

# Koordination der Forschung an Hochschulambulanz für Psychotherapie

## Status quo und Agenda

Jürgen Hoyer<sup>1</sup>, Julia Velten<sup>2</sup>, Cord Benecke<sup>3</sup>, Matthias Berking<sup>4</sup>, Nina Heinrichs<sup>5</sup>,  
Tina In-Albon<sup>6</sup>, Tania Lincoln<sup>7</sup>, Wolfgang Lutz<sup>8</sup>, Angelika Schlarb<sup>9</sup>,  
Henning Schöttke<sup>10</sup>, Ulrike Willutzki<sup>11</sup> und Jürgen Margraf<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Technische Universität Dresden, Klinische Psychologie und Psychotherapie

<sup>2</sup>Ruhr-Universität Bochum, Klinische Psychologie und Psychotherapie

<sup>3</sup>Universität Kassel, Klinische Psychologie und Psychotherapie

<sup>4</sup>Philipps-Universität Marburg, Klinische Psychologie und Psychotherapie

<sup>5</sup>Technische Universität Braunschweig, Klinische Psychologie, Psychotherapie und Diagnostik

<sup>6</sup>Universität Koblenz-Landau, Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

<sup>7</sup>Universität Hamburg, Klinische Psychologie und Psychotherapie

<sup>8</sup>Universität Trier, Klinische Psychologie und Psychotherapie

<sup>9</sup>Universität Bielefeld, Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

<sup>10</sup>Universität Osnabrück, Klinische Psychologie und Psychotherapie

<sup>11</sup>Universität Witten/Herdecke, Klinische Psychologie und Psychotherapie

**Zusammenfassung.** Forschungsaktivitäten an psychotherapeutischen Hochschulambulanzen (HSA) können einen entscheidenden Beitrag zur Weiterentwicklung und wissenschaftlichen Fundierung von Psychotherapie leisten. Um die vielfältigen Daten, die in HSA in Deutschland gesammelt werden, besser nutzbar zu machen, erscheint eine Koordination der Datenerhebungen und Forschung perspektivisch sinnvoll. In diesem Artikel stellen wir die Ergebnisse einer Umfrage zu den Kernmerkmalen deutscher Hochschulambulanzen (z. B. Fallzahlen, diagnostische Instrumente, verwendete Software) vor und entwickeln auf Basis der Ergebnisse Vorschläge zur besseren Integration der Forschungsbemühungen. Es wurden 53 Hochschulambulanzen in Deutschland identifiziert. Diese erhielten einen Fragebogen zu den jährlichen Fallzahlen, der eingesetzten klinisch-psychologischen Diagnostik, zu den störungsübergreifenden und -spezifischen Fragebögen sowie den erhobenen Patienten- und Therapeutenvariablen und der verwendeten Software. Die Rücklaufquote lag bei 100%. Insgesamt werden demnach in den deutschen HSA im Erwachsenen- und Kinder-Jugendlichenbereich über 10 000 neue Patienten pro Jahr behandelt. Für die strukturierte und störungsübergreifende Diagnostik werden fast ausnahmslos dieselben Verfahren genutzt. Dem steht eine große Vielfalt von störungsspezifischen Verfahren gegenüber. Die verwendete Datenbanksoftware ist heterogen und nicht vollständig miteinander kompatibel. In der Diskussion verdeutlichen wir, welche außergewöhnliche Plattform für weitere Forschung bereits gegeben ist, aber auch welche Schwierigkeiten, zum Beispiel beim Datenschutz, im Vorfeld einer besseren Forschungsintegration zu lösen sind.

**Schlüsselwörter:** Psychotherapieforschung, Versorgungsforschung, Hochschulambulanzen, klinisch-psychologische Diagnostik

Coordinating Research at the Outpatient University Clinics for Psychotherapy in Germany

**Abstract. Background:** Outpatient university clinics for psychotherapy (as they have been established in accordance with the German psychotherapy law of 1999) are important facilitators of psychotherapy research. These clinics gather a considerable amount of data on therapy outcome as well as on patient and therapist characteristics. Setting up closer research cooperation between clinics offers the opportunity to systematically analyze and evaluate data. **Objective:** To present the results of a survey that assessed the most relevant features of outpatient university clinics in Germany. Based on our results, we propose recommendations for an improved integration of the data. **Method:** We identified and contacted  $N = 53$  outpatient university clinics in Germany. The clinics received a questionnaire that assessed the number of patients treated per year, the instruments used for clinical psychological assessment, and the measurements for general psychological distress and disorder-specific symptoms. **Results:** The response rate was 100%. Overall, about 10,000 new patients – children, adolescents, and adults – are treated in these clinics per year. Instruments used for diagnostic purposes and for

assessing general psychological distress are highly comparable, whereas a variety of different measurements for disorder-specific symptoms are in use. The software for handling these data is diverse and to some extent incompatible. **Conclusion:** We highlight the opportunities and challenges associated with the implementation of such research collaboration.

**Keywords:** psychotherapy research, health care research, outpatient clinics for psychotherapy, diagnostics of mental disorders

Mit dem Psychotherapeutengesetz wurden deutsche Universitäten im § 117 SGB V ermächtigt, Hochschulambulanzen für Forschung und Lehre zu betreiben. Trotz einer vorgesehenen Fallzahlenbegrenzung, muss der Zulassungsausschuss die Ermächtigung dieser Ambulanzen so gestalten, dass Behandlungen „in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang“ (§ 117 SGB V) durchgeführt werden können. Der Gesetzgeber hat damit „deutlich gemacht, dass eine Anbindung der Psychotherapieforschung an die psychologischen Institute der Universitäten notwendig ist, um einerseits die Lehre im Bereich Klinischer Psychologie und Psychotherapie zu unterstützen und andererseits die Entwicklung und Weiterentwicklung der Psychotherapie durch Forschungsaktivitäten zu sichern oder zumindest zu fördern“ (Fydrich & Unger, 2013, S. 146). Die Universitäten haben die Herausforderung, Hochschulambulanzen zu gründen und somit Lehre und Forschung zu verbinden, angenommen und gemeistert. Die kürzlich erschienene Übersichtsarbeit von Fydrich und Unger (2013) belegt, dass inzwischen die Mehrzahl der deutschen psychologischen Institute Hochschulambulanzen betreibt und dadurch vielfältige klinische Forschungsprojekte mit hoher Praxisrelevanz und unmittelbarem Anwendungsnutzen möglich geworden sind. Auch große Verbundprojekte, wie in der BMBF-Ausschreibung „Forschungsverbünde zur Psychotherapie“ ausgeschrieben, konnten von psychologischen Instituten erfolgreich mit Hilfe bereits funktionierender Hochschulambulanzen durchgeführt werden (vgl. z. B. Gloster et al. 2011; Leichsenring et al., 2013). Zusätzlich haben zahlreiche Institute universitäre Ausbildungseinrichtungen für Psychotherapie begründet, die über Ausbildungsambulanzen verfügen. Hohe Standards der Qualitätssicherung werden in diesen Ambulanzen durch regelmäßige diagnostische Messungen erzielt. Diese Daten können ebenfalls für die Forschung, insbesondere die psychotherapeutische Versorgungsforschung, herangezogen werden.

Trotz dieser bemerkenswerten Erfolgsbilanz wird bislang eine Option noch nicht ausreichend genutzt, mit der ein erheblicher synergetischer Gewinn im Bereich der klinisch-psychologischen Forschung verbunden wäre: Nämlich eine Koordination der Forschung an den Hochschulambulanzen, mit einer Vereinheitlichung in der diagnostischen Dokumentation, einem vereinheitlichten Berichtswesen und der Möglichkeit, Daten mehrerer oder aller Ambulanzen zu aggregieren. Ein solches Vorgehen böte eine Reihe wichtiger Vorteile: Mit den aggregierten Basisdaten ließe sich in kurzer Zeit Forschung mit großen

Fallzahlen betreiben. Gegebenenfalls können auch vergleichsweise seltene Störungen oder deren Varianten (wie z. B. Dermotillomanie oder Depersonalisationssyndrom) und sogar solche, die noch nicht explizit in Klassifikationssystemen definiert sind (z. B. Tiersammelsucht), untersucht werden. Bei häufigeren Störungen ermöglichen die hohen Fallzahlen Subgruppenvergleiche und die Durchführung valider Benchmark-Analysen. Aktuelle Themen, wie die Untersuchung von Therapeutendaten, Abbruchquoten, das neuerdings stark diskutierte Thema Misserfolge und Nebenwirkungen (Jacobi, Uhlmann & Hoyer, 2011) oder auch bahnbrechende Entwicklungen in der Grundlagenforschung (wie im Bereich *therapygenetics*; Eley, 2014) könnten schneller mit international sichtbaren, auf großen klinischen Datensätzen beruhenden, Studien aufgegriffen werden. Letztlich böte diese Datenbasis einen wertvollen Ausgangspunkt für die Beantragung entsprechender Großprojekte. Nationale Initiativen, zum Beispiel zur naturalistischen Psychotherapieforschung, könnten sich verstetigen und ihre Datenbasis erheblich verbreitern. Vorschläge zu derartigen Praxis-Forschungs-Netzwerken wurden bereits verschiedentlich diskutiert (vgl. z. B. Borkovec, Echemendia, Raguesa & Ruiz, 2001; Castonguay, 2011).

Als Initiativgruppe haben sich die Autoren dieses Beitrags daher zum Ziel gesetzt, die Möglichkeiten und Grenzen der Koordination der Forschung an universitären Ausbildungsambulanzen sowie Ambulanzen für Forschung und Lehre zu prüfen. In dem hier vorliegenden Artikel stellen wir die Ergebnisse einer kurzen Umfrage zu den Kernmerkmalen der Hochschulambulanzen in Deutschland (z. B. Fallzahlen, diagnostische Instrumente, verwendete Datenbanksoftware) vor, auf deren Basis wir Vorschläge zur besseren Integration der Forschungsanstrengungen machen.

## Methode

### Vorgehen

Eine vollständige Liste der universitären Hochschulambulanzen in Deutschland für die psychotherapeutische Behandlung von Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen wurde mit Hilfe der Überblicksarbeit von Fydrich und Unger (2013) und einer Liste der aktuell erfassten Fördermitglieder von Unith – dem Verbund universitärer Ausbildungsinstitute – erarbeitet. Die wissen-

Tabelle 1. Verfahren zur klinisch-psychologischen Diagnostik (häufigste Nennungen)

<b>Verfahren in der Erwachsenen-Psychotherapie</b>	<b>Anzahl der Standorte (N = 37)</b>	<b>%</b>
Strukturiertes Klinisches Interview für DSM (SKID I) <sup>a</sup>	33	89.2
Strukturiertes Klinisches Interview für DSM (SKID II) <sup>a</sup>	20	54.1
Internationale Diagnosen Checkliste (IDCL) <sup>b</sup>	8	21.6
Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS) <sup>c</sup>	6	16.2
<b>Verfahren in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie</b>	<b>Anzahl der Standorte (N = 14)</b>	<b>%</b>
Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS) <sup>d</sup>	12	85.7
Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche – II (DISYPS II) <sup>e</sup>	8	57.1
Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version (KSADS) <sup>f</sup>	3	21.4

Anmerkungen: <sup>a</sup>Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997; <sup>b</sup>Hiller, Zaudig & Mombour, 1997; <sup>c</sup>Schneider & Margraf, 2011; <sup>d</sup>Schneider, Unnewehr & Margraf, 2009; <sup>e</sup>Döpfner, Görtz-Dorten & Lehmkuhl, 2008; <sup>f</sup>Delmo, Weiffenbach, Gabriel, Stadler & Poustka, 2001.

schaftlichen sowie geschäftsführenden Leitungen dieser Ambulanzen wurden im Mai 2014 per Email mit der Bitte kontaktiert, einen kurzen Erhebungsbogen ausgefüllt zurückzusenden. Zwei Erinnerungsemails wurden zwei bzw. sechs Wochen nach der Ersterhebung versendet.

## Fragebogen

Zur ersten Erfassung der interessierenden Merkmale der Ambulanzen wurde von der Initiativgruppe ein Fragebogen entwickelt. Dieser umfasste Fragen zu den eingesetzten Instrumenten zur klinisch-psychologischen Diagnostik, störungsübergreifenden und -spezifischen Fragebögen sowie den erhobenen Patienten- und Therapeutenvariablen. Des Weiteren wurde das zum Einsatz kommende Datenverarbeitungsprogramm erfasst und die Stärken und Schwächen dieser Software in offenen Fragen erhoben. Schließlich gaben die Ambulanzen die Anzahl der Prä- und Post-Datensätze der jährlich behandelten Patienten an. Als Patient wurde dabei jede Person definiert, für die eine Behandlungsakte angelegt wird. Fallzahlen für die Bereiche Erwachsenenpsychotherapie (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (KJP) wurden getrennt erfragt. Für Institute mit Forschungs- und Ausbildungsambulanz sollten, soweit möglich, ebenfalls getrennte Angaben gemacht werden.

## Ergebnisse

### Stichprobenbeschreibung

Alle 53 kontaktierten PP- und KJP-Institute haben bis November 2014 Daten über ihre Einrichtung zur Verfügung gestellt. Während sich einige der Ambulanzen noch

im Planungs- bzw. Aufbaustadium befanden bzw. aus technischen Gründen keine verlässlichen Daten zu aktuellen Patientenzahlen liefern konnten, haben 49 Hochschulambulanzen Angaben über die Anzahl ihrer Patienten pro Jahr geben können. Konservative Schätzungen (einige der Ambulanzen konnten nur ungefähre Angaben machen) führten dabei zu ca. 8200 Prä- und 5400 Post-Datensätzen aus dem PP-, und 2400 Prä- und 1100 Postdatensätzen aus dem KJP-Bereich pro Jahr. Da einige Standorte eine gemeinsame Datenbank für ihre Forschungs-, Lehr- und Ausbildungsambulanzen pflegen, war es nicht möglich, alle Patienten eindeutig einer Teilambulanz zuzuordnen. An den Instituten, bei denen eine getrennte Auswertung vorgenommen wurde, zeigte sich jedoch, dass etwa 75 % Prozent der jährlichen Prä-Datensätze im PP- und über 50 % im KJP-Bereich auf die Ausbildungsambulanzen entfielen.

### Klinisch-diagnostische Verfahren

Es zeigten sich deutliche Überschneidungen bei den zum Einsatz kommenden Verfahren zur strukturierten Diagnostik psychischer Störungen. In 89.2 % der PP-Institute kommt das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997) zum Einsatz. Weitere eingesetzte Verfahren sind die Internationale Diagnosen Checkliste (Hiller, Zaudig, & Mombour, 1997) mit 21.6 % sowie das Diagnostische Interview bei psychischen Störungen (Schneider & Margraf, 2011) mit 16.2 %. Im KJP-Bereich verwenden 85.7 % der Ambulanzen das Diagnostische Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Schneider, Unnewehr & Margraf, 2009). Weitere häufig genannte Verfahren sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 2. Störungsübergreifende Fragebögen (häufigste Nennungen)

Verfahren in der Erwachsenen-Psychotherapie	Anzahl der Standorte (N = 37)	%
Brief Symptom Inventory (BSI) <sup>a</sup>	23	62.2
Symptom Checklist 90 R (SCL-90-R) <sup>b</sup>	17	45.9
Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP) <sup>*c</sup>	10	27.0
Global Clinical Impressions (CGI) <sup>d</sup>	9	24.3
Verfahren in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	Anzahl der Standorte (N = 14)	%
Child Behavior Checklist (CBCL) <sup>e</sup>	9	64.3
Youth Self-Report der Child Behavior Checklist (YSR) <sup>f</sup>	8	57.1
Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF) <sup>g</sup>	7	50.0
Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) <sup>h</sup>	6	42.9

Anmerkungen: \* Einsatz der Kurz- oder Langform. <sup>a</sup>Franke & Derogatis, 2000; <sup>b</sup>Franke & Derogatis, 1995; <sup>c</sup>Horowitz, Alden, Kordy & Strauß, 2000; <sup>d</sup>Collegium Internationale Psychiatricae Scalarum (CIPS), 1986; <sup>e</sup>Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 2012; <sup>f</sup>Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 2012a; <sup>g</sup>Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 2012b; <sup>h</sup>Mattejat & Remschmidt, 2006.

## Störungsübergreifende Fragebögen

Die generelle Symptombelastung von erwachsenen Patienten wird in 62.2% der Ambulanzen mit dem Brief Symptom Inventory (Franke & Derogatis, 2000) und in 45.9% mit der Symptom Checkliste 90-R (Franke & Derogatis, 1995) erhoben. Bei Kindern kommt in 64.3% der Ambulanzen die Child Behavior Checklist (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist [ADCB Checklist], 2012) zum Einsatz, wobei auch die dazugehörigen Lehrer- (ADCB Checklist, 2012b) und Selbstberichtsfragebögen (ADCB Checklist, 2012a) mit 50.0% und 57.1% häufig verwendet werden. Weitere eingesetzte störungsübergreifende Fragebögen sind in Tabelle 2 aufgeführt.

## Störungsspezifische Fragebögen

Aufgrund der Vielzahl der unterschiedlichen psychischen Störungsbereiche, die in den universitären Hochschulambulanzen behandelt werden, überrascht es nicht, dass im Rahmen der Erhebung insgesamt über 150 verschiedene Fragebögen genannt wurden. Während die Ausprägung von depressiven Symptomen bei Erwachsenen in 89.2% der Ambulanzen mit dem Beck Depressionsinventar (Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 2000, revidierte Version: Hautzinger, Keller & Kühner, 2009) erfasst wird, zeigt sich bei anderen psychischen Störungen, wie z. B. im Bereich der sozialen Angststörung ein wesentlich gemischteres Bild. So kommen im Bereich dieses Störungsbildes sowohl die Social Interaction Anxiety Scale (Stangier, Heidenreich, Berardi, Golbs & Hoyer, 1999) in 48.6%, die Soziale Phobie-Skala (Stangier et al., 1999) in 43.2%, das Soziale Phobie und Angst Inventar (Fydrich, Scheurich & Kastem, 1995) in 18.9%, als auch der Fragebogen zu sozialphobischen Kognitionen, Verhaltensweisen und Einstellungen (Stangier, Heidenreich, & Peitz,

2003) in 10.8% der Ambulanzen zum Einsatz. Weitere häufig genannte Fragebögen zu verschiedenen Störungsbereichen sind der Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung (Ehlers, Margraf, & Chambless, 2001) mit 64.9%, das Screening für somatoforme Störungen 2 (Rief, Hiller, & Heuser, 1997) mit 56.8% und das Eating Disorder Inventory 2 (Paul & Thiel, 2004) mit 48.6%. Weitere, in mindestens 25% der Ambulanzen eingesetzte, störungsspezifische Verfahren aus den PP-, sowie KJP-Ambulanzen sind in Tabelle 3 dargestellt.

## Patienten- und Therapeutenvariablen

Zum Standard aller erfassten Ambulanzen gehört die systematische Erhebung der wesentlichen Patientenmerkmale wie Alter, Geschlecht und Diagnose (siehe Tabelle 4). Die meisten Hochschulambulanzen erheben darüber hinaus noch den Bildungsstand (95.9%), den Familienstand (93.9%) sowie die Anzahl der durchgeführten Sitzungen (89.8%). Andere Merkmale, wie z. B. die Urbanität – meist über die Postleitzahl ermittelt – werden von einem Teil der Ambulanzen zusätzlich erhoben. Die Dokumentation von Merkmalen der behandelnden Therapeuten gehört nicht in allen Ambulanzen zum Standard. Zu den häufigsten erfassten Variablen gehört dabei neben dem Geschlecht (77.6%) und Alter (69.4%) auch die Information über das Vorliegen einer Approbation des behandelnden Therapeuten (65.3%).

## Datenverarbeitungssoftware

Eine Vielzahl verschiedener Softwareprogramme kommt in den befragten Ambulanzen für Pflege der Patientendaten, Raumplanung und Abrechnungsorganisation zum

Tabelle 3. Störungsspezifische Fragebögen (häufigste Nennungen)

Verfahren in der Erwachsenen-Psychotherapie	Anzahl der Standorte (N = 37)	%
Becks Depressionsinventar (BDI) <sup>a</sup>	33	89.2
Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung (AKV) <sup>b</sup>	24	64.9
Screening für somatoforme Störungen 2 (SOMS 2) <sup>c</sup>	21	56.8
Eating Disorder Inventory 2 (EDI 2) <sup>d</sup>	18	48.6
Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) <sup>e</sup>	18	48.6
Hamburger Zwangsinventar (HZI) <sup>f</sup>	17	45.9
Soziale Phobie-Skala (SPS) <sup>e</sup>	16	43.2
Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PSD) <sup>g</sup>	15	40.5
Impact of Event Scale (IES) <sup>h</sup>	13	35.1
Fragebogen zum Essverhalten (FEV) <sup>i</sup>	11	29.7
Borderline Symptomliste 23 (BSL 23) <sup>j</sup>	11	29.7
Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) <sup>k</sup>	10	27.0
Verfahren in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	Anzahl der Standorte (N = 14)	%
Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ) <sup>l</sup>	9	64.3
Phobiefragebogen für Kinder und Jugendliche (PHOKI) <sup>m</sup>	8	57.1
Sozialphobie und -angstinventar für Kinder (SPAIK) <sup>n</sup>	5	35.7
Angstfragebogen für Schüler (AFS) <sup>o</sup>	5	35.7

*Anmerkungen:* <sup>a</sup>Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 2000; revidierte Fassung: Hautzinger, Keller & Kühner, 2009; <sup>b</sup>Ehlers, Margraf & Chambless, 2001; <sup>c</sup>Rief, Hiller & Heuser, 1997; <sup>d</sup>Paul & Thiel, 2004; <sup>e</sup>Stangier, Heidenreich, Berardi, Golbs & Hoyer, 1999; <sup>f</sup>Zaworka, Hand, Jauernig & Lünenschloß, 2003; <sup>g</sup>Griesel, Wessa & Flor, 2006; <sup>h</sup>Maercker & Schützwohl, 1998; <sup>i</sup>Pudel & Westenhöfer, 1989; <sup>j</sup>Wolf et al., 2009; <sup>k</sup>Hand & Büttner-Westphal, 1991; <sup>l</sup>Stiensmeier-Pelster, Schürmann & Duda, 2014; <sup>m</sup>Döpfner, Schnabel, Goletz & Ollendick, 2006; <sup>n</sup>Fydrich, Scheurich & Kastem, 1995; <sup>o</sup>Wieczerkowski, Nickel, Janowski, Fittkau & Rauer, 1981.

Tabelle 4. Erfasste Merkmale von Patienten und behandelnden Therapeuten

Patientenmerkmale	Anzahl der Standorte (N = 49)	%
Alter	49	100
Geschlecht	49	100
Diagnose	49	100
Bildungsstand	47	95.9
Familienstand	46	93.9
Anzahl Sitzungen	46	93.9
Indexdiagnose	44	89.8
Urbanität	23	46.9
Therapeutenmerkmale		
Geschlecht	38	77.6
Alter	34	69.4
Approbation	32	65.3
Dauer Erfahrung	27	55.1
Fachkundenachweis	22	44.9

Einsatz. Neben selbst erstellten, individuellen Datenbanklösungen werden auch Programme kommerzieller Anbieter verwendet. Die drei häufigsten Nennungen waren PsychoEQ (PsychoWare Software), AMBOS (Therapie-Organisations-Software) sowie selbst entwickelte SPSS- (IBM, 2012) bzw. Microsoft Excel-Datenbanken.

Als Stärken der jeweiligen Lösungen werden am häufigsten die individuelle Anpassbarkeit auf die Bedürfnisse der Ambulanz, leichte Exportierbarkeit der Daten, einfache Bedienung und guter Support von Seiten der Herstellerfirma genannt. Als Schwächen der Programme werden die Fehleranfälligkeit, der Datenexport nur über Mitarbeiter

des Herstellers sowie die fehlende Möglichkeit, bestimmte Variablen, wie z. B. Therapeutenmerkmale zu erfassen, aufgeführt.

## Diskussion

Die erste Ergebnispräsentation der hier dargestellten Kurzbefragung vor Vertretern der universitären HSA im Rahmen der Tagung der Fachgruppe „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ der DGPs im Mai 2014 führte zu einer Vielzahl positiver Rückmeldungen und angeregten Diskussionen. Die Rücklaufquote dieser Erstbefragung von nahezu 100 % unterstreicht die Bereitschaft der beteiligten Ambulanzen, weitere Schritte in Richtung einer deutschlandweiten Forschungskooperation zu unternehmen.

Schätzungsweise 10 000 Patienten beginnen jedes Jahr in den Hochschulambulanzen eine Psychotherapie. Um diese Daten zunächst hinsichtlich der diagnostischen Kernmerkmale und einfacher Prä-Post-Daten aggregieren und für Forschungsprojekte auswerten zu können, muss die Überführbarkeit der Daten sicher- bzw. hergestellt werden. Dafür müssen, neben der Schaffung entsprechender technischer Voraussetzungen, auch eine vereinheitlichte Standarddiagnostik implementiert sowie Fragen der Datennutzung geklärt werden. Im Folgenden gehen wir zunächst auf die unmittelbar zu lösenden durchführungstechnischen und strukturellen Herausforderungen ein und ziehen abschließend ein Fazit, in dem wir die wichtigsten Potentiale einer Forschungskooperation der deutschen HSA noch einmal herausarbeiten.

## Datenbasis und -qualität

Zum jetzigen Zeitpunkt erscheint die Datenbasis in Bezug auf die klinisch-psychologische Diagnosestellung sowohl bei den Erwachsenen als auch bei den Kindern und Jugendlichen bereits weitgehend kompatibel. In über 85 % der Ambulanzen werden einheitliche strukturierte Diagnoseverfahren (SKID I und Kinder-DIPS) eingesetzt. Bei der Erfassung der allgemeinen Belastung durch psychische Symptome auf störungsübergreifender Ebene werden im Erwachsenenbereich zwei ineinander überführbare Verfahren – das BSI (Franke & Derogatis, 2000) und die SCL-90-R (Franke & Derogatis, 1995) – jeweils in etwa der Hälfte der Ambulanzen angewendet (insgesamt 94,6 % der Ambulanzen setzen eines der beiden Verfahren im Erwachsenenbereich ein). Bei den störungsspezifischen Verfahren zeigt sich, abgesehen von einem weitreichenden Einsatz des Beck's Depressioneninventars (Hautzinger et al., 2000, revidierte Version: Hautzinger et al., 2009), hingegen eine große Bandbreite an eingesetzten Verfahren.

Welche weiteren Instrumente einheitlich einzusetzen wären und welche Kriterien, wie z. B. die Länge des Verfahrens, Lizenz- bzw. Kostenfreiheit, Änderungssensitivität oder Internationalität dabei vorrangig betrachtet werden sollen, ist ein wichtiger Bestandteil der zukünftigen Diskussion. Eine weitere Frage betrifft die Qualität der erhobenen Daten. So ist derzeit unklar, zu welchen Zeitpunkten im Therapieverlauf, welche Verfahren eingesetzt werden und wie groß der jeweilige Anteil an Patienten ist, die ein störungsspezifisches Instrument bearbeiten.

Nach unserer Auffassung ist eine *umfassende* Vereinheitlichung der diagnostischen Prozesse und ihrer Dokumentation in den Ambulanzen weder realistisch, noch wünschenswert. Auf Grundlage der beschriebenen Basisplattform kann jedoch, abhängig von strukturellen Ähnlichkeiten oder gemeinsamen Forschungsinteressen, die Bildung von flexiblen, kleineren Netzwerken erwogen werden. Die Etablierung einer „schlanken“ diagnostischen Kernbatterie für möglichst viele Ambulanzen, die sich an einer solchen Forschungskooperation beteiligen möchten, erscheint auf Basis unserer Umfrage aber jetzt machbar und sollte den Beginn aller weiteren Koordinationsbemühungen darstellen.

## Datenverwaltung und -nutzung

Eine zuverlässige und sichere Integration der erhobenen Daten ist nur mit einer entsprechenden Softwarelösung vorstellbar. So müssen die technischen Voraussetzungen getroffen werden, sensible Daten sicher zu transferieren und eine für die Datensicherheit verantwortliche Person/Einrichtung benannt werden. Inwiefern eine Übermittlung von patientenbezogenen Daten im Rahmen der bisher in den verschiedenen Ambulanzen verwendeten Einwilligungserklärungen möglich ist oder ob neue Erklärungen entwickelt werden müssen, bleibt, gegebenenfalls in Kooperation mit den zuständigen Ethikkommissionen vor Ort, zu prüfen. Zudem müssen langfristige, belastbare Regelungen über die wissenschaftliche Nutzung der gesammelten Daten getroffen werden, wobei ein Konsens besteht, dass es sich grundsätzlich um ein Gemeinschaftsprojekt der Hochschulambulanzen handeln soll.

## Fazit und Ausblick

Aufgrund der weitgehenden Einheitlichkeit der aktuell eingesetzten strukturierten und störungsübergreifenden diagnostischen Instrumente, liegt es nahe, eine Forschungskooperation auf dieser Datenbasis zu beginnen, also die Diagnosen und psychopathologischen Schweregrade einschließlich ihrer Veränderung im Therapieverlauf an möglichst vielen HSA zu erfassen und zu aggregieren. Die Auswertung dieser Daten könnte einen wichtigen Beitrag zu Qualitätssicherung und Monitoring von Therapieeff-

fekten in den universitären Ambulanzen liefern und wäre damit auch zur Dokumentation der Leistungsfähigkeit dieser Einrichtungen geeignet. Durch die Aggregation einer großen Anzahl an Patientendaten, bzw. psychotherapeutischen Behandlungen könnten diese Ergebnisse zudem als Vergleichs- und Orientierungsmaßstab, u. a. für durchschnittlich zu erwartende Therapieeffekte, prozentuale Anteile von Diagnosegruppen sowie die zeitliche Dauer von Therapien, dienen. Die systematische Untersuchung von Erfolgsprädiktoren – wie sie im Rahmen des britischen Programms „Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)“ derzeit durchgeführt wird (Gyani, Shafran, Layard & Clark, 2013) – könnte durch eine weitreichendere Kooperation der HSA in Deutschland ebenfalls zukünftig möglich sein.

Die beschriebene, auf den ersten Blick recht einfache, Idee der Zusammenführung von Daten setzt die gründliche und langfristig tragfähige Klärung der bereits dargestellten technischen, strukturellen und rechtlichen Fragen voraus. Die Initiativgruppe wird diese Klärungen für den Erwachsenen- und den Kinder-Jugendlichen-Bereich in Angriff nehmen, um die Bereitschaft der HSA, sich kontinuierlich an der Forschungskoope-ration zu beteiligen, zu stärken und damit die Voraussetzung für die Entwicklung weiterer, wissenschaftlich ambitionierterer, Projekte zu schaffen.

## Literatur

- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. (2012). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen – Revision 2012; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist 2001 (CBCL/4–18 R)*; bearbeitet von J. Plück & M. Döpfner. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. (2012a). *Fragebogen für Jugendliche – Revision 2012; deutsche Bearbeitung der Youth Self-Report Form-2001 (YSR-R)*; bearbeitet von J. Plück & M. Döpfner. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. (2012b). *Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen – Revision 2012; deutsche Bearbeitung der Teacher's Report Form 2001 (TRF-R)*; bearbeitet von J. Plück & M. Döpfner. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Borkovec, T. D., Echemendia, R. J., Raguesa, S. A. & Ruiz, M. (2001). The Pennsylvania Research Network and future possibilities for clinically meaningful and scientifically rigorous psychotherapy effectiveness research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 155–167.
- Castonguay L. G. (2011). Psychotherapy, psychopathology, research and practice: Pathways of connections and integration. *Psychotherapy Research*, 21, 125–140.
- Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum. (CIPS, Hrsg.). (1986). *Internationale Skalen für Psychiatrie*. (3. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Delmo, C., Weiffenbach, O., Gabriel, M., Stadler, C. & Poustka, F. (2001). *Diagnostisches Interview Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)*. (5. Auflage der deutschen Forschungsversion, erweitert um ICD-10-Diagnostik). Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Frankfurt.
- Döpfner, M., Görtz-Dorten, A. & Lehmkuhl, G. (2008). *Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche-II (DISYPS-II)*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Schnabel, M., Goletz, H. & Ollendick, T. (2006). *Phobiefragebogen für Kinder und Jugendliche (PHOKI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Ehlers, A., Margraf, J. & Chambless, D. (2001). *Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung: AKV*. Weinheim: Beltz.
- Eley, T. C. (2014). The future of therapygenetics: Where will studies predicting psychological treatment response from genomic markers lead? *Depression and Anxiety*, 31, 617–620.
- Franke, G. H. & Derogatis, L. R. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis: Manual. SCL-90-R*; deutsche Version. Weinheim: Beltz.
- Franke, G. H. & Derogatis, L. R. (2000). *BSI: Brief Symptom Inventory von Derogatis: (Kurzform der SCL-90-R)*: Deutsche Version. Weinheim: Beltz.
- Fydrich, T., Scheurich, A. & Kastem, E. (1995). *Deutsche Bearbeitung des „Social Phobia Anxiety Inventory“ SPAI*. Heidelberg: Testform.
- Fydrich, T. & Unger, T. (2013). Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten – Was sind das für Einrichtungen und was wird dort gemacht? *Psychotherapeut-entjournal*, 15, 146–151.
- Gloster, A. T., Wittchen, H.-U., Einsle, F., Lang, T., Helbig-Lang, S., Fydrich, T. et al. (2011). Psychological treatment for panic disorder with agoraphobia: A randomized controlled trial to examine the role of therapist-guided exposure in situ in CBT. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 406–420.
- Griesel, D., Wessa, M. & Flor, H. (2006). Psychometric qualities of the German version of the Posttraumatic Diagnostic Scale (PTDS). *Psychological Assessment*, 18, 262.
- Gyani, A., Shafran, R., Layard, R. & Clark, D. M. (2013). Enhancing recovery rates: lessons from year one of IAPT. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 597–606.
- Hand, I. & Büttner-Westphal, H. (1991). Die Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS): Ein halbstrukturiertes Interview zur Beurteilung des Schweregrades von Denk- und Handlungszwängen. *Verhaltenstherapie*, 1, 223–225.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (2000). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Bearbeitung der deutschen Ausgabe. Testhandbuch (3. Aufl.). Bern: Huber.
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2009). *BDI-II. Beck-Depressions-Inventar. Revision* (2. Aufl.). Frankfurt: Pearson Assessment.
- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1997). *IDCL: Internationale Diagnosen-Checklisten für DSM-IV und ICD-10*. Göttingen: Hogrefe.
- IBM. (2012). IBM SPSS Statistics for Macintosh. Armonk, NY: IBM Corp.
- Horowitz, L. M., Alden, L. E., Kordy, H. & Strauß, B. (2000). *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme: deutsche Version; IIP-D*. Weinheim: Beltz.

- Jacobi, F., Uhmann, S. & Hoyer, J. (2011). Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie? Ergebnisse aus einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40, 246–256.
- Leichsenring, F., Salzer, S., Beutel, M., Herpertz, S., Hiller, W., Hoyer, J. et al. (2013). Psychodynamic versus cognitive therapy of social anxiety disorder: A multi-center randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 170, 159–167.
- Maercker, A. & Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala-revidierte Version (IES-R). *Diagnostica*, 44, 130–141.
- Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2006). *Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK)*. Bern: Huber.
- Paul, T. & Thiel, A. (2004). *Eating Disorder Inventory-2. Deutsche Version*. Göttingen: Hogrefe.
- Pudel, V. & Westenhöfer, J. (1989). *Handanweisung, Fragebogen zum Essverhalten (FEV)*. Göttingen: Hogrefe.
- Rief, W., Hiller, W. & Heuser, J. (1997). *SOMS – das Screening für somatoforme Störungen: Manual zum Fragebogen (SOMS – the Screening for Somatoform Symptoms)*. Bern: Huber.
- Schneider, S. & Margraf, J. (2011). *DIPS: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS für DSM-IV-TR)* (4. Aufl.). Berlin: Springer.
- Schneider, S., Unnewehr, S. & Margraf, J. (2009). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter: Kinder-DIPS*. Heidelberg: Springer.
- Stangier, U., Heidenreich, T., Berardi, A., Golbs, U. & Hoyer, J. (1999). Die Erfassung sozialer Phobie durch die Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) und die Social Phobia Scale (SPS). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28, 28–36.
- Stangier, U., Heidenreich, T. & Peitz, M. (2003). *Kognitive Verhaltenstherapie bei sozialer Phobie – ein Behandlungsmニュアル*. Weinheim: Beltz.
- Stiensmeier-Pelster, J., Schürmann, M. & Duda, K. (2014). *DIKJ. Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche*. Göttingen: Hogrefe.
- Wieczerkowski, W., Nickel, H., Janowski, A., Fittkau, B. & Rauer, W. (1981). Angstfragebogen für Schüler. Braunschweig: Westermann.
- Wittchen, H. U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *SKID: Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV; Achse I und II; Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Wolf, M., Limberger, M. F., Kleindienst, N., Stieglitz, R. D., Domsalla, M., Philipsen, A. et al. (2009). Kurzversion der Borderline-Symptom-Liste (BSL-23): Entwicklung und Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften. *PPmP-Psychotherapie: Psychosomatik: Medizinische Psychologie*, 59, 321–324.
- Zaworka, W., Hand, I., Jauernig, G. & Lünenschloß, K. (2003). Hamburger Zwangsinventar (HZI). *10 Fragebögen und Ratingskalen zur Zwangsstörung*, 328.

Prof. Dr. Jürgen Hoyer

---

Technische Universität Dresden  
 Professur für Behaviorale Psychotherapie  
 Institutsambulanz und Tagesklinik für Psychotherapie  
 Hohe Str. 53  
 01187 Dresden  
 E-Mail: juergen.hoyer@tu-dresden.de