindestdosis von drei Therapiesitzungen im Einzelsetting erhalten haben. In dieser Gruppe ist die Art der therapeutischen Ausrichtung nicht bekannt und die Dosis der erhaltenen Therapie stützt sich ausschließlich auf die Patientenangabe. Patienten, die nachweislich im Befragungszeitraum Einzeltherapie in der Fokuseinrichtung erhielten und offensichtlich aus Versehen angaben, extern in Einzelbehandlung zu sein, wurden der Gruppe **VT/E** zugeordnet.
- Der Untersuchungsgruppe **UB** wurden Patienten zugeordnet, die bis zur Beantwortung des t₁-Fragebogens keine Therapie erhalten haben (nach eigener Aussage sowie nach Überprüfung der Leistungsdaten der Fokuseinrichtung).

Die Zuordnung zu den Gruppen erfolgte also aus zwei Datenquellen: Zum einen nach den Angaben der Patienten im t₁-Fragebogen zur bisher erhaltenen Therapie und zum anderen gemäß der MVZ-eigenen Leistungsdokumentation. Patienten, die im Fragebogen angaben, keine Therapie erhalten zu haben, die jedoch nach den Daten der Fokuseinrichtung behandelt worden sind, wurden als behandelt angesehen. Möglicherweise sind sprachliche Ungenauigkeiten hierfür verantwortlich bzw. sehr unterschiedliche Interpretationen von den Begriffen (Verhaltenstherapie wird von einigen Patienten nicht als Psychotherapie angesehen).

Wie in den Fragestellungen in Abschnitt 3 ausgeführt wurde, bezieht sich der Hauptvergleich der vorliegenden Studie auf die Untersuchungsgruppe **VT/E** und die Vergleichsgruppe **UB**, d.h. auf den Vergleich von Patienten, die sich in ambulanter verhaltenstherapeutischer Einzeltherapie befinden, mit unbehandelten Patienten in der Wartesituation.

Patienten, die weniger als drei Stunden Einzelpsychotherapie oder maximal eine Sitzung Gruppenpsychotherapie erhielten, sowie Patienten mit unklaren und nicht über-

prüfbareren Angaben zur Therapiesituation wurden dementsprechend in der vergleichenden Untersuchung nicht berücksichtigt, da die Effekte dieser gerade begonnenen oder schon abgebrochenen Behandlungen möglicherweise stark sind und somit die Gesamtgruppe der tatsächlich unbehandelten Patienten stark beeinflussen könnten. Auch eine kleine Gruppe von Patienten, die ambulante Einzelpsychotherapie außerhalb der Verhaltenstherapie Falkenried erhielt und in der Verhaltenstherapie Falkenried zusätzlich an Gruppenpsychotherapie teilnahm ($n = 5$), konnte aufgrund der definierten Gruppenkriterien nicht zugeordnet werden (siehe auch Tabelle 34, auf Seite 207 im Anhang).

4.3 Durchführung der Datenerhebung

Im Folgenden wird die Durchführung der Datenerhebung erläutert. Die Studie wurde von der zuständigen Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg geprüft und erhielt ein positives Votum¹⁰. Die Stichprobe wurde, wie in Abschnitt 4.2.7 beschrieben, aus gesetzlich versicherten Patienten gebildet, die sich in der verhaltenstherapeutischen Fokuseinrichtung für ein diagnostisches Vorgespräch angemeldet hatten. Die Patienten, die an der Studie teilnahmen, wurden durch Praktikanten¹¹, die im Rahmen des Psychologiestudiums ihr Praktikum ableisteten, durch Diplomanden, die ihre Diplomarbeit im Rahmen des Projektes schrieben, und einen Magisterstudenten im Fachbereich Psychologie sowie durch eine Doktorandin betreut. Dieses Team aus Versuchsleitern sorgte für die korrekte Abwicklung der Datenerhebung und stand für Fragen von Seiten der Patienten bei der Beantwortung der Fragebögen zur Verfügung.

Die Rekrutierung der Stichprobe erstreckte sich über sechs Monate vom 03.11.2008 bis zum 30.04.2009, da entsprechend der früheren Fallzahlen innerhalb der Fokuseinrichtung davon ausgegangen wurde, dass in diesem Zeitraum mindestens 60 Patienten erwartet werden konnten, die im Rahmen der Integrierten Versorgung (siehe Kapitel 2.1.1.1) eine einzeltherapeutische Behandlung erhalten würden und somit die erforderliche Mindestgröße für die Untersuchungsgruppe VT/E erreicht werden würde.

¹⁰ Antrag-Nummer: PV3114, Studie: „Überprüfung der Effektivität ambulanter Verhaltenstherapien des MVZ VT Falkenried (kurz- und mittelfristige Behandlungseffekte). Eine Untersuchung im Kontext der psychotherapeutischen Routineversorgung.“

¹¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden bei verallgemeinernden Aussagen (Praktikant, Diplomand, Versuchsleiter) die grammatisch männliche Form gewählt, wobei weibliche und männliche Personen gleichermaßen gemeint sind.

Dadurch, dass ab Rekrutierungsbeginn die institutsinterne Qualitätssicherung für sämtliche, in gesetzlichen Krankenkassen versicherte Patienten begann, waren alle Patienten, auch, wenn sie nicht an der Studie teilnahmen, dazu aufgefordert, die Basisdokumentation, den HEALTH-49 sowie Short Form-8 und weitere diagnostische Fragebögen zu bearbeiten. Auf diese Weise sollte der zeitliche Rahmen für alle Patienten möglichst gleich gehalten werden und somit der Anreiz, aus Zeitgründen nicht an der Studie teilzunehmen, entfallen.

Im Folgenden wird die Erhebung der Daten zu den verschiedenen Messzeitpunkten geschildert.

4.3.1 Die Baseline-Erhebung (t_0)

Die Patienten wurden bereits während der telefonischen Terminvergabe über die zeitliche Dauer des Termins von ca. 1.5 Stunden informiert, der die Aufnahme in die Patientendatei des Instituts, das ärztliche bzw. psychotherapeutische Erstgespräch und die anschließende Fragebogengestützte Diagnostik umfasste.

Nach der Aufnahme in die Patientendatei und vor dem Gespräch mit dem Psychiater bzw. Psychotherapeuten erhielten die Patienten eine schriftliche Information über die geplante Studie und die damit verbundene Fragebogenerhebung im Anschluss an das Gespräch (siehe Anhang).

Im Erstgespräch erfolgte die Diagnosestellung nach klinischem Eindruck. Darüber hinaus wurde der Therapiebedarf geklärt und mit Informationen über die therapeutischen Angebote der Fokuseinrichtung abgeglichen und anschließend das weitere Procedere für die Behandlung besprochen. Die Erstgesprächsführenden wiesen ebenfalls auf die Fragebögen und die Teilnahme an der Studie hin.

Im Anschluss an das Erstgespräch wurden die Patienten von den Psychotherapeuten bzw. Psychiatern, die das Erstgespräch geführt hatten, an den Versuchsleiter verwiesen, der den Patienten persönlich über die Studie informierte und Fragen von Seiten der Patienten beantwortete. Anhand eines Laufzettels mit dem Vermerk der Diagnose, den die Erstgesprächsführenden ausgefüllt hatten, wurde ein störungsspezifischer Test ausgewählt und zusammen mit den allgemeinen Fragebögen (Basisdokumentation, HEALTH-49 und Short Form-8) ausgehändigt.

Alle Fragebögen wurden mit Datum versehen und pseudonymisiert, d.h. dass innerhalb der Fokuseinrichtung die Möglichkeit bestand, die Patienten anhand der Chiffre-

Nummer zu identifizieren, jedoch nicht außerhalb des Instituts. Dies sollte einerseits den Schutz der Patientenangaben gewährleisten, andererseits jedoch auch die Möglichkeit des nachträglichen Ausschlusses auf Wunsch der Patienten oder die Kontaktaufnahme mit Patienten ermöglichen. Für Patienten, die es zeitlich nicht einrichten konnten, die Fragebögen vor Ort zu bearbeiten, bestand die Möglichkeit, diese mit nach Hause zu nehmen und dort zu bearbeiten und sie per Post zurück zu schicken. Patienten, die keine Teilnahme an der Studie wünschten, wurden gebeten, die Fragebögen ausschließlich zum Zweck der institutsinterne Diagnostik auszufüllen. Ihnen wurde zugesichert, dass Ihnen keine Nachteile bei der weiteren Behandlung entstehen würden (siehe auch Patienten-Information und Einverständniserklärung im Anhang).

Während und nach der Bearbeitung der Fragebögen hatten die Patienten die Möglichkeit, Fragen an den Versuchsleiter zu richten, falls Unklarheiten beim Ausfüllen der Fragebögen entstanden. Die Bearbeitung fand zumeist in einem separaten Raum statt, der in ungestörter Atmosphäre den Schutz der persönlichen Angaben weitgehend sicherstellte. Aufgrund einer Raumknappheit des Instituts konnten die Räume für die Fragebogenbearbeitung jedoch oft nur kurzfristig genutzt werden. Die daraus resultierenden Raumwechsel mussten mit dem Empfang und den Erstgesprächsführenden kommuniziert werden, was einer der Gründe dafür war, dass nicht alle Patienten, die Erstgespräche führten, in Kontakt mit dem Versuchsleiterteam traten. Zu diesen Schwierigkeiten kam hinzu, dass sich die Fokuseinrichtung zur Zeit der Datenerhebung in einer Wachstumsphase befand, so dass sich die Erstgespräche und Behandlungen auf Praxisräume ausdehnten, die außerhalb der Hauptpraxis gelegen waren. Die aufwändige Datenerhebung nach den Erstgesprächen ließ sich aus personellen und organisatorischen Gründen nicht auf diese zusätzlichen Räumlichkeiten ausweiten.

Die meisten Patienten, die in der Hauptpraxis ihr Erstgespräch führten, bearbeiteten anschließend die Fragebögen in 20 bis 30 Minuten. Das Fragebogenpaket umfasste die Basisdokumentation, HEALTH-49 und Short Form-8 im Umfang von 10 DIN A4-Seiten (siehe Anhang) zuzüglich störungsspezifischer Fragebögen zur internen Qualitätssicherung, die im Folgenden jedoch nicht weiter erwähnt werden, da sie nicht Bestandteil der Auswertungen dieser Studie sind.

4.3.2 Die Messung sechs Monate nach dem Erstgespräch (t_1)

Sechs Monate nach dem diagnostischen Erstgespräch in der Fokuseinrichtung erhielten die Patienten per Post ein Anschreiben und Fragebögen. Der erste Teil bestand aus den allgemeinen Instrumenten (HEALTH-49, Short Form-8, siehe Anhang), während der zweite Teil weitere Fragen zum Therapieverlauf sowie zur Wartesituation enthielt (siehe Anhang). Die Patienten hatten die Möglichkeit, sich bei Verständnisproblemen per Telefon oder E-Mail an die Studienleitung zu wenden.

Die beiliegenden Rückumschläge waren an das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Medizinische Psychologie, adressiert worden. Die Rückläufe wurden kontrolliert, und, falls zwei Wochen nach dem ersten Anschreiben keine Antwort vorlag, folgte ein Erinnerungsanschreiben, mit der Bitte, die Fragebögen zu bearbeiten und zurück zu schicken. Wenn die Patienten darauf ebenfalls nicht reagierten, wurden diejenigen Patienten, die in der Fokuseinrichtung behandelt wurden, über ihre Therapeuten daran erinnert, die Fragebögen zu bearbeiten und abzuschicken. In einigen Fällen wurden Patienten, die ihre Therapie bereits beendet hatten und die Fragebögen nicht beantworteten, angerufen und gebeten, diese zu bearbeiten und zurück zu schicken. Diejenigen Patienten, die außerhalb der Fokuseinrichtung versorgt wurden (PT/E) bzw. zu denen kein therapeutischer oder ärztlicher Kontakt bestand, wurden nicht persönlich erinnert.

4.4 Auswertung der Daten

Nach einer kurzen Einführung zum Datenmanagement werden hier die statistischen Auswertungsmethoden und –strategien genannt, die in der vorliegenden Studie hinsichtlich der Überprüfung der Studienteilnehmer auf Repräsentativität, in der Non-Completeranalyse, sowie bei der Stichprobenbeschreibung angewendet wurden. Des Weiteren wird der Umgang mit fehlenden Werten in den Outcome-Parametern beschrieben und die für die Durchführung der Kovarianzanalyse notwendigen Überlegungen und Entscheidungen bezüglich der Confounder dargestellt. Abschließend wird die Interpretation der statistischen Effekte erläutert.

4.4.1 Datenmanagement

Die Angaben der Patienten im Rahmen der Baseline-Erhebung t_0 wurden von den Beteiligten des Versuchsleiterteams (siehe Abschnitt 4.3, Seite 69) mittels der Soft-

ware open-office® in pseudonymisierter Form in eine Datenbank eingegeben. Die t_0 -Daten wurden außerhalb der Fokuseinrichtung in eine gesonderte Datenbank (SPSS®, 15.0, deutsche Version) übertragen. Die Eingabe der Daten zu dem Messzeitpunkt t_1 erfolgte direkt in SPSS.

Es wurde eine t_0 -Basis-Datenbank mit grundlegenden soziodemographischen Daten von allen gesetzlich versicherten Patienten aus dem MVZ-eigenen Patientendokumentationssystem angelegt, die in dem Erhebungszeitraum (01.11.08 – 30.04.09) als neue Patienten registriert wurden. Diese Datenbank umfasst eine Chiffre-Nummer, Angaben über das Datum des Erstgesprächs, Alter, Geschlecht, Krankenkasse und Diagnosen der Patienten.

Die Daten aus den Fragebögen wurden mit der t_0 -Basis-Datenbank mittels Chiffre-Nummer zusammengefügt. Auf diese Weise konnten Basisdaten über die Grundgesamtheit von Studienteilnehmern und Nichtteilnehmern untersucht werden (zur Stichprobenszusammensetzung siehe Abschnitt 5.1.1).

4.4.2 Berechnung des Stichprobenumfangs

Um die Rekrutierungszeit zu planen und sicher zu stellen, dass ein optimaler Stichprobenumfang für die weiteren Auswertungen erreicht wird, wurde a priori eine Power-Analyse mit dem Programm G*Power durchgeführt, das im Internet zum kostenlosen Download zur Verfügung steht¹².

Nach Festlegung des Signifikanzniveaus in Höhe von $\alpha = .05$ und unter Annahme von Effektstärken in kleiner bis mittlerer Größe bei einer ausreichenden statistischen Power ($1-\beta$) von $P \geq .80$ war demnach ein optimaler Stichprobenumfang von mindestens 60 Patienten pro Untersuchungsgruppe für die Durchführung von Kovarianzanalysen erforderlich. Daher wurde die Rekrutierungszeit darauf ausgelegt, dass ca. 100 Patienten der Hauptinterventionsgruppe (VT/E) zur Baseline enthalten waren, so dass auch im Falle eines Drop-outs von 40% noch genügend Datensätze vorhanden sein würden. Aufgrund der Behandlung vieler Patienten im Rahmen der Integrierten Versorgung (siehe Abschnitt 2.1.1.1) mit verbindlicher Qualitätskontrolle durch Fragebögen war eine hohe Teilnahmequote zu erwarten. Entsprechend der Recherchen zum bisherigen Patientenfluss in der untersuchten Einrichtung war eine sechsmonatige

¹² www.psych.uni-duesseldorf.de/aap/projects/gpower/ [letzter Zugriff: 30.08.2011]

Rekrutierungszeit erforderlich, um die anstrebte Anzahl an Patienten zu erreichen. In der unbehandelten Wartekontrollgruppe (UB) war mit höheren Drop-out-Raten zu rechnen, jedoch war aufgrund der stetig hohen Nachfrage nach Psychotherapie zu erwarten, dass diese Gruppe in sechs Monaten ebenfalls eine entsprechende Größe erreichen würde.

4.4.3 Repräsentativitätsanalyse

Um zu überprüfen, ob sich die Gruppe der Studienteilnehmer systematisch von den Patienten unterscheidet, die zu t_0 nicht an der Studie teilnahmen, wurden diese beiden Gruppen hinsichtlich der verfügbaren soziodemographischen Daten miteinander verglichen¹³. Mittels χ^2 -Test wurden Häufigkeitsverteilungen von kategoriale Variablen überprüft. Bei der Interpretation der Größe von Unterschieden wurde ϕ (phi) als Effektstärkenmaß angegeben. Nach Cohen (1988) wird die Effektstärke ϕ wie folgt eingestuft: $\phi \geq 0.10$ = kleine Effektstärke (+), $\phi \geq 0.30$ = mittlere Effektstärke (++), $\phi \geq 0.50$ = große Effektstärke (+++). Kontinuierliche Variablen der Teilnehmer wurden mit t-Tests für unabhängige Stichproben hinsichtlich systematischer Unterschiede überprüft. Die Interpretation der Effekte erfolgte nach Cohen (1988) in folgender Abstufung: $d \geq 0.20$ = kleiner Effekt (+), $d \geq 0.50$ = mittlerer Effekt (++) und $d \geq 0.80$ = großer Effekt (+++).

4.4.4 Non-Completer-Analyse

In weiteren Untersuchungen wurde überprüft, ob diejenigen Patienten, die über den gesamten Verlauf der Studie hinweg teilnahmen, also zu t_0 und t_1 , (Completer), sich systematisch von Patienten unterschieden, die im Verlauf der Studie ausschieden (Non-Completer). Für diese Überprüfung standen umfangreiche Daten zur Verfügung, da über sämtliche Patienten die Angaben der Basisdokumentation vorlagen. Die Vergleiche zwischen den Gruppen bezogen sich daher auf soziodemographische Merkmale (Geschlecht, Alter, Familienstand, Partnersituation, Bildung und Beruf) sowie Arbeitsunfähigkeit in den letzten sechs Monaten, stationäre Vorbehandlung, Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Maßnahmen in den letzten sechs

¹³ d.h. Patienten, welche die Einschlusskriterien nicht erfüllten, wurden von diesem Vergleich ausgeschlossen, da anzunehmen ist, dass sie sich in systematischer Weise von den Patienten unterscheiden, welche die Einschlusskriterien erfüllen.

Monaten. Durch diese soziodemographischen, sozialmedizinischen und klinischen Variablen wurde mittels χ^2 -Test oder durch den exakten Fisher's F-Test sowie t-Test für unabhängige Stichproben überprüft, in wie weit sich die Completer zu t_0 von den im Verlauf der Studie ausscheidenden Patienten (Non-Completer) systematisch unterschieden. Auch die definierten Outcome-Parameter HEALTH-49, Modul A (Symptombelastung) und Modul B (psychisches Wohlbefinden) sowie Short Form-8, (mental component scale = psychische Lebensqualität) der Baseline-Messung wurden hinsichtlich signifikanter Unterschiede zwischen den Gruppen der Completer und der Non-Completer überprüft. Für die Interpretation der Effektstärken siehe Abschnitt 4.4.3.

4.4.5 Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobenbeschreibung erfolgte gemäß den im Untersuchungsdesign definierten fünf Gruppen (siehe Kapitel 4.2.7, Seite 67). Vergleiche bezüglich soziodemographischer, sozialmedizinischer und klinischer Basisdaten wurden analog zu der Non-Completer-Analyse (siehe Kapitel 4.4.4) berechnet. Kategoriale Variablen wurden mit dem χ^2 -Test oder Fisher's exaktem F-Test hinsichtlich signifikanter Gruppenunterschiede überprüft. Bei Intervallskalierten Variablen wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) gerechnet, um statistisch signifikante Gruppenunterschiede nach zu weisen. Falls signifikante Unterschiede zwischen allen fünf Untersuchungsgruppen auftraten, wurde in einem weiteren Schritt geprüft, ob diese ebenfalls zwischen den Hauptuntersuchungsgruppen VT/E und UB bestanden, wobei χ^2 -Tests bzw. Fisher's exakter F-Test oder t-Tests zur Anwendung kamen. Bei varianzanalytischen Berechnungen in der Stichprobenbeschreibung wurde zur Interpretation der Größe des Haupteffektes das Effektstärkenmaß partielles η^2 (η^2) angegeben. Dieses kann Werte zwischen null und eins annehmen und gibt Auskunft über den Varianzanteil im Gesamtmodell, der von dem jeweiligen Faktor erklärt wird. Die Interpretation erfolgte - ebenfalls nach Cohen (1988) - mit den Grenzwerten: partielles $\eta^2 \geq .0099$ = kleine Effektstärke, partielles $\eta^2 \geq .0588$ = mittlere Effektstärke und partielles $\eta^2 \geq .1379$ = große Effektstärke.

4.4.6 Daten zu Prozessmerkmalen der Behandlung

Die Angaben über die psychotherapeutische Behandlung im Untersuchungszeitraum,

Bewertungen der Therapie sowie Auskünfte über Aktivitäten während der Wartezeit wurden pro Untersuchungsgruppe zusammengefasst und mit statistischen Kennwerten (Mittelwerten und Standardabweichungen) dargestellt. Die Frage nach Aktivitäten in der Wartezeit wurde im offenen Antwortformat gestellt, daher wurden die Antworten zunächst nach inhaltlichen Aspekten kategorisiert (,Unterstützung durch Freunde, Familie und Partner', ,Recherche und Austausch im Internet', ,Information über Printmedien', ,Aktivitäten im Bereich Sport, Entspannung und Wellness', ,Beratung und Coaching', ,Kontakte zur Kirche' sowie ,Sonstiges') und anschließend mittels Häufigkeitsverteilung ausgewertet.

4.4.7 Umgang mit fehlenden Werten

Nach einer Überprüfung der Art und Anzahl fehlender Werte in den Items der Outcome-Kriterien erfolgte aufgrund der hohen Datenqualität mit größtenteils vollständigen Fragebogendaten und nur vereinzelt zufällig ausgelassenen Angaben (Item-Nonresponse) die Entscheidung für eine Ersetzung fehlender Werte durch den ungewichteten Mittelwert (Mean Imputation, (Cochran, 1977)). Die Gesamtfehlwertquote betrug pro Skala maximal 0.7%, so dass ein einfaches Ersetzungsverfahren gerechtfertigt erschien und keine Verzerrungen durch die Ersetzung durch den Mittelwert zu erwarten waren. Das Modul A (Symptombelastung) des HEALTH-49 (siehe Abschnitt 4.2.2, Seite 61) besteht aus 18 Items; hier wurden maximal fünf fehlende Werte pro Fall (27.7%) zugelassen und durch den ungewichteten Mittelwert ersetzt, bevor die Mittelung des Skalenwertes erfolgte. Im Modul B (psychisches Wohlbefinden), das sich aus fünf Items zusammensetzt, wurde maximal ein fehlender Wert (20%) pro Fall zugelassen und durch den ungewichteten Mittelwert ersetzt. In der Skala MCS (mental component scale des SF-8) die aus vier Items besteht, wurde ebenfalls maximal ein fehlender Wert (25%) pro Fall zugelassen und eine Ersetzung durch den ungewichteten Mittelwert vorgenommen.

4.4.8 Auswertung der Effektivitätsfragestellung

Die Skalen der Outcome-Parameter wurden entsprechend der Auswertungsmanuale zusammengefasst und gemittelt. Im Modul B des HEALTH-49 erfolgte vor der Mittelung eine Umpolung der Rohwerte. Die Auswertung des Short Form-8 erforderte gemäß Manual vor der Skalenbildung eine Transformation und Gewichtung der Roh-

werte (Ware, Kosinski & Dewey, 1999).

Effektstärken der Veränderung wurden mit der über alle Gruppen gepoolten Standardabweichung der t_0 (prä)-Werte berechnet (vgl. Leonhart, 2004):

$$d = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{(s_1^2 + s_2^2 + s_3^2 + s_4^2 + s_5^2)/5}}$$

Das Hauptinteresse der Auswertung liegt in dieser Arbeit auf Gruppenbezogenen Aussagen über die Effektivität der Psychotherapie in dem Zeitraum von t_0 bis t_1 (also in sechs Monaten nach dem diagnostischen Erstgespräch). Da es sich bei der vorliegenden Studie um eine Untersuchung in der Routineversorgung ohne Randomisierung handelt, und somit Baseline-Unterschiede in den Outcome-Parametern zwischen den Gruppen anzunehmen sind, ist ein statistisches Verfahren notwendig, das diese Gruppenunterschiede entsprechend berücksichtigt. In der Kovarianzanalyse wird der Einfluss von Kontrollvariablen, z.B. auch von Baseline-Unterschieden der Outcome-Kriterien, statistisch kontrolliert (vgl. Roberts & Torgerson, 1999). Daher wurde die Kovarianzanalyse für die vorliegenden Fragestellungen als geeignetes Verfahren ausgewählt.

Zur Untersuchung der Frage nach relevanten Gruppenunterschieden in den Outcome-Parametern wurden Kovarianzanalysen über den Faktor Gruppe zu t_1 mit t_0 als Kovariate berechnet, um Haupteffekte im primären Outcome-Parameter: *Symptombelastung* (Modul A des HEALTH-49), und in den sekundären Outcome-Parametern: *Psychisches Wohlbefinden* (Modul B des HEALTH-49) sowie der mental component scale (MCS) des Short Form-8, *Psychische Lebensqualität*, zu ermitteln. Im Rahmen des Designs konnten ausschließlich Completer-Analysen vorgenommen werden, da die Zuordnung zu den Untersuchungsgruppen aufgrund der Angaben des t_1 -Fragebogens erfolgte.

Auswahl der Kovariaten

Die Kovariaten wurden in einem gesonderten Verfahren mit Hilfe von Regressionsrechnung bestimmt. Zunächst gingen in die erste Vorauswahl möglicher Kovariaten zum einen diejenigen Variablen ein, die in der Stichprobenbeschreibung (siehe Abschnitt 5.1.1) statistische Unterschiede zwischen den Gruppen aufwiesen, und zum anderen aus der Literatur bekannte Prädiktoren für Outcome-Messungen in der Psychotherapie (Beutler, Castonguay & Follette, 2006; Clarkin & Levy, 2003). Diese

erste Vorauswahl wurde in einem zweiten Schritt aufgrund inhaltlicher Überlegungen reduziert (siehe Tabelle 44 im Anhang). Als wichtigste Merkmale wurden Alter, Geschlecht, Partnersituation, Schulabschluss, Berufsabschluss, Arbeitsunfähigkeit der letzten 12 Monate, Anzahl der Klinikaufenthalte, Empfehlungen durch den Kostenträger, Anzahl der Diagnosen, Diagnose Persönlichkeitsstörung sowie die Somatische Lebensqualität (physical component scale des Short Form-8) zu t_0 beurteilt. Diese reduzierte Auswahl möglicher Kovariaten war noch zu umfangreich, um sie insgesamt in die Kovarianzanalysen einzubeziehen, weil dies die Power der ANCOVA aufgrund der teilweise relativ kleinen Untersuchungsgruppen eingeschränkt hätte. Es wurde deshalb ein Verfahren eingesetzt, das einerseits die wichtigsten Kovariaten identifiziert und gleichzeitig die Anzahl an Kovariaten möglichst gering hält. Dabei wurde angestrebt, in den Kovarianzanalysen das Verhältnis von Kovariaten zur Stichprobengröße von 1:15 nicht zu unterschreiten, um die statistische Validität der Ergebnisse ausreichend sicher zu stellen (Green, 1991; Stevens, 1986).

Mittels Regressionsanalysen wurden aus der reduzierten Vorauswahl von Merkmalen Prädiktoren mit der größten Vorhersagekraft bezüglich des Kriteriums Outcome identifiziert. Da sich die Hauptfragestellung auf die beiden größten Patientengruppen bezieht, wurden in einer ersten Berechnung für das Kriterium *Symptombelastung zu t_1* (primäres Outcome) die stärksten Prädiktoren als Kovariate für diese Untersuchungsgruppen bestimmt. Die genannten soziodemographischen, sozialmedizinischen und klinischen Variablen wurden als Prädiktoren blockweise in die Regressionsrechnung eingespeist. Diejenigen Prädiktoren, die eine Signifikanz hinsichtlich der standardisierten Koeffizienten aufwiesen oder zumindest die Größe eines Trends erreichten (bis $p = .10$) und Beta-Gewichte $> |.1|$ zeigten und somit einen bedeutsamen Beitrag zur Varianzaufklärung leisten, wurden als Kovariate für die ANCOVA bestimmt. Weitere Regressionsanalysen wurden analog für die Kriterien *Psychisches Wohlbefinden zu t_1* und *Psychische Lebensqualität zu t_1* (sekundäre Outcome-Kriterien) berechnet, um für diese Outcome-Bereiche ebenfalls Kovariate zu auswählen (siehe Tabelle 45 bis Tabelle 47 im Anhang).

Für die Untersuchung der Nebenfragestellungen wurden entsprechend Regressionsanalysen unter Einbeziehung sämtlicher Untersuchungsgruppen gerechnet, um eine feststehende Auswahl an Kovariaten für alle Nebenfragestellungen pro Outcome-Kriterium zu bestimmen (siehe Tabelle 48 bis Tabelle 50 im Anhang). Die Auswahl

erfolgte analog zu dem Vorgehen bezüglich der Hauptfragestellung, nach Signifikanz und Höhe der Beta-Gewichte der Prädiktoren.

4.4.8.1 Zuordnung zu Erfolgsgruppen

In Sekundäranalysen wurden Patienten hinsichtlich der Outcome-Parameter *Symptombelastung* und *Psychisches Wohlbefinden* Erfolgsgruppen zugeordnet, die entsprechend den Kriterien zur Klinischen Signifikanz nach Jacobson gebildet worden waren (Jacobson et al., 1999). Nach diesem Ansatz gelten Patienten als „klinisch signifikant“ gebessert, wenn sie sich sowohl aus dem Bereich der klinisch auffälligen Patienten in den Bereich der gesunden Referenzgruppe bewegt haben und außerdem eine reliable Verbesserung vorliegt, d.h. die Veränderung sollte eine Mindestgröße entsprechend des Reliable Change Index (RCI) erreichen (vgl. Jacobson et al., 1999; Jacobson & Truax, 1991). Wird eine Verbesserung in der Größe des RCI erreicht, ohne dass die Gruppe (klinische/gesunde Referenzgruppe) gewechselt wurde, so wird der Patient als „statistisch bedeutsam“ gebessert eingestuft. Patienten, deren Veränderungen geringer als der RCI ausfallen, werden als „unverändert im Normalbereich“ bzw. „unverändert im klinisch auffälligen Bereich“ bewertet. Eine „statistisch bedeutsame Verschlechterung“ liegt vor, wenn der RCI durch eine negative Veränderung überschritten wurde. Die Größe des RCI und des Cut-off-Wertes wurde den Normwerten des HEALTH-49 entnommen, die auf Daten von ambulanten und Rehabilitationspatienten beruhen (Rabung et al., 2008): $RCI_{PSB} = .317$, $Cut-off_{PSB} = .685$; $RCI_{WOHL} = .628$; $Cut-off_{WOHL} = 1.821$.

5 ERGEBNISSE

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Studie dargestellt. Im ersten Teil dieses Kapitels wird die Zusammensetzung der Stichprobe über den 6-Monats-Verlauf geschildert. Anschließend werden Ergebnisse der Repräsentativitäts-Analysen berichtet. Die darauf folgende Stichprobenbeschreibung geht auf die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Untersuchungsgruppen hinsichtlich soziodemographischer, sozialmedizinischer und klinischer Variablen ein.

Im Hauptteil des Kapitels werden die Ergebnisse zur Überprüfung der Hypothesen über die Effektivität der ambulanten Verhaltenstherapie dargestellt.

5.1 Stichprobenbeschreibung

In den sechs Monaten der Stichprobenrekrutierung wurden in der *Verhaltenstherapie Falkenried* insgesamt 1 115 Erstgespräche mit privat- und kassenversicherten Patienten geführt. Die Grundgesamtheit der Patienten im Rekrutierungszeitraum umfasst $N = 961$ gesetzlich versicherte Patienten, die ein Erstgespräch in der Verhaltenstherapie Falkenried führten (siehe Abschnitt 4.3.1, Seite 70). Nicht enthalten sind in dieser Gruppe Patienten, die über eine private Zusatzversicherung verfügten und daher eine Behandlung zu ähnlichen Bedingungen wie Privatversicherte erhielten.

5.1.1 Zusammensetzung der Stichprobe

Aus der Grundgesamtheit konnten 482 Studienteilnehmer in die t_0 -Auswertung eingeschlossen werden. 479 Patienten wurden nicht in die Auswertung mit einbezogen. In Abbildung 4 wird die Stichprobenentwicklung dargestellt. Da bei der Studie eine möglichst große, konsekutive Stichprobe angestrebt worden war und es dennoch zu einem hohen Anteil von Patienten kam, der bereits vor der t_0 -Messung ausgeschlossen werden musste, sollen im Folgenden die Gründe für Nicht-Erhebung und Ausschluss von Patienten vor der Baseline-Messung t_0 dargestellt und nachvollziehbar gemacht werden.

5.1.1.1 Entwicklung der Stichprobe bis t_0

Die häufigsten Ausschlussgründe vor der Baseline-Messung t_0 bestanden in **organisatorischen Gegebenheiten** (in Abbildung 4, Seite 93 rechts oben aufgeführt,

n = 152). Eine detaillierte Zusammenstellung der organisatorischen Ausschlussgründe ist der Tabelle 26 im Anhang zu entnehmen. Der am häufigsten genannte Punkt „Erstgespräch außerhalb der Hauptpraxis“ (n = 61) hängt auch mit den institutsinternen Veränderungen der untersuchten Fokuseinrichtung zusammen, die zur Zeit der Datenerhebung die Rahmenbedingungen dieser Studie prägten (siehe auch Abschnitt 4.3.1). Unter der Rubrik „keine Zuweisung durch Erstgesprächsführenden, kein Laufzettel ausgestellt“ (n = 32) sind Patienten zusammengefasst, die nicht an das Evaluationsteam weitergeleitet wurden und zu denen auch kein Laufzettel ausgestellt wurden, was sowohl absichtlich als auch durch Versehen des Erstgesprächsführenden erfolgt sein kann. In Ausnahmefällen kam es nach dem Erstgespräch zu keinem Kontakt des Patienten mit dem Versuchsleiterteam. Dies lag zum einen an den bereits erwähnten räumlichen Gegebenheiten für die Fragebogendiagnostik (siehe Abschnitt 4.3.1, Seite 70) sowie an Ausfällen aufgrund von Erkrankungen im Versuchsleiterteam („kein Versuchsleiter verfügbar“), so dass 29 Patienten nicht kontaktiert wurden. Die Erstgespräche von 17 Patienten wurden nicht dokumentiert, wobei die später erhaltene Therapiedosis zeigt, dass der überwiegende Teil dieser Patienten (n = 13) später Therapie erhielt, also eine Indikation und vermutlich auch Motivation für Psychotherapie gegeben war. Für eine Untergruppe von sieben Patienten, zu denen kein Kontakt entstanden ist, zeigte sich in der nachträglichen Sichtung der Dokumentation des Erstgesprächs, dass diese Patienten als hoch belastet beschrieben wurden und dass Dringlichkeitsbescheinigungen für Psychotherapie ausgestellt wurden sowie eine Empfehlung für weitere Therapeutensuche außerhalb der Fokuseinrichtung (Rubrik „kein Laufzettel, kein Kontakt zum Ev.-Team, VT dringend, Pat. belastet“). Eine neue Mitarbeiterin der Praxis, die vorwiegend Privatpatienten behandelte, führte vereinzelt auch Erstgespräche bei Patienten, die gesetzlich versichert waren (n = 6). Diese wurden jedoch, da keine einheitliche Regelung getroffen worden war, nicht vom Evaluationsteam mit erhoben.

Die zweitgrößte Gruppe von Ausschlussgründen bestand in der **Ablehnung der Studienteilnahme** von Seiten der Patienten (n = 150, siehe Tabelle 27 im Anhang), wobei die Patienten meist angaben, dass der zeitliche Aufwand zu hoch sei, und in einigen Fällen Datenschutzbedenken geäußert wurden. Patienten, die dazu motiviert waren, außerhalb der Fokuseinrichtung weiter nach einem Therapieplatz zu suchen, äußerten ebenfalls Zweifel, ob die Teilnahme an der Studie „dann noch“ sinnvoll sei, obgleich ihnen versichert wurde, dass das Interesse auf Seiten der Studie unabhängig

von der therapeutischen Einrichtung fortbestehe. Eine weitere, indirekte Form der Ablehnung einer Studienteilnahme bestand darin, dass Patienten, die aus zeitlichen Gründen die Fragebögen zu Hause bearbeiten wollten, diese nicht zurückschickten, obgleich sie über den Sinn und Zweck der Studie aufgeklärt worden waren und ihr Einverständnis im Vorwege dafür gegeben hatten ($n = 53$). Eine kleinere Gruppe von unentschiedenen Patienten, die ihr Einverständnis zur Studienteilnahme nicht vorab erklärte, schickte zwar die Fragebögen zurück, aber nicht die Einverständniserklärung ($n = 8$), was auch zum Ausschluss führte.

Nicht erfüllte Einschlusskriterien führten zu der dritthäufigsten Ausschlussursache vor t_0 ($n = 88$, siehe Tabelle 28 im Anhang). In 31 Fällen war keine Indikation für Psychotherapie gegeben, 22 Patienten erhielten eine Empfehlung für stationäre Psychotherapie und 18 Patienten hatten bereits mehr als fünf Stunden fortdauernder ambulanter Psychotherapie vor dem Erstgespräch außerhalb der untersuchten Einrichtung erhalten. In selteneren Fällen waren Patienten kognitiv nicht belastbar ($n = 7$), befanden sich in noch länger andauernder stationärer Behandlung ($n = 6$) oder konnten aufgrund sprachlicher Probleme die Fragebögen nicht bearbeiten. Ein Patient mit Legasthenie wurde jedoch zur Teilnahme gewonnen, indem die Fragebögen vorgelesen wurden und entsprechend der mündlichen Angaben des Patienten von dem Versuchsleiter ausgefüllt wurden.

Die in Abbildung 4 dargestellten Patientengruppen mit Ausschlusskriterien enthalten auch Patienten, die im Rahmen des Projekts zur Integrierten Versorgung hätten versorgt werden können. Diese werden in einer gesonderten Tabelle (siehe auch Tabelle 30 im Anhang) dargestellt.

$N = 54$ Patienten erhielten im Verlauf der Studie eine **stationäre Behandlung** oder eine **ambulante Ganztagsbehandlung** (siehe Abbildung 4 unten und Tabelle 33 im Anhang) und wurden deshalb nicht in die weiteren Auswertungen einbezogen. Nicht eingeschlossen wurden auch Patienten, die die **Zuweisungskriterien zu den Untersuchungsgruppen** nicht erfüllten ($n = 16$, Abbildung 4 unten und Tabelle 34 im Anhang). Die meisten davon ($n = 8$) erhielten entweder zu wenig Behandlung, um den Interventionsgruppen zugeordnet werden zu können und gleichzeitig zu viel, um als „unbehandelt“ eingestuft werden zu können. Eine kleine Subgruppe erhielt eine Kombination aus Einzeltherapie außerhalb der Fokuseinrichtung und Gruppentherapie innerhalb der Fokuseinrichtung ($n = 5$), sodass keine Gruppenzuordnung sinnvoll

erschien und in drei Fällen bestanden Unklarheiten zur Therapiesituation, die nicht aufgrund der vorliegenden und zugänglichen Daten beseitigt werden konnten.

5.1.1.2 Repräsentativitätsanalyse

Um zu überprüfen, ob sich die Gruppe der Studienteilnehmer systematisch von den Patienten unterscheidet, die eine Teilnahme an der Studie ablehnten oder aus organisatorischen Gründen nicht mit erhoben wurden, wurden diese beiden Gruppen hinsichtlich der verfügbaren soziodemographischen Daten miteinander verglichen. Es zeigte sich, dass keine bedeutsamen Unterschiede hinsichtlich des Alters und der Geschlechtsverteilung zwischen den Gruppen der Teilnehmer (im Folgenden abgekürzt: TN, $n = 482$) und der Nichtteilnehmer (im Folgenden abgekürzt: NTN, $n = 338$) auftraten (siehe auch Tabelle 4).

Tabelle 4: Vergleich von Teilnehmern und Nichtteilnehmern nach Alter und Geschlecht

Soziodemographisches Merkmal		Teilnehmer ($n=482$)	Nichtteilnehmer ($n=338$)	statistischer Test (t / χ^2)
		M (SD) / n (%)	M (SD) / n (%)	
Alter		38.86 (10.9)	39.50 (11.6)	$t(818) = -.808, p = .420, d = -.057$
Geschlecht	♀	308 (64.0)	218 (64.3)	$\chi^2(1, n = 820) = .006, p = .883, \phi = -.006$
	♂	174 (36.1)	120 (35.5)	

In Tabelle 5 ist die Verteilung von Diagnosen und den Gruppen der Studienteilnehmer und der Nichtteilnehmer in absoluten und relativen Angaben dargestellt. Hier sind Mehrfachdiagnosen pro Patient in verschiedenen Kategorien enthalten, während Mehrfachnennungen innerhalb einer Kategorie nicht enthalten sind, d.h. ein Patient kann in verschiedenen Kategorien mehrmals genannt werden, innerhalb einer Kategorie jedoch nur einmal. Die Verteilung zeigt einen größeren relativen Anteil an Diagnosen im Bereich der unipolaren Depressionen (F32, F33 und F34.1 = 45.4%) bei den Teilnehmern im Gegensatz zu 37.6% bei den Nichtteilnehmern, der jedoch keine statistische Signifikanz erreicht ($\chi^2(1, n = 480) = 3.088, p = .082, \phi = 0.08$; vgl. Tabelle 29 im Anhang). Dagegen treten Belastungs- und Anpassungsstörungen mit einem Anteil von 32.8% bei den Nichtteilnehmern häufiger als bei den Teilnehmern (28.6%) auf, jedoch erreicht auch dieser Unterschied keine statistische Signifikanz ($\chi^2(1, n = 804) = 1.823, p = .179, \phi = .048$). Der Anteil im Bereich der Zwangsstörungen fällt dagegen in der Gruppe der Nichtteilnehmer höher aus (8.3% bei Nichtteilneh-

mern vs. 4.4% bei Teilnehmern, $\chi^2(1, n = 804) = 6.154, p = .016, \phi = .087$, d.h. signifikant, aber mit weniger als einer kleinen Effektstärke, was mit der geringen Anzahl von Patienten in dieser Diagnosegruppe zusammenhängen könnte.

Tabelle 5: Verteilung der Diagnosen nach ICD-10 bei Teilnehmern und Nichtteilnehmern

ICD-10 Diagnosen	Anzahl an Patienten mit Diagnosen					
	TN ^a (n=482)		NTN ^b (n=338)		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	15	3.1	10	3.0	25	3.0
F2: Schizophrenie und wahnhaftige Störungen	4	0.8	4	1.2	8	1.0
F32, F33, F34.1: unipolare Depression	219	45.4	127	37.6	346	42.2
F40 + F41: phobische Störungen und sonstige Angststörungen	139	28.8	92	27.5	231	28.2
F42: Zwangsstörungen	21	4.4	28	8.3	49	6.0
F43: Posttraumatische Belastungsstörung und Anpassungsstörung	138	28.6	111	32.8	249	30.3
F44 + F45: Dissoziative Störungen, somatoforme Störungen	26	5.4	14	4.1	40	4.9
F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	43	8.9	26	7.7	69	8.4
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	56	11.6	35	10.4	91	11.2
sonstige F-Diagnosen (F31, F34.0, F7, F8, F9; pro Kategorie n<5)	10	2.1	3	0.9	13	1.6
somatische Diagnosen (E66, H93, G43)	12	2.5	7	2.1	19	2.3

Anmerkungen. Prozentwerte über 100 durch Mehrfachdiagnosen, TN = Teilnehmer, NTN = Nichtteilnehmer,

^an=4 ohne Diagnose bzw. mit Verdachtsdiagnose(n), ^bn=14 ohne Diagnose bzw. mit Verdachtsdiagnose(n)

Diese unterschiedliche Verteilung könnte durch das Störungsbild an sich bedingt sein: Zwangspatienten, vor allem mit Kontrollzwängen, haben aufgrund ihrer Erkrankung häufig Probleme mit dem Abschließen von schriftlichen Testungen und haben daher die Fragebögen zur Bearbeitung öfter mit nach Hause genommen und anschließend nicht mehr zurückgeschickt.

Ansonsten sind die Diagnosen in den Gruppen sehr ähnlich verteilt, was sich auch in der Anzahl an Diagnosen pro Patient zeigt: Mittelwert $M_{TN} = 1.48$, Standardabweichung

chung $SD_{TN} = .653$ und $M_{NTN} = 1.48$, $SD_{NTN} = .653$, $t(800) = .429$, $p = .668$, $d = .031$. Die Verteilung von Einfach- und Mehrfachdiagnosen wird in Abbildung 2 dargestellt. Der Unterschied erreicht zwischen beiden Gruppen keine statistische Signifikanz ($\chi^2(n = 802) = .091$; $p = .410$; $\phi = -.011$). In beiden Gruppen haben ca. 60% der Patienten nur eine Diagnose und ca. 40% zwei oder mehr Diagnosen.

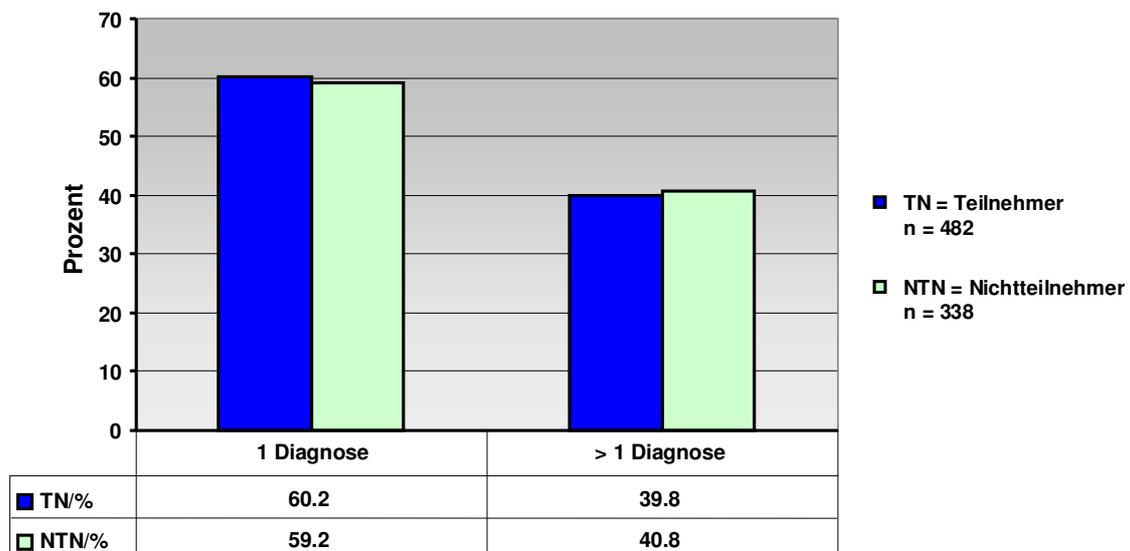


Abbildung 2: Einfach- und Mehrfachdiagnosen bei Teilnehmern und Nichtteilnehmern

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass aufgrund der überprüften Merkmale keine Hinweise auf Selektivität im Rekrutierungsprozess vorliegen.

Rückläufe der Verlaufsmessung

Nach der Darstellung der Stichprobenentwicklung bis zur Baseline-Messung soll im Folgenden der Rücklauf in der Stichprobe von t_0 bis t_1 behandelt werden. Ab t_0 nahmen ($n = 482$) Patienten an der Studie teil¹⁴. Die gesamte Gruppe der Completer, d.h. der Teilnehmer zu t_0 und zu t_1 betrug $n = 250$. Die Rücklaufquote der verwertbaren und in die Auswertung eingeschlossenen Fragebögen liegt somit bei 52%. Unter Berücksichtigung der im Nachhinein ausgeschlossenen Rückläufe (54 stationär behan-

¹⁴ Als teilnehmende Patienten werden hier diejenigen Patienten bezeichnet, die zu t_0 teilnehmen wollten und für die keine anderen Ausschlussgründe vorlagen (siehe Abschnitt 4.2.6 und Abschnitte 4.2.7 sowie 4.2.6).

delte Patienten, siehe Tabelle 33 im Anhang und 16 Patienten, die die Gruppenzuweiskriterien nicht erfüllen, siehe Tabelle 34 im Anhang) beträgt die gesamte Rücklaufquote entsprechend 58%.

Vergleich der Completer und Non-Completer

Die nachfolgend beschriebene Repräsentativitäts-Analyse bezieht sich auf die Gruppe der nach t_0 ausscheidenden Patienten (im Folgenden bezeichnet als *Non-Completer* (NC), $n = 232$) im Vergleich zu Patienten, die bis zu t_1 teilnahmen (im Folgenden bezeichnet als *Completer* (CP), $n = 250$). Da über diese Patienten die komplette Basisdokumentation sowie die definierten Outcome-Kriterien zur Verfügung stehen, ist ein umfassender Vergleich der Gruppen möglich, um zu beurteilen, ob sich die Gruppen in wesentlichen soziodemographischen Merkmalen voneinander unterscheiden.

Im Vergleich hinsichtlich **soziodemographischer Merkmale** (siehe Tabelle 6) wird deutlich, dass die Completer durchschnittlich 2.5 Jahre älter sind als die Non-Completer: $M_{CP} = 40.04$ Jahre, $SD_{CP} = 11.3$ Jahre im Vergleich zu $M_{NC} = 37.83$ Jahre, $SD_{NC} = 10.3$ Jahre. Der Effekt wird mit kleiner Effektstärke auf dem 1%-Niveau signifikant ($d = 0.26$). Auch hinsichtlich der Geschlechtsverteilung unterscheiden sich beide Gruppen hoch signifikant, jedoch nur mit kleiner Effektstärke: Während in der Teilnehmergruppe der Frauenanteil bei 70% liegt, liegt er in der Gruppe der Non-Completer über 10% niedriger bei 57.8% ($\varphi = 0.12$). Hinsichtlich des Familienstandes, der Partnersituation sowie der Schul- und Berufsausbildung treten keine statistisch bedeutsamen Gruppenunterschiede auf. Die Patienten sind vorwiegend ledig und leben mehrheitlich in fester Partnerschaft. Bezüglich der Schulbildung wird deutlich, dass ca. 50% die Schule mit dem Abitur oder Fachabitur beendet haben, und weniger als 20% einen Hauptschul- oder Schulabschluss haben bzw. die Schule (noch) nicht beendet haben. Die Verteilung der Berufsabschlüsse zeigt, dass ca. die Hälfte der Patienten eine Lehre, Fach- oder Meisterschule absolviert haben und dass ca. ein Viertel einen Abschluss an der Fachhochschule oder Universität erreicht hat.

In Bezug auf **klinische Variablen** stellt sich der Vergleich der Gruppen wie folgt dar: Eine Untersuchung der Arbeitsunfähigkeit über die letzten sechs Monate ergibt, dass die Mehrheit in beiden Gruppen weniger als drei Monate oder gar nicht arbeitsunfähig war. Ein Anteil von 14 %_{CP} bzw. 21%_{NC} ist jedoch bereits vier bis sechs Monate krank geschrieben.

Tabelle 6: Soziodemographische und klinische Merkmale der Completer und der Non-Completer

Merkmal	Ausprägung	CP (n=250)	NC (n=232)	statistischer Vergleich (t / χ^2)
Alter	M (SD)	40.23 (11.3)	37.38 (10.3)	t (480)=2.894, p=.004, d=.264+
Geschlecht	n (%) weiblich	174 (69.9)	134 (57.8)	χ^2 (1, n=482)=7.314, p=.007, ϕ=.123+
Familienstand	n (%) ledig	143 (57.7)	148 (63.8)	χ^2 (2, n=480)=1.916, p=.386, ϕ =.063
	(wieder) verheiratet	65 (26.2)	53 (22.8)	
	getrennt lebend, geschieden, verwitwet	40 (16.1)	31 (13.4)	
Partnersituation ein/mehrere	n (%) feste Partnerschaft	150 (62.7)	134 (59.0)	χ^2 (1, n=468)=.645, p=.449, ϕ =-.037
Kind(er)	n (%)	93 (37.2)	77 (33.5)	χ^2 (1, n=480)=.725, p=.445, ϕ =-.039
Schulabschluss	n (%) Sonstiges^a	46 (18.4)	44 (19.0)	χ^2 (2, n=481)=1.022, p=.601, ϕ =.046
	Realschulabschluss	74 (29.6)	77 (33.3)	
	Fachabitur/Abitur	130 (52.0)	110 (47.6)	
Berufs- ausbildung	n (%) noch in Ausbildung/Sonstiges/ ohne Berufsabschluss	52 (21.3)	63 (27.9)	χ^2 (4, n=470)=3.945, p=.143, ϕ =.092
	Lehre/Fachschule/Meister	120 (49.2)	111 (49.1)	
	Fachhochschule/Universität	72 (29.5)	52 (23.0)	
Arbeitsunfähigkeit in den letzten 6 Monaten	keine AU	71 (30.0)	49 (23.3)	χ^2 (2, n=439)=5.449, p=.065, ϕ =.111+
	1-3 Monate	126 (55.0)	117 (55.7)	
	n (%) >3 Monate	32 (14.0)	44 (21.0)	
Anzahl stationärer	M (SD) in den letzten sechs Monaten	1.27 (0.65)	1.18 (0.39)	t (84) =.766, p=.466, d=.167
		n=37	n=49	χ^2 (1, n=481)=3.362, p=.074, ϕ=.084
Vor- behandlungen	M (SD) gesamt, incl. der letzten	1.72 (1.29)	1.73 (1.14)	t (158)=-.085, p=.932, d=-.008
	sechs Monate	n=74	n=86	χ^2 (1, n=482)=3.027, p=.082, ϕ=.079
Outcomeparameter zu t₀ M (SD)	Health Modul A	1.28 (0.7)	1.48 (0.8)	t (480)=-3.069, p=.002, d=-.279+
	Health Modul B	2.56 (0.7)	2.71 (0.8)	t (480)=-2.236, p=.026, d=-.205+
	Short Form 8 MCS	34.1 (11.4)	31.4 (12.2)	t (479)=2.579, p=.026, d=-.205+

Anmerkungen. CP=Completer, NC=Non-Completer; signifikante und sehr signifikante Unterschiede ($p \leq .05$ bzw. $p \leq .01$) zwischen den Gruppen sind in der Tabelle grau unterlegt;

^aunter Schulabschluss/ ‚Sonstiges‘ wurden Kategorien mit geringer Zellenbesetzung subsumiert (‚Schule noch nicht beendet‘, ‚kein Abschluss‘, ‚Sonder- und Hauptschulabschluss‘)

In der Gruppe der Non-Completer ist ca. ¼ der Patienten in den letzten sechs Monaten nicht arbeitsunfähig, während in der Gruppe der Completer 30% keine Arbeitsunfähigkeit angaben. Somit zeigt sich die Gruppe der Non-Completer hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit etwas stärker beeinträchtigt als die Completer: Die Gruppenunterschiede erreichen bei Trendstärke eine kleine Effektstärke ($\phi = 0.11$). Hinsichtlich der Anzahl stationärer Vorbehandlungen (d.h. akutpsychiatrischer oder akutpsychosomatischer Behandlungen so wie Rehabilitationsmaßnahmen) weisen die Gruppen keine bedeutsamen Unterschiede auf, weder bezogen auf die letzten sechs Monate vor dem Erstgespräch, noch bezogen auf die gesamte Zeit vor dem Erstgespräch (inklusive der letzten sechs Monate). Die Anzahl der stationär vorbehandelten Patienten un-

terscheidet sich ebenfalls nicht signifikant zwischen den Gruppen und liegt in der Gruppe der Non-Completer dabei mit 36.6% etwas höher als in die Gruppe der Completer mit 29.6%; dieser Unterschied erreicht jedoch, ebenso wie derjenige in Bezug auf den 6-Monats-Zeitraum vor dem Erstgespräch, keine statistische Signifikanz.

Im Hinblick auf die **Outcome-Parameter** wird deutlich, dass sich die Gruppen sowohl in der Skala *Symptombelastung* (PSB, Modul A des HEALTH-49) als auch in der Skala *Psychisches Wohlbefinden* (WOHL, Modul B des HEALTH-49) sowie in der *Psychischen Lebensqualität* (MCS, mental component scale, psychische Skala des Short Form-8) signifikant bei geringer Effektstärke unterscheiden: Die Non-Completer zeigen eine hochsignifikant stärkere *Symptombelastung* als die Completer ($M_{NC} = 1.48$, $SD_{NC} = 0.8$ im Vergleich zu $M_{CP} = 1.24$, $SD_{CP} = 0.7$, $d = -0.28$) sowie auch eine signifikant höhere Beeinträchtigung des *Psychischen Wohlbefindens* ($M_{NC} = 2.71$, $SD_{NC} = 0.8$ im Vergleich zu $M_{CP} = 2.56$, $SD_{CP} = 0.8$, $d = -0.21$). Hinsichtlich der *Psychischen Lebensqualität* zeigt sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied: Die Completer erreichen demnach eine höhere Lebensqualität in der psychischen Skala als die Non-Completer ($M_{CP} = 34.1$, $SD_{CP} = 11.4$ im Gegensatz zu $M_{NC} = 31.4$, $SD_{NC} = 12.2$, $d = -0.24$). Die Effektstärken erreichen in allen Outcome-Kriterien jeweils eine kleine bis mittlere Größe.

Eine Übersicht zur **Verteilung der Diagnosen** in Tabelle 7 sowie auch die Überprüfung der Gruppenunterschiede hinsichtlich signifikanter Unterschiede Tabelle 35 im Anhang zeigt in vielen Kategorien eine ähnliche Verteilung. In der Kategorie der unipolar depressiven Erkrankungen (F32, F33 und F34.1) zeigt sich mit 49.6% ein relativ höherer Anteil in der Non-Completer-Gruppe gegenüber 41.6% bei den Completern, der jedoch keine statistische Signifikanz erreicht ($\chi^2(1, n = 480) = 3.088$, $p = .082$, $\phi = .08$). Umgekehrt liegt der Anteil von Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43) bei den Completern mit 32% höher als bei den Non-Completern mit 25%; jedoch erweist sich dieser Unterschied ebenfalls nicht als statistisch signifikant ($\chi^2(1, n = 480) = 3.649$, $p = .064$, $\phi = -.09$). Durch die häufigere Diagnose der Depressiven Störung gegenüber einer Anpassungsstörung könnte sich eine tendenziell höhere Belastung in der Gruppe der Non-Completer andeuten.

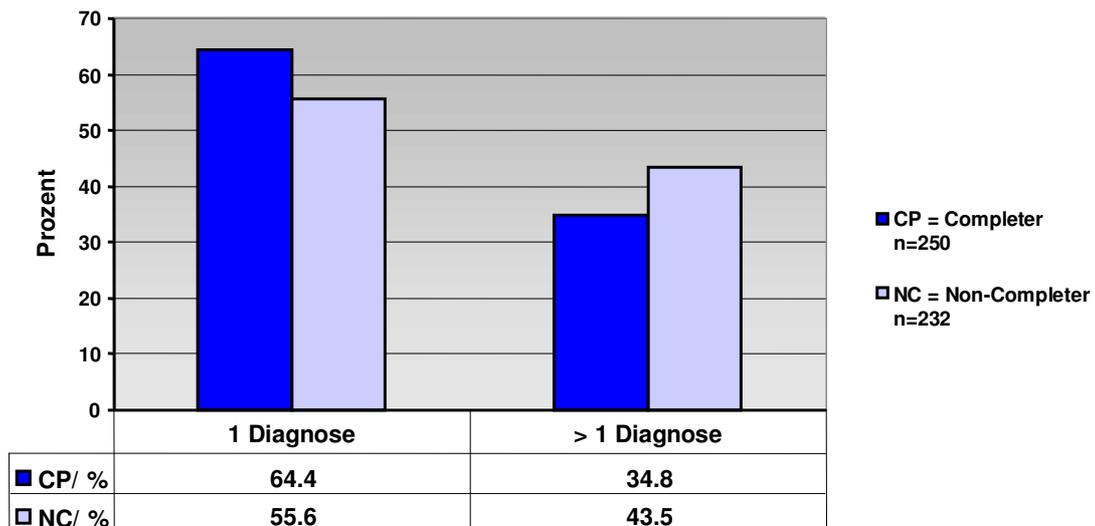
Tabelle 7: Verteilung von Diagnosen unter Completern und Non-Completern

ICD-10 Diagnosen	Completer		Non-Completer		Gesamt	
	n ^a	%	n ^b	%	n	%
F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	6	2.4	9	3.9	15	3.1
F2: Schizophrenie und wahnhafte Störungen	2	0.8	2	0.9	4	0.8
F32, F33, F34.1: unipolare Depression	104	41.6	115	49.6	219	45.4
F40 + F41: phobische Störungen und sonstige Angststörungen	69	27.6	70	30.2	139	28.8
F42: Zwangsstörungen	11	4.4	10	4.3	22	4.4
F43: Posttraumatische Belastungsstörung und Anpassungsstörung	80	32.0	58	25.0	138	28.6
F44 + F45: Dissoziative Störungen, somatoforme Störungen	14	5.6	12	5.2	26	5.4
F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	20	8.0	23	9.9	43	8.9
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	26	10.4	30	12.1	56	11.6
sonstige F-Diagnosen (F31, F34.0, F7, F8, F9; pro Kategorie n<5)	3	1.2	7	3.0	10	2.1
somatische Diagnosen (E66, H93, G43)	6	2.4	6	2.6	12	2.5

Anmerkungen. Mehrfachdiagnosen sind hier enthalten, daher Gesamtprozentwerte über 100

^aCompleter: n=250, davon n=2 ohne Diagnose bzw. mit Verdachtsdiagnose(n)

^bNon-Completer=232, davon n=2 ohne Diagnose bzw. mit Verdachtsdiagnose(n)

**Abbildung 3: Einfach- und Mehrfachdiagnosen bei Completern und Non-Completern**

Die Häufigkeit von Einfach- und Mehrfachdiagnosen in den beiden Gruppen wird in Abbildung 3 dargestellt. Auch in diesem Bereich zeigt sich eine tendenziell höhere Belastung der Non-Completer in dem höheren Anteil an Komorbidität im Vergleich mit den Completern (43.5%_{NC} versus 34.8%_{CP}); der Unterschied ist auf dem 5%-Niveau statistisch signifikant bei einer Effektstärke, die unterhalb der von Cohen als „klein“ definierten Effektstärke liegt ($\phi = .09$). Dieser Befund spricht ebenfalls für eine tendenziell höhere Belastung der Gruppe der Non-Completer im Vergleich mit den Completern.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich die Non-Completer von den Completern in einigen soziodemographischen Variablen, so wie auch in klinischen Variablen und hinsichtlich der Anzahl der Diagnosen statistisch bedeutsam und zum Teil hochsignifikant, aber stets nur mit geringer Effektstärke, voneinander unterscheiden. Inhaltlich erscheinen die Unterschiede hinsichtlich der soziodemographischen Unterschiede (Alter, Geschlecht) nicht gravierend, jedoch hinsichtlich der Beeinträchtigung durch die psychische Störung zeigt sich die Gruppe der Non-Completer in wichtigen Merkmalen statistisch signifikant höher belastet als die Gruppe der Completer (Arbeitsunfähigkeit, Mehrfachdiagnosen sowie Diagnosenverteilung); auch in den Outcome-Parametern *Symptombelastung*, *Wohlbefinden* und *Lebensqualität*, erreichen die Unterschiede kleine bis mittlere Effektstärken und sind sehr signifikant, was die höhere Ausgangsbelastung auf Seiten der Non-Completer bestätigt.

5.1.2 Stichprobenbeschreibung und Stichprobenvergleich

Eine Darstellung zur Verteilung der Patienten in den verschiedenen Untersuchungsgruppen nach der Baseline-Messung ist in Abbildung 4 auf Seite 93 zu sehen. Hier befinden sich auch Angaben über Teilnahme und Drop-out im Verlauf der Studie von t_0 bis t_1 sowie zu fehlenden Werten und Ausschluss aufgrund fehlender Angaben. In die folgende Stichprobenbeschreibung werden ausschließlich Studienteilnehmer einbezogen, die zusätzlich zu der Baseline-Messung t_0 an der t_1 -Messung teilgenommen haben. Anhand klinischer und soziodemographischer Daten soll zum einen die Stichprobe insgesamt charakterisiert werden und andererseits soll überprüft werden, ob und wie sich die Untersuchungsgruppen voneinander unterscheiden. In Tabelle 8 sind soziodemographische und klinische Stichprobenmerkmale abgebildet; weitere Daten

zu Vorbehandlungen und zum Inanspruchnahmeverhalten der Patienten vor dem Erstgespräch befinden sich in Tabelle 36 und Tabelle 37 im Anhang.

Stichprobenmerkmale der Gesamtgruppe

Bezogen auf die Gesamtgruppe lässt sich hinsichtlich **soziodemographischer Merkmale** feststellen, dass sie mit einem Durchschnittsalter von 40 Jahren (Range: 18-73 Jahre) im mittleren Erwachsenenalter liegt. Mit rund 70% weiblichen Studienteilnehmern überwiegt der Frauenanteil erwartungsgemäß. Ca. $\frac{2}{3}$ der Patienten (62.7%) leben in fester Partnerschaft, davon sind jedoch nur 26.2% verheiratet und über $\frac{1}{3}$ (37.2%) haben ein oder mehrere Kinder. Hinsichtlich der Schulbildung zeigt sich, dass über 50% das Fachabitur oder Abitur erreichten und nur 18.4% einen Hauptschul- oder Sonderschulabschluss haben bzw. die Schule noch nicht beendet haben oder keinen Schulabschluss erreicht haben; insgesamt zeigt die Gruppe also einen hohen Bildungsstand.

Knapp die Hälfte der Studienteilnehmer hat ihre Berufsausbildung in einer Lehre, Fach- oder Meisterschule absolviert (49.5%). Noch in der Ausbildung bzw. ohne Berufsabschluss sind 21.3%, während 29.5% einen universitären Abschluss bzw. einen Fachhochschulabschluss erreichten. Hinsichtlich der aktuellen beruflichen Situation zeigt sich, dass die Mehrheit (75.2%) in Voll- oder Teilzeit oder gelegentlich bzw. in Ausbildung erwerbstätig ist. 10.8% sind arbeitslos und ein kleiner Anteil von 5.6 % erhält eine Rente (Berufsunfähigkeits-, Alters-, oder Witwenrente).

Hinsichtlich **klinischer Merkmale** zeigt sich, dass zum Zeitpunkt des Erstgesprächs 24.5% der Gesamtgruppe arbeitsunfähig sind (bzw. so krank, dass sie ihre gewohnten Tätigkeiten nicht durchführen konnten). Auf die letzten sechs Monate bezogen wird deutlich, dass 31% nicht arbeitsunfähig waren, der größte Anteil von 55% war 1-3 Monate arbeitsunfähig, während 14% bis zu sechs Monaten arbeitsunfähig war.

36 Patienten der Gesamtgruppe (14.4%) erhielten stationäre Vorbehandlungen in den sechs Monaten vor dem Erstgespräch mit durchschnittlich $M = 1.4$ Aufenthalten und einer Behandlungsdauer von $M = 4.7$ Wochen. In diese Behandlungen wurden stationäre psychotherapeutische, psychosomatische und psychiatrische Behandlungen sowie Entzugs-, Entgiftungs- oder Entwöhnungsbehandlungen, sowie sonstige Klinikaufenthalte einbezogen, die Patienten wegen der Beschwerden, die sie zum Erstgespräch bewegt haben, oder wegen ähnlicher Beschwerden, in Anspruch genommen haben (siehe Item 16a) in der Basisdokumentation im Anhang). Bezogen auf sämtli-

che zuvor erhaltene stationäre Behandlungen geben 73 Patienten durchschnittlich $M = 2.1$ Klinikaufenthalte mit einer durchschnittlichen Dauer von $M = 12.6$ Wochen an. D.h. etwas mehr als $\frac{1}{5}$ der Patienten wurde bereits stationär oder im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen vorbehandelt.

Ambulante Psychotherapien erhielten 115 Patienten (46%) vor ihrem Erstgespräch; 62 Patienten (24.9%) hatten bisher ambulante psychosoziale Maßnahmen in Form von Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, Familien-/Paar- oder Gruppentherapie in Anspruch genommen.

Im Bereich der Empfehlungen für die Fokuseinrichtung wird erkennbar, dass diese am häufigsten durch Ärzte (46%) erfolgten; weitere 35 (14%) kamen durch eine Empfehlung der Kosten- oder Leistungsträger hinzu. Die Wartezeit seit der ersten Kontaktaufnahme mit einem Psychotherapeuten oder einer Einrichtung betrug bei der Gesamtgruppe durchschnittlich zwei Monate.

Die Kennwerte der **Outcome-Parameter** zu t_0 werden für die gesamte Gruppe der Studienteilnehmer und die Untersuchungsgruppen in Tabelle 9 dargestellt. Hinsichtlich der Outcome-Parameter *Symptombelastung* (PSB, Modul A des HEALTH-49) und *Psychisches Wohlbefinden* (WOHL, Modul B des HEALTH-49) zum Zeitpunkt des Erstgesprächs lässt sich in Bezug auf die Gesamtgruppe feststellen, dass die Stichprobe dieser Studie im Vergleich mit psychisch und/oder körperlich erkrankten Hausarztpatienten (Referenzstichproben des HEALTH-49, (vgl. Rabung et al., 2008)), eine stärkere Belastung aufweist. Im Vergleich mit einer Referenzstichprobe von Patienten aus stationären psychosomatischen Rehabilitationskliniken erreichen die stationär behandelten Patienten höhere Werte in der Skala Symptombelastung und sind in etwa vergleichbar bezüglich der Skala psychisches Wohlbefinden mit der hier beschriebenen Stichprobe. Dies spricht für eine hohe Ausgangsbelastung der Patienten, die ambulante Verhaltenstherapie aufsuchen. In der Skala *Psychische Lebensqualität* (MCS des Short Form-8) wird ein Mittelwert von 34.1 erreicht. Referenzwerte für klinische Stichproben liegen hier nicht vor, jedoch im Vergleich zu den Referenzwerten der deutschen Bevölkerung zeigt sich, dass die Werte der Stichprobe ca. zwei Standardabweichungen unterhalb dieses Referenzwertes liegt; die untersuchten Stichprobe weist somit auch in diesem Bereich eine deutliche Beeinträchtigung auf ($M_{DE-NBS} = 51.68$, $SD_{DE-NBS} = 8.82$ (Beierlein, 2009)).

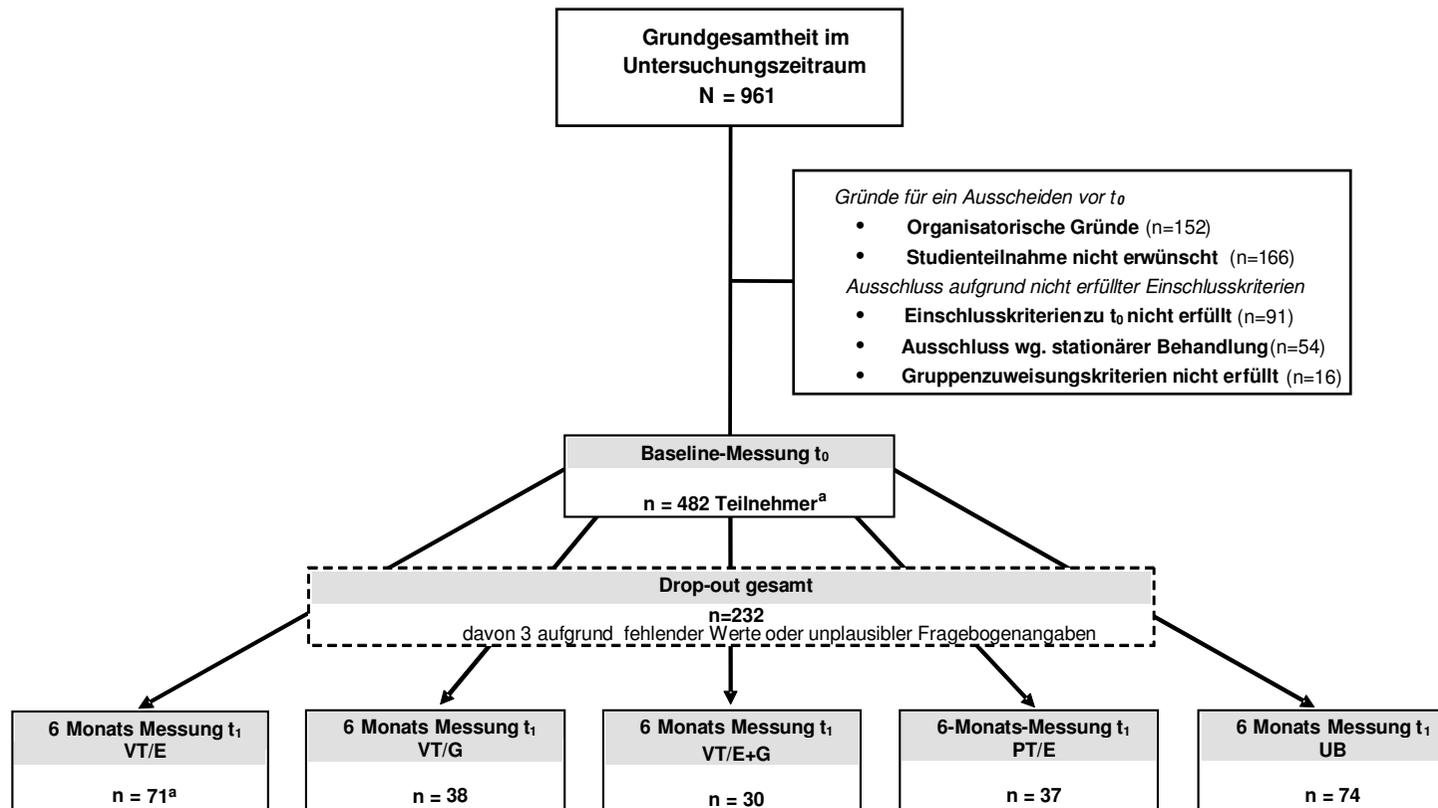


Abbildung 4: Flussdiagramm zur Stichprobenszusammensetzung

Anmerkungen. Gesamtzahl der Studienteilnehmer zu t₁ n=250; bei n=15 Patienten wurden Fehlwertersetzungen aufgrund einzelner fehlender Werte vorgenommen

VT/E: Verhaltenstherapie im Einzelsetting, VT/G: Verhaltenstherapie im Gruppensetting, VT/E+G: Verhaltenstherapie im Einzel- und Gruppensetting

PT/E: *Einzel*psychotherapie außerhalb der untersuchten Fokuseinrichtung, UB: unbehandelte Wartesituation

^a ein Patient wurde aufgrund fehlender Werte von der Auswertung des sekundären Outcome-Parameters ‚psychische Lebensqualität‘ ausgeschlossen

Tabelle 8: Stichprobenbeschreibung Teil 1 - soziodemographische Merkmale

Merkmal	Ausprägung	Gesamt n=250	VT/E n=71	VT/G n=38	VT/E+G n=30	PT/E n=37	UB n=74	statistischer Vergleich: χ^2 -Test, Fisher's Exakt-Test, ANOVA
Alter	M (SD)	40.23 (11.3)	40.0 (11.1)	39.6 (10.0)	43.0 (13.4)	37.4 (10.7)	41.1 (11.3)	F(4, n=249)=1.177, p=.322 part. η^2=.019
Geschlecht^a	n (%) weiblich	174 (69.9)	55 (77.5)	21 (55.3)	21 (70.0)	22 (59.5)	56 (75.7)	$\chi^2(4, n=250)=8.906$, p=.064 ϕ=.189+
Familienstand	n (%) ledig	143 (57.7)	39 (55.7)	26 (68.4)	15 (50.0)	23 (63.9)	40 (54.1)	FE(8, n=248)=7.762, p=.455, ϕ =.178
	n (%) verheiratet und wieder verheiratet	65 (26.2)	20 (28.6)	5 (13.2)	12 (40.0)	8 (22.2)	20 (27.0)	
	n (%) getrennt lebend, geschieden, verwitwet	40 (16.1)	11 (15.7)	7 (18.4)	3 (10.0)	5 (13.9)	14 (18.9)	
Partnersituation	n (%) feste Partnerschaft	150 (62.7)	47 (66.7)	21 (55.3)	17 (63.0)	20 (57.1)	46 (64.8)	$\chi^2(4, n=241)=2.084$, p=.723, ϕ =.099
Kind(er)^b	n (%) vorhanden	93 (37.2)	31 (43.7)	9 (23.7)	18 (60.0)	8 (21.6)	27 (36.5)	$\chi^2(4, n=250)=14.776$, p=.005, ϕ=.243+
Schulabschluss	n (%) Sonstiges^c	46 (18.4)	17 (23.9)	7 (18.4)	4 (13.3)	5 (13.5)	13 (17.6)	FE(8, n=250)=7.962, p=.436, ϕ =.185
	n (%) Realschulabschluss	74 (29.6)	22 (31.0)	10 (26.3)	14 (46.7)	10 (27.0)	18 (24.3)	
	n (%) Fachabitur/Abitur	130 (52.0)	32 (45.1)	21 (55.3)	12 (40.0)	57 (59.5)	43 (58.1)	
Berufsausbildung^c	n (%) noch in Ausbildung/Sonstiges/	52 (21.3)	17 (24.3)	8 (21.1)	8 (27.6)	4 (11.4)	15 (20.8)	$\chi^2(8, n=244)=11.473$, p=.176, ϕ =.217
	n (%) Lehre/Fachschule/Meister	120 (49.2)	37 (52.9)	20 (52.6)	17 (58.6)	17 (48.6)	29 (40.3)	
	n (%) Fachhochschule/Universität	72 (29.5)	16 (22.9)	10 (26.3)	4 (13.8)	14 (40.0)	28 (38.9)	
Berufstätigkeit^d	n (%) berufstätig in Voll- und Teilzeit/gelegentlich, Ausbildung	188 (75.2)	59 (83.1)	31 (81.6)	16 (53.3)	29 (78.4)	53 (71.6)	FE(8, n=250)=17.508, p=.016, ϕ=.280+
	n (%) arbeitslos, Sonstiges	48 (19.2)	10 (14.1)	6 (15.8)	12 (40.0)	3 (8.1)	17 (23.0)	
	n (%) berentet (Berufsunfähigkeits-Alters- und Witwenrente)	14 (5.6)	2 (2.8)	1 (2.6)	2 (6.7)	5 (13.5)	4 (5.4)	

Anmerkungen. VT/E: nur Einzelpsychotherapie, VT/G: nur Gruppenpsychotherapie, VT/E+G: Einzel- und Gruppenpsychotherapie kombiniert, PT/E: Einzelpsychotherapie außerhalb der Fokuseinrichtung,

UB: unbehandelte Vergleichsgruppe; signifikante und sehr signifikante Unterschiede ($p \leq .05$ bzw. $p \leq .01$) zwischen den Gruppen sind in der Tabelle grau unterlegt

^aTestung zwischen VT/E und UB: $\chi^2(1, n=145)=.065$ p=.846, ϕ =.021, ^b $\chi^2(1, n=145)=.777$ p=.401, ϕ =-.073, ^c $\chi^2(2, n=142)=4.340$, p=.119, ϕ =.175, ^dFE(2, n=145)=2.704, p=.283, ϕ =.138

^cunter Schulabschluss/Sonstiges wurden Kategorien mit geringer Zellenbesetzung subsumiert ('Schule noch nicht beendet', 'kein Abschluss', 'Sonderschulabschluss' und 'Hauptschulabschluss')

Stichprobenvergleich in den fünf Untersuchungsgruppen

Beim Vergleich der Stichprobenmerkmale zwischen den Untersuchungsgruppen (siehe Tabelle 8) zeigen sich hinsichtlich **soziodemographischer Merkmale** folgende Unterschiede: Der Mittelwert des Alters liegt zwischen $M_{PT/E} = 37.4$ Jahren und $M_{VT/E+G} = 43.0$ Jahren. Eine geringe Effektstärke weist auf bestehende Unterschiede hin, die aufgrund der geringen Gruppenstärken jedoch keine Signifikanz erreichen.

Die Geschlechtsverteilung unterscheidet sich zwischen den Gruppen dagegen tendenziell mit geringer Effektstärke ($p = .064$, $\phi = .19$). Die Gruppen VT/G und PT/E weichen mit einem höheren Männeranteil von $44.7\%_{VT/G}$ bzw. $40.5\%_{PT/E}$ am stärksten von dem ansonsten deutlich höheren Frauenanteil ab. Zwischen den Gruppen VT/E und UB besteht jedoch nach Überprüfung der Verteilungen kein statistisch bedeutsamer Unterschied ($\chi^2(1, n = 145) = .066$, $p = .846$, $\phi = .02$).

In Bezug auf den Familienstand werden keine signifikanten Unterschiede deutlich, jedoch weist eine geringe Effektstärke wiederum auf Gruppenunterschiede hin ($\phi = .178$), die aufgrund der geringen Stichprobengröße nicht signifikant werden. Der Anteil lediger Patienten ist in den jüngeren Gruppen (VT/G und PT/E) am höchsten (VT/G: 8.4% und PT/E: 3.9%), während er in der Gruppe mit dem höchsten Durchschnittsalter (VT/E+G) mit 50% am niedrigsten ist. Ähnlich verhält es sich mit der Partnersituation: Bei den jüngeren Gruppen ist der Anteil an Personen mit fester Partnerschaft niedriger (VT/G: 5.3% und PT/E: 7.1%), während die Gruppe VT/E prozentual die meisten Patienten mit fester Partnerschaft enthält (67%).

Ein hochsignifikanter Unterschied mit geringer Effektstärke ($\phi = .24$) zeigt sich in dem Merkmal „ein oder mehrere Kinder“ - hier verhält sich die Verteilung entsprechend dem durchschnittlichen Alter zwischen den Gruppen: Die jüngsten Gruppen PT/E und VT/G haben am seltensten Kinder (PT/E: 1.6% bzw. VT/G: 3.7%), während Patienten der ältesten Gruppe VT/E+G am häufigsten Kinder haben (60%). Die statistische Überprüfung der Gruppen VT/E und der UB mittels χ^2 -Test zeigt, dass sich diese Gruppen in diesem Merkmal nicht bedeutsam voneinander unterscheiden ($p = .401$, $\phi = -.073$).

Die Verteilung von Schulabschlüssen zwischen den Untersuchungsgruppen zeigt mit 59.5% den höchsten Anteil von Abitur bzw. Fachabitur in der Gruppe PT/E und in der Gruppe VT/E+G den höchsten Anteil an Realschulabschlüssen (46.7%) bei einem ansonsten ähnlichem Verteilungsbild in den anderen Gruppen mit dem jeweils höch-

ten Anteil an Abitur/Fachabitur und dem niedrigsten Anteil an Haupt- und Sonder- schulabschlüssen bzw. keinem Schulabschluss und Sonstiges. Eine niedrige Effekt- stärke ($\varphi = .19$) weist auf vorhandene Gruppenunterschiede hin, die jedoch aufgrund der kleinen Gruppengrößen keine Signifikanz erreichen.

Bezüglich der Berufsausbildung fällt ein hoher Anteil von Fachhochschul- bzw. uni- versitären Abschlüssen in den Gruppen PT/E (40.0%) und UB (38.9%) auf. Die nied- rigste Quote an Berufsabschlüssen dieser Kategorie ist in der Gruppe VT/E+G mit 13.8% vorhanden, die jedoch in der Kategorie Lehre/Fachschule/Meister den höch- sten Anteil von 58.6% erreicht und auch in der Kategorie Ausbildung/Sonstiges/ohne Berufsabschluss mit 27.6% den größten Anteil enthält.

Hinsichtlich der aktuellen beruflichen Situation fällt die Gruppe VT/E+G aus dem sonst in allen Gruppen ähnlichen Muster mit $\frac{2}{3}$ berufstätigen oder in Ausbildung be- findlichen Patienten, ca. $\frac{1}{10}$ arbeitslosen und geringen Anteilen von berenteten und sonstigen Patienten heraus. In dieser Gruppe sind nur 53.3% berufstätig oder in Aus- bildung stehend, während der Anteil Arbeitsloser mit 23% deutlich höher ist, als in den anderen Gruppen und auch die Kategorie „Sonstiges“ ist mit 16.7% hier stärker vertreten. In der Gruppe PT/E ist der Anteil an berenteten Patienten (13.5%) am höchsten im Vergleich zu den anderen Gruppen.

In **klinischen Variablen** zeigt sich Bezüglich der Arbeitsunfähigkeit in den letzten sechs Monaten zeigen die beiden Hauptgruppen VT/E und UB eine sehr ähnliche Verteilung mit einem Anteil von über 60% in der Kategorie „1-3 Monate“, und 24.6% bzw. 20% in der Kategorie „keine AU“ sowie geringerer Besetzung in der höheren Kategorie „4-6 Monate“ (siehe Tabelle 36 im Anhang). Die Dauer stationärer Vorbehandlungen (siehe Tabelle 36 im Anhang) konnte aufgrund der geringen Fall- zahlen nicht mittels post-hoc-Tests hinsichtlich signifikanter Unterschiede überprüft werden. Wie oben erwähnt, wurden stationäre psychotherapeutische, psychosomati- sche und psychiatrische Behandlungen sowie Entzugs-, Entgiftungs- oder Entwöh- nungsbehandlungen, sowie sonstige Klinikaufenthalte einbezogen, die Patienten we- gen der Beschwerden, die sie zum Erstgespräch bewegt haben, oder wegen ähnlicher Beschwerden, in Anspruch genommen haben. Hinsichtlich der Behandlungsdauer in den letzten sechs Monaten (die auch als Indikator für eine akute psychische Belastung angesehen werden könnte) zeigt sich mit $M = 8.9$ Wochen der höchste Wert in der Gruppe VT/G gegenüber vier bis fünf Wochen in den anderen Untersuchungsgrup-

pen, wobei die sehr geringen Fallzahlen zu beachten sind; es können daher keine allgemeinen Schlüsse auf die gesamten Untersuchungsgruppen abgeleitet werden. Hinsichtlich der Angaben zur Dauer sämtlicher Klinikaufenthalte in der Vorgeschichte (die ein Hinweis auf dauerhafte oder chronische Belastungen darstellen könnte) zeigen sich die durchschnittlich längsten Behandlungen in der Gruppe VT/E+G mit $M = 28.5$ Wochen, jedoch fließen in diesen Mittelwert die Angaben von lediglich drei Patienten ein; jegliche Mittelwerte hinsichtlich stationärer Vorbehandlungen sind vor dem Hintergrund, dass nur wenige Fälle enthalten sind, nur sehr eingeschränkt interpretierbar und möglicherweise durch Ausreißer verzerrt.

Die Informationen über die Anzahl der Klinikaufenthalte unterliegen denselben Beschränkungen wie die Angaben zur Dauer der stationären Behandlungen: Durch die geringen Fallzahlen sind Aussagen über Unterschiede zwischen den Gruppen ebenfalls nur begrenzt möglich. Die durchschnittliche Anzahl der Klinikaufenthalte in den letzten sechs Monaten liegt zwischen einem und $M = 1.6$ Aufenthalten. Hinsichtlich der gesamten stationären Vorbehandlungen zeigen sich größere Unterschiede von einem Aufenthalt (VT/E+G) bis $M = 2.3$ Aufenthalten in der Gruppe UB. Aufgrund der geringen Zellenbesetzung in den Subgruppen sind die Mittelwerte jedoch als zuverlässige Schätzer wenig aussagekräftig.

Hinsichtlich der **Inanspruchnahme ambulanter psychosozialer Maßnahmen** während der letzten sechs Monate vor dem Erstgespräch (siehe Tabelle 36 im Anhang) weist ein schwacher Effekt auf Unterschiede in der Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, Familien-, Paar- und Gruppentherapie hin ($\varphi = .13$). Die Unterschiede zwischen den Gruppen erreichen jedoch aufgrund der geringen Gruppengröße keine Signifikanz ($p = .440$). Die Gruppe PT/E zeigt mit 21.6% die höchste Inanspruchnahmerate, was als Indikator für eine akute Belastung oder als Anzeichen besonderer Motivation gedeutet werden könnte. Bezüglich der Inanspruchnahme von Einzelpsychotherapie während der letzten sechs Monate werden keine bedeutsamen oder tendenziellen Unterschiede deutlich.

In der Betrachtung der gesamten Inanspruchnahme psychosozialer Maßnahmen (inklusive der letzten sechs Monate vor dem Erstgespräch) zeigt sich ein schwacher Effekt hinsichtlich der Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen sowie Familien-, Paar- und Gruppenpsychotherapie (jedoch ohne statistische Signifikanz: $p = .448$, $\varphi = .12$). Bezüglich der Inanspruchnahme von Einzelpsychotherapie während der letzten sechs

Monate fällt die relativ niedrige Inanspruchnahme in der Gruppe VT/E+G (23.3%) gegenüber den anderen Gruppen auf (40.8%_{VT/E} bis 55.4%_{UB}).

Die Gruppe PT/E weist mit 32.4% das intensivste Inanspruchnahmeverhalten auf, gefolgt von der Gruppe VT/E mit 28.9%. Das geringste Maß an Vorbehandlungen durch die genannten Maßnahmen zeigen die Gruppe VT/E+G mit 16.7% und die Gruppe VT/G (18.4%). Bezüglich psychotherapeutischer Vorbehandlungen im Einzelsetting zeigt ein geringer Effekt ($\phi = .21$) mit statistischer Signifikanz auf dem 5%-Niveau ($p = .027$), dass Unterschiede in der gesamten Vorbehandlung mit Einzelpsychotherapie zwischen den Untersuchungsgruppen bestehen. Die auffälligsten Unterschiede bezüglich der relativen Werte in der Inanspruchnahme von Einzelpsychotherapie zeigen sich zwischen der Gruppe UB und VT/G mit über 50% gegenüber der Gruppe VT/E+G mit nur 23.3%. Hier besteht ein signifikanter Unterschied zwischen sämtlichen Gruppen von kleiner Effektstärke ($p = .027$, $\phi = .21$). Die Unterschiede zwischen den Hauptuntersuchungsgruppen sind dagegen statistisch nicht bedeutsam ($p = .097$, $\phi = .15$).

Weitere Informationen zum Inanspruchnahmeverhalten sind den Arztkontakten der letzten sechs Monate zu entnehmen (siehe Tabelle 37 im Anhang). Die Patienten gaben Arztkontakte aufgrund der Beschwerden, deretwegen sie zum Erstgespräch kamen, an; möglicherweise liegt insgesamt eine Überschätzung vor, da einige Patienten nicht differenzierten, warum sie die Ärzte aufsuchten und somit sämtliche Arztbesuche der letzten sechs Monate hier aufführten. Die Auflistung dient dem Überblick, es wurden daher keine Signifikanztests über die Gruppen zu den Facharztbesuchen berechnet. Die Gesamtsumme der Arztkontakte bei verschiedenen Fachärzten und Therapeuten innerhalb der letzten sechs Monate vor dem Erstgespräch zeigt einen schwachen Effekt, der aufgrund der zu geringen Gruppengrößen keine Signifikanz erreicht ($p = .681$, $\text{part. } \eta^2 = .009$). Die Mittelwerte der Arztkontakte in den letzten sechs Monaten vor dem Erstgespräch reichen von $M_{VT/E} = 4.5$ bis maximal $M_{PT/E} = 6.1$.

Hinsichtlich der **Empfehlungen**, die Patienten zu einem Erstgespräch in der Fokuseinrichtung bewegten, fallen einige statistisch bedeutsame Unterschiede auf (siehe Tabelle 37 im Anhang). Diese beziehen sich jedoch z.B. bei Empfehlungen durch Kliniken und Psychotherapeuten insgesamt nur auf sehr kleine Fallzahlen. Sowohl der Anteil ärztlicher wie auch psychotherapeutischer Empfehlungen unterscheidet sich hochsignifikant mit geringer Effektstärke zwischen den Untersuchungsgruppen

($p = .000$, $\phi = .43$). Der Unterschied hinsichtlich Empfehlungen durch die Kosten- und Leistungsträger erreicht eine mittlere Effektstärke und wird hochsignifikant. Signifikante Gruppenunterschiede mit geringer Effektstärke bestehen im Bereich Empfehlungen durch Kliniken ($p = .014$, $\phi = .23$). In der Sammelkategorie „Empfehlungen durch Beratungsstellen, eigene Initiative und ehemalige Patienten“ deutet ein kleiner Effekt auf Gruppenunterschiede hin, ohne Signifikanz zu erreichen ($p = .276$, $\phi = .14$). Die paarweise Testungen der Gruppen VT/E versus UB bestätigen die geschilderten Unterschiede zum großen Teil auch zwischen den Hauptuntersuchungsgruppen: Dies gilt für Empfehlungen durch Ärzte und Kostenträger mit geringer und mittlerer Effektstärke sowie mit schwacher Effektstärke, ohne statistische Signifikanz für Empfehlungen durch Kliniken und Beratungsstellen/eigene Initiative/ ehemalige Patienten. Hinsichtlich Empfehlungen durch Therapeuten besteht kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen.

Der statistisch größte und bedeutsamste Unterschied in dem Bereich „Empfehlungen durch den Kostenträger“ hängt mit besonderen Zuweisungswegen im Rahmen der Integrierten Versorgung zusammen (siehe Abschnitt 2.1.1.1, Seite 9 ff): Patienten, die im IV-Projekt behandelt wurden, bilden die Mehrheit der Patienten in den Untersuchungsgruppen VT/E und VT/E+G, so dass in diesen Gruppen ein bedeutsamer Unterschied bezüglich der Empfehlung im Vergleich zu den Gruppen VT/G, PT/E und UB vorliegt.

In den **Outcome-Parametern** zu t_0 (siehe Tabelle 9) bestehen hinsichtlich des primären Outcomes, *Symptombelastung* (PSB, Modul A des HEALTH-49), keine bedeutsamen Gruppenunterschiede zwischen den Gruppen. Beim sekundären Outcome-Parameter *Psychisches Wohlbefinden* (WOHL, Modul B des HEALTH-49) deutet eine geringe Effektstärke auf Gruppenunterschiede hin, die jedoch keine Signifikanz erreichen, ebenso im Bereich *Psychische Lebensqualität* (MCS, psychische Dimension des Short Form-8). Die absoluten Werte sprechen für ein leicht geringeres *psychisches Wohlbefinden* und eine eingeschränkte *psychische Lebensqualität* in den Gruppen VT/E und VT/E+G gegenüber den Vergleichsgruppen. In einer Subanalyse für die Ausgangswerte der Outcome-Parameter im Vergleich der Gruppen VT/E und UB zeigte sich, dass die Unterschiede in der Baseline der sekundären Outcome-Parameter *Psychisches Wohlbefinden* und *Psychische Lebensqualität* statistische Signifikanz bei kleiner Effektstärke erreichen. Die Hauptuntersuchungsgruppen unterscheiden sich

auf Trendniveau hinsichtlich der Ausgangsbelastung im *Psychischen Wohlbefinden* ($p = .120$, $d = .26$) und statistisch signifikant in der *Psychischen Lebensqualität* ($p = .042$, $d = -.34$), wobei die Gruppe VT/E eine höhere Belastung aufweist.

Tabelle 9: Outcome-Parameter zum Zeitpunkt t_0

Outcome-Parameter	Untersuchungsgruppe						stat. Vergleich	
	Gesamt n=250	VT/E n=71	VT/G n=38	VT/E+G n=30	PT/E n=37	UB n=74	ANOVA	
PSB	<i>M</i>	1.28	1.3	1.33	1.26	1.28	1.22	F(4, n=250)=.143
	<i>SD</i>	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8	p=.966, part. $\eta^2 = .002$
WOHL	<i>M</i>	2.56	2.7	2.60	2.51	2.46	2.5	F(4, n=249 ^a)=1.092
	<i>SD</i>	0.7	0.7	0.7	0.7	0.6	0.8	p=.348, part. $\eta^2 = .018$
MCS	<i>M</i>	34.10	32.60	32.70	36.50	34.38	33.10	F(4, n=248 ^a)=1.338
	<i>SD</i>	11.4	11.7	10.3	11.3	11.1	12.2	p=.257, part. $\eta^2 = .021$

Anmerkungen. stat.= statistisch; PSB: Psychische und somatoforme Beschwerden (Modul A des HEALTH-49),

WOHL: Psychisches Wohlbefinden (Modul B); MCS: mental component summary (psychische Skala des Short Form-8)

^aVariationen in der Stichprobengröße gehen auf fehlende Werte zurück

Testung zwischen VT/E und UB: PSB: $t(143)=0.347$, $p=.729$, $d=0.058$, WOHL: $t(143)=1.566$, $p=.120$, **$d=0.261$** ,

MCS: $t(142)=-2.056$, **$p=.042$** , **$d=-0.343$**

Die **Diagnosen** wurden zum einen hinsichtlich ihrer Häufigkeit (Einfach- oder Mehrfachdiagnosen, siehe Abbildung 5) und andererseits hinsichtlich der Diagnosegruppen (siehe Tabelle 10) untersucht und dargestellt. Die durchschnittliche Anzahl an Diagnosen pro Studienteilnehmer beträgt $n = 1.42$.

Es zeigt sich kein statistisch bedeutsamer Unterschied in der Verteilung von Einfach- und Mehrfachdiagnosen zwischen den verschiedenen Untersuchungsgruppen; es besteht jedoch eine kleine Effektstärke ohne Signifikanz, die auf Gruppenunterschiede hinweist ($\chi^2(4, n = 250) = 4.030$; $p = .407$; $\phi = .127$). Mit Abstand die häufigsten Mehrfachdiagnosen sind in der Gruppe VT/G vorhanden (44.7%), während der kleinste Anteil an Mehrfachdiagnosen in der Gruppe VT/E+G um über 20% niedriger ausfällt (23.3%). In den Hauptvergleichsgruppen, den Gruppen VT/E und UB sind die Unterschiede mit 33.8%_{VT/E} und 39.2%_{UB} Mehrfachdiagnosen weniger stark ausgeprägt und weisen keinen statistisch bedeutsamen Unterschiede auf ($\chi^2(4, n=145)=0.453$ $p=.605$, $\phi=.110$).

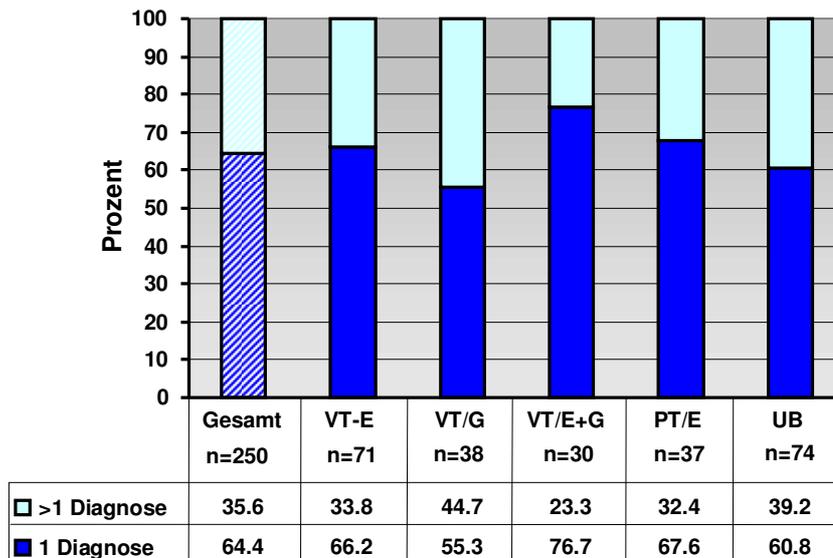


Abbildung 5: Prozentuale Verteilung von Einfach- und Mehrfachdiagnosen in den Untersuchungsgruppe (VT/E: Verhaltenstherapie im Einzelsetting, VT/G: Verhaltenstherapie im Gruppensetting, VT/E+G: Verhaltenstherapie im Einzel- und Gruppensetting, PT/E: Einzelpsychotherapie außerhalb der untersuchten Fokuseinrichtung, UB: unbehandelte Wartesituation)

Eine genauere Betrachtung der Anzahl an Patienten pro Diagnosegruppe zeigt in der Gruppe VT/E+G den höchsten relativen Anteil an unipolar depressiven Störungen im Vergleich zu den anderen Gruppen. Demgegenüber ist der Anteil an Anpassungsstörungen in dieser Gruppe mit 16.7% am geringsten, was für eine erhöhte Belastung dieser Gruppe sprechen könnte. Die Verteilung der Diagnosen in Kategorien, sowie die statistische Überprüfung dieser Verteilung in den Untersuchungsgruppen pro Kategorie zeigt, dass die Gruppen sich nicht signifikant voneinander unterscheiden (siehe Tabelle 38 im Anhang). Kleine Effektstärken ohne statistische Signifikanz deuten jedoch auf Unterschiede hin, die vermutlich aufgrund der Stichprobengröße keine Signifikanz erreichen. Die Hauptuntersuchungsgruppen unterscheiden sich in keiner Diagnosegruppe signifikant voneinander. Lediglich in einigen selten auftretenden Diagnosenkategorien (,Posttraumatische Belastungsstörung', ,Sonstige F-Diagnosen' und ,Somatische Diagnosen') deuten kleine Effektstärken auf Unterschiede zwischen den Gruppen hin, jedoch erreichen die Unterschiede keine statistische Signifikanz. Die Hauptuntersuchungsgruppen sind daher bezüglich der Diagnoseverteilung und der Häufigkeit von Diagnosen gut vergleichbar.

Tabelle 10: Verteilung von Diagnosen in den Untersuchungsgruppen

ICD-10 Diagnosen	VT/ E, n=71 ^a		VT/G, n=38		VT/E+G, n=30		PT/E, n=37		UB, n=74	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	1	1.4	2	5.3	0	0.0	0	0.0	3	4.1
F2: Schizophrenie und wahnhafte Störungen	0	0.0	1	2.6	0	0.0	0	0.0	1	1.4
F32, F33, F34.1: unipolare Depression	32	45.1	18	47.4	16	53.3	11	29.7	28	37.8
F40 + F41: phobische Störungen und sonstige Angststörungen	16	22.5	16	42.1	8	26.7	11	29.7	19	25.7
F42: Zwangsstörungen	2	2.8	1	2.6	1	3.3	2	5.4	5	6.8
F43.1: Posttraumatische Belastungsstörung	0	0.0	1	2.6	0	0.0	0	0.0	3	4.1
F43.2: Anpassungsstörung	24	33.8	11	28.9	5	16.7	12	32.4	25	33.8
F44 + F45: Dissoziative Störungen, somatoforme Störungen	4	5.6	1	2.6	1	3.3	3	8.1	5	6.8
F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	8	11.3	0	0.0	1	3.3	5	13.5	6	8.1
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	6	8.5	4	10.5	4	13.3	3	8.1	10	13.5
sonstige F-Diagnosen (F31, F34.0, F7, F8, F9; pro Kategorie n<5)	0	0.0	0	0.0	1	3.3	0	0.0	2	2.7
somatische Diagnosen (E66, H93, G43)	3	4.2	2	5.3	0	0.0	1	2.7	0	0.0

Anmerkungen. Mehrfachdiagnosen in verschiedenen Kategorien sind hier enthalten, daher Gesamtprozentwerte über 100

Mehrfachdiagnosen innerhalb einer Kategorie sind nicht enthalten

^a bei 2 Patienten mit Verdachtsdiagnosen zu T wurden nach erneuter Recherche die späteren Verlaufsdiagnosen verwendet

VT/E: nur Einzelpsychotherapie, VT/G: nur Gruppenpsychotherapie, VT/E+G: Einzel- und Gruppenpsychotherapie kombiniert,

PT/E: Einzelpsychotherapie außerhalb der Fokuseinrichtung, UB: unbehandelte Vergleichsgruppe

Zusammenfassend lässt sich hinsichtlich der fünf Untersuchungsgruppen feststellen, dass nur wenige Unterschiede zwischen den Gruppen statistische Signifikanz bei geringer bis mittlerer Effektstärke erreichen. Häufig weisen jedoch Effektstärken ohne statistische Signifikanz darauf hin, dass Unterschiede vorliegen, die aufgrund der geringen Gruppengrößen keine Signifikanz erreichen. Die im Mittelpunkt der Analysen stehenden Gruppen VT/E und UB zeigen in dem Bereich der Empfehlungen sowie in den sekundären Outcome-Parametern *Psychisches Wohlbefinden* und *Psychische Lebensqualität* signifikante Unterschiede mit kleiner Effektstärke zu Gunsten der unbe-

handelten Patienten; dies spricht für eine höhere Ausgangsbelastung der Gruppe VT/E gegenüber der unbehandelten Gruppe. Die im Stichprobenvergleich auftretenden Unterschiede mit geringen Effektstärken ohne statistische Signifikanz könnten aufgrund der Selbstzuweisung durch die Patienten im Rahmen der naturalistischen Untersuchung entstanden sein.

5.2 Prozessmerkmale der Behandlung

In den folgenden Abschnitten werden zum einen Prozessmerkmale zu der Behandlung der Patienten im 6-Monatszeitraum nach dem diagnostischen Erstgespräch sowie Informationen zu den Patienten, die sich in der Wartesituation auf einen Therapieplatz befinden und Angaben über das Ausmaß an stationären Behandlungen im Untersuchungszeitraum zusammengefasst dargestellt.

5.2.1 Angaben zur ambulanten Behandlung bis t_1

Nachfolgend werden Informationen zu Therapien, die Patienten bis zum Messzeitpunkt t_1 sechs Monate nach dem Erstgespräch erhalten haben, gemäß den Patientenangaben im Fragebogen zusammengefasst dargestellt.

Die Therapie fand in den Untersuchungsgruppen VT/E, VT/G und VT/E+G bei Psychotherapeuten in der verhaltenstherapeutischen Fokuseinrichtung statt (siehe dazu Abschnitt 4.1, Seite 59 ff.). Patienten der Untersuchungsgruppe PT/E gaben an, außerhalb der Fokuseinrichtung Psychotherapie im Einzelsetting erhalten zu haben. Die Ausrichtung des therapeutischen Verfahrens ist in dieser Gruppe nicht bekannt; es ist jedoch wahrscheinlich, dass es sich hier um psychotherapeutische Verfahren handelt, die nach den Richtlinien anerkannt sind, d.h. tiefenpsychologische, psychoanalytische oder verhaltenstherapeutische Psychotherapie.

In Tabelle 11 sind Informationen zu der erhaltenen Therapiedosis von t_0 bis t_1 sowie zum Umfang der beendeten Therapien, zusammengefasst pro Untersuchungsgruppe, dargestellt. Angaben zur Dosis wurden entsprechend der Patientenangaben ausgewertet und nur in dem Fall, dass diese Angaben fehlten, aus dem MVZ-eigenen Patientendokumentationssystem übernommen. In der kombiniert mit Einzel- und Gruppentherapie behandelten Gruppe werden diese Informationen getrennt für die beiden Settings aufgeführt (VT/E+G:E und VT/E+G:G).

Tabelle 11: Angaben über Therapien in den behandelten Untersuchungsgruppen bis t_1

		VT/E	VT/G	VT/E+G: E	VT/E+G: G	PT/E
Therapiedosis	<i>M (SD)</i>	12.9 (5.0)	10.4 (4.0)	13.3 (5.02)	10.1 (4.4)	10.8 (6.7)
Anzahl der Sitzungen Range	(min. - max.)	3 - 25	4 - 18	3 - 21	3 - 18	3 - 30
Wartezeit nach t_0 bis Beginn der Therapie in Wochen	<i>M (SD)</i>	6.6 (5.6)	14.0 (11.9)	8.0 (6.0)	13.5 (5.6)	6.8 (7.4)
Anzahl beendeter Therapien	n (%)	14 (19.7)	7 (18.4)	6 (20.0)	15 (50.0)	2 (5.4)
regulär beendet	n (%)	10 (14.1)	7 (18,4)	6 (20.0)	12 (40.0)	2 (5.4)

Anmerkungen. VT/E: nur Einzelpsychotherapie, VT/G: nur Gruppenpsychotherapie,

VT/E+G:E: Einzel- und Gruppenpsychotherapie kombiniert, Bewertung bezogen auf Einzeltherapie,

VT/E+G:G: Einzel- und Gruppenpsychotherapie kombiniert, Bewertung bezogen auf Gruppentherapie,

PT/E: Einzelpsychotherapie außerhalb der Fokuseinrichtung

Es zeigt sich, dass die höchste Dosis an Einzelpsychotherapie in den Gruppen VT/E+G und VT/E mit $M_{VT/E+G} = 13.3$ und $M_{VT/E} = 12.9$ Sitzungen erreicht wird. Die durchschnittlich geringste Sitzungsanzahl liegt in der Gruppe VT/G vor. Die Gruppenpsychotherapien erreichen eine geringere maximale Stundenanzahl als die Einzelpsychotherapien, was mit organisatorisch bedingt längeren Wartezeiten zusammenhängen könnte.

Den höchsten Anteil beendeter Therapien weist die Gruppe VT/E+G bezüglich der Gruppenpsychotherapien mit 50% auf, während die Gruppe PT/E den deutlich geringsten Anteil an beendeten Therapien enthält (5.4%). Eine Beurteilung der Therapien durch die Patienten befindet sich im Anhang (siehe Tabelle 40).

5.2.2 Angaben zur Situation der unbehandelten Patienten

Angaben zu der Situation der unbehandelten Patienten werden tabellarisch im Anhang zusammengefasst (siehe Tabelle 41, Tabelle 42 und Tabelle 43). Es fällt auf, dass von den 74 unbehandelten Patienten der Untersuchungsgruppe UB zu t_1 lediglich 51 angeben, dass sie noch auf Therapie warten; 23 Patienten (das entspricht 31% der Gruppe UB) warten sechs Monate nach dem Erstgespräch, das sie in der Absicht führten, eine Therapie zu beginnen, nicht mehr auf Psychotherapie, d.h. sie haben keinen Bedarf mehr. Hinsichtlich des Suchverhaltens für Therapeuten wird deutlich, dass 22 Patienten der Gruppe UB weitere Therapeuten kontaktierten und auch weitere

Erstgespräche führten. Im Freitext gaben 50% der unbehandelten Patienten ($n = 38$) eine große Vielfalt von Aktivitäten an, mit denen sie die Wartesituation bis zum Beginn einer Psychotherapie zu überbrücken versuchten. Die Angaben über Aktivitäten während der Wartezeit werden in Tabelle 43 im Anhang zusammengefasst dargestellt. Am häufigsten wurde ‚Austausch mit Partnern, Freunden und Familie‘ genannt ($n = 18$), gefolgt vom ‚Austausch und Information per Internet‘ ($n = 10$); weitere Patienten ($n = 6$) haben sich Selbsthilfeliteratur bzw. schriftliche Information besorgt, während andere im Bereich ‚Sport, Wellness und Entspannung‘ ($n = 6$) aktiv wurden. Therapienahe Aktivitäten wie Beratung und Coaching haben $n = 6$ Patienten aufgesucht und $n = 4$ haben Kontakte zur Kirche hergestellt bzw. verstärkt.

5.2.3 Stationäre Behandlungen bis t_1

Als weiteres Ergebnis zur Versorgungssituation ist zu erwähnen, dass insgesamt 41 Patienten von t_0 bis t_1 eine stationäre Behandlung erhielten, und weitere dreizehn in der ambulanten Ganztagsbehandlung der verhaltenstherapeutischen Fokuseinrichtung therapiert wurden (siehe auch Abschnitt 5.1.1.1, Seite 80 ff.). Genauere Angaben zu der Verteilung der stationären Aufenthalte bzw. der Ganztagsbehandlung im Untersuchungszeitraum sind in Tabelle 33 im Anhang zusammengefasst.

5.3 Outcome-Analysen

Die Ergebnisdarstellung erfolgt entsprechend den Hypothesen zunächst zu der Hauptfragestellung und anschließend, blockweise gruppiert, für die Nebenfragestellungen. Für alle Outcome-Parameter (*Symptombelastung*, *Psychisches Wohlbefinden* und *Psychische Lebensqualität*) werden statistische Kennwerte sowie die prä-post Effektstärken der Veränderung von t_0 bis t_1 der jeweils untersuchten Gruppen berichtet und tabellarisch sowie graphisch dargestellt. Für jede Teilfragestellung a) werden die kovarianzanalytischen Ergebnisse zum primären Outcome-Parameter, der abhängigen Variable *Symptombelastung* zu t_1 , berichtet. Im Teil b) erfolgt die entsprechende Darstellung der Ergebnisse zu dem sekundären Outcome-Parameter, der abhängigen Variable *Psychisches Wohlbefinden* zu t_1 , und entsprechend bezieht sich Teil c) auf die Ergebnisse des sekundären Outcome-Parameters *Psychische Lebensqualität* zu t_1 .

5.3.1 Ergebnisse der Hauptfragestellung

Die Hauptfragestellung bezieht sich auf den Vergleich einer Patientengruppe, die Verhaltenstherapie im Einzelsetting erhielt (VT/E), mit Patienten, die sechs Monate nach dem Erstgespräch noch unbehandelt waren (UB). Die behandelten Patienten erhielten Verhaltenstherapie in der untersuchten Fokuseinrichtung. Die Effektivität der Therapie wird in den definierten Outcome-Parametern *Symptombelastung*, *Psychisches Wohlbefinden* und *Psychische Lebensqualität* (jeweils zu t_1 , d.h. ca. sechs Monate nach dem Erstgespräch) gemessen.

5.3.1.1 Ergebnisse zu der Hauptfragestellung, Teil a

Die Mittelwerte des primären Outcome-Parameters, operationalisiert durch das Modul A des HEALTH-49 (PSB), werden mit Standardabweichungen und prä-post-Effektstärken für das Maß der Veränderung von t_0 bis t_1 in den Untersuchungsgruppen VT/E und UB in Tabelle 12 dargestellt.

Tabelle 12: Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) sowie prä-post-Effektstärken (d) der Outcome-Parameter *Symptombelastung* (PSB, Modul A), *Psychisches Wohlbefinden* (WOHL, Modul B) und *Psychische Lebensqualität* (MCS, Short Form-8) in den Gruppen VT/E (Patienten in Behandlung mit VT im Einzelsetting) und UB (Patienten in unbehandelter Wartesituation); Messzeitpunkte t_0 und t_1

Outcome-Parameter	Gruppe	Anzahl n	Zeitpunkt				d
			t_0		t_1		
			M	SD	M	SD	
PSB	VT/E	71	1.30	0.66	0.91	0.66	0.57
	UB	74	1.26	0.65	1.09	0.65	0.25
WOHL	VT/E	70 ^a	2.72	0.63	2.26	0.79	0.63
	UB	74	2.51	0.77	2.37	0.89	0.19
MCS	VT/E	69 ^a	32.62	11.80	41.52	10.63	0.78
	UB	74	36.53	11.25	39.14	11.75	0.23

Anmerkungen. d : prä-post-Effektstärke der Veränderung, berechnet mit der gepoolten prä-Standardabweichung

t_0 : Zeitpunkt des diagnostischen Erstgesprächs; t_1 : 6 Monate nach dem diagnostischen Erstgespräch

^a Variationen in der Stichprobe gehen auf fehlende Werte zurück

Ergänzend werden in Abbildung 6 die Mittelwerte zu den verschiedenen Zeitpunkten in den beiden Gruppen graphisch abgebildet, wobei die Referenzwerte für eine ge-

sunde und eine stationär behandelte Referenzgruppe zum Vergleich ebenfalls dargestellt werden. Es ist zu sehen, dass die Ausgangswerte beider Gruppen deutlich oberhalb der Referenzgruppe für gesunde Patienten liegen und nahezu den Wert der stationär behandelten Referenzgruppe erreichen. Die Mittelwerte der Symptombelastung sinken in beiden Gruppen zu t_1 gegenüber t_0 , wobei der Wert der Gruppe (VT/E) von einem leicht höheren Ausgangswert ($M_{VT/E} = 1.30$) auf $M_{VT/E} = 0.91$ zu t_1 fällt ($\Delta t_0-t_1_{VT/E} = 0.39$), während der Mittelwert in der unbehandelten Kontrollgruppe auf von $M_{UB} = 1.26$ auf $M_{UB} = 1.09$ zu t_1 leichter absinkt ($\Delta t_0-t_1_{UB} = 0.17$). Die Effektstärke der Veränderung erreicht in der Gruppe VT/E eine mittlere Größe ($d = 0.57$) während sie in der unbehandelten Vergleichsgruppe UB eine kleine Größe ($d = 0.25$) aufweist (siehe auch Abbildung 27 im Anhang).

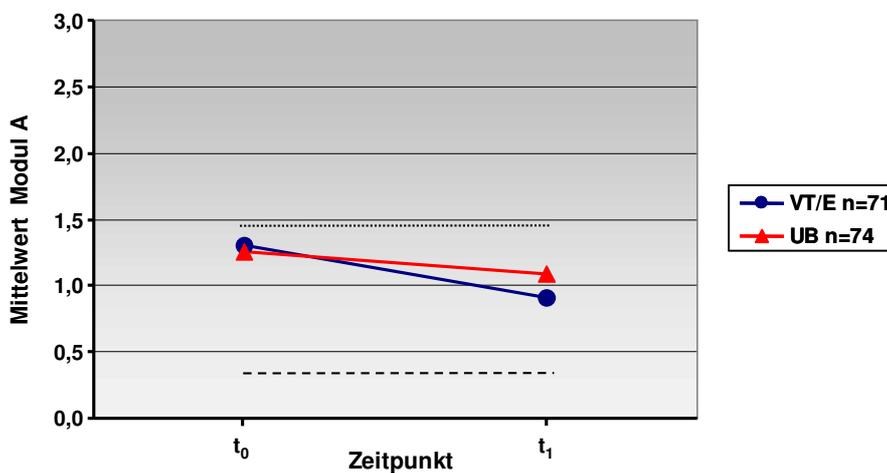


Abbildung 6: Gruppenmittelwerte des Modul A (HEALTH-49) für die Gruppen VT/E (Patienten in Behandlung mit VT im Einzelsetting) und UB (Patienten in un behandelter Wartesituation). Messzeitpunkte: t_0 : Baseline; t_1 : 6 Monate nach t_0 . (Referenzwerte für Gesunde: $M = 0.34$, $SD = 0.35$, Referenzwerte für stationäre Psychotherapiepatienten: $M = 1.45$, $SD = 0.77$)

Vorauslaufend zu den Kovarianzanalysen wurden die Kovariate bestimmt, die in die Berechnung einbezogen wurden (siehe Abschnitt 4.4.8 und Tabelle 45 im Anhang). In der Kovarianzanalyse zum primären Outcome-Parameter mit der abhängigen Variable Symptombelastung zu t_1 unter Kontrolle der Kovariate Ausgangsbelastung/PSB wurden keine weiteren Kovariate mit aufgenommen, da sich diese in der regressionsanalytischen Auswahl der Kovariate als nicht signifikant erwiesen hatten. Die Ergebnisse der ANCOVA sind in Tabelle 13 zusammengefasst dargestellt.

Unter statistischer Kontrolle der Ausgangsbelastung zeigt sich ein signifikanter Haupteffekt Gruppe (mit Signifikanz auf dem 5%-Niveau) von kleiner bis mittlerer

Effektstärke (part. $\eta^2 = .035$) für die Gruppe VT/E, d.h. die Unterschiede im primären Outcome-Parameter *Symptombelastung* hängen mit hoher Wahrscheinlichkeit mit der Behandlungssituation der Patienten zusammen. Die Kovariate *Ausgangsbelastung/PSB* steht erwartungsgemäß mit hoher Effektstärke hochsignifikant (auf dem 0.1%-Niveau) mit dem Ergebnis in Zusammenhang (part. $\eta^2 = .359$). Die geschätzten Randmittel betragen $mM_{VT/E} = 0.90$ und $mM_{UB} = 1.1$ (siehe auch Tabelle 51 im Anhang).

Tabelle 13: Ergebnisse der Kovarianzanalysen zu den abhängigen Variablen *Symptombelastung* (PSB, Modul A des HEALTH-49), *Psychisches Wohlbefinden* (WOHL, Modul B des HEALTH-49) und *Psychische Lebensqualität* (MCS des Short Form-8) zu t_1 (6 Monate nach Baselinemessung) in den Gruppen VT/E (Patienten in Behandlung mit VT im Einzelsetting) und UB (Patienten in unbehandelter Wartesituation)

Outcome	Faktor / Kovariate	F	p	part. η^2	mM (SE)	
					VT/E	UB
PSB	Gruppe	5.113	.025	.035	0.90 (0.06)	1.09 (0.06)
	Ausgangsbelastung/PSB	79.390	.000	.359		
WOHL ^a	Gruppe	3.875	.051	.027	2.19 (0.09)	2.43 (0.08)
	Ausgangsbelastung/WOHL	30.485	.000	.179		
	Ausgangsbelastung/PCS	12.188	.001	.080		
MCS ^a	Gruppe	5.411	.021	.037	42.37 (1.23)	39.35 (1.19)
	Ausgangsbelastung /MCS	31.896	.000	.185		

Anmerkungen. VT/E: n=71, UB: n=74, mM: geschätzte Randmittel (marginal mean), SE: Standardfehler

PCS: physical component summary, somatische Skala des Short Form-8

^a Variationen in der Stichprobe gehen auf fehlende Werte zurück

Die Hypothese zur Hauptfragestellung, Teil a, kann somit als bestätigt angesehen werden: Ambulante Verhaltenstherapie im Einzelsetting führt in einem Zeitraum von sechs Monaten nach dem Erstgespräch dazu, dass sich behandelte und unbehandelte Patientengruppen hinsichtlich der *Symptombelastung* zu t_1 zu Gunsten der behandelten Patienten unterscheiden.

5.3.1.2 Ergebnisse zu der Hauptfragestellung, Teil b

Die Mittelwerte des sekundären Outcome-Parameters *Psychisches Wohlbefinden* zu t_1 (Modul B des HEALTH-49, WOHL), Standardabweichungen und prä-post-Effektstärken für das Maß der Veränderung von t_0 bis t_1 werden für beide Untersuchungsgruppen in Tabelle 12, Seite 106, dargestellt. Die Gruppe VT/E stellt sich zu Anfang leicht höher belastet dar: $M_{VT/E} = 2.72$ versus $M_{UB} = 2.51$. In beiden Gruppen sinken die Mittelwerte des Psychischen Wohlbefindens zu t_1 gegenüber zu t_0 (was einer Steigerung des Psychischen Wohlbefindens entspricht), wobei die Differenz der Werte in der Gruppe VT/E größer ist als in der Gruppe UB ($\Delta_{t_0-t_1VT/E} = 0.46$; $\Delta_{t_0-t_1UB} = 0.14$). Die Effektstärke der Veränderung erreicht in der Untersuchungsgruppe VT/E eine mittlere Größe ($d_{VT/E} = 0.63$), während sie in der unbehandelten Vergleichsgruppe eine kleine Effektstärke von $d_{UB} = 0.19$ aufweist (siehe auch Abbildung 27 im Anhang). In Abbildung 7 werden die Mittelwerte zu den verschiedenen Zeitpunkten in den beiden Gruppen mit den Referenzwerten für eine gesunde und eine stationär behandelte Referenzgruppe graphisch dargestellt.

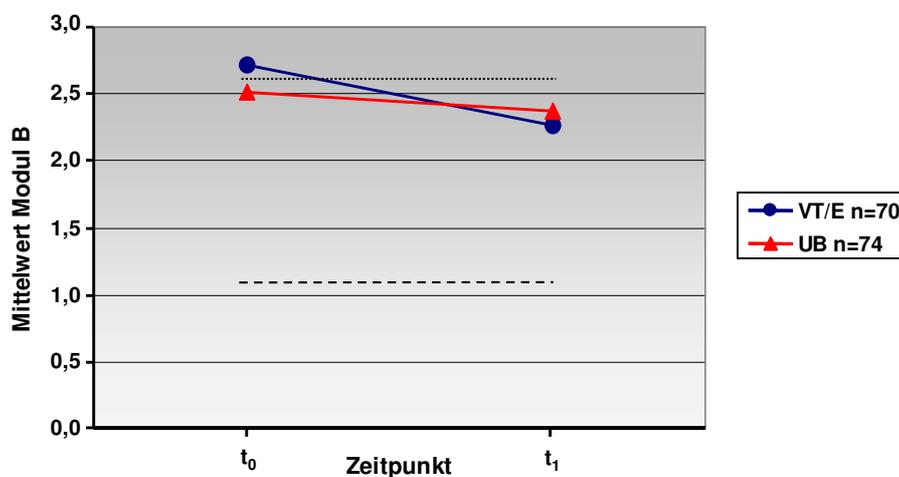


Abbildung 7: Gruppenmittelwerte des Modul B (HEALTH-49) für die Gruppen VT/E (Patienten in Behandlung mit VT im Einzelsetting) und UB (Patienten in un behandelter Wartesituation). Messzeitpunkte: t_0 : Baseline; t_1 : 6 Monate nach t_0 . (Referenzwerte für Gesunde: $M = 1.09$, $SD = 0.72$, Referenzwerte für stationäre Psychotherapiepatienten: $M = 2.6$, $SD = 0.76$)

In die Kovarianzanalyse zum sekundären Outcome-Parameter mit der abhängigen Variable *Wohlbefinden* zu t_1 unter Kontrolle der Ausgangsbelastung wurde als weitere

Kovariate die *Ausgangsbelastung/PCS* (somatische Skala des Short Form-8) aufgenommen, da sich diese in der vorauslaufenden regressionsanalytischen Auswahl der Confounder als signifikant erwiesen hatte (vgl. Abschnitt 4.4.8 und siehe Tabelle 46 im Anhang). Die Ergebnisse der ANCOVA sind in Tabelle 13 zusammengefasst dargestellt. Unter statistischer Kontrolle der Ausgangsbelastung zeigt sich ein signifikanter Haupteffekt Gruppe mit kleiner Effektstärke für die Gruppe VT/E (part. $\eta^2 = .027$), d.h. die Unterschiede im sekundären Outcome-Parameter *Psychisches Wohlbefinden* hängen mit der Behandlungssituation der Patienten zurückzusammen. Die Kovariate *Ausgangsbelastung/WOHL* steht erwartungsgemäß mit großer Effektstärke hochsignifikant in Beziehung zu dem Outcome (part. $\eta^2 = .179$), ebenso wie die Kovariate *Ausgangsbelastung/PCS* (somatische Skala des Short Form-8, part. $\eta^2 = .080$). Die geschätzten Randmittel betragen $mM_{VT/E} = 2.19$ und $mM_{UB} = 2.43$ (siehe auch Tabelle 52 im Anhang).

Die Hypothese zum Teil b der Hauptfragestellung kann somit hinsichtlich des *Psychischen Wohlbefindens* zu t_1 nur teilweise bestätigt werden: Der Haupteffekt Gruppe erreicht zwar eine kleine Größe der Effektstärke bei statistischer Signifikanz, er weist jedoch nicht die in der Hypothese angenommene mittlere Stärke auf. Der aufgetretene Effekt sowie die absoluten Werte und die Effektstärken der Veränderung zeigen jedoch, dass Veränderungen, wie erwartet, zu Gunsten der behandelten Patienten stattfinden.

5.3.1.3 Ergebnisse zu der Hauptfragestellung, Teil c

Die Mittelwerte des sekundären Outcome-Parameters *Psychische Lebensqualität* (MCS, mental component scale des Short Form-8), Standardabweichungen und prä-post-Effektstärken für das Maß der Veränderung von t_0 bis t_1 sind für beide Untersuchungsgruppen in Tabelle 12, Seite 106, dargestellt. Die Gruppe VT/E weist mit dem Mittelwert von $M_{VT/E} = 32.62$ eine leicht höhere Ausgangsbelastung zu t_0 gegenüber der Gruppe UB ($M_{UB} = 36.53$) auf. In beiden Gruppen steigen die Mittelwerte der Psychischen Lebensqualität zu t_1 gegenüber zu t_0 (was einer Verbesserung der Psychischen Lebensqualität entspricht), wobei die Gruppe VT/E einen höheren Anstieg zu verzeichnen hat ($\Delta_{t_0-t_1} = 3.91$; $\Delta_{t_0-t_1} = 2.37$). Die Effektstärke der Veränderung beträgt in der Gruppe VT/E $d = 0.78$ und erreicht somit nahezu eine große Stärke, während sie in der unbehandelten Gruppe (UB) mit $d = 0.23$ eine kleine Stärke aufweist

(siehe auch Tabelle 12, Seite 108, und Abbildung 27 im Anhang). In Abbildung 8 werden die Mittelwerte in den beiden Gruppen mit Referenzwerten für eine gesunde Referenzgruppe zum Vergleich zu den verschiedenen Zeitpunkten graphisch dargestellt.

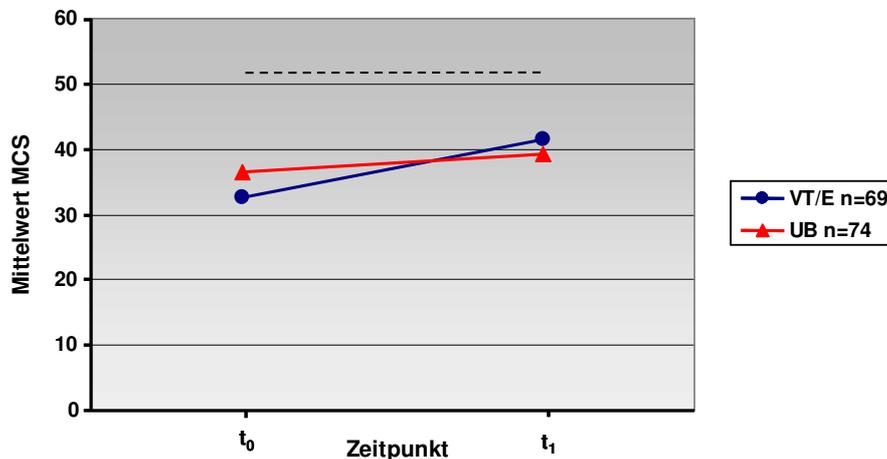


Abbildung 8: Gruppenmittelwerte des MCS (Short Form-8) für die Gruppen VT/E (Behandlung mit VT im Einzelsetting) und UB (unbehandelte Wartesituation). Messzeitpunkte: t₀: Baseline; t₁: 6 Monate nach t₀. (Referenz: Normwerte für die Deutsche Gesamtbevölkerung: M = 51.68, SD = 8.82)

In die Kovarianzanalyse mit der abhängigen Variable *Psychische Lebensqualität* zu t₁ unter Kontrolle der Ausgangsbelastung wurde keine weitere Kovariate aufgenommen, da sich keine der geprüften Variablen in der vorauslaufenden regressionsanalytischen Auswahl als signifikant erwiesen hatten (vgl. Abschnitt 4.4.8 und siehe Tabelle 47 im Anhang). Die Ergebnisse der ANCOVA sind in Tabelle 13, Seite 106, zusammengefasst dargestellt.

Unter statistischer Kontrolle der Ausgangsbelastung zeigt sich ein signifikanter Haupteffekt Gruppe (mit Signifikanz auf dem 5%-Niveau) von kleiner bis mittlerer Effektstärke (part. $\eta^2 = .037$) für die Gruppe VT/E, d.h. die Unterschiede im sekundären Outcome-Parameter *Psychische Lebensqualität* stehen mit der Behandlungssituation der Patienten in Zusammenhang: Behandelte Patienten weisen eine höhere *Psychische Lebensqualität* auf, als unbehandelte Patienten. Die Kovariate *Ausgangsbelastung/MCS* hängt erwartungsgemäß mit hoher Effektstärke hochsignifikant (auf dem 0.1%-Niveau) mit dem Ergebnis zusammen (part. $\eta^2 = .185$). Die geschätzten Randmittel betragen $mM_{VT/E} = 42.37$ $mM_{UB} = 38.36$ (siehe Tabelle 53 im Anhang).

Die Hypothese zum Teil c der Hauptfragestellung kann somit hinsichtlich der *Psychischen Lebensqualität* zu t₁ als bestätigt angesehen werden: Ambulante Verhaltensthe-

rapie im Einzelsetting führt in einem Zeitraum von sechs Monaten nach dem Erstgespräch dazu, dass sich behandelte und unbehandelte Patientengruppen hinsichtlich der *Psychischen Lebensqualität* t_1 zu Gunsten der behandelten Patienten unterscheiden.

Sämtliche Ergebnisse der Hauptfragestellung sprechen somit für einen statistisch bedeutsamen Vorteil der verhaltenstherapeutisch im Einzelsetting behandelten Patienten gegenüber der unbehandelten Wartegruppe, wobei die Effektstärken der Veränderung von t_0 bis t_1 eine mittlere bis nahezu große Größe erreichen.

5.3.2 Ergebnisse zum Block 1 der Nebenfragestellungen 1 und 2

Die Nebenfragestellung 1 befasst sich mit der Effektivität der verhaltenstherapeutischen Gruppenpsychotherapie im Vergleich zur unbehandelten Wartesituation, während in Nebenfragestellung 2 die Effektivität der verhaltenstherapeutischen Gruppenpsychotherapie im Vergleich zur verhaltenstherapeutischen Einzelpsychotherapie untersucht wird. Die behandelten Patientengruppen wurden innerhalb der untersuchten Fokuseinrichtung verhaltenstherapeutisch behandelt.

5.3.2.1 Ergebnisse der Nebenfragestellung 1, Teil a

Die Mittelwerte des primären Outcome-Parameters *Symptombelastung*, operationalisiert durch das Modul A des HEALTH-49, werden mit Standardabweichungen und prä-post-Effektstärken für das Maß der Veränderung von t_0 bis t_1 in Tabelle 14 dargestellt. Es wird deutlich, dass beide Gruppen eine nahezu gleiche Ausgangsbelastung zu t_0 aufweisen ($M_{VT/G} = 1.27$ und $M_{UB} = 1.26$). In beiden Gruppen sinken die Mittelwerte der Symptombelastung zu t_1 gegenüber zu t_0 , wobei der Wert der Gruppe VT/G um $\Delta_{t_0-t_1VT/G} = 0.28$ auf einen Wert von 0.99 zu t_1 absinkt, während der Mittelwert in der unbehandelten Gruppe um eine Differenz von $\Delta_{t_0-t_1UB} = 0.17$ Punkte auf 1.09 zu t_1 etwas geringer abfällt. Dies entspricht einer Verringerung der Symptombelastung in beiden Gruppen. Die Mittelwerte zu den verschiedenen Zeitpunkten werden für beide Gruppen in Abbildung 9 graphisch dargestellt, wobei die Referenzwerte für eine gesunde und eine stationär behandelte Referenzgruppe zum Vergleich ebenfalls dargestellt werden. Die Effektstärke der Veränderung beträgt in der gruppentherapeutisch behandelten Gruppe $d = 0.41$ und ist somit als kleine bis mittlere Größe einzustufen, während sie in der unbehandelten Kontrollgruppe eine kleine Größe von $d = 0.25$ aufweist (siehe auch Abbildung 28 im Anhang).

Tabelle 14: Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) sowie Effektstärken (d) der Outcome-Parameter Symptombelastung (PSB, Modul A), Psychisches Wohlbefinden (WOHL, Modul B) und psychische Lebensqualität (MCS, Short Form-8) in den Gruppen VT/G (Patienten in Behandlung mit VT im Gruppensetting) und UB (Patienten in un behandelter Wartesituation); Messzeitpunkte t_0 und t_1

Outcome-Parameter	Gruppe	Anzahl n	Zeitpunkt				d
			t_0		t_1		
			M	SD	M	SD	
PSB	VT/G	38	1.27	0.74	0.99	0.65	0.41
	UB	74	1.26	0.65	1.09	0.65	0.25
WOHL	VT/G	38	2.46	0.62	2.26	0.62	0.26
	UB	74	2.51	0.78	2.36	0.89	0.19
MCS	VT/G	38	34.38	11.07	40.46	11.64	0.53
	UB	74	36.53	11.25	39.15	11.75	0.23

Anmerkungen. d : prä-post-Effektstärke der Veränderung, berechnet mit der gepoolten prä-Standardabweichung
 t_0 : Zeitpunkt des diagnostischen Erstgesprächs; t_1 : 6 Monate nach dem diagnostischen Erstgespräch

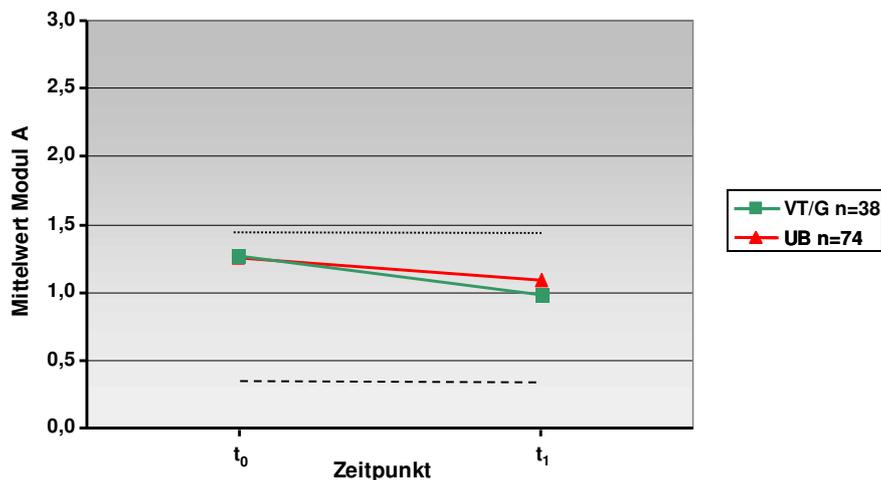


Abbildung 9: Gruppenmittelwerte des Modul A (HEALTH-49) für die Gruppen VT/G (Behandlung mit VT im Gruppensetting) und UB (unbehandelte Wartesituation). Messzeitpunkte: t_0 : Baseline; t_1 : 6 Monate nach t_0 . (Referenzwerte für Gesunde: $M = 0.34$, $SD = 0.35$, Referenzwerte für stationäre Psychotherapiepatienten: $M = 1.45$, $SD = 0.77$)

In die Kovarianzanalyse mit der abhängigen Variable *Symptombelastung* zu t_1 unter Kontrolle der Ausgangsbelastung wurden nach vorauslaufender regressionsanalytischer Bestimmung der Kovariaten (siehe Abschnitt 4.4.8 und Tabelle 48 im Anhang) als weitere Kovariaten frühere stationäre Behandlungen, und Berufstätigkeit, Dummy-kodiert als Berufstätigkeit/Ausbildung und Arbeitslosigkeit/Sonstiges, sowie Geschlecht aufgenommen. Die Ergebnisse der ANCOVA sind in Tabelle 15 zusammengefasst dargestellt. Unter statistischer Kontrolle der Ausgangsbelastung zeigt sich ein Haupteffekt Gruppe mit kleiner Effektstärke (part. $\eta^2 = .014$), der jedoch keine statistische Signifikanz aufweist, so dass ein statistischer Zusammenhang mit der abhängigen Variable nicht bestätigt wird.

Tabelle 15: Ergebnisse der Kovarianzanalysen zu den abhängigen Variablen *Symptombelastung* (PSB, Modul A des HEALTH-49), *Psychisches Wohlbefinden* (WOHL, Modul B des HEALTH-49) und *Psychischen Lebensqualität* (MCS des Short Form-8) zu t_1 (6 Monate nach Baselinemessung) in den Gruppen VT/G (Patienten in Behandlung mit VT im Gruppensetting) und UB (Patienten in unbehalteter Wartesituation)

Outcome	Faktor / Kovariate	F	p	part. η^2	mM (SE)	
					VT/G	UB
PSB	Gruppe	1.489	.225	.014	1.00 (0.08)	1.12 (0.06)
	Ausgangsbelastung/PSB	72.602	.000	.409		
	Stationäre Vorbehandlungen	2.365	.127	.022		
	Berufstätigkeit/Ausbildung	2.160	.145	.020		
	Arbeitslosigkeit/Sonstiges	1.436	.233	.013		
	Geschlecht	1.822	.180	.017		
WOHL	Gruppe	.088	.767	.001	2.52 (0.14)	2.56 (0.12)
	Ausgangsbelastung/WOHL	28.671	.000	.211		
	Ausgangsbelastung/PCS	15.331	.000	.125		
	Diagnose Persönlichkeitsst.	5.836	.017	.052		
MCS	Gruppe	2.108	.149	.019	40.88 (1.61)	37.91 (1.27)
	Ausgangsbelastung/MCS	32.820	.000	.235		
	Ausgangsbelastung/PCS	6.450	.013	.057		
	Geschlecht	3.366	.069	.030		

Anmerkungen. VT/G: n=38, UB: n=74, mM: geschätzte Randmittel (marginal mean), SE: Standardfehler

PCS: physical component summary = somatische Skala des Short Form-8;

Persönlichkeitsst.= Persönlichkeitsstörung

Die Kovariate *Ausgangsbelastung/PSB* hängt erwartungsgemäß mit großer Effektstärke und hochsignifikant (auf dem 0.1%-Niveau) mit dem Outcome zusammen (part. $\eta^2 = .409$). Die Kovariate *stationäre Vorbehandlungen* sowie die Kovariate *Berufstätigkeit/Ausbildung*, *Arbeitslosigkeit/Sonstiges* und *Geschlecht* erreichen geringe Effektstärken ohne statistische Signifikanz. Die geschätzten Randmittel betragen $mM_{VT/G} = 1.00$ und $mM_{UB} = 1.12$ (siehe auch Tabelle 54 im Anhang). Die Hypothese zum Teil a der Nebenfragestellung 1 kann somit nicht bestätigt werden: Ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen dem Haupteffekt Gruppe und dem primären Outcome-Parameter *Symptombelastung zu t_1* kann gemäß der kovarianzanalytischen Untersuchung nicht nachgewiesen werden. Der Haupteffekt Gruppe mit kleiner Effektstärke ohne Signifikanz könnte auf einen Unterschied hinweisen, der aufgrund der geringen statistischen Power keine Signifikanz erreicht.

5.3.2.2 Ergebnisse der Nebenfragestellung 1, Teil b

Die Mittelwerte des sekundären Outcome-Parameters *Psychisches Wohlbefinden* (WOHL, Modul B des HEALTH-49), Standardabweichungen und prä-post-Effektstärken für das Maß der Veränderung von t_0 bis t_1 für die Untersuchungsgruppen VT/G und UB werden in Tabelle 14 auf Seite 113 dargestellt.

Es wird deutlich, dass beide Gruppen eine ähnlich hohe Ausgangsbelastung zu t_0 aufweisen ($M_{VT/G} = 2.46$ und $M_{UB} = 2.51$). In beiden Gruppen sinken die Mittelwerte des Psychischen Wohlbefindens zu t_1 gegenüber zu t_0 . ($\Delta_{t_0-t_1VT/G} = 0.2$ und $\Delta_{t_0-t_1UB} = 0.15$) Die Effektstärke der Veränderung beträgt in der Untersuchungsgruppe $d_{VT/G} = 0.39$ und ist somit nur als niedrig einzustufen, ebenso wie in der unbehandelten Vergleichsgruppe ($d_{UB} = 0.19$, siehe auch Abbildung 28 im Anhang).

In die Kovarianzanalyse mit der abhängigen Variable *Psychisches Wohlbefinden zu t_1* unter Kontrolle der Ausgangsbelastung wurde in der vorauslaufenden Bestimmung der weiteren Kovariaten die *Ausgangsbelastung/PCS* (Lebensqualität, somatische Skala) und als weitere Kovariaten die *Diagnose Persönlichkeitsstörung* aufgenommen, da sich diese als signifikant erwiesen hatten (vgl. Abschnitt 4.4.8 und siehe Tabelle 49 im Anhang).

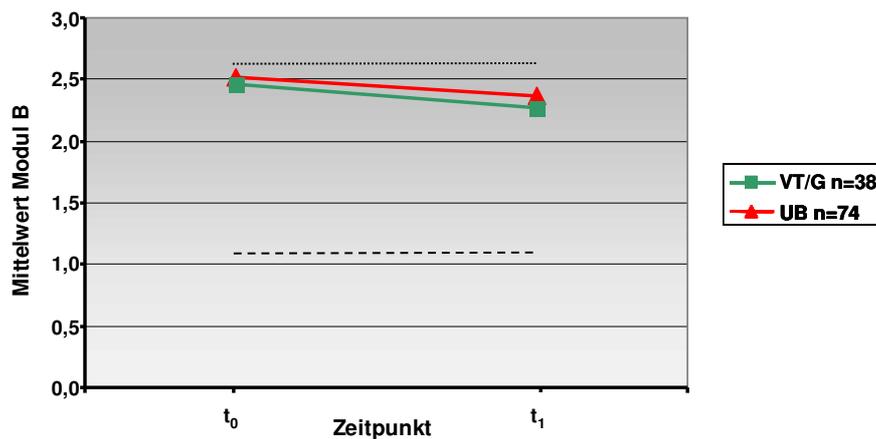


Abbildung 10: Gruppenmittelwerte des Modul B (HEALTH-49) für die Gruppen VT/G (Patienten in Behandlung mit VT im Gruppensetting) und UB (Patienten in unbehandelter Wartesituation). Messzeitpunkte: t₀: Baseline; t₁: 6 Monate nach t₀. (Referenzwerte für Gesunde: M = 1.09, SD = 0.72, Referenzwerte für stationäre Psychotherapiepatienten: M = 2.60, SD = 0.76)

Die Ergebnisse der ANCOVA sind in Tabelle 15, Seite 114, zusammengefasst dargestellt. Unter statistischer Kontrolle der Ausgangsbelastung zeigt sich ein Haupteffekt, der weder eine geringe Effektstärke (part. $\eta^2 = .001$), noch eine statistische Signifikanz aufweist; somit ist ein statistischer Zusammenhang zu dem Outcome nicht nachweisbar. Die Kovariate *Ausgangsbelastung/WOHL* hängt dagegen erwartungsgemäß mit großer Effektstärke hochsignifikant (auf dem 0.1%-Niveau) mit der abhängigen Variable zusammen (part. $\eta^2 = .211$). Die Kovariate *Ausgangsbelastung/PCS* steht ebenfalls mit hoher Signifikanz und großer Effektstärke mit dem Outcome statistisch in Zusammenhang (part. $\eta^2 = .125$). Auch die Kovariate *Diagnose Persönlichkeitsstörung* steht mit nahezu mittlerer Effektstärke signifikant mit dem Outcome in Zusammenhang (part. $\eta^2 = .052$). Die geschätzten Randmittel betragen $mM_{VT/G} = 2.52$ und $mM_{UB} = 2.56$ (siehe auch Tabelle 55 im Anhang).

Die Hypothese zum Teil b der Nebenfragestellung 1 kann somit hinsichtlich des Psychischen Wohlbefindens nicht bestätigt werden: Der Haupteffekt Gruppe erreicht keine kleine Größe. Ein statistischer Zusammenhang zwischen der Behandlungssituation und der Symptombelastung konnte nicht gezeigt werden.

5.3.2.3 Ergebnisse der Nebenfragestellung 1, Teil c

Die Mittelwerte des sekundären Outcome-Parameters *Psychische Lebensqualität* (MCS, mental component scale des Short Form-8) werden mit Standardabweichun-

gen und prä-post-Effektstärken für das Maß der Veränderung von t_0 bis t_1 in den Untersuchungsgruppen VT/E und UB in Tabelle 14 auf Seite 113, dargestellt. Beide Gruppen weisen eine ähnliche Ausgangsbelastung zu t_0 auf ($M_{VT/G} = 34.38$ und $M_{UB} = 36.53$), wobei sich eine etwas niedrigere Ausgangsbelastung in der unbehandelten Gruppe zeigt. In beiden Gruppen steigen die Mittelwerte der Psychischen Lebensqualität zu t_1 gegenüber zu t_0 an (d.h. die Psychische Lebensqualität verbessert sich), wobei dieser Anstieg in der Gruppe VT/G höher ausfällt ($\Delta_{t_0-t_1VT/G} = 0.6.08$, $\Delta_{t_0-t_1UB} = 2.62$). Die Effektstärke der Veränderung beträgt in der verhaltenstherapeutisch im Gruppensetting behandelten Gruppe $d_{VT/G} = 0.53$ und erreicht somit eine mittlere Stärke, während sie in der unbehandelten Kontrollgruppe mit $d_{UB} = 0.23$ im niedrigen Bereich liegt (siehe auch Abbildung 9, Seite 113). In der folgenden Abbildung 11 werden die Originalmittelwerte in den beiden Gruppen zu den verschiedenen Zeitpunkten zur Veranschaulichung mit Referenzwerten für eine gesunde Referenzgruppe graphisch dargestellt.

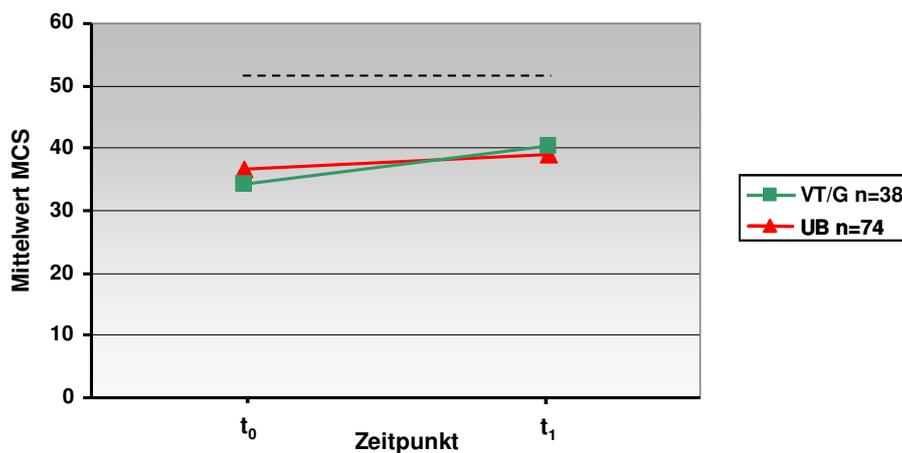


Abbildung 11: Gruppenmittelwerte des MCS (Short Form-8) für die Gruppen VT/G (Patienten in Behandlung mit VT im Gruppensetting) und UB (Patienten in unbehandelter Wartesituation). Messzeitpunkte: t_0 : Baseline; t_1 : 6 Monate nach t_0 . (Referenz: Normwerte für die Deutsche Gesamtbevölkerung: $M = 51.68$, $SD = 8.82$)

In die Kovarianzanalyse mit der abhängigen Variable *Psychische Lebensqualität* zu t_1 unter Kontrolle der Ausgangsbelastung wurden als weitere Kovariaten die *Ausgangsbelastung/PCS* (somatische Skala der gesundheitsbezogenen Lebensqualität) und *Geschlecht* aufgenommen, da sich diese in der vorauslaufenden regressionsanalytischen Auswahl als signifikant erwiesen hatten (vgl. 4.4.8 und siehe Tabelle 50 im Anhang). Die Ergebnisse der ANCOVA sind in Tabelle 15 auf 114 zusammengefasst darge-

stellt. Unter statistischer Kontrolle der Ausgangsbelastung zeigt der Haupteffekt Gruppe keinen statistisch bedeutsamen Zusammenhang zu dem Outcome *Psychische Lebensqualität zu t₁*, er erreicht jedoch eine kleine Effektstärke (part. $\eta^2 = .019$). Die Kovariate *Ausgangsbelastung/MCS* hängt erwartungsgemäß mit hoher Effektstärke (part. $\eta^2 = .235$) hochsignifikant auf dem 0.1%-Niveau mit dem Outcome zusammen. Die Kovariate *Ausgangsbelastung/PCS* hängt mit mittlerer Effektstärke (part. $\eta^2 = .057$) bei Signifikanz auf dem 5%-Niveau mit dem Outcome zusammen. Die Kovariate *Geschlecht* steht mit lediglich kleiner Effektstärke (part. $\eta^2 = .030$) auf Trendniveau in Zusammenhang mit dem Outcome. Die geschätzten Randmittel betragen $mM_{VT/G} = 40.88$ und $mM_{UB} = 37.91$ (siehe auch Tabelle 56 im Anhang).

Die Hypothese zum Teil c der Nebenfragestellung kann somit hinsichtlich der *Psychischen Lebensqualität* nicht bestätigt werden: Der statistische Zusammenhang zwischen diesem Outcome-Parameter und dem Haupteffekt Gruppe (VT/G und UB) konnte kovarianzanalytisch nicht nachgewiesen werden. Lediglich die kleine Effektstärke des Haupteffekts Gruppe deutet auf geringfügige Unterschiede zu Gunsten der gruppentherapeutisch mit Verhaltenstherapie behandelten Patienten gegenüber den Patienten in Wartesituation hin. Aufgrund der zu geringen statistischen Power weist der Effekt jedoch keine statistische Signifikanz auf.

Zusammenfassend kann somit festgestellt werden, dass die Hypothesen der Nebenfragestellung 1 zu der Effektivität der Verhaltenstherapie im Gruppensetting im Vergleich zur unbehandelten Situation nicht wie erwartet bestätigt werden können. Die hypothesenkonformen Unterschiede der Originalmittelwerte erreichen kovarianzanalytisch nur kleine oder keine bedeutsamen Effekte und weisen keine statistische Signifikanz auf.

5.3.2.4 Ergebnisse der Nebenfragestellung 2, Teil a

Die Mittelwerte zu dem primären Outcome-Parameter *Symptombelastung* (HEALTH-49, Modul A), operationalisiert durch das Modul A des HEALTH-49, sowie Standardabweichungen und prä-post-Effektstärken für das Maß der Veränderung von t_0 bis t_1 werden für die Untersuchungsgruppen VT/G und VT/E in Tabelle 16 dargestellt. Es wird deutlich, dass beide Gruppen eine zu t_0 eine sehr ähnliche Belastung aufweisen ($M_{VT/G} = 1.27$ und $M_{VT/E} = 1.30$). Darüber hinaus zeigt sich, dass die Mittelwerte der Symptombelastung in beiden Gruppen zu t_1 gegenüber zu t_0 sinken, wo-

bei der Wert der im verhaltenstherapeutischen Einzelsetting behandelten Gruppe um 0.39 auf einen Wert von 0.91 zu t_1 absinkt, während der Mittelwert in der verhaltenstherapeutisch im Gruppensetting behandelten Vergleichsgruppe um eine Differenz von 0.28 Punkten auf 0.99 etwas leichter abfällt, was einer Reduktion der Symptombelastung in beiden Gruppen entspricht. Die Effektstärke der Veränderung beträgt in der Gruppe VT/E $d = 0.57$ und ist somit als mittlere Effektstärke einzustufen, während die Gruppe VT/G eine kleine Effektstärke $d = 0.41$ der Veränderung aufweist (siehe auch Abbildung 28 im Anhang). Die Originalmittelwerte zu den verschiedenen Zeitpunkten in den beiden Gruppen werden in Abbildung 12 graphisch dargestellt, wobei die Referenzwerte für eine gesunde und eine stationär behandelte Referenzgruppe zum Vergleich ebenfalls dargestellt werden.

Tabelle 16: Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) sowie Effektstärken (d) der Outcome-Parameter Symptombelastung (PSB, Modul A), Psychisches Wohlbefinden (WOHL, Modul B) und psychische Lebensqualität (MCS des Short Form-8) in den Gruppen VT/G (Patienten in Behandlung mit VT im Gruppensetting) und VT/E (Patienten in Behandlung mit VT im Einzelsetting); Messzeitpunkte t_0 und t_1

Outcome-Parameter	Gruppe	Anzahl n	Zeitpunkt				d
			t_0		t_1		
			M	SD	M	SD	
PSB	VT/E	71	1.30	0.66	0.91	0.66	0.57
	VT/G	38	1.27	0.74	0.99	0.65	0.41
WOHL	VT/E	70 ^a	2.72	0.63	2.26	0.79	0.63
	VT/G	38	2.46	0.62	2.27	0.62	0.26
MCS	VT/E	69 ^a	32.62	11.80	41.52	10.64	0.78
	VT/G	38	34.38	11.07	40.46	11.64	0.53

Anmerkungen. d : prä-post-Effektstärke der Veränderung, berechnet mit der gepoolten prä-Standardabweichung
 t_0 : Zeitpunkt des diagnostischen Erstgesprächs; t_1 : 6 Monate nach dem diagnostischen Erstgespräch

^aVariationen in der Stichprobe gehen auf fehlende Werte zurück

Die Ausgangswerte beider Gruppen liegen deutlich oberhalb der Referenzgruppe für gesunde Patienten und erreichen nahezu den Wert der stationär behandelten Referenzgruppe.

In die Kovarianzanalyse mit der abhängigen Variable Symptombelastung zu t_1 unter Kontrolle der Ausgangsbelastung wurden als weitere Kovariaten *frühere stationäre Behandlungen*, *Berufstätigkeit* (Dummy-kodiert als *Berufstätigkeit/Ausbildung* und

Arbeitslosigkeit/Sonstiges) sowie *Geschlecht* aufgenommen, da sich diese in der vorauslaufenden regressionsanalytischen Auswahl als signifikant erwiesen hatten (vgl. Abschnitt 4.4.8 und siehe Tabelle 48 im Anhang). Die Ergebnisse der ANCOVA sind in Tabelle 17 zusammengefasst dargestellt.

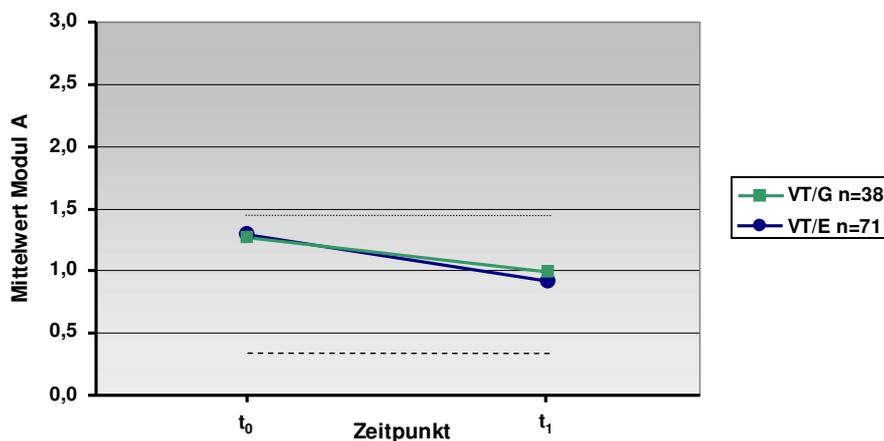


Abbildung 12: Gruppenmittelwerte des Modul A (HEALTH-49) für die Gruppen VT/G (Patienten in Behandlung mit VT im Gruppensetting) und VT/E (Patienten in Behandlung mit VT im Einzelsetting). Messzeitpunkte: t₀: Baseline; t₁: 6 Monate nach t₀. (Referenzwerte für Gesunde: M = 0.34, SD = 0.35, Referenzwerte für stationäre Psychotherapiepatienten: M = 1.45, SD = 0.77)

Unter statistischer Kontrolle der Ausgangsbelastung zeigt sich ein Haupteffekt, der keine bedeutsame Effektstärke und keine statistische Signifikanz aufweist. Die Kovariate *Ausgangsbelastung/PSB* beeinflusst erwartungsgemäß mit hoher Effektstärke hochsignifikant (auf dem 0.1%-Niveau) das Ergebnis (part. $\eta^2 = .357$); ähnlich wie die Kovariate *stationäre Vorbehandlungen*, die ebenfalls hochsignifikant mit großer Effektstärke mit dem Outcome in Zusammenhang steht (part. $\eta^2 = .081$). Die Kovariaten *Berufstätigkeit/Ausbildung* sowie *Arbeitslosigkeit/Sonstiges* sowie *Geschlecht* zeigen keine statistisch bedeutsamen Zusammenhänge zum Outcome auf, wobei die Kovariate *Berufstätigkeit/Ausbildung* eine kleine Effektstärke (part. $\eta^2 = .015$) ohne Signifikanz erreicht. Die geschätzten Randmittel betragen $mM_{VT/G} = 0.97$ $mM_{VT/E} = 0.91$ (siehe auch Tabelle 57 im Anhang).

Tabelle 17: Ergebnisse der Kovarianzanalysen zu den abhängigen Variablen Symptombelastung (PSB, Modul A des HEALTH-49), Psychisches Wohlbefinden (WOHL, Modul B des HEALTH-49) und Psychische Lebensqualität (MCS des Short Form-8) zu t_1 (6 Monate nach Baselinemessung) in den Gruppen VT/G (Patienten in Behandlung mit VT im Gruppensetting) und VT/E (Patienten in Behandlung mit VT im Einzelsetting)

Outcome	Faktor / Kovariate	F	p	part. η^2	mM (SE)	
					VT/G	VT/E
PSB	Gruppe	.322	.572	.003	0.97 (0.07)	0.91 (0.06)
	Ausgangsbelastung/PSB	56.567	.000	.357		
	Stationäre Vorbehandlungen	8.942	.003	.081		
	Berufstätigkeit/Ausbildung	1.550	.216	.015		
	Arbeitslosigkeit/Sonstiges	.041	.841	.000		
	Geschlecht	.097	.756	.001		
WOHL	Gruppe	1.155	.285	.011	2.44 (0.15)	2.29 (0.14)
	Ausgangsbelastung/WOHL	8.427	.005	.076		
	Ausgangsbelastung/PCS	13.939	.000	.119		
	Diagnose Persönlichkeitsst.	.511	.476	.005		
MCS	Gruppe	1.595	.209	.015	39.58 (1.56)	42.12 (1.29)
	Ausgangsbelastung/MCS	25.102	.000	.197		
	Ausgangsbelastung/PCS	8.869	.004	.080		
	Geschlecht	.029	.865	.000		

Anmerkungen. VT/G: n=38, VT/E: n=71, mM: geschätzte Randmittel (marginal mean), SE: Standardfehler

PCS: physical component summary = somatische Skala des Short Form-8

Persönlichkeitsst.= Persönlichkeitsstörung; ^aVariationen in der Stichprobe gehen auf fehlende Werte zurück

Zur Fragestellung 2, Teil a, ist festzustellen, dass ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen dem Haupteffekt Gruppe und dem Outcome-Parameter *Symptombelastung* zu t_1 kovarianzanalytisch nicht gezeigt werden konnte.

5.3.2.5 Ergebnisse der Nebenfragestellung 2, Teil b

Die Mittelwerte zu dem sekundären Outcome-Parameter *Psychisches Wohlbefinden* (WOHL, Modul B des HEALTH-49), Standardabweichungen und prä-post-Effektstärken für das Maß der Veränderung von t_0 bis t_1 für die Untersuchungsgruppen VT/G und VT/E werden in Tabelle 16, Seite 119, dargestellt. Es wird deutlich, dass sich die beiden Gruppen hinsichtlich der Ausgangsbelastung unterscheiden: Die

Gruppe VT/E zeigt sich zu t_0 mit $M_{VT/E} = 2.72$ belasteter als die Gruppe VT/G mit $M_{VT/G} = 2.46$. In beiden Gruppen sinken die Mittelwerte des Psychischen Wohlbefindens zu t_1 gegenüber zu t_0 ($\Delta t_0-t_1_{VT/G} = 0.19$ und $\Delta t_0-t_1_{VT/E} = 0.46$). Die Effektstärke der Veränderung in der Gruppe (VT/E) weist mit $d = 0.63$ mittlere Größe auf, während in der Gruppe VT/G eine kleine Effektstärke von $d = 0.26$ erreicht wird (siehe auch Abbildung 9, Seite 113). In Abbildung 13 werden die Originalmittelwerte zu den verschiedenen Zeitpunkten in den beiden Gruppen zur Veranschaulichung graphisch dargestellt, wobei die Referenzwerte für eine gesunde und eine stationär behandelte Referenzgruppe zum Vergleich ebenfalls abgebildet werden.

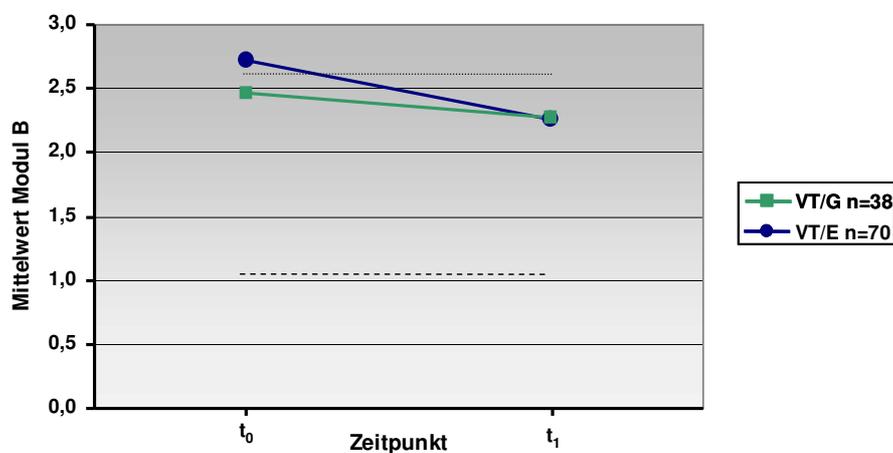


Abbildung 13: Gruppenmittelwerte des Modul B (HEALTH-49) für die Gruppen VT/G (Patienten in Behandlung mit VT im Gruppensetting) und VT/E (Patienten in Behandlung mit VT im Einzelsetting). Messzeitpunkte: t_0 : Baseline; t_1 : 6 Monate nach t_0 . (Referenzwerte für Gesunde: $M = 1.09$, $SD = 0.72$, Referenzwerte für stationäre Psychotherapiepatienten: $M = 2.60$, $SD = 0.76$)

In die Kovarianzanalyse mit der abhängigen Variable *Psychisches Wohlbefinden* zu t_1 unter Kontrolle der Ausgangsbelastung wurde als weitere Kovariaten die *Ausgangsbelastung/PCS* (somatische Skala der gesundheitsbezogenen Lebensqualität) sowie *Persönlichkeitsstörung* aufgenommen, da sich diese in der vorauslaufenden regressionsanalytischen Auswahl als signifikant erwiesen hatten (vgl. 4.4.8 und siehe Tabelle 49 im Anhang). Die Ergebnisse der ANCOVA werden Tabelle 17 auf Seite 120 zusammengefasst dargestellt.

Unter statistischer Kontrolle der Ausgangsbelastung weist der Haupteffekt Gruppe eine geringe Effektstärke ($\text{part. } \eta^2 = .011$) ohne statistische Signifikanz zu Gunsten der Gruppe VT/E auf. Die Kovariate *Ausgangsbelastung/WOHL* steht erwartungsgemäß mit hoher Effektstärke hochsignifikant (auf dem 0.1%-Niveau) mit dem Outco-

me in Zusammenhang (part. $\eta^2 = .076$). Auch die Kovariate *Ausgangsbelastung/PCS* hängt hochsignifikant mit mittlerer Effektstärke mit dem Outcome zusammen (part. $\eta^2 = .119$). Die Kovariate *Diagnose/Persönlichkeitsstörung* zeigt keinen Zusammenhang zu dem Outcome auf (part. $\eta^2 = .005$). Die geschätzten Randmittel betragen $mM_{VT/G} = 2.44$ und $mM_{VT/E} = 2.29$ (siehe auch Tabelle 58 im Anhang).

Die Untersuchung zum Teil b der Nebenfragestellung 2 zeigte hinsichtlich des *Psychischen Wohlbefindens*, dass ein Zusammenhang zwischen der Behandlungsform und dem Outcome nicht nachgewiesen werden konnte.

5.3.2.6 Ergebnisse der Nebenfragestellung 2, Teil c

Die Mittelwerte zu dem sekundären Outcome-Parameter *psychische Lebensqualität*, Standardabweichungen und prä-post-Effektstärken für das Maß der Veränderung von t_0 bis t_1 für die Untersuchungsgruppen VT/G und VT/E werden in Tabelle 16 auf Seite 119, dargestellt. Die Gruppe VT/E zeigt zu t_0 ($M_{VT/E} = 32.83$) eine leicht höhere Belastung als die Gruppe VT/G ($M_{VT/G} = 34.38$). In beiden Gruppen steigen die Mittelwerte der Psychischen Lebensqualität zu t_1 gegenüber zu t_0 an (d.h. die Lebensqualität erhöht sich in beiden Gruppen). Aufgrund des leicht höheren Anstiegs der Werte in der Gruppe VT/E bei niedrigerem Ausgangswert kreuzen sich die beiden Verlaufslinien ($\Delta t_0-t_1_{VT/E} = 8.09$; $\Delta t_0-t_1_{VT/G} = 6.08$). Dies zeigt sich auch in der Effektstärke der Veränderung: Sie erreicht in der Gruppe VT/E mit $d = 0.78$ eine große Stärke, während sie in der Vergleichsgruppe VT/G mit $d = 0.53$ eine mittlere Stärke aufweist (siehe auch Abbildung 28 im Anhang). In Abbildung 14 werden die Originalmittelwerte in den beiden Gruppen mit Referenzwerten für eine gesunde Referenzgruppe zu den verschiedenen Zeitpunkten graphisch dargestellt.

In die Kovarianzanalyse mit der abhängigen Variable *Psychische Lebensqualität zu t_1* unter Kontrolle der Ausgangsbelastung wurden als weitere Kovariaten *Ausgangsbelastung/PCS* (somatische Skala der gesundheitsbezogenen Lebensqualität) und *Geschlecht* aufgenommen, da sich diese in der vorauslaufenden regressionsanalytischen Auswahl als signifikant erwiesen hatten (vgl. 4.4.8 und siehe Tabelle 50 im Anhang).

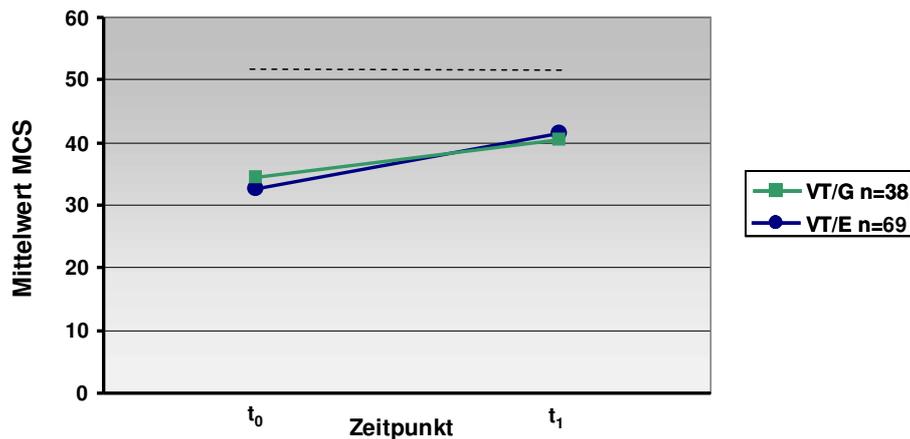


Abbildung 14: Gruppenmittelwerte des MCS (Short Form-8) für die Gruppen VT/G (Patienten in Behandlung mit VT im Gruppensetting) und VT/E (Patienten in Behandlung mit VT im Einzelsetting). Messzeitpunkte: t₀: Baseline; t₁: 6 Monate nach t₀. (Referenz: Normwerte für die Deutsche Gesamtbevölkerung: M = 51.68, SD = 8.82)

Die Ergebnisse der ANCOVA sind in Tabelle 17 auf Seite 120 zusammengefasst dargestellt. Unter statistischer Kontrolle der Ausgangsbelastung zeigt sich ein Haupteffekt Gruppe mit geringer Effektstärke (part. $\eta^2 = .015$) zu Gunsten der Gruppe VT/E, der jedoch keine statistische Signifikanz aufweist. Die Kovariate *Ausgangsbelastung/MCS* hängt erwartungsgemäß mit hoher Effektstärke (part. $\eta^2 = .179$) hochsignifikant (auf dem 0.1%-Niveau) mit der abhängigen Variable zusammen. Die Kovariate *Ausgangsbelastung/PCS* erreicht eine mittlere Effektstärke (part. $\eta^2 = .080$) bei Signifikanz auf dem 1%-Niveau. Der Faktor *Geschlecht* zeigt weder eine Effektstärke (part. $\eta^2 = .000$) noch statistische Signifikanz und steht somit in keinem statistisch bedeutsamen Zusammenhang mit dem Ergebnis. Die geschätzten Randmittel betragen $mM_{VT/G} = 39.58$ und $mM_{VT/E} = 42.12$ (siehe Tabelle 59 im Anhang).

Die Untersuchung zum Teil c der Nebenfragestellung 2 hinsichtlich der *Psychischen Lebensqualität* ergab, dass sich der Haupteffekt Gruppe mit kleiner Effektstärke kovarianzanalytisch nicht absichern lässt und somit kein signifikanter Gruppenunterschied nachgewiesen werden konnte.

5.3.3 Ergebnisse zum Block 2 der Nebenfragestellungen 3, 4 und 5

Die Nebenfragestellung 3 befasst sich mit der Effektivität der Verhaltenstherapie in Kombination von Gruppen- und Einzelpsychotherapie im Vergleich zur unbehandelten Wartesituation. In der Nebenfragestellung 4 wird die Effektivität der kombinier-

ten Behandlung mit ausschließlich im Einzelsetting durchgeführter Verhaltenstherapie überprüft, während die Nebenfragestellung 5 einen entsprechenden Vergleich mit ausschließlich im Gruppensetting durchgeführter Verhaltenstherapie fokussiert. Die Patienten der Interventionsgruppen erhielten Verhaltenstherapie in der untersuchten Fokuseinrichtung.

5.3.3.1 Ergebnisse der Nebenfragestellung 3, Teil a

Die Mittelwerte des primären Outcome-Parameters *Symptombelastung* zu t_1 , operationalisiert durch das Modul A des HEALTH-49 (PSB), Standardabweichungen und prä-post-Effektstärken für das Maß der Veränderung von t_0 bis t_1 für die Untersuchungsgruppen VT/E+G und UB werden in Tabelle 18 dargestellt. Es wird deutlich, dass beide Gruppen zu t_0 eine ähnlich hohe Belastung mit etwas höheren Werten in der kombiniert behandelten Gruppe zeigen ($M_{VT/E+G} = 1.33$ und $M_{UB} = 1.26$). Darüber hinaus zeigt sich, dass die Mittelwerte der Symptombelastung in beiden Gruppen zu t_1 gegenüber zu t_0 sinken, wobei der Wert Gruppe VT/E+G um 0.28 Punkte auf einen Wert von $M_{VT/E+G} = 1.05$ zu t_1 absinkt, während der Mittelwert in der Gruppe UB um eine Differenz von 0.17 Punkten auf $M_{UB} = 1.09$ etwas geringer abfällt. Die Originalmittelwerte zu den verschiedenen Zeitpunkten in den beiden Gruppen werden in Abbildung 15 graphisch dargestellt, wobei die Referenzwerte für eine gesunde und eine stationär behandelte Referenzgruppe zum Vergleich ebenfalls abgebildet werden. Die Effektstärke der Veränderung beträgt in der kombiniert behandelten Gruppe $d = 0.41$ und ist somit als niedrige bis mittlere Effektstärke einzustufen, während die unbehandelte Kontrollgruppe eine kleine Effektstärke der Veränderung von $d = 0.25$ aufweist (siehe auch Abbildung 28 im Anhang).

In die Kovarianzanalyse mit der abhängigen Variable *Symptombelastung* zu t_1 unter Kontrolle der Ausgangsbelastung wurden als weitere Kovariaten *frühere stationäre Behandlungen*, *Berufstätigkeit* (Dummy-kodiert als *Berufstätigkeit/Ausbildung* und *Arbeitslosigkeit/Sonstiges*), sowie *Geschlecht* aufgenommen, da sich diese in der vorauslaufenden regressionsanalytischen Auswahl als signifikant erwiesen hatten (vgl. Abschnitt 4.4.8 und siehe Tabelle 48 im Anhang).

Die Ergebnisse der ANCOVA sind in Tabelle 19 zusammengefasst dargestellt. Unter statistischer Kontrolle der Ausgangsbelastung zeigt sich ein Haupteffekt, der keine statistische Signifikanz aufweist (part. $\eta^2 = .006$),

Tabelle 18: Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) sowie Effektstärken (d) der Outcome-Parameter Symptombelastung (PSB, Modul A), Psychisches Wohlbefinden (WOHL, Modul B) und psychische Lebensqualität (MCS) in den Gruppen VT/E+G (Patienten in Behandlung mit VT in Kombination von Einzel- und Gruppensetting) und UB (Patienten in unbehandelter Wartesituation); Messzeitpunkte t_0 und t_1

Outcome-Parameter	Gruppe	Anzahl n	Zeitpunkt				d
			t_0		t_1		
			M	SD	M	SD	
PSB	VT/E+G	30	1.33	0.65	1.05	0.67	0.41
	UB	74	1.26	0.65	1.09	0.65	0.25
WOHL	VT/E+G	30	2.60	0.71	2.23	0.87	0.51
	UB	74	2.51	0.78	2.36	0.89	0.19
MCS	VT/E+G	30	32.73	10.22	35.66	11.62	0.26
	UB	74	36.53	11.25	39.15	11.75	0.23

Anmerkungen. d : prä-post-Effektstärke der Veränderung, berechnet mit der gepoolten prä-Standardabweichung
 t_0 : Zeitpunkt des diagnostischen Erstgesprächs; t_1 : 6 Monate nach dem diagnostischen Erstgespräch

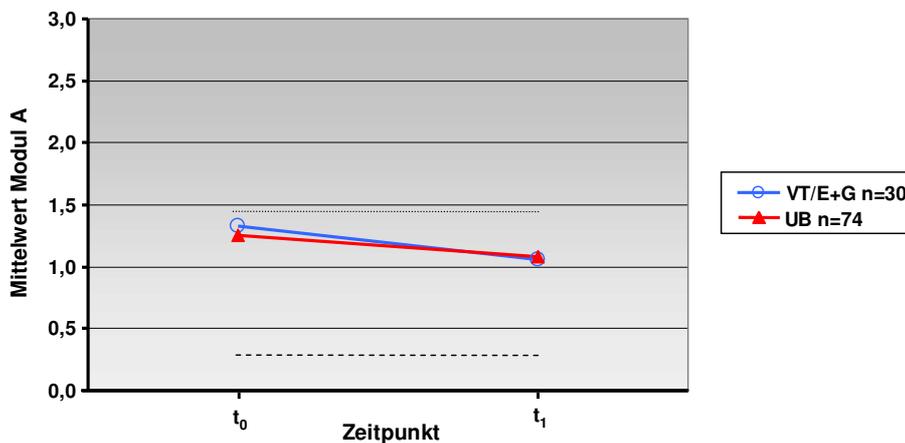


Abbildung 15: Gruppenmittelwerte des Modul A (HEALTH-49) für die Gruppen VT/E+G (Patienten in Behandlung mit VT in Kombination aus Einzel- und Gruppensetting) und UB (Patienten in unbehandelter Wartesituation). Messzeitpunkte: t_0 : Baseline; t_1 : 6 Monate nach t_0 . (Referenzwerte für Gesunde: $M = 0.34$, $SD = 0.35$, Referenzwerte für stationäre Psychotherapiepatienten: $M = 1.45$, $SD = 0.77$)

Tabelle 19: Ergebnisse der Kovarianzanalysen zu den abhängigen Variablen Symptombelastung (PSB, Modul A des HEALTH-49), Psychisches Wohlbefinden (WOHL, Modul B des HEALTH-49) und psychischen Lebensqualität (MCS des Short Form-8) zu t_1 (6 Monate nach Baselinemessung) in den Gruppen VT/E+G (Patienten in Behandlung mit VT in Kombination von Einzel- und Gruppensetting) und UB (Patienten in unbehandelter Wartesituation)

Outcome	Faktor / Kovariate	F	p	part. η^2	mM (SE)	
					VT/E+G	UB
PSB	Gruppe	.556	.458	.006	1.07 (0.11)	1.16 (0.07)
	Ausgangsbelastung/PSB	42.808	.000	.306		
	Stationäre Vorbehandlungen	.424	.516	.004		
	Berufstätigkeit/Ausbildung	2.040	.156	.021		
	Arbeitslosigkeit/Sonstiges	.594	.443	.006		
	Geschlecht	3.144	.079	.031		
WOHL	Gruppe	6.680	.188	.017	2.39 (0.16)	2.60 (0.12)
	Ausgangsbelastung/WOHL	33.912	.000	.255		
	Ausgangsbelastung/PCS	6.680	.011	.063		
	Diagnose Persönlichkeitsst.	5.836	.017	.053		
MCS	Gruppe	.588	.445	.006	36.15 (2.01)	37.92 (1.37)
	Ausgangsbelastung/MCS	21.841	.000	.181		
	Ausgangsbelastung/PCS	2.164	.144	.021		
	Geschlecht	1.478	.227	.015		

Anmerkungen. VT/E+G: n=30, UB: n=74, mM: geschätzte Randmittel (marginal mean), SE: Standardfehler

PCS: physical component summary = somatische Skala des Short Form-8

Persönlichkeitsst.= Persönlichkeitsstörung

d.h. die Unterschiede bezüglich des primären Outcomes lassen sich nicht auf die Behandlung zurückführen. Die Kovariate *Ausgangsbelastung/PSB* steht erwartungsgemäß mit hoher Effektstärke hochsignifikant (auf dem 0.1%-Niveau) mit dem Outcome in Zusammenhang (part. $\eta^2 = .306$). Die Kovariaten *Stationäre Vorbehandlungen* sowie *Arbeitslosigkeit/Sonstiges* zeigen keine bedeutsame Effektstärke und auch keine statistische Signifikanz. Die Kovariate *Geschlecht* weist in dieser Gruppenkombination eine kleine bis mittlere Effektstärke (part. $\eta^2 = .031$) in der Höhe eines Trends auf dem 10%-Niveau und somit einen schwachen Zusammenhang mit dem Outcome Symptombelastung auf. Die Kovariate *Berufstätigkeit/Ausbildung* erreicht eine kleine Effektstärke (part. $\eta^2 = .021$) ohne statistische Signifikanz. Die geschätzten Randmittel betragen $M_{VT/E+G} = 1.07$ und $M_{UB} = 1.16$ (siehe Tabelle 60 im Anhang).

Die Hypothese zum Teil a der Nebenfragestellung 3 kann somit kovarianzanalytisch nicht bestätigt werden: Es besteht kein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen dem Haupteffekt Gruppe und dem Outcome-Parameter *Symptombelastung*, d.h. es konnte nicht gezeigt werden, dass die Behandlung mit Verhaltenstherapie in Kombination von Einzel- und Gruppentherapie zu einer statistisch bedeutsamen Reduktion der Symptombelastung im Vergleich zur unbehandelten Situation beiträgt.

5.3.3.2 Ergebnisse der Nebenfragestellung 3, Teil b

Die Mittelwerte des sekundären Outcome-Parameters *Psychisches Wohlbefinden* (WOHL, Modul B des HEALTH-49), Standardabweichungen und prä-post-Effektstärken für das Maß der Veränderung von t_0 bis t_1 werden für die Untersuchungsgruppen VT/E+G und UB in Tabelle 18 auf Seite 126, dargestellt. Es wird deutlich, dass beide Gruppen eine sehr ähnliche Ausgangsbelastung zu t_0 aufweisen ($M_{VT/E+G} = 2.60$ und $M_{UB} = 2.51$). In beiden Gruppen sinken die Mittelwerte zu t_1 gegenüber zu t_0 , wobei die Differenz zum Ausgangswert in der kombiniert behandelten Gruppe etwas höher ausfällt ($\Delta_{t_0-t_1VT/E+G} = 0.37$, $\Delta_{t_0-t_1UB} = 0.15$). Die kleine bis mittlere Effektstärke der Veränderung in der kombiniert behandelten Gruppe (VT/E+G) ist mit $d = 0.51$ höher als in der unbehandelten Kontrollgruppe mit einer Effektstärke von nur $d = 0.19$.

In Abbildung 16 werden die Originalmittelwerte zu den verschiedenen Zeitpunkten in den beiden Gruppen mit Referenzwerten für eine gesunde und eine stationär behandelte Referenzgruppe zur Veranschaulichung graphisch dargestellt.

In die Kovarianzanalyse zur abhängigen Variable *Psychisches Wohlbefinden zu t_1* unter Kontrolle der Ausgangsbelastung wurden als weitere Kovariaten die *Ausgangsbelastung/PCS* (somatische Skala der gesundheitsbezogenen Lebensqualität) und die *Diagnose Persönlichkeitsstörung* aufgenommen, da sich diese in der vorauslaufenden regressionsanalytischen Auswahl als signifikant erwiesen hatten (vgl. Abschnitt 4.4.8 und siehe Tabelle 49 im Anhang).

Die Ergebnisse der ANCOVA sind in Tabelle 19, Seite 127, zusammengefasst dargestellt. Unter statistischer Kontrolle der Ausgangsbelastung zeigt sich ein Haupteffekt Gruppe mit geringer Effektstärke (part. $\eta^2 = .017$) ohne statistische Signifikanz.

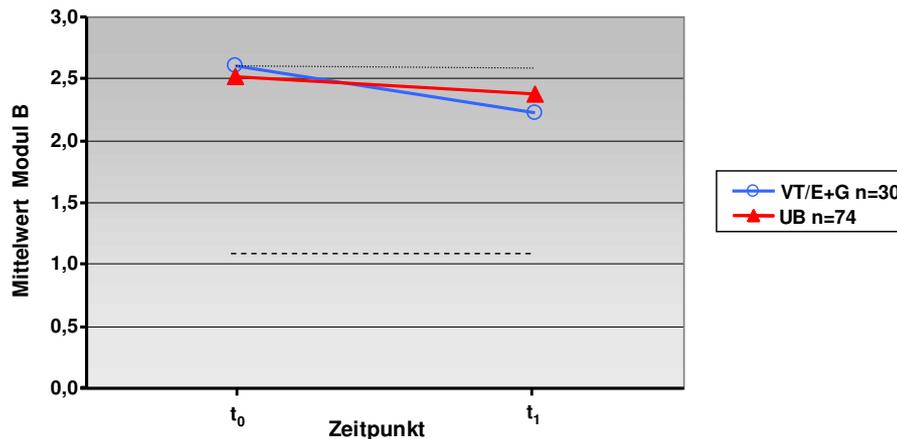


Abbildung 16: Gruppenmittelwerte des Modul B (HEALTH-49) für die Gruppen VT/E+G (Patienten in Behandlung mit VT in Kombination aus Einzel- und Gruppensetting) und UB (Patienten in unbehandelter Wartesituation). Messzeitpunkte: t₀: Baseline; t₁: 6 Monate nach t₀. (Referenzwerte für Gesunde: M = 1.09, SD = 0.72, Referenzwerte für stationäre Psychotherapiepatienten: M = 2.60, SD = 0.76)

Die Kovariate *Ausgangslastung/WOHL* hängt erwartungsgemäß hochsignifikant (auf dem 0.1%-Niveau) mit hoher Effektstärke (part. $\eta^2 = .255$) mit dem Outcome *Psychisches Wohlbefinden* zusammen. Die Kovariate *Ausgangslastung/PCS* (somatische Skala der Lebensqualität) steht ebenfalls signifikant mit einem mittleren Effekt (part. $\eta^2 = .063$) mit dem Outcome in Zusammenhang. Die Kovariate *Diagnose/Persönlichkeits-störung* hängt ebenfalls mit nahezu mittlerer Effektstärke (part. $\eta^2 = .053$) und mit Signifikanz auf dem 5%-Niveau mit dem Outcome zusammen. Die geschätzten Randmittel betragen $mM_{VT/E+G} = 2.39$ und $mM_{UB} = 2.60$ (siehe auch Tabelle 61 im Anhang).

Die Hypothese zum Teil b der Nebenfragestellung 3 kann somit hinsichtlich des *Psychischen Wohlbefindens* nicht bestätigt werden: Die Unterschiede in diesem sekundären Outcome-Parameter zwischen verhaltenstherapeutisch in Einzel- und Gruppentherapie behandelten (VT/E+G) und unbehandelten Patienten (UB) stehen nicht in einem statistisch bedeutsamen Zusammenhang mit dem Haupteffekt Gruppe.

5.3.3.3 Ergebnisse der Nebenfragestellung 3, Teil c

Die Mittelwerte zu dem sekundären Outcome-Parameter *psychische Lebensqualität* (MCS), Standardabweichungen und prä-post-Effektstärken für das Maß der Verände-

rung von t_0 bis t_1 für die Untersuchungsgruppen VT/E+G und UB werden in Tabelle 18 auf Seite 126 dargestellt. Die Gruppe VT/E+G zeigt zu beiden Messzeitpunkten eine höhere Belastung als die unbehandelte Kontrollgruppe. In beiden Gruppen steigen die Mittelwerte der psychischen Lebensqualität zu t_1 leicht gegenüber zu t_0 an. Die Effektstärke der Veränderung erreicht in der Gruppe VT/E+G mit $d = 0.26$ eine kleine Größe, ebenso in der unbehandelten Kontrollgruppe mit $d = 0.23$ (siehe auch Tabelle 18 Seite 126, sowie Abbildung 28 im Anhang).

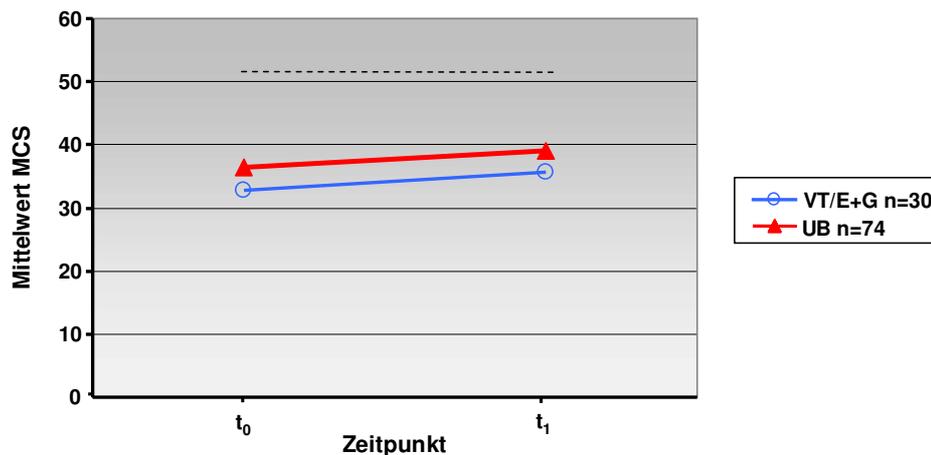


Abbildung 17: Gruppenmittelwerte des MCS (Short Form-8) für die Gruppen VT/E+G (Patienten in Behandlung mit VT in Kombination aus Einzel- und Gruppensetting) und UB (Patienten in unbehandelter Wartesituation). Messzeitpunkte: t_0 : Baseline; t_1 : 6 Monate nach t_0 . (Referenz: Normwerte für die Deutsche Gesamtbevölkerung: $M = 51.68$, $SD = 8.82$)

In Abbildung 17 werden die Originalmittelwerte in den beiden Gruppen zu den verschiedenen Zeitpunkten zur Veranschaulichung graphisch dargestellt; es ist ein paralleler Linienverlauf zu erkennen, der auf eine ähnliche Entwicklung in beiden Gruppen auf unterschiedlichem Niveau schließen lässt. Die Werte für eine gesunde Referenzgruppe werden zum Vergleich ebenfalls dargestellt.

In die Kovarianzanalyse mit der abhängigen Variable *Psychische Lebensqualität* zu t_1 unter Kontrolle der Ausgangsbelastung wurden als weitere Kovariaten *Ausgangsbelastung/PCS* (die somatische Skala der gesundheitsbezogenen Lebensqualität) und *Geschlecht* aufgenommen, da sich diese in der vorauslaufenden regressionsanalytischen Auswahl als signifikant erwiesen hatten (vgl. Abschnitt 4.4.8 und siehe Tabelle 50 im Anhang).

Die Ergebnisse der ANCOVA sind in Tabelle 19 auf Seite 127 zusammengefasst dar-

gestellt. Unter statistischer Kontrolle der Ausgangsbelastung zeigt der Haupteffekt Gruppe weder eine geringe Effektstärke (part. $\eta^2 = .006$), noch weist er statistische Signifikanz auf. Die Kovariate *Ausgangsbelastung* hängt erwartungsgemäß mit hoher Effektstärke (part. $\eta^2 = .181$) hochsignifikant (auf dem 0.1%-Niveau) mit dem Outcome zusammen. Die Kovariate *Ausgangsbelastung/PCS* erreicht ebenfalls eine große Effektstärke (part. $\eta^2 = .021$) jedoch keine Signifikanz. Die Kovariate *Geschlecht* erreicht eine kleine Effektstärke (part. $\eta^2 = .015$) ohne Signifikanz. Die geschätzten Randmittel betragen $mM_{VT/E+G} = 36.15$ und $mM_{UB} = 37.92$ (siehe auch Tabelle 62 im Anhang).

Die Hypothese zum Teil c der Nebenfragestellung 3 kann somit kovarianzanalytisch hinsichtlich der *Psychischen Lebensqualität* nicht bestätigt werden: Dieser Outcome-Parameter steht nicht in einem statistisch bedeutsamen Zusammenhang mit dem Haupteffekt Gruppe (VT/E+G versus UB). Die absoluten Werte sowie die Effektstärken sprechen für einen leichten hypothesenkonformen Vorteil der verhaltenstherapeutisch in Kombination aus Einzel- und Gruppenpsychotherapie behandelten Gruppe.

Die Nebenfragestellung 3 zur Effektivität der Verhaltenstherapie in Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie kann aufgrund der kovarianzanalytischen Überprüfung somit für keines der untersuchten Outcome-Kriterien positiv zu Gunsten der behandelten Gruppe VT/E+G beantwortet werden, jedoch zeigen die kleinen Effekte hinsichtlich der sekundären Outcome-Parameter *Psychisches Wohlbefinden* und *Psychische Lebensqualität* einen kleinen Vorteil der behandelten Gruppe.

5.3.3.4 Ergebnisse der Nebenfragestellung 4, Teil a

Die Mittelwerte des primären Outcome-Parameters, operationalisiert durch das Modul A des HEALTH-49 (PSB) werden mit Standardabweichungen und prä-post-Effektstärken für das Maß der Veränderung von t_0 bis t_1 für die Untersuchungsgruppen VT/E+G und VT/E in Tabelle 20 dargestellt. Ergänzend werden in Abbildung 18 die Originalmittelwerte zu den verschiedenen Zeitpunkten in den beiden Gruppen mit Vergleichswerten für gesunde und stationär behandelte Referenzgruppen graphisch dargestellt. Es wird deutlich, dass beide Gruppen zu t_0 eine sehr ähnliche Ausgangsbelastung zeigen ($M_{VT/E+G} = 1.33$ und $M_{VT/E} = 1.30$).

Tabelle 20: Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) sowie Effektstärken (d) der Outcome-Parameter Symptombelastung (PSB, Modul A), Psychisches Wohlbefinden (WOHL, Modul B) und psychische Lebensqualität (MCS des Short Form-8) in den Gruppen VT/E+G (Patienten in Behandlung mit VT in Kombination von Einzel- und Gruppensetting) und VT/E (Patienten in Behandlung mit VT im Einzelsetting); Messzeitpunkte t_0 und t_1

Outcome-Parameter	Gruppe	Anzahl n	Zeitpunkt				d
			t_0		t_1		
			M	SD	M	SD	
PSB	VT/E+G	30	1.33	0.65	1.05	0.67	0.41
	VT/E	71	1.30	0.66	0.91	0.66	0.57
WOHL	IG2-E+G	30	2.60	0.71	2.23	0.87	0.51
	VT/E	70 ^a	2.72	0.63	2.26	0.79	0.63
MCS	VT/E+G	30	32.73	10.21	35.66	11.62	0.26
	VT/E	69 ^a	32.62	11.80	41.52	10.64	0.78

Anmerkungen. d : prä-post-Effektstärke der Veränderung, berechnet mit der gepoolten prä-Standardabweichung
 t_0 : Zeitpunkt des diagnostischen Erstgesprächs; t_1 : 6 Monate nach dem diagnostischen Erstgespräch

^a Variationen in der Stichprobe gehen auf fehlende Werte zurück

Darüber hinaus zeigt sich, dass die Mittelwerte der Symptombelastung in beiden Gruppen zu t_1 gegenüber zu t_0 sinken, wobei der Wert der Gruppe VT/E+G um 0.28 auf einen Wert von $M_{VT/E+G} = 1.05$ zu t_1 absinkt, während der Mittelwert in der verhaltenstherapeutisch im Einzelsetting behandelten Vergleichsgruppe um eine Differenz von 0.39 auf $M_{VT/E} = 0.91$ etwas deutlicher abfällt.

Die Effektstärke der Veränderung beträgt in der Gruppe VT/E+G $d = 0.41$ und ist somit als kleine bis mittlere Effektstärke einzustufen, während die Gruppe VT/E eine mittlere Effektstärke $d = 0.57$ der Veränderung aufweist (siehe auch Abbildung 28 im Anhang).

In die Kovarianzanalyse mit der abhängigen Variable *Symptombelastung* zu t_1 unter Kontrolle der Ausgangsbelastung wurden als weitere Kovariaten *frühere stationäre Behandlungen*, *Berufstätigkeit* (Dummy-kodiert als *Berufstätigkeit/Ausbildung* und *Arbeitslosigkeit/Sonstiges*), sowie *Geschlecht* aufgenommen, da sich diese in der vorauslaufenden regressionsanalytischen Auswahl als signifikant erwiesen hatten (vgl. Abschnitt 4.4.8 und siehe Tabelle 48 im Anhang).

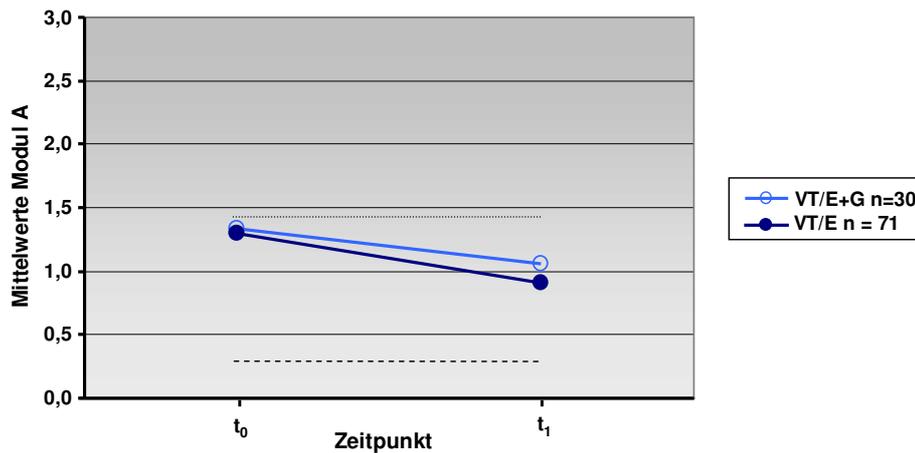


Abbildung 18: Gruppenmittelwerte des Modul A (HEALTH-49) für die Gruppen VT/E+G (Patienten in Behandlung mit VT in Kombination aus Einzel- und Gruppensetting) und VT/E (Patienten in Behandlung mit VT ausschließlich im Einzelsetting). Messzeitpunkte: t₀: Baseline; t₁: 6 Monate nach t₀. (Referenzwerte für Gesunde: M = 0.34, SD = 0.35, Referenzwerte für stationäre Psychotherapiepatienten: M = 1.45, SD = 0.77)

Die Ergebnisse der ANCOVA sind in Tabelle 21 zusammengefasst dargestellt. Unter statistischer Kontrolle der Ausgangsbelastung weist der Haupteffekt Gruppe weder einen statistisch bedeutsamen Zusammenhang zu der abhängigen Variable *Symptombelastung* zu t₁ auf, noch erreicht er eine kleine Effektstärke (part. $\eta^2 = .002$). Die Kovariate *Ausgangsbelastung/PSB* hängt dagegen erwartungsgemäß mit hoher Effektstärke (part. $\eta^2 = .269$) hochsignifikant (auf dem 0.1%-Niveau) mit dem Ergebnis zusammen.

Die Kovariate *stationäre Vorbehandlungen* zeigt eine mittlere Effektstärke (part. $\eta^2 = .037$) und steht mit dem Ergebnis auf dem 10%-Niveau der statistischen Signifikanz (Trendstärke) in Zusammenhang. Die Kovariate *Berufstätigkeit/Ausbildung* erreicht eine kleine Effektstärke (part. $\eta^2 = .025$) ohne statistische Signifikanz, während die Kovariate *Arbeitslosigkeit/Sonstiges* keine kleine Effektstärke und auch keine statistische Signifikanz aufweist, ebenso wie die Kovariate *Geschlecht*. Die geschätzten Randmittel betragen $mM_{VT/E+G} = 1.01$ und $mM_{VT/E} = 0.95$ (siehe auch Tabelle 63 im Anhang).

Tabelle 21: Ergebnisse der Kovarianzanalysen zu den abhängigen Variablen *Symptombelastung* (PSB, Modul A des HEALTH-49), *Psychisches Wohlbefinden* (WOHL, Modul B des HEALTH-49) und *Psychische Lebensqualität* (MCS des Short Form-8) zu t_1 (6 Monate nach Baselinemessung) in den Gruppen VT/E+G (Patienten in Behandlung mit VT in Kombination von Einzel- und Gruppensetting) und VT/E (Patienten in Behandlung mit VT ausschließlich im Einzelsetting)

Outcome	Faktor / Kovariate	F	p	part. η^2	mM (SE)	
					VT/E+G	VT/E
PSB	Gruppe	.205	.652	.002	1.01 (0.11)	0.95 (0.07)
	Ausgangsbelastung/PSB	34.597	.000	.269		
	Stationäre Vorbehandlungen	3.633	.060	.037		
	Berufstätigkeit/Ausbildung	2.437	.122	.025		
	Arbeitslosigkeit/Sonstiges	.016	.900	.000		
	Geschlecht	.181	.671	.002		
WOHL	Gruppe	.035	.851	.000	2.38 (0.17)	2.35 (0.15)
	Ausgangsbelastung/WOHL	14.305	.000	.131		
	Ausgangsbelastung/PCS	5.518	.021	.055		
	Diagnose Persönlichkeitsst.	.812	.370	.008		
MCS	Gruppe	8.214	.005	.080	35.94 (1.92)	42.23 (1.38)
	Ausgangsbelastung/MCS	15.494	.000	.142		
	Ausgangsbelastung/PCS	3.026	.085	.031		
	Geschlecht	.807	.371	.009		

Anmerkungen. VT/E+G: n=30, VT/E: n=71, mM: geschätzte Randmittel (marginal mean), SE: Standardfehler

PCS: physical component summary = somatische Skala des Short Form-8

Persönlichkeitsst.= Persönlichkeitsstörung; ^aVariationen in der Stichprobe gehen auf fehlende Werte zurück

Die Untersuchung der Nebenfragestellung 4, Teil a, zeigt, dass kein statistisch bedeutsamer Zusammenhang zwischen dem Haupteffekt Gruppe und dem Outcome-Parameter *Symptombelastung* nachgewiesen werden konnte, d.h. Outcome-Unterschiede lassen sich nicht auf die Behandlungsform zurückzuführen.

5.3.3.5 Ergebnisse der Nebenfragestellung 4, Teil b

Die Mittelwerte des sekundären Outcome-Parameters *Psychisches Wohlbefinden* (WOHL, Modul B des HEALTH-49) werden mit Standardabweichungen und Effektstärken für das Maß der Veränderung von t_0 bis t_1 für die Untersuchungsgruppen VT/E+G und VT/E in Tabelle 20, Seite 132, dargestellt.

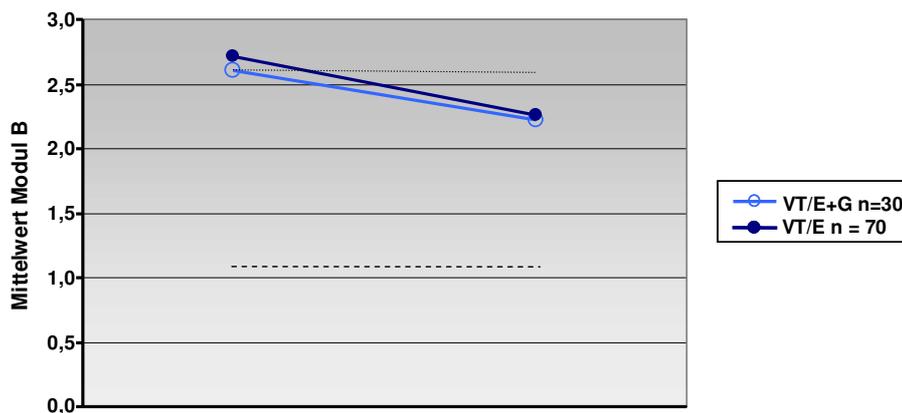


Abbildung 19: Gruppenmittelwerte des Modul B (HEALTH-49) für die Gruppen VT/E+G (Patienten in Behandlung mit VT in Kombination aus Einzel- und Gruppensetting) und VT/E (Patienten in Behandlung mit VT ausschließlich im Einzelsetting). Messzeitpunkte: t₀: Baseline; t₁: 6 Monate nach t₀. (Referenzwerte für Gesunde: M = 1.09, SD = 0.72, Referenzwerte für stationäre Psychotherapiepatienten: M = 2.60, SD = 0.76)

Es zeigt sich, dass die Mittelwerte der Symptombelastung in beiden Gruppen zu t₁ gegenüber zu t₀ sinken, wobei die Gruppe VT/E von einem leicht höheren Ausgangswert von $M_{VT/E} = 2.72$ zu t₁ auf $M_{VT/E} = 2.26$ Punkte absinkt, während der Mittelwert in der Gruppe VT/E+G von $M_{VT/E+G} = 2.60$ auf $M_{VT/E+G} = 2.23$ etwas geringer abfällt (d.h. in beiden Gruppen reduziert sich die Symptombelastung). Die Effektstärke der Veränderung erreicht in der Gruppe VT/E mit $d = 0.63$ sowie auch in der Untersuchungsgruppe VT/E+G mit $d = 0.51$ eine mittlere Größe (siehe auch Abbildung 28 im Anhang). Die Gruppenmittelwerte zu den verschiedenen Zeitpunkten sind in Abbildung 19 graphisch abgebildet, wobei die Referenzwerte für eine gesunde und eine stationär behandelte Referenzgruppe zum Vergleich ebenfalls dargestellt werden. In die Kovarianzanalyse zur abhängigen Variable *Psychisches Wohlbefinden zu t₁* unter Kontrolle der Ausgangsbelastung wurden als weitere Kovariaten die *Ausgangsbelastung/PCS* (Lebensqualität, somatische Skala) sowie *Diagnose Persönlichkeitsstörung* aufgenommen, da sich diese in der vorauslaufenden regressionsanalytischen Auswahl als signifikant erwiesen hatten (vgl. Abschnitt 4.4.8 und siehe Tabelle 49 im Anhang). Die Ergebnisse der ANCOVA sind in Tabelle 21 auf Seite 133 zusammengefasst dargestellt.

Unter statistischer Kontrolle der Ausgangsbelastung weist der Haupteffekt Gruppe keine kleine Effektstärke auf (part. $\eta^2 = .000$) und erreicht keine statistische Signifi-

kanz. Die Gruppenunterschiede sind daher nicht auf die unterschiedliche Behandlungsform zurückzuführen. Die Kovariate *Ausgangsbelastung* steht erwartungsgemäß mit hoher Effektstärke (part. $\eta^2 = .131$) hochsignifikant (auf dem 0.1%-Niveau) mit dem Ergebnis in Zusammenhang. Die Kovariate *Ausgangsbelastung/PCS* (somatische Skala der gesundheitsbezogenen Lebensqualität) steht mit mittlerer Effektstärke (part. $\eta^2 = .055$) signifikant mit dem Outcome in Zusammenhang. Die Kovariate *Diagnose Persönlichkeitsstörung* erreicht keine kleine Effektstärke (part. $\eta^2 = .008$) und steht nicht in einem bedeutsamen Zusammenhang mit dem Outcome. Die geschätzten Randmittel betragen $mM_{VT/E+G} = 2.38$ und $mM_{VT/E} = 2.35$ (siehe auch Tabelle 64 im Anhang).

Die Untersuchung der Nebenfragestellung 4, Teil b zeigte, dass sich keine Unterschiede zwischen der Gruppe, die einzel- und gruppenpsychotherapeutisch mit Verhaltenstherapie behandelt wurde und der ausschließlich einzeltherapeutisch mit Verhaltenstherapie behandelten Gruppe in sechs Monaten nach dem Erstgespräch nachweisen lassen.

5.3.3.6 Ergebnisse der Nebenfragestellung 4, Teil c

Die Mittelwerte des sekundären Outcome-Parameters *Psychische Lebensqualität* (MCS des Short Form-8), Standardabweichungen und prä-post-Effektstärken für das Maß der Veränderung von t_0 bis t_1 werden in Tabelle 20, Seite 132, für die Untersuchungsgruppen VT/E+G und VT/E dargestellt. Beide Gruppen zeigen eine nahezu gleich hohe Ausgangsbelastung ($M_{VT/E+G} = 32.73$; $M_{VT/E} = 32.62$). In beiden Gruppen steigen die Mittelwerte der psychischen Lebensqualität zu t_1 gegenüber zu t_0 (was einer Verbesserung der Psychischen Lebensqualität entspricht), wobei der Anstieg in der Gruppe VT/E um 9.90 auf $M_{VT/E} = 41.52$ höher mit ausfällt als in der VT/E+G um 2.93 auf $M_{VT/E+G} = 35.66$. Die Effektstärke der Veränderung erreicht in der verhaltenstherapeutisch kombiniert behandelten Gruppe mit $d = 0.26$ eine kleine Stärke, während sie in der verhaltenstherapeutisch im Einzelsetting behandelten Vergleichsgruppe mit $d = 0.78$ eine mittlere bis große Stärke erreicht (siehe auch Abbildung 28 im Anhang). Abbildung 20 zeigt die Originalmittelwerte in den beiden Gruppen VT/E+G und VT/E zu den verschiedenen Zeitpunkten; der höhere Anstieg der VT/E gegenüber der flacher steigenden Linie der VT/E+G wird hier deutlich. Die Werte für eine gesunde Referenzgruppe werden zum Vergleich ebenfalls dargestellt.

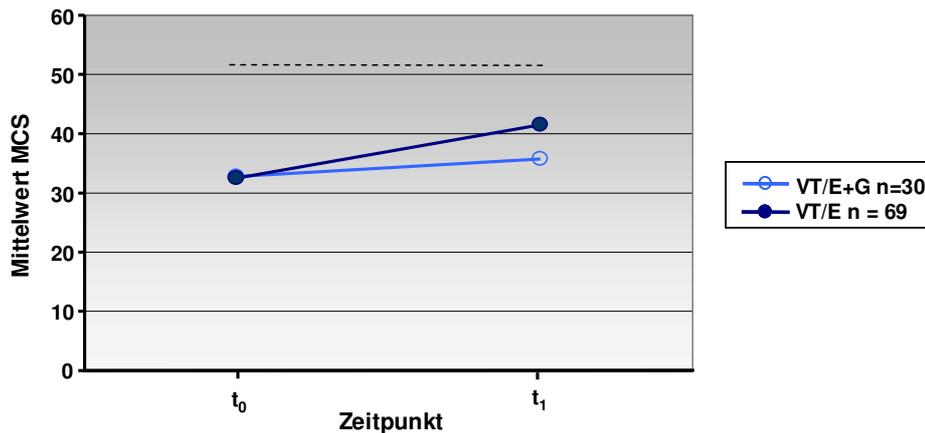


Abbildung 20: Gruppenmittelwerte des MCS (Short Form-8) die Gruppen VT/E+G (Patienten in Behandlung mit VT in Kombination aus Einzel- und Gruppensetting) und VT/E (Patienten in Behandlung mit VT ausschließlich im Einzelsetting). Messzeitpunkte: t₀: Baseline; t₁: 6 Monate nach t₀. (Referenz: Normwerte für die Deutsche Gesamtbevölkerung: M = 51.68, SD = 8.82)

In die Kovarianzanalyse mit der abhängigen Variable *Psychische Lebensqualität* zu t₁ unter Kontrolle der Ausgangsbelastung wurden als weitere Kovariaten *Ausgangsbelastung/PCS* (somatische Skala der gesundheitsbezogenen Lebensqualität) und *Geschlecht* aufgenommen, da sich diese in der vorauslaufenden regressionsanalytischen Auswahl als signifikant erwiesen hatten (vgl. Abschnitt 4.4.8 und siehe Tabelle 50 im Anhang). Die Ergebnisse der ANCOVA sind in Tabelle 21 auf Seite 133 zusammengefasst dargestellt.

Unter statistischer Kontrolle der Ausgangsbelastung zeigt sich ein signifikanter Haupteffekt Gruppe mit mittlerer Effektstärke (part. $\eta^2 = .080$) mit statistischer Signifikanz auf dem 1%-Niveau. Dies spricht für einen hohen Zusammenhang zwischen der Behandlungsform und dem Outcome-Parameter *Psychische Lebensqualität* zu Gunsten der Gruppe VT/E. Die Kovariate *Ausgangsbelastung/MCS* hängt erwartungsgemäß mit großer Effektstärke (part. $\eta^2 = .142$) hochsignifikant (auf dem 0.1%-Niveau) mit dem Ergebnis zusammen. Die Kovariate *Ausgangsbelastung/PCS* erreicht eine kleine Effektstärke (part. $\eta^2 = .031$) und ein Signifikanzniveau im Trendbereich (10%-Niveau) und steht somit ebenfalls in Verbindung mit dem Outcome. Die Kovariate *Geschlecht* weist keinen Zusammenhang mit dem Ergebnis auf, sie erreicht knapp eine kleine Effektstärke (part. $\eta^2 = .009$). Die geschätzten Randmittel betragen $mM_{VT/E+G} = 35.94$ und $M_{VT/E} = 42.23$ (siehe auch Tabelle 65 im Anhang), was für einen Vorteil der Gruppe VT/E spricht.

Die Untersuchung der Nebenfragestellung 4, Teil c, zeigten, dass ein Gruppeneffekt zu Gunsten der ausschließlich mit verhaltenstherapeutischer Einzelpsychotherapie behandelten Patienten auf den Outcome-Parameter *Psychische Lebensqualität* vorliegt.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass bei kovarianzanalytischer Untersuchung hinsichtlich der *Symptombelastung* und des *Psychischen Wohlbefindens* keine Gruppenunterschiede vorliegen; bezüglich der *Psychischen Lebensqualität* zeigt ein mittlerer Effekt mit statistischer Signifikanz eine Verbesserung in der Gruppe, die einzelnpsychotherapeutisch mit VT behandelt wurde, im Vergleich zu der kombinierten behandelten Gruppe.

5.3.3.7 Ergebnisse der Nebenfragestellung 5, Teil a

Die Mittelwerte des primären Outcome-Parameters, operationalisiert durch das Modul A des HEALTH-49 (PSB), Standardabweichungen und prä-post-Effektstärken für das Maß der Veränderung von t_0 bis t_1 werden in Tabelle 22 für die Untersuchungsgruppen VT/E+G und VT/G dargestellt. Ergänzend werden Abbildung 21 die Originalmittelwerte zu den verschiedenen Zeitpunkten in den beiden Gruppen graphisch dargestellt, wobei die Referenzwerte für eine gesunde und eine stationär behandelte Referenzgruppe zum Vergleich ebenfalls abgebildet werden.

Es zeigt sich, dass die Mittelwerte der Symptombelastung in beiden Gruppen von t_0 bis zu t_1 in parallelem Verlauf sinken, wobei die Werte zu beiden Zeitpunkten in der Gruppe VT/E+G leicht höher sind als in der Gruppe VT/G. Der Mittelwert der Gruppe VT/E+G sinkt von $M_{VT/E+G} = 1.33$ Punkte zu t_0 auf $M_{VT/E+G} = 1.05$ zu t_1 , während die Gruppe VT/G von $M_{VT/G} = 1.27$ zu t_0 auf $M_{VT/G} = 0.99$ abfällt. Die Effektstärke ist in beiden Gruppen annähernd gleich und erreicht mit $d = 0.41$ eine kleine bis mittlere Stärke (siehe auch Abbildung 28 im Anhang).

In die Kovarianzanalyse mit der abhängigen Variable *Symptombelastung* zu t_1 unter Kontrolle der Ausgangsbelastung wurden als weitere Kovariaten *frühere stationäre Behandlungen*, sowie *Berufstätigkeit* (Dummy-kodiert als *Berufstätigkeit/Ausbildung* und *Arbeitslosigkeit/Sonstiges*), sowie *Geschlecht* aufgenommen, da sich diese in der vorauslaufenden regressionsanalytischen Auswahl als signifikant erwiesen hatten (vgl. Abschnitt 4.4.8 und siehe Tabelle 48 im Anhang).

Die Ergebnisse der ANCOVA sind in Tabelle 23 zusammengefasst dargestellt.

Tabelle 22: Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) sowie Effektstärken (d) der Outcome-Parameter Symptombelastung (PSB, Modul A), Psychisches Wohlbefinden (WOHL, Modul B) und psychische Lebensqualität (MCS, Short Form-8) in den Gruppen VT/E+G (Patienten in Behandlung mit VT in Kombination von Einzel- und Gruppensetting) und VT/G (Patienten in Behandlung mit VT ausschließlich im Gruppensetting); Messzeitpunkte t_0 und t_1

Outcome-Parameter	Gruppe	Anzahl n	Zeitpunkt				d
			t_0		t_1		
			M	SD	M	SD	
PSB	VT/E+G	30	1.33	0.65	1.05	0.67	0.41
	VT/G	38	1.27	0.74	0.99	0.65	0.41
WOHL	VT/E+G	30	2.60	0.71	2.23	0.87	0.51
	VT/G	38	2.46	0.62	2.27	0.62	0.26
MCS	VT/E+G	30	32.73	10.22	35.66	11.62	0.26
	VT/G	38	34.38	11.07	40.46	11.63	0.53

Anmerkungen. d : prä-post-Effektstärke der Veränderung, berechnet mit der gepoolten prä-Standardabweichung
 t_0 : Zeitpunkt des diagnostischen Erstgesprächs; t_1 : 6 Monate nach dem diagnostischen Erstgespräch

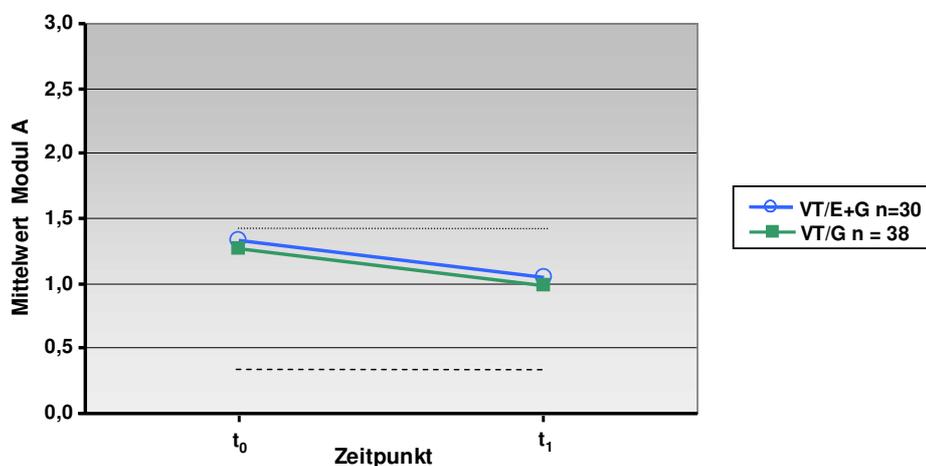


Abbildung 21: Gruppenmittelwerte des Modul A (HEALTH-49) für die Gruppen VT/E+G (Patienten in Behandlung mit VT in Kombination aus Einzel- und Gruppensetting) und VT/G (Patienten in Behandlung mit VT ausschließlich im Gruppensetting). Messzeitpunkte: t_0 : Baseline; t_1 : 6 Monate nach t_0 . (Referenzwerte für Gesunde: $M = 0.34$, $SD = 0.35$, Referenzwerte für stationäre Psychotherapiepatienten: $M = 1.45$, $SD = 0.77$)

Unter statistischer Kontrolle der Ausgangsbelastung zeigt sich ein Haupteffekt Gruppe mit kleiner Effektstärke (part. $\eta^2 = .009$) ohne statistische Signifikanz; er weist auf einen tendenziellen Vorteil der Gruppe VT/G hin. Die Kovariate *Ausgangsbelastung/PSB* steht dagegen erwartungsgemäß mit hoher Effektstärke (part. $\eta^2 = .312$) hochsignifikant (auf dem 0.1%-Niveau) mit dem Outcome in Zusammenhang. Die Kovariate *stationäre Vorbehandlungen* hängt mit mittlerer Effektstärke (part. $\eta^2 = .082$) und Signifikanz auf dem 5%-Niveau mit dem Ergebnis zusammen. Die Kovariate *Berufstätigkeit/Ausbildung* sowie *Arbeitslosigkeit/Sonstiges* erreichen jeweils eine kleine Effektstärke ohne statistische Signifikanz. Der Haupteffekt *Geschlecht* weist weder eine geringe Effektstärke noch statistische Signifikanz auf. Die geschätzten Randmittel betragen $mM_{VT/E+G} = 1.08$ und $mM_{VT/G} = 0.98$ (siehe auch Tabelle 66 im Anhang).

Tabelle 23: Ergebnisse der Kovarianzanalysen zu den abhängigen Variablen Symptombelastung (PSB, Modul A des HEALTH-49), Psychisches Wohlbefinden (WOHL, Modul B des HEALTH-49) und Psychische Lebensqualität (MCS des Short Form-8) zu t_1 (6 Monate nach Baselinemessung) in den Gruppen VT/E+G (Patienten in Behandlung mit VT in Kombination von Einzel- und Gruppensetting) und VT/G (Patienten in Behandlung mit VT ausschließlich im Gruppensetting)

Outcome	Faktor / Kovariate	F	p	part. η^2	mM (SE)	
					VT/E+G	VT/G
PSB	Gruppe	.568	.454	.009	1.08 (0.10)	0.98 (0.09)
	Ausgangsbelastung/PSB	27.622	.000	.312		
	Stationäre Vorbehandlungen	5.484	.022	.082		
	Berufstätigkeit/Ausbildung	1.970	.156	.031		
	Arbeitslosigkeit/Sonstiges	.806	.373	.013		
	Geschlecht	.235	.630	.004		
WOHL	Gruppe	1.398	.242	.022	2.51 (0.14)	2.68 (0.14)
	Ausgangsbelastung /WOHL	14.220	.000	.184		
	Ausgangsbelastung/PCS	9.747	.003	.134		
	Diagnose Persönlichkeitsst.	13.645	.000	.178		
MCS	Gruppe	3.297	.074	.050	35.66 (1.79)	39.89 (1.51)
	Ausgangsbelastung/MCS	17.591	.000	.218		
	Ausgangsbelastung/PCS	15.279	.000	.195		
	Geschlecht	1.260	.266	.020		

Anmerkungen. VT/E+G: n=30, VT/G: n=38, mM: geschätzte Randmittel (marginal mean), SE: Standardfehler

PCS: physical component summary = somatische Skala des Short Form-8

Persönlichkeitsst.= Persönlichkeitsstörung

Die Untersuchung der Nebenfragestellung 5, Teil a, spricht dafür, dass Unterschiede hinsichtlich der Symptombelastung zwischen Patienten, die kombiniert mit Verhaltenstherapie im Gruppen- und Einzelsetting behandelt wurden und Patienten, die ausschließlich verhaltenstherapeutische Gruppenpsychotherapie erhielten, zu Gunsten der Gruppe VT/G vorliegen.

5.3.3.8 Ergebnisse der Nebenfragestellung 5, Teil b

Die Mittelwerte des sekundären Outcome-Parameters, operationalisiert durch das Modul B des HEALTH-49 (WOH), werden mit Standardabweichungen und prä-post-Effektstärken für das Maß der Veränderung in Tabelle 22 (Seite 139) in den Untersuchungsgruppen VT/E+G und VT/G dargestellt. Es wird deutlich, dass beide Gruppen eine ähnlich hohe Ausgangsbelastung zu t_0 aufweisen, wobei sich die Gruppe VT/E+G belasteter zeigt ($M_{VT/E+G} = 2.60$ und $M_{VT/G} = 2.46$). In beiden Gruppen sinken die Mittelwerte des *Psychischen Wohlbefindens* zu t_1 gegenüber zu t_0 . Die Effektstärke der Veränderung beträgt in der Gruppe VT/E+G $d = 0.51$ und ist somit als mittlere Effektstärke einzustufen, während diejenige der ausschließlich gruppentherapeutisch behandelten Patienten VT/G mit $d = 0.26$ klein ausfällt (siehe auch Abbildung 28 im Anhang).

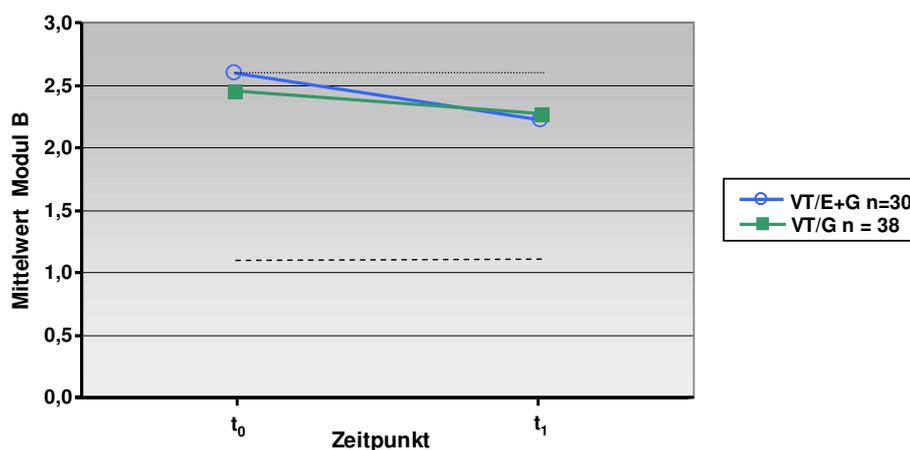


Abbildung 22: Gruppenmittelwerte des Modul B (HEALTH-49) für die Gruppen VT/E+G (Patienten in Behandlung mit VT in Kombination aus Einzel- und Gruppensetting) und VT/G (Patienten in Behandlung mit VT ausschließlich im Gruppensetting). Messzeitpunkte: t_0 : Baseline; t_1 : 6 Monate nach t_0 . (Referenzwerte für Gesunde: $M = 1.09$, $SD = 0.72$, Referenzwerte für stationäre Psychotherapiepatienten: $M = 2.60$, $SD = 0.76$)

In Abbildung 22 werden die Originalmittelwerte zu den verschiedenen Zeitpunkten in den beiden Gruppen zur Veranschaulichung graphisch dargestellt, wobei die Referenzwerte für eine gesunde und eine stationär behandelte Referenzgruppe zur Ergänzung ebenfalls abgebildet sind.

In die Kovarianzanalyse zur abhängigen Variable *Psychisches Wohlbefinden* zu t_1 unter Kontrolle der Ausgangsbelastung wurden als weitere Kovariaten die *Ausgangsbelastung/PCS* (Lebensqualität, somatisch Skala) sowie *Diagnose Persönlichkeitsstörung* aufgenommen, da sich diese in der vorauslaufenden regressionsanalytischen Auswahl als signifikant erwiesen hatten (vgl. Abschnitt 4.4.8 und siehe Tabelle 49 im Anhang). Die Ergebnisse der ANCOVA sind in Tabelle 23 auf Seite 140 zusammengefasst dargestellt.

Unter statistischer Kontrolle der Ausgangsbelastung zeigt sich ein Haupteffekt Gruppe mit kleiner Effektstärke (part. $\eta^2 = .022$) ohne statistische Signifikanz. Die Kovariate *Ausgangsbelastung/WOHL* steht mit dem Outcome *Psychisches Wohlbefinden* erwartungsgemäß mit hoher Effektstärke (part. $\eta^2 = .184$) hochsignifikant (auf dem 1%-Niveau) in Zusammenhang. Die Kovariate *Ausgangsbelastung/PCS* (Lebensqualität, somatische Skala) hängt hochsignifikant mit mittlerer Effektstärke (part. $\eta^2 = .134$) mit dem Outcome zusammen, ebenso wie die Kovariate *Diagnose Persönlichkeitsstörung* (part. $\eta^2 = .178$). Die geschätzten Randmittel betragen $mM_{VT/E+G} = 2.51$ und $mM_{VT/G} = 2.68$ (siehe auch Tabelle 67 im Anhang).

Die kovarianzanalytische Untersuchung der Nebenfragestellung 5, Teil b, zeigte, dass keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten, die in Kombination von Gruppen- und Einzelpsychotherapie behandelt wurden, in Bezug auf das Outcome-Parameter *Psychisches Wohlbefinden*, vorliegen.

5.3.3.9 Ergebnisse der Nebenfragestellung 5, Teil c

Die Mittelwerte des sekundären Outcome-Parameters *Psychisches Wohlbefinden* (WOHL, Modul B des HEALTH-49), Standardabweichungen und Effektstärken für das Maß der Veränderung von t_0 bis t_1 werden für die Untersuchungsgruppen VT/E+G und VT/G in Tabelle 22, Seite 139, dargestellt. Die Gruppe VT/E+G zeigt hinsichtlich der Ausgangswerte zu t_0 eine leicht höhere Belastung ($M_{VT/E+G} = 32.73$) als die Gruppe VT/G ($M_{VT/G} = 34.38$). In beiden Gruppen steigen die Mittelwerte der Psychischen Lebensqualität zu t_1 gegenüber zu t_0 , wobei der Anstieg in der Gruppe

VT/G mit 6.08 Punkten höher ausfällt als in der VT/E+G mit 2.93 Punkten. Die Effektstärke der Veränderung erreicht in der kombiniert behandelten Gruppe mit $d = 0.26$ eine kleine Stärke, während sie in der ausschließlich gruppentherapeutisch behandelten Gruppe VT/G mit $d = 0.53$ eine mittlere Größe aufweist (siehe auch Tabelle 22, Seite 139). Abbildung 23 zeigt die Mittelwerte des sekundären Outcome-Parameters *Psychische Lebensqualität* zu t_1 (MCS des Short Form-8) in den beiden Gruppen zu den verschiedenen Zeitpunkten; es wird deutlich, dass die Linien mit einem etwas steileren Anstieg der Gruppe VT/G nahezu parallel verlaufen. Die Referenzwerte für eine gesunde Referenzgruppe werden zum Vergleich ebenfalls dargestellt.

In die Kovarianzanalyse mit der abhängigen Variable *Psychische Lebensqualität* zu t_1 unter Kontrolle der Ausgangsbelastung wurden als weitere Kovariaten *Ausgangsbelastung/PCS* (somatische Skala der gesundheitsbezogenen Lebensqualität) und *Geschlecht* aufgenommen, da sich diese in der vorauslaufenden regressionsanalytischen Auswahl als signifikant erwiesen hatten (vgl. Abschnitt 4.4.8 und siehe Tabelle 50 im Anhang). Die Ergebnisse der ANCOVA sind in Tabelle 23 zusammengefasst.

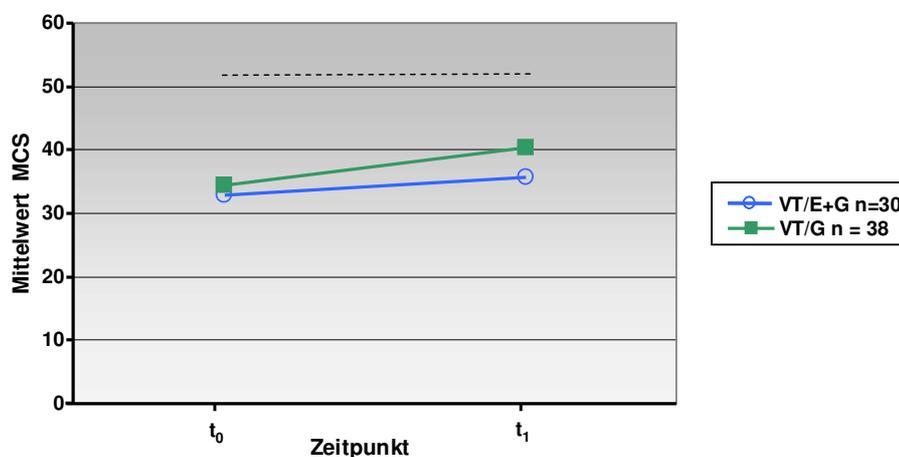


Abbildung 23: Gruppenmittelwerte des MCS (Short Form-8) für die Gruppen VT/E+G (Patienten in Behandlung mit VT in Kombination aus Einzel- und Gruppensetting) und VT/G (Patienten in Behandlung mit VT ausschließlich im Gruppensetting). Messzeitpunkte: t_0 : Baseline; t_1 : 6 Monate nach t_0 . (Referenz: Normwerte für die Deutsche Gesamtbevölkerung: $M = 51.68$, $SD = 8.82$)

Unter statistischer Kontrolle der Ausgangsbelastung zeigt sich ein Haupteffekt Gruppe mit kleiner bis mittlerer Effektstärke (part. $\eta^2 = .050$) auf Trendniveau (10%-

Niveau) zu Gunsten der Gruppe VT/G. Die Kovariate *Ausgangsbelastung/MCS* hängt erwartungsgemäß mit großer Effektstärke (part. $\eta^2 = .218$) hochsignifikant (auf dem 0.1%-Niveau) mit dem Outcome zusammen, ebenso wie die Kovariate *Ausgangsbelastung/PCS* (part. $\eta^2 = .195$). Die Kovariate *Geschlecht* steht bei kleiner Effektstärke (part. $\eta^2 = .020$) nicht signifikant mit dem Outcome in Zusammenhang. Die geschätzten Randmittel betragen $mM_{VT/E+G} = 35.66$ und $mM_{VT/G} = 39.89$ (siehe auch Tabelle 68 im Anhang) und weisen einen Vorteil der Gruppe VT/G hin.

Die Untersuchung der Nebenfragestellung 5, Teil c zeigte, dass die Unterschiede in diesem Outcome-Parameter zwischen in Kombination von Verhaltenstherapeutischer Einzel- und Gruppenpsychotherapie und ausschließlich mit verhaltenstherapeutischer Gruppenpsychotherapie behandelten Patienten einen kleinen bis mittleren Effekt des Haupteffekts Gruppe zu Gunsten der Gruppe VT/G aufweisen. Auch die Originalwerte sprechen dafür, dass eine Tendenz der Änderung der *Psychischen Lebensqualität* zu Gunsten der Gruppe VT/G vorliegt.

Insgesamt zeigt die Untersuchung der Nebenfragestellung 5 in keinem der untersuchten Outcome-Kriterien einen Vorteil der kombiniert behandelten Patienten gegenüber den ausschließlich gruppenspsychotherapeutisch behandelten Patienten; hinsichtlich des Outcomes *Psychische Lebensqualität* erreicht der Haupteffekt Gruppe statistische Signifikanz und spricht für einen Vorteil der Gruppe VT/G.

5.3.4 Ergebnisse zur Nebenfragestellung 6

Die Nebenfragestellung 6 befasst sich mit einer Gruppe von Patienten, die außerhalb der verhaltenstherapeutischen Fokuseinrichtung eine Psychotherapie unbekannter Ausrichtung im Einzelsetting erhalten hat (PT/E). Es ist nicht bekannt, ob diese Therapien den Richtlinienverfahren (Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch oder Psychoanalytisch orientierter Psychotherapie) zuzuordnen sind, oder auch außerhalb dieser Verfahren anzusiedeln sind. Es erfolgt der Vergleich dieser Patientengruppe PT/E mit der unbehandelten Vergleichsgruppe (UB).

5.3.4.1 Ergebnisse der Nebenfragestellung 6, Teil a

Die Mittelwerte des primären Outcome-Parameters, operationalisiert durch das Modul A des HEALTH-49 (PSB), werden mit Standardabweichungen und Effektstärken für das Maß der Veränderung von t_0 bis t_1 in den Untersuchungsgruppen PT/E und

UB in Tabelle 24 dargestellt. Es wird deutlich, dass beide Gruppen eine nahezu identische Belastung zu t_0 zeigen ($M_{PT/E} = 1.22$ und $M_{UB} = 1.26$), und dass die Mittelwerte der Symptombelastung in beiden Gruppen zu t_1 gegenüber zu t_0 sinken (was einer Reduktion der Symptombelastung entspricht).

Die Effektstärke der Veränderung beträgt in beiden Gruppen $d = 0.25$ und ist somit lediglich als niedrige Effektstärke einzustufen (siehe auch Abbildung 28 im Anhang). Die Originalmittelwerte zu den verschiedenen Zeitpunkten werden in Abbildung 24 graphisch dargestellt. Hier zeigt sich ein paralleler Verlauf der Linien. Die Referenzwerte für eine gesunde und eine stationär behandelte Referenzgruppe werden zum Vergleich ebenfalls abgebildet.

Tabelle 24: Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) sowie Effektstärken (d) der Outcome-Parameter Symptombelastung (PSB, Modul A), Psychisches Wohlbefinden (WOHL, Modul B) und psychische Lebensqualität (MCS) in den Gruppen PT/E (Patienten in Behandlung mit Psychotherapie unbekannter Ausrichtung außerhalb der untersuchten Einrichtung im Einzelsetting) und UB (Patienten in unbehandelter Wartesituation); Messzeitpunkte t_0 und t_1

Outcome-Parameter	Gruppe	Anzahl n	Zeitpunkt				d
			t_0		t_1		
			M	SD	M	SD	
PSB	PT/E	37	1.22	0.82	1.05	0.79	0.25
	UB	74	1.26	0.65	1.09	0.65	0.25
WOHL	PT/E	37	2.46	0.84	2.26	0.81	0.28
	UB	74	2.51	0.78	2.36	0.89	0.19
MCS	PT/E	37	33.06	12.24	42.25	12.43	0.80
	UB	74	36.53	11.25	39.15	11.75	0.23

Anmerkungen. d : prä-post-Effektstärke der Veränderung, berechnet mit der gepoolten prä-Standardabweichung
 t_0 : Zeitpunkt des diagnostischen Erstgesprächs; t_1 : 6 Monate nach dem diagnostischen Erstgespräch

In die Kovarianzanalyse mit der abhängigen Variable *Symptombelastung* zu t_1 unter Kontrolle der Ausgangsbelastung wurden als weitere Kovariaten *stationäre Vorbehandlungen*, *Berufstätigkeit* (Dummy-kodiert als *Berufstätigkeit/Ausbildung* und *Arbeitslosigkeit/Sonstiges*), sowie *Geschlecht* aufgenommen, da sich diese in der vorauslaufenden regressionsanalytischen Auswahl als signifikant erwiesen hatten (vgl. Abschnitt 4.4.8 und siehe Tabelle 48 im Anhang).

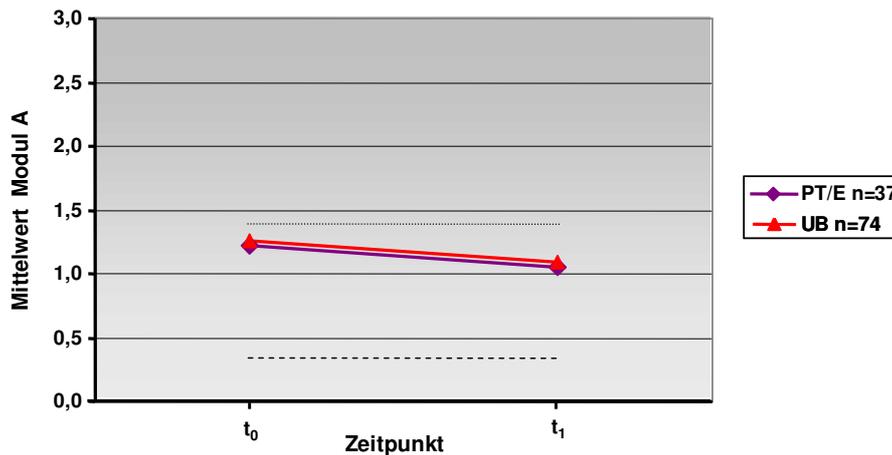


Abbildung 24: Gruppenmittelwerte des Modul A (HEALTH-49) für die Gruppen PT/E (Patienten in Behandlung mit Psychotherapie unbekannter Ausrichtung außerhalb der untersuchten Einrichtung im Einzelsetting) und UB (Patienten in un behandelter Wartesituation). Messzeitpunkte: t₀: Baseline; t₁: 6 Monate nach t₀. (Referenzwerte für Gesunde: M = 0.34, SD = 0.35, Referenzwerte für stationäre Psychotherapiepatienten: M = 1.45, SD = 0.77)

Die Ergebnisse der ANCOVA sind in Tabelle 25 zusammengefasst dargestellt. Unter statistischer Kontrolle der Ausgangsbelastung zeigt sich, dass der Haupteffekt Gruppe weder eine kleine Effektstärke noch statistische Signifikanz aufweist (part. $\eta^2 = .005$). Die Kovariate *Ausgangsbelastung/PSB* hängt erwartungsgemäß mit hoher Effektstärke (part. $\eta^2 = .408$) hochsignifikant (auf dem 0.1%-Niveau) mit dem Outcome zusammen. Die Kovariate *Stationäre Vorbehandlungen* steht mit kleiner Effektstärke (part. $\eta^2 = .031$) ohne Signifikanz, aber in Trendstärke (10%-Niveau) mit der unabhängigen Variable (Outcome zu t₁) in Zusammenhang. Die Kovariaten *Berufstätigkeit/Ausbildung* und *Geschlecht* erreichen eine kleine Effektstärke (part. $\eta^2 = .014$ bzw. part. $\eta^2 = .040$) ohne statistische Signifikanz und weisen somit keinen statistischen Zusammenhang mit dem Outcome *Symptombelastung zu t₁* auf. Die Kovariate *Arbeitslosigkeit/Sonstiges* erreicht weniger als eine kleine Effektstärke (part. $\eta^2 = .003$) und hängt statistisch ebenfalls nicht mit dem Outcome zusammen. Die geschätzten Randmittel betragen $mM_{PT/E} = 1.07$ und $mM_{UB} = 1.15$ (siehe Tabelle 69 im Anhang).

Die Untersuchung der Nebenfragestellung 6, Teil a, ergab, dass die Unterschiede hinsichtlich der Symptombelastung zwischen Patienten, die außerhalb der untersuchten verhaltenstherapeutischen Einrichtung psychotherapeutisch im Einzelsetting behan-

delt wurden und unbehandelten Patienten nach einem Zeitraum von sechs Monaten nach dem Erstgespräch nicht signifikant mit Haupteffekt Gruppe zusammen hängen.

Tabelle 25: Ergebnisse der Kovarianzanalysen zu den abhängigen Variablen Symptombelastung (PSB, Modul A des HEALTH-49), Psychisches Wohlbefinden (WOHL, Modul B des HEALTH-49) und Psychische Lebensqualität (MCS des Short Form-8) zu t_1 (6 Monate nach Baselinemessung) in den Gruppen PT/E (Patienten in Behandlung mit Psychotherapie unbekannter Ausrichtung außerhalb der untersuchten Einrichtung im Einzelsetting) und UB (Patienten in unbehandelter Wartesituation)

Outcome	Faktor / Kovariate	F	p	part. η^2	mM (SE)	
					PT/E	UB
PSB	Gruppe	.528	.469	.005	1.07 (0.09)	1.15 (0.07)
	Ausgangsbelastung/PSB	71.591	.000	.408		
	Stationäre Vorbehandlungen	3.351	.070	.031		
	Berufstätigkeit/Ausbildung	1.469	.228	.014		
	Arbeitslosigkeit/Sonstiges	.333	.565	.003		
	Geschlecht	4.314	.040	.040		
WOHL	Gruppe	.241	.625	.002	2.40 (0.15)	2.47 (0.12)
	Ausgangsbelastung/WOHL	55.762	.000	.345		
	Ausgangsbelastung/PCS	8.919	.004	.078		
	Diagnose Persönlichkeitsst	1.323	.253	.012		
MCS	Gruppe	7.481	.007	.066	42.98 (1.71)	37.16 (1.32)
	Ausgangsbelastung/MCS	31.526	.000	.229		
	Ausgangsbelastung/PCS	2.936	.090	.027		
	Geschlecht	6.693	.011	.059		

Anmerkungen. PT/E: n=37, UB n=74, mM: geschätzte Randmittel (marginal mean), SE: Standardfehler

PCS: physical component summary = somatische Skala des Short Form-8

Persönlichkeitsst.= Persönlichkeitsstörung

5.3.4.2 Ergebnisse der Nebenfragestellung 6, Teil b

Die Mittelwerte des sekundären Outcome-Parameters, operationalisiert durch das Modul B des HEALTH-49 (WOHL), werden mit Standardabweichungen und Effektstärken für das Maß der Veränderung dieses Outcome-Parameters von t_0 bis t_1 für die Untersuchungsgruppen PT/E und UB in Tabelle 24, Seite 145, dargestellt.

Wie beim Outcome *Symptombelastung*, fällt auch hier die nahezu gleiche Ausgangsbelastung zu t_0 auf ($M_{PT/E} = 2.46$ und $M_{UB} = 2.51$). In beiden Gruppen sinken die Mit-

telwerte des *Psychischen Wohlbefindens* zu t_1 gegenüber zu t_0 . Die Effektstärke der Veränderung beträgt in der behandelten Gruppe PT/E $d = 0.28$ und ist somit nur als niedrig einzustufen, sie liegt jedoch höher als in der unbehandelten Vergleichsgruppe mit einer Effektstärke von nur $d = 0.19$ (siehe auch Abbildung 28 im Anhang). In Abbildung 25 werden die Originalmittelwerte des sekundären Outcome-Parameters *Psychisches Wohlbefinden* (WOHL, Modul B des HEALTH-49) zu den verschiedenen Zeitpunkten in den beiden Gruppen zur Veranschaulichung graphisch dargestellt, wobei die Referenzwerte für eine gesunde und eine stationär behandelte Referenzgruppe zum Vergleich ebenfalls dargestellt werden.

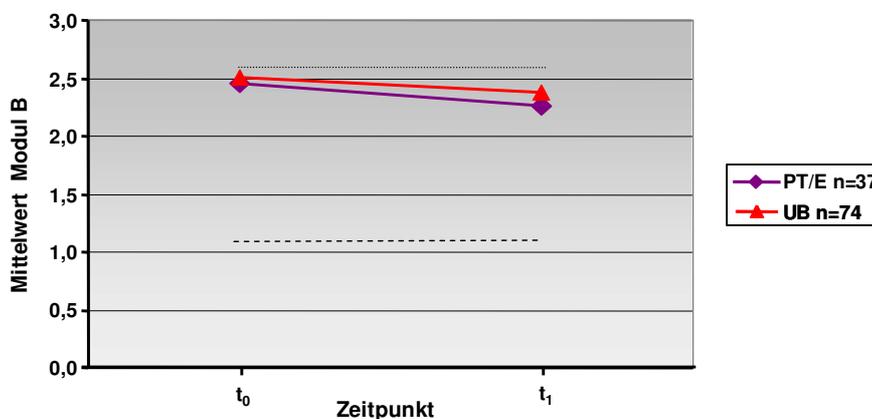


Abbildung 25: Gruppenmittelwerte des Modul B (HEALTH-49) die Gruppen PT/E (Patienten in Behandlung mit Psychotherapie unbekannter Ausrichtung außerhalb der untersuchten Einrichtung im Einzelsetting) und UB (Patienten in un behandelter Wartesituation). Messzeitpunkte: t_0 : Baseline; t_1 : 6 Monate nach t_0 . (Referenzwerte für Gesunde: $M = 1.09$, $SD = 0.72$, Referenzwerte für stationäre Psychotherapiepatienten: $M = 2.60$, $SD = 0.76$)

In die Kovarianzanalyse zur abhängigen Variable *Psychisches Wohlbefinden* zu t_1 unter Kontrolle der Ausgangsbelastung wurden als weitere Kovariaten die *Ausgangsbelastung/PCS* (somatische Skala der gesundheitsbezogenen Lebensqualität) und *Diagnose Persönlichkeitsstörung* aufgenommen, da sich diese in der vorauslaufenden regressionsanalytischen Auswahl als signifikant erwiesen hatten (vgl. Abschnitt 4.4.8 und siehe Tabelle 49 im Anhang).

Die Ergebnisse der ANCOVA sind in Tabelle 25 auf Seite 147 zusammengefasst dargestellt. Unter statistischer Kontrolle der Ausgangsbelastung zeigt der Haupteffekt Gruppe weder eine geringe Effektstärke (part. $\eta^2 = .002$), noch statistische Signifikanz. Die Kovariate *Ausgangsbelastung/WOHL* hängt erwartungsgemäß mit großer

Effektstärke (part. $\eta^2 = .345$) hochsignifikant (auf dem 0.1%-Niveau) mit dem Outcome zusammen. Gleiches gilt für die *Ausgangsbelastung/PCS* (somatische Skala der gesundheitsbezogenen Lebensqualität), die bei hoher Signifikanz (auf dem 1%-Niveau) mit großer Effektstärke (part. $\eta^2 = .078$) eng in Zusammenhang mit dem Outcome steht. Die Kovariate *Diagnose Persönlichkeitsstörung* weist dagegen eine kleine Effektstärke (part. $\eta^2 = .012$) ohne statistische Signifikanz auf. Die geschätzten Randmittel betragen $mM_{PT/E} = 2.40$ und $mM_{UB} = 2.47$ (siehe auch Tabelle 70 im Anhang).

Die Untersuchung der Nebenfragestellung 6, Teil b, hinsichtlich des *Psychischen Wohlbefindens* ergab, dass der Haupteffekt Gruppe eine kleine Effektstärke erreicht, die jedoch – möglicherweise aufgrund der kleinen Gruppengröße – nicht signifikant wird.

5.3.4.3 Ergebnisse der Nebenfragestellung 6, Teil c

Die Mittelwerte des sekundären Outcome-Parameters *Psychische Lebensqualität* (MCS des Short Form-8) werden mit Standardabweichungen und Effektstärken für das Maß der Veränderung von t_0 bis t_1 in den Untersuchungsgruppen PT/E und UB in Tabelle 24, auf Seite 145, dargestellt. Die Ausgangsbelastung erweist sich zu t_0 in der Gruppe PT/E als leicht erhöht gegenüber der Gruppe UB ($M_{PT/E} = 33.06$ versus $M_{UB} = 36.53$). In beiden Gruppen steigen die Mittelwerte der Psychischen Lebensqualität zu t_1 gegenüber zu t_0 , wobei die Gruppe PT/E einen höheren Anstieg als die unbehandelte Gruppe zeigt ($\Delta t_0-t_1_{PT/E} = 9.19$ und $\Delta t_0-t_1_{UB} = 2.62$). Die Effektstärke der Veränderung beträgt in der Gruppe PT/E $d = 0.80$ und liegt somit im hohen Bereich, während sie in der unbehandelten Kontrollgruppe mit $d = 0.23$ eine kleine Größe aufweist (siehe auch Abbildung 28 im Anhang). In Abbildung 26 werden die Originalmittelwerte in den beiden Gruppen zu den verschiedenen Zeitpunkten zur Veranschaulichung mit dem Vergleichswert für eine gesunde Referenzgruppe dargestellt.

In die Kovarianzanalyse mit der abhängigen Variable *Psychische Lebensqualität* zu t_1 unter Kontrolle der Ausgangsbelastung wurden als weitere Kovariaten *Ausgangsbelastung/PCS* (somatische Skala der gesundheitsbezogenen Lebensqualität) und *Geschlecht* aufgenommen, da sich diese in der vorauslaufenden regressionsanalytischen Auswahl als signifikant erwiesen hatten (vgl. Abschnitt 4.4.8 und Tabelle 50).

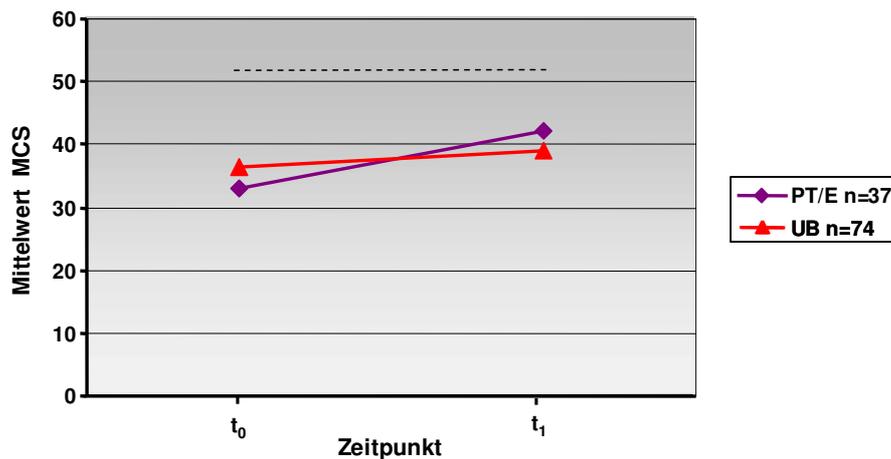


Abbildung 26: Gruppenmittelwerte des MCS (Short Form-8) für die Gruppen PT/E (Patienten in Behandlung mit Psychotherapie unbekannter Ausrichtung außerhalb der untersuchten Einrichtung im Einzelsetting) und UB (Patienten in un behandelter Wartesituation). Messzeitpunkte: t₀: Baseline; t₁: 6 Monate nach t₀. (Referenz: Normwerte für die Deutsche Gesamtbevölkerung: M = 51.68, SD = 8.82)

Die Ergebnisse der ANCOVA sind in Tabelle 25, Seite 147, zusammengefasst dargestellt. Unter statistischer Kontrolle der Ausgangsbelastung zeigt sich ein Haupteffekt Gruppe mit mittlerer Effektstärke (part. $\eta^2 = .066$) bei statistischer Signifikanz auf dem 1%-Niveau zu Gunsten der Gruppe PT/E. Dies spricht dafür, dass die Unterschiede im Outcome mit der Behandlungssituation zusammenhängen. Die Kovariate *Ausgangsbelastung/MCS* hängt erwartungsgemäß mit hoher Effektstärke (part. $\eta^2 = .229$) hochsignifikant (auf dem 1%-Niveau) mit dem Ergebnis zusammen. Die Kovariate *Ausgangsbelastung/PCS* erreicht hier eine mittlere Effektstärke (part. $\eta^2 = .027$) ohne Signifikanz, während die Kovariate *Geschlecht* einen mittleren Effektstärke (part. $\eta^2 = .059$) mit Signifikanz auf dem 5%-Niveau aufweist. Die geschätzten Randmittel betragen $mM_{PT/E} = 42.98$ und $mM_{UB} = 37.16$ (siehe Tabelle 71 im Anhang) und weisen auf einen Vorteil der Gruppe PT/E hin.

Die Untersuchung der Nebenfragestellung 6, Teil c, ergibt hinsichtlich der *Psychischen Lebensqualität*, dass der Haupteffekt Gruppe eine mittlere Effektstärke aufweist und signifikant mit dem Outcome *Psychische Lebensqualität* zu t₁ zusammenhängt.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die kovarianzanalytische Überprüfung der Nebenfragestellung 6 keine Unterschiede hinsichtlich der Outcome-Parameter *Symptombelastung* und *Psychisches Wohlbefinden* ergab; hinsichtlich der *Psychischen Lebensqualität* sprechen die Ergebnisse jedoch deutlich für eine Besse-

rung der außerhalb der Fokuseinrichtung mit Einzelpsychotherapie behandelten Patienten gegenüber den unbehandelten Patienten.

5.3.5 *Erfolgsgruppen in den Untersuchungsgruppen*

Zur weiteren Beurteilung der Ergebnisse hinsichtlich der Effektivität der ambulanten Verhaltenstherapie werden die zentralen Outcome-Parameter *Symptombelastung* und *Psychisches Wohlbefinden*, eingeteilt nach Erfolgsgruppen (siehe auch Abschnitt 4.4.8), in Abbildung 29 und Abbildung 30 im Anhang graphisch und tabellarisch dargestellt. Die folgende Zusammenfassung konzentriert sich auf die Hauptuntersuchungsgruppen VT/E und UB. In Bezug auf das primäre Outcome-Kriterium *Symptombelastung* verbessern sich im Verlauf von sechs Monaten nach dem Erstgespräch 25.4% der Patienten der Gruppe VT/E ‚klinisch signifikant‘, während 12.2% der unbehandelten Patienten eine Verbesserung in dieser Kategorie aufweisen. ‚Statistisch bedeutsame‘ Verbesserungen erreichen 26.8% der Gruppe VT/E und 32.4% der unbehandelten Patienten; ‚unverändert‘ sind 12.7% der Gruppe VT/E im Vergleich zu 9.5% der Gruppe UB. Ein nahezu gleich großer Anteil ist in beiden Gruppen ‚unverändert im klinischen Bereich‘ (25.3%_{VT/E} bzw. 25.75%_{UB}), während eine ‚statistisch bedeutsame Verschlechterung‘ bei 9.9% der behandelten Patienten (VT/E) auftritt, im Gegensatz zu 20.3% der unbehandelten Patienten UB.

Im sekundären Outcome-Parameter erreichen 19.7% der Gruppe VT/E eine ‚klinisch bedeutsame Verbesserung‘ im Gegensatz zu 12.2% der Gruppe UB. Ein ähnlich hoher Anteil in beiden Gruppen wird als ‚statistisch bedeutsam gebessert‘ eingestuft (11.3%_{VT/E} versus 10.8%_{UB}). ‚Unverändert im Normalbereich‘ sind 9.9%_{VT/E} versus 9.5%_{UB}. Der weitaus größte Anteil in beiden Gruppen verbleibt ‚unverändert im klinischen Bereich‘: 54.9%_{VT/E} versus 54.0%_{UB}. Im ‚statistisch bedeutsam verschlechterten‘ Bereich sind 4.2% der Gruppe VT/E im Gegensatz zu 13.5% der Gruppe UB enthalten.

6 DISKUSSION

Die vorliegende Arbeit untersucht die Effektivität ambulanter Verhaltenstherapie im Kontext der psychotherapeutischen Routineversorgung. In einer zeitstandardisierten Verlaufsmessung wurden Patienten nach ihrem Erstgespräch in einer ambulanten verhaltenstherapeutischen Einrichtung und sechs Monate später befragt. Eine Gruppe von Patienten kam im Rahmen eines Projektes zur Integrierten Versorgung aufgrund ihrer Mitgliedschaft in bestimmten gesetzlichen Krankenkassen mit kurzer Wartezeit in Psychotherapie; unterschiedliche Kapazitäten der Einrichtung führten außerdem zu unterschiedlich langen Wartezeiten von Patienten außerhalb des Projektes zur Integrierten Versorgung – beispielsweise im Angebot der Gruppen- oder Einzelpsychotherapie –, so dass in einem naturalistischen Design die besondere Möglichkeit des Vergleichs verschiedener Gruppen entstand. Der Großteil der Studienteilnehmer wurde in der untersuchten verhaltenstherapeutischen Fokuseinrichtung behandelt, während einige Patienten über den gesamten Untersuchungszeitraum unbehandelt bzw. in Wartesituation verblieben. In unterschiedlichen Settings (Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie sowie kombinierter Einzel- und Gruppenpsychotherapie) behandelte Patienten wurden mit Patienten in der Wartesituation verglichen. Zudem wurde auch eine Gruppe von Patienten einbezogen, die nach dem Erstgespräch außerhalb der verhaltenstherapeutisch orientierten Fokuseinrichtung einen Therapieplatz gefunden hatte. Die Hauptfragestellung befasst sich mit dem Vergleich der verhaltenstherapeutischen Einzelpsychotherapie unter Routinebedingungen mit der unbehandelten Wartesituation. Im Folgenden werden zunächst die wichtigsten Ergebnisse vor dem Hintergrund bestehender Forschungsbefunde diskutiert und beurteilt. Nachfolgend werden methodische Aspekte, vor allem bezüglich der Generalisierbarkeit und möglicher Grenzen des gewählten Designs, dargelegt, wobei die Aspekte der internen und externen Validität besonders berücksichtigt werden. Es folgt ein Ausblick zu den Implikationen der dargestellten Forschungsergebnisse für die psychotherapeutische Praxis, sowie Anregungen für weitere Forschungstätigkeit aus den hier berichteten Ergebnissen.

6.1 Zu der Hauptfragestellung

Die Hypothese, dass ambulante Verhaltenstherapie im Einzelsetting über einen Zeitraum von sechs Monaten effektiver als eine Wartesituation ohne Behandlung ist, wurde kovarianzanalytisch unter Kontrolle der Ausgangsbelastung überprüft. Hinsichtlich des primären Outcome-Parameters *Symptombelastung*, operationalisiert durch das Modul A des HEALTH-49 (PSB), konnte die Hypothese bestätigt werden: Eine kleine Effektstärke (part. $\eta^2 = .035$) bei statischer Signifikanz auf dem 5%-Niveau stützt die Annahme, dass Verhaltenstherapie effektiver ist als die unbehandelte Wartesituation. Die Frage, ob sich die Effektivität der Verhaltenstherapie im Einzelsetting unter Routinebedingungen bereits in einem Zeitfenster von sechs Monaten zeigt, wurde somit positiv beantwortet. Die prä-post-Effektstärke der Veränderung liegt mit $d = 0.57$ im mittleren Bereich.

Für die Ergebnisse zu den sekundären Outcome-Parametern *Psychisches Wohlbefinden* und *Psychische Lebensqualität* gilt, dass sie ebenfalls für die Effektivität der ambulanten Verhaltenstherapie im Einzelsetting im Zeitraum von sechs Monaten sprechen, wobei hinsichtlich des *Psychischen Wohlbefindens*, operationalisiert durch das Modul B des HEALTH-49 (WOHL), nicht die erwartete Effektstärke erreicht wurde und daher die Hypothese, dass ein signifikanter Haupteffekt Gruppe von mindestens mittlerer Effektstärke auftreten wird, nur teilweise bestätigt werden konnte: Die Effektstärke erreicht nur eine kleine Größe und weist dabei eine Trendstärke auf (part. $\eta^2 = .025$). Unterschiede zwischen den Gruppen zeigen sich in der erwarteten Weise zu Gunsten der verhaltenstherapeutisch im Einzelsetting behandelten Patienten. Die Effektstärke der Veränderung beträgt in dem Outcome-Parameter *Psychisches Wohlbefinden* $d = 0.63$.

Bezüglich des sekundären Outcome-Parameters *Psychische Lebensqualität*, operationalisiert durch die psychische Summenskala des Short Form-8 (mental component scale, MCS), konnte die Hypothese, dass sich ein Haupteffekt Gruppe von mindestens kleiner Effektstärke zu Gunsten der behandelten Patienten zeigt, bestätigt werden: Der Haupteffekt Gruppe weist in der Kovarianzanalyse eine kleine Effektstärke ($\eta^2 = .037$) bei statistischer Signifikanz auf dem 5%-Niveau auf. Die Effektstärke der Veränderung beträgt hier $d = 0.78$.

Die kovarianzanalytischen Ergebnisse zeigen außerdem den statistisch bedeutsamen

Zusammenhang zwischen der Ausgangsbelastung zu t_0 mit dem Outcome: Die Effekte sind für alle Outcome-Parameter hochsignifikant. Aufgrund der initialen Ähnlichkeit der beiden Untersuchungsgruppen wurde eine weitere Kontrolle von Kovariaten lediglich in Bezug auf das Outcome *Psychisches Wohlbefinden* erforderlich, wo die Kovariate Ausgangsbelastung der *Physischen Lebensqualität* (PCS, somatische Summenskala des Short Form-8, PCS) ebenfalls bei hoher Signifikanz eine große Effektstärke erreicht und somit in einem bedeutsamen statischen Zusammenhang mit dem Ergebnis steht. Dies bestätigt frühere Befunde der Outcome-Forschung, die dafür sprechen, dass die Ausgangsbelastung ein einflussreicher Prädiktor für das Outcome ist (Beutler, Castonguay & Follette, 2006).

Die Ergebnisse sprechen insgesamt für die Effektivität der ambulanten Verhaltenstherapie im Einzelsetting in der Routineversorgung in dem Zeitrahmen von sechs Monaten nach dem Erstgespräch gegenüber der unbehandelten Wartesituation. Die Effektstärken der Kovarianzanalyse liegen nur im kleinen Bereich und fallen niedriger als erwartet aus. Die prä-post-Effektstärken des Haupteffekts Gruppe liegen jedoch im mittleren bis großen Bereich. Vor dem Hintergrund internationaler Befunde aus Effectiveness-Studien erscheinen die hier gezeigten prä-post-Effekte plausibel: Shadish (1997) berichtet in einer Metaanalyse Effektstärken in Höhe von $ES = 0.68$ (siehe Abschnitt 2.2.1). In Hinblick auf die Behandlungsdosis der vorliegenden Studie erscheinen die erreichten Effekte jedoch relativ gering: im US-amerikanischen Raum werden durchschnittlich weniger als fünf Stunden Therapie in Anspruch genommen (vgl. Hansen, Lambert & Forman, 2002), während in der vorliegenden Studie eine durchschnittliche Dosis von 13 Sitzungen erreicht wurde. Wie lassen sich die Befunde der relativ geringen Effektivität der ambulanten Verhaltenstherapie in der vorliegenden Studie einordnen? Im Vergleich zu der Studie von Westbrook & Kirk (2005) mit prä-post-Effektstärken auf Symptomebene von $d = 0.67_{BDI}$ bzw. $d = 0.57_{BAI}$ (siehe Abschnitt 2.2.1) erscheinen die hier nachgewiesenen Effekte durchaus vergleichbar, auch im Hinblick auf die dort berichtete Dosis von durchschnittlich 13 Behandlungsstunden.

Ein weiterer Vergleich mit einer Studie im deutschen Gesundheitssystem bietet sich zu der Pilotstudie an, die im Vorfeld dieser Studie in der untersuchten verhaltenstherapeutischen Einrichtung zur Ergebnisqualität in der Integrierten Versorgung durchgeführt wurde (Kerkow, 2009). Hier wurden bisher abgeschlossene Therapien des IV-

Projekts sowie zum Zeitpunkt der Auswertung noch nicht beendete Therapien in einem Zwei-Jahreszeitraum untersucht. Hier zeigten sich große Effektstärken der Veränderung (berechnet mit der Standardabweichung prä) bei Patienten mit abgeschlossener Behandlung in Höhe von $d_{\text{PSB}} = 1.06$ und $d_{\text{WOHL}} = 1.25$. Diese deutlich höheren Effektstärken im Vergleich zu den in der vorliegenden Studie erreichten Werten ($d_{\text{PSB}} = 0.57$ und $d_{\text{WOHL}} = 0.63$) könnten zum einen mit dem deutlich kürzeren Untersuchungszeitraum in der vorliegenden Studie zusammenhängen, in dem erst nahezu die Hälfte der mittleren Anzahl an Einzeltherapiestunden im Vergleich zu der Pilotstudie erreicht wurde (Dosis der Einzeltherapiesitzungen in der vorliegenden Studie: $M = 12.93$, $SD = 5$ im Vergleich zu der Pilotstudie von Kerkow (2009): $M = 20.2$, $SD = 8.6$). Allerdings zeigte eine Überprüfung des Zusammenhangs zwischen Dosis und Outcome mittels Korrelationsrechnung, dass dieser Zusammenhang keine ausreichende Erklärung für die eher kleinen Effektstärken der vorliegenden Studie bietet: Die Korrelation ist niedrig und nicht signifikant.¹⁵ Denkbar erscheint jedoch ein Zusammenhang, zwischen der Therapiephase und Outcome: Es könnte sein, dass in der Endphase der Therapien aufgrund der Erfahrungen und Erwartungen von Patienten und Therapeuten deutlichere Veränderungen auftreten, als in frühen Phasen. Da die mittlere Dosis in der vorliegenden Studie erst bei knapp 13 Sitzungen liegt, ist nicht zu erwarten, dass sich bereits viele Patienten in der Endphase der Therapie befanden (Anteil abgeschlossener Therapien 14%, siehe Tabelle 11).

Im Gegensatz zu der Pilotstudie von Kerkow (2009) befinden sich in der hier vorgestellten Studie auch Patienten in der Untersuchungsgruppe, die nicht im IV-Projekt behandelt wurden (vgl. Abschnitt 2.1.1.1), und die trotz der allgemein längeren Wartezeit bereits innerhalb von sechs Monaten nach dem Erstgespräch eine verhaltenstherapeutische Einzelpsychotherapie in der Fokuseinrichtung begonnen haben ($n = 13$, dies entspricht 18.3% der Untersuchungsgruppe VT/E). Davon sind einige Patienten ($n = 9$) im Rahmen der Weiterbildung für ärztliche Psychotherapeuten, die der untersuchten Fokuseinrichtung angegliedert ist, behandelt worden (siehe Abschnitt 4.1.1). In der Pilotstudie waren dagegen ausschließlich psychologische Psychotherapeuten verhaltenstherapeutischer Ausrichtung mit Approbation oder im fortgeschrittenen

¹⁵ Korrelation der Therapiedosis mit Outcome Symptombelastung zu t_1 in der Gruppe VT/E $r_{\text{Dosis-PSB}/t_1} = .095$, $p = .429$

Stadium der Ausbildung beteiligt, so dass für eine Subgruppe der Gruppe VT/E ein Unterschied in der Qualifikation der Therapeuten in den beiden Studien vorliegt (medizinische und psychologische Psychotherapeuten). Außerdem ist die Behandlung der Patienten im ärztlichen Weiterbildungsinstitut durch organisatorische Unterschiede im Gegensatz zu den Patienten im Projekt der Integrierten Versorgung gekennzeichnet: Die Behandlung erfolgte hier nach einem weiteren Screening-Gespräch mit folgender Wartezeit; in diesen Behandlungen wurde nach der Probatorik im Umfang von fünf Stunden zuzüglich einer biographischen Sitzung die Antragstellung vorgenommen, die mit einer darauf folgenden Therapiepause bis zum positiven Bescheid der Kostenübernahme verbunden war. Die Therapien unterscheiden sich somit in der Anfangsphase hinsichtlich der Kontinuität. In der vorliegenden Studie wurden die im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung behandelten Patienten mit einbezogen, da sie die Gruppenzuweisungskriterien erfüllten (Behandlung innerhalb der Fokuseinrichtung mit Verhaltenstherapie im Einzelsetting), jedoch unterscheiden sie sich von den genannten Rahmenbedingungen des IV-Projektes. Die Mischung von Teilnehmern des Projekts zur Integrierten Versorgung und von Patienten außerhalb des Projektes in der Untersuchungsgruppe schränkt daher den Vergleich der Stichprobe in der vorliegenden Studie mit der Pilotstudie ein und es kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich die veränderte Zusammensetzung der Untersuchungsgruppe auf Stichprobenmerkmale sowie auf das Behandlungsergebnis ausgewirkt hat.

Auch die Frankfurt-Hamburg Langzeit Psychotherapiestudie bietet die Möglichkeit des Vergleichs (Brockmann et al., 2002; Brockmann, Schlüter & Eckert, 2003; Brockmann, Schlüter & Eckert, 2006; Schlüter, 2000). In dieser Studie mit mehreren Messzeitpunkten wurden u.a. ambulante Verhaltenstherapien in der Routineversorgung untersucht (siehe Abschnitt 2.2.1). In dieser Studie wurde in dem Zeitraum bis zu einem Jahr nach Therapiebeginn eine Effektstärke der Veränderung von $d = 1.00$ (berechnet mit der prä-Standardabweichung) hinsichtlich des Outcomes *Symptombelastung* (gemessen mit dem SCL-90) berichtet (Schlüter, 2000). Ein Vergleich mit dieser Studie erscheint hier aufgrund der Konstruktnähe des primären Outcomes zulässig (das Modul A des HEALTH-49 korreliert hoch mit dem SCL-14, einer Kurzform des SCL-90).

Es lässt sich also im Vergleich zu bestehenden deutschen Studien aus dem Bereich der ambulanten Verhaltenstherapie feststellen, dass in der vorliegenden Studie bei

einem kürzeren Untersuchungszeitraum eine deutlich geringere Effektivität der Therapie gemessen wurde. Ob die Effektstärken der Veränderung sich in der untersuchten Stichprobe über einen längeren Zeitraum vergrößern, bleibt zu untersuchen. Die Befunde der TRANS-OP-Studie zum Verlauf der Veränderungen würden für einen kontinuierlichen linearen Verlauf der Veränderungen, auch in späteren Therapiephasen sprechen (vgl. Gallas et al., 2008).

Die Annahme, dass sich in den drei Outcome-Bereichen – entsprechend dem Phasenmodell der psychotherapeutischen Veränderung (siehe Abschnitt 2.3.2) – die stärksten Effekte im Bereich des Psychischen Wohlbefindens zeigen, gefolgt von Veränderungen auf Symptomebene und von Änderungen im Bereich des Funktionsniveaus, ließ sich in der vorliegenden Studie, bezogen auf die Hauptfragestellung, nicht bestätigen. In Hinblick auf die Kovarianzanalyse scheinen die Unterschiede zwischen den Outcome-Bereichen noch geringer als bei Betrachtung der prä-post-Effektstärken.

Schlüter sah in den Ergebnissen seiner Langzeituntersuchung verhaltenstherapeutischer Therapien eine Bestätigung für das Modell bezüglich der Abfolge in den Veränderungsbereichen *Symptombelastung* und *Funktionsfähigkeit* in verschiedenen Lebensbereichen, wobei hier zum einen andere Instrumente eingesetzt wurden und außerdem eine bezüglich der Diagnosen homogenere Patientengruppe untersucht wurde, was zu diesen Ergebnissen ebenfalls beigetragen haben könnte (2000). Darüber hinaus ist anzunehmen, dass der erheblich längere Erhebungszeitraum ebenfalls Auswirkungen auf die absolute Größe sowie das Größenverhältnis der Veränderungsbereiche untereinander hat. Die Ergebnisse von Kerkow (2009) sprechen, zumindest in Bezug auf die Outcome-Bereiche *Symptombelastung* und *Psychisches Wohlbefinden*, für größere Veränderungen im Bereich des Psychischen Wohlbefindens, gemessen am Ende der Behandlung und entsprechen daher dem Phasenmodell der psychotherapeutischen Veränderung. Demgegenüber wird in der TRANS-OP-Studie kein Beleg für das Phasenmodell nach Howard & Lueger berichtet, sondern eine stochastische Unabhängigkeit von den gewählten Ergebnisbereichen, was die Autoren jedoch mit der Art der gewählten Operationalisierung in Zusammenhang sehen (Kraft et al, 2003; Gallas et al, 2008). Eine Bestätigung des Phasenmodells in allen drei Veränderungsbereichen steht demnach in Studien unter Routinebedingungen der deutschen Versorgung noch aus.

In der vorliegenden Studie bestätigt sich ebenfalls die in anderen deutschen Studien zur ambulanten Verhaltenstherapie beschriebene **hohe Ausgangsbelastung**: Während in der Pilotstudie eine durchschnittliche Ausgangsbelastung im Outcome-Parameter *Symptombelastung* von $M = 1.40$, $SD = 0.65$ berichtet wird (Kerkow, 2009), die den Referenzwerten der stationär behandelten Referenzstichprobe entspricht, liegen die Werte der *Symptombelastung* zum Zeitpunkt t_0 in der hier vorgestellten Studie etwas niedriger (Gesamtstichprobe: $M = 1.28$, $SD = 0.69$, Gruppe VT/E: $M = 1.30$, $SD = 0.66$); sie befinden sich jedoch ebenfalls auf einem hohem Niveau¹⁶. Auch in anderen naturalistischen Studien im Bereich der ambulanten Verhaltenstherapie wurden Hinweise darauf gegeben, dass viele Patienten mit einer hohen Ausgangsbelastung die Therapie beginnen: Schlüter (2000) berichtet von einer unerwartet hohen Ausgangsbelastung seiner verhaltenstherapeutischen Patientenstichprobe, die, gemessen mit dem SCL-90-R einen Gesamtwert von $M_{GSI} = 2.12$ erreicht und somit deutlich über dem Mittelwert für stationäre Psychotherapiepatienten liegt ($M = 1.30$), während in der TRANS-OP-Studie ein durchschnittlich niedrigerer Ausgangswert $M_{GSI} = 1.03$ für die verhaltenstherapeutisch behandelte Patientengruppe angegeben wird. Möglicherweise hängt dies damit zusammen, dass die in der TRANS-OP-Studie untersuchten Patienten einer privaten Krankenversicherung angehören und dementsprechend eine andere Klientel untersucht wurde, die nicht repräsentativ für gesetzlich versicherte Patienten ist. Die in der vorliegenden Studie bestehenden Werte sprechen dagegen für die insgesamt hohe Ausgangsbelastung ambulanter Verhaltenstherapiepatienten in der Routineversorgung in allen Outcome-Parametern.

Bezüglich der **Diagnosen** in der vorliegenden Studie zeigt sich im Vergleich zu anderen Studien, dass der Anteil an Diagnosen im Bereich F40 des ICD-10 unter den Studienteilnehmern (Completern) bei knapp 70% liegt, gefolgt von Diagnosen aus dem Bereich F30 des ICD-10 mit rund 42% (Mehrfachdiagnosen sind enthalten, siehe Tabelle 10). Die Häufung von psychischen Störungen aus dem Bereich der Angststörungen und der depressiven Erkrankungen entspricht in etwa den Befunden anderer ambulanter Psychotherapiestudien (Gallas et al., 2008; Kerkow, 2009).

Hinsichtlich der Rahmenbedingungen für die Therapie ist zu erwähnen, dass in der vorliegenden Studie eine durchschnittliche **Frequenz von weniger als einer Sitzung**

¹⁶ T-Wert (PSB): 65, Prozentrang: 92, Referenzgruppe „Hausarztstichprobe, gesamt“, vgl. Rabung et al., 2008

pro Woche zu beobachten ist, was einerseits mit der – zumeist organisatorisch bedingten – Wartezeit nach dem diagnostischen Erstgespräch bis zum Beginn der Therapie zusammenhängt, aber auch mit Therapeuten- und Patienten-bedingten Ausfällen. Auch in anderen Langzeitstudien zur ambulanten Psychotherapie finden sich Hinweise auf eine eher niederfrequente psychotherapeutische Behandlung mit durchschnittlich weniger als eine Sitzung pro Woche: Brockmann & Schlüter fanden in der Frankfurt-Hamburg Langzeitstudie zur Psychotherapie, dass nach 3.5 Jahren von den verhaltenstherapeutischen Langzeit-Therapien mit einer durchschnittlichen Stundenanzahl von 64 Sitzungen erst 84% beendet waren, was für längere Unterbrechungen und eine geringe durchschnittliche Frequenz spricht; auch in der TRANS-OP-Studie wird für verhaltenstherapeutische Behandlungen eine Frequenz von 0.5 Sitzungen (Median) pro Woche angegeben (Gallas et al., 2008). Die Rahmenbedingungen der vorliegenden Studie sind somit in Bezug auf die Frequenz und Dosis – soweit das in dem Untersuchungszeitraum beurteilt werden kann – gut vergleichbar mit anderen naturalistischen Studien in Deutschland.

Zur Beurteilung der Behandlungsergebnisse wurden die Patienten der Untersuchungsgruppen gemäß dem Konzept der klinischen und statistischen Signifikanz nach Jacobson (1999) **Erfolgsgruppen** zugewiesen (siehe Abbildung 29 und Abbildung 30 im Anhang). Hier zeigte sich im Vergleich der Gruppen VT/E und UB in Bezug auf das primäre Outcome *Symptombelastung*, dass ca. doppelt so viele Patienten eine ‚klinisch signifikante Verbesserung‘ in der Gruppe VT/E erreichen (25.4%) gegenüber 12.2% der unbehandelten Gruppe. Umgekehrt verhält es sich mit ‚statistisch bedeutsamen Verschlechterungen‘: Knapp 10% der Gruppe VT/E werden hier eingestuft gegenüber 20.3% der unbehandelten Patienten. Eine ähnliche Relation zeigt sich hinsichtlich des *Psychischen Wohlbefindens*, wobei hier ein deutlich höherer Anteil in allen Untersuchungsgruppen als ‚unverändert im klinischen Bereich‘ beurteilt wird. Die Ergebnisse der Erfolgsgruppen sprechen also in den beiden untersuchten Outcome-Parametern für eine größere Verbesserung der Patienten in Behandlung mit Verhaltenstherapie im Einzelsetting (VT/E) gegenüber den unbehandelten Patienten (UB), sowie für eine geringere Verschlechterung in der behandelten Gruppe gegenüber der unbehandelten Gruppe. Hier stellt sich die Frage, wie diese Ergebnisse angesichts der Behandlungsdauer von sechs Monaten zu beurteilen sind.

Aus der Pilotstudie zu der vorliegenden Studie liegen entsprechende prä-post-Daten

über abgeschlossene Behandlungen vor (Kerkow, 2009); demnach erreichen 43% der Patienten eine ‚klinisch signifikante Besserung‘ in beiden Outcome-Bereichen. Neben diesen deutlichen Hinweisen auf Verbesserungen, sind 12.6% als ‚unverändert klinischen Bereich‘ eingestuft worden (Outcome-Bereich *Symptombelastung*) und 4.2% gelten als statistisch signifikant verschlechtert. 35.8% sind im Bereich *Psychisches Wohlbefinden* ‚unverändert klinischen Bereich‘. Dieser Vergleich zeigt, dass neben den deutlich höheren Anteilen der gebesserten Patienten und dem geringen Anteil an unveränderten Patienten in der prä-post-Untersuchung der Pilotstudie gegenüber der hier vorgestellten Untersuchung, im Outcome-Bereich *Psychisches Wohlbefinden* – entgegen der Erwartung – ein höherer Anteil von Patienten ‚unverändert im klinischen Bereich‘ verbleibt. Ähnlich, wie bei der Beurteilung der prä-post-Effektstärken, kann durch den Vergleich der beiden Studien nicht beantwortet werden, ob die unterschiedlichen Ergebnisse hauptsächlich auf den kurzen Untersuchungszeitraum zurückgeführt werden können.

Ein indirekter Vergleich oder zumindest eine Bezugnahme bietet sich auch zu den Befunden aus der Verlaufsforschung an (siehe Abschnitt 2.3.4, vgl. Lutz et al., 2005; Stulz et al., 2007). Es wäre demnach mit Bezug auf Stulz et al. (2007)¹⁷ zu erwarten, dass im Falle einer ähnlichen Verteilung der Verlaufsklassen in der vorliegenden Studie die early-improvement-Gruppe (12.5%) sowie die MIWCTP-Gruppe (medium impairment with continous treatment progress, 29%) in dem Anteil der klinisch und signifikant gebesserten Patienten der hier vorliegenden Studie enthalten sind. Auch ein Anteil aus der Gruppe MIWDTP (medium impairment with discontinous treatment progress, 20%) müsste dort mit einfließen, d.h. der Anteil von ‚gebesserten‘ Patienten müsste gut 50% betragen. Hinsichtlich des primären Outcomes *Symptombelastung* lässt sich diese Größenordnung in der vorliegenden Studie bestätigen: Gut 50% der Hauptuntersuchungsgruppe VT/E gelten hier als klinisch oder zumindest statistisch signifikant gebessert. Hinsichtlich des sekundären Outcomes *Psychisches Wohlbefinden* trifft dies in der vorliegenden Studie auf einen deutlich geringeren Anteil der Hauptuntersuchungsgruppe zu: Hier sind nur gut 30% als klinisch oder statistisch signifikant gebessert eingestuft worden. Falls sich eine ähnliche Zusammensetzung von Verlaufstypen in der vorliegenden Studie befindet, wie von Stulz et al.

¹⁷ Das in der Studie von Stulz et al. (2007) verwendete Outcome-Maß (CORE) enthält Items zu den Outcome-Bereichen ‚Subjektives Wohlbefinden‘, ‚Symptome und Probleme‘ sowie ‚Funktionale Gesundheit‘, so dass ein Bezug auf die gebildeten Verlaufsklassen nur eingeschränkt möglich ist.

nachgewiesen, so wäre davon auszugehen, dass mit zunehmendem Behandlungsfortschritt auch die Anzahl der gebesserten Patienten noch steigen wird, da auch in den Verlaufsklassen ‚low initial impairment‘ und ‚high initial impairment‘ Verbesserungen infolge der Therapie im längeren Verlauf der Behandlung zu erwarten sind (Stulz et al., 2007).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Ergebnisse der Kovarianzanalyse im Vergleich der Gruppen nur kleine Effektstärken zeigen. Andererseits erscheinen sowohl die Größe der prä-post-Effektstärken wie auch die Ergebnisse bezüglich der Erfolgsgruppen im Vergleich zu Studien unter Bedingungen des deutschen Gesundheitssystems plausibel. Allerdings ist aufgrund des Zeitrahmens der vorliegenden Studie kein direkter Vergleich möglich.

Im Vergleich zu internationalen Studien fällt die Bewertung der hier vorliegenden Ergebnisse jedoch anders aus: Vor dem Hintergrund der Dose-Response-Forschung (siehe Abschnitt 2.3.1, vgl. Anderson & Lambert, 2001) wäre bei einer Therapiedosis von 13 Sitzungen ein Anteil von ca. 50% signifikant gebesserten Patienten zu erwarten, was weit über die in dieser Studie erreichte Veränderung hinausgeht. Die grundsätzliche Frage nach Unterschieden in den Gesundheitssystemen stellt sich somit erneut und lässt sich aufgrund der Ergebnisse nicht beantworten. Ein Gedanke, der schon in Zusammenhang mit der Größe der Effekte genannt wurde, könnte auch hier eine Rolle spielen: Die mögliche Auswirkung der Therapiephase auf das Outcome, sowohl patienten- wie auch therapeutenseitig, erzeugt vermutlich durch die Rahmenbedingungen der Therapie in anderen Gesundheitssystemen ein anderes Verständnis und Erwartungen an den Verlauf, was sich auch auf die Effekte auswirken könnte. Dass es bei den auffallend kurzen Therapien unter Routinebedingungen im US-amerikanischen Raum häufig nicht zu einer ausreichenden Behandlung kommt, relativiert jedoch auch diese allgemeine Kritik (siehe, Abschnitt 2.3.1, vgl. Hansen et al. (2002).

6.2 Zu Block 1 - Nebenfragestellungen 1 und 2

In der Nebenfragestellung 1 geht es um die Effektivität ambulanter verhaltenstherapeutischer Gruppenpsychotherapien im Vergleich zu der unbehandelten Wartesituation, während Nebenfragestellung 2 die Effektivität der verhaltenstherapeutischen Gruppenpsychotherapie im Vergleich zu der verhaltenstherapeutischen Einzelpsycho-

therapie untersucht (UB und VT/E im Vergleich zu VT/G).

Die aufgestellten Hypothesen zur Effektivität der verhaltenstherapeutischen Gruppenpsychotherapie im Vergleich zur unbehandelten Wartesituation (Nebenfragestellung 1) konnten nicht bestätigt werden: Entweder sind die Effekte von kleiner Effektstärke und nicht signifikant (primäres Outcome-Parameter: *Symptombelastung*: part. $\eta^2 = .015$) und sekundäres Outcome-Parameter *Psychische Lebensqualität*: part. $\eta^2 = .019$) oder es gibt keinen Haupteffekt Gruppe von mindestens kleiner Effektstärke (sekundäres Outcome-Parameter *Psychisches Wohlbefinden* part. $\eta^2 = .005$); in keinem der Outcome-Parameter wird eine statistische Signifikanz erreicht. Die präpost-Effektstärken der Veränderung bewegen sich in der Gruppe VT/G im kleinen bis mittleren Bereich (siehe Abbildung 28).

Auch der Vergleich von gruppen- und einzeltherapeutisch mit Verhaltenstherapie behandelten Patienten (Nebenfragestellung 2) weist in keinem der Outcome-Parameter einen signifikanten Haupteffekt Gruppe auf. Es zeigen sich lediglich hinsichtlich der sekundären Outcome-Parameter *Psychisches Wohlbefinden* (part. $\eta^2 = .011$) und *Psychische Lebensqualität* (part. $\eta^2 = .015$) kleine Effektstärken, die jedoch keine Signifikanz erreichen. Die Unterschiede zwischen den Gruppen weisen auf einen tendenziellen Vorteil der im Einzelsetting behandelten Patienten gegenüber den gruppentherapeutisch mit Verhaltenstherapie behandelten Patienten hin.

Die Unterschiede zwischen den Gruppen VT/G und UB sowie zwischen den Gruppen VT/G und VT/E im Block 1 der Nebenfragestellungen erreichen somit keine statistische Signifikanz und jeweils nur in einigen Fällen kleine Effektstärken. Die hypothetisch angenommenen, statistisch bedeutsamen Unterschiede haben sich in keinem Fall bestätigt. Die aus der kleinen Gruppengröße ($n = 38$) resultierende geringe statistische Power führte dazu, dass die kleinen Unterschiede sich nicht statistisch absichern ließen. Das Phänomen kleiner bzw. statistisch nicht nachweisbarer Unterschiede zwischen den Settings Einzel- versus Gruppentherapie wurde in der Literatur mehrfach beschrieben (siehe Abschnitt 2.2.2). Insofern überrascht das Ergebnis der Nebenfragestellung 2 nicht; vor allem auch vor dem Hintergrund der kleinen Gruppengröße. Andererseits sollte der Frage, in wieweit die angebotene Gruppentherapie effektiv und mit der Effektivität Einzeltherapie vergleichbar ist, weiterhin nachgegangen werden, da sie eine hohe praktische Relevanz besitzt: Für einige Patienten ist die Gruppentherapie aufgrund der Versorgungssituation zunächst die einzig zugängliche Be-

handlung in der untersuchten Einrichtung. Es wäre daher wichtig, genauere Informationen über eine mögliche Steigerung der Effektivität der Gruppenangebote zu gewinnen. Letztlich lassen sich Schwächen des Gruppenkonzeptes an sich als Erklärung für die relativ geringe Effektivität der Gruppentherapie nicht ausschließen, in dem Sinne, dass in der hier angewandten Verhaltenstherapie in den Gruppen der Fokuseinrichtung unter Umständen eine Art auf die Gruppe ausgeweitete Individualbehandlung stattgefunden haben könnte (vgl. Fiedler, 1994). Dieser (allgemeine) Einwand kann nicht vollständig entkräftet werden, da in diese Studie keine Prozessforschung einbezogen wurde, um den Bearbeitungsaufwand für die Patienten in einem zumutbaren Rahmen zu halten.

Die Tatsache, dass $n = 16$ Patienten (42.1%) in der gruppentherapeutisch behandelten Untersuchungsgruppe nach sechs Monaten angeben, noch auf weitere Einzelpsychotherapie zu warten, (siehe Tabelle 41 im Anhang) könnte dafür sprechen, dass viele Patienten einen höheren Bedarf an Therapie sehen und die Gruppentherapie allein nicht als ausreichende Behandlung einschätzen.

In der Kovarianzanalyse fällt auf, dass nahezu sämtliche einbezogene Kovariate starke Zusammenhänge mit dem Outcome aufweisen, was dafür spricht, dass bedeutsame initiale Gruppenunterschiede hinsichtlich dieser patientenbezogenen Ausgangsmerkmale bestehen. Bei der Betrachtung der Stichprobenbeschreibung (vgl. Abschnitt 5.1.1.2) fällt auf, dass die Untersuchungsgruppe VT/G einerseits den höchsten Männeranteil unter den Untersuchungsgruppen, die in Block 1 der Nebenfragestellungen verglichen werden, aufweist; außerdem findet sich hier der höchste Anteil an stationär und ambulant vorbehandelten Patienten, was für einen höheren Grad an Chronifizierung sprechen könnte (siehe Abschnitt 2.4.2). Es liegt nahe, dass durch Effekte der Selbstselektion und Indikationsstellung in der unbehandelten Gruppe die initiale Ausgangsbelastung niedriger war als in der Gruppe von Patienten, die Gruppentherapie erhalten hat: Es könnte sein, dass höher belastete Patienten eher einer Gruppentherapie zustimmen, als eine längere Wartezeit für Einzelpsychotherapie in Kauf zu nehmen, oft auch in der Hoffnung, durch eine Gruppenpsychotherapie eher an einen Einzelpsychotherapieplatz zu gelangen. Darüber hinaus wurden Therapeuten angewiesen, nur „gruppenfähige“ Patienten auf die Wartelisten für Gruppen zu setzen. Es war somit davon auszugehen, dass die Untersuchungsgruppen systematische Baseline-Unterschiede aufweisen, die sich einschränkend auf die interne Validität ausgewirkt

haben können (vgl. Shadish et al., 2000, S. 521).

Analog zur Hauptfragestellung soll bezüglich der Gruppe VT/G darauf hingewiesen werden, dass die untersuchten Patienten erst durchschnittlich 10.4 Sitzungen erhalten haben und sich zum Zeitpunkt t_1 größtenteils noch in der Behandlung befanden (siehe Abschnitt , 5.2.1, Tabelle 11: abgeschlossene Gruppentherapien = 18.4%); daher ist anzunehmen, dass sich einerseits mit steigender Dosis und vermutlich andererseits auch mit dem Erreichen der Abschlussphase innerhalb der Gruppenbehandlung die Effektivität der Behandlung steigern wird.

Eine Verlaufsmessung zur Effektivität über einen längeren Zeitraum und vor allem eine Ausweitung der Evaluation auf größere Patientengruppen könnte zur Klärung der Frage nach der Effektivität verhaltenstherapeutischer Gruppenpsychotherapien im ambulanten Rahmen beitragen.

6.3 Zu Block 2 - Nebenfragestellungen 3, 4 und 5

Die Nebenfragestellungen 3, 4 und 5 stellen die kombinierte verhaltenstherapeutische Einzel- und Gruppenbehandlung in den Mittelpunkt. Die Nebenfragestellung 3 befasst sich mit der Effektivität ambulanter Verhaltenstherapie in Kombination von Einzel- und Gruppenpsychotherapie im Vergleich mit der unbehandelten Wartesituation (VT/E+G und UB); es folgt der Vergleich mit Verhaltenstherapie ausschließlich im Einzelsetting (Nebenfragestellung 4: VT/E+G und VT/E) und mit Verhaltenstherapie ausschließlich im Gruppensetting (Nebenfragestellung 5: VT/E+G und VT/G). In der Untersuchung der Nebenfragestellung 3, die den Vergleich mit der unbehandelten Gruppe (UB) zum Ziel hat, kann keine der aufgestellten Hypothesen bestätigt werden, d.h. für keines der untersuchten Outcome-Parameter zeigt sich ein signifikanter Haupteffekt Gruppe (siehe Tabelle 19). Im Outcome Psychisches Wohlbefinden wird eine kleine Effektgröße ohne statistische Signifikanz erreicht (part. $\eta^2 = .017$).

Hinsichtlich der Nebenfragestellungen 4 und 5 zeigen sich heterogene Ergebnisse: In keiner der Kovarianzanalysen zeigt der Haupteffekt Gruppe einen Vorteil der kombiniert behandelten Gruppe an. Hinsichtlich des primären Outcomes *Symptombelastung* zeigt sich kein Effekt, ebenso wie bezüglich des sekundären Outcome-Parameters *Psychisches Wohlbefinden*. Hinsichtlich des Outcomes *Psychische Lebensqualität* erreicht der Haupteffekt Gruppe dagegen eine hohe Signifikanz bei mittlerer Effektstärke, zu Gunsten der Gruppe VT/E (part. $\eta^2 = .080$, $p = .005$). Dies zeigt sich in

ähnlicher Weise im Vergleich der in Kombination behandelten Patienten mit den ausschließlich mit verhaltenstherapeutischer Gruppenpsychotherapie behandelten Patienten: Ein nahezu mittlerer Effekt mit Trendstärke des Haupteffekts Gruppe (part. $\eta^2 = .050$, $p = .074$). weist auf bedeutsame Gruppenunterschiede zu Gunsten der Gruppe VT/G gegenüber der Gruppe VT/E+G in diesem Outcome-Bereich hin.

Die Untersuchung der Effektivität der kombinierten Einzel- und Gruppenpsychotherapie zeigt somit weder eine Überlegenheit der kombinierten Behandlung gegenüber dem Einzelsetting noch gegenüber der Behandlung ausschließlich im Gruppensetting. Die heterogenen Ergebnisse zum Block 2 der Nebenfragstellungen erscheinen überraschend – stellt doch das Angebot einer kombinierten Behandlung ein besonderes und zusätzliches Angebot dar, das im Falle einer größeren Belastung des Patienten zu einer höheren Behandlungsintensität beitragen soll und entsprechend eine höhere Effektivität erwarten ließe. Es ist aber auch festzustellen, dass die Indikation für eine kombinierte Behandlung eine entsprechende Beeinträchtigung der Patienten voraussetzt, was sich selektiv auf die Gruppe VT/E+G auswirkte.

Um die Ergebnisse zu interpretieren, soll im Folgenden auf die initialen patientenbezogenen Ausgangsmerkmale eingegangen werden. In mehreren soziodemographischen und klinischen Variablen unterscheidet sich die Gruppe VT/E+G von den Vergleichsgruppen (siehe Tabelle 8, Seite 94, sowie Tabelle 36 und Tabelle 37 im Anhang). Es handelt sich um die durchschnittlich älteste Gruppe mit dem höchsten Anteil an verheirateten Patienten sowie dem höchsten Anteil an Patienten mit Kindern. Das Bildungsniveau ist im Vergleich mit den anderen Gruppen niedriger, der höchste Anteil mit Arbeitslosen/Sonstigen hinsichtlich der Berufstätigkeit liegt hier vor. Auch in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit wird der höchste Anteil an langen Krankheitszeiten deutlich. Gleichzeitig ist in der Gruppe VT/E+G der Anteil mit stationären sowie ambulanten Vorbehandlungen am geringsten. Ein weiterer Unterschied zeigt sich in den häufigen Empfehlungen durch Kostenträger. Hinsichtlich der initialen Ausgangsbelastung des primären Outcome-Parameters zeigt sich in dieser Gruppe sowohl die höchste *Symptombelastung* zu t_0 als auch die höchste Einschränkung der *Psychischen Lebensqualität*. Auch im Bereich der Diagnosen (siehe auch Abbildung 5, Seite 101) bestehen Besonderheiten in dieser Gruppe: Sie umfasst den höchsten Anteil an F30-Diagnosen (>50%) sowie den geringsten Prozentsatz an F43.2-Diagnosen (Anpassungsstörungen), was auf eine insgesamt stärker ausgeprägte depressive Symptomatik

im Vergleich mit den anderen Gruppen hindeuten könnte. Auch dies spricht für eine tendenziell hohe Belastung der Patienten der Gruppe VT/E+G bei gleichzeitig gering ausgeprägter Therapie-Erfahrenheit und – in Zusammenhang mit der hohen Empfehlungsrate durch den Kostenträger – einem möglicherweise geringen Ausmaß an Eigenmotivation und Krankheitseinsicht. Dies könnte auch für ein höheres Ausmaß an Chronizität sprechen. Es handelt sich insgesamt um eine hoch belastete Gruppe, die jedoch nicht zu den „High-users“ im Bereich der psychotherapeutischen Behandlungen zählt.

Die in die ANCOVA einbezogenen Kovariaten zeigen in den hier diskutierten Fragestellungen zum Teil einen starken statistischen Zusammenhang mit dem Outcome.

Hinsichtlich der Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen und Verdachtsdiagnosen in diesem Bereich sei darauf verwiesen, dass in einer Untersuchung von Dosis-Outcome-Zusammenhängen bei Patienten mit unterschiedlichen Störungsbildern ein langsamerer Verlauf bei Patienten mit „characterological symptoms“ (wozu die Persönlichkeitsstörungen zählen), beschrieben wurde (vgl. Kopta et al., 1994). Dies könnte auf die Gruppe VT/E+G zutreffen und zu den geringeren Änderungen in der Gruppe beigetragen haben, ebenso wie zu den eher geringen Verbesserungen im Outcome Psychische Lebensqualität im Vergleich zu den anderen Untersuchungsgruppen.

Neben den gruppenspezifischen Merkmalen ist auch in Bezug auf das Konzept der kombinierten Einzel- und gruppentherapeutischen Verhaltenstherapie die Frage zu stellen, in wie weit Einzel- und Gruppenpsychotherapie konzeptuell aufeinander aufbauen und aufeinander abgestimmt sind. Ist ein Ineinandergreifen von Einzel- und Gruppentherapie im Sinne synergetischer Effekte möglich? Sind die Therapeuten über die Entwicklung des Patienten im jeweils anderen Setting informiert und können sie darauf Bezug nehmen und unterstützend mit dem Patienten im jeweils anderen Setting arbeiten? Gibt es für Patienten thematische Wiederholungen aus der Einzeltherapie in der Gruppe oder umgekehrt sowie andere Aspekte, die sie in ihrem therapeutischen Prozess behindern, bremsen oder demotivieren, wenn sie Einzel- und Gruppenpsychotherapie gleichzeitig erhalten? Dies ist aufgrund fehlender prozessorientierter Variablen nicht zu beantworten. Vermutlich ist das Maß der Abgestimmtheit von Einzel- und Gruppenpsychotherapie auch davon abhängig, ob beide Settings von demselben Therapeuten angeleitet bzw. durchgeführt werden. Es ist anzumerken, dass

in der Fokuseinrichtung während des Rekrutierungszeitraumes ein neues Konzept „Einzel zur Gruppe“ eingeführt wurde, das sich zum Zeitpunkt der Erhebung noch im Aufbau befand. Dieses sah eine parallele Behandlung mit Einzel- und Gruppentherapie bei derselben Therapeutin vor, wobei einige Einzelsitzungen vor der ersten gruppentherapeutischen Behandlung stattfinden sollten. Möglicherweise ist diese konzeptuelle Erweiterung von Seiten der Einrichtung als Reaktion auf die bisher nicht optimale Ausschöpfung der einzel- und gruppenpsychotherapeutischen Abstimmung entwickelt worden.

Ein weiterer wichtiger Faktor in der Erörterung der Ergebnisse liegt in der Motivation der Patienten: Haben die Patienten sich selbst für die kombinierte Behandlung entschieden (oder: für eine psychotherapeutische Behandlung überhaupt) und mit welcher Motivation geschah es? Dies ist aufgrund der Datenlage nicht zu beantworten, es wäre jedoch von großem Interesse in Zusammenhang mit den vorliegenden Ergebnissen. Die im Rahmen der Stichprobenbeschreibung auffallenden Unterschiede im Zuweisungs- sowie im Inanspruchnahme-Verhalten legen die Vermutung nahe, dass hier systematische Unterschiede zu den anderen Gruppen bestehen, die sich auf die Ergebnisse ausgewirkt haben könnten.

Abschließend sei auf die geringe Fallzahl in der Gruppe VT/E+G hingewiesen ($n = 30$), die zu einer geringen Power der Berechnung geführt hat.

Die Gruppe VT/E+G ist die einzige der untersuchten Gruppen, in der die prä-post-Effektstärke im Outcome-Parameter *Psychische Lebensqualität* geringer ist, als in den anderen Outcome-Parametern. Es wäre denkbar, dass die geringe Steigerung der Lebensqualität mit dem hohen Ausmaß an Depressivität und Persönlichkeitsstörungen (bzw. Verdachtsdiagnosen in diesem Bereich) der Patienten zusammenhängt. Dafür spricht auch eine Analyse auf Itemebene der Outcome-Parameter: Die stärksten Veränderungen im Bereich der depressiven und somatoformen Symptomatik sind in dieser Gruppe evtl. aufgrund der Art ihrer Beeinträchtigung und der Höhe der Ausgangsbelastung eher möglich, als im Bereich der Lebensqualität.

6.4 Zu Nebenfragestellung 6

In der letzten, explorativen Nebenfragestellung 6 geht es um die Effektivität von Einzelpsychotherapie außerhalb der untersuchten Fokuseinrichtung (PT/E) im Vergleich zu der unbehandelten Wartesituation (UB). Die Informationslage über die Ausrich-

tung und Inhalt der erhaltenen Therapie in der Gruppe PT/E ist gering: Beispielsweise ist nicht bekannt, ob es sich um Psychotherapie nach den anerkannten Richtlinienverfahren handelt und nach welcher therapeutischen Ausrichtung (tiefenpsychologischer, psychoanalytischer oder verhaltenstherapeutischer Therapie).

Bezüglich des sekundären Outcome-Parameters *Psychische Lebensqualität* zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt Gruppe mit Veränderungen zu Gunsten der behandelten Patienten. Die kleinen Effektstärken in den Outcome-Parametern *Symptombelastung* und *Psychisches Wohlbefinden* sprechen für keine bedeutsamen Unterschiede der Gruppe PT/E und der Gruppe UB. Die Effektivität dieser Therapie ist auf Ebene des primären Outcomes nicht nachweisbar und daher als gering einzuschätzen; sie ist jedoch im Outcome-Bereich *Psychische Lebensqualität* mit mittlerer Effektstärke nachweisbar (part. $\eta^2 = .066$, $p = .007$).

Die Effektstärken der Veränderung zeigen hinsichtlich des Primären Outcome-Parameters *Symptombelastung*, dass die Gruppe PT/E lediglich eine vergleichbare Effektstärke der Veränderung wie die unbehandelte Kontrollgruppe aufweist: $d_{PT/E} = d_{UB} = 0.25$, was dafür sprechen könnte, dass die Behandlung dieser Untersuchungsgruppe auf Symptomebene nicht effektiv war. Zur Beurteilung dieser Ergebnisse soll auch hier die Stichprobenszusammensetzung herangezogen werden (siehe Abschnitt 5.1.2). Die Untersuchungsgruppe PT/E setzt sich in einigen soziodemographischen und klinischen Variablen von den anderen Gruppen in folgender Weise ab: Es ist die durchschnittlich jüngste Gruppe, die am häufigsten ledig ist und am seltensten Kinder zu hat. In dieser Gruppe befinden sich Patienten mit der höchsten Schul- und Berufsbildung. Außerdem ist in der Gruppe PT/E der vergleichsweise höchste Anteil an Berufstätigen sowie auch an berenteten Patienten zu beobachten. Diese Gruppe enthält zudem den höchsten Anteil an kürzlich stationär behandelten Patienten, was als Indikator für eine akute Belastungssituation interpretiert werden kann. Dafür spricht ebenfalls, dass sich hier der größte Anteil an Patienten findet, der ambulante psychosozialen Maßnahmen (Gruppentherapie, Familien- und Paartherapie sowie Beratung) innerhalb der letzten sechs Monate, sowie auch insgesamt, aufgesucht hat. Dies könnte ebenso als Indikator für eine hohe Behandlungsmotivation, sowie auch für eine bereits vorhandene Krankheitseinsicht interpretiert werden.

Hinsichtlich des primären Outcome-Parameters *Symptombelastung* zeigt sich die Gruppe PT/E am geringsten belastet. Möglicherweise hängt dies mit dem größeren

Umfang an Vorbehandlungen zusammen. Es stellt sich hier auch die Frage, ob sich die Vorbehandlungen auf den Verlauf der Veränderung auswirken: Bei einem angenommenen logarithmischem Verlauf der Veränderung in den Outcome-Maßen könnte bereits vor der Baseline-Messung dieser Studie die Sättigungsphase der Kurve erreicht sein und dadurch die geringe Veränderung im Untersuchungszeitraum resultieren (Strauß & Wittmann, 2005, S. 770). Dagegen spricht jedoch die absolute Höhe der Ausgangsbelastung, die an sich zwar im Vergleich mit den anderen Untersuchungsgruppen am niedrigsten ausfällt, jedoch immer noch deutlich im Bereich der psychischen Beeinträchtigung liegt und weit oberhalb der Referenzwerte der gesunden Normstichprobe (in Bezug auf die Normwerte stationärer Psychotherapiepatienten auf Prozentrang 41, T-Wert: 47, (vgl. Rabung et al., 2008)).

Ein Teil der beschriebenen Stichprobenauffälligkeiten (z.B. in Bezug auf Alter und Bildung) könnte auch dafür sprechen, dass hier ein sog. YAVIS-Effekt vorliegt (Strauß & Wittmann, 2005, S.763). Dieses Phänomen beschreibt, dass junge, attraktive, verbal kompetente, intelligente und sozial kompetente bzw. erfolgreiche Patienten eher Psychotherapieplätze erhalten, als Patienten, die nicht den genannten Merkmalen entsprechen. Allerdings wäre bei einer solchen Selektion zu erwarten, dass diese Patienten auch schnelle und deutliche therapeutische Fortschritte machen, die sich in der Outcome-Messung nach sechs Monaten in signifikanten Effekten gegenüber der unbehandelten Gruppe zeigen müssten. Dies ist jedoch nicht so eingetreten. Es ist dennoch zumindest anzunehmen, dass die Patienten der Gruppe PT/E ein intensiveres Suchverhalten für einen Psychotherapieplatz gezeigt haben, da sie es geschafft haben, nach vergleichsweise kurzer Wartezeit einen Psychotherapieplatz zu erhalten. Die signifikante Veränderung mit mittlerer Effektgröße im Bereich der *Psychischen Lebensqualität* könnte diese Ressourcen spiegeln. In wiefern die erfolgreiche Therapieplatzsuche auch mit anderen Eigenschaften der Gruppe, wie z.B. Motivation, Krankheitseinsicht und Veränderungsbereitschaft sowie Erfahrungen mit Psychotherapie und Psychotherapeutensuche zusammenhängt, kann nicht beantwortet werden.

Die Tatsache, dass nichts über die Inhalte der Therapie sowie Art und Ausrichtung des therapeutischen Verfahrens bekannt ist, erschwert jeglichen Vergleich dieser Untersuchungsgruppe mit den anderen behandelten Gruppen zusätzlich.

Die kovarianzanalytischen Ergebnisse in der Nebenfragestellung 6 scheinen die Ergebnisse zu den Untersuchungsgruppen, die innerhalb der Fokuseinrichtung behan-

delt wurden, indirekt zu unterstützen: Sämtliche Ergebnisse der vorliegenden Studie sprechen für eher geringe Effekte von ambulanter Psychotherapie im Zeitraum von sechs Monaten nach dem Erstgespräch, sowohl innerhalb der verhaltenstherapeutischen Fokuseinrichtung wie auch außerhalb dieser Einrichtung. Die unterschiedlichen Gruppengrößen außerhalb der Hauptfragestellung verringern die Power der Berechnungen, so dass die ohnehin meist kleinen Effekte keine Signifikanz erreichen können. Die angenommenen Unterschiede in den Hypothesen zu den Nebenfragestellungen konnten auch aus diesen Gründen in keinem Fall bestätigt werden.

6.5 Zur Versorgungs- und Wartesituation

Die vorliegende Studie bezieht sich auf die Gesamtgruppe von gesetzlich krankenversicherten Patienten, die in einem sechsmonatigen Rekrutierungszeitraum in der verhaltenstherapeutischen Fokuseinrichtung ein Erstgespräch führten, um ambulante Psychotherapie zu erhalten. Die Rückläufe zeigten, dass sehr unterschiedliche Versorgungssituationen der Patienten eintreten. Die Patienten, die ambulante Psychotherapie erhalten haben, wurden den erwähnten Untersuchungsgruppen zugeordnet und in die Analysen einbezogen. Um jedoch auch Aussagen über die gesamte Versorgungssituation der Patienten zu machen, wird im Folgenden gesondert auf die unbehandelte Wartekontrollgruppe eingegangen.

Die in diese Studie einbezogene unbehandelte Wartekontrollgruppe enthält ausschließlich Patienten, die angaben, keine Psychotherapie seit dem Erstgespräch erhalten zu haben und bei denen diese Angabe mit der institutseigenen Dokumentation der verhaltenstherapeutischen Fokuseinrichtung übereinstimmte. Dennoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass einige Patienten in dieser Gruppe Psychotherapie erhalten haben, dies aber nicht im Fragebogen angegeben haben. Selbst innerhalb der untersuchten Fokuseinrichtung erscheint die Grenze zwischen „psychotherapeutisch behandelten“ und „unbehandelten“ Patienten fließend, wenn man berücksichtigt, dass die „unbehandelten“ Patienten unter Umständen psychiatrische Termine in Anspruch genommen haben, die auch psychotherapeutischen Charakter haben können.

Ein weiterer Grund für eine mögliche Unterschätzung der tatsächlichen Behandlung in der „unbehandelten“ Wartekontrollgruppe könnte in sprachlichen Ungenauigkeiten zum Thema Psychotherapie begründet sein: So kam es vor, dass ein Patient im Fragebogen im Bereich ambulanter psychosozialer Maßnahmen nicht angab, Psychothe-

rapie erhalten zu haben, später im Freitext aber „Verhaltenstherapie“ aufführte (Verhaltenstherapie ist offensichtlich im Verständnis einiger Patienten keine Psychotherapie). Solche Missverständnisse, sowie auch absichtliches Verschweigen erhaltener Therapie außerhalb der Fokuseinrichtung könnten zu einer weiteren Unterschätzung des tatsächlichen Behandlungsstatus in dieser Gruppe führen. Da diese Ungewissheit gegenüber dem Ausmaß an Behandlung ein allgemeines Phänomen in Wartekontrollgruppen ist, wird der Vergleich mit anderen Studien, die Wartekontrollgruppen einsetzen, dadurch nicht beeinträchtigt. Ein Unterschied zu experimentellen Studien mit Wartekontrollgruppen-Design besteht jedoch in der größeren Ungewissheit über die Dauer der Wartezeit für den Großteil der unbehandelten Patienten in der vorliegenden Studie, da in den meisten Untersuchungen mit Wartekontrollgruppen-Design die Wartekontrollgruppe nach einer fest zugesagten Wartezeit die entsprechende Therapie erhält. Wie sich diese größere Ungewissheit in der vorliegenden Studie auf Patienten auswirkt, ist unklar. Allerdings ist auch darauf hinzuweisen, dass neun Patienten der Wartekontrollgruppe angeben, bereits eine Einladung für die Therapie erhalten zu haben (siehe Tabelle 41 im Anhang), d.h. für diese Personen ist das Warten nunmehr begrenzt (was eher der Situation in anderen Wartekontrollgruppen entspricht). Für diese Personen wäre ein steigender Erwartungseffekt anzunehmen (vgl. Abschnitt 2.4.1).

Ein interessanter Befund in der unbehandelten Kontrollgruppe dieser Studie ist, dass nur 51 (= 68.9%) von 74 Patienten nach sechs Monaten unbehauelter Wartezeit angeben, weiterhin auf einen Therapieplatz zu warten (Tabelle 45, Anhang) und somit 23 (= 31.1%) nicht mehr auf Psychotherapie warten. Worauf diese Veränderung zurückzuführen ist, kann aufgrund der Datenlage nicht beantwortet werden.

Die Freitextangaben über Aktivitäten während der Wartezeit zeigen ein sehr heterogenes Bild von Patienten, die keine Aktivitäten angeben bis hin zu Patienten, die auf verschiedene Weise Hilfe in der Wartesituation gesucht haben (vgl. Abschnitt 5.2.2 und Tabelle 43 im Anhang). 50% der unbehauelten Patienten (n = 37) gaben zum Teil vielfältige Aktivitäten während der Wartezeit an. Dieses recht hohe Aktivitätspotenzial entspricht auch den Befunden einer qualitativen Untersuchung, die der vorliegenden Studie angegliedert ist (Kubatscheck, 2010), sowie früheren Untersuchungen zur Wartezeit (Helbig & Hoyer, 2007) und könnte ebenfalls – wie auch die mögliche Unterschätzung der tatsächlich stattgefundenen psychotherapeutischen (oder psycho-

therapie-ähnlichen) Behandlung – zur Erklärung der Effektstärken der Veränderung in der Wartekontrollgruppe beigetragen haben (siehe Abbildung 27). Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die in der Repräsentativitätsanalyse (siehe Abschnitt 6.7) gezeigte erhöhte Belastung der Patienten, die aus der Studie ausschieden, auch für die unbehandelte Wartegruppe zutrifft. Die antwortenden Patienten spiegeln daher vermutlich einen Anteil von vergleichsweise kompetenten Patienten mit einem relativ hohen Funktionsniveau in der Gesamtgruppe der unbehandelten Patienten.

Die genannten Effektstärken der Veränderung sind etwas höher als die von Leichsenring & Rabung ermittelte Effektstärke von $ES = 0.1$ bzw. $ES = .14$ (2006) sowie auch die von Grawe beschriebene Effektstärke $ES = 0.1$ (Grawe, 1992, S. 707 ff.; Grawe, Donati & Bernauer, 1994, S. 134). Die Patientenangaben in der vorliegenden Studie sprechen dafür, dass verschiedene Typen oder Gruppen von Patienten ihre Situation während der Wartezeit und ihren Therapiebedarf unterschiedlich einschätzen und dass sie sehr unterschiedlich mit der Situation des Wartens auf Psychotherapie umgehen.

Die Länge der Wartezeit von sechs Monaten an sich deutet darauf hin, dass die Versorgungslage für Psychotherapie in Hamburg nach wie vor unzureichend ist. Es ist jedoch auch darauf hinzuweisen, dass einige Patienten – vermutlich eher diejenigen Patienten mit einem höheren Funktionsniveau oder besonders hoher Motivation – es geschafft haben, mit deutlich kürzerer Wartezeit einen Therapieplatz außerhalb der Fokuseinrichtung zu finden (siehe Abschnitt 6.4, zu der Gruppe PT/E) und auch innerhalb der Fokuseinrichtung traten größere Variationen der Wartezeit auf Einzel- und Gruppentherapieplätze auf. Bedingt durch den großen Anteil an Drop-out im Verlauf der Studie lassen sich jedoch keine generellen Aussagen über die psychotherapeutische Versorgung von Patienten sechs Monate nach dem Erstgespräch ableiten, da keine Aussage über den Anteil an Patienten möglich ist, die außerhalb der Fokuseinrichtung einen Psychotherapieplatz erhalten haben und die nicht mehr an der Studie teilnahmen. Es kann jedoch festgestellt werden, dass die größte Untersuchungsgruppe in dieser Studie aus Patienten bestand, die auch sechs Monate nach ihrem Erstgespräch noch unbehandelt sind und auf Behandlung warten, was den von Zepf ermittelten Wartezeiten von durchschnittlich 5.1 bzw. 5.7 Monaten (für Mitglieder in Ersatz- bzw. in Primärkassen) in etwa entspricht (siehe Abschnitt 2.1.1.2, vgl. Zepf et al., 2001).

6.6 Stationäre Versorgung

Im Untersuchungszeitraum wurden 41 Patienten nach eigener Auskunft stationär behandelt und weitere 13 Patienten erhielten eine Behandlung in der institutseigenen ambulanten Ganztagsbetreuung der verhaltenstherapeutischen Fokuseinrichtung (siehe Tabelle 33 im Anhang). Die getrennte Auswertung von Patienten im Projekt der Integrierten Versorgung und außerhalb des Projektes zeigte, dass diese in unterschiedlicher Weise stationäre Behandlung und ambulante Ganztagsbehandlung in Anspruch nahmen: 13 Patienten der integrierten Versorgung wurden in der ambulanten Ganztagsbehandlung der Fokuseinrichtung behandelt und weitere 15 erhielten stationäre Behandlung. Die Patienten im Projekt zur Integrierten Versorgung, die stationär oder in der Ganztagsbehandlung Therapie erhielten, wurden im Untersuchungszeitraum außerdem mit ambulanter Einzelpsychotherapie oder ambulanter Gruppenpsychotherapie behandelt. Von den Patienten außerhalb der integrierten Versorgung wurden 31 stationär behandelt und keiner in der ambulanten Ganztagesbehandlung. Dies hängt damit zusammen, dass die ambulante Ganztagsbetreuung im Rahmen der integrierten Versorgung etabliert wurde (siehe auch Abschnitt 4.1.1). Von den stationär behandelten Patienten außerhalb der integrierten Versorgung erhielten im Untersuchungszeitraum lediglich drei Patienten Gruppenpsychotherapie und zwei Patienten wurden in Einzeltherapie behandelt (insgesamt: 17.2%), so dass ein Großteil dieser Patienten keine ambulante Psychotherapie vor der stationären Aufnahme erhalten hat.

Die Angaben über stationäre Behandlungen beziehen sich nur auf die Patienten, die im Verlauf der Studie teilnahmen und von denen diese Informationen aufgrund einer Selbstauskunft vorliegen. Es ist anzunehmen, dass weitere Patienten, die im Verlauf der Studie nicht mehr teilnahmen, eine stationäre Behandlung aufgesucht und erhalten haben – dies scheint zumindest angesichts der hohen die Ausgangsbelastung der Drop-out-Patienten wahrscheinlich.

6.7 Design-bezogene Aspekte

In der hier vorgestellten Studie kam ein **zeitstandardisiertes Design** mit einer Baseline-Messung nach dem Erstgespräch und einer postalischen Messung nach sechs Monaten (t_1) zur Anwendung. Dieses bietet den Vorteil, dass Patienten über denselben Zeitraum miteinander verglichen werden können, wobei jedoch die Dosis der

erhaltenen therapeutischen Intervention, auch innerhalb der Gruppen, variiert. Gegenüber einem Versuchsplan, der dosisabhängig Patienten untersucht, wird hier allerdings der Zeitfaktor stärker berücksichtigt, der in Bezug auf psychotherapeutische Veränderungen eine wichtige Rolle spielt. In Psychotherapiestudien im Rahmen der Routineversorgung – vor allem, wenn die Messung über längere Verläufe vorgesehen ist – kommen zunehmend zeitstandardisierte Messungen zur Anwendung, wie z.B. in der Frankfurt-Hamburg Langzeitstudie für Psychotherapie (Brockmann, Schlüter & Eckert, 2003; Brockmann, Schlüter & Eckert, 2006) und in der TRANS-OP-Studie (Gallas et al., 2008). Das gewählte Design erwies sich als praktikabel, um die Anfangsphase der ambulanten Verhaltenstherapie zu untersuchen, wenn auch in diesem Zeitrahmen eine geringere Dosis an Sitzungen erfolgt ist, als erwartet (vgl. Abschnitt 6.1).

In der vorliegenden Studie wurden ausschließlich **standardisierte Selbstrating-Verfahren** eingesetzt, die sich als reliabel und valide erwiesen haben. Um die Belastung der Patienten so gering wie möglich zu halten, wurden Kurzformen der Instrumente verwendet. In Anlehnung an das Phasenmodell der Psychotherapeutischen Veränderung nach Howard und Lueger (Howard, 1993; Lueger, 1995) wurden die Outcome-Parameter ausgewählt, um Veränderungen in den verschiedenen psychosozialen Bereichen abbilden zu können. Zur Erfassung der *Symptombelastung*, die in dieser Studie als primäres Outcome-Parameter untersucht wurde, diente das Modul A (Psychische und somatoforme Beschwerden, PSB) des HEALTH-49 (Rabung, 2009; Rabung et al., 2007). Ebenfalls aus dem HEALTH-49 wurde das sekundäre Outcome-Parameter *Psychisches Wohlbefinden* (WOHL) verwendet.

Der Outcome-Parameter *Psychische Lebensqualität* wurde gewählt, um mit dieser Skala das psychische Funktionsniveau abzubilden, dessen Veränderungen nach dem Modell der Psychotherapeutischen Veränderungen in der Rehabilitationsphase angesiedelt sind, also nach den Phasen der Remoralisation und der Remediation. Überraschenderweise zeigten sich in der vorliegenden Untersuchung gerade in diesem Parameter die größten Effektstärken der Veränderung in den Untersuchungsgruppen VT/E, VT/G und PT/E, verglichen mit den anderen Outcome-Kriterien (siehe Abbildung 28 im Anhang). Lediglich in der Gruppe VT/E+G, zeigt sich das dem Phasenmodell der psychotherapeutischen Veränderung entsprechende Veränderungsmuster der drei Outcome-Bereiche.

Die vorliegende Studie fokussiert ausschließlich auf Outcome-Messungen und erhebt keine **Prozessvariablen im Therapieverlauf**. Es lassen sich daher keine Aussagen über inhaltliche Qualität der angebotenen Verhaltenstherapie sowie zur Vergleichbarkeit der Therapie innerhalb der Fokuseinrichtung sowie außerhalb dieser Einrichtung mit anderen ambulanten Psychotherapien machen, ebenso wie über die gruppenpsychotherapeutischen Inhalte im Vergleich zu den einzeltherapeutischen Therapien. Neben dieser Einschränkung der internen Validität ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Therapien ohne Veränderung zum gewohnten Ablauf durchgeführt wurden, so dass eine hohe externe Validität der hier durchgeführten Verhaltenstherapie im Einzelsetting angenommen werden kann.

Auch die **Behandlungsmotivation** wurde in dieser Studie nicht explizit erfasst. Möglicherweise besteht ein Zusammenhang zu dem Item der Basisdokumentation, das nach Empfehlungen für die verhaltenstherapeutische Fokuseinrichtung fragt (siehe Basisdokumentation, Seite 4, Item 15, im Anhang). Hier zeigten sich durchweg signifikante Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen mit dem höchsten Anteil an Empfehlungen durch den Kostenträger (VT/E und VT/E+G) im Vergleich zu den Untersuchungsgruppen, in denen keine Patienten enthalten waren, die im Rahmen der integrierten Versorgung behandelt wurden (Gruppe VT/G, PT/E und UB). Hier könnte ein indirekter Hinweis auf eine unterschiedliche Motivation zwischen den Untersuchungsgruppen enthalten sein, in der Weise, dass Empfehlungen durch den Kostenträger entsprechend Befunden aus dem Bereich der Rehabilitationsforschung mit einer geringeren Eigenmotivation einhergehen könnten (vgl. Petermann & Koch, 2009). In der Rehabilitationsforschung werden eigen- und fremdmotiviertes Vorgehen als mögliche Prädiktoren für Behandlungserfolge genannt. Die regressionsanalytische Überprüfung der Kovariate in der vorliegenden Studie ergab jedoch keinen statistisch bedeutsamen Zusammenhang der Empfehlungsvariable mit den gewählten Outcome-Parametern (siehe auch Tabelle 45 bis Tabelle 51 im Anhang), d.h. falls die Behandlungsmotivation sich nicht in der überprüften Empfehlungsvariable abbildet, bleibt deren Einfluss in der vorliegenden Studie unberücksichtigt.

Aufgrund des quasiexperimentellen Designs und der angestrebten vergleichenden Gruppenauswertungen erfolgte die **Zuordnung zu den Untersuchungsgruppen** in der hier vorgestellten Studie je nach erhaltener Therapie und je nach dem Setting, in dem die Therapie stattgefunden hatte (Einzel- oder Gruppenpsychotherapie), sowie

unter Berücksichtigung der Einrichtung/ Praxis (siehe auch Abschnitt 4.2.6). Bei der Zuordnung wurden Patienten ausgeschlossen, die weniger als die definierte Mindestdosis von drei Sitzungen Einzelpsychotherapie (inklusive probatorischer Sitzungen) erhalten haben. Diese Mindestdosis sollte gewährleisten, dass die Patienten und Therapeuten sich zum Zeitpunkt der Erhebung im Sinne einer verkürzten Probatorik über die gemeinsame Fortsetzung der Therapie einig waren und ein über das Erstgespräch hinausgehendes Mindestmaß an Intervention bei einer minimalen Kontinuität gegeben war. In die unbehandelte Wartegruppe wurden dagegen Patienten einbezogen, die angaben, keine Psychotherapie seit dem Erstgespräch erhalten zu haben und bei denen diese Aussage mit der institutseigenen Dokumentation übereinstimmte. Dieses Vorgehen ist darin begründet, dass nach dem Dose-Response-Modell davon auszugehen ist, dass bereits vor und während der ersten zwei Therapiesitzungen die größte Veränderung des Befindens im Sinne eines Erwartungseffektes erfolgt (Howard et al., 1986; Strauß & Wittmann, 2005, S. 770). Um durch diesen Effekt nicht das Befinden der Wartekontrollgruppe positiv zu verfälschen, wurde entschieden, diese Patienten aus der Auswertung auszuschließen ($n = 8$). Dieses Vorgehen verstößt somit gegen das Prinzip des intention-to-treat-Ansatzes, der bestrebt ist, alle Patienten einzubeziehen, ebenso wie der Ausschluss von Patienten, die nicht den gebildeten Gruppen zugeordnet werden konnten (siehe Tabelle 34 im Anhang). In Bezug auf die Wartekontrollgruppe könnte dieses Vorgehen zu einer Verzerrung zu Ungunsten der Wartekontrollgruppe und somit zu einer Vergrößerung der Effekte im Vergleich von behandelten Gruppen mit der unbehandelten Wartegruppe geführt haben. Es ist durch das genannte Verfahren jedoch gewährleistet, dass die unbehandelte Gruppe tatsächlich so ‚unbehandelt‘ wie möglich ist, was dem Anliegen dieses Vorgehens entspricht. Wie schon erwähnt, ist zu vermuten, dass in dem verwendeten quasiexperimentellen Design **Effekte der Selbstselektion und Indikationsstellung** aufgetreten sind (vgl. Abschnitt 6.2).

Das Ausmaß der Gruppenunterschiede wurde in einer **Stichprobenbeschreibung** dargestellt, aus der deutlich wurde, dass sich die beiden Hauptuntersuchungsgruppen (VT/E und UB) nur in sehr wenigen Kriterien statistisch bedeutsam voneinander unterscheiden. Lediglich hinsichtlich der beruflichen Situation und der Empfehlung für Psychotherapie deuten kleine Effektstärken ohne statistische Signifikanz auf Unterschiede hin. Die Gruppen VT/E und UB weisen daher insgesamt eine hohe Vergleichbarkeit und außerdem eine sehr ähnliche Gruppengröße auf; daher können die

Ergebnisse der Hauptfragestellung als die stabilsten Aussagen dieser Studie angesehen werden. Hinsichtlich der Ausgangsbelastung der sekundären Outcome-Kriterien muss jedoch auf Unterschiede mit Trendniveau bzw. auf statistisch bedeutsame Baseline-Unterschiede zwischen den Hauptuntersuchungsgruppen VT/E und UB zu Gunsten der unbehandelten Gruppe hingewiesen werden.

Über die gesamte Anzahl an Untersuchungsgruppen hinweg traten mehrere statistisch signifikante Unterschiede in den Merkmalen Geschlecht, Kinder, Berufstätigkeit, ambulante psychosoziale Maßnahmen sowie Empfehlungen auf. Um die Effektivität der Psychotherapie zu überprüfen, wurden die Untersuchungsgruppen mit der Methode der Kovarianzanalyse verglichen, da dieses Verfahren die Möglichkeit bietet, Störvariablen statistisch zu kontrollieren und somit bestehende Baseline-Unterschiede zwischen den Gruppen zu berücksichtigen. Die **statistische Kontrolle von Störvariablen** (Kovariaten/Confounder) erfolgte mittels Regressionsrechnung (siehe Abschnitt 4.4.8). Die Anzahl an ermittelten Kovariaten für die Hauptfragestellung beschränkte sich, den geringen Stichprobenunterschieden entsprechend, auf eine Kovariate im sekundären Outcome-Parameter *Psychisches Wohlbefinden*; hier wurde neben der Ausgangsbelastung als weitere Kovariate die Ausgangsbelastung der körperlichen Lebensqualität (PCS, physical component scale, somatische Skala des Short Form-8) einbezogen (siehe Tabelle 46 im Anhang). Für die Nebenfragestellungen wurde eine Auswahl an Kovariaten pro Outcome-Parameter gebildet. Es ist anzunehmen, dass das fixe Set an Kovariaten, das mittels Regressionsrechnung über die Gesamtstichprobe bestimmt wurde, nicht für alle Gruppenkombinationen der Nebenfragestellungen gleichermaßen geeignet war. Sämtliche Berechnungen zu den Nebenfragestellungen unterliegen daher einer größeren Einschränkung bezüglich der Generalisierbarkeit der Ergebnisse zu Effektivitätsunterschieden zwischen den Gruppen.

In der vorliegenden Studie kam eine klinische **Diagnostik** im Erstgespräch zum Einsatz, d.h. es wurden keine standardisierten Interviews verwendet, um die Diagnosen zu stellen. Es ist daher anzunehmen, dass die Diagnosestellung vergleichsweise konservativ erfolgte und dass fragliche Diagnosen (Verdachtsdiagnosen) erst später abgesichert werden können, so dass die Anzahl der in die Stichprobenbeschreibung eingeflossenen sog. gesicherten Diagnosen vermutlich geringer ausfällt, als die tatsächlich vorhandene Anzahl an Diagnosen in der Stichprobe. Es ist also anzunehmen, dass die Komorbidität tatsächlich höher ausfällt, als in der Stichprobenbeschreibung angege-

ben (siehe Abschnitt 5.1.2). Eine Herausforderung in Zusammenhang mit der Diagnostik bestand darin, dass bei der Eingabe der Diagnosen in das Dokumentationssystem der verhaltenstherapeutischen Fokuseinrichtung nicht zwischen Haupt- und Nebendiagnosen unterschieden wurde, so dass sämtliche eingetragenen Diagnosen gleichwertig ausgewertet werden mussten. Von einer störungsspezifischen Auswertung wurde auch aufgrund dieser Voraussetzungen abgesehen. Durch das Auftreten von Komorbidität entstanden daher Darstellungen (siehe Tabelle 7 und Tabelle 10), bei denen die Gesamtprozentwerte über 100 liegen. Der Vergleich mit den Daten anderer Studien, die sich oft auf Hauptdiagnosen beziehen, ist dadurch erschwert.

Die **Teilnehmerquote** wurde über den gesamten Verlauf der Messung ausgewertet (siehe Abschnitt 5.1.1.1. und 5.1.1.2). Die Teilnahmebereitschaft zum Zeitpunkt t_0 ist mit 78.6% und angesichts der Tatsache, dass kein weiterer Anreiz für die Studienteilnehmer bestand, als zufriedenstellend anzusehen. Überraschend ist dabei jedoch, dass auch unter den Patienten im Projekt zur Integrierten Versorgung nicht alle zur Teilnahme bereit waren: 11 Patienten der Integrierten Versorgung nahmen bereits zum Zeitpunkt der Baseline-Erhebung aus eigenem Entschluss nicht teil. Auch im Verlauf der Messung ist die Drop-out-Quote für Patienten innerhalb und außerhalb der Integrierten Versorgung unterschiedlich zu beurteilen: Während der Anteil von insgesamt 46 nach t_0 ausscheidenden Patienten (36.8%), die im Rahmen der Integrierten Versorgung in der Fokuseinrichtung therapiert wurden, vor dem Hintergrund des persönlichen Erinnerungsverfahrens durch die behandelnden Therapeuten relativ hoch erscheint, ist die Gesamtquote von 52% Teilnehmern, bezogen auf die Studienteilnehmer zu t_0 , als relativ zufriedenstellend einzuschätzen. Für eine auf sechs Monate (mit weiteren Messzeitpunkten in der Fortsetzung) konzipierte Studie ohne Aufwandsentschädigung oder Anreiz ist ein Drop-out in dieser Höhe bedauerlich, aber nicht ungewöhnlich, vor allem vor dem Hintergrund, dass auch unbehandelte Patienten und in anderen Praxen oder Einrichtungen behandelte Patienten einbezogen wurden, die somit nicht mehr in Verbindung mit der verhaltenstherapeutischen Fokuseinrichtung standen und dadurch auch eine geringere subjektiv wahrgenommene Bindung gegenüber der Studie empfanden. Es ist nicht möglich gewesen, alle Patienten davon zu überzeugen, dass auch im Falle einer therapeutischen Behandlung außerhalb der Fokuseinrichtung die Teilnahme an der Studie weiterhin erwünscht war.

Gegenüber der Pilotstudie in der Fokuseinrichtung zu dem Projekt der Integrierten

Versorgung ist die **Drop-out-Quote** der Patienten, die an der Integrierten Versorgung teilnahmen, in der vorliegenden Studie deutlich höher (36.8% gegenüber 15.2% Abbrechern in der Pilotstudie). Dies könnte mit dem aus Patientensicht erhöhten Aufwand zusammenhängen (in der genannten Pilotstudie von Kerkow (2009) wurde lediglich eine Messung zu Beginn und zum Abschluss der Therapien mit deutlich geringerem Umfang der Fragebögen durchgeführt und sämtliche Patienten waren durch den Vertrag zur Integrierten Versorgung verpflichtet, diese Fragebögen zu bearbeiten. Die Fragebögen wurden meist von den behandelnden Therapeuten ausgegeben und persönlich entgegengenommen, was die Compliance deutlich erhöht haben dürfte. Zudem bestand durch die bereits erwähnten Verträge zur Integrierten Versorgung ein ausgeprägter Verpflichtungscharakter, die Fragebögen zu bearbeiten).

Andere vergleichende Daten zu der Studienteilnahme finden sich in der TRANS-OP-Studie (Puschner, et al. 2005). Die Teilnahmebereitschaft liegt in dem Erhebungszeitraum mit 24.7% gegenüber der Grundgesamtheit deutlich unter der in dieser Studie erzielten Quote der Teilnahmebereitschaft – wobei anzumerken ist, dass der erste Kontakt und die Information der Patienten in der TRANS-OP-Studie postalisch erfolgte, was sich verringernd auf die Teilnahmebereitschaft ausgewirkt haben könnte. Die Stichprobe reduzierte sich in dieser Studie mit 939 potenziellen Teilnehmern mit dem ersten Fragebogen auf 714 Patienten (76.6%) und die weiteren Messzeitpunkte erreichten eine Rücklaufquote 68.3% bis 54.9%. Die in der vorliegenden Studie erreichte Rücklaufquote von 52% erscheint somit vor dem Hintergrund der heterogenen Versorgungserfahrungen der Patienten und den genannten möglichen Einschränkungen im Vergleich mit den in der TRANS-OP-Studie berichteten Rückläufen durchaus zufriedenstellend. In der Non-Completer-Analyse zeigte sich, dass die Patienten, die im Verlauf der Studie ausschieden (Non-Completer), im Vergleich zu den Completern, die weiterhin an der Studie teilnahmen, dass sie längere AU-Zeiten sowie eine höhere initiale Ausprägung der Outcome-Parameter aufweisen. Dies könnte auch im Sinne einer höheren Chronizität dieser Gruppe interpretiert werden, so dass die bereits erwähnte, relativ hohe Ausgangsbelastung der Stichprobe eher noch unter der tatsächlichen Ausgangsbelastung der Gesamtheit von Patienten liegt, die um ambulante Verhaltenstherapie nachsuchen.

Ein unerwartetes Phänomen in Zusammenhang mit der Studienteilnahme besteht darin, dass einige Patienten (n = 16, siehe Tabelle 39 im Anhang), die aufgrund ihrer

Krankenkassenzugehörigkeit Zugang zur Integrierten Versorgung gehabt hätten, diese von sich aus ablehnten. Mit einem Anteil von 8.6% (in Bezug auf sämtliche Patienten des Projekts, abzüglich der stationär behandelten und derjenigen, die aufgrund von Ausschlusskriterien nicht weiter einbezogen wurden) fällt diese Gruppe nicht stark ins Gewicht – ihr Vorhandensein wirft jedoch die Frage auf: Wie kommt es, dass Patienten die besondere Möglichkeit, ohne längere Wartezeit eine psychotherapeutische Behandlung zu erhalten, nicht wahrnehmen? Möglicherweise stand diese Ablehnung bei einigen Patienten in Zusammenhang mit Befürchtungen von Einschränkungen ihrer Autonomie, da das Projekt der Integrierten Versorgung mit einer höheren Kontrolle durch die Krankenkasse in Bezug auf die Therapeutenauswahl assoziiert sein könnte. Es ist nicht auszuschließen, dass der Verpflichtungscharakter in dem Projekt zur Integrierten Versorgung (mehrere verbindliche Unterschriften zu den Therapievereinbarungen und zur Integrierten Versorgung bei Beginn) bei manchem unentschlossenen Patienten zu Reaktanz geführt hat. Es könnten jedoch auch andere, z.B. praktische Gründe gewesen sein, die Patienten dazu bewogen haben, die Versorgung im Rahmen der Integrierten Versorgung abzulehnen (beispielsweise zu weite Wege, falls in Wohnortnähe ebenfalls Psychotherapeuten mit begrenzter Wartezeit verfügbar sind). Demgegenüber ist festzustellen, dass eine Abbruchquote nach Beantragung der Therapie bis Beginn in Höhe von 12% auch in der TRANS-OP-Studie berichtet wird (Gallas et al., 2008). Das Phänomen des Abbruchs vor Beginn ist an sich nicht weiter ungewöhnlich und in der Höhe des Auftretens im Rahmen des IV-Projektes deutlich niedriger als in der TRANS-OP-Studie.

6.8 Fazit und Ausblick

Die vorliegende Studie liefert Ergebnisse zur kurzfristigen Effektivität ambulanter Verhaltenstherapie in der Routineversorgung im Vergleich zur unbehandelten Wartesituation. Im Gruppenvergleich erweist sich die Verhaltenstherapie im Einzelsetting im Zeitraum von sechs Monaten als effektiver als die unbehandelte Wartesituation. Die Effektgrößen der Kovarianzanalyse liegen jedoch im kleinen Bereich und fallen niedriger als erwartet aus. Die prä-post-Effektstärken der Veränderung sprechen dagegen für eine Veränderung von mittlerer bis großer Effektgröße. Innerhalb der definierten Outcome-Bereiche (*Symptombelastung, Psychisches Wohlbefinden und Psychische Lebensqualität*) konnte keine Abstufung der Effektgrößen im Sinne des Pha-

senmodells nach Howard et al. (1993) festgestellt werden.

Dies führt zu der Frage, ob ambulante Verhaltenstherapie in dem Untersuchungszeitraum als effektiv anzusehen ist. Die kovarianzanalytischen Befunde sprechen eher für die Interpretation, dass die untersuchte Therapie weniger effektiv ist, als erwartet. Die prä-post-Effektstärken legen vor dem Hintergrund bestehender Studien aus der Routineversorgung im Ein-Gruppen-prä-post-Design eher nahe, dass die Effekte mit dem kurzen Untersuchungszeitraum und der damit verbundenen relativ geringen Behandlungsdosis zusammenhängen. Auch der Einfluss von Therapiephasen auf das Outcome scheint in diesem Zusammenhang denkbar. Daher schließt sich die Frage an, welche Ergebnisse derselben Untersuchungsgruppen nach einem längeren Untersuchungszeitraum bzw. bei Abschluss und nach der Therapie erzielt werden. Eine weiterführende Auswertung des 12-Monatszeitraums in dem hier angewendeten Design könnte die Frage beantworten, ob die Größe der Effekte vor allem mit dem gewählten Untersuchungszeitraum zusammenhängt.

Eine weiterer Aspekt besteht darin, dass das zeitstandardisierte Design dieser Studie nicht zwischen verschiedenen Therapiephasen differenziert; möglicherweise besteht auch zwischen der Therapiephase und dem Outcome ein weiterer Zusammenhang. Auch dies sollte in zukünftigen Studien zu überprüfen werden.

Ob die eher geringen Effektstärken mit einer evtl. nicht optimalen Behandlung zusammenhängen, kann aufgrund der Datenlage nicht beantwortet werden. Vor dem Hintergrund einer Evaluation mit positiven prä-post-Ergebnissen im Rahmen einer Pilotstudie in der untersuchten Einrichtung erscheint diese Überlegung jedoch eher unwahrscheinlich (Kerkow, 2009).

Die Ergebnisse zu den weiteren Untersuchungsgruppen (die Verhaltenstherapie im Gruppensetting oder in Kombination von Einzel- und Gruppensetting erhielten sowie extern behandelte Patienten) zeigen weniger eindeutige und zum Teil unerwartete Ergebnisse und regen ebenfalls zu weiterer Forschung an: So stellt sich die Frage, inwieweit ambulante Gruppenpsychotherapie effektiv und vergleichbar mit Einzeltherapie ist, im direkten Vergleich zur unbehandelten Situation sowie auch im direkten Vergleich zu ambulanter Einzelpsychotherapie aufgrund der nicht signifikanten Ergebnisse und der sehr geringen Effekte dieser Untersuchung. Angesichts der kleinen Effekte erscheint es besonders wichtig, zu erfahren, wovon die Effektivität dieser Therapieform abhängt und wie sie unter Routinebedingungen in der ambulanten Ver-

haltenstherapie möglicherweise gesteigert werden könnte. Diese Fragen könnten zum einen durch weitere Studien mit größeren Stichproben und über längere Zeiträume genauer untersucht werden. Andererseits erscheint der Einfluss weiterer Einflussgrößen wie Motivation für die Teilnahme an einer Gruppenpsychotherapie in Zusammenhang mit der Effektivität dieser Therapieform aufschlussreich und sollte in zukünftigen Studien ebenfalls erfasst werden. Da die ambulante Gruppenpsychotherapie – auch vor dem Hintergrund ökonomischer Überlegungen – zukünftig möglicherweise eine steigende Beachtung finden wird, erscheint die Frage nach der Effektivität dieser Behandlungsform relevant, ebenso wie die Frage der Indikation für Gruppenpsychotherapie.

Hinsichtlich der Versorgungssituation zeigt sich unter den Studienteilnehmern ein hoher Anteil an stationär behandelten Patienten im 6-Monatszeitraum nach dem Erstgespräch sowie ein großer Anteil an Patienten, die sich sechs Monate nach dem Erstgespräch noch in Wartesituation befinden: Die unbehandelte Patientengruppe ist in der vorliegenden Untersuchung die größte Gruppe, was einerseits zu erwarten war und im Design aufgrund bisheriger Erfahrungswerte so eingeplant wurde, was jedoch gleichzeitig die Realität der Betroffenen abbildet. Die Ergebnisse der Studie sprechen dafür, dass die meisten Patienten in der Regelversorgung länger warten, als es von den Krankenkassen als „zumutbar“ angesehen wird (bis zu drei Monaten). Das Projekt zur Integrierten Versorgung liefert einen Beitrag, die Versorgungssituation, vor allem bezüglich der Wartezeiten, deutlich zu verbessern. Die dabei auch eingesetzten, neuen Versorgungsformen sollten weiterhin grundlegend und systematisch hinsichtlich ihrer Effektivität evaluiert werden. Auch das Prinzip, durch ein breites Angebot an Gruppenpsychotherapien die Versorgungssituation außerhalb der Integrierten Versorgung zu verbessern, sollte genauer untersucht werden, um fundierte Aussagen hinsichtlich der Effektivität unterschiedlicher Settings zu ermöglichen.

7 ZUSAMMENFASSUNG

Bisher existieren nur wenige Studien zur Effektivität der ambulanten psychotherapeutischen Routineversorgung im deutschen Gesundheitswesen. Die wenigen vorliegenden Studien realisieren dabei ein Ein-Gruppen-Design, d.h. sie können aufgrund des Kontextes der Routineversorgung keine unbehandelte Kontroll- oder Vergleichsgruppe einbeziehen. Vor dem Hintergrund dieses Defizits überprüft die vorliegende Studie im Rahmen eines quasiexperimentellen Designs die Effektivität der Anfangsphase ambulanter Verhaltenstherapie unter Routinebedingungen. In einer ambulanten verhaltenstherapeutischen Einrichtung in Hamburg wurden Patienten in die Studie eingeschlossen, die ein diagnostisches Erstgespräch mit dem Wunsch nach verhaltenstherapeutischer Behandlung aufsuchten. Durch Verträge zur Integrierten Versorgung (IV) zwischen der Einrichtung und bestimmten Krankenkassen entstand die Situation, dass Patienten innerhalb der IV mit erheblich kürzerer Wartezeit einen Therapieplatz erhielten als Patienten, die außerhalb der IV unterschiedlich lange auf einen Therapieplatz für Gruppen- und/oder Einzelpsychotherapie warteten.

Im Rahmen einer prospektiven Verlaufsmessung mit zwei Messzeitpunkten fand die Prä-Messung (t_0) im Anschluss an das diagnostische Erstgespräch innerhalb der untersuchten Einrichtung mit standardisierten Fragebögen statt ($N = 961$, eingeschlossene Patienten: $n = 482$). Die zweite Erhebung fand zeitstandardisiert nach sechs Monaten (t_1) statt (Rücklaufquote: 52%) und wiederholte die Befragung hinsichtlich der definierten Outcome-Kriterien *Symptombelastung* (Modul A des HEALTH-49; primäres Outcome), *Psychisches Wohlbefinden* (Modul B des HEALTH-49; sekundäres Outcome) sowie *Psychische Lebensqualität* (psychische Skala des Short Form-8; sekundäres Outcome). Aufgrund der unterschiedlichen Versorgung, die die Studienpatienten innerhalb des 6-Monatszeitraumes erhielten (Einzeltherapie, Gruppentherapie, Kombinationstherapie Einzel + Gruppe, externe Behandlung und Warten auf einen Therapieplatz), konnten fünf Untersuchungsgruppen gebildet werden, die hinsichtlich ihres Symptomverlaufs miteinander im Rahmen von sieben Untersuchungsfragestellungen verglichen wurden. Zusätzlich wurde unter Bezugnahme auf das Phasenmodell von Howard et al. (1993) überprüft, inwieweit die Abfolge therapeutischer Veränderungen verschiedener Outcome-Bereiche sich auch in dieser Stichprobe bzw. in den genannten Teilstichproben findet.

Zur Überprüfung der Hauptfragestellung zur Effektivität ambulanter Verhaltenstherapie wurde die Gruppe VT/E (Patienten, die verhaltenstherapeutisch im Einzelsetting behandelt wurden, $n = 71$) mit der unbehandelten Wartesituation ($n = 74$; UB) hinsichtlich der definierten Outcome-Parameter zu t_1 mittels Kovarianzanalyse unter Kontrolle der Ausgangsbelastung verglichen. Da aufgrund des quasiexperimentellen Designs Effekte der Selbstselektion und der Indikationsstellung anzunehmen waren, wurden Baseline-Unterschiede zwischen den Gruppen mittels weiterer Kovariate kontrolliert. Die Ergebnisse zeigen signifikante Unterschiede mit jeweils kleinen Effektstärken zu Gunsten der behandelten Patienten gegenüber der unbehandelten Patientengruppe (primäres Outcome *Symptombelastung*: part. $\eta^2 = .035$, $p = .025$); auch die prä-post-Effektstärken des primären Outcome ($d_{VT/E} = 0.57$ versus $d_{UB} = 0.25$) sprechen für die Annahme der kurzfristigen Effektivität ambulanter Verhaltenstherapie im Einzelsetting unter Routinebedingungen im 6-Monatszeitraum nach dem Erstgespräch, die gemäß der Effektstärken allerdings im kleinen bis mittleren Bereich anzusiedeln sind.

Vor dem Hintergrund der relativ kleinen Effektstärken wird diskutiert, ob diese hauptsächlich auf den vergleichsweise kurzen Untersuchungszeitraum und die für die deutsche Versorgung relativ geringe Dosis (durchschnittlich $M = 12.9$ Sitzungen innerhalb der sechs Monate) zurückzuführen sind. In Fortführung des Gesamtprojektes, das weitere Messzeitpunkte vorsieht, bleibt zu klären, wie sich die Effektivität der Verhaltenstherapie im Einzelsetting über einen längeren Zeitraum in der vorliegenden Stichprobe entwickelt.

Sowohl aus klinischer als auch aus Forschungsperspektive erscheint es vor dem Hintergrund der Studienergebnisse notwendig, die Überprüfung der Effektivität ambulanter Verhaltenstherapie um Verlaufsmessungen zu ergänzen, um zu überprüfen, wie Veränderungen in verschiedenen Outcome-Bereichen in verschiedenen Therapiephasen ablaufen, wobei den frühen Therapiestadien besondere Bedeutung zukommt.

8 LITERATURVERZEICHNIS

- Altenhöfer, A., Schulz, W., Schwab, R. & Eckert, J. (2007). Psychotherapie von Anpassungsstörungen. Ist eine auf 12 Sitzungen begrenzte Gesprächspsychotherapie ausreichend wirksam?, *Psychotherapeut*, 52, 24-34.
- Amelung, V. E., Meyer-Lutterloh, K., Schmid, E., Seiler, R. & Weatherly, J. N. (2006). Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Anderson, A. M. & Lambert, M. J. (2001). A Survival Analysis of Clinically Significant Change in Outpatient Psychotherapy, *Journal of Clinical Psychology*, 57 (7), 875-888.
- Andreas, S., Dirmmaier, J., Harfst, T., Kawski, S., Koch, U. & Schulz, H. (2009). Development and evaluation of a case group concept for inpatients with mental disorders in Germany: Using self-report and expert-rated instruments, *European Psychiatry*, (24), 105-111.
- Barkham, M., Reeds, A., Stiles, W. B., Shapiro, D. A., Hardy, G. E. & Reynolds, S. (1996). Dose-Effect-Relations in Time-Limited Psychotherapy for Depression, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5 (64), 927-935.
- BARMER Ersatzkasse (2009). *BARMER Gesundheitsreport 2009*, Wuppertal, <http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/2009/2009BarmerGesundheitsreport.pdf> [24.08.2011]
- Becker, S. (2009). Evaluation einer ambulanten multimodalen Gruppentherapie bei Adipositas in Kombination mit einer Binge-Eating-Störung. Eine randomisierte kontrollierte Therapiestudie. Dissertation, Eberhard-Karl-Universität, Fakultät der Informations- und Kognitionswissenschaften, 148.
- Beierlein, V. (2009). Generierung und Validierung deutscher normbasierter Scores für die Short-Form Health-Surveys SF-36v2 und SF-8 und deren Normierung für Deutschland. . Diplom, Universität Hamburg, Fachbereich Psychologie, 192.
- Bersoff, D. M. & Bersoff, D. N. (1999). In P. C. Kendall, Butcher, J. & Holmbeck, G. (Hrsg.) *Handbook of research methods in clinical psychology* (S. 31-35). New York; John Wiley & Sons.
- Beutler, L. E., Castonguay, L. G. & Follette, W. C. (2006). Therapeutic Factors in Dysphoric Disorders, *Journal of Clinical Psychology*, 62 (6), 639-647.
- BKK Bundesverband (2008). *Der BKK Gesundheitsreport 2008*, Essen, <http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/2008/Gesundheitsreport2008.pdf> [24.08.2011]
- Borchers, H. (2004). Information zur Kostenerstattung. Was tun, wenn die psychotherapeutische Versorgung nicht gewährleistet ist?, *Psychotherapeutenjournal*, 2, 194-195.
- Brockmann, J. (2000). Psychoanalytisch orientierte Langzeittherapien in der Praxis niedergelassener Therapeuten: eine empirische Studie; Verlauf, Effekte und Vergleiche Dissertation, Universität Hamburg, Fachbereich Psychologie, 147.
- Brockmann, J., Schlüter, T., Brodbeck, D. & Eckert, J. (2002). Die Effekte psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapien, *Psychotherapeut*, 47 (6), 347-355.
- Brockmann, J., Schlüter, T. & Eckert, J. (2003). Frankfurt-Hamburg Langzeit-

- Psychotherapiestudie, *Psychotherapeutenjournal*, 3, 184-195.
- Brockmann, J., Schlüter, T. & Eckert, J. (2006). Langzeitwirkungen psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Langzeitpsychotherapien, *Psychotherapeut*, (51), 15-25.
- Buchkremer, G. & Klingberg, S. (2001). Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie? Zur Diskussion um Leitlinien für die Psychotherapieforschung, *Nervenarzt*, 72, 20-30.
- Bullinger, M. (2000). Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF36 - Health Survey, *Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung -Gesundheitsschutz*, 43 (3), 190-197.
- Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R. & STrauß, B. (2001). Zum aktuellen Stand der Gruppenpsychotherapieforschung: I. Allgemeine Effekte von Gruppenpsychotherapien und Effekte störungsspezifischer Gruppenbehandlungen, *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, (37), 299-318.
- Burlingame, G. M., Fuhriman, A. & Mosier, J. (2003). The Differential Effectiveness of Group Psychotherapy: A Meta-Analytic Perspective, *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 7 (1), 3-12.
- Burlingame, G. M. & Krogel, J. (2005). Relative efficacy of individual versus group psychotherapy, *International Journal of Group Psychotherapy*, 55 (4), 607-611.
- Claasen, D. & Priebe, S. (2003). Deutschsprachige Versorgungsforschung - Was und wie wird berichtet? Eine Analyse von Veröffentlichungen in der Psychiatrischen Praxis 1999-2002, *Psychiatrische Praxis*, (30), 414-423.
- Clarkin, J. F. & Levy, K. N. (2003). In M. J. Lambert (Hrsg.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (S. 194-226). New York; John Wiley.
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling Techniques*. New York: Wiley.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd Edition). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Craigie, M. A. & Nathan, P. (2009). A Nonrandomized Effectiveness Comparison of Broad-Spectrum Group CBT to Individual CBT for Depressed Outpatients in a Community Mental Health Setting, *Behavior Therapy*, 40, 302-314.
- DAK Forschung (2009). *Gesundheitsreport 2009. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema: Doping am Arbeitsplatz.*, Hamburg, http://www.dak.de/content/filesopen/Gesundheitsreport_2009.pdf [24.08.2011]
- DGPPN (2009). S3-Leitlinie/ Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression, Langfassung, <http://www.depression.versorgungsleitlinien.de/> [24.08.2011]
- Elliott, S. A. & Brown, J. S. L. (2002). What are we doing to waiting list controls?, *Behavior Research and Therapy*, 40, 1047-1052.
- Ellert, U., Lampert, T. & Ravens-Sieberer, U. (2005). Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-8, *Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 48, 1330-1337.
- Faravelli, C., Paterniti, S. & Scarpato, A. (1995). 5-Year Prospective, Naturalistic Follow-up Study of Panic disorder, *Comprehensive Psychiatry*, 36 (4), 271-277.
- Fennell, M. J. V. & Teasdale, J. D. (1987). Cognitive Therapy for Depression: Individual Differences and the Process of Change, *Cognitive Therapy and Research*, 11 (2), 253-271.

- Fliege, H., Rose, M., Bronner, E. & Klapp, B. F. (2002). Prädiktoren des Behandlungsergebnisses stationärer psychosomatischer Therapie, *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52 (2), 47-55.
- Franz, M., Schepank, H., Reister, G. & Schellberg, D. (1994). Epidemiologische Befunde zum Langzeitspontanverlauf psychogener Erkrankung über 10 Jahre, *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 44, 22-28.
- Franz, M., Häfner, S., Lieberz, K., Reister, G. & Tress, W. (2000). Der Spontanverlauf psychogener Beeinträchtigung in einer Bevölkerungsstichprobe über 11 Jahre, *Psychotherapeut*, 45, 99-107.
- Frasure-Smith, N. & Lespérance, F. (2003). Depression - A Cardiac Risk Factor in Search of a Treatment, *Journal of the American Medical Association*, 289 (23), 3171-3173.
- Frettlöh, J. & Kröner-Herwig, B. (1999). Einzel- und Gruppentherapie in der Behandlung chronischer Schmerzen - Gibt es Effektivitätsunterschiede?, *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28 (4), 256-266.
- Gallas, C., Kächele, H., Kraft, S., Kory, H. & Puschner, B. (2008). Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie, *Psychotherapeut*, 53, 414-423.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA), Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapierichtlinie), *Bundesanzeiger*, 2009, Nr. 58 (2009), <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-405/RL-Psycho-2009-10-15.pdf> [30.10.2009]
- Grawe, K. (1992). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre, *Psychologische Rundschau*, 43, 133-162.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Green, S. B. (1991). How many subjects does it take to do a regression analysis?, *Multivariate Behavioral Research*, 26, 449-510.
- Haas, E., Dill, R. D., Lambert, M. & Morrell, B. (2002). Do Early Responders to Psychotherapy Maintain Treatment Gains?, *Journal of Clinical Psychology*, 58 (9), 1157-1172.
- Hahlweg, K. (2000). In H. Freyberger, G. Heuft & D. J. Ziegenhagen (Hrsg.) *Transparenz Effizienz Qualitätssicherung* (S. 43-72). Stuttgart New York; Schattauer.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J. & Forman, E. M. (2002). The Psychotherapy Dose-Response-Effect and Its Implications for Treatment Delivery Services, *American Psychological Association*, 9 (3), 329-343.
- Hartmann, S. & Zepf, S. (2003). Effectiveness of Psychotherapy in Germany: A Replication of the *Consumer Report* Study, *Psychotherapy Research*, 13 (2), 235-242.
- Hartmann, S. & Zepf, S. (2004). Einflüsse auf die Symptombesserung in der Psychotherapie bei Patienten mit unterschiedlichen Beschwerdebildern, *Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*, 54, 445-456.
- Hautzinger, M. & Welz, S. (2004). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen im Alter - Ergebnisse einer kontrollierten Vergleichsstudie, *Verhaltenstherapie & soziale Praxis*, 36 (4), 789-798.
- Helbig, S., Hähnel, A., Weigel, B. & Hoyer, J. (2004). Wartezeiten für Psychotherapiepatienten – und wie sie zu nutzen ist, *Verhaltenstherapie*, 14, 294-302.

- Helbig, S. & Hoyer, J. (2007). Hilft wenig viel? Eine Minimalintervention für Patienten während der Wartezeit auf ambulante Verhaltenstherapie, *Verhaltenstherapie*, 17, 109-115.
- Heyde, K., Macco, K. & Vetter, C. (2008). In B. Badura, H. Schröder & C. Vetter (Hrsg.) *Fehlzeiten-Report 2007 - Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft* (S. 206-434). Berlin, Heidelberg; Springer.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S. & Orlinsky, D. E. (1986). The Dose-Effect Relationship in Psychotherapy, *American Psychologist*, 41 (2), 159-164.
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z. & Lutz, W. (1996). Evaluation of Psychotherapy. Efficacy, Effectiveness, and Patient Progress, *American Psychologist*, 51 (10), 1059-1064.
- Howard, K. I., Lueger, R.J., Mailing, M.S. & Martinovich, Z. (1993). A Phase Model of Psychotherapy Outcome: Causal Mediation of Change, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (4), 678-685.
- Hoyer, J., Helbig, S. & Wittchen, H. U. (2006). Experiences with Psychotherapy for Depression in Routine Care: a Naturalistic Patient survey in Germany, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 414-412.
- Hoyer, J., Beesdo, K., Gloster, A.T, Runge, J., Höfler, M. & Becker, E.S. (2009). Worry Exposure versus Applied Relaxation in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 106-115.
- Iardi, S. S. & Craighead, W. E. (1999). Rapid Response, Cognitive Modification, and Nonspecific Factors in Cognitive Behavior Therapy for Depression: A Reply to Tang and DeRubeis, *American Psychological Association*, 6 (3), 295-299.
- Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Höfing, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N., et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS), *Psychological Medicine*, 34, 597-611.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Jacobson, N. S., Roberts, L. J., Berns, S. B. & McGlinchey, J. B. (1999). Methods for Defining and Determining the Clinical Significance of Treatment Effects: Description, Application, and Alternatives, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 300-307.
- Jaurrieta, N., Jiménez-Murcia, S., Alonso, P., Granero, R., Segalàs, C., Labad, J., et al. (2008). Individual versus group cognitive behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: Follow-up, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 697-704.
- Jónsson, H., Hougaard, E. & Bennedsen, B. E. (2011). Randomized comparative study of group versus individual cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder, 387-397.
- Katon, W. & Ciechanowski, P. (2002). Impact of major depression on chronic medical illness, *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 859-863.
- Kauff, P. F. (2009). Transference in Combined Individual and Group Psychotherapy, *International Journal of Group Psychotherapy*, 59 (1), 29-46.
- KBV (2009). Struktur der Mitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum 31.12.2009, <http://www.kbv.de/publikationen/125.html> [24.08.2011]

- Kendall, P. C., Holmbeck, G. & Verduin, T. (2004). In M. J. Lambert, Bergin, A. E. & Garfield, S.E. (Hrsg.) *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th Edition). (S. New York; Wiley).
- Kerkow, N. (2009). Ambulante Verhaltenstherapie - Ergebnisqualität und deren Prädiktion in einem Modellprojekt zur integrierten Versorgung. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Hamburg, Fachbereich Psychologie, 148.
- Köhlke, H.-U. (1992). Gruppen-Verhaltenstherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung der BRD. Eine kritische Auseinandersetzung aus Praxis-Perspektive, *Verhaltenstherapie*, 55 (2), 55-61.
- 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*, 1994, 1009-1016.
- Kraft, S., Percevic, R., Puschner, B. & Kordy, H. (2003). Änderungsmuster in der Psychotherapie: Abhängigkeiten im Verlauf psychischer, sozialer und körperlicher Gesundung, *Psychotherapie* 8(1), 218-224.
- Kubatscheck, U. (2010). Patientenerleben und Konsequenzen von Wartezeit auf ambulante Verhaltenstherapie: Eine qualitative Interviewstudie. Diplom, Universität Hamburg, Fachbereich Psychologie, 225.
- Kühn, K. U., Quednow, B. B., Barkow, K., Jeun, R., Linden, M. & Maier, W. (2002). Chronifizierung und psychosoziale Behinderung durch depressive Erkrankungen bei Patienten in der Allgemeinarztpraxis im Einjahresverlauf. Ergebnisse aus einer Studie der Weltgesundheitsorganisation, *Nervenarzt*, 73, 644-650.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). In M. J. Lambert (Hrsg.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5. Auflage). (S. 139-194). New York; John Wiley & Sons
- Lambert, M. J. (2005). Early Response in Psychotherapy: Further Evidence for the Importance of Common Factors Rather Than "Placebo Effects", *Journal of Clinical Psychology*, 61 (7), 855-869.
- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2006). Change norms: A complementary approach to the issue of control groups in psychotherapy outcome research, *Psychotherapy Research*, 16 (5), 604-616.
- Leonhart, R. (2004). Effektgrößenberechnung bei Interventionsstudien, *Rehabilitation*, 43, 241-246.
- Löcherbach, P. & Weber, I. (2000). Psychotherapeutische Bedarfsplanung nach dem Gesetz: Ohne Korrektur der Planungszahlen wird Fehlversorgung festgeschrieben, *Journal für Psychologie*, 8 (4), 27-40.
- Lueger, R. J. (1995). Ein Phasenmodell der Veränderung in der Psychotherapie, *Psychotherapeut*, 40, 267-278.
- Lutz, W., Lowry, J., Kopta, S. M., Einstein, D. A. & Howard, K. I. (2001). Prediction of Dose-Response Relations Based on Patient Characteristics, *Journal of Clinical Psychology*, 57 (7), 889-900.
- Lutz, W., Tholen, S., Kosfelder, J., Tschitsaz, A., Schürch, E. & Stulz, N. (2005). Evaluation und störungsspezifische Rückmeldung des therapeutischen Fortschritts in der Psychotherapie, *Verhaltenstherapie*, 15 168-175.
- Lutz, W., Bachmann, F., Tschitsaz, A., Smart, D. W. & Lambert, M. J. (2007a). Zeitliche und sequentielle Muster von nonlinearen Veränderungen im Therapieverlauf, *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36 (4), 261-269.

- Lutz, W., Stulz, N., Smart, D. W. & Lambert, M. J. (2007b). Die Identifikation früher Veränderungsmuster in der ambulanten Psychotherapie, *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36 (2), 93-104.
- Lutz, W. & Tschitsaz, A. (2007). Plötzliche Gewinne und Verluste im Behandlungsverlauf von Angststörungen, depressiven und komorbiden Störungen, *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36 (4), 298-308.
- Lutz, W., Stulz, N. & Köck, K. (2009). Pattern of early change and their relationship to outcome and follow-up among patients with major depressive disorders, *Journal of Affective Disorders*, 118 60-68.
- Lutz, W., Stulz, N., Martinovich, Z., Leon, S. & Saunders, S. M. (2009). Methodological background of decision rules and feedback tools for outcomes management in psychotherapy, *Psychotherapy Research*, 19 (4-5), 502-510.
- Mattke, D., Reddemann, L. & Strauß, B. (2009). In D. Mattke, L. Reddemann & B. Strauß (Hrsg.) *Keine Angst vor Gruppen!* (S. 181-192). Stuttgart; Klett-Cotta.
- McDermut, W., Miller, I. & Brown, R. A. (2001). The Efficacy of Group Psychotherapy for Depression: A Metaanalysis and Review of the Empirical Research, *American Psychological Association*, 8 (1), 98-116.
- McRoberts, C., Burlingame, G. M. & Hoag, M. J. (1998). Comparative Efficacy of Individual and Group Psychotherapy: A Meta-Analytic Perspective, *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 2, 101-117.
- Mehnert, A., Lehmann, C., Cao, P. & Koch, U. (2006). Die Erfassung psychosozialer Belastungen und Ressourcen in der Onkologie - Ein Literaturüberblick zu Screeningmethoden und Entwicklungstrends, *Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*, 56, 462 - 479.
- Meier, S., Fricke, S., Moritz, S., Hand, I. & Rufer, M. (2006). Ambulante verhaltenstherapeutische Gruppentherapie bei Zwangsstörungen - ein effektiver Behandlungsansatz?, *Verhaltenstherapie*, 16, 173-182.
- Mühlbacher, A. & Ackerschott, S. (2007). Die integrierte Versorgung, In K. W. I. Lenz (Hrsg.) *Erfolgreiche Wege in die Integrierte Versorgung* (S. 17-43). Stuttgart; Kohlhammer.
- Müller, S. & Schroeder-Printzen, J. (2009). Kooperationen mit Zukunft, *Arzt und Krankenhaus*, 4, 110-114.
- Nevonen, L. & Broberg, A. G. (2006). A Comparison of Sequenced Individual and Group Psychotherapy for Patients with Bulimia Nervosa, *International Journal of Eating Disorders*, 39, 117-127.
- Nietzel, M. T., Russell, R. L., Hemmings, K. A. & Gretter, M. L. (1987). Clinical Significance of Psychotherapy for Unipolar Depression: A Meta-Analytic Approach to Social Comparison, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (2), 156-161.
- Nissen, G. (2001). Kurzzeitpsychotherapie, Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie und Psychosomatik für Klinik & Praxis, (27), 19-24.
- O'Hara, M., Scott, S., Gorman, L. L. & Wenzel, A. (2008). Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for Postpartum-Depression, *Archives of General Psychiatry*, 57, 1039-1045.
- Paar, G. H. & Grohmann, S. (2000). Überlegungen zu einem „Allgemeinen Modell der psychosomatischen Rehabilitation“ mit Ableitungen zur angemessenen Behandlungsintensität und erforderlichen Verweildauer, *Rehabilitation*, 39, 8-16.

- Petermann, F. & Koch, U. (2009). Psychosomatische Rehabilitation: Quo vadis?, *Rehabilitation*, 48, 257-262.
- Posternak, M. A. & Miller, I. (2001). Untreated short-term course of major depression: a meta-analysis of outcomes from studies using wait-list control groups, *Journal of Affective Disorders*, 66, 139-146.
- Puschner, B. (2003). *Zugang zu ambulanter Psychotherapie und Konsequenzen für den Behandlungserfolg*. Unveröffentlichte Dissertation, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften, 119.
- Puschner, B. & Kordy, H. (2010). Mit Transparenz und Ergebnisorientierung zur Optimierung der psychotherapeutischen Versorgung: Eine Studie zur Evaluation ambulanter Psychotherapie, *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 60 350-357.
- Rabung, S., Harfst, T., Koch, U., Wittchen, U. & Schulz, H. (2007). "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.
- Rabung, S., Harfst, T., Koch, U. & Schulz, H. (2008). "Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH)" - Referenzdaten zur verkürzten 49-Item-Version "Health 49" (Stand 15.01.2007), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, <http://www.hamburger-module.de/download/health-49-normen.pdf> [24.08.2011]
- Rabung, S., Harfst, T., Kawski, S., Koch, U., Wittchen, H.-U., Schulz, H. (2009). Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der "Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis" (HEALTH-49). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55 (2), 162-179.
- Renaud, J., Brent, D. A., Baugher, M., Birmaher, B., Kolko, D. J. & Bridge, J. (1998). Rapid Response to Psychosocial Treatment for Adolescent Depression: A Two-Year Follow-up, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37 (11), 1184-1191.
- Roberts, C. & Torgerson, D. J. (1999). Baseline imbalance in randomised controlled trials, *British Medical Journal*, 319, 185.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Ratcliff, K. S. & Seyfried, W. (1992). Validity of the Diagnostic Interview Schedule, version II: DSM-III diagnoses, *Psychological Medicine*, 12, 855-870.
- Sareen, J., Jacobi, F., Cox, B., Belik, S.-L., Clara, I. & Stein, M. (2006). Disability and Poor Quality of Life Associated with Comorbid Anxiety Disorders and Physical Conditions *Archives of Internal Medicine*, 166, 2109-2116.
- Schlüter, T. (2000). Verhaltenstherapeutische Langzeittherapien in der Praxis niedergelassener Therapeuten - Verlauf, Wirkung und differentielle Effekte. Dissertation, Universität Hamburg, Fachbereich Psychologie, 77.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T., Dirmaier, J., Watzke, B. & Koch, U. (2006). Versorgungsforschung in der psychosozialen Medizin, *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung -Gesundheitsschutz*, 49 (2), 175-187.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T. & Koch, U. (2008). Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Psychotherapeutische Versorgung. Berlin: Robert Koch-Institut.

- Seligman, M. E. P. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy. The Consumer Reports Study, *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Sozialgesetzbuch (SGB), Fünftes Buch, § 317 (1999), <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/317.html> [24.08.2011]
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., Siegle, G., Crits-Christoph, P., Hazelrigg, M.D., Form, A. F., et al. (1997). Evidence That Therapy Works in Clinically Representative Conditions, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (3), 355-365.
- Shadish, W. R., G.E., M., Navarro, A. M. & Phillips, G. (2000). The Effects of Psychological Therapies Under Clinically Representative Conditions: A Meta-Analysis., *Psychological Bulletin*, 126 (4), 512 - 529.
- Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Smith, T. W. & Ruiz, J. M. (2002). Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease: current status and implications for research and practice, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (3), 548-568.
- Spengler, A. (2003). Psychiatrische Institutsambulanzen, *Nervenarzt*, 74 (5), 476-480.
- Stevens (1986). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. Mahwah, N.Y.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Strauß, B. & Wittmann, W. W. (2005). In W. Senf & M. Broda (Hrsg.) *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (S. 760-781). Stuttgart, New York; Thieme.
- Stulz, N., Lutz, W., Lech, C., Lucock, M. & Barkham, M. (2007). Shapes of Early Change in Psychotherapy Under Routine Outpatient Conditions, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (6), 864-874.
- Tang, T. Z. & DeRubeis, R. J. (1999). Reconsidering Rapid Early Response in cognitive Behavioral Therapy for Depression, *American Psychological Association*, 6 (3), 283-288.
- Teasdale, J. D., Fennell, M. J. V., Hibbert, G. A. & Amies, P. L. (1984). Cognitive Therapy for Major Depressive Disorder in Primary Care, *British Journal of Psychiatry*, 144, 400-406.
- Tschitsaz-Stucki, A. & Lutz, W. (2009). Identifikation und Aufklärung von Veränderungssprüngen im individuellen Psychotherapieverlauf, *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38 (1), 13-23.
- Vogel, H. (1996). Psychotherapie in der ambulanten Gesundheitsversorgung - eine kritische Übersicht., *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 28 (1), 106-126.
- Wagner, K., Ackerschott, S. & Lenz, I. (2007). In K. W. I. Lenz (Hrsg.) *Erfolgreiche Wege in die Integrierte Versorgung* (1). (S. 308-331). Stuttgart; Kohlhammer.
- Ware, J. E., Kosinski, M. & Dewey, J. E. (1999). *How to Score and Interpret Single-item Health Status Measures: A Manual for Users of the SF-8™ Health Survey*. (3. Aufl.). Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated.
- Watson, H. J. & Nathan, P. R. (2008). Role of Gender in Depressive Disorder Outcome for Individual and Group Cognitive-Behavioral Treatment, *Journal of Clinical Psychology*, 64 (12), 1323-1337.
- Watzke, B., Barghaan, D., Harfst, T., Koch, U. & Schulz, H. (2009). In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.) *Verhaltenstherapie - Grundlagen und Verfahren*. (S. 845-855). Heidelberg; Springer.

- Watzke, B., Rüdell, H., Jürgensen, R., Koch, U., Kriston, L., Grothgar, B., et al. (2010). Effectiveness of systematic treatment selection for psychodynamic and cognitive-behavioural therapy: Randomised controlled trial in routine mental healthcare, *The British Journal of Psychiatry*, 196, 96-105.
- Westbrook, D. & Kirk, J. (2005). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy: Outcome for a large sample of adults treated in routine practice, *Behavior Research and Therapy*, 54, 1243-1261.
- Wittchen, H.-U. & v. Zerssen, D. (1987). Verläufe behandelter und unbehandelter Depressionen und Angststörungen. Eine klinisch-psychiatrische und epidemiologische Verlaufsuntersuchung. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo: Springer-Verlag.
- 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, 993-1000.
- Wolfersdorf, M. H., A. (2001). Chronische Depression - Anmerkungen zum Krankheitsverlauf bei der Depression, *Krankenhauspsychiatrie*, 12 (Sonderheft), 2-5.
- Yonkers, K. A., Bruce, S. E., Dyck, I. R. & Keller, M. B. (2003). Chronicity, Relapse, and Illness - Course of Panic Disorder, Social Phobia, and Generalized Anxiety Disorder: Findings in Men and Women from 8 Years of Follow-up., *Depression and Anxiety*, 17, 173-179.
- Zaby, A. M. (2009). Kognitiv-behaviorale Gruppentherapie bei Patientinnen und Patienten mit multiplen somatoformen Symptomen. Eine randomisierte kontrollierte Interventionsstudie. Dissertation, Universität Koblenz-Landau, Fachbereich Psychologie, 156.
- Zepf, S., Mengele, U., Marx, A. & Hartmann, S. (2001). Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Zepf, S., Mengele, U. & Hartmann, S. (2003). Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland, *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 53, 152-162.
- Zulueta, F. d. & Mark, P. (2000). Attachment and Contained Splitting: A Combined Approach of Group and Individual Therapy to the Treatment of Patients suffering from Borderline Personality Disorder, *Group Analysis*, 33, 486-500.

9 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

amb	ambulant
AU	Arbeitsunfähigkeit
BEK	Barmer Ersatzkasse
CBT	cognitive behavioral therapy
CP	Completer
d	Effektgröße für Mittelwertunterschiede nach Cohen
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
DSM-IV	Diagnostic statistical manual
E	Psychotherapie im Einzelsetting
eta/ η	Effektstärke in der Kovarianzanalyse
G	Psychotherapie im Gruppensetting
GAV	Gestufte ambulante verhaltenstherapeutische Versorgung
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GHS	German Health Survey
HA	Hausarzt
HEK	Hanseatische Krankenkasse
ICD-10	International Classification of Diseases
IV	Integrierte Versorgung
M	arithmetisches Mittel
MCS	mental component scale (psychische Skala des Short Form-8)
MVZ	medizinisches Versorgungszentrum
n/N	Stichprobengröße
NC	Non-Completer
NTN	Nichtteilnehmer
PCS	physical component scale (somatische Skala des Short Form-8)
phi/ ϕ	Effektstärke im χ^2 -Test bzw. im Fischers-Exakt-Test
PSB	Psychische und somatoforme Beschwerden (Modul A des HEALTH-49)

PT	Psychotherapie
r	Korrelationskoeffizient
SD	Standardabweichung
VT	Verhaltenstherapie
t ₀	Baseline-Messung
t ₁	Messung sechs Monate nach dem Erstgespräch
TN	Teilnehmer
TP	Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie
WOHL	Psychisches Wohlbefinden (Modul B des HEALTH-49)

10 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Messzeitpunkte und zeitlicher Verlauf der Behandlungs- und Wartezeiten in Untersuchungsgruppen.....	61
Abbildung 2: Einfach- und Mehrfachdiagnosen bei Teilnehmern und Nichtteilnehmern	85
Abbildung 3: Einfach- und Mehrfachdiagnosen bei Completern und Non-Completern	89
Abbildung 4: Flussdiagramm zur Stichprobenzusammensetzung	93
Abbildung 5: Prozentuale Verteilung von Einfach- und Mehrfachdiagnosen in den Untersuchungsgruppe (VT/E: Verhaltenstherapie im Einzelsetting, VT/G: Verhaltenstherapie im Gruppensetting, VT/E+G: Verhaltenstherapie im Einzel- und Gruppensetting, PT/E: Einzelpsychotherapie außerhalb der untersuchten Fokuseinrichtung, UB: unbehandelte Wartesituation)	101
Abbildung 6: Gruppenmittelwerte des Modul A (HEALTH-49) für die Gruppen VT/E (Patienten in Behandlung mit VT im Einzelsetting) und UB (Patienten in unbehandelter Wartesituation). Messzeitpunkte: t ₀ : Baseline; t ₁ : 6 Monate nach t ₀ . (Referenzwerte für Gesunde: M = 0.34, SD = 0.35, Referenzwerte für stationäre Psychotherapiepatienten: M = 1.45, SD = 0.77).....	107
Abbildung 7: Gruppenmittelwerte des Modul B (HEALTH-49) für die Gruppen VT/E (Patienten in Behandlung mit VT im Einzelsetting) und UB (Patienten in unbehandelter Wartesituation). Messzeitpunkte: t ₀ : Baseline; t ₁ : 6 Monate nach t ₀ . (Referenzwerte für Gesunde: M = 1.09, SD = 0.72, Referenzwerte für stationäre Psychotherapiepatienten: M = 2.6, SD = 0.76).....	109
Abbildung 8: Gruppenmittelwerte des MCS (Short Form-8) für die Gruppen VT/E (Behandlung mit VT im Einzelsetting) und UB (unbehandelte Wartesituation). Messzeitpunkte: t ₀ : Baseline; t ₁ : 6 Monate nach t ₀ . (Referenz: Normwerte für die Deutsche Gesamtbevölkerung: M = 51.68, SD = 8.82)	111

- Abbildung 9: Gruppenmittelwerte des Modul A (HEALTH-49) für die Gruppen VT/G (Behandlung mit VT im Gruppensetting) und UB (unbehandelte Wartesituation). Messzeitpunkte: t_0 : Baseline; t_1 : 6 Monate nach t_0 . (Referenzwerte für Gesunde: $M = 0.34$, $SD = 0.35$, Referenzwerte für stationäre Psychotherapiepatienten: $M = 1.45$, $SD = 0.77$) 113
- Abbildung 10: Gruppenmittelwerte des Modul B (HEALTH-49) für die Gruppen VT/G (Patienten in Behandlung mit VT im Gruppensetting) und UB (Patienten in unbehandelter Wartesituation). Messzeitpunkte: t_0 : Baseline; t_1 : 6 Monate nach t_0 . (Referenzwerte für Gesunde: $M = 1.09$, $SD = 0.72$, Referenzwerte für stationäre Psychotherapiepatienten: $M = 2.60$, $SD = 0.76$)..... 116
- Abbildung 11: Gruppenmittelwerte des MCS (Short Form-8) für die Gruppen VT/G (Patienten in Behandlung mit VT im Gruppensetting) und UB (Patienten in unbehandelter Wartesituation). Messzeitpunkte: t_0 : Baseline; t_1 : 6 Monate nach t_0 . (Referenz: Normwerte für die Deutsche Gesamtbevölkerung: $M = 51.68$, $SD = 8.82$)..... 117
- Abbildung 12: Gruppenmittelwerte des Modul A (HEALTH-49) für die Gruppen VT/G (Patienten in Behandlung mit VT im Gruppensetting) und VT/E (Patienten in Behandlung mit VT im Einzelsetting). Messzeitpunkte: t_0 : Baseline; t_1 : 6 Monate nach t_0 . (Referenzwerte für Gesunde: $M = 0.34$, $SD = 0.35$, Referenzwerte für stationäre Psychotherapiepatienten: $M = 1.45$, $SD = 0.77$)..... 120
- Abbildung 13: Gruppenmittelwerte des Modul B (HEALTH-49) für die Gruppen VT/G (Patienten in Behandlung mit VT im Gruppensetting) und VT/E (Patienten in Behandlung mit VT im Einzelsetting). Messzeitpunkte: t_0 : Baseline; t_1 : 6 Monate nach t_0 . (Referenzwerte für Gesunde: $M = 1.09$, $SD = 0.72$, Referenzwerte für stationäre Psychotherapiepatienten: $M = 2.60$, $SD = 0.76$)..... 122
- Abbildung 14: Gruppenmittelwerte des MCS (Short Form-8) für die Gruppen VT/G (Patienten in Behandlung mit VT im Gruppensetting) und VT/G (Patienten in Behandlung mit VT im Einzelsetting). Messzeitpunkte: t_0 : Baseline; t_1 : 6 Monate nach t_0 . (Referenz: Normwerte für die Deutsche Gesamtbevölkerung: $M = 51.68$, $SD = 8.82$)..... 124
- Abbildung 15: Gruppenmittelwerte des Modul A (HEALTH-49) für die Gruppen VT/E+G (Patienten in Behandlung mit VT in Kombination aus Einzel- und Gruppensetting) und UB (Patienten in unbehandelter Wartesituation). Messzeitpunkte: t_0 : Baseline; t_1 : 6 Monate nach t_0 . (Referenzwerte für Gesunde: $M = 0.34$, $SD = 0.35$, Referenzwerte für stationäre Psychotherapiepatienten: $M = 1.45$, $SD = 0.77$) 126
- Abbildung 16: Gruppenmittelwerte des Modul B (HEALTH-49) für die Gruppen VT/E+G (Patienten in Behandlung mit VT in Kombination aus Einzel- und Gruppensetting) und UB (Patienten in unbehandelter Wartesituation). Messzeitpunkte: t_0 : Baseline; t_1 : 6 Monate nach t_0 . (Referenzwerte für Gesunde: $M = 1.09$, $SD = 0.72$, Referenzwerte für stationäre Psychotherapiepatienten: $M = 2.60$, $SD = 0.76$) 129

- Abbildung 17: Gruppenmittelwerte des MCS (Short Form-8) für die Gruppen VT/E+G (Patienten in Behandlung mit VT in Kombination aus Einzel- und Gruppensetting) und UB (Patienten in unbehandelter Wartesituation). Messzeitpunkte: t_0 : Baseline; t_1 : 6 Monate nach t_0 . (Referenz: Normwerte für die Deutsche Gesamtbevölkerung: $M = 51.68$, $SD = 8.82$)..... 130
- Abbildung 18: Gruppenmittelwerte des Modul A (HEALTH-49) für die Gruppen VT/E+G (Patienten in Behandlung mit VT in Kombination aus Einzel- und Gruppensetting) und VT/E (Patienten in Behandlung mit VT ausschließlich im Einzelsetting). Messzeitpunkte: t_0 : Baseline; t_1 : 6 Monate nach t_0 . (Referenzwerte für Gesunde: $M = 0.34$, $SD = 0.35$, Referenzwerte für stationäre Psychotherapiepatienten: $M = 1.45$, $SD = 0.77$) 133
- Abbildung 19: Gruppenmittelwerte des Modul B (HEALTH-49) für die Gruppen VT/E+G (Patienten in Behandlung mit VT in Kombination aus Einzel- und Gruppensetting) und VT/E (Patienten in Behandlung mit VT ausschließlich im Einzelsetting). Messzeitpunkte: t_0 : Baseline; t_1 : 6 Monate nach t_0 . (Referenzwerte für Gesunde: $M = 1.09$, $SD = 0.72$, Referenzwerte für stationäre Psychotherapiepatienten: $M = 2.60$, $SD = 0.76$) 135
- Abbildung 20: Gruppenmittelwerte des MCS (Short Form-8) die Gruppen VT/E+G (Patienten in Behandlung mit VT in Kombination aus Einzel- und Gruppensetting) und VT/E (Patienten in Behandlung mit VT ausschließlich im Einzelsetting). Messzeitpunkte: t_0 : Baseline; t_1 : 6 Monate nach t_0 . (Referenz: Normwerte für die Deutsche Gesamtbevölkerung: $M = 51.68$, $SD = 8.82$) 137
- Abbildung 21: Gruppenmittelwerte des Modul A (HEALTH-49) für die Gruppen VT/E+G (Patienten in Behandlung mit VT in Kombination aus Einzel- und Gruppensetting) und VT/G (Patienten in Behandlung mit VT ausschließlich im Gruppensetting). Messzeitpunkte: t_0 : Baseline; t_1 : 6 Monate nach t_0 . (Referenzwerte für Gesunde: $M = 0.34$, $SD = 0.35$, Referenzwerte für stationäre Psychotherapiepatienten: $M = 1.45$, $SD = 0.77$)..... 139
- Abbildung 22: Gruppenmittelwerte des Modul B (HEALTH-49) für die Gruppen VT/E+G (Patienten in Behandlung mit VT in Kombination aus Einzel- und Gruppensetting) und VT/G (Patienten in Behandlung mit VT ausschließlich im Gruppensetting). Messzeitpunkte: t_0 : Baseline; t_1 : 6 Monate nach t_0 . (Referenzwerte für Gesunde: $M = 1.09$, $SD = 0.72$, Referenzwerte für stationäre Psychotherapiepatienten: $M = 2.60$, $SD = 0.76$)..... 141
- Abbildung 23: Gruppenmittelwerte des MCS (Short Form-8) für die Gruppen VT/E+G (Patienten in Behandlung mit VT in Kombination aus Einzel- und Gruppensetting) und VT/G (Patienten in Behandlung mit VT ausschließlich im Gruppensetting). Messzeitpunkte: t_0 : Baseline; t_1 : 6 Monate nach t_0 . (Referenz: Normwerte für die Deutsche Gesamtbevölkerung: $M = 51.68$, $SD = 8.82$) 143

Abbildung 24: Gruppenmittelwerte des Modul A (HEALTH-49) für die Gruppen PT/E (Patienten in Behandlung mit Psychotherapie unbekannter Ausrichtung außerhalb der untersuchten Einrichtung im Einzelsetting) und UB (Patienten in unbehandelter Wartesituation). Messzeitpunkte: t_0 : Baseline; t_1 : 6 Monate nach t_0 . (Referenzwerte für Gesunde: $M = 0.34$, $SD = 0.35$, Referenzwerte für stationäre Psychotherapiepatienten: $M = 1.45$, $SD = 0.77$).....	146
Abbildung 25: Gruppenmittelwerte des Modul B (HEALTH-49) die Gruppen PT/E (Patienten in Behandlung mit Psychotherapie unbekannter Ausrichtung außerhalb der untersuchten Einrichtung im Einzelsetting) und UB (Patienten in unbehandelter Wartesituation). Messzeitpunkte: t_0 : Baseline; t_1 : 6 Monate nach t_0 .(Referenzwerte für Gesunde: $M = 1.09$, $SD = 0.72$, Referenzwerte für stationäre Psychotherapiepatienten: $M = 2.60$, $SD = 0.76$).....	148
Abbildung 26: Gruppenmittelwerte des MCS (Short Form-8) für die Gruppen PT/E (Patienten in Behandlung mit Psychotherapie unbekannter Ausrichtung außerhalb der untersuchten Einrichtung im Einzelsetting) und UB (Patienten in unbehandelter Wartesituation). Messzeitpunkte: t_0 : Baseline; t_1 : 6 Monate nach t_0 . (Referenz: Normwerte für die Deutsche Gesamtbevölkerung: $M = 51.68$, $SD = 8.82$)	150
Abbildung 27: Prä-post-Effektstärken (d) der Veränderung für die Gruppen VT/E (Patienten in Behandlung mit VT im Einzelsetting) und UB (Patientin in unbehandelte Wartesituation) in den Outcome-Parametern Symptombelastung, psychisches Wohlbefinden und psychische Lebensqualität	213
Abbildung 28: Prä-post-Effektstärken (d) der Veränderung für sämtliche Untersuchungsgruppen in den Outcome-Parametern Symptombelastung, psychisches Wohlbefinden und psychische Lebensqualität.....	213
Abbildung 29: Erfolgsgruppen innerhalb der Untersuchungsgruppen hinsichtlich der Symptombelastung (HEALTH-49, Modul A, PSB).....	225
Abbildung 30: Erfolgsgruppen innerhalb der Untersuchungsgruppen hinsichtlich des Wohlbefindens (HEALTH-49, Modul B, WOHL)	225

11 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Durchschnittliche Wartezeit auf ein diagnostisches Erstgespräch.....	14
Tabelle 2: Durchschnittliche Wartezeit auf einen Psychotherapieplatz.....	15
Tabelle 3: Verläufe unbehandelter Angststörungen und Depressionen	47
Tabelle 4: Vergleich von Teilnehmern und Nichtteilnehmern nach Alter und Geschlecht	83
Tabelle 5: Verteilung der Diagnosen nach ICD-10 bei Teilnehmern und Nichtteilnehmern	84
Tabelle 6: Soziodemographische und klinische Merkmale der Completer und der Non-Completer	87

Tabelle 7: Verteilung von Diagnosen unter Completern und Non-Completern.....	89
Tabelle 8: Stichprobenbeschreibung Teil 1 - soziodemographische Merkmale	94
Tabelle 9: Outcome-Parameter zum Zeitpunkt t_0	100
Tabelle 10: Verteilung von Diagnosen in den Untersuchungsgruppen.....	102
Tabelle 11: Angaben über Therapien in den behandelten Untersuchungsgruppen bis t_1	104
Tabelle 12: Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) sowie prä-post- Effektstärken (d) der Outcome-Parameter Symptombelastung (PSB, Modul A), Psychisches Wohlbefinden (WOHL, Modul B) und Psychische Lebensqualität (MCS, Short Form-8) in den Gruppen VT/E (Patienten in Behandlung mit VT im Einzelsetting) und UB (Patienten in unbehandelter Wartesituation); Messzeitpunkte t_0 und t_1	106
Tabelle 13: Ergebnisse der Kovarianzanalysen zu den abhängigen Variablen Symptombelastung (PSB, Modul A des HEALTH-49), Psychisches Wohlbefinden (WOHL, Modul B des HEALTH-49) und Psychische Lebensqualität (MCS des Short Form-8) zu t_1 (6 Monate nach Baselinemessung) in den Gruppen VT/E (Patienten in Behandlung mit VT im Einzelsetting) und UB (Patienten in unbehandelter Wartesituation)	108
Tabelle 14: Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) sowie Effektstärken (d) der Outcome-Parameter Symptombelastung (PSB, Modul A), Psychisches Wohlbefinden (WOHL, Modul B) und psychische Lebensqualität (MCS, Short Form-8)) in den Gruppen VT/G (Patienten in Behandlung mit VT im Gruppensetting) und UB (Patienten in unbehandelter Wartesituation); Messzeitpunkte t_0 und t_1	113
Tabelle 15: Ergebnisse der Kovarianzanalysen zu den abhängigen Variablen Symptombelastung (PSB, Modul A des HEALTH-49), Psychisches Wohlbefinden (WOHL, Modul B des HEALTH-49) und Psychischen Lebensqualität (MCS des Short Form-8) zu t_1 (6 Monate nach Baselinemessung) in den Gruppen VT/G (Patienten in Behandlung mit VT im Gruppensetting) und UB (Patienten in unbehandelter Wartesituation)	114
Tabelle 16: Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) sowie Effektstärken (d) der Outcome-Parameter Symptombelastung (PSB, Modul A), Psychisches Wohlbefinden (WOHL, Modul B) und psychische Lebensqualität (MCS des Short Form-8) in den Gruppen VT/G (Patienten in Behandlung mit VT im Gruppensetting) und VT/E (Patienten in Behandlung mit VT im Einzelsetting); Messzeitpunkte t_0 und t_1	119
Tabelle 17: Ergebnisse der Kovarianzanalysen zu den abhängigen Variablen Symptombelastung (PSB, Modul A des HEALTH-49), Psychisches Wohlbefinden (WOHL, Modul B des HEALTH-49) und Psychische Lebensqualität (MCS des Short Form-8) zu t_1 (6 Monate nach Baselinemessung) in den Gruppen VT/G (Patienten in Behandlung mit VT im Gruppensetting) und VT/E (Patienten in Behandlung mit VT im Einzelsetting)	121

- Tabelle 18: Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) sowie Effektstärken (d) der Outcome-Parameter Symptombelastung (PSB, Modul A), Psychisches Wohlbefinden (WOHL, Modul B) und psychische Lebensqualität (MCS) in den Gruppen VT/E+G (Patienten in Behandlung mit VT in Kombination von Einzel- und Gruppensetting) und UB (Patienten in unbehandelter Wartesituation); Messzeitpunkte t_0 und t_1 126
- Tabelle 19: Ergebnisse der Kovarianzanalysen zu den abhängigen Variablen Symptombelastung (PSB, Modul A des HEALTH-49), Psychisches Wohlbefinden (WOHL, Modul B des HEALTH-49) und psychischen Lebensqualität (MCS des Short Form-8) zu t_1 (6 Monate nach Baselinemessung) in den Gruppen VT/E+G (Patienten in Behandlung mit VT in Kombination von Einzel- und Gruppensetting) und UB (Patienten in unbehandelter Wartesituation) 127
- Tabelle 20: Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) sowie Effektstärken (d) des Outcome-Parameter Symptombelastung (PSB, Modul A), Psychisches Wohlbefinden (WOHL, Modul B) und psychische Lebensqualität (MCS des Short Form-8) in den Gruppen VT/E+G (Patienten in Behandlung mit VT in Kombination von Einzel- und Gruppensetting) und VT/E (Patienten in Behandlung mit VT im Einzelsetting); Messzeitpunkte t_0 und t_1 132
- Tabelle 21: Ergebnisse der Kovarianzanalysen zu den abhängigen Variablen Symptombelastung (PSB, Modul A des HEALTH-49), Psychisches Wohlbefinden (WOHL, Modul B des HEALTH-49) und Psychische Lebensqualität (MCS des Short Form-8) zu t_1 (6 Monate nach Baselinemessung) in den Gruppen VT/E+G (Patienten in Behandlung mit VT in Kombination von Einzel- und Gruppensetting) und VT/E (Patienten in Behandlung mit VT ausschließlich im Einzelsetting) 134
- Tabelle 22: Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) sowie Effektstärken (d) der Outcome-Parameter Symptombelastung (PSB, Modul A), Psychisches Wohlbefinden (WOHL, Modul B) und psychische Lebensqualität (MCS, Short Form-8) in den Gruppen VT/E+G (Patienten in Behandlung mit VT in Kombination von Einzel- und Gruppensetting) und VT/G (Patienten in Behandlung mit VT ausschließlich im Gruppensetting); Messzeitpunkte t_0 und t_1 139
- Tabelle 23: Ergebnisse der Kovarianzanalysen zu den abhängigen Variablen Symptombelastung (PSB, Modul A des HEALTH-49), Psychisches Wohlbefinden (WOHL, Modul B des HEALTH-49) und Psychische Lebensqualität (MCS des Short Form-8) zu t_1 (6 Monate nach Baselinemessung) in den Gruppen VT/E+G (Patienten in Behandlung mit VT in Kombination von Einzel- und Gruppensetting) und VT/G (Patienten in Behandlung mit VT ausschließlich im Gruppensetting) 140
- Tabelle 24: Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) sowie Effektstärken (d) der Outcome-Parameter Symptombelastung (PSB, Modul A), Psychisches Wohlbefinden (WOHL, Modul B) und psychische Lebensqualität (MCS) in den Gruppen PT/E (Patienten in Behandlung mit Psychotherapie unbekannter Ausrichtung außerhalb der untersuchten Einrichtung im Einzelsetting) und UB (Patienten in unbehandelter Wartesituation); Messzeitpunkte t_0 und t_1 145

Tabelle 25: Ergebnisse der Kovarianzanalysen zu den abhängigen Variablen Symptombelastung (PSB, Modul A des HEALTH-49), Psychisches Wohlbefinden (WOHL, Modul B des HEALTH-49) und Psychische Lebensqualität (MCS des Short Form-8) zu t_1 (6 Monate nach Baselinemessung) in den Gruppen PT/E (Patienten in Behandlung mit Psychotherapie unbekannter Ausrichtung außerhalb der untersuchten Einrichtung im Einzelsetting) und UB (Patienten in unbehandelter Wartesituation)	147
Tabelle 26: Patienten, die aus organisatorischen Gründen zu t_0 nicht erfasst wurden	204
Tabelle 27: Patienten, die eine Teilnahme an der Studie ablehnten.....	204
Tabelle 28: Patienten mit nicht erfüllten Einschlusskriterien	204
Tabelle 29: Überprüfung der Verteilung von Diagnosen unter Teilnehmern und Nichtteilnehmern	205
Tabelle 30: Patienten der HEK und GEK, die nicht an der Integrierten Versorgung teilnahmen	205
Tabelle 31: Drop-out innerhalb von drei Monaten nach t_0	206
Tabelle 32: Drop-out vom vierten bis sechsten Monat nach t_0	206
Tabelle 33: Patienten, die stationär behandelt wurden.....	206
Tabelle 34: Patienten, die die Gruppenzuweisungskriterien nicht erfüllten.....	207
Tabelle 35: Überprüfung der Verteilung von Diagnosen unter Completern und Non- Completern	207
Tabelle 36: Stichprobenbeschreibung, Teil 2 - Arbeitsunfähigkeit, stationäre und ambulante Vorbehandlungen	208
Tabelle 37: Stichprobenbeschreibung, Teil 3: Empfehlungen, Inanspruchnahmeverhalten und ambulante Vorbehandlungen bis t_0	209
Tabelle 38: Überprüfung der Verteilung von Diagnosen der Studienteilnehmer.....	210
Tabelle 39: Anzahl der Diagnosen pro Untersuchungsgruppe.....	211
Tabelle 40: Bewertung der Therapien bis t_1 durch die Patienten	211
Tabelle 41: Angaben zu der Wartesituation bis t_1 in den Untersuchungsgruppen	212
Tabelle 42: Bemühungen um einen Therapieplatz bis t_1 in den Untersuchungsgruppen	212
Tabelle 43: Aktivitäten während der Wartezeit auf einen Therapieplatz.....	212
Tabelle 44: Auswahl der Kovariate.....	214
Tabelle 45: Regressionsanalytisch bestimmte Kovariate für die Hauptfragestellung, Kriterium: Symptombelastung (HEALTH-49, Modul A) zu t_1	215
Tabelle 46: Regressionsanalytisch bestimmte Kovariate für die Hauptfragestellung, Kriterium: Psychisches Wohlbefinden (HEALTH-49, Modul B) zu t_1	215
Tabelle 47: Regressionsanalytisch bestimmte Kovariate für die Hauptfragestellung, Kriterium: Lebensqualität, psychische Skala (Short Form-8, MCS) zu t_1	216
Tabelle 48: Regressionsanalytisch bestimmte Kovariate für die Nebenfragestellungen, Kriterium: Symptombelastung (HEALTH-49, Modul A) zu t_1	216

Tabelle 49: Regressionsanalytisch bestimmte Kovariate für die Nebenfragestellungen, Kriterium: Psychisches Wohlbefinden (HEALTH-49, Modul B, WOHL) zu t_1	217
Tabelle 50: Regressionsanalytisch bestimmte Kovariate für die Nebenfragestellung, Kriterium: Lebensqualität, psychische Skala (Short Form-8, MCS) zu t_1	217
Tabelle 51: Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Hauptfragestellung, Teil a	218
Tabelle 52: Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Hauptfragestellung, Teil b	218
Tabelle 53: Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Hauptfragestellung, Teil c	218
Tabelle 54: Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 1, Teil a.....	219
Tabelle 55: Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 1, Teil b.....	219
Tabelle 56: Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 1, Teil c.....	219
Tabelle 57: Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 2, Teil a.....	220
Tabelle 58: Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 2, Teil b.....	220
Tabelle 59: Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 2, Teil c.....	220
Tabelle 60: Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 3, Teil a.....	221
Tabelle 61: Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 3, Teil b.....	221
Tabelle 62: Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 3, Teil c.....	221
Tabelle 63: Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 4, Teil a.....	222
Tabelle 64: Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 4, Teil b.....	222
Tabelle 65: Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 4, Teil c.....	222
Tabelle 66: Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 5, Teil a.....	223
Tabelle 67: Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 5, Teil b.....	223
Tabelle 68: Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 5, Teil c.....	223
Tabelle 69: Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 6, Teil a.....	224
Tabelle 70: Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 6, Teil b.....	224
Tabelle 71: Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 6, Teil c.....	224

ANHANG

Übersicht:

Tabelle 32- 42: Informationen zu der Stichprobenbeschreibung und zum Drop-out

Tabelle 43- 45 sowie Abbildung 35+36: Informationen zu der Behandlung bis t_1

Tabelle 46-51: Koeffizienten der regressionsanalytischen Auswahl von Kovariaten

Tabelle 52-75: geschätzte Randmittel der Kovarianzanalysen

Material der Datenerhebung:

- Einverständniserklärung
- Patienteninformation
- Basisdokumentation zu t_0
- HEALTH-49
- Short Form-8
- Anschreiben für Messung t_1
- Fragebogen zur 6-Monatsmessung t_1

Tabelle 26: Patienten, die aus organisatorischen Gründen zu t_0 nicht erfasst wurden

Gründe für Nichterfassung der Patienten	n	%^a
Erstgespräch außerhalb der Hauptpraxis	61	6,3
keine Zuweisung durch EG ^b -Führenden, kein LZ ^c ausgestellt	32	3,3
kein Versuchsleiter verfügbar	29	3
keine Dokumentation des EGs ^b , kein LZ ^c	17	1,8
kein LZ ^c , kein Kontakt zum Ev.-T. ^d , VT dringend, Patient belastet	7	0,7
Erstgespräch bei neuer Mitarbeiterin	6	0,6
Gesamt	152	15,7

Anmerkungen. ^aProzentangaben beziehen sich hier auf die Gesamtanzahl der Patienten im Rekrutierungszeitraum (n=961), ^bEG = Erstgespräch, ^cLZ = Laufzettel, ^dEv.-T. = Evaluationsteam

Tabelle 27: Patienten, die eine Teilnahme an der Studie ablehnten

Ablehnungsformen der Studienteilnahme	n	%^a
direkte Absage durch den Patienten	89	9,2
Fragebögen wurden nicht zurückgeschickt	53	5,5
Einverständniserklärung wurde nicht zurückgeschickt	8	0,8
Gesamt	150	15,5

Anmerkungen. ^aProzentangaben beziehen sich hier auf die Gesamtanzahl der Patienten im Rekrutierungszeitraum (n=961)

Tabelle 28: Patienten mit nicht erfüllten Einschlusskriterien

Einschlusskriterien nicht erfüllt	n	%^a
keine Indikation für Psychotherapie	31	3,1
Empfehlung für stationäre Therapie	22	2,3
Patient erhält bereits ambulante Psychotherapie	18	1,9
Patient ist kognitiv nicht belastbar	7	0,7
Patient erhält zur Zeit stationäre Therapie	6	0,6
Patient hat sprachliche Probleme	4	0,4
Gesamt	88	9

Anmerkungen. ^aProzentangaben beziehen sich hier auf die Gesamtanzahl der Patienten im Rekrutierungszeitraum (n=961)

Tabelle 29: Überprüfung der Verteilung von Diagnosen unter Teilnehmern und Nichtteilnehmern

ICD-10 Diagnosen	statistischer Vergleich	
	χ^2 -Test/ Fisher's Exakt-Test	
F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	FE (1, n=804)=.001	p=.575, ϕ =-.001
F2: Schizophrenie und wahnhafte Störungen	FE (1, n=804)=.316	p=.721, ϕ =.020
F32, F33, F34.1: unipolare Depression	χ^2 (1, n=804)=3.472,	p=.070 , ϕ =-.066
F40 + F41: phobische Störungen und sonstige Angststörungen	χ^2 (1, n=803)=0.044,	p=.874, ϕ =-.007
F42: Zwangsstörungen	χ^2 (1, n=804)=6.154,	p=.016 , ϕ =.087
F43.1: Posttraumatische Belastungsstörung	χ^2 (1, n=803)=1.230,	p=.344, ϕ =.039
F43.2: Anpassungsstörung	χ^2 (1, n=804)=1.823,	p=.179, ϕ =.048
F44 + F45: Dissoziative Störungen, somatoforme Störungen	χ^2 (1, n=804)=.491,	p=.513, ϕ =-.025
F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	χ^2 (1, n=804)=.215,	p=.701, ϕ =-.016
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	χ^2 (1, n=804)=.220,	p=.654, ϕ =-.017
sonstige F-Diagnosen (F31, F34.0, F7, F8, F9; pro Kategorie n<5)	χ^2 (1, n=804)=1.629,	p=.261, ϕ =-.045
somatische Diagnosen (E66, H93, G43)	χ^2 (1, n=804)=.097,	p=.817, ϕ =-.011

Anmerkungen. Teilnehmer: n=480, Nichtteilnehmer: n=338

Tabelle 30: Patienten der HEK und GEK, die nicht an der Integrierten Versorgung teilnahmen

IV-spezifische Ablehnungsformen der Studienteilnahme	n	% ^a
Behandlung im IV-Projekt nicht erwünscht	16	1,7
keine Genehmigung durch die Kasse	2	0,2
kurzfristiges Ende der Versicherung in der HEK	1	0,1
Gesamt	19	2

Anmerkungen. ^aProzentangaben beziehen sich hier auf die Gesamtanzahl der Patienten im Rekrutierungszeitraum (n=961)

Tabelle 31: Drop-out innerhalb von drei Monaten nach t_0

Drop-out bis zum 3. Monat nach t_0	n	%^a
kein Rücklauf nach t_0	136	28,2
Post nicht zustellbar, Patient nicht erreichbar	10	2,1
keine weitere Teilnahme erwünscht nach t_0	2	0,4
kognitiv nicht mehr belastbar	2	0,4
Fragebogen nahezu unbearbeitet zurück gesendet	1	0,2
insgesamt fehlende bzw. nicht verwertbare Rückläufe bis tz	151	31,3

Anmerkungen. ^aProzentangaben beziehen sich auf die Teilnehmer zu t_0 (n=482)

Tabelle 32: Drop-out vom vierten bis sechsten Monat nach t_0

Drop-out vom 4. bis 6. Monat nach t_1	n	%^a
kein Rücklauf nach tz	73	15,1
Post nicht zustellbar, Patient nicht erreichbar	2	0,4
keine weitere Teilnahme erwünscht nach tz	2	0,4
Patient verstorben	1	0,2
unplausible Antworten	2	0,4
Fragebogen nahezu unbearbeitet zurück gesendet	1	0,2
insgesamt fehlende bzw. nicht verwertbare Rückläufe bis t_1	81	16,7

Anmerkungen. ^aProzentangaben beziehen sich auf die Teilnehmer zu t_0 (n=482)

Tabelle 33: Patienten, die stationär behandelt wurden

Ausschluss aufgrund stationärer Behandlung bis t_1	n	%^a
stationäre Behandlung in den ersten drei Monaten	17	3,1
GTB ^b bis in den ersten drei Monaten	6	1,1
stationäre Behandlung vom 4. bis 6. Monat	24	4,3
GTB ^b Behandlung vom 4. bis 6. Monat	7	1,3
Gesamt	54	9,8

Anmerkungen. ^aProzentangaben beziehen sich hier auf die Anzahl der Patienten, die zu t_0 teilnahmen (n=482), zuzüglich der post-hoc ausgeschlossenen Patienten, die die Zuweisungskriterien nicht erfüllten (n=16) und derjenigen, die stationär behandelt wurden (n=54), also insgesamt n=552 Patienten

^bGTB = ambulante Ganztagesbehandlung in der Fokuseinrichtung

Tabelle 34: *Patienten, die die Gruppenzuweisungskriterien nicht erfüllten*

Zuweisungskriterien nicht erfüllt	n	% ^a
zu wenige Sitzungen ET für Gruppenzuweisung in der VTF	5	1
zu wenige Sitzungen GT für Gruppenzuweisung	1	0,2
zu wenige Sitzungen ET für Gruppenzuweisung extern	2	0,4
GT in der VTF, ET außerhalb	5	1
unklare Behandlungssituation	3	0,6
Gesamt	16	3,2

Anmerkungen. ET: Einzelpsychotherapie, GT: Gruppenpsychotherapie, VTF: Verhaltenstherapie Falkenried

^aProzentangaben beziehen sich hier auf die Anzahl der Patienten, die zu t₀ teilnahmen (n=482)

zuzüglich der post-hoc ausgeschlossenen Patienten, die die Zuweisungskriterien nicht erfüllten (n=16),

also insgesamt 498 Patienten

Tabelle 35: *Überprüfung der Verteilung von Diagnosen unter Completern und Non-Completern*

ICD-10 Diagnosen	statistischer Vergleich		
	χ^2 -Test/ Fisher's Exakt-Test		
F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	χ^2 (1, n=480)=.906,	p=.434,	ϕ = .043
F2: Schizophrenie und wahnhaftige Störungen	χ^2 (1, n=480)=.007,	p=1.000,	ϕ = .004
F32, F33, F34.1: unipolare Depression	χ^2 (1, n=480)=3.088,	p=.082,	ϕ= .080
F40 + F41: phobische Störungen und sonstige Angststörungen	χ^2 (1, n=480)=.344,	p=.615,	ϕ = .027
F42: Zwangsstörungen	χ^2 (1, n=480)=.001,	p=1.000,	ϕ =-.001
F43.1: Posttraumatische Belastungsstörung	FE (1, n=480)=.214,	p=.743,	ϕ = .021
F43.2: Anpassungsstörung	χ^2 (1, n=480)=3.649,	p=.064,	ϕ=-.087
F44 + F45: Dissoziative Störungen, somatoforme Störungen	χ^2 (1, n=480)=.034,	p=1.000,	ϕ =-.008
F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	χ^2 (1, n=480)=.588,	p=.523,	ϕ = .035
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	χ^2 (1, n=480)=.576,	p=.482,	ϕ = .035
sonstige F-Diagnosen (F31, F34.0, F7, F8, F9; pro Kategorie n<5)	FE (1, n=480)=1.996,	p=.206,	ϕ = .064
somatische Diagnosen (E66, H93, G43)	χ^2 (1, n=480)=.521,	p=1.000,	ϕ = .007

Anmerkungen. Completer: n=250, Non-Completer: n=232

Tabelle 36: Stichprobenbeschreibung, Teil 2 - Arbeitsunfähigkeit, stationäre und ambulante Vorbehandlungen

Merkmal	Kategorie/Ausprägung		Gesamt n=250	VT/E n=71	VT/G n=38	VT/E+G n=30	PT/E n=37	UB n=74	statistischer Vergleich:	
									χ^2 -Test, Fisher's Exakt-Test	
Arbeitsunfähigkeit	n (%)	derzeit AU	62 (24.8)	23 (32.4)	9 (23.7)	11 (36.7)	7 (18.9)	12 (16.2)		
Arbeitsunfähigkeit der letzten 6 Monate^a	n (%)	keine AU	72 (31.6)	20 (30.8)	10 (27.0)	9 (33.3)	11 (31.4)	22 (34.4)	FE(8, n=229)=8.205, p=.410, ϕ =.198	
		1-3 Monate	125 (54.8)	38 (58.5)	21 (56.8)	10 (3.0)	21 (60.0)	35 (54.7)		
		>3 Monate	31 (13.6)	7 (10.8)	6 (16.2)	8 (29.6)	3 (8.6)	7 (10.9)		
Dauer stationärer Vorbehandlungen in Wochen^b	M (SD)	in den letzten 6 Mon.	4.7 (2.6) n=36	4.1 (2.1) n=10	8.9 (8.2) n=5	5.0 (*) n=1	4.7 (2.6) n=10	4.3 (6.2) n=10		
		insgesamt	12.6 (17.8)	6.7 (4.2)	17.1 (28.8)	28.5 (44.7)	11.6 (14.3)	14.3 (14.4)		
	M (SD)	(incl. der letzten 6 Mon.)	n=73	n=22	n=13	n=3	n=16	n=19		
Anzahl stationärer Vorbehandlungen^b	M (SD)	in den letzten 6 Mon.	1.4 (0.8) n=36	1.0 (0.0) n=10	1.6 (0.9) n=5	1.0 (*) n=1	1.4 (0.8) n=10	1.3 (0.7) n=10		
		insgesamt	2.1 (2.0)	1.2 (0.5)	1.5 (0.7)	1.0 (0.0)	2.1 (2.0)	2.3 (1.4)		
		(incl. der letzten 6 Mon.)	n=73	n=22	n=14	n=3	n=16	n=19		
amb. psychosoziale Maßnahmen, in den letzten 6 Monaten	n (%)	Selbsthilfegruppe, Beratungsstelle, Familien-/Paar-/Gruppentherapie	32 (12.9)	8 (11.3)	6 (15.8)	3 (10.0)	8 (21.6)	7 (9.5)	FE(4, n=249)=3.742, p=.440, ϕ =.125	
	n (%)	Psychotherapie (einzel)	39 (15.6)	13 (18.3)	7 (18.4)	3 (10.0)	6 (16.2)	10 (13.5)	FE(4, n=250)=1.591, p=.723, ϕ =.080	
	n (%)	Selbsthilfegruppe, Beratungsstelle, Familien-/Paar-/Gruppentherapie	62 (24.9)	20 (28.9)	7 (18.4)	5 (16.7)	12 (32.4)	18 (24.7)	$\chi^2(4, n=249)=3.471, p=.482, \phi=.118$	
	n (%)	Psychotherapie (einzel) ^c	115 (46.0)	29 (40.8)	21 (55.3)	7 (23.3)	17 (45.9)	41 (55.4)	$\chi^2(4, n=250)=10.913, p=.027, \phi=.209+$	

Anmerkungen. VT/E: nur Einzelpsychotherapie, VT/G: nur Gruppenpsychotherapie, VT/E+G: Einzel- und Gruppenpsychotherapie kombiniert, PT/E: Einzelpsychotherapie außerhalb der Fokuseinrichtung, UB: unbehandelte Vergleichsgruppe; Mon.=Monat, amb.=ambulant, PT=Psychotherapeut, EG=Erstgespräch; signifikante und sehr signifikante Unterschiede ($p \leq .05$ bzw. $p \leq .01$) zwischen den Gruppen sind in der Tabelle grau unterlegt

Testung zwischen VT/E und UB: ^a $\chi^2(2, n=130)=.285, p=.876, \phi=.047$, ^c $\chi^2(1, n=145)=3.076, p=.097, \phi=.146+$; ^balle Angaben zu stationären Behandlungen beziehen sich auf stationäre psychotherapeutische, psychosomatische und psychiatrische Behandlungen, Entzüge sowie sonstige Klinikaufenthalte wegen der Beschwerden, deretwegen die Patienten das Erstgespräch aufsucht haben, ^xkeine Angabe

Tabelle 37: Stichprobenbeschreibung, Teil 3: Empfehlungen, Inanspruchnahmeverhalten und ambulante Vorbehandlungen bis t_0

Merkmal	Kategorie/Ausprägung	Gesamt n=250	VT/E n=71	VT/G n=38	VT/E+G n=30	PT/E n=37	UB n=74	statistischer Vergleich: χ^2 -Test, Fisher's Exakt-Test, ANOVA
Empfehlung durch	n (%) Arzt (Hausarzt, Psychiater, Internist, sonstiger Facharzt) ^a	116 (46.0)	29 (40.8)	25 (65.8)	6 (20.7)	13 (35.1)	43 (58.1)	$\chi^2(4, n=249)=20.258, p=.000, \phi=.285+$
	ärztlichen und psychologischen PT ^b	29 (11.6)	4 (5.6)	9 (23.7)	5 (16.7)	7 (18.9)	4 (5.4)	FE(4, n=250)=13.083, p=.008, $\phi=.231+$
	Kosten- /Leistungsträger ^c	35 (14.0)	21 (29.6)	0 (0.0)	11 (36.7)	1 (2.7)	2 (2.7)	FE(4, n=250)=44.311, p=.000, $\phi=.425++$
	Klinik ^d	22 (8.8)	3 (4.3)	3 (7.9)	0 (0.0)	8 (21.6)	8 (10.8)	FE(4, n=250)=11.345, p=.014, $\phi=.226+$
	Beratungsstelle, eigene Initiative, ehemalige Patienten ^e	65 (26.0)	16 (22.5)	6 (15.8)	7 (23.3)	11 (29.7)	25 (33.8)	FE(4, n=250)=5.101, p=.276, $\phi=.144$
amb. Vorbehandlung:	M (SD) Hausarzt	2.7 (5.2)	2.4 (4.4)	2.2 (2.7)	2.9 (4.3)	3.1 (5.3)	3.0 (6.8)	
Arztkontakte in 6 Mon.	Internist	0.3 (1.2)	0.3 (1.0)	0.6 (1.9)	0.3 (0.9)	0.3 (1.0)	0.2 (1.0)	
	Psychiater	1.1 (2.3)	1.0 (1.9)	1.4 (2.4)	1.6 (3.0)	1.6 (3.4)	0.7 (1.6)	
	Gynäkologe	0.3 (0.9)	0.4 (1.2)	0.2 (4.9)	0.2 (5.3)	0.2 (5.4)	0.3 (1.0)	
	sonstiger Facharzt	0.6 (1.8)	0.4 (1.3)	0.4 (1.1)	1.0 (1.9)	1.1 (2.8)	0.7 (1.6)	
	Homöopath	0.6 (2.9)	0.8 (4.4)	0.7 (2.4)	0.0 (1.8)	0.9 (3.2)	0.4 (1.4)	
	Gesamtzahl der Arztbesuche	5.0 (6.5)	4.5 (5.2)	4.6 (4.8)	5.9 (6.5)	6.1 (7.4)	4.9 (7.8)	F(4, n=249)=.575, p=.681, part. η^2 =.009+
	Minderung der Erwerbsfähigkeit	n (%) vorhanden	16 (6.4)	4 (4.6)	2 (5.3)	2 (6.7)	4 (10.8)	4 (5.5)
Wartezeit seit Erstkontakt mit der/einer Einrichtung für Erstgespräch	M (SD) in Monaten	2.0 (3.9)	1.7 (5.5)	1.6 (1.7)	1.7 (2.5)	1.8 (2.1)	2.3 (2.8)	F(4, n=240)=.326, p=.861, part. η^2 =.006

Anmerkungen. VT/E: nur Einzelpsychotherapie, VT/G: nur Gruppenpsychotherapie, VT/E+G: Einzel- und Gruppenpsychotherapie kombiniert, PT/E: Einzelpsychotherapie außerhalb der Fokuseinrichtung,

UB: unbehandelte Vergleichsgruppe; part.=partiell; signifikante und sehr signifikante Unterschiede ($p \leq .05$ bzw. $p \leq .01$) zwischen den Gruppen sind in der Tabelle grau unterlegt

Testung zwischen VT/E und UB: ^a $\chi^2(1, n=145)=4.320, p=.047, \phi=.173+$, ^b $\chi^2(1, n=145)=.004, p=1.000, \phi=-.005$; ^c $\chi^2(1, n=145)=19.609, p=.000, \phi=-.368+$, ^d $\chi^2(1, n=145)=2.241, p=.209, \phi=.124+$,

^e $\chi^2(1, n=145)=2.261, p=.144, \phi=.125+$

Tabelle 38: Überprüfung der Verteilung von Diagnosen der Studienteilnehmer

ICD-10 Diagnosen	statistischer Vergleich, bezogen auf			statistischer Vergleich, bezogen auf		
	fünf Untersuchungsgruppen ^a			Hauptuntersuchungsgruppen ^b		
	χ^2 -Test/ Fisher's Exakt-Test			χ^2 -Test/ Fisher's Exakt-Test		
F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	FE (4, n=250)=3.153,	p=.494,	$\phi = .129$	FE (1, n=145)=.945,	p=.620,	$\phi = .081$
F2: Schizophrenie und wahnhafte Störungen	FE (4, n=250)=3.107,	p=.861,	$\phi = .110$	FE (1, n=145)=.966,	p=1.000,	$\phi = .082$
F32, F33, F34.1: unipolare Depression	χ^2 (4, n=250)=5.119,	p=.279,	$\phi = .143$	χ^2 (1, n=145)=.781,	p=.403,	$\phi = -.073$
F40 + F41: phobische Störungen und sonstige Angststörungen	χ^2 (4, n=250)=5.082,	p=.283,	$\phi = .143$	χ^2 (1, n=145)=.195,	p=.701,	$\phi = -.037$
F42: Zwangsstörungen	FE (4, n=250)=1.743,	p=.818,	$\phi = .086$	FE (1, n=145)=1.224,	p=.442,	$\phi = .092$
F43.1: Posttraumatische Belastungsstörung	FE (4, n=250)=3.892,	p=.330,	$\phi = .146$	FE (1, n=145)=2.939,	p=.245,	$\phi = .145$
F43.2: Anpassungsstörung	χ^2 (4, n=250)=3.592,	p=.478,	$\phi = .119$	χ^2 (1, n=145)=.000,	p=1.000,	$\phi = .000$
F44 + F45: Dissoziative Störungen, somatoforme Störungen	FE (4, n=250)=1.434,	p=.853,	$\phi = .079$	FE (1, n=145)=.078,	p=1.000,	$\phi = .023$
F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	FE (4, n=250)=6.993,	p=.113,	$\phi = .164$	χ^2 (1, n=145)=.415,	p=.582,	$\phi = -.053$
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	FE (4, n=250)=1.512,	p=.845,	$\phi = .076$	χ^2 (1, n=145)=.946,	p=.429,	$\phi = .081$
sonstige F-Diagnosen (F31, F34.0, F7, F8, F9; pro Kategorie n<5)	FE (4, n=250)=3.609,	p=.344,	$\phi = .132$	FE (1, n=145)=1.946,	p=.497,	$\phi = .116$
somatische Diagnosen (E66, H93, G43)	FE (4, n=250)=4.708,	p=.210,	$\phi = .140$	FE (1, n=145)=3.193,	p=.115,	$\phi = -.148$

Anmerkungen. ^a Teilnehmer in 5 Untersuchungsgruppen n=250, ^b Teilnehmer der Hauptuntersuchungsgruppen VT/E und UB n=145

Tabelle 39: Anzahl der Diagnosen pro Untersuchungsgruppe

Dia- gnosen- anzahl	gesamt		VT/E		VT/G		VT/E+G		PT/E		UB	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0	1 ^a	0.4	0	0	0	0	1*	3.3	0	0	0	0
1	161	64.4	47	66.2	21	55.3	23	76.7	25	67.6	45	60.8
2	72	28.8	21	29.6	12	31.6	5	16.7	11	29.7	23	31.1
3	15	6.0	3	4.2	5	13.2	1	3.3	1	2.7	5	3.8
4	1	0.4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.4

Anmerkung. ^a1 Patient mit Verdachtsdiagnosen nicht enthalten

Tabelle 40: Bewertung der Therapien bis t1 durch die Patienten

Therapiebewertungen	VT/E		VT/G		VT/E+G - E		VT/E+G - G		PT/E	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Einschätzung der Therapie als hilfreich										
1- gar nicht	1	1.4	2	5.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
2- gering	8	11.3	6	15.8	2	6.7	6	20.0	2	5.4
3- mittel	20	28.8	7	18.4	7	23.3	8	26.7	13	35.1
4- stark	23	32.4	20	52.6	10	33.3	9	30.0	20	54.1
5- sehr stark	14	19.7	1	2.6	9	30.0	5	16.7	1	2.7
fehlende Angabe	0	0.0	2	5.3	2	6.7	2	6.7	1	2.7
M (SD)	3.62	(1.00)	3.33	(0.99)	.93	(0.94)	3.46	(1.04)	3.56	(0.65)
Zufriedenheit mit dem Therapeuten										
1- gar nicht	1	1.4	0	0.0	1	3.3	0	0.0	0	0.0
2- gering	3	4.2	5	13.2	1	3.3	3	10.0	0	0.0
3- mittel	10	14.1	5	13.2	5	16.7	7	25.0	5	13.5
4- stark	30	42.3	20	52.6	8	26.7	11	39.3	20	54.1
5- sehr stark	22	31.0	6	15.8	13	43.3	7	25.0	11	29.7
fehlende Angabe	5	7.0	2	5.3	2	6.7	2	6.7	1	2.7
M (SD)	4.05	(0.90)	3.75	(0.91)	4.11	(1.07)	3.79	(0.96)	4.17	(0.66)
Zufriedenheit mit den Inhalten										
1- gar nicht	1	1.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
2- gering	5	7.0	5	13.2	4	13.3	4	13.3	1	2.7
3- mittel	19	26.8	12	31.6	8	26.7	8	26.7	11	29.7
4- stark	30	42.3	16	42.1	5	16.7	9	30.0	15	40.5
5- sehr stark	11	15.5	3	7.9	11	36.7	7	23.3	9	24.3
fehlende Angabe	5	7.0	2	5.3	2	6.7	2	6.7	1	2.7
M (SD)	3.68	(0.90)	3.47	(0.85)	3.82	(1.12)	3.68	(1.02)	3.98	(0.82)

Anmerkungen. VT/E: nur Einzelpsychotherapie, VT/G: nur Gruppenpsychotherapie,
 VT/E+G - E: Einzel- und Gruppenpsychotherapie kombiniert, Bewertung bezogen auf Einzeltherapie,
 VT/E+G - G: Einzel- und Gruppenpsychotherapie kombiniert, Bewertung bezogen auf Gruppentherapie,
 PT/E: Einzelpsychotherapie außerhalb der Fokuseinrichtung

Tabelle 41: Angaben zu der Wartesituation bis t1 in den Untersuchungsgruppen

Angaben zur Wartesituation	VT/E		VT/G		VT/E+G		PT/E		UB	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
derzeitig in Wartesituation	2	2.8	16	42.1	0	0.0	3	8.1	51	68.9
Einladung für PT erhalten	0	0.0	1	2.6	0	0.0	1	2.7	9	12.2
<i>Warteliste für:</i>										
Einzelpsychotherapie ^a	1	1.4	14	36.8	0	0.0	2	5.4	37	50.0
Gruppenpsychotherapie ^a	2	2.8	1	2.6	0	0.0	0	0.0	24	32.4
Einzelpsychotherapie ^b	1	1.4	14	36.8	0	0.0	2	5.4	37	50.0
stationäre Behandlung	0	0.0	2	5.2	0	0.0	1	2.7	8	10.8

Anmerkungen. VT/E: nur Einzelpsychotherapie, VT/G: nur Gruppenpsychotherapie, VT/E+G Einzel- und Gruppenpsychotherapie
PT/E: Einzelpsychotherapie außerhalb der Fokuseinrichtung, UB: unbehandelte Patienten, PT: Psychotherapie
^aTherapie innerhalb der verhaltenstherapeutischen Fokuseinrichtung, ^bTherapie außerhalb der Fokuseinrichtung

Tabelle 42: Bemühungen um einen Therapieplatz bis t1 in den Untersuchungsgruppen

Angaben zum Suchverhalten	VT/E		VT/G		VT/E+G		PT/E		UB	
weitere Therapeutenkontakte										
n (%)	5	(7.0)	7	(18.4)	3	(10.0)	23	(62.2)	22	(29.7)
M (SD)	1.6	(0.9)	3	(3.2)	1.3	(0.6)	6.4	(6.2)	1.8	(1.1)
Range (min.-max.)	1-3		1-10		1-2		1-20		1-5	
weitere Erstgespräche										
n (%)	5	(7.0)	5	(13.2)	3	(10.0)	20	(54.1)	19	(26.7)
M (SD)	0.1	(0.2)	0.6	(0.6)	0.4	(0.7)	1.8	(1.3)	0.6	(0.7)
Range (min.-max.)	0-1		1-10		0-2		1-20		1-5	

Anmerkungen. VT/E: nur Einzelpsychotherapie, VT/G: nur Gruppenpsychotherapie, VT/E+G: Einzel- und Gruppenpsychotherapie
PT/E: Einzelpsychotherapie außerhalb der Fokuseinrichtung, UB: unbehandelte Patienten

Tabelle 43: Aktivitäten während der Wartezeit auf einen Therapieplatz

Aktivitäten während der Wartezeit	n	% ^a
Austausch mit Partner und Familie	18	24.3
Austausch und Information per Internet	10	13.5
Information und Selbsthilfeliteratur (Printmedien)	8	10.8
Sport, Wellness und Entspannung	6	8.1
Kontakte zur Kirche	4	5.4
Beratung und Coaching	6	5.4
Sonstiges ^b	11	14.9

Anmerkungen. Mehrfachnennungen wurden einbezogen.

^aProzentzahlen bezogen auf die Anzahl der unbehandelten Patienten (UB, n=74), ^bWahrsager, Ablenkung, Ergotherapie, Veränderungen bei der Arbeit/Job, Kontakt zum früheren Therapeuten, Urlaub, Anfrage bei der kassenärztlichen Vereinigung Singen

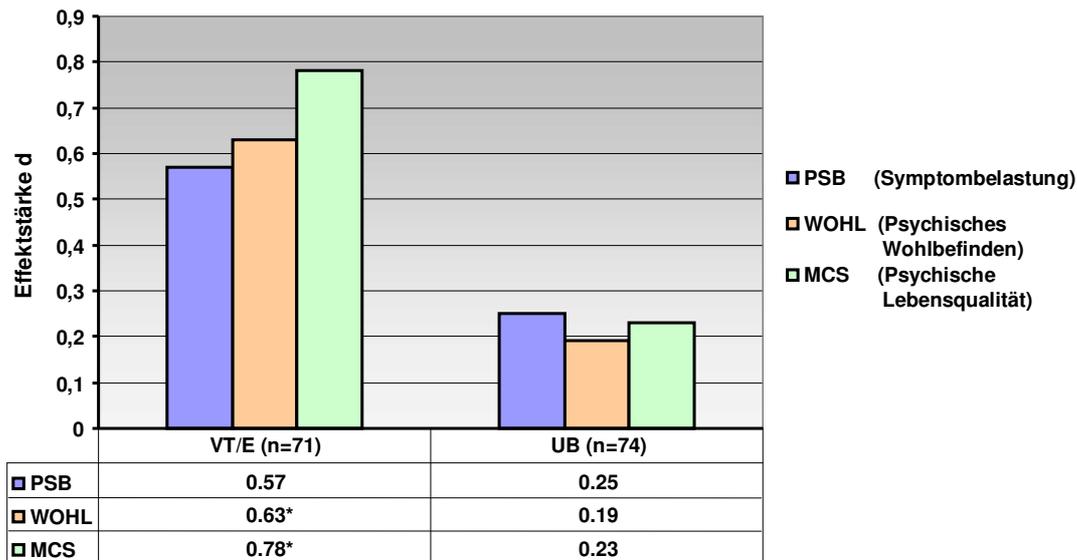


Abbildung 27: Prä-post-Effektstärken (d) der Veränderung für die Gruppen VT/E (Patienten in Behandlung mit VT im Einzelsetting) und UB (Patientin in unbehandelte Wartesituation) in den Outcome-Parametern Symptombelastung, psychisches Wohlbefinden und psychische Lebensqualität

Anmerkungen. * Variationen in der Stichprobengröße gehen auf fehlende Werte zurück.

Die Effektstärke d wurde mit der über alle Gruppen gepoolten prä-Standardabweichung berechnet

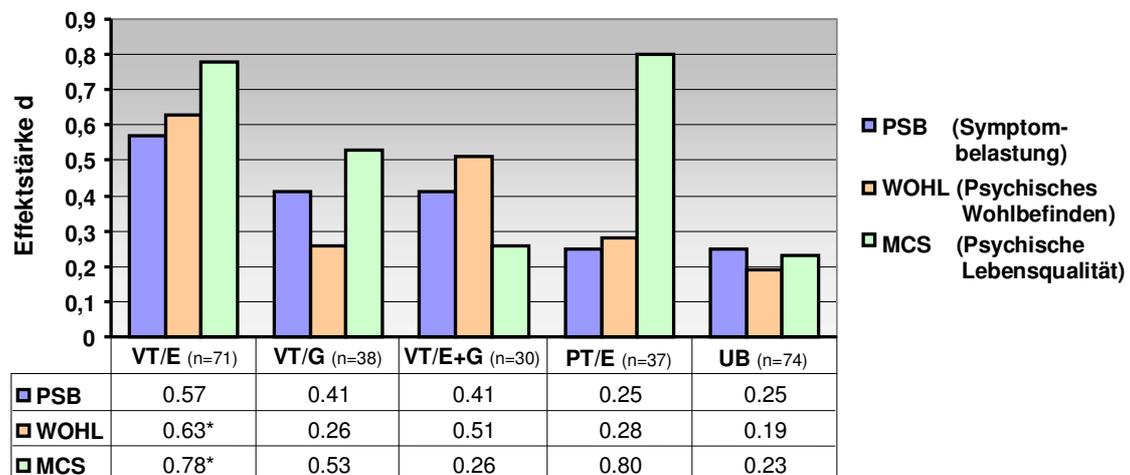


Abbildung 28: Prä-post-Effektstärken (d) der Veränderung für sämtliche Untersuchungsgruppen in den Outcome-Parametern Symptombelastung, psychisches Wohlbefinden und psychische Lebensqualität

Anmerkungen. * Variationen in der Stichprobengröße gehen auf fehlende Werte zurück; VT/E: Patienten in Behandlung mit VT im Einzelsetting, VT/G: Patienten in Behandlung mit GT im Einzelsetting, VT/E+G: Patienten in Behandlung mit VT in Kombination von Einzel- und Gruppensetting, PT/E: Patienten außerhalb der untersuchten Einrichtung in Behandlung mit Psychotherapie unbekannter Ausrichtung im Einzelsetting; die Effektstärke d wurde mit der über alle Gruppen gepoolten prä-Standardabweichung berechnet

Tabelle 44: Auswahl der Kovariate

Bereich der Variablen	1. Auswahl an Merkmalen ^a	2. Auswahl an Merkmalen ^b	Kovariate der Hauptfragestellung nach Regressionsanalyse			Kovariate der Nebenfragestellungen nach Regressionsanalyse		
			PSB	WOHL	MCS	PSB	WOHL	MCS
Ausgangsbelastung	Ausgangsbelastung PSB/WOHL/MCS	Ausgangsbelastung PSB/WOHL/MCS	x	x	x	x	x	x
soziodemographische Merkmale	Alter	Alter						
	Geschlecht	Geschlecht				x		x
	Partnersituation	Partnersituation						
	Kind(er)							
	Schulabschluss	Schulabschluss (Dummy-kodiert)						
	Berufsabschluss	Berufsabschluss (Dummy-kodiert)				x		
sozialmedizinische und klinische Merkmale als Hinweis auf Höhe der Belastung und Chronizität	Arbeitsunfähigkeit	Arbeitsunfähigkeit						
	stationäre Vorbehandlungen: Anzahl/Dauer? Auf die letzten 6 Monate bezogen oder insgesamt?	Anzahl stationärer Vorbehandlungen insgesamt				x		
	ambulante Vorbehandlungen in den letzten sechs Monaten oder insgesamt?							
	Anzahl der Diagnosen	Anzahl der Diagnosen						
	bestimmte Diagnosen (F60/61, F45)	Persönlichkeitsstörung (F60/61)					x	
	Ausgangswert PCS	Ausgangswert PCS		x		x	x	x
Motivation für Therapie (indirekte Hinweise)	Empfehlungen durch Kostenträger	Empfehlung durch Kostenträger						
	Ausgangswert SELB							

Anmerkungen. PSB: Symptombelastung (Modul A/HEALTH-49), WOHL: Psychisches Wohlbefinden (Modul B/HEALTH-49), MCS: Psychische Lebensqualität (mental component score/Short Form-8),

PCS: somatische Lebensqualität (physical component score/Short Form-8), SELB: Selbstwirksamkeit (Modul D/HEALTH-49); F60/61: ICD-10 Diagnose (kombinierte) Persönlichkeitsstörung;

F45: ICD-10 Diagnose Somatoforme Störung; ^anach Stichprobenbeschreibung, Recherche und inhaltlichen Überlegungen, ^bnach Reduktion anhand inhaltlicher Aspekte

Tabelle 45: Regressionsanalytisch bestimmte Kovariate für die Hauptfragestellung,Kriterium: Symptombelastung (HEALTH-49, Modul A) zu t_1

Prädiktor	Standardisierte Koeffizienten	
	Beta	Signifikanz
Gruppe	0,154	0,061
Ausgangsbelastung zu t0 / PSB	0,531	0,000
Alter (Jahre)	-0,081	0,360
Geschlecht	0,106	0,159
Partnersituation	-0,102	0,174
Schulabschluss 1 (Dummy-kodiert): Abitur	0,017	0,871
Schulabschluss 2 (Dummy-kodiert): Realschulabschluss	-0,066	0,509
Berufsabschluss 1 (Dummy-kodiert): Berufstätig oder in Ausbildung	-0,212	0,207
Berufsabschluss 2 (Dummy-kodiert): Arbeitslos oder Sonstiges	-0,020	0,898
Arbeitsunfähigkeit der letzten 12 Monate	0,008	0,917
Gesamtzahl der Klinikaufenthalte (inkl. Entzüge und Sonstige Klinikaufenthalte)	0,078	0,319
Empfehlung durch Kostenträger	0,130	0,133
Anzahl der Diagnosen	-0,015	0,870
Persönlichkeitsstörung (F61/61) vorhanden	0,002	0,982
SF-8, körperliche Summenskala	-0,116	0,195

Anmerkungen. grau hinterlegte Felder markieren die als Kovariate in die ANCOVA einbezogenen Prädiktoren

Tabelle 46: Regressionsanalytisch bestimmte Kovariate für die Hauptfragestellung,Kriterium: Psychisches Wohlbefinden (HEALTH-49, Modul B) zu t_1

Prädiktor	Standardisierte Koeffizienten	
	Beta	Signifikanz
Gruppe	0,161	0,079
Ausgangsbelastung zu t0 / WOHL	0,439	0,000
Alter (Jahre)	-0,098	0,316
Geschlecht	-0,015	0,852
Partnersituation	-0,054	0,515
Schulabschluss 1 (Dummy-kodiert): Abitur	0,024	0,840
Schulabschluss 2 (Dummy-kodiert): Realschulabschluss	-0,100	0,363
Berufsabschluss 1 (Dummy-kodiert): Berufstätig oder in Ausbildung	-0,022	0,904
Berufsabschluss 2 (Dummy-kodiert): Arbeitslos oder Sonstiges	0,058	0,740
Arbeitsunfähigkeit der letzten 12 Monate	-0,142	0,109
Gesamtzahl der Klinikaufenthalte (inkl. Entzüge und Sonstige Klinikaufenthalte)	0,032	0,710
Empfehlung durch Kostenträger	0,104	0,263
Anzahl der Diagnosen	-0,058	0,570
Persönlichkeitsstörung (F61/61) vorhanden	0,067	0,449
SF-8, körperliche Summenskala	-0,324	0,001

Anmerkungen. grau hinterlegte Felder markieren die als Kovariate in die ANCOVA einbezogenen Prädiktoren

Tabelle 47: Regressionsanalytisch bestimmte Kovariate für die Hauptfragestellung,
Kriterium: Lebensqualität, psychische Skala (Short Form-8, MCS) zu t_1

Prädiktor	Standardisierte Koeffizienten	
	Beta	Signifikanz
Gruppe	-0,182	0,063
Ausgangsbelastung zu t_0 / MCS	0,446	0,000
Alter (Jahre)	0,019	0,855
Geschlecht	-0,045	0,617
Partnersituation	0,136	0,128
Schulabschluss 1 (Dummy-kodiert): Abitur	0,002	0,985
Schulabschluss 2 (Dummy-kodiert): Realschulabschluss	0,036	0,759
Berufsabschluss 1 (Dummy-kodiert): Berufstätig oder in Ausbildung	0,070	0,722
Berufsabschluss 2 (Dummy-kodiert): Arbeitslos oder Sonstiges	0,011	0,954
Arbeitsunfähigkeit der letzten 12 Monate	0,073	0,445
Gesamtzahl der Klinikaufenthalte (inkl. Entzüge und Sonstige Klinikaufenthalte)	0,061	0,513
Empfehlung durch Kostenträger	0,008	0,935
Anzahl der Diagnosen	-0,018	0,864
Persönlichkeitsstörung (F61/61) vorhanden	-0,004	0,966
SF-8, körperliche Summenskala	0,138	0,163

Anmerkungen. grau hinterlegte Felder markieren die als Kovariate in die ANCOVA einbezogenen Prädiktoren

Tabelle 48: Regressionsanalytisch bestimmte Kovariate für die Nebenfragestellungen,
Kriterium: Symptombelastung (HEALTH-49, Modul A) zu t_1

Prädiktor	Standardisierte Koeffizienten	
	Beta	Signifikanz
Gruppe	-0,008	0,892
Ausgangsbelastung zu t_0 / PSB	0,522	0,000
Alter (Jahre)	0,002	0,971
Geschlecht	0,089	0,093
Partnersituation	-0,084	0,114
Schulabschluss 1 (Dummy-kodiert): Abitur	-0,040	0,596
Schulabschluss 2 (Dummy-kodiert): Realschulabschluss	-0,068	0,340
Berufsabschluss 1 (Dummy-kodiert): Berufstätig oder in Ausbildung	-0,194	0,073
Berufsabschluss 2 (Dummy-kodiert): Arbeitslos oder Sonstiges	-0,045	0,673
Arbeitsunfähigkeit der letzten 12 Monate	0,093	0,105
Gesamtzahl der Klinikaufenthalte (inkl. Entzüge und Sonstige Klinikaufenthalte)	0,130	0,028
Empfehlung durch Kostenträger	-0,054	0,354
Anzahl der Diagnosen	-0,034	0,564
Persönlichkeitsstörung (F61/61) vorhanden	0,064	0,249
SF-8, körperliche Summenskala	-0,108	0,087

Anmerkungen. grau hinterlegte Felder markieren die als Kovariate in die ANCOVA einbezogenen Prädiktoren

Tabelle 49: Regressionsanalytisch bestimmte Kovariate für die Nebenfragestellungen,
Kriterium: Psychisches Wohlbefinden (HEALTH-49, Modul B, WOHL) zu t_1

Prädiktor	Standardisierte Koeffizienten	
	Beta	Signifikanz
Gruppe	0,084	0,187
Ausgangsbelastung zu t_0 / WOHL	0,472	0,000
Alter (Jahre)	-0,008	0,904
Geschlecht	-0,013	0,817
Partnersituation	-0,049	0,401
Schulabschluss 1 (Dummy-kodiert): Abitur	-0,054	0,507
Schulabschluss 2 (Dummy-kodiert): Realschulabschluss	-0,062	0,430
Berufsabschluss 1 (Dummy-kodiert): Berufstätig oder in Ausbildung	-0,054	0,649
Berufsabschluss 2 (Dummy-kodiert): Arbeitslos oder Sonstiges	0,070	0,547
Arbeitsunfähigkeit der letzten 12 Monate	-0,072	0,251
Gesamtzahl der Klinikaufenthalte (inkl. Entzüge und Sonstige Klinikaufenthalte)	0,029	0,658
Empfehlung durch Kostenträger	-0,008	0,901
Anzahl der Diagnosen	0,005	0,938
Persönlichkeitsstörung (F61/61) vorhanden	0,105	0,088
SF-8, körperliche Summenskala	-0,260	0,000

Anmerkungen. grau hinterlegte Felder markieren die als Kovariate in die ANCOVA einbezogenen Prädiktoren

Tabelle 50: Regressionsanalytisch bestimmte Kovariate für die Nebenfragestellung,
Kriterium: Lebensqualität, psychische Skala (Short Form-8, MCS) zu t_1

Prädiktor	Standardisierte Koeffizienten	
	Beta	Signifikanz
Gruppe	0,123	0,069
Ausgangsbelastung zu t_0 / MCS	0,429	0,000
Alter (Jahre)	0,000	0,996
Geschlecht	-0,130	0,036
Partnersituation	0,087	0,162
Schulabschluss 1 (Dummy-kodiert): Abitur	-0,012	0,894
Schulabschluss 2 (Dummy-kodiert): Realschulabschluss	0,007	0,929
Berufsabschluss 1 (Dummy-kodiert): Berufstätig oder in Ausbildung	0,168	0,183
Berufsabschluss 2 (Dummy-kodiert): Arbeitslos oder Sonstiges	0,029	0,813
Arbeitsunfähigkeit der letzten 12 Monate	-0,013	0,847
Gesamtzahl der Klinikaufenthalte (inkl. Entzüge und Sonstige Klinikaufenthalte)	0,008	0,907
Empfehlung durch Kostenträger	0,064	0,350
Anzahl der Diagnosen	0,010	0,879
Persönlichkeitsstörung (F61/61) vorhanden	-0,054	0,406
SF-8, körperliche Summenskala	0,179	0,007

Anmerkungen. grau hinterlegte Felder markieren die als Kovariate in die ANCOVA einbezogenen Prädiktoren

Tabelle 51: Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Hauptfragestellung, Teil aabhängige Variable: Symptombelastung zu t_1 (Modul A, HEALTH-49)

Gruppe	M	SE	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
VT/E	0,90*	0,06	0,78	1,02
UB	1,09*	0,06	0,98	1,22

Anmerkung. *Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet:

Modul A/ $t_0 = 1,2784$.**Tabelle 52:** Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Hauptfragestellung, Teil babhängige Variable: Psychisches Wohlbefinden zu t_1 (Modul B, HEALTH-49)

Gruppe	M	SE	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
VT/E	2,19*	0,09	2,02	2,37
UB	2,43*	0,08	2,27	2,60

Anmerkung. * Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet:

Modul B/ $t_0 = 2,6135$, t_0 PCS-8 = 46,6802.**Tabelle 53:** Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Hauptfragestellung, Teil cabhängige Variable: Psychische Lebensqualität zu t_1 (MCS des Short Form-8)

Gruppe	M	SE	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
VT/E	42,37*	1,23	39,93	44,81
UB	38,35*	1,19	36,00	40,71

Anmerkung. *Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet:

MCS/ $t_0 = 34,6453$.

Tabelle 54: Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 1, Teil aabhängige Variable: Symptombelastung zu t_1 (Modul A, HEALTH-49)

Gruppe	M	SE	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
VT/G	1,00*	0,08	0,84	1,16
UB	1,12*	0,06	1,00	1,25

Anmerkung. *Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet:

Modul A/ $t_0 = 1,2645$, 16 stationäre Vorbehandlungen = ,57, Berufstätig /Ausbildung = ,75,

Arbeitslos/Sonstiges = ,21.

Tabelle 55: Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 1, Teil babhängige Variable: Psychisches Wohlbefinden zu t_1 (Modul B HEALTH-49)

Gruppe	M	SE	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
VT/G	2,52*	0,14	2,25	2,80
UB	2,56*	0,12	2,33	2,80

Anmerkung. *Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet:

Modul B/ $t_0 = 2,4946$, PCS (somatische Skala des SF-8) zu $t_0 = 47,7925$.**Tabelle 56:** Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 1, Teil cabhängige Variable: Psychische Lebensqualität zu t_1 (MCS des Short Form-8)

Gruppe	M	SE	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
VT/G	40,88*	1,61	37,67	44,08
UB	37,91*	1,27	35,40	40,42

Anmerkung. *Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet:

MCS / $t_0 = 35,7993$, PCS-8 (somatische Skala des SF-8) zu $t_0 = 47,7925$.

Tabelle 57: Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 2, Teil a
abhängige Variable: Symptombelastung zu t₁ (Modul A, HEALTH-49)

Gruppe	M	SE	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
VT/E	0,91*	0,06	0,79	1,03
VT/G	0,97*	0,07	0,82	1,11

Anmerkung. *Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet:

Modul A/ t₀ = 1,2892, stationäre Vorbehandlungen = ,43, Berufstätigkeit/Ausbildung = ,83,

Arbeitslosigkeit/Sonstiges = ,15.

Tabelle 58: Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 2, Teil b
abhängige Variable: Psychisches Wohlbefinden zu t₁ (Modul B HEALTH-49)

Gruppe	M	SE	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
VT/E	2,29*	0,14	2,02	2,57
VT/G	2,44*	0,15	2,13	2,74

Anmerkung. *Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet:

Modul B/ t₀ = 2,4946, PCS (somatische Skala des SF-8) zu t₀ = 47,7925.

Tabelle 59: Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 2, Teil c
abhängige Variable: Psychische Lebensqualität zu t₁ (MCS des Short Form-8)

Gruppe	M	SE	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
VT/E	42,12*	1,29	39,56	44,67
VT/G	39,58*	1,56	36,49	42,66

Anmerkung. *Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet:

MCS /t₀ = 33,2467, PCS-8 (somatische Skala des SF-8) zu t₀ = 46,8958.

Tabelle 60: Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 3, Teil aabhängige Variable: Symptombelastung zu t_1 (Modul A, HEALTH-49)

Gruppe	M	SE	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
VT/E+G	1,07*	0,11	0,85	1,28
UB	1,16*	0,07	1,02	1,31

Anmerkung. *Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet:

Modul A/ $t_0 = 1,2892$, stationäre Vorbehandlungen = ,43, Berufstätigkeit/Ausbildung = ,83,

Arbeitslosigkeit/Sonstiges = ,28.

Tabelle 61: Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 3, Teil babhängige Variable: Psychisches Wohlbefinden zu t_1 (Modul B HEALTH-49)

Gruppe	M	SE	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
VT/E+G	2,39*	0,16	2,08	2,70
UB	2,60*	0,12	2,35	2,85

Anmerkung. *Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet:

Modul B/ $t_0 = 2,5375$, PCS (somatische Skala des SF-8) zu $t_0 = 47,5142$.**Tabelle 62:** Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 3, Teil cabhängige Variable: Psychische Lebensqualität zu t_1 (MCS des Short Form-8)

Gruppe	M	SE	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
VT/E+G	36,15*	2,02	32,13	40,16
UB	37,92*	1,37	35,19	40,64

Anmerkung. *Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet:

MCS / $t_0 = 35,4347$, PCS-8 (somatische Skala des SF-8) zu $t_0 = 47,5142$.

Tabelle 63: Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 4, Teil a
abhängige Variable: Symptombelastung zu t_1 (Modul A, HEALTH-49)

Gruppe	M	SE	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
VT/E+G	1,01*	0,11	0,80	1,21
VT/E	0,95*	0,07	0,81	1,09

Anmerkung. *Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet:

Modul A/ t_0 = 1,3084, stationäre Vorbehandlungen = ,29, Berufstätigkeit/Ausbildung = ,74,

Tabelle 64: Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 4, Teil b
abhängige Variable: Psychisches Wohlbefinden zu t_1 (Modul B HEALTH-49)

Gruppe	M	SE	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
VT/E+G	2,38*	0,17	2,04	2,71
VT/E	2,35*	0,15	2,05	2,64

Anmerkung. *Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet:

Modul B/ t_0 = 2,6845, PCS (somatische Skala des SF-8) zu t_0 = 46,4358.

Tabelle 65: Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 4, Teil c
abhängige Variable: Psychische Lebensqualität zu t_1 (MCS des Short Form-8)

Gruppe	M	SE	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
VT/E+G	35,94*	1,92	32,13	39,75
VT/E	42,23*	1,38	39,49	44,98

Anmerkung. *Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet:

MCS/ t_0 = 32,6573, PCS-8 (somatische Skala des SF-8) zu t_0 = 46,5310.

Tabelle 66: *Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 5, Teil a*
abhängige Variable: Symptombelastung zu t_1 (Modul A, HEALTH-49)

Gruppe	M	SE	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
VT/E+G	1,08*	0,10	0,88	1,28
VT/G	0,98*	0,09	0,81	1,15

Anmerkung. *Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet:

Modul A/ t_0 = 1,3001, stationäre Vorbehandlungen = ,35, Berufstätigkeit/Ausbildung = ,69,

Arbeitslosigkeit/Sonstiges = ,26.

Tabelle 67: *Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 5, Teil b*
abhängige Variable: Psychisches Wohlbefinden zu t_1 (Modul B HEALTH-49)

Gruppe	M	SE	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
VT/E+G	2,51*	0,14	2,23	2,79
VT/G	2,68*	0,14	2,40	2,97

Anmerkung. *Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet:

Modul B/ t_0 = 2,5221, PCS (somatische Skala des SF-8) zu t_0 = 48,1528.

Tabelle 68: *Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 5, Teil c*
abhängige Variable: Psychische Lebensqualität zu t_1 (MCS des Short Form-8)

Gruppe	M	SE	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
VT/E+G	35,66*	1,79	32,10	39,23
VT/G	39,89*	1,51	36,87	42,91

Anmerkung. *Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet:

MCS / t_0 = 33,6517, PCS-8 (somatische Skala des SF-8) zu t_0 = 48,1528.

Tabelle 69: Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 6, Teil aabhängige Variable: Symptombelastung zu t_1 (Modul A, HEALTH-49)

Gruppe	M	SE	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
PT/E	1,07*	0,09	0,89	1,24
UB	1,15*	0,07	1,01	1,28

Anmerkung. *Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet:

Modul A/ $t_0 = 1,2460$, stationäre Vorbehandlungen = ,69, Berufstätigkeit/Ausbildung = ,74,

Arbeitslosigkeit/Sonstiges = ,18.

Tabelle 70: Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 6, Teil babhängige Variable: Psychisches Wohlbefinden zu t_1 (Modul B HEALTH-49)

Gruppe	M	SE	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
PT/E	2,40*	0,15	2,10	2,70
UB	2,47*	0,12	2,22	2,71

Anmerkung. *Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet:

Modul B/ $t_0 = 2,4946$, PCS (somatische Skala des SF-8) zu $t_0 = 47,4384$.**Tabelle 71:** Geschätzte Randmittel der ANCOVA zur Nebenfragestellung 6, Teil cabhängige Variable: Psychische Lebensqualität zu t_1 (MCS des Short Form-8)

Gruppe	M	SE	95% Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
PT/E	42,98*	1,71	39,60	46,36
UB	37,16*	1,32	34,55	39,78

Anmerkung. *Die Kovariaten im Modell werden anhand der folgenden Werte berechnet:

MCS / $t_0 = 35,3735$, PCS-8 (somatische Skala des SF-8) zu $t_0 = 47,4384$.

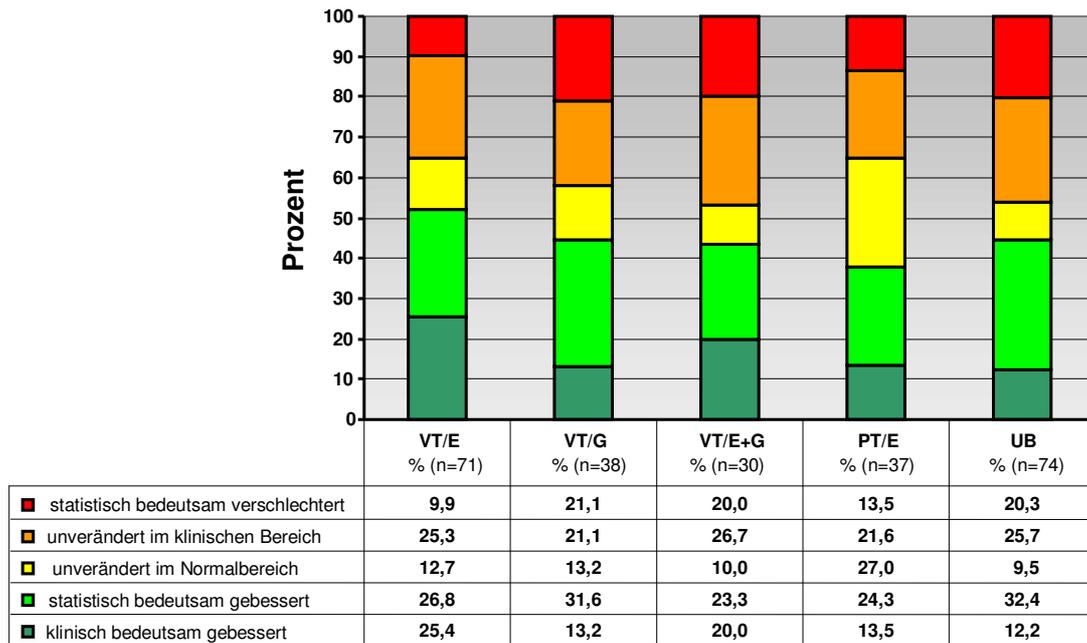


Abbildung 29: Erfolgsgruppen innerhalb der Untersuchungsgruppen hinsichtlich der Symptombelastung (HEALTH-49, Modul A, PSB)

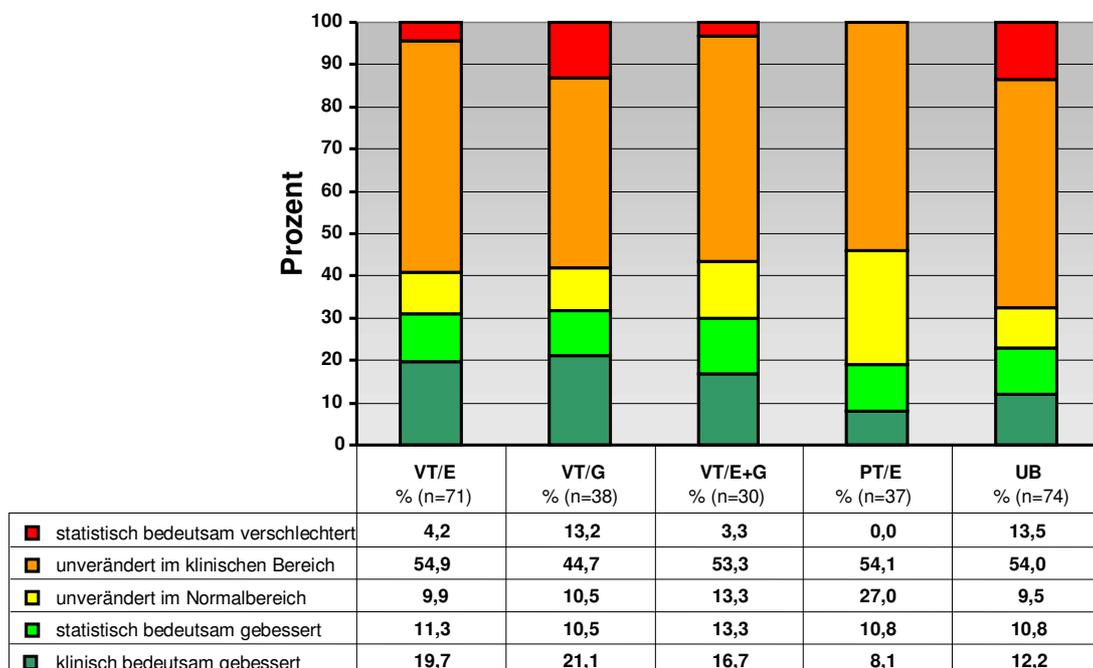


Abbildung 30: Erfolgsgruppen innerhalb der Untersuchungsgruppen hinsichtlich des Wohlbefindens (HEALTH-49, Modul B, WOHL)



Patienten-Information

zur Studie "Überprüfung der Effektivität ambulanter Verhaltenstherapien des MVZ Verhaltenstherapie Falkenried"

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie interessieren sich derzeit für eine ambulante Psychotherapie im MVZ Verhaltenstherapie Falkenried. Im Rahmen Ihrer Erstuntersuchung führen wir neben einem diagnostischen psychiatrisch-psychotherapeutischem Gespräch auch eine Fragebogenuntersuchung durch. Diese dient, ebenso wie das Gespräch, der weiteren Planung Ihrer Behandlung.

Darüber hinaus sind wir bemüht, die Wirksamkeit unserer Behandlung fortwährend zu überprüfen und führen deshalb gemeinsam mit dem Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf eine wissenschaftliche Studie durch. Ziel dieser Studie ist es, zu untersuchen, wie es Menschen, die unter psychischen Problemen leiden, im Verlauf einer ambulanten Psychotherapie geht und welchen Einfluss eine mögliche Wartezeit auf einen Therapieplatz auf das Gesamtbefinden hat.

Die Studie soll das Wissen zur Situation und zur psychotherapeutischen Versorgung von Patientinnen und Patienten verbessern und damit ermöglichen, die Versorgung noch stärker an Ihren Bedürfnissen auszurichten.

Wir sind ebenfalls daran interessiert, die ungenügende Versorgungssituation mit Verhaltenstherapie zu verbessern und die Wartezeiten auf Therapieplätze zu verkürzen. Die Studie leistet dazu einen Beitrag, indem sie die Situation der Patienten, die auf einen Therapieplatz warten, mit einbezieht.

Wir möchten Sie herzlich um Ihre Mithilfe bei der Durchführung dieser Studie bitten.

Hierzu erhalten Sie zu folgenden Zeitpunkten einen Fragebogen von uns:

- direkt nach dem diagnostischen Erstgespräch,
- drei Monate nach dem Erstgespräch,
- sechs Monate nach dem Erstgespräch,
- zwölf Monate nach dem Erstgespräch.

Der erste Fragebogen wird Ihnen persönlich hier im MVZ VT Falkenried ausgehändigt. Alle weiteren Fragebogen erhalten Sie per Post mit einem Freiumschlag für die Antwort zugeschickt.

Um Sie möglichst wenig zu belasten, haben wir uns bemüht, die Fragebogen so kurz wie möglich zu halten. Das Ausfüllen des Fragebogens dauert jeweils etwa 40 Minuten.

Die wiederholte Befragung zu mehreren Zeitpunkten ist notwendig, um Veränderungen in Ihrer Befindlichkeit im Zeitverlauf genau zu erfassen.

Im Folgenden ist der **konkrete Ablauf der Studie** beschrieben:

1. Wenn Sie zur Mitarbeit bereit sind, erhalten Sie im Rahmen des diagnostischen Erstgesprächs persönlich die **Einverständniserklärung** und einen ersten **Fragebogen**.
2. Unterschreiben Sie bitte die **Einverständniserklärung** und geben Sie diese unserer Mitarbeiterin (das zweite Exemplar ist für Ihre eigenen Unterlagen bestimmt).
3. Füllen Sie bitte den **Fragebogen** aus und geben ihn unserer Mitarbeiterin.
4. **Drei, sechs und zwölf Monate** nach dem Erstgespräch werden Ihnen erneut **Fragebögen vom MVZ Verhaltenstherapie Falkenried** zugesandt. Diese füllen Sie bitte ebenfalls aus und senden ihn in dem beigefügten adressierten Freiumschlag an das Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf zurück. Die Auswertung Ihrer Fragebögen erfolgt ausschließlich am dortigen Institut.
5. Die Einverständniserklärung mit Ihren Personalien verbleibt zur Dokumentation für die Dauer des Forschungsprojektes im **MVZ Verhaltenstherapie Falkenried**.

Die psychotherapeutische Behandlung erfolgt unabhängig von Ihrer Teilnahme an der Studie und Sie können jederzeit, auch wenn Sie schon Ihre Einwilligung gegeben haben, aus der Studie ausscheiden. Falls Sie nicht an der Studie teilnehmen möchten, entstehen Ihnen keinerlei Nachteile. Im Falle eines Widerrufs Ihrer Einwilligung werden die bis dahin erfassten Daten gelöscht.

Um die verschiedenen Fragebögen zuordnen zu können, sind diese mit einer einheitlichen Code-Nummer versehen. Dadurch ist gewährleistet, dass bei der Datenverarbeitung und Auswertung im Institut für Medizinische Psychologie die ärztliche Schweigepflicht gewahrt wird. Die Bearbeitung Ihrer Angaben erfolgt pseudonymisiert, das heißt ohne Nennung Ihres Namens, Ihrer Anschrift oder anderer Angaben, die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen. Damit sind die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes erfüllt; eine Weitergabe der Daten an staatliche oder private Einrichtungen ist ausgeschlossen. Nach Abschluss der Studie zum Ende des Jahres 2011 werden sämtliche personenbezogenen Daten von den beteiligten Wissenschaftlern/innen des Instituts für Medizinische Psychologie gelöscht.

Wir möchten Sie noch darauf hinweisen, dass die Untersuchung nicht auf Veranlassung der Kostenträger erfolgt und ausschließlich Forschungszwecken dient.

Falls Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Frau Dr. Birgit Watzke, Tel. Nr.: 040-42803-4883.

Wir möchten uns für Ihre Unterstützung und Mitarbeit bedanken!

Prof. Dr. med. Helmut Peter

Dr. Dipl.-Psych. Ulrike Lupke



• Verhaltenstherapie
Falkenried

Befragung von Patientinnen und Patienten

zu **Beginn** der
ambulanten Behandlung in der Verhaltenstherapie
Falkenried

2009

Chiffre:

--	--	--	--

Datum der Aufnahme: ____/____/2009

Verhaltenstherapie Falkenried

Angaben zur Person

1 Ihr Geschlecht?	Ihr Geburtsdatum?	Ihr Gewicht?	Ihre Körpergröße?
<input type="checkbox"/> ₁ weiblich <input type="checkbox"/> ₂ männlich ____ / ____ 19 ____ ____ kg ____ cm			

2 Wie ist Ihr aktueller Familienstand? (Ausschlaggebend ist der zuletzt eingetretene Familienstand.)	3 In welcher Partnersituation leben Sie? (Bitte auch dann ausfüllen, wenn sich Antwort teils bereits aus Frage 2 ergibt!)
<input type="checkbox"/> ₁ ledig <input type="checkbox"/> ₂ verheiratet <input type="checkbox"/> ₃ getrennt lebend (verheiratet, aber nicht mehr als Paar zusammenlebend) <input type="checkbox"/> ₄ geschieden <input type="checkbox"/> ₅ verwitwet <input type="checkbox"/> ₆ wieder verheiratet	<input type="checkbox"/> ₁ keine Partnerschaft (bis zu 3 Jahren) <input type="checkbox"/> ₂ keine Partnerschaft (mehr als 3 Jahre) <input type="checkbox"/> ₃ kurzfristige Partnerschaften <input type="checkbox"/> ₄ feste Partnerschaft

4 In wessen Haushalt leben Sie?	5 Wie ist Ihre Wohnsituation (1. Wohnsitz)?
<input type="checkbox"/> ₁ versorgt im Haushalt der Eltern <input type="checkbox"/> ₂ mit Eltern oder Schwiegereltern gemeinsam <input type="checkbox"/> ₃ eigener Haushalt (allein, mit Partner, eigener Familie, etc.) <input type="checkbox"/> ₄ Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> ₅ sonstiger Haushalt	<input type="checkbox"/> ₁ eigene Wohnung/ Haus (Miete oder Eigentum) <input type="checkbox"/> ₂ betreutes Einzelwohnen/ Wohngruppe <input type="checkbox"/> ₃ therapeutisches Heim <input type="checkbox"/> ₄ ohne festen Wohnsitz <input type="checkbox"/> ₅ sonstiges/ unklar/ unbekannt

6 Familie und Haushalt	
Wie viele eigene und adoptierte Kinder haben Sie?	_____ (Anzahl)
Wie viele Kinder (unter 18 Jahren) leben in Ihrem Haushalt? <small>(als Haushalt gilt eine zusammen wohnende und wirtschaftende Personengruppe)</small>	_____ (Anzahl)
Wie viele Erwachsene leben in Ihrem Haushalt? <small>(Zählen Sie sich selbst bitte mit)</small>	_____ (Anzahl)

7 Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?	8 Welchen höchsten Berufsabschluss haben Sie?
<input type="checkbox"/> ₁ noch in der Schule <input type="checkbox"/> ₂ kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> ₃ Sonderschulabschluss <input type="checkbox"/> ₄ Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> ₅ Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule <input type="checkbox"/> ₆ Fachabitur/Abitur <input type="checkbox"/> ₉ sonstiges	<input type="checkbox"/> ₁ noch in der Berufsausbildung <input type="checkbox"/> ₂ Lehre/Ausbildung/Fachschule <input type="checkbox"/> ₃ Meister <input type="checkbox"/> ₄ Fachhochschule/Universität <input type="checkbox"/> ₅ ohne Berufsabschluss <input type="checkbox"/> ₉ sonstiges

9 Wie ist Ihre aktuelle berufliche Situation?	
<input type="checkbox"/> ₁ berufstätig, Vollzeit <input type="checkbox"/> ₂ berufstätig, Teilzeit <input type="checkbox"/> ₃ berufstätig, gelegentlich <input type="checkbox"/> ₄ mithelfender Familienangehöriger, nicht berufstätig <input type="checkbox"/> ₅ Hausfrau/-mann, nicht berufstätig <input type="checkbox"/> ₆ Ausbildung/Studium <input type="checkbox"/> ₇ Wehr-/Zivildienst/freiw. soz. Jahr <input type="checkbox"/> ₈ geschützt beschäftigt <input type="checkbox"/> ₉ arbeitslos gemeldet* *seit: . _ _ _ . _ _ _ Monat Jahr	<input type="checkbox"/> ₁₀ Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente, Erwerbsminderungsrente seit: . _ _ _ . _ _ _ Monat Jahr <input type="checkbox"/> ₁₁ Frührente, Frühpension seit: . _ _ _ . _ _ _ Monat Jahr <input type="checkbox"/> ₁₂ Altersrente/Pension <input type="checkbox"/> ₁₃ Witwen-/Witwer-Rente <input type="checkbox"/> ₁₄ anderweitig ohne berufliche Beschäftigung <input type="checkbox"/> ₁₅ unbekannt/unklar

Erwerbsfähigkeit						
10 Was ist Ihre derzeitige bzw. letzte beruflich ausgeübte Tätigkeit? _____						
11 Sind Sie derzeit arbeitsunfähig/krankgeschrieben?						
<input type="checkbox"/> ₀ nein						
<input type="checkbox"/> ₁ ja → a) falls ja, seit wie vielen Wochen ununterbrochen? _____ Wochen → b) bitte geben Sie Ihre Einschätzung an, ob und wann Sie voraussichtlich wieder in das Erwerbsleben zurückkehren werden						
sofort <input type="checkbox"/> ₁	innerhalb 1 Monats <input type="checkbox"/> ₂	nach 1 bis 3 Monaten <input type="checkbox"/> ₃	nach 4 bis 6 Monaten <input type="checkbox"/> ₄	nach 7 bis 12 Monaten <input type="checkbox"/> ₅	nach 1 Jahr <input type="checkbox"/> ₆	gar nicht mehr <input type="checkbox"/> ₇

12 Sind Sie zurzeit entweder berufstätig oder arbeitslos gemeldet?

→ **a) falls ja**, bitte zählen Sie alle Tage/ Wochen zusammen, an denen Sie wegen Krankheit nicht zur Arbeit konnten, auch wenn Sie nicht ärztlich krankgeschrieben waren.
Wenn sie die genaue Zahl nicht wissen, schätzen Sie möglichst genau!

Zeiten von Arbeitsunfähigkeit für Berufstätige/ arbeitslos Gemeldete:

Ich war in den letzten **6 Monaten** insgesamt ca. _____ **Wochen** arbeitsunfähig.

Ich war in den letzten **12 Monaten** insgesamt ca. _____ **Wochen** arbeitsunfähig.

→ **b) falls nein**, bitte zählen Sie alle Tage/ Wochen zusammen, an denen Sie wegen Krankheit ihre Aufgaben nicht wie gewohnt erledigen konnten.
Wenn sie die genaue Zahl nicht wissen, schätzen Sie möglichst genau!

Krankheitszeit für Nicht-Berufstätige (Rentner, Hausfrau/-mann, Studenten, usw.):

Ich war in den letzten **6 Monaten** insgesamt ca. _____ **Wochen** so krank, dass ich meine Aufgaben nicht wie gewohnt erledigen konnte.

Ich war in den letzten **12 Monaten** insgesamt ca. _____ **Wochen** so krank, dass ich meine Aufgaben nicht wie gewohnt erledigen konnte.

13 Wurde bei Ihnen eine „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ (MdE) festgestellt?	nein <input type="checkbox"/> _0	ja <input type="checkbox"/> _1
Falls ja, um wie viel Prozent?	_____ %	
Falls ja, besteht diese wegen seelischer Beschwerden?	nein <input type="checkbox"/> _0	ja <input type="checkbox"/> _1
14 Haben Sie einen Antrag auf MdE gestellt, der noch in Bearbeitung ist?	nein <input type="checkbox"/> _0	ja <input type="checkbox"/> _1

15 Wer hat Ihnen empfohlen, in der Verhaltenstherapie Falkenried eine Behandlung zu beginnen?	
<input type="checkbox"/> _1 Allgemeinarzt/praktischer Arzt (z.B. Hausarzt)	<input type="checkbox"/> _8 Klinik _____
<input type="checkbox"/> _2 Psychiater oder Nervenarzt	<input type="checkbox"/> _9 Beratungsstelle
<input type="checkbox"/> _3 Ärztlicher Psychotherapeut/Facharzt für Psychotherapeutische Medizin	<input type="checkbox"/> _10 Gesundheitsamt/Sozialamt
<input type="checkbox"/> _4 Psychologischer Psychotherapeut/ Diplom-Psychologe	<input type="checkbox"/> _11 eigene Initiative
<input type="checkbox"/> _5 Facharzt für Innere Medizin (Internist)	<input type="checkbox"/> _12 Selbsthilfegruppe
<input type="checkbox"/> _6 sonstiger Facharzt	<input type="checkbox"/> _13 ehemaliger Patient
<input type="checkbox"/> _7 Kostenträger, Leistungsträger (Sachbearbeiter oder Sachverständiger)	<input type="checkbox"/> _14 sonstiges, nämlich: _____

16a Stationäre Behandlungen in den letzten 6 Monaten

Sind Sie in den **letzten 6 Monaten** wegen der Beschwerden, deretwegen Sie aktuell in der Verhaltenstherapie Falkenried behandelt werden, oder wegen ähnlicher Beschwerden bereits in einem Krankenhaus oder einer Klinik behandelt worden? _0_ nein _1_ ja

	nein	ja	Anzahl der Aufenthalte	Gesamtdauer in Tagen
a) Psychotherapeutische, psychosomatische oder psychiatrische Klinikaufenthalte	<input type="checkbox"/> _0_	<input type="checkbox"/> _1_		
⇒ Wenn ja, in welche(r)(n) Klinik(en) wurden Sie behandelt?				
_____			⇒ _____	_____ (Tage)
_____			⇒ _____	_____ (Tage)
b) Entzugs-/Entgiftungs- oder Entwöhnungsbehandlungen	<input type="checkbox"/> _0_	<input type="checkbox"/> _1_	⇒ _____	_____ (Tage)
c) Sonstige Klinikaufenthalte	<input type="checkbox"/> _0_	<input type="checkbox"/> _1_	⇒ _____	_____ (Tage)

16b Stationäre Behandlungen überhaupt

Sind Sie **jemals** wegen der Beschwerden, deretwegen Sie aktuell in der Verhaltenstherapie Falkenried behandelt werden, oder wegen ähnlicher Beschwerden in einem Krankenhaus oder einer Klinik behandelt worden? _0_ nein _1_ ja

(Bei 16a bereits genannte Aufenthalte der letzten 6 Monate hier bitte NICHT erneut ausfüllen)

Falls Sie die Aufenthaltsdauer bzw. das Jahr nicht mehr wissen, schätzen Sie möglichst genau!

a) Psychotherapeutische, psychosomatische oder psychiatrische Klinikaufenthalte: <input type="checkbox"/> _0_ nein <input type="checkbox"/> _1_ ja			
Welche Klinik	in welchem/welchen Jahr/en	Gesamtdauer in Wochen	
_____	_____	_____ (Wochen)	
_____	_____	_____ (Wochen)	
_____	_____	_____ (Wochen)	
_____	_____	_____ (Wochen)	
b) Entzugs-/Entgiftungs- oder Entwöhnungsbehandlungen: <input type="checkbox"/> _0_ nein <input type="checkbox"/> _1_ ja			
_____	_____	_____ (Wochen)	
_____	_____	_____ (Wochen)	
_____	_____	_____ (Wochen)	
c) Sonstige Klinikaufenthalte: <input type="checkbox"/> _0_ nein <input type="checkbox"/> _1_ ja			
_____	_____	_____ (Wochen)	
_____	_____	_____ (Wochen)	

17 Ambulante medizinische Behandlungen in den letzten 6 Monaten		
Wie häufig haben Sie in den letzten 6 Monaten Ihre behandelnden Ärzte wegen der Beschwerden, deretwegen Sie aktuell in der Verhaltenstherapie Falkenried behandelt werden, oder wegen ähnlicher Beschwerden aufgesucht?		
a) Hausarzt/Hausärztin	gar nicht <input type="checkbox"/> ₀	(Anzahl der Kontakte)
b) Internist/Internistin	gar nicht <input type="checkbox"/> ₀	_____ (Anzahl der Kontakte)
c) Psychiater/Psychiaterin	gar nicht <input type="checkbox"/> ₀	_____ (Anzahl der Kontakte)
d) Gynäkologe/Gynäkologin	gar nicht <input type="checkbox"/> ₀	_____ (Anzahl der Kontakte)
e) sonstige Fachärzte insgesamt	gar nicht <input type="checkbox"/> ₀	_____ (Anzahl der Kontakte)
f) Homöopath/Homöopathin/ Naturheilmediziner/Naturheilmedizinerin	gar nicht <input type="checkbox"/> ₀	_____ (Anzahl der Kontakte)

18a Ambulante psychotherapeutische /psychosoziale Maßnahmen in den letzten 6 Monaten					
Haben Sie in den letzten 6 Monaten an folgenden ambulanten psychosozialen Behandlungsmaßnahmen teilgenommen und falls ja, wie häufig?					
	nein	1 bis 5 Termine	6 bis 25 Termine	mehr als 25 Termine	
a) Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
b) Beratungsstelle	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
c) Familientherapie/Paartherapie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
d) ambulante Gruppentherapie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
e) ambulante Psychotherapie (Einzel)**	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
f) sonstiges, und zwar: _____	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	

18b Ambulante psychotherapeutische /psychosoziale Maßnahmen <u>überhaupt</u>					
Haben Sie jemals an folgenden ambulanten psychosozialen Behandlungsmaßnahmen teilgenommen und falls ja, wie häufig? (Bei 18a für die letzten 6 Monate bereits genannte Maßnahmen hier bitte NICHT erneut angeben) Falls Sie die Anzahl der Kontakte bzw. das Jahr nicht mehr wissen, schätzen Sie möglichst genau!					
	nein	1 bis 25 Termine	26 bis 45 Termine	mehr als 45 Termine	In welche(m)(n) Jahr(en)
a) Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	_____
b) Beratungsstelle	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	_____
c) Familientherapie/Paartherapie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	_____
d) ambulante Gruppentherapie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	_____
e) ambulante Psychotherapie (Einzel)** Falls JA, bitte weiter mit Frage 19	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	_____
f) sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	_____

****19 Wenn Sie bereits eine ambulante Psychotherapie durchgeführt haben, wie und warum haben Sie die Psychotherapie dort beendet?**

Grund: _____

20 Wie lange haben Sie seit Kontaktaufnahme mit einem Psychotherapeuten oder einer anderen Behandlungseinrichtung bis jetzt auf einen ambulanten Psychotherapieplatz bzw. auf das Erstgespräch in der Verhaltenstherapie Falkenried gewartet?

_____ **Wochen/Monate**
(nicht zutreffendes bitte streichen)

21 Haben Sie eine stationäre Behandlung geplant, die sie wegen der jetzigen Behandlung in der Verhaltenstherapie Falkenried vorerst nicht beginnen werden?

- ₁ Ja, anstatt eine stationäre Behandlung durchzuführen, beginne ich hier eine Therapie
- ₂ Nein, eine stationäre Behandlung ist nicht geplant gewesen
- ₃ Nein, ich befinde mich derzeit in stationärer Behandlung und suche einen Therapieplatz für die ambulante Fortsetzung der Behandlung.
- ₄ weder noch, sondern:

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit !



Verhaltenstherapie
Falkenried

Health-49

Bitte ankreuzen:

Beginn der Behandlung

Abschluss der Behandlung

Chiffre:

--	--	--	--

Datum: ____/____/2009

Hamburger Module (HEALTH-49)

A Nachstehend finden Sie eine Liste von **Problemen und Beschwerden**. Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten zwei Wochen durch diese Beschwerden gestört oder belastet** worden sind. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Bitte beantworten Sie jede Frage!

Wie sehr litten Sie <u>in den letzten zwei Wochen</u> unter ...?	nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
1 Angst oder Furcht, alleine aus dem Haus zu gehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2 Niedergeschlagenheit oder Traurigkeit	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3 Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4 dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5 Angst oder Furcht, sich in größere Menschenmengen zu begeben	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6 Schuldgefühlen oder Selbstvorwürfen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7 Bauchschmerzen oder Verdauungsproblemen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8 Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder Ihr Leben beenden möchten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9 einem Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
10 Angst oder Furcht vor offenen Plätzen oder auf die Straße zu gehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
11 fehlendem Interesse und geringer Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
12 einem Gefühl von Schwere in den Armen und Beinen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
13 Schmerzen in Muskeln oder Gelenken	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
14 einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
15 Kopfschmerzen oder Gesichtsschmerzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
16 Angst oder Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
17 Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
18 Angst oder Furcht vor geschlossenen Räumen (z.B. Fahrstuhl, Tunnel, Kino)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

B Im Folgenden finden Sie einige Aussagen, mit denen man beschreiben kann, **wie man sich fühlt**. Bitte geben Sie an, wie oft Sie sich **in den letzten zwei Wochen** so gefühlt haben!

	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
1 Ich fühle mich gelöst	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2 Ich fühle mich wohl	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3 Ich bin entspannt	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4 Ich fühle mich ausgeruht	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5 Ich kann genießen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Hamburger Module (HEALTH-49)

C Nachstehend finden Sie eine Liste von **Problemen und Schwierigkeiten**, die man **im Kontakt mit anderen Menschen** haben kann. Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie sich **in den letzten zwei Wochen** durch diese Probleme im Kontakt mit anderen Menschen (Angehörigen, Freunden, fremden Personen, etc.) **belastet** oder **beeinträchtigt gefühlt** haben. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort.

Wie sehr litten Sie <u>in den letzten zwei Wochen</u> ...?		nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
1	unter Schwierigkeiten, anderen Menschen Ihre Gefühle zu zeigen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2	unter der mangelnden Fähigkeit, anderen gegenüber bestimmt aufzutreten, wenn es die Lage erfordert	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3	unter Schwierigkeiten, Ihre wichtigen Anliegen anderen gegenüber durchzusetzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4	unter Schwierigkeiten, andere wissen zu lassen, dass Sie wütend sind	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5	unter Schwierigkeiten, jemandem zu sagen, dass er Sie nicht weiter belästigen soll	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6	darunter, dass Sie sich zu sehr von anderen ausnutzen lassen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7	unter der Angst, etwas Falsches zu sagen oder zu tun	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

D Im Folgenden finden Sie Aussagen, die sich darauf beziehen, inwieweit **Sie sich** trotz Ihrer körperlichen oder seelischen Beschwerden **in der Lage fühlen, Ihre Aufgaben zu erledigen, mit Belastungen umzugehen oder Dinge zu tun, die Ihnen wichtig sind**. Bitte geben Sie für die **letzten zwei Wochen** an, wie sehr die jeweilige Aussage **für Sie zutrifft**.

Trotz meiner Beschwerden bin ich in der Lage ...		stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittelmäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr
1	mit meinen Schwierigkeiten und Problemen gut umzugehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2	meine persönlichen Ziele, die ich mir setze, zu erreichen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3	schwierige Probleme zu lösen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4	meinen normalen Lebensstil aufrechtzuerhalten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5	mir neue Fertigkeiten und Kompetenzen anzueignen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Hamburger Module (HEALTH-49)

E Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Beeinträchtigungen in Beruf, Haushalt, Freizeit oder sozialen Beziehungen aufgrund von seelischen oder körperlichen Beschwerden in den letzten zwei Wochen!						
Wie oft hatten Sie irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten und Aufgaben?		nie	selten	gelegentlich	oft	immer
1	Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2	Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
		nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
3	Wie sehr waren Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4	Wie stark waren Sie darin beeinträchtigt, sich selbst zu versorgen (z.B. Einkaufen, Waschen, Kochen)?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Wie oft waren Sie in Ihrer Freizeit beeinträchtigt?		nie	selten	gelegentlich	oft	immer
5	Ich konnte nicht so lange wie gewohnt meinen Freizeitbeschäftigungen und Hobbys nachgehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6	Ich konnte nicht meinen gewohnten Freizeitbeschäftigungen und Hobbys nachgehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

F Manchmal ist das Verhalten der anderen sehr hilfreich, manchmal weniger, manchmal ist es auch belastend. Bitte geben Sie an, wie häufig von den Menschen, die Ihnen nahe stehen, jemand ...						
		nie	selten	gelegentlich	oft	immer
1	Ihre Schwierigkeiten und Probleme herunter spielt	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2	für Sie da ist, wenn Sie ihn/sie brauchen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3	sich unbehaglich zu fühlen scheint, wenn er/sie mit Ihnen über Ihre Probleme spricht	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4	wichtige Entscheidungen mit Ihnen bespricht	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5	mehr von Ihnen erwartet, als Sie leisten können	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6	Sie aufmuntert oder tröstet	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7	sich ärgert, wenn Sie seinen/ihren Rat nicht annehmen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8	einen Teil seiner/ihrer Zeit oder Energie opfert, um etwas für Sie zu erledigen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Fragen zum Allgemeinen Gesundheitszustand

Nr.: _____

Datum: _____

1	Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand in der <u>vergangenen Woche</u> im Allgemeinen beschreiben?				
ausgezeichnet <input type="checkbox"/> ₁	sehr gut <input type="checkbox"/> ₂	gut <input type="checkbox"/> ₃	weniger gut <input type="checkbox"/> ₄	schlecht <input type="checkbox"/> ₅	sehr schlecht <input type="checkbox"/> ₆
2	Wie sehr haben Probleme mit der körperlichen Gesundheit Sie in der <u>vergangenen Woche</u> bei normalen körperlichen Tätigkeiten eingeschränkt (zu Fuß gehen, Treppen steigen)?				
überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₁	sehr wenig <input type="checkbox"/> ₂	mäßig <input type="checkbox"/> ₃	ziemlich <input type="checkbox"/> ₄	war zu körperlichen Aktivitäten nicht in der Lage <input type="checkbox"/> ₅	
3	Inwieweit hatten Sie in der <u>vergangenen Woche</u> wegen Ihrer körperlichen Gesundheit Schwierigkeiten bei der Ausübung Ihrer täglichen Arbeit zu Hause und außer Haus?				
überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₁	ein bisschen <input type="checkbox"/> ₂	mäßig <input type="checkbox"/> ₃	ziemlich <input type="checkbox"/> ₄	war zu alltäglicher Arbeit nicht in der Lage <input type="checkbox"/> ₅	
4	Wie stark waren Ihre Schmerzen in der <u>vergangenen Woche</u>?				
Ich hatte keine Schmerzen <input type="checkbox"/> ₁	sehr leicht <input type="checkbox"/> ₂	leicht <input type="checkbox"/> ₃	mäßig <input type="checkbox"/> ₄	stark <input type="checkbox"/> ₅	sehr stark <input type="checkbox"/> ₆
5	Wie viel Energie hatten Sie in der <u>vergangenen Woche</u>?				
sehr viel <input type="checkbox"/> ₁	ziemlich viel <input type="checkbox"/> ₂	mäßig viel <input type="checkbox"/> ₃	ein wenig <input type="checkbox"/> ₄	gar keine <input type="checkbox"/> ₅	
6	Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in der <u>vergangenen Woche</u> Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen oder Freunden eingeschränkt?				
überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₁	sehr wenig <input type="checkbox"/> ₂	mäßig <input type="checkbox"/> ₃	ziemlich <input type="checkbox"/> ₄	war zu diesen Kontakten nicht in der Lage <input type="checkbox"/> ₅	
7	Wie sehr haben Ihnen in der <u>vergangenen Woche</u> <u>seelische Probleme</u> (z.B. Angst, Niedergeschlagenheit oder Reizbarkeit) zu schaffen gemacht?				
überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₁	etwas <input type="checkbox"/> ₂	mäßig <input type="checkbox"/> ₃	ziemlich <input type="checkbox"/> ₄	sehr <input type="checkbox"/> ₅	
8	Wie sehr haben Ihre persönlichen oder seelischen Probleme Sie in der <u>vergangenen Woche</u> daran gehindert, Ihre normalen Tätigkeiten im Beruf, in der Schule/im Studium oder andere alltägliche Tätigkeiten auszuüben?				
überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₁	sehr wenig <input type="checkbox"/> ₂	mäßig <input type="checkbox"/> ₃	ziemlich <input type="checkbox"/> ₄	war dazu nicht in der Lage <input type="checkbox"/> ₅	



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf



Verhaltenstherapie Falkenried • Falkenried 7 • 20251 Hamburg

Verhaltenstherapie Falkenried
MVZ GmbH

Ärztlicher Leiter
Prof. Dr. Helmut Peter

Psychologische Leiterin
Dipl.-Psych. Dr. Ulrike Lupke

Falkenried 7
D-20251 Hamburg
Tel.: +4940 42933690
FAX: +4940 429336920
Homepage: www.vt-falkenried.de

Geschäftsführer
Prof. Dr. Helmut Peter
Dr. Ulrike Lupke

Amtsgericht Hamburg: HRB 104817
Institutskennzeichen: 270200217

Bankverbindung:
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
Kontonummer: 000 672 1214
Bankleitzahl: 200 906 02

Anrede
Vorname Name
Straße
PLZ+Ort

Psychotherapie-Studie: Dritter Teil der Befragung

Sehr geehrte Frau ...,

im Rahmen unserer Studie zum Angebot von Psychotherapie erhalten Sie heute den dritten Fragebogen. Wir möchten Sie bitten, darin Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand und Ihren Behandlungserfahrungen zu machen, diesmal **bezogen auf die letzten sechs Monate**. Einige Fragen werden Ihnen möglicherweise noch aus den vorigen Befragungen bekannt sein. Bitte beantworten Sie auch diese, denn nur so ist es uns möglich, einen Eindruck davon zu bekommen, wie es Ihnen in letzter Zeit ergangen ist. Wir möchten Ihre Erfahrungen nutzen, um die Situation von Patienten, die ambulante Psychotherapie benötigen, zu verbessern.

Wir bitten Sie, den Fragebogen sorgfältig und vollständig zu beantworten – nur so können wir uns ein genaues Bild Ihrer Situation machen. Wie schon bei den letzten Befragungen, gibt es keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten: Antworten Sie einfach so, wie es am besten auf Sie zutrifft. Die bearbeiteten Fragebögen senden Sie uns bitte möglichst innerhalb der nächsten zwei Wochen in dem beiliegenden, adressierten und frankierten Rückumschlag zurück. Die Auswertung der Daten erfolgt pseudonymisiert, d.h. es können keine Rückschlüsse auf die einzelne Person vorgenommen werden.

Wenn sich Verständnisprobleme beim Ausfüllen des Fragebogens ergeben sollten oder Sie sonstige Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Frau Dipl.-Psych. Katja Apel: Entweder per Telefon: (040) 7410- 58649 oder per E-Mail an K.apel@uke.uni-hamburg.de.

Wir möchten uns herzlich für Ihre Mitarbeit bedanken!

Prof. Dr. med. Helmut Peter

Dr. Dipl.-Psych. Ulrike Lupke

In den folgenden Fragen geht es um Ihre berufliche Situation sowie um medizinische und psychotherapeutische Behandlungen, die Sie während der letzten 6 Monate erhalten haben.

4 Wie ist Ihre aktuelle berufliche Situation?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ berufstätig, Vollzeit | <input type="checkbox"/> ₉ arbeitslos gemeldet
seit: . _ _ _ . _ _ _
Monat Jahr |
| <input type="checkbox"/> ₂ berufstätig, Teilzeit | <input type="checkbox"/> ₁₀ Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente,
Erwerbsminderungsrente
seit: . _ _ _ . _ _ _
Monat Jahr |
| <input type="checkbox"/> ₃ berufstätig, gelegentlich | <input type="checkbox"/> ₁₁ Frührente, Frühpension
seit: . _ _ _ . _ _ _
Monat Jahr |
| <input type="checkbox"/> ₄ mithelfender Familienangehöriger,
nicht berufstätig | <input type="checkbox"/> ₁₂ Altersrente/Pension |
| <input type="checkbox"/> ₅ Hausfrau/-mann, nicht berufstätig | <input type="checkbox"/> ₁₃ Witwen-/Witwer-Rente |
| <input type="checkbox"/> ₆ Ausbildung/Studium | <input type="checkbox"/> ₁₄ anderweitig ohne berufliche
Beschäftigung |
| <input type="checkbox"/> ₇ Wehr-/Zivildienst/freiw. soz. Jahr | <input type="checkbox"/> ₁₅ unbekannt/unklar |
| <input type="checkbox"/> ₈ geschützt beschäftigt | |

5 Sind Sie derzeit arbeitsunfähig/krankgeschrieben?

ja **nein**

→ wenn **nein**, weiter mit Frage 7

₁ ₀

→ wenn **ja**, seit **wie vielen Wochen** ununterbrochen?

ca. *✍* _____ Wochen

6 Sind Sie zurzeit entweder berufstätig oder arbeitslos gemeldet?

→ **a) falls ja**, bitte zählen Sie alle Tage/ Wochen zusammen, an denen Sie wegen Krankheit nicht zur Arbeit konnten, auch wenn Sie nicht ärztlich krankgeschrieben waren.

Wenn sie die genaue Zahl nicht wissen, schätzen Sie möglichst genau!

Zeiten von Arbeitsunfähigkeit für Berufstätige/ arbeitslos Gemeldete:

Ich war in den letzten **6 Monaten** insgesamt ca. _____ Wochen arbeitsunfähig.

→ **b) falls nein**, bitte zählen Sie alle Tage/ Wochen zusammen, an denen Sie wegen Krankheit ihre Aufgaben nicht wie gewohnt erledigen konnten.

Wenn sie die genaue Zahl nicht wissen, schätzen Sie möglichst genau!

Krankheitszeit für Nicht-Berufstätige (Rentner, Hausfrau/-mann, Studenten, usw.):

Ich war in den letzten **6 Monaten** insgesamt ca. _____ Wochen so krank, dass ich meine Aufgaben nicht wie gewohnt erledigen konnte.

7 Stationäre Behandlungen in den letzten 6 Monaten				
Sind Sie in den letzten 6 Monaten wegen psychischer oder psychosomatischer Beschwerden zusätzlich in einem Krankenhaus oder einer Klinik behandelt worden? <input type="checkbox"/> ₀ nein <input type="checkbox"/> ₁ ja				
→ wenn nein , weiter mit Frage 8				
	nein	ja	Anzahl der Aufenthalte	Gesamtdauer in Tagen
a) Psychotherapeutische, psychosomatische oder psychiatrische Klinikaufenthalte	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁		
⇒ Wenn ja, in welche(r)(n) Klinik(en) wurden Sie behandelt?				
_____			⇒ _____	_____ (Tage)
_____			⇒ _____	_____ (Tage)
_____			⇒ _____	_____ (Tage)
b) Entzugs-/Entgiftungs- oder Entwöhnungsbehandlungen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	⇒ _____	_____ (Tage)
c) Sonstige Klinikaufenthalte	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	⇒ _____	_____ (Tage)

8 Ambulante medizinische Behandlungen in den letzten 6 Monaten		
Wie häufig haben Sie in den letzten 6 Monaten Ihre behandelnden Ärzte wegen psychischen oder psychosomatischen Beschwerden aufgesucht?		
a) Hausarzt/Hausärztin	gar nicht <input type="checkbox"/> ₀	_____ (Anzahl der Kontakte)
b) Internist/Internistin	gar nicht <input type="checkbox"/> ₀	_____ (Anzahl der Kontakte)
c) Psychiater/Psychiaterin	gar nicht <input type="checkbox"/> ₀	_____ (Anzahl der Kontakte)
d) Gynäkologe/Gynäkologin	gar nicht <input type="checkbox"/> ₀	_____ (Anzahl der Kontakte)
e) sonstige Fachärzte insgesamt	gar nicht <input type="checkbox"/> ₀	_____ (Anzahl der Kontakte)
f) Homöopath/Homöopathin/ Naturheilmediziner/Naturheilmedizinerin	gar nicht <input type="checkbox"/> ₀	_____ (Anzahl der Kontakte)

9 Haben Sie in den **letzten 6 Monaten** an folgenden ambulanten psychosozialen Behandlungsmaßnahmen **außerhalb der Verhaltenstherapie Falkenried** teilgenommen?

Falls ja, kreuzen Sie bitte an, wie häufig?

	nein	1 bis 5 Termine	mehr als 5 Termine
a) Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
b) Beratungsstelle	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
c) Familientherapie/Paartherapie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
d) ambulante Gruppentherapie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
e) ambulante Einzeltherapie	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
f) sonstiges, und zwar: _____	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

In den nachfolgenden Fragen geht es um Ihre Erfahrungen mit ambulanter Psychotherapie (Gruppentherapie oder Einzeltherapie) während der letzten 6 Monate.

Falls Sie in dieser Zeit noch keine ambulante Psychotherapie erhalten haben, fahren Sie bitte mit Frage 14 fort.

Fragen zur ambulanten Gruppentherapie						
10 Haben Sie in den letzten 6 Monaten ambulante Gruppentherapie erhalten?			ja	nein		
			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀		
a) → wenn nein , weiter mit Frage 12						
→ wenn ja , wie viele Sitzungen Gruppentherapie haben Sie bisher erhalten? → ca. _____ Sitzungen						
b) Wann hat die Gruppentherapie begonnen? → Datum: _____						
c) Beurteilung der Gruppentherapie: gar nicht gering mittel stark sehr stark						
a) Wie hilfreich war für Sie die Teilnahme an einer Gruppentherapie bis jetzt?		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b) Wie zufrieden sind Sie bisher mit dem Gruppentherapeuten/der Gruppentherapeutin?		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c) Wie zufrieden sind Sie bisher mit den Inhalten der Gruppentherapie?		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d) Haben Sie die Gruppentherapie bereits beendet?			ja	nein		
→ wenn nein , weiter mit Frage 11			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀		
→ wenn ja , seit wie vielen Wochen ist die Therapie beendet? seit ca. _____ Wochen						
e) Wie wurde Ihre ambulante Gruppentherapie beendet?						
<input type="checkbox"/> ₁ regulär am Ende der bewilligten bzw. verlängerten Behandlungsdauer						
<input type="checkbox"/> ₂ vor dem Ende der bewilligten Behandlungsdauer, und zwar aus folgendem Grund (bitte angeben): _____						

11 Ziel der folgenden Fragen ist es, dass Sie Ihre Beziehung zur Ihrem Gruppentherapeuten und Ihre Gruppentherapie anhand unten aufgeführter Aussagen beurteilen.

Prüfen Sie bitte jede dieser Aussagen daraufhin, wie sehr sie diese in Ihrer früheren Beziehung zu Ihrem Therapeuten für zutreffend oder nicht zutreffend halten. Die Bewertung erfolgt dabei in folgenden Abstufungen:

- Ja, ich halte dies für sehr zutreffend.
- Ja, ich halte dies für zutreffend.
- Ja, ich halte dies für wahrscheinlich zutreffend bzw. für eher zutreffend als nicht zutreffend.
- Nein, ich halte dies für wahrscheinlich unzutreffend, bzw. für eher unzutreffend als zutreffend.
- Nein, ich halte dies für unzutreffend.
- Nein, ich halte dies für sehr unzutreffend.

		sehr zutreffend	zutreffend	wahrsch. zutref- fend	wahrsch. unzu- treffend	unzu- treffend	sehr unzu- treffend
1	Ich glaube, dass mein Therapeut mir hilft.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
2	Ich glaube, dass mir die Behandlung hilft.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
3	Ich habe einige neue Einsichten gewonnen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
4	Ich fühle mich seit kurzem besser.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
5	Ich kann bereits absehen, dass ich vielleicht die Probleme bewältigen kann, wegen derer ich zur Behandlung kam.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
6	Ich habe das Gefühl, mich auf den Therapeuten verlassen zu können.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
7	Ich habe das Gefühl, dass mein Therapeut mich versteht.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
8	Ich habe das Gefühl, dass ich wie auch der Therapeut möchte, dass ich meine Ziele erreiche.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
9	Ich habe das Gefühl, dass ich wie auch der Therapeut ernsthaft an einem Strang ziehen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
10	Ich glaube, dass ich und der Therapeut meine Probleme ähnlich sehen und beurteilen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
11	Ich habe das Gefühl, dass ich mich jetzt selbst verstehen und mich selbständig mit meinen Problemen auseinandersetzen kann (d. h. auch dann, wenn ich mit einem Therapeuten keine weiteren Gespräche mehr habe).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

Fragen zur ambulanten Einzeltherapie				
12 Haben Sie in den letzten 6 Monaten ambulante Einzeltherapie erhalten?			ja	nein
			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
a) → wenn nein , weiter mit Frage 14				
→ wenn ja , wie viele Stunden Einzeltherapie haben Sie bisher erhalten?				
			→ ca. <i>✍</i> _____ Sitzungen	
b) Wann hat die Einzeltherapie begonnen?				
			→ <i>✍</i> Datum: _____	
c) Beurteilung der Einzeltherapie:				
			gar nicht	gering
			mittel	stark
				sehr stark
a) Wie hilfreich war für Sie die Einzeltherapie bis jetzt?			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
			<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
			<input type="checkbox"/> ₅	
b) Wie zufrieden sind Sie bisher mit der Zusammenarbeit mit dem Einzeltherapeuten/der Einzeltherapeutin?			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
			<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
			<input type="checkbox"/> ₅	
c) Wie zufrieden sind Sie bisher mit den Inhalten der Einzeltherapie?			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
			<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
			<input type="checkbox"/> ₅	
d) Haben Sie die Einzeltherapie bereits beendet?			ja	nein
→ wenn nein , weiter mit Frage 13			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
→ wenn ja , seit wie vielen Wochen ist die Therapie beendet?				
			seit ca. <i>✍</i> _____ Wochen	
e) Wie wurde Ihre ambulante Einzeltherapie beendet?				
<input type="checkbox"/> ₁ regulär am Ende der bewilligten bzw. verlängerten Behandlungsdauer				
<input type="checkbox"/> ₂ vor dem Ende der bewilligten Behandlungsdauer, und zwar aus folgendem Grund (bitte angeben): _____				

13 Ziel der folgenden Fragen ist es, dass Sie Ihre Beziehung zur Ihrem Einzeltherapeuten und Ihre Einzeltherapie anhand unten aufgeführter Aussagen beurteilen.

Prüfen Sie bitte jede dieser Aussagen daraufhin, wie sehr sie diese in Ihrer früheren Beziehung zu Ihrem Therapeuten für zutreffend oder nicht zutreffend halten. Die Bewertung erfolgt dabei in folgenden Abstufungen:

- Ja, ich halte dies für sehr zutreffend.
- Ja, ich halte dies für zutreffend.
- Ja, ich halte dies für wahrscheinlich zutreffend bzw. für eher zutreffend als nicht zutreffend.
- Nein, ich halte dies für wahrscheinlich unzutreffend, bzw. für eher unzutreffend als zutreffend.
- Nein, ich halte dies für unzutreffend.
- Nein, ich halte dies für sehr unzutreffend.

		sehr zutreffend	zutreffend	wahrsch. zutref- fend	wahrsch. unzu- treffend	unzu- treffend	sehr unzu- treffend
1	Ich glaube, dass mein Therapeut mir hilft.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
2	Ich glaube, dass mir die Behandlung hilft.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
3	Ich habe einige neue Einsichten gewonnen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
4	Ich fühle mich seit kurzem besser.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
5	Ich kann bereits absehen, dass ich vielleicht die Probleme bewältigen kann, wegen derer ich zur Behandlung kam.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
6	Ich habe das Gefühl, mich auf den Therapeuten verlassen zu können.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
7	Ich habe das Gefühl, dass mein Therapeut mich versteht.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
8	Ich habe das Gefühl, dass ich wie auch der Therapeut möchte, dass ich meine Ziele erreiche.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
9	Ich habe das Gefühl, dass ich wie auch der Therapeut ernsthaft an einem Strang ziehen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
10	Ich glaube, dass ich und der Therapeut meine Probleme ähnlich sehen und beurteilen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
11	Ich habe das Gefühl, dass ich mich jetzt selbst verstehen und mich selbständig mit meinen Problemen auseinandersetzen kann (d. h. auch dann, wenn ich mit einem Therapeuten keine weiteren Gespräche mehr habe).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Wartezeit für ambulante Psychotherapie (Gruppen- oder Einzeltherapie).

Falls Sie ohne Wartezeit Therapie erhalten haben (d.h. innerhalb von vier Wochen nach dem Erstgespräch), fahren Sie bitte mit Frage 17 fort.

14 Haben Sie sich in den letzten 6 Monaten darum bemüht, **außerhalb der Verhaltenstherapie Falkenried einen ambulanten Psychotherapieplatz** zu erhalten (z.B. telefonische Kontaktaufnahme zu Therapeuten)?

₂ Ja, ich habe Kontakt zu _____ Therapeuten aufgenommen.

→ Bei wie vielen davon fand ein Erstgespräch statt?
Bei _____ Therapeuten

₁ Nein, ich habe mich noch nicht darum bemüht.

₀ Ich habe keinen Therapiewunsch mehr bzw. ich habe keine Therapieempfehlung.

15 Haben Sie **während der Wartezeit auf ambulante Psychotherapie bestimmte Einrichtungen** (z.B. Beratungsstellen, Kirche, Vereine etc.) **oder Personen** (z.B. Freunde, Verwandte) aufgesucht, oder sind Sie **bestimmten Aktivitäten nachgegangen**, um sich Hilfe zu holen (Selbsthilfeliteratur lesen, Internetforen aufsuchen,...)?

ja **nein**

₁ ₀

falls ja, was haben Sie unternommen, bzw. wen haben Sie kontaktiert?
