

1 Therapieerfolg messen und beurteilen – thematische Hinführung

1.1 Anliegen

Die Bestimmung des Erfolgs durchgeführter Psychotherapien ist relativ unaufwändig, nicht schwierig und macht, wenn man die Ergebnisse sieht, im Allgemeinen viel Freude – wir werden es in diesem Buch zeigen. Patient:innen erhalten Auskunft über erreichte Fortschritte, Psychotherapeut:innen beurteilen Zwischenstand, Therapiezielerreichung und Erfolgserhaltung, Kostenträger und Versicherte erfahren belegbar, dass bezahlte Leistungen erbracht und wirksam sind. Therapieerfolg erfassen (messen, interpretieren) ist Bestandteil der Behandlung.

Psychotherapeut:innen finden hierzu nützliche Hinweise in diesem Handbuch – Praxisbedürfnisse und -erfordernisse stehen dabei im Vorder-, Wissenschaft und Forschung im Hintergrund. Insofern ist dies nicht in erster Linie ein Lehr- und Studententext im MSc-Studium, sondern ein Leitfaden für die Behandlungspraxis. Ein Durcharbeiten von vorn bis hinten ist nicht zwingend, man findet benötigte Informationen gut durch Hineinlesen und Nachschlagen da und dort. Auf den Umstand, dass bei dem/der Praktiker:in akademische Prüfungsleistungen zu Diagnostik und Evaluation einige Zeit zurückliegen dürften, wird Rücksicht genommen. In Kapitel 2 und – falls erforderlich – auch jeweils an Ort und Stelle werden notwendige Voraussetzungen nochmals aufgenommen und erläutert. Leser:innen werden nicht mit der Referierung internationaler wissenschaftlichen Diskurse und Spezialfragestellungen überfrachtet: Die Darstellung im Dienste der psychotherapeutischen Alltagspraxis hat Priorität. Materialien/Instrumente zur Therapieerfolgsmessung und -beurteilung werden mit Fundstelle(n) oder Zitation nutzerfreundlich belegt. Bei der Auflistung der übrigen verwendeten Literatur wollten die Autoren sparsam sein, dies gelang nur bedingt.

In der zeitgenössischen Malerei gilt es als inopportun zu fragen: »Was hat das Bild zu bedeuten?« Angemessener fragt man die Künstlerin/den Künstler: »Wie ist das Werk entstanden?« Bei der Entstehung des vorliegenden Werkes war eine grundsätzliche Frage, wieso man Therapieerfolg (überhaupt) messen sollte. Auch Rückmeldungen wie »Jetzt hat sich meine Patientin von der ersten Anmeldung bis zum tatsächlichen Therapiebeginn im Fragebogen schon deutlich verbessert, ohne dass nur eine einzige Sitzung stattgefunden hat, wie ist das zu verstehen, was heißt das für mein Tun?« oder »Frage an die Experten: Was für ein Verfahren nimmt man am besten zur Therapieauswertung bei Störung X?« haben gezeigt, dass in der Praxis ein Bedarf nach Wissen zur Auswertung des Therapieerfolgs besteht. Anliegen dieser Art sind wir bereits in Zeitschriftenbeiträgen nachgegangen: 2021 zu störungsspezifischen

schen Messinstrumenten für die Evaluation von Psychotherapien (Geissner & Koch, 2021), im gleichen Jahr zu geeigneten Messzeitpunkten in der Evaluation von Psychotherapie (Geissner, Ivert & Schmitt, 2021) und 2023 zu Fug und Unfug in der Auswertung von Psychotherapien einschließlich Tipps und Empfehlungen für die Praxis (Geissner & Schmitt, 2023a, b). Wir knüpfen an diese Arbeiten an, nehmen aber die Gelegenheit wahr, Infos und Empfehlungen zu den diagnostischen Standards, den Instrumenten und deren Anwendung für die psychotherapeutische Praxis nun breiter und vertiefter darzustellen.

Im Abschlussbericht über den 2. Deutschen Psychotherapiekongress 2023 an den Schirmherrn, Gesundheitsminister Karl Lauterbach, wird u. a. festgehalten: »In der Routineversorgung werden noch zu selten Instrumente eingesetzt, die die Wirksamkeit der Behandlung überprüfen« (Brakemeier et al., 2023, S. 8). Wir möchten dazu beitragen, diesem Defizit Abhilfe zu schaffen.

1.2 Warum ist standardisierte Fragebogendiagnostik in der Auswertung von Psychotherapien wichtig?

»Ob mein Patient sich am Ende der Behandlung verbessert hat, das sehe (spüre) ich auch so, da brauche ich keine Fragebogenmessungen.« Nein, diese immer mal wieder geäußerte Auffassung ist leider meist nicht richtig. Damit kann man sogar ziemlich daneben liegen, wie aus den folgenden Beispielen ersichtlich wird: In einer Studie an 200 stationären Angstpatient:innen mit Agoraphobie/Panikstörung wurden die Patient:innen am Ende des Aufenthalts u. a. gefragt: »Haben Sie Ihre Therapieziele erreicht?« Hierzu gaben 20 % der Befragten an »Ja, sehr gut erreicht« und 33 % »Ja, gut erreicht«. 47 % der Befragten hingegen urteilten mit »Nein, weniger gut bzw. gar nicht erreicht«. Dies ist kein wirklich umfassender Behandlungserfolg, aber in der Praxis muss man damit rechnen. Immerhin waren die Patient:innen stationär, hatten also eventuell eine hartnäckige Problematik, die mit ambulanter Therapie nicht wirksam genug beeinflussbar war.

Soweit so (mittel-)gut, aber: Auch die Therapeut:innen dieser Patient:innen wurden befragt, ohne dass ihnen die Patient:innenangaben bekannt waren. Und hier lautete das Ergebnis: »Patient:in hat seine/ihre Ziele sehr gut erreicht« 61 % und »... hat sie gut erreicht« 37 %. Lediglich verschwindend geringen 2 % der Patient:innen wurde somit von den Therapeut:innen attestiert, die Therapieziele nicht erreicht zu haben. Dies ist eine Differenz von 45 % gegenüber den Aussagen der Patient:innen. Die therapeutische Einschätzung, »eine Verbesserung sehe (spüre) ich auch so«, ist vor diesem Hintergrund fragwürdig. Was war da los? Man weiß es nicht sicher – therapeutische Überheblichkeit, saloppe Bearbeitung der Abschlussdokumentation, ein Klima der Angst und Einschüchterung in der Klinik (sich als Behandler:in nichts zuschulden kommen lassen, nicht erfolgreich genug gewesen zu

sein)? All das und mehr kann eine Rolle gespielt haben. Der Schluss liegt jedenfalls nahe, besser (auch) die Betroffenen selbst zu befragen (Geissner, Bach & Ivert, 2010; Geissner & Ivert, 2019).

Gestützt wird dieser Befund durch die Ergebnisse einer Studie von Hannan et al. (2005), derzufolge 40% der Therapeut:innen einer Interventionsstudie eine Verschlechterung des Störungsausmaßes ihrer Patient:innen fälschlicherweise als Verbesserung fehlinterpretierten (Replikation der Ergebnisse durch Hatfield, McCullough, Plucinski & Krieger, 2010). Können Therapeut:innen wirklich ohne die Verwendung von geeigneten Messinstrumenten sehen, dass ihre Patient:innen einen Behandlungserfolg hatten?

Geissner und Koch (2021) schlugen daher in der genannten Überblicksarbeit für das »Psychotherapeutenjournal – Organ der deutschen Psychotherapeutenkammern« eine Sammlung von Verfahren zur Therapieerfolgsmessung von A bis Z, also von Angst bis Zwang vor. Diese sollte neben der Absicherung der psychologischen Diagnostik vor allem der Evaluation/Outcomebestimmung dienen. Die Darstellung erfolgte störungsspezifisch unter Zugrundelegung eines definierten Kriterienkatalogs und unter Beachtung rechtlicher und administrativer Grundlagen. Zunächst wurde der Einfachheit halber pro Störung nur ein Verfahren ausgewählt. Dies sollte nichts über die Eignung weiterer Verfahren implizieren. War hier für die Bereiche Angst und Depression eine Entscheidung erforderlich, so erübrigte sich dies in einer Anzahl anderer Bereiche aber mangels verfügbarer Alternativen.

Im vorliegenden Text diene diese erste Übersicht (Geissner & Koch, 2021) als Ausgangsbasis. Sie wurde sodann durch zusätzliche geeignete Verfahren erweitert und auch durch Hinzunahme weiterer Störungsbereiche ergänzt. Überdies werden nun auch Verfahren beschrieben, die nicht störungsspezifisch, sondern störungsübergreifend sind, daneben auch mehrdimensionale und – in exemplarischer Auswahl – Verfahren, die Einflussfaktoren für ein Therapieergebnis thematisieren.

Therapieerfolg soll – so unsere obigen Überlegungen – allein schon aus fachlicher Sicht gemessen und beurteilt werden, aber auch Kostenträger und Gesundheitspolitik werden dies künftig stärker einfordern, und es wird in der elektronischen Patientenakte eine Rolle spielen (Bundespsychotherapeutenkammer, 2025, S. 11). Laut einer Recherche des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) schien in der Vergangenheit nur bei 15% der Psychotherapien eine Evaluation stattgefunden zu haben. Jedenfalls wurden die entsprechenden honorarbezogenen Positionen nur in dieser Größenordnung als Leistung abgerechnet (IQTIG, 2021, S. 83). Inwieweit dennoch darüberhinausgehende Messungen durchgeführt wurden, etwa auch im Rahmen von Gutachteranforderungen, bleibt dieser Auswertung zufolge unklar. Die Gründe für diese geringe Quote mögen unterschiedlich sein, aus fachlicher und versorgungsbezogener Sicht ist eine deutliche Erhöhung wünschenswert.

Und wir benötigen die Therapieerfolgsbeurteilung auch, um negativen Einstellungen der Öffentlichkeit gegenüber Psychotherapie begründet entgegenzutreten. Dazu ein typischer Fall: Die Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ) kommentierte auf Seite 1 ihrer Ausgabe vom 28. Januar 2023 die Forderung der Bundespsychotherapeutenkammer nach mehr Kassensitzen für Psychotherapeut:innen (Argument der Kammer: »Um Wartezeiten zu reduzieren«) kritisch und mit süffisantem Un-

terton. Viele Psychotherapeut:innen, so hieß es, würden ihr Patient:innenkontingent gar nicht voll ausschöpfen. Sie würden bevorzugt »leichte Fälle« aufnehmen, die Rede war von »leicht depressiven Studenten mit Liebeskummer«. Klinisch »schwere Fälle« würden in die Warteschleife geschickt. Diese würden somit faktisch kaum unterkommen. Subtext: Wenn leichtere Fälle schneller behandelt oder auf nicht kassenleistungsbezogene Alternativen verwiesen würden, kämen die anderen schneller dran. Es gäbe dann auch keinen Anmeldestau, das Psychotherapieangebot an Kassensitzen würde damit ausreichen. Es würde – so die FAZ weiter – ohnehin jetzt schon genug Geld ausgegeben, das Kostenvolumen hätte sich in den letzten acht Jahren um ein Drittel nach oben entwickelt. Die Therapeutendichte sei zudem in begehrten Städten drei Mal so hoch wie nach Versorgungsberechnung eigentlich erforderlich. Subtext hier: Es wird künstlich Bedarf erzeugt oder hochgehalten. Schließlich sollte laut FAZ für leichte Fälle weniger Honorar gezahlt werden als für Schwerkranke (Eder, 2023).

Gegen eine solche Breitseite nützt es wenig, wenn in braven Gegenstatements etwa mit der Aufzählung von ICD-Diagnosen gekontert wird. Und auch die Begründung, ein vorgegebenes Stundenkontingent würde eingehalten, ist nicht besonders stark (Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung, 2023). Das alleinige Vorhandensein einer oder mehrerer Diagnosen sagt wenig über die Intensität der Störung aus. Das Erreichen einer genehmigten Stundenzahl indiziert keinen Erfolg, sondern ist ein administrativ-wirtschaftliches Kriterium (► Kap. 7.8), kann als Argument daher leicht nach hinten losgehen. Gegen öffentliche Kritik, und seien es Vorurteile, müssen inhaltlich substantiellere Geschütze aufgeboten werden: Datengestützte, belegbare, anhaltende Erfolge, die Aufwand und Nutzen vergleichend berücksichtigen. Hier werden überzeugende Outcomebefunde benötigt.

Auswertungsergebnisse sind auch zur Kommunikation von Behandlungsschritten zwischen beteiligten Behandler:innen erforderlich. Nicht selten sind bei langwierigen, breit und intensiv ausgeprägten Störungsbildern mehrere ambulante, teils auch stationärer Behandler:innen beteiligt. Die Zusammenarbeit der verschiedenen Sektoren kann durch Standards, um die Symptomschwere und den Behandlungssfortschritt zu objektivieren, nicht nur profitieren, sie wäre schlicht geboten.

Hier scheint trotz Bedenken inzwischen ein gewisser Konsens zu bestehen, zumindest auf dem Papier. Allerdings reichen etwa patient:innenseitige Veränderungsbeurteilungen (»Im Vergleich zu früher sehe ich meine Probleme heute in einem anderen Licht«) nicht mehr aus. Selbsteinschätzungen dieser Art sind Scheinbeurteilungen für Erfolg, man würde es sich damit etwas einfach machen. Wer sähe ein Problem oder eine Sachlage »heute« nicht »in einem anderen Licht« als vor drei Monaten – selbst wenn Depression oder Angst weiter fortbeständen? Man bezeichnet Ansätze wie diesen als sogenannte direkte Verfahren der Veränderungsfeststellung (► Kap. 4.3). Sie gelten inzwischen als in keiner Weise ausreichend, allenfalls haben sie den Rang einer ergänzenden Information: Die Gefahr einer Fehleinschätzung der therapeutischen Bemühungen ist zu groß. Sinnvoll sind dagegen Ansätze, die das Thema Veränderung nicht explizit vorgeben. Die Untersuchung besteht hier aus der zwei- oder besser mehrmaligen Vorgabe des gleichen störungsbezogenen Instruments und dem Vergleich der erhaltenen Resultate (indirekte Messung). Dieses Vorgehen entspricht dem methodischen Standard und

sollte für die Outcomebestimmung in der therapeutischen Praxis gelten (Lutz, Neu & Rubel, 2019). Der konkrete Störungsbezug muss dabei gegeben sein, wenn nicht, wären die erhaltenen Befunde verwaschen, uneindeutig oder gar irrelevant und könnten eigentlich erreichte Erfolge nicht richtig anzeigen.

Fragwürdig als alleiniges Kriterium sind auch reine Zufriedenheitsbeurteilungen, insbesondere in Kliniken (► Kap. 4.4). So wird mitunter gefragt: »Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen, mit dem Essen, dem Zimmer, den Therapien?« (Schmidt, 2008). Als Erfolgskriterium beim Störungs-/Krankheitsverlauf ist dies nicht geeignet. Die Verbesserung der klinischen Problematik bzw. der Vergleich mit dem initialen Grund für die Behandlungsaufnahme ist hierbei gar nicht thematisiert, somit wären Ergebnisse dieser Art bezogen auf die Therapieerfolgsbestimmung inhaltlich nicht valide. Zufriedenheit kann allenfalls als Mediatorvariable dienen, denn eine zufrieden-positive Grundhaltung kann zu Veränderungsschritten motivieren. Andererseits ist sie nicht spezifisch, man denke an Zufriedenheit mit Friseur:in, Autowerkstatt oder Wellnessoase. In Kliniken werden Angaben zur »Zufriedenheit« gemeinsam mit jenen zur »Weiterempfehlung« gern auf Homepages präsentiert, um die Bettenbelegung des Betreibers zu sichern.

1.3 Was sind die gesetzlichen und administrativen Vorgaben und Rahmenbedingungen bei der Auswertung von Psychotherapien?

Zur Bedeutung der Therapieerfolgsbestimmung gibt es in der jüngeren Zeit verschiedene offizielle Regelungen und Statements. So stellt der Gemeinsame Bundesausschuss G-BA (2021) in seiner Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie fest: »Die Richtlinie dient der Sicherung einer den gesetzlichen Erfordernissen entsprechenden ausreichenden, *zweckmäßigen* und *wirtschaftlichen* Psychotherapie der Versicherten und ihrer Angehörigen ... zu Lasten der Krankenkassen« (Präambel). »Leistungen nach dieser Richtlinie erfordern für jede Patientin und jeden Patienten eine schriftliche *Dokumentation* des Datums der Leistungserbringung, der diagnostischen Erhebungen ... sowie der *Ergebnisse* in der Patientenakte« (§ 38). »Ein Verfahren zur Dokumentation psychotherapeutischer Leistungen und zur *Evaluation der Prozess- und Ergebnisqualität* wird zwischen den Vertragspartnern (= Kassenärztliche Bundesvereinigung und Krankenkassen) vereinbart« (§ 39,2) (Hervorhebung EG, SK, MS).

Der Gemeinsame Bundesausschuss G-BA

Bezeichnung und Kürzel klingen zunächst ein wenig allgemein. Der G-BA, 2004 vom Gesetzgeber installiert und unter Rechtsaufsicht des Bundesgesundheitsministeriums stehend, hat im Wesentlichen die Aufgabe, Richtlinien im Rang unterhalb von Gesetzen zu erstellen, die für die gesetzlich Krankenversicherten und die Krankenkassen bindend sind. Sie gelten im ambulanten und stationären Bereich bei Ärzt:innen, Zahnärzt:innen und Psychotherapeut:innen. Von den einzelnen G-BA-Untergremien ist im vorliegenden Zusammenhang der Ausschuss für Fragen der Psychotherapie von Belang. Hier werden eine Vielzahl an Entscheidungen zur Psychotherapie getroffen, u. a. etwa bezüglich der einzelnen Therapieverfahren. Weitere Institute unterstützen den G-BA und arbeiten ihm zu. Hier ist das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu nennen.

Was wiederum macht das IQTIG? Das IQTIG nimmt Aufträge des G-BA entgegen, erstellt Dokumentationen, Übersichten und Berichte, etwa den Bericht »Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Versicherter« (IQTIG, 2021; s. hierzu nächster Absatz).

Der G-BA verfügt über nicht unerhebliche Befugnisse, er kann medizinische oder psychotherapeutische Leistungen ausschließen oder einschränken, wenn der fachliche Nutzen, die Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind. Er kann aber auch neue/zusätzliche Leistungen konkretisieren im Sinne von festlegen. Schließlich entscheidet er über die Zulassung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

Das IQTIG äußerte sich zur Thematik dieses Handbuchs in einem 2021 erstellten Abschlussbericht u. a. folgendermaßen: »Ein zentrales patientenrelevantes Outcome ist die *Reduktion der Symptomatik*« (IQTIG, 2021, S. 43). »Hinsichtlich des Qualitätsmerkmals »Einsatz von störungsspezifisch geeigneten, validierten Messinstrumenten und Dokumentation der Ergebnisse« empfehlen ... nationale und internationale Leitlinien die *Anwendung quantitativer Messverfahren*« (ebd., S. 83). Und: »Das Behandlungsziel (der) Psychotherapie und die *Bewertung des Behandlungsergebnisses* orientieren sich wesentlich an den individuellen Bedürfnissen und Zielen der Patientinnen und Patienten. Zu den *patientenrelevanten Outcomes* ... zählen die *Veränderung der Symptomatik im Sinne der Symptomlinderung bzw. -reduzierung*, die Veränderung der Funktionalität im Sinne einer Verbesserung ... in Bereichen wie soziale Beziehungen, Arbeit oder Haushalt und ... die Zielerreichung, d.h. das Erreichen individuell gesetzter Therapieziele. ... Ergebnisse einer psychotherapeutischen Behandlung wie beispielsweise die Symptomverringerung sollten immer im Zusammenhang mit dem Erreichen der individuell formulierten Therapieziele beurteilt werden. Die *Verringerung der Symptomatik, Strategien zum Umgang mit Symptomen, Selbstmanagementfähigkeiten, das Erlernen praktisch anwendbarer Fähigkeiten und Copingstrategien* (sind) zentrale Effekte einer Psychotherapie« (ebd., S. 112) (Hervorhebung EG, SK, MS).

Etwa zeitgleich mit dem Abschlussbericht des IQTIG ging auch die Bundespsychotherapeutenkammer in der Musterweiterbildungsordnung auf das Thema Erfolgskontrolle ein und führt zum Tätigkeitsprofil von Psychotherapeut:innen u. a. aus: »Fachpsychotherapeut:innen sind an ... *Maßnahmen zur Therapieerfolgskontrolle* beteiligt« (38. Deutscher Psychotherapeutentag, 2021, Dokument »Tätigkeitsprofile«, S. 4). Und unter dem Stichwort »Untersuchungsergebnisse« werden »*eingesetzte Testverfahren*« bzw. »*Besprechung erreichter Veränderungen am Therapieende gemeinsam mit dem/der Patient/in*« benannt (37. Deutschen Psychotherapeutentag, 2020, Empfehlungen zur Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungen, S. 6, S. 9) (Hervorhebung EG, SK, MS).

Diese Aufgaben werden in der Folge u. a. auch im Weiterbildungs-Logbuch der einzelnen Kammern konkretisiert, etwa bei der Psychotherapeutenkammer Bayern (2023a; »Logbuch als Richtlinie zum Zweck der Dokumentation der Weiterbildung«): Es sollen »vertiefte Fachkenntnisse in Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement unter Berücksichtigung berufs- und sozialrechtlicher Vorgaben erworben und angewendet (S. 7–8) werden. Der Therapieprozess ist zu monitoren (S. 38) und *Instrumente zur Evaluation der Psychotherapie sind anzuwenden*« (S. 39) (Hervorhebung EG, SK, MS).

Und der Neuerlass der Weiterbildungsordnung (Psychotherapeutenkammer Bayern, 2023b) sieht in § 7, 3 u. a. vor: »Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten bei ... der Erkennung von Störungen, ... bei Maßnahmen der Qualitätssicherung, ... bei der Begutachtung«.

Die Berufsordnung (§ 9) ergänzt hierzu: Therapieergebnisse müssen gesichert und dokumentiert werden. »Psychotherapeut:innen sind verpflichtet, ... Untersuchungsergebnisse, Befunde und Wirkungen von Therapien aufzuzeichnen« (Psychotherapeutenkammer Bayern, 2014).

Inhaltlich fortgeschrieben sind diese Gesichtspunkte aus zuvor ergangenen gesetzlichen und ministeriellen Grundlagen, die bereits die Phase vor Beginn der Weiterbildung, also die universitäre Approbationsprüfung, betreffen: »Bei der Erteilung der Approbation muss eine Befähigung gegeben sein, eigene oder von anderen durchgeführte Maßnahmen der psychotherapeutischen Versorgung zu dokumentieren und zu evaluieren« (Psychotherapeutengesetz vom 15. November 2019, § 7, Absatz 3, Ziffer 3, veröffentlicht: Bundesgesetzblatt 2019, S. 1604ff). Und bereits vorangehend: »Bei der Zulassung zur psychotherapeutischen Prüfung sind Kenntnisse in Dokumentation, Evaluierung und Organisation psychotherapeutischer Behandlungen nachzuweisen« (Approbationsordnung, Bundesministerium für Gesundheit am 4. März 2020, Anlage 2, Ziffer 5; veröffentlicht: Bundesgesetzblatt 2020, S. 474) (Hervorhebung EG, SK, MS).

Erwähnt werden soll an dieser Stelle schließlich auch der Deutsche Ethikrat, der in seiner Schrift »Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus« die Notwendigkeit von Prozessqualität, *Ergebnisqualität* und *Qualitätsmessung* im Sinne sowohl subjektiver als auch objektiver Indikatoren betont (Deutscher Ethikrat 2016, S. 51–53) (Hervorhebung EG, SK, MS).

G-BA auf Qualitätssicherungswegen

Die Thematik des vorliegenden Handbuchs weist Berührungspunkte zu Qualitätssicherungsmaßnahmen des G-BA auf. Die Qualität der Krankenversorgung zu gewährleisten und entsprechende Grundprinzipien dafür aufzustellen, sollte niemals falsch sein – sofern diese Maßnahmen sachlich begründet sind und die Anwender:innen nicht bürokratisch über Gebühr beanspruchen (was die Bearbeitungssorgfalt mindern könnte). Im Zuge der Reform des am 15.11.2019 beschlossenen Psychotherapeutengesetzes wurde der G-BA beauftragt, ein Qualitätssicherungsverfahren für die ambulante psychotherapeutische Versorgung zu erarbeiten. Erwähnenswert ist hierbei, dass das Fachgebiet der Psychotherapie nicht das erste war, sondern zuvor bereits für 15 somatisch-medizinische Fachgebiete entsprechende Richtlinien ausgearbeitet wurden. Analog sollten nun für die psychotherapeutische Behandlung geeignete Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erstellt werden; mit einer konkreten Vorlage hierzu wurde das IQTIG beauftragt.

Nach verschiedenen Zwischenschritten und Überarbeitungen legte der G-BA am 18.01.2024 eine verbindliche Regelung vor, die nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger ab 2025 für die Praxis gilt (Bundespsychotherapeutenkammer, 2024a; G-BA, 2024). Im Wesentlichen ist für die Psychotherapeut:innen eine fallbezogene Dokumentation mit verschiedenen Bearbeitungszeitpunkten vorgesehen. Ergänzend wird ein Patient:innenbogen verlangt, den diese am Ende der Therapie bearbeiten. Beides ist mit ca. 40 Items im Aufwand vertretbar. Auch der Einsatz psychometrischer Messverfahren wird erwähnt. In ► Kap. 8.1 dieses Handbuchs wird die Thematik nochmals aufgegriffen. Ein – allerdings nicht unumstrittener – Bonuspunkt für die Therapiepraxis kann darin gesehen werden, dass mittelfristig das bisherige Antrags- und Gutachterverfahren damit abgelöst werden soll.

Qualitätssicherung setzt Standards, bietet Sicherheit und Verlässlichkeit und ist für Patient:innen, Kostenträger und Gesellschaft in der heutigen Zeit ein legitimes Thema. Gleichwohl wurde von Kammern und Verbänden Kritik geübt (Höhner, 2022; Münnich-Hessel, 2023; Psychotherapeutenkammer Berlin, 2020). Im Ergebnis wird zunächst eine Erprobungsphase vorgeschaltet. Diese umfasst sechs Jahre und ist nur auf das Bundesland Nordrhein-Westfalen und dort nur auf Psychotherapeut:innen mit Kassenzulassung Erwachsene begrenzt (weitere Ausnahmen ► Kap. 8.1). Für die ersten zwei Jahre innerhalb des Sechsjahres-Zeitraums gelten liberale Regelungen. Nach Abschluss der Erprobung erfolgt ab 2031 eine Bewertung, die ggf. Modifikationen zur Folge hat, bevor bezüglich einer bundesweiten Implementierung entschieden wird.

Auch diese eingeschränkte und gestufte Einführung – zeitlich und regional begrenzt – fand Kritik, vielfach mit defensiver Argumentation, und wurde zunächst in Intention und Umsetzung abgelehnt (Bundespsychotherapeutenkammer, 2024b). Moderne Evaluationskonzepte würden hier andererseits mehr Chance und Nutzen des G-BA-Vorgehens betonen, zumal ein vorgeschalteter

Probelauf weitere Gelegenheit bietet, Schwachstellen zu identifizieren und die Maßnahme sinnvoll weiterzuentwickeln.

Für weitere Informationen verweisen wir auf den Abschlussbericht des IQTIG (2021, insbesondere Anhang B 6–7), ferner auf die Homepages des G-BA, der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV) und der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie-Berufsverband (DGVT-BV) – bei den beiden letztgenannten auch mit praxisgeeigneten Materialien zum konkreten Einsatz, wie er für Nordrhein-Westfalen gilt.

1.4 Welches sind die Kriterien bei der Auswahl der empfohlenen Outcome-Instrumente?

Zwar ist die Evaluation regulärer Psychotherapien erst zum Teil umgesetzter Standard, jedoch prinzipiell akzeptiert, wie Statements von Vertreter:innen verschiedener Richtlinienverfahren nahelegen (Stangier, 2019, für Verhaltenstherapie; Strauß, 2019, für Tiefenpsychologie oder Schiepek, Kratzer, Hülsner & Bachler, 2019, für Systemische Therapie).

Aber wie häufig sollte man messen? Untersuchungen zur Vorher-Nachher-Feststellung des Therapieerfolgs sind für die Patient:innen zumutbar, wenn sie nicht überhandnehmen und wenn sie gut erklärt und transparent gemacht werden. Ein Sitzung-für-Sitzung-Format störungsbezogener Messinstrumente ist dabei in der Praxis nicht erforderlich, würde auch zu wenig relevanten, oft schein-genauen und mitunter eher irritierenden Detailbefunden führen. Im Therapiealltag würde es den Abläufen, da umständlich und zeitaufwändig, entgegenstehen. Lutz et al. (2019) beziffern für eine solche Durchführung zusätzlich immerhin nochmals 20 Minuten nach der eigentlichen Therapiesitzung, was organisatorisch und/oder personell im Praxisalltag kritisch zusehen ist. Ein Vorher-Nachher-Vergleich für die Therapie insgesamt ist dagegen unmittelbar einsichtig, eine Erfolgserhaltungs-Feststellung in Form einer Nachbefragung ebenfalls. In späteren Kapiteln erläutern wir die diesbezügliche Systematik der Untersuchungszeitpunkte (► Kap. 2.3, ► Kap. 7.3). Verlängerungen über ein verbreitetes Standardausmaß von 30 Sitzungen (Summe aus Sprechstunde(n), Probatorik, KZT 1 und KZT 2) hinaus bedürfen nach derzeitiger Regelung der Begründung (Gutachterverfahren), und auch in diesen Fällen sind datengestützte Belege für eine Langzeittherapie oder eine darüberhinausgehende Fortführung nützlich.

Welche Verfahren kommen (nicht) in Betracht? Verfahren mit zweifelhafter Aussagekraft (z. B. MMPI, projektive »Tests«) zur Therapieerfolgsbestimmung einzusetzen, ist heute zu Recht in Frage zu stellen. Wenig zweckmäßig sind auch Verfahren, die über den intendierten Bereich hinaus andere Bereiche messen, um die es in der Therapie nicht geht. Diese mögen im Rahmen der Eingangsdiagnostik zur Gewinnung eines Überblicks und bei noch unklarer Befundlage in Ausnahmen

vertretbar sein. Sorgfältige Anamnese, Exploration und Beobachtung liefern jedoch in aller Regel eine hinreichende Basis zu einer ersten Arbeitsdiagnose. Breitbandverfahren dagegen messen eine Anzahl an Bereichen, die letztlich weniger interessant sind, weil weder ein entsprechendes Leiden berichtet noch ein Behandlungsauftrag erteilt wurde (Beispiele ► Kap. 5). Sie erbringen unnütze Informationen. Wenn in neun von zehn Variablen derartige Informationen anfallen, in einer Variable aber eine klinisch relevante Ausprägung deutlich wird, besteht die Gefahr, dass die Breite des Ergebnisbilds das Ausmaß des klinisch relevanten Indikators verwischt. Und würden Breitbandinstrumente wiederholt (etwa am Therapieende) eingesetzt, resultierten bei den störungsfremden Bereichen unsystematische Effekte. Das störungsspezifische Ergebnisbild wäre nicht mehr prägnant, der Therapieerfolg unterbewertet.

Auf die Frage der gemischten oder blockweisen Vorgabe von Items bei Verfahren, die Skalen zu mehreren Störungsbereichen enthalten, gehen wir später ein (► Kap. 5.3.1). Bei klinischen Fragestellungen überwiegen – anders als dies etwa in der Persönlichkeitspsychologie der Fall ist – die Nachteile einer gemischten Vorgabe der Items jene einer blockweisen.

Problematisch ist die Zusammenfassung von Skalen mehrdimensionaler Fragebogenverfahren zu Gesamtwerten, die andererseits inhaltlich distinkte Störungen erfassen und sich faktorenanalytisch als unabhängig erwiesen haben. Verfechter solcher globaler Gesamtskalenwerte sprechen hier von einer angenommenen Gesamtbelastung. Ein solcher Wert ist inhaltlich nicht valide und ergibt verrauschte, in der Regel deutlich zu niedrig gewertete Befunde.

Wir haben im vorliegenden Text mit Priorität jene Outcome-Instrumente zusammengestellt, die störungsspezifisch und änderungssensitiv, praxisgeeignet und praxisbewährt sind, und die im Allgemeinen eine hinreichend gute Datengrundlage haben. Wo die Datengrundlage zu wünschen übrig ließ, wurde die entsprechende Auswahl als derzeit noch akzeptabel, quasi im Sinne einer best practice eingestuft. Zunächst 19 dieser Messinstrumente von Angst bis Zwang hatten wir 2021 vorgestellt. Sie können nach sorgfältigem Review-Verfahren und Redaktionsentscheid des Psychotherapeutenjournals als eine erste Richtschnur in der Therapieauswertung gelten (Geissner & Koch, 2021 plus ausführliches, frei zugängliches elektronisches Supplement). Dem begrenzt vorgegebenen Raum und weiteren organisatorischen Erwägungen geschuldet, wurden die Verfahren nur skizziert und für jeden Störungsbereich nur ein Repräsentant ausgewählt. Einige Störungsbereiche waren nicht repräsentiert. Wir nehmen im vorliegenden Handbuch nun die Gelegenheit wahr, die Verfahren inhaltlich und methodisch aussagekräftiger zu beschreiben. Auch wurden neben den bereits ausgewählten eine Reihe weiterer geeigneter Verfahren hinzugenommen.

An dieser Stelle noch ein wichtiger allgemeiner Hinweis: Als ein Problem kann der Übergang vom ICD-10 (WHO, 2010) zum ICD-11 (Hartig, 2024a, b; WHO, 2019) angesehen werden. Das ICD-11 wurde im Mai 2019 von der World Health Assembly der WHO verabschiedet und sollte am 1. Januar 2022 in Kraft treten. Die Mitgliedsstaaten sollen jedoch zunächst auf dieser Grundlage Krankheitsdaten sammeln und berichten. Danach soll in einem flexiblen, mindestens fünfjährigen Übergangszeitraum die neue Kodierung eingeführt werden. Das für Deutschland