

Heinzel, Roland; Breyer, Friedrich; Klein, Thomas

Working Paper

Ambulante Psychoanalyse in Deutschland: Eine katamnestiche Evaluationsstudie

Diskussionsbeiträge - Serie I, No. 281

Provided in Cooperation with:

Department of Economics, University of Konstanz

Suggested Citation: Heinzel, Roland; Breyer, Friedrich; Klein, Thomas (1996) : Ambulante Psychoanalyse in Deutschland: Eine katamnestiche Evaluationsstudie, Diskussionsbeiträge - Serie I, No. 281, Universität Konstanz, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften und Statistik, Konstanz

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/68878>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

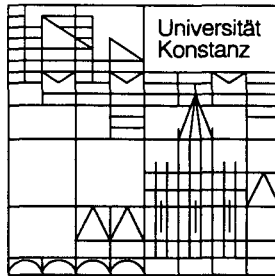
Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



Fakultät für Wirtschaftswissenschaften und Statistik

Roland Heinzel
Friedrich Breyer
Thomas Klein

Ambulante Psychoanalyse in Deutschland Eine katamnestiche Evaluationsstudie

21. MAI 1996 Weltwirtschaft

↳ 284 (280) mit br sig
gla

Diskussionsbeiträge

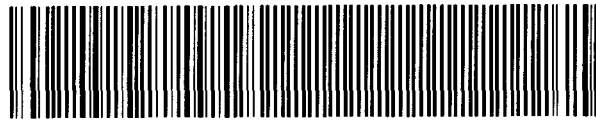
Ambulante Psychoanalyse in Deutschland.

Eine katamnestiche Evaluationsstudie

677179

**Roland Heinzel
Friedrich Breyer
Thomas Klein**

W 284 (281)



Serie I - Nr. 281

März 1996

**Roland Heinzl
Friedrich Breyer
Thomas Klein**

**Ambulante Psychoanalyse in Deutschland.
Eine katamnestiche Evaluationsstudie**

Vorläufige Dokumentation der Ergebnisse, März 1996.

Bitte nicht zitieren. Kritische Kommentare sind erwünscht.

Für aufopferungsvolle Mitarbeit bei der Erfassung und Auswertung der Daten danken wir Herrn cand. rer. pol. Frank O. Martin und Herrn MA Sebastian Dix (Universität Konstanz), für die Unterstützung bei der Erstellung der Stichproben Frau Dr. med. Karin Bell (Köln) und Herrn Prof. Dr. Günter Heisterkamp (Ratingen), für wertvolle Anregungen Herrn Dr. med. Dankwart Mattke (Bonn) sowie für monatelange treue Kurierdienste unseren Söhnen Stephan Heinzl und Jochen Breyer.

INHALTSVERZEICHNIS

1. FRAGESTELLUNG	1
2. ZUR LAGE DER PSYCHOTHERAPIEFORSCHUNG	5
2.1 Eine tiefe Spaltung	5
2.1.1. Zwei Weltbilder	5
2.1.2 Die gesundheits- und berufspolitische Situation	6
2.1.3 Unterschiedliche Grundhaltungen der Psychoanalytiker	8
2.2 Schwierigkeiten bei Therapiestudien	9
2.2.1 Spezifische und unspezifische Wirkfaktoren	9
2.2.2 Objektive Messungen und subjektive Einschätzungen	11
2.2.3 Meßinstrumente und Designs	11
2.2.4 Prinzipielle Schwierigkeiten der Psychotherapieforschung	14
2.3 Anforderungen an die Outcome-Forschung	15
2.3.1 Komplexität	15
2.3.2 Konsequenzen	16
3. DESIGN UND DURCHFÜHRUNG	19
3.1 Einleitung: Charakteristika unseres Vorgehens	19
3.2 Entstehungsgeschichte und Entscheidungen	20
3.2.1 Pilotstudie an ehemaligen Gruppenpatienten	20
3.2.2 Grundkonzeption der bundesweiten Untersuchung	20
3.3 Durchführung	22
3.3.1 Ausgangspunkt und Stichprobenauswahl	22
3.3.2 Beteiligung der Therapeuten	22
3.3.3 Rücklauf der Fragebögen	24
4. ERGEBNISSE UND DISKUSSION	25
4.1 Datenqualität und Charakterisierung der Stichprobe	25
4.2 Therapiewirkungen: Deskriptive Statistiken und Signifikanzprüfungen	29
4.2.1 Subjektives Befinden	29
4.2.2 Krankschreibungen und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen	33
4.2.3 Persönliche Lebensumstände	36
4.3 Determinanten der Therapiewirkungen	36
4.4 Analyse der Wirtschaftlichkeit der Psychotherapie	39
4.4.1 Zur Auswahl der Stichprobe	39
4.4.2 Zur Methodik der Berechnung der Einsparungen	40
4.4.3 Ergebnisse der Berechnung der Einsparungen und der Therapiekosten	42
5. VERGLEICH MIT ANDEREN UNTERSUCHUNGEN	46
5.1 MACKENZIE	46
5.2 DÜHRSEN	46

	ii
5.3 ROGNER	47
5.4 RUDOLF, MANZ und ORI	47
5.5 KELLER et al.	48
6. ZUSAMMENFASSUNG	49
LITERATUR	50
ANHANG: FRAGEBOGEN	55

1. Fragestellung

"Fachleuten zufolge kann selbst bei einer dauerhaften Konsolidierung der Wirtschaftslage und bei unterstelltem erneutem Wirtschaftswachstum nicht mit einer weiteren Zunahme der Ausgaben im Sektor Gesundheit gerechnet werden. Im Vergleich zu den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenkassen ist der relative Anteil der Kosten für Psychotherapie zwar nach wie vor niedrig, jedoch in den letzten Jahren unübersehbar gestiegen. Soweit auch die Konkurrenz um die verfügbaren Mittel zunimmt, womit ebenfalls zu rechnen ist, wird der Druck auf die psychotherapeutischen Behandlungsverfahren weiter anwachsen, ihre Effizienz unter Beweis zu stellen. Dazu wird es nicht genügen - wie es jetzt bereits nicht mehr genügt - auf die vorhandenen breiten klinischen Erfahrungen vom Nutzen psychoanalytischer Langzeitbehandlungen zurückzugreifen. Die Psychoanalyse wird sich in dieser Konkurrenz auszuweisen, verständlich zu machen und zu behaupten haben - und dies auch unter Rückgriff auf Mittel, Daten und Befunde, die den institutionellen Umständen Rechnung tragen, in die psychoanalytische Tätigkeit eingebettet ist, d.h. mit dort überzeugenden, einer kritischen - auch ökonomischen - Prüfung standhaltenden Befunden." (Ulrich Streeck Institutionelle Herausforderungen an die Psychoanalyse, Forum Psychoanal (1994) 10: 322-331.)

Die seit längerem andauernden Bemühungen des Gesetzgebers in Deutschland und anderen Industrieländern um eine Dämpfung der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen haben auch zu einer verstärkten Diskussion über die richtige Struktur der Gesundheitsleistungen geführt, d.h. der effizienten Aufteilung in einzelne Leistungsbereiche (z.B. ambulant - stationär) und Therapieformen. Der Gesetz- und Ordnungsgeber und die Spitzenverbände der Kassen und der Leistungsanbieter nehmen auf diese Zusammensetzung in vielfältiger Weise Einfluß. Diese reicht von der (Nicht-)Zulassung von Medikamenten und Therapien über die Errichtung selektiver Hürden vor ihrer Anwendung (wie Gutachterverfahren) und die Erhebung eines spezifischen Selbstbehalts bis zur Festlegung der relativen Vergütungshöhe im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Der EBM, das vielleicht wichtigste Steuerungsinstrument in der GKV, wird auf Vorschlag durch einen Bewertungsausschuß von den Bundesverbänden der Krankenkassen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in einem Bundesmantelvertrag vereinbart (ALBER/BERNARDISCHENKLUNN 1992, S.107). Zuletzt war dies 1987 geschehen.

Ein rationaler Einsatz dieser Steuerungsinstrumente¹ setzt voraus, daß die Nützlichkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der in Frage stehenden Therapieformen systematisch untersucht worden ist. Die Bedeutung der Evaluation medizinischer Maßnahmen auch unter Kosten-Nutzen-Aspekten wird in den letzten Jah-

¹ Ein rationales Steuerungsprinzip ist im geltenden EBM nach Ansicht des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen allerdings nicht zu erkennen (vgl. SVR 1988, S.51).

ren in immer größerem Maße anerkannt.² Der Begriff der "Evaluation" ist dabei jedoch mehrdeutig, denn eine Bewertung kann unterschiedliche Ziele verfolgen und sich dazu unterschiedlicher Strategien bedienen. Die den Medizinern geläufigste Form ist die klinische Evaluation, bei der zwei oder mehrere verschiedene Therapieformen unter genau spezifizierten klinischen Versuchsbedingungen (z.B. randomisierte Zuordnung zu Versuchs- und Kontrollgruppen) in ihren Wirkungen verglichen werden. Vergleichsmaßstab sind dabei medizinisch aussagekräftige Erfolgsindikatoren (wie die Höhe des Blutdrucks). Mit diesem Typus klinischer Evaluation sind im Hinblick auf die oben angesprochene Zielsetzung einer gesundheitspolitischen Steuerung einige Probleme verbunden:

1. Weder die Auswahl der Probanden noch die Rahmenbedingungen der Versuche sind i.a. repräsentativ für den späteren großflächigen Einsatz der Therapie, vor allem dann, wenn dieser ambulant erfolgen soll, die Evaluation dagegen in einer Klinik stattfindet.
2. "Objektive" medizinische Erfolgsindikatoren messen häufig nicht das, was der Patient nachfragt, nämlich Verbesserungen im subjektiven Befinden, gegebenenfalls weit über den Zeitpunkt des Abschlusses der Therapie hinaus.
3. Der Therapeut weiß in der Regel (und der Patient bisweilen ebenfalls), daß er an einer Evaluationsstudie teilnimmt, wodurch Ablauf und Ergebnis der Therapie beeinflusst werden können.

Die vorliegende Studie geht einen anderen Weg: Die Vorgehensweise ist katamnestisch, d.h. Patient und Therapeut erfahren erst lange (bis zu 5 Jahre) nach Abschluß der Therapie, daß sie an einer Erfolgsmessung teilnehmen. Die Erfolgsindikatoren werden nicht von den behandelnden Medizinern definiert, sondern von den neutralen Forschern vorgegeben; sie orientieren sich am subjektiven Befinden der Patienten. Schließlich ist das Umfeld der Studie nicht durch eine artifizielle Versuchsanordnung charakterisiert, sondern es handelt sich um eine repräsentative Stichprobe aller ambulanten Behandlungen, die bundesweit in einem bestimmten Zeitraum durchgeführt wurden.

Die untersuchte Therapieform ist die analytische Psychotherapie, einer der umstrittenen und noch wenig etablierten Zweige der Medizin. Diesem Status entsprechend wird die Psychotherapie im SGB V gegenüber anderen Behandlungsformen strenger kontrolliert, denn ihre Anwendung an Versicherten der GKV setzt eine vorherige Genehmigung durch die Kasse auf der Grundlage eines ausführlichen Gutachtens voraus, und auch die Dauer der Therapie ist limitiert.

² Vgl. etwa den Sammelband von GÄFGEN/OBERENDER (1991).

Ziel der Untersuchung war es, die Wirkungen der analytischen Psychotherapie in einer Weise zu ermitteln, die ihre Kosten und ihren Nutzen aus der Sicht der Versichertengemeinschaft transparent macht. Der Nutzen besteht dabei aus zwei Komponenten, nämlich

- dem direkten Nutzen in Form einer Verbesserung des Gesundheitszustands der Patienten und
- dem indirekten Nutzen in Form von Einsparungen an anderer Stelle des Gesundheitswesens (verminderte Inanspruchnahme anderer Behandlungen) sowie in Form einer Zunahme des Sozialprodukts durch Vermeidung von Arbeitsunfähigkeit.

Die Erhebungsmethode bei beiden Nutzenkomponenten ist die Befragung des Patienten.³ Bezüglich des direkten Nutzens sind wir überzeugt, daß die subjektive Beurteilung des Befindens durch den Patienten selbst der mit Abstand wichtigste Erfolgsmaßstab ist.⁴ Dies entspricht der Verwendung der Patientenbefragung als Instrument der Sicherung der Qualität therapeutischen Handelns (im Sinne der Ergebnisqualität). Der indirekte Nutzen könnte im Prinzip genauer gemessen werden, wenn Leistungsdaten der Krankenkassen sowie der Arbeitgeber personenbezogen erfaßt und mit den hier erhobenen Befragungsdaten kombiniert werden könnten. Da ein solches Verfahren an der mangelnden Verfügbarkeit der relevanten Daten sowie an datenschutzrechtlichen Hürden scheitert, ist die Befragung trotz ihrer Mängel die beste verfügbare Alternative.

Zugleich ist zu betonen, welche Fragen mit dem hier verwendeten Ansatz *nicht* beantwortet werden sollen. So geht es uns nicht darum, zu untersuchen, *wie* oder *warum* bzw. durch welche Wirkfaktoren die Wirkungen der Psychotherapie erzielt werden und bei welchen Symptomen und Diagnosen der größte Erfolg erzielbar ist (auch DÜHRSEN und JORSWIECK (1965) betonen ja, daß zur Verifikation von Therapieeffekten eine Differenzierung nach Krankheitssymptomen u.dgl. nicht sinnvoll ist). Dementsprechend können auch keine vergleichenden Schlüsse über die Wirkung alternativer Methoden innerhalb der analytischen Psychotherapie gezogen werden.⁵ Vielmehr geht es uns um den globalen Erfolg der Psychotherapie in der Zusammensetzung der Methoden, wie sie gegenwärtig in Deutschland praktiziert

³ Grundlage der Patientenbefragung ist eine Zufallsstichprobe von 20 Prozent aus den Mitgliederlisten der Berufsverbände DGPT und der DGIP.

⁴ Das gilt zumindest für Krankheiten, die nicht zum Tode führen, so daß sich Wirkungen einer Therapie prinzipiell nicht in Änderungen der Mortalität niederschlagen.

⁵ Es wird lediglich die analytische Grundorientierung des Therapeuten (Freud - Jung - Adler) erfragt.

wird. Die Ergebnisse können also nicht dazu dienen, Therapeuten eine Hilfestellung bei der Wahl ihrer zukünftigen Therapiemethoden für einzelne Diagnosen zu geben. Schlußfolgerungen ergeben sich statt dessen für die Ebene der Gesundheitspolitik, die die relative Bewertung der Psychotherapie im GKV-Vergütungssystem festzulegen hat.

Gegenüber der klinischen Psychotherapieforschung in den deutschsprachigen Ländern (vgl. etwa GRAWE et al 1994, TSCHUSCHKE und CZOGALIK 1990) und weltweit handelt es sich also in keinerlei Hinsicht um eine Alternative, sondern um eine Ergänzung, da sich die Fragestellungen grundlegend unterscheiden.

Dieser Aufsatz ist wie folgt gegliedert. Im 1. Abschnitt erläutern wir den gesundheitspolitischen Hintergrund und die Fragestellungen unserer Studie. Im 2. Abschnitt geben wir einen Überblick über den Stand der derzeitigen Psychotherapieforschung, der für die Einordnung und den Stellenwert unserer eigenen Befunde wichtig ist. Im 3. Abschnitt beschreiben wir das Design und die Durchführung unserer Studie und im 4. Abschnitt deren Ergebnisse. Nach einem Vergleich mit einigen anderen Untersuchungen im 5. folgt im 6. Abschnitt eine kurze Zusammenfassung.

2. Zur Lage der Psychotherapieforschung

2.1 Eine tiefe Spaltung

2.1.1. Zwei Weltbilder

Einem unvoreingenommenen Betrachter der bisherigen Psychotherapieforschung im deutschsprachigen und angloamerikanischen Raum dürfte bald auffallen, wie uneinheitlich, um nicht zu sagen unvereinbar deren Ergebnisse sind. Der Eindruck, daß hier viele Forscher einer bislang unbekanntem "Wirklichkeit" (falls es sie gibt) mit verschiedenen Methoden und auf dem Boden unterschiedlicher Weltanschauungen zu Leibe rücken wollen, erinnert an die berühmte Sufi-Geschichte von dem Elefanten im Dunkeln, die Idries SHAH (1976) berichtet. Er schließt seine Erzählung so:

"... Das Ergebnis der Expedition war Verwirrung. Jeder der vier war sicher, daß er recht hatte, und keiner der andern Bürger der Stadt konnte verstehen, was wirklich geschehen war, was die vier tatsächlich erfahren hatten." (SHAH 1976, S.41)

Von den vielen Blickwinkeln und subjektiven Wirklichkeiten im Hinblick auf die Bedeutung und Wirkung des „Elefanten“ Psychotherapie möchte ich auf zwei generelle „Lager“ hinweisen, bzw. auf eine fundamentale *Spaltung*, welche die gesamte Psychologie in zwei Paradigmen trennt. In Anlehnung an DILTHEY's Gegenüberstellung des nomothetischen und idiosynkratischen Ansatzes (bzw. an G.H.v.WRIGHT's (1974) "Erklären und Verstehen") schreibt Arno L. GOUDSMIT (1989) :

"There is a basic split between two traditions in Psychology. We may call them the 'outside tradition' and the 'inside tradition'. The following terms connote these traditions:

'outside tradition': positivistic, reductionistic, explaining, experimental, nomothetic, quantitative, objective, 'hard'. 'inside tradition': phenomenological, holistic, understanding, descriptive, idiographic, qualitative, subjective, 'soft'." (GOUDSMIT S.3)

Die daraus resultierende Spaltung, die an die Polarisierung zwischen "Realos" und "Fundis" bei den Grünen erinnert, korreliert nur zum Teil mit der bekannten Polarität von „Theoretikern“ und „Praktikern“, da es diese in beiden Traditionen gibt. Wolfgang MERTENS (1994a) stellt die hier gemeinten "zwei Welten" unter den Begriffen "Empirischer Objektivismus" und "Tiefenhermeneutik" einander gegenüber. KAISER (1993) spricht vom "nomologischen" Methoden- und Wertekanon im Gegensatz zum „idiosynkratischen“ der Psychoanalyse (s.u.)

Es ist wohl angemessen, die wissenschaftstheoretischen Wurzeln für das erstgenannte Paradigma im Positivismus, wenn nicht gar im naiven oder logischen

Empirismus (HOLZKAMP 1971) zu suchen, die des zweiten eher in den hermeneutischen (und evtl. existenzphilosophischen) Philosophierichtungen. Und wenn man aus dieser Sicht die Auseinandersetzungen um Wirksamkeitsnachweise, spezifische Faktoren in einzelnen Therapieschulen usw. verfolgt, ist es eher verständlich, warum vor allem die dezidierteren Vertreter dieser Paradigmen mit ihren verschiedenen Wertsystemen, Sprachen, Welt- und Menschenbildern, bislang zu keiner Einigung kommen. Dies alles wäre nun ja akzeptabel oder sogar als lebendige Spannung begrüßenswert, wenn nicht der ganze Problembereich in den letzten Jahren eine gefährliche Brisanz bekommen hätte:

2.1.2 Die gesundheits- und berufspolitische Situation

Der *äußere* Anstoß zu vermehrten Forschungsbemühungen und Effektivitätsnachweisen kam von den Gesundheitspolitikern und Kostenträgern und wurde bekanntlich in Deutschland besonders seit Beginn des zähen Ringens um ein Psychotherapeutengesetz spürbar. Die Therapieverfahren, welche als Kassenleistung anerkannt sind, fühlen sich dadurch unter einem vermehrten Rechtfertigungsdruck. Bei der Lektüre von Veröffentlichungen wie dem jüngsten Buch von GRAWE et al. (1994) kann man sich allerdings des Eindrucks nicht erwehren, daß dabei offenbar auch alte Rivalitäten wiederbelebt werden, die in den 80er Jahren schon größtenteils überwunden waren.

Es ist gleichwohl nicht zu umgehen: Wenn man sich gegenüber den gesellschaftlichen Institutionen wie Krankenkassen und Gesundheitspolitikern legitimieren will, muß man "objektive", quantitative und generalisierbare Ergebnisse vorweisen, d.h., die Sprache der "*outside tradition*" sprechen und sich *ihren Erfolgskriterien* anpassen. Die Psychoanalyse hat nun aber in ihrem Wesen einen *qualitativen*, auf das Individuum bezogenen Anspruch, der einem einzelnen Menschen in seiner persönlichen Situation und mit seinen unvergleichbaren psychischen Gegebenheiten gerecht werden will - und das noch dazu über die Arbeit mit *unbewußten* Faktoren. Um eine solche Tätigkeit und deren Auswirkungen quantitativ zu erfassen, müßte man "Äpfel und Birnen addieren" - und wie weit man allgemeingültige Kategorien finden kann, um dies zu vermeiden, ist noch offen. Denn wie wollen wir jemals sicher sein, ob das, was z.B. nur zwei Patienten unter "Angst" verstehen, das gleiche ist, bzw. ähnlich genug, um aus Zahlenangaben darüber Mittelwerte etc. berechnen zu können? (S. hierzu u.a. MERTENS, 1994a und b, und LEUZINGER-BOHLEBER, 1994; PERREZ 1994)

An dieser Stelle wird eine *fundamentale Asymmetrie* zwischen den therapeutischen "Weltanschauungen" deutlich, wenn man sich vor Augen führt, daß die von außen an die Psychotherapie herangetragenen Forderungen nach Objektivität,

Transparenz, Effektivität usw., nahtlos in das Paradigma der o.g. "outside tradition" bzw. des Empirischen Objektivismus passen. Und der stellt wiederum exakt den Bezugsrahmen der kognitiv-behavioralen Therapieformen dar, deren erklärtes Ziel ja eher in sichtbaren Symptomreduktionen und Verhaltensänderungen besteht, erfaßbar mit quantifizierbaren Variablen und möglichst objektiven Meßmethoden in kontrollierten Studien mit prüfstatistisch verwertbaren Daten. Deshalb wird es den Vertretern dieser Verfahren auch leichter fallen, sich den "Forderungen des Zeitgeistes" anzupassen, indem sie sog. "wissenschaftlich fundierte" Forschung betreiben, während die Psychoanalyse und andere psychodynamische Methoden mit ihrer Verwurzelung in der "inside tradition" sich den Vorwurf der Unwissenschaftlichkeit gefallen lassen müssen. Doch wer legt fest, was "wissenschaftlich" ist?

Bei GRAWE et al. (1994) ist jedenfalls immer wieder herauszuspüren, daß sie im Grunde die - nach ihren selbsternannten Gütekriterien - "exakte" *Beforschung* eines Verfahrens mit dessen *Wirksamkeit* in einen Topf werfen. Doch was bei Forschern wie Grawe et al. "exakt" heißt, haben wir ja mittlerweile durch die Beschreibung des Empirischen Objektivismus kennengelernt. Mehr noch: Es scheint vor allem davon abzuhängen, ob man für eine bestimmte Zahl von behandelten Patienten, eine passende Kontrollgruppe bilden kann. Auch wenn man diese Forderung grundsätzlich für sinnvoll hält (wie auch DÜHRSEN und JORSWIECK (1965) hervorheben), hieße das im Falle der ambulanten Langzeit-Psychoanalyse, daß man für *n* Patienten, die sich einer, sagen wir, 4jährigen Behandlung unterziehen, weitere *n* Patienten findet, die die gleichen vier Jahre lang *nicht* (oder von einem "Placebo-Therapeuten"?) behandelt werden wollen oder dürfen - und natürlich: Verum- und Placebo-Gruppe müssen randomisiert werden! So zu handeln, hieße wohl doch letztendlich, "die Psychoanalyse zu Grawe zu tragen"!

Immerhin scheint die gesundheits- und berufspolitische Situation im Umfeld des geplanten Psychotherapeutengesetzes (einschließlich GRAWE's Buch) einen ähnlichen Effekt zu haben wie EYSENCKs (1952) Kritik an der Psychoanalyse, als er ihr aufgrund eines (schwer nachvollziehbaren) Vergleichs bescheinigte, sie hätte keine besseren Ergebnisse zu bieten als die Spontanheilungsrate. Danach war es zu einer Fülle von meist gut fundierten Untersuchungen gekommen, die für die psychoanalytischen Therapien eine - auch im nomologischen Sinne - durchaus meßbare Effektstärke nachwies (s.v.a. DÜHRSEN 1965, BERGIN 1971, und das Sammelreferat von MELTZOFF und KORNEICH 1970). Aber kritische Fragen und Zweifel an der Wirksamkeit der Psychotherapie, vor allem der analytischen, sind weiterhin in der Öffentlichkeit (siehe Medien) und vor allem bei den Verantwortlichen in Gesundheitswesen und Politik unübersehbar.

2.1.3 Unterschiedliche Grundhaltungen der Psychoanalytiker

Aber während es für die Veröffentlichung von GRAWE inzwischen vielfache fundierte Gegendarstellungen gibt (z.B. TSCHUSCHKE 1994, MERTENS 1994a.u.b, BARKHAUSEN 1995 u.v.a.), geht es inzwischen nicht mehr nur um Gegensätzlichkeiten zwischen positivistischen und hermeneutischen Weltbildern, sondern auch innerhalb der psychoanalytischen Gemeinschaft selbst.

Von Anfang an hatten die Psychoanalytiker eine intrinsische Motivation zur Forschung, d.h., sie möchten zur Festigung der eigenen Berufsidentität (auch gegenüber anderen Schulen) und zur Verbesserung der Ausbildung verstehen lernen, welche Faktoren in ihrer Therapiemethode zu positiven Veränderungen beim Patienten führen. In der Psychoanalyse überwiegt nun die Überzeugung, daß dies am ehesten in einer Weiterentwicklung der von FREUD begonnenen "Junktim-" bzw. (nach U. MOSER, 1991) "on-line-Forschung" möglich ist, bei der der Therapeut gleichzeitig Forscher ist: Er reflektiert selbstkritisch den Therapieprozeß, einschließlich seiner eigenen Rolle darin. Daraus zieht er dann allgemeingültige Schlußfolgerungen über die wirksamen Faktoren usw., die er dann Zug um Zug in weiteren Einzelbeobachtungen überprüft.

Dieses Vorgehen ist nun sicher für ihn und seine Kollegen plausibel, aber für Außenstehende oft schwer nachvollziehbar. So kam es zum Vorwurf der "Sekte" oder "Elite", die sich nicht in die Karten schauen läßt (siehe das Bonmot von Karl Kraus, die Psychoanalyse sei die Krankheit, als deren Heilung sie sich ausbebe). Und nicht nur dank EYSENCK ergab sich die grundsätzliche Frage, ob oder wie weit man durch das Junktim-Verfahren und durch Einzelfallanalysen überhaupt zu allgemeingültigen Schlußfolgerungen gelangen könne - und an ihr scheiden sich bis heute die Geister:

Während KAISER (1993) Kompromisse zwischen einer (teilweise extrinsisch motivierten) quantitativen Psychotherapieforschung und einer - aus seiner Sicht - rein psychoanalytischen (also Junktim-) Forschung für "Etikettenschwindel" hält, plädieren KÄCHELE u. KORDY (1992, S. 518-519) für ein Aushalten der Spannung:

"Psychotherapie ist - vielleicht - angewandte Wissenschaft. Als Wissenschaft ist sie an Theorie orientiert.... Als Anwendung ist sie auf die klinische Tätigkeit gerichtet und insbesondere zur Rechtfertigung verpflichtet; hier kommen andere z.B. juristische, ethische oder ökonomische Prinzipien mit ins Spiel. Psychotherapieforschung lebt in oder zwischen diesen beiden Welten...."

Neben dem anfangs zitierten ehemaligen Vorsitzenden der DGPT halten auch MEYER 1990-91, KÄCHELE 1992, TSCHUSCHKE et al 1994, KÄCHELE und KORDY 1992, und viele andere Wirksamkeitsnachweise für unumgänglich, die auch

für Außenstehende nachvollziehbar sind, Etliche Autoren sind auch der Auffassung, durch eine Kumulierung von Mikroprozeßanalysen könne man durchaus zu Ergebnissen gelangen, die auch einer nomologischen oder nomothetischen Wissenschaftsauffassung genügen, Dagegen übt wiederum KAISER (1993b) unter Hinweis auf den heutigen Stand der Wissenschaftstheorie, bes. auf DAVIDSON (1980, 1982), HOPKINS (1992) und HOLZKAMP (1986, 1989), und auf die ersten Ergebnisse der Chaosforschung (s.u.) fundierte Kritik gerade an diesem nomologischen Paradigma der Psychologie und damit an der quantitativen Psychotherapieforschung überhaupt, als Prozeß- und Effizienzforschung.

2.2 Schwierigkeiten bei Therapiestudien

2.2.1 Spezifische und unspezifische Wirkfaktoren

Im Gegensatz zu der inzwischen unbestrittenen generellen Wirksamkeit von Psychotherapie scheint es aber bis heute kaum gelungen zu sein, den Effekt bestimmter *methodenspezifischer Komponenten* überzeugend nachzuweisen. Auch der (vor allem in der amerikanischen Outcome-Forschung ausgetragene) Kampf zwischen den psychodynamischen und den behavioralen Therapieformen ergab nach umfangreichen Untersuchungen, daß diese beiden großen Richtungen ungefähr gleich wirksam sind (LUBORSKY 1975, SMITH, GLASS & MILLER 1980).

Dieser Tatbestand war ja schon 1936 von ROSENZWEIG mit dem salomonischen Urteil des *Dodo bird* aus "Alice in Wonderland" vorweggenommen worden: "*Everybody has won and all must have prizes*". Zwar ist diese Einschätzung oft und fundiert in Frage gestellt worden (s. LUBORSKY, 1975, oder ECKERT, 1993), aber ein allseits anerkannter Gegenbeweis steht noch aus. Nach dieser Betrachtungsweise wären für fast alle Therapieerfolge im wesentlichen unspezifische bzw. (nach MEYER (1990b) "kommunale") Faktoren verantwortlich, wie z.B. Verständnis, Respekt, Interesse, Ermutigung, Anerkennung, Vergebung, Mobilisierung von Hoffnung usw. (S. dazu v.a. STRUPP et al, 1978)

Auch Donald F. KLEIN (KLEIN & GODWIN RABKIN, 1993) kommt nach einer gründlichen Revision der bisherigen Effektivitätsforschung zu dem Resümee, daß gesicherte Erkenntnisse über spezifische Wirkungen einzelner Therapieformen einschließlich Kosten-Nutzen-Analysen zwar sehr wichtig wären für individuelle und soziale Entscheidungen, daß aber bislang alle Versuche, von verschiedenen Therapieverfahren, Therapeutenvariablen, ja sogar Erfahrungsgraden der Therapeuten auf signifikante Unterschiede in Grad oder Dauer von Therapieeffekten zu schließen, praktisch gescheitert sind.

Die Suche nach spezifischen Faktoren muß allerdings (worauf u.a. TSCHUSCHKE (1994) hinweist) "vor allem vor dem Hintergrund der therapeutisch-konzeptuellen Identitätsfindung gesehen werden". Auch ENKE und CZOGALIK (1990) vermuten: "Eine Therapeutenkarriere kann wohl nicht anders in Gang gesetzt werden, als vor dem Hintergrund eines Anspruchs nach spezifischer Wirkung". Dies würde zu der Beobachtung von T.S. KUHN (1962) passen, die dieser so zusammenfaßte:

"Die prä-paradigmatische Phase (in der Entwicklung einer Wissenschaft) ist regelmäßig gekennzeichnet von häufigen und intensiven Auseinandersetzungen über legitime Methoden, Probleme und Maßstäbe für deren Lösung, wenngleich diese eher dem Zweck dienen, Schulrichtungen zu definieren als Übereinstimmung herzustellen" (zit. nach TSCHUSCHKE & CZOGALIK, 1990)

Andererseits darf die Tatsache, daß bislang kaum signifikante Unterschiede in den Wirkungen verschiedener Therapierichtungen gefunden werden konnten, nicht zu dem Schluß verleiten, daß es gar keine spezifischen Wirkfaktoren gäbe. Und angesichts des florierenden "Psycho-Booms" mit hunderten aus dem Hut gezauberten Therapieverfahren besteht - wie KLEIN (1993) und andere unterstreichen - auch weiterhin die dringende Notwendigkeit, über die immer wirksamen "menschlichen" Komponenten hinaus spezifische therapeutische Faktoren zu eruieren und damit für alle, vor allem neue, Therapieformen Beurteilungskriterien zu finden, die der Beliebigkeit und Scharlatanerie Grenzen setzen. Es scheint nur sehr schwer zu sein, diese spezifischen Einflußgrößen systematisch von den unspezifischen zu trennen - sicher auch eine Folge des engverflochtenen Wechselwirkungsfeldes zwischen ihnen, welches generell eine Isolierung einzelner Variablen erschwert oder gar verunmöglicht. Aber genau am Umgang mit dieser *Komplexität* scheiden sich wiederum die Geister - und der o.g. Graben wird wieder sichtbar, der sich durch die Psychologie und die anderen Humanwissenschaften zieht. KARASU (1986) sowie BUTLER und STRUPP (1986) kommen zu dem Schluß, daß die Dichotomisierung zwischen spezifischen und unspezifischen Faktoren unberechtigt und unproduktiv sei, weil die eigentliche therapeutische Situation der *interpersonelle Kontext* sei (s.u.) Und BOZOK und BÜHLER (1988) vermuten, *".....unspezifische Faktoren seien das Material", die spezifischen Faktoren die "Form". So wie Form und Material nicht trennbar sind ..., so muß jede unspezifische Wirkung in einer bestimmten Gestalt erscheinen."*

Wenn man dann noch berücksichtigt, daß ein Großteil der bisherigen Effektivitätsforschung der Psychotherapie im Rahmen eines stationären oder anderweitigen institutionellen Settings erfolgt ist, so muß man noch nachdrücklicher die Frage stellen, wie in diesen Fällen die Forscher sicher gehen wollen, daß nicht andere Einflüsse für die in den Studien festgestellten Veränderungen verantwortlich sind - evtl.

auch in Wechselwirkung mit den gesuchten methodenspezifischen Einflüssen des jeweiligen Therapieverfahrens. Auch wenn die Patienten selbst angeben, das untersuchte Verfahren hätte bei ihnen die Veränderung bewirkt, so müssen solche vom bewußten Erleben und Denken her gegebene Antworten dennoch in Zweifel gezogen werden - denn auch der Patient kann letztlich nicht wissen, wie die gleiche Methode außerhalb der Rahmenbedingungen gewirkt hätte, in denen sie angewendet wurde. Mit anderen Worten: Jeder Schluß von Ergebnissen, die unter „Laborbedingungen“ oder im stationären Rahmen erzielt wurden, auf die Wirksamkeit der gleichen Therapieform im *ambulant*en Bereich ist deshalb u.E. unzulässig.

2.2.2 Objektive Messungen und subjektive Einschätzungen

"Ich bin jetzt richtig traurig - und ich freue mich, daß ich endlich traurig sein kann"
(Patientin am Ende der Gruppenherapie)

In welcher Variable und wie würde man eine solche persönliche Therapieerfahrung "codieren"? In kaum einer Polarität zeigen sich die gegensätzlichen Traditionen deutlicher als in der Frage der "Objektivität" und "Subjektivität" der Effektmessung. Ob und wie es einem Patienten durch bzw. nach einer Therapie "besser" geht, ist eine so zutiefst subjektive Frage, daß jede "Objektivierung" einer solchen inneren Wirklichkeit (um ein Bild C.G. JUNGs zu verwenden) dem Versuch gleichkommt, die Bedeutung des Kölner Doms mit mineralogischen Mitteln zu erfassen. Aber der subjektive Faktor ist wohl für die einen die Quintessenz ihrer therapeutischen Weltanschauung, für die andern ein Hinweis auf Unwissenschaftlichkeit. Dennoch treten gerade Autoren mit einem breiteren Blickwinkel dafür ein, daß subjektive und individuelle Erkenntnisse einerseits und Objektivität bzw. Intersubjektivität andererseits sich unbedingt ergänzen müssen (s. PERREZ 1994).

Auch ohne sich in dieser Kontroverse ganz auf eine Seite zu schlagen, kann man wohl dennoch als generellen Trend eine Rehabilitierung der subjektiven Einschätzungen gegenüber den sogenannten objektiven Messungen feststellen. Und die ersteren sind auch in den Augen von Vertretern der Ökonomie und Gesundheitspolitik durchaus relevant (s. 1. Abschnitt). Auch KÄCHELE & KORDY (1992) empfehlen eine "verstärkte Mitwirkung der Konsumenten" als Ergänzung der Qualitätssicherung.

2.2.3 Meßinstrumente und Designs

Alle Meßmethoden haben ihre Vor- und Nachteile. LAMBERT und HILL (1994) gelangen nach einer ausführlichen Revision der verschiedensten Meßinstru-

mente für Therapieeffekte zu einigen Schlußfolgerungen, die zu Bescheidenheit und Vorsicht Anlaß geben. So weisen sie u.a. darauf hin,

- daß es schwer sei, die Ziele von Therapie adäquat zu gewichten,
- daß die Einschätzung von Verhaltensänderungen durch Therapie unausweichlich vermischt sei mit Erwartungen,
- daß Maßeinheiten zur Veränderungsmessung, die von individuell zugeschnittenen Therapiezielen stammen, kaum vergleichbar seien,
- daß sich die Ziele oft schon in einem frühen Stadium der Therapie ändern und dann revidiert werden müssen,
- daß die Qualität der Einschätzungen seitens der Therapeuten, Forscher und Patienten von deren Motivation abhängt,
- daß die Anwesenheit des "Evaluators" den Patienten beeinflusst ("...the client may want to please the evaluator and the therapist and acts in his or her behalf"),
- oder daß (v.a. bei Persönlichkeitsstörungen) das Gegenteil geschieht, nämlich die Verleugnung einer Besserung),
- daß die Art des Meßinstruments, Fragebogens usw., einen Einfluß auf die Einschätzungen hat ("reactivity" - s. v.a. SMITH, GLASS und MILLER 1980),
- daß die am wenigsten "reaktiven" (also beeinflussbaren) Indikatoren physiologische Werte und biographische Daten sind,
- daß die gemessenen Therapieeffekte unterschiedlich ausfallen, je nachdem, aus welcher Quelle sie stammen.

Gerade dieser letzte Aspekt wiegt in den Augen der Autoren sehr schwer, denn es habe sich gezeigt, daß die Ergebnisse aus den fünf von ihnen untersuchten Quellen (Selbsteinschätzung, trainierter Beobachter, wichtige andere Person, Therapeut, instrumentelle Messung) *nicht übereinstimmen* (vgl. KAZDIN & BASS 1989, KAZDIN 1994). Weiterhin haben RUDOLF, MANZ und ÖRI (1994) im Rahmen ihrer Berliner Psychotherapiestudie darauf hingewiesen, daß es zwischen den Patienten, die verschiedene Therapieverfahren wählen, signifikante Unterschiede gibt. MERTENS (1994a, S.15) zieht daraus den Schluß:

"Sofern eine vergleichende Psychotherapieforschung zukünftig überhaupt noch sinnvoll ist, müßte sie nicht nur die "Schwere" der Krankheitssymptome, die diagnostische Klassifikation, sondern auch entsprechende Persönlichkeitsvariablen berücksichtigen."

Diese und viele andere gravierende Unterschiede in Effektstudien lassen die inzwischen sehr verbreitete Methode der *Meta-Analyse* u.E. sehr fragwürdig erschei-

nen⁶. Wir möchten uns indes noch etwas weiter mit der "systemimmanenten" Kritik am Großteil der bisherigen Therapiestudien befassen. Vieles weist nämlich darauf hin, daß die Ergebnisse der meisten von ihnen wegen vieler der genannten Mängel - auch für sich betrachtet - vermutlich nur begrenzt aussagekräftig sind. In einem Übersichtsreferat über zahlreiche Sammelstudien und Meta-Analysen zählen BOZOK und BÜHLER (1988) die 11 wichtigsten dieser Kritikpunkte auf, von denen wir einige beispielhaft erwähnen wollen:

- *Uniformitätsmythos (KIESLER 1966)*

Hierbei handelt es sich um die irrige Annahme, daß es sich bei den untersuchten Patienten- und Therapeuten-Gruppen um uniforme Personen handle, die man ohne Einschränkung miteinander vergleichen könne. (BOZOK und BÜHLER gehen noch nicht so weit, zu vermuten, daß es sich hierbei möglicherweise nicht um eine Schwäche in den Designs dieser Untersuchungen, sondern um ein grundsätzliches Problem der "wissenschaftlichen" Forschung handelt, das mit der oben skizzierten Kluft zwischen der Idiosynkrasie des Individuums und der statistischen Bearbeitung von Meßdaten innerhalb von Gruppen zusammenhängt)

- *Zu kleine Stichprobé.*

Viele Studien beruhen auf zu geringen Patientenzahlen, so daß statistische Aussagen und Generalisierungen problematisch sind. (Nach BERGIN und GARFIELD (1994) ist die durchschnittliche Stichprobengröße bei aller ihnen verfügbaren Untersuchungen zwölf !)

- *Patientenauswahl entspricht nicht den praktischen Gegebenheiten (freiwillige Versuchspersonen, "Patienten" mit überwiegend leichten Störungen)* ⁶

- *Die Therapeuten sind nicht erfahren genug.*

(Nach PARLOFF (1982) waren die meisten Therapeuten Doktoranden mit einer mittleren therapeutischen Erfahrung von 3 Jahren!)

- *Die Erfolgskriterien sind nicht adäquat bzw. uneinheitlich.*

- *Uneinheitliche Länge der Therapien*

(Nach HENRY et al. (1994) ist die durchschnittliche Gesamtzahl der Sitzungen der untersuchten Therapien zwischen 20 und 150, die Mehrheit unter 50).

- *Nachfolgeuntersuchungen fehlen (was u.a. auch KLEIN (1993) bemängelt).*

⁶ LAMBERT & HILL weisen darauf hin, „...that metanalysis, as it is typically used to combine different measures, cannot overcome the differences between measures“ (a.a.O., S.84)

⁷ (Nach einer Zusammenfassung von PARLOFF (1982) waren 62 % aller "Patienten" freiwillige oder angeworbene Versuchspersonen, im Durchschnitt 23 Jahre alt, 56 % der Untersuchungen wurden an Oberschulen und Colleges durchgeführt und nicht in ambulanten Praxen). Siehe hierzu auch die Übersicht von BACHRACH et al. (1991) sowie den Hinweis von LAMPRECHT UND SCHMIDT (1991), daß sogar 98 % der Untersuchungen im stationären Bereich an den 360 Uniklinik-Patienten gemacht werden

2.2.4 Prinzipielle Schwierigkeiten der Psychotherapieforschung

Aber neben dieser differentiellen Kritik sollte man sich auch Gedanken machen über die grundsätzliche wissenschafts- und erkenntnistheoretische Basis der gängigen Forschung in der Psychotherapie. Hierzu wäre u.a. folgendes zu bedenken: Schon seit HEISENBERG wissen wir alle, daß die Beobachtung eines Vorgangs diesen grundsätzlich beeinflusst. Deshalb ergibt sich ein weiteres Dilemma: Entweder man untersucht eine Therapie "von außen" ("off-line-Forschung"), also mit Einwegscheibe oder Video-Band, oder im Rückblick (katamnestisch) und verfehlt damit möglicherweise wesentliche Aspekte der inneren Dynamik dieser Therapie, oder man forscht als "teilnehmender Beobachter" ("on-line-Forschung"), als Therapeut und Forscher in Personalunion - mit der Gefahr einer Rollen-Diffusion, d.h., es ist nicht auszuschließen, daß die Forschung den Therapieprozeß beeinflusst. Die Therapie selbst ist ja schon eine „Auseinandersetzung zwischen zwei Personen, zwei psychischen Systemen, die in Wechselwirkung treten“ (JUNG 1935a, zit nach KELLER 1995). Und so, wie man aus einem solchen dialektischen interaktiven Prozeß (KELLER 1995) nur schwer die intrapsychische Situation des Patienten allein herausfiltern kann, so wird es auf der anderen Seite schwer werden, eine „Methode“ isoliert von denen zu untersuchen, die sie anwenden. LAMPRECHT und SCHMIDT (1991) zitieren in diesem Zusammenhang Victor von WEIZSÄCKER: „Ärztliches Handeln beteiligt sich am Krankheitsvorgang, begleitet ihn, vermischt sich mit ihm, wirkt mit am Verlauf“. Das hat die Konsequenz, daß der Forscher sein Involviertsein von Anfang an zu einem Teil des Forschungsgegenstandes machen muß. (Zu dieser interaktionellen und systemischen Sichtweise s. v.a. ABRAHAM 1989, BETTIGHOFFER 1994, KELLER 1995, SIMON 1994.)

LAMBERT und HILL (1994) gelangen bei ihrer kritischen Betrachtung der Störeinflüsse auf die unterschiedlichen Effektmessungen zu der Erkenntnis:

"Unlike the physical sciences, measurement in psychotherapy is highly affected by the politics, values, and biases of those providing the data. Seldom are we able to merely observe phenomena of interest to us." (a.a.O., S.80)

Allerdings: Warum spezifische Wirksamkeitsnachweise bisher so schwer zu erbringen sind, liegt u.E. im wesentlichen nicht so sehr an der mangelnden Differenziertheit oder anderen Unzulänglichkeiten der Designs, oder an zu wenig eindeutigen Fragestellungen oder Kategorien. Wir glauben, daß die Ursache im fundamentalen Verständnis von Wissenschaft liegt, welches in unseren Breiten noch immer hauptsächlich an den Naturwissenschaften orientiert und damit vorwiegend positivistisch ist, oder - mit Klaus HOLZKAMPs (1970, 1989) Worten formuliert - einem "naiven Empirismus" unterliegt. Ein großer Teil der in den letzten Jahren veröffentlichten

Untersuchungen ist offenbar noch von diesem positivistischen Paradigma und dem auf ihm basierenden Falsifikationstheorem von POPPER getragen. Die positivistische Forschung geht immer noch von der Vorstellung (oder Illusion?) einer einzigen "Realität" aus, die man durch seine wissenschaftlichen Bemühungen nur *auffinden* und dann in geeigneter Form, also in Sprache und Zahlen, Symbolen usw. *abbilden* müßte. Aber man kann in den Sozialwissenschaften nicht von einer solchen eindeutigen Situation ausgehen. Deshalb stellte auch HABERMAS (1968) dieses "Empirie-Paradigma" in Frage. Ganz im Sinne von Karl KRAUS („man findet immer die Oesterreicher, die man zuvor versteckt hat“) drückt der Psychoanalytiker LEVENSON (1994), der (wie immer mehr Forscher) in der System- und Chaosforschung den einzigen Ausweg sieht, das Problem nach einer bewußt widersprüchlich interpretierten Falldarstellung pointiert so aus:

"As you can see, once the field is delineated, virtually all metapsychological formulations apply perfectly, even if they are contradictory or exclusive....but there are certain aspects of Chaos theory which provide a paradigmatic basis for understanding some of the odd phenomena I have been attempting to describe" (LEVENSON 1994, S.18)

Auch MERITENS (1994a und 1994b) warnt vor einer "*Variablen-Psychologie*", die "via pragmatische Operationalisierung ... eine nahezu völlige Dekontextualisierung anstrebt". Er bezweifelt, daß man *einzelne* Erfahrungen, Gefühle und deren Veränderungen durch Checklisten abfragen und damit einen Therapieerfolg nachweisen könne.

2.3 Anforderungen an die Outcome-Forschung

2.3.1 Komplexität

Da sich nun aber die Vertreter der inside tradition auch nicht im Elfenbeinturm einmauern können, sondern auch das "Realitätsprinzip" der sie tragenden gesellschaftlichen Institutionen und der scientific community anerkennen müssen, steht bei den tiefenpsychologischen und psychodynamischen Therapierichtungen der idiosynkratische und der nomothetische Ansatz in einem letztlich unauflösbaren Widerspruch: Diese interne Gegensatzspannung ist aber ein Charakteristikum der Psychoanalyse seit Anbeginn, weshalb sie auch oft als "Wissenschaft zwischen den Wissenschaften, zwischen Erklären und Verstehen, zwischen Hermeneutik und Hardcore Science" bezeichnet wird (LEUZINGER-BOHLEBER 1994).

TSCHUSCHKE (1994) empfiehlt zwar zu Recht, nun die gründliche Prozeßforschung zum spezifischen Wirksamkeitsnachweis voranzutreiben, aber auch er konzidiert, daß dies ein aufwendiges Unterfangen sei.

Es sind wohl vor allem drei Charakteristika des Psychischen, die einen spezifischen, von den empirischen Naturwissenschaften abweichenden Ansatz nötig machen:

1. Die unüberschaubare Zahl von interdependenten Variablen,
2. Die typische Subjektivität und Rekursivität des Psychischen,
3. Die fast ubiquitäre Involviertheit des "Untersuchers"

Die Schwierigkeiten, denen man sich hier gegenüber sieht, sind schier unüberwindbar: So geht aus der Übersicht von LAMBERT und HILL (1994) u.a. klar hervor, daß schon die Wahl der Meßmethoden einer Fahrt zwischen Skylla und Charybdis gleicht: Je mehr Variablen in einem Fragebogen erfaßt werden (z.B. in multitrait-scales wie dem MMP1), desto umständlicher und aufwendiger ist die Untersuchung (was sich z.B. bei einer Beschränkung auf Freiwillige in der Rücklaufquote niederschlägt), aber je weniger Variablen untersucht werden (bis hin zu single-trait scales), desto schlechter ist die externe Validität der Untersuchung, d.h., ihre Generalisierbarkeit. Die Autoren kommen denn auch nach einer Revision der vielfältigen Bemühungen um objektive Erkenntnisse in der Psychologie zu der denkwürdigen Schlußfolgerung:

"The complexity of human behavior and the complexity of theories and conceptions of human behavior invite incredible difficulty in operationalizing the changes that occur as a result of psychotherapy." (a.a.O., S. 77)

Alles scheint also letztlich auf die Frage hinauszulaufen: Wollen wir in der Psychotherapieforschung lieber relevantere und "naturnähere", aber schwerer faßbare, oder exaktere, aber naturfernere und banalere Erkenntnisse gewinnen? —

2.3.2 Konsequenzen

Aus dieser Sicht ergeben sich u.E. für die Outcome-Forschung *zwei grundsätzliche Alternativen*:

- a) *den Interaktionen und Wechselwirkungen* zwischen Patient und Therapeut einen viel größeren Stellenwert einzuräumen als der Suche nach spezifischen Wirkfaktoren "eines Verfahrens" oder nach "Therapeutenvariablen" usw (siehe KLEIN & GODWIN RABKIN (1993), und ebenso die Interaktion zwischen Patient und Forscher sowie zwischen Therapeut und Forscher (sogar, wenn sie in Personalunion

vereint sind!), einschließlich der Frage der Wiederbelebung von Übertragungen) zu einem *zentralen Forschungsgegenstand* zu machen. Darauf verweisen, wie schon angedeutet, u.a. die neueren Versuche, von der Kommunikationstheorie, der Systemtheorie, der Kybernetik 2. Ordnung (v.FOERSTER 1985, E.U.v.WEIZSÄCKER 1974) und der Theorie nichtlinearer dynamischer Systeme eine Brücke zur (Tiefen-) Psychologie zu schlagen (s. SIMON 1988,1994, BETTIGHOFER 1994, SCHIEPEK 1994, HEINZEL 1995),

b) diese Effekte so konsequent wie möglich zu umgehen, d.h. nur mit *anonymen* Befragungen und rein katamnestic zu arbeiten.

Wie schon angedeutet, haben wir uns bei der vorliegenden Untersuchung für die zweite Möglichkeit entschieden. Auch diese steht im Einklang mit einer wesentlichen Konsequenz aus den neuen system- und chaostheoretischen Ansätzen: Von einem bestimmten Komplexitätsgrad des Gesamtsystems an kann es sinnvoller werden, die Messungen im Sinne einer *Makroanalyse* auf die Erfassung *globaler Parameter* zu beschränken, ohne Vorannahmen über Einzelfaktoren oder lokale Kausalitäten. (Zum "macro-sopic model" besonders im Hinblick auf rekursive Phänomene bei schwer abgrenzbaren Untersuchungsgegenständen bzw. Populationen ("fuzzy sets") verweisen wir auf die Darstellungen von SCHIEPEK und TSCHACHER (1992) im Rahmen ihrer Empfehlungen zur Anwendung der *Synergetik* in der Klinischen Psychologie.)

Auch in unserer Studie haben wir uns für eine "globalere" Messung entschieden: wir fragen nur nach dem *Gesamtbefinden, dem körperlichen, psychischen und sozialen Gesamtzustand* und überlassen es dem Patienten, was er sich im einzelnen darunter vorstellt.

Aus gesundheitsökonomischer Sicht sind nun auch bei medizinischen und psychohygienischen Maßnahmen eher globale Werte von Interesse. So wurde z.B. vielfach die *Verminderung medizinischer Kosten* nach Psychotherapie als Erfolgskriterium untersucht (s. dazu - neben der berühmten Empfehlung von SIMMEL 1930 - v.a. SCHLESINGER, MUMFORD und GLASS (1980). Solchen Untersuchungen darf sich u.E. auch die Psychoanalyse nicht verschließen, wenn sie weiterhin als eine von den Versicherungsgemeinschaft getragene Krankenbehandlung anerkannt werden will - v.a. angesichts der derzeitigen gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Gesamtsituation (s. STREECK 1994). Beispielhaft steht hier immer noch die Studie von DÜHRSEN und JORSWIECK 1965, aufgrund derer die psychoanalytische Therapie als Kassenleistung anerkannt wurde. Auf diese Studie werden wir im letzten Kapitel noch näher eingehen.

U.a. im Hinblick auf das Forschungsgutachten (MEYER et al. 1991), das zu dem Schluß kommt, zu viele Patienten kämen statt früh in (billigere) ambulante spät in (teurere) stationäre Psychotherapie, empfehlen auch KÄCHELE & KORDY (1992), daß sich prozeß- und versorgungsorientierte Forschung ergänzen sollten.

Das Resümee der meisten politisch und sozial engagierten Fachleute, dem wir uns in diesem Projekt anschließen, lautet insgesamt ziemlich einhellig: Die Psychoanalyse wird sich als Therapieform wohl langfristig nur halten lassen, wenn sie

1. im Bewußtsein der komplexen Dynamik des Psychischen in ihren Erwartungen an Forschung und "Wahrheitsfindung" geduldiger und bescheidener ist,
2. sich bei der Erkundung der psychodynamischen Wirkkräfte, in Prozeßverlauf und Übertragung, auch bei Einzelfallstudien und Mikroanalysen, mehr als bisher systemtheoretisch und interaktionell orientierten Ansätzen öffnet (was auch STREECK, 1994, im anfangs zitierten Aufsatz empfiehlt), und
3. diese Grundsatzforschung durch eine greifbare, z.T. möglicherweise vereinfachende, dafür aber durch eine um bio- und demographische Daten erweiterte und an Praxis und Versorgungssituation orientierte makroanalytische Outcome-Forschung ergänzt. Solche Nachweise, die auch für Gesundheits- und Sozialpolitiker, Wirtschafts- und Kassenvertreter nachvollziehbar sein sollten, zu erbringen (was wir für unumgänglich halten), heißt u.E. auch nicht, den anfangs geschilderten positivistischen gesellschaftlichen Trend in Richtung auf einseitiges Effizienzdenken als alleingültig anzuerkennen oder den individuellen und emanzipatorischen Anspruch der Psychoanalyse zu negieren.

Aus all diesen Gründen war die Grundidee der Makro-Analyse auch eine der Leitlinien für die vorliegende Katamnesenstudie.

3. Design und Durchführung

3.1 Einleitung: Charakteristika unseres Vorgehens

Für die Darstellung unseres Designs beziehen wir uns zunächst auf die Kriterien für die Outcome-Evaluationsforschung, welche BACHRACH et al. (1991) in ihrer Übersichtsarbeit aufgestellt haben:

1. *Es muß nachgewiesen werden, daß die Behandlung, die man untersucht, auch wirklich stattfindet.*

Dieses Kriterium erscheint gewährleistet dadurch, daß es sich bei unserer Studie ausschließlich um von Gutachtern genehmigte Richtlinien-Psychotherapien handelte.

2. *Die untersuchte Behandlungsmethode muß von Praktikern mit genügend Erfahrung durchgeführt werden, deren Qualitäten den anerkannten Standards entsprechen.*

Durch die ausschließliche Einbeziehung von Behandlungen, die von Mitgliedern der DGPT durchgeführt wurden, kann man auch von der Erfüllung dieser Anforderung ausgehen. (BACHRACH vermutet hier wie auch etliche andere (s.o.), daß der Hauptgrund dafür, daß die überwältigende Mehrheit der Psychotherapiestudien an wenig erfahrenen Therapeuten durchgeführt wurde (v.a. mit Ausbildungskandidaten), z.T. darin liegt, daß diese "readily available subjects" seien. Daß es sich bei uns leider nicht um leicht verfügbare Personen handelt, sieht man deutlich an der Therapeuten-Rücklaufquote von ca. 30 % - aber Freiwilligkeit und guter Rücklauf sind wohl (was auch andere feststellen mußten) nicht gleichzeitig zu haben !

3. *Behandlungen können nur sinnvoll evaluiert werden, wenn sie den klinischen Bedingungen entsprechen, unter denen sie auch normalerweise durchgeführt werden..*

Auch in dieser Hinsicht haben wir in unserem Projekt eine weitgehende Annäherung an reale Bedingungen, da es sich ausschließlich um reale, im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie durchgeführte Behandlungen handelt.

4. *Die untersuchten Behandlungen müssen an dafür geeigneten Patienten durchgeführt worden sein.*

Hierfür ist wiederum unser Garant das Gutachterverfahren der Richtlinienpsychotherapie, das auf die beste verfügbare Art die Indikationsstellung sichert.

5. Die untersuchten Variablen müssen konzeptuell, operational und reliabel angemessen spezifiziert sowie systematisch untersucht werden.

Was dieses Kriterium betrifft, so haben wir oben ausführlich unser Konzept der Makroanalyse begründet, welche bewußt auf eine Erfassung (oder Isolierung) von Einzelvariablen verzichtet, dafür aber zusätzlich auch äußerliche Erfolgskriterien aufstellt.

Auch die meisten der 11 von BOZOK und BÜHLER (1988) angegebenen Kriterien (s.o.) sind bei unserer Studie erfüllt.

3.2 Entstehungsgeschichte und Entscheidungen

3.2.1 Pilotstudie an ehemaligen Gruppenpatienten

Im Laufe des Jahres 1994 haben wir zunächst eine Pilotstudie mit den ehemaligen Gruppenpatienten von R. Heinzl durchgeführt. Wir schrieben alle an, die nicht unbekannt verzogen waren, und sandten ihnen einen damals dreiseitigen Fragebogen. Die ersten beiden Seiten entsprachen im wesentlichen dem späteren Fragebogen (s.u.), während wir auf der dritten um Einschätzungen der Wirkfaktoren baten. Die Patienten bekamen insgesamt 14 Vorschläge, die sie in eine Rangreihe bringen sollten (Hinzufügungen waren möglich).⁷

Die Ergebnisse dieser Untersuchung waren zwar zum großen Teil hochsignifikant, sie können aber wegen einiger (z.T. systemimmanenter) Mängel und Beschränkungen kaum generalisiert werden. So läßt z.B. die Rücklaufquote von ca. 44 % nur sehr begrenzt eine Verallgemeinerung zu. Einen Grund für diese niedrige Quote sahen wir in der Länge des Fragebogens.

Wir ließen deshalb bei der bundesweiten Untersuchung den Teil mit den Wirkfaktoren weg und brachten die anderen Fragen auf einer DIN A4-Seite unter. Diese Straffung und Verdichtung trug dann zu einer Patienten-Rücklaufquote von ca. 65 % bei (s.u.).⁸

3.2.2 Grundkonzeption der bundesweiten Untersuchung

Bei der Ausweitung unseres Vorgehens auf eine bundesweite Stichprobe und auf analytische Gruppen- und Einzeltherapien haben wir uns zum folgenden Vorgehen entschlossen:

⁷ vgl. HEINZEL & BREYER (1995).

⁸ Einen positiven Zusammenhang zwischen Einfachheit des Fragebogens und Rücklaufquote berichten auch LAMPRECHT & SCHMIDT (1991), S.99.

a) *Katamnese*

Die Vor- und Nachteile von Prozeß- und Outcome-Forschung haben wir bereits oben diskutiert. Um jede Beeinflussung des Therapieverlaufs zu vermeiden und mögliche Übertragungseffekte so gering wie möglich zu halten, war dieses Projekt von Anfang an als Katamnesen-Studie geplant, die einerseits einfacher und schneller durchzuführen, andererseits doch flächendeckend ist. Eine weitere Rolle spielte die Überlegung, daß die Ergebnisse leichter auf gesundheits- und berufspolitischer Ebene, wo ja kaum Analytiker zu finden sind, verständlich gemacht werden können. Aus diesen Gründen bemühten wir uns auch um Kürze bei der Befragung, die - wie sich gezeigt hat - tatsächlich die Bereitschaft der ehemaligen Patienten zur Mitarbeit erhöht hat. Zur Bedeutung der katamnestischen Befragung schreiben SBANDI et al. (1993, S.14) mit Hinweisen auf zahlreiche Autoren:

„...Symptombeseitigung, Leidensverringerung und Verhaltensänderung können als positives Ergebnis nur unter dem Aspekt ihrer Dauerhaftigkeit nach Abschluß der Therapie gewertet werden.“

b) *Anonymität*

Als weitere Möglichkeit, Reaktanz und mögliche Verzerrungen durch Interviewer-Effekte, nicht aufgelöste Übertragungen usw zu reduzieren, entschieden wir uns für eine anonyme Befragung. Sowohl die Patienten als auch die Analytiker sollten außer allgemeinen Daten (Alter, Geschlecht, Therapiedauer bzw. Schulrichtung bei den Therapeuten) keinerlei persönliche Angaben machen. Wir legten auch Wert darauf, daß den ehemaligen Patienten deutlich wurde, daß ihre Einschätzungen nicht zum ehemaligen Therapeuten gelangen können. Deshalb mußten wir auch auf jegliche diagnostische Einschätzungen verzichten, weil diese eine Zuordnung der Fragebogen zu den Patienten impliziert hätten.

c) *Subjektive Einschätzungen*

Auch hier verweisen wir auf die obigen Ausführungen zu den Quellen der Effektmessung. Die Anonymität erforderte hier, nur nach subjektiven Einschätzungen zu fragen (was nach LAMBERT & HILL (1994) bei 68 % der Outcome-Studien eine wesentliche und bei 25 % die einzige Datenquelle ist).

d) *Zwei Fragengruppen*

Der Fragebogen besteht aus zwei Gruppen von Fragen, die den im ersten Kapitel skizzierten beiden Komponenten des untersuchten "Nutzens" entsprechen, nämlich

der subjektiven Befindlichkeit und den Inanspruchnahmen des Gesundheitswesens an anderer Stelle.

3.3 Durchführung

3.3.1 Ausgangspunkt und Stichprobenauswahl

Als Grundgesamtheit wählten wir die Mitglieder der beiden Berufsverbände DGPT (Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie) und DGIP (Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie). Mit der Beschränkung auf Analytiker, die an Instituten ausgebildet sind, wurde der im Hinblick auf Kompetenz der Therapeuten höchstmögliche und am besten gewährleistete Standard gewählt. Im Gegensatz zu einem Großteil der Therapieeffekt-Studien, die mit zu kurz ausgebildeten Therapeuten durchgeführt werden (s.o.), halten wir dieses Kriterium für ausschlaggebend, wenn man zu Aussagen über die Wirksamkeit eines Verfahrens gelangen will.

Aus den insgesamt 1704 bzw. 275 Mitgliedern der beiden Verbände wurde - bedingt durch finanzielle Beschränkungen - eine Zufallsstichprobe im Umfang von 20% (= 395 Namen) gezogen. Da aus der insgesamt sehr kleinen Schnittmenge beider Verbände ein Therapeut zweimal gezogen wurde, verringerte sich die Anzahl der angeschriebenen Therapeuten auf 394. Diese Therapeuten erhielten insgesamt drei Anschreiben (im Dezember 1994, Januar 1995 und Februar 1995) mit der Bitte um Mitarbeit und einer Beschreibung des Vorgehens, dazu ein Exemplar des Fragebogens und ein Muster-Anschreiben an die ehemaligen Patienten (s.u.). Schließlich erhielten sie ein „Therapeuten-Stammblatt“ zur Rücksendung, auf dem sie einen selbst zu wählenden achtstelligen „Therapeuten-Code“, ihren Grundberuf (Arzt, Psychologe etc.), ihre analytische Grundorientierung (Freud, Jung, Adler) sowie die Zahl der an ehemalige Einzel- oder Gruppenpatienten verschickten Fragebögen eintragen sollten.

Die Therapeuten wurden gebeten, eine Kopie des Fragebogens an alle diejenigen ehemaligen Patienten zu verschicken, die in den zurückliegenden fünf Jahren (1990 bis 1994) eine Einzel- oder Gruppentherapie bei ihnen abgeschlossen hatten.

3.3.2 Beteiligung der Therapeuten

Von den angeschriebenen 394 Therapeuten erhielten wir insgesamt 183 Rückmeldungen (46,4%), darunter 91 Teilnahmen mit Therapeuten-Stammblatt

(23,1%) und 92 Absagen (23,4%). Unterteilt man die zuletzt genannte Gruppe nach Begründungen für die Nicht-Teilnahme, so ergibt sich folgendes Bild (Tabelle 3.1):

Tabelle 3.1: Gründe für die Nicht-Teilnahme

Keine abgeschlossenen Therapien im Untersuchungszeitraum	48	52,2%
Krankheit, Alter	8	8,7%
Zeitmangel	12	13,0%
Teilnahme an anderer Evaluation	5	5,4%
Patienten nicht mehr erreichbar	5	5,4%
grundsätzliche Ablehnung des Patientenkontaktes	1	1,1%
Ablehnung des Forschungsdesigns	11	12,0%
keine Angabe von Gründen	2	2,2%
insgesamt	92	100%

In etwas mehr als der Hälfte der Fälle (48 von 92 oder 52,2%) konnte die Nicht-Teilnahme darauf zurückgeführt werden, daß das angeschriebene Mitglied des Berufsverbandes nicht zur eigentlichen Zielgruppe der Studie gehörte, die sich auf aktive Therapeuten mit abgeschlossenen Therapien in den vorangegangenen fünf Jahren bezieht. Dafür waren im wesentlichen drei Gründe maßgeblich: Die angeschriebene Person befand sich entweder bereits seit mehreren Jahren im Ruhestand, oder sie war noch in der Ausbildung bzw. erst seit so kurzer Zeit aktiv, daß sie noch keine Therapien abgeschlossen hatte, oder sie war im Untersuchungszeitraum anderweitig berufstätig, z.B. als Gutachter oder in einer Klinik. Sonstige „objektive“ Gründe für die Nicht-Beteiligung wie Krankheit oder Zeitmangel wurden in 30 Fällen (= 32,6%) angegeben. Lediglich 11 Therapeuten (= 12%) weigerten sich aus Ablehnung des Fragebogen-Designs, an der Studie teilzunehmen, und in einem Fall erfolgte die Absage aufgrund der Überzeugung, daß *jeglicher* Kontakt zwischen dem Therapeuten und seinem ehemaligen Patienten schädlich sei.

Bei der Berechnung einer Teilnahmequote ist zunächst nach der relevanten Bezugsgröße zu fragen. Nach unserer Auffassung ist dies nicht die Gesamtzahl der angeschriebenen Verbandsmitglieder, sondern die Teilmenge, die die Zielgruppe bildet. Um deren Größe zu ermitteln, müssen Annahmen über die Zusammensetzung derjenigen 211 Personen getroffen werden, die überhaupt nicht geantwortet haben. Eine plausible Annahme dabei ist, daß der Anteil der „Inaktiven“ in dieser Gruppe ebenso groß ist wie unter den 183 Therapeuten, die geantwortet haben, nämlich $(48/183 =) 26,2\%$. Die eigentliche Zielgruppe beläuft sich damit auf 73,8% von 394 oder 291 Personen. Auf dieser Basis läßt sich eine Teilnahmequote von

(91:291=) 31,3% errechnen. Wie RUDOLF et al (1994) können auch wir keine Angaben über die „Selbst-Selektion“ der Therapeuten machen.

Von diesen 91 Therapeuten mußten wir einen aus der Studie eliminieren, da er sich nicht an die im Anschreiben verlangte Vorgehensweise gehalten hatte: Seinem Therapeuten-Stammblatt lagen bereits zwei ausgefüllte Fragebögen bei, so daß von uns nicht nachgeprüft werden konnte, ob sie tatsächlich von den ehemaligen Patienten selbst ausgefüllt worden waren, und zumindest die geforderte Anonymität verletzt war.

Die 90 verbliebenen Therapeuten setzen sich nach den Kriterien „Grundberuf“ und „Analytische Grundorientierung“ wie folgt zusammen: Als Grundberuf gaben 42 Therapeuten „Diplom-Psychologe“ an, 37 bezeichneten sich als „Arzt“, „Psychiater“ oder „Neurologe“, 5 als „Psychoanalytiker“, 2 gaben sonstige Berufe an und 4 machten keine Angabe. Nach der analytischen Grundorientierung lautet die Aufteilung: Freud: 61, Jung: 10, Freud und Jung: 4, Adler:15.

3.3.3 Rücklauf der Fragebögen

Die 90 Therapeuten haben insgesamt 979 Fragebögen verschickt, und zwar 789 an ehemalige Einzel- und 190 an ehemalige Gruppenpatienten. Insgesamt gingen 666 ausgefüllte Bögen bei uns ein, von denen allerdings 20 aufgrund des angegebenen Therapeuten-Codes keinem der 90 genannten Therapeuten zuordenbar waren. Sie verteilen sich auf 5 verschiedenen Codes, zu denen uns kein Therapeuten-Stammblatt einging. Da wir nicht wissen, wie viele Fragebögen diese fünf unbekannteren Therapeuten insgesamt verschickt haben, können wir die Rücklaufquote nur anhand der 90 Therapeuten mit Stammblatt berechnen. Für die Studie verwertbar waren jedoch lediglich 633 Bögen, da in den restlichen 33 Fällen laut Angabe des Patienten das Ende der Therapie mehr als 6 Jahre zurücklag und damit der Fall nicht zu unserer (oben definierten) Grundgesamtheit zählte.⁹ Die Rücklaufquote beträgt nach dieser strengeren Berechnung $633/946 = 64,8 \%$.

Zu der Frage eines möglichen Selektionsbias (d.h., daß sich die Unzufriedenen evtl. eher zurückhalten) verweisen wir auf LAMPRECHT und SCHMIDT (1991), die bei ihrem sog. Zauberberg-Projekt zwischen Antwortern und (vormaligen) Nichtantwortern keine signifikanten Unterschiede fanden.

⁹ Die Ausweitung des Zeitraums auf 6 Jahre schien gerechtfertigt, da sich der Patient über den genauen Zeitpunkt des Endes der Therapie in gewissem Umfang (20%) geirrt haben konnte.

4. Ergebnisse und Diskussion

4.1 Datenqualität und Charakterisierung der Stichprobe

Insgesamt konnten 633 Patientenfragebögen ausgewertet werden, wobei einzelne Auswertungen wegen fehlender Werte eine geringere Fallzahl aufweisen. Die folgenden Auszählungen vermitteln zum einen einige Grundstrukturen des Datensatzes. Zum anderen informiert deren Vergleich mit anderen Studien (Kap.5) auch über die Qualität der von uns erhobenen Daten. Zum Vergleich wird auf eine von Schmid (1988) in Zusammenarbeit mit PROGNOSE im Auftrag der DGPT durchgeführte Untersuchung Bezug genommen.

Tabelle 4.1: Die Struktur der Grundberufe im Vergleich

	Schmid 1988			Heinzel / Breyer / Klein
	weiblich	männlich	insgesamt	insgesamt
Arzt	144	263	407 (51,5%)	37 (41,1 %)
Psychologe	148	156	304 (38,4%)	42 (46,7 %)
andere Berufe	29	51	80 (10,1%)	7 (7,8 %)
keine Angabe	-	-	-	4 (4,4 %)
insgesamt	321 (40,6 %)	470 (59,4%)	791 (100 %)	90 (100 %)

Tabelle 4.1 gibt zunächst ein Bild von den Grundberufen der Therapeuten, bei denen die Patienten der 633 Fragebögen in Therapie waren. In der Mehrzahl waren es mit über 46% Psychologen, dicht gefolgt von Ärzten mit etwa 41%. Andere Grundberufe sind hingegen stark in der Minderheit. Dieses Bild entspricht in etwa den Ergebnissen von Schmid (1988, S. 8) - die ebenfalls in Tabelle 4.1 wiedergegeben sind -, wobei allerdings Ärzte mit über 50% über Psychologen dominieren. Bedenkt man jedoch, daß in der DGPT-Studie auch angestellte und beamtete Therapeuten befragt wurden, unter denen die Ärzte ein starkes Übergewicht über Psychologen haben (vgl. Schmid 1988, S. 32), so steht die Struktur der Grundberufe der vorliegenden (unter frei praktizierenden Therapeuten durchgeführten) Studie gut in Einklang mit bisherigen Befunden.

Tabelle 4.2: Die Verteilung der Patienten über die Grundberufe (in %)

	Schmid 1988	Heinzel / Breyer / Klein	
		gewichtet	ungewichtet
Arzt	63,6	44,7	46,4
Psychologe	33,5	44,9	44,6
andere Berufe	2,9	10,5	9,0

Tabelle 4.2 informiert (ebenfalls vergleichend) darüber, wie sich die Patienten auf die Grundberufe ihrer Therapeuten verteilen. Die Auszählung bezieht sich nunmehr nicht auf Therapeuten, sondern auf Patienten. Da die DGPT-Studie im Querschnitt angelegt war und sich auf die damals aktuell behandelten Patienten bezieht, während die vorliegende Untersuchung die Abgangskohorte der letzten 5 Jahre erfaßt, wurde zudem eine Umgewichtung vorgenommen: Die DGPT-Studie birgt nämlich - bedingt durch das Querschnitt-Erhebungskonzept - das Problem, daß Patienten mit einer längeren Therapiedauer eine höhere Erfassungswahrscheinlichkeit hatten, als solche mit kürzerer Dauer (Dauergewichtung). Die vorliegende Studie räumt hingegen allen dieselbe Erfassungswahrscheinlichkeit ein. Zu Vergleichszwecken wurde deshalb neben der ungewichteten Basisauszählung auch bei den von uns erhobenen Daten eine Gewichtung mit der Therapiedauer vorgenommen. Tabelle 4.2 zeigt, daß sich das Übergewicht der Ärzte in der DGPT-Studie auch auf die Patientenzahl niederschlägt. In der vorliegenden Studie ist - trotz des Übergewichts von Psychologen - die Zahl der von Psychologen und der von Ärzten behandelten Patienten etwa gleich.

Tabelle 4.3: Patienten nach Alter und Grundberuf des Therapeuten

Alter	Berufsgruppen						insgesamt	
	Arzt		Psychologe		sonstige			
	Schmid 1988	H/B/K	Schmid 1988	H/B/K	Schmid 1988	H/B/K	Schmid 1988	H/B/K
bis 17 Jahre	2,6	-,	0,5	-,	/	/	1,5	-,
18 bis 29 Jahre	26,1	17,7	26,8	24,5	/	/	26,3	19,5
30 bis 39 Jahre	43,5	46,2	43,8	47,2	/	/	43,8	46,4
40 bis 49 Jahre	21,7	32,2	23,8	22,8	/	/	22,7	28,7
50 bis 59 Jahre	5,3	3,8	4,3	5,0	/	/	4,8	5,2
60 Jahre und älter	0,9	0,1	0,8	0,5	/	/	0,9	0,3

Tabelle 4.3 gliedert die Patienten zweidimensional nach dem Grundberuf ihres Therapeuten und dem eigenen Alter. Nach der zum Vergleich durchgeführten Gewichtung mit der Therapiedauer haben in der vorliegenden Studie ältere Patienten ein etwas höheres Gewicht, insbesondere bei Ärzten, die Verteilungen sind sich jedoch sehr ähnlich (vgl. Tabelle 4.3). Insgesamt sind mithin die Grundstrukturen unserer Studie durchaus mit vorliegenden Befunden vergleichbar.

Tabelle 4.4: Mittelwerte (Standardabweichungen) der Sitzungszahl, Dauer und Frequenz

	Zahl d. Sitzungen	Dauer	Frequenz
Alle	238,65 (7,55)	41,04 (1,02)	5,92 (0,13)
Dipl.Psychologen	276,66 (13,70)	42,60 (1,38)	6,45 (0,22)
Arzt/Psychiater	213,77 (9,66)	39,28 (1,72)	5,71 (0,19)
Psychoanalytiker	191,15 (23,37)	31,10 (2,65)	5,95 (0,47)
Freud	255,92 (10,05)	40,85 (1,29)	6,26 (0,16)
Jung	232,79 (15,19)	39,11 (2,28)	6,40 (0,49)
Adler	171,90 (11,35)	39,80 (2,72)	4,65 (0,28)
Freud und Jung	197,03 (14,86)	44,97 (3,45)	4,50 (0,27)
Einzeltherapie	261,28 (8,41)	42,42 (1,05)	6,30 (0,15)
Gruppentherapie	119,79 (9,07)	32,67 (2,98)	4,10 (0,17)

Aus Tabelle 4.4 ist schließlich für die Gesamtzahl der Sitzungen, für die Therapiedauer und für die Häufigkeit pro Monat der Mittelwert und die Standardabweichung ersichtlich, bezogen wiederum auf Patienten. Die Angaben sind aufgegliedert nach dem Grundberuf des Therapeuten, seiner therapeutischen Orientierung und danach, ob der Patient in Gruppen- oder in Einzeltherapie ist (war). Daraus geht hervor, daß die Patienten offenbar bei Psychologen überdurchschnittlich viele Sitzungen haben bei gleichzeitig überdurchschnittlicher Therapiedauer und überdurchschnittlicher Frequenz. Dasselbe gilt für Einzeltherapie im Vergleich zu Gruppentherapie.

Die Gesamtdauer der Therapien ist offenbar bei allen analytischen Schulrichtungen ungefähr gleich. Bei der Gruppentherapie, bei der ja maximal 150 Sitzungen genehmigt werden, ist sie natürlich kürzer - ebenso bei den sog. „Nicht/Nicht“, die hier „Psychoanalytiker“ genannt werden. Die Gesamtzahl der Therapiestunden liegt erwartungsgemäß bei den Freudianern am höchsten.

Weiterhin gingen wir der Frage nach, ob sich die Patienten der einzelnen Berufsgruppen, der einzelnen psychoanalytischen Orientierungen und der beiden Set-

tings Einzel- und Gruppentherapie bezüglich des Schweregrades ihrer Störung bei Therapiebeginn voneinander unterschieden. Der Grund für diese Überprüfung liegt in der von einigen Autoren (u.a. RUDOLF et al 1994) geäußerten Beobachtung, daß die Patienten, die sich zu einem bestimmten Setting, einer bestimmten Berufsgruppe oder einer bestimmten „Schule“ melden, sich in der Art ihrer Symptome oder Krankheitsbilder unterscheiden. Tabelle 4.5 zeigt ausgewählte Ergebnisse. (Bezüglich der hier nicht aufgeführten Variablen sind die Resultate ähnlich.)

Tabelle 4.5: Anfangsschweregrade der Patienten: Mittelwerte

		SKALIERTE VARIABLEN ¹⁾		METRISCHE VARIABLEN ²⁾	
		Gesamtbefinden	psychisches Befinden	Facharztbesuche	Krankschreibungs-Tage
GRUNDBERUF	Dipl.-Psych.	4,31	4,42	3,46 *	16,43 *
	Arzt	4,37	4,49	4,49 *	9,64 *
ANALYTISCHE GRUNDORIENT.	Freud	4,33	4,47	4,02	14,43
	Jung	4,35	4,40	4,67	11,75
	Adler	4,28	4,44	3,31	13,38
THERAPIE-SETTING	Einzel	4,33	4,47	3,73	13,05
	Gruppe	4,23	4,35	4,80	16,56

¹⁾ 5 stufige Skala: 1= sehr gut, 5= sehr schlecht; ²⁾ absolute Häufigkeiten

Signifikanz des Mittelwertvergleichs bei zweiseitigem t-Test: **=0,01, *=0,05

In den beiden ersten Spalten von Tabelle 4.5 fällt auf, wie wenig sich die Mittelwerte der Variablen des subjektiven Befindens in den einzelnen Teilstichproben voneinander unterscheiden. Keine einzige der festgestellten Differenzen ist nach dem t-Test statistisch signifikant. Bei den metrischen Variablen (vgl. die beiden rechten Spalten) sind die absoluten Differenzen zwischen den jeweiligen Mittelwerten erheblich ausgeprägter, jedoch weisen sie kein konsistentes Bild auf. Zudem sind die Standardabweichungen in den Teilstichproben so groß, daß nur zwei der gefundenen Differenzen auf dem 5%-Niveau statistisch gesichert sind: Patienten von Ärzten wiesen zu Beginn der Therapie mehr Facharztbesuche und weniger Krankschreibungs-Tage auf als Patienten von Diplom-Psychologen. Insgesamt jedoch kann man wohl das Fazit ziehen, daß keine systematischen Unterschiede in den Anfangsschweregraden nach Grundberuf bzw. analytischer Orientierung des Therapeuten oder zwischen Einzel- und Gruppenpatienten bestanden.

4.2 Therapiewirkungen: Deskriptive Statistiken und Signifikanzprüfungen

4.2.1 Subjektives Befinden

Im folgenden sind die gesundheitlichen Veränderungen und die Veränderungen der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, die sich während und nach der Therapie vollzogen haben, zunächst deskriptiv beschrieben.

Es zeigt sich, daß sich die Therapieerfolge der Patienten, die keine weitere Therapie hatten, nicht signifikant von denen der Gesamtgruppe unterscheiden, bzw., wo sie es tun, im allgemeinen etwas größer sind. Deshalb beruhen die hier dargestellten Tabellen auf der Gesamtgruppe.

Da es sich um abhängige Stichproben handelt und wir feststellen konnten, daß allen wesentlichen Verteilungen eine Normalverteilung zugrundeliegt, haben wir sowohl bei den skalierten als auch bei den metrischen Variablen den t-Test für abhängige Stichproben durchgeführt. Deshalb sind die von uns ermittelten Effektivitätsmaße nicht die in vielen Untersuchungen errechneten „Effektstärken“, sondern die (evtl. noch aussagekräftigeren) t-Werte, bei denen ja auch die Mittelwertsunterschiede (bzw. Mittelwerte der Unterschiede) zur Standardabweichung in Beziehung gesetzt werden. Was das Skalenniveau betrifft, so hatten wir bei der Pilotstudie neben dem t- auch den (nonparametrischen) Wilcoxon-Test durchgeführt und in etwa die gleichen Ergebnisse erzielt. Das weist darauf hin, daß die durch unseren Fragebogen erhaltenen Daten ebensogut mit dem (parametrischen) t-Test untersucht werden können.

Der Gesundheitszustand wurde auf unterschiedlichen Dimensionen gemessen: in Bezug auf das Gesamtbefinden, auf die körperliche Gesundheit, auf die psychische Gesundheit und auf die Qualität der Beziehungen, und zwar jeweils zu Beginn der Therapie, am Ende der Therapie und zum Befragungszeitpunkt. Hier gab es zwischen 1 (sehr gut) und 5 (sehr schlecht) fünf Möglichkeiten anzukreuzen. Tabelle 4.6 informiert darüber, wie häufig diese 5 Stufen bei den einzelnen Variablen für die drei Zeitpunkte angekreuzt wurden.

Tabelle 4.6: Subjektives Befinden - Anteilswerte

Befindensstufen		1	2	3	4	5
	Zeitpunkt	sehr gut			sehr schlecht	
Gesamt- befinden	Beginn d. Therapie	0,2	0,9	9,8	45,2	43,9
	Ende der Therapie	12,8	54,6	28,5	3,5	0,7
	Befragungszeitpunkt	19,3	55,5	21,5	2,9	0,9
körperliche Gesundheit	Beginn d. Therapie	5,3	23,7	30,1	27,9	13,1
	Ende der Therapie	17,1	51,7	26,2	4,2	0,7
	Befragungszeitpunkt	19,9	55,8	20,5	3,5	0,4
psychische Gesundheit	Beginn d. Therapie	0,0	0,9	7,8	36,8	54,4
	Ende der Therapie	12,9	52,9	30,2	3,6	0,4
	Befragungszeitpunkt	19,1	54,8	20,7	4,2	1,3
Beziehungen	Beginn d. Therapie	2,0	10,8	27,1	38,6	21,4
	Ende der Therapie	11,1	47,0	33,0	7,2	1,7
	Befragungszeitpunkt	22,3	54,1	18,2	3,7	1,7

Zunächst wurden die Unterschiede der Einschätzungen der Fragen 1.-4. ermittelt und auf Signifikanz geprüft. Dies ergab für jede Frage i ($i = 1, \dots, 4$) drei Differenzen:

Δx_i (B-E): Unterschied der Einschätzung zwischen Beginn und Ende der Therapie

Δx_i (B-H): " " " " " der Therapie und Heute

Δx_i (E-H): " " " " Ende " " " "

Die folgenden Abbildungen zeigen, wie häufig die einzelnen möglichen Werte der Veränderungen des Befindens (zwischen -4 und +4) vorgekommen sind.

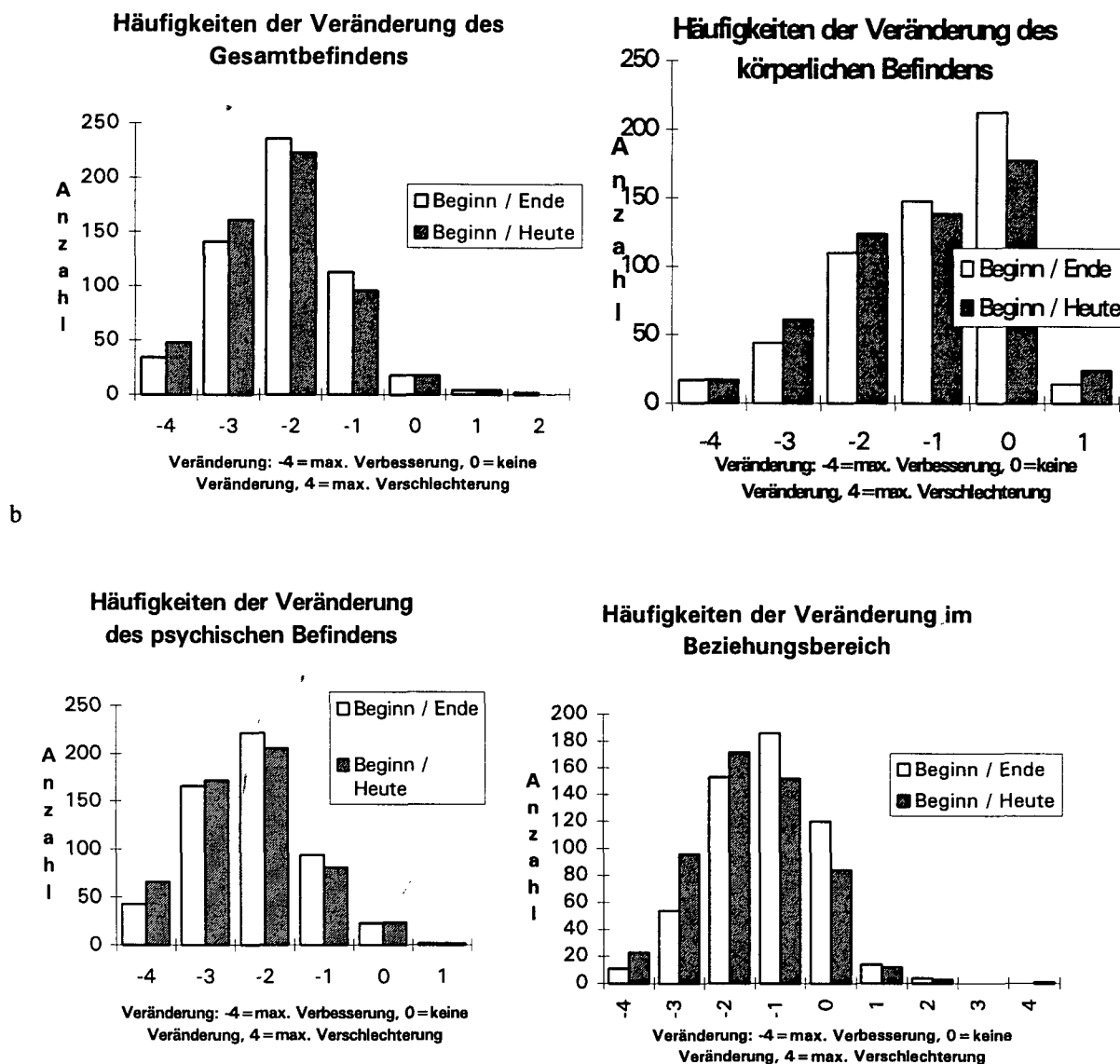


Abb. 4.1 a bis d: Häufigkeitsverteilung der Veränderungen in den vier Befindens-Skalen

Wie aus Abb. 4.2 und Tabelle 4.7 hervorgeht, lassen sich vor allem während der Therapie deutliche Verbesserungen feststellen, insbesondere in Bezug auf die psychische Gesundheit und auf das Gesamtbefinden (durchschnittlich um gut 2 Punkte), aber auch in Bezug auf den körperlichen Gesundheitszustand (ca. 1 Punkt), was für die im weiteren analysierten gesundheitsökonomischen Implikationen von besonderer Bedeutung ist. Es bessert sich der psychische Gesundheitszustand vielleicht auch deshalb stärker als der körperliche, weil die Ausgangswerte des ersten zu Beginn der Therapie wesentlich schlechter sind als die des letzteren (4,44 gegenüber 3,21) und somit die sog. „Tendenz zur Mitte“ zum Tragen kommt. Bei der

Qualität der Beziehungen kommt zu der Verbesserung während der Therapie ein deutlicher Langzeiteffekt hinzu (zusätzlich 1/3 Punkt durchschnittliche Verbesserung).

Diese Befunde stimmen mit den meisten oben diskutierten Therapiestudien überein, wobei die als Therapieeffekt anzusehenden Verbesserungen der Selbsteinschätzung in der vorliegenden Studie besonders deutlich hervortreten.

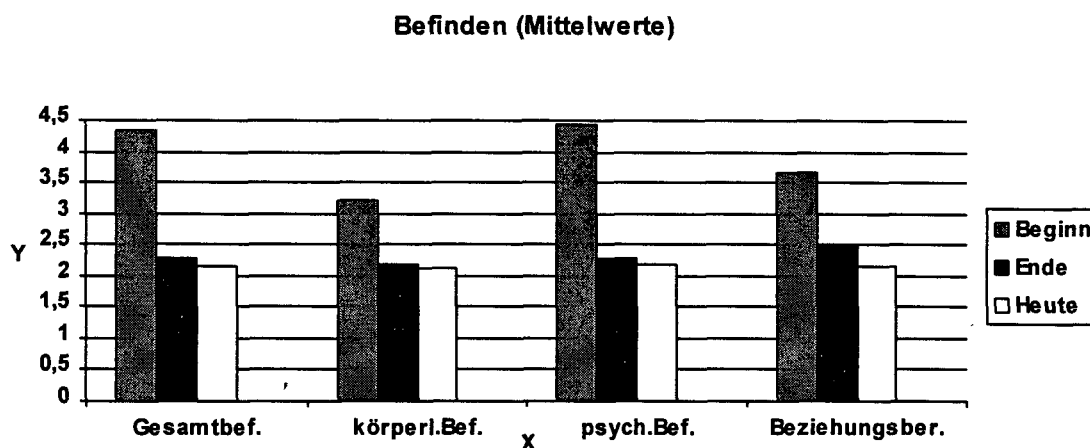


Abb. 4.2: Mittelwerte der Einschätzungen des Befindens

Tabelle 4.7: Subjektives Befinden - durchschnittliche Veränderungen

Indikator	Durchschnittswert zu Beginn der Therapie	Änderung bis zum Ende der Therapie	Änderung bis zum Befragungszeitpunkt	Änderung vom Therapieende bis zum Befragungszeitpunkt
Gesamtbefinden ¹⁾	4.33	-2,06 **	-2.17**	-0.11 *
Körperl. Gesundheit ¹⁾	3.21	-1.01 **	-1.08 **	-0.07 *
Psych. Gesundh. ¹⁾	4.44	-2.16**	-2.26**	-0.10**
Beziehungsbereich ¹⁾	3.66	-1.19**	-1.52**	-0.33 **

¹⁾ 5 stufige Skala: 1= sehr gut, 5= sehr schlecht

Signifikanzen der Veränderungen bei einseitigem t-Test: **=0,01, *=0,05

Für alle Prae-post-Vergleiche war der t-Wert bei zweiseitiger Testung mindestens auf dem 2%-Niveau, bei einseitiger auf dem 1%-Niveau signifikant. Auch die Veränderungen nach Therapieende waren noch mindestens auf dem 1%-Niveau signifikant, mit Ausnahme der Verbesserung der körperlichen Gesundheit (5%-Niveau). Man kann also mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 1% davon ausgehen, daß die Patienten ihr Gesamtbefinden, ihre körperliche und seelische Gesund-

heit und ihr subjektives Befinden bezüglich ihrer Beziehungen am Ende der Therapie im Durchschnitt für besser halten als zu Beginn der Therapie, und daß sich dieser Effekt bis zum Befragungszeitpunkt noch fortsetzt. Wegen der geographischen Streuung und der großen Zahl der befragten ehemaligen Patienten erscheint uns dieses Ergebnis als eine globale Einschätzung der Wirksamkeit von psychoanalytischer Therapie repräsentativ und aussagekräftig.

4.2.2 Krankschreibungen und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

Ein Bild von den gesundheitsökonomisch primär relevanten Veränderungen geben die Tabellen 4.8 und 4.9. Tabelle 4.8 und Abb. 4.3 beziehen sich auf die Einnahme von Medikamenten wegen akuten Erkrankungen und chronischer Leiden sowie von Psychopharmaka, die ebenfalls auf einer 1-5-Punkte-Skala erhoben wurden. Auch hier lassen sich sowohl in Bezug auf die Medikamenteneinnahme wegen akuter Erkrankungen wie wegen chronischer Leiden wie auch bezüglich der Einnahme von Psychopharmaka deutliche Rückgänge nachweisen. Am stärksten ist der Effekt verständlicherweise im Hinblick auf Psychopharmaka. Aber auch bei der Medikamenteneinnahme wegen akuter Erkrankungen zeigt sich ein fast ebenso starker Einfluß, der zudem mit dem ausgeprägtesten Langzeiteffekt behaftet ist. Das läßt sich dahingehend interpretieren, daß die Patienten durch die Therapie weniger krankheitsanfällig werden, aber auch in dem Sinne, daß sie während der Therapie soviel Verantwortungsbewußtsein und Lernfähigkeit entwickeln, daß sie akute Erkrankungen und Befindlichkeitsstörungen weniger mit chemischen Mitteln bekämpfen, sondern anders mit ihnen umgehen.

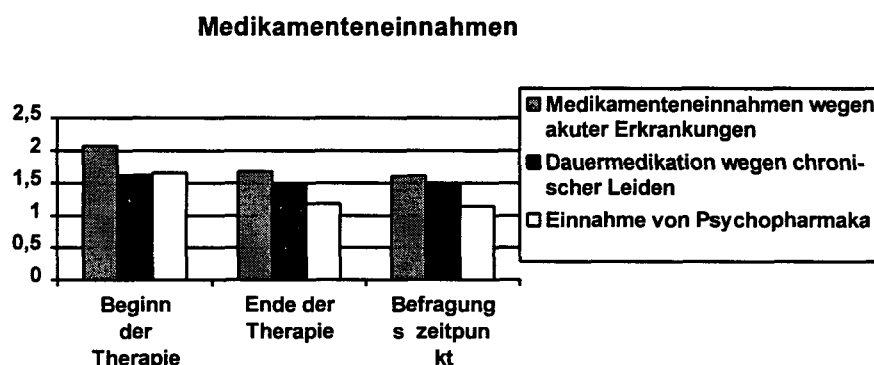


Abb. 4.3: Mittelwerte der Medikamenten-Einnahmen nach Zeitpunkt

Tabelle 4.8: Verringerung der Medikamenten-Einnahmen (Mittelwerte)

Indikator	Durchschnittswert zu Beginn der Therapie	Änderung bis zum Ende der Therapie	Änderung bis zum Befragungszeitpunkt	Änderung vom Therapieende bis zum Befragungszeitpunkt
Medikamenteneinnahme wegen akuter Erkrankungen ¹⁾	2.08	-0.40**	-0.47**	-0.08**
Dauermedikation wegen chronischer Leiden ¹⁾	1.62	-0.13**	-0.14**	-0.01
Einnahme von Psychopharmaka ¹⁾	1.66	-0.47**	-0.51**	-0.04*

¹⁾ 5 stufige Skala: 1= nie, 5= häufig,

Signifikanzen der Veränderungen bei einseitigem t-Test: **=0,01, *=0,05

Tabelle 4.9 und Abb. 4.4 enthalten die Ergebnisse bezüglich der Inanspruchnahme weiterer wichtiger medizinischer Leistungen (Hausarzt- und Facharztbesuche, Krankenhaustage) sowie bezüglich der Krankschreibungen. Bei allen hier gemessenen Veränderungen handelt es sich um absolute Häufigkeiten bzw. Tage pro Jahr. Wie man aus der Tabelle ersehen kann, stellen die Patienten in allen Kategorien eine erhebliche (und statistisch hochsignifikante) Verringerung vom Beginn bis zum Ende ihrer Psychotherapie fest:

Die Zahl der Hausarztbesuche sinkt im Durchschnitt um 40,1 %, die der Facharztbesuche um 33,2 %, die der Krankschreibungstage um 41,6 % und die der Krankenhaustage sogar um 65,5 %. In den ersten drei Kategorien ist ferner ein z.T. bemerkenswerter Langzeiteffekt zu konstatieren, denn bis zum Befragungszeitpunkt nimmt die durchschnittliche Zahl der Hausarztbesuche um weitere 11,6 % ab, die der Facharztbesuche um 6,8 % und die der Krankschreibungstage sogar um weitere 18 % (jeweils bezogen auf den Ausgangswert bei Beginn der Therapie). Auch diese Effekte sind mindestens auf dem 5 %-Niveau signifikant.

Als Erklärung für die Unterschiede in den gefundenen Therapiewirkungen könnte man anführen, daß

- die Zahl der Krankenhaustage vor Beginn der Therapie vermutlich dadurch determiniert ist, daß einige Patienten längere stationäre Aufenthalte wegen ihrer psychischen Leiden hatten, die später aufgrund der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung nicht mehr erforderlich waren, so daß hier der Effekt naturgemäß am stärksten war.

- Hausarztbesuche und Krankschreibungen stärker dem individuellen Ermessen unterliegen als Facharztbesuche, so daß eine Verbesserung des subjektiven Gesamtbefindens, sich bei den beiden ersten Kategorien stärker niederschlagen konnte.

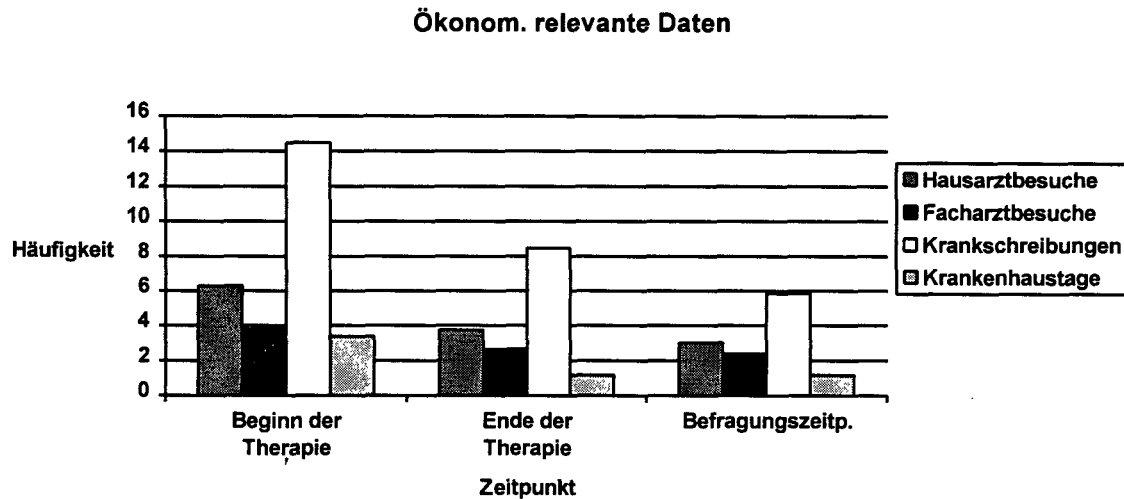


Abb. 4.4: Arztbesuche, Krankschreibungstage und Krankenhaustage (im Jahr vor dem jeweiligen Zeitpunkt)

Tabelle 4.9: Reduzierung der Arztbesuche, Krankschreibungstage und Krankenhaustage (Mittelwerte)

Indikator	Durchschnittswert zum Beginn der Therapie	Änderung bis zum Ende der Therapie	Änderung bis zum Befragungszeitpunkt	Änderung vom Therapieende bis zum Befragungszeitpunkt
Hausarztbesuche ¹⁾	6.28	-2.52**	-3.25**	-0.73**
Facharztbesuche ¹⁾	3.97	-1.32**	-1.59**	-0.27*
Krankschreibungstage	14.48	-6.02**	-8.62**	-2.61*
Krankenhaus ²⁾	3.39	-2.22**	-2.22**	0.00

¹⁾ Anzahl ; ²⁾ Tage pro Jahr

Signifikanzen der Veränderungen bei einseitigem t-Test: **=0,01, *=0,05

4.2.3 Persönliche Lebensumstände

Was die Fragen nach den persönlichen Lebensumständen betrifft, so sieht man insgesamt eine Tendenz zu mehr Erwerbstätigkeit, sowohl zwischen Beginn und Ende der Therapien, als auch vom Ende der Therapien bis zum Befragungszeitpunkt (Langzeit-Effekt). Die Tabelle 4.8 veranschaulicht der Einfachheit halber lediglich die Veränderungen im Beschäftigungsstatus der Patienten, die sich zwischen dem Beginn der Therapie und dem Befragungszeitpunkt ergaben, und zwar in Form von Zustandsübergängen.

Tab. 4.10: Zustandsübergänge beim Beschäftigungsstatus zwischen Beginn der Therapie und Befragungszeitpunkt

	Arbeitslos	Teilzeit	Vollzeit	nicht erwerbstätig
Arbeitslos		+ 7	+ 13	- 3
Teilzeit	- 7		+ 27	- 35
Vollzeit	- 13	- 27		- 14
nicht erwerbstätig	+ 3	+ 35	+ 14	

Bei den Partnerschaften registrieren wir die Zunahme von festen Partnerschaften im Lauf der Therapie:

Zunahme vom Beginn bis zum Ende der Therapie :	34
„ „ Ende der Therapie bis zum Befragungszeitpunkt.:	23
„ „ Beginn „ „ „ „ „ „	57

4.3 Determinanten der Therapiewirkungen

Die Verbesserungen wurden im weiteren mittels Regressionsrechnungen auf individuelle Einflußfaktoren hin untersucht. Die Ergebnisse sind in Tabelle 4.11 zusammengestellt. Die abhängige Variable ist dabei jeweils die Veränderung zwischen dem Beginn und dem Ende der Therapie, wobei Verbesserungen durchweg als positive Größen definiert wurden. Generell ist zu den Schätzergebnissen festzustellen, daß ohne die Berücksichtigung des Anfangsschweregrades nur ein äußerst geringer Anteil von etwa 6% der Varianz durch die einbezogenen Determinanten hätte erklärt werden können. Der Anfangsschweregrad kann jedoch aus methodischen Gründen nicht als eigenständige Determinante des Therapieerfolgs interpretiert werden (Regression zur Mitte), es ist lediglich wichtig, den Anfangsschweregrad bei der Be-

rechnung anderer Effekte als konstant annehmen zu können. Der Anteil erklärter Varianz ist für Individualdaten ansonsten sehr gering, so daß die Ergebnisse insofern mit Vorsicht interpretiert werden müssen, als die hier nicht erfaßten Einflußgrößen mit den einbezogenen Variablen korreliert und deren Effekte daher verzerrt geschätzt sein könnten.

Eine interessante Frage ist zunächst, inwieweit der oben dokumentierte Therapieerfolg von der Zahl der Sitzungen, von der Therapiedauer (in Monaten) oder von der Intensität der Therapie (der Sitzungszahl pro Monat) abhängt. Dabei determinieren natürlich zwei dieser Faktoren den dritten, so daß in der Regressionsanalyse nur höchstens zwei dieser Faktoren berücksichtigt werden konnten. In einer Reihe hier nicht wiedergegebener Berechnungen hat sich gezeigt, daß in Bezug auf alle zuvor dokumentierten Therapiewirkungen die Sitzungszahl den nachhaltigsten Einfluß zeitigt, wenn gleichzeitig die Intensität der Therapie statistisch kontrolliert wird. Die betreffenden Regressionskoeffizienten sind in Tabelle 4.11 wiedergegeben. Wie aus Tabelle 4.11 hervorgeht, hat die Sitzungszahl auch bei Kontrolle anderer Variablen einen signifikanten Einfluß auf die Verbesserung der körperlichen und psychischen Gesundheit sowie auf die Einnahme von Psychopharmaka.

In Tabelle 4.11 zeigt sich außerdem, daß weder ein Einfluß der analytischen Grundorientierung noch ein Einfluß des Grundberufs des Therapeuten auf den Therapieerfolg statistisch nachweisbar ist. Dieser Befund darf natürlich nicht dahingehend mißinterpretiert werden, daß die Wahl der Therapie *im Einzelfall* gleichgültig ist. Es ist vielmehr in Betracht zu ziehen, daß die Patienten durch eigene Wahl und/oder die Begutachtung des Therapeuten entsprechend den individuellen Problemen eine bestimmte Therapierichtung wählen, so daß jede Therapie für die jeweilige Indikation gleich erfolgreich ist. Denkbar ist natürlich auch, daß kein matching von Indikationen und Therapierichtungen stattfindet, so daß jede Therapierichtung gleichermaßen erfolgversprechende und weniger erfolgversprechende Fälle bekommt. Wenn man berücksichtigt, daß in vielen vergleichenden Therapiestudien nicht einmal zwischen grundlegend verschiedenen Therapierichtungen wie Verhaltenstherapie und Psychoanalyse eindeutig signifikante Effekt-Unterschiede gefunden werden konnten, dann ist es nicht verwunderlich, daß uns dies auch *innerhalb* der psychoanalytischen Verfahren nicht gelungen ist. Wie die meisten anderen Autoren können deshalb auch wir hieraus nur den Schluß ziehen, daß 1. kommunale Faktoren sicher eine entscheidende Rolle beim Therapieerfolg spielen und daß 2. zum Nachweis spezifischer Wirkungen der Psychoanalyse differentielle Prozeßforschung bzw. Mikroanalysen nötig sind (s. Kap. 2).

Tabelle 4.11: Determinanten des Therapieerfolgs

Variable	Gesamt- befinden	Körperl. Gesundheit	Psychische Gesundheit	Medikamente wegen akuter Erkrankungen	Medikamente wegen chron. Leiden	Einnahme von Psycho- pharmaka	Facharzt besuche	Krankschrei- bungstage	Krankenhaus- tage
Konstante	-1,4765 **	-1,2499 **	-1,6820 **	-0,4046 *	-0,1256	-0,8357 **	-0,1371	10,2109	0,4798
Anfangsschweregrad	0,9263 **	0,8035 **	0,9204 **	0,5258 **	0,3259 **	0,7017 **	0,4000 **	0,8059 **	0,9811 **
Freud ¹⁾	0,0640	0,1807	0,0141	0,0023	0,0455	0,0695	0,0031	1,1432	0,8137
Adler ¹⁾	-0,0433	0,0269	-0,0486	-0,0866	0,0135	0,0259	0,3659	-0,8516	1,3471
Freud und Jung ¹⁾	-0,0999	0,0865	-0,1780	-0,0177	0,1334	0,1078	1,0177	0,1868	1,1427
Psychologe ²⁾	0,0448	0,0243	-0,0075	0,0801	-0,0150	0,0719	-0,0136	-0,9735	0,0745
Psychoanalytiker ²⁾	0,1084	0,0499	0,0138	0,0109	-0,2220	-0,0659	0,4480	5,9401	1,8309
sonstige Grundberufe ²⁾	-0,0318	0,3151	-0,0166	-0,1153	-0,3560	0,1655	-0,5926	5,0107	1,4191
Einzeltherapie ³⁾	-0,0584	-0,0574	-0,0362	0,0142	-0,0674	-0,0327	0,0440	0,9160	0,8582
Sitzungszahl	0,0003	0,0006 *	0,0005 *	0,0002	0,0002	0,0003 *	0,0003	0,0037	-0,0006
Sitzungen / Monat	-0,0025	-0,0028	-0,0073	0,0026	0,0209	-0,0024	0,0545	-0,0310	0,0918
Monate seit Therapieende	-0,0057 **	-0,0061 **	-0,0053 **	-0,0028	-0,0025	-0,0029	-0,0123	-0,0782	-0,0121
Mann ⁴⁾	0,0837	-0,0026	-0,0797	-0,0856	-0,0776	-0,0440	0,2497	2,1590	1,0516
Alter bei Beginn der Therapie	-0,0115 **	-0,0105	-0,0029	-0,0080 *	-0,0082 *	0,0034	-0,0087	-0,4438 **	-0,1012 **
Fallzahl	462	462	463	460	459	460	419	427	435
r ²	0,4383	0,6019	0,4356	0,5214	0,2840	0,7855	0,3007	0,5373	0,8466

** : p<0,01, * : p<0,05

¹⁾ 0/1kodierte Dummy-Variable, Referenzgruppe: Jung

²⁾ 0/1kodierte Dummy-Variable, Referenzgruppe: Arzt

³⁾ 0/1kodierte Dummy-Variable, Referenzgruppe: Gruppentherapie

⁴⁾ 0/1kodierte Dummy-Variable, Referenzgruppe: Frau

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, daß kein Unterschied zwischen Einzel- und Gruppentherapie im Hinblick auf den subjektiven Therapieerfolg feststellbar ist. Auch hier gilt allerdings die obige Überlegung, daß Einzel- und Gruppentherapie u.U. unterschiedliche Indikationen haben und es *im Einzelfall* nicht notwendig gleichgültig ist, was der Patient bekommt. (Zum gesundheitsökonomischen Vergleich zwischen Einzel- und Gruppentherapie s.u.)

Ferner gibt es - unter Kontrolle des Anfangsschweregrades! - auch keine signifikanten Geschlechtsunterschiede beim Therapieerfolg. In bezug auf individuelle Faktoren im Rahmen der hier analysierten Faktoren ist lediglich das Alter für den Therapieerfolg bedeutsam. So verringert sich der Therapieerfolg mit zunehmendem Alter vor allem in Bezug auf das Gesamtbefinden, in Bezug auf Medikamenteneinnahme wegen akuter Erkrankungen oder chronischer Leiden und in Bezug auf Krankschreibungs- und Krankenhaustage.

4.4 Analyse der Wirtschaftlichkeit der Psychotherapie

Die in Abschnitt 4.2 beschriebenen Ergebnisse bezüglich der geänderten Inanspruchnahme sonstiger Leistungen des Gesundheitswesens können dazu verwendet werden, einen ersten Aufschluß über die quantitativen Relationen von Kosten und Nutzen der Therapie zu gewinnen. Genauer gesagt, können wir nicht den gesamten Nutzen der Therapie monetär bewerten - dies gilt insbesondere für die Änderung im subjektiven Befinden, aber auch den Medikamentenkonsum haben wir nur qualitativ auf einer 5-Punkte-Skala erfaßt. Hingegen ist es möglich, die Einsparungen an Arztbesuchen, Krankschreibungstage und Krankenhaustagen anhand der Angaben der ehemaligen Patienten zu quantifizieren und den Kosten der Therapie selbst gegenüberzustellen. Die Differenz zwischen Kosten und Einsparungen ergibt die Nettokosten, die dann in einem weiteren Schritt mit dem - nicht monetär erfaßten - Nutzen verglichen werden könnte. Im folgenden wird zunächst die methodische Vorgehensweise bei der Erfassung des Einsparungen und der Therapiekosten erläutert, bevor die Ergebnisse präsentiert werden.

4.4.1 Zur Auswahl der Stichprobe

Da wir an einer möglichst genauen Zurechnung der Ergebnisse auf die hier untersuchte Methode - ambulante analytische Langzeit-Psychotherapie, entweder als Einzel- oder als Gruppentherapie - interessiert sind, wurde für die Wirtschaftlichkeitsanalyse eine relativ enge Eingrenzung der Stichprobe vorgenommen. Zunächst

wurden alle die Fragebögen eliminiert, auf denen die ehemaligen Patienten angegeben hatten, daß sie

- weniger als 40 Sitzungen hatten oder
- weniger als 6 Monate lang in Behandlung waren oder
- eine Sitzungsfrequenz von mehr als 25 Sitzungen pro Monat hatten¹⁰ oder
- noch eine andere Therapie gleichzeitig oder anschließend hatten.

Ferner mußte es sich - zur exakten Berechnung der Kosten - um eine reine Einzeltherapie oder reine Gruppentherapie gehandelt haben. Es verblieben 475 Fälle, von denen wiederum in 383 Fällen (nämlich 324 Einzel- und 59 Gruppenpatienten) in allen vier abgefragten Bereichen (Allgemeinarzt- und Facharztbesuche, Krankenschreibungen und Krankenhaustage) vollständige Angaben vorlagen. Die weitere Analyse bezieht sich auf diese 383 Patienten.

4.4.2 Zur Methodik der Berechnung der Einsparungen

Von jedem dieser Patienten und jeder Kategorie der Gesundheitsleistungen i ($i=1, \dots, 4$) haben wir im Fragebogen Angaben zu drei Niveaus der Inanspruchnahme, jeweils auf ein Jahr bezogen: das Niveau zu Beginn der Therapie, $x_i(B)$, am Ende der Therapie, $x_i(E)$, und zum Befragungszeitpunkt im Januar 1995, $x_i(H)$, woraus sich zunächst die Niveaus der „eingesparten Inanspruchnahme“ an den Zeitpunkten E und H berechnen lassen, nämlich

$$\Delta x_i(B-E) = x_i(E) - x_i(B) \quad \text{und} \quad \Delta x_i(B-H) = x_i(H) - x_i(B).$$

Um aus diesen „Momentaufnahmen“ Gesamtmengen eingesparter Leistungen errechnen zu können, mußten wir eine Reihe von Annahmen über den zeitlichen Verlauf der Einsparungen (bzw. bei negativen Werten: der vermehrten Inanspruchnahme) treffen:

1. Ohne Therapie wäre die Inanspruchnahme im gesamten Zeitraum auf dem Niveau vor Therapiebeginn verharrt. (Es wäre also weder eine weitere Verschlechterung noch eine Verbesserung, etwa aufgrund von Spontanheilung eingetreten.)
2. Die Einsparung beginnt erst mit dem Abschluß der Therapie, die Therapie ist also nur als abgeschlossene Einheit wirksam. (Diese konservative Annahme führt eher zu einer Unterschätzung der tatsächlichen Einsparungen.)
3. Zwischen dem Therapieende und dem Befragungszeitpunkt verlief die Inanspruchnahme linear.

¹⁰ Eine solche Frequenzzahl könnte ein Hinweis darauf sein, daß sich der Patient in der Dauer oder der Zahl der Sitzungen geirrt haben könnte.

4. Über die Einsparungen in der Zukunft - nach dem Befragungszeitpunkt - wissen wir nichts. Wir ignorieren sie daher.

Wir können ferner sämtliche genannten Zeitpunkte auf den Monat genau bestimmen.¹¹ Mit Hilfe dieser Annahmen läßt sich für jeden Patienten die Gesamtersparnis in einer Inanspruchnahme-Kategorie als Fläche eines Trapezes berechnen, wie es in Abbildung 4.5 illustriert wird.

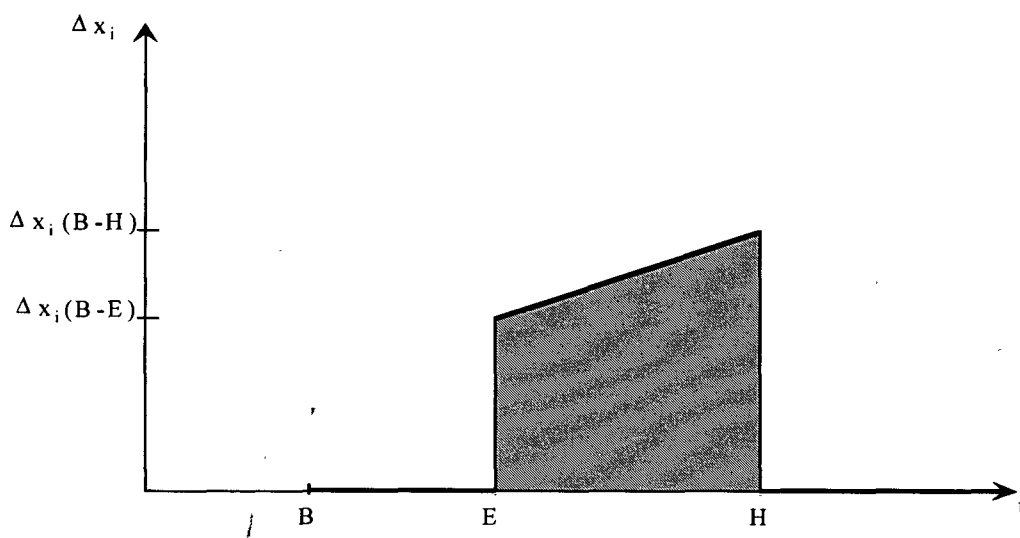


Abbildung 4.5: Fiktiver zeitlicher Verlauf der Einsparung von Gesundheitsleistung i

In einem weiteren Schritt waren die Preise der Leistungen zu bestimmen, mit denen die jeweilige mengenmäßige Einsparung bewertet werden sollte. Als Bezugsjahr für alle Preise wurde 1993 gewählt.

Als besonders kompliziert erwies sich dabei der Wert „Kosten eines Arztbesuches“, der getrennt nach den Kategorien „Hausarzt“ und „Facharzt“ benötigt wurde. Die offizielle Statistik weist lediglich die Größe „Umsatz je Fall“ (d.h. je Krankenschein) aus, und zwar DM 75,30 für Allgemeinärzte und Werte zwischen DM 53,10 und DM 132,60 für Fachärzte der einzelnen Disziplinen, aus denen wir als (mit den Fallzahlen des gleichen Jahres) gewichtetes Mittel den Wert DM 87,31 ermittelten.¹² Diese Umsätze je Fall mußten noch durch die Zahl der Arztkontakte je Fall (4,2 bei

¹¹ Wenn ein Patient für einen der Zeitpunkte (z.B. Beginn der Therapie) lediglich das Jahr und nicht den Monat angab, so unterstellten wir, daß er in der Jahresmitte lag.

¹² In die Durchschnittsbildung gingen alle Facharztgruppen mit direktem Patientenkontakt ein, nämlich Augenärzte, Chirurgen, Gynäkologen, HNO-Ärzte, Hautärzte, Internisten, Orthopäden und Urologen.

Allgemein- und 2,6 bei Fachärzten) dividiert werden, um den Umsatz je Arztkontakt zu ermitteln: DM 17,93 bei Allgemein- und DM 33,58 bei Fachärzten.¹³

Die Kosten eines Arbeitsunfähigkeitstages maßen wir am damit einhergehenden Verlust an Sozialprodukt. Dieser ergibt sich als Produkt aus der Arbeitsproduktivität je Stunde (DM 60,03) und der Anzahl der Arbeitsstunden je Tag (5,90), also DM 354,-.¹⁴ Als Kosten eines Tages im Krankenhaus wählten wir die Größe „bereinigte Kosten je Pfl egetag“, die 1993 DM 445,50 betrug.¹⁵

4.4.3 Ergebnisse der Berechnung der Einsparungen und der Therapiekosten

Die Ergebnisse der oben beschriebenen Berechnungen der Einsparungen in den vier genannten Kategorien der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen für die 324 Einzel- und 59 Gruppenpatienten sind in Tabelle 4.12 wiedergegeben. Die Gesamtersparnis betrug bei den Einzelpatienten DM 2.746 793,- und bei den Gruppenpatienten DM 845.446,-.¹⁶ Daraus errechnen sich pro Kopf-Werte von DM 8.478,- bei den Einzel- und DM 14.330,- bei den Gruppenpatienten. Die Kosten je Patient betragen daher DM 33.235,- bei den Einzel- und DM 4.305,- bei den Gruppenpatienten.

Die Therapiekosten der betreffenden Patienten lassen sich dadurch berechnen, daß man die angegebene Zahl der Sitzungen mit den jeweiligen Vergütungssätzen multipliziert. Da diese je nach Kassenart geringfügig variiert, mußte auch hier eine Entscheidung getroffen werden, und wir wählten die EBM-Punktsätze (1.100 bzw. 345), multipliziert mit einem unterstellten Punktwert von DM 0,10, so daß jede Einzeltherapie-Sitzung mit Kosten von DM 110,- und jede Gruppensitzung je Teilnehmer mit DM 34,50 veranschlagt wurde. Bei den 324 Einzeltherapie-Patienten mit ihren insgesamt 97.892 Sitzungen ergibt das Gesamtkosten von DM 10.768.000,- und bei den 59 Gruppentherapie-Patienten mit 7.371 Sitzungen Gesamtkosten von DM 254.000,-.

¹³ Quelle für den Umsatz je Fall: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland: Abrechnungs-Informationssystem BMÄ, Köln 1995; für die Anzahl der Arztkontakte je Fall: mündliche Auskunft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Köln.

¹⁴ Quelle: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (1995); Preise von 1991.

¹⁵ Quelle: M. Arnold, D. Paffrath (Hrsg.), Krankenhaus-Report '95, Stuttgart/Jena 1995, S.247.

¹⁶ Da es sich bei allen in diese Berechnungen eingehenden Zahlen um mehr oder weniger grobe Schätzungen handelt, sind alle Werte auf volle 1000 DM gerundet angegeben.

Tabelle 4.12: Einsparungen durch Einzel- und Gruppentherapie

Einsparungen	Einzelpatienten		Gruppenpatienten	
	Anzahl	DM	Anzahl	DM
Hausarztbesuche	2365	42.000,-	443	8.000,-
Facharztbesuche	977	33.000,-	416	14.000,-
Krankschreibungstage	6321	2.238.000,-	1534	543.000,-
Krankenhaustage	974	434.000,-	630	281.000,-
Einsparungen ges. DM		2.747.000,-		845.000,-
je Patient DM		8.478,-		14.330,-
Therapiekosten DM		10.768.000,-		254.000,-
je Patient DM		33.235,-		4.305,-
Relation				
Einsparungen/Therapiekosten		0,255 : 1		3,32 : 1

Setzt man die von uns errechneten Einsparungen zwischen dem Therapieabschluß und dem Befragungszeitpunkt in Relation zu den Gesamtkosten der Therapie für diese 383 Patienten, so ergibt sich ein sehr unterschiedliches Bild für Einzel- und für Gruppenpatienten. Bei den Einzeltherapie-Patienten betragen die bis zur Befragung realisierten Einsparungen an Arzt-, Krankenhaus- und Arbeitsunfähigkeitskosten rund ein Viertel der Therapiekosten; bei den Gruppentherapie-Patienten jedoch mehr als das Dreifache der Kosten. Die relative Kosten-Effizienz der Gruppentherapie scheint daher etwa das 13-fache (3,32:0,255) derer der Einzeltherapie zu betragen. Dieser Relation von 13:1 läßt sich wie folgt in Einzelkomponenten zerlegen:

Die Kosten je Sitzung je Teilnehmer betragen bei Einzeltherapie gut das Dreifache derer bei Gruppentherapie, und die durchschnittliche Zahl der Sitzungen ist 2,4 mal so hoch, so daß von der Kostenseite allein eine Relation von ca. 7,5:1 zustandekommt. Zusätzlich stehen die Pro-Kopf-Einsparungen von Gruppen- und Einzelpatienten zueinander etwa im Verhältnis 1,7:1. Gemessen an den von uns benutzten Kennzahlen ist die Gruppentherapie damit nicht nur erheblich billiger als die Einzeltherapie, sondern auch noch eineinhalb- bis zweimal so wirksam im Vermeiden sonstiger Gesundheitskosten. Dabei ist allerdings zu beachten, daß sich bei der Regressionsanalyse (Abschnitt 4.3, Tabelle 4.11) kein signifikanter Wirkungsunterschied zwischen beiden Therapiesettings - bei Konstanzhaltung der übrigen Einflußgrößen - gezeigt hat. Die errechnete Differenz in den Pro-Kopf-Einsparungen kann also nicht unbedingt kausal dem Gruppen-Setting zugeschrieben werden.

Bei dieser gesamten Berechnung muß ferner darauf hingewiesen werden, daß die von uns errechneten Einsparungen zu einem Zeitpunkt durchschnittlich ca. 27 Monate (= 2 ¼ Jahre) nach Therapieende gültig sind. Hierbei kann natürlich nicht berücksichtigt werden, daß die behandelten Patienten sehr wahrscheinlich auch weiterhin das Gesundheitssystem weniger belasten als nicht behandelte Patienten - von einer möglichen Aggravation der Beschwerden und Krankheiten bei den unbehandelten ganz zu schweigen. Aus der Sicht einer solchen „Extrapolation“ dürfte der dargestellte Nachteil in der Wirtschaftlichkeit der Einzeltherapie im Laufe der Jahre zurückgehen. Tabelle 4.13a und Abb. 4.6 zeigen noch einmal die Einsparungen im Direktvergleich, Tab. 4.13b die Netto-Therapiekosten (Kosten minus Einsparungen).

Tabelle 4.13 a : Einsparungen durch Psychotherapie pro Kopf

EINSPARUNGEN	Hausarzt-Besuche	Facharzt-Besuche	Krankschreibungstage	Krankenhaustage
EINZELTHERAPIE	130,90	101,30	6906,10	1339,50
GRUPPENTHERAPIE	134,70	235,40	9198,00	4759,90

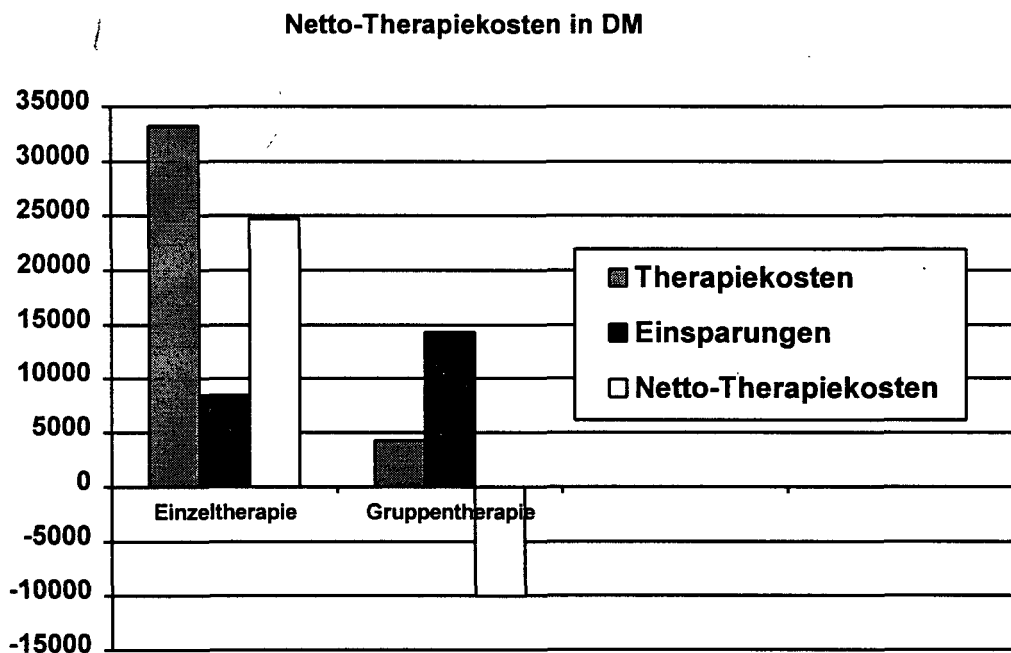


Abb. 4.6: Pro-Kopf-Einsparungen durch Psychotherapie

Tabelle 4.13 b : Netto-Therapiekosten pro Kopf

	EINZELTHERAPIE	GRUPPENTHERAPIE
Therapiekosten	33.235,-	4.305,-
Einsparungen	8.478,-	14.330,-
Netto-Therapiekosten	24.757,-	-10.025,-
QUOTIENT	0,255 : 1	3,32 : 1

Diese Zahlen beziehen sich auf alle von uns untersuchten ehemaligen Therapien.

Es sollte an dieser Stelle noch einmal betont werden, daß die Einsparungen an sonstigen Gesundheitsleistungen von uns ausschließlich aufgrund der Erinnerung der befragten ehemaligen Patienten berechnet werden konnten und nicht aus tatsächlich erhobenen Prozeßdaten der Krankenversicherungen ermittelt wurden. Letzteres trifft für die Studie von ZIELKE (1993) zu, der die Kosten-Einsparungsrelation für 148 Patienten stationärer psychosomatischer Behandlung ermittelte und dabei auf die Prozeßdaten von Betriebskrankenkassen zurückgreifen konnte. Interessanterweise hat die von ihm gefundene Relation von 1:2,5 etwa die gleiche Größenordnung wie der von uns für die Gruppenpatienten errechnete Wert.¹⁷

¹⁷ In einer noch unveröffentlichten Untersuchung von KELLER et al. an der Freien Universität Berlin über die Wirksamkeit von Langzeitanalysen nach C.G.Jung wurden Krankenschreibungs- und Krankenhaustage ebenfalls aus Prozeßdaten der Krankenkassen erhoben, und es wurden Einsparungen in ähnlicher Größenordnung ermittelt.

5. Vergleich mit anderen Untersuchungen

Ein Großteil der Erforschung der Effektivität von Psychotherapie wird, wie schon angedeutet, an stationären Patienten oder im Sinne von therapiebegleitenden Studien durchgeführt. Da es sich im hier vorgestellten Projekt um eine reine katamnestische Outcome-Studie an ambulanten Patienten handelt, sollen im folgenden nur einige Veröffentlichungen kurz betrachtet werden, die in ihrer Zielrichtung eine gewisse Vergleichbarkeit ermöglichen.

5.1 MACKENZIE

Unsere Untersuchung bestätigt eine Bilanz, die vor kurzem bereits in den USA gezogen und von K. Roy MACKENZIE, dem Vorsitzenden des US-amerikanischen Gruppentherapeuten-Verbandes auf dessen Jahrestagung 1994 in Washington öffentlich vorgestellt wurde: Die ambulante und stationäre Gruppentherapie ist danach ebenso effektiv wie die Einzeltherapie und ihre Ergebnisse sind wahrscheinlich sogar im Durchschnitt noch etwas stabiler. (MACKENZIE 1994). Der Autor bezieht sich auf zahlreiche detaillierte Studien, er betont auch, daß sich fast die Hälfte der amerikanischen Literatur über Psychotherapieforschung auf Gruppen bezieht. Mit Verweis auf zahlreiche Autoren (u.a. TOSELAND 1986, TILLITSK 1990, ORLINSKI 1986, SMITH et al. 1980) konstatiert er, daß sich auch in Untersuchungen mit strengen Kriterien (wie randomisierte Patienten) keine signifikanten Unterschiede zwischen den Ergebnissen von Gruppen- und Einzeltherapie fanden

Vor diesem Hintergrund ist es bemerkenswert, daß seit der EBM-Anpassung von 1987, bei der die Einzeltherapie aufgewertet, das Honorar für Gruppentherapie aber unverändert geblieben war, die Anwendung dieses Verfahrens in Deutschland bis 1994 etwa auf die Hälfte zurückgegangen ist, während sich in dieser Zeit die Häufigkeit der Richtlinien-Einzeltherapie verdoppelte (s. RUDNITZKI 1994).

5.2 DÜHRSEN

Unsere Ergebnisse bezüglich der Reduzierung von Krankenhausaufenthalten liegen tendenziell in der gleichen Richtung wie die der Untersuchung von DÜHRSEN und JORSWIECK 1965. Auch wenn die Patienten unserer Untersuchung vor ihrer Therapie im Durchschnitt weit weniger Krankentage hatten als in jener Studie, so ist dennoch auch bei unserer Untersuchung die Reduzierung der

Krankenhaustage im Laufe der Therapie signifikant. Ein Vergleich mit den Mittelwerten normaler Kassenmitglieder (wie ihn A.DÜHRSEN mit Hilfe der „Leistungskarteien“ der AOK Berlin durchführen konnte), war uns nicht möglich, da darüber keine statistischen Daten zur Verfügung standen; und zur Frage der Kontrollgruppen verweisen wir auf unsere Darlegungen in Kap. 2.

5.3 ROGNER

Zur Untersuchung der Wirksamkeit von psychoanalytischer Langzeittherapie nach ADLER hat ROGNER (1994) eine Untersuchung vorgelegt, die - wie unsere Studie - mittels t-Test u.a. signifikante Therapie-Effekte im Bereich körperlicher Beschwerden (mit Ausnahme der Magenbeschwerden) und des emotionalen Befindens (mit Ausnahme von Angstsymptomen) nachweist. Die behandelten Patienten werden mit einer Gruppe von Patienten verglichen, die zum Untersuchungszeitpunkt eine Therapie gerade begonnen haben oder beginnen werden. Damit sind zwar statistisch unabhängige Stichproben gegeben, aber die Vergleichbarkeit der Gruppen ist u.E. dennoch insofern problematisch, als gleichsam verschiedene „Entwicklungsstadien“ von Patienten verglichen werden: Die eine Gruppe hat eine längere Therapie hinter sich, die andere eine vor sich. Es handelt sich also nicht um den Vergleich einer Gruppe von Patienten, die eine bestimmte Zeit lang behandelt wurden, mit einer Gruppe von Patienten, die dieselbe Zeitspanne nicht behandelt wurden. Wenn man schon verschiedene Entwicklungsstadien bei den beiden Gruppen in Kauf nimmt, dann spricht u.E. nichts dagegen, einen prae-post-Vergleich der gleichen Patientengruppe durchzuführen, was statistisch eine Vergleichsmessung bei abhängigen Stichproben bedeutet. (Was die Teilnahmequote der Therapeuten betrifft, so zeugt auch diese Arbeit von den Schwierigkeiten, die in der Therapieforschung diesbezüglich offenbar zum Alltag gehören: Von allen angeschriebenen Kollegen nahmen 16 % teil, die Daten von 15 % konnten verwendet werden.) Auch die Untersucher dieser Studie können nichts über die „Selbstselektion“ der Kollegen sagen. Weiterhin besteht eine Fehlerquelle darin, daß die Therapeuten die Therapieeffekte in einem Nachgespräch eruierten, in dem die Wirkung nicht aufgelöster Übertragungen nicht auszuschließen ist (ganz zu schweigen vom „Pygmalion-Effekt“ bei der Einschätzung der Patienten durch ihre eigenen ehemaligen Therapeuten).

5.4 RUDOLF, MANZ und ÖRI

Aus der großangelegten Berliner multizentrischen Studie haben RUDOLF et al. die ambulanten analytischen Langzeittherapien herausgegriffen und den dynami-

schen und stationären Therapien gegenübergestellt. Auch sie konstatieren - neben zahlreichen qualitativen Veränderungen - mit einer Gesamtbesserungsrate von 91 % („gebessert“ und „gut gebessert“ zusammengefaßt) einen hochsignifikanten Effekt von Psychoanalyse, und zwar sowohl in der Beurteilung der Therapeuten als auch der Patienten selbst, wenngleich sich die Einschätzungen dieser beiden Gruppen in vieler Hinsicht unterscheiden). Da die Daten aber aus einer therapiebegleitenden Studie stammen, waren bei Abschluß der Untersuchung erst 50 % der Langzeittherapien beendet, und katamnestische Daten liegen auch noch nicht vor.

5.5 KELLER et al.

Die in den letzten Jahren in Berlin von der Forschergruppe um Wolfgang KELLER durchgeführte katamnestische Untersuchung an ehemaligen Patienten von Jung'schen Therapeuten hat überzeugende Beweise der Wirksamkeit auch dieser analytischen Richtung erbracht und insofern die von A.E. MEYER (1991) eingeforderte „Bringschuld“ eingelöst. Vor allem wurden differenzierte Ergebnisse gerade in den Bereichen gefunden, die mit den sog. kommunalen Faktoren und hier vor allem der Therapeut-Patient-Beziehung und deren Wechselwirkungsfeld in Zusammenhang stehen und die gerade auch ein Spezifikum der Jung'schen Behandlungstheorie sind. Diese Ergebnisse stimmen insofern mit unseren überein, als auch bei uns zwischen der Wirksamkeit der Jung'schen Therapien und den übrigen Richtungen kein Unterschied nachweisbar war. Gleichwohl sind wegen der vorwiegend qualitativen Ausrichtung, der Begrenzung auf eine Therapieform und eine Region (Berlin) auch mit diesem Forschungsprojekt weitere Vergleiche nicht möglich.

6. Zusammenfassung

Die ehemaligen Patienten einer Zufallsstichprobe aus allen DGPT- und DGIP-Mitgliedern, die im Zeitraum Anfang 1990 bis Ende 1994 ihre analytische Therapie abgeschlossen hatten, wurden in einer anonymen katamnestischen Untersuchung um die subjektiven Einschätzungen ihres Befindens zu Beginn und am Ende der Therapie sowie zum Befragungszeitpunkt gebeten. Weiterhin sollten sie die Häufigkeiten von Medikamentenverbrauch, Arztbesuchen, Krankschreibungs-Tage und Krankenhaus-Aufenthalten angeben, jeweils auf das Jahr vor den drei genannten Zeitpunkten bezogen. Die Rücklaufquote betrug 65 Prozent.

Aus den subjektiven Einschätzungen der ehemaligen Patienten sind deutliche Verbesserungen des Befindens zu erkennen, die sich nach Abschluß der Therapien nicht abschwächen, sondern z.T. noch verstärken. Darüber hinaus werden nennenswerte Rückgänge bei der Inanspruchnahme sonstiger Gesundheitsleistungen berichtet, und zwar sowohl bei den Arztbesuchen als auch bei Krankenhausaufenthalten. Besonders bemerkenswert ist der Rückgang der Krankschreibungs-Tage um fast zwei Drittel. Eine ökonometrische Analyse ergibt erwartungsgemäß, daß der Therapieerfolg umso größer ist, je schlechter der selbst-eingeschätzte Gesundheitszustand des Patienten zu Beginn der Therapie war. Ansonsten steigt er i.d.R. mit der Zahl der Sitzungen und ist bei jüngeren Patienten größer als bei älteren. Signifikante Unterschiede im Therapieerfolg zwischen den Grundberufen oder analytischen Grundorientierungen der Therapeuten sowie zwischen Einzel- und Gruppentherapie konnten nicht festgestellt werden.

Bewertet man die oben genannten Reduzierungen der Gesundheitsleistungen mit ihren Preisen und die höhere Arbeitsfähigkeit mit dem zugehörigen Beitrag zum Sozialprodukt, so ergibt sich, daß sich diese Einsparungen bereits in dem begrenzten Zeitraum zwischen dem Abschluß der Therapie und dem Befragungszeitpunkt (durchschnittlich $2 \frac{1}{4}$ Jahre) bei den Einzeltherapie-Patienten auf rund ein Viertel der Therapiekosten summiert haben. Bei der für die Krankenkassen wesentlich kostengünstigeren Gruppentherapie betragen die Einsparungen sogar mehr als das Dreifache der Therapiekosten.

Aufgrund des naturalistischen Designs und der großen Stichprobe sowie der hohen Rücklaufquote kann man davon ausgehen, daß diese Ergebnisse und die daraus abgeleiteten Aussagen für die derzeit in Deutschland ausgeübte psychoanalytische Richtlinien-Therapie repräsentativ sind.

LITERATUR

- ABRAHAM FD (1989): A Visual Introduction to Dynamical Systems Theory for Psychology, Aerial Press Inc., Santa Cruz, CA 95061.
- ALBER J & BERNARDI-SCHENKLUHN B (1992), Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich, Campus, Frankfurt/M.
- ARNOLD M & PAFFRATH D (Hrsg.): Krankenhaus-Report '95, Stuttgart/Jena 1995.
- BACHRACH HM, GALATZER-LEVY R; SKOLNIKOFF A & WALDRON S (1991): On the Efficacy of Psychoanalysis. J Am Psychoanal Assoc 39, 871 - 916.
- BARKHAUSEN C: Der Widerstand im Herzen des Forschers, Frankf. Rundschau 12.12.95.
- BERGIN AE (1971): The Evaluation of the Therapeutic Outcomes. In : BERGIN AE, GARFIELD SL, Eds. (1974): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 1st edition, John Wiley & Sons, Inc., NY.
- BERGIN AE & GARFIELD SL, Eds. (1994): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, fourth edition, John Wiley & Sons, Inc., NY.
- BETTIGHOFER S: Die latente Ebene der Übertragung, interaktionelle und systemische Aspekte der therapeutischen Situation, Forum Psychoanal (1994) 10: 116-129.
- BOZOK B & BÜHLER K-E (1988): Wirkfaktoren der Psychotherapie - spezifische und unspezifische Einflüsse. Fortschr. Neurol. Psychiatr.56:119-132, Thieme, Stuttgart.
- BROCHER T & SIES C (1986): Psychoanalyse und Neurobiologie. Frommann-Holzboog, Stuttgart.
- BUTLER SF & STRUPP HH (1986): Specific and nonspecific factors in psycho-therapy. A problematic paradigm for psychotherapy research. Psychotherapy(1):30-40.
- Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (1995): Lange Reihen der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung für West-Deutschland. Berlin.
- DÜHRSSSEN A & JORSWIECK E (1965): Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. Nervenarzt 39, 166-169.
- ECKERT J (1993): Zur Begutachtung der psychotherapeutischen Verfahren im "Forschungsgutachten" zum Psychotherapeutengesetz: Viele sind gar nicht erst angetreten, drei haben gewonnen und zwei bekommen den Preis. Psychother Forum 1:87-91.
- ENKE H & COGALIK D (1990): Allgemeine und spezielle Wirkfaktoren in der Psychotherapie. In: HEIGL-EWERS A, HEIGL F, OTT J, Hrsg.: Lehrbuch der Psychotherapie, Fischer, Stuttgart.
- FOERSTER Hv (1985): Sicht und Einsicht. Vieweg, Braunschweig.
- GÄFGEN G & OBERENDER P, Hrsg. (1991), Evaluation gesundheitspolitischer Maßnahmen, Nomos, Baden-Baden.
- GARFIELD SL (1984): Psychotherapy: Efficacy, Generality, and Specificity. In: MILLER NE, LUBORSKY L, BARBER JP, DOCHERTY JP, Eds. (1993): Psychodynamic treatment research - a handbook for clinical practice,- Basic Books, NY.
- GRAWE K, DONATI R & BERNAUER F (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen.
- GOUDSMIT AL, Ed. (1989): Self Organization in Psychotherapy. Springer, NY.

- HABERMAS J (1968): Technik und Wissenschaft als "Ideologie". Frankfurt, Suhrkamp.
- HENRY WP, STRUPP HH, SCHACHT TE & GASTON L (1994): Psychodynamic Approaches. In: BERGIN AE & GARFIELD SL, Eds.; Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, NY.
- HEINZEL R (1995): Chaos - das Spiel der Gegensätze, Nichtlineare dynamische Systeme und Tiefenpsychologie. Unveröff. Manuskript eines Seminars der Lindauer Psychotherapiewochen 1995.
- HEINZEL R & BREYER F (1995): Wirkungen von ambulanter analytischer Gruppentherapie. Eine katamnestische Untersuchung. matrix (Organ der DAGG), Sept.95.
- HEISTERKAMP G (1995): Erhebung zum Berufsfeld der Psychoanalytiker und Lehranalytiker der DGIP (persönl. Mitteilung).
- HOLZKAMP K (1970): Wissenschaftstheoretische Voraussetzungen kritisch-emanzipatorischer Psychologie. Zeitschrift für Sozialpsychologie.
- KÄCHELE H (1992): Psychoanalytische Therapieforschung 1930-1990, Psyche 46.
- KÄCHELE H (1994): Klaus Grawes Konfession und die psychoanalytische Profession, Psyche 49, Heft 12/1994, Klett-Cotta, Stuttgart.
- KÄCHELE H. & KORDY H (1992): Psychotherapieforschung und therapeutische Versorgung, Nervenarzt 63: 517-526.
- KAISER E (1993b): Quantitative Psychotherapie-Forschung - modernes Paradigma oder Potemkinsches Dorf? Forum der Psychoanalyse 9, 348 - 366.
- KARASU TB (1986): The Specificity versus Nonspecificity Dilemma: Toward Identifying Therapeutic Change Agents. Am J Psychiatr 143, 687 - 695.
- KAZDIN AE & BASS D (1989): Power to detect differences between alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research. J Consult Clin Psychol 57, 138 - 147.
- KAZDIN AE (1994): Methodology, Design, and Evaluation in Psychotherapy Research, in: BERGIN AE & GARFIELD SL, Eds.: Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, fourth edition, John Wiley & Sons, Inc., NY.
- KELLER W, VÄTH-SZUSDZIARA R, ROHNER R, WESTHOFF G & DILG R (1995): Wirkfaktoren in der Analytischen Psychologie aus der Sicht C.G.Jungs und der empirischen Psychotherapieforschung, Anal.psychol. 1995; 26: 289-312.
- KLEIN, DF & GODWIN RABKIN J (1993): Specificity and Strategy in Psychotherapy Research and Practice, in: MILLER NE, LUBORSKY L, BARBER JP, DOCHERTY JP, Eds.: Psychodynamic treatment research - a handbook for clinical practice, Basic Books, NY.
- LAMBERT MJ & BERGIN AE (1994): The Effectiveness of Psychotherapy, in: BERGIN AE & GARFIELD SL, Eds.: Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, NY.
- LAMBERT MJ & HILL C (1994): Assessing Psychotherapy Outcomes and Processes. In: BERGIN AE, GARFIELD SL, Eds. 1994: Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, fourth edition, John Wiley & Sons, Inc., NY.
- LAMPRECHT F & SCHMIDT J (1991): Das Zauberberg-Projekt: Zwischen Verzauberung und Ernüchterung. In: Stephan Ahrens (Hrsg.): Entwicklung und Perspektiven der Psychosomatik in der Bundesrepublik Deutschland, Springer HD, NY.
- LEUZINGER-BOHLEBER M (1994): Die Einzelfallstudie als psychoanalytisches For-

schungsinstrument, Psyche 49, Heft 12/1994, Klett-Cotta, Stuttgart.

- LEVENSON EA (1994): The uses of disorder: Chaos Theory and Psychoanalysis, Contemporary Psychoanalysis, Vol 30, No 1.
- LUBORSKY L, SINGER B & LUBORSKY L (1975): Comparative Studies of Psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? Arch Gen Psychiatry 32, 995 - 1008.
- MACKENZIE, KR (1994): Presidential Address - Vortrag bei der 51. Jahrestagung der Amerikanischen Gruppenpsychotherapie-Gesellschaft (AGPA) 17.-19.2.1994 in Washington, aus dem Engl. übers. v. G.Rudnitzki, Zeitschr. Gruppenanalyse 1994/1, 111-140.
- MELTZOFF J & KORNREICH M (1970): Research in Psychotherapy, NY, Atherton Pr.
- MERTENS W (1994a): Psychoanalyse auf dem Prüfstand? Quintessenz-Verl., München.
- MERTENS W (1994b): Warum (manche) Psychoanalysen lange dauern (müssen), Gedanken zum angemessenen katamnestic Vorgehen. Psyche 49, Heft 12/1994, Klett-Cotta, Stuttgart.
- MEYER AE (1990a): Wodurch wirkt Psychotherapie? In: LANG H (Hrsg.) Wirkfaktoren der Psychotherapie, Springer, Berlin HD NY, S. 179-189.
- MEYER AE (1990b): Kommunale Faktoren in der Psychotherapie als Erklärung für nicht grob unterschiedliche Ergebnisse - Ein Mythos mehr in der Psychotherapieforschung? Psychother Psychosom Med Psychol 40: 152 - 157.
- MEYER AE et al (1991): Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf.
- MILLER NE, LUBORSKY L, BARBER JP & DOCHERTY JP, Eds. (1993): Psychodynamic treatment research - a handbook for clinical practice, Basic Books, NY.
- MÖLLER HJ & BENKERT O (1980): Methoden und Probleme der Beurteilung der Effektivität psychopharmakologischer und psychologischer Therapieverfahren. In: Evaluationsforschung in der Psychiatrie: Fragestellungen und Methoden. Hrsg. S. Biefang, Stuttgart, Enke 54-128.
- NEURO NEWS (1995): Ausfalltage wegen Krankheit, Kurznachrichten der Neuro News, 5.Jg., Heft 1, Februar 1995, Verlag Aktuelle Medizin.
- PARLOFF MB (1982): Psychotherapy research evidence and reimbursement decisions: Bambi meets Godzilla. American Journal of Psychiatry 139 , 718-727.
- PERREZ M (1994): Kosten und Nutzen der Psychotherapie - Wahl von Heilverfahren und Methoden ihrer Beurteilung, Neue Züricher Zeitung, 19.12.1994.
- ROGNER, J (1994): Ein Jahr nach Abschluß einer analytischen Adlerianischen Psychotherapie, Z.f.Individualpsychologie, 19. Jg., S. 191-202.
- RUDOLF G, MANZ R & ÖRI Ch (1994): Ergebnisse psychoanalytischer Therapien. Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 40, 25-40.
- RUDNITZKI; G (1994): Angst ist Chance - Gruppentherapien als Modelle für umfassende psychotherapeutische Konzepte, Vortrag auf dem 4. Europäischen Kongreß für Gruppentherapie, August 1984 in Kassel.
- SBANDI P, RICHTER R et al: Beschreibung und Bewertung von Evaluationsmethoden im Bereich der Psychotherapie, Untersuchung im Auftrag des österreichischen Ministeriums für Wissenschaft und Forschung, Innsbruck, Juli 1993.

- SCHIEPEK G & TSCHACHER (1992): Application of Synergistics to Psychology. In: TSCHACHER W, SCHIEPEK G, BRUNNER E, Eds.: Self-Organization and Clinical Psychology, Springer, Berlin, NY.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 1988, Nomos, Baden-Baden.
- SCHIEPEK G (1994): Der Appeal der Chaosforschung für die Psychologie (Persönliche Mitteilung).
- SCHLESINGER HJ, MUMFORD E & GLASS GV (1980): Mental Health Services and Medical Utilization. In: VANDENBOS GR, Ed.: Psychotherapy: Practice, Research, Policy, Beverly Hills, Sage , 71 - 102.
- SCHMID R (1988): Psychoanalytische Tätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse einer empirischen Studie, Köln.
- SHAH I (1976): Die Sufis. Diederichs, Düsseldorf.
- SIMON FB (1994): Die Form der Psyche. Psychoanalyse und neuere Systemtheorie. Psyche 48, 50 - 79.
- SMITH ML, GLASS GV & MILLER TI (1980): The Benefits of Psychotherapy. Baltimore, John Hopkins University Press.
- STREECK U (1994): Institutionelle Herausforderungen an die Psychoanalyse, Forum Psychoanal 10: 322 - 331.
- STRUPP HH & HARDLEY SW (1979): Specific vs. nonspecific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome. Arch Gen Psychiat 36: 1125-1136.
- STRUPP HH (1993): The Vanderbilt psychotherapy studies synopsis. J Consult Clin Psychol 61, 431 - 433.
- TSCHUSCHKE V (1990): Spezifische und/oder unspezifische Wirkfaktoren in der Psychotherapie. Ein Problem der Einzelpsychotherapie oder auch der Gruppenpsychotherapie? In: TSCHUSCHKE V, CZOGALIK D, Hrsg.: Psychotherapie - Welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse. Springer, Berlin, HD, NY.
- TSCHUSCHKE V & CZOGALIK D, Hrsg. (1990): Psychotherapie - Welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse. Springer, Berlin, HD, NY.
- TSCHUSCHKE V, KÄCHELE H & HÖLZER M (1994): Gibt es unterschiedlich effektive Formen von Psychotherapie? Psychotherapeut 39: 281-297, Springer 1994.
- WEIZSÄCKER EUv, Hrsg. (1974): Offene Systeme I - Beiträge zur Zeitstruktur von Information, Entropie und Evolution. Klett-Cotta, Stuttgart.
- WRIGHT GHv. (1974): Erklären und Verstehen. Fischer Athenäum, Frankfurt.
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland: Abrechnungs-Informationen-System BMÄ, Köln 1995.
- ZIELKE M (1993): Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie, PVU, Darmstadt.

ANHANG: Fragebogen

Breyer - Heinzl - Klein

Therapeutencode: 

Fragebogen Psychotherapiewirkungen

Bitte füllen Sie den Fragebogen spontan, aber vollständig aus!

Dauer der (letzten) Therapie: von ___ / ___ (Monat / Jahr) bis ___ / ___ (Monat / Jahr)	
Gesamtzahl der Sitzungen: _____ Sitzungen	
Art der Therapie:	<input type="checkbox"/> Einzeltherapie <input type="checkbox"/> Gruppentherapie (bitte ankreuzen)
Geburtsjahr: 19__	Geschlecht: <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau (bitte ankreuzen)

Wie war / wie ist Ihr Gesamtbefinden?	zum Beginn der Therapie:	sehr gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr schlecht
	zum Ende der Therapie:	sehr gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr schlecht
	heute:	sehr gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr schlecht
Wie war / wie ist Ihre körperliche Gesundheit?	zum Beginn der Therapie:	sehr gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr schlecht
	zum Ende der Therapie:	sehr gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr schlecht
	heute:	sehr gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr schlecht
Wie war / wie ist Ihre psychische Gesundheit?	zum Beginn der Therapie:	sehr gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr schlecht
	zum Ende der Therapie:	sehr gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr schlecht
	heute:	sehr gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr schlecht
Wie waren / wie sind Ihre Beziehungen?	zum Beginn der Therapie:	sehr gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr schlecht
	zum Ende der Therapie:	sehr gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr schlecht
	heute:	sehr gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr schlecht
Gingen Sie / gehen Sie einer Berufstätigkeit nach?	zum Beginn der Therapie:	arbeitslos	<input type="checkbox"/>	teilzeit	<input type="checkbox"/>	vollzeit	<input type="checkbox"/>	nicht erwerbstätig
	zum Ende der Therapie:	arbeitslos	<input type="checkbox"/>	teilzeit	<input type="checkbox"/>	vollzeit	<input type="checkbox"/>	nicht erwerbstätig
	heute:	arbeitslos	<input type="checkbox"/>	teilzeit	<input type="checkbox"/>	vollzeit	<input type="checkbox"/>	nicht erwerbstätig
Nehmen Sie / nahmen Sie Medikamente ein ...	zum Beginn der Therapie:	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	häufig
	zum Ende der Therapie:	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	häufig
	heute:	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	häufig
a) wegen akuter Erkrankungen?	zum Beginn der Therapie:	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	häufig
	zum Ende der Therapie:	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	häufig
	heute:	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	häufig
b) als Dauermedikation wegen chronischer Leiden?	zum Beginn der Therapie:	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	häufig
	zum Ende der Therapie:	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	häufig
	heute:	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	häufig
c) Psychopharmaka?	zum Beginn der Therapie:	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	häufig
	zum Ende der Therapie:	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	häufig
	heute:	nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	häufig
Hatten Sie / haben Sie eine feste Partnerschaft?	zum Beginn der Therapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	zum Ende der Therapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	heute	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	zum Ende der Therapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	heute	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	heute	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wie häufig waren Sie jährlich beim Arzt? (ohne Vorsorgeuntersuchungen) (versuchen Sie grob zu schätzen, wie häufig Sie in den betreffenden Phasen zum Arzt gegangen sind, und versuchen Sie die Angaben jeweils auf ein ganzes Jahr hochzurechnen)	a) beim Hausarzt?	___ mal	___ mal	___ mal				
	b) beim Facharzt?	___ mal	___ mal	___ mal				
	Wie viele Tage waren (sind) Sie pro Jahr krankgeschrieben?	___ Tage	___ Tage	___ Tage				
Wie viele Tage waren (sind) Sie pro Jahr im Krankenhaus?	___ Tage	___ Tage	___ Tage					
Hatten Sie noch eine andere Therapie?: Art: _____, von: _____ bis: _____								

Bitte den ausgefüllten Fragebogen bis spätestens 10.3.1995 an Prof. Dr. Friedrich Breyer, Universität Konstanz, Postfach 5560 D 135, 78434 Konstanz senden!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

Anschriften der Verfasser:

**Dr. med. Dipl.-Psych. Roland Heinzl
Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin
Psychotherapie, Psychoanalyse, Gruppentherapie
Reitergäßle 15, 78256 Steißlingen
Tel. 07738-9261-0, Fax 07738-9261-20**

**Prof. Dr. Friedrich Breyer,
Fakultät für Wirtschaftswissenschaften und Statistik
der Universität Konstanz
Postfach 5560-D 135, 78434 Konstanz
Tel. 07531-88-2566/68, Fax 07531-88-3130**

**Prof. Dr. Thomas Klein
Institut für Soziologie der Universität Heidelberg
Sandgasse 9, 69117 Heidelberg
Tel. 06221-54-2972, Fax 06221-54-2996**