

# Behandlungsdiagnosen in universitären Ambulanzen für psychologische Psychotherapie im Jahr 2016

## Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie zum KODAP-Projekt

Julia Velten<sup>1</sup>, Anne-Kathrin Bräscher<sup>2</sup>, Lydia Fehm<sup>3</sup>, Anne-Katharina Fladung<sup>4</sup>, Thomas Fydrich<sup>3</sup>, Jens Heider<sup>5</sup>, Sophie Hentschel<sup>6</sup>, Anke Limberg-Thiesen<sup>7</sup>, Wolfgang Lutz<sup>8</sup>, Jürgen Margraf<sup>1</sup>, Henning Schöttke<sup>9</sup>, Michael Witthöft<sup>2</sup> und Jürgen Hoyer<sup>10</sup>

<sup>1</sup>Ruhr-Universität Bochum, Klinische Psychologie und Psychotherapie

<sup>2</sup>Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Abteilung für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Experimentelle Psychopathologie

<sup>3</sup>Humboldt-Universität zu Berlin, Institut für Psychologie, Zentrum für Psychotherapie

<sup>4</sup>Universität Hamburg, Institut für Psychologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie

<sup>5</sup>Universität Koblenz-Landau, Psychotherapeutische Universitätsambulanz

<sup>6</sup>Freie Universität Berlin, Klinische Psychologie und Psychotherapie

<sup>7</sup>Universität Greifswald, Physiologische und Klinische Psychologie / Psychotherapie

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

<sup>9</sup>Universität Osnabrück, Klinische Psychologie und Psychotherapie

<sup>10</sup>Technische Universität Dresden, Klinische Psychologie und Psychotherapie

**Zusammenfassung:** *Theoretischer Hintergrund:* Im Jahr 2013 entstand die Initiative, Daten der universitären Psychotherapieambulanzen zusammenzuführen, um so eine deutschlandweite Forschungsdatenplattform zu schaffen. Der Forschungsverbund KODAP (Koordination der Datenerhebung und -auswertung an Forschungs-, Lehr- und Ausbildungsambulanzen für psychologische Psychotherapie) organisiert dieses komplexe Vorhaben. *Fragestellung/Methode:* In der vorliegenden Studie wird die technische und organisatorische Machbarkeit einer solchen Forschungsk Kooperation im Hinblick auf die Übermittlung und Zusammenführung der Daten dargestellt. Gleichzeitig wird die im Jahr 2016 in den Ambulanzen behandelte Patient\_innenpopulation beschrieben und es werden erste Vergleichsdaten zur Häufigkeit ICD-10-basierter Diagnosen in diesem Versorgungssegment generiert. *Ergebnisse:* Insgesamt stellten 16 Ambulanzen Daten von 4504 Patientinnen und Patienten ( $M_{\text{Alter}} = 37.87$ ;  $SD = 13.47$ ;  $\text{Range} = 15$  bis  $86$ ;  $65.3\%$  weiblich) aus dem Jahr 2016 zur Verfügung. Trotz der unterschiedlichen Systeme und Formate, in denen Patient\_innen- und therapiebezogene Forschungsdaten verwaltet werden, erwies sich die Übermittlung und Zusammenführung der Datensätze als machbar. Affektive Störungen (F3) und Neurotische, Belastungs- und Somatoforme Störungen (F4) machten den Großteil der vergebenen Diagnosen aus. Bei mehr als der Hälfte der Patient\_innen lag mehr als eine Störungsdiagnose vor ( $M = 1.84$ ;  $SD = 0.99$ ;  $\text{Range} = 0$  bis  $7$ ). *Schlussfolgerungen:* Diese Studie konnte zeigen, dass die Aufbereitung, Zusammenführung und Auswertung von Forschungsdaten über Ambulanzen hinweg möglich ist. Der Forderung nach einer stärkeren Ausrichtung der Psychologie in Richtung kumulativer und kooperativer Forschungsprojekte kommt das KODAP-Projekt in besonderem Maße nach.

**Schlüsselwörter:** Hochschulambulanzen, ICD-10-Diagnosen, Angststörungen, Affektive Störungen, Psychotherapieforschung, Versorgungsforschung

Bis auf Erst- und Letztautorenschaft sind alle Autor\_innen in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt.

### Treatment Diagnoses in University Outpatient Clinics for Psychotherapy in Germany – Results of a Feasibility Study

**Abstract:** *Background:* In 2013, an initiative was launched to aggregate data from university outpatient clinics for psychological psychotherapy in order to create a Germany-wide research data platform. KODAP, short for the *coordination of data collection and evaluation at research and training outpatient clinics for psychotherapy*, is responsible for the coordination of this complex project. *Method:* The present study describes the technical and organizational feasibility of such a research cooperation regarding the transfer and consolidation of data. In addition, the patient population treated in the university outpatient clinics for psychotherapy in 2016 is described and initial comparative data on the frequency of ICD-10-based diagnoses in this care segment are generated. *Results:* In total, 16 outpatient clinics provided data from 4,504 patients ( $M_{\text{age}} = 37.87$ ;  $SD = 13.47$ ; range = 15–86; 65.3% female) who were treated in 2016. Despite the different systems and formats in which patient and therapy-related research data are managed, the transfer and aggregation of the data sets proved feasible. Affective disorders (F3) and neurotic, stress, and somatoform disorders (F4) accounted for most of the diagnoses. More than half of the patients were diagnosed with more than one mental disorder ( $M = 1.84$ ;  $SD = 0.99$ ; range = 0–7). *Conclusion:* This study shows that preparation, consolidation, and evaluation of research data across university outpatient clinics are possible. The KODAP project meets the demand for a stronger orientation of psychology toward cumulative and cooperative research projects.

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

Der Forschungsverbund KODAP (Koordination der Datenerhebung und -auswertung an Forschungs-, Lehr- und Ausbildungsambulanzen für Psychotherapie) hat sich die Evaluation der psychologischen Psychotherapie an den deutschen Hochschulambulanzen sowie die Schaffung einer deutschlandweiten Forschungsdatenplattform für die Klinische Psychologie und Psychotherapie zum Ziel gesetzt (Hoyer et al., 2015; Velten et al., 2017). Im Fokus des 2013 ins Leben gerufenen und 2017 vom Verbund universitärer Ausbildungsstätten für Psychotherapie (unith.e.V.) unter Trägerschaft genommenen KODAP-Projektes steht die jährliche Zusammenführung eines Kerndatensatzes, der die behandelte Patient\_innenpopulation, therapierende Personen sowie Ergebnisse der Behandlungen abbilden soll. Durch die im Januar 2018 gestartete längsschnittliche Datenerhebung soll langfristig eine fortlaufende Analyse von Behandlungsverläufen, Prädiktoren des Therapieerfolgs, Therapieevaluation seltener Störungsbilder sowie Subgruppenanalysen auf einer breiten und repräsentativen Datenbasis möglich werden. Von den Ergebnissen sind wesentliche Impulse für die Psychotherapieforschung in naturalistischen Settings, insbesondere die Prozess- und Versorgungsforschung sowie für die Verbundforschung auf dem Gebiet der Klinischen Psychologie und Psychotherapie zu erwarten. Der bereits im Jahr 2011 von Hiller, Schindler, Andor und Rist formulierte Katalog von Methoden und Vorgehensweisen zur Evaluation psychotherapeutischer Behandlungen an universitären Hochschulambulanzen im Sinne der Phase-IV-Therapieforschung soll mithilfe dieses Projektes aufgegriffen werden (Velten et al., 2017).

## Ziele der Studie

Machbarkeitsstudien können herangezogen werden, um methodische Komponenten einer Studie (z.B. zeitliche und finanzielle Rahmenbedingungen, Datenqualität) im

Vorfeld eines umfangreicheren Forschungsprojektes zu überprüfen und ggf. zu modifizieren (Arain, Campbell, Cooper & Lancaster, 2010). Da die Etablierung des geplanten KODAP-Forschungsnetzwerks mit erheblichen logistischen, technischen und datenschutzrechtlichen Herausforderungen verbunden ist, war ein wesentliches Ziel dieser Studie die Machbarkeit einer ambulanzübergreifenden Zusammenführung von Patient\_innen- Therapeut\_innen- und Therapiedaten in den teilnehmenden KODAP-Ambulanzen zu prüfen. Weitere Aspekte der Machbarkeit, wie z.B. die Risikoabschätzung in Bezug auf den Datenschutz, wurden bereits in einer früheren Publikation aufgegriffen (Velten et al., 2017).

Der Aspekt der Machbarkeit wurde in dieser Studie im Hinblick auf verschiedene Kriterien überprüft: Für die jeweiligen Ambulanzen stand eine Überprüfung der ambulanzinternen Datenverarbeitungsprozesse sowie der Vollständigkeit und Qualität der Daten im Vordergrund. Auf ambulanzübergreifender Ebene sollten die technischen und organisatorischen Erfordernisse für die Datenübermittlung und -zusammenführung im Koordinierungszentrum – aktuell an der Arbeitseinheit für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Ruhr-Universität Bochum angesiedelt – überprüft werden. Diese Studie soll somit beteiligten oder interessierten Ambulanzen Hinweise darauf geben, wie die ambulanzinterne Datenerfassung und -verarbeitung auf die Anforderungen des KODAP-Projektes hin überprüft und ggf. angepasst werden kann.

Einen hinreichenden Datenrücklauf vorausgesetzt, sollte die Diagnoseverteilung in den Ambulanzen sowie die psychopathologische Belastung der Patientinnen und Patienten erfasst werden, um die Größe potentieller Studienpopulationen für zukünftige Studien abschätzen zu können. Dabei sollten keine Behandlungsergebnisse, sondern vielmehr eine Beschreibung der klinisch-diagnostischen Merkmale der Patientinnen und Patienten zu Therapiebeginn im Vordergrund stehen, die in den teilnehmenden KODAP-Ambulanzen im Jahr 2016 behandelt wurden.

Die Häufigkeitsverteilung der Behandlungsdiagnosen stand dabei zur Beantwortung der folgenden Forschungsfragestellungen im Fokus: Welche Störungsdiagnosen und Diagnosegruppen werden häufig, welche selten behandelt? Wie hoch ist der Anteil höher belasteter Patient\_innengruppen, bei denen mehr als eine Störungsdiagnose, mindestens eine Persönlichkeitsstörung oder schwergradige Symptome vorliegen? Darüber hinaus wurden Unterschiede zwischen den Behandlungsdiagnosen in Forschungs- bzw. Lehrambulanzen und Ausbildungsambulanzen exploriert.

## Methoden

### Übersicht

Im August 2017 wurden alle Ambulanzen der unith-Institute – bestehend aus 26 Ausbildungsinstituten im Erwachsenen- und 11 im Kinder- und Jugendlichen-Bereich sowie 39 Forschungs- / Lehrambulanzen – zur Teilnahme an KODAP eingeladen. Bis Juni 2018 waren 32 Ambulanzen aus 15 Standorten dem KODAP-Projekt beigetreten. Neben 26 Ambulanzen für Erwachsene waren zu diesem Zeitpunkt auch sechs Kinder- und Jugendlichen-Ambulanzen Mitglied bei KODAP. Diese Ambulanzen wurden eingeladen, Daten zu dieser Machbarkeitsstudie beizusteuern. Es konnten 16 Ambulanzen für Erwachsene bereits frühzeitig der Einladung, die Daten des bereits in Velten et al. (2017) definierten Kerndatensatzes für das Jahr 2016 zu übermitteln, folgen. Unter den Gründen für eine Nichtteilnahme waren u. a. das Nichtvorhandensein von Daten aufgrund erst kürzlicher Gründung der Ambulanzen sowie Voten von Ethikkommissionen, die einer Übermittlung im Jahr 2016 erhobener Daten aufgrund nicht darauf abgestimmter Einwilligungserklärungen nicht zustimmen. Die Daten aus den Kinder- und Jugendlichen-Ambulanzen werden an anderer Stelle dargestellt. Zudem wurden Studienprotokolle mit genauen Informationen zu allen Variablen versendet, die von den Ambulanzen gemeinsam mit dem quantitativen Datensatz ans Koordinierungszentrum zurückgesendet werden sollten. Eine qualitative Auswertung der Studienprotokolle wurde dafür genutzt, die Variablen auf ihre Schlüssigkeit zu überprüfen und Schwierigkeiten in der Datenerhebung festzustellen.

### Kriterien für die Überprüfung der Machbarkeit

In Bezug auf die Vollständigkeit und Qualität der Daten wurde innerhalb der teilnehmenden Ambulanzen über-

prüft, ob alle Datenpunkte in passender bzw. kompatibler Kodierung vorliegen und ob die erforderlichen Daten in einen Gesamtdatensatz zusammengefügt werden können. Zudem wurde der zeitliche und personelle Aufwand für die Aufbereitung der Daten in den Ambulanzen überprüft. Im Koordinierungszentrum diente diese Machbarkeitsstudie der Sicherstellung einer reibungslosen Datenübermittlung (dargestellt in Velten et al., 2017). Um die technische und organisatorische Machbarkeit des längsschnittlichen Forschungsprojektes sicherzustellen, wurden problematische bzw. fehlerhafte Datenpunkte an die Ambulanzen zurückgemeldet. Zur Erhebung weiterer Informationen zu Datenqualität und Umsetzbarkeit der Studie, wurden die Ambulanzen angehalten, neben quantitativen Daten kommentierte Studienprotokolle mit Anmerkungen zu den einzelnen Variablen an das Koordinierungszentrum zu übermitteln.

### Variablen auf Ebene der Patientinnen und Patienten

Zur Beschreibung der behandelten Personen wurden Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulabschluss sowie Arbeitsunfähigkeitsstatus zu Therapiebeginn ausgewertet. Um einen möglichen Personenbezug zu verhindern, wurden einige Variablen (z. B. Beruf, tagesgenaue Behandlungsdaten, Transgeschlechtlichkeit) nicht erhoben. Darüber hinaus wurden die zu Beginn der Therapie gestellten ICD-10 F-Diagnosen (Weltgesundheitsorganisation, Dilling, Mombour & Schmidt, 2005) getrennt nach Erst- bzw. Indexdiagnose – definiert als Hauptvorstellungsgrund – sowie weiteren Diagnosen erfasst. Basis der berichteten Diagnosen sollte eine standardisierte Befunderhebung bzw. ein strukturiertes Interview nach ICD-10 oder DSM-IV bzw. DSM-5 (Margraf, Cwik, Pflug, Schneider, 2017; Margraf, Schneider & Ehlers, 1994; Wittchen, 1994; Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz & Zaudig, 1997) sein. Die *Clinical Global Impression* Skalen (CGI; Guy, 1976; Kadouri, Corruble & Falissard, 2007) wurden eingesetzt, um eine Einschätzung des Schweregrades der psychischen Beeinträchtigung der Patientinnen und Patienten zu ermöglichen. Die psychopathologische Belastung wurde mit Hilfe des *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis & Spencer, 1993; deutsch: Franke, 1997), einer Kurzform der Symptomcheckliste SCL-90-R, berichtet. Das BSI besteht aus neun Skalen, die verschiedene psychopathologische Auffälligkeiten (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität / Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken, und Psychotizismus) erfassen. Neben diesen Skalen können drei Globalwerte errechnet werden, von denen der Global Severity Index (GSI) einen Kennwert für die allge-

meine psychische Belastung darstellt. Die vielfach international untersuchten psychometrischen Kennwerte des BSI reichen von unbefriedigend bis hoch (Boulet & Boss, 1991; Franke, 1997; Prinz et al., 2013). Zur Erfassung von depressiven Symptomen wurde das Beck-Depressions-Inventar (BDI) in den Versionen I oder II verwendet. Beide Versionen des Fragebogens erfassen depressive Symptome mit 21 Items und gelten als reliable und valide Selbstberichtsverfahren zur Erfassung von Depression (Beck, Steer, Ball & Ranieri, 1996; Beck, Steer & Carbin, 1988).

### Variablen auf Ebene der psychotherapeutischen Behandlungen

Die ausgewerteten Daten erlaubten eine nähere Beschreibung der durchgeführten psychotherapeutischen Behandlungen in Bezug auf die Anzahl der probatorischen und regulären Therapiesitzungen, das verwendete Richtlinienverfahren sowie die Anwendung von Einzel- und / oder gruppentherapeutischen Methoden. Der aktuelle Status der Behandlung – noch laufend, abgebrochen, regulär beendet – wurde ebenso wie die Zuordnung zu einer Ausbildungs- bzw. Forschungs- und Lehrambulanz erhoben.

### Variablen auf Ebene der Therapeutinnen und Therapeuten

Um die psychotherapeutisch Behandelnden näher zu charakterisieren, wurden Alter und Geschlecht sowie das Vorliegen einer psychotherapeutischen Approbation erfasst. Darüber hinaus erlaubten die erhobenen Daten eine Berechnung der Anzahl der durchschnittlich im Untersuchungszeitraum behandelten Patientinnen und Patienten.

### Datenanalyse

Als deskriptive Variablen werden Mittelwerte, Standardabweichungen sowie Häufigkeitsangaben aufgeführt. Einige Variablen wurden im Erhebungszeitraum 2016 nicht von allen teilnehmenden Ambulanzen erfasst. Gültige Prozente werden daher berichtet, um den Anteil an der jeweiligen Grundgesamtheit darzustellen. Der Vergleich der Störungsdiagnosen zwischen Forschungs- und Ausbildungsambulanzen wurde mittels Chi-Quadrat-Test durchgeführt.

## Ergebnisse

### Forschungs- und Ausbildungsambulanzen

Von den 26 KODAP-Ambulanzen aus dem Erwachsenenbereich, stellten 16 Ambulanzen (61.5 %) aus zehn Standorten (Humboldt-Universität Berlin, Freie Universität Berlin, Bochum, Dresden, Greifswald, Hamburg, Landau, Mainz, Trier, Osnabrück) Daten von 4504 im Jahr 2016 behandelten Personen, deren Therapiebeginn in 2016 oder früher stattgefunden haben konnte, zur Verfügung. Die Anzahl der pro Ambulanz übermittelten Datensätze reichte von 24 bis 756. Die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten wurde in Ausbildungsambulanzen (65.4 %;  $n = 2947$ ), weitere 671 (14.9 %) in Ambulanzen für Forschung und Lehre behandelt. Bei 983 (21.8 %) der behandelten Personen bzw. zwei Standorten war eine Zuordnung zur Art der Ambulanz im Datensatz nicht möglich.

### Machbarkeit der Datenaufbereitung und -zusammenführung

Die Vollständigkeit und Qualität der Daten (z. B. hinsichtlich der Kodierung der Antwortmöglichkeiten) wurden in den Ambulanzen überprüft. Unterstützt durch Rückmeldungen des Koordinierungszentrums konnten alle Ambulanzen ihre ambulanzinterne Datenerhebung so modifizieren, dass alle festgelegten Variablen für die zukünftige Längsschnittstudie in adäquater Form vorliegen und übermittelt werden können.

Alle teilnehmenden Ambulanzen konnten die zeitlichen und personellen Ressourcen bereitstellen, um eine Aufbereitung und Übermittlung der Datensätze sicherzustellen. Eine in Bezug auf die Datensicherheit zufriedenstellende Übermittlung der Datensätze (Velten et al., 2017) an das Koordinierungszentrum war durch alle Ambulanzen möglich.

Um die Machbarkeit der geplanten längsschnittlichen Datenerhebung zu gewährleisten, wurden die mündlichen und schriftlichen Rückmeldungen der Ambulanzen gesammelt und qualitativ ausgewertet. Das Ziel dieser Rückmeldungsschleife bestand darin, zu überprüfen, ob eine Abfrage des Kerndatensatzes wie geplant möglich ist und diente dazu, mögliche Schwierigkeiten im Vorfeld der geplanten Längsschnitt-Studie zu identifizieren. Eine quantitative Auswertung der übermittelten Studienprotokolle im Koordinierungszentrum war nicht vorgesehen. In Bezug auf die Diagnosedstellung zeigte sich, dass strukturierte bzw. standardisierte Interviewverfahren zum Standard gehören. Jedoch wurde die Durchführung von Interviews nicht in allen Ambulanzen patient\_innenbezogen erfasst.



In anderen Worten, eine abweichende Diagnosestellung, z.B. in bestimmten Forschungsprojekten wurde bislang nicht überall konsequent dokumentiert. Zusätzlich wurden nicht in allen Ambulanzen zu Beginn der Behandlung vergebene Verdachtsdiagnosen systematisch aktualisiert bzw. korrigiert. Zeitpunkte im Therapieverlauf, wie z.B. der Beginn der Behandlung, wurden ebenfalls nicht einheitlich operationalisiert. So gaben einige Ambulanzen an, dass der Zeitpunkt eines Vorgesprächs oder der Probatorik im System als Behandlungsstart verbucht wurden. Vorzeitige Abbrüche bzw. reguläre Therapiebeendigungen wurden ebenfalls nicht überall systematisch erfasst. In einigen Ambulanzen wurden dabei in Einzelfällen Therapien noch bis zur Durchführung von Katamnese-Sitzungen im System als laufende Behandlungen dokumentiert.

## Patientinnen und Patienten

**Soziodemographie.** Die Mehrzahl der behandelten Personen ( $M_{\text{Alter}} = 37.87$ ;  $SD = 13.47$ ;  $\text{Range} = 15$  bis 86 Jahre) war weiblich ( $n = 2937$ , 65.3%) und aktuell in einer Partnerschaft ( $n = 2383$ , 67.5%). Als Familienstand wurde von 49.4% ( $n = 1777$ ) ledig, 29.4% ( $n = 1058$ ) verheiratet und 9.2% ( $n = 332$ ) geschieden angegeben. Als höchster Schulabschluss wurde von 48.2% ( $n = 1518$ ) Abitur bzw. Fachabitur, von 29.4% ( $n = 926$ ) Mittlere Reife bzw. Realschulabschluss und von 18.1% ( $n = 570$ ) Hauptschulabschluss erreicht. Arbeitsfähigkeit lag bei Therapiebeginn bei 68.7% ( $n = 803$ ) der Patientinnen und Patienten vor. Zusätzlich zu den 18.6% ( $n = 217$ ) arbeitsunfähigen Patient\_innen bezogen 5.5% ( $n = 64$ ) eine Alters- und 3.1% ( $n = 36$ ) eine Erwerbsunfähigkeitsrente.

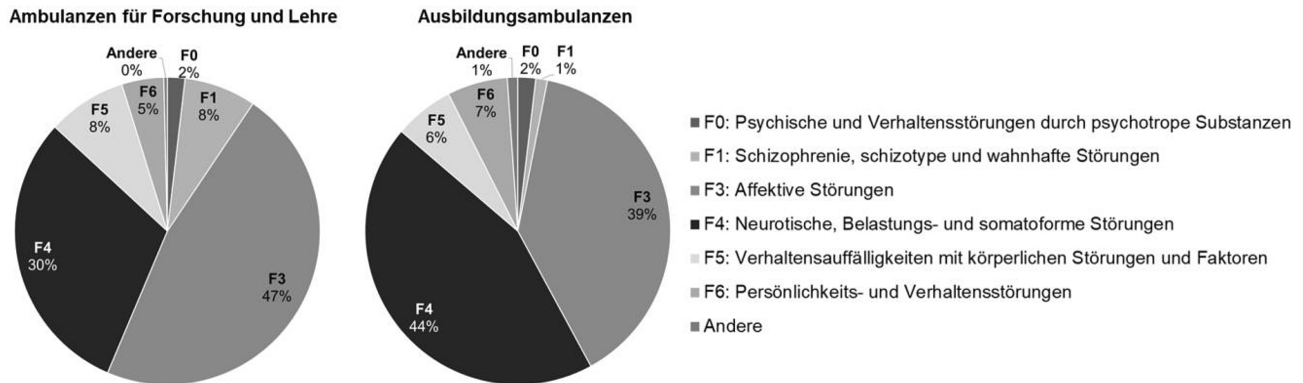
**Störungsdiagnosen.** Nahezu alle Ambulanzen gaben an, dass die Diagnosestellung zu Behandlungsbeginn durch strukturierte bzw. standardisierte Interviewverfahren gesichert wurde. Eine Ambulanz teilte jedoch mit, dass nicht in jedem Fall ein Interview zum Einsatz gekommen sei. Tabelle S1 im Elektronischen Supplement 2 zeigt die 50 häufigsten vergebenen Diagnosen aufgeteilt nach Störungsbereichen. Insgesamt wurden 7947 Diagnosen für 4266 Patientinnen und Patienten vergeben. Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) stellten die häufigste Störungskategorie dar, gefolgt von Affektiven Störungen (F3). Eine Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1) wurde 844 Mal diagnostiziert, war damit das am häufigsten vergebene Störungsbild. Mit 651 und 539 vergebenen Diagnosen waren die Soziale Phobie und die Mittelgradige depressive Episode die zweit- und dritthäufigsten Störungsbilder. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen wurden insgesamt 563 Mal diagnostiziert. Mindestens eine Persönlich-

keitsstörung (F60 bzw. F61) lag bei 10.8% aller Patientinnen und Patienten vor. Tabelle S2 im Elektronischen Supplement 3 zeigt die 50 häufigsten vergebenen Indexdiagnosen, welche im Rahmen dieser Studie als Behandlungsanlass definiert wurden. Obgleich F4-Diagnosen insgesamt am häufigsten vergeben wurden, stellten Affektive Störungen mit 39.4% ( $n = 1682$ ) die weitaus häufigsten Indexdiagnosen dar. Phobische (F40.-) und andere Angststörungen (F41.-) machten 14.2% ( $n = 607$ ) der Erstdiagnosen aus. Häufig vergeben wurden auch Indexdiagnosen im Bereich der Somatoformen Störungen (F45.-) mit 5.5% ( $n = 233$ ), der Posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1) mit 4.5% ( $n = 190$ ), der Anpassungsstörungen (F43.2, F43.22 und F43.20) mit 4.5% ( $n = 190$ ), der Essstörungen (F50.-) mit 4.4% ( $n = 186$ ) sowie der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ (F60.31) mit 2.6% ( $n = 113$ ). Patientinnen und Patienten mit Bipolaren affektiven Störungen ( $n = 42$ ; 0.9%), Schizophrenie ( $n = 44$ ; 1.0%) sowie Sexuellen Funktionsstörungen ( $n = 8$ ; 0.2%) als Indexdiagnosen wurden hingegen selten behandelt. Die Anzahl der vergebenen Diagnosen lag im Schnitt bei 1.84 ( $SD = 0.99$ ;  $\text{Range} = 0$  bis 7). Eine Multimorbidität zeigte sich also bei der Mehrzahl. Dabei lagen bei 43.1% ( $n = 1865$ ) genau eine, bei 33.4% ( $n = 1448$ ) zwei und bei 21.6% ( $n = 942$ ) drei oder mehr Diagnosen vor. Lediglich bei 1.7% ( $n = 74$ ) lag bei Behandlungsbeginn keine Diagnose vor bzw. wurde keine Diagnose im System vermerkt. Tabelle S3 im Elektronischen Supplement 4 zeigt die häufigsten Diagnosekombinationen bzw. Komorbiditätsmuster nach ICD-10-F-Störungssektionen. Ein gemeinsames Auftreten von Affektiven Störungen (F3) und Neurotischen, Belastungs- und Somatoformen Störungen (F4) war besonders häufig. So lag bei 581 Patientinnen und Patienten (13.7%) mit F4-Indexdiagnose eine zusätzliche F3-Diagnose vor. Das umgekehrte Muster – F3 als Erstdiagnose und F4 als Zweit- und / oder Drittdiagnose – traf auf 546 Patientinnen und Patienten (12.8%) zu.

Abbildung 1 zeigt die Verteilung der Indexdiagnosen aufgeteilt nach Ambulanzart.

Eine weitere Analyse, durchgeführt an den drei Standorten, welche sowohl Daten von Forschungs- und Lehrambulanzen und Ausbildungsambulanzen lieferten, zeigte signifikante Unterschiede in den Hauptkategorien der Indexdiagnosen zwischen Patientinnen und Patienten aus Forschungs- bzw. Lehrambulanzen und Ausbildungsambulanzen,  $\chi^2(6) = 23.21$ ,  $p < .001$ ,  $\phi = 0.11$ . Eine Inspektion der Häufigkeitsverteilungen zeigte eine größere Repräsentation von F3 im Vergleich zu F4 Diagnosen in Forschungs- und Lehrambulanzen.

**Psychopathologische Symptome.** Vier Ausbildungsambulanzen ( $n = 844$ ) übermittelten Daten über den Schweregrad der Beeinträchtigung zu Therapiebeginn, gemessen über die Clinical Global Impression Skala. Nach Ein-



**Abbildung 1.** Anteil der behandelten Patientinnen und Patienten in Ambulanzen für Forschung und Lehre bzw. Ausbildungsambulanzen aufgeteilt nach ICD-10 F-Hauptkategorien als Indexdiagnosen.

**Tabelle 1.** Psychopathologische Belastung der Patientinnen und Patienten zu Therapiebeginn

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Brief Symptom Inventory			
Somatisierung	3753	0.89	0.77
Zwanghaftigkeit	3757	1.47	0.87
Unsicherheit im Sozialkontakt	3758	1.44	1.00
Depressivität	3760	1.36	0.93
Ängstlichkeit	3754	1.14	0.83
Aggressivität/Feindseligkeit	3760	0.96	0.76
Phobische Angst	3756	0.85	0.88
Paranoides Denken	3760	1.10	0.88
Psychotizismus	3756	0.92	0.77
Global Severity Index (GSI)	3763	1.12	0.67
Becks Depressions-Inventar (BDI)			
BDI-I	642	18.47	10.10
BDI-II	2640	22.08	11.73

schätzung der Behandelnden waren 0.1% der Patient\_innen als gar nicht krank, 1.1% als Grenzfall psychischer Erkrankung, 5.9% als nur leicht krank, 28.9% als mäßig krank, 49.8% als deutlich krank, 12.1% als schwer krank und 0.7% als extrem schwer krank einzuschätzen. Tabelle 1 stellt die BSI- und BDI-Werte zu Therapiebeginn dar. Klinisch erhöhte BSI-Werte ( $GSI > 0.61$ ) lagen bei 76% ( $n = 2823$ ), klinisch bedeutsame BDI-Werte (Gesamtwerte im BDI-I oder BDI-II  $> 14$ ) bei 70% ( $n = 2298$ ) der behandelten Personen zu Therapiebeginn vor. Schwergradige Depressionssymptome (Gesamtwerte im BDI-I oder BDI-II  $> 29$ ) zeigten zu Behandlungsbeginn 24.3% ( $n = 797$ ).

## Psychotherapeutische Behandlung

Es wurden im Schnitt 4.77 probatorische Sitzungen ( $SD = 0.85$ ;  $Range = 0$  bis 13) durchgeführt. Eine Ausreißer-Ana-

lyse zeigte, dass es in 98.5% der Behandlungen zu den erwartbaren maximal fünf probatorischen Sitzungen kam. Die Anzahl der regulären Therapiesitzungen nach der Probatorik betrug 35.01 ( $SD = 22.28$ ;  $Range = 0$  bis 117). Während 42.7% ( $n = 1371$ ) der Therapien regulär beendet wurden, waren 23.3% ( $n = 748$ ) zum Zeitpunkt der Datenabfrage noch andauernd. Bei den regulär abgeschlossenen Behandlungen fanden im Schnitt 43.09 ( $SD = 17.09$ ) Therapiesitzungen statt. In 32.9% ( $n = 1057$ ) der Behandlungen wurde ein Therapieabbruch angegeben. Diese Behandlungen umfassten im Schnitt 23.8 ( $SD = 22.04$ ) Therapiesitzungen. Es kam in allen Fällen Verhaltenstherapie als therapeutisches Verfahren zum Einsatz. Ausschließlich einzeltherapeutische Sitzungen wurden in 90.9% ( $n = 2683$ ), kombinierte Einzel- und Gruppentherapie in 9.0% ( $n = 284$ ) der Behandlungen durchgeführt.

## Therapeutinnen und Therapeuten

Insgesamt waren 675 Personen ( $M_{\text{Alter}} = 30.91$ ;  $SD = 5.82$ ;  $\text{Range} = 22$  bis 58 Jahre) an der Behandlung der Patientinnen und Patienten beteiligt. Der Großteil der Behandelnden war weiblichen Geschlechts ( $n = 502$ ; 83.3%) und die Mehrzahl ( $n = 427$ ; 70.6%) hatte noch keine psychotherapeutische Approbation, befand sich somit in psychotherapeutischer Ausbildung. Im Durchschnitt behandelten die Therapeutinnen und Therapeuten im Untersuchungszeitraum 6.67 Patient\_innen ( $SD = 5.75$ ;  $\text{Range} = 1$  bis 54). Dabei wurden in den Forschungs- und Lehrambulanzen im Schnitt 5.19 ( $SD = 6.94$ ;  $\text{Range} = 1$  bis 43) und in den Ausbildungsambulanzen im Schnitt 6.80 ( $SD = 5.29$ ;  $\text{Range} = 1$  bis 54) Patient\_innen pro Therapeut\_in behandelt. Eine genauere Betrachtung der Extremwerte zeigte, dass 95% der Behandelnden im Jahr 2016 für weniger als 17 Patientinnen und Patienten zuständig war.

## Diskussion

Durch die vorliegende Studie konnte gezeigt werden, dass die Aufbereitung, Zusammenführung und Auswertung von Forschungsdaten über universitäre Forschungs-, Lehr- und Ausbildungsambulanzen für psychologische Psychotherapie hinweg in einem zuvor noch nicht erprobten Rahmen möglich ist. Ein erster Referenzdatensatz zur Zusammensetzung der ICD-10-Diagnosen an diesen Ambulanzen konnte somit erstellt und ausgewertet werden.

### Machbarkeit des Forschungsverbundes KODAP

Diese Studie konnte die Machbarkeit des Forschungsverbundes in Bezug auf die technischen und organisatorischen Voraussetzungen bestätigen. Es konnten zudem eine Reihe von Erkenntnissen gewonnen werden, die für die Planung zukünftiger Auswertungsprojekte von zentraler Bedeutung sind. Verbesserungspotentiale zeigten sich in Bezug auf die Harmonisierung, Standardisierung bzw. Dokumentation des diagnostischen Prozesses. Obgleich alle Ambulanzen angaben, strukturierte bzw. standardisierte Interviews für die Diagnosestellung zu verwenden, fand eine patient\_innengenaue Zuordnung der jeweils verwendeten Methodik nicht überall statt, und es wurde nicht systematisch erfasst, ob in Einzelfällen von diesem Standardvorgehen abgewichen und Diagnosen auf andere Art gestellt wurden. Durch eine Dokumentation des jeweils verwendeten Verfahrens könnten Ausnahmen im Diagnostikprozess (z. B. in Forschungsprojekten)

identifiziert und eine durchgehend hohe Qualität der Diagnosestellung gesichert werden. Aus den Rückmeldungen wurde zudem deutlich, dass bei Therapieende eventuell noch vorliegende Diagnose(n) grundsätzlich gesichert werden, jedoch auf unterschiedliche Weise (z. B. vollständiges Interview, Auszüge aus Interview, klinische Einschätzung). Um das (Nicht-)Vorliegen bzw. die Veränderung der Störungsdiagnosen zu erfassen, wird empfohlen, auch zu Therapieende strukturierte Interviewverfahren einzusetzen oder zumindest durch eine patient\_innengenaue Erfassung der Diagnosemethodik eine Vergleichbarkeit der Daten zu erzielen.

Aus den Rückmeldungen an das Koordinierungszentrum ließ sich zudem schließen, dass diagnostische und soziodemographische Informationen, wie Familienstand oder Berufstätigkeit, oft in unterschiedlichen Formaten (z. B. mit anderen Antwortkategorien oder als Freitexteingaben) gespeichert werden. Durch eine Angleichung entsprechender Frageformate in den Ambulanzen wird eine einfachere Übertragung der KODAP-Variablen in der geplanten Längsschnittstudie möglich. Ein Vorschlag zur Umsetzung der Kernvariablen durch Kurzfragebögen für Therapeut\_innen und Patient\_innen zu Therapiebeginn und -ende wurde vom Koordinierungszentrum entwickelt (Link ESM1). Einige Ambulanzen meldeten darüber hinaus zurück, dass Variablen, wie z. B. der Familienstand bislang nicht digital abgespeichert, sondern auf Papierbögen in der Patient\_innenakte festgehalten wurden, was im Hinblick auf Forschungsprojekte kritisch zu sehen ist. In Bezug auf das geplante Längsschnittvorhaben wird zudem eine weitere Korrekturschleife innerhalb der Ambulanzen sowie im Zusammenspiel mit dem Koordinierungszentrum geplant, um sicherzustellen, dass es sich bei den – in sehr geringem Umfang vorkommenden – Extremwerten (z. B. 13 probatorische Sitzungen oder über 50 Patient\_innen, die von einer Person behandelt wurden) um valide Datenpunkte handelt.

Es kommen unterschiedliche Datenbanklösungen (z. B. AmbOS, PsychoWare) in den Ambulanzen zum Einsatz (Hoyer et al., 2015). Obgleich sich die Prozesse der Datenaufbereitung je nach Datenbanksystem unterscheiden, berichteten alle Ambulanzen über die Notwendigkeit, Daten händisch zu übertragen, umzuformatieren oder aus verschiedenen Datenblättern zusammenzufügen. In vielen Ambulanzen konnten in Vorbereitung dieser Machbarkeitsstudie bereits Lösungen erarbeitet werden, die eine zeiteffizientere Abfrage des gleichen Datensatzes in zukünftigen Studienwellen ermöglichen werden. Da perspektivisch keine Festlegung aller KODAP-Ambulanzen auf eine spezifische Datenbanklösung wahrscheinlich scheint, stellt die Entwicklung von effizienten, ambulanzen-internen Datenaufbereitungsprozessen einen wichtigen Schritt zur Umsetzung des Verbundprojektes dar.

## Behandlungsdiagnosen und Patient\_innenpopulation

Durch den Datenrücklauf, der 16 Ambulanzen und mehr als 4500 Patient\_innen umfasste, war eine Auswertung von inhaltlichen Fragestellungen, vor allem im Hinblick auf die Behandlungsdiagnosen, möglich. Als häufigste Diagnosegruppe wurden Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) sowie Affektive Störungen (F3) identifiziert; wobei letztere auch als häufigste Indexdiagnosen bzw. als Behandlungsanlässe vorlagen. Die große Häufigkeit dieser Störungsbereiche wurde bereits in vorherigen Untersuchungen deutscher Psychotherapieambulanzen berichtet (Jacobi, Uhlmann & Hoyer, 2011; Richter, Gutt & Hamm, 2013; Victor et al., 2018).

Mithilfe der erhobenen Daten war es ebenfalls möglich, den Anteil höher belasteter Patient\_innengruppen zu identifizieren. Bei der Mehrzahl der Patientinnen und Patienten (55%), die im Jahr 2016 in den teilnehmenden KODAP-Ambulanzen behandelt wurden, lagen bei Therapiebeginn mehrere psychische Störungen vor. Diese Zahlen liegen über denen, die in nicht-universitären Ausbildungsambulanzen (Victor et al., 2018) oder früheren Veröffentlichungen aus einzelnen universitären Ambulanzen aus den Jahren 2007 (Peikert, Baum, Barchmann, Schröder & Kropp, 2014) bzw. 2009 bis 2011 (Richter et al., 2013) und in der TK-Studie, für die Behandlungen von, in der Regelversorgung tätigen, niedergelassenen Psychotherapeuten ausgewertet wurden, berichtet wurden (Köck, 2012).

Mit einem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen bei etwa 11% Patientinnen und Patienten, liegen die hier berichteten Zahlen unter denen von Patient\_innen im psychiatrischen Setting (Zimmerman, Rothschild & Chelminski, 2005), jedoch über denen anderer deutscher Ambulanzen (Jacobi et al., 2011; Victor et al., 2018). Diagnosen, auch von Persönlichkeitsstörungen, werden in den teilnehmenden Ambulanzen durch evaluierte, strukturierte bzw. standardisierte Interviews wie z. B. das Strukturierte Klinische Interview für DSM (SKID-II) (Wittchen et al., 1997) gestellt. Dies spricht für eine qualitativ hochwertige Diagnostik, deren Validität und Reliabilität das klinische Urteil bzw. nichtstandardisierte Diagnostikverfahren übertrifft (Margraf et al., 2017).

Die Ergebnisse zeigten, dass Patientinnen und Patienten mit fast allen Diagnosen und Schweregraden an den universitären Forschungs-, Lehr- und Ausbildungsambulanzen behandelt werden. Dabei übertrifft die Anzahl der Patient\_innen, die sich aufgrund schwerer psychischer Störungen (z. B. Schwere depressive Episode, Borderline-Störung, Chronische Schmerzstörungen, Posttraumatische Belastungsstörung) in Behandlung begeben, die Anzahl der Patient\_innen mit vermeintlich leichteren Störungsbildern

(z. B. Anpassungsstörungen oder Leichte Depressive Episode). Störungen aus dem Bereich der Psychosen machten insgesamt nur den 34. Rang der häufigsten Diagnosen bzw. ein Prozent der Behandlungsanlässe aus. Um gerade auch die in der Ausbildung befindlichen Psychotherapeut\_innen für die Behandlung dieses Störungsbereichs zu schulen, sollte angestrebt werden, den Anteil dieser Patient\_innengruppe in den Ambulanzen zu erhöhen (Schlier, Wiese, Frantz & Lincoln, 2017).

In Bezug auf Alter und Geschlecht waren die in den teilnehmenden KODAP-Ambulanzen behandelten Patient\_innen mit denen von niedergelassenen verhaltenstherapeutischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in der TK-Studie bzw. nicht-universitären und universitären verhaltenstherapeutischen Ambulanzen weitgehend vergleichbar (Köck, 2012; Lutz, Wittmann, Böhnke, Rubel & Steffanowski, 2012; Peikert et al., 2014; Victor et al., 2018). Die größten Unterschiede zeigten sich in Bezug auf das Alter, welches in dieser Studie im Vergleich zur TK-Studie sechs Jahre jünger war (44 vs. 38 Jahre; Lutz et al., 2012). Die behandelten Patientinnen und Patienten wiesen im Schnitt einen hohen Bildungsstand auf. Ein direkter Vergleich mit der TK-Studie bzw. nicht-universitären Ambulanzen war jedoch aufgrund fehlender Vergleichswerte nicht möglich.

## Psychopathologie und Symptomschwere

Die Gesamtbelastung der Patientinnen und Patienten durch psychopathologische Symptome gemessen durch den BSI bzw. den Global Severity Index (GSI) entsprach nahezu exakt der Symptomschwere einer Normstichprobe von drei deutschen Ambulanzen aus dem Jahr 2002 sowie der 2012er TK-Studie (Geisheim et al., 2002; Lutz, Wittmann, Böhnke, Rubel & Steffanowski, 2013) und liegt über derjenigen, die bei Patientinnen und Patienten einer verhaltenstherapeutischen Ambulanz aus den Jahren 2004 bis 2010 berichtet wurden (Jacobi et al., 2011). In den teilnehmenden KODAP-Ambulanzen wird somit eine Patientenpopulation behandelt, die in Bezug auf die psychopathologische Belastung mit der von niedergelassenen verhaltenstherapeutisch ausgebildeten Psychotherapeut\_innen sowie nicht-universitären Ausbildungsambulanzen vergleichbar ist. Die zu Therapiebeginn vorliegenden Depressionswerte sind ebenfalls mit denen der TK-Studie (Köck, 2012) und denen einer einzelnen universitären Ausbildungsambulanz (Richter et al., 2013) vergleichbar, liegen jedoch unter denen, die in nicht-universitären Ambulanzen berichtet werden (Victor et al., 2018). Dieses Ergebnis überrascht wenig, wenn berücksichtigt wird, dass in der letztgenannten Studie mehr als die Hälfte der Patientinnen und Patienten (54%) auf-



grund Affektiver Störungen behandelt wurden. Die Analyse einer Teilstichprobe von vier Ausbildungsambulanzen zeigte zudem, dass knapp zwei Drittel der Patient\_innen von den Behandelnden als deutlich, schwer oder extrem schwer erkrankt eingeschätzt wurden.

## Beschreibung der Therapeutinnen und Therapeuten

Der hohe Anteil von Behandelnden weiblichen Geschlechts ist vergleichbar mit dem aus nicht-universitären Ausbildungsinstituten (Victor et al., 2018). Dadurch, dass die meisten berichteten Behandlungen in Ausbildungsinstituten stattfanden, wird nachvollziehbar, dass die Mehrzahl der Behandelnden noch keine psychotherapeutische Approbation aufwies. Die Tatsache, dass die Therapeutinnen und Therapeuten in Ausbildungsambulanzen im Studienzeitraum durchschnittlich sieben Patientinnen behandelten, unterstreicht die Intensität und Strukturiertheit der Psychotherapieausbildung in den teilnehmenden Ausbildungsambulanzen. Die unterschiedliche Anzahl der behandelten Patient\_innen pro Therapeut\_in in den hier vorliegenden Daten spiegelt die verschiedenen Ausbildungsmodelle in Form von Teilzeit oder Vollzeit wider.

## Psychotherapeutische Behandlung

Mit 43 Behandlungssitzungen für regulär beendete Therapien sind die Behandlungsumfänge identisch mit denen, die in anderen verhaltenstherapeutischen Ambulanzen berichtet werden (Victor et al., 2018). In etwa einem Drittel der Behandlungen wurden Therapieabbrüche vermerkt. Obgleich diese Zahl hoch erscheint, ist dieser Wert durchaus vergleichbar mit Abbruchraten, die in ähnlichen Behandlungssettings berichtet wurden (Hiller, Bleichhardt & Schindler, 2008). Um zu erfassen, welchen Anteil qualitätsrelevante (z. B. geringer Therapieerfolg) im Vergleich zu nicht-qualitätsrelevanten Abbrüchen (z. B. Wohnortwechsel, geringer Leidensdruck) ausmachen, sollten die Gründe für vorzeitige Beendigungen bzw. Nichtausschöpfen bewilligter Sitzungen zukünftig systematisch und einheitlich dokumentiert werden.

## Limitationen

Wenngleich eine große Anzahl der in Frage kommenden universitären Ambulanzen bereits dem KODAP-Projekt beigetreten ist und wiederum mehr als die Hälfte der jetzigen Mitgliedsambulanzen Daten zu dieser Machbarkeitsstudie beisteuerten, ist unklar, inwiefern die in die-

ser Untersuchung eingeschlossenen Ambulanzen repräsentativ für alle deutschen universitären Ambulanzen für Psychotherapie sind. Ursachen für die Nicht-Teilnahme von KODAP-Ambulanzen bei dieser Studie bzw. Gründe für fehlende Variablen in den übermittelten Datensätzen wurden nicht systematisch dokumentiert. Eine detailliertere, quantitative Analyse von Machbarkeitsaspekten bezogen auf die Datenaufbereitung in den Ambulanzen war daher nicht möglich.

Im Rahmen dieser Studie wurde nicht untersucht, inwiefern sich die Ambulanzen in Bezug auf die Prozess- und Strukturqualität unterscheiden. Obgleich davon ausgegangen wird, dass z. B. die Reliabilität der Diagnosestellung durch strukturierte Interviewverfahren ambulanzübergreifend auf einem hohen Niveau sichergestellt ist, wurde dies nicht im Detail analysiert. Aufgrund ethischer und datenschutzrechtlicher Aspekte können im Rahmen des KODAP-Projektes nur eine begrenzte Anzahl persönlicher Variablen von Patient\_innen und Therapeut\_innen ausgewertet werden. Eine detaillierte Analyse zum Einfluss bestimmter personenbezogener Variablen, wie Beruf oder Wohnort, ist daher mit dem vorliegenden Datensatz nicht möglich bzw. im Projekt nicht vorgesehen. Deswegen wurde in dieser Studie der Fokus bewusst auf eine Beschreibung der Patient\_innenpopulation und Behandlungsdiagnosen zu Therapiebeginn gelegt. Es zeigte sich, dass die Mehrzahl der Ambulanzen den BDI-II nutzt, während in zwei Ambulanzen der BDI-I zum Einsatz kommt. Die Vergleichbarkeit der vor Therapiebeginn erhobenen Depressionswerte zwischen Ambulanzen mit unterschiedlichen BDI-Versionen ist daher eingeschränkt. Da ein wesentlicher Fokus dieser Studie in der Abschätzung von Machbarkeitsaspekten lag, wurde den Ambulanzen freigestellt, ob diese erste Datenübermittlung bereits zu Therapieende erhobene Variablen beinhaltet. Die Analyse von Therapieverläufen und -ergebnissen ist für die seit Anfang 2018 laufende längsschnittliche Datenerhebung vorgesehen.

## Zusammenfassung

Die hier vorgestellte Studie belegt die Machbarkeit einer ambulanzübergreifenden Zusammenführung und Auswertung von Forschungsdaten. In den teilnehmenden KODAP-Ambulanzen wurden im Jahr 2016 mehr als 4500 Patient\_innen verhaltenstherapeutisch behandelt. Affektive Störungen (F3) und Neurotische, Belastungs- und Somatoforme Störungen (F4) machten den Großteil der vergebenen Diagnosen aus, wobei bei der Mehrzahl der Patientinnen und Patienten zu Therapiebeginn mehrere Störungsdiagnosen vorlagen. Der Forderung nach einer stärkeren Ausrichtung der Psychologie in Richtung ku-

mulativer und kooperativer Forschungsprojekte (Margraf, 2015) wird durch das KODAP-Projekt in einem besonderen Maße nachgekommen. Die Untersuchung spezifischer Forschungsfragestellungen sowie seltener Störungsbilder wird durch dieses Verbundprojekt mit einer großen Messgenauigkeit möglich. Durch dieses Kooperationsprojekt soll die Sichtbarkeit der Forschung an den deutschen universitären Ambulanzen für Psychotherapie erhöht und die Wettbewerbsfähigkeit im Vergleich zu anderen Leistungserbringern im Gesundheitssystem sowie anderen Forschungsverbänden im internationalen Vergleich sichergestellt werden.

## Elektronische Supplemente (ESM)

Die elektronischen Supplemente sind mit der Online-Version dieses Artikels verfügbar unter <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000490>

**ESM 1.** Text-Dokument (ESM1\_Vorschlag\_für\_KODAP-Fragebögen.xlsx). Diese Datei beinhaltet einen Vorschlag zur Umsetzung der KODAP-Kernvariablen.

**ESM 2.** Tabelle (ESM2\_Tabelle\_1.docx). Diese Datei beinhaltet Tabelle S1 mit den Häufigkeiten vergebener Störungsdiagnosen aufgeteilt nach Störungsbereichen.

**ESM 3.** Tabelle (ESM3\_Tabelle\_2.docx). Diese Datei beinhaltet Tabelle S2 mit den 50 häufigsten Indexdiagnosen.

**ESM 4.** Tabelle (ESM4\_Tabelle\_3.docx). Diese Datei beinhaltet Tabelle S3 mit der Auflistung der Patient\_innen mit Diagnosen bzw. Diagnosekombinationen nach ICD-F-Sektionen

## Literatur

- Arain, M., Campbell, M. J., Cooper, C. L. & Lancaster, G. A. (2010). What is a pilot or feasibility study? A review of current practice and editorial policy. *BMC Medical Research Methodology*, 10: 67. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-67>
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R. & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories-Ia and-II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67, 588–597.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77–100.
- Boulet, J. & Boss, M. W. (1991). Reliability and validity of the Brief Symptom Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 433–437.
- Derogatis, L. R. & Spencer, P. M. (1993). *Brief symptom inventory: BSI*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Franke, G. H. (1997). Erste Studien zur Güte des Brief Symptom Inventory (BSI). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 3, 159–166.
- Geisheim, C., Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schröder, B. & Witzleben, I. von (2002). Das Brief Symptom Inventory (BSI) als Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Diagnostica*, 48, 28–36.
- Guy, W. (1976). Clinical Global Impression Scale. In W. Guy (Ed.), *The ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology* (Revised Vol., pp. 217–222). Rockville, MD: US Department of Health, Education, and Welfare.
- Hiller, W., Bleichhardt, G. & Schindler, A. (2008). Evaluation von Psychotherapien aus der Perspektive von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57, 7–22.
- Hiller, W., Schindler, A., Andor, T. & Rist, F. (2011). Vorschläge zur Evaluation regulärer Psychotherapien an Hochschulambulanzen im Sinne der Phase-IV-Therapieforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40, 22–23.
- Hoyer, J., Velten, J., Benecke, C., Berking, M., Heinrichs, N., In-Albon, T. et al. (2015). Koordination der Forschung an Hochschulambulanzen für Psychotherapie: Status Quo und Agenda. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 44, 80–87.
- Jacobi, F., Uhmann, S. & Hoyer, J. (2011). Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie? Ergebnisse aus einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40, 246–256.
- Kadouri, A., Corruble, E. & Falissard, B. (2007). The improved Clinical Global Impression Scale (iCGI): development and validation in depression. *BMC Psychiatry*, 7, 7.
- Köck, K. (2012). *Komorbidität in der ambulanten Psychotherapie*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Trier.
- Lutz, W., Wittmann, W. W., Böhnke, J. R., Rubel, J. & Steffanowski, A. (2012). Zu den Ergebnissen des Modellprojektes der Techniker-Krankenkasse zum Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie aus Sicht des wissenschaftlichen Evaluationsteams. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 62, 413–417.
- Lutz, W., Wittmann, W. W., Böhnke, J. R., 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.
- Margraf, J. (2015). Zur Lage der Psychologie. *Psychologische Rundschau*, 66, 1–30.
- Margraf, J., Cwik, J. C., Pflug, V. & Schneider, S. (2017). Strukturierte klinische Interviews zur Erfassung psychischer Störungen über die Lebensspanne. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 46, 176–186.
- Margraf, J., Schneider, S. & Ehlers, A. (1994). *DIPS: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Peikert, G., Baum, A., Barchmann, D., Schröder, D. & Kropp, P. (2014). Wie effektiv sind Ausbildungstherapien? Vergleichsstudie zur Effektivität von Ausbildungs- und Regeltherapien. *Verhaltenstherapie*, 24, 272–279.
- Prinz, U., Nutzinger, D. O., Schulz, H., Petermann, F., Braukhaus, C. & Andreas, S. (2013). Comparative psychometric analyses of the SCL-90-R and its short versions in patients with affective disorders. *BMC Psychiatry*, 13, 1–9.
- Richter, S., Gutt, F. & Hamm, A. O. (2013). Evaluation ambulanter Psychotherapien in einer Hochschulambulanz. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 34, 3–21.
- Schlier, B., Wiese, S., Frantz, I. & Lincoln, T. M. (2017). Chancengleichheit in der ambulanten Therapie: ein Experiment zur Bereitschaft von niedergelassenen Psychotherapeuten, Patienten

- mit Schizophrenie zu behandeln. *Verhaltenstherapie*, 27, 161 – 168.
- Velten, J., Margraf, J., Benecke, C., Berking, M., In-Albon, T., Lincoln, T. et al. (2017). Methodenpapier zur Koordination der Datenerhebung und -auswertung an Hochschul- und Ausbildungsambulanzen für Psychotherapie (KODAP). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 46, 169 – 175.
- Victor, P., Dresenkamp, A., Haag, E., Merod, R., Ruggaber, G., Sauer, K. et al. (2018). Ausbildungsforschung in Ausbildungsinstituten der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie. *Psychotherapeut*, 63, 62 – 67.
- Weltgesundheitsorganisation, Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2005). *Internationale Klassifikation Psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-Diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- Wittchen, H.-U. (1994). Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *Journal of Psychiatric Research*, 28, 57 – 84.
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (1997). *SKID-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Zimmerman, M., Rothschild, L. & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1911 – 1918.

Onlineveröffentlichung: 30.11.2018

**Dr. Julia Velten**

Ruhr-Universität Bochum  
Fakultät für Psychologie  
Klinische Psychologie und Psychotherapie  
Massenbergstraße 9 – 13  
44787 Bochum  
Julia.Velten@rub.de