

Methodenpapier zur Koordination der Datenerhebung und -auswertung an Hochschul- und Ausbildungsambulanzen für Psychotherapie (KODAP)

Julia Velten¹, Jürgen Margraf¹, Cord Benecke², Matthias Berking³, Tina In-Albon⁴, Tania Lincoln⁵, Wolfgang Lutz⁶, Angelika Schlarb⁷, Henning Schöttke⁸, Ulrike Willutzki⁹, Jürgen Hoyer¹⁰

¹Ruhr-Universität Bochum, Klinische Psychologie und Psychotherapie

²Universität Kassel, Klinische Psychologie und Psychotherapie

³Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Klinische Psychologie und Psychotherapie

⁴Universität Koblenz-Landau, Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

⁵Universität Hamburg, Klinische Psychologie und Psychotherapie

⁶Universität Trier, Klinische Psychologie und Psychotherapie

⁷Universität Bielefeld, Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

⁸Universität Osnabrück, Klinische Psychologie und Psychotherapie

⁹Universität Witten/Herdecke, Klinische Psychologie und Psychotherapie

¹⁰Technische Universität Dresden, Klinische Psychologie und Psychotherapie

Zusammenfassung: Die Forschung an psychotherapeutischen Hochschulambulanzen (HSA) leistet einen entscheidenden Beitrag zur Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen und zur Weiterentwicklung und wissenschaftlichen Fundierung von Psychotherapie im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Durch das im Jahr 2013 gestartete Projekt zur Koordination der Datenerhebung und -auswertung an Forschungs- und Ausbildungsambulanzen für Psychotherapie (KODAP) sollen unter der Trägerschaft des Verbundes universitärer Ausbildungsgänge für Psychotherapie unith.ev ab 2018 jährlich relevante Daten aus den teilnehmenden HSA aggregiert und gemeinsam ausgewertet werden. Im vorliegenden Beitrag beschreiben wir die mit dem Projekt im Zusammenhang stehenden rechtlichen, methodischen und durchführungstechnischen Herausforderungen sowie den derzeitigen Stand des Kooperationsprojektes, einschließlich einer für das Jahr 2017 geplanten Pilotstudie.

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

Method Paper of a Project for Coordinating Research at the University Outpatient Clinics for Psychotherapy in Germany

Abstract: University outpatient clinics are important facilitators of psychological treatments for children, adolescents, and adults with diverse mental disorders and are important contributors to psychotherapy research in Germany. Since 2013, a steering committee has initiated and realized a project aiming to coordinate research efforts in these clinics. In 2016, unith.ev, a network of university training centers for psychotherapy, took over the sponsorship of this project. The main goal of the project is to aggregate and analyze longitudinal treatment data – including patient, therapist, and treatment characteristics – across all participating outpatient clinics. The start of data assessment is planned for 2018. This paper describes legal, methodological, and technical challenges, the current state of the project, as well as a pilot study planned for 2017.

Keywords: psychotherapy research, health-care research, outpatient clinics for psychological therapy, assessment of mental disorders

Die Mehrzahl der psychologischen Institute in Deutschland betreibt psychotherapeutische Ambulanzen für For-

schung und Lehre, und viele Institute verfügen darüber hinaus über universitäre Ausbildungseinrichtungen für

Psychotherapie mit entsprechenden Ambulanzen (Fydrieh & Unger, 2013). Regelmäßige diagnostische Erhebungen mit reliablen und validen Messinstrumenten gehören in den meisten dieser Hochschulambulanzen (HSA) zum Standard. Obgleich ein Teil der in den HSA erhobenen Daten in den jeweiligen Instituten für Forschungszwecke genutzt wird (z. B. Jacobi, Umann & Hoyer, 2011; Lincoln et al., 2012; Lutz, Schiefele, Wucherpennig, Rubel & Stulz, 2016; Odyniec, Probst, Margraf & Willutzki, 2017; Schlagert & Hiller, 2017), geschieht dies doch zu meist zur Beantwortung spezifischer Fragestellungen, die den Interessen der jeweiligen Lehrstuhlinhaber_innen entsprechen. Gerade für HSA mit kleineren Fallzahlen ist die wissenschaftliche Auswertung der Behandlungsdaten jedoch schwierig: Häufig investieren Patient_innen und Therapeut_innen Zeit und Mühe für die Beantwortung von Fragen zu Symptomatik, Therapieverlauf oder therapeutischer Beziehung, ohne dass ausreichend große Stichproben eine quantitative Analyse ermöglichen. Bislang ist eine Zusammenführung der gewonnenen Daten mit anderen Ambulanzen die Ausnahme und auf einzelne multizentrische Forschungsvorhaben beschränkt (z. B. Gloster et al., 2011; Hoyer et al., 2016; Lutz et al., 2009). Dabei sind die Chancen einer Aggregation von Forschungsdaten über Ambulanzgrenzen hinweg – insbesondere vor dem Hintergrund, dass in den deutschen HSA jährlich mehrere Tausend Patient_innen behandelt werden – mannigfaltig. In der Praxis, so zeigte die Studie von Hoyer et al. (2015), überlappen sich die Variablen und Instrumente zur Feststellung und Dokumentation von Diagnosen, Symptomen und Schweregraden erheblich, obgleich die Ambulanzen vollständig autonom sind, also keinen Vorgaben in Bezug auf Art und Umfang der Datenerhebung folgen müssen. Es erscheint daher aussichtsreich, einen bestimmten Bestand an Daten („Kern Datensatz“) aus allen HSA zusammenzuführen, ohne dass die Datenerhebung in den einzelnen Ambulanzen dafür wesentlich verändert werden müsste. Im Folgenden sollen die Zielsetzung, Organisationsstruktur und die inhaltlichen Aspekte des KODAP-Projektes, welches eine Aggregation ausgewählter Forschungsdaten aller HSA in Deutschland anstrebt, dargestellt werden.

Projektbeschreibung

Welche Ziele verfolgt das KODAP-Projekt?

Mittel- bis langfristige Ziele des Projektes sind die Weiterentwicklung, Fundierung und formative Evaluation der Psychotherapie durch eine Koordinierung der Forschung an den deutschen HSA sowie die Schaffung einer deutsch-

landweiten Forschungsdatenplattform für die Klinische Psychologie und Psychotherapie. Dabei sind sowohl HSA für das Erwachsenenalter als auch für das Kindes- und Jugendalter beteiligt. Die Zusammenführung ausgewählter Kerndaten aus den beteiligten HSA erlaubt es, wissenschaftlich und versorgungstechnisch bedeutsame Fragestellungen zu beantworten.

Dazu zählt u. a. die Frage danach, welche Patient_innen in welcher Zahl in den deutschen HSA mit welchem Erfolg – im Sinne von Remission bzw. Symptomreduktion – behandelt werden. Darüber hinaus erlaubt die Erfassung von kritischen Patient_innen-, Therapeut_innen- und Ambulanzvariablen die Analyse von Prädiktoren des Therapieerfolges. Nur durch eine Bündelung der Datensätze lässt sich abschätzen, in welcher Häufigkeit und mit welchem Ergebnis seltene Störungsbilder (z. B. Körperdysmorphie Störung, Trichotillomanie, Wahnhafte Störung, Selektiver Mutismus, solche mit speziellen Komorbiditätsmustern (wie z. B. dargestellt in Grocholewski, Dietzsch & Schulz, 2016; Helbig, Pixa, Bühringer & Hoyer, 2017) oder spezifische Altersgruppen (beispielsweise Vorschulalter, Grundschul- oder Jugendalter; ältere Patient_innen) an den deutschen HSA behandelt werden. Bei häufigeren Störungsbildern, wie Depressionen oder Angststörungen, ermöglicht eine Forschungskoooperation Subgruppenvergleiche und Benchmarkanalysen (Hoyer et al., 2015). Weitere, aktuelle Themen, wie der Einfluss von Therapeutenvariablen oder wichtiger Patientenprädiktoren (z. B. der Eingangsbelastung) auf Behandlungserfolg, Abbruchquoten oder Misserfolge und Nebenwirkungen in der Therapie können mithilfe des KODAP-Datensatzes zeitnah aufgegriffen, psychometrische Messinstrumente in kurzer Zeit entwickelt und validiert werden (vgl. z. B. Hoyer, 2016). Das KODAP-Projekt kann somit wichtige Daten zur Effektivität von Psychotherapie unter Routine-Bedingungen – Stichwort: *effectiveness* – liefern (vgl. Lutz et al., 2016).

Welche organisatorischen Rahmenbedingungen bestehen?

Die Trägerschaft des KODAP-Projektes wurde am 20. März 2017 von dem Verbund der universitären Ausbildungsambulanzen für Psychotherapie unith.ev übernommen.

Kooperationsvereinbarung

Um das ambitionierte Kooperationsprojekt juristisch abzusichern, wurde eine Kooperationsvereinbarung entworfen, die die Rechte und Pflichten aller teilnehmenden Ambulanzen regelt. Die Vereinbarung beschreibt den Vertragsgegenstand und gibt wichtige Informationen zu Laufzeit, Vertraulichkeit, Haftung und Kündigung der Mitgliedschaft im Projekt. Um die wissenschaftlichen und

operativen Aufgaben des Forschungsverbunds zielorientiert zu bearbeiten, werden eine Steuerungsgruppe sowie ein Koordinierungszentrum eingesetzt, deren Aufgaben ebenfalls in der Kooperationsvereinbarung festgelegt werden (siehe Elektronisches Supplement 1).

Steuerungsgruppe

Die Aufgaben der Steuerungsgruppe umfassen die Initiierung, Unterstützung und Konzeption der Forschungsaktivitäten von KODAP. Zum jetzigen Stand (Mitte 2017) setzt sich die Steuerungsgruppe aus den Mitgliedern einer Initiativgruppe zusammen, die im Oktober 2013 im Rahmen des Hochschullehrertreffens zur Entwicklung eines Forschungskooperationsprojektes gebildet wurde. In bislang etwa dreimal jährlich stattfindenden Sitzungen wurden wesentliche Schritte des Projektes diskutiert und konsensuell beschlossen. Eine im Januar 2017 verabschiedete Geschäftsordnung regelt die Rechte und Pflichten der Steuerungsgruppe (siehe Elektronisches Supplement 2).

Koordinierungszentrum

Die Aufgaben des Koordinierungszentrums bestehen in erster Linie in der Zusammenführung, Speicherung und in der statistischen Auswertung der gewonnenen Daten. Die Datensätze, die die teilnehmenden HSA jährlich für das KODAP-Projekt bereitstellen, werden im Koordinierungszentrum aggregiert und gespeichert. Diese Aufgabe wurde zum Projektstart vom Forschungs- und Behandlungszentrum der Ruhr-Universität Bochum (Leitung Prof. Dr. Jürgen Margraf, Projektmitarbeiterin Dr. Julia Velten) übernommen. Die Zwischen- und Schlussberichte, die dazu dienen die Verbundpartner kontinuierlich über den Fortgang der Arbeiten zu unterrichten, werden vom Koordinierungszentrum angefertigt. Rechte und Pflichten des Koordinierungszentrums werden in der Kooperationsvereinbarung ausgeführt.

Welche Variablen werden zum Projektstart erhoben?

Die Zusammenstellung derjenigen Variablen, die ab Projektstart von allen teilnehmenden HSA jährlich an das Koordinationszentrum gesendet werden, war eine der wesentlichsten Aufgaben der KODAP-Steuerungsgruppe seit 2013. Die im Jahr 2014 durchgeführte Vorstudie, an der sich 53 HSA beteiligten, zeigte, dass viele Therapie-daten in den Ambulanzen bereits auf gleiche bzw. kompatible Weise erhoben werden (Hoyer et al., 2015).

Variablen aus dem Erwachsenenbereich

Um sicherzustellen, dass einzelne Patient_innen – auch solche mit seltenen Störungsbildern – nicht anhand per-

sonenbezogener Merkmale, wie z.B. ausgeübter Beruf oder Geburtsdatum, identifiziert werden können, sollen nur grundlegende Patient_innenmerkmale (z.B. Berufsgruppen, Alter in Jahren, Geschlecht, Prä- und Postdiagnosen) im Rahmen des KODAP-Projektes erhoben werden (Huschka, Oellers, Ott & Wagner, 2011). Dabei wird insbesondere auch die Problematik der personenbeziehbaren Daten berücksichtigt, die im Artikel 26 der im Mai 2018 in Kraft tretenden EU-Datenschutz-Grundverordnung (siehe Verordnung (EU) 2016/679; Europäisches Parlament und Rat, 2016) betont wird. Somit sollen im Rahmen des KODAP-Projektes keine Daten erhoben werden, die in Kombination von einer „Person nach allgemeinem Ermessen [...] genutzt werden, um die natürliche Person direkt oder indirekt zu identifizieren“ (Artikel 26). Zur Klärung der Implikationen der neuen EU-Verordnung für psychologische Forschungsprojekte in Deutschland wurde von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie im Juli 2017 eine Task Force ins Leben gerufen, deren Empfehlungen beim KODAP-Projekt Berücksichtigung finden werden.

Gleiche Überlegungen gelten ebenfalls für die Auswahl von Therapeut_innen-Variablen; daher werden ausschließlich Angaben zu Alter, Geschlecht und dem Vorliegen einer psychotherapeutischen Approbation übermittelt. In Bezug auf die durchgeführte therapeutische Behandlung werden neben Sitzungsanzahl und Art des psychotherapeutischen Verfahrens auch der aktuelle Behandlungsstatus (z.B. laufende, abgeschlossene oder abgebrochene Therapie) aggregiert. Da die Datenerhebung im Längsschnitt eines der besonderen Stärken des KODAP-Projektes darstellt, ermöglicht diese Information eine Zusammenführung verschiedener Daten eines Patienten über mehrere Jahre hinweg. Letztlich wird eine Auswahl psychometrischer Variablen abgefragt: Die *Clinical Global Impression* Skalen (CGI; Guy, 1976; Kadouri, Coruble & Falissard, 2007) umfassen eine Einschätzung des Schweregrades der psychischen Beeinträchtigung sowie eine direkte Veränderungsmessung nach der Behandlung. Die *revidierte Symptom Checkliste 90* (SCL-90-R; Franke & Derogatis, 1995) bzw. das *Brief Symptom Inventory* (BSI; Franke & Derogatis, 2000) sollen einen störungsübergreifenden Überblick über die Belastung durch psychische Symptome ermöglichen. *Becks Depressionsinventar* (BDI; Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 2000) dient der Erfassung von depressiven Symptomen. Allen teilnehmenden HSA wird freigestellt, ob SCL-90-R oder BSI bzw. BDI-I oder BDI-II berichtet werden. Dadurch soll der entstehende Aufwand durch das KODAP-Projekt geringgehalten und den HSA ermöglicht werden, bereits langjährig eingesetzte Verfahren weiter zu verwenden. Da diese psychometrischen Verfahren sowohl zum Start als auch nach Abschluss der Behandlung abgerufen werden, ist die

Evaluation von Therapieverläufen möglich (siehe Elektronisches Supplement 3).

Variablen aus dem Kinder- und Jugendlichenbereich

Die Variablen im Kerndatensatz umfassen in Anlehnung an den Erwachsenenbereich Therapie-, Therapeuten- und Patienten-Variablen und als Besonderheit für den Kinder- und Jugendlichenbereich zusätzlich Eltern-Variablen. Die *Clinical Global Impression* Skalen (CGI) dienen auch im Kinder- und Jugendbereich einer Einschätzung des Schweregrades der psychischen Beeinträchtigung sowie einer direkte Veränderungsmessung nach der Behandlung (Guy, 1976; Kadouri et al., 2007). Zudem werden die *Child Behavior Checklist* (Döpfner, Plück, Kinnen & Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 2014) als Fremdbbericht (CBCL/6-18R) und die *Youth Self Report* (YSR/11-18R) Skala bzw. die Vorgängerversion als Selbstbericht für die Erfassung der Psychopathologie eingesetzt (siehe Elektronisches Supplement 4).

Wie kann der Datensatz zukünftig erweitert werden?

Da der Erfolg von KODAP wesentlich von einer reibungslosen Datenerhebung und -zusammenführung abhängt, soll zum Projektstart nur eine überschaubare Anzahl von Patient_innen-, Therapeut_innen- und Therapie-Variablen übermittelt werden. Weil die besondere Stärke eines Verbundprojektes jedoch auch darin besteht, eher seltene Störungsbilder oder Therapiephänomene genauso wie neue Erhebungsinstrumente zu erforschen, ist perspektivisch eine Erweiterung dieses Datensatzes geplant. Relativ einfach kann der zu übermittelnde Datensatz durch Instrumente bzw. Variablen erweitert werden, von denen wir aus unserer Pilotbefragung wissen, dass ein Großteil der HSA diese bereits verwendet bzw. erhebt. So setzen 65% der Ambulanzen den *Fragbogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung* (AKV; Ehlers, Margraf & Chambless, 2001), 57% das *Screening für somatoforme Störungen 2* (SOMS 2; Rief, Hiller & Heuser, 1997) und 49% das *Eating Disorder Inventory 2* (EDI 2; Paul & Thiel, 2004) ein (Hoyer et al., 2015). Über störungsspezifische Verfahren hinaus, bietet das KODAP-Projekt die Möglichkeit, die Relevanz von Variablen der therapeutischen Beziehung für den Therapieerfolg über verschiedene Störungsbilder, Therapieschulen sowie Lebensalter (Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter) zu analysieren. Langfristig kann die Erhebung durch Verlaufsdaten durch mehrmalige Messungen im Verlauf der Therapie oder frei verfügbare psychometrische Instrumente ergänzt bzw. erweitert werden. Ähnlich wie beim britischen *Improving Access to Psychological Therapies*

(IAPT) Programm soll auch das KODAP-Projekt dazu dienen, *Public Domain* Instrumente zu entwickeln und zu etablieren.

Allen beteiligten Projektpartnern steht es darüber hinaus frei, zeitgebundene Forschungsfragestellungen in die Diskussion einzubringen. Wenn eine zusätzliche, für viele Patient_innen relevante Variable gezielt über einen klar definierten Zeitraum (z.B. über einen Monat) in allen Ambulanzen erhoben wird, so können in kürzester Zeit bereits große, klinisch gut dokumentierte Stichproben gewonnen werden.

Wie können die übermittelten Daten geschützt werden?

Die Variablen, die im Zusammenhang mit psychotherapeutischen Behandlungen in den HSA erhoben und für das KODAP-Projekt übermittelt werden sollen, umfassen auch sensible Behandlungs- und Gesundheitsdaten. Daher mussten im Vorfeld des Projektes eine Vielzahl technischer und datenschutzbezogener Aspekte beachtet werden. Wie bereits dargestellt, muss sichergestellt werden, dass keine Einzelpersonen, also weder Therapeut_innen noch Patient_innen, im entstehenden Datensatz identifizierbar sind. Daher dürfen nur Variablen aggregiert werden, die zusammengenommen – nach allgemeinem Ermessen sowie anzunehmenden zeitlichen, technischen oder finanziellen Ressourcen – keinen Rückschluss auf Einzelpersonen ermöglichen (Verordnung (EU) 2016/679; Europäisches Parlament und Rat, 2016). In diesem Sinne sollen zudem auf allen Ebenen (Ambulanz, Therapeut_innen und Patient_innen) nur Identifizierungsnummern übermittelt werden, die keine personenbezogenen Daten (z. B. Ortsnamen, Initialen oder Geburtsdaten) enthalten.

In Bezug auf die Datenübermittlung wurden verschiedene technische Umsetzungen erwogen und in der Steuerungsgruppe diskutiert. Die gesuchte Lösung sollte eine längsschnittliche Datenerhebung, sichere Datenübermittlung und -speicherung, einfache Anwendung von Seiten der HSA sowie wartungsarme Pflege im Koordinierungszentrum erlauben. Um den Projektstart nicht durch kostspielige und aufwändige Technik zu verzögern, fiel die Entscheidung auf die Zusammenführung der Datensätze in einem SPSS-Datensatz. Allen teilnehmenden HSA wird bei Projektstart eine entsprechende SPSS-Vorlage (für den Erwachsenenbereich oder den Kinder- und Jugendlichenbereich) zugesendet, die nach Abschluss des ersten Projektjahres auf verschlüsselten Datenträgern an das Koordinierungszentrum zurückgesendet wird. Die Daten werden dann verschlüsselt im Server des Koordinierungszentrums gespeichert. Um sicherzustellen, dass eine Übermittlung von Patientendaten für das KODAP-

Projekt ethisch unbedenklich ist, wurde zudem eine entsprechende Einwilligungserklärung entwickelt, die von den Patient_innen vor Beginn der Behandlung unterzeichnet werden soll (siehe Elektronisches Supplement 5). Vor Beginn des Projektes wurde die Unbedenklichkeit von der Ethikkommission der Fakultät für Psychologie an der Ruhr-Universität Bochum bescheinigt. Den HSA wird jedoch freigestellt durch eigene Anträge bei lokalen Ethikkommissionen ihre Projektteilnahme zusätzlich abzusichern.

Wie sehen die nächsten Schritte aus?

Die erste Übermittlung von Daten, die die Grundlage für longitudinale Analysen über mehrere Jahre darstellen, soll durch die Projektambulanzen an das Koordinierungszentrum ab dem Januar 2019 erfolgen. Zu diesem Zeitpunkt sollen die Kerndaten derjenigen Patienten übermittelt werden, deren Behandlung im Jahr 2018 gestartet ist.

Zuvor ist jedoch geplant, die Prozesse, die bei der Datenvorbereitung, -übermittlung und -aggregation bei den Kooperationspartnern und dem Koordinierungszentrum nötig sind, zu pilotieren. Dafür stellen die Ambulanzen, die bis September 2017 dem Projekt beigetreten sind, die Kerndatensätze der Patienten aus dem Jahr 2016 für einen Pilotdatensatz zur Verfügung. Der Nutzen dieses Pilotprojektes geht dabei deutlich über die bloße Optimierung der Projektabläufe hinaus. So sollen mithilfe dieser Pilotdaten bereits eine Reihe von Forschungsfragen, z. B. zur Diagnoseverteilung, Altersstruktur der Patienten, Art und Anzahl der Komorbiditäten sowie Schweregrade der behandelten Störungen ambulanzübergreifend dokumentiert werden. Eine derartige deskriptive Statistik der Patientendaten in deutschen Hochschulambulanzen ist bisher nicht verfügbar.

Diskussion

Seit dem Start des Projektes im Jahr 2013 konnten wesentliche Schritte zur Etablierung einer Forschungsk Kooperation der deutschen Hochschulambulanzen erfolgreich bewältigt werden. Die Entwicklung eines Kerndatensatzes bestehend aus Therapie-, Patienten- und Therapeutenvariablen, die Übernahme der Projektträgerschaft durch unith und die Ausarbeitung einer tragfähigen Kooperationsvereinbarung sind als wichtigste Meilensteine zu nennen.

Im Gegensatz zu zentralisierten Gesundheitssystemen, wie z. B. in Großbritannien (Clark, 2011; Radhakrishnan et al., 2013) erfordert die Aggregation von Daten aus den

deutschen, autonom geleiteten HSA ein beträchtliches Engagement von Seiten der Projektinitiatoren sowie beteiligten Ambulanzen, um ein solches Kooperationsprojekt ins Leben zu rufen und mit Inhalt zu füllen. Auch in anderen Wissenschaftsbereichen, wie der Biomedizin, wird ein Ausbau der Forschungsinfrastrukturen als Option zur Generierung großer, aggregierter Datensätze angesehen (Bernemann et al., 2016). Vor diesem Hintergrund stellt das KODAP-Projekt einen wichtigen Schritt dar, um bisher aufgrund geringer Fallzahlen nicht realisierbare Fragestellungen zu bearbeiten, sowie die Konkurrenzfähigkeit der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, die in den deutschen HSA geleistet wird, auch im Vergleich zu anderen Leistungserbringern im Gesundheitssystem darzustellen. Das KODAP-Projekt kann zudem die internationale Sichtbarkeit der Forschung in den deutschen HSA erhöhen und Vergleiche zu anderen Versorgungssystemen erleichtern.

Unter den Risiken bzw. Hürden des Projektes ist zunächst der Zusatzaufwand zu nennen, der von den beteiligten HSA, z. B. für die Erstellung des Datensatzes zur Übermittlung sowie einer ggf. notwendigen Anpassung der zu erhebenden Variablen, zu leisten ist. Nur durch ein stetiges Engagement aller beteiligten Ambulanzen sind die angestrebten Großgruppen-Analysen möglich. Ferner ist das Projekt in der Startphase und darüber hinaus darauf angewiesen, dass eine der beteiligten Ambulanzen als Koordinierungszentrum die Zusammenführung, Speicherung und Aufbereitung des Datensatzes übernimmt und dieses aus ihren Forschungsmitteln finanziert. Aktuell wird diese Aufgabe vom Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit an der Ruhr-Universität Bochum übernommen. Auch wenn entsprechende Absichtserklärungen für die zukünftige Übernahme dieser Aufgabe bereits vorliegen, besteht mittelfristig die Zielsetzung, durch Drittmittelnahmen für einzelne Projekte, die an die bestehende Kooperation „andocken“, eine zumindest anteilige Gegenfinanzierung zu erreichen.

Die Chancen des Projektes scheinen jedoch deutlich zu überwiegen. Die wissenschaftliche Welt der klinischen Psychologie und Psychotherapie wird sich weiterentwickeln bzw. verändern. Ein Beispiel dafür sind die neuerdings aufkommenden Netzwerkmodelle der Psychopathologie, die auf der Annahme beruhen, dass Symptome sich selbst bedingen und gleichzeitig untereinander in komplexen Wechselbeziehungen stehen können (Fried & Cramer, 2017; Wichers, Wigman, Myin-Germeys, 2015). Diese Sichtweise stellt eine Abkehr von der Sichtweise dar, nach denen Symptom-Cluster auf eine gemeinsame Ursache, nämlich das Vorliegen einer Diagnose, zurückzuführen sind. Für diese Art von Analysen werden sehr große Datensätze benötigt, wie sie in idealer Weise durch das KO-

DAP-Projekt zur Verfügung gestellt werden können. Das Gleiche gilt für die Überprüfung diagnostischer Kriterien und die für Änderungen diagnostischer Klassifikationssysteme nötigen Feldstudien.

Darüber hinaus möchten wir die Benchmarkfunktion des Datensatzes betonen, der einen bisher, zumindest in Deutschland, nicht gekannten Vergleichsmaßstab im Hinblick auf den bei bestimmten Störungsgruppen in der Praxis zu erwartenden Therapieerfolg bietet, der von einzelnen, in Kooperation mit Praktikern durchgeführten Studien (z. B. TK-Studie: Lutz, Wittmann, Böhnke, Rubel & Steffanowski, 2013; Sopho-Prax-Studie: Hoyer et al., 2017) nicht gewährleistet werden kann. Kollaborationen mit anderen Projekten sind auf nationaler Ebene (vgl. Victor et al., 2017), im deutschsprachigen Sprachraum, aber auch darüber hinausgehend denkbar.

Der produktive Arbeitsprozess, der sich in den letzten vier Jahren durch die engagierten Diskussionen in der Steuerungsgruppe und in der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs, durch eine große Beteiligung der HSA bei der ersten Forschungserhebung (Hoyer et al., 2015) sowie die Übernahme der Trägerschaft durch unith gezeigt hat, stimmt hoffnungsfroh, dass auch die nächsten Schritte dieses für wissenschaftliche Forschung und klinische Praxis so bedeutsamen Kooperationsprojektes erfolgreich gelingen werden.

Elektronische Supplemente (ESM)

Die elektronischen Supplemente sind mit der Online-Version dieses Artikels verfügbar unter <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000431>

ESM 1. Diese Datei beinhaltet die KODAP-Kooperationsvereinbarung (Stand September 2017) (ESM1_Kooperationsvertrag_08.09.17.pdf)

ESM 2. Diese Datei beinhaltet den letzten Entwurf der Geschäftsordnung der Steuerungsgruppe (Stand Februar 2017) (ESM2_Geschäftsordnung Steuerungsgruppe 21.02.17.pdf)

ESM 3. Diese Datei beinhaltet Erläuterungen zum Kernsatz für den Erwachsenenbereich (ESM3_Erläuterung Kernsatz Erwachsene_30.10.17.pdf)

ESM 4. Diese Datei beinhaltet Erläuterungen zum Kernsatz für den Kinder- und Jugendbereich (ESM4_Erläuterung Kernsatz KiJu 30.10.17.pdf)

ESM 5. Diese Datei beinhaltet eine Einwilligungserklärung für Patienten, deren Daten für das KODAP-Projekt verwendet werden sollen (ESM5_Einwilligungserklärung 30.10.17.pdf)

Literatur

- Bernemann, I., Kersting, M., Prokein, J., Hummel, M., Klopp, N. & Illig, T. (2016). Zentralisierte Biobanken als Grundlage für die medizinische Forschung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 59, 336–343.
- Clark, D. M. (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience. *International Review of Psychiatry*, 23, 318–327.
- Döpfner, M., Plüch, J., Kinnen, C. & Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (2014). *Manual deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach*. Göttingen: Hogrefe.
- Ehlers, A., Margraf, J. & Chambless, D. (2001). *Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung: AKV*. Weinheim: Beltz.
- Europäisches Parlament und Rat (2016). *Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung)*. Verfügbar unter <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/de/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679>
- Fried, E. I. & Cramer, A. O. J. (2017). Moving forward: Challenges and directions for psychopathological network theory and methodology. *Perspectives on Psychological Sciences*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/1745691617705892>
- 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 L. R. Derogatis – deutsche Version (Kurzform der SCL-90-R)*. Weinheim: Beltz.
- Fydrich, T. & Unger, T. (2013). Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten – Was sind das für Einrichtungen und was wird dort gemacht? *Psychotherapeutenjournal*, 12, 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.
- Grochowski, A., Dietzsch, F. & Schulz, W. (2016). Körperbezogene Emotionen, körperdysmorphie (Zwangs-)Symptome und soziale Ängste bei Menschen mit körperdysmorpher Störung und Menschen mit Skoliose. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 45, 174–183.
- Guy, W. (1976). *Clinical global impression scale. ECDEU assessment manual for psychopharmacology*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (2000). *Beck-Depressions-Inventar (BDI). Bearbeitung der deutschen Ausgabe. Testhandbuch* (3. Aufl.). Bern: Huber.
- Helbig, F., Pixa, A., Bühringer, G. & Hoyer, J. (2017). Behandlung von Substanzstörungen in der ambulanten Psychotherapie: Erfahrungen aus einer Spezialambulanz. *Verhaltenstherapie*, 27, 7–14.
- Hoyer, J. (2016). Positive Nebenwirkungen von Psychotherapie: Ein Plädoyer für die Erfassung multifinaler Wirkeffekte. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 45, 163–173.
- Hoyer, J., Čolić, J., Pittig, A., Crawcour, S., Ginzburg, D., Moeser, M. et al. (2017). Manualized cognitive therapy versus cognitive-behavioral treatment-as-usual for social anxiety disorder in routine practice: A cluster-randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 95, 87–98.

- Hoyer, J., Velten, J., Benecke, C., Berking, M., Heinrichs, N., In-Albon, T. et al. (2015). Koordination der Forschung an Hochschulambulanz für Psychotherapie: Status quo und Agenda. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 44, 80–87.
- Hoyer, J., Wiltink, J., Hiller, W., Miller, R., Salzer, S., Sarnowsky, S. et al. (2016). Baseline patient characteristics predicting outcome and attrition in cognitive therapy for social phobia: Results from a large multicentre trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23, 35–46.
- Huschka, D., Oellers, C., Ott, N. & Wagner, G. G. (2011). Datenmanagement und Data Sharing: Erfahrungen in den Sozial- und Wirtschaftswissenschaften. In S. Büttner, H.-C. Hobohm & L. Müller, *Handbuch Forschungsdatenmanagement* (S. 35–48). Bad Honnef: Bock + Herchen.
- Jacobi, F., Uhlmann, 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.
- Kadouri, A., Corruble, E. & Falissard, B. (2007). The improved Clinical Global Impression Scale (iCGI): Development and validation in depression. *BMC Psychiatry*, 7, 7.
- Lincoln, T. M., Ziegler, M., Mehl, S., Kesting, M.-L., Lüllmann, E., Westermann, S. et al. (2012). Moving from efficacy to effectiveness in cognitive behavioral therapy for psychosis: A randomized clinical practice trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 674–686.
- Lutz, W., Schiefele, A.-K., Wucherpfennig, F., Rubel, J. & Stulz, N. (2016). Clinical effectiveness of cognitive behavioral therapy for depression in routine care: A propensity score based comparison between randomized controlled trials and clinical practice. *Journal of Affective Disorders*, 189, 150–158.
- Lutz, W., Schürch, E., Stulz, N., Böhnke, J. R., Schöttke, H., Rogner, J. et al. (2009). Entwicklung und psychometrische Kennwerte des Fragebogens zur Evaluation von Psychotherapieverläufen (FEP). *Diagnostica*, 55, 106–116.
- Lutz, W., Wittmann, W., Böhnke, J., Rubel, J. & Steffanowski, A. (2013). Das Modellprojekt der TK zum Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie aus Sicht der Evaluatoren – Ein Plädoyer für mehr Psychotherapieforschung in Deutschland. *Psychotherapie-Psychosomatik-Medizinische Psychologie*, 63, 225–228.
- Odyniec, P., Probst, T., Margraf, J. & Willutzki, U. (2017). Psychotherapist trainees' professional self-doubt and negative personal reaction: Changes during cognitive behavioral therapy and association with patient progress. *Psychotherapy Research*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1315464>
- Paul, T. & Thiel, A. (2004). *Eating Disorder Inventory-2. Deutsche Version*. Göttingen: Hogrefe.
- Radhakrishnan, M., Hammond, G., Jones, P. B., Watson, A., McMillan-Shields, F. & Lafortune, L. (2013). Cost of Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme: An analysis of cost of session, treatment and recovery in selected Primary Care Trusts in the East of England region. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 37–45.
- Rief, W., Hiller, W. & Heuser, J. (1997). *SOMS—Das Screening für Somatoforme Störungen: Manual zum Fragebogen (SOMS—The Screening for Somatoform Symptoms)*. Bern: Huber.
- Schlagert, H. S. & Hiller, W. (2017). Merkmale und prädiktiver Wert von früher Verschlechterung in der ambulanten Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 46, 11–22.
- Victor, P., Dresenkamp, A., Haag, E., Merod, R., Ruggaber, G., Sauer, K. et al. (2017). Ausbildungsforschung in Ausbildungsinstituten der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie. *Psychotherapeut*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00278-017-0225-5>
- Wichers, M., Wigman, J. T. W. & Myin-Germeys, I. (2015). Micro-level affect dynamics in psychopathology viewed from complex dynamical system theory. *Emotion Review*, 7, 363–367.

Dr. Julia Velten

Ruhr-Universität Bochum
 Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit
 Massenbergsstraße 9–13
 44787 Bochum
 Julia.Velten@rub.de