

Evaluation und Effekterfassung in der Psychotherapie

**Wolfgang Lutz
Rebekka Neu
Julian A. Rubel**

Standards der
Psychotherapie

 **hogrefe**

Evaluation und Effekterfassung in der Psychotherapie

Standards der Psychotherapie
Band 5

Evaluation und Effekterfassung in der Psychotherapie

Prof. Dr. Wolfgang Lutz, Dipl.-Psych. Rebekka Neu, Dr. Julian A. Rubel

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Martin Hautzinger, Prof. Dr. Kurt Hahlweg,

Prof. Dr. Jürgen Margraf, Prof. Dr. Winfried Rief

Wolfgang Lutz
Rebekka Neu
Julian A. Rubel

Evaluation und Effekterfassung in der Psychotherapie



Prof. Dr., Dipl.-Psych. Wolfgang Lutz, geb. 1966. Seit 2007 Leiter der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, der Poliklinischen Psychotherapieambulanz für Ausbildung, Lehre und Forschung (PALF) und verantwortlicher Leiter des Weiterbildungsstudiengangs für Psychologische Psychotherapie an der Universität Trier.

Dipl.-Psych. Rebekka Neu, geb. 1987. Seit 2017 Psychologische Psychotherapeutin und seit 2013 wissenschaftliche Mitarbeiterin sowie Doktorandin in der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Trier.

Dr., Dipl.-Psych. Julian A. Rubel, geb. 1987. Seit 2012 wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Trier.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
verlag@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Satz: Beate Hautsch, Göttingen
Format: PDF

1. Auflage 2019

© 2019 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2912-0; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2912-1)

ISBN 978-3-8017-2912-7

<http://doi.org/10.1026/02912-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Einführung	1
1 Psychotherapieevaluation als Bestandteil psychotherapeutischer Identität, Praxis sowie Aus- und Weiterbildung	5
2 Was sollte man als Psychotherapeuten über Evaluation wissen? – Grundlagen der Evaluation psychotherapeutischer Maßnahme	8
2.1 Was sind relevante Kriterien des Therapieerfolges?	8
2.2 Wie lassen sich therapierelevante Veränderungen abbilden?	12
2.3 Wie effektiv ist Psychotherapie? – Effektstärken und Metaanalysen zur Behandlungseffektivität	13
2.4 Wann ist eine Veränderung klinisch bedeutsam und für Patienten relevant?	16
2.5 Ist Psychotherapie immer erfolgreich? – Erfolgsstabilität, Misserfolg, Therapieabbruch und Therapeuteneffekte	19
2.6 Wie viel Therapie ist notwendig? – Zur Aufwand-Wirkungsfrage in der Psychotherapie	24
2.7 Lassen sich frühe Veränderungen vorhersagen und negative Entwicklungen korrigieren?	28
2.8 Wie kann eine evidenzbasierte und personalisierte Psychotherapiepraxis aussehen?	32
2.9 Hilft psychometrisches Feedback/Evaluation immer oder gibt es moderierende Einflüsse der Feedbackwirkung?	37
2.10 Was machen die Therapeuten mit dem psychometrischen Feedback?	38
3 Evaluation und Fortschrittsbeurteilung in der Praxis	42
3.1 Instrumente zur Fortschrittsbeurteilung	42
3.2 Implementation I: Beispiel an einer Universitätsambulanz	51
3.3 Implementation II: Vorschlag für die Routineversorgung und Abrechnung über EBM	56
3.4 Therapiedokumentation und Therapiebeziehung	58
3.5 Mögliche Hindernisse und Voraussetzungen	59
3.6 Softwarelösungen zur Unterstützung der Evaluation in der Praxis	60

VI Inhaltsverzeichnis

4	Fallbeispiele	66
4.1	Fallbeispiel 1: Frau K. – Anpassungsstörung	66
4.2	Fallbeispiel 2: Frau P. – Somatoforme Schmerzstörung und Generalisierte Angststörung	84
4.3	Fallbeispiel 3: Herr S. – Rezidivierende depressive Störung und Agoraphobie mit Panikstörung	102
4.4	Fallbeispiel 4: Frau L. – Mittelgradige depressive Episode und Verdacht auf Posttraumatische Belastungsstörung	119
5	Weiterführende Literatur	137
6	Literatur	138
7	Verzeichnis der zitierten Fragebögen	145
8	Anhang	153
	Der Fragebogen zur Evaluation von Psychotherapieverläufen (FEP-2)	154
	Auswertungsanweisung zum FEP-2	156
	Der Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	158
	Auswertungsanweisung zum PHQ-9	159
	Der Generalized Anxiety Disorder Questionnaire (GAD-7)	160
	Auswertungsanweisung zum GAD-7	161
	Hopkins-Symptom-Checkliste-11 (HSCL-11)	162
	Auswertungsanweisung zum HSCL-11	163
	Der Helping Alliance Questionnaire (HAQ)	164
	Auswertungsanweisung zum HAQ	166
	Die Work and Social Adjustments Scale (WSAS)	167
	Auswertungsanweisung WSAS	169

Einführung

- Ich denke, wenn man alle von uns ins Auge gefassten Veränderungen des Versorgungssystems zusammennimmt, nämlich*
- *die Ersetzung der Methodenorientierung in der Psychotherapie durch eine Patienten- und Erfolgsorientierung,*
 - *die Einführung einer routinemäßigen Qualitätskontrolle,*
 - *die Einführung einer therapievorgeschalteten Abklärung,*
- *und eine störungsorientierte Spezialisierung bei Aufrechterhaltung der Grundprinzipien psychologischer Therapie in unserem Sinne könnte in der Psychotherapie ein sehr beträchtlicher Qualitätssprung erreicht werden. Das mag utopisch klingen, aber es ist doch wenigstens eine konkrete Utopie, denn im Prinzip wären alle vorgeschlagenen Schritte schon jetzt realisierbar.*
- (Grawe, 1998, S. 714)

Das obige Zitat umschreibt bereits das Ziel des vorliegenden Buches. In diesem Band werden dem praktisch arbeitenden Psychotherapeuten¹ in komprimierter Form die Grundlagen zur Evaluation (im Zitat von Grawe als Erfolgsorientierung bezeichnet) von Psychotherapieverläufen anhand von Beispielen vermittelt und daneben Vorschläge für die eigene Umsetzung in der Routine gemacht. Das Buch ist auch insbesondere als Hilfe für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung (PIAs) gedacht. Wir hoffen, dass es dazu beiträgt, angehenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ein wissenschaftlich gestütztes psychotherapeutisches Selbstverständnis zu vermitteln und damit ein selbstreflexives und selbstkritisches Arbeiten unterstützt. Nicht zuletzt können die Umsetzungsbeispiele auch als Hilfe für die Erstellung der eigenen Fallberichte unter Ergänzung von Evaluationsbefunden verstanden werden. Das Buch gibt ebenfalls eine Hilfestellung, wie entsprechende evaluative und diagnostische Maßnahmen nach EBM abgerechnet werden können.

In den letzten 40 Jahren hat sich die Psychotherapie zu einer etablierten Größe im Bereich der Gesundheitsversorgung entwickelt. Gerade in Deutschland sind die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen seit dem Psychotherapeutengesetz im Jahre 1999 sehr gut. Auch die Ausbildung, die angehende

1 Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird in dem vorliegenden Buch zur Bezeichnung von Personen und Personengruppen die maskuline Form verwendet, jedoch beziehen sich die Angaben immer auf alle Formen von geschlechtlicher Identität. Wir sind uns bewusst, dass damit die anderen Geschlechter unsichtbar gemacht werden, und bedauern dies.

Psychotherapeuten durchlaufen, weist im internationalen Vergleich hohe Standards auf. Der Weg zu dieser Etablierung der Psychotherapie wurde nicht zuletzt durch die empirische Psychotherapieforschung geebnet. Diese hat in zahlreichen Einzelstudien und Metaanalysen die Effektivität von Psychotherapie für unterschiedliche Therapieansätze und Störungsgruppen überzeugend nachweisen können. Darüber hinaus wurde durch vertieftes Wissen zur Psychopathologie die Entwicklung von neuen therapeutischen Prozeduren und Leitlinien angeregt und umgesetzt. Dennoch ist die Haltung im Feld der Klinischen Psychologie, Psychotherapie sowie der Psychiatrie sich einzig auf die eigene Intuition und einmal gelernte Verfahren zu verlassen sowie wissenschaftliche Ergebnisse und psychometrische Befunde zu ignorieren nach wie vor eher eingespielter Alltag und nicht die Ausnahme.

Dies dürfte auch damit zu tun haben, dass psychologische Interventionen nach wie vor eine relativ junge Interventionsform im Gesundheitswesen darstellen und die wissenschaftlichen Grundlagen erst in den letzten 50 Jahren gelegt werden konnten. Dabei war lange Zeit im Bereich der Psychotherapieforschung die Frage nach dem optimalen Therapieverfahren der zentrale Forschungsgegenstand. Diese Orientierung auf den Nachweis der Effektivität bestimmter therapeutischer Verfahren hatte allerdings zur Folge, dass die weniger günstigen Verläufe häufig nicht gesondert betrachtet wurden. Es überwogen die Darstellung und Untersuchung von günstigen Behandlungsverläufen. Für die klinische Praxis ist der Umgang mit schwierigen Patientinnen und Patienten, für welche potenziell mit einem ungünstigen Therapieverlauf bzw. Therapieabbruch zu rechnen ist, jedoch von unmittelbarer Relevanz und es sind diese Fälle, die die Klinikerin bzw. den Kliniker im therapeutischen Alltag am stärksten herausfordern. Gerade im Bereich der empirisch gestützten Identifikation und Rückmeldung sowie des Umganges mit solchen schwierigen Patienten- bzw. Risikoverläufen wurden in den letzten Jahren zahlreiche Fortschritte gemacht, welche in diesem Buch dargestellt und praxisnah präsentiert werden. Übergeordnete Ziele dieser neuen Ansätze sind einerseits, Konzepte und Modelle zu einer spezifischen wissenschaftlichen Unterstützung von differenziellen Diagnoseentscheidungen zu entwickeln (wie z. B. ob die Therapiestrategie, der der Patient zugewiesen wurde, erfolgreich und kostengünstig ist). Andererseits sollen auf einer prozessualen Ebene auch adaptive Indikationsentscheidungen im Therapieverlauf verbessert werden (wie z. B. ob Therapeuten in der laufenden Behandlung Fehlentwicklungen rechtzeitig erkennen und in begründeten Fällen sinnvolle Um- bzw. Neuentscheidungen in der Therapie vorgenommen haben).

Eine solche Dynamisierung der Therapie hat ein hohes Potenzial. Andere Länder Europas, wie zum Beispiel Großbritannien, haben bereits Konsequenzen aus den entsprechenden Befunden gezogen, sodass dort bereits keine Therapie mehr ohne eine solche sitzungsweise Verlaufsrückmeldung stattfindet. Auf diese Weise können Therapeuten ihre Entscheidungen bei der prak-

Ein ungünstiger Therapieverlauf bzw. -abbruch stellt eine Herausforderung im therapeutischen Alltag dar

tischen Durchführung von Therapien (also ihrer Praxis) auf wissenschaftlich gewonnene Kriterien (also Evidenz) stützen, die ihrerseits aus der Praxis gewonnen wurden. Daher hat auch die American Psychological Association (APA) bereits vor 10 Jahren in ihrer „Presidential Task Force on Evidence-Based Practice“ mehr Forschung zur Wirksamkeit von entsprechenden Systemen in der Psychotherapie für besonders zukunftsweisend befunden. Die auf diese Weise in der Praxis gewonnenen Daten zum Verlauf ambulanter Psychotherapien stellen auch einen Beitrag für die Forschung dar, da daraus zum Beispiel typische Veränderungsmuster extrahiert werden und auf der Basis bestimmter Patientencharakteristika Empfehlungen für die differenzielle und adaptive Indikation entwickelt werden können. Auch vor dem Hintergrund der immer größer werdenden Heterogenität bzgl. der angebotenen Behandlungsmodalitäten sollte eine begleitende Evaluations- und Ergebnisorientierung integraler Bestandteil der therapeutischen Praxis sein. So geben viele Therapeuten an, in ihrer Arbeit nicht strikt nach Manual vorzugehen, und räumen darüber hinaus auch ein, sich in ihrer Praxis auch Strategien und Techniken aus dem Arsenal unterschiedlicher therapeutischer Orientierungen zu bedienen. Zum anderen kann man beobachten, dass sich immer neue Vorgehensweisen innerhalb der traditionellen psychotherapeutischen Schulen herausbilden und verbreiten, z. B. CBASP, ACT oder Schematherapie in der Verhaltenstherapie, oder z. B. Mentalisierungs-basierte Psychotherapien in der psychodynamischen Tradition. Viele Neuentwicklungen zeigen dabei einen Hang zur Etablierung immer neuer Gruppierungen mit eigenständigen Zertifikaten und Weiterbildungsmodulen. Für die meisten dieser neuen Entwicklungen gibt es aber wenig differenzielle Evidenz etwa im Vergleich zu den bereits etablierten Ansätzen. Umso mehr sind Methoden der Qualitätssicherung wichtig, welche engmaschig und objektiv den Fortschritt dokumentieren und damit eher einer Patienten- bzw. Ergebnisorientierung als einer Schulen-Orientierung verhaftet sind. Nicht der Behandlungsansatz und ein möglichst breiter therapeutischer Anspruch sind zentral, vielmehr erfolgt eine gezielte Identifikation und Analyse auch ungünstiger Entwicklungen mit dem Ziel die therapeutischen Möglichkeiten patientenorientiert zu optimieren. Dies erscheint uns ein klinisch und wissenschaftlich fruchtbarer Ansatz zu sein als ein langer Streit um die bestmögliche therapeutische Schule. In diesem Sinne lässt sich das verstärkte Interesse an dieser Thematik auch als eine stärkere Professionalisierung der Psychologischen Psychotherapie verstehen. Dazu sind insbesondere auch neuere technische Hilfsmittel und Softwarelösungen in den letzten Jahren erarbeitet worden, welche ein leichteres Umsetzen in der Routine ermöglichen.

Die psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung könnte daher bereits mit einer umfassenden Schulung der Ausbildungskandidaten in einer therapiebegleitenden Evaluation bzw. der Psychotherapieforschung einhergehen. Ein wesentlicher Baustein könnte dabei eine kontinuierliche Fortschrittsdoku-

Eine begleitende Evaluations- und Ergebnisorientierung sollte integraler Bestandteil der therapeutischen Praxis sein

mentation der Ausbildungstherapien mittels psychometrischer Fragebögen darstellen. Gerade für Ausbildungskandidatinnen und Ausbildungskandidaten, die ihre ersten Therapien unter Supervision durchführen, kann ein Rückmeldesystem eine wertvolle Unterstützung für die Identifikation negativer Entwicklungen sein und zusätzliche Supervisionsbedürfnisse anzeigen. Der frühe Kontakt mit der Psychotherapieforschung kann zusätzlich die Einstellung der angehenden Therapeuten zu Therapieforschung im Allgemeinen positiv beeinflussen. In diesem Kontext würde Forschung nicht zur lästigen Pflicht, sondern wäre integraler Bestandteil der therapeutischen Identität, der die alltägliche Arbeit durch relevante Informationen bereichert und gleichzeitig auch eine Beteiligung an einer permanenten Weiterentwicklung des psychotherapeutischen Wissens darstellt.

Von jeder Patientin bzw. jedem Patienten und jeder Supervisandin bzw. jedem Supervisanden (WL), mit denen wir in den letzten Jahren gearbeitet haben, haben wir eine Menge gelernt. Wir sind ihnen allen zu Dank verpflichtet. Besonders möchte ich (WL) auch meinen Mentoren Kenneth I. Howard (*1932, †2000) und Klaus Grawe (*1943, †2005) für die Möglichkeit, dass ich an ihren Institutionen wissenschaftlich und therapeutisch arbeiten konnte, danken. Hier sei auch all den Institutionen gedankt, welche unsere Arbeiten finanziell in den letzten Jahren unterstützt haben, hervorzuheben ist die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), der Schweizerische Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (SNF) sowie die Techniker Krankenkasse (TK).

Wir danken insbesondere Martin Hautzinger, Kurt Hahlweg, Luisa Malzahn, Sina Clausen und Birgit Weinmann für zahlreiche hilfreiche Anmerkungen, Hinweise und Kommentare zu früheren Versionen dieses Werks.

Trier im Oktober, 2018

Wolfgang Lutz, Rebekka Neu und Julian Rubel

1 Psychotherapieevaluation als Bestandteil psychotherapeutischer Identität, Praxis sowie Aus- und Weiterbildung

Psychotherapie hat sich als anerkannte Behandlungsform bei psychischen und psychosomatischen Störungen im Gesundheitssystem fest etabliert. Einen maßgeblichen Beitrag zu dieser Etablierung hat die empirische Psychotherapie- und Evaluationsforschung geleistet. In zahlreichen klinisch-experimentellen Einzelstudien sowie zusammenfassenden Metaanalysen konnte die Effektivität und Effizienz in Bezug auf die Reduktion psychischer Beschwerden sowie eine positive Kosten-/Nutzen-Relation für zahlreiche Therapieprogramme und diagnostische Gruppen überzeugend aufgezeigt werden. Auch konnte die Effektivität von psychotherapeutischen Interventionen unter Routinebedingungen sowie im Vergleich etwa zu psychopharmakologischen Behandlungen und bei schwer belasteten Patienten gezeigt werden. Der alte Vorwurf, Psychotherapie sei eine Intervention für YAVIS Patienten (Young, Attractive, Verbal, Intelligent, Successful) kann somit heute als vielfach widerlegt gelten (z. B. Lambert, 2013; Margraf, 2009).

Psychotherapie
fest etabliert

Dennoch, keine noch so gut evaluierte psychotherapeutische Behandlung, wenn sie auch ihren Erfolg für ein Patientenkollektiv im Durchschnitt noch so überzeugend aufzeigen konnte, hilft bisher jeder Patientin bzw. jedem Patienten mit der jeweiligen Störung. Eine einfache Anwendung eines Behandlungsprogrammes/-manuals oder einer Leitlinie, auch wenn diese „lege artis“ durchgeführt wird, ist keine Garantie für eine erfolgreiche Behandlung eines Patienten mit der jeweiligen psychischen Störung.

Auch bei sehr gut evaluierten klinischen Programmen liegen in der Regel nur Aussagen zur durchschnittlichen Effektivität oder Erfolgsrate vor. Die weniger günstigen Verläufe in den jeweiligen Behandlungsbedingungen werden häufig nicht gesondert betrachtet und entsprechend in der klinischen Literatur oder in den Manualen und Leitlinien zur Behandlung spezifischer Störungen oder gar in klinischen Neuentwicklungen selten diskutiert. Es überwiegt die Darstellung von günstigen prototypischen Behandlungsverläufen.

Mittlere
Effektivität

Für die klinische Praxis ist der Umgang mit bzw. die frühzeitige Identifikation von schwierigen Patienten, welche potenziell zu einem ungünstigen Therapieverlauf bzw. Therapieabbruch führen, jedoch von unmittelbarer Rele-

Erkennen
ungünstiger
Therapieverläufe

vanz. Sie fordern die Klinikerin bzw. den Kliniker im therapeutischen Alltag am stärksten heraus. Bei dieser Aufgabe, nämlich der frühzeitigen Erkennung und Prognose negativer Entwicklungen, schneiden Therapeuten oftmals nicht sehr gut ab (siehe Kapitel 2.7). Dabei sind solche negativen Entwicklungen nicht so selten, wie man vermuten würde (siehe Kapitel 2.5; vgl. Lutz, 2002).

**Therapie-
evaluation und
Qualitäts-
sicherung**

Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, im Sinne einer wissenschaftlich gestützten Psychotherapie bzw. der Ausschöpfung des vollständigen Potenzials psychotherapeutischen Vorgehens eine systematische Therapieevaluation und Qualitätssicherung in den psychotherapeutischen Alltag zu integrieren und als Teil der klinischen Arbeit am Einzelfall in der Praxis zu verstehen.

**Kontinuierliche
Erhebungen**

Eine Vielzahl von Studien haben den positiven Effekt von solchen kontinuierlichen psychometrischen Erhebungen und der Rückmeldung der aufbereiteten Informationen zum Therapiefortschritt zeigen können, insbesondere für Risikopatienten, welche in Gefahr sind keine oder eine negative Veränderung zu erfahren (siehe Kapitel 2.8). Zusammenfassend stellt etwa Lambert (2017) fest, dass, sobald Psychotherapeuten frühzeitige Hinweise zu einem negativen Therapieverlauf bekamen, sich die ungünstigen Therapieverläufe um ein bis zu zwei Drittel reduzieren ließen, je nach Art der eingesetzten Methode des psychometrischen Feedbacks (mit oder ohne Problemlöse-Tools, siehe Kapitel 2.8 bis 2.10 und Kapitel 3.2). Je stärker beeinträchtigt die Patientinnen und Patienten waren, desto höher war die Wahrscheinlichkeit eines negativen Verlaufs und desto wichtiger ist das Monitoring des Therapieverlaufs. Lambert vergleicht die Situation in der Psychotherapie mit der des Hausarztes: Wer möchte von einem Arzt bezüglich seines hohen Blutdruckes behandelt werden, wenn der Arzt den Blutdruck im Verlauf nicht wiederholt misst? Wer möchte hinsichtlich seines Diabetes von einem Arzt behandelt werden, welcher sich nicht um den Effekt seiner Interventionen auf die HbA1c-Werte kümmert?

Ähnlich kann man die Situation in der Psychotherapie begreifen: Wie kann man Patientinnen und Patienten effektiv helfen, wenn man nicht den Fortschritt hinsichtlich der Beschwerden kontinuierlich empirisch betrachtet und seine Behandlung an den erhobenen Verlauf anpasst? – Natürlich unter Berücksichtigung der Messgenauigkeit und Interpretation eines geschulten Experten. In diesem Sinne hilft die Therapieevaluation ein adaptives, patientenspezifisches Behandlungskonzept umzusetzen, wie es etwa neuerdings im Kontext des Diskurses um eine personalisierte Medizin (precision medicine) immer wieder gefordert wird (siehe Kapitel 2.8).

**Evaluation in
der Routine-
versorgung**

Leider hat der Mangel an Evaluation in der Praxis eine lange Tradition im Feld der Psychotherapie, was auch mit der mühsamen Umsetzung in der Routineversorgung zu tun hat. Heutzutage gibt es jedoch vielfältige technische Möglichkeiten zur Unterstützung des Einsatzes entsprechender Verfahren,

sodass eine moderne wissenschaftlich basierte Psychotherapie, welche nicht auf deren Einsatz verzichten kann, ohne großen Aufwand umsetzbar ist (siehe Kapitel 3).

In den letzten Jahren hat die anhaltende Diskussion zur Psychotherapie und Psychotherapieausbildung im Rahmen der Reform des Psychotherapeutengesetzes sowie eine Ausweitung evaluativer und qualitätssichernder Maßnahmen bereits den positiven Effekt, dass sich mittlerweile viele praktisch arbeitende Kolleginnen und Kollegen an praxisbezogenen Forschungs- und Evaluationsbemühungen beteiligen und das Thema Evaluation immer stärker in die Aus- und Weiterbildungscurricula integriert wird. Dies ist eine sehr positive Entwicklung! Da Psychotherapie ein relativ junges Forschungsgebiet ist, ist es umso wichtiger, dass sowohl wissenschaftlich als auch klinisch arbeitende Psychologinnen und Psychologen die Weiterentwicklung der Evaluation der praktischen Anwendung psychologischer Interventionen als eine wichtige gemeinsame Aufgabe begreifen. Nur eine empirische Fundierung des konkreten psychotherapeutischen Tuns kann die nötige Transparenz und Rechtfertigung einer Integration der Psychotherapie in das Gesundheitswesen liefern und die Professionalität des Faches weiterentwickeln (Castonguay, Barkham, Lutz & McAleavey, 2013).

2 Was sollte man als Psychotherapeuten über Evaluation wissen? – Grundlagen der Evaluation psychotherapeutischer Maßnahme

Wirksamkeit und Wirkungsweise

Die zur Psychotherapieevaluation durchgeführten Studien haben unterschiedliche Ziele und Aufgaben. Sie lassen sich in zwei Hauptaufgabenbereiche unterteilen: Erstens die Wirksamkeitsprüfung und zweitens die Herausarbeitung der Wirkungsweise und wirksamen Prozesse. Die Wirksamkeitsprüfung ist mit dem experimentellen und quasi-experimentellen Vergleich verschiedener Psychotherapiemodelle und Programme hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Effizienz, der Kosten-Nutzen Relation sowie der Qualitätssicherung und Versorgungsforschung befasst. Dagegen untersucht die Prozessforschung die Wirkungsweise zentraler angenommener Wirkungsparameter therapeutischer Verfahren im Laufe einer Psychotherapie auf unterschiedlichen Inhalts- und Zeitebenen. Dazu gehört auch die Untersuchung von Mediatoren, Moderatoren und Mechanismen therapeutischer Veränderungen (z. B. Kazdin, 2009).

In diesem Band geht es nicht um die durchschnittliche Wirksamkeit eines Therapieprogrammes, sondern um die psychometrische Evaluation und Rückmeldung von Fortschritten am Einzelfall eines in Behandlung befindlichen Patienten. Zuerst werden zur Einbettung des Themas aber einige wichtige inhaltliche und methodische Aspekte der Psychotherapieevaluation vorgestellt und diskutiert.

2.1 Was sind relevante Kriterien des Therapieerfolges?

Am Einzelfall orientierte Evaluation

Wichtig für die Planung einer am Einzelfall orientierten Therapieevaluation in der Praxis ist die Festlegung von Kriterien des Therapieerfolges, d.h. die Operationalisierung der Ziele der therapeutischen Maßnahme. Zu den vorab festgelegten Zielen eines therapeutischen Programmes müssen dann passende Bewertungsdimensionen gefunden werden. Es geht also um die Frage, wie die Effektivität, die Effizienz, der Nutzen oder Erfolg eines therapeutischen Programmes in der Praxis für den individuellen Patienten festgestellt werden kann.

Es lassen sich dabei zunächst zwei Problembereiche abgrenzen: Einmal stellt sich das inhaltliche Problem der relevanten Zielvariablen: Was soll erfasst bzw. gemessen werden? Mit welchen Instrumenten können die angestrebten therapeutischen Veränderungen gemessen werden? Daneben stellt sich die Frage nach der Bewertung der so gewonnenen Informationen anhand a priori festgelegter Erfolgskriterien, d.h. wie die entsprechenden Zielvariablen abgebildet und eingeordnet werden sollen.

Autoren, welche sich eingehend mit Fragen des Therapieerfolges auseinandergesetzt haben, sind sich darüber einig, dass Therapieerfolg nicht eindimensional zu erfassen ist. Dem komplexen Gegenstandsbereich Psychotherapie entspricht ein multimodales Vorgehen. Es werden unterschiedliche Datenquellen (z. B. Patient, Therapeut oder andere Personen), Untersuchungsverfahren (z. B. Ratingverfahren, Interview, Leistungsdiagnostik), unterschiedliche Datenebenen (z. B. physische, psychologische, soziale, ökonomische) und unterschiedliche inhaltliche Konstrukte (z. B. Symptome, psychosoziales Funktionieren, zwischenmenschliche Probleme, Ressourcen) herangezogen (vgl. z. B. Baumann, Fährdrich, Stieglitz & Woggon, 1990; Lutz & Böhnke, 2010).

Erfassung von
Therapieerfolg

Ebenen des Therapieerfolges nach Schulte (1993)

Nach Schulte (1993) sollten mindestens drei inhaltliche Ebenen des Therapieerfolges berücksichtigt werden:

1. Spezifische und globale Maße für den Symptom- und Beschwerderückgang;
2. Maße für die nach der jeweiligen Therapietheorie angemessene Störungsursache;
3. Maße für die Störungsfolgen, welche durch die Übernahme der Krankheitsrolle und die beobachtbare Einschränkung des Rollenverhaltens entstehen.

Eine ähnliche Unterteilung nehmen Howard, Lueger, Maling und Martinovich (1993) im von ihnen postulierten Phasenmodell therapeutischer Veränderungen vor. Das Phasenmodell ist als therapieschulenübergreifendes Modell therapeutischer Veränderungen konzipiert und beschreibt eine Abfolge unterschiedlicher Veränderungsbereiche bzw. Phasen im Verlauf des Genesungsprozesses. Dabei werden drei zeitlich sequenziell aufeinanderfolgende Phasen des Genesungsprozesses in der Psychotherapie unterschieden: eine Remoralisierungsphase, Remediationsphase und eine Rehabilitationsphase (vgl. Kasten). Gemäß diesem Modell sind zur Erfassung unterschiedlicher Zielbereiche der Psychotherapie, eine multidimensionale Erfassung des subjektiven Wohlbefindens (Erhebung von frühen Veränderungen in der Remoralisierungsphase), der spezifischen Symptomatik (mittlere Veränderungsphase bzw. Remediationsphase) und der allgemeinen Funktionsfähigkeit bzw. der interpersonalen Probleme (vgl. Rehabilitationsphase) nötig.

Phasenmodell
der Veränderung

Das Phasenmodell psychotherapeutischer Veränderung (Howard et al., 1993)

- *Remoralisierungsphase – Verbesserung des Wohlbefindens.* In der ersten Phase der Behandlung, der Remoralisierungsphase, verbessert sich das subjektive Wohlbefinden des Patienten. Positive Erwartungen und Hoffnungen ermöglichen es dem Patienten, sich frühzeitig in der Therapie besser zu fühlen und die Demoralisierung, welche ihn in die Therapie gebracht hat, zu überwinden. Personen, die sich für eine Psychotherapie anmelden, haben häufig Phasen schmerzhafter psychischer Symptome erlebt, sie fühlen sich hilf- und hoffnungslos bezüglich ihrer psychischen Beeinträchtigung. Die Therapie bietet von Anfang an eine Reihe von unterstützenden Techniken und Rahmenbedingungen, z. B. bietet sie dem Patienten eine plausible Erklärung für sein Leiden oder eine klare Eingrenzung seiner Symptomatik. In dieser ersten Phase ist insbesondere auch die Induktion einer positiven Erfolgs- oder Veränderungserwartung durch den Therapeuten von hoher Bedeutung (Grawe, 1998, Rief et al., 2009). Als Folge tritt in der Regel bereits eine erste Befindensverbesserung ein. Für manche Patienten mag dies genügen, um eigene Bewältigungsmöglichkeiten zu aktivieren, die sie in die Lage versetzen, die Probleme, die sie in die Therapie brachten, selbstständig zu lösen. Andere Patienten werden dagegen danach in eine zweite Phase der Therapie übergehen oder die Therapie gleich in der zweiten Phase beginnen, der Remediationsphase.
- *Remediationsphase – Verbesserung der Symptomatik.* In dieser Phase erfolgt die Arbeit an dem eigentlichen Problem, der eigentlichen Symptomatik, welche meist gemeinsam mit dem Therapeuten (um)formuliert und spezifiziert wird. Die Verbesserung der Symptomatik und/oder eine Lösung aktueller Lebensprobleme, wegen derer der Patient die Therapie ursprünglich aufgesucht hat, sind Ziel dieser Therapiephase. Die Patienten lernen in dieser Phase neue adaptive Bewältigungsstrategien sowie deren dauerhafte Anwendung in kritischen Lebenssituationen. Ein Großteil der Patienten beendet nach der Bewältigung der jeweiligen Probleme in dieser Phase die Therapie. Ein Teil wird danach in die sogenannte Rehabilitationsphase übergehen.
- *Rehabilitationsphase – Verbesserung des Funktionsniveaus.* Für einen Teil der Patienten beginnt die eigentliche therapeutische Arbeit in dieser Phase, da die Ziele auf dieser Ebene angesiedelt sind, etwa weil sich wiederholende Probleme im eigenen Leben vorhanden sind (z. B. instabile Beziehungen, sich wiederholende Probleme am Arbeitsplatz und daraus folgender Arbeitsplatzverlust). Als globales Ziel dieser Phase kann die Wiederherstellung und/oder Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus, das Verlernen alter dysfunktionaler Muster, kognitiver Schemata und Verhaltensweisen, sowie das Erlernen neuer Rollen