

# ZEHN THESEN ZUR PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNGSFORSCHUNG – EIN POSITIONSPAPIER

## AN APPROACH TO PSYCHOTHERAPEUTIC HEALTH SERVICE RESEARCH: TEN THESES

Karin Tritt,<sup>1,2</sup> Robert K. Bidmon,<sup>3</sup> Friedrich v. Heymann,<sup>2</sup> Peter Joraschky,<sup>4</sup>  
Claas Lahmann,<sup>1</sup> Marius Nickel<sup>5</sup> und Thomas Loew<sup>1</sup>

### Zusammenfassung

Die psychotherapeutische Versorgungsforschung (pt-VF) dient zunehmend als Entscheidungsgrundlage für die Planung von Einzelbehandlungen sowie zur Entscheidungsfindung in Institutionen und in der Gesundheitspolitik. Gerade Letzteres hat einen gewichtigen Einfluss auf unsere alltägliche psychotherapeutische Arbeit, da sie unsere Arbeitsbedingungen formt. Um die innerberufliche Auseinandersetzung mit dieser Problematik voranzubringen, wird die pt-VF auf der Grundlage von zehn Thesen in dieser Arbeit bestimmt und erläutert: Sie wird als ein interdisziplinäres Anwendungsfach aufgefasst, das im Rahmen der zunehmenden Verwissenschaftlichung der psychotherapeutischen Praxis entstanden ist und der Schließung der Praxis-Forschungs-Lücke dient. Die pt-VF ist ein Oberbegriff für verschiedene akzentuierende Forschungsansätze, deren Gegenstand stets die Realversorgung und deren Zielsetzung und Aufgabe die evidenzbasierte Evaluation und Planung der psychotherapeutischen Versorgung ist. Weiterhin braucht die pt-VF vielfältige methodische Ansätze, ist perspektivisch verankert und sollte ein Kernelement bei der Entwicklung der Versorgung zum „lernenden System“ sein.

**Schlüsselwörter** Versorgungsforschung – Psychotherapie – Anwendungsfach

### Summary

Psychotherapeutic health service research (PHSR) is used increasingly in decision-making for treatments as well as for planning in institutions and for health policies. The latter having an immense influence on everyday treatments, since these policies form the working conditions. Wanting to enhance the discussion on this approach, PHSR research is defined on the basis of 10 theses: It is viewed as an interdisciplinary applied science, which evolved through the momentary permeation of everyday practice with scientific approaches and attempts to close the gap between science and practice. It serves as a generic term for a variety of accentuating research approaches, which all have everyday treatment practice as the object of research and aim at the evidence-based evaluation and improvement of psychotherapeutic treatment and services. In addition, PHSR research requires a variety of different methodological approaches, is tied to the perspectives of different players and should be seen as an essential element towards transforming treatment services in to a "learning system".

**Keywords** Mental health service research – Psychotherapy – Effectiveness Studies

### Einleitung

Zur Unterstützung seiner gesetzlichen Aufgabe der Begutachtung des deutschen Gesundheitssystems rief der Sachverständigenrat (SVR) für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995, 2002, 2003) wiederholt zur Förderung der Versorgungsforschung (VF) auf. Dieses Anliegen fand auch bei der Politik Anklang: 1999 trafen die Bundesforschungsministerin Edelgard Bulmahn, die Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer sowie die Vorstände der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) eine gemeinsame Vereinbarung zur Stärkung der Versorgungsforschung in Deutschland. Dies mündete in die Etablierung des Förderschwerpunktes „Versorgungsforschung“ von 2001 bis 2006. Im dazugehörigen Ausschreibungstext hieß es: „Die Förderung zielt

darauf ab, versorgungsbezogenen Forschungsansätzen ein größeres Gewicht zu verschaffen und in Deutschland bestehenden Forschungsdefiziten zu begegnen. Darüber hinaus soll sie dazu beitragen, Hemmnisse beim Transfer von Forschungsergebnissen in das Versorgungsgeschehen im Gesundheitswesen abzubauen. Wissenschaftler sollen näher an versorgungs- und praxisrelevante Fragestellungen mit besonderem Bezug zur GKV herangeführt werden, um die wissenschaftliche Basis für Entscheidungen innerhalb der GKV zu vergrößern“ (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2001).

Generell muss in den vergangenen Jahren ein deutlich gesteigertes Interesse an der VF konstatiert werden. Drei Beispiele sollen dies aufzeigen:

<sup>1</sup> Abteilung Psychosomatik, Universität Regensburg

<sup>2</sup> Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik –IQP, München

<sup>3</sup> Department für Psychologie, Organisations- und Wirtschaftspsychologie der LMU-München

<sup>4</sup> Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Carl Gustav Carus Universität Dresden <sup>5</sup> Psychosomatische Klinik, Bad Aussee, Österreich

1. Der „1. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung“ in Köln wurde im Oktober 2002 von dem im Juli 2001 gegründeten „Zentrum für Versorgungsforschung Köln“ (ZVFK) veranstaltet. Dabei fiel u.a. die beeindruckende bunte Palette von insgesamt 21 teilnehmenden Fachgesellschaften auf. Ende September 2005 fand der vierte Deutsche Kongress für Versorgungsforschung unter Beteiligung von bereits mehr als 28 Fachgesellschaften statt.
2. Mittlerweile wurden auch diverse Abteilungen mit dem Schwerpunkt VF an Universitäten und Forschungsinstituten, wie z.B. beim Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (2005) oder beim Institut für Gesundheits-System-Forschung (2005), eingerichtet.
3. Auch beim außerordentlichen Ärztetag 2003 und beim 106. Deutschen Ärztetag (Bundesärztekammer, 2005) wurde von der Ärzteschaft der Beschluss gefasst, sich am Aufbau der Versorgungsforschung in Deutschland zu beteiligen.

Das Spannungsverhältnis zwischen den Einschätzungen und Erwartungen der verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens sowie der beteiligten Forscher bezüglich der VF wurde bereits beim ersten Kongress deutlich. Dies wird im Folgenden schematisch wiedergegeben (Schumacher, 2002, S. 14 f.): Nach Aussage des Sprechers des ZVFK, Prof. Dr. H. Pfaff, sei das Anliegen der Versorgungsforscher, zu einer „Effizienz- und Qualitätsexplosion“ im Gesundheitswesen beizutragen. Mit der VF solle „Licht ins Dunkel des Gesundheitslabyrinths“ gebracht werden. Das deutsche Gesundheitswesen würde an Steuerungsproblemen leiden, die durch Wissensdefizite bedingt seien. Aufgabe der VF sei es, solche Wissenslücken zu (er-)schließen (ebenda). Auch die Bundesregierung setzt große Hoffnungen in die VF: Laut Dr. Smigielski vom Bundesgesundheitsministerium solle dieser Forschungsansatz zum „kontinuierlichen Wegbegleiter aktueller und künftiger Gesundheitsreformen werden, um Fehlentwicklungen rechtzeitig zu erkennen und die möglicherweise erforderlichen Umsteuerungen zeitnah vorzunehmen“. Die „konsequente Anwendung und Neuentwicklung evidenzbasierter Leitlinien“ sowie die Untersuchung von „Hemmnissen für die Anwendung von Leitlinien in der Praxis“ wurden als weitere prioritäre Aufgaben genannt (ebenda). Skeptisch hingegen ist Prof. Dr. Fuchs, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer. Er warnt vor übertriebenen Erwartungen an die VF, die sich noch in der „Entwicklungsphase“ befinden würde. Er bezweifelte, ob deren Methodik überhaupt derart gediehen sei, dass die „VF als Grundlage zur Verteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen oder gar des medizinischen Handelns“ in Frage käme. Weiterhin befürchtete er mögliche negative Auswirkungen durch diese extern gesteuerten „Eingriffe und Bevormundungen“ auf die Arzt-Patient-Beziehung, die dann zu einer Beeinträchtigung dieses Vertrauensverhältnisses führen könnte (ebenda). Wie für ein junges Fach zu erwarten, konnte beim ersten deutschen VF-Kongress keine Einigkeit über die Ziele, die Aufgaben, den Untersuchungsgegenstand der VF sowie die adäquate Methodik erzielt werden. Diese Unstimmigkeiten halten bis heute an. Da eine erschöpfende Darstellung der unterschiedlichen VF-Definitionen, -Konzeption und Bestimmungen des Untersuchungsgegenstandes den Rahmen dieser Ar-

beit sprengen würde, folgen hier nur drei definierende Beispiele zum Aufzeigen der Problematik: So bestimmt das Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF, 2005) die VF wie folgt: „Die Versorgungsforschung ist ein Anwendungsbereich der Gesundheitssystemforschung, der sich mit Versorgungsstrukturen, -prozessen und -ressourcen befasst“ – sie ist also ein Teilbereich der Gesundheitssystemforschung. Eine nur teilweise vergleichbare Einschätzung nimmt das ZVFK vor (2005): „Versorgungsforschung kann als jenes Teilgebiet der Gesundheitssystemforschung angesehen werden, das sich auf die Mikroebene des Gesundheitssystems, insbesondere auf die Krankenhäuser, Arztpraxen oder einzelne Gesundheitstechnologien, bezieht.“ Dagegen spricht das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (2005) von ihrer Abteilung „Versorgungsforschung mit dem Schwerpunkt der Gesundheitssystemforschung im Bereich der Versorgung psychisch Kranker“ – was die Gesundheitssystemforschung als Teilgebiet der Versorgungsforschung konzipiert.

In Anbetracht der wachsenden Bedeutung des VF-Ansatzes für die Planung der bundesrepublikanischen Gesundheitsversorgung und für die deutsche Forschungslandschaft (Rudolf, 1992; Schuhmacher, 2002; Koch und Schulz, 2004), was ja vielfältige Einflüsse auf die strukturellen Arbeitsbedingungen der Behandler – auch der psychotherapeutischen Behandler – ausüben kann und vermutlich auch wird, wäre eine breiter angelegte, interdisziplinäre Diskussion dieses Ansatzes in der Psychotherapeutenchaft zu begrüßen. Deshalb wird im Folgenden eine Konzeptualisierung der VF in Form eines Thesenpapiers präsentiert. Diese Ausführungen sollen sich auf die psychotherapeutische VF beschränken und die Stärken, aber auch die Schwächen des Ansatzes, insbesondere im Rahmen der Diskussion, verdeutlichen.

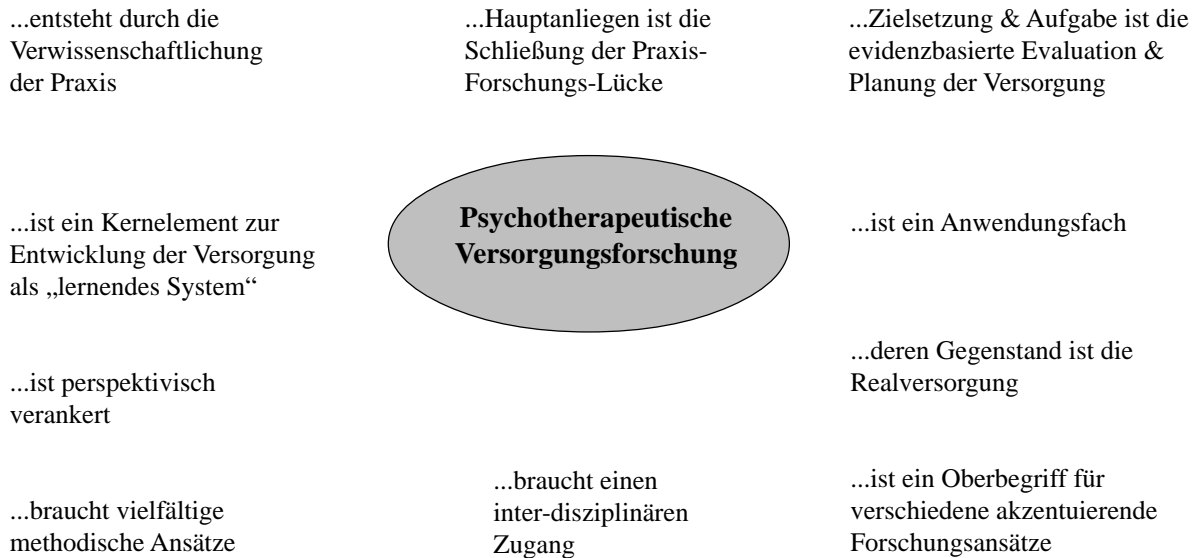
## **Zehn Thesen zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung**

Nach einer schematischen Übersicht (s. Abb. 1) der 10 Thesen zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung (pt-VF) werden sie im Folgenden einzeln vorgestellt und erläutert. In der Gesamtschau sollen diese Thesen die Grundlage für eine Konzeptualisierung der pt-VF liefern.

### **These 1 – Die zunehmende Forderung nach einer Evidenzbasierung bzw. einer Verwissenschaftlichung der alltäglichen medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung ist der Entstehungshintergrund der VF**

In den vergangenen fünfzehn Jahren mehrten sich die Forderungen nach einer stärkeren evidenzbasierten Fundierung der medizinischen Praxis – und damit auch der Psychotherapie, der Psychosomatik, der Psychiatrie und verwandter Fachgebiete (Clay, 2000). Dabei wird unter „Evidenzbasierung“ wohl eine medizinische und psychotherapeutische Versorgung verstanden, die sich so weit wie möglich der Prinzipien einer wissenschaftlichen Methodik zur Evidenzgewinnung bedient (Sackett et al., 2001; Lambert et al., 2004a). Auch viele Vertreter der bundesdeutschen Gesundheitspolitik haben sich diese Forderung zu eigen gemacht. Dies fand einen wesentli-

Abbildung 1: Zehn Thesen zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung



chen Niederschlag beim Beschluss des 2004 in Kraft getretenen Gesundheitsmodernisierungsgesetzes GMG (Deutscher Bundestag, 2003). Gerade die sozialpolitischen Implikationen dieser Verwissenschaftlichung des Gesundheitswesens lösen teilweise massive Kritik bei den an der Versorgung beteiligten Akteuren aus. Als bekanntester Meilenstein dieser Entwicklung der Verwissenschaftlichung kann die Formulierung und Verbreitung des Ansatzes „evidenzbasierter Medizin“ (EBM) von Sackett et al. (2001) betrachtet werden. Im Rahmen des EBM-Ansatzes entstand eine Reihe weiterer evidenzbasierter Abkömmlinge, wie beispielsweise die „evidenzbasierte Praxis“ (EBP), die Behandlungs- bzw. Versorgungs-Leitlinien sowie die „Empirically Supported Therapies“ (Chambless und Ollendick, 2001). Auch die VF ist in diese junge Tradition einzuordnen.

Für die Entwicklung dieser Ansätze lassen sich verschiedene Gründe anführen. Der Versuch der Politik, verbesserte Lösungsansätze gegen die Kostenexplosion im Gesundheitswesen zu finden, ist sicherlich einer der Gründe für diese Tendenz. Für die Erarbeitung von Lösungsvorschlägen zieht die Politik wissenschaftliche Experten heran (z.B. den SVR), die sich wiederum der wissenschaftlichen Methodik bedienen. Diese Methodik soll auch einen höheren Grad an Transparenz bei der politischen Entscheidungsfindung mit sich bringen (SVR, 2002). Weiterhin sind verschiedene Argumente zu nennen, die für die Entstehung und Verbreitung der EBM-Bewegung verantwortlich gemacht werden (Sackett et al., 2001), aber auch für das übergeordnete Feld der VF angeführt werden können. Auch für diese eher behandlungsbezogenen Probleme soll die wissenschaftliche Methodik Abhilfe schaffen.

1. Bereits Wissenschaftler können die kaum zu überblickende und kaum zu beherrschende Fülle neuer Erkenntnisse aus den verschiedenen Fachgebieten, die fortschreitende

Professionalisierung und Spezialisierung der modernen Medizin (Siegrist, 1995), die ständig kürzer werdende „Halbwertszeit“ medizinischer Kenntnisse sowie die bekannten zeitlichen und finanziellen Einschränkungen, denen die heutigen Versorgungssektoren unterworfen sind, bewältigen. Wegen der Arbeitsbedingungen in der Realversorgung stellt dies alles ein kaum überbrückbares Problem für den klinischen Praktiker und den praktizierenden Psychotherapeuten dar.

2. Neben den eingangs genannten Aspekten wird weiterhin auf das Problem des grundsätzlichen „Fehlens“ bzw. der „Fehlbarkeit“ menschlichen - und damit auch des medizinischen bzw. psychotherapeutischen - Wissens verwiesen (Nisbett und Ross, 1980). In diesem Zusammenhang differenzieren Sackett et al. (2001) zwischen „opinion-based“ und „evidence-based medicine“, also zwischen einer auf eigener Meinung bzw. Ansicht basierten und einer evidenzbasierten medizinischen Praxis. Einerseits benennt diese Unterscheidung, die eine Lücke zwischen Forschung und Praxis postuliert, die Schwierigkeit des Auf-dem-neuesten-Stand-informiert-Seins unter verschärften Praxisbedingungen, andererseits beinhaltet sie jedoch auch die Unterstellung, dass einige Kolleginnen und Kollegen ihre Krankenbehandlungen nicht hinreichend selbstkritisch unter die Lupe nehmen. Diese Unterstellung von Sackett und Kollegen, die auf einer Unterscheidung zwischen Alltag bzw. Praxis und Wissenschaft beruht, beinhaltet eine übertriebene Entwertung des Alltags- bzw. des Erfahrungswissens. Allerdings spricht auch eine Reihe von Faktoren für die Verwissenschaftlichung des medizinischen und psychotherapeutischen Alltags. Zur Klärung dieser Faktoren wird im Folgenden die Praxis-Forschungs-Lücke betrachtet.

**These 2: Das Hauptanliegen der pt-VF ist die Schließung der Lücke zwischen der alltäglichen psychotherapeutischen Praxis und der Forschung**

Als Lücke zwischen Praxis und Forschung kann die fehlende Integration von neuen Forschungsergebnissen in der psychotherapeutischen Praxis sowie in der Planung der Versorgung betrachtet werden. Diese Lücke wird seit der zweiten Hälfte der neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts zunehmend beklagt. So veranstaltete beispielsweise das National Institute of Mental Health 1998 einen Workshop zum Thema „Bridging Science and Service“ (National Advisory Mental Health Council's Clinical Treatment and Service Research Workgroup, 1998). Insbesondere zu einer Förderung der „Dissemination Research“ (Stirman et al., 2004) wurde dort geraten, die Erforschung der Gründe für das mangelnde Interesse der Praktiker an neuen Forschungsbefunden sowie die fehlende Umsetzung dieser Erkenntnisse in die Praxis zum Gegenstand hat. Auch die Bundesregierung (2001) nennt die Verbesserung des Transfers zwischen Praxis und Wissenschaft im Gesundheitswesen als eine wichtige Aufgabe der Gesundheitsforschung, wozu die VF gezählt wird.

Die Konzeption einer Lücke zwischen Praxis und Forschung basiert auf der Annahme prinzipieller Unterschiede zwischen der alltäglichen Praxis und der Wissenschaft, auf die jetzt eingegangen wird, um das Anliegen der Verwissenschaftlichung der medizinischen und psychotherapeutischen Praxis sowie das Transferproblem zwischen Praxis und Forschung weiter zu klären und um entscheidende Hinweise für die Konzeptualisierung der VF als Anwendungsfach zu bekommen. Wenn die VF ein sowohl in der Wissenschaft als auch in der Anwendungspraxis anerkanntes Gebiet sein will, so ist es notwendig, dass das eine Gebiet das andere nicht entwertend betrachtet. Auch die Problematik der erforderlichen „Übersetzungs- und Rückübersetzungsleistungen“ zwischen dem Alltag und der Wissenschaft dürfte durch eine derartige Einstellung erleichtert werden. Entscheidend ist, dass gleichsam die Stärken und Schwächen beider Bereiche gesehen werden, wie dies z.B. bei der Konzeptualisierung von Schütz (1971), Schütz und Luckmann (1979) sowie Soeffner (1998) geschieht.

Das Alltagswissen ist nach Schütz und Luckmann (1979) häufig – insbesondere wenn, wie bei Notfällen, zeitlicher Handlungsdruck besteht - die bestmögliche Wissensquelle. Zudem wird bei der Konzeption von Sackett et al. die Konstitution und Aufrechterhaltung des Alltagswissens außer Acht gelassen. Das Alltagswissen basiert auf (eigenen und fremden) Erfahrungen und stellt sozial vermittelte Problemlösungen dar, die hochroutiniert durchgeführt werden und meist bis zur „Bewusstlosigkeit“ erprobt sind (Schütz und Luckmann, 1979; Soeffner, 1998). Die Problemlösungen werden von ihrem Entstehungszusammenhang losgelöst – etwa vergleichbar mit den Handlungsanweisungen von Kochrezepten – von Generation zu Generation weitervermittelt. Nur Problemlösungen, die sich einem personenübergreifenden Prozess der Bewährung mehr oder minder erfolgreich unterzogen haben, werden in der Regel bei zukünftigen Problemlösungen sozial

weitergegeben. Sie sind allerdings auch pragmatische Lösungen, die nicht notgedrungen systematisch optimiert wurden.

Eine neutralere Darstellung der Unterschiede zwischen beiden Bereichen, und damit ein brauchbares Fundament zur „neutraleren“ Betrachtung des Alltags und der Wissenschaft, liefert Schütz (1971). Er beschreibt u. a. vier idealtypische Unterschiede zwischen dem wissenschaftlichen Denken und dem Alltagsdenken. Diese sind bipolar konstruiert und weisen fließende Übergänge zwischen den Polen auf.

1. Das Alltagsdenken sei vom pragmatischen Motiv bestimmt, d. h., das Hauptanliegen ist die Bewältigung der alltäglichen Anforderungen und Pläne. Der Wissenschaftler hingegen sollte ein neutraler (bzw. desinteressierter) Beobachter sein, der sich keinem speziellen Forschungsausgang verpflichtet fühlt, sondern lediglich dem Erkenntnisinteresse.
2. Im Alltag würde das Zweifeln am Funktionieren erprobter Handlungen (im Sinne einer Art Handlungsökonomie) beim Erstellen der Handlungsentwürfe ausgeklammert werden - zugunsten der nicht hinterfragten Selbstverständlichkeit, dass in der Vergangenheit funktionierende Handlungsrezepte sich auch in der Zukunft (zumindest hinreichend) bewähren würden. Beim wissenschaftlichen Denken sollte just dieser Zweifel systematisch gepflegt und das ständige In-Frage-Stellen zum Imperativ erhoben werden.
3. Der Weg der wissenschaftlichen Erkenntnisgewinnung sollte sich durch ein größeres Maß an formeller Systematik - was die wissenschaftliche Methodik ja darstellt - auszeichnen als bei der alltäglichen Wissensgewinnung. Der aus dem Alltag entlehnte Planungsprozess würde hingegen eher auf mehr oder minder vagen „Pi mal Daumen“-Einschätzungen beruhen.
4. Der vierte Unterschied bezieht sich auf die sozial legitimierte Begründungen für Entscheidungen und Handlungen: Während im Alltag eine Reihe unterschiedlicher Typen von Motiven, wie persönliche Präferenzen, Gefühle, Traditionen sowie kulturelle Normen und Werte zulässig ist, sollten wissenschaftliche Entscheidungen stets auf rationalen Begründungen aufbauen.

In Anlehnung an die eben gemachten Ausführungen ist das ausschlaggebende Forschungsfeld der pt-VF die Behandlungs- und Versorgungspraxis. Die Handlungsbedingungen dieses Anwendungsfeldes geben dabei zum einen wichtige Impulse für die pt-VF, zum anderen ist das Verstehen der Handlungsbedingungen ein entscheidender Ausgangspunkt für den Erfolg der „Vermittlung“ der pt-VF-Befunde im Anwendungsfeld, um dort – so weit wie möglich – eine Kultur des rationalen, neutralen Beobachtens, Zweifelns und Evaluierens zu entwickeln; diese Kultur sollte mit der wissenschaftlichen Methodik ergänzt werden und in der klinischen und psychotherapeutischen Praxis, bei der Planung der Versorgung und bei der Planung der Gesundheitspolitik Verwendung finden. Während es bei der EBM ausschließlich um eine stärkere Verwissenschaftlichung der alltäglichen klinischen Behandlungen, um eine stärkere und selbstkritischere Eigenüber-

prüfung der jeweiligen Behandlungsansätze sowie um eine kontinuierliche Integration neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Praxis geht, hat die VF einen umfassenderen Anspruch, der sich darüber hinaus noch auf die Versorgungsevaluation und -planung bezieht. Dieser Ansatz kann selbstverständlich auch für die Planung und Evaluation gesundheitspolitischer Reformen eingesetzt werden (SVR, 1995, 2002; BMBF, 2001), was zur folgenden These über die Zielsetzung und Aufgabe der pt-VF überleitet.

### **These 3: Zielsetzung und Aufgabe der Versorgungsforschung sind die evidenzbasierte Evaluation und Planung der Versorgung**

Analog zum Konzept der „Clinical Utility“ (klinische Nützlichkeit) von Beutler und Howard (1998) sollen als übergreifende Zielsetzung der psychotherapeutischen VF die Evaluation praxisrelevanter und problematischer Versorgungsfragen und/oder deren Optimierung bestimmt werden. Die psychotherapeutische VF sollte möglichst evidenzbasiert erfolgen und eine so weit wie möglich auf den Regeln der wissenschaftlichen Methodik fundierte Grundlage für klinische Entscheidungen und für die Planung der psychotherapeutischen Versorgung bieten. Dies könnte bei der wechselseitigen Überwindung der Praxis-Forschungs-Lücke helfen und positive Auswirkungen auf die Qualität der psychotherapeutischen Behandlungen und Versorgung haben. Hierbei kann es z.B. um die Evaluation von Einzelbehandlungen gehen, genauso wie um die Durchführung klinikinterner Auswertungen für einen Krankenhausbetreiber oder um Auswertungen für die Planung von Gesundheitsreformen. Die wissenschaftliche Güte der VF-Untersuchungen sollte im Verhältnis zu den für die Fragestellung relevanten vorhandenen Wissensbeständen gesehen werden (v. Rosenstiel, 2003), den verfügbaren Ressourcen sowie den Handlungskonsequenzen, die sich aus der Auswertung ergeben. So könnte z. B. eine Quantifizierung von klinikinternen Parametern, wie z. B. die Patientenzufriedenheit oder eine systematische Mitarbeiterbefragung, zwar keinen Kausalnachweis, doch zumindest eine deutlich bessere Planungsgrundlage für eine Abteilung liefern als die für den Alltag typischen „Pi mal Daumen“-Einschätzungen. Freilich wären andere Gütekriterien, z.B. für die Zulassung neuer Behandlungsmethoden, zu fordern als für klinikinterne Entscheidungen. Bei der Bewertung von Forschungsbefunden muss selbstverständlich die methodische Güte der jeweiligen Erhebung kritisch reflektiert und bei der Interpretation der Daten bedacht werden. Weitere Ausführungen zu einem methodischen Ansatz für die VF werden im Rahmen einer folgenden These dargelegt. Das in dieser These skizzierte Anliegen der Optimierung von praxisrelevanten Problemen aus dem Anwendungsfeld stellt auch ein zentrales Merkmal einer angewandten Wissenschaft dar, wie in den Ausführungen zur nächsten These dargelegt.

### **These 4: Die Versorgungsforschung ist ein Anwendungsfach**

Im Rahmen seiner Ausführungen zu Anwendungsfächern unterscheidet v. Rosenstiel (2003) für die Psychologie zwischen einem a) theoretischen, b) angewandten und c) praktischen Fach. Hierbei warnt er vor dem gängigen Missverständnis,

ein Anwendungsfach beinhalte lediglich die Anwendung des in der Grundlagenforschung des entsprechenden Faches erarbeiteten momentanen Fachwissens (v. Rosenstiel, 2003, S. 34 f.): In einem Anwendungsfach würde ebenso wie in einem theoretischen Fach Forschung betrieben, doch würden sich die Fragestellungen in einem Anwendungsfach aus den „offenen Fragen und Bedürfnissen in den Anwendungsfeldern“ ergeben, in einem theoretischen Fach dagegen aus den „Unvollkommenheiten, Lücken und Widersprüchlichkeiten der allgemeinen Theorie“ des Faches. Letzteres könne entsprechend als Grundlagenwissenschaft aufgefasst werden. Die Grenzen zwischen einem theoretischen und einem angewandten Fach seien selbstverständlich fließend, da auch die Beantwortung der Fragen aus den Anwendungsfeldern in der Forschung theoriegeleitet erfolgen müsse und implizit weitere Forschungsarbeiten dort initiiert werden würden, wo die Theorie lückenhaft oder widersprüchlich erscheine. Bei einem praktischen Fach würde es hingegen um die routinemäßige Umsetzung des Fachwissens in die Praxis gehen. Auch hier sei keine eindeutige Grenzziehung, sondern nur eine akzentuierende möglich. Nach dieser Einteilung ist die VF als Anwendungsfach einzuordnen, da es sich stets um die Problemstellungen handelt, die aus dem Anwendungsfeld kommen. Wenn man nun in diesem Kontext die bereits vorgestellten Differenzierungskriterien zwischen Alltag und Wissenschaft von A. Schütz zurate zieht (1971), dann sollte bei einem Anwendungsfach – also auch bei der VF – die Bewältigung des praktischen Problems (d.h. das pragmatische Motiv) bei der Genese der Forschungsfragen leitend sein, während bei den Resultaten das unvoreingenommene Erkenntnisinteresse der wissenschaftlichen Einstellung vorherrschen sollte. Ansonsten würden die übrigen Kriterien für die Wissenschaft von Schütz gelten. Entsprechend diesen Ausführungen könnte man das Verhältnis zwischen der angewandten VF und den für die Thematik der Psychotherapie relevanten theoretischen und praktischen Ansätzen jeweils als Figur-Hintergrund-Beziehungen auffassen, die sich gegenseitig befruchten können.

Rosenstiel und Wosché (2002) führen ein weiteres Kriterium für die angewandte Forschung ein: Diese sei nicht nur – wie eine theoretische Wissenschaft – dem **Kriterium der Wahrheit**, sondern genauso dem **Kriterium der „Nützlichkeit“** verpflichtet. Bei der Anwendung in der Praxis – also bei einem praktischen Fach – gelte dies in nahezu ausschließlichem Maße. Schütz und Luckmann (1979) würden in diesem Sinne vom pragmatischen Motiv sprechen. Sobald Forschung nützlich sein will, stellt sich jedoch auch die manchmal schwer zu beantwortende Frage (die später erneut aufgegriffen wird), was überhaupt als Nutzen aufgefasst wird und wem der erhoffte Nutzen zugute kommen soll. Unserer Meinung nach sollte die Fähigkeit einer VF-Studie, die jeweiligen Forschungsfragen für die klinische Praxis zu beantworten, bzw. die Optimierung der psychotherapeutischen Behandlung und Versorgung als Nutzen betrachtet werden. Der SVR hat in seinem Gutachten 2003 auch hierzu Stellung für den Bereich der GKV genommen und schlägt vor, die Kriterien der Optimierung verstärkt an den Bedürfnissen der Nutzer (also der Patienten) auszurichten, dem zuzustimmen ist.

### These 5: Gegenstand der Versorgungsforschung ist die Realversorgung

Mitte der 1990er Jahre ist – neben der VF, der EBM und deren Abkömmlingen sowie der Dissemination Research – eine Reihe neuer Forschungskonzeptionen insbesondere für die psychosoziale Medizin und die Psychotherapie, entstanden, die allesamt eine größere pragmatische Orientierung der Forschung anstrebten. Diese Entwicklung wurde wohl durch das Bemühen der Politik um Qualitätsnachweise der Behandlungen und um Versorgungsdaten für die Planung im Gesundheitswesen sowie durch methodologische Debatten gefördert.

Das Gemeinsame an solchen pragmatisch orientierten Ansätzen ist die Fokussierung des Forschungsinteresses auf das Anwendungsfeld, also auf die Routinebehandlung<sup>1</sup> bzw. auf die Realversorgung. Dabei bezogen sich verschiedene Einzelansätze allerdings auf mehr oder minder beschränkte Bereiche der gesamten psychotherapeutischen Versorgungsrealität. Weiterhin sollte bedacht werden, dass es – im Sinne von Schütz (1971) – bei der VF um das Auffinden pragmatischer Lösungen für praktische Probleme geht. Entsprechend sollte die psychotherapeutische VF möglichst auch auf Datenmaterial fußen, das versorgungsrelevante, repräsentative Aussagen zu den jeweils untersuchten, aus der Praxis stammenden Forschungsfragen erlaubt. Aus diesem Grunde stellen die psychotherapeutischen Routinebehandlungen und die Realversorgung sowie deren Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren den Untersuchungsgegenstand der VF dar – in Abgrenzung zu einem hochartifizialen experimentellen Setting. Diese These steht in Einklang mit diversen anderen Autoren (z. B. Pfaff, 2003; Bundesärztekammer, 2005; IGSF, 2005). Beispielhaft verdeutlichen die folgenden drei Ansätze, die als akzentuierende Forschungswege der VF aufgefasst werden können, wie stark die Anwendungsorientierung in der VF ist:

1. So wurde der Begriff der „Clinical Utility“ – also der klinischen Nützlichkeit – Ende der 1990er Jahre für den Bereich der Psychotherapie eingeführt und die Etablierung eines eigenständigen Forschungszweiges begründet. Nach Beutler und Howard (1998) bezieht sich „Clinical Utility Research“ auf die Frage, wie man Wissen entwickelt, das zur direkten Verbesserung der klinischen Praxis beitragen kann. Bei „Clinical Utility Research“ geht es nicht ausschließlich um Fragen der psychotherapeutischen Wirksamkeit. Hier stehen auch Fragestellungen, wie z. B. Zugangswege zur Psychotherapie, der Einfluss von Patientenmerkmalen auf Eignung für spezifische Therapieformen sowie Qualitätssicherung, auf dem Prüfstand. Bezogen auf die Methodik verweisen die Autoren auf ein relativ offenes Methodenarsenal, das die Eigenheiten des jeweiligen Settings sowie der Population berücksichtigt und dessen Resultate eine Anleitung zur Verbesserung der klinischen Praxis geben sollen.

2. Bei der „Patientenorientierten VF“ (Patient-focused Research) steht die Frage im Vordergrund, ob ein spezifischer Patient im Laufe seiner Therapie Fortschritte macht oder ob die Indikationsstellung neu überdacht werden sollte (Lambert et al., 2001; Lutz, 2003). Es wird davon ausgegangen, dass das Wissen, dass sich ein bestimmter Prozentsatz von Patienten im Laufe einer psychotherapeutischen Behandlung verbessert, noch keine zuverlässige Aussage über die zu erwartenden psychotherapeutischen Fortschritte eines individuellen Patienten erlaubt. Aus diesem Grunde wird Monitoring über den gesamten Prozess der Behandlung eingesetzt, um gegebenenfalls eine Anpassung der therapeutischen Strategie im Einzelfall vornehmen zu können.
- 3) Als weiterer Forschungsweig sollte hier die „Mental Health Service Research“ genannt werden, die sich als multidisziplinärer Ansatz (der z. B. die Epidemiologie, die Medizin, die Psychologie, die Soziologie, die Gesundheitsökonomie und die Politologie einschließt) zur Erforschung der Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen versteht (Burke, 1995; Hargreaves et al., 1998). Hierzu muss noch angemerkt werden, dass die Mental Health Service Research das gesamte Spektrum der Versorgung psychisch Kranker umfasst, von dem die Psychotherapie nur *eine* Behandlungsform ist. Deshalb sollte dieser Begriff nicht mit der psychotherapeutischen VF gleichgesetzt werden. So fanden z. B. Holzinger und Angermeyer (2003) im Rahmen einer Inhaltsanalyse der sozialpsychiatrischen Forschungsthemen in deutschsprachigen wissenschaftlichen Zeitschriften, dass die VF während des Erhebungszeitraumes 2001-2002 mit 31,7 % den größten Anteil der Arbeiten ausmachte, während die Psychotherapie nur in 4,4 % der Arbeiten Gegenstand der Forschung war. Im Rahmen der Mental Health Service Research werden die Fragestellungen der „Clinical Utility Research“ häufig um strukturelle Aspekte (z. B. Bedarf, Versorgungsstruktur und Einfluss von Reformen etc.) ergänzt. Bei den deutschsprachigen Public-Health-Ansätzen wird in diesem Kontext noch von der „Gesundheitssystemforschung“ gesprochen (Deutsche Gesellschaft für Public Health, 1999), die schwerpunktmäßig auf die Erfassung von Einflüssen des Gesundheitssystems auf die Versorgung (darunter auch der psychisch Kranken) abzielt.

### These 6: Die Versorgungsforschung ist ein Oberbegriff für verschiedene akzentuierende Forschungsansätze

Wie bereits in der vorangegangenen These angerissen, sollte der Terminus „pt-VF“ als Oberbegriff konzipiert werden, der die Analyse psychotherapeutischer Behandlungen und der gesamten psychotherapeutischen Versorgung umfasst, während Begriffe wie „Gesundheitssystemforschung“ oder „Patient-focused Research“ selektiv bestimmte Aspekte der Versorgung herausgreifen und akzentuieren (vgl. hierzu die Ausführungen zur akzentuierenden Begriffsbildung von v. Rosenstiel, 2003). Da die Beantwortung verschiedener behandlungs- und versorgungsrelevanter Fragen des Einbezugs von Variablen unterschiedlichster Abstraktionsniveaus (Mikro-, Meso-

<sup>1</sup> Selbstverständlich werden in diesem Beitrag unter Routinebehandlungen solche Behandlungen aufgefasst, die unter den Bedingungen des bundesrepublikanischen Gesundheitssystems stattfinden.

und Makroebene) aus den unterschiedlichen wissenschaftlichen Blickwinkeln (vgl. These 7) bedürfen, ist es nicht sinnvoll, die VF z.B. unnötig auf das Versorgungssystem zu beschränken, wie von manchen Autoren vorgeschlagen wird (Pfaff, 2003), oder die Versorgungsforschung gar als Teil der Gesundheitssystemforschung zu konzipieren, die sich mit einzelnen Einrichtungen (z.B. Krankenhäusern) oder Technologien befasst (Haisch et al., 1999). So wäre beispielsweise das Einzelfallmonitoring im Rahmen der Evaluation der integrierten Versorgung inklusive einer anschließenden Responder-Analyse als eine Forschungsfrage denkbar, die die Analyse von Variablen der unterschiedlichsten Systemebenen erfordern würde. Während die ausschließliche Fokussierung z.B. auf die „Mikroebene“ einzelner Behandlungen oder auf die strukturelle „Makroebene“ sicherlich bei einigen Fragestellungen zweckmäßig ist, sollte diese Unterscheidung mit Vorsicht genossen werden, da beide Forschungsfelder jeweils in einer Figur-Hintergrund-Beziehung zueinander stehen und sich gegenseitig beeinflussen (Goffmann, 1964).

Nach den bisherigen Ausführungen dürfte deutlich geworden sein, dass die VF für den psychotherapeutischen Bereich eine Vielzahl verschiedener Einzelthemen umfasst, wie die bereits aufgezählten Forschungszweige, aber auch viele andere mehr, wie z. B. die Epidemiologie psychischer Störungen (z. B. Wittchen et al., 1998), die Bedarfsplanung, die Bedarfsgerechtigkeit anhand von Analysen der Unter-, Über- und Fehlversorgung (z.B. SVR, 2002), Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz (z.B. Zepf et al., 2003), Patientenkarrerien (z.B. Siegrist, 1995), Inanspruchnahme von Therapien (z.B. Tritt et al., 2004) sowie die Grunddaten der ambulanten Versorgung, Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (z. B. Statistisches Bundesamt, 2003). Freilich stellen die psychotherapeutische Behandlung und deren Behandlungsergebnis - also die Analyse der Wirksamkeit der psychotherapeutischen Versorgung sowie die Erforschung ihrer spezifischen Effekte unter Alltagsbedingungen – den Hauptuntersuchungsgegenstand dar. Doch alle weiteren Faktoren, wie Rahmenbedingungen und Risikofaktoren, die einen Einfluss auf diesen Prozess ausüben könnten, sind prinzipiell ebenfalls für die VF von Interesse. Zur ersten Gliederung und Ordnung des Forschungsfeldes wird vorgeschlagen, die psychotherapeutische Versorgung als einen Prozess zu betrachten und zwischen Input-, Prozess- und Outputvariablen zu unterscheiden. Durch diese Einteilung erfolgt eine Strukturierung des Feldes, die zugleich eine Übersicht der Vielfalt an Variablen ermöglicht und zudem noch das Erkennen zeitlicher Abfolgen (Wenn-dann-Beziehungen) erleichtert. Obwohl eine Übersicht über den Forschungsstand der verschiedenen Forschungszweige der psychotherapeutischen VF sicherlich wünschenswert wäre, würde dies den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

Auch die Gegebenheiten des jeweiligen Gesundheitssystems können eine Rolle bei der Zuordnung zu einem Forschungsfeld spielen. Da z. B. die Prävention und Gesundheitsförderung eine gesetzliche Aufgabe in der bundesdeutschen Versorgung darstellen, sollten z. B. Arbeiten zur Prävention und zu Risikofaktoren aus der Epidemiologie zum Bereich der bundes-

deutschen VF gezählt werden. Dementsprechend scheint es nicht sinnvoll zu sein, starre Grenzen für dieses Feld vorzusehen - insbesondere, wenn man die Veränderbarkeit politischer Strukturen über die Zeit bedenkt. Auch die Übertragung von Forschungsergebnissen, die in einem Land gewonnen wurden, auf ein anderes Land ist im Kontext der VF generell als problematisch einzuschätzen.

### **These 7: Die Versorgungsforschung braucht einen interdisziplinären Zugang**

Betrachtet man die vielfältigen Anwendungsfelder der VF, wie beispielsweise die Patienten, die psychotherapeutischen Behandlungen sowie die psychotherapeutische Versorgung, so stellen diese in der Praxis hochkomplexe Gegenstandsbereiche dar. Diese können unter dem Blickwinkel vieler Einzelwissenschaften analysiert werden. Schließlich machen die aus der Praxis stammenden Problemstellungen nicht vor den „Türen der Einzelwissenschaften“ halt. Während sich die Psychologie beispielsweise auf den Aspekt des menschlichen Erlebens und Verhaltens beschränkt, würde sich die Soziologie auf die so genannten sozialen und gesellschaftlichen Tatsachen und die Wirtschaftswissenschaften auf die monetären Aspekte der psychotherapeutischen Versorgung begrenzen. In diesem Kontext kann man zwischen einer Aspektspezialisierung, die für eine Einzelwissenschaft typisch ist, und einer Problemspezialisierung, die typisch für ein Anwendungsfach ist, unterscheiden (v. Rosenstiel, 2003). Bei einer für die Versorgungsforschung erforderlichen Problemspezialisierung wird ein eng umschriebener Gegenstands- bzw. Problembe- reich unter allen wesentlichen Aspekten (d.h. unter Zuhilfenahme z.B. psychologischer, soziologischer, wirtschaftswissenschaftlicher, politologischer, juristischer Ansätze etc.) analysiert. Mit anderen Worten: Bei der Bearbeitung einer spezifischen pt-VF-Forschungsfrage sollten möglichst jeweils alle Disziplinen beteiligt werden, die einen Beitrag zu dieser spezifischen Fragestellung leisten können. Jede wissenschaftliche Einzeldisziplin hat auch eigene methodische Standards entwickelt, die den Aspekten des Faches gerecht werden sollen. Diese sollten selbstverständlich bei der Erfassung der jeweils speziellen Aspekte in Betracht gezogen werden. Gerade diese schwierige und zugleich erforderliche Ausrichtung auf eine Problemspezialisierung bei der psychotherapeutischen VF verweist auf den Herausforderungscharakter dieses umfangreichen Unterfangens und auf die Notwendigkeit eines interdisziplinären und methodenoffenen Zugangs des Faches (Pfaff, 2003).

### **These 8: Die Versorgungsforschung braucht vielfältige methodische Ansätze**

Begreift man, wie bereits angeregt, die Realversorgung als Hauptuntersuchungsgegenstand der VF, dann wirft dies für die Methodik einige Fragen auf, die bereits an anderer Stelle eingehend erläutert wurden (Tritt et al., 2005). Aus diesem Grunde sollen hier lediglich ein methodisches Ordnungsschema und ein grundlegender Evaluationsrahmen für die pt-VF vorgeschlagen werden.

In Anbetracht der Interdisziplinarität und Komplexität des Forschungsfeldes sowie der potenziellen Fragestellungen wird die Versorgungsforschung ein breites Angebot von Methoden brauchen. Sie sollte sich nicht, wie dies manche Autoren vorschlagen, auf einzelne Forschungsdesigns, wie experimentelle oder quasiexperimentelle Designs beschränken (z.B. Pfaff, 2003). Von Rosenstiel (2003, S. 27 ff.) strukturiert die Methodenvielfalt. Da sich diese Überlegungen auch für die VF eignen, werden sie im Folgenden beschrieben. Von Rosenstiel schlägt eine Strukturierung vor, bei der die drei folgenden Aspekte in ihren spezifischen Ausprägungen jeweils miteinander kombinierbar sind (Abb. 1):

1. Die Aktivität des Forschers [Ausprägungen:
  - a) Introspektion des Forschers, b) Befragung der Betroffenen, c) Beobachtung des Phänomens und d) die Analyse von Verhaltensereignissen],
2. Strategie des Forschers [Ausprägungen:
  - a) unsystematische Informationsgewinnung, b) systematische Informationsgewinnung, c) quasiexperimentelles Vorgehen und d) experimentelles Vorgehen] sowie
3. der Ort, an dem Forschung stattfindet [Ausprägungen:
  - a) Labor- und b) Feldforschung].

Die möglichen Kombinationen könnte man sich – laut v. Rosenstiel - als dreidimensionalen Würfel vorstellen (vgl. Abb. 2). Randomisierte, kontrollierte Studien (RCTs) und naturalistische Wirksamkeitsnachweise (Effectiveness-Studien) würden nach dieser Systematisierung keine Gegensätze darstellen, sondern eine Verortung der einzelnen Forschungsschwerpunkte auf unterschiedlichen Erfassungsaspekten (Forschungsort: Feldforschung vs. Labor und Forschungsstrategie: experimenteller vs. quasiexperimenteller Ansatz).

Zu diesem Modell wird eingeräumt, dass die faktische Besetzung der einzelnen Würfelzellen große Unterschiede aufweisen kann und zumindest ansatzweise häufig mit verschiedenen Phasen des Erkenntnisgewinns zusammenhängt. So wäre z. B. die Introspektion zusammen mit unsystematischer Informationsgewinnung bei der Feldforschung eher für die Hypothesengenerierung geeignet (Themenbeispiel: Überlegungen zur Erfassung der Gründe für die schichtspezifische Nicht-Inanspruchnahme einer Psychotherapie bei gleichzeitigem Behandlungsbedarf), während experimentelle Laborforschung, verbunden mit Analysen von Verhaltensereignissen, eher für die spätere Phase der Hypothesenüberprüfung angesagt wäre (Themenbeispiel: Experiment zum Einfluss von Patienteninformationen über das Setting auf den Behandlungsverlauf). So sind auch „hochkontrollierte“ Situationen in der Versorgungslandschaft vorstellbar. Experimentalergebnisse können zweifelsohne auch unverzichtbares Feedback für die Versorgung liefern. Wenn die Erfassung der Versorgungsrealität im Mittelpunkt der Betrachtung steht, bieten sich – bei hoher Komplexität des Gegenstandes – eher systematische Erfassungen bzw. quasiexperimentelle Studien im Rahmen der Feldforschung, verbunden mit einer Analyse von Verhaltensereignissen, als Methode der Wahl an (z. B. Effectiveness-Studien). Zusätzlich wären erste Evaluationen von Versorgungsfragen in diesem Zusammenhang zu nennen, die nicht den Erfordernissen der Inferenzstatistik gerecht werden und auch nicht den Status eines Kausalnachweises für sich beanspruchen können. Während in solchen Fällen nicht von wissenschaftlichen Beweisen die Rede sein kann, könnten solche Erhebungen, die noch der weiteren Prüfung harren, als „erste vorläufige Hinweise“ für Behandlungsempfehlungen dienen bzw. eine nützliche Entscheidungshilfe für Einzelein-

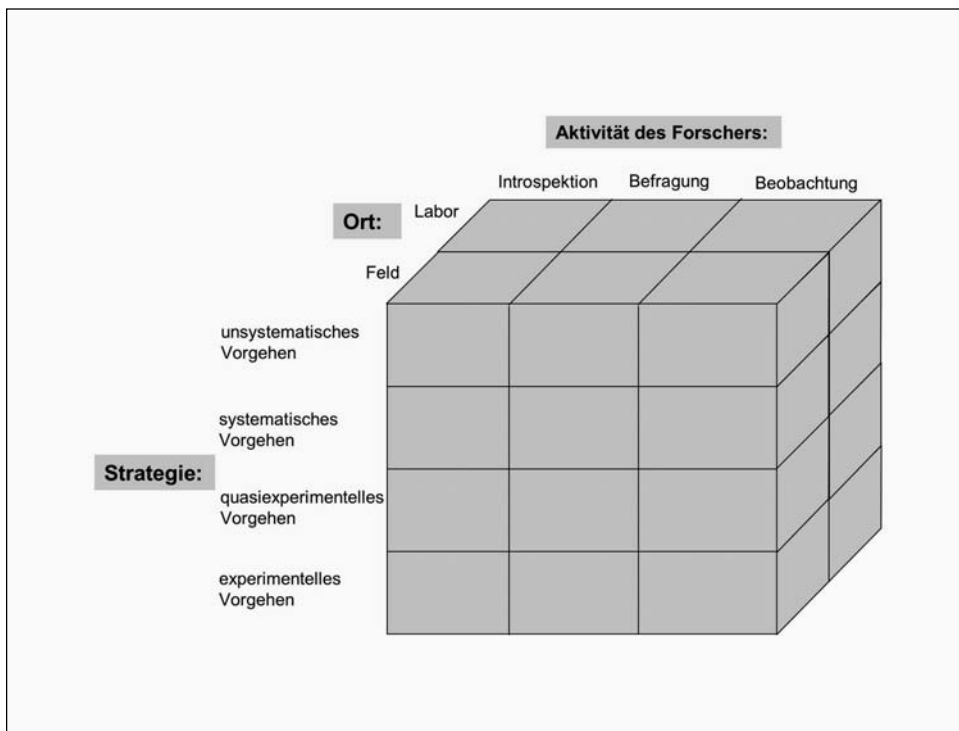


Abbildung 2: Typologie von Forschungsdesigns nach von Rosenstiel, 2003, S. 30



richtungen liefern. Diese könnten auch im Sinne einer Hypothesengenerierung weitere Forschung anregen und – wenn andere zuverlässige Behandlungsinformationen fehlen und nach gewissenhafter Abwägung möglicher Gefahren - noch einen klinischen Nutzen bis zur weiterreichenden Evaluation aufweisen. Beispielsweise könnte beim Auftreten seltener Kontraindikationen schon beim Vorliegen erster Hinweise eine vorläufige Warnung ausgesprochen werden, anstatt die Ergebnisse einer langwierigen Studie abzuwarten.

Zur Erzeugung einer größeren Transparenz der Zielsetzungen der pt-VF ist der folgende Rahmen als grundlegender Evaluationsansatz vorzuschlagen: Die Bewertung von Behandlungen und der Versorgung sollte stets auf der Dokumentation des Ist-Zustandes des zu untersuchenden Phänomens basieren (Rosenstiel, 2003). Derartige Auswertungen können durchaus auch Legitimierungszwecke erfüllen. Die Planung und Erfassung von Verbesserungen erfordern jedoch einen Vergleich mit mehr oder minder präzisierten und vorab konzeptualisierten Zielen (Schütz und Luckmann, 1979), in denen Art und Umfang der gewünschten Veränderung festgelegt und geprüft werden. Aus diesem Grunde wird angeregt, die über die „reine“ Evaluation hinausgehenden VF-Ansätze auf einem Ist-Soll-Vergleich zu gründen.

Schließlich ist zu betonen, dass sich die interdisziplinär angelegte psychotherapeutische VF keine unnötigen methodischen Einschränkungen auferlegen sollte. Gerade in methodischer Hinsicht könnten die Einzelwissenschaften sicherlich voneinander lernen. Unter Berücksichtigung der Fragen sollte bei jedem Forschungsvorhaben bedacht werden, a) welche methodologisch bedingten Verfälschungen des Untersuchungsgegenstandes in Kauf genommen werden, damit der Kausalnachweis – falls gewünscht – geführt werden kann bzw. b) dass eine Manipulation des Gegenstandes zu nicht generalisierbaren Ergebnissen führen könnte. Weiterhin sollte man – anstatt sich von einer methoden-ideologischen Voreingenommenheit leiten zu lassen – jedes einzelne Forschungsvorhaben in Relation zum Untersuchungsgegenstand und zur Fragestellung danach beurteilen, inwieweit die verschiedenen methodologischen Gütekriterien erreicht werden konnten. Selbstverständlich müssen auch die jeweiligen methodischen Schwächen bei der Interpretation der Studienergebnisse berücksichtigt werden. Durch die Zusammenschau der auf unterschiedlichsten Wegen zustande gekommenen Ergebnisse, unter Abwägung der methodischen Stärken und Mängel, kann ein wissenschaftliches Bild der Versorgungsrealität entwickelt werden, das auch in dieser einen Widerhall findet.

**These 9: Die Versorgungsforschung ist perspektivisch verankert; die Interessen der jeweils an der Forschung beteiligten Gruppen üben einen Einfluss auf die Gestaltung und Umsetzung der konkreten Studie aus**

Die psychotherapeutische Versorgungsrealität ist dem Einfluss verschiedener Interessengruppen ausgesetzt, wie z. B. Patienten, Behandlern, Forschern, Krankenkassen oder dem Gesundheitssystem (Rudolf, 1992; Pfaff et al., 2003), und ist als solches auch der Einflussphäre der Politik unterworfen.

Die Interessengruppen, die in der VF teilweise sich selbst und ihre Arbeit erforschen, können im Einzelfall gemeinsam geteilte bis hin zu sich gegenseitig ausschließende Interessen aufweisen, was manchmal für direkt Beteiligte sowie Außenstehende nicht transparent ist. Dies wird deutlich, wenn man die Bewertung von Forschungsergebnissen, die daraus resultierenden Handlungsempfehlungen sowie die Bestimmung der Kriterien der einzelnen Interessengruppen miteinander vergleicht. Erschwerend kommt hinzu, dass sich die Interessenlagen der Forscher (neben dem Erkenntnisinteresse, z.B. die Sicherung von Forschungsgeldern und/oder wissenschaftlicher Reputation) sowie der Auftraggeber auf wissenschaftlicher Ebene auf die zugrunde gelegten Konzeptualisierungen, auf die Wahl des Studiendesigns, die erfassten abhängigen und unabhängigen Variablen, die Erhebungsinstrumente sowie insbesondere auf die Zielsetzungen einer Studie auswirken können (d. h. in der Bestimmung des Nutzens oder bei der Präzisierung der Forschungsfragen). Mit anderen Worten: Die Zielsetzung der VF, nämlich die Evaluation und insbesondere die Optimierung problematischer Versorgungsbereiche, kann im konkreten Falle eine Vielzahl unterschiedlicher Inhalte und Ausprägungen annehmen. Nach den gesetzlichen Vorschriften ist die „Nutzer“- bzw. Patientenorientierung in den Mittelpunkt bei der GKV zu stellen (Sachverständigenrat, 2003), wobei auch diese Ausrichtung stets einer Konkretisierung bedarf. Auch die aus den praktischen Lösungsvorschlägen resultierenden Konsequenzen können unterschiedliche Auswirkungen auf die verschiedenen Interessengruppen haben. Bei der Sichtung und Bewertung einer VF-Studie sollten die verschiedenen Perspektiven der von der Fragestellung und deren Lösung betroffenen Interessengruppen (stakeholders) möglichst auch bedacht werden, da ansonsten Blockaden bei der Umsetzung von Änderungen oder Versuche der Einflussnahme durch spezifische Interessengruppen auftreten könnten. Gerade die Partizipation der betroffenen Gruppen an der Forschung, insbesondere an der Entwicklung der Zielkriterien, könnte sich als wichtiger Ansatz zur Sicherung des gegenseitigen Transfers zwischen Wissenschaft und Anwendungsfeld entwickeln.

Zur besseren Orientierung scheint es sinnvoll zu sein, die Ziele der betroffenen Interessengruppen – soweit sie nicht offensichtlich sind – zu analysieren und gegebenenfalls offen zu benennen, damit praxisrelevante Forschung entsteht und potenzielle Versuche der Einflussnahme leichter erkennbar und besser diskutierbar werden. Außerdem erleichtern Kenntnisse über unterschiedliche Interessenlagen im Konfliktfall die Entwicklung einer geeigneten Strategie des Umgangs damit. So wird beispielsweise bei den Standards zur Erstellung von Behandlungsleitlinien der American Psychological Association gefordert, den Auftrag- und/oder Geldgeber einer Studie offenzulegen (Clay, 2000). Dieses Vorgehen der Offenlegung scheint auch für konkrete VF-Projekte ratsam zu sein, denn gerade eine Verschleierung partikulärer Interessen und deren Einflüsse auf die Ergebnisse könnte zu einer Diskreditierung solcher evidenzbasierter Versorgungsevaluationen und -planungen führen. Diese Maßnahme setzt jedoch voraus, dass eine versteckte Einflussnahme erkannt wird. Sie kann freilich

nur als ein Hilfsmittel betrachtet werden, das die Möglichkeit der Einflussnahme nicht ausschließen, sondern allerhöchstens mindern kann. Gerade bei sozialpolitisch brisanten Studien könnte im Rahmen der VF eine Abhandlung der potenziellen Konfliktbereiche sinnvoll sein. Vermutlich könnte man anhand der Ausführungen zu den Zielen der unterschiedlichen Interessengruppen zumindest in diversen Fällen Anhaltspunkte für Lösungen erhalten. Leider spricht die heutige Publikationspraxis, die sehr kurze Darstellungen bevorzugt, gegen ein derartiges Vorgehen.

Weiterhin existiert eine Reihe von Ansätzen für die Konsensbildung, Konfliktdiagnose und -lösung, wie z. B. der Einsatz von Moderationstechniken und Konsensuskonferenzen, die an dieser Stelle nicht ausreichend gewürdigt werden können (v. Rosenstiel, 2003) und einer Weiterentwicklung bedürfen. Wenn man diese Ansätze zusammen mit den vorangegangenen Ausführungen systematisch vorantreibt, bietet sich eine Konzeption zur Weiterführung dieser Ideen an, die unter dem Begriff der „lernenden Organisationen (oder Systeme)“ bekannt ist, was im Folgenden kurz erörtert wird.

### **These 10: Die VF sollte als ein Kernelement bei der Entwicklung der Versorgung als „wissensgenerierendes und lernendes System“ betrachtet werden**

Um adäquat mit Veränderungen umgehen zu können, braucht das bundesrepublikanische Gesundheitssystem im Idealfall die Fähigkeit, sich flexibel immer wieder den neuen Bedingungen anzupassen. Dies beinhaltet, dass sie nicht nur träge auf Veränderungen im Gesundheitswesen reagiert, sondern diese möglichst vorhersehen sollte. Aktive Lösungsvorschläge sollten kontinuierlich bereits im Vorfeld entwickelt werden. In der Organisationspsychologie wird ein solches System als „lernende Organisation“ bezeichnet. Nach Wienert (2004, S. 581) ist dies eine Organisation, „die eine kontinuierliche Fähigkeit entwickelt hat, sich anzupassen und zu verändern (...). Aktiv erwirbt, vermittelt und transferiert sie Informationen durch die gesamte Organisation“. VF könnte auch die Aufgabe haben, Untereinheiten des Versorgungssystems zur Generierung solchen Wissens anzuregen und anzuleiten. Zur Etablierung eines lernenden Systems bedarf es jedoch – neben der Anhäufung von relevantem Wissen über das System – auch einer Kultur, die eine gemeinsame Vision, Offenheit, Risikofreudigkeit sowie Entwicklung und Wachstum betont (Wienert, 2004). Folgt man dem umgangssprachlichen Aus-Fehlern-Lernen, so ist die Einführung einer derartigen Kultur wiederum an einen bestimmten Umgang mit Problemen und Fehlern gebunden: Nach Helmreich und seinen Mitarbeitern sollten Fehler und Probleme nicht als Makel, sondern als unausweichliche Phänomene betrachtet werden. Durch die möglichst frühzeitige Analyse des Problems sollen ein Anwachsen und insbesondere die Wiederholung des Problems sowie die Vermeidung eines größeren Schadens vermieden werden. Probleme und Fehler sollen demnach als Juwelle betrachtet werden, weil sie auf Schwachstellen im System aufmerksam machen. Dementsprechend sollte das Auffinden eines Problems positiv bewertet werden. Negative Sanktionen sollten für die Beteiligten nicht erfolgen, da an-

sonsten die Wahrscheinlichkeit des Vertuschens des Problems steigen würde (Helmreich, 2000; Helmreich et al., 2001). Auch die psychotherapeutische Versorgung könnte sich zu einem „lernenden System“ entwickeln und davon profitieren. Zur Förderung der aktiven Partizipation des Berufstandes an einer derartigen Entwicklung sollte allerdings auch hier darauf geachtet werden, dass negative Sanktionen (z.B. unbezahlte Mehrarbeit für Qualitätssicherung, aus Sicht der Psychotherapeuten negative Gesundheitsreformen etc.) so weit wie möglich unterbleiben.

### **Diskussion**

In der Diskussion erfolgt eine zusammenfassende Begriffsbestimmung der pt-VF, gefolgt von einer kurzen Besprechung der zentralen Stärken und Schwächen des Ansatzes.

In den vorangegangenen Abschnitten wurde die psychotherapeutische Versorgungsforschung auf der Grundlage von Thesen als ein interdisziplinäres Anwendungsfach bestimmt, das im Rahmen der zunehmenden Verwissenschaftlichung der psychotherapeutischen Praxis entstanden ist und der Schließung der Praxis-Forschungs-Lücke dienen soll. Die pt-VF ist ein Oberbegriff für verschiedene akzentuierende Forschungsansätze, deren Gegenstand stets die Realversorgung und deren Zielsetzung und Aufgabe die evidenzbasierte Evaluation und Planung der psychotherapeutischen Versorgung ist. Weiterhin braucht die pt-VF vielfältige methodische Ansätze, ist perspektivisch verankert und sollte ein Kernelement bei der Entwicklung der psychotherapeutischen Versorgung zum „lernenden System“ sein. Die einzelnen Komponenten dieser Begriffsbestimmung wurden jeweils begründet und erläutert.

Da die Vorteile dieses Ansatzes bereits bei der Darstellung der einzelnen Thesen herausgearbeitet wurden, werden diese hier in der Diskussion nur noch pointiert wiedergegeben: Durch die Verwendung der wissenschaftlichen Methodik (systematischer Einbezug vorhandener Forschungsergebnisse, Explizierung der Konstrukte und der Methodik, meist datengestützte Erfassung etc.) können Entscheidungsfindung und Planung im Anwendungsfeld der psychotherapeutischen Versorgung im Vergleich zu den typischen Formen der alltäglichen Entscheidungsfindung auf eine solidere und transparentere Basis gestellt werden. Diese Methodik, die von einzelnen Behandlern, aber auch von Planern von Gesundheitsreformen verwendet werden kann, erlaubt außerdem eine systematischere Optimierung der Problemlösungen, als dies für gewöhnlich im Alltag geschieht (Schütz, 1971; Schütz und Luckmann, 1979). Die in dieser Arbeit dargelegte Konzeption der pt-VF als Anwendungsfach weist noch einen weiteren entscheidenden Vorteil auf: Die meisten Forschungsfragen sollen per definitionem im Anwendungsfeld, also in der Praxis gewonnen werden. Durch diese Praxisanbindung können VF-Studien eine größere Relevanz besitzen. Die aus den VF-Studien resultierenden Befunde bedürfen dann eines Transfers in die Praxis, damit das neue Wissen nutzbar gemacht werden kann (Stirman et al., 2004). Insbesondere das mangelnde Gelingen dieser „Rückübersetzungen“ wird häufig konstatiert (z. B. BMBF, 2001) und sollte Wissenschaftler und

Praktiker gleichermaßen zum Nachdenken bringen. Weitere VF wäre hier vonnöten, um Lösungen für diese Problematik zu erarbeiten. Als ein Lösungsansatz zu diesem Problem sind Forschungsformen denkbar, die eine deutlich größere Partizipation der von der Forschungsfragestellung betroffenen Akteure des Gesundheitswesens beinhalten. Diese Beteiligung sollte sich insbesondere auf die Erarbeitung der Erfassungs- und Zielkriterien sowie der Interpretation der Ergebnisse beziehen. Für solche Aufgaben sollten verstärkt Ansätze zur Konsensbildung und Konfliktlösung entwickelt und evaluiert werden. Gerade Ansätze, die auf einer Partizipation der Betroffenen basieren, stellen einen Schritt dar in Richtung der Etablierung der psychotherapeutischen Versorgung als ein "lernendes System", wie in dieser Arbeit angerissen wurde (Wienert, 2004). Dieser Weg könnte wichtige Impulse liefern, um die oft beklagte Praxis-Forschungs-Lücke zu überwinden. Auch die Implementierung von Gesundheitsreformen dürfte durch solche Ansätze erleichtert werden, da die Interessen der relevanten Akteure besser erkannt und berücksichtigt werden können.

Nachdem die Vorteile des evidenzbasierten Vorgehens kurz dargelegt wurden, wird jetzt im Folgenden kurz auf vier Kernprobleme des Ansatzes eingegangen. Diese sind die potenziellen Folgen der Differenzierung/Spezialisierung (was nicht nur die VF betrifft), der zeitlichen Dauer und Kosten von Studien sowie mögliche sozialpolitische Auswirkungen des Ansatzes.

Die fortschreitende berufliche Differenzierung bringt nicht nur im Kontext der pt-VF zugleich Vor- und Nachteile mit sich: Durch die Verwendung des wissenschaftlichen Ansatzes im Rahmen der Spezialisierung kann mehr Spezialwissen zu einem Thema angehäuft werden, und VF-Projekte können durch die Explizierung der Ziele, der Methode und der Studienresultate präziser von direkt sowie indirekt Betroffenen und von den unterschiedlichen Interessengruppen erörtert und beurteilt werden. Dies scheint vor allem für die Versorgungsplanung im Rahmen sozialpolitischer Vorhaben und Reformen einen gewichtigen Stellenwert zu besitzen. Während dieser Ansatz im Vergleich zur herkömmlichen Versorgungsplanung mehr Transparenz bei den Zielsetzungen sowie der Entscheidungsfindung erzeugt, erfordert er häufig zugleich ein gehöriges Maß an Fachwissen, um die jeweiligen Sachverhalte beurteilen zu können. Dies gilt insbesondere, wenn hoch spezialisierte Gebiete auf dem Prüfstand stehen. Dieser Vorteil der Transparenz kann auch zum Nachteil für manche Personengruppen werden, wenn ihnen zur Beurteilung des jeweiligen Sachverhalts die erforderliche Expertise fehlt. In manchen Bereichen der EBM werden inzwischen z.B. "Laienversionen" von Behandlungsempfehlungen verfasst, um diesem Problem zu begegnen - ein Vorgehen, das sich auch in der VF bei manchen Fragestellungen bewähren könnte. Eine zentrale Frage der VF bleibt jedoch, wie man mit dem potenziellen Spannungsverhältnis zwischen demokratischen Entscheidungsprozessen in der Gesundheitspolitik und den Zugangsmöglichkeiten zum Fachwissen umgehen sollte. Denn zur mündigen Partizipation an

demokratischen Entscheidungsprozessen und zur Interessenvertretung in einem Politikfeld ist zunehmend eine gehörige Portion Fachwissen erforderlich.

Auch der Zeit- und Kostenfaktor bei der Planung und Durchführung von Studien muss an dieser Stelle genannt werden: Die bereits dargestellten Vorteile, die den Einsatz der wissenschaftlichen Methodik begleiten, sind leider auch mit einem deutlich höheren Arbeitsaufwand, höheren Planungs- und Umsetzungskosten sowie einer verlängerten Dauer von Entscheidungsfindungen verbunden. Weiterhin ist eine beachtliche Voraussicht erforderlich, um die drängenden klinischen und sozialpolitischen Fragen von morgen vorherzusehen, damit die erforderlichen Antworten rechtzeitig vorliegen. Die Frage, welche Aspekte der psychotherapeutischen Praxis einer empirischen Überprüfung unterzogen werden sollten, bedarf jeweils der sorgfältigen Abwägung zwischen der Relevanz des Erkenntnisgewinns, dem vermutlichen Nutzen der Studie für die Versorgungsrealität und dem Ressourcenverbrauch. In Anbetracht der z. Z. vorherrschenden Mittelknappheit dürfte das evidenzbasierte Vorgehen auf die problematischen Behandlungs- und Versorgungsfragen eingeschränkt werden.

Ein weiteres Hindernis der Interessenvertretung in diesem Bereich ist die stark variierende Fähigkeit einzelner Interessengruppen, Forschungsvorhaben überhaupt finanzieren zu können. Wenn z.B. die Zulassung eines Verfahrens vom Vorhandensein einer entsprechenden Anzahl positiver Wirksamkeitsnachweise abhängig gemacht wird, dann ist der Zugang zu Forschungsmitteln das Selektionskriterium. Die Möglichkeit einer prioritären Förderung der Forschungsvorhaben "benachteiligter Gruppen" sollte zumindest für manche Forschungsthemen ernsthaft geprüft werden, um solche Selektionseffekte etwas zu mildern. In Anbetracht der knappen finanziellen Mittel käme dieses Vorgehen jedoch höchstens einem Tropfen auf dem heißen Stein gleich.

Als letzter Punkt sind die möglichen sozialpolitischen Implikationen des VF-Ansatzes zu nennen, die hier nun anhand zweier Beispiele aufgezeigt werden können. Diese bedingen sich dadurch, dass die pt-VF-Befunde auch als sozialpolitische Steuerungsinstrumente eingesetzt werden. Die Kriterien des § 12 Abs. 1 SGB V schreiben für die GKV vor, dass Leistungen a) ausreichend, b) zweckmäßig und c) wirtschaftlich sein müssen; diese dürfen d) auch nicht das Maß des Notwendigen überschreiten. In Anlehnung an diese Vorschriften werden jetzt beispielsweise stabile Forschungsnachweise für die Zulassung neuer Behandlungsformen im Rahmen des bundesdeutschen Gesundheitssystems verlangt. Bedauerlicherweise wird in dieser Diskussion häufig nicht zwischen „(noch) nicht geprüften“ Behandlungen und solchen Behandlungen unterschieden, die nachgewiesenermaßen schlechter als deren Alternativen, unwirksam oder gar schädlich sind. Diese Anforderungen sind sicherlich ein wichtiger Schritt in Richtung "Patientenschutz", allerdings muss man anerkennen, dass ein Großteil der zugelassenen Behandlungsformen keinem wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweis unterzo-

gen wurde. Diese Behandlungsformen nachträglich zu evaluieren dürfte bereits am Ressourcenmangel scheitern. In diesem Kontext sollte noch der bereits dargestellte Selektionsfaktor des Zugangs zu Forschungsmitteln bedacht werden.

Auch das Konzept der Behandlungs- und Versorgungsleitlinien gerät ins Scheinwerferlicht der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung, da verschiedene Versicherungsgesellschaften in den USA nur noch leitliniengestützte Behandlungen vergüten (Clay, 2000). Zu fragen bleibt, welche Auswirkungen Leitlinien noch auf das bundesrepublikanische Gesundheitswesen haben werden. Als Hauptkritik zu diesem Vorgehen wird aufgeführt, dass Leitlinien für die Rechtfertigung von Behandlungsentscheidungen herangezogen werden, die auf der Basis ökonomischer anstatt klinischer Kriterien getroffen werden. Insbesondere die massiven Qualitätsunterschiede einiger Leitlinien, die im Extremfall gar widersprüchliche Behandlungsformen für die gleiche Patientengruppe anpreisen sowie eine mangelnde Berücksichtigung der manchmal notwendigen Adaptation des Behandlungsplans an den Einzelfall werden kritisiert (z. B. Clay, 2000; Lambert et al., 2004b). Die in den zwei Beispielen aufgezeigten Probleme stammen aus der Verwendung wissenschaftlicher Befunde als wirtschaftliche oder politische Steuerungselemente. Dementsprechend ist die Kritik zwar wissenschaftlich zu untermauern, doch muss sie auch auf berufspolitischer Ebene geäußert werden, um ebenfalls von der Politik gehört werden zu können. Just diese Beispiele machen deutlich, dass dieser Verwissenschaftlichung der politischen Entscheidungsprozesse am besten mit wissenschaftlichen Argumenten begegnet werden kann.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass der VF-Ansatz eine Reihe von Stärken, aber auch Schwächen aufweist. Während die in dieser Arbeit beschriebene Tendenz zur Verwissenschaftlichung der psychotherapeutischen Praxis von manchen Praktikern, Berufspolitikern und Wissenschaftlern – teilweise zu Recht - mit Unbehagen beäugt wird (z. B. Lambert et al., 2004b), möchten wir in Anbetracht ihrer Vorzüge dafür plädieren, dass man eine Einzelfallbetrachtung und -bewertung der jeweiligen VF-Projekte vornimmt. In Anlehnung an die Ausführungen von Henningsen und Rudolf (2000) möchten wir uns weiterhin dafür aussprechen, dass zwischen den Aspekten der Konzeptualisierung, der Methodik und der sozialpolitischen Implikationen dieser Forschungsansätze sorgfältig unterschieden werden sollte, da man z. B. die Konzeptualisierung der VF gutheißen kann, während man zugleich ernsthafte Einwände gegen die jeweilige Methodik oder die sozialpolitischen Implikationen eines VF-Projekts anzumelden hat. Gerade die Vermischung dieser Ebenen führt erfahrungsgemäß in Diskussionen häufiger zu Missverständnissen und unnötigen Friktionen.

## Fazit

Planungs- und Entscheidungsprozesse in der psychotherapeutischen Versorgung, die die strukturellen Arbeitsbedingungen der Psychotherapeuten bestimmen, basieren zunehmend auf der wissenschaftlichen Methodik und deren Befunde. Die

Diskussion um diese Entwicklung und deren Konsequenzen wurde bislang kaum in der Psychotherapeutenchaft geführt. Statt sich zu enthalten, sollte der Berufsstand sich überlegen, ob er nicht eigene Versorgungsforschungsvorhaben initiieren oder sich an solchen Projekten beteiligen sollte, um für die kommenden Auseinandersetzungen im Gesundheitswesen gewappnet zu sein. Insbesondere fehlen naturalistische Wirksamkeitsnachweise und Versorgungsdaten aus der ambulanten Versorgung sowie für Krankenhausbehandlungen. Die Gründung von Praxis-Forschungs-Netzwerken im Rahmen des Modells der „Versorgung als lernendem System“ könnte die Grundlage für ein derartiges Vorgehen sein.

## Literatur

- Beutler LE, Howard KI (1998): Clinical Utility Research: An Introduction. *J Clin Psychol* 54:297-301
- Bundesärztekammer (2005): Versorgungsforschung – Förderung durch die BÄK, Rahmenkonzept. Verfügbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Versorgungsforschung/>, zugegriffen am 01.06.2005
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2001): Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen. Programm der Bundesregierung. BMBF Publik. Frechen: Ritterbach Medien
- Burke JD (1995): Mental Health Service Research. In: Tsuang MT, Tohen M, Zahner, GEP (eds.): *Textbook in Psychiatric Epidemiology*. New York: John Wiley, pp. 199-209
- Chambless DL, Ollendick TH (2001): Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annu Rev Psychol* 52:685-716
- Clay R (2000): Treatment guidelines: sorting fact from fiction. *Monitor on Psychology*, 31. Washington: American Psychological Association. Verfügbar unter: <http://www.apa.org/monitor/jun00/guidelines.html>, zugegriffen am 21.09.2002
- Deutsche Gesellschaft für Public Health (1999) *Public-Health-Forschung in Deutschland*. Bern: Hans Huber
- Deutscher Bundestag (2003): Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG). Drucksache 675/03. Köln: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft
- Goffmann E (1964): The Neglected Situation. *Am Anthropologist* 66:133-136
- Haisch, J., Weitkunat, R. und Wildner, M. (1999) *Wörterbuch Public Health*. Bern: Hans Huber
- Hargreaves WA, Catalano RA, Hu T-W, Cuffel B (1998): Mental Health Service Research. In: Bellack AS, Hersen M (eds.): *Comprehensive Clinical Psychology*. Amsterdam: Elsevier Science, pp. 225-241
- Helmreich RL (2000): On error management: lessons from aviation. *Br Med J* 320:781-785
- Helmreich RL, Wilhelm JA, Klinect J.R, Merritt AC (2001): Culture, Error, and Crew Resource Management. In: Salas E, Bowers CA, Edens E (eds.): *Improving Teamwork in Organizations*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum, pp. 305-333
- Henningsen P, Rudolf G (2000): Zur Bedeutung der Evidence-Based Medicine für die Psychotherapeutische Medizin. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 50:366-375
- Holzinger A, Angermeyer MC (2003): Aktuelle Themen sozialpsychiatrischer Forschung im deutschen Sprachraum: Eine Inhaltsanalyse wissenschaftlicher Zeitschriften. *Psychiatr Prax* 30:424-437
- Institut für Gesundheits-System-Forschung (2005): Geschäftsbereich Versorgungsforschung. Verfügbar unter: <http://www.isgf.info/forschung1.htm>, zugegriffen am 04.06.2005

- Koch U, Schulz H (2004): Die Psychosoziale Medizin braucht Versorgungsforschung. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 54:193
- Lambert MJ, Bergin AE, Garfield SL (2004a): Introduction and Historical Overview. In: Lambert MJ (ed.): *Bergin und Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley, pp. 1-15
- Lambert MJ, Garfield SL, Bergin AE (2004b): Overview, Trends and Future Issues. In: Lambert MJ (ed.): *Bergin und Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley, pp. 805-821
- Lambert M, Whipple JL, Smart DW, Vermeersch DA, Nielsen SL, Hawkins EJ (2001): The Effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychother Res* 11:49-68
- Lutz W (2003): Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapie. Tübingen: dgvt-Verlag
- National Advisory Mental Health Council's Clinical Treatment and Services Research Workgroup / NIH – NIMH (1998) Bridging Science and Service. Verfügbar unter: <http://nihm.nih.gov/research/bridge.htm> zugegriffen am 01.06.2003
- Nisbett R, Ross L (1980): *Human Inference: strategies and shortcomings of social judgment*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall
- Pfaff H (2003): Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff H, Schrappe M, Lauterbach KW, Engelmann U, Engelmann M (Hrsg.): *Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung*. Bern: Hans Huber, S. 13-24
- Rosenstiel L. von (2003): *Grundlagen der Organisationspsychologie*. 5. Aufl. Stuttgart: Schäffer Poeschel
- Rosenstiel L von, Woschée R-M (2002): Wertekonflikte in der arbeits- und organisationspsychologischen Forschung und Praxis. *Z Personalforsch* 16:187-208
- Rudolf G (1992): Versorgungsforschung. In: Tress W (Hrsg.): *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Deutschland*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 83-94
- Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB (2001): *Evidence-Based Medicine. How to Practice and Teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone
- Schütz A (1971): *Zur Methodologie der Sozialwissenschaften. Gesammelte Schriften*. Bd. 1. Den Haag: Martinus Nijhoff, S. 3-54
- Schütz A, Luckmann T (1979): *Strukturen der Lebenswelt*. Bd. I. Frankfurt: Suhrkamp
- Schumacher H (2002): Bringt Forschung jetzt Licht in das „Gesundheitslabyrinth“? Kongress des „Zentrums für Versorgungsforschung“ in Köln. *Rheinisches Ärzteblatt* 11:14-15
- Siegrist J (1995): *Medizinische Soziologie*. 5. Aufl. München: Urban & Schwarzenberg
- Soeffner HG (1989): *Auslegung des Alltags – der Alltag der Auslegung*. Frankfurt: Suhrkamp
- Statistisches Bundesamt (2003): *Fachserie 12, Reihe 6.1 Gesundheitswesen – Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2001*. Wiesbaden: DESTATIS
- Stirman SW, Crits-Christoph P, DeRubeis RJ (2004): Achieving Successful Dissemination of Empirically Supported Psychotherapies: A Synthesis of Dissemination Theory. *Clin Psychol Sci Pract* 11:343-359
- SVR (1995): *Sondergutachten 1995 – Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000*. Verfügbar unter: <http://www.sv-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm>, zugegriffen am 23.03.2003
- SVR (2002): *Gutachten 2000/2001 – Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*. Baden-Baden: Nomos-Verlag
- SVR (2003): *Gutachten 2003 – Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität*. Baden-Baden: Nomos-Verlag
- Tritt K, Loew, T, Joraschky P, Bidmon, RK, v. Heymann F, Nickel M (2005): Psychotherapeutische Versorgungsforschung als Anwendungsfach – eine konzeptuelle und methodologische Betrachtung. In: Loew TH, Tritt K, Joraschky P (Hrsg.) *Stationäre Behandlungen in der Psychosomatik – wer, wann, wie?* Hamburg: Dr Kovac, S. 13-49.
- Tritt K, Schneider H, Joraschky P, Nickel M, Loew T (2004): Therapieempfehlungen an Patienten einer Psychosomatischen Poliklinik: Gibt es Zusammenhänge mit der Symptombelastung und werden die Ratschläge befolgt? *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 53:280-291
- Wienert AB (2004): *Organisations- und Personalpsychologie*. 4. Aufl. Weinheim: Beltz
- Wittchen H-U, Müller N, Storz S (1998): Psychische Störungen: Häufigkeit, psychosoziale Beeinträchtigungen und Zusammenhänge mit körperlichen Erkrankungen. *Gesundheitswesen* 60(Sonderheft 2):95-100
- Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (2005): *Das Institut*. Verfügbar unter: <http://www.zi-mannheim.de/forschung.html>, zugegriffen am 04.06.2005
- Zentrum für Versorgungsforschung Köln – ZVFK (2005) *ZVFK – Definition der Versorgungsforschung*. Verfügbar unter: [http://www.zvfk.de/content/e323/e338/index\\_ger.html](http://www.zvfk.de/content/e323/e338/index_ger.html), zugegriffen am 04.06.2005.
- Zepf S, Mengele U, Hartmann S (2003): Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 53:152-162

**PD Dr. Karin Tritt**

Abt. Psychosomatik • Universitätsklinikum Regensburg  
 Franz Josef Strauss Allee 11 • 93053 Regensburg  
 Tel.: 0941-944-7240 • E-Mail: karin@tritt.de